



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

Evaluación del acceso de la población rural a los servicios de salud.

AUTOR:

Md. León Llanos Héctor Antonio

**Previo a la obtención del Grado Académico de:
Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**

**Guayaquil, Ecuador
2025**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Md. León Llanos Héctor Antonio, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

REVISOR

Dr. Francisco Obando Freire, PhD

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María de los Ángeles Núñez L, Mgs.

Guayaquil, a los 21 días del mes de mayo del año 2025



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **León Llanos Héctor Antonio**

DECLARO QUE:

El documento **Evaluación del acceso de la población rural a los servicios de salud**, previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del documento del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 21 días del mes de mayo del año 2025

EL AUTOR



Firmado electrónicamente por:
**HECTOR ANTONIO LEON
LLANOS**

Validar únicamente con FirmaEC

MD. León Llanos Héctor Antonio



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN

Yo, **León Llanos Héctor Antonio**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **documento** previo a la obtención del grado de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulado: **Evaluación del acceso de la población rural a los servicios de salud**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 21 días del mes de mayo del año 2025

EL AUTOR:



Firmado electrónicamente por:
**HECTOR ANTONIO LEON
LLANOS**

Validar únicamente con FirmaEC

MD. León Llanos Héctor Antonio



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

REPORTE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

HectorLeon_CorreccionPlagio_Ver
sion3

< 1%
Textos
sospechosos



0% Similitudes
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
< 1% Idiomas no reconocidos
0% Textos potencialmente generados
por la IA

Nombre del documento: HectorLeon_CorreccionPlagio_Version3.docx
ID del documento: 900cc7353f36696d2e27c633341c365a5702cc0
Tamaño del documento original: 35,2 kB

Depositante: María de los Angeles Núñez Lapo
Fecha de depósito: 5/5/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 5/5/2025

Número de palabras: 3336
Número de caracteres: 21.224

Ubicación de las similitudes en el documento:

AGRADECIMIENTO

Con profunda gratitud y alegría, quiero expresar mi sincero agradecimiento por haber culminado esta etapa tan significativa en mi vida: la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud. Este logro no es únicamente el fruto de mi esfuerzo personal, sino también el reflejo del amor, el apoyo y la confianza que me han brindado personas fundamentales en mi camino.

A mis padres, **Sara Llanos, Gabriel León y Elizabeth León**, gracias por su guía constante, por inculcarme valores firmes, por su fe inquebrantable en mí y por ser mi sostén en los momentos más retadores. Cada palabra de aliento, cada gesto de apoyo y cada sacrificio suyo han sido parte esencial de esta meta alcanzada.

A mi compañera de vida **Vanessa Yanzaguano**, gracias por acompañarme con amor, paciencia y comprensión en cada paso de este proceso. Tu presencia me motivó a seguir adelante incluso en los días más difíciles, y tu compañía ha sido un pilar emocional invaluable. Este triunfo también es tuyo.

Gracias por creer en mí y por caminar a mi lado. Este logro es tan mío como de ustedes.

Con cariño y gratitud,

Atte.

Héctor León Llanos

DEDICATORIA

Dedico este logro a quienes han sido mi mayor inspiración y fortaleza.
A mis padres, **Sara Llanos**, **Gabriel León** y **Elizabeth León**, por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo y la perseverancia.
Y a mi compañera de vida, **Vanessa Yanzaguano**, por su amor incondicional, su apoyo constante y por creer en mí incluso cuando yo dudaba.
Este triunfo es también de ustedes.

Atte.

Héctor León Llanos

INTRODUCCIÓN

El acceso a los servicios de salud constituye uno de los pilares fundamentales para garantizar el bienestar de las poblaciones. Sin embargo, en muchas regiones rurales del mundo, las brechas de acceso a estos servicios continúan siendo una problemática crítica. Según, The Lancet (2015) sostiene que, a nivel mundial, en los lugares rurales el 56% de la población no cuenta con cobertura de salud, en contraste a los lugares urbanos. Eso implica desigualdades que sobrepasan la medida en que las personas son capaces disponer de recursos para prevenir o tratar enfermedades, ya que inclusive, sirven para perpetuar círculos de pobreza y exclusión social que concentran a los segmentos más vulnerables de la sociedad.

El sector rural, que generalmente presenta menor densidad poblacional e incluso un cierto grado de aislamiento, tiene problemáticas muy particulares respecto a la atención de la salud. La geografía, economía y las políticas de salud pública definirán cómo y cuándo se cuente con acceso a estos servicios. Adicionalmente, la educación y la salud como un fenómeno sociocultural también limitan la utilización de este servicio, lo que a la larga vuelve a la medida del nivel de acceso sumamente complicado y multidimensional.

En este contexto, según un estudio realizado en el Perineo Navarro, España por Sanz y Oliva (2021) la movilidad es un factor clave, ya que más del 60% de la población rural tiene un acceso limitado a centros de salud, dependiendo principalmente del transporte para la movilización, siendo que los hospitales más cercanos oscilan entre 65 y 100 km, por lo que implica viajes de aproximadamente 1 hora a 1H30min.

De acuerdo con datos recopilados de las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020 (2021), según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Menciona que el acceso general a la salud en áreas rurales ha presentado una gran mejoría entre los años 2000 – 2017 tanto en países a bajos como medianos ingresos. A pesar de esta mejoría, considerando también la presencia de los países de mayor riqueza, aquellos de bajos y

medianos ingresos aún presenta un acceso a la cobertura de salud deficiente siendo esto empeorado por la pandemia de COVID -19.

Por otro lado, un estudio realizado por Vértiz-Ramírez et al. (2024) en México en donde buscó evaluar la vulnerabilidad de los accesos de salud en las rurales está vinculado con barreras como condiciones de vulnerabilidad y económicas, así como barreras organizaciones que afecta la disponibilidad y calidad de los servicios. Estas barreas pueden ser geográficas, económicas o cultuales, lo que dificulta que la población, especialmente los sectores vulnerables, obtenga la atención necesaria. Se estipula que entre el 43.8% y el 52.6% de la población reportó dificultades relacionadas con su situación personal teniendo más prevalencia en áreas rurales con un 80.9% en comparación con áreas urbanas que presentaron un porcentaje de 43.9%. Es por esto que mencionan la importancia del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS- Bienestar) el cual busca mejorar la entrega de servicios de salud en México y está diseñado para abordar las vulnerabilidades de la población y facilitar un enfoque más integrado en la atención sanitaria, el mismo que empezó a implementarse en Octubre del 2023.

Ante esto, cabe destacar la gran importancia de las estrategias que se ha llevado a cabo a lo largo de distintos países que han ayudado a reducir la brecha hacia el acceso de los servicios de la salud en áreas rurales y de difícil acceso. Dentro de estas, se incluyen algunas como, por ejemplo: El uso de la telemedicina, desarrollo de unidades móviles y la promoción de capacitar a aquellos que rigen la función de promotores comunitarios.

Un ejemplo exitoso de éstas estrategias se encuentra en Brasil, donde el programa “Estrategia de Salud de la Familiar” ha permitido que equipos de profesionales atiendan a comunidades remotas de manera regular, mejorando los indicadores de salud y reduciendo la mortalidad infantil y materna en estas regiones (Antonucci et al., 2017)

Como objetivo principal, se tiene el de distinguir las principales determinante de las poblaciones rurales de los servicios de salud, evaluar dicho acceso y evaluar su impacto en la calidad de vida de la comunidad, ya que así se puede determinar cuales corresponden a las brechas de acceso de salud más frecuentes y que a su vez se pueden sugerir estrategias para superarlas. Sumando a esto, examinar la experiencia completa de los residentes rurales con sistemas de salud también puede ayudar a reducir todas las brechas actuales.

Este documento está organizado de la siguiente manera: La primera sección define la accesibilidad de los servicios de salud, las asociaciones entre los sistemas de salud y la salud. En la segunda sección, el acceso a los servicios de salud se determina clasificando y explicando cómo las condiciones individuales usan algo de salud como un factor geográfico, económico, económico y sociocultural. En tercer lugar, se han evaluado varios modelos para evaluar cómo la población accede a los servicios de salud. En resumen, este documento permite a los lectores considerar todos los resultados importantes de manera final y completa.

DESARROLLO

1. Acceso de los servicios de salud: Su concepto en el ámbito de los sistemas y servicios de salud

Para comprender la importancia de la accesibilidad de los servicios de salud, el término y su importancia deben entenderse sobre la calidad de vida de las personas. El acceso a la atención médica sirve a las personas más allá de los hospitales y el personal médico. Cubre varias condiciones que permiten a un individuo reconocer que es rápido, efectivo y justo.

En términos simples, Levesque et al. (2013) declararon el acceso a la atención médica como la necesidad de un individuo, como capacidad para buscar servicios de salud y realmente obtener y usar estos servicios. Esta suposición muestra que el acceso es un producto de características individuales, condiciones del hogar, entornos sociales y físicos, y características especiales del sistema de salud, instituciones y atención médica.

Penchansky y Thomas (1981) sugieren que, sin embargo, el acceso a los servicios de salud va más allá de la simple existencia de hospitales y centros médicos, sugiriendo un modelo de cinco aspectos importantes y, por lo tanto, el término más apropiado es ". entonces. Qué fácil es para las personas recibir asistencia médica. Estos incluyen disponibilidad, accesibilidad, aceptación, asequibilidad y calidad.

Este modelo le permite identificar obstáculos para el acceso justo a los servicios de salud. Por lo tanto, proporcionar hospitales solo no es suficiente para garantizar el acceso real a la salud, pero es necesario para garantizar la calidad. Por lo tanto, los derechos humanos ilustran el principio universal en el que se puede ver la dignidad, la igualdad y la libertad humana. Por qué menciona que cada estado debe garantizar el cumplimiento y la protección. Es por esto que, cada estado debe garantizar que con respecto al derecho a salud se brinde servicios que presten niveles de atención de la máxima categoría para cuidar la salud física y mental considerando las libertades y derechos de las personas. Las libertados comprenden tanto al derecho de los individuos a decidir sobre su propia salud y cuerpo, así como a no sufrir inferencias. A consecuencia

de ello, la OMS opta por usar el modelo establecido por Penchasky y Thomas acorde a sus 5 dimensiones para brindar una atención de salud de calidad (Organización Mundial de la Salud, 2023).

2. Factores que influyen en el acceso de salud

El acceso a los servicios de salud no solo depende de la presencia de infraestructura de salud, sino que es el resultado de la interacción de varios factores que pueden promover o limitar la atención médica en la población. Muchos estudios han demostrado que la desigualdad de salud no se debe simplemente a la geografía o la economía. Las condiciones sociales, culturales y políticas también conducen a restricciones y evitan su uso de la atención médica, más allá de los dos primeros (Houghton et al., 2022).

En este sentido, el acceso efectivo a los servicios de salud incluye factores de ubicación como la distancia a la clínica y la disponibilidad de transporte. Factores económicos que incluyen los costos de los servicios, los ingresos familiares y la cobertura de seguro. Factores socioculturales que incluyen educación en salud, dificultades del idioma, sesgo hacia un sistema de salud particular o confianza en el sistema de salud en sí, e incluso las ideas tradicionales de enfermedad.

Estos factores se examinarán para mayor profundidad cuando avancen en esta sección para evaluar el impacto en la distribución justa de la atención médica y sus efectos sobre la asimetría en la prestación de atención médica.

2.1. Factores Geográficos

Los factores geográficos corresponden a un determinante de vital importancia al momento de considerar aquellas limitantes al acceso de salud en áreas rurales, esto se debe a que afecta de forma proporcional la disponibilidad y las oportunidades de atención médica. Ya que, diversas áreas rurales corresponden a áreas de difícil acceso, en conjunto a carreteras deficientes, vías cerradas y falta de transporte tienden a ser

obstáculos para poder llegar a centros de atención médica de forma oportuna y a instituciones de calidad (Jeganathan et al., 2024).

Un ejemplo claro de dificultad geográfica se puede encontrar en un estudio de Sanz & Serrano (2021) quien estudia una población rural en donde el mayor porcentaje de la población estudiada (61.4%) indica la necesidad de viajar aproximadamente 1 hora a 30 minutos debido a la distancia al hospital debido a su lejanía.

Es por esto que actualmente se busca que haya una mejor distribución de los recursos de salud ya sean hospitales básicos, o centros médicos de primer nivel. Así como también el acceso a atención básica a través de profesionales de la salud que se dedican a la salud rural. Dichos médicos, usualmente corresponden a médicos recién egresado que se encuentra realizando su medicatura rural y que en gran mayoría de las ocasiones son enviados a áreas de difícil acceso para brindar atención a población vulnerable.

2.2. Factores Económicos

Los factores económicos corresponden también uno de los condicionantes más importantes. La capacidad económica de un individuo o comunidad está completamente relacionada con el acceso a los servicios médicos. Esto se debe a qué tanto costo de la movilización, atención, consultas, medicamentos, pruebas diagnósticas e incluso observación u hospitalización pueden ser una barrera específica especialmente para aquellos grupos vulnerables que cuenten con bajos recursos económicos. En conjunto a esto, el acceso oportuno a la oferta de ingresos, la estabilidad laboral y la protección financiera del sistema de salud depende del seguro de salud público o privado (Houghton et al., 2022).

Según, Clausen J. (2022) menciona que después de la pandemia Covid-19, los datos de las agencias estadísticas de varios países se compilaron en la tendencia de negar los fondos financieros de 2019 a 2020, lo que resulta en una pobreza extrema. Entre los años 2019 y 2020 en Ecuador, la pobreza rural extrema aumentó del 18.7% al 29.1%,

mientras que, en Perú, aumentó del 9.8% en El Salvador a 13.7%, a 5.2% a 11.1%. Estos son los países principales donde los servicios de salud no tienen mucho acceso a las zonas rurales.

2.3. Factores Sociales y Culturales

Las limitantes al acceso de salud no solo se enfrascan en factores económicos y geográficos. Sino que, también se extiende hasta aquellas condicionantes sociales y culturales ya que también las decisiones médicas pueden tomarse entorno a al factor cultural de un paciente. Un ejemplo claro, es el factor religioso en donde aquellas personas en quien su religión corresponde a la de Testigo de Jehová se abstienen a diversos procedimientos médicos como la trasfusión sanguínea a lo cual corresponde un limitante para el manejo adecuado y oportuno por parte del personal médico hacía patologías específicas.

Así mismo, las comunidades relativamente alejadas en donde sus principales prácticas de salud corresponden a prácticas tradicionales y ancestrales, guían su atención médica hacia curanderos o chamanes en lugar de buscar atención médica profesional. Esto se debe a que generan cierto grado de desconfianza hacia medicamentos y por lo tanto evitan su administración. Otra barrera con respecto a las comunidades alejadas es el lenguaje quienes en muchas ocasiones hablan lenguas las cuales el personal médico no se encuentra capacitado para comprender.

Un estudio llevado a acabo por Jeganathan et al. (2024), que se realizó en el sur de la India con aproximadamente 407 participante de los cuales se encontraban personas con edades entre 21 y 45 años de edad. Se contempló que alrededor del 48%, tenían 31 y 40 años. El 79% de las mujeres ya habían contraído matrimonio a los 18 años y solo el 42% mantenía un nivel de educación superior al secundario.

El 29% de ellas trabajaba en empleos agrícolas y el 45% trabajaba como jornaleros, ganando solo entre 5000 a 10000 rupias (57.69 USD – 115.38 USD) al mes, mientras que el ingreso promedio para un hogar indio era de aproximadamente 125000 a

500000 rupias (1442.28 USD – 5769.12 USD). Esto afecta directamente las decisiones de los residentes sobre su salud, así como las decisiones diagnósticas y/o terapéuticas.

Mientras tanto, Bran Piedrahita et al. (2020) quien realizó un estudio exploratorio cualitativo en Colombia con 16 participantes de las cuales 11 corresponden a mujeres amas de casa frente al restante quienes eran cinco hombres de profesión obrera. Sin embargo, el resto de participantes correspondían a mujeres quienes se enfocaban en tareas domésticas y que por lo cual tenían mayor facilidad de acudir a atención médica en caso de ser necesaria.

3. Modelos de evaluación del acceso de salud

El concepto que corresponde a la accesibilidad de servicios médicos comprende un concepto levemente complejo que no solo abarca una sola característica, sino que implica varios aspectos en general. Por ejemplo, la disponibilidad y distribución de recursos. Para poder llegar a una mejor comprensión de dicho concepto se desarrollaron modelos que permiten evaluar el análisis de factores que facilitan o limitan el uso de dichos servicios.

3.1. Modelo Penchansky y Thomas (1981)

El modelo propuesto por Penchansky y Thomas, (1981) considera a la accesibilidad de los servicios médicos como un ente multifactorial que comprende 5 componentes fundamentales. La “accesibilidad” que se concentra en evaluar las barreras como distancia, tiempo de viaje o localización. La “asequibilidad” que comprende la habilidad del sistema de salud para adaptarse antes las necesidades de los pacientes. La “aceptabilidad” que se refiere a la forma en que los pacientes perciben los servicios del centro médico acorde a influencias socioculturales.

Finalmente, la calidad examina la relación entre el costo del servicio y la situación económica de la población. Estos parámetros proporcionan una evaluación global del acceso a la salud. Esto representa los obstáculos respectivos que diferentes grupos enfrentan a la accesibilidad a la salud (Penchansky y Thomas, 1981).

3.2. Modelo de Andersen y Newman (2005)

Este modelo sugiere que el acceso está moldeado por tres familias de factores:

- Predisposición
- Capacidad
- Necesidad

Este modelo se centra en el acceso a los servicios de salud, centrándose tanto en las características del sistema de salud como en las características de la población. La accesibilidad es una función de los recursos disponibles y su distribución en la sociedad. También muestra que los factores sociodemográficos y económicos juegan un papel relacionado con la demanda de atención médica.

El nuevo término para introducir es la historia de la toma de decisiones, el comportamiento de los servicios que emplean la forma en que las personas adoptan su salud y con qué frecuencia acceden al tratamiento. Este modelo se utiliza para evaluar el potencial de políticas de salud que afectan equitativamente (Andersen y Newman, 2005).

4. Políticas públicas y su relación con el acceso a la salud en zonas rurales

El gobierno y sus entidades comprenden una característica sumamente importante que tiene relación con el acceso a la atención médica en áreas rurales. Factores como dispersión geográfica, infraestructura de baja calidad, y restricciones económicas también son factores que el gobierno tiene poder sobre ellos.

Para resolver estos problemas, el gobierno ha implementado varias pautas públicas para mejorar la provisión de sistemas de salud, a saber, el patrimonio de que se proporciona disponibilidad de atención médica, accesibilidad y calidad.

Esta sección considera las pautas públicas más importantes para mejorar el acceso a la atención médica en estas áreas, su alcance y espectro e impacto en la población. Revisaremos qué estrategias estatales funcionarán, cómo asignar a los

médicos a regiones difíciles, establecer atención móvil básica, ampliar la telesalud y las iniciativas de financiación para reducir los obstáculos económicos.

4.1. Políticas relacionadas con movilización de recursos e infraestructura

Una problemática frecuente se comprende por la falta de centros médicos especializados en salud rural. En vista a dicho problema, en algunos países como México y Brasil se implementó la construcción de hospitales y clínicas en áreas de difícil acceso. Así como también se ha desarrollado la novedosa idea de las atenciones móviles a través de las unidades de atención móvil que permiten movilizar los servicios médicos a aquella población que carece de los mismos.

El suministro básico ha mejorado en Brasil gracias al “Programa de estrategia de salud familiar”, gracias a esto médicos y especialistas visitan con frecuencia las comunidades rurales a diario (Antonucci et al., 2017). Del mismo modo, México tiene un programa de salud rural llamado "Caravana de Salud" que contribuye a esto (Secretaría de Salud, 2015).

4.2. Estrategias para la distribución de Recursos Humanos en Salud

La escasez de personal médico rural es un problema común, ya que hay muchos profesionales que trabajan en áreas urbana para mayores opciones de crecimiento. Sin embargo, las comunidades rurales necesitan personal médico que atienda las necesidades de salud en dichas áreas es por esto que fueron creadas políticas para llevar dicho personal a áreas en específico.

Un tipo de solución a este gran problema incluye el servicio social obligatorio conocido como “Año rural” que se dirige a médicos recién graduados en servicios de salud en el Estado de Ecuador (Ministerio de Salud Pública, 2025). En Argentina, el programa "Médicos comunitarios" les permitió tener becas y capacitar a los servicios básicos en las zonas rurales. Canadá y Australia también crearon un programa médico especializado centrado en la medicina rural para mantener a los médicos locales. (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

4.3. Políticas de Financiamiento y Cobertura Universal de Salud

Uno de los mayores obstáculos para acceder a la atención médica en muchas áreas rurales es el hecho de que muchos municipios simplemente no tienen los medios para pagarla, ya sea servicios médicos o tratamiento. Esto afecta a los anestesiólogos y conduce a los beneficios de costo sustancial del seguro de salud universal y el modelo de financiación de la nación más en peligro de extinción.

Uno de los principales medios implementados que han presentado alta tasa de éxito es el Seguro de salud integrado (SIS) de Perú (Ministerio de Salud de Perú, 2023). Otro sistema con alta eficacia, se desarrolló en Tailandia, comprendiendo una cobertura universal que permite a la población rural acceder a servicios médicos sin necesidad de costos elevados.

5. Conclusiones

El acceso a los servicios comprende uno de los derechos primordiales que se debe proporcionar a cada persona sin discriminación, independientemente de su ubicación geográfica, contexto social, lenguaje o situación económica. A pesar de esto, el poder brindar dichos servicios de salud presentan brechas que dificultan la accesibilidad a aquella atención. Las condiciones geográficas, económicas, sociales y culturales son los principales obstáculos a superar.

En resumen, lograr servicios de salud rural significa más que establecer centro de salud en áreas rurales, significa poder superar aquellos desafíos multidimensionales que deben abordarse para garantizar que estos servicios sean mucho más accesibles y de alta calidad. Es importante considerar que factores geográficos son determinantes claves debido a que las comunidades rurales presentan gran dificultad para movilización, se sugiere que para superar dicha brecha es necesaria la construcción de carreteras, implementación de movilización específica para dichas comunidades hacia áreas rurales en casos de emergencia. Además, los factores sociales y culturales tienen un gran

impacto en la búsqueda de servicios de salud, la tradición, educación y visión general determinan si desean recibir o no atención médica en el público general.

6. Bibliografía

- Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4).
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>
- Antonucci, L., De Loreto, M. D. D., Bifano, A., Miranda, E., & Procópio, D. (2017). Estrategia de Salud de la Familia en Brasil: Un análisis de su aplicabilidad. *Íconos - Revista de Ciencias Sociales*, 57, 125-139.
<https://doi.org/10.17141/iconos.57.2017.1462>
- Bran Piedrahita, L., Valencia Arias, A., Palacios Moya, L., Gómez Molina, S., Acevedo Correa, Y., Arias Arciniegas, C., Instituto Tecnológico Metropolitano, Instituto Tecnológico Metropolitano, Institución Universitaria Escolme, Fundación Universitaria Católica del Norte, Fundación Universitaria Católica del Norte, & Fundación Universitaria Católica del Norte. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: Percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 29-38.
<https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.6>
- Clausen J. (2022). *Pobreza rural en América Latina y el Caribe en el contexto del COVID-19*. FAO. <https://doi.org/10.4060/cb9337es>
- E. Sanz Tolosana & J. Olivia Serrano. (2021). Local perception of access to health services in rural areas. The case of the Navarrese Pyrenees. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(2), 185-194. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0945>
- Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: Monitoreando la Salud para Los ODS, Objetivo de Desarrollo Sostenible* (1st ed). (2021). World Health Organization.
- Houghton, N., Báscolo, E., Jara, L., Cuellar, C., Coitiño, A., Del Riego, A., & Ventura, E. (2022). Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, 1.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>

- Jeganathan, G., Srinivasan, S. K., Ramasamy, S., & Govindharaj, P. (2024). Accessibility and availability of maternal and reproductive health care services: Ensuring health equity among rural women in Southern India. *BMC Primary Care*, 25(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02369-6>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Ministerio de Salud Argentina. (2022). *PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-844-2022-363956/actualizacion>
- Ministerio de Salud Perú. (2023). *Análisis de Situación de Salud del Perú, 2021* (1era ed.).
- Ministerio de Salud Pública. (2025). *Año de Salud Rural Período Enero – Diciembre 2025*. <https://www.salud.gob.ec/ano-de-salud-rural-periodo-enero-diciembre-2025/>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Derechos humanos. *Derechos Humanos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Secretaria de Salud. (2015). *Unidades Médicas Móviles S200 (Caravanas de la Salud)*.
- The Lancet. (2015). Rural health inequities: Data and decisions. *The Lancet*, 385(9980), 1803. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60910-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60910-2)

Vértiz-Ramírez, J. D. J., Ramírez-Palacios, P., Ríos-Cázares, G., Sánchez-Domínguez, M. S., Ochoa-Torres, M. D. P., De Negri-Filho, A. A., & Saturno-Hernández, P. J. (2024). Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud. *Salud Pública de México*, 66(4, jul-ago), 555-569. <https://doi.org/10.21149/16199>



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, León Llanos Héctor Antonio, con C.C: # 0950425447 autor del trabajo de titulación: *Evaluación del acceso de la población rural a los servicios de salud* previo a la obtención del grado de **MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 21 de mayo de 2025

f.



Firmado electrónicamente por:
HECTOR ANTONIO LEON
LLANOS

Validar únicamente con FirmaEC

Nombre: Héctor Antonio León Llanos

C.C: 0950425447



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Evaluación del acceso de la población rural a los servicios de salud		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	León Llanos Héctor Antonio		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Obando Freire Francisco Marcelo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	21 de mayo de 2025	No. DE PÁGINAS:	15
ÁREAS TEMÁTICAS:	Acceso de los servicios de salud, sistemas y servicios de salud, Factores, Modelos de evaluación, Políticas públicas		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Accesibilidad, servicios de salud, sector rural		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El acceso a los servicios de salud constituye uno de los pilares fundamentales para garantizar el bienestar de las poblaciones. Sin embargo, en muchas regiones rurales del mundo, las brechas de acceso a estos servicios continúan siendo una problemática crítica. Según, The Lancet (2015) sostiene que, a nivel mundial, en los lugares rurales el 56% de la población no cuenta con cobertura de salud, en contraste a los lugares urbanos. Eso implica desigualdades que sobrepasan la medida en que las personas son capaces disponer de recursos para prevenir o tratar enfermedades, ya que inclusive, sirven para perpetuar círculos de pobreza y exclusión social que concentran a los segmentos más vulnerables de la sociedad. Este documento está organizado de la siguiente manera: La primera sección define la accesibilidad de los servicios de salud, las asociaciones entre los sistemas de salud y la salud. En la segunda sección, el acceso a los servicios de salud se determina clasificando y explicando cómo las condiciones individuales usan algo de salud como un factor geográfico, económico, económico y sociocultural. En tercer lugar, se han evaluado varios modelos para evaluar cómo la población accede a los servicios de salud. En resumen, este documento permite a los lectores considerar todos los resultados importantes de manera final y completa.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: +5939393139248	E-mail: hectorleon1d@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: María de los Ángeles Núñez Lapo		
	Teléfono: +593-4-3804600		
	E-mail: maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			