

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ECONOMIA

Disertación previa a la obtención del título de
Economista

Análisis de las políticas públicas del Sector Salud en el
período 2007-2013. La experiencia de la Parroquia Rural
Tufiño del Cantón Tulcán - Provincia del Carchi.

Andrés Fernando Villa Lucero

andito_fer@yahoo.es

Director: Mtr. Miguel Acosta

acostam@hotmail.com

Quito, junio de 2016

Resumen

El presente trabajo analiza los servicios del sector salud que se ofrecen en la parroquia Tufiño del cantón Tulcán, enfocándose en la efectividad de las políticas públicas y observando el desempeño de los servicios brindados en el Centro de Salud de Tufiño. Se evidencia que la gratuidad fortaleció al sistema de salud y los usuarios alcanzaron niveles de satisfacción bastante buenos en los servicios de salud.

Dentro de la misma investigación se analiza la desconcentración que ayuda a un mejor desempeño en la planificación administrativa.

Palabras clave: Sector salud, políticas públicas, Carchi, Tufiño, gratuidad.

“Es larga la carretera cuando uno mira atrás, vas cruzando las fronteras sin darte cuenta quizás”

Charly García (1972)

Comienzo a escribir estas líneas, y salen de mi lágrimas, no de tristeza sino de felicidad, porque hace poco más de un año no me hubiese imaginado este día y es por eso q quiero agradecer a Dios y al destino por darme una oportunidad ida más para vivir, a mis padres y hermanas por su fortaleza, amor y comprensión, a mis amigos y amigas que todos sabemos lo mucho que me ayudaron y acompañaron en todo momento y que no me dejaron sólo nunca, a mis maestros y maestras en especial a Miguel, Alicia y Lincoln. Dedico esta tesis a las personas con discapacidad y enfermedades catastróficas, les digo que nada es imposible si así nosotros lo creemos. Dedico también a todo mi pueblo del Carchi con los que mi compromiso de trabajar por el desarrollo y bienestar sigue latente y más fuerte cada día, así como el orgullo de ser heredero de las costumbres y del pensamiento de la cultura Pasto.

Índice

RESUMEN	2
GLOSARIO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	7
INTRODUCCIÓN	8
METODOLOGÍA DEL TRABAJO	12
<i>Preguntas de investigación</i>	12
Pregunta General.....	12
Preguntas específicas.....	12
<i>Objetivos</i>	12
Objetivo principal.....	12
Objetivos específicos.....	12
<i>Procedimiento metodológico</i>	13
<i>Fuentes de información</i>	13
<i>Variables e Indicadores</i>	14
<i>Delimitación de la Investigación</i>	14
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	15
<i>La salud</i>	15
<i>Enfoque de economía de la salud</i>	15
<i>La Universalidad</i>	16
<i>Las políticas públicas de salud</i>	16
<i>Atención Primaria de Salud (APS)</i>	17
<i>Estándares mínimos para la ruralidad</i>	19
<i>Estratificación, Descentralización y Desconcentración</i>	19
<i>Organización Territorial de la Salud</i>	20
<i>Solución al problema desde varios estudios</i>	20

CAPÍTULO I	23
<i>LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ECUADOR EN SALUD PÚBLICA EN EL PERIODO 2007-2013.</i>	23
<i>Análisis demográfico de la población rural de Ecuador</i>	23
<i>Perfil Epidemiológico</i>	25
<i>Revisión y análisis de las políticas en Ecuador.</i>	26
CAPÍTULO II	36
<i>LOS SERVICIOS DE SALUD.</i>	36
<i>Los estándares de servicios de salud en Ecuador</i>	36
<i>La salud en el periodo 2007-2013, una visión general.</i>	36
<i>Logros de la Revolución Ciudadana y comparación con la realidad.</i>	37
<i>Revisión de algunos programas de Salud</i>	42
EI MAIS.....	42
Desnutrición Cero	42
<i>Generalidades.</i>	43
CAPÍTULO III	46
<i>UNA MIRADA AL TERRITORIO: LA EXPERIENCIA DE TUFÍÑO.</i>	46
<i>Análisis demográfico de Tufiño</i>	46
<i>Desarrollo y aplicación de encuestas al territorio</i>	50
Metodología de la encuesta.	50
Partes de la encuesta.....	50
Tamaño de la muestra.	51
<i>Resultados</i>	51
Características de la población.....	52
Análisis de significancia estadística de las variables.	54
<i>Análisis comparativo de datos e indicadores de la salud en el periodo 2007-2013.</i>	57
CAPÍTULO IV	61

ANÁLISIS DE DESCENTRALIZACIÓN	61
<i>La Universalidad y la Estratificación en el territorio.</i>	<i>61</i>
<i>¿Descentralización o desconcentración?.....</i>	<i>61</i>
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS	73
<i>Anexo A:</i>	<i>73</i>
<i>Anexo B:</i>	<i>75</i>

Glosario y definición de términos

APS	Atención Primaria de Salud.
COOTAD	Código Orgánico de Organización Territorial Autónoma y Descentralizada
CST	Centro de Salud de Tufiño
DS04-HT	Distrito de Salud 04-Huaca-Tulcán
DOC	Despistaje Oportuno de Cáncer
MSP	Ministerio de Salud Pública
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
ONU	La Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
SIISE	Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador
SIAN	Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición
PNBV	Plan Nacional para el Buen Vivir
PIM	Programa Integrado de Micronutrientes.

Introducción

La salud es un pilar esencial para el desarrollo social y económico de cualquier sociedad, en ese sentido ningún estado debe excluir los temas de salud en sus planes de desarrollo. La actual Constitución de Ecuador garantiza los plenos derechos del ser humano, dentro de ellos el derecho a la salud mediante la universalización de los servicios públicos, es decir atención para todos.

Además de los lineamientos constitucionales, los objetivos del Plan Nacional para el Buen Vivir- PNBV-2009-2013, en concordancia con la Ley Orgánica de Salud (2006) y Código Orgánico de Organización Territorial Autónoma y Descentralizada- COOTAD (2011), proponen entre los objetivos de desarrollo, mejorar la salud de los ecuatorianos con eficiencia, eficacia y efectividad.

Sin embargo, las acciones de la política pública en torno a la salud difieren sustancialmente entre los territorios urbanos y los territorios rurales del país. En la documentación revisada la elaboración de las políticas públicas se planteó como un problema general, sin que exista una visión de particularización, que tome en cuenta la heterogeneidad en cada territorio.

Para el año 2006, según la Encuesta de Condiciones de Vida, la población ecuatoriana consideraba como las principales barreras para acceder a servicios de salud a:

1. La falta de dinero: El 63.5% del total de encuestados no accedió a servicios de salud por falta de dinero
2. Enfermedad leve: El 7.7% del total de encuestados consideró a la enfermedad como caso leve.
3. La falta de tiempo: El 2.6% del total de encuestados no tuvo tiempo para asistir a un centro médico.
4. La calidad del servicio: El 2.5% del total de los encuestados consideró que el servicio es malo.
5. La distancia: El 2.3% del total de encuestados dijeron que había gran distancia hacia el centro médico.
6. Otros motivos: El 21.4% del total de encuestados tuvo otros motivos.

Si bien la información a nivel nacional es relevante, el análisis de la provisión de servicios de salud debe considerar la marcada diferencia de estos servicios entre territorios rurales y urbanos.

En Ecuador, el análisis territorial se debe hacer (por su diversidad) entre cada territorio (diferentes climas y regiones). Las enfermedades o los síntomas no son los mismos entre los distintos territorios; por ejemplo es difícil comparar el tratamiento de una enfermedad de la

Amazonía, con aquella del páramo. Posiblemente, en la Amazonía las enfermedades se relacionan con el calor, la humedad, o incluso con la extracción petrolera; mientras que en el páramo es muy probable encontrar enfermedades respiratorias y de presión arterial.

El sitio web Greenpeace (2005) habla que las malas prácticas agropecuarias generan daños ambientales y deterioran la salud de los individuos. Un sector agrícola predominantemente rural en el caso ecuatoriano.

Según las estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2011), la neoplasia maligna del estómago es una de las diez principales causas de muerte en los territorios rurales del Carchi. El Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos (INC, s.f) menciona que los principales factores que causan esta enfermedad son: la edad, la alimentación y las enfermedades del estómago.

Dentro de la alimentación (INC, s.f.), el riesgo de cáncer aumenta, cuando se consumen alimentos con alto contenido de sal, cuando están ahumados y cuando no se prepararon o acopiaron correctamente. Por lo general estos factores tienen una presencia más alta en territorios rurales.

Suárez (2010) señala como uno de los mayores problemas de los territorios rurales el no poder acceder a servicios de salud que dependen de factores tecnológicos como la imaginología, la radioterapia, la hemodiálisis, etc.

La OPS (1968) dice que los pobladores de las aéreas rurales buscan siempre mejores estilos de vida, por ende se exige mejores servicios en salud esto pese a la insuficiente información de los territorios rurales en torno a sus necesidades en el ámbito de salud.

Las políticas de salud deben ser focalizadas para cada territorio, pero tal focalización debe considerar las expectativas de la población en la mejora de su bienestar. Es la población la que evalúa si las políticas funcionan o no de acuerdo a su criterio.

El análisis de las políticas públicas en salud para territorios rurales, corresponde al periodo 2007-2013 debido a que en este lapso de tiempo se generaron cambios estructurales en Ecuador. El nuevo Gobierno, la nueva Constitución, la elaboración del Plan Nacional para el Buen Vivir, ente otros son factores que determinaron dichos cambios. Además en este periodo es visible una estabilidad política en comparación a la década de 1996 a 2006.

El análisis propuesto se enfocó en Tufiño, una de las ocho parroquias rurales del Cantón Tulcán capital de la Provincia del Carchi. La cual según el censo nacional de población y vivienda (2010) tiene 2,339 habitantes, distribuidos en una superficie de 127Km². Este territorio basa su economía en torno a la ganadería y la agricultura. Además, según el Censo de Población y Vivienda (2010) Tufiño cuenta con 165 personas con algún tipo de discapacidad, es decir un 7.1% de su población.

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en la Provincia del Carchi existen cinco establecimientos de salud públicos entre hospitales y centros de salud. En Tufiño existe apenas un centro de salud, por lo que sus habitantes ante cualquier tipo de enfermedad grave,

deben movilizarse hacia el Hospital General de la Ciudad de Tulcán, lo cual demanda de un viaje de entre 30 a 40 minutos. El sub-centro de salud de Tufiño, por encontrarse en territorio limítrofe con Colombia, tiene afluencia de personas colombianas en menor cantidad que ecuatorianos, pero con iguales derechos que los ciudadanos ecuatorianos.

Se escogió el presente tema con base a la percepción, de que en el área rural se concentran los mayores problemas de salud, en comparación con el área urbana, por lo que el objeto fue el de construir una investigación, con bases teóricas, metodológicas y prácticas, para evaluar y generar mejor bienestar relacionado con la salud en territorios rurales.

La investigación se hizo con el afán de contribuir a las poblaciones rurales, en especial a Tufiño, con un análisis de la calidad de los servicios brindados en el sector de la salud pública. Para que sirva de ayuda tanto a la población, como a los diferentes niveles de Gobierno, fundamentalmente para la toma de decisiones en cuanto a infraestructura y políticas públicas de acuerdo a los requerimientos que se presenten o necesidades no satisfechas relacionadas a la salud. El estudio busca una fuente de información triangular, alrededor de la investigación, la sociedad y las políticas públicas, de tal manera que la investigación se transforme en un aporte complementario para el análisis de las políticas públicas del sector salud a nivel nacional.

La investigación partió de la metodología de trabajo en donde de manera específica se planteó la pregunta: ¿Han sido eficientes las políticas públicas en el ámbito de salud, implementadas en la ruralidad del Ecuador en el periodo 2007-2013? A partir de de la cual se estructuraron los objetivos y lineamientos específicos de la investigación.

En la fundamentación teórica se hizo una revisión lo mas concadenada posible de varios conceptos y estudios que colaboraron en el desarrollo de la salud a nivel general procurando ir hacia las soluciones en territorios rurales.

En el primer capítulo, se revisó y analizó las principales políticas públicas que se relacionan con la salud y sus servicios. En esta parte se mira si las políticas fueron bien estructuradas y si tuvieron su razón de ser, es decir si quisieron resolver algún problema.

En el segundo capítulo se trabajó en torno a los servicios de salud, para comprobar la eficiencia políticas mediante las acciones implementadas en relación a los estándares mínimos establecidos por el gobierno. Se conoció rápidamente la situación a nivel nacional, y luego el análisis se profundizó en el territorio. La debilidad de los indicadores de salud del territorio implicó la ejecución de una encuesta, con el fin captar la percepción de los servicios del centro de salud de Tufiño.

El tercer capítulo propone un análisis de descentralización. Primero se observó cómo estuvo la estratificación en la población (separación de personas según la urgencia de atención) y como se tomó en cuenta a la universalidad en el centro de salud de Tufiño. Posteriormente se desarrolló el tema de cuan desconcentrado o descentralizado la salud.

Finalmente, la investigación propone varias conclusiones y recomendaciones respecto a la situación de la salud, no solo de Tufiño, sino aquellas que pueden extrapolarse a los lugares rurales en el país y la región.

Metodología del trabajo

Preguntas de investigación

Pregunta General

¿Han sido eficientes las políticas públicas en el ámbito de salud, implementadas en Ecuador en el periodo 2007-2013?

Preguntas específicas

¿Cuáles son las políticas públicas en salud implementadas en Ecuador en el periodo 2007-2013?

¿Se cumplieron los estándares mínimos de salud en Ecuador?

¿Qué efecto tuvieron las políticas públicas sobre la población rural de Tufiño, teniendo en cuenta su percepción de satisfacción?

¿Qué nivel de desconcentración y descentralización se puede encontrar en la elaboración de las políticas públicas de salud en Ecuador?

Objetivos

Objetivo principal

Analizar la efectividad de las políticas públicas en el ámbito de salud implementadas en Ecuador en el periodo 2007-2013.

Objetivos específicos

Estudiar las principales políticas públicas en salud implementadas en Ecuador en el periodo 2007-2013.

Comparar las políticas mediante las acciones implementadas con los estándares mínimos establecidos en el periodo 2007-2013.

Medir la percepción de satisfacción de servicios de los habitantes de Tufiño.

Determinar el nivel de desconcentración y/o descentralización en la implementación de las políticas públicas en el periodo 2007-2013.

Procedimiento metodológico

El enfoque de investigación que se utilizó fue cuantitativo y cualitativo. Cuantitativo, con el análisis a datos e indicadores proporcionados por el Distrito de Salud 04-Huaca-Tulcán (DS04-HT) y por las distintas fuentes de información y bases de datos del país, tales como la encuesta de condiciones de vida o las estadísticas vitales.

El método deductivo estuvo presente en la investigación, ya que lo que se pretendió fue ir desde lo general a lo particular, es decir ir desde lo macro a lo micro como se muestra en el marco teórico.

El alcance de la investigación fue descriptivo y relacional. Relacional porque en el territorio se utilizó una encuesta, que ayudó a validar los datos proporcionados por el DS04-HT (véase anexo A). Descriptivo dado que se analizó el cambio en el tiempo de algunos indicadores para ver el cumplimiento de cada política a nivel global.

Se estudiaron los conceptos que facilitaron la comprensión del tema, y se fortaleció con la revisión de casos que han intentado solucionar el problema.

En la primera parte se hizo un análisis de la situación de la salud pública en general del país. Es decir se vio las políticas públicas y sus efectos a nivel global.

Luego estuvo el análisis en la parroquia rural Tufiño, en donde se trabajó con la limitada documentación del Centro de Salud de Tufiño (CST). Posteriormente se realizó una encuesta a una muestra del área de Tufiño, la cual estuvo bajo parámetros técnicos utilizados para de esta forma obtener óptimos resultados. Se encontró estadísticamente el número de encuestados utilizando la fórmula que se deriva de la propuesta de Antonio y Luna (1993) para poblaciones finitas, determinándose que se debía aplicar la encuesta a cien pacientes elegidos aleatoriamente.

Finalmente, se procedió y observó los resultados, con lo cual se pretendió dar respuesta a la hipótesis planteada.

Fuentes de información

La información provino de varias fuentes: la primera es el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador- SIISE, de donde se obtuvo los datos e indicadores de salud a nivel nacional.

La segunda es la Dirección distrital de Salud 04- Huaca-Tulcán, de donde se obtuvo la información propia del territorio; esta institución mencionó que la información que proporciona es privada, por lo que se la entrega únicamente con fines académicos.

Además de la información obtenida de todos los sistemas académicos de búsqueda que se encuentran en la bibliografía, como JSTOR, CEPAL.

Finalmente la tercera fuente de información es la obtenida de las encuestas aplicadas en el territorio, para lo cual se utilizó una metodología que se describe en el capítulo II.

Variables e Indicadores

Las variables en primer lugar fueron los estándares mínimos establecidos para cada política. Además, de la principal variable que son los servicios de salud que tienen los pobladores de Tufiño. En función a esta variable, se analizó el funcionamiento y desempeño de la salud pública en el territorio.

Delimitación de la Investigación

La presente investigación se centró en el análisis del sector salud a nivel general del país y particularmente hacer un análisis para la parroquia rural Tufiño del cantón Tulcán de la provincia del Carchi. El periodo escogido fue entre los años 2007 y 2013, porque dentro de este periodo coincide la implementación de varios cambios estructurales en el país como la Constitución 2008 y el PNBV. Dentro del territorio se eligió al centro de salud de Tufiño ya que pertenece al Ministerio de Salud Pública.

Fundamentación Teórica

En esta parte se revisa la fundamentación teórica que se utilizó en el trabajo de investigación, con el fin de tener una visión clara de los temas que se topan en los capítulos que responden a las preguntas de investigación.

Cada concepto está ligado a cierta parte de la investigación, procurando facilitar la comprensión del lector. Por lo tanto se da una concatenación de cada concepto, similar a la que se ve en los capítulos.

La salud.

La Organización Mundial de la Salud (1946) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Añadiendo un concepto de clase de economía de la salud dictado por Villacres (2013) el cual dice que “la salud es un componente del capital humano, muy difícil de cuantificar, por las limitaciones de información, y las implicaciones en la conceptualización individual”. Entonces la salud es algo inherente, inalienable e intransferible de los individuos, por lo que se considera como un derecho universal y fundamental para la subsistencia humana, y su desarrollo.

Por consiguiente, al decir que la salud es un derecho, se garantiza la universalidad y el acceso a sus servicios, sin ningún tipo de discriminación.

La Organización de las Naciones Unidas (s.f.) reconoce en el sistema universal de los derechos humanos, el derecho a la salud en los artículos 12 y en el 25.5. Asegurando integralmente en la mejor medida posible la salud de cada ser humano individualmente y en conjunto.

Enfoque de economía de la salud.

En el siglo XX, autores como Arrow (1963) y Grossman (1972), comenzaron a introducir conceptos de economía dentro del tema de salud, consecuentemente surgiría la economía de la salud. Esta rama de la economía propone modelos que ayudan a la elaboración y evaluación de políticas públicas de salud. Las políticas se ajustan a diferentes realidades territoriales, dependiendo las características de la población y sus perfiles epidemiológicos.

La salud es un problema común de los países al cual se debe asignar recursos económicos para tratar de resolverlo. Según Sloan y Hsieh (2012), la economía de la salud es un campo de la economía que relaciona al financiamiento con la entrega de servicios de salud.

De la economía de la salud se puede extraer que los servicios en salud es un sector estratégico, dado que puede relacionar la productividad con el estado de salud de los individuos tal como lo menciona Grossman (1972).

Pero como lo sugieren de las Cuevas, Hidalgo y del Llano (2000), este enfoque no es solamente cuestión de insertar conceptos económicos en el tema de salud, sino mas bien toma un espectro más amplio, dado que ha servido como generador teórico en temas de economía de la información y en la economía del seguro.

Los problemas de salud conllevan problemas económicos, por lo cual Grossman (1972), Sloan y Hsieh (2012) y de las Cuevas, Hidalgo y del Llano (2000), resuelven el problema desde una visión netamente económica.

La Universalidad.

Este es un concepto que es tomado en el desarrollo de la investigación ya que se habla de una política pública con parámetros de universalidad, por lo tanto es trascendental saber cómo debe considerarse a la universalidad, visto desde el punto del deber ser. Quizá de aquí se desprenda el concepto clave de toda la investigación.

Según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del trabajo (2005) dentro de la iniciativa conjunta sobre la extensión de la protección social en Salud, mencionan que la universalidad es brindar salud a todas las personas sin ningún tipo de exclusión. Es decir los territorios rurales no deberán estar excluidos.

Las políticas públicas de salud.

La revisión de cómo deben ser las políticas públicas ayuda en el desarrollo de la primera pregunta de investigación, es así como a continuación se presenta ideas de políticas públicas, que sirven para la investigación en el territorio.

Las políticas públicas en salud, se relacionan directamente con el desarrollo humano que estas pueden generar a la población a la cual se dirigen. Siempre que se cumpla con los conceptos de universalidad en las políticas públicas en salud, será más fácil llegar a un nivel de desarrollo adecuado.

Schejtman y Berdegué (2004) hablan que una de las causas de la pobreza y bajo desarrollo rural es la poca efectividad de las políticas que se promovieron en estos sitios durante periodos pasados. Para lo que mencionan que dada la heterogeneidad de los territorios rurales, debe hacerse políticas diferenciadas, multidisciplinarias y aplicarse en forma multisectorial. Adicionalmente dicen que se debe hacer un modelo de políticas de abajo hacia arriba, para conocer mejor las ideas y necesidades de las comunidades.

La OMS (2008) plantea tres grupos de políticas públicas para la salud:

Un primer grupo de políticas públicas fundamentales, es el constituido por las políticas de los sistemas sanitarios (relacionadas con los medicamentos esenciales, la tecnología, el control de la calidad, los recursos humanos, la acreditación, etc.) de las que dependen la atención primaria y las reformas en pro de la cobertura universal.

Unas políticas de salud pública eficaces que aborden problemas de salud prioritarios constituyen un segundo grupo sin el cual la atención primaria y las reformas en pro de la cobertura universal se verán dificultadas. Comprenden las políticas y los programas técnicos que ofrecen a los equipos de atención primaria orientaciones para hacer frente a problemas de salud prioritarios. Abarcan, asimismo, las intervenciones de salud pública clásicas, desde la higiene pública y la prevención de enfermedades a la promoción de la salud.

El tercer conjunto de políticas se basan en el reconocimiento de que es posible mejorar la salud de la población mediante políticas controladas principalmente por sectores que no se relacionen al sanitario. Los contenidos de salud de los planes de estudio escolares, las políticas industriales en pro de la igualdad de género, y la seguridad de los alimentos y los bienes de consumo son cuestiones que pueden influir profundamente en la salud de comunidades enteras o incluso determinarla, y trascender las fronteras nacionales. No cabe abordarlas sin una colaboración intersectorial intensiva que conceda la debida importancia a la salud en todas las políticas.

Unas políticas públicas mejores pueden operar cambios reales por cauces muy diversos. Permiten movilizar a toda la sociedad en torno a cuestiones relacionadas con la salud

Atención Primaria de Salud (APS).

El valor de la APS en la investigación es muy alto, ya que esto es de lo que se ha debatido durante años en la OPS para entregar servicios de salud de calidad. El estudio de las APS es necesario ya que en la investigación se pretende evaluar los servicios en salud.

La definición de atención primaria de salud surge en los años setenta a cargo de la OMS, quien enuncia lo siguiente:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (OMS, 1978).

Así, Periago (2007) señala que la APS se encamina favorablemente hacia la generación y defensa de la salud de los individuos.

Aunque la APS proponga salud para todos, Alarcón, Álzate, Benavente, Briceño-León, Campaña, Calero, Changas, Díaz, Dubois, Duverges, Estrella, Faundes, Fernández, Fescina, Gensini, Gillespie, Grossmann, Guerra, Hermida, Hernández, Hurtado, Keim, Kroeger, Luna, López., Macías, Mautsch, Mosquera, Osuna, Peñaherrera, Reitmaier, Rodríguez, Rosenblat, Ruiz, Salazar, Schwarcz, Skewes-Ramm, Souza, Sucupira, Tauscher, Vallenas, Vallejos, Warning, Zurita, Vázquez (1992) exponen que en la realidad no se da así, limitándose a brindar servicios solamente a los más necesitados. Entonces plantean la propuesta de la ampliación de la cobertura, que debe entenderse por dos sentidos que son: 1) programas y actividades de salud, y 2) geográfico y poblacional.

El concepto de APS se ha ido reformando constantemente para adaptarse a las nuevas necesidades y requerimientos que surgen de la versatilidad de las poblaciones. Macinko, Montenegro, Nebot, Etienne (2007) dijeron que es necesario renovarse por el objetivo de regenerar la estrategia que le permita afrontar los nuevos problemas de salud.

Jiménez, Báez, Pérez, Reyes (1996) crearon una metodología para evaluar la calidad de las instituciones de APS. La calidad la enmarca en siete dimensiones: Competencia y desempeño profesional, Efectividad, Eficiencia, Accesibilidad, Satisfacción, Adecuación, Continuidad.

La metodología tiene tres etapas:

- 1) Preparación: en esta etapa se definen los problemas, las dimensiones y el personal a evaluar, además de los indicadores e instrumentos de evaluación.
- 2) Ejecución: aquí se aplica los instrumentos evaluativos que ayudan a obtener los resultados esperados y no esperados, los cuales se comparan con los indicadores preestablecidos, para posteriormente ofrecer las medidas de corrección correspondientes.
- 3) Seguimiento: es la etapa de monitoreo que sigue un plan establecido, en base a las metas y objetivos planteados.

Entonces así, lo propuesto por Jiménez, Báez et al. (1996) ayuda mucho en todo lo que se refiere la renovación de las APS.

La OMS (2008) enmarca la renovación de la APS a causa de:

- Nuevos perfiles epidemiológicos
- Necesidad de encontrar un enfoque fuerte y único de la APS, tomando en cuenta los distintos enfoques existentes.
- Las nuevas, buenas prácticas.
- El nuevo conocimiento de la sociedad sobre la APS.

El concepto de la APS es uno de los más utilizados por los autores para la solución al problema de la salud en los territorios rurales.

Estándares mínimos para la ruralidad.

En complemento a las APS, para responder a la segunda pregunta de investigación es necesario hablar de estándares mínimos, los cuales están sujetos a un debate entre lo que debería ser y lo que realmente es. Esto se debe a que si bien hay niveles óptimos, no siempre serán ejecutables, sin embargo siempre será recomendable partir de algo. Así, Amores y Cevallos (2009) hablan sobre la necesidad de estándares de calidad para prestación de servicios de salud. Lo cual debe tener visión de interculturalidad, para que se ajusten a las costumbres, tradiciones, lenguaje, conocimientos ancestrales y formas de vida. Sin dejar a un lado el cumplimiento de los Objetivos del Milenio y la renovación de la Atención Primaria de Salud.

Amores y Cevallos (2009) definen que los estándares mínimos deben estar presentes en: el Licenciamiento o habilitación; la acreditación; a categorización; y en los métodos de auto evaluación. Para la presente investigación se utilizara el término de la acreditación que se refiere a la entrega de servicios. Entonces en la investigación se verá si hay estándares mínimos, en los puntos señalados.

Estratificación, Descentralización y Desconcentración.

La estratificación, descentralización y desconcentración son tres conceptos elementales para el desarrollo de uno de los capítulos, el cual responderá a la tercera pregunta de investigación.

La estratificación es un concepto generalmente utilizado para categorizar a la población según sus características, así Marx (1859) dentro de su teoría introdujo el concepto de clases sociales para entender mejor a la economía de aquella época, haciendo énfasis a la lucha de clases.

Pero el valioso aporte que hizo Marx ha ido más allá de lo que se refiere al acceso de la población a los factores de producción. Por su parte, Batista, Coutin, Feal, González y Rodríguez (2001) pusieron en consideración la estratificación de los territorios para optimizar los recursos destinados a los servicios de salud pública. Lo cual depende de factores propios de la sociedad, como el perfil epidemiológico, tamaño de la población o grupos de edad de la población. Es decir, se propone un estudio para no caer en el error de homogenizar los territorios. Esto lleva a pensar en desconcentración y descentralización.

Tomando a la desconcentración como la delegación de funciones desde el Gobierno Central a entidades regionales que no sean autónomas, por ejemplo el Ministerio de Salud Pública.

Espinosa y Gonzales (1993) dijeron que los procesos de desconcentración pretenden la desburocratización y otorgan la capacidad de decisión a los organismos regionales. Además mejoran la eficiencia y la modernización del estado. Además mencionan la existencia de los sistemas interactuantes en América Latina, ya que existe una combinación de descentralización con desconcentración, en la cual se mantiene rasgos de centralismo.

En Chile en los años setenta, en el proceso de desconcentración se llevó a cabo en lo administrativo y territorial, así se dio una reforma estructural y funcional de ministerios y organismos de estado, y se regionalizó el país. En la descentralización de la educación, por una parte se dio una transferencia administrativa a los municipios, y por otra se privatizó centros de enseñanza técnica entregándolos en comodato a empresas.

Desconcentración no es lo mismo que descentralización. Prud'Homme, citado por la CEPAL (2000) habló sobre la confusión existente, y mencionó tres tipos de descentralización: espacial, de mercado, y administrativa. Siendo la descentralización administrativa la que descarga funciones y poder a nivel subnacional.

En complemento Schejtman y Berdegué (2004) mencionaron que descentralización es una devolución del poder a niveles subnacionales, lo que para Albuquerque (2004) genera espacio para el desarrollo local.

Entonces la diferencia entre desconcentración y descentralización está en que desconcentración es la delegación de funciones y tareas; mientras que descentralización es la delegación efectiva de responsabilidades y poder de decisión.

Organización Territorial de la Salud

Con los argumentos de descentralización y desconcentración viene el de ordenamiento territorial. Díaz (1997) estudió el ordenamiento territorial del sistema de salud español, y concluyó que es indispensable una correcta planificación en la salud dado que se cuenta con recursos limitados (humanos, económicos y materiales), entonces se hablaría de una planificación territorial a favor de la salud.

Menor (1997) analiza el ordenamiento territorial de la Vega de Granada y llega a concluir que es fundamental el ordenamiento supranacional para obtener un mejor desarrollo territorial en torno a un polo de desarrollo.

Solución al problema desde varios estudios.

En esta parte se mencionan estudios de caso y/o soluciones de autores, que puedan ayudar al análisis en los territorios rurales de Ecuador.

Según Brachet (2002) en la década de los 90' en México se dieron varios ajustes macroeconómicos generando entre otras cosas, reformas en la salud pública, lo cual afectó especialmente a las áreas rurales. Evidentemente Tamez y Valle (2005) también coinciden que hubo consecuencias en el sector de la salud en las áreas rurales de México. A lo cual Borges y Gómez (1998) añaden que en las zonas rurales prevalece la utilización de remedios caseros ya que experimentan serios problemas de accesibilidad, calidad y disponibilidad de servicios de salud, además de los aspectos culturales.

La OPS (1968) dijo que las mayores deficiencias de los servicios de salud están en las áreas rurales, quienes además no cuentan con buena educación y vivienda, esto ha obligado a las personas a trasladarse hacia las ciudades generando la “ruralización del medio urbano”. Además coincide en que no se puede encerrar bajo una sola definición a los diferentes estilos de vida de las áreas rurales.

La solución propuesta por la OPS (1968) fue de estructurar los territorios en áreas: urbanas, suburbanas y rurales. Entonces en cada área crear la infraestructura adecuada conjuntamente con programas de acción que incluyan la atención de la madre y del niño, el control de enfermedades transmisibles, el saneamiento básico, la alimentación y la atención médica más elemental.

Arrow (1963) dijo que uno de los mayores problemas en la salud es las limitaciones de personal especializado en medicina, algo que en los países en desarrollo persiste en pleno siglo XXI en los territorios rurales. Por lo que Kay (2009) dentro del tema productivo menciona que es necesario regenerar los territorios rurales hacia una ruralidad comunitaria nueva con requerimientos de capital, recursos humanos y otros recursos económicos, esto podría encajar perfectamente dentro de una pequeña parte de la solución al problema de salud de los territorios rurales.

Dentro del tema de los recursos humanos la OPS (1968) dice que las zonas rurales han constituido una especie de aislamiento para los profesionales de la salud. Por lo que varios países han optado por darles incentivos a quienes vayan a estos lugares.

Escalona y Diez (2003) coinciden en su investigación que uno de los limitantes en la calidad de vida de los territorios rurales es el acceso a los servicios básicos. Sobre los servicios de salud, las autoras concluyeron que estos van restando calidad conforme se alejan de los centros poblados. Como solución proponen establecer medios de transporte y el mejoramiento vial desde los centros urbanos a los rurales, conjuntamente con la creación de un sistema de salud enfocado a la atención primaria.

Boccaro (2004) analiza los servicios de salud en los territorios rurales de las comunidades Mapuches en Chile, en donde las prácticas de medicina ancestral prevalecen, mismas que no podrían ser imaginadas por los actores políticos de Chile, por lo que menciona también, que la salud complementaria es una solución. Al decir salud complementaria hace referencia a la unión de medicina tradicional y ancestral.

En torno a la atención primaria de salud se dice que Costa Rica es uno de los casos más exitosos. Morgan (1993) mencionó que el punto fundamental para la atención primaria en salud, es la participación comunitaria, que se define como la alianza entre el Gobierno y la población rural y marginada para resolver los problemas de salud. Además Morgan (1993) dice que la participación comunitaria está presente intrínsecamente en la población rural con las prácticas medicinales tradicionales, a lo que se debía complementar con la educación de los individuos en todo lo que tenga que ver con la salud, por ejemplo alimentarse mejor, hacer

deporte e incluso el saber utilizar adecuadamente las instalaciones públicas de servicios de salud.

Capítulo I

Las políticas públicas de Ecuador en salud Pública en el periodo 2007-2013.

Este capítulo hace un estudio general de las políticas públicas en salud implementadas en Ecuador en el periodo 2007-2013. Tal como se lo enuncio en el primer objetivo.

Es necesario comenzar por la Constitución de Ecuador, para seguir por un camino de las políticas públicas del PNBV 2009-2013, sin dejar de lado los programas y proyectos del ministerio de salud.

Se toma la Constitución porque todas las políticas públicas deben sustentarse legalmente en ella.

El PNBV 2009-2013 tiene doce objetivos, dentro de los cuales hay políticas que debían ser cumplidas en los tiempos definidos por medio de las metas establecidas, sin embargo para el tema de salud en territorios rurales las metas no fueron claramente definidas. Lo cual se evidencia en el análisis siguiente.

Análisis demográfico de la población rural de Ecuador

Según el Censo de Población y Vivienda del INEC (2010) la población rural fue más de 5.3 millones de habitantes, es decir, cerca del 37% de la población total se encuentra en territorios rurales. Se puede afirmar que es un porcentaje considerablemente alto ya que es el segundo más alto de la región después de Paraguay. Según el Banco Mundial (2010) la población total la rural en Paraguay representó el 42%, en Bolivia el 33.6%, en Colombia el 25%, en Perú el 23%, en Brasil el 16%, en Venezuela el 11%, Chile el 11%, en Argentina el 9% y en Uruguay el 6%.

Tabla 1: Pirámide poblacional rural nacional (2010)

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN		PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN	
	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES
0 a 4	294402	304.379	5,5%	5,6%
5 a 9	308.839	318.283	5,7%	5,9%
10 a 14	304.345	319.633	5,6%	5,9%
15 a 19	265.841	277.482	4,9%	5,1%

20 a 24	225.005	228.617	4,2%	4,2%
25 a 29	204.363	201.080	3,8%	3,7%
30 a 34	178.805	177.327	3,3%	3,3%
35 a 39	160.501	159.602	3,0%	3,0%
40 a 44	135.434	138.876	2,5%	2,6%
45 a 49	122.010	126.236	2,3%	2,3%
50 a 54	101.927	103.694	1,9%	1,9%
55 a 59	90.251	93.257	1,7%	1,7%
60 a 64	76.096	78.422	1,4%	1,5%
65 a 69	66.770	68.271	1,2%	1,3%
70 a 74	50.591	53.156	0,9%	1,0%
75 a 79	35.386	35.996	0,7%	0,7%
80 a 84	24.969	24.044	0,5%	0,4%
85 a 89	13.172	11.748	0,2%	0,2%
90 a 94	5.469	4.491	0,1%	0,1%
De 95 y +	2.288	1.655	0,0%	0,0%
Total	2666464	2726249	49,4%	50,6%

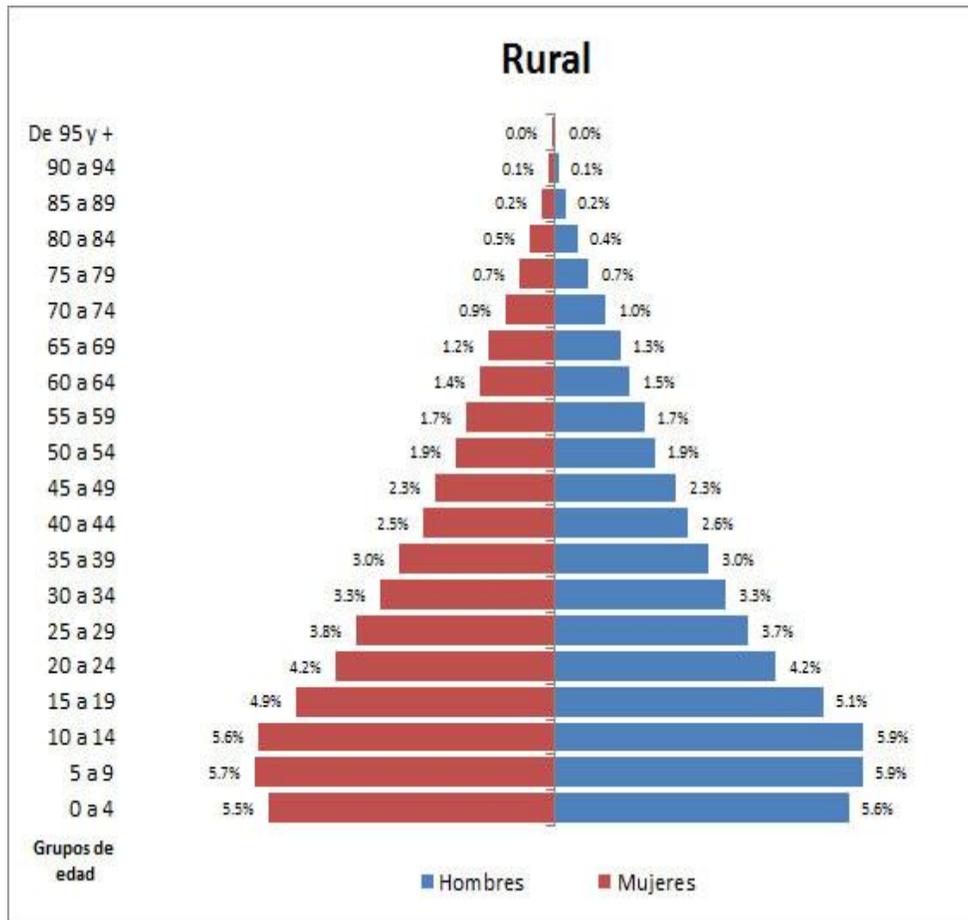
Fuente: SIISE

Elaboración: Andrés Villa

La pirámide poblacional de los territorios rural tiene un comportamiento similar a la pirámide poblacional general, es decir es ancha en su base y se va haciendo más delgada con forme va llegando a la parte superior.

El análisis demográfico muestra predominancia en la población joven e infante. Como se observa tanto en la tabla como en el grafico la población menor de 25 años representa más del 50% del total de la población rural.

Grafico1: Pirámide poblacional Rural



Fuente: SIISE

Elaboración: SIICE

Perfil Epidemiológico

En los territorios rurales según las estadísticas vitales del INEC (2011) las principales causas de muerte fueron: Accidentes de transporte terrestre, Influenza y neumonía, Enfermedades cerebrovasculares, Enfermedades hipertensivas, Diabetes mellitus, Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas, Neoplasia maligna del estómago, Enfermedades isquémicas del corazón, Enfermedades del sistema urinario, Agresiones (homicidios).

Con excepción de los accidentes de transporte y las complicaciones las enfermedades comunes de los territorios rurales son progresivas y de alto cuidado, quizá haya que definir y precisar mejor cuales son específicamente las enfermedades que están dentro de estas categorías, por ejemplo dentro de las enfermedades cerebrovasculares existen varios tipos y trastornos que afectan al cerebro de los cuales unos pueden ser mortales y otros no.

El problema posiblemente es que en los territorios rurales no se logre identificar con precisión los síntomas y en consecuencia no se diagnostique correctamente las enfermedades. Es decir en las zonas rurales hay recursos muy limitados para asistencia a pacientes de este tipo. Para complementar hay que mencionar que según el INEC (2014) los habitantes de territorios rurales tardan en promedio cuarenta y cuatro minutos para llegar al establecimiento de salud más cercano.

Por otro lado se debe mencionar que según la Encuesta Urbana de Empleo y Desempleo del INEC (2013) el 66.3% de la población rural no contaba con ningún tipo de seguro de salud, pese a que en estos lugares se brinda la facilidad de acceder al seguro campesino.

Revisión y análisis de las políticas en Ecuador.

De la Constitución 2008 se toma como referencia:

En concordancia con la Constitución 2008 se dice que el Estado tiene la responsabilidad de: generar políticas públicas, universalizar la atención en salud, fortalecer los servicios estatales, garantizar prácticas de salud ancestral y alternativa, brindar cuidado a grupos prioritarios, garantizará la disponibilidad y acceso a medicamentos, promover el desarrollo integral, tal como se menciona en los artículos del título VII, sección segunda (Art.358 al Art.366).

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Es decir que cada individuo constitucionalmente está en pleno derecho de exigir al estado que se haga toda acción a favor de tener un buen estado de salud. En cuyo proceso intervendrán temas como el de soberanía alimentaria, servicios de saneamiento y alcantarillado de calidad, construcción de aéreas verdes, etc., con el fin que cada ciudadano este lo más saludable posible.

Con base en el artículo 32 de la Constitución, la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES, 2009), estableció en el PNBV 2009-2013, estrategias, objetivos, políticas y metas, con lo que se pretendería aumentar el desarrollo en Ecuador. Se tiene:

Objetivo 1: Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorial en la diversidad
Política 1.1. Garantizar los derechos del Buen Vivir para la superación de todas las desigualdades (en especial salud, educación, alimentación, agua y vivienda).

Metas:

1.1.1 Aumentar a 71% el porcentaje de hogares cuya vivienda es propia al 2013.

1.1.2 Alcanzar el 98% de matrícula en educación básica al 2013.

1.1.3 Incrementar a 66.5% la matrícula de adolescentes en bachillerato para el 2013.

1.1.4 Aumentar a 8 la calificación de la población con respecto a su satisfacción con la vida al 2013.

1.1.5 Revertir la desigualdad económica, al menos a niveles de 1995 al 2013.

La política tomada del objetivo 1 menciona el promover el buen vivir rural y la garantía de derechos para superar desigualdades en especial en salud, educación, alimentación, agua y vivienda. Se diría entonces que estas políticas favorecerían a la salud en territorios rurales, pero las metas van por un camino en el cual no se ve directamente a la salud.

Si bien se habla de temas como vivienda propia y satisfacción con la vida, el análisis de estas variables puede tornarse bastante subjetivo.

No se puede decir una persona que vive en su casa propia tiene mejor salud, que una que vive en un lugar arrendado, porque las condiciones de vida de quien vive arrendando pueden ser mejores que las de aquel que vive en su lugar propio. La CEPAL (2000) mencionó que la vivienda saludable depende de factores como la tenencia segura, ubicación, diseño, estructura, servicios básicos de buena calidad, muebles, utensilios domésticos y bienes de consumo seguros y eficientes, sin importar quién sea el dueño.

Esta política se alinea perfectamente con el artículo 35 de la Constitución que dice:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

En tanto se comprenda que los territorios rurales tienen en su vida cierto nivel de riesgo, el artículo 35 de la Constitución puede colaborar con una mejor elaboración de políticas públicas para este tipo de territorios. Concretamente Tufiño se encuentra riesgo permanente por su ubicación geográfica, cercana a un complejo volcánico activo y junto a la línea limítrofe con Colombia.

Al hacer un análisis de las metas de la política 1 con los indicadores que se muestran en las tablas 2, 3, 4 y 5, se evidencia que se pudo partir de un indicador ex ante, lo cual indica a partir de ello se pudo identificar un problema, mismo que inspiró al ente pertinente a plantearse políticas y metas, es decir se elaboró un plan para poder solucionar dicho problema.

La razón por la que las políticas Públicas existen es porque se quiere solucionar un problema, en ese sentido como ya se observó la política 1 del objetivo 1 de PNBV 2007-2013, trató de solucionar los problemas de vivienda, educación, satisfacción con la vida y desigualdad económica. Pero para que esto tenga efecto debió aplicarse los programas y proyectos respectivos, para que posteriormente pueda ser evaluada. En conclusión esta política está bien elaborada y cumple con los parámetros de una política pública.

Tabla2: indicador comparado de hogares con vivienda propia

% de hogares con vivienda propia		
País - año	2006	2014
Ecuador	65.6	63.4
Rural	75.9	75.8
Urbano	60.3	58.5

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida – INEC

Elaboración: Andrés Villa

Tabla3: indicador comparado de matrícula en educación básica

% de matrícula en educación básica		
País – año	2006	2014
Ecuador	91.6	96.3
Rural	88.2	95
Urbano	93.7	97

Fuente: Encuesta Urbana de Empleo y Desempleo – INEC

Elaboración: Andrés Villa

Tabla4: indicador comparado de matrícula en bachillerato

% de matrícula en bachillerato		
País – año	2006	2014
Ecuador	48.3	65.5
Rural	31.6	57
Urbano	57.4	70.3

Fuente: Encuesta Urbana de Empleo y Desempleo – INEC

Elaboración: Andrés Villa

Tabla5: indicador comparado de GINI por Ingresos

GINI por Ingresos			
País – año	1995	2006	2014
Rural	ND	0.494	0.439
Urbano	0.493	0.524	0.457

Fuente: Encuesta Urbana de Empleo y Desempleo – INEC

Elaboración: Andrés Villa

Objetivo 2: Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.

Política 2.1. Asegurar una alimentación sana, nutritiva, natural y con productos del medio para disminuir drásticamente las deficiencias nutricionales.

Metas:

2.1.1 Reducir en un 45% la desnutrición crónica al 2013.

2.1.2 Garantizar un consumo kilocalórico diario de proteínas mínimo de 260 Kcal. /día al 2013.

2.1.3 Disminuir al 3,9% el bajo peso al nacer en niños y niñas al 2013.

El objetivo 2 presentó en su política 2.1 lo que se refiere a la alimentación, con lo cual se pretendía llegar a mejorar la salud en temas de desnutrición en las diferentes metas fijadas en la planificación.

Quizá la política de este objetivo trascienda más allá del beneficio que los individuos piensan que recibirán, ya que como mencionan Barquera, Rivera-Dommarco, y Gasca-García (2001), los programas de nutrición bien ejecutados generan un mejor estado físico e intelectual lo cual dicen ellos son factores para impulsar el desarrollo social.

Como en el análisis de la anterior política, en esta, se evidencia que se ha detectado un problema a ser resuelto tras ver los indicadores de las tablas 5,7 y 8, con ello surgió entonces la política 2.1 del objetivo 2, y para ser evaluada se precisó metas. Es decir se estructuró un plan para solucionar el problema. Además, esta política aterriza dentro de los programas de desnutrición, como el programa “Desnutrición Cero”. En conclusión se observa que si cumple con el proceso de políticas públicas.

Tabla 6: indicador comparado de Desnutrición crónica

Desnutrición crónica		
País – año	2006	2014
Ecuador	25.7	23.8
Rural	35.4	32.7
Urbano	19.1	19.8

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida – INEC
Elaboración: Andrés Villa

Tabla 7: indicador comparado de Bajo peso al nacer

Consumo Kilo calórico por día		
País - año	2006	2014
Ecuador	2132.6	2530
Rural	ND	ND
Urbano	ND	ND

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida – INEC (2006) y FAO (2014)
Elaboración: Andrés Villa

Tabla 8: indicador comparado de Bajo peso al nacer

Bajo peso al nacer		
País – año	2004	2014
Ecuador	9.6	ND
Rural	11.3	ND
Urbano	7.8	ND

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil - CEPAR
Elaboración: Andrés Villa

Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población.

Política 3.1. Promover prácticas de vida saludable en la población.

Metas:

3.1.1 Triplicar el porcentaje de la población que realiza actividad física más de 3.5 horas a la semana al 2013.

3.1.2 Reducir al 5% la obesidad en escolares al 2013.

Dentro del objetivo 3 las políticas van dirigidas a la calidad de vida de la población, teniendo metas muy puntuales que tenían un límite de cumplimiento en 2013. Dada que la investigación es en salud de territorios rurales, es clave analizar con detenimiento si estas políticas y metas fueron bien establecidas.

Al leer la política 3.1 surge la incógnita ¿de dónde se parte para llegar a las 3.5 horas fijadas como meta? Si se revisa en la Encuesta de Condiciones de Vida del INEC 2005-2006 en la sección tercera hay una pregunta sobre la actividad física, con respecto a días y horas de ejercicio. Con esto se puede saber de dónde se partió para formular esta política. Aunque, en las bases de datos solo se evidencia el porcentaje de personas que practican algún deporte como se indica en la tabla 9.

Tabla 9: indicador comparado de Práctica de deportes

Práctica de deportes		
País - año	2006	2014
Ecuador	28.6	37.3
Rural	24.4	31.8
Urbano	30.7	39.4

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida – INEC

Elaboración: Andrés Villa

La segunda meta de esta política era reducir al 5% la obesidad escolar hasta 2013, sin embargo tras una larga búsqueda no se logró encontrar un punto de partida. Las estadísticas de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 muestran cifras de obesidad escolar, pero para años distintos al 2006, 2007 o 2008 que serían el punto de partida, posiblemente esta información no sea pública. Por consecuencia, esta meta no está bien elaborada.

Entonces, si bien se ha identificado dos problemas para la presente política que se relacionan con la obesidad y el deporte, hay que decir que el problema no está fundamentado en datos y se caería en un problema de simple percepción, es decir no se puede asegurar tener un problema con si no hay datos que lo corroboren. Así, la política 3.1 no está bien elaborada y no se puede hacer análisis consecuentes, como el de implementación y el de evaluación.

Política 3.2. Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.

Metas:

3.2.1 Reducir la incidencia de paludismo en un 40% al 2013.

3.2.2 Disminuir a 4 la razón de letalidad del dengue hemorrágico al 2013.

3.2.3 Reducir en un 25% la tasa de mortalidad por SIDA al 2013.

3.2.4 Reducir a 2 por 100.000 la tasa de mortalidad por tuberculosis al 2013.

3.2.5 Reducir a la tercera parte la tasa de mortalidad por enfermedades causadas por mala calidad del agua al 2013.

3.2.6 Reducir en un 18% la tasa de mortalidad por neumonía o influenza al 2013.

En la política 3.2 las metas se relacionan a disminuir y reducir problemas de salud en la población como paludismo, dengue, SIDA, tuberculosis, neumonía o influenza y de aquellas causadas por la mala calidad del agua. Esta política si tuvo indicadores como punto de partida para encontrar un problema. Quizá el único inconveniente dentro del planteamiento de esta política fue el no especificar cuáles son las enfermedades causadas por la mala calidad del agua, que para razón de estudio, el investigador hizo referencia a la neoplasia de estomago. Por todo lo demás se puede decir que la política entro dentro de una planificación para resolver algunos problemas de salud pública, y que además es evaluable.

Tabla 10: indicador comparado de Tasa de Paludismo (por 10.000 hab.)

Tasa de Paludismo (por 10.000 hab.)			
País - año	2006	2012	Δ%
Ecuador	7.1	0.2	-97.2

Fuente: Estadísticas Epidemiológicas – MSP

Elaboración: Andrés Villa

Tabla 11: indicador comparado de Práctica Tasa de letalidad dengue Hemorrágico

Tasa de letalidad dengue Hemorrágico		
País - año	2006	2012
Ecuador	4.4%	7.9

Fuente: Numerador (Reporte semanal de dengue y SIVE Alerta). Denominador para cálculo de Incidencia Acumulada INEC 2012, indicadores básicos de salud 2006 – MSP

Elaboración: Andrés Villa

Tabla 12: indicador comparado de Tasa de VIH/SIDA

Tasa de morbilidad de VIH/SIDA			
País - año	2006	2011	Δ%
Ecuador	5.2	4.3	-17.3

Fuente: Estadísticas Epidemiológicas – MSP

Elaboración: Andrés Villa

Tabla 13: indicador comparado de mortalidad de tuberculosis

Mortalidad Tuberculosis			
País - año	2006	2011	Δ%
Ecuador	5.8	3.2	-44.8

Fuente: Estadísticas Epidemiológicas – MSP

Elaboración: Andrés Villa

Tabla 14: indicador comparado de enfermedades por mala calidad del agua

% de muertes por Neoplasia maligna del estómago		
País – año	2006	2011
Rural	3	3

Fuente: Estadísticas Vitales – INEC
Elaboración: Andrés Villa

Tabla 15: indicador comparado de % Influenza y neumonía

% Influenza y neumonía			
País - año	2006	2011	Δ%
Ecuador	5.3	4.92	-7.2
Rural	5	5.23	4.6
Urbano	5.3	4.82	-9.1

Fuente: Estadísticas Vitales – INEC
Elaboración: Andrés Villa

Política 3.3. Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.

Metas:

3.3.1 Aumentar al 70% la cobertura de parto institucional público al 2013.

3.3.2 Aumentar a 7 la calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública al 2013.

En la política 3.3 las metas se fijaron para contribuir en la atención de salud, para lo cual se propondría aumentar al 70% la cobertura de los partos y aumentar la calificación a 7 de los todos los servicios.

Evidentemente la salud materna y la atención en servicios de salud son dos puntos fundamentales que necesitaban una política pública para que se puedan hacer programas que ayuden en ello. Entonces se puede decir que esta política tiene una razón de ser, y gracias a la base estadística se supo previamente en qué situación se encontraba este problema, sin embargo con respecto a la calificación del funcionamiento fue muy complicado encontrar un dato que corrobore que se parte de un número inferior al 7/10, pero se sabe que si existe con la limitación de que se considera como información reservada.

Ya que se justificó que hay un problema a resolverse confirmado por los datos, es necesario decir que hay un cumplimiento con el paso posterior a la identificación del problema, ya que existe la política misma, que determina dos metas, las cuales para ser cumplidas aterrizaron en el Programa de maternidad gratuita y atención a la infancia por un lado y por otro lado en el MAIS. Es decir se podría hacer una evaluación ex post de la política. Por lo tanto se dice que pese a las complicaciones encontradas en el análisis se cumple con el ciclo de las políticas públicas.

Tabla 16: indicador comparado de parto institucional

Partos institucionales			
País – año	2006	2012	Δ%
Ecuador	172744	207366	20.0

Fuente: Estadísticas Vitales - INEC

Elaboración: Andrés Villa

Política 3.4. Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.

Metas:

3.4.1 Reducir en 25% el embarazo adolescente al 2013.

3.4.2 Disminuir en 35% la mortalidad materna al 2013.

3.4.3 Reducir en un 35% la mortalidad neonatal precoz al 2013.

La política 3.4 se elaboro con el fin de dar atención integral a grupos prioritarios, reduciendo embarazos adolescentes, mortalidad materna y mortalidad neonatal precoz.

El problema del que parte esta política fue el alto número de embarazos en adolescentes, muertes maternas y muerte infantil. Según el SIISE para 2008, el embarazo fue la primera causa de morbilidad en adolescentes, la tasa de muerte materna fue de 56.6 por cien mil madres con nacidos vivos, y se sabe que en 2006 la tasa de mortalidad neonatal fue de 7.5, lo que lleva a decir nuevamente que la política surge como solución a un problema fundamentado en datos.

Esta política aterriza en los programas de maternidad gratuita, y de prevención del embarazo adolescente, pretendiendo así cumplir con las metas establecidas, lo cual posteriormente podría ser evaluado. Entonces se dice que esta política si cumple con los parámetros de una buena política pública.

Tabla 17: indicador comparado de embarazo adolescente

embarazo adolescente			
País – año	2006	2011	Δ%
Ecuador	56.2	49.5	-11.9
Rural	58	47.1	-18.8
Urbano	56.1	49.5	-11.8

Fuente: Egresos Hospitalarios

Elaboración: Andrés Villa

Tabla 18: indicador comparado de tasa de Mortalidad Materna

tasa de Mortalidad Materna			
País – año	2006	2011	Δ%
Ecuador	47.74	70.14	46.9

Fuente: Estadísticas Vitales – INEC

Elaboración: Andrés Villa

Tabla 19: indicador comparado de tasa de Mortalidad Neonatal

tasa de Mortalidad Neonatal			
País – año	2006	2010	Δ%
Ecuador	7.5	6.3	-16.0

Fuente: Estadísticas Vitales – INEC

Elaboración: Andrés Villa

Política 3.5. Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos.

Metas:

La política 3.5 no tiene metas establecidas pero ha servido junto a la constitución ha regular en diferentes normativas las practicas de medicina ancestral. Además una forma de evaluar esta política sería hacer un censo o encuesta a una muestra relevante para medir la eficiencia de este tipo de medicina.

Como se observó todas las políticas del PNBV, tienen como finalidad aportar en la generación de lo que se ha denominado el buen vivir.

En teoría estas políticas son buenas para generar programas y proyectos que dan como resultado un mejor sistema de salud y por ende una mejor salud para la población.

La revisión de las políticas es favorable para el cumplimiento del primer objetivo, siendo esto el primer paso para llegar al objetivo general.

Tabla 20: resumen de cumplimiento de elaboración de Políticas Públicas.

Objetivo	Política	¿Existió información Ex ante?	¿Trato de resolver un problema?	¿Se incluyo dentro de un plan?	¿Es medible su impacto?	¿Cumple?
1	1.1	si	si	si	si	si
2	2.1	si	si	si	si	si
3	3.1	No	si	si	no	no
	3.2	si	si	si	si	si
	3.3	si	si	si	si	si
	3.4	si	si	si	si	si
	3.5	No	no	no	no	no

Fuente: investigación

Elaboración: Andrés Villa

En la tabla 20 se observa que dos de las siete políticas analizadas no cumplen con los principales puntos del proceso de elaboración de las políticas públicas. Este número representa el 71.4% de políticas bien elaboradas, y habría que enunciar que el porcentaje restante de políticas no se ha elaborado bien. Por ejemplo se dijo que la política 3.1 no se elaboro con información previa que permitiera valorar si realmente existía un problema, aquí los

planificadores que elaboraron la política pública se basaron en la percepción de que la obesidad era un problema, pero no llegaron a comprobarlo para determinar la profundidad con la que debía tratarse el problema, lo cual significa un desperdicio ineficiente de recursos, ya que en base a esto se maneja algunos programas y proyectos, como el enunciado ejercítate Ecuador. Según el Ministerio del Deporte (s.f.) el programa cuesta casi 3.5 millones de dólares anuales, es decir para el periodo 2007-2013, se gastó más de 17 millones de dólares, lo cual pudo haber tenido un gran impacto sobre la población, pero es más eficiente cuando se determina bien el problema.

Capítulo II

Los Servicios de salud

Este capítulo trata de comprobar las políticas mediante las acciones implementadas con los estándares mínimos establecidos.

Las políticas públicas no tuvieran su razón de ser, si no se las interconectase a los problemas y soluciones de un estado. Es decir, no valdría nada elaborar una política si no se hace ningún programa o proyecto, en el cual se pueda intervenir directamente en la mejora del estado.

Concretamente en el sistema de salud pública los proyectos y programas elaborados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) son la parte tangible de las políticas públicas de salud, y después de la ejecución se puede hacer la evaluación de cuan eficientes fueron estas políticas, con base a indicadores y estándares pre-establecidos.

Los estándares de servicios de salud en Ecuador

Como se revisó en la fundamentación teórica, efectivamente hay estándares mínimos con los cuales se debería cumplir, sin embargo al hablar de un proceso habrá que ir escalando poco a poco para llegar a esos niveles óptimos, más aun cuando históricamente hay una gran deuda con la sociedad, la gran deuda social como lo anuncia cada sábado Rafael Correa.

Así, con las políticas analizadas en el anterior capítulo se puede tener un precedente de estándares mínimos en los servicios en salud en Ecuador. Para llegar a la respuesta de la segunda pregunta de investigación, en este capítulo se tomara en cuenta dos partes, la primera con indicadores que existen en bases de datos, y la segunda con la generación de datos por medio de una encuesta.

La salud en el periodo 2007-2013, una visión general.

Históricamente hay sucesos en Ecuador que han marcado un atraso social contundente, al igual que en otros países de la región. Sin embargo en los últimos periodos la economía del país ha experimentado crecimiento económico (ver cuadro 1) y con ello han cambiado al parecer el manejo de las finanzas públicas, dándose una planificación adecuada que se refleja con: programas, proyectos y políticas generadas a partir del PNBV, tal como lo recomienda el manual de finanzas públicas.

Tabla 21: crecimiento económico (2007-2013) a precios corrientes.

AÑO	PIB (Millones USD.)
2007	51.007,8
2008	61.762,6
2009	62.519,7
2010	69.555,4
2011	79.779,8
2012	87.498,6
2013	93.746,4

Elaboración: Autor

Fuente: Ministerio de finanzas

Logros de la Revolución Ciudadana y comparación con la realidad.

Posterior a ver cómo creció económicamente Ecuador, en esta siguiente parte se tomara en referencia el documento “Cien logros de la Revolución Ciudadana” de la SENPLADES (2013) que nació como respuesta parcial a las políticas y metas planteadas al inicio del periodo 2007-2013, incluyendo las del PNBV 2009-2013.

Dentro de los logros para el objetivo 1 del PNBV evidentemente se da el cumplimiento en cierta parte con la políticas 1.1. en aspectos globales se habla de:

- Reducción de la pobreza en 12 puntos porcentuales entre 2006 y 2012
- La reducción de la extrema pobreza de 16.9% en 2006 a 9.4% en 2012
- La disminución del trabajo infantil de 16.9% en 2006 a 5.8% en 2011
- La disminución del coeficiente de Gini de 0.54 en 2006 a 0.47 en 2011.

Sin embargo no se puntualiza nada sobre las brechas en los territorios rurales hasta este punto. Por lo que habría que trasladarse hasta las tablas 2, 3, 4 y 5 para visualizar el cambio en tiempo y compararlo con el estándar mínimo de la tabla

Tabla 22: Estándares mínimos Política 1.1

Estándares mínimos Política 1.1	
indicador	estándar mínimo
% de hogares con vivienda propia	71%
% de matrícula en educación básica	98%

% de matrícula en bachillerato	66.50%
calificación de la satisfacción de vida	8 puntos
GINI por Ingresos	0.493

Elaboración: Autor

Fuente: PNBV 2009-2013

La tabla 2 indica que en territorios rurales el porcentaje de hogares con vivienda propia disminuyó en 0.1 puntos porcentuales. La implicación en la salud puede ser muy subjetiva ya que como se explicó el tener vivienda propia no garantiza un nivel de salud determinado, además que no hay un estándar mínimo que mencione como indicador el tener vivienda propia. Los estándares mínimos con relación a la vivienda más bien se relacionan con el cumplimiento de las normas básicas de saneamiento, agua potable, alcantarillado y tipo de vivienda. Comparado con el mínimo requerido que muestra la tabla 20 no se cumple a nivel urbano, pero a nivel rural ya era superior incluso antes de que se fijara como meta.

La tabla 3 permite ver que en los territorios rurales la tasa de matrícula en educación básica aumentó en 6.8 puntos porcentuales llegando a un 95%. Es decir 3% menos que el estándar mínimo establecido.

La tabla 4 engloba la comparación en el tiempo del porcentaje de matrícula en bachillerato, la cual aumentó en 25.4% desde 2006 hasta 2014 llegando al 57%, es decir 9.5% menos que el estándar mínimo.

La tabla 5 muestra el coeficiente de Gini por ingresos el cual para territorios rurales pasó de 0.494 en 2006 a 0.439 en 2014, es decir cumplía con el estándar mínimo incluso antes de la planificación.

En torno al objetivo 2 del PNBV, el cumplimiento con lo planteado se enfoca más a la educación y no se evidencia el cumplimiento del resto de políticas como 2.1. cuyas metas se relacionan directamente con la salud.

Tabla 23: Estándares mínimos Política 2.1

Estándares mínimos Política 2.1	
indicador	estándar mínimo
desnutrición crónica	(-) 45%
kilocalorías diarias por persona	2600
bajo peso al nacer	3.90%

Elaboración: Autor

Fuente: PNBV 2009-2013

Al comparar la tabla 21 con las tablas 6,7 y 8, la evolución en el tiempo de los indicadores fijados para esta meta, no llegaron a cumplir con el parámetro mínimo, ni a nivel urbano y ni

mucho menos a nivel rural. El indicador que estuvo más próximo a cumplirse con la meta es el consumo kilo calórico diario.

En el objetivo 3 del PNBV, el cumplimiento de las políticas se enfocó a la calidad de vida de la población, sin embargo como en los anteriores no se logra ver nada en referencia a territorios rurales, pero aquí si se puede diferenciar que la salud pública mejoró en el periodo 2007- 2013, y queda por verse si se cumplió con los estándares mínimos establecidos los logros son:

- La inversión social por persona aumento 299 dólares entre 2006 y 2011.
- El gasto en salud por habitante aumento en 103 dólares entre 2008 y 2011.
- Disminución de la tasa de paludismo de 62.1 en 2007 a 13.4 en 2010 (por cada 100.000 habitantes).
- Disminución de la mortalidad por tuberculosis de 5.8 en 2006 a 3.9 en 2010 (por cada 100.000 habitantes).
- El volumen de créditos para vivienda fue de 550 millones de dólares entre octubre de 2011 y junio de 2012.
- Las consultas médicas en el sistema de salud pública aumentaron de 16 millones en 2006 a 35 millones en 2011.
- Se amplió la jornada laboral a 8 horas por día a todo el personal médico del sistema de salud pública.
- Se implemento el programa “Con pie derecho: la huella del futuro” con lo cual se pretende evitar y prevenir enfermedades o tratarlas a tiempo.

Desde la comparación de los valores reales mostrados en las tablas 9,10,11,12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19, con los estándares mínimos, presentes en las tablas 22, 23, 24 y 25, se llega a complementar el análisis ya que se detalla cada indicador y se observa mejor si se cumple o no con aquellos estándares.

Tabla 24: Estándares mínimos Política 3.1

Estándares mínimos Política 3.1	
Indicador	estándar mínimo
actividad física	85.8% de la población que se ejercita mas de 3.5h/S
obesidad escolar	5%

Elaboración: Autor

Fuente: PNBV 2009-2013

La comparación entre la tabla 9 y 22 muestra que la actividad física en el Ecuador tanto a nivel urbano como rural en el año 2014, está muy por debajo del estándar mínimo planteado, pese a

que se ha elaborado diversos programas y proyectos para promover el ejercicio físico, tales como ejercítate Ecuador.

Aunque no se disponga de una tabla comparativa se sabe que la obesidad escolar también no llegó a cumplir con el estándar mínimo, ya que según datos de la Coordinación Nacional de Nutrición citados por el diario Andes (2013) la obesidad escolar a nivel nacional es de 6.5%.

Si bien hubiese sido de gran importancia no se encontró este indicador a nivel rural.

Tabla 25: Estándares mínimos Política 3.2

Estándares mínimos Política 3.2	
indicador	estándar mínimo
incidencia de paludismo	(-)40%
letalidad del dengue	4%
tasa de mortalidad SIDA	(-)25%
mortalidad por tuberculosis	2/100000
mortalidad por enfermedades causadas por mala calidad del agua	(-) 66.6%
la tasa de mortalidad por neumonía o influenza	(-)18%

Elaboración: Autor

Fuente: PNBV 2009-2013

Si bien el año final es el 2011 y 2012 en los indicadores de las tablas 10, 11, 12, 13, 14 y 15, se podrá tener un indicio de cumplimiento o no cumplimiento con el estándar establecido.

En la tabla 10 se muestra que la incidencia del paludismo muestra un cambio porcentual de -97.2, entre 2006 y 2012, es decir que salvo algún acontecimiento muy grande, el estándar mínimo llegó a ser cumplido.

En la tabla 11 se evidencia que entre 2006 y 2012 la letalidad del dengue hemorrágico se incremento en más de 3 puntos porcentuales llegando al 7.9%, es decir que el estándar mínimo de 4% no llegó a cumplirse.

La tabla 12 muestra que entre 2006 y 2011 la mortalidad por SIDA disminuyo un 17%, con una razón de disminución de 3.4% por año, es decir a 2013 debió llegar a reducirse en un 24.1%, con lo que se afirma que no se cumplió con el estándar mínimo aunque se estuvo muy cerca.

En la tabla 13 se muestra que la mortalidad por tuberculosis disminuyo de 5.8 por cada 100 mil casos en 2006 a 3.2 en 2011, es decir que según la proyección efectuada en 2013 debía reducirse a 2.1 por cada 100 mil casos lo cual sería cumplir con el estándar mínimo.

Si bien son diversas enfermedades por la mala calidad del agua en la tabla 14 se toma como enfermedad referente en territorios rurales a la neoplasia maligna en donde entre 2006 y 2011 no hay evidencia de ningún cambio. Es decir no se cumple con el estándar mínimo.

En la tabla 15 se mide el cambio porcentual entre 2006 y 2011 de la influenza y neumonía. Se observa que hubo una reducción de 7.2% a nivel nacional, pero por el contrario en los territorios rurales aumento un 4.6%, por consecuencia no se cumple con los estándares mínimos.

Tabla 26: Estándares mínimos Política 3.3

Estándares mínimos Política 3.3	
indicador	estándar mínimo
parto institucional público	70%
calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública	7

Elaboración: Autor

Fuente: PNBV 2009-2013

La tabla 16 indica el cambio porcentual del parto institucional que fue de un 20% entre 2006 y 2012, es decir 50% menos de lo que se estableció en el estándar mínimo.

Por otro lado la calificación del funcionamiento de los servicios no es público por lo que no se sabe si se cumplió con el estándar mínimo.

Tabla 27: Estándares mínimos Política 3.4

Estándares mínimos Política 3.4	
indicador	estándar mínimo
embarazo adolescente	(-) 25%
mortalidad materna	(-)35%
la mortalidad neonatal precoz	(-) 35%

Elaboración: Autor

Fuente: PNBV 2009-2013

Observando la tabla 17 del cambio porcentual del embarazo adolescente a simple vista se dice que no se cumplió con el estándar mínimo, pero en territorios rurales cuando se hace la proyección al 2013 el cambio porcentual es de -26.3%, con lo que cumple con el estándar mínimo.

En la tabla 18 se evidencia que la mortalidad materna aumento un 46.9%, contrario a lo que se estableció como estándar mínimo que era reducir en un 35%.

En la tabla 19 se observa la variación porcentual de la mortalidad neonatal entre 2006 y 2010 la cual se redujo en 16%, pero haciendo una proyección al 2013 la variación porcentual es de -28%, es decir no se cumplió con el parámetro mínimo.

Hay que añadir que entre 2006 y 2011 aumentó el número de personas que reciben pensión asistencial. En las personas discapacitadas el número aumentó de 5.039 a 115.321 personas beneficiadas; y en adultos mayores el número pasó de 198.056 a 589.512 personas beneficiadas.

El número de personas que recibieron un trasplante de órgano subió de 184 en 2006 a 443 en 2011. Gracias a la ley orgánica de trasplantes de órganos.

El porcentaje de hogares en hacinamiento disminuyó de 18.9% en 2006 a 11.2% en 2011.

Revisión de algunos programas de Salud

El MAIS

El Ministerio de Salud Pública (2012) propuso el Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, que mediante acuerdo ministerial fue aprobado el 8 de diciembre de 2011. Este modelo en resumen garantiza el derecho a la salud para toda la población, y parte esencialmente de la APS.

El ministerio de Salud Pública en el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (2012) expresa que el número de atenciones de morbilidad, preventivas, odontológicas y de emergencia se incrementaron en un porcentaje de 171%, de lo cual la morbilidad y las acciones de salud preventiva fueron las más significativas. Se menciona también sobre la gratuidad, y dentro de esto la gran inversión en medicamentos desde el año 2008 al 2011 que aproximadamente sería de unos 200 millones de dólares.

En el cuadro 2 se observa la tasa de consultas a nivel rural de todo el país entre el año 2007 y 2011. La cual presentó un incremento que fue desde 37.2% en 2007 hasta un 59.6% en 2009, para luego caer hasta un 49.6% en 2011. Es decir que las políticas también hicieron efecto en los territorios rurales a nivel nacional.

Tabla 26: INDICADOR DE MORBILIDAD RURAL NACIONAL

Morbilidad Rural Anual	
Año	Tasa de Consultas Rural
2007	37.2%
2008	45.5%
2009	59.6%
2010	54.4%
2011	49.6%

Fuente: INEC

Elaboración: Andrés Villa

Desnutrición Cero

Según el MSP (2012) el programa de desnutrición del sistema de salud pública es el “Desnutrición Cero” el cual tiene como finalidad solucionar el problema de desnutrición de los

recién nacidos hasta el año de vida. Para ejecutar este programa se seleccionó a 303 parroquias catalogadas como prioritarias.

El programa integra cinco estrategias: Nutrición Materna; Nutrición infantil de 0-28 días - 12 meses; Deficiencia de Micronutrientes; Sobrepeso y Obesidad; Educación.

Según el programa las mujeres embarazadas cada dos meses recibirían 10 dólares para su transporte, y si el parto era en un hospital o subcentro de salud, se les entregaría 60 dólares.

Según el acuerdo ministerial 00002524 del MSP (2012) dentro del programa de desnutrición cero se instituyen al Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN) y al Programa Integrado de Micronutrientes (PIM).

En las parroquias de la Provincia Carchi, Susana Tobar, técnica del proyecto (2013) mencionó que se aplicó el proyecto desde octubre de 2012 hasta octubre de 2013.

El cuadro 3 muestra la disminución de la desnutrición global en territorios rurales, a partir del año 2006, gracias a los programas nutricionales implementados como Aliméntate Ecuador del MIES (2011). Si bien las fuentes de información son distintas en los tres años citados, se toma estos valores únicamente para hacer un análisis referencial.

Tabla 27: Desnutrición Global

Desnutrición Global		
Año	Rural	Fuente
2006	9%	Encuesta de Condiciones de Vida – INEC
2010	7.7%	Encuesta nacional de niñez y adolescencia – ODNA
2012	7%	Encuesta nacional de salud y Nutrición -- MSP-INEC

Fuente: SIISE

Elaboración: Andrés Villa

Generalidades.

Esta parte resume todo el capítulo para lo cual se elaboró una tabla resumen en torno al cumplimiento de los estándares mínimos.

Así, también hay que resaltar el cumplimiento del segundo objetivo de investigación.

Tabla 28: Resumen de cumplimiento de las políticas aplicadas.

Objetivo	Política	Meta	¿Funciona?
1	1.1	1 Aumentar a 71% el porcentaje de hogares cuya vivienda es propia al 2013.	no
		2 Alcanzar el 98% de matrícula en educación básica al 2013.	no
		3 Incrementar a 66.5% la matrícula de adolescentes en bachillerato para el 2013.	no
		4 Aumentar a 8 la calificación de la población con respecto a su satisfacción con la vida al 2013.	NDI
		5 Revertir la desigualdad económica, al menos a niveles de 1995 al 2013.	si
2	2.1	1 Reducir en un 45% la desnutrición crónica al 2013.	no
		2 Garantizar un consumo kilocalórico diario de proteínas mínimo de 260 Kcal. /día al 2013.	si
		Disminuir al 3,9% el bajo peso al nacer en niños y niñas al 2013.	no
3	3.1	1 Triplicar el porcentaje de la población que realiza actividad física más de 3.5 horas a la semana al 2013.	no
		2 Reducir al 5% la obesidad en escolares al 2013.	no
	3.2	1 Reducir la incidencia de paludismo en un 40% al 2013.	si
		2 Disminuir a 4 la razón de letalidad del dengue hemorrágico al 2013.	no
		3 Reducir en un 25% la tasa de mortalidad por SIDA al 2013.	si
		4 Reducir a 2 por 100.000 la tasa de mortalidad por tuberculosis al 2013.	si
		5 Reducir a la tercera parte la tasa de mortalidad por enfermedades causadas por mala calidad del agua al 2013.	no
		6 Reducir en un 18% la tasa de mortalidad por neumonía o influenza al 2013.	no
	3.3	1 Aumentar al 70% la cobertura de parto institucional público al 2013.	no
		2 Aumentar a 7 la calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública al 2013.	NDI
	3.4	1 Reducir en 25% el embarazo adolescente al 2013.	si
		2 Disminuir en 35% la mortalidad materna al 2013.	no
		3 Reducir en un 35% la mortalidad neonatal precoz al 2013.	no
	3.5	Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral	NDI

Fuente: PNBV

Autor: Andrés Villa

A nivel general se puede observar una mejor situación de salud y servicios en 2013 que en 2007, lo que muestra un pequeño indicio que las políticas funcionaron. Sin embargo como se observa en la tabla 28 no todas los estándares mínimos fueron alcanzados, como ya se reviso algunos indicadores estuvieron cercanos a ser cumplidos, pero no lo fueron, entonces se descarta como exitosa a dicha política.

Concretamente, trece de las veintidós metas planteadas no llegaron a cumplirse, sumado a tres de las que no se tuvo información, queda como resultado la consecución de únicamente seis metas.

Si bien en el capítulo anterior se dijo que las políticas en más de un 70% fueron bien elaboradas, en este capítulo se dice que el 59.1% de las políticas analizadas no estuvieron

bien elaboradas, consecuentemente se enuncia que los indicadores fijados como metas no se pudieron alcanzar y el gasto (anexo b) que se hizo para ello no fue eficiente.

Capítulo III

Una mirada al Territorio: La experiencia de Tufiño.

Análisis demográfico de Tufiño

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos mediante el Censo de Población y Vivienda (2010) indica que la población de la parroquia Tufiño fue de 2.339 habitantes (1.168 mujeres y 1.171 hombres) distribuidos en una superficie de 127Km². Pese a que no existen datos de la tasa de crecimiento se sabe que en referencia a su crecimiento poblacional de los últimos años la tasa de crecimiento sería cercana al 1,2%, lo cual es comparable con la tasa de crecimiento del Cantón Tulcán de 1,3%. Si se hace una proyección a 2016 se dice que la población de Tufiño pasaría de los 2.600 habitantes.

Tabla30: Pirámide poblacional Tulcán rural (2010)

Grupos de Edad	Población Rural Tulcán		porcentaje de la población	
	Hombre	Mujer	%Hombres	%Mujeres
0 - 4 años	1781	1754	5.4%	5.3%
5 - 9 años	1876	1825	5.7%	5.5%
10 - 14 años	1941	1796	5.9%	5.5%
15 - 19 años	1725	1656	5.2%	5.0%
20 - 24 años	1511	1374	4.6%	4.2%
25 - 29 años	1296	1259	3.9%	3.8%
30 - 34 años	1071	1116	3.3%	3.4%
35 - 39 años	1058	1110	3.2%	3.4%
40 - 44 años	933	955	2.8%	2.9%
45 - 49 años	787	813	2.4%	2.5%
50 - 64 años	1495	1468	4.5%	4.5%

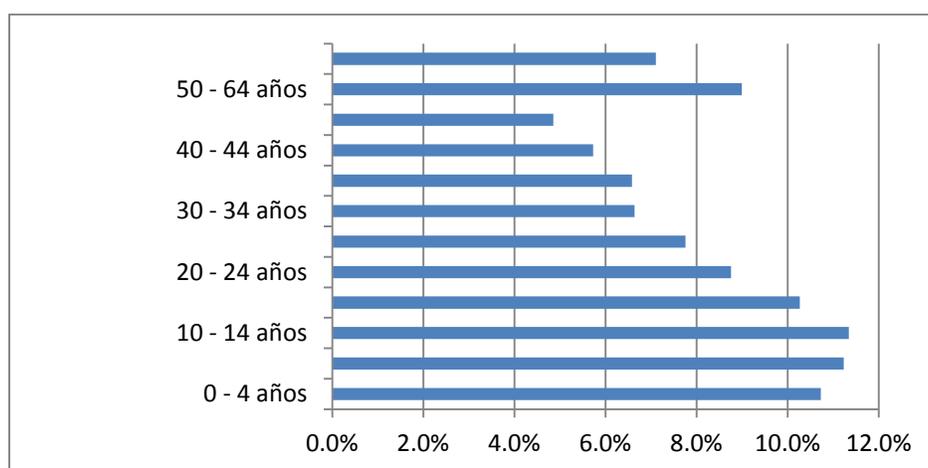
65 y más	1153	1187	3.5%	3.6%
Total	16627	16313	50.5%	49.5%

Fuente: INEC

Elaboración: Andrés Villa

La estructura de la población refleja que hay un predominio de jóvenes con más del 30% de menos de 15 años, y una PEA de un poco menos del 60% lo cual indica un territorio potencial en mano de obra.

Grafico 2: Pirámide poblacional Tulcán rural (2010)



Fuente: INEC

Perfil Epidemiológico

Según el GAD parroquial de Tufiño (2015) en 2011 se registraron 65 tipos de enfermedades en más de 1500 habitantes.

Las diez principales enfermedades fueron: parasitosis, síndrome gripal, hipertensión arterial, faríngeo amigdalitis, insuficiencia respiratoria aguda, amigdalitis, cefalea tensional, síndrome febril, neuralgia y enfermedad diarreica aguda. Estas enfermedades fueron comunes entre la población de entre 20 y 49 años.

En territorio se pudo constatar que hay mala calidad del agua, así como un mal servicio de recolección de basura y un mal control sanitario sobre los animales (ganado vacuno, ovino, cuyes, etc.), lo cual, complementado con malos hábitos alimenticios podría generar algunas de las enfermedades mencionadas como la parasitosis, y la enfermedad diarreica.

También hay enfermedades propias del clima frío de la zona como el síndrome gripal, la faríngeo amigdalitis, la insuficiencia respiratoria aguda y la amigdalitis.

La población de Tufiño al estar a más de tres mil trescientos metros sobre el nivel del mar, es propensa a la hipertensión arterial y neuralgias asociadas a la altura.

Finalmente el síndrome febril es patología infecciosa, viral, banal y auto limitada y que no requiere de tratamiento específico o no se dispone de él. Esta afecta a los niños de entre 1 mes a 9 años de vida.

A nivel local la Dirección Distrital de Salud 04D01 San Pedro de Huaca-Tulcán mantiene en su base de datos los indicadores de cobertura de servicios (morbilidad) de la Parroquia de Tufiño como único indicador en el tema de salud, lo que evidencia que el sistema de indicadores de la

Dirección Distrital de Salud 04D01 es muy débil, sin embargo en los últimos periodos se ha capacitado al personal para recopilar datos y con eso hacer más fácil la elaboración de indicadores que sean útiles para medir un impacto real de las políticas aplicadas en territorio.

Los indicadores de cobertura del Centro de Salud de Tufiño ayudan a calcular la morbilidad tal como lo muestra el cuadro 4. Este cuadro está dividido en ocho grupos que son: atención infantil, atención preescolar, atención escolar, atención prenatal, parto, post parto, regulación de fecundidad y despistaje oportuno de cáncer (DOC).

Tabla 31: Indicadores de Cobertura de Servicios (MORBILIDAD %) (Personas por año)

AÑO	Infantil	Preescolar	Escolar	Prenatal	Parto	Post-Parto	Regulacion Fecundidad	DOC	Población	Morbilidad
2007	165	71	51	100	0	45	5	8	2126	20.9%
2008	157	66	42	84	0	134	5	6	2192	22.6%
2009	141	94	130	83	0	106	5	11	2259	25.1%
2010	136	69	24	16	0	2	4	27	2329	12.0%
2011	145	73	42	160	0	51	2	22	2329	21.3%

Fuente: Dirección Distrital de Salud 04D01 San Pedro de Huaca-Tulcán

Elaboración: Andrés Villa

Antes de explicar la incidencia de las políticas públicas en la parroquia rural Tufiño, es imprescindible explicar lo más relevante de cada grupo que conforma el indicador de cobertura.

Los datos presentan una serie de tiempo desde el año 2007 hasta el año 2011, en donde están los grupos ya mencionados como el infantil y el prenatal. El CST brinda a estos grupos los servicios de consulta médica, servicio odontológico, vacunas, medicinas y charlas.

En la tabla 31, se evidencia que el grupo que mayor atención tiene en el CST es el “Infantil”, así se observa que cada año supera el 20% del total de atenciones.

Por lo contrario el grupo “Parto” tiene cero atenciones anuales, ya que el CST no está preparado para atender este tipo de necesidades, tanto por su horario de atención como por la capacidad limitada de sus instalaciones, por lo que ha optado en dar charlas para preparar a las mujeres embarazadas, e instruir las mes a mes, en lo que se debe hacer cuando llega el

momento del parto, acto que se hace únicamente en el Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, o en clínicas privadas.

Estas charlas son parte del programa de maternidad, que se orienta principalmente para mejorar la situación materna, y está dentro del marco del MAIS.

En el CST las charlas se dirigen a las mujeres embarazadas y a sus familiares, generalmente en cada consulta de atención prenatal.

Entonces se hace la preparación para los momentos previos al parto; para esto se indica los posibles síntomas que puede tener la mujer en gestación previo al trabajo de parto (los comúnmente llamados dolores de parto), esto se lo hace con el objetivo único de que cuando se presenten dichos síntomas puedan trasladarse hasta la ciudad de Tulcán para poder ser atendidas en lugares autorizados.

Las mujeres embarazadas y sus familias en este proceso de traslado a la ciudad de Tulcán tienen un costo de transporte. En un ejemplo muy simple se puede ver los costos directos e indirectos de transporte desde Tufiño hasta el Hospital de Tulcán.

Los costos directos serán el pago de transporte, que son de dos tipos:

El primero y menos práctico es transportarse en bus cuyo valor por persona es de dos dólares hasta la estación de buses de donde se debe tomar un taxi hasta el hospital cuyo valor es de un dólar y medio. Es menos recomendable porque la incomodidad que puede tener la mujer en gestación, además de que el horario es limitado, así como la frecuencia con la que los buses parten de Tufiño a Tulcán es baja.

La segunda opción es tomar una camioneta que cuesta quince dólares de Tufiño hasta el hospital de Tulcán, este medio es más recomendado, porque es más rápido. Existen también quienes se transportan en autos particulares, que generalmente son quienes no acuden al CST, sino más bien asisten a consultas médicas particulares.

Los costos indirectos se los relaciona a lo que le cuesta a cada persona en gestación y sus acompañantes, dejar de hacer su trabajo o actividad normal al ir hacia Tulcán para ser atendidos. Para esto es preciso mencionar que la mayor parte de la población está alrededor una ganancia mensual del salario mínimo vital, es decir que cada día que se deje de trabajar será un costo de aproximadamente 12 dólares como mínimo.

Para calcular el total del costo, se asume que:

- Cada mujer embarazada no trabaja y no recibe un sueldo directo (si trabajase estaría afiliada al seguro social o seguro campesino).
- A cada mujer embarazada la acompaña al menos, una persona que, si trabaja y al menos recibe el sueldo básico.

Para el costo total se suma el costo directo e indirecto.

Entonces para quienes tomen la opción del bus habrá un costo de diecisiete dolares y medio; y para quienes opten por la segunda opción de transporte sera de veintisiete dolares.

Ahora bien este es el costo después de la política de la gratuidad, pero antes de que esto se incluya en la Constitución 2008, los costos se duplicaban, triplicaban y mas. Así, por falta de recursos para cubrir los costos, dar a luz era muy complicado, y un tanto arriesgado, porque se tenia muchas complicaciones de parto, incluso perdiendo lo invaluable que es la vida del ser humano.

Sin duda la situación para las mujeres embarazadas es muy difícil, y hay que mencionar que las acciones tomadas son muy débiles.

En consideración, no es suficiente dar charlas a mujeres embarazadas con el fin de que aprendan a trasladarse a otro territorio para dar a luz, mas bien, las charlas deberían ir focalizadas a que las mujeres supieren que hacer pero para dar a luz en el mismo CST, lo cual hasta el momento no es posible por las limitaciones del centro de salud. Entonces pese a que haya un costo al mejorar el CST para una mejor asistencia a los pobladores de Tufiño, ese costo se lo tomara como de inversión y por lo tanto un aumento del bienestar de los habitantes.

Desarrollo y aplicación de encuestas al territorio

Dada la situación de los escasos indicadores para la parroquia de Tufiño, fue necesario realizar una encuesta en el territorio con base en la Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud de Perú (2002), de tal forma la investigación se facilite. En esta parte se da a conocer al lector los resultados principales de dicha encuesta y se compara con las acciones que se ha tomado en el periodo 2007-2013, por ende se complementa lo dicho en la sección a de este capítulo.

Metodología de la encuesta.

Para la elaboración de la encuesta me base en los conocimientos aprendidos en clases de estadística y econometría; y en la Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud de Perú (2002).

La encuesta se aplico en el territorio con el fin de medir el grado de satisfacción de los usuarios del CST. Es decir que el objeto principal fue encontrar un indicador adicional que permitiera evaluar los servicios del CST, teniendo en consideración la limitación de indicadores para el territorio.

Partes de la encuesta.

1. Introducción: cuyo objetivo era dar a conocer a los encuestados el fin de la encuesta.
2. Datos informativos: en esta parte se pido llenar fecha de aplicación, sexo, rango de edad, persona que contesta la encuesta, motivo de asistencia al centro de Salud. Hay que mencionar además que la encuesta fue anónima.

3. Información de percepción del CST: esta parte se dedicó a recopilar la información requerida para el análisis y procesamiento. Se subdividió en cuatro grupos:

- Calidad de la Atención (en relación a la última atención recibida)
- Funcionamiento del establecimiento.
- Calidad de la Infraestructura.
- Percepción general de cambio en el tiempo

El levantamiento de la información se hizo únicamente a los usuarios en el CST.

Tamaño de la muestra.

Para determinar el número relevante de encuestas que se debía aplicar, se recurrió a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * q * p * N}{(Ne^2 + (Z^2 * p * q))}$$

Donde:

N: es el tamaño de la población.

Z: nivel de confianza

e: es el error muestral deseado

p: es la probabilidad de ocurrencia de un evento.

q: es la probabilidad de no ocurrencia de un evento, es decir 1-p.

n: es el tamaño de la muestra.

Tabla 32: Valores para el cálculo del tamaño de la muestra

n=	92.252
N=	2.339
z=	1.96
e=	10%
p=	0.5
q=	0.5

Fuente: Población Tufiño- INEC

Autor: Andrés Villa

La tabla 32 muestra que después de hacer los cálculos, aplicando los datos a la fórmula con nivel de confianza del 95% se obtuvo que se debía realizar 92 encuestas aproximadamente. Entonces si se realiza la encuesta a al menos 92 usuarios del CST, se verá la percepción (problemas) con un margen de error de más o menos 5%.

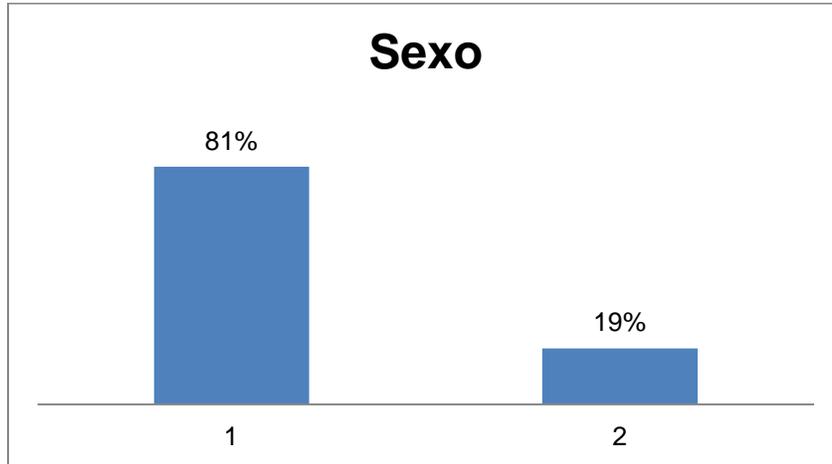
Resultados

Los resultados de la encuesta se presentan como porcentaje del total de encuestados, en una escala de calificación que va desde muy malo, malo, regular, buena y muy buena.

Características de la población

En esta se explica las principales características de los pacientes del CST, tales como el sexo, rango de edad, quien contesta la encuesta y motivo de asistencia

Gráfico 3: Sexo (femenino=1; masculino=2)

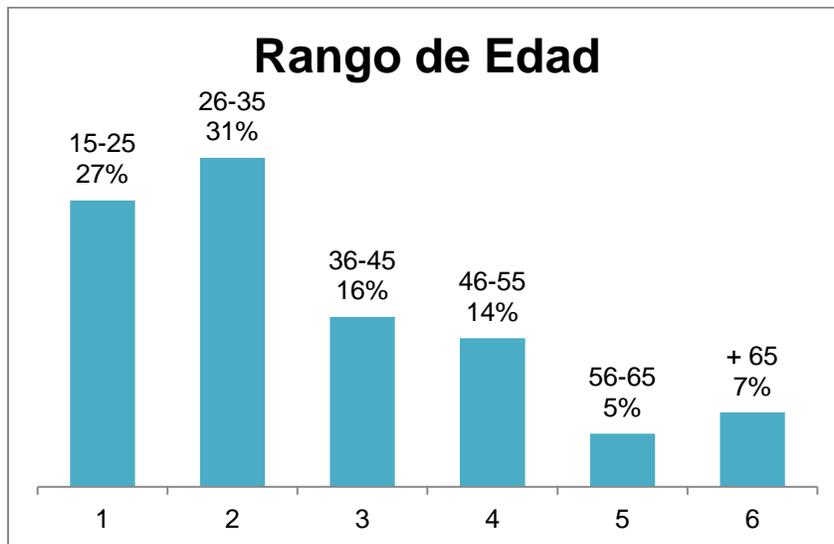


Fuente: Datos encuesta

Autor: Andrés Villa

El gráfico 3 muestra que del total de encuestados el 81% fueron mujeres y el 19% fueron hombres.

Gráfico 4: rango de edad



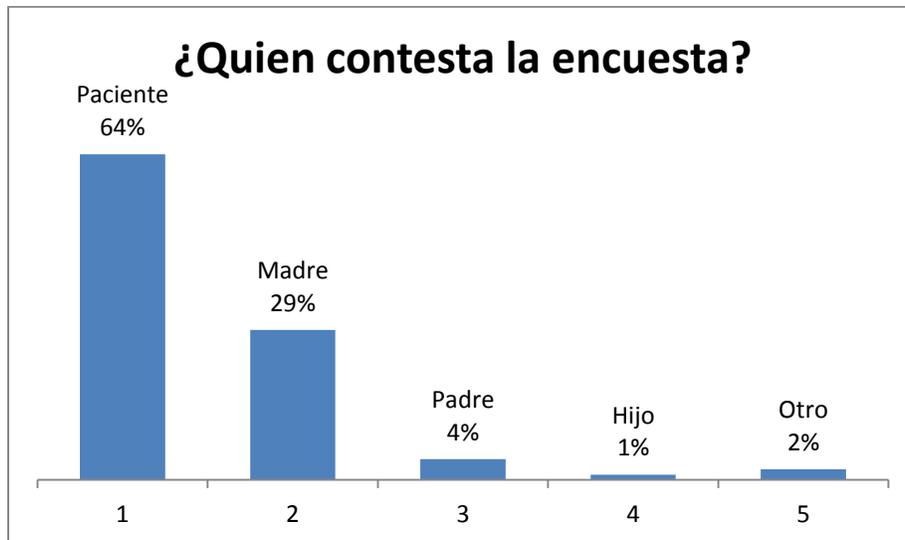
Fuente: Datos encuesta

Autor: Andrés Villa

El rango de edad predominante fue el de 26 a 35 años con un 31% del total de la encuesta, le sigue el de 15 a 25 años con un 27%, luego está el rango de 36 a 45 años con un 16%, posteriormente viene el 14% del rango de 46 a 55 años, quedando el 5% y 7% de los rangos de

56 a 65 y el de mayores de 65 años respectivamente. Se observa que la mayoría de los encuestados son personas que tienen un rango de edad que está dentro de la PEA.

Gráfico 5: Parentesco con el paciente

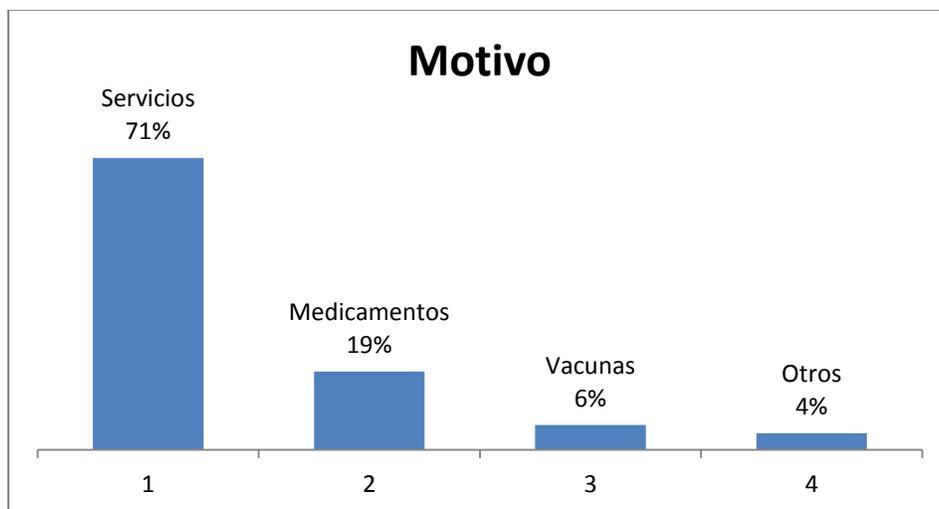


Fuente: Datos encuesta

Autor: Andrés Villa

El gráfico 5 muestra que la mayoría de pacientes contestaron ellos mismos la encuesta lo cual representa un 64%, las madres representan un 29%, los padres un 4%, los hijos apenas un 1% y el 2% restante fueron contestados por otra persona.

Gráfico 6: Motivo de asistencia



Fuente: Datos encuesta

Autor: Andrés Villa

Los motivos de asistencia son tres principales y uno que engloba a todos los restantes como las charlas. Así, el principal motivo fue asistir por los servicios de consulta con un 71%, un 19% fue por medicinas, un 6% por vacunas y un 4% por otros motivos generalmente charlas o servicios odontológicos.

Análisis de significancia estadística de las variables.

En la encuesta se realizaron 18 preguntas, cada una de ellas representa una variable. La pregunta 18 de la encuesta ¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?, se toma como variable dependiente para medir la percepción de la población de Tufiño. Las 17 preguntas restantes son las variables independientes de las cuales en esta parte se identificara el nivel de significancia (observar la encuesta en el anexo).

Para el encontrar cuales son las variables estadísticamente significativas se procedió a hacer la prueba del chi- cuadrado con ayuda del paquete SPSS.

En adelante se tomara en cuenta que:

- Si $p < 0,05$ el resultado es significativo, es decir, rechazamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son dependientes, existe una relación entre ellas. Esto significa que existe menos de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población.
- Si $p > 0,05$ el resultado no es significativo, es decir, aceptamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son independientes, no existe una relación entre ellas. Esto significa que existe más de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población y lo consideramos suficiente para aceptar.

La primera variable de la atención recibida en el CST no es estadísticamente significativa, entonces la percepción del cambio entre 2007 y 2013 no se puede explicar por esta variable.

La segunda variable de la atención entregada en el CST no es estadísticamente significativa, entonces la percepción del cambio entre 2007 y 2013 no se puede explicar por esta variable.

La tercera variable que se refiere al trato de los profesionales que atienden en el CST es estadísticamente significativa dado que su valor p es 0.027 entonces la percepción del cambio entre 2007 y 2013 y esta variable tienen una relación estadística.

La cuarta variable, la información entregada en consulta médica no es estadísticamente significativa dado que su valor p es 0.190 entonces la percepción del cambio entre 2007 y 2013 y esta variable no tienen una relación estadística.

La variable, calidad de charlas, actividades y talleres que dan en el CST no es estadísticamente significativa dado que su valor p es 0.770 entonces no hay relación estadística con la percepción del cambio entre 2007 y 2013.

La variable de la entrega de medicinas en el CST es estadísticamente significativa dado que su valor p es 0.003 que indica hay relación estadística con la percepción del cambio entre 2007 y 2013.

La variable de la disponibilidad de medicamentos en farmacia no es estadísticamente significativa dado que su valor p es 0.077 que enuncia la no relación estadística con la percepción del cambio entre 2007 y 2013.

La variable del horario de atención del CST no es estadísticamente significativa dado que su valor p es 0.418 mayor a 0.05 lo que indica que no hay relación estadística con la percepción del cambio entre 2007 y 2013.

No hay relación estadística entre el tiempo de espera previo a la atención médica con la percepción del cambio entre 2007 y 2013, dado que su valor p es 0.168 mayor a 0.05.

La entrega de información con respecto al funcionamiento del CST y la percepción del cambio entre 2007 y 2013, no se relacionan estadísticamente ya que el valor p es 0.254.

La variable, la implementación (sillas, televisión, calefacción etc.) de la sala de espera es estadísticamente significativa dado que su valor p es 0.016 menor a 0.05 lo que indica que hay relación estadística con la percepción del cambio entre 2007 y 2013.

La variable, la infraestructura (sala de espera, consultorios, oficinas, etc.) del centro de salud es estadísticamente significativa dado que su valor p es 0.031 menor a 0.05 lo que indica que hay relación estadística con la percepción del cambio entre 2007 y 2013.

La cantidad de los baños del CST para los pacientes y la percepción del cambio entre 2007 y 2013, no se relacionan estadísticamente ya que el valor p es 0.374.

La variable, la limpieza de los baños del CST es estadísticamente significativa dado que su valor p es 0.021 menor a 0.05 lo que indica que hay relación estadística con la percepción del cambio entre 2007 y 2013.

La variable, el acceso al centro de salud es estadísticamente significativa dado que su valor p es 0.044 menor a 0.05 lo que indica que hay relación estadística con la percepción del cambio entre 2007 y 2013.

La señalización del CST y la percepción del cambio entre 2007 y 2013, no se relacionan estadísticamente ya que el valor p es 0.210.

La variable, el acceso al centro de salud para personas con discapacidad es estadísticamente significativa dado que su valor p es 0.000 menor a 0.05 lo que indica que hay relación estadística con la percepción del cambio entre 2007 y 2013.

Estos resultados pueden explicar algunos argumentos que sostienen que la percepción del cambio de los servicios de salud entre 2007-2013 fue al menos buena en un alto porcentaje.

En la tabla 33 se observa que las variables que influyen estadísticamente son aquellas que son más tangibles para el usuario del CST, que aquellas a las que el usuario es indiferente. Por ejemplo, el usuario tendrá una mejor postura frente al cambio, si los profesionales lo atendieron con amabilidad y cordialidad.

Añadiendo a lo anterior, la implementación e infra estructura es muy importante porque el usuario observa directamente estos objetos. Por ejemplo si se hizo una adecuación y remodelación al CST, los usuarios estarán al pendiente de la calidad de las instalaciones y su implementación.

En torno al acceso es significativo ya que se mide cuán difícil es llegar desde el hogar del usuario posea o no alguna discapacidad, hacia el CST.

En realidad se ha invertido recursos en el territorio, evidenciando un cambio positivo en la infraestructura en estos últimos años, dado que el CST ahora cuenta con rampas para discapacitados, señalética y baños limpios.

La infraestructura es bastante buena, dado que con relación a lo que existía antes, hubo un abastecimiento de equipos nuevos y la remodelación del inmueble, de tal forma que favorece para la entrega de una atención de mejor calidad.

Tabla 33: resumen de variables significativas

variable	Significante
La atención recibida en el CST	No
La atención entregada por la CST es	No
trato de los profesionales que atienden en el CST	Si
La información entregada en consulta médica	No
La calidad de charlas, actividades y talleres que dan en el CST	No
La entrega de medicinas	Si
La disponibilidad de medicamentos en farmacia	No
El horario de atención del CST	No
El tiempo de espera previo a la atención medica	No
La entrega de información con respecto al funcionamiento del CST	No
La implementación (sillas, televisión, calefacción etc.) de la sala de espera es	Si
La infraestructura (sala de espera, consultorios, oficinas, etc.) del centro de salud	Si
La cantidad de los baños del CST para los pacientes	No
La limpieza de los baños del CST	Si
El acceso al centro de salud	Si
La señalización del CST	No
El acceso al centro de salud para personas con discapacidad	Si

Fuente: Datos encuesta

Autor: Andrés Villa

Se puede decir que la atención recibida/entregada, y la información en consulta no es significativa en relación a la percepción del usuario, quizá porque el usuario no tiene conocimientos profundos de medicina entonces por ejemplo cualquier procedimiento que se le haga le será un tanto indiferente.

Por su parte las charlas, actividades y talleres no son significativas porque quizá el usuario no conoce la importancia en la salud de estas charlas, además de lo que se sustenta que en el CST estas actividades son escasas.

La calidad de las medicinas es significativa ya que al usuario le interesa que el medicamento sea efectivo en cualquiera que sea su cuadro clínico. Sin embargo, en cuanto a la disponibilidad no refleja significancia, la respuesta puede estar en que la farmacia casi siempre está llena.

La variable que quizá sorprende es el horario de atención ya que en el CST es de 8:00 a 15:00, es decir que pasado esa hora la población no podrá enfermarse, como menciona Freire (s.f.) no es recomendable tener horarios limitados. Sin embargo, la no significancia de esta se puede traducir en una especie de adaptación a ese horario.

Puede ser que la información de cómo funciona el CST no es significativa porque, la población conoce ya desde hace varios años los servicios que brinda.

El tiempo de espera no es significativo en la percepción porque se maneja un orden cronológico con cita previa.

La cantidad de baños no es significativa porque el usuario tiene como fin primordial la atención médica.

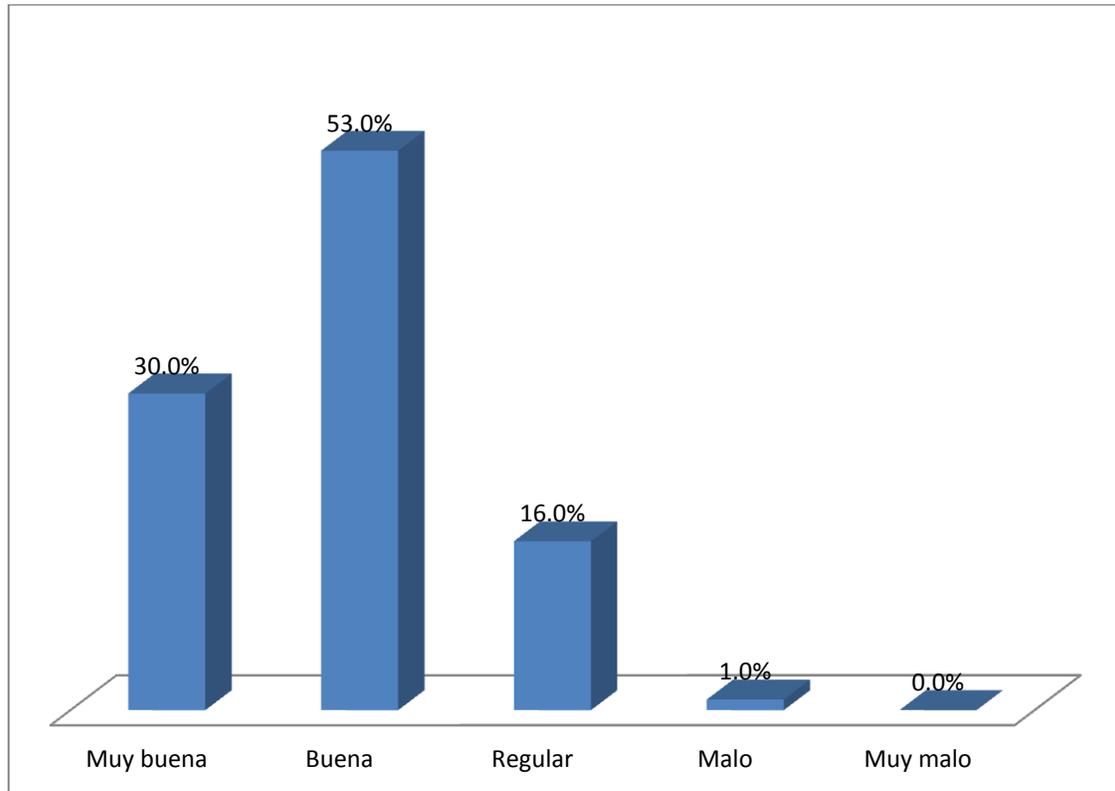
Por último la señalización del CST es buena, pero no es considerada como importante por los usuarios, tal vez por el tamaño pequeño de las instalaciones. Es decir nadie se perderá dentro del CST.

Análisis comparativo de datos e indicadores de la salud en el periodo 2007-2013.

Este análisis se basa en las acciones ya analizadas en el territorio, y la percepción del cambio en el tiempo, que los usuarios califican como al menos buena en más de un 80%.

Como ya se indicó en temas anteriores, la salud es un estado de bienestar y esto se expresa en documentos como la Constitución, PNBV, MAIS, etc. Sin duda hay que decir que el estado de bienestar aumentó en este periodo, aunque para los territorios rurales es difícil cuantificarlo, ya que en referencia a las metas establecidas que no son útiles para el análisis en Tufiño, por dos motivos: 1) es porque no se enmarcan dentro del perfil epidemiológico de Tufiño; y 2) no hay indicadores de los cuales se pueda partir hacia un buen análisis.

Gráfico 7: Percepción general de cambio en el periodo 2007-2013. (En porcentajes)



Fuente: Datos encuesta

Elaboración: Andrés Villa

En ese sentido, pese al problema señalado, hay que utilizar los limitados recursos que se posee. Por consecuencia, se afirma que hay una relación positiva entre el aumento de pacientes en el CST y la gratuidad de los servicios en Salud.

Para corroborar este análisis, se hizo un cálculo con base al número de encuestados, tomando en cuenta que la muestra fue encuestada en los meses de febrero y marzo de 2015, y como se observó es una muestra relevante.

Se obtuvo que el número de atendidos anual en el CST subió notablemente desde el año 2007 al 2015. Así, en 2007 apenas un 20.9% de la población era atendida en el CST, indicador que se proyectó marcadamente a un casi 80% del total de la población en 2015, lo cual coincide con las expectativas de atención del personal que trabaja dentro del CST, sin embargo esto no quiere decir que hay más enfermos en el territorio, sino que más bien los pobladores al ver que la medicina y la atención es gratuita, acudieron al CST incluso en forma preventiva.

En torno a la calidad del servicio, la muestra de la población encuestada pese a afirmar dentro del marco de la encuesta una evolución positiva, menciona argumentos de inconformidad de los servicios del CST, los cuales se relacionan con la capacidad del CST.

No existe la suficiente capacidad para atender los requerimientos de la población, bajo el estándar mínimo establecido por el MAIS, como una sala de parto, o una sala de emergencia.

La disponibilidad de medicinas no se ajusta en un ciento por ciento a lo requerido por el perfil epidemiológico del territorio. Según uno de los encuestados, anónimamente menciona, “la medicina que se le entrega para una enfermedad gástrica es muy parecida a la de una enfermedad respiratoria, casi para todo dan lo mismo”, es decir que no se particulariza cada caso en especial, lo cual no es culpa del personal de CST per sé, dada las limitaciones del CST.

Tabla 34: Medicinas utilizadas en el CST

Medicamentos Mensual para el CST						
Descripción	Lote	Fecha de Caducidad	Unidad	Cantidad Entregada	Valor Unitario	Valor Total
Penicilina Benzatilina 2'400.000 UI	14-3602	30-ago-18	Frasco	20	0.95	19
Ranitidina 50MG/2ML- Ampolla	14G40X03	30-jul-17	Ampolla	25	0.175	4.375
Sales de rehidratacion oral	14J12P60	30-jul-17	Sobres	200	0.42	84
Clortalidona 50MG Tabletas	141220	30-dic-17	Tabletas	1000	0.0766	76.6
Magaldrato con simeticona frasco 150ML	732-14	30-sep-17	Frasco	70	1.0241	71.687
Hierro, Multivitaminas y Minerales polvo 12.5mg+30	14815	30-sep-16	Sobres	40	0.025	1
Vitamina A de 50000 U.I. capsulas	2054346	30-may-15	Capsulas	50	0.06582	3.291
Levonorgestrel y estrogeno tab. Recubierta 150 mcg+	34642 ^a	30-dic-18	Caja x3 bli.	13	0.81	10.53
Metronidazol 500MG- Ovulos	1044256	30-oct-16	Óvulos	100	0.26	26
Omeprazol 20 MG- Capsula	14AG1033	30-oct-16	Capsulas	1000	0.0436	43.6
					Total	340.08

Fuente: Dirección Distrital de Salud 04D01 San Pedro de Huaca-Tulcán

Elaboración: Andrés Villa

La tabla 34 muestra los pocos medicamentos y el bajo presupuesto que se maneja en Tufiño, esto claramente nos muestra las limitaciones con las que se encuentra el personal que trabaja en el CST.

Los indicadores a nivel nacional muestran que el efecto de las políticas públicas en Ecuador ha sido positivo, como se muestra en los indicadores estudiados.

Al mencionar las políticas y programas aplicados en el territorio en torno a salud, la coherencia lleva al hecho de argumentar que la mejora en los indicadores de salud no dista de la política de la gratuidad y universalidad que se expresa en casi todos los documentos relacionados con el tema de la salud y el bienestar social, que aterrizan en el MAIS del MSP. Pero que no se cuantifica con precisión, debido a la mala planificación ex ante (pocos indicadores en territorio).

Explicado todo lo anterior, hay que finalizar diciendo que las acciones tomadas cumplen con el propósito de mejorar la salud en el territorio aunque hay muchas falencias aun, como lo que se menciona en torno al personal médico de poca experiencia que trabaja en el CST. Dicho esto se cumple con el tercer objetivo.

Capítulo IV

Análisis de Descentralización

Para este capítulo hay que tomar conceptos claves: el de la universalización, el de estratificación, el de desconcentración y el de descentralización.

En este capítulo se determinó el nivel de desconcentración y descentralización en la implementación de las políticas públicas en los territorios rurales, como se había enunciado en el tercer objetivo.

La Universalidad y la Estratificación en el territorio.

Dentro del PNBV 2009-2013 se menciona que el objetivo es hacer políticas universales, y la focalización será únicamente aceptada ante emergencias momentáneas.

Es así como en la salud pública se evidencia que el inicio para la universalidad es el plantearse en la Constitución la gratuidad y universalidad de los servicios en salud.

Por su parte al concepto de estratificación se lo visualiza en territorio en los diferentes tipos de atención requerida por la variedad de pacientes.

El CST dentro de la muestra encuestada no excluyó a ningún paciente por lo que cumple con el concepto de universal, lo cual además es incluyente. Pero se toma en cuenta que hay preferencia hacia los niños, adultos mayores, discapacitados y mujeres embarazadas, lo cual entra en el concepto de estratificación.

Desde el punto de vista de atención en servicios se cumple con la universalidad y la estratificación. Pero no así desde el punto de vista que más interesa para mejorar el bienestar, el cual es la salud per se del individuo. Para argumentar esto hay que recordar lo que se menciona en el capítulo anterior sobre los logros de la revolución ciudadana, concretamente mencionar que en los logros se evidenciaba un nivel global de la situación, es decir que las políticas no son para toda la población porque no se toma la heterogeneidad de los territorios.

¿Descentralización o desconcentración?

La SENPLADES (2014) menciona que por medio de la desconcentración y la descentralización el estado pretende llegar a un nivel óptimo de equidad y redistribución en todos los sectores y territorios del país.

En el PNBV 2009-2013 dentro del objetivo 12 se habla sobre el “Impulsar un proceso de desconcentración del Ejecutivo en los territorios, en un Estado democrático cercano a la ciudadanía, reconociendo su diversidad”.

En respuesta a este objetivo se definieron como un primer punto de avance la creación de zonas, distritos y circuitos administrativos de planificación.

En 2008 se dispuso el decreto ejecutivo No. 878 en el cual se determinaron nueve zonas administrativas de planificación.

Posteriormente en 2012 la SENPLADES (2012) con el acuerdo No. 557-2012, se planteó estructurar ciento cuarenta distritos y mil ciento treinta y cuatro circuitos administrativos de planificación.

Según la SENPLADES (2012) la desconcentración de territorios viene de la siguiente manera:

Las zonas están conformadas por provincias, de acuerdo a una proximidad geográfica, cultural y económica. Tenemos 9 zonas administrativas de planificación. Cada zona está constituida por distritos y estos a su vez por circuitos. Desde este nivel se coordina estratégicamente las entidades del sector público, a través de la gestión de la planificación para el diseño de políticas en el área de su jurisdicción (ver infografía pag. 7). El distrito es la unidad básica de planificación y prestación de servicios públicos. Coincide con el cantón o unión de cantones. Se han conformado 140 distritos en el país. Cada distrito tiene un aproximado de 90.000 habitantes. Sin embargo, para cantones cuya población es muy alta como Quito, Guayaquil, Cuenca, Ambato y Santo Domingo de los Tsáchilas se establecen distritos dentro de ellos. El circuito es la localidad donde el conjunto de servicios públicos de calidad están al alcance de la ciudadanía, está conformada por la presencia de varios establecimientos en un territorio dentro de un distrito. Corresponde a una parroquia o conjunto de parroquias, existen 1.134 circuitos con un aproximado de 11.000 habitantes.

En la salud pública se observa desconcentración y no así descentralización, esto descarga únicamente responsabilidades más no poder de decisión a nivel supra nacional. Para el CST quien se encarga de la planificación es la Dirección Distrital de Salud 04D01 San Pedro de Huaca-Tulcán.

La desconcentración se rompe en el momento de dar mayores responsabilidades al CST, sin que esté preparado para la oferta de mejores servicios. Ej. No se cuenta con planificación para el servicio de mujeres embarazadas.

Como se observo en el estudio, aunque haya un nivel considerablemente bueno de desconcentración, aun falta mucho para que eso llegue a reflejarse en un mejor estado de salud de los ecuatorianos.

El nivel de descentralización es bajo o se podría decir que es casi nulo ya que no se tiene poder de decisión en las acciones de las políticas públicas y menos en su elaboración. Con estos argumentos queda expuesto el cumplimiento del tercer objetivo.

Conclusiones

La presente tesis analizo las políticas públicas del sector salud, encontrando como punto general que no han sido tan eficientes como se las plantearon en un inicio, sin quitar méritos lo logrado hasta el momento, como la gratuidad que colaboró con que la población tenga mayor facilidad para acceder a los servicios de salud.

En el primer capítulo se analizó las políticas públicas enmarcadas dentro del PNBV contribuyen para la creación de bienestar social. Las políticas son realmente buenas con sus excepciones, sin embargo no basta con hacer un modelo perfecto de políticas, para únicamente ser leídas, sin dar solución a los problemas por las cuales fueron elaboradas.

Uno de los grandes problemas es no tener suficientes indicadores, de los cuales se pueda partir para hacer correctos análisis.

En el periodo analizado se planteó mejorar integralmente los servicios de salud, dentro del marco de los planes de desarrollo; en ese sentido se fueron aplicando programas a nivel de todo el país, sin embargo, a nivel del territorio fue muy poco lo que se aplicó.

En el segundo capítulo, se observó que en Ecuador hay una gran distancia entre las políticas propuestas y las aplicadas en el periodo analizado. Los programas y proyectos no llegan a cumplir con los objetivos principales de las políticas, el cual es cumplir con los criterios de universalidad, es decir no se llega a la totalidad de la población. Ante esto sería bueno decir que las políticas deben ser para todos, mas no para la mayoría. Se debe mencionar que los indicadores plantados como mínimos para ser alcanzados hasta el año 2013 no pudieron ser cumplidos en su gran mayoría.

Hay que decir que en temas de salud queda mucho por hacer en los territorios rurales. En el caso de Tufiño, faltan equipos y personal, para atender las demandas prioritarias de la población.

Al saber cómo es la situación de uno de los centro de salud rurales, el cual tiene gran relevancia por ubicarse en la línea de frontera se dice que los territorios rurales en su gran mayoría no estrían teniendo un estado de salud adecuado dado el bajo nivel de los servicios de los centros de salud, lo cual es una situación que habrá que tomar en cuenta al momento de calcular la calidad de vida de los pobladores de territorios rurales.

Una de las raíces del problema es que dentro de la planificación no se sabe en donde inicia y termina, dado que no se cuenta con indicadores adecuados para determinar el proceso cíclico de las políticas públicas.

Por su parte el poblador de Tufiño y de cualquier territorio en general, que no tenga un estado de salud adecuado, tendrá un camino difícil para mejorar su calidad de vida.

Para el territorio, según la percepción de los habitantes los servicios en salud mejoraron notablemente entre 2007 y 2013. El número de atendidos se incrementó en el territorio.

En relación al centro de salud, la evidencia indica que la infraestructura no ha tenido las mejoras que el plan del ministerio de salud ha pretendido hacer a lo largo del territorio nacional. Pero pese a esto el personal que trabaja en el CST se ha adaptado y ha buscado soluciones a los problemas que se presentan, como el que se refiere a las mujeres embarazadas, a quienes tienen que instruir para que al momento de los dolores de parto, estén listas para salir hacia cualquier centro de atención de salud de Tulcán, lo cual no es lo ideal, pero ante no poseer una sala de parto ni un horario adecuado, es lo mas practico.

Si bien se menciona que se mejoro las instalaciones del CST y es una de las variables significativas para la percepción del cambio, no es suficiente para entregar servicios de calidad. Además, la infraestructura no es la adecuada para abastecer una emergencia dado el riesgo que se corre al estar tan cerca de un complejo volcánico activo.

Al ver el nivel desconcentración y descentralización del último capítulo llevo a recorrer integralmente la investigación (no fue necesario reescribir) para llegar a concluir que fue muy complicado ver directamente el nivel de desconcentración, porque hubo gran reserva en cuanto a la entrega de información de la planificación que se hacía, sin embargo al estar en contacto permanente con el territorio se logro evidenciar que hay baja desconcentración, realmente las tareas que se designan al territorio no son más que consultas medicas. De programas casi no se habla.

Al no tener una correcta planificación se observa el retraso existente en Tufiño, ya que no cuenta aún con los cambios propuestos para los centros de salud.

Los territorios rurales aun no están preparados para hacer una planificación a favor de la salud de alta calidad, pese a que se conoce los problemas. Esto evidentemente es un problema para poder recibir mayores responsabilidades otorgadas por la desconcentración.

Hay bajo poder de decisión por parte de los distritos, ya que simplemente reciben las órdenes sobre los proyectos y programas que se ejecutan en los territorios.

No se logra romper aun esa concentración de la salud que nos lleva casi siempre a pensar, en que la calidad esta en los hospitales grandes o clínicas privadas.

Recomendaciones

La recomendación se centra en torno a un marco especial para los servicios en salud de los territorios rurales. Así, se menciona una serie de propuestas a continuación.

Las políticas deben tener una razón de ser en las raíces de los problemas de la sociedad. Se recomienda que se verifique cual es el costo real de no abastecer a la población rural con servicios de salud de calidad, ya que de estos territorios proviene la fuerza laboral para la agricultura y ganadería, siendo un pilar fundamental en la matriz productiva y en la soberanía alimentaria.

Se recomienda una planificación al menos una vez por año dentro de cada centro de salud parroquial, con intervención de la mayoría de los actores sociales con el fin de incluir a la salud desde los niveles más particulares, además de enunciar exactamente cuáles son los requerimientos para mejorar el estado de salud de la población de territorios rurales. Para esto cada representante familiar debe tener conocimiento y estar pendiente de cada miembro en su hogar.

En este mismo sentido surge la propuesta de reuniones permanentes de profesionales de la salud con los líderes familiares, a fin de que se dé capacitaciones, para poder manejar diferentes situaciones ya sea preventivas, curativas o de emergencia de cada miembro de las familias de los territorios rurales. Por ejemplo el padre o madre de cada familia debe estar capacitado para que sus hijos se alimenten en forma adecuada.

La creación de una política pública integral para territorios rurales es algo que no debe dejarse a un lado de códigos, leyes, programas, planes, etc., y más bien ir ligado a las necesidades de cada territorio cuya homogeneidad no es la misma o dista entre un lugar y otro, lo que hay que tomar muy en cuenta.

Finalmente, para que todo esto sea posible, es imprescindible hacer una reestructuración al sistema de salud. Ir más allá de la desconcentración, para que cada territorio según sus necesidades tenga la posibilidad de intervenir en la elaboración de las políticas públicas. Incluso aquí sería clave incluir al tema de la descentralización, de tal manera que se asigne competencias de salud a los diferentes niveles de GADs, y así mismo que se otorgue mayor capacidad de gestión de fondos para que se pueda lograr los objetivos, todo esto sin salirse de los lineamientos constitucionales y de desarrollo nacional.

Dentro de esta reestructuración, el Sistema de Salud Pública deberá estar en la capacidad de asumir nuevos retos, en torno a los viejos esquemas a los que se ha acostumbrado la sociedad. Es decir se estará dispuesto a cambiar ese viejo esquema piramidal que proponía que las soluciones salgan desde las partes más altas del gobierno. Ahora el reto será proponer soluciones desde las bases, pero siempre con la asistencia profesional de alta calidad.

Al decir que las soluciones saldrán de las bases quiero hacer referencia a que las políticas se elaboraran en cada distrito, siendo este el punto de inicio de una pirámide invertida.

Otro de los retos será precisamente para los distritos, ya que deberá contar con personal de alto nivel, no solo de en lo que se refiere a las distintas especialidades médicas, sino también en temas estadísticos, econométricos, informáticos, sociológicos, tecnológicos y todos aquellos que se relacionen con la planificación, elaboración, ejecución y evaluación de las políticas públicas.

Para fiscalizar el progreso de los distritos habría una secuencia, que empieza en rendir cuentas a un organismo zonal, el cual a su vez presentaría un informe a un organismo regional o nacional.

El conjunto de todos estos organismos será el Ministerio de Salud Pública, el cual aunque ya no tenga a cargo la elaboración de políticas territoriales, no dejará de lado políticas globales a nivel nacional.

Referencias bibliográficas

- Albuquerque F. (2004) *Desarrollo económico local y descentralización en América Latina*, revista de la CEPAL 82, España, Recuperado el 5 de septiembre de 2015, de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/10946/082157171_es.pdf?sequence=1
- Alarcón J., Álzate A., Benavente L., Briceño-León R., Campaña A., Calero G., Changas F., Díaz G., Dubois J., Duverges C., Estrella E., Faundes A., Fernández O., Fescina R., Gensini H., Gillespie G., Grossmann H., Guerra H., Hermida C., Hernández H., Hurtado J., Keim R., Kroeger A., Luna R., López R., Macías V., Mautsch W., Mosquera M., Osuna J., Peñaherrera S., Reitmaier P., Rodríguez C., Rosenblat E., Ruiz W., Salazar E., Schwarcz R., Skewes-Ramm R., Souza M., Sucupira A., Tauscher B., Vallenás C., Vallejos H., Warning D., Zurita A., Vázquez M., (1992) *ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Principios y métodos*, 2da edición Ed.Pax Mexico Librería Carlos Césarman, S. A. ISBN 968-860-416-X
- Amores Alfredo y Cevallos Rodrigo (2009) *Prestación de Servicios de Salud en Zonas con Pueblos Indígenas: recomendaciones para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de servicios interculturales de salud en el marco de la renovación de la atención primaria de la salud*, OPS/OMS, Quito- Ecuador.
- Antonio Martín Andrés, Juan Luna del Castillo (1993) *Bioestadística para las ciencias de la salud*. 4ª ed. NORMA, Madrid- España.
- Arrow K. (1963) *Uncertainty and the welfare Economics of medical care*, The American Economic Review, Estados Unidos.
- Asamblea constituyente (2008). *Constitución del Ecuador 2008*, Montecristi: Autor.
- Banco Mundial (2010) *Población Rural (%)*, Recuperado el 21 de abril de 2016, de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.RUR.TOTL.ZS?page=1>
- Barquera, Simón, Rivera-Dommarco, Juan, & Gasca-García, Alejandra. (2001). *Políticas y programas de alimentación y nutrición en México*. *Salud Pública de México*, 43(5), 464-477. Recuperado en 07 de octubre de 2015, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000500011&lng=es&tlng=es.
- Batista Ricardo, Coutin Gisele, Feal Pablo, González Roberto, Rodríguez Daniel (2001) *Determinación de Estratos para Priorizar Intervenciones y Evaluación en Salud Pública*, Revista Cubana de Higiene y Epidemiología (versión On-line ISSN 1561-3003) recuperado el 28 de septiembre de 2015, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032001000100005&script=sci_arttext

- Boccaro, Guillaume. (2004) *Del Buen Gobierno en Territorio Mapuche: Notas acerca de una experiencia en salud complementaria*. Cuaderno antropológico social (Online), recuperado el 5 de septiembre de 2015, de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2004000200008&lng=es&nrm=iso. ISSN 1850-275X
- Borges Aida y Gómez Héctor (1998) Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México, *Salud Publica México*, Recuperado el 13 de octubre de 2015, de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400103.pdf>
- Brachet Viviane (2002) *Elementos para investigar la capacidad estatal político-administrativa en materia de salud pública. Los casos de Guanajuato, Oaxaca y Sonora*, Estudios Sociológicos, Vol. 20, publicado por El Colegio De México, recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/40420712>
- Censo de Población y Vivienda del INEC (2010) *Población Rural Ecuador*, recuperado el 22 de abril de 2016, de <http://www.siise.gob.ec/>
- Censo de Población y Vivienda (2010) *Población con Discapacidad*, Recuperado el 20 de septiembre de 2015 de: <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#>
- CEPAL (2000) *Descentralización Desarrollo Económico Local: Una Visión General del Caso de México*, Proyecto CEPAL/GTZ: Desarrollo económico local y descentralización en América Latina, Santiago de Chile.
- CEPAL (2000) *Vivienda saludable: Reto del Milenio en los Asentamientos Precarios de América Latina y El Caribe*, documento digital, recuperado el 10 de enero de 2016, de: <http://www.cepal.org/pobrezaurbana/docs/OPS/DocumentoGuiadeprincipiosviviendasaludable.pdf>
- De las Cuevas Corrugado, Hidalgo Alvaro y del Llano Juan (2000) *Economía de la Salud*, Ediciones Pirámide, España.
- Díaz Vázquez Carlos. (1997) Organización territorial de la atención al niño con asma. Guía para la puesta en marcha de un Plan de Área, *BOL PEDIATR 37*, pag: 78-84. Recuperado el 7 de octubre de 2015, de: http://www.sccalp.org/boletin/160/BolPediatr1997_37_078-084.pdf
- Encuesta de Condiciones de Vida (2006) *Barreras para acceder a servicios de salud* Recuperado el 20 de septiembre de 2014 de: <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#>
- Encuesta de Condiciones de Vida 2005-2006*: sección 3. Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Sobrepeso y Obesidad. Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos/ Ministerio de Salud Pública.

Encuesta de Condiciones de Vida – INEC (2014) *Tiempo a los establecimientos de salud*, recuperado el 22 de abril de 2016, de: <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#>

Encuesta Urbana de Empleo y Desempleo – INEC (2013), Población sin seguro de salud,

Estadísticas Vitales del INEC (2011) *Principales causas de muerte en territorios rurales*, recuperado el 22 de abril de 2016, de

Escalona Ana y Díez Carmen (2003) Accesibilidad geográfica de la población rural a los servicios básicos de Salud: estudio en la provincia de Teruel, *Revista de estudios sobre despoblación y desarrollo rural*, Zaragoza-España.

Espinosa Oscar y Gonzales Luis (1993) *La Experiencia del Proceso de Desconcentración y Descentralización Educativa en Chile 1974-1989*, Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación, Santiago de Chile.

Estadísticas Vitales – INEC (2011) *Diez principales causas de muerte*, Recuperado el 20 de septiembre de 2014 de: <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#>

Freire Manuel (s.f.) *Capítulo 9: La Atención Primaria de la Salud y los Hospitales en el Sistema Nacional de Salud*, Instituto de Salud Carlos III, recuperado el 13 de octubre de 2015, de: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6750/10cap9.pdf>

GAD parroquial Tufiño (2015) Plan de Ordenamiento Territorial 2015-2019, Tufiño- Ecuador.

Greenpeace (2005) *Las malas prácticas agrícolas y la demanda provocan que la calidad del agua sea muy deficiente*, recuperado el 15 de septiembre de 2015, de: <http://www.greenpeace.org/espana/es/news/2010/November/informe-agua-islas-baleares/>

Grossman Michael (1972), *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*, *Journal of Political Economy*: 223-55.

Instituto Nacional del Cáncer (s.f.) *Cáncer de estómago*, recuperado el 29 de septiembre de 2015, de: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago/paciente/tratamiento-estomago-pdq>

Jiménez Cangas Leonor, Báez Dueñas Rosa María, Pérez Maza Benito, Reyes Álvarez Iliana (1996) *Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud*. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. Recuperado el 6 de octubre de 2015, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100008&lng=es.

- Kay, Cristóbal. (2009). Estudios rurales en América Latina en el periodo de globalización neoliberal: ¿una nueva ruralidad?. *Revista mexicana de sociología*, 71(4), 607-645. Recuperado en 03 de octubre de 2015, de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032009000400001&lng=es&tlng=pt.
- Macinko James, Montenegro Hernán, Nebot Adell Carme, Etienne Carissa. (2007) *La renovación de la atención primaria de salud en las América*, Rev Panam Salud Pública.
- Marx Karl (1859) *El capital-Tomo I*, Siglo XXI de España editores, Madrid- España.
- Menor José (1997) *Transformaciones recientes en la organización territorial de la Vega de Granada del espacio agrario tradicional a la aglomeración urbana actual*, Revista de estudios regionales, Granada- España, ISSN 0213-7585, Nº. 48, 1997, págs. 189-216.
- Ministerio de Coordinación de la Política y Gobiernos Autónomos Descentralizados (2011) *Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD)*, V&M Gráficas, Quito, Ecuador
- Ministerio de Deporte (s.f.) Ejercitate Ecuador, Recuperado el 10 de marzo de 2016, de: <http://www.deporte.gob.ec/ecuador-ejercitate-activa-las-24-provincias-del-pais/>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social-MIES (2011) *Programa Aliméntate Ecuador*, Recuperado el 12 de octubre de 2015, de: <http://www.alimentateecuador.gob.ec/>
- Ministerio de Salud de Perú (2002) *Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud de Perú*, Lima- Perú.
- Ministerio de Salud Pública (s.f.) *Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)*, recuperado el 30 de septiembre de 2014, de <http://www.salud.gob.ec/fortalecimiento-de-la-red-de-servicios-de-salud-y-mejoramiento-de-la-calidad/>
- Ministerio de Salud Pública (2006) *Ley Orgánica de Salud*, Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública (2012) Acuerdo ministerial No. 00002524, Distrito Metropolitano de Quito, Recuperado el 13 de diciembre de 2015, de: https://aplicaciones.msp.gob.ec/upload/upload/1_00002524_2012_ac_00002524_2012_RO.pdf
- Ministerio de Salud Pública (2012) Proyecto Desnutrición Cero, Recuperado el 13 de diciembre de 2015, de: http://instituciones.msp.gob.ec/dps/morona_santiago/index.php?view=article&catid=38%3AAdesnutricion-cero&id=149%3Aproyecto-desnutricion-cero&format=pdf&option=com_content&Itemid=161
- Ministerio de Salud Pública (2013) *Manual Operativo, Red Nacional Integrada de Servicios de Salud, Red Pública Integral de Salud- Red Privada Complementaria (Versión Preliminar*

Final1.3), Recuperado el 30 de septiembre de 2014, de <http://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2013/07/DOCBASERED100613.pdf>

Morgan Lynn (1993) *Política Internacional y Atención Primaria de Salud en Costa Rica*, Anuario de Estudios Centroamericanos, Universidad de Costa Rica, recuperado el 12 de diciembre de 2014, de: <http://www.jstor.org/stable/25661230>

Organización de las Naciones Unidas (s.f.). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, recuperado el 25 de septiembre de 2014, de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Organización Mundial de la Salud (1946), *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional*, Nueva York.

Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma Ata, URSS, 6-12 septiembre, 1978, Organización Mundial de la Salud: Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2008), *Informe sobre la salud en el mundo 2008: Políticas Públicas para la Salud Pública*, recuperado el 27 de septiembre de 2014, de http://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2008), *Atención Primaria de Salud*, recuperado el 15 de diciembre de 2014, de: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

Organización Panamericana de la Salud (1968) *Sistemas para Aumentar la Cobertura de los Servicios de Salud en las Áreas Rurales*, Publicación Científica No. 170, Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud (2005) *Iniciativa conjunta de la OPS y la OIT sobre la extensión de la protección social en salud*, Publicación de la OPS, Washington, D.C. ISBN 92 75 073945

Organización Panamericana de la Salud (2007), *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*, recuperado el 17 de diciembre de 2014, de: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf

Periago, Mirta Roses. (2007) *La renovación de la atención primaria de salud en las américas: la propuesta de la organización panamericana de la salud para el siglo XXI*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(2-3), 65-68. Recuperado el 6 de octubre de 2015, de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200001&lng=en&tlng=es.10.1590/S1020-49892007000200001

Presidencia de la Republica (2008) Decreto Ejecutivo No. 878 Registro Oficial No. 268 ZONAS ADMINISTRATIVAS DE PLANIFICACIÓN, recuperado el 15 de enero de 2016, de: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Decreto->

[Ejecutivo-878-y-sus-reformas-determina-Zonas-de-Planificaci%C3%B3n.-Registro-Oficial-Nro.-268.pdf](#)

Schejtman Alexander y Berdegué Julio (2004) Desarrollo territorial rural, Educación y Desarrollo para el Medio Rural y su gente, Recuperado el 5 de septiembre de 2015, de: <http://www.fediap.com.ar/administracion/pdfs/Desarrollo%20Territorial%20Rural.pdf>

SENPLADES (2009) *Plan Nacional para el Buen vivir 2009-2013*, Quito-Ecuador, Autor.

SENPLADES (2012) Acuerdo No. 557-2012, Recuperado el 15 de enero de 2016, de: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/557-2012.-Conformaci%C3%B3n-distritos-y-circuitos-administrativos-de-planificaci%C3%B3n-a-nivel-nacional.pdf>

SENPLADES (2012) *Proceso de desconcentración del Ejecutivo en los niveles administrativos de planificación*, Quito-Ecuador, 1ra edición, Autor.

SENPLADES (2013). “cien logros de la revolución ciudadana”, versión PDF. Recuperado 4 de febrero de 2014, de: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/10/100-Logros-revolucion-ciudadana-2012.pdf>

Sepúlveda Sergio. y Duncan Marcelo (2008) *Gestión de Territorios Rurales en Brasil*, Guimarães Editores San José, Costa Rica.

SIICE (2015) Desnutrición Global, Datos Salud , recuperado el 12 de octubre de 2015, de: <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#>

SIISE (2010) *Pirámide poblacional rural nacional (2010)*, Recuperado el 21 de abril de 2016, de: <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#>

Sloan Frank & Hsieh Chee-Ruey. (2012). Health Economics. MITpress, Cambridge, MA, USA

Suárez Julio (2010) *Challenges to universality with health equity in Latin America in the 21st century*, Revista Cubana Salud Pública, Ciudad de La Habana.

Tamez Silvia y Valle Irene (2005) *Inequality and Neoliberal Reform in Health*, Revista Mexicana de Sociología, publicado por: Universidad Nacional Autónoma de México, recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/3541543>.

Villacres (2013) *Concepto de Economía de la salud*, Clase 3 de Economía de la Salud, Economía- PUCE, Ecuador.

ANEXOS

Anexo A:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN CENTRO DE SALUD TUFÍÑO (CST).

Introducción:

Buen día señor usuario, el llenar esta encuesta solo le tomara unos minutos de su tiempo. Para esto debe tomar en cuenta lo siguiente:

La presente encuesta tiene como finalidad obtener la información necesaria para evaluar la percepción general de los usuarios del Centro de Salud de Tufiño (CST), y los cambios dados en el periodo 2007-2013.

La información obtenida será utilizada por el investigador únicamente con fines académicos, que servirán para efectuar la investigación de la disertación de tesis previa a la obtención del título de economista en la facultad de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

La encuesta tiene dos partes: la primera se refiere a los datos informativos, fecha, sexo y edad (la encuesta es anónima por lo que no se pide datos informativos personales); la segunda parte se refiere a la información que se pide al usuario en torno a los servicios del CST, para lo cual el usuario deberá elegir marcando en el lugar que corresponda según su criterio, entre las diferentes opciones.

Primera parte: datos informativos.

Fecha de aplicación: _____

Sexo: Femenino: _____ Masculino: _____

Edad: 15-25 _____ 26-35 _____ 36-45 _____ 46-55 _____ 56-65 _____ 65 o + _____

Quién contesta la encuesta: (Relación con el consultante)

Paciente	Madre	Padre	Hijo (a)	Otro ¿Quién?

Motivo de asistencia al centro de Salud.

Servicios	Medicamentos	Vacunas	Otros

Segunda parte: información de percepción del CST.

Calidad de la Atención (en relación a la última atención recibida)		Muy buena	Buena	Regular	Malo	Muy malo
1	La atención recibida en el CST es:					
2	La atención entregada por el CST es:					
3	Su percepción sobre el trato de los profesionales que atienden en el CST es:					
4	La información entregada en consulta médica es:					
5	La calidad de charlas, actividades y talleres que dan en el CST son:					
6	La entrega de medicinas en el CST es:					
Funcionamiento del establecimiento.						
7	La disponibilidad de medicamentos en farmacia del CST es:					
8	El horario de atención del CST es:					
9	El tiempo de espera previo a la atención medica es:					
10	La entrega de información con respecto al funcionamiento del CST es:					
Calidad de la Infraestructura.						
11	La implementación (sillas, televisión, calefacción etc.) de la sala de espera del CST es:					
12	La infraestructura (sala de espera, consultorios, oficinas, etc.) del CST es:					
13	La cantidad de los baños del CST para los pacientes es:					
14	La limpieza de los baños del CST es:					

15	El acceso al CST es:					
16	La señalización del CST es:					
17	El acceso al CST para personas con discapacidad es:					
Percepción general de cambio en el tiempo						
18	¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?					

¡Gracias por su tiempo!

Anexo B:

Evolución del presupuesto sectorial de salud desde 2001 a 2014.



Fuente: Banco Central del Ecuador y Ministerio de Finanzas

Elaboración: SIISE

Tabla: Presupuesto Sectorial Salud (devengado) como % del PIB

Año	Salud % del PIB
-----	-----------------

2006	1,1%
2007	1,2%
2008	1,4%
2009	1,5%
2010	1,7%
2011	1,6%
2012	1,9%
2013	2,1%

Fuente: Banco Central del Ecuador y Ministerio de Finanzas

Elaboración: Andrés Villa

El gráfico y la tabla del anexo 1 pese a no ser citados sirvieron para fundamentar parte de la introducción.

ANEXO C

Tablas cruzadas (SPSS)

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * La atención recibida en el CST es:

Crosstab

Count

		La atención recibida en el CST es:				Total
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	
¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	7	17	5	1	30
	Buena	7	22	24	0	53
	Regular	3	7	5	1	16
	Mala	0	1	0	0	1
Total		17	47	34	2	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.728 ^a	9	0.295
Likelihood Ratio	11.971	9	0.215
Linear-by-Linear Association	1.588	1	0.208
N of Valid Cases	100		

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * La atención entregada por la CST es:

Crosstab

Count

		La atención entregada por la CST es:				Total
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	
¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	7	17	6	0	30
	Buena	6	29	15	2	52
	Regular	1	4	10	1	16
	Mala	0	0	1	0	1
Total		14	50	32	3	99

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.094 ^a	9	0.088

Likelihood Ratio	15.649	9	0.075
Linear-by-Linear Association	11.061	1	0.001
N of Valid Cases	99		

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * Su percepción sobre el trato de los profesionales que atienden en el CST es:

Crosstab

Count

		Su percepción sobre el trato de los profesionales que atienden en el CST es:			Total	
		Muy buena	Buena	Regular		Mala
¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	12	15	3	0	30
	Buena	8	28	15	2	53
	Regular	2	6	5	3	16
	Mala	0	1	0	0	1
Total		22	50	23	5	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.843 ^a	9	0.027
Likelihood Ratio	18.172	9	0.033
Linear-by-Linear Association	11.929	1	0.001

N of Valid Cases	100		
------------------	-----	--	--

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * La información entregada en consulta médica es:

Crosstab

Count

		La información entregada en consulta médica es:				Total
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	
¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	10	13	7	0	30
	Buena	10	19	20	4	53
	Regular	1	6	7	2	16
	Mala	1	0	0	0	1
Total		22	38	34	6	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.434 ^a	9	0.19
Likelihood Ratio	13.992	9	0.123
Linear-by-Linear Association	5.291	1	0.021
N of Valid Cases	100		

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * La calidad de charlas, actividades y talleres que dan en el CST son:

Crosstab

Count

		La calidad de charlas, actividades y talleres que dan en el CST son:				
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	5	9	10	3	3
	Buena	4	18	17	4	10
	Regular	1	3	7	3	2
	Mala	0	1	0	0	0
Total		10	31	34	10	15

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.185 ^a	12	0.77
Likelihood Ratio	8.037	12	0.782
Linear-by-Linear Association	1.099	1	0.295
N of Valid Cases	100		

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * La entrega de medicinas en es:

Crosstab

Count

		La entrega de medicinas en es:				Total
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	
¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	5	23	2	0	30
	Buena	8	25	17	3	53
	Regular	0	4	9	3	16
	Mala	0	1	0	0	1
Total		13	53	28	6	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25.229 ^a	9	0.003
Likelihood Ratio	29.212	9	0.001
Linear-by-Linear Association	15.937	1	0
N of Valid Cases	100		

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * La disponibilidad de medicamentos en farmacia

Crosstab

Count

		La disponibilidad de medicamentos en farmacia				Total
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	4	10	16	0	30
	Buena	4	16	27	6	53
	Regular	0	1	15	0	16
	Mala	0	0	1	0	1
Total		8	27	59	6	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.534 ^a	9	0.077
Likelihood Ratio	19.888	9	0.019
Linear-by-Linear Association	6.268	1	0.012
N of Valid Cases	100		

a. 11 cells (68.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .06.

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * El horario de atención del CST

Crosstab

Count	El horario de atención del CST				
	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	3	8	4	11	4
	Buena	3	18	15	14	3
	Regular	0	8	5	2	1
	Mala	0	0	1	0	0
Total		6	34	25	27	8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.345 ^a	12	0.418
Likelihood Ratio	13.212	12	0.354
Linear-by-Linear Association	1.528	1	0.216
N of Valid Cases	100		

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * El tiempo de espera previo a la atención medica

Crosstab

Count

		El tiempo de espera previo a la atención medica				Total
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	
¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	4	14	8	4	30
	Buena	1	27	19	6	53
	Regular	0	4	8	4	16
	Mala	0	0	1	0	1
Total		5	45	36	14	100

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.890 ^a	9	0.168
Likelihood Ratio	12.95	9	0.165
Linear-by-Linear Association	5.609	1	0.018
N of Valid Cases	100		

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * La entrega de información con respecto al funcionamiento del CST

Crosstab

Count

		La entrega de información con respecto al funcionamiento del CST				Total
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	
¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	2	16	9	3	30
	Buena	2	21	26	4	53
	Regular	0	3	9	4	16
	Mala	0	1	0	0	1
Total		4	41	44	11	100

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.331 ^a	9	0.254

Likelihood Ratio	12.046	9	0.211
Linear-by-Linear Association	4.982	1	0.026
N of Valid Cases	100		

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * La implementación (sillas, televisión, calefacción etc.) de la sala de espera es:

Crosstab

Count

		La implementación (sillas, televisión, calefacción etc.) de la sala de espera es:				Total
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	
¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	6	17	4	3	30
	Buena	5	23	23	2	53
	Regular	0	3	10	3	16
	Mala	0	1	0	0	1
Total		11	44	37	8	100

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.361 ^a	9	0.016
Likelihood Ratio	23.227	9	0.006
Linear-by-Linear Association	9.493	1	0.002

N of Valid Cases	100		
------------------	-----	--	--

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * La infraestructura (sala de espera, consultorios, oficinas, etc.) del centro de salud

Crosstab

Count

		La infraestructura (sala de espera, consultorios, oficinas, etc.) del centro de salud				Total
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	
¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	4	17	8	1	30
	Buena	2	22	29	0	53
	Regular	0	4	10	2	16
	Mala	0	1	0	0	1
Total		6	44	47	3	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.384 ^a	9	0.031
Likelihood Ratio	19.06	9	0.025
Linear-by-Linear Association	8.839	1	0.003
N of Valid Cases	100		

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * La cantidad de los baños del CST para

los pacientes

Crosstab

Count

		La cantidad de los baños del CST para los pacientes				
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	1	8	10	9	2
	Buena	0	10	26	13	4
	Regular	0	0	9	6	1
	Mala	0	1	0	0	0
	Total	1	19	45	28	7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.933 ^a	12	0.374
Likelihood Ratio	15.002	12	0.241
Linear-by-Linear Association	0.833	1	0.361
N of Valid Cases	100		

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * La limpieza de los baños del CST

Crosstab

Count

		La limpieza de los baños del CST				
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	7	14	9	0	0
	Buena	4	25	20	3	1
	Regular	0	3	11	1	1
	Mala	1	0	0	0	0
	Total	12	42	40	4	2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23.833 ^a	12	0.021
Likelihood Ratio	23.3	12	0.025
Linear-by-Linear Association	8.66	1	0.003
N of Valid Cases	100		

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * El acceso al centro de salud

Crosstab

Count

	El acceso al centro de salud				Total
	Muy buena	Buena	Regular	Mala	

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	6	19	5	0	30
	Buena	4	33	14	2	53
	Regular	1	4	9	2	16
	Mala	0	1	0	0	1
Total		11	57	28	4	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.290 ^a	9	0.044
Likelihood Ratio	17.456	9	0.042
Linear-by-Linear Association	10.706	1	0.001
N of Valid Cases	100		

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * La señalización del CST

Crosstab

Count

		La señalización del CST				Total
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	
¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	4	21	5	0	30
	Buena	5	28	17	3	53
	Regular	0	6	9	1	16
	Mala	0	1	0	0	1

Total	9	56	31	4	100
-------	---	----	----	---	-----

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.052 ^a	9	0.21
Likelihood Ratio	14.726	9	0.099
Linear-by-Linear Association	8.023	1	0.005
N of Valid Cases	100		

¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013? * El acceso al centro de salud para personas con discapacidad

Crosstab

Count

		El acceso al centro de salud para personas con discapacidad				Total
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	
¿Cómo considera usted que los servicios en salud han cambiado entre los años 2007 y 2013?	Muy buena	11	17	0	2	30
	Buena	8	33	6	6	53
	Regular	0	4	3	8	15
	Mala	0	1	0	0	1
Total		19	55	9	16	99

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.852 ^a	9	0
Likelihood Ratio	32.553	9	0
Linear-by-Linear Association	19.853	1	0
N of Valid Cases	99		