



# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA**

**CARRERA DE ECONOMÍA**

**ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN  
MÉDICA QUE OTORGA EL SEGURO SOCIAL CAMPESINO A LA  
POBLACIÓN RURAL DEL CANTÓN PALTAS, PROVINCIA DE LOJA,  
AÑO 2013.**

**TESIS PREVIA A OPTAR EL  
GRADO DE ECONOMISTA**

**AUTOR: ALVARO ENRIQUE HERRERA SARAGURO**

**DIRECTOR: GIOVANNY CARRIÓN CEVALLOS**

**LOJA – ECUADOR**

**2014**

## CERTIFICACIÓN

ECO. GIOVANNY CARRIÓN CEVALLOS, DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, ÁREA JURÍDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA CARRERA DE ECONOMÍA Y DIRECTOR DE TESIS.

CERTIFICA:

Haber dirigido el presente trabajo de Tesis titulado: **ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE OTORGA EL SEGURO SOCIAL CAMPESINO A LA POBLACIÓN RURAL DEL CANTÓN PALTAS, PROVINCIA DE LOJA, AÑO 2013**, previo a optar el grado de Economista, propuesto por el aspirante Herrera Saraguro Alvaro Enrique, el mismo que ha sido desarrollado bajo mi orientación y revisión durante todo el proceso de tesis por lo que autorizo su presentación ante el respectivo Tribunal de Grado.

Loja, 25 de Abril de 2014



ECO. GIOVANNY CARRIÓN CEVALLOS  
**DIRECTOR DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, **HERRERA SARAGURO ALVARO ENRIQUE**, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

**Firma:**



**Autor:** Herrera Saraguro Alvaro Enrique

**Cédula:** 1104670698

**Fecha:** Loja, Abril de 2014

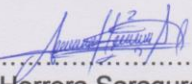
## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, HERRERA SARAGURO ALVARO ENRIQUE declaro ser autor de la tesis titulada: ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE OTORGA EL SEGURO SOCIAL CAMPESINO A LA POBLACIÓN RURAL DEL CANTÓN PALTAS, AÑO 2013 como requisito para optar al grado de Economista, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en la redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 29 días del mes de Abril de 2014.

Firma:  .....

**Autor:** Herrera Saraguro Álvaro Enrique

**Cédula:** 1104670698

**Dirección:** Teodoro Wolf y Anthon Phillips

**Correo Electrónico:** alvaroherrera25@outlook.es

**Teléfono:** 072-684-021 **celular:** 0991107871

## DATOS COMPLEMENTARIOS

**DIRECTOR DE TESIS:** Econ. Giovanny Carrión Cevallos

**TRIBUNAL DE GRADO:**

Econ. Ángel Valarezo García (Presidente)

Econ. Ricardo Luna Torres.....(Vocal)

Econ. Max Loayza Carpio.....(Vocal)

## **DEDICATORIA**

Mi agradecimiento y dedicatoria especialmente está dirigida con amor a Dios, por ser mi guía y por permitirme haber cumplido un reto más, a mis padres que gracias a su apoyo incondicional y ejemplo de lucha y perseverancia supieron demostrarme que luchando todo en esta vida es posible, a mis hermanos por sus acertadas palabras de aliento, a los docentes que supieron brindar sus conocimientos y colaboración incondicional durante los años de preparación. Y a todas aquellas personas que supieron alentarme ante las adversidades que podrían llegar.

Con la sinceridad que me caracteriza y el sincero agradecimiento.

**Herrera Saraguro Álvaro**

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, Área Jurídica, Social y Administrativa, Carrera de Economía, a sus Directivos y Planta Docente por los conocimientos brindados de forma oportuna durante el trayecto de mi carrera y permitirme el haber cumplido una más de mis metas, como es la de obtener una profesión. De igual forma al Eco. Giovanni Carrión Cevallos, por su acertada y desinteresada dirección.

De manera especial al Lic. José G. Picoita Q. por concederme la autorización adecuada para recabar información solicitada, a la Dra. Teresita Tinoco Valarezo por su ayuda desinteresada en la elaboración de mi Tesis y al personal médico que hace parte de los dispensarios de Paltas, por sus sugerencias en la elaboración del cuestionario de encuesta.

**El Autor.**

**a. TÍTULO**

**ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN  
MÉDICA QUE OTORGA EL SEGURO SOCIAL CAMPESINO A LA  
POBLACIÓN RURAL DEL CANTÓN PALTAS, PROVINCIA DE LOJA,  
AÑO 2013.**

## **b. RESUMEN**

Es conocido por todos que el desabastecimiento de medicamentos a nivel de los dispensarios y el tratamiento de las transferencias a nivel del seguro social son causa de la problemática actual que atraviesan los beneficiarios del seguro social campesino derivado de la atención médica que otorga. Por lo que se consideró pertinente analizar la efectividad y oportunidad como variables de la atención médica de calidad, desde el punto de vista de los beneficiarios.

Entiéndase por efectividad según (DONABEDIAN, 1991) al “nivel en que la asistencia médica se presta de forma correcta, buscando conseguir mejoras en la salud del paciente mejorando el impacto de la morbilidad sobre una población definida”, bajo características de; atención en consulta, medicalización, cita de pacientes y realización de campañas preventivas.

En cuanto a la efectividad de la atención médica a los pacientes del seguro campesino del cantón Paltas, se pudo concluir que si se aplica adecuadamente a nivel de los dispensarios del cantón, puesto que se pudo conocer que el 63.6% afirma que el médico aclara “siempre” todas las dudas de la dolencia del paciente; el 80.3% menciona que le suministra los medicamentos idóneos para su mejoría, siempre y cuando los haya en farmacia del dispensario; el 81,1% manifiesta que el médico si



establece controles según la gravedad y dolencia que presente el paciente y un 70,9% aseguran que si se llevan a cabo la ejecución de campañas preventivas a nivel de organizaciones.

En lo referente a la oportunidad de la atención médica a los pacientes del seguro social campesino de Paltas, está concebida como “la posibilidad que tiene el paciente de obtener la asistencia que requiere sin que presenten contratiempos que pongan en riesgo su salud” (PEREIRA, Acreditaciones en Salud, 2010, pág. 12). Se analizó circunstancias que son motivo de insatisfacción en los pacientes, entre ellas: las situaciones favorables al paciente al visitar el dispensario; personal disponible, rapidez en la actuación, medicamento disponible, disponibilidad de camillas y silla de ruedas y calidez del personal. También para ésta variable, el tratamiento de las transferencias a partir de su concesión y posterior asignación a los prestadores externos de servicios de salud<sup>1</sup>.

En lo concerniente a los parámetros de la oportunidad de la atención médica, el 78,2% de los pacientes afirman que durante el año predomina la falta de medicamentos en los dispensarios y un 82,2% aducen que en el dispensario al que acuden, no existen sillas de rueda y camillas para movilizar al paciente a lo interno del dispensario.

---

<sup>1</sup> Prestadores externos.-Son unidades médicas del IESS u otras entidades de salud contratadas para el otorgamiento de servicios médico asistenciales de mayor complejidad.

En cuanto a las transferencias asignadas a quienes necesitaron ser transferidos, el 61,34% de los pacientes afirman que se efectuó previa evaluación médica donde el malestar se origina a partir de que el paciente solicita asignación de la cita médica a través del call center del Seguro Social, una vez que desde los dispensarios les fue concedida la transferencia, que según el 34,5% de los pacientes transferidos, atestiguan que desde que les han asignado la cita, su espera es de más de 30 días.

Finalmente con los antecedentes mencionados, se puede concluir que no funciona la efectividad en el tema de la entrega de la totalidad de los medicamentos prescritos a los pacientes y en cuanto a la oportunidad se constató que efectivamente predominan esos problemas relacionados a la disponibilidad de medicamentos en los dispensarios y el malestar de los pacientes por la espera de la cita cuando son trasferidos. Por lo que de la percepción de los pacientes sobre la atención médica en los dispensarios reflejado por el nivel de satisfacción el 53.9% asevera que la atención es buena, mientras que un 44,2% asegura es regular y tan sólo un 1,9% asegura es de mala calidad.

## **ABSTRACT**

It is well known that the shortage of medicines at the clinics and treatment level of transfers to social security are problematic due to the current passing through the rural social security beneficiaries derived from the medical care given. It was deemed appropriate to analyze the effectiveness and timeliness as variables of quality care from the point of view of the beneficiaries.

Effectiveness as Understood by (Donabedian, 1991) "the level at which health care is delivered correctly, looking to improvements in patient health by improving the impact of disease on a defined population" under features; care consultation, medicalization, patient appointment and conduct of preventive campaigns.

As for the effectiveness of medical care to patients of peasant insurance canton avocados , it was concluded that if properly applied level clinics Canton , since it was known that 63,6% said the doctor clarifies " always " all doubts of the condition of the patient; 80,3% mentioned that supplies the appropriate drugs for improvement , as long as they exist in the clinic pharmacy; 81,1% said the doctor if you set controls based on severity and condition presented by the patient and 70,9% say that if they carry out the execution of preventive campaigns at the organizational level .

Regarding the opportunity to care for patients in rural social security Avocado , is conceived as " the possibility that the patient get the assistance they need without exhibiting setbacks that endanger their health " (PEREIRA, Accreditation in Health, 2010, p. 12). Circumstances that give rise to dissatisfaction among patients, was analyzed including: favorable situations the patient to visit the clinic; staff available, speed of action, drug available, availability of stretchers and wheelchairs and warmth of the staff. Also for this variable, the treatment of transfers from its concession and subsequent allocation to external health service providers.

With regard to the parameters of the opportunity of medical care, 78,2% of patients state that predominates year Lack of medicines in clinics and 82.2 % argue that in the clinic they attended, no wheelchairs and stretchers to mobilize the patient to the clinic internally.

Regarding transfers needed assigned to be transferred, the 61,34% of patients claim that prior medical evaluation where the discomfort originates from the patient seeks medical appointment allocation through the call center was made Social Security, once from the dispensaries were granted the transfer, which the 34,5% of patients transferred attest that since I have been assigned the appointment, your wait is over 30 days.

Finally with the above background, it can be concluded that not work effectively in the field of delivery of all medications prescribed to patients

and in terms of opportunity indeed found to dominate those problems related to the availability of drugs in dispensaries and patient discomfort by waiting for the appointment when they are transferred. As the perception of patients about medical care in clinics reflected by the satisfaction level 53,9% asserts that attention is good, while 44,2% say is regular and only 1,9% ensures quality is poor.

### **c. INTRODUCCIÓN**

Dado que eran notorios los problemas de desabastecimiento de medicamentos en los dispensarios y el debilitado sistema de coordinación asistencial de las Redes Integradas de Servicios de Salud, las necesidades de salud de la población afiliada no tendrían la capacidad de solvencia adecuada, por lo que la efectividad y oportunidad de la atención médica entregada en los dispensarios no son características fundamentales de la atención médica.

Conociendo a priori parte de los problemas que se suscitan en la atención proporcionada al afiliado, se ha creído conveniente adoptar la participación de las organizaciones afiliadas al sistema, a fin de conocer sus necesidades y demandas más sentidas en temas de salud, de modo que se pueda vislumbrar nuevos mecanismos que complementen los procesos de transformación que se llevan a cabo en el ámbito de la salud, sobre todo, en lo concerniente a la Atención Primaria de Salud Renovada, adoptada como nueva estrategia del Modelo de Atención Integral<sup>2</sup> del Sistema Nacional de Salud.

Con lo anteriormente dicho, se da paso a la realización de éste proyecto, gracias al análisis de las características de la atención primaria de salud y

---

<sup>2</sup> Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), es un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas, que permiten la integralidad de los tres niveles de atención en la red de salud.

las situaciones favorables al paciente al visitar el dispensario. Así como también al manejo de las transferencias desde los dispensarios y su resolución a nivel del Seguro General, sumado al suministro total o parcial de los medicamentos entregados en las circunstancias que el afiliado lo requiere; y, finalmente satisfacción de los pacientes respecto de la atención recibida.

Se pudo abordar el trabajo a través de la investigación de campo, que comprende la recopilación de información primaria donde se organizó para la compilación de datos, a nueve organizaciones pertenecientes a los cinco dispensarios (Limón 1, Limón 2, Yamana, San Vicente del Río y Ningomine) correspondientes a las nueve parroquias urbanas y rurales del cantón Paltas, que abarcan a una población beneficiaria de 10.470, de los cuales se tomó como referencia a la población afiliada de 2.317, cuya muestra es de 371 afiliados. Su colaboración fue acertada, debido a que dentro de las tres citas llevadas a cabo con las organizaciones para la recopilación de información, se vivió con ello una experiencia de afectividad mutua al conocer de forma directa el criterio de los adheridos al seguro campesino.

Gracias a la colaboración oportuna de cada paciente en su momento, se pudo cumplir a cabalidad todo lo planteado en la búsqueda de información, de manera que se consiguió constatar que dentro de los

parámetros evaluados tan sólo la efectividad de la atención médica resultó ser aplicada favorablemente en los dispensarios, pues la oportunidad, el suministro y entrega de medicamentos y el nivel de percepción de la atención recibida hasta el momento son motivo de descontento para la población de Paltas.

La presente investigación comprende cuatro capítulos, donde el primero contempla un marco referencial propicio y que sustenta los parámetros que se evalúan, el segundo constituye los materiales, métodos, técnicas e instrumentos aplicados en el estudio; el método inductivo que parte abordando las características esenciales del accionar sanitario, la encuesta enfocada a las necesidades de salud de la población afiliada y el cuestionario basado en preguntas escuetas a los problemas que surgen a nivel de los dispensarios.

El tercero, en el que se detalla la desagregación de los resultados logrados conforme al instrumento de evaluación (encuesta), correspondientes a la efectividad y la oportunidad de la atención primaria de salud, el suministro y entrega de medicamentos y la percepción de los afiliados sobre la atención recibida.

Y finalmente, el cuarto capítulo describe las conclusiones y recomendaciones respecto de las falencias que surgen aún en los



dispensarios del seguro campesino en lo que a la atención médica se trata.

#### **d. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

##### **SEGURO SOCIAL CAMPESINO**

El Seguro Social Campesino, según (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2013), es un “tipo de seguro que ofrece asistencia permanente a la población del sector rural y pescador artesanal del Ecuador, en sus estados de necesidad vulnerables, mediante la ejecución de programas de salud integral, discapacidad, vejez e invalidez y muerte de la población campesina con el fin de elevar el nivel y calidad de vida”.

A la Fecha cuenta a nivel nacional con 651 dispensarios, 3.269 organizaciones afiliadas, 344.675 familias, 201 prestadores externos contratados y 1'155.157 personas beneficiadas que hacen parte de todos los miembros del grupo familiar que dependen económicamente de un jefe de familia.

Además pueden ser parte del Seguro Social Campesino quienes para el proceso de afiliación cumplan con las siguientes condiciones:

- Vivir y trabajar en el sector rural
- Ser pescador artesanal
- Personas que no sean afiliadas a otro seguro público

- Pertener a una organización campesina

### **Base Legal**

Según el (Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2011, págs. 7,8), en su “Art. 37.- DE LOS SERVICIOS MEDICO-ASISTENCIALES A LOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO.- Se podrán otorgar servicios médico-asistenciales de primer nivel, de acuerdo al siguiente procedimiento:

Primer nivel de atención: De conformidad con el artículo 140 de la Ley de Seguridad Social, el Seguro Social Campesino dará prestaciones de salud de primer nivel de complejidad al Jefe de familia asegurado o jubilado de este régimen y a los miembros de su familia protegidos, a través de los dispensarios rurales del Seguro Social Campesino, bajo la siguiente cobertura:

- Atención médica y de enfermería con actividades de promoción de la salud; prevención de la enfermedad; fomento de prácticas saludables, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud del individuo;

- Atención odontológica con actividades de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud bucal: consulta odontológica, profilaxis, control prenatal odontológico en embarazadas, tratamiento de caries dentales, tratamiento de enfermedades pulpares incluyendo endodoncia, colocación de sellantes, aplicación de fluorización; lesiones traumáticas en tejidos de soporte y estructuras dentarias en los niños, otras enfermedades de tejidos duros de los dientes, enfermedades no especificadas de los tejidos dentales duros, anomalías de forma, restauraciones, colocación de anestésicos en la boca, cirugía menor, prevención de patologías buco-dentales, exodoncias, operatoria dental y todos aquellos procedimientos que en evolución positiva correspondan al primer nivel según la entidad reguladora en el país o del IESS;
- Atención del embarazo, parto y puerperio; y, atención médica al niño de conformidad con lo establecido para el Régimen Especial del Seguro Social Campesino en la Ley de Seguridad Social;
- Atención farmacéutica a través de las recetas prescritas por los profesionales médicos, odontólogos y obstétricas que pertenecen al Seguro Social Campesino, de conformidad con el artículo 168 de

la Ley Orgánica de Salud. La prescripción se sujetará al cuadro básico de medicamentos.

El personal de enfermería por ningún motivo prescribirá medicamentos, pero podrá entregar o administrarlos de acuerdo a las prescripciones dadas por los profesionales de la salud autorizados, de conformidad con la ley.

- Programas de promoción de la salud, saneamiento ambiental y desarrollo comunitario; y,
- Exámenes complementarios por pedido de los médicos y odontólogos tratantes del Seguro Social Campesino, para el pase al segundo y tercer nivel de complejidad.....”

Dado que se analizó el tratamiento de las transferencias a nivel del Seguro Social Campesino, viene al caso señalar la entrega de prestaciones que según el art 140 de la Ley de Seguridad Social, en lo correspondiente a Lineamientos de Política describe que:

“La entrega de prestaciones de salud se dividirá en dos partes: los servicios de prevención y atención de enfermedades no profesionales de primer nivel de complejidad médica que se entregarán en los dispensarios rurales del seguro social campesino, y los servicios médico-asistenciales de mayor complejidad, que se entregarán en las unidades médicas del

IESS o a través de los demás prestadores, públicos y privados, debidamente acreditados para este efecto.

Entiéndase por prestadores de los servicios de salud a los asegurados, las unidades médicas del IESS, las entidades médico-asistenciales, públicas y privadas, y los profesionales de la salud en libre ejercicio, acreditados y contratados por la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar”.

Debido a que la entrega de medicamentos a los afiliados en los dispensarios es tema de estudio en la presente investigación, viene al caso citar que se hace efectiva a través del CONAMEI (Consejo Nacional de Medicamentos e Insumos), la misma que se efectúa en dos etapas durante el año, en coordinación con los presidentes centrales de cada organización afiliada y el personal médico.

Por lo que según (Ministerio de Salud Pública, 2011, págs. 23,24), “para las requisiciones de medicamentos se sugiere un proceso de selección, adquisición, formalización y disponibilidad de medicamentos en cantidades adecuadas a precios razonables y con normas de calidad reconocidas, que contemplen algunas de las siguientes particularidades:

- La relevancia y necesidad del medicamento.

- La evidencia sobre el impacto sanitario del medicamento.
- La conveniencia en cuanto a costo /beneficio.
- La evaluación económica y disponibilidad del medicamento en el mercado ecuatoriano.
- La identificación de mecanismos (perfil epidemiológico) que determinen la necesidad de los dispensarios, con cierto grado de certeza para la elaboración de programas anuales de requisiciones”.

## Cobertura

**Tabla 1: Población Cubierta a Nivel de país, provincia de Loja y cantón Paltas**

SEGURO SOCIAL CAMPESINO							
ÁMBITO	MES DE REFERENCIA	POBLACIÓN BENEFICIARIA	Tasa de crecimiento de la población beneficiaria	AFILIADOS	Tasa de crecimiento de los afiliados	DEPENDIENTES	Tasa de crecimiento de los dependientes
PAÍS	Dic 2012	1'119.736	2,03%	289.028	7,06%	784.034	-0,22%
	Dic 2013	1'142.411		309.437		782.298	
PROVINCIA DE LOJA	Dic 2012	99.424	-2,33%	21.869	3,78%	71.653	-5,08%
	Dic 2013	97.111		22.695		68.016	
CANTÓN PALTAS	Dic 2012	10.661	-2,10%	2.262	2,43%	7.333	-5,43%
	Dic 2013	10.437		2.317		6.935	

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de Datos Interna del IESS, 2013.

La cobertura del Seguro Social Campesino tanto a nivel de país y provincia de Loja, para el año 2013 fue de 1'142.411, y 97.111 personas, respectivamente, que corresponde a la población beneficiaria comprendida por; dependientes, afiliados, jubilados activos y jubilados pensionistas. Esto, que con respecto al año anterior, a nivel de país y provincia de Loja, fue de 1'119.736, y 99.424 personas donde se refleja



una tasa de crecimiento de la población beneficiaria<sup>3</sup> a nivel nacional de 2,03% para el 2013, mientras que a nivel de la Provincia de Loja se evidencia un decrecimiento de 2,33% para el mismo año. Esto debido al decrecimiento de la población dependiente para el 2013 en 5,08%.

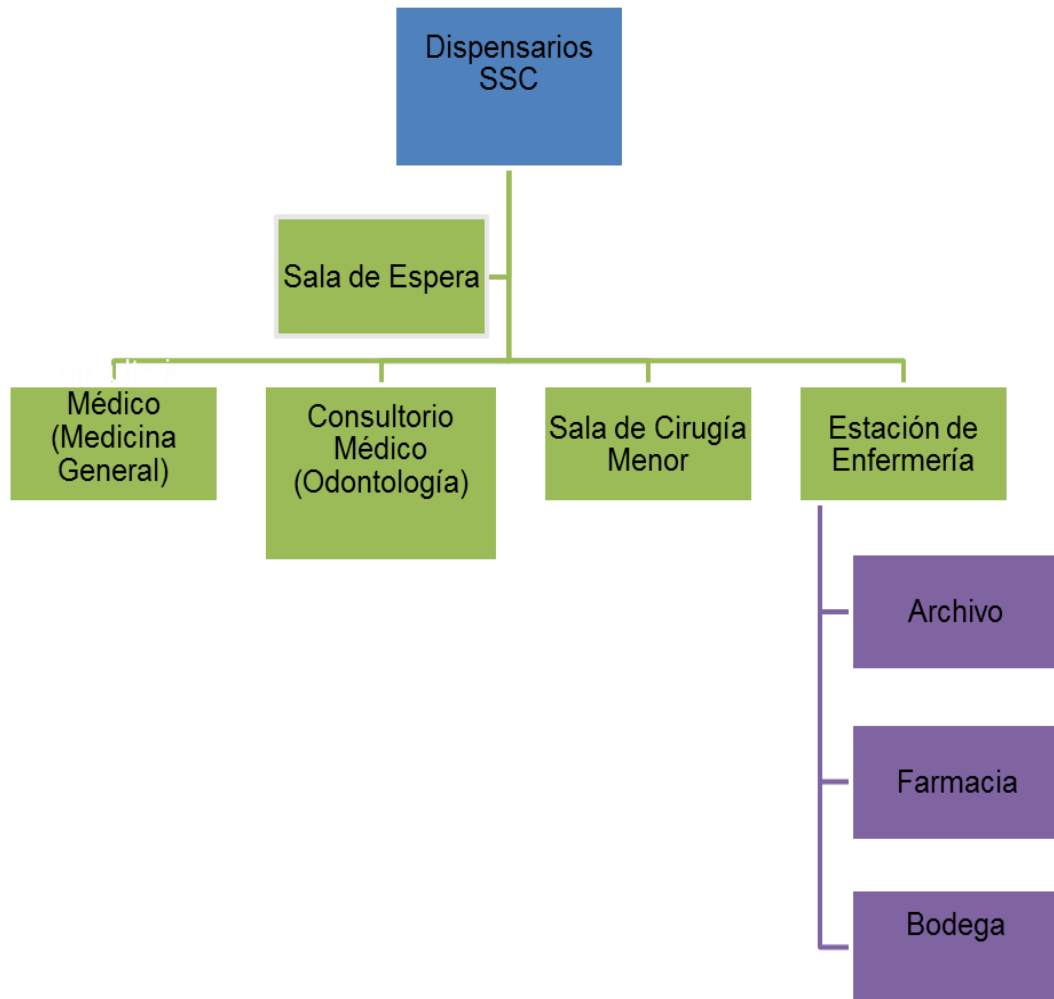
### **Cobertura en el Cantón Paltas**

En tanto que para el cantón Paltas la población beneficiaria es de 10.661 y 10.437 para los años respectivos, donde se puede notar que existe un decrecimiento del 2,10% motivado por el decrecimiento de los dependientes en un 5,43%, pese a un incremento en el número de afiliados.

---

<sup>3</sup> Cálculo de la tasa de crecimiento de la población beneficiaria del Seguro Social Campesino. Ver anexo 4

## Organigrama estructural de los dispensarios del seguro social campesino en Paltas



Elaboración: El autor.

Fuente: Orgánico funcional de los dispensarios del Seguro Social Campesino, 2013.

Según el Orgánico-Funcional, el personal médico de cada dispensario del Seguro Social Campesino, está compuesto por un médico general, un odontólogo y una auxiliar de enfermería.

## Dispensarios existentes en el cantón Paltas

**Tabla 2: Dispensarios y Organizaciones del cantón Paltas**

<b>Dispensarios</b>	<b>Organizaciones Afiliadas</b>	<b>Población Beneficiaria</b>
San Vicente del Río	4	2.087,40
Yamana	6	2.087,40
El Limón – 1	12	2.087,40
Ningomine	10	2.087,40
El Limón – 2	8	2.087,40
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>10.437</b>

Elaboración: El autor.

Fuente: Informe Acumulado del Seguro Social Campesino-Loja, 2013.

En el cantón Paltas, hasta la fecha existen cinco dispensarios del Seguro Social Campesino, cuarenta organizaciones afiliadas y 10.437 personas beneficiarias, lo que le correspondería a cada dispensario atender a 2.087,4 pacientes correspondientes a las 2 parroquias urbanas y a las 7 parroquias rurales.

## Causas de Morbilidad

**Tabla 3: Número de causas comunes en el sector rural del cantón  
Paltas**

<b>N°</b>	<b>CAUSAS DE MORBILIDAD 2013</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	Hipertensión Arterial	11,32%
2	Inflamación de Vías Respiratorias	9,83%
3	Parasitosis	8,60%
4	Dorsopatías	4,35%
5	Artritis Reumatoide	5,90%
6	Influenza	5,80%
7	Gastritis	5,20%
8	Micosis	4,60%
9	Enfermedades del Sistema Urinario	1,90%
10	Hiperlipidemia	1,76%
		<b>59,26%</b>
	Otras	40,74%
<b>TOTAL</b>		100%

Elaboración: El autor.

Fuente: Informe Acumulado del Seguro Social Campesino-Loja, 2013.

Según el Registro de Morbilidad<sup>4</sup> del Seguro Social Campesino de Loja, correspondiente al año 2013, éstas son las diez principales causas prevalentes que registra la población del cantón Paltas, que representan en su totalidad el 59.26%, lo que implica que existe aproximadamente un 40% de las causas de morbilidad motivadas por otro tipo de situaciones que no son muy comunes en la zona.

---

<sup>4</sup> Morbilidad, es un término de uso médico que sirve para señalar la cantidad de individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado.

## **EFFECTIVIDAD**

La Efectividad de la atención médica de calidad, según (PERREIRA, 2008, pág. 8), es el “Grado en que la asistencia médica se presta de forma correcta, según el estado actual de conocimiento” de cada uno de los miembros del equipo de salud, logrando en cada caso la utilización de los recursos al máximo de sus capacidades y potencialidades, para alcanzar el resultado proyectado o deseado por el paciente. Es decir busca conseguir mejoras en la salud, reduciendo el impacto de la morbimortalidad sobre un grupo poblacional definido.

La Efectividad se define también, “como la medida del impacto que dicho procedimiento tiene sobre la salud de la población; por tanto, contempla el nivel con que se efectúan los procedimientos, tratamientos y servicios. Y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo”.

Para el caso de la presente investigación se midió la efectividad, en base a los procedimientos.

### **Procedimientos**

Entiéndase por procedimientos a la atención en consulta, cita de pacientes prescripción de medicamentos (medicalización) y a atención

comunitaria a través de la realización de campañas preventivas, (LÓPEZ, CANOVAS, GARCÍA, & VILLAESCUSA, 2013, págs. 5,6,7).

### **Atención en consultas**

La atención en consultas se considera a la interacción que existe entre el paciente y el médico durante la consulta, donde se decide la mejor opción de tratamiento y cuidados. Aquí se consideran situaciones como; los motivos por los cuales se enfermó o si se ha a auto-medicado.

### **La medicalización**

La medicalización es la prescripción de los medicamentos suministrados por el médico al paciente, de manera que no generen una reacción adversa al diagnóstico establecido.

### **Entrega de Fármacos**

Se deriva de la medicalización la entrega de medicamentos, conocido como el proceso donde el afiliado una vez que se le haya prescrito los fármacos por el médico general a través de una receta entregada bajo el establecimiento previo de su diagnóstico, procede con su receta médica a que se le despache en farmacia del dispensario los ítems descritos de acuerdo al cuadro básico de medicamentos.

## **El Gasto farmacéutico**

El gasto farmacéutico es una consecuencia la entrega total o parcial de los fármacos que constituye otra de las características de la Atención Primaria de Salud, según (ZURRO & Gloria, 2011) “debido a que se considera como la financiación de los medicamentos, o dicho de otra forma el gasto en farmacia, derivado de la compra de fármacos, que supone una parte considerable del Gasto Sanitario Total”.

## **Cita de pacientes (Continuidad)**

La continuidad “es la asignación de una fecha y hora al paciente para la atención médica bajo citas preestablecidas y organizadas de acuerdo a la prioridad médica dispuesta por el profesional de la salud” (LÓPEZ, CANOVAS, GARCÍA, & VILLAESCUSA, 2013, pág. 5). Además cuenta realizar una atención longitudinal en el tiempo.

## **Realización de Campañas Preventivas**

La realización de las campañas preventivas es parte de la atención comunitaria que se aplica en la perspectiva poblacional en la prevención de los problemas que son causa de los casos prevalentes de morbilidad y la generación de soluciones efectivas.

También constituye un procedimiento la atención comunitaria donde se deriva la educación para la salud en la comunidad.

## **OPORTUNIDAD**

“La Oportunidad de la atención médica de calidad, es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

En el proceso de la atención médica, la oportunidad se determina como la necesidad de otorgar la atención en el momento preciso en que es necesaria para el paciente, es decir, no después, pero tampoco antes. Para esto se demanda la realización de un procedimiento diagnóstico en momentos en los que no es propicio para el paciente, por la posibilidad de riesgos implícitos o inconvenientes para lograr una evolución favorable” (AGUIRRE, ZABALA, HERNANDEZ, & Germán, 2010).

Dentro de la oportunidad de la atención médica también constan características correspondientes a los procedimientos, tales como; la organización de la oferta de servicios, el momento preciso y las derivaciones o más conocidas como transferencias.

### **Situaciones favorables al paciente al visitar el dispensario**

Las situaciones favorables al paciente “se relacionan con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda” (PEREIRA,



Accreditación en salud, 2008, pág. 9). Definen el grado de agilidad con la que se asiste al afiliado”. Dentro de éstas situaciones constan; personal disponible en el dispensario, rapidez en la actuación del personal, medicamento disponible y calidez del personal.

### **Derivaciones o Transferencias**

“Las derivaciones son los procedimientos; consulta externa, exámenes complementarios y hospitalización para otorgar a los beneficiarios del Seguro Social Campesino, servicios médico asistenciales de mayor complejidad” (Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2011, págs. 9,10).

También las transferencias entre unidades médicas, se definen como la comunicación entre profesionales sanitarios en la que se transmite información clínica de un paciente y se traspasa la responsabilidad del cuidado a otro profesional o grupo de profesionales, bien de forma temporal (relevo, cambio de turno) o en definitiva (cambio de unidad o de nivel asistencial). Además de ser un proceso al cual se somete al paciente en el continuo de la asistencia sanitaria, se pone al paciente bajo tratamientos inadecuados, aumentos de los periodos de hospitalización, interrupción de la calidad asistencial, insatisfacción del usuario, incremento del gasto sanitario e incluso muertes (BARROETA, 2010).

### **Asignación de las citas con los prestadores externos.**

Son la consecuencia de las derivaciones o transferencias para los casos en los que se requiere de un cambio de nivel asistencial para los pacientes referidos. Es decir el proceso que toma la transferencia en cuanto al tiempo en la espera de la cita de parte paciente, que para el caso de Ecuador, es a partir de haber sido asignada por el call center del seguro general.

### **INDICADORES DE EFECTIVIDAD, OPORTUNIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD A NIVEL DE LOS DISPENSARIOS**

Dado que no existen indicadores específicos que puedan contrastarse con la información registrada en la base de datos anual, correspondiente a las actividades médicas llevadas a cabo en los dispensarios , se ha considerado oportuno citar algunos de ellos; los de efectividad, entrega de medicamentos y satisfacción de la atención a los beneficiarios, que constan según (Auditoria de Gestión al Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui del IESS en la Ciudad de Guayaquil, 2006) por estar relacionados a la atención de primer nivel que se da en los dispensarios del Seguro Social Campesino. Se detallan a continuación:

## INDICADORES DE EFECTIVIDAD

### Atención en Consulta

$$\text{Tiempo Promedio por consulta} = \frac{60 \text{ minutos}}{\text{Promedio de consultas por hora}}$$

El referente según los cronogramas de trabajo es de 20 minutos. Es te indicador mide el tiempo comprendido en cada consulta

### Medicalización

#### Recetas despachadas por afiliado, porcentaje de efectivización de recetas y consumo de fármacos

$$\text{Promedio anual de recetas despachadas por afiliado} = \frac{\# \text{ de recetas despachadas}}{\text{Población afiliada.}}$$

Indica el promedio de recetas que obtuvo cada afiliado en el año.

$$\text{Porcentaje de efectivización de recetas} = \frac{\# \text{ de recetas despachadas}}{\text{de recetas prescritas}} \times 100$$

Representa el porcentaje de recetas despachadas, respecto de las prescritas.

$$\text{Consumo porcentual de fármacos} = \frac{\text{cantidad consumida por ítem}}{\text{Programado}} \times 100$$

### **Visitas domiciliarias por campañas preventivas**

$$\text{promedio de entrevistas domiciliarias por hora} = \frac{\text{\# de Entrevistas realizadas}}{\text{\# de horas trabajadas}}$$

Es el promedio de entrevistas realizadas en una hora. El estándar es 4 visitas domiciliarias por hora.

### **INDICADOR DE OPORTUNIDAD**

#### **Exámenes por cada 100 consultas**

$$\text{Exámenes por cada 100 consultas} = \frac{\text{\# de exámenes realizados}}{\text{consultas brindadas}} \times 100$$

El resultado es el número de exámenes realizados por cada 100 consultas. El referente es 9.

### **INDICADORES DE SATISFACCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS**

$$\text{Proporción de usuarios satisfechos por la atención} = \frac{\text{Número de quejas}}{\text{Total de beneficiarios}} \times 100$$

Es un índice de satisfacción, a partir de las quejas que hacen llegar los beneficiarios con mayor frecuencia, en la medida que la organización lo permita. El estándar debería tender a cero para que reflejara la proporción óptima.

$$\text{Proporción de usuarios que abandonan el sistema} \\ = \frac{\text{Total de bajas en un período (año)}}{\text{Total beneficiarios cubiertos en el período (año)}} \times 100$$

Es un índice complementario al de satisfacción que analiza el movimiento de altas y bajas de sus beneficiarios, donde no se conocen valores aceptables, pero tiene valor su magnitud en cuanto a las causas que provocan la desafiliación de la gente.

## **CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

La calidad de la atención médica, según (AGUIRRE G, 1997), consiste en “otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución”.

De acuerdo a (Irma & VINUEZA, 2007), el concepto de calidad de la Atención Médica, “hace referencia a la capacidad que, con distinto grado puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria

para satisfacer las necesidades de los consumidores de servicios de salud”.

### **Percepción de la atención recibida**

Aunque es el resultado de la atención médica de calidad, es la aceptación de la atención recibida por los afiliados y su calificativo, “dado los problemas o falencias que consideren pertinentes y que a la vez estén ligadas a la satisfacción de las necesidades de salud” (NAVARRETE, 2011, pág. 5).

### **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD RENOVADA (APS- r)**

Dado que hacemos alusión a la atención primaria otorgada en los dispensarios, es de menester citar la Atención Primaria de Salud renovada, como “un sistema que reorienta el desarrollo de los sistemas de salud y que además es una estrategia que según la Constitución Política y el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir, establecen que debe ser la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y la Red Pública Integral de Salud, que implica reorientar el modelo de atención hacia un modelo que fortalezca la promoción y la prevención, la articulación intersectorial y la participación ciudadana en torno a procesos de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012). Es decir la atención Primaria no

significa exclusivamente servicios en el Primer Nivel de Atención, sino la puerta de entrada a los otros dos niveles más complejos de atención (Segundo y Tercer Nivel de Atención), con la finalidad de dar atención integral y específica a las demandas individuales.

### **Características de la atención primaria de salud**

Dado que la atención primaria de salud, engloba una serie de cuestiones, es factible señalar algunas de sus características más significativas que según (PASARÍN, 2007), son las siguientes:

Primer Contacto.- Debe ser el ámbito de atención con el que las personas establezcan el primer diálogo con el médico para temas referentes a su salud exceptuando situaciones de emergencia.

Medicalización.- Es la prescripción de medicamentos adecuados suministrados por el médico al paciente, de manera que no generen una reacción adversa al diagnóstico establecido.

Tiempo dedicado a la Consulta. Es el lapso de tiempo que dedica el médico al paciente para el diagnóstico y posterior aclaración de las dudas que presenta sobre la dolencia.

Continuidad.- El profesional de la atención primaria debe tener la posibilidad de ejercer una continuidad en los cuidados y realizar una atención longitudinal en el tiempo.

Extensión.- Debe ofrecer una atención global, extensa, no centrada sólo en la resolución de problemas de salud que se demandan sino, por ejemplo, realizar intervenciones preventivas, en respuesta a las necesidades de salud más prevalentes.

## **CANTÓN PALTAS**

### **Generalidades del cantón Paltas**

El cantón Paltas con su cabecera cantonal Catacocha, según (SARAGURO, 2011), “es uno de los cantones más antiguos del país, cuya nominación de cantón le fue otorgada el 25 de Junio de 1824, por la Ley de División Territorial promulgada en tiempos de la Gran Colombia. Se le atribuye su nombre (Paltas) a la existencia de una etnia preincaica.<sup>5</sup> llamada Palta, radicada en su momento en esta localidad y que constituye un referente de la etnografía e historia provincial.

---

<sup>5</sup>Etnia.-, Proviene del vocablo griego “ethnos” que significa nación o pueblo. preincaica. Designa realidades históricas que existieron en un territorio.



Perteneciente a la provincia de Loja, se encuentra a 98 Km de ésta ciudad. De estilo colonial predominante, dado que sus construcciones datan del siglo XVIII, y con gran valor arquitectónico representado en portales, balcones, aleros, escalinatas, parques con iglesias, por lo cual fue declarado Patrimonio Cultural de la Nación.

Abarca una población de 23.801 habitantes de los cuales 11.881 son hombre y 11.920 mujeres, lo que en términos porcentuales equivale a 49,91% y 50,08%, respectivamente (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2010). Esta políticamente dividido en nueve parroquias: dos urbanas; Catacocha, Lourdes y siete rurales; Cangonamá, Casanga, Guachanamá, Lauro Guerrero, Orianga, San Antonio y Yamana.

La temperatura promedio en las partes altas es de 12°C y en las partes bajas promedia los 24 ° C.

## e. MATERIALES Y METODOS

### MATERIALES

Tabla 4: Materiales

MATERIALES	
Equipos	Computadora Portátil Cámara Fotográfica Adaptador de Memoria Flash Memory Celular
Materiales de Oficina	Papel boom Esferos gráficos Carpetas Tableros de apoyo
Material de Apoyo	Hoja de Registro del Afiliado Hoja de Informe Mensual de Actividades Ficha de Inscripción del Afiliado Registro de Organizaciones Afiliadas

Elaboración: El autor.

### MÉTODOS

#### Método Científico

El método científico se utilizó para demostrar la calidad de la atención médica desde el punto de vista de los afiliados, para a partir de preguntas subjetivas llegar a demostrar la realidad desde el punto de vista médico, donde la incidencia de la calidad de la atención médica otorgada por el

seguro campesino sea verdaderamente enfocada a las necesidades de salud del afiliado que merece prioridades como; “recibir atención integral e incluyente con servicios mejorados cubriendo las demandas de atención” (Seguro Social Campesino, 2013)

### **Método descriptivo**

Se consideró aplicar el método descriptivo, porque se logró especificar los perfiles de las comunidades rurales del cantón Paltas en lo que a la Atención Primaria de Salud se refiere. En ella se logró medir la Efectividad y Oportunidad de la Atención médica en los dispensarios del Seguro Social Campesino, así como también características de la atención primaria; continuidad y extensión basada en la recolección de datos, sobre el grado de satisfacción de la atención recibida, siendo esta de carácter cualitativo. Comprende también el aspecto cuantitativo, debido a que se obtuvo datos sobre el Gasto en Farmacia de los afiliados, dada la prescripción de fármacos por el personal médico que atiende en los dispensarios.

### **Método inductivo**

Se aplicó el Método Inductivo, porque se parte con la observación de fenómenos particulares que se dan en el proceso de la Atención Primaria de Salud (Aclaración de dudas sobre su dolencia, medicalización y tiempo dedicado al paciente durante la consulta) que determinan la

calidad de los servicios, que permitieron explicar la situación global del Seguro Social Campesino sobre su funcionamiento en la actualidad y su aporte con la efectividad y Oportunidad de la Atención otorgada a la población rural del cantón Paltas.

### **Método de análisis**

Se aplicó el Método de Análisis el mismo que a partir de evaluar las características de la atención primaria de salud (primer contacto, medicalización, tiempo dedicado a la consulta, continuidad y extensión de la atención) se logró identificar la efectividad, mientras que al considerar situaciones favorables para el paciente cuando éste visita el dispensario al igual que el tratamiento de las transferencias, se logró determinar la Oportunidad de la Atención Médica, que en conclusión son variables del accionar sanitario que al no considerarse algunas de las características que son antecedente de la efectividad se establece una relación de causa y efecto de tal atención proporcionada, según (KRISTELL). Sucede en similares circunstancias para la Oportunidad, que al no tomarse en cuenta las situaciones favorables al paciente y el tratamiento de las transferencias no se verifica la Oportunidad de la atención Médica.

### **Método estadístico**

Se lo aplicó al momento de efectuar la segmentación de la muestra, es decir designar el número de encuestas que representan la muestra para

cada parroquia del cantón Paltas y para, en lo posterior, a partir de la información recolectada proceder a efectuar los correspondientes análisis en base a los resultados logrados y definir posibles recomendaciones.

## **TÉCNICAS**

### **Encuesta**

La encuesta<sup>6</sup> se aplicaron a los jefes de hogar de las parroquias urbanas y rurales del cantón Paltas (9 parroquias), la misma que contiene 17 preguntas, y comprendida por cuatro secciones e Interrogantes sobre la Efectividad y Oportunidad de la atención médica, el suministro total o parcial de medicamentos, y finalmente interrogantes con las que se obtuvo información sobre el nivel de satisfacción que tiene la población afiliada al Seguro Social Campesino.

### **Entrevista**

Luego de entablar el diálogo con el médico general que se encuentra en cada dispensario, al que se le informó el motivo de la aplicación de las encuestas previa entrega de autorización de parte del Subdirector Provincial del Seguro Social Campesino, se procedió a efectuar la

---

<sup>6</sup> Estructura de la encuesta aplicada. Ver anexo 2

entrevista<sup>7</sup> con la auxiliar de enfermería, que fue la persona más idónea para coordinar las reuniones con los presidentes de cada organización afiliada, para la Aplicación de las Encuestas.

## **INSTRUMENTOS**

### **Cuestionario**

El cuestionario está comprendido por diecisiete interrogantes, donde las dos primeras se consideran como introductorias para darle forma al cuestionario, y cuatro secciones que hacen referencia a las variables que se evaluaron en la presente investigación.

### **Delimitación de la muestra**

La delimitación de la muestra consiste en la aplicación de la fórmula para la determinación de la muestra representativa de la población referente de estudio.

Según (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2013), se consideró la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

---

<sup>7</sup> Estructura de la entrevista aplicada- Ver anexo 3.

Dónde:

**n:** Tamaño de la muestra

**N:** Población universal (Total de la Población Beneficiada)

**Z:** Nivel de confianza (1.96 al cuadrado si la seguridad es del 95%)

**p:** Proporción esperada (0.5)

**q:** 1-p, Margen de error (en este caso es 1- 0.5=0.5)

**e:** Error absoluto máximo admisible ( para este caso con 0.05)

$$n = \frac{(10437 * (1,96)^2 (0.5) * (0.5))}{(0.05)^2 * (10437 - 1) + (1,96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$n = 371 \text{ (Encuestas)}$$

Hay que aclarar que se consideró la Población Total del Cantón Paltas cubierta por el Seguro Social Campesino (10437), que comprende la Población Dependiente, Afiliados, Jubilados Activos y Jubilados Pensionistas.

### **Segmentación de la muestra**

La Segmentación de la Muestra implica el cálculo del número de encuestas aplicadas a las nueve parroquias del Cantón Paltas; dos urbanas y siete rurales y a los cinco dispensarios a los que acuden los beneficiados: El Limón, Limón 1, San Vicente del Río, Ningomine y Yamana.

Se aplicó el factor de muestreo (0.036) que multiplicado por la población cubierta de cada parroquia, se obtiene la siguiente distribución.

$$\text{Factor de Muestreo} = \frac{\text{Población a Encuestar (n)}}{\text{Población Cubierta por el Seguro Campesino (N)}}$$

$$\text{Factor de Muestreo} = \frac{371}{10437}$$

$$\text{Factor de Muestreo} = 0,03554661$$

**Tabla 5: Parroquias del Cantón Paltas**

<b>PARROQUIAS DEL CANTÓN PALTAS</b>		
Urbanas y rurales	Población Afiliada al SSC	Personas a Encuestar por Parroquia
Catacocha	1.212	43
Lourdes	2.186	78
Cangonamá	436	15
Casanga	193	7
Guachanamá	2.288	81
Lauro Guerrero	477	17
Orianga	1.391	49
San Antonio	382	14
Yamana	1.872	66
<b>TOTAL</b>	<b>10.437</b>	<b>371</b>

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos Interna del IESS, 2013.



## f. RESULTADOS

Los resultados<sup>8</sup> de la aplicación de la encuesta a la población beneficiaria del Seguro Social Campesino del cantón Paltas, se describen a continuación:

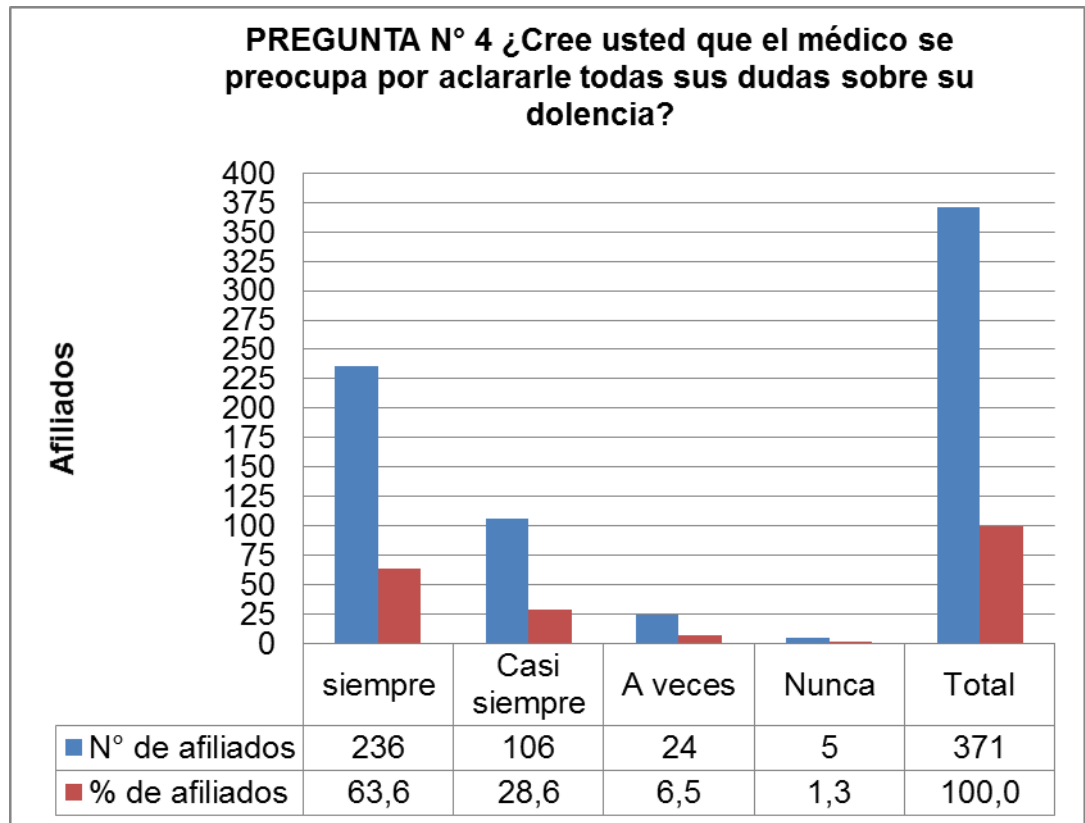
### **EFFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

Para evaluar la efectividad de la Atención Médica se consideró las Características de la Atención Primaria de Salud, que corresponden a las interrogantes; cuatro, cinco, diez y once detalladas en la encuesta, las cuales hacen referencia a la atención en consulta al paciente, la medicalización, la continuidad y la extensión de la atención médica, respectivamente.

---

<sup>8</sup> Resultados logrados de la encuesta aplicada, ver anexo 7.

Atención en consulta



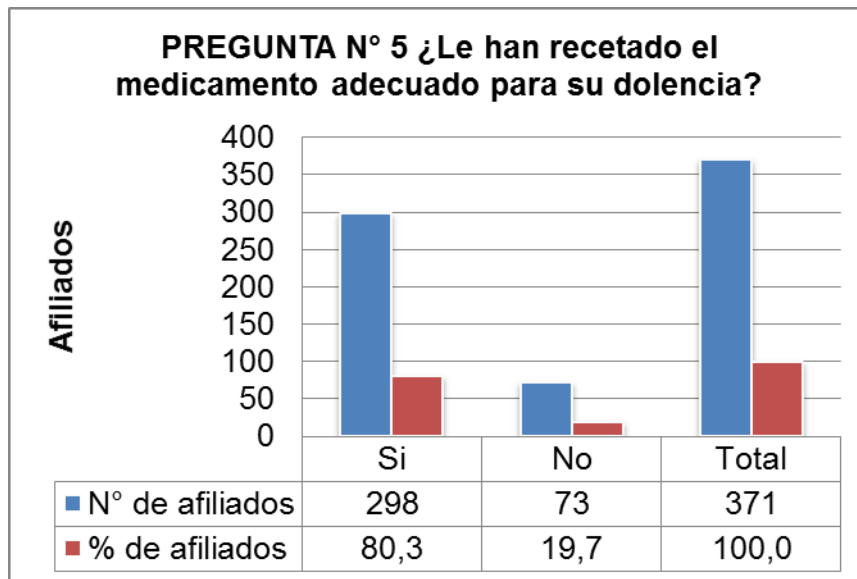
**GRÁFICO 1: Aclaraciones del médico sobre la dolencia del paciente**

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta Aplicada, 2013.

De acuerdo a los datos significativos (gráfico N° 1), el 63.6% de los pacientes considera que el médico al momento de la consulta “siempre” le hace efectiva toda la atención de su caso o dolencia, mientras que el 28.6% aduce que “casi Siempre” o, dicho de otra forma, no todas las veces éste procura brindarle toda la atención que se merece. Finalmente, tan sólo un 1.3% de la población afirma que el personal médico jamás se preocupa por aclarar completamente las dudas que presentan.

## Medicalización



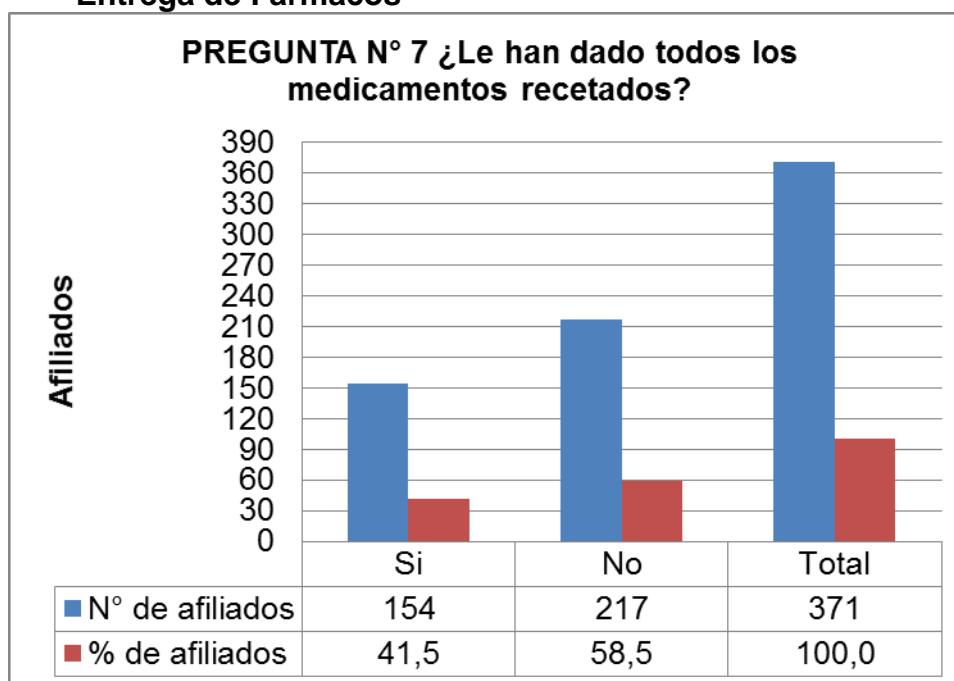
**GRÁFICO 2: Medicalización**

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta aplicada, 2013.

En lo que respecta la medicalización hacia el paciente por parte del médico general, en el gráfico N° 2, se observa que un 80.3% de los pacientes, afirma que durante el suministro de medicamentos, estos han sido los correctos de que en lo que respecta los riesgos contraídos por medicamentos equivocados o contraindicados han sido escasos. Mientras que el 19.7% afirma que una vez adquirido el medicamento, éste no resultó ser el idóneo y que incluso fue motivo de descontento y agravamiento de su dolencia por la medicación recetada inadecuadamente.

### Entrega de Fármacos

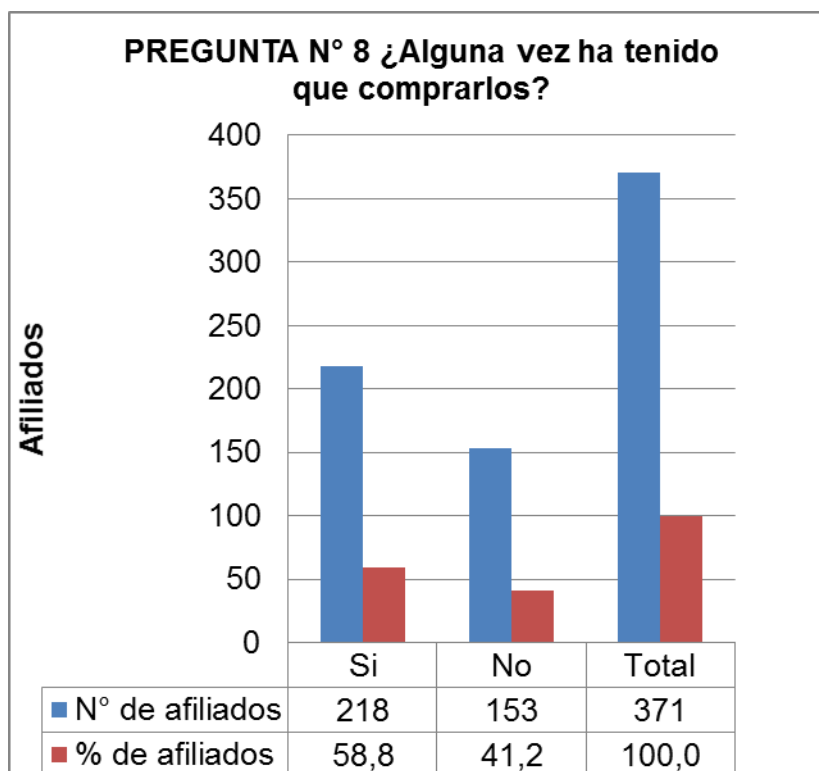


**GRÁFICO 3: Entrega de fármacos**

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta aplicada, 2013.

De las personas que una vez atendidos en los dispensarios y les han suministrado medicina, el 58.5% de los pacientes afirma que al momento de la entrega de medicamentos en farmacia del dispensario, estos no les fueron despachados en su totalidad, en tanto que un 41.5% de la población aduce que si les fueron recetados los medicamentos o al menos la mayoría de las veces de las que han salido del dispensario. (Gráfico N° 3).



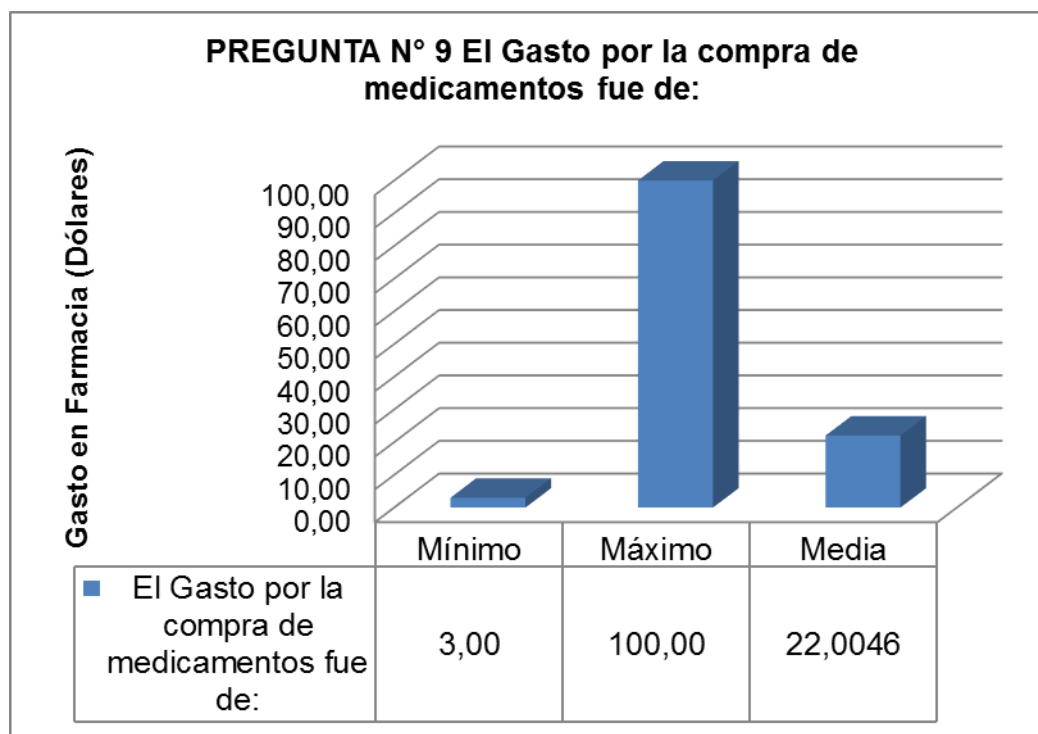
**GRÁFICO 4: Afiliados que han adquirido medicamentos**

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta aplicada, 2013.

El 58.8% de la población encuestada afirma que en casos en los que el médico les ha prescrito medicina y no les ha sido suministrada en su totalidad en los dispensarios, han tenido que adquirirla por cuenta propia. Mientras que el 41,2% aduce que de la medicina recetada no tuvieron que adquirirla en las farmacias, es decir les fue entregada en su totalidad en los dispensarios. (Gráfico N° 4).

## El Gasto en Farmacias



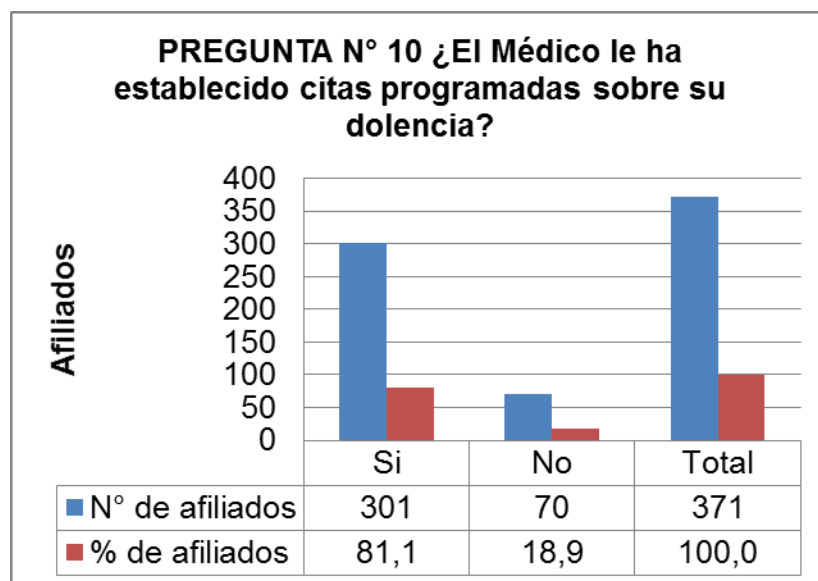
**GRÁFICO 5: Gasto sanitario por afiliado (Dólares) en medicamentos no despachados**

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta aplicada, 2013.

Del 58.8% de la población que ha tenido que adquirir medicamentos en farmacias por cuenta propia, en promedio afirman que han gastado 22 dólares por receta despachada de manera parcial, mientras que de los que han efectuado un gasto mínimo en adquisición de medicina ha sido de 3 dólares. Y finalmente, de quienes consideran que su gasto ha sido significativo, aducen que ha alcanzado los 100 dólares.

## Continuidad de la atención médica



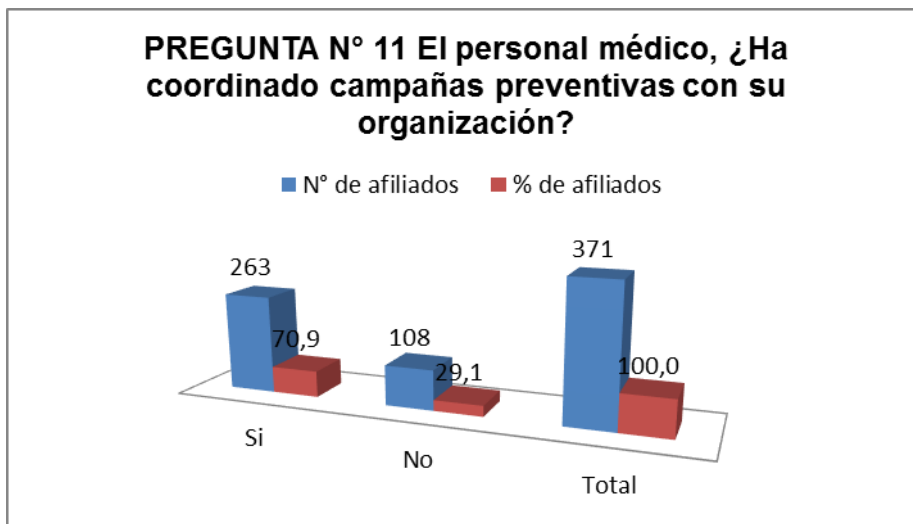
**GRÁFICO 6: Continuidad de la atención médica**

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta aplicada, 2013.

De la población encuestada a nivel de los dispensarios del Seguro Campesino del Cantón Paltas, según el gráfico N° 6, el 81.1% de ella afirma que la atención otorgada por el personal médico ha tomado el carácter de continua y longitudinal, es decir que se ha priorizado las citas programadas entre médico y paciente con el objeto de alcanzar el resultado deseado para el paciente, respecto a su mejoría. Mientras que un 18.9% muestra descontento aduciendo que para su dolencia no se han programado citas periódicas que ayuden a su recuperación.

## Extensión de la Atención Médica



**GRÁFICO 7: Extensión de la atención médica**

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta aplicada, 2013.

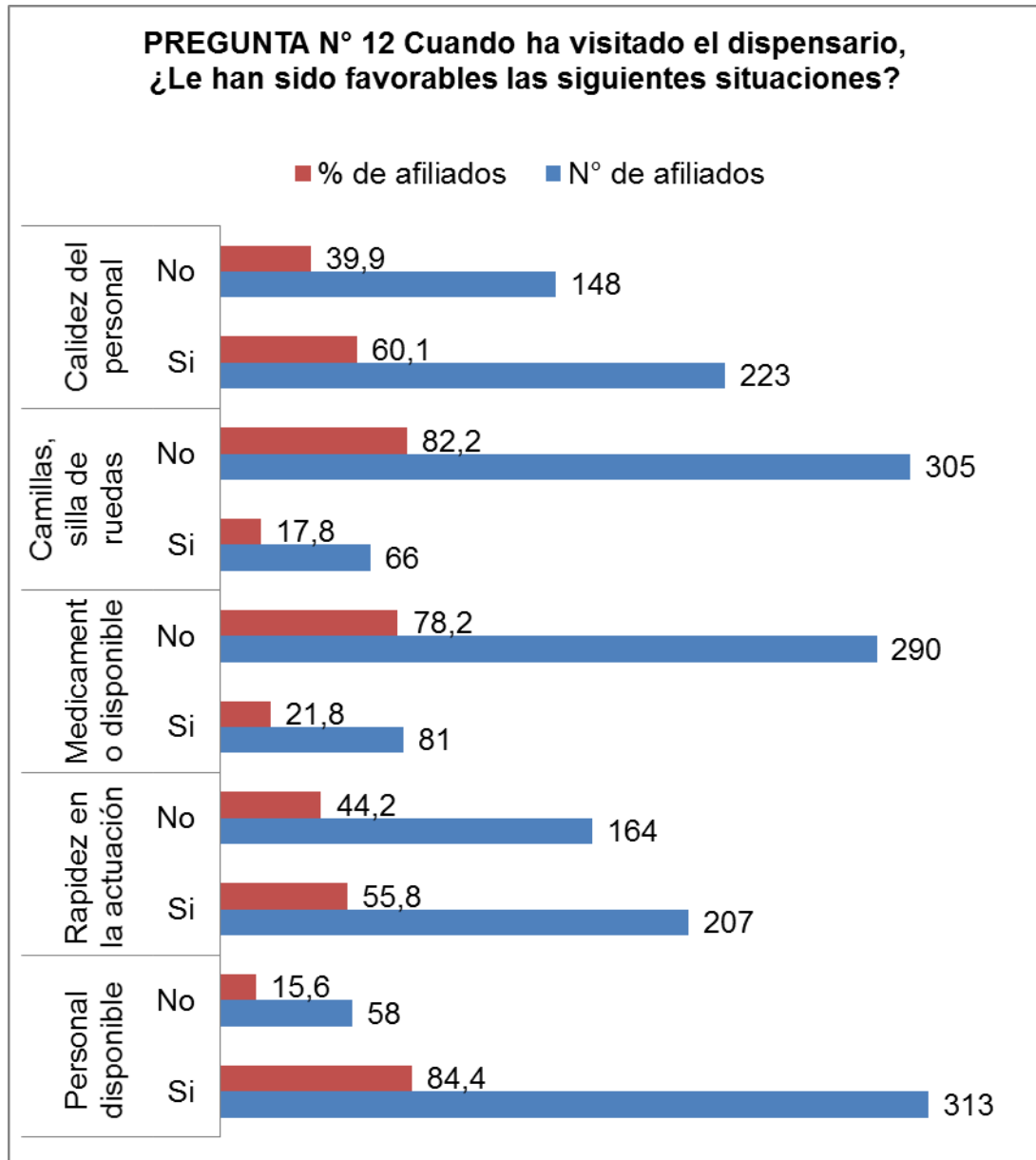
De acuerdo en la gráfica N° 7, el 70.9% de los pacientes afirma que sí se coordinan campañas preventivas a nivel de las organizaciones afiliadas al Seguro Social Campesino, lo que implica que el personal médico responde al apareamiento de las posibles causas de morbilidad que se susciten en las comunidades. Mientras que un 29.1% afirma que no se ha coordinado actividades de prevención sobre posibles causas de enfermedades comunes en la zona.



## **OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

En lo que respecta la Oportunidad de la Atención Médica, se consideran las preguntas; doce, catorce y quince, comprendidas en la encuesta, las mismas que hacen referencia a las situaciones favorables para el paciente cuando éste visita el dispensario, al manejo de las transferencias para las personas que han requerido atención especializada, así como la también la asignación de turnos en el seguro general dependiendo de la especialidad.

## Situaciones al visitar el dispensario



**GRÁFICO 8: Situaciones favorables al visitar el dispensario médico**

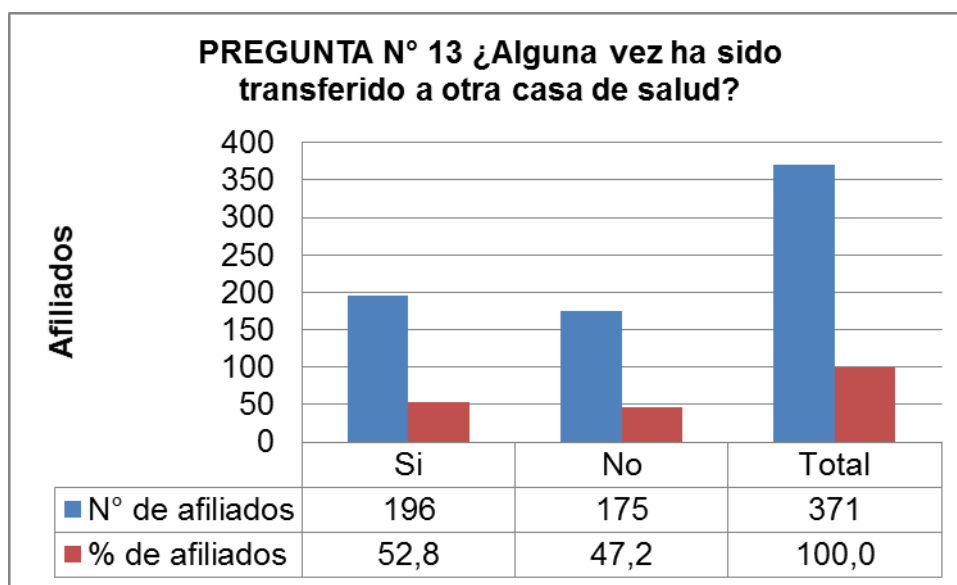
Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta aplicada, 2013.

Considerando el gráfico N° 8, el 84.4% de los pacientes afirman que al visitar el dispensario por una u otra situación, el personal sí ha estado disponible para atenderlo, mientras que un 82.2% sostiene que no existen camillas, peor aún silla de ruedas en los dispensarios para casos de emergencia. Al igual que un 78.2% que menciona que en muchas de las ocasiones por las que acuden al dispensario la disponibilidad de medicina es escasa.

## Tratamiento de las Transferencias

### Concesión de transferencias



**GRÁFICO 9: Asignación de transferencias al afiliado**

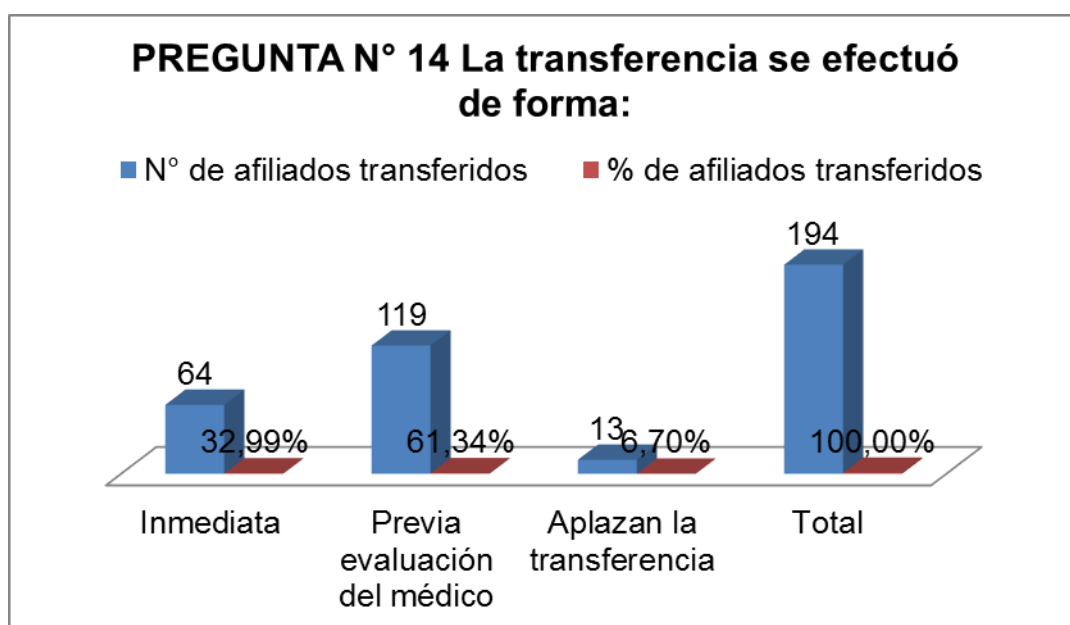
Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta aplicada, 2013.

El 52.8% de los pacientes asistidos en los dispensarios del Seguro Social Campesino de Paltas, afirma que ha sido transferido por el personal

médico del dispensario al Seguro General en la ciudad de Loja, ya sea por una circunstancia que ameritaba la atención de un especialista, mientras que un 47.2% menciona no haber recibido ninguna transferencia por no haber presentado casos que hayan ameritado cambio de nivel asistencial. Estas cifras se leen en gráfico N° 9.

### Procedimiento para el cambio de nivel asistencial



**GRÁFICO 10: Tratamiento de las transferencias cuando son requeridas**

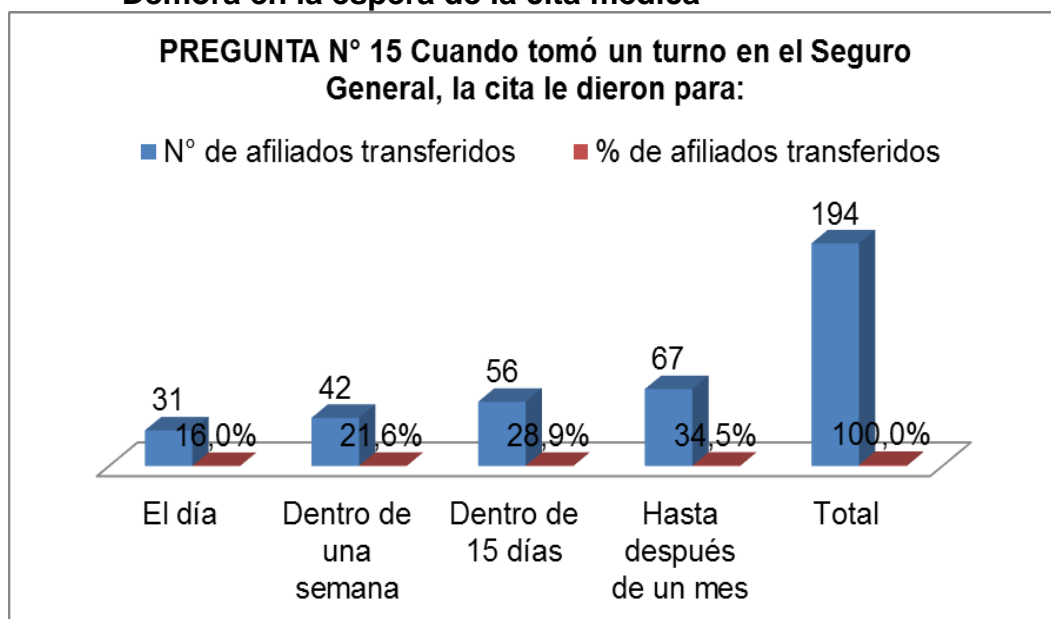
Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta aplicada, 2013.

Al considerar el gráfico N° 10, del 100% de los que alguna vez fueron transferidos, (194 personas), el 61,34% afirma que el manejo de su transferencia desde los dispensarios del Seguro Campesino del cantón Paltas se ha dado previa evaluación médica, lo que implica que una vez

valorado el paciente sobre el problema de salud que presenta y determinar su grado de complejidad, el médico lo remite al Seguro General para su respectivo turno según la especialidad. Si es posible tratar su dolencia en los dispensarios, según el personal médico no es necesario efectuar ninguna transferencia ya que aducen que esto ocurre en el 6,70% de los encuestados. En otro de los casos, tan sólo el 32,99% de la población que alguna vez ha sido transferido, afirma que su caso no necesitó evaluación previa, dado su grado de complejidad (situación de emergencia).

#### Demora en la espera de la cita médica



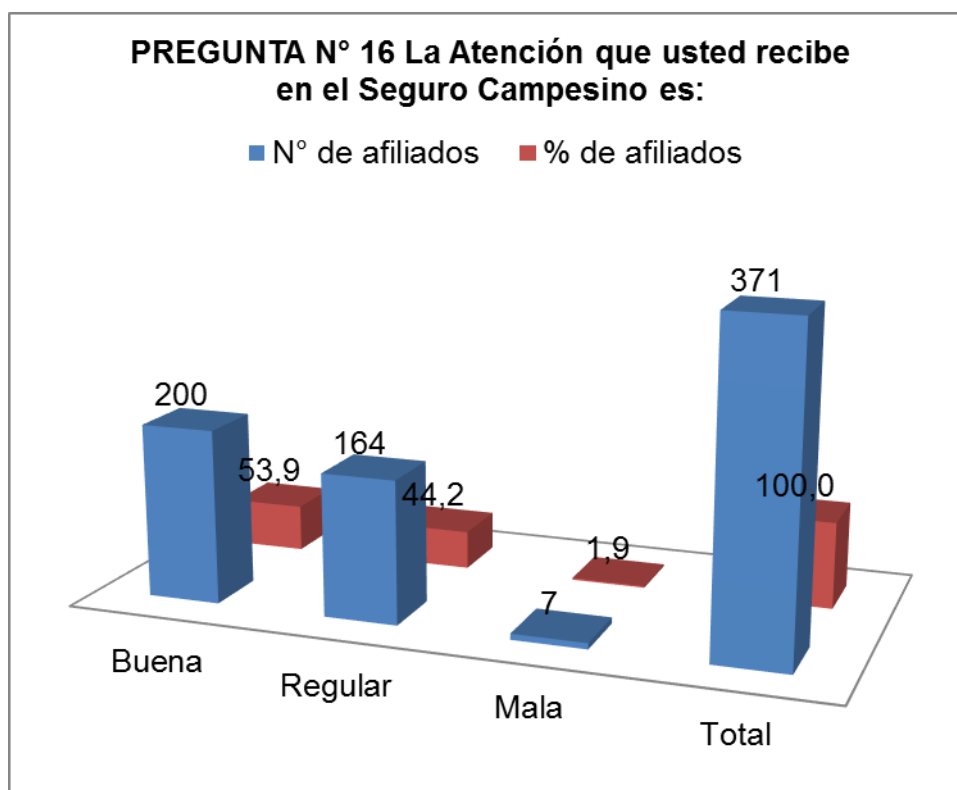
**GRÁFICO 11: Tardanza de la cita médica por la asignación de turnos**

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta aplicada, 2013.

La gráfica N° 11, señala el 18.1% de los pacientes que en algún momento fueron transferidos, afirman que a partir de la asignación de su turno para su posterior consulta con el especialista, este le fue asignado muy tardíamente, cuyo tiempo de espera sobrepasa los 30 días. Al igual que un 15.1% que afirma que el turno les fue concedido para 15 días de espera y un 11.3% que aduce que lo tomaron para una semana de espera. Finalmente, del 58.2% de la población que logró tomar un turno, el 8.4% dice que por la gravedad de la situación por la que acudió al Seguro General, les fue concedida la atención inmediata.

### PERCEPCIÓN ACERCA DE LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA



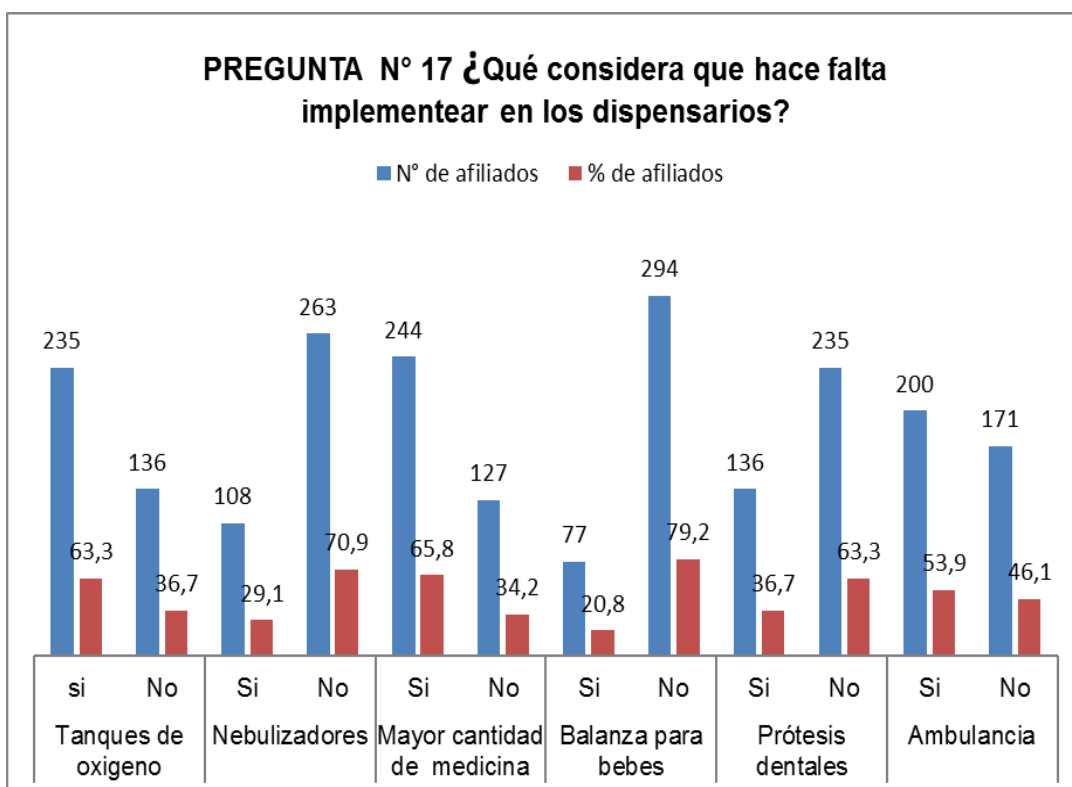
**GRÁFICO 12: Percepción de la atención médica por los afiliados**

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta aplicada, 2013.

El 53.9% de los pacientes aduce que la atención primaria de salud otorgada en los dispensarios del Seguro Social Campesino de Paltas es “buena”, mientras que un 44.2% afirma que es regular y tan sólo un 1.9% asevera que la atención en los dispensarios es “mala”. Dado que más del 50% de la población considera que es buena, el calificativo de “regular”, se le atribuye a que el mayor problema en la atención es la falta de medicina.

**Sugerencias que según los afiliados deberían implementarse en los dispensarios del cantón Paltas.**



**GRÁFICO 13: Opciones por implementar en los dispensarios**

Elaboración: El autor.

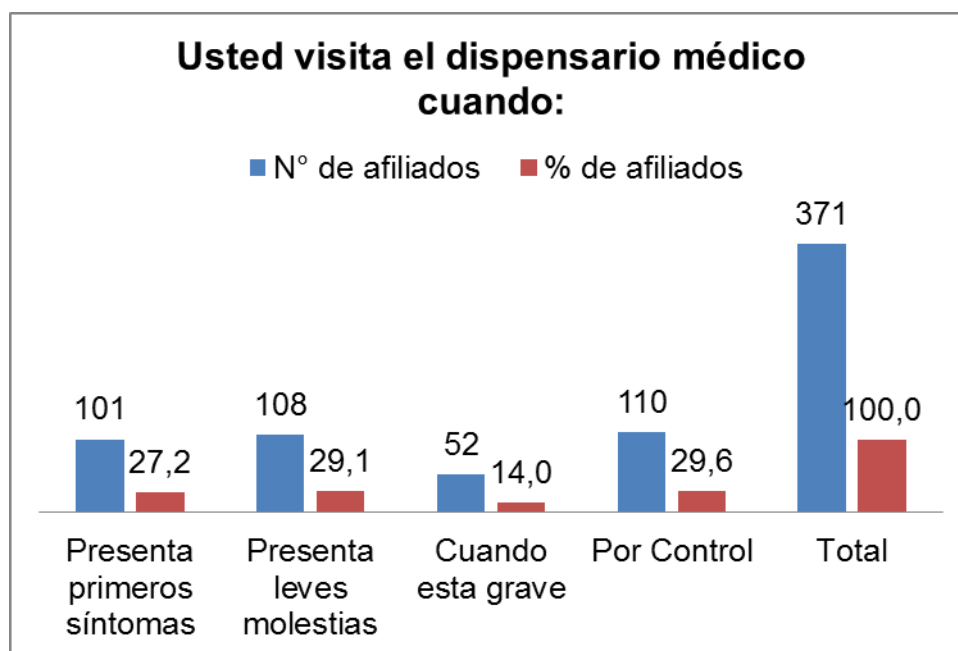
Fuente: Base de datos de Encuesta aplicada, 2013.

Según se lee en el gráfico N° 13, dentro de las opciones más significativas que deberían implementarse en los dispensarios del Seguro

Campesino del cantón Paltas, según los beneficiarios, el 63.3% considera que son los tanques de oxígeno, al igual que un 65.8% aduce que debería implementarse mayor requisición de medicina dentro de los dos pedidos anuales. Finalmente, más de 36.7% de la población cree que en los dispensarios deberían realizarse prótesis dentales para los afiliados y quienes dependen de ellos.

## RESULTADO DE PREGUNTAS ADICIONALES CITADAS EN LA ENCUESTA

### Primer Contacto



**GRÁFICO 14: Circunstancias por las que visita el dispensario**

Elaboración: El autor.

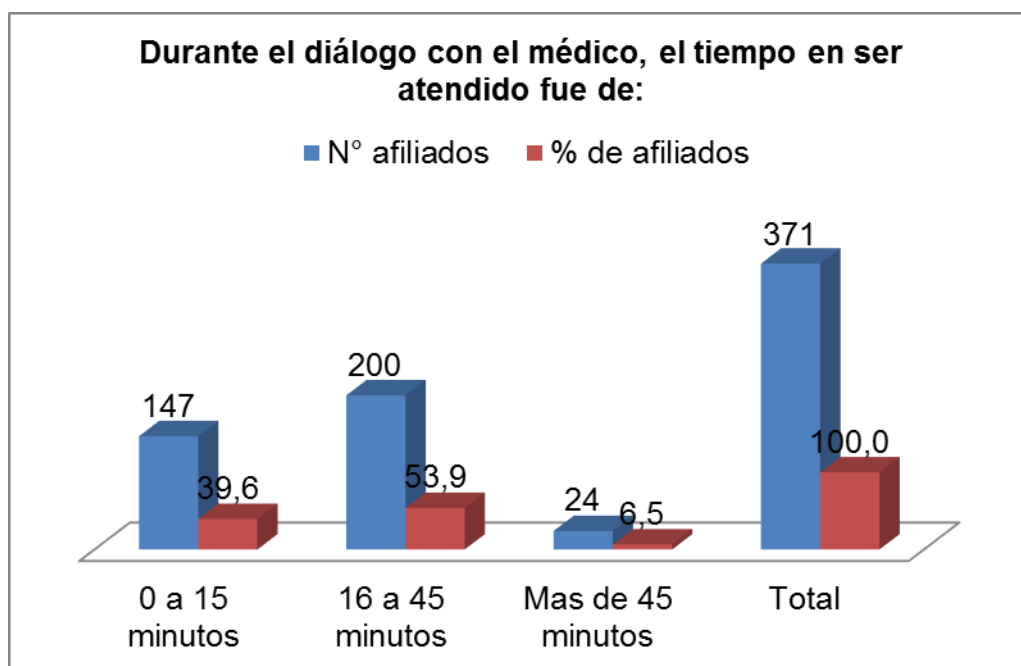
Fuente: Base de datos de Encuesta aplicada, 2013.

Del gráfico N° 14, se lee que un 29.6% de los pacientes que acuden a los dispensarios del cantón Paltas lo hacen por motivos de “control”. Seguido de un 29.1% que asiste cuando “presentan leves molestias”. Y tan sólo el



14% se acercan cuando están graves. Esto implica que al momento de proporcionarle al paciente la atención oportuna no se den complicaciones que impidan su oportuno accionar.

### Tiempo dedicado a la Consulta



**GRÁFICO 15: Tiempo dedicado a la consulta**

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta aplicada, 2013.

A pesar de que la mayoría de los pacientes acude a los dispensarios por “control” médico, es decir citas programadas. Existe un 53.9% de ella que aduce que durante la consulta y diálogo con el médico, éste le dedica un intervalo de tiempo comprendido entre 16 a 45 minutos. Mientras que el 39.6% atestigua que el diálogo con el paciente es de hasta 15 minutos. Y

tan sólo el 6.5% menciona que el médico demora en su consulta más de 45 minutos. Todos estos resultados se verifican en el gráfico N° 15.

## **g. DISCUSIÓN**

De la presente investigación abordada en cuanto a la efectividad y oportunidad de la atención médica en los dispensarios del Seguro Campesino de Paltas, se obtuvieron resultados que despiertan una serie de comentarios y observaciones que son abordados de acuerdo al sistema conceptual planteado en esta investigación.

### **De la efectividad**

Dado que gran parte de la población afiliada responde favorablemente a los resultados descritos anteriormente, la “efectividad de la atención médica” brindada en los dispensarios del Seguro Social Campesino del cantón Paltas resulta ser efectiva por el grado de conocimiento del personal médico en cuanto a los procedimientos adoptados en la “atención en consulta” donde el 63.6% de los encuestados aduce por parte del médico, éste le brinda toda la atención del caso; que ya en el proceso comprende los antecedentes por los cuales se enfermó, los días con los que lleva la dolencia, si al momento se ha auto-medicado o si fue atendido previamente.

Es efectiva también la atención médica en los dispensarios del cantón Paltas, a través de la “medicalización”, donde se comprueba que los medicamentos recetados por el médico al paciente en las circunstancias que lo requirió, no generaron un cambio adverso en la salud del paciente,

dado el diagnóstico prescrito con anticipación, esto se refleja en el 80.3% de los pacientes que afirma que los medicamentos recetados en su momento fueron los adecuados para su mejoría.

Pero resulta no ser efectiva en cuanto a la entrega medicamentos, ya que la falta éstos es persistente durante el año, según el 58.5% de los pacientes, quienes aducen que después de la consulta y una vez definido el diagnóstico de su dolencia, el despacho de fármacos en farmacia del dispensario es parcial. Situación que agrava la atención para un caso específico, donde la inexistencia de determinado fármaco ya sea en droguerías privadas, dificulta el tratamiento del paciente e incluso, en su ansiada búsqueda por conseguirlo, el afiliado tiene que incurrir en un gasto sanitario adicional que en promedio es de \$22 dólares por receta despachada de manera parcial.

A pesar de que los dispensarios deben sujetarse a la entrega de medicina de conformidad al cuadro básico de medicamentos, existe además el conocimiento de que la requisición de un pedido de medicina debe regirse a elementos como: la relevancia y necesidad del medicamento, el impacto sanitario, la conveniencia en cuanto a beneficio y costo y, sobre todo, a la disponibilidad en el mercado ecuatoriano; entonces es atribuible a que los mecanismos (perfil epidemiológico, las causas prevalentes de morbilidad) implementados para identificar las necesidades en los dispensarios no se llevan adecuadamente. O simplemente, ¿los parámetros para la

evaluación de solicitudes aceptadas sobre nuevos medicamentos, no se ajustan a las necesidades o demandas de salud de las comunidades?

De igual forma se comprueba que la atención es efectiva con la “cita de pacientes”, más conocida como control de la atención médica, referente de la continuidad de la atención” en los dispensarios, cuya representatividad es del 81.1%, lo que implica que dentro de las labores del médico, tienen gran significancia las citas programadas con los pacientes, de modo que las citas preestablecidas son el reflejo del seguimiento que muestra el médico para el tratamiento de la dolencia del afiliado.

En cuanto a la “realización de las campañas preventivas”, referente de la extensión de la atención médica, un 70.9% de los pacientes aseguran que si se llevan a cabo campañas de promoción y prevención de la salud en lo referente a atención médica, de enfermería y atención odontológica en los dispensarios, en coordinación con las organizaciones afiliadas, lo que determina que existe la capacidad resolutive y preventiva del personal médico de los dispensarios, ante el apareamiento de posibles causas de morbilidad existentes en la población y las que pueden suscitarse de forma inesperada. Todo aquello, debido a que su accionar demostrado en los diferentes ámbitos del ejercicio basado a priori en un perfil

epidemiológico, les ha permitido desempeñarse eficazmente a través de un diagnóstico bien establecido.

### **De la oportunidad**

La atención médica en los dispensarios del seguro social campesino de Paltas resultó ser oportuna por:

a) Las “situaciones favorables al paciente al visitar el dispensario”, que son los parámetros de; personal disponible en los dispensarios, rapidez en la actuación del personal, medicamento disponible, equipo para movilizar internamente al paciente (camillas y sillas de ruedas) y calidez del personal.

De las citadas anteriormente, sólo las dos primeras, tienen más del 50% de aceptación favorable, donde se sostiene que bajo estas medidas la asistencia médica al paciente que acude al dispensario se ve respaldada por la agilidad y la disponibilidad del personal médico para los casos que se estimen. Mientras que en las tres siguientes, existe la posibilidad real de poner en riesgo la salud del paciente, partiendo de un nivel deficiente que según el 44.2% de los pacientes, el personal no actúa con rapidez en casos de emergencia, acompañado de la inexistencia de equipos en los dispensarios para la movilidad del paciente (82.2%) y sumado a esto la escasez de medicamentos por la no disponibilidad en farmacias de los dispensarios (78.2%), lo cual distorsiona la entrega de la atención en el

momento oportuno, cuando el paciente es asistido en casos de emergencia donde es imposible moverlo con facilidad.

b) En lo referente al “tratamiento de las transferencias” cuando éstas son concedidas. Se comprobó que del 52.8% de quienes han sido trasladados, los que corresponden a cuestiones de emergencia son un 17.3% que afirma que su transferencia fue inmediata, mientras que para casos donde se requiere previamente evaluar el estado de salud del paciente bajo la realización de exámenes de laboratorio, que determinen que sus dolencias pueden resolverse a nivel de los dispensarios o bajo tratamiento y que obedezcan a reducidos niveles de riesgo, el 31.2% de los pacientes afirmó que sus transferencias fueron concedidas previa evaluación médica. Asimismo el 3.5% de los pacientes sostuvo que no les fue concedida la transferencia pese a la gravedad de la dolencia que presentaron ante el personal médico en su momento. Lo que implica que si existen casos que por considerarse leves se ponga en riesgo la salud del paciente.

Una vez mostrado los porcentajes, se puede afirmar que aunque los casos de emergencia no son representativos a nivel de los dispensarios, a éstos se les da la prioridad del caso, asignando inmediatamente la transferencia e inclusive una vez trasladados puedan traer una contra-

referencia para posteriormente luego de ser atendidos en el Seguro General (Hospital del IEES-Loja), asignarles la transferencia.

c) Para quienes fueron transferidos previa evaluación médica, donde el grado de complejidad de la dolencia del paciente requirió a priori de algún pronóstico a nivel de especialidad, la demora en la espera de la cita médica una vez asignada por el call center del Seguro General constituye una tardanza, que según el 18.1% de los afiliados sostienen que en ocasiones comprende hasta más de 30 días. Esta situación hace que el paciente y sus familiares opten por un servicio de salud privado (clínicas) a pesar del costo que implica la atención médica en estas casas de salud.

### **De la satisfacción de la atención recibida**

Aunque es muy notorio que la atención primaria de salud está fallando hasta el momento en las cuestiones de la oportunidad y el suministro de medicamentos, el 53.9% considera que la atención otorgada es buena, mientras que el 44.2% asegura que es regular. Se respalda la segunda valoración porque persiste el malestar de la población, identificado por la insatisfacción de las necesidades de salud, referentes a la entrega de medicina al afiliado en forma parcial en los dispensarios y el manejo de las transferencias a nivel del Seguro General que constituyen una pérdida de tiempo para el paciente en la espera de la cita con el especialista, una vez que le han concedido el cambio de nivel asistencial.



Una vez analizadas las dos propiedades de la atención médica de calidad (Efectividad y Oportunidad), variables que en la presente investigación permitieron identificar hasta el momento el accionar sanitario llevado a cabo en los dispensarios del seguro social campesino de Paltas, podemos ahora tener una idea despejada de la realidad, los motivos que aún aquejan a los afiliados que se atienden en este tipo de seguro y que se puede esclarecer o aportar para cambiar el curso de estas causas de discusión, donde las necesidades de salud que son motivo de descontento para las familias que habitan en las parroquias rurales tengan un tratamiento diferente.

Siendo un poco realistas, como es que se acogió en el año 2010 la atención de los familiares menores de 18 años y que son dependientes de los afiliados y ahora en la actualidad a los menores de 24 años (con esto no se está aprobando que no debió adoptarse esta medida), que en primera instancia es causa de la sobredemanda de usuarios, que sin resolver problemas primordiales como el desabastecimiento de medicina en los dispensarios, son determinantes para su funcionamiento y el cumplimiento de demandas de salud a nivel local. Más aún, sin tener una red integral bien fortalecida (con prestadores externos comprometidos a resolver las demandas de salud), que defina la capacidad de oferta del sistema de salud.

Con lo anteriormente dicho, se plantea ¿cómo es que se pretendió en su momento solucionar problemas de cobertura sin ser eficientes en un sistema de salud que comprende el primer nivel de atención, si se supone que es la puerta de entrada y el nivel de contacto más cercano a la población?

Es por ello que se concuerda con la iniciativa a adoptarse a través del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud, respecto a la atención primaria de salud renovada, “ligada a procesos de organización y participación social que se construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos”, con enfoque en las causas de morbilidad comunes en el sector rural e identificadas de forma periódica, a fin de conocer las que puedan ser resueltas tanto a nivel de los dispensarios y más aún en aquellas que requieren cambio de nivel asistencial y que implican mayor riesgo al afiliado, con el objeto de que se generen espacios deliberativos y asociativos que puedan convertirse a corto y mediano plazo en la oportunidad de generar procesos de transformación en el ámbito de la salud. Para lo cual se pone a disposición este trabajo investigativo.

### **Contraste de los indicadores referenciales vs los indicadores logrados en la encuesta.**

Por el hecho de haber aplicado una encuesta con preguntas subjetivas, viene al caso aclarar que por no existir datos referenciales sobre la atención primaria de salud en los dispensarios, vinculadas a las dos cuestiones analizadas en la presente investigación (efectividad y oportunidad), bajo los procedimientos descritos, únicamente se puede considerar información relacionada al número de consultas efectuadas, tiempo promedio por consulta, realización de campañas preventivas y pacientes referidos, existentes en los Informes<sup>9</sup> Anuales de las Actividades Médicas llevadas a cabo en los años 2012 y 2013. Se detallan a continuación:

#### **Tiempo promedio por consulta**

**Tabla 6: Tiempo por Consulta**

Año	Minutos
2012	8,24
2013	7,4

Elaboración: El autor.  
Fuente: Informe Acumulado del Seguro Social Campesino-Loja, 2013.

Respecto a los informes anuales de actividades, el tiempo promedio por consulta para el 2012 es de 8,24 minutos y para 2013 de 7,4 minutos, mientras que según el cronograma de trabajo en los dispensarios el estándar del tiempo promedio por consulta es de 20 minutos. Ahora

---

<sup>9</sup> Información tomada de los informes anuales de las actividades médicas, ver anexo 6.

contrastado con los datos de la encuesta, los afiliados aducen que éste tiempo está entre 16 a 45 minutos. Es decir La efectividad una vez más se respalda por el tiempo logrado en el intervalo de los datos levantados en la encuesta.

### **Campañas ejecutadas al año**

**Tabla 7: Número de campañas ejecutadas en los dispensarios del cantón Paltas**

<b>EDUCACIÓN PARA LA SALUD (Fomento de prevención)</b>		
	<b>Años</b>	
	2012	2013
Total Campañas al año	224	210
Promedio mensual	19	18

Elaboración: El autor.

Fuente: Informe Acumulado del Seguro Social Campesino-Loja, 2013.

En lo referente a las campañas de prevención efectuadas a partir de las causas de morbilidad identificadas en los reportes mensuales por el equipo médico existente en los dispensarios, el promedio mensual de campañas para el 2012 fue mayor al del 2013, con resultados de 19 y 18 campañas, respectivamente.

## Pacientes referidos al año

**Tabla 8: Número de Pacientes referidos por mes y año**

<b>REFERIDOS DE LOS DISPENSARIOS DEL CANTON PALTAS</b>		
	<b>PACIENTES</b>	
	2012	2013
Enero	58	90
Febrero	43	51
Marzo	95	72
Abril	80	97
Mayo	95	79
Junio	80	108
Julio	75	120
Agosto	66	90
Septiembre	59	115
Octubre	80	143
Noviembre	96	101
Diciembre	45	48
<b>Total Referidos</b>	<b>872</b>	<b>1114</b>

Elaboración: El autor.

Fuente: Informe Acumulado del Seguro Social Campesino-Loja, 2013.

El número de pacientes referidos desde los dispensarios del seguro campesino de Paltas en los años 2012 y 2013 fue de 872 y 1.114 pacientes, respectivamente. Lo que significa un incremento en los pacientes referidos de 27,75% o lo que es lo mismo 242, para el 2013.

## **Indicador de satisfacción de la atención recibida**

Por el lado del total de beneficiarios a nivel de Paltas, las bajas del sistema que corresponden a 224 personas que son el resultado de las bajas en la cobertura para el 2013, que representan el 2,15% de los beneficiarios que deciden no pertenecer al sistema de seguro campesino por cuenta propia, sea por motivos de descontento con la atención médica del Seguro Campesino.

## **h. CONCLUSIONES**

- La Atención Médica en los dispensarios del Seguro Campesino resulta ser efectiva debido a que el 63,6% de los pacientes afirman que el médico les proporciona toda la atención del caso durante la consulta, por lo que se les da a conocer los antecedentes o los motivos por los cuales se pudo haber enfermado. Igualmente resulta ser efectiva porque el 80.3% de los afiliados aducen que los medicamentos prescritos para aliviar su dolencia han sido los adecuados y no han generado contraindicaciones o alteraciones en la salud.
- Otras situaciones que respaldan la efectividad de la atención médica, es que el 81,1% corrobora que el médico, asume la continuidad de la atención en los pacientes, estableciendo citas permanentes y programadas para con su tratamiento en lo referente al chequeo de su dolencia, la toma de medicamentos y futuras modificaciones en la medicalización.
- El 70.9% asegura haber coordinado y mantenido el desarrollo de campañas preventivas sobre las necesidades de salud prevalentes

en las parroquias del cantón Paltas. Esto a nivel de las organizaciones afiliadas a cada dispensario a fin de realizar intervenciones preventivas como: campañas antiparasitarias y campañas odontológicas. etc.

- La atención médica en los dispensarios del cantón Paltas es oportuna por las circunstancias con las que se encuentra el afiliado al visitar el dispensario, ya sea por motivos leves o situaciones de emergencia, donde se evidenció que el 84,4% de los pacientes, afirma que el “personal se encuentra disponible en el dispensario” y un 60,1% aseguran que muestra “calidez” al momento de tratar al paciente. Excepto para los casos que implican “rapidez en la actuación del personal” (44.2%) e inexistencia de “medicamento disponible”, ya que el 78% afirma es latente. Al igual que para el 82.2% que atestigua que para situaciones de emergencia no existen camillas, ni sillas de ruedas para movilizar al paciente para ser atendido.
- Del 100% de los pacientes que afirman haber sido transferidos a otra casa de salud, correspondiente a 194 afiliados transferidos en el 2013, el 61,34% asegura ha sido previa evaluación médica, donde se constata si es necesaria la transferencia del paciente o si



puede lograr mejoría en los dispensarios. Pero el dilema surge que de los transferidos al Seguro General u otros prestadores externos, el 28,9% muestra malestar, ya que la asignación de turnos por el call center del Seguro Social, dada la especialidad, constituye una espera de 15 días. Al igual que un 34,5% asegura que la espera supera los 30 días. Por lo que aducen que la demora en ocasiones se torna hasta de 60 días, motivo por lo que optan por acudir a clínicas privadas para ser atendidos.

- De los medicamentos despachados total o parcialmente en farmacias de cada dispensario del seguro campesino de Paltas, el 58,8% de los encuestados aseguran no haber recibido la totalidad de los medicamentos recetados después de la consulta, situación que se torna aún más grave, debido a que parte de los fármacos han tenido que ser adquiridos a cuenta propia. Es decir este mismo 58,8% afirma haberlos comprado en farmacias privadas cuyo gasto en promedio ha sido de \$22 dólares, un gasto mínimo \$3 dólares por motivos leves de salud y como máximo un gasto de \$100 dólares, cuando han existido mayores complicaciones.
- Del “grado de satisfacción por la calidad de la atención” ofertada por el seguro campesino a la población beneficiaria del cantón

Paltas, el 53.9% de los pacientes considera que es buena, frente a un 44,2% que asegura es regular, esto debido a factores citados anteriormente como: falta de medicamento en los dispensarios, el gasto que implica su adquisición en las farmacias y, sobre todo, por el tratamiento que se dan a las transferencias en el Seguro Social, en lo concerniente a la asignación de turnos, según la especialidad a la que amerita el paciente.

- De la cotización o aporte al Seguro Social Campesino, el jefe de familia sólo cotiza una mensualidad de \$2,00 dólares, independientemente de su inserción laboral, de su nivel de riesgo y de su estructura familiar (dependientes), considerado este aporte ínfimo, respecto a los servicios de salud a los cuales tiene acceso la población beneficiaria de este tipo de seguro.

## **i. RECOMENDACIONES**

- Para la “disponibilidad de medicamento” que debe existir en los dispensarios, se convendría hacer un seguimiento a los pedidos o requisiciones de medicina que se efectúan desde los dispensarios en coordinación con el personal médico y los presidentes centrales de cada organización afiliada al Seguro Social Campesino, con el objeto de conocer los motivos por los cuales los medicamentos no se despachan en su totalidad hacia los dispensarios.
- Considerar el gasto en farmacia que efectúan los afiliados al momento de adquirir la totalidad de medicamentos que no son despachados en farmacia de los dispensarios, con la finalidad de conocer el nivel de gasto sanitario por afiliado, según la concurrencia con la que se enferman y el número de dependientes bajo su amparo. Esto con el objeto de ver la representatividad que tiene el gasto por familia y su influencia en la economía familiar. Así como mantener convenios con farmacias privadas de modo que los medicamentos puedan ser despachados de forma oportuna y que no constituya un gasto para el afiliado.
- En lo concerniente a camillas y silla de ruedas, ha de dotarse de por lo menos una camilla y una silla de ruedas a cada dispensario

para en situaciones o casos de emergencia poder movilizar al paciente para que reciba los primeros auxilios por el personal médico.

- Con respecto al tratamiento de las transferencias de los dispensarios hacia el Seguro General, corresponde mantener convenios con entidades de salud de prestigio, con un alto nivel de coordinación entre casas de salud, y sólido personal especializado, de modo que se puedan manejar adecuadamente la asignación de turnos según las especialidades e impidan los retrasos que distorsionen la atención del paciente.
- Dado que en el Seguro Social Campesino, únicamente cotiza el afiliado o jefe de familia, se recomienda evaluar la composición y crecimiento de las estructuras familiares dentro de los rangos de edad idóneos a las prestaciones de salud, a fin de conocer el grado de dependencia respecto del número de integrantes que constan bajo la protección del afiliado.
- Evaluar el nivel de riesgo de los afiliados en lo que a demandas de salud se trata, frente a las causas de morbilidad más prevalentes en la población, a fin de redireccionar las transferencias hacia la

población que demanda de mejores servicios de salud en situaciones de alta complejidad, que por ser necesidades de financiamiento de largo plazo, determinan la capacidad de solvencia del sistema de salud.

- Con base a la capacidad recaudatoria del IESS adoptar diferentes mecanismos de financiamiento para el seguro social campesino, vía nuevos esquemas de contribución solidaria de manera que la capacidad contributiva de los individuos inmersos en la estabilidad laboral (transportistas, amas de casa, choferes profesionales, etc.) contribuyan a la capacidad de reparto para las transferencias directas a los afiliados a este tipo de seguro.

## j. BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE G, H. (1997). Administración de la Calidad de la Atención Médica. Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social , 259.
- AGUIRRE, H., ZABALA, J., HERNANDEZ, F., & Germán, F. (16 de Febrero de 2010). Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc105o.pdf>
- BARROETA, J. (2010). Seguridad del Paciente. Obtenido de [http://www.epes.es/anexos/publicacion/guia\\_practica/Guxa\\_Prxtica\\_Seguridad\\_del\\_Paciente-2ed.pdf](http://www.epes.es/anexos/publicacion/guia_practica/Guxa_Prxtica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf)
- CABRERA, M. (Febreo de 2010). Seguridad Social en Ecuador Fallas de Diseño Institucional y Propuestas de Mejora. Recuperado el 14 de Octubre de 2013
- Cepal. (2007). Reformas de Salud y su Impacto en la Seguridad Social. Obtenido de <http://www.eclac.org>
- Chile, U. C. (Abril de 2001). Modelo de Atención en Salud Familiar. Recuperado el 20 de Diciembre de 2013, de <http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/familiar.pdf>
- Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (08 de Agosto de 2011). Reglamento de Entrega de Prestaciones del Seguro Social Campesino. Obtenido de [http://www.segurossucre.fin.ec/descargas/ley\\_de\\_seguro\\_social\\_campesino.pdf](http://www.segurossucre.fin.ec/descargas/ley_de_seguro_social_campesino.pdf)
- Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (08 de Agosto de 2011). Reglamento de Entrega de Prestaciones del Seguro Social Campesino . Obtenido de [http://www.segurossucre.fin.ec/descargas/ley\\_de\\_seguro\\_social\\_campesino.pdf](http://www.segurossucre.fin.ec/descargas/ley_de_seguro_social_campesino.pdf)
- Dirección General de Evaluación del Desempeño, Estados Unidos de Mexico. (s.f.). Manual de Indicadores de Servicios de Salud. Recuperado el 22 de Julio de 2013, de <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/Manual-ih.pdf>
- DONABEDIAN, A. (1991). Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. Obtenido de [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/1993/ene\\_feb/ene\\_fen\\_93\\_10prioridad.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1993/ene_feb/ene_fen_93_10prioridad.pdf)
- Ecuador. (22 de Julio de 2011). Ley Orgánica de Salud. Obtenido de <http://web2.congope.gob.ec/ambiente/sites/default/files/files/normativa/LEY%20ORGANICA%20DE%20SALUD.pdf>
- Ecuador. (s.f.). Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Obtenido de <http://www.iess.gob.ec>

- ECUADOR, I. (6 de Mayo de 2013). Seguro Campesino. Obtenido de <http://www.iess.gob.ec>
- Ecuador, M. d. (2012). Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Recuperado el 12 de Diciembre de 2013, de [http://construyamossalud.grupofaro.org/sites/default/files/documentos/Manual\\_Modelo\\_Atencion\\_Integral\\_Salud\\_Ecuador\\_2012%20Logrado%20ver%20amarillo.pdf](http://construyamossalud.grupofaro.org/sites/default/files/documentos/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012%20Logrado%20ver%20amarillo.pdf)
- ECUADOR, M. D. (2012). Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Recuperado el 6 de Diciembre de 2013, de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-r).
- España, G. d. (s.f.). Aula de la Seguridad Social. Obtenido de <http://www.seg-social.es>
- ESTRADA, J. A. (Septiembre de 2009). Crisis Capitalista, economía, política y movimiento. Recuperado el 24 de Octubre de 2013, de [www.especiocrítico.com](http://www.especiocrítico.com)
- Fondo Nacional de Salud, C. (Noviembre de 2009). Fondo Nacional de Salud - Chile. Obtenido de <http://www.paho.org/chi/index.php?>
- GONZALEZ, L., & Esperanza, G. (2012). Calidad de la Atención Médica: La diferencia entre la vida o la Muerte. Revista Digital Universitaria, 7.
- GUERRERO, P. (30 de Enero de 2013). Calificación en la Gestión. Obtenido de <http://www.iess.gob.ec/>
- HERNÁNDEZ, R. (12 de Junio de 2009). ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DE UN PROYECTO REVOLUCIONARIO. Recuperado el 12 de Noviembre de 2013, de <http://www.ildis.org.ve/website/administrador/uploads/PresentacionSeguridadSocialRHernandez.pdf>
- IEES, E. (2013). Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Recuperado el 10 de Julio de 2013, de Presupuesto Anual 2012: <http://iess.gob.ec/es/web/guest/cobertura>
- IESS. (7 de Enero de 2014). Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Recuperado el 5 de Noviembre de 2013, de <http://www.iess.gob.ec/es/inst-quienes-somos>
- IESS, E. (07 de 2013). Seguro Campesino. Obtenido de Cobertura: <http://www.iess.gob.ec/es/web/guest/cobertura>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). Censo de población y Vivienda. Obtenido de [www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (Abril de 2013). Metodología del diseño muestral. Obtenido de [anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/348/download/5762](http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/348/download/5762)
- Interna, i. E. (20 de Septiembre de 2006). Auditoria de Gestión al Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui del IESS en la Ciudad de Guayaquil. Obtenido de [http://www.iess.gob.ec/documents/10162/58951/informe\\_2008012.pdf?version=1.0](http://www.iess.gob.ec/documents/10162/58951/informe_2008012.pdf?version=1.0)

- Irma, B., & VINUEZA, M. (2007). Estudio para la Optimización y Mejoramiento de la Calidad de Atención de Consulta Externa del Hospital del IESS de la ciudad de Riobamba. Obtenido de <http://repositorio.espe.edu.ec/handle/21000/1284>
- JIMENEZ, R. E. (2004). Indicadores de Calidad y Eficiencia de los Servicios Hospitalarios, Una Mirada Actual. Obtenido de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_1\\_04/spu04104.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/spu04104.pdf)
- KRISTELL, A. (s.f.). Métodos de la Investigación. Obtenido de <http://www.slideshare.net/kriiss2505/tipos-de-metodos-de-investigacion>
- LACCHINI, C., & ZUCCOTTI, G. (s.f.). Importancia de la contributividad en el sistema de seguridad social. Recuperado el 28 de 12 de 2013, de <http://actrav.itcilo.org/courses/manuales09/contributividad/contributividad.pdf>
- LOPEZ PAREDES, R. (Febrero de 2010). Programa de Formación de Líderes Comunitarios, en Promoción Social, Salud y Seguridad Social. Obtenido de <http://www.uasb.edu.ec>
- LÓPEZ, J., CANOVAS, J. d., GARCÍA, N., & VILLAESCUSA, M. (2013). Atención Primaria en el área de la salud I. Obtenido de [http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/260537-Proceso\\_Atencion\\_Primaria.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/260537-Proceso_Atencion_Primaria.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (Julio de 2011). Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos. Obtenido de <http://www.conasa.gob.ec/phocadownload/cnmb/ProcedimientoCONAMEI.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 9. (2012). Modelo de Atención Integral del Sistema.
- NAVARRETE, F. (2011). Proyecto de mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de rehabilitación física "Hospital IESS Portoviejo". Obtenido de <http://dspace.utpl.edu.ec>
- OMS. (1946). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.biblio.juridicas.unam.mx>
- PASARÍN, I. e. (2007). Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. Recuperado el 18 de Diciembre de 2013, de [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications\\_PDFs/A224.pdf](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A224.pdf)
- PEÑA, C. (15 de Septiembre de 2009). Taller de Elaboración de Indicadores.
- PEREIRA, J. (2008). Acreditación en salud. Obtenido de <http://www.slideshare.net/JAPECO69/atributos-calidad-acreditacion-en-salud>
- PEREIRA, J. (2010). Acreditaciones en Salud.



- PERREIRA, J. (2008). Acreditaciones en Salud. Obtenido de <http://www.slideshare.net/JAPECO69/atributos-calidad-acreditacion-en-salud>
- SARAGURO, M. (Diciembre de 2011). REVISTA TURÍSTICA: IDENTIDAD CULTURAL DEL CANTÓN PALTAS. Obtenido de <http://www.dspace.ups.edu.ec/>
- SASSO, J. (Enero de 2011). La Seguridad Social en el Ecuador, Historia y Cifras. Obtenido de <http://www.flacsoandes.org>
- Seguro Social Campesino. (29 de Noviembre de 2013). Rendición de Cuentas. Obtenido de [http://www.iess.gob.ec/documents/10162/83914/SEGUROCAMPE\\_SINO](http://www.iess.gob.ec/documents/10162/83914/SEGUROCAMPE_SINO)
- UTHOFF, A., & CONTE, A. (2011). Seguridad Social para Todos. Buenos Aires.
- VÁSCONEZ, A., R. C., & MUÑOZ, P. (Febrero de 2005). La construcción de las políticas sociales en Ecuador durante los años ochenta y noventa; sentidos, contextos y resultados. Recuperado el 12 de Noviembre de 2013, de [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/21087/sps105\\_PoliticassocialesEcuador.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/21087/sps105_PoliticassocialesEcuador.pdf)
- VIGNOLO, J., VACAREZZA, M., & ALVAREZ, C. y. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud.
- ZURRO, A., & Gloria, S. (2011). Atención Primaria de Salud y Atención Familiar y Comunitaria. Recuperado el 6 de Diciembre de 2013, de <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>
- ZURRO, A., & PÉREZ, C. (. (20 de 10 de 2010). Conceptos, organización y práctica clínica. Recuperado el 12 de Diciembre de 2013, de [http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap\\_muestra/af\\_012\\_ope\\_bal.pdf](http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap_muestra/af_012_ope_bal.pdf)

**k. ANEXOS**

**ANEXO 1**

**PROYECTO DE TESIS**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA  
CARRERA DE ECONOMÍA**

**TEMA:**

**ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN  
MÉDICA QUE OTORGA EL SEGURO SOCIAL CAMPESINO A LA  
POBLACIÓN RURAL DEL CANTÓN PALTAS, PROVINCIA DE LOJA,  
AÑO 2013.**

**PROYECTO DE TESIS  
PREVIO A OPTAR EL GRADO DE  
ECONOMISTA**

**AUTOR: HERRERA SARAGURO ALVARO ENRIQUE**

**LOJA – ECUADOR  
2013**

**a) TEMA:**

**ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN  
MÉDICA QUE OTORGA EL SEGURO SOCIAL CAMPESINO A LA  
POBLACIÓN RURAL DEL CANTÓN PALTAS, PROVINCIA DE LOJA,  
AÑO 2013.**

## b) PROBLEMÁTICA

### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si considerar que la cobertura de la Seguridad Social es un problema arraigado, ya que el 81.9 % (12'824.637) de la población no está cubierta por el sistema versus un 18.09% que si lo está, lo es aún más la efectividad y Oportunidad de la Atención Médica que otorga el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), mediante la Atención Primaria de Salud, a las comunidades rurales y a pescadores artesanales a través del Seguro Social Campesino, que hasta Diciembre de 2013, cubre a 1'142.411 personas afiliadas (ECUADOR, Seguro Social Campesino, 2013), dónde pese a los propósitos de nuevos mecanismos de protección (seguro para empleada doméstica, aseguramiento obligatorio de parte de los empleadores), que bajo el principio de universalidad, terminan agravando aún más el problema. Efectividad que de alguna forma se ve influenciada por factores como; el accionar sanitario del personal médico aunado a la falta de infraestructura, desabastecimiento de medicamentos en los dispensarios y la deficiente articulación de la Red Pública de salud que impide el cambio adecuado del nivel asistencial (Oportunidad) para los afiliados que por alguna circunstancia fueron transferidos.

Aunque a priori se conoce que el total cumplimiento y satisfacción de las necesidades de salud de la población, constituye para el estado una pesada carga económica, que según el presupuesto de 2012 alcanza los 200´424.892 dólares, se añade a ello la gratuidad de la atención médica y la entrega de medicina.

Dado que la Atención Primaria Integral incluye un paquete básico de prestaciones (basado en un perfil epidemiológico), que si bien es cierto no influye en la capacidad de oferta del sistema de salud que presenta el Seguro General, no se consigue paliar los problemas que surgen en su organismo anexo como es el Seguro Social Campesino, ni tampoco satisface las necesidades de la población en lo que a cuestiones de salud se trata. Es decir, no constituye un buen referente de percepción donde se asegure que bajo el tipo de atención que se brinda en los dispensarios sea de calidad y en condiciones oportunas y dignas, independientemente de la capacidad de cotización, de la inserción laboral y del nivel de riesgo que presente el afiliado.

Es por ello que al considerar la universalidad como fin de cobertura, la capacidad de gestión del sistema de salud con el Seguro Social Campesino se torna compleja, sabiendo de antemano que el aporte del afiliado es de \$1.78 dólares, fijado de acuerdo a sus posibilidades,

mientras que cuando recibe atención, lo hace de acuerdo a sus necesidades.

¿Es Efectiva y Oportuna la Atención Médica que otorga el Seguro Social Campesino para la población rural del cantón Paltas?

## **2. ALCANCE DEL PROBLEMA**

Para el desarrollo de la investigación se tomará el periodo de tiempo que consta de ocho meses, que inicia en Abril hasta Noviembre de 2013; Periodo en el cuál se pretenden alcanzar las actividades mismas como son; el levantamiento de información, procesamiento de la información y análisis de los resultados.

Por otro lado es conveniente recalcar que el desarrollo de la presente investigación tendrá lugar en la Provincia de Loja, específicamente en el Cantón Paltas, a 98 Km de la Ciudad de Loja (Vía la Costa).

Es por ello que en cuanto a la disponibilidad de recursos, se prevé que para la movilidad, transporte y desplazamiento hacia las parroquias rurales del Cantón Paltas, constituirán gastos considerables (ver cuadro N° 4) en lo referente a la aplicación del cuestionario.

### **3. EVALUACIÓN DEL PROBLEMA**

Se considera un tema novedoso porque responde a una situación que es motivo de discusión en la actualidad (la atención primaria integral, principio del Seguro Social Campesino ), que afecta directamente a la comunidad rural, y que merece ser investigado para beneficio de las familias que conforman determinados sectores.

Además es evidente porque está presente la situación (Efectividad y Oportunidad en la atención médica que se otorga) que aqueja a las comunidades del sector rural sobre los cuales es conveniente actuar de manera inmediata.

Es contextual ya que constituye un problema de tinte social que afecta a todo el entorno en el que nos desplegamos, cuyo impacto determina el nivel de aceptación de los servicios de salud que otorga el Seguro Social Campesino.

Y finalmente identificador de variables porque se puede notar claramente las variables sobre las cuales se va a indagar, en este caso; efectividad y oportunidad de la atención en salud para la población rural del cantón Paltas.



#### **4. PREGUNTAS DIRECTRICES**

A partir de este estudio se podrá verificar que tan aceptable es la atención médica del Seguro Social Campesino como alternativa de asistencia social para las comunidades rurales del cantón Paltas (Catacocha).

Dando respuesta a inquietudes como:

- ¿Es Efectiva la atención médica en los dispensarios del Seguro Social Campesino?
- ¿La atención médica otorgada a los afiliados es continua?
- ¿La atención médica para las organizaciones afiliadas es extensa?
- ¿Son despachados a totalidad los medicamentos en los dispensarios? |
- ¿Es Oportuna la atención médica en los dispensarios del Seguro Social Campesino?
- ¿Existen circunstancias favorables para el afiliado que visita el dispensario?
- ¿Existe un porcentaje significativo de transferencias asignadas desde los dispensarios?
- Los Turnos asignados por el Seguro General, para la cita médica, tienen una espera prolongada?

- ¿La atención médica, tiene gran aceptación por población del Cantón Paltas?
- ¿Se debería implementar algún tipo de servicio adicional que amerite una mejor asistencia médica para la comunidad rural del cantón Paltas?

**c) JUSTIFICACIÓN:**

El presente trabajo tiene por finalidad de aportar con conocimientos adquiridos en lo referente al análisis de situaciones sociales, como las causas que originan los posibles problemas en los servicios de atención en salud y el malestar que se genere en las familias, reflejado en un alto grado de satisfacción o insatisfacción por los servicios que reciben, dada la vigilancia del SSC a las zonas rurales.

Es por ello que a partir de investigar la situación que presentan los beneficiados del Seguro Social Campesino, acerca de la atención en salud que reciben, se podrá conocer el nivel de satisfacción que les proporcionan los servicios a los cuales pueden acceder de tal manera que se pueda verificar su aceptación o rechazo, aun sabiendo que el hecho

de que los afiliados hagan uso de la atención médica en los dispensarios, están ahorrando la consulta que normalmente se paga a un especialista y por ende a través de la medicina que es entregada por el tipo de patología que presenten.<sup>10</sup>

Además es preciso recalcar que siendo la Salud Primaria Integral un principio bajo el cual está funcionando el Seguro Social Campesino, se puede verificar la existe de malestar en los afiliados al sistema, de tal forma que se ha considerado escudriñar las circunstancias que aquejan a cada individuo que tiene acceso, con el fin de tomar o sugerir nuevos mecanismos de atención a los servicios de salud, de modo que la población tenga un mejor nivel de vida reflejada en la condición de salud que presente.

#### **d) OBJETIVOS**

##### **GENERAL:**

- Determinar la Efectividad y Oportunidad de la Atención Médica que otorga el Seguro Social Campesino a la población rural del cantón Paltas.

---

<sup>10</sup> Patología.- Grupo de Síntomas asociados a una determinada dolencia.

## **ESPECÍFICOS:**

- Evaluar las Características de la Atención Primaria de Salud correspondientes a Primer Contacto, Medicalización, Disponibilidad de tiempo para cada consulta, Continuidad y Extensión de la Atención Médica.
- Verificar las circunstancias favorables para el paciente al visitar el dispensario.
- Conocer el tratamiento de las transferencias cuando el afiliado al Seguro Social Campesino requiere atención especializada.
- Constatar el suministro y entrega de medicamentos al afiliado del Seguro Social Campesino en las circunstancias que lo requiera.
- identificar el nivel de percepción de la población del cantón Paltas sobre la atención médica que ofrece el Seguro Social Campesino.

## **e) MARCO TEÓRICO**

### **1. ANTECEDENTES O MARCO REFERENCIAL**

A pesar que desde el año 2012, según (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012) se avizoraban cambios estructurales como; el “reposicionamiento de la estrategia de la Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud”, constituye una tarea difícil dado que en este tiempo la salud es gratuita, por lo que la demanda hacia los centros hospitalarios o dispensarios médicos se torna en ocasiones inmanejable y peor aún distorsiona la capacidad de oferta del sistema, que acarrea problemas al momento de brindar atención médica, problemas derivados no por la falta de recursos sino por problemas en el proceso de gestión de la atención.

Es por ello que según (Cepal, Reformas de Salud y su Impacto en la Seguridad Social, 2007), considera que; “Mientras más normalizado y unificado el contenido del paquete básico de prestaciones (ajustado a las necesidades del País y revisado periódicamente) mayor será su impacto, con independencia de si el seguro es gestionado por entidades públicas, de seguro social o privadas”. Pero esto no implica que por constituirse un nivel de atención primaria integral se logre paliar todas las necesidades

de salud de los afiliados, por lo que se debería considerar condiciones como; las necesidades intrínsecas, prevalencia o aparición de nuevas causas de morbilidad de los afiliados, personal médico especializado e infraestructura, de modo que el sistema de salud anexo (Seguro Social Campesino) constituya un referente de la atención médica que determine o se pueda lograr mayores mejoras posibles.

## **2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.1. CANTÓN PALTAS**

#### **2.1.1. HISTORIA**

Según (SARAGURO, 2011), es uno de los cantones más antiguos del país, cuya nominación de cantón le fue otorgada el 25 de Junio de 1824, por la Ley de División Territorial promulgada en tiempos de la Gran Colombia. Se le atribuye su nombre (Paltas) a la existencia de una etnia preincaica.<sup>11</sup> llamada Palta, radicada en su momento en esta localidad y que constituye un referente de la etnografía e historia provincial

---

<sup>11</sup>Etnia.-, Proviene del vocablo griego “ethnos” que significa nación o pueblo. preincaica. Designa realidades históricas que existieron en un territorio.

## **2.1.2. ASPECTOS POLÍTICOS Y ADMINISTRATIVOS**

El cantón Paltas políticamente se divide en nueve parroquias: dos parroquias urbanas, siete parroquias rurales y más de 110 barrios.

### **Parroquias urbanas:**

Catacocha y Lourdes

### **Parroquias rurales:**

Cangonamá, Casanga, Guachanamá, Lauro Guerrero, Orianga, San Antonio y Yamana.

## **2.1.3. ASPECTOS FÍSICOS**

### **2.1.3.1. Ubicación Geográfica**

Se encuentra a 98 Km de la ciudad de Loja, situado en el Callejón Interandino de la región sur del Ecuador, al occidente de Loja entre los meridianos 79° 25´ y 80° de longitud y las paralelas 3° 47´y 4° 12´de latitud y con una superficie de 1.124 kilómetros cuadrados. De estilo colonial predominante, dado que sus construcciones datan del siglo XVIII,

y con gran valor arquitectónico representado en portales, balcones, aleros, escalinatas, parques con iglesias, por lo cual fue declarado Patrimonio Cultural de la Nación.

La temperatura promedio en las partes altas es de 12°C y en las partes bajas promedia los 24 ° C.

## **2.1.4. ASPECTOS ECONÓMICOS**

### **2.1.4.1. Actividades Productivas y Económicas**

En el cantón Paltas a nivel de sus parroquias anexas, se produce principalmente; café, maíz, maní, frejol, mango. Así como también en lo referente a la producción de ganado vacuno (cuyos derivados son la carne y la leche) y porcino (donde sus derivados son la carne).

Cabe mencionar las actividades artesanales, bajo la elaboración de tejidos en telar y dulces (San Antonio).

## **2.2. INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD**

Según (Dirección General de Evaluación del Desempeño, Estados Unidos de Mexico.), existen tres tipos de indicadores para evaluar la calidad de la atención Sanitaria; estos son: Indicadores de Estructura, Indicadores de Proceso e Indicadores de Resultados.



### **2.2.1. INDICADORES DE ESTRUCTURA**

Son aquellos que miden la calidad de las características en el marco en el que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos. También constituyen los recursos necesarios para proporcionar la atención médica y la forma en que estos son organizados (PEÑA, 2009).

### **2.2.2. INDICADORES DE PROCESO**

Son aquellos que miden de forma directa e indirecta la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención al paciente. Es decir este proceso se da durante la interacción del personal de salud y el paciente. Además entran en este marco las acciones que lleva a cabo el paciente por indicación del médico. Para el caso de esta investigación el indicador de proceso lo constituye la Efectividad y Oportunidad de la Atención Médica (PEÑA, 2009, pág. 10).

### **2.2.3. INDICADORES DE RESULTADO**

Aquí constan los indicadores que miden el nivel de éxito alcanzado por el paciente, es decir si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención. Dicho de otra

forma, es el cambio del estado de salud de los pacientes, siempre y cuando pueda ser atribuido a la atención proporcionada (PEÑA, 2009, pág. 11).

### **2.3. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

Según (AGUIRRE G, Administración de la Calidad de la Atención Médica.), “La calidad de la atención médica es otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución”.

De acuerdo a (Irma & VINUEZA, 2007), el concepto de calidad de la Atención Médica, “hace referencia a la capacidad que, con distinto grado puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores de servicios de salud.

La asistencia sanitaria tiene como objetivo el mantener, restaurar y promover la salud dentro de las posibilidades que permiten las

ciencias de la salud y la tecnología, y en ella está implícita la eficacia y eficiencia de la atención”.

### **2.3.1. PROPIEDADES DE UNA ATENCIÓN MÉDICA DE CALIDAD**

De acuerdo a (GONZALEZ & Esperanza, 2012), las propiedades de una Atención Médica de calidad, toman como eje primordial a la Seguridad y sus complementos adicionales como son: “Efectividad, Equidad, Eficiencia, Oportunidad y Centrada en el Paciente”.

Siendo las propiedades antes mencionadas, variables que miden el accionar sanitario y atributos que pretenden medir los indicadores, viene al caso, identificar sus acepciones correspondientes.

#### **2.3.1.1. EFECTIVIDAD**

Según (PERREIRA, Acreditaciones en Salud), es el “Grado en que la asistencia médica se presta de forma correcta, según el estado actual de conocimiento, para alcanzar el resultado proyectado o deseado por el paciente.

### **2.3.1.2. OPORTUNIDAD**

Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

## **2.4. NIVELES DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

### **2.4.1. NIVELES DE ATENCIÓN**

#### **2.4.1.1. Primer nivel**

Es el nivel de contacto más cercano a la población donde la atención es oportuna y eficaz. Está constituido por establecimientos como; centros de salud, dispensarios, consultorios y policlínicas, lugares donde se atienden necesidades de salud básicas y frecuentes, resueltas bajo actividades de; rehabilitación, procedimientos de recuperación, actividades de promoción de salud y prevención de la enfermedad.

#### **2.4.1.2. Segundo nivel de atención**

Según (VIGNOLO, VACAREZZA, & ALVAREZ, 2011), este nivel de atención se ofrece desde los hospitales o casas de salud más abastecidas de infraestructura donde “se atienden servicios relacionados en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población”.

#### **2.4.1.3. Tercer nivel de atención**

Este nivel de atención cubre los problemas de salud que no se dan a menudo y que a criterios de los especialistas lo contemplan las patologías más complejas que implican un uso o procedimiento más sofisticado donde se maneje alta tecnología. Según (VIGNOLO, VACAREZZA, & ALVAREZ, 2011), en este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen.

### **2.4.2. PREVENCIÓN**

La Prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de

factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

### **2.4.2.1. NIVELES DE PREVENCIÓN**

#### **2.4.2.1.1. Prevención Primaria**

Son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.

Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.

#### **2.4.2.1.2. Prevención Secundaria**

Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible.

Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos.

“En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad.

La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad

Ejemplo es el tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales realizando un control periódico y seguimiento del paciente, para monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas.

#### **2.4.2.1.3. Prevención Terciaria**

Se refiere a acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la

prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. Por ejemplo en lo relativo a rehabilitación ejemplificamos: la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura.

## **2.5. ESTADO DE BIENESTAR**

Es aquel estado que surge a partir de las necesidades de la aplicación de políticas encaminadas a reducir las desigualdades sociales, que a través de un sistema de protección social independientemente de la economía que se maneje, entra a funcionar con medidas y normas a las que recurre el poder estatal con el fin de mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos, ya sean éstos los trabajadores o la población en general y bajo principios de subsidiaridad, solidaridad, universalidad en bienestar de los más desfavorecidos. Haciendo caso a las necesidades y a los servicios sociales articulados a través de las políticas sociales.

### **2.5.1. ESTADO DE BIENESTAR EN ECUADOR**

El Estado de Bienestar tiene sus inicios en la propuesta de campaña de Jaime Roldós Aguilera ante la escasez de un gobierno austero y moral,



donde encamina su Plan de Desarrollo de Gobierno establecido en 21 bases programáticas, donde sus ejes principales serán para aquel entonces; la educación, la seguridad social, la reforma agraria y la industrialización. Donde bajo cuestiones de “Seguridad social se propone consolidar al IESS como ejecutor de políticas de seguridad a través de proveerle de fondos y extender los beneficios sociales a todos los ecuatorianos”. (VÁSCONEZ, R, & MUÑOZ, 2005).

## **2.6. ENFOQUES DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

### **2.6.1. NEOLIBERALISMO**

Para el Neoliberalismo, la Seguridad Social acarrea problemas como; “ineficiencia administrativa, desequilibrio financiero-actuarial, concentración de la cobertura en el sector medio y exclusión de los grupos de más bajo ingreso, impacto regresivo.

Dado que para neoliberalismo, la Seguridad Social constituye un elevado costo fiscal, propone la eliminación de los programas más costosos, como; las pensiones de invalidez, vejez y muerte, que para el estado son una pesada carga económica, que según esta corriente debería manejarse dentro del proceso en el sector salud, con un sistema adicional privado.

Las cotizaciones a la seguridad social son a través del régimen contributivo, mediante capitalización individual, donde el aporte de cada depositante termina engrosando los que usará al momento de su retiro. Éste régimen en su mayoría es financiado por el sector formal de la economía y que a la vez se torna insostenible "...dado que se financian servicios sociales prestados por el Estado a través de cargas a la nómina en el que se restringe el crecimiento del empleo forma y se le exige cada vez más aportes a los trabajadores que se encuentran en él" (ESTRADA, 2009).

### **2.6.2. CAPITALISMO**

La desigualdad social es un rasgo distintivo en el capitalismo, ya que las políticas restrictivas ejercen presión sobre los salarios, el empleo (sobreexplotación de los trabajadores) y sobre los gastos de la seguridad social (GOUVERNEUR, 2000). Erigiéndose de esa forma la mala distribución de la riqueza que constituye el objetivo principal del apareamiento del estado de bienestar.

Caracterizado en su mayoría por una sociedad capitalista donde los individuos son egoístas y poco solidarios, que sólo les interesa su propio bienestar que el de sus semejantes y las cotizaciones a la seguridad social, están destinados hacia fondos privados de pensiones y aseguradores privados de salud".

### **2.6.3. SOCIALISMO**

Siendo Venezuela referente del socialismo para Ecuador, el Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho(derecho humano, un servicio público no lucrativo para garantizar la salud y la protección en contingencia de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, cargos derivados de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social), creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La falta de capacitación contributiva no excluye de la protección (HERNÁNDEZ, 2009).

## **2.7. SISTEMA CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO**

### **2.7.1. CONTRIBUTIVO**

Es aquel que garantiza a las personas por realizar una actividad profesional, y a los familiares o asimilados que tuvieren a su cargo, la protección adecuada en las contingencias y situaciones legalmente definidas.

Según el (GUERRERO, 2013), dentro del Sistema Contributivo constan:

#### **2.7.1.1. Seguro de Riesgos del Trabajo**

Protege al afiliado/a, desde el primer día de trabajo, de las consecuencias derivadas de los accidentes laborales y de las enfermedades profesionales, mediante la entrega de asistencia médica, farmacia, quirófano, hospitalización; provisión o renovación de aparatos prótesis, órtesis, rehabilitación, reinserción laboral; y acciones de prevención y salud en el trabajo.

#### **2.7.1.2. El Seguro de Pensiones**

Protege a los asegurados del Seguro General Obligatorio en las contingencias de invalidez, vejez y muerte. Se financia con el 9,74% del salario mensual de aportación del afiliado/a. Concede las siguientes prestaciones al asegurado y a su familia:

Jubilación ordinaria por vejez

Jubilación por Invalidez que incluye el subsidio transitorio por incapacidad

Pensiones de Montepío

Auxilio de Funerales

### **2.7.1.3. Seguro General de Salud Individual y Familiar**

Es uno de los seguros especializados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que protege al asegurado y su familia en las contingencias de enfermedad y maternidad.

## **2.7.2. NO CONTRIBUTIVO**

Es aquel sistema que incluye en el campo de aplicación, a todas aquellas personas que, por cualquier causa no hubieran cotizado nunca o lo suficiente para poder causar derecho a sus prestaciones, y que no dispusieran de recursos suficientes para mantener un mínimo nivel de vida.

En el sistema no contributivo para Ecuador lo constituye el Seguro Social Campesino.

### **2.7.2.1. SEGURO CAMPESINO**

Según el (IESS, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2013), es un tipo de seguro que ofrece asistencia permanente a la población del sector rural y pescador artesanal del Ecuador, en sus estados de necesidad vulnerables, mediante la ejecución de programas de salud integral,

discapacidad, vejez e invalidez y muerte de la población campesina con el fin de elevar el nivel y calidad de vida.

#### **2.7.2.1.1. Cobertura**

Llega a la población del sector rural y pescador artesanal del Ecuador, a través de programas de salud integral, saneamiento ambiental y desarrollo comunitario, incentivando la participación social y organización de las comunidades para conseguir elevar el nivel de vida de la gente. Además entrega jubilaciones de vejez, e invalidez y auxilio de funerales.

Para ser cubierto el asegurado campesino y el pescador artesanal, tienen que residir en el área rural, trabajar por cuenta propia o si presenta relación de dependencia debe ser esta ocasional.

#### **2.7.2.1.2. Financiamiento**

La permanencia del Seguro Social Campesino, está ligado al financiamiento otorgado por:

- El 0.35% de aporte de los empleadores.
- El 0.35% de aporte de los afiliados al Seguro General obligatorio.

- Contribución obligatoria de 0.5% de los Seguros Públicos y Privados.
- El aporte diferenciado de los afiliados a este seguro que es 22.5% del Salario Unificado y de ese valor el 2.5%.

### **2.7.2.1.3. Afiliación**

Tienen derecho de afiliación al Régimen del Seguro Social Campesino:

- Las personas que residan o ubiquen en el área rural.
- Las personas que no reciban remuneración de un empleador.
- Las personas que no se benefician de la protección del Seguro Universal Obligatorio.
- Quienes no se hayan convertido en empleador permanente.
- Los pescadores artesanales.

### **Requisitos**

La afiliación individual se efectúa bajo los siguientes requisitos:

- Solicitud verbal del jefe /a, miembro de la familia.
- Copia de la cédula de identidad o partida de nacimiento original del jefe/a de familia y de sus dependientes.

Para el caso de la afiliación de organizaciones, los requisitos son:

- Solicitud por escrito.
- Debe ubicarse la organización en el área rural.
- Sus miembros deben expresar la voluntad de asegurarse.
- Para aprobación de la organización por la subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones, se efectúa previo diagnóstico comunitario.
- Autorización de la Dirección del Seguro Social Campesino.

En lo que respecta la entrega de jubilaciones, constan:

#### **2.7.2.1.4. Jubilación por Vejez**

Para derecho de entrega de jubilación por vejez e invalidez al jefe/a de familia, el asegurado tiene que cumplir con la siguiente escala en aportaciones:



**Tabla 9: Años de Aportación según la Edad**

<b>EDAD</b>	<b>AÑOS DE APORTE</b>
65 a 70 años de edad	10 años de aportes
71 años	9 años de aportes
72 años	8 años de aportes
73 años	7 años de aportes
74 años	6 años de aportes
75 años	5 años de aportes

Elaboración: El autor.

Fuente: IESS "Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

La jubilación por vejez comprende la entrega de un valor económico por doce mensualidades durante cada año y el cálculo del 22.5% del Salario Unificado y de ese valor el 75%.

### **Requisitos**

Para acceder a la jubilación por vejez, se debe tener;

- Comprobante del último pago de la organización.
- Copia de la cédula de ciudadanía.
- La organización debe estar al día en el pago de los aportes.

#### **2.7.2.1.5. Jubilación por Invalidez**

Tiene derecho a esta jubilación, únicamente el jefe/a de familia que se invalidó de forma total o permanente y que registre un mínimo de 60 imposiciones mensuales (5 años de aportaciones). Se asigna la incapacidad previa evaluación de la misma por la Comisión de Valuación de Incapacidades.

#### **Requisitos**

Los requisitos que debe cumplir el incapacitado, son:

- Copia de la cédula de ciudadanía.
- La organización debe estar al día en el pago de los aportes.
- Informe del médico del Seguro Social Campesino.

#### **2.7.2.1.6. Salud y Maternidad**

Es otro tipo de seguro al que tienen derecho de prestaciones, el jefe/a asegurado o jubilado, su cónyuge, sus hijos y familiares que vivan bajo su dependencia, acreditados al momento de la afiliación o en algún momento posterior a la misma.

Los afiliados de las organizaciones campesinas que dejen de pagar aportes conservan el derecho a la prestación de salud hasta dos meses después.

El jubilado campesino no requiere de tiempo de espera para recibir atención de salud.

Conserva los derechos para: promoción de salud, prevención de la enfermedad, saneamiento ambiental, desarrollo comunitario y prestaciones de salud en contingencias de enfermedad no profesional y maternidad.

### **Requisitos**

Para atención en salud y maternidad, los requisitos son:

- Por enfermedad debe tener tres (3) imposiciones mensuales continuas.
- Para maternidad debe tener doce (12) imposiciones mensuales continuas. anteriores al parto.

### **Para atención en los dispensarios**

En los servicios de salud y maternidad, debe presentar:

- Carné de afiliación.
- Comprobante de pago de aportes del tesorero de la organización.
- Comprobante de depósito al IESS por parte de la organización.

### **Para atención en unidades médicas del Seguro General de Salud**

El afiliado del Seguro Social Campesino, debe presentar:

- Carné de afiliación.
- Cédula de ciudadanía.
- Solicitud de interconsulta (original y copia) firmada por el médico y con sello del dispensario; esta solicitud tiene validez por dos meses, y puede ser renovada.
- Para hospitalización se requiere la transferencia firmada por el médico del dispensario del Seguro Social Campesino.

Dado que el afiliado hace uso de las prestaciones del Seguro General de Salud Individual y Familiar, se le otorgan, servicios de consulta externa, exámenes complementarios, atención al parto, atención odontológica, asistencia farmacéutica, hospitalización, intervenciones quirúrgicas y servicios de ambulancia.

### **2.7.2.1.7. Auxilio para Funerales**

#### **Derechos**

Tiene derecho en auxilio par funerales, el caso de fallecimiento de cualquiera de los miembros del grupo familiar que estén cubiertos por el Seguro Social Campesino. Esta ayuda es de un equivalente al 25% del Salario Básico Unificado, de conformidad al artículo 134, literal c de la Ley de Seguridad Social.

#### **Requisitos**

Para acogerse al auxilio de funerales, se debe presentar:

- Solicitud de auxilio de funerales
- Carné de afiliación.
- Copia de la cédula de ciudadanía del fallecido y de la persona que va a cobrar.
- Partida de defunción original.

### **3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

Según, (Ecuador A. C., 2008) en lo referente al Trabajo y Seguridad, la constitución de la República del Ecuador, en su Art 34, de la Sección Octava, respalda lo siguiente:

El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas.

El Estado garantizará y hará efectivo el ejercicio pleno del derecho a la seguridad social, que incluye a las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares, actividades para el auto sustento en el campo, toda forma de trabajo autónomo y a quienes se encuentran en situación de desempleo.

Al igual que en la Ley Reformatoria a la Ley de Seguridad Social, que contempla lo siguiente:

Art 1.- “El seguro Social Campesino como Régimen Especial del Seguro Universal Obligatorio es familiar, intercultural, voluntario y comunitario, financiado solidariamente con el aporte del Sistema Nacional de la Seguridad Social, con el aporte de los/as jefes/as de las familias campesinas protegidas, con la contribución obligatoria de los seguros públicos y privados, del Estado y los Empleadores, subsidiado y subvencionado por el fisco, para proteger a los pobladores rurales del

país, que trabajan por cuenta propia en cualquier sector de la economía o en relación de dependencia en forma temporal u ocasional”.

Se hace referencias a los artículos antes mencionados, porque en el primero se regirá los principios bajo los cuales se regirá la seguridad social y el segundo el nivel de obligatoriedad y financiamiento del Seguro Social Campesino para los fines que persigue.

Y finalmente, según (Ecuador, Ley Orgánica de Salud, 2011), en lo referente a los derechos de todas las personas sin discriminación alguna, detalla lo siguiente en los siguientes literales:

“i) Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten;

j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;

k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los

servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida”

## **2.2.f) METODOLOGÍA**

Para proceder con el Estudio de la Población afiliada al Seguro Social campesino a nivel del Cantón Paltas, se procedió al Uso del Programa Redatam, el mismo que arrojó que la población (Universo) del cantón es de 2589 personas.

Se manejará de la siguiente manera:

- Acceda al Programa Redatam
- Abra la base del Censo de Población y Vivienda 2010.
- Tome la variable p35 (Aporte o afiliación a la Seguridad Social)
- A través de Selección geográfica tome el cantón Paltas
- Guarde la aplicación en una carpeta de su preferencia
- Luego, trasládese nuevamente a la ventana donde despliega lo guardado,
- Y finalmente, una vez ubicado el archivo (tipo sel), seleccione abrir y obtendrá el dato específico (2589).



Posteriormente para determinar la muestra por parroquia rural del cantón, se procedió de la misma forma descrita anteriormente, donde por comprobación a través del factor de muestreo se determina el número exacto de encuestas a aplicar en cada una de las parroquias.

#### Procedimiento

Dado que:

- Población Total(U): 10.437
- Muestra (n): 371

$$\text{Factor de Muestreo} = \frac{n}{U}$$

$$\text{Factor de Muestreo} = 0.036$$

Para el cumplimiento de los objetivos de la investigación planteada, se medirá la Efectividad de la Atención Primaria de Salud, a través de las características que la describen, la Oportunidad en base a las circunstancias favorables al paciente, al tratamiento de las transferencias y a la entrega de medicamentos desde los dispensarios con el surtimiento completo o parcial de los mismos, y finalmente la aceptabilidad de la

atención, a través de la organización de los servicios y la atención brindada en los dispensarios.

Siendo la Efectividad y Oportunidad, dos atributos de la Atención Médica, éstos se medirán a través de los Indicadores de Proceso, los mismos que contemplan el accionar sanitario y la interacción entre el personal médico y el paciente.

## **1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. DE ACUERDO A LA INTERVENCIÓN DEL INVESTIGADOR EN LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1.1. OBSERVACIONAL**

Es de tipo observacional, debido a que se van a estudiar hechos que ya se han presentado y que han sido resultado de diferentes eventos. Es decir hechos como la forma en que fue otorgada la atención médica, bajo situaciones con el trato recibido, información proporcionada, surtimiento de medicamentos, oportunidad de la atención médica y organización de los servicios. Casos que aquejan e imposibilitan el poder brindar una atención Médica de Calidad a la familia rural del Cantón Paltas.

## **1.2. DE ACUERDO A LAS FUENTES DE CONSULTA**

### **1.2.1. BIBLIOGRÁFICA**

Se procederá a la revisión bibliográfica con el objeto de revisar documentos como: “La Seguridad Social en el Ecuador, Historia y Cifras” y un referente adicional con cuestiones generales como “Incertidumbre económica, seguros sociales, solidaridad y responsabilidad fiscal”. Además se tomará en cuenta un documento acerca de los “Principales problemas de los servicios del sector salud” y si la institución lo amerita (Seguro Social Campesino) reportes mensuales sobre las principales causas de morbilidad del Cantón Paltas.

### **1.2.2. DE CAMPO**

Se considera de campo porque se obtiene de la información de fuentes primarias, es decir de donde se origina la información (en los dispensarios), para este caso se la obtiene mediante la aplicación del Cuestionario de la Encuesta.

## **2. MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1. MÉTODO INDUCTIVO**

Se procederá con el Método Inductivo, partiendo con la observación de fenómenos particulares que determinan la calidad de la Atención Primaria de Salud (APS) y su aporte con la efectividad y oportunidad de la Atención médica otorgada a la población rural del Cantón Paltas, que permitirá explicar la situación global del Seguro Social Campesino sobre su funcionamiento a través de los dispensarios existentes, de modo que una vez analizados los datos se pueda definir y tener claro el nivel de percepción de la APS otorgada a los afiliados y sus dependientes.

### **2.2. MÉTODO DE ANÁLISIS**

Basado en la identificación de la Efectividad y Oportunidad, que son variables del accionar sanitario y que a la vez son consecuencia de las características de la Atención Primaria de Salud que al relacionarse con el objeto de estudio como es la calidad de la atención otorgada por el Seguro Social Campesino, “permiten establecer una relación de causa y efecto” de tal atención proporcionada, según (KRISTELL).

### **3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.1. TÉCNICAS**

##### **3.1.1. Encuesta**

Se aplicará la Encuesta a los jefes de Hogar de las parroquias rurales del cantón Paltas (9 parroquias), con el propósito de conocer el nivel de satisfacción que tiene la población que está afiliada al Seguro Social Campesino y la eficiencia de los servicios con los que llega a la comunidad cubierta por tal sistema.

##### **3.1.2. Estadística**

Para el despliegue del Cuadro N° 2, correspondiente a los afiliados al Seguro Social Campesino se utilizará el Programa de Procesamiento de Base de Datos IBM COGNOS CONNECTION, el mismo que permitirá el acceso y manipulación de la base de datos, donde se obtendrá los correspondientes a la población del Cantón Paltas entre dependientes, afiliados, jubilados activos y jubilados pensionistas del Seguro Social Campesino.

## **3.2. INSTRUMENTOS**

### **3.2.1. Cuestionario para la Encuesta**

Será aplicado para recabar información confiable que permita conocer el nivel de satisfacción que presentan las familias, respecto de la Atención Médica que otorga el Seguro Social Campesino. Se ubica en el Anexo 1.

### **3.2.2. Base de datos**

Se usará la base de datos denominada CPV2010 (Censo de Población y Vivienda 2010), proporcionada por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), a través del sistema integrado de consultas y que será manipulada con el programa Redatam.

## **4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **4.1. POBLACIÓN**

Para determinar la Población rural que está cubierta por el Seguro Social Campesino se procederá a la revisión de la Base de Datos Interna del

IESS, que mediante el procesamiento a través del Programa de Procesamiento de Base de Datos IBM COGNOS CONECTION, arroja que la población del Cantón Paltas dependiente, afiliado, jubilado activo y jubilado pensionista del Seguro Social Campesino, es de 10.437 en el año 2013.

**Tabla 10: Población del cantón Paltas cubierta por el Seguro Social Campesino**

<b>PALTAS</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	<b>AFILIADO</b>	<b>JUBILADO ACTIVO</b>	<b>JUBILADO PENSIONISTA</b>	<b>TOTAL</b>
(Parroquias)	Pob(num)	Pob(num)	Pob(num)	Pob(num)	Pob(num)
CATACOCCHA	853	220	102	37	1212
LOURDES	1.575	482	88	41	2.186
CANGONAMÁ	286	107	33	10	436
GUACHANAMÁ	1.641	525	92	30	2.288
LAURO GUERRERO	323	122	20	12	477
ORIANGA	995	369	15	12	1.391
SAN ANTONIO	278	78	23	3	382
CASANGA	127	47	15	4	193
YAMANA	1.332	373	126	41	1.872
	<b>7.410</b>	<b>2.323</b>	<b>514</b>	<b>190</b>	<b>10.437</b>

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos Interna del IESS 2013.

## 4.2. MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se considerará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

**n:** Tamaño de la muestra

**N:** Población universal (Total de la Población Beneficiada)

**Z:** Nivel de confianza (1.96 al cuadrado si la seguridad es del 95%)

**p:** Proporción esperada (0.5)

**q:** 1-p, Margen de error (en este caso es 1- 0.5=0.5)

**e:** Precisión ( para este caso con 0.05)

$$n = \frac{(10437 * (1,96)^2 (0.5) * (0.5))}{(0.05)^2 * (10437 - 1) + (1,96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$n = 371 \text{ (Encuestas)}$$

Hay que aclarar que sólo se considera la población total beneficiada (10.437) que está cubierta o tiene acceso al Seguro Social Campesino.



#### 4.2.1. SEGMENTACIÓN DE LA MUESTRA

Finalmente para el cálculo del número de encuestas a aplicarse por parroquia, se aplica el factor de muestreo (0.036) que multiplicado por la población cubierta de cada parroquia, se obtiene la siguiente muestra:

**Tabla 11: Encuestas a Aplicarse en cada Parroquia del Cantón Paltas**

<b>PARROQUIAS DEL CANTÓN PALTAS</b>		
<b>MUESTRAS DE....</b>	<b>Población Afiliada al SSC</b>	<b>Población a Encuestar en cada Parroquia</b>
Catacocha	1212	43
Lourdes	2186	78
Cangonamá	436	15
Casanga	193	7
Guachanamá	2288	81
Lauro Guerrero	477	17
Orianga	1391	49
San Antonio	382	14
Yamana	1872	66
<b>TOTAL</b>	<b>10437</b>	<b>371</b>

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos Interna del IESS 2013.

a) TEMA:	85
b) <i>PROBLEMÁTICA</i> .....	86
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	86
2. ALCANCE DEL PROBLEMA.....	89
3. EVALUACIÓN DEL PROBLEMA .....	90
4. PREGUNTAS DIRECTRICES .....	91
c) <i>JUSTIFICACIÓN</i> :.....	92
d) <i>OBJETIVOS</i> .....	93
e) <i>MARCO TEÓRICO</i> .....	95
1. ANTECEDENTES O MARCO REFERENCIAL .....	95
2. <i>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</i> .....	96
2.1. <b>CANTÓN PALTAS</b> .....	96
2.1.1. HISTORIA.....	96
2.1.2. ASPECTOS POLÍTICOS Y ADMINISTRATIVOS .....	97
2.1.3. ASPECTOS FÍSICOS.....	97
2.1.4. ASPECTOS ECONÓMICOS .....	98
2.2. <i>INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD</i> .....	98
2.2.1. INDICADORES DE ESTRUCTURA .....	99
2.2.2. INDICADORES DE PROCESO .....	99
2.2.3. INDICADORES DE RESULTADO .....	99
2.3. <i>CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA</i> .....	100
2.3.1. PROPIEDADES DE UNA ATENCIÓN MÉDICA DE CALIDAD .....	101
2.4. <i>NIVELES DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD</i> .....	102
2.4.1. NIVELES DE ATENCIÓN .....	102
2.4.1.1. Primer nivel .....	102
2.4.1.2. Segundo nivel de atención .....	103
2.4.1.3. Tercer nivel de atención.....	103
2.4.2. PREVENCIÓN.....	103
2.4.2.1. NIVELES DE PREVENCIÓN.....	104
2.4.2.1.1. Prevención Primaria.....	104
2.4.2.1.2. Prevención Secundaria .....	104
2.4.2.1.3. Prevención Terciaria.....	105
2.5. <i>ESTADO DE BIENESTAR</i> .....	106
2.6. <i>ENFOQUES DE LA SEGURIDAD SOCIAL</i> .....	107
2.6.1. NEOLIBERALISMO.....	107

<b>2.6.2. CAPITALISMO</b> .....	<b>108</b>
2.6.3.SOCIALISMO.....	109
<b>2.7. SISTEMA CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO</b> .....	<b>109</b>
<b>2.7.1. CONTRIBUTIVO</b> .....	<b>109</b>
2.7.1.1. Seguro de Riesgos del Trabajo.....	110
2.7.1.2. El Seguro de Pensiones.....	110
2.7.1.3. Seguro General de Salud Individual y Familiar .....	111
<b>2.7.2.NO CONTRIBUTIVO</b> .....	<b>111</b>
<b>2.7.2.1.SEGURO CAMPESINO</b> .....	<b>111</b>
<b>2.7.2.1.1.Cobertura</b> .....	<b>112</b>
<b>2.7.2.1.2.Financiamiento</b> .....	<b>112</b>
<b>2.7.2.1.3.Afiliación</b> .....	<b>113</b>
<b>2.7.2.1.4.Jubilación por Vejez</b> .....	<b>114</b>
<b>2.7.2.1.5.Jubilación por Invalidez</b> .....	<b>116</b>
<b>2.7.2.1.6.Salud y Maternidad</b> .....	<b>116</b>
<b>2.7.2.1.7.Auxilio para Funerales</b> .....	<b>119</b>
3. <b>FUNDAMENTACIÓN LEGAL</b> .....	<b>119</b>
f) <b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>122</b>
1. <b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>124</b>
<b>1.1. DE ACUERDO A LA INTERVENCIÓN DEL INVESTIGADOR EN LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>124</b>
<b>1.1.1. OBSERVACIONAL</b> .....	<b>124</b>
<b>1.2. DE ACUERDO A LAS FUENTES DE CONSULTA</b> .....	<b>125</b>
<b>1.2.1.BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>125</b>
2. <b>MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>126</b>
<b>2.1. MÉTODO INDUCTIVO</b> .....	<b>126</b>
<b>2.2. MÉTODO DE ANÁLISIS</b> .....	<b>126</b>
3. <b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> 127	
<b>3.1. TÉCNICAS</b> .....	<b>127</b>
3.1.1. Encuesta.....	127
3.1.2. <i>Estadística</i> .....	127
<b>3.2. INSTRUMENTOS</b> .....	<b>128</b>
3.2.1. Cuestionario para la Encuesta .....	128
3.2.2. Base de datos.....	128
4. <b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b> .....	<b>128</b>

<b>4.1. POBLACIÓN .....</b>	<b>128</b>
<b>4.2. MUESTRA .....</b>	<b>130</b>
<b>4.2.1. SEGMENTACIÓN DE LA MUESTRA.....</b>	<b>131</b>
f) <i>ESQUEMA DE CONTENIDOS .....</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
g) <i>CRONOGRAMA .....</i>	<i>135</i>
h) <i>PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....</i>	<i>137</i>
i) <i>BIBLIOGRAFÍA.....</i>	<i>139</i>

**f) CRONOGRAMA**

Para el desarrollo de la investigación propuesta, se asignará un periodo de nueve meses (octubre 2013 a Junio 2014) a partir de la aprobación de Proyecto de Tesis.

**12: Cronograma de Actividades**

		CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																																											
		abr-13				may-13				jun-13				jul-13				ago-13				sep-13				oct-13				nov-13				dic-13				ene-14				feb-14			
Nº	ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Elección del tema.																																												
2	Elaboración del Proyecto de Tesis																																												
3	Aprobación del Proyecto de Tesis																																												
4	Elaboración de instrumentos																																												
5	Prueba piloto																																												
6	Elaboración del marco teórico																																												
7	Recolección de datos																																												
8	Procesamiento de datos																																												
9	Análisis de resultados																																												
10	Elaboración de conclusiones																																												
11	Planteamiento de las recomendaciones																																												
12	Elaboración de la discusión																																												
13	Revisión y corrección de la Tesis																																												
14	Elaboración de informes																																												
15	Presentación de la Tesis																																												
	Final.																																												

Elaboración: El Autor.

N°	ACTIVIDADES	mar-14				abr-14				may-14				jun-14			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Elección del tema.																
2	Elaboración del Proyecto de Tesis																
3	Aprobación del Proyecto de Tesis																
4	Elaboración de instrumentos																
5	Prueba piloto																
6	Elaboración del marco teórico																
7	Recolección de datos																
8	Procesamiento de datos																
9	Análisis de resultados																
10	Elaboración de conclusiones																
11	Planteamiento de las recomendaciones																
12	Elaboración de la discusión																
13	Revisión y corrección de la Tesis																
14	Elaboración de informes																
15	Presentación de la Tesis Final.																

Elaboración: El Autor.

## g) PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Tabla 13: Presupuesto

CANTIDAD	CONCEPTOS DE RUBRO DE GASTOS	VALOR UNITARIO \$	VALOR TOTAL (\$)
	<b>a) ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS</b>		
4	Impresiones del Proyecto	4	16
	<b>Material de escritorio</b>		
4	Perfiles	0,6	2,4
	<b>Otros</b>		
250	Horas de internet	0,7	175
<b>Subtotal 1</b>			<b>193,4</b>
	<b>b) ELABORACIÓN DE TESIS</b>		
	<b>Impresiones</b>		
371	Impresión de Encuestas	0,03	11,13
3	Impresión de borradores	6,75	20,25
	<b>Materiales de Oficina</b>		
6	Esferos	0,3	1,8
4	Tableros	3,5	14
	<b>Aplicación de la Encuesta</b>		
15	Prueba piloto	0,05	0,75
371	Encuestas aplicadas	1	371
371	Tabulación de Encuestas	0,05	18,55
	<b>Transporte</b>		
28	Galones combustible	1,5	42
	<b>Alimentación</b>		
19	Almuerzos	2,5	47,5
19	Botellas de agua	0,35	6,65
	<b>Llamadas Telefónicas</b>		
4	Recargas claro	6	24
	<b>Gastos administrativos</b>		
4	Derechos para certificados	5	20
4	Derechos para legalizaciones	0,25	1
	<b>Otros</b>		
50	Horas de internet	0,7	35
	<b>Imprevistos</b>		30,6815
<b>Subtotal 2</b>			<b>613,63</b>
<b>TOTAL</b>			<b>807,03</b>

Elaboración: El autor.

**Tabla 14: Financiamiento**

<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO</b>	<b>% DE FINANCIAMIENTO</b>	<b>VALOR (\$)</b>
Investigador (Autofinanciamiento)	100%	807,03
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>807,03</b>

Elaboración: El autor.

El financiamiento del presente proyecto de investigación se realizará en un 100% con recursos propios.



## h) BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE G, H. (s.f.). *Administración de la Calidad de la Atención Médica*.  
Obtenido de <http://bvs.insp.mx/articulos/2/3/01112000.pdf>

Cepal. (2007). *Reformas de Salud y su Impacto en la Seguridad Social*.  
Obtenido de <http://www.eclac.org>

Dirección General de Evaluación del Desempeño, Estados Unidos de  
Mexico. (s.f.). *Manual de Indicadores de Servicios de Salud*.  
Recuperado el 22 de Julio de 2013, de  
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/Manual-ih.pdf>

Ecuador. (22 de Julio de 2011). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de  
<http://web2.congope.gob.ec/ambiente/sites/default/files/files/normativa/LEY%20ORGANICA%20DE%20SALUD.pdf>

Ecuador. (s.f.). *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*. Obtenido de  
<http://www.iess.gob.ec>

Ecuador, A. C. (2008). *Constitución* .

ECUADOR, I. (6 de Mayo de 2013). *Seguro Campesino*. Obtenido de  
<http://www.iess.gob.ec>

España, G. d. (s.f.). *Aula de la Seguridad Social*. Obtenido de  
<http://www.seg-social.es>

- Fondo Nacional de Salud, C. (Noviembre de 2009). *Fondo Nacional de Salud - Chile*. Obtenido de <http://www.paho.org/chi/index.php?>
- GONZALEZ, L., & Esperanza, G. (2012). Calidad de la Atención Médica: La diferencia entre la vida o la Muerte. *Revista Digital Universitaria*, 7.
- GUERRERO, P. (30 de Enero de 2013). *Calificación en la Gestión*. Obtenido de <http://www.iess.gob.ec/>
- IESS, E. (Julio de 2013). *Institución*. Obtenido de Presupuesto Anual 2012: <http://www.iess.gob.ec/es/presupuesto-ano/>
- Irma, B., & VINUEZA, M. (2007). *Estudio para la Optimización y Mejoramiento de la Calidad de Atención de Consulta Externa del Hospital del IESS de la ciudad de Riobamba*. Obtenido de <http://repositorio.espe.edu.ec/handle/21000/1284>
- JIMENEZ, R. E. (2004). *Indicadores de Calidad y Eficiencia de los Servicios Hospitalarios, Una Mirada Actual*. Obtenido de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_1\\_04/spu04104.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/spu04104.pdf)
- KRISTELL, A. (s.f.). *Métodos de la Investigación*. Obtenido de <http://www.slideshare.net/kriss2505/tipos-de-metodos-de-investigacion>
- LOPEZ PAREDES, R. (Febrero de 2010). *Programa de Formación de Líderes Comunitarios, en Promoción Social, Salud y Seguridad Social*. Obtenido de <http://www.uasb.edu.ec>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 9. (2012). *Modelo de Atención Integral del Sistema*.

OMS. (1946). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.biblio.juridicas.unam.mx>

PERREIRA, J. (s.f.). *Acreditaciones en Salud*.

SARAGURO, M. (Diciembre de 2011). *REVISTA TURÍSTICA: IDENTIDAD CULTURAL DEL CANTÓN PALTAS*. Obtenido de <http://www.dspace.ups.edu.ec/>

SASSO, J. (Enero de 2011). *La Seguridad Social en el Ecuador, Historia y Cifras*. Obtenido de <http://www.flacsoandes.org>

VIGNOLO, J., VACAREZZA, M., & ALVAREZ, C. y. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*.

## ANEXO 2

### ENCUESTA



#### UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**Estimado encuestado(a):** Objetivo: Obtener información sobre la efectividad y oportunidad de la Atención Médica que ofrece el Seguro Social Campesino a la Población del Cantón Paltas, además de cumplir un requisito formal de realización de Tesis. Solicitamos a usted se digne contestar las siguientes preguntas con la mayor veracidad posible y sírvase contestar únicamente lo que se pide.

Carrera: Economía

ENCUESTA N°

1.-¿A qué organización del Seguro Campesino pertenece usted?.....

2.-El dispensario médico al que ud acude, ¿dónde se encuentra ubicado?

1  Limón 1    2  San Vicente Río    3  Ningomine    4  Yamana    5  Limón 2

#### SECCIÓN 1:

Interrogantes para evaluar la Efectividad de la Atención Médica

3.- Visita usted los dispensarios del Seguro Campesino, cuando:

1  Presenta primeros síntomas    3  Está grave  
2  Presenta leves molestias    4  Por Control.

4.- ¿Cree ud que el médico se preocupa por aclararle todas sus dudas sobre su enfermedad?

1  Siempre    2  Casi siempre    3  A veces    4  Nunca

5.-¿Le han recetado el medicamento adecuado para su caso o dolencia?

1  Si    2  no

6.- Durante el dialogo con el médico, el tiempo en ser atendido fue de:

1  0 a 15 minutos    2  16 a 45 minutos    3  Más de 45 minutos

#### SECCIÓN 3:

Interrogantes para evaluar el Gasto Sanitario por entrega de medicina

7.- ¿Le han dado todos los medicamentos recetados?

1  Si    2  No

8.- ¿Alguna vez ha tenido que comprarlos? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No		Siga Preg 10
9.- El gasto por la compra de medicamentos fue de: \$.....		
10.- ¿El médico le ha establecido citas programadas sobre su dolencia? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No		
11.- El personal médico, ¿Ha coordinado campañas preventivas con su organización? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No		
<b>SECCIÓN 2:</b>	Interrogantes para evaluar la Oportunidad de la Atención Médica	
12.- Cuando ha visitado el dispensario, ¿Le han sido favorables las siguientes situaciones?		
1 <input type="checkbox"/> Personal disponible en el dispensario	3 <input type="checkbox"/> Medicamento disponible	5 <input type="checkbox"/> Calidez del Personal
2 <input type="checkbox"/> Rapidez en la actuación del personal	4 <input type="checkbox"/> Camillas, silla de ruedas	
13.- ¿Alguna vez ha sido transferido a otra casa de salud?		1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no Siga a Preg.16
14.- La transferencia desde el dispensario se efectúa de forma:		
1 <input type="checkbox"/> Inmediata	2 <input type="checkbox"/> Previa evaluación del Médico	3 <input type="checkbox"/> Aplazan la transferencia
15.- Cuando cogió un turno en el seguro general, le han dado la cita para:		
1 <input type="checkbox"/> El día	3 <input type="checkbox"/> Dentro de 15 días	
2 <input type="checkbox"/> Dentro de una semana	4 <input type="checkbox"/> Hasta después de un mes	
<b>SECCIÓN 4:</b>	Interrogante sobre la Percepción de la Atención Recibida	
16.- La atención que usted recibe en el Seguro Campesino es:		
1 <input type="checkbox"/> Buena	2 <input type="checkbox"/> Regular	3 <input type="checkbox"/> Mala
17.- ¿Qué considera que hace falta en los dispensarios del Seguro Campesino?		
1 <input type="checkbox"/> Tanques de oxígeno	4 <input type="checkbox"/> Balanza para bebés	
2 <input type="checkbox"/> Nebulizadores	5 <input type="checkbox"/> Prótesis dentales	
3 <input type="checkbox"/> Mayor cantidad de medicina	6 <input type="checkbox"/> Ambulancia	

## **ANEXO 3**

### **ENTREVISTA**

Dirigida a la presidenta central de las organizaciones afiliadas al Seguro Social Campesino, correspondientes al cantón Paltas, para la coordinación y levantamiento del cuestionario de encuesta dirigido a los afiliados que se benefician de la atención médica.

**Entrevistada:** Narcisa Revolledo

**Residencia:** Yamana

**Dirección domiciliaria:** Frente al Dispensario del Seguro Social Campesino.

### **INTERROGANTES**

- 1.- ¿Podemos coordinar una reunión con los presidentes de cada organización?
- 2.- ¿Podría colaborarnos en la transmisión del mensaje sobre el motivo de las encuestas a cada presidente de las organizaciones?
- 3.- ¿Se podría fijar una fecha para la reunión de los afiliados que serán encuestados?
- 4.- ¿Existe la posibilidad de que todos quienes sean convocados lleguen a proporcionar los datos, para proceder a levantar la información detallada en la encuesta?

## ANEXO 4

### CÁLCULO DE LA TASA DE CRECIMIENTO DE LA COBERTURA DEL IESS

$$TCCSS = \frac{N_t - N_{t-1}}{N_{t-1}}$$

$$TCCSS = \frac{2'832.970 - 2'520.594}{2'520.594}$$

$$TCCSS = 12.39\%$$

$$TCPB_{ssc} = \frac{N_t - N_{t-1}}{N_{t-1}}$$

$$TCPB_{ssc} = \frac{1'142.411 - 1'119.736}{1'119.736}$$

$$TCCSS = 2.03\%$$

### CÁLCULO DE LA TASA GLOBAL DE COBERTURA DEL IESS O ÍNDICE DE COBERTURA

$$\text{Indice de Cobertura} = \frac{\text{Número de Cubiertos por el IESS}}{\text{PEA en el año t}}$$

$$\text{Indice de Cobertura} = \frac{2'832.970}{8'278.922}$$

$$\text{Indice de Cobertura} = 34.22\%$$

## ANEXO 5

### NÚMERO DE AFILIADOS POR PARROQUIA, LA ORGANIZACIÓN A LA QUE PERTENCEN Y EL DISPENSARIO AL QUE ACUDEN

<b>PARROQUIAS DEL CANTÓN PALTAS</b>				
<b>Urbanas y rurales</b>	<b>Población Afiliada al SSC</b>	<b>N° de jefes de familia</b>	<b>Organización</b>	<b>Dispensario al que acuden</b>
Catacocha	1.212	43	Ningomine	Ningomine
Lourdes	2.186	78	San Vicente	San Vicente
Cangonamá	436	15	Tunaspamba	Yamana
Casanga	193	7	Macadamice	Yamana
Guachanamá	2.288	81	Bramaderos	Limón 1
Lauro	477	17	Santa Cecilia	Yamana
Guerrero				
Orianga	1.391	49	Santa Lucia	Limón 2
San Antonio	382	14	San Antonio	Yamana
Yamana	1.872	66	Yamana	Yamana
<b>TOTAL</b>	<b>10.437</b>	<b>371</b>	<b>9</b>	<b>5</b>

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos Interna del IESS 2013.



## ANEXO 6

### CÁLCULO DE INDICADORES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LOS DISPENSARIOS DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO

#### De las consultas efectuadas al año

N° CONSULTAS EN DISPENSARIOS DEL CANTÓN PALTAS		
MES	PACIENTES	
	2012	2013
Enero	1045	1437
Febrero	1080	939
Marzo	1492	1240
Abril	1557	1212
Mayo	1427	1322
Junio	1047	1498
Julio	1087	1578
Agosto	1003	1468
Septiembre	930	1416
Octubre	1545	1565
Noviembre	1004	1212
Diciembre	747	674
<b>Total Consultas</b>	<b>13.964</b>	<b>15.561</b>

Elaboración: El autor.

Fuente: Informes acumulados del Seguro Social Campesino-Loja,  
2012- 2013.

#### Para el 2012

$$\text{Promedio diario de consultas} = \frac{\text{Número total de consultas en el año}}{\text{Número de días laborables al año}}$$

$$\text{Promedio diario de consultas} = \frac{13964}{240}$$

$$\text{Promedio diario de consultas} = 58$$

$$\text{Promedio de consultas por hora} = \frac{\text{Promedio diario de consultas}}{\text{Horas médico trabajadas en el día}}$$

$$\text{Promedio de consultas por hora} = \frac{58}{8}$$

$$\text{Promedio de consultas por hora} = 7,27$$

Para el 2013

$$\text{Promedio diario de consultas} = \frac{\text{Número total de consultas en el año}}{\text{Número de días laborables al año}}$$

$$\text{Promedio diario de consultas} = \frac{15.561}{240}$$

$$\text{Promedio diario de consultas} = 65$$

$$\text{Promedio de consultas por hora} = \frac{\text{Promedio diario de consultas}}{\text{Horas médico trabajadas en el día}}$$

$$\text{Promedio de consultas por hora} = \frac{65}{8}$$

$$\text{Promedio de consultas por hora} = 8,10$$

## Tiempo dedicado a la consulta

### Para 2012

$$\text{Tiempo Promedio por consulta} = \frac{60 \text{ minutos}}{\text{Promedio de consultas por hora}}$$

$$\text{Tiempo Promedio por consulta} = \frac{60 \text{ minutos}}{7,27}$$

$$\text{Tiempo Promedio por consulta} = 8,25 \text{ minutos}$$

### Para 2013

$$\text{Tiempo Promedio por consulta} = \frac{60 \text{ minutos}}{\text{Promedio de consultas por hora}}$$

$$\text{Tiempo Promedio por consulta} = \frac{60 \text{ minutos}}{8,10}$$

$$\text{Tiempo Promedio por consulta} = 7,40 \text{ minutos}$$

### N° Campañas ejecutadas al año

<b>EDUCACIÓN PARA LA SALUD</b>		
Mes	<b>Fomento de Prevención (Campañas)</b>	
	2012	2013
Enero	36	17
Febrero	28	17
Marzo	20	16
Abril	25	10
Mayo	28	19
Junio	19	23
Julio	14	26
Agosto	15	21
Septiembre	7	15
Octubre	11	18
Noviembre	11	18
Diciembre	10	10
Total campañas al año	224	210
Promedio mensual	19	18

Elaboración: El autor.

Fuente: Informes acumulados del Seguro Social Campesino-Loja,  
2012- 2013.

## Satisfacción de los beneficiarios

Proporción de beneficiarios que abandonan el sistema

$$= \frac{\text{Total bajas en un período (año)}}{\text{Total beneficiarios cubiertos en el período}} \times 100$$

$$= \frac{\text{Total bajas en un período (año)}}{\text{Total beneficiarios cubiertos en el período}} \times 100$$

$$= \frac{224}{10437}$$

$$= 2,15\%$$

## ANEXO 7

### INFORMACIÓN RECOPIADA CON LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

#### Pregunta N° 3

Circunstancias por las que acude el afiliado	Frec.	%
Presenta Primeros síntomas	101	27,2
Presenta leves molestias	108	29,1
Cuando esta grave	52	14,0
Por control	110	29,6
Total	371	100,0

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta Aplicada, 2013.

#### Pregunta N° 4

Afiliados satisfechos por la consulta	Frec.	%
Siempre	236	63,6
Casi siempre	106	28,6
A veces	24	6,5
Nunca	5	1,3
Total	371	100,0

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta Aplicada, 2013.

#### Pregunta N° 5

Afiliados satisfechos por el medicamento suministrado	Frec.	%
Si	298	80,3
No	73	19,7
Total	371	100,0

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta Aplicada, 2013.

### Pregunta N° 6

Afiliados que afirma la demora en la consulta	Frec.	%
0 a 15 minutos	147	39,6
16 a 45 minutos	200	53,9
Mas de 45 minutos	24	6,5
Total	371	100,0

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta Aplicada, 2013.

### Pregunta N° 7

Afiliados satisfechos por entrega de medicina en dispensarios	Frec.	%
Si	154	41,5
No	217	58,5
Total	371	100,0

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta Aplicada, 2013.

### Pregunta N° 9

Gasto Sanitario Promedio por paciente	Mínimo	Máximo	Media
Dólares (\$)	3,00	100,00	22,0046

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta Aplicada, 2013.

### Pregunta N° 10

Afiliados que afirman la asignación de citas programadas	Frec.	%
Si	301	81,1
No	70	18,9
Total	371	100,0

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta Aplicada, 2013.

### Pregunta N° 11

Afilados que afirman adopción de campañas de prevención	Frec.	%
Si	263	70,9
No	108	29,1
<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta Aplicada, 2013.

### Pregunta N° 12

Afilados que aducen situaciones a su favor	Opciones	Frec.	%
Personal disponible	Si	313	84,4
	No	58	15,6
<b>Total</b>		<b>371</b>	<b>100,0</b>
Rapidez en la actuación	Si	207	55,8
	No	164	44,2
<b>Total</b>		<b>371</b>	<b>100,0</b>
Medicamento disponible	Si	81	21,8
	No	290	78,2
<b>Total</b>		<b>371</b>	<b>100,0</b>
Camillas, silla de ruedas	Si	66	17,8
	No	305	82,2
<b>Total</b>		<b>371</b>	<b>100,0</b>
Calidez del personal	Si	223	60,1
	No	148	39,9
<b>Total</b>		<b>371</b>	<b>100</b>

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta Aplicada, 2013.



**Pregunta N° 13**

Afiliados que afirman haberles concedido cambio de nivel asistencial	Frec.	%
Si	196	52,8
No	175	47,2
Total	371	100,0

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta Aplicada, 2013.

**Pregunta N° 14**

Afiliados que afirman tratamiento de su transferencia	Frec.	%
Inmediata	64	17,3
Previa evaluación del médico	119	32,1
Aplazan la transferencia	13	3,5
Total	194	52,8

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta Aplicada, 2013.

**Pregunta N° 15**

Afiliados que afirman la espera para la cita médica.	Frec.	%
El día	31	8,4
Dentro de una semana	42	11,3
Dentro de 15 días	56	15,1
Hasta después de un mes	67	18,1
Total	194	52,87

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta Aplicada, 2013.

**Pregunta N° 16**

Percepción de los Afiliados sobre atención recibida	Frec.	%
Buena	200	53,9
Regular	164	44,2
Mala	7	1,9
Total	371	100,0

Elaboración: El autor.

Fuente: Base de datos de Encuesta Aplicada, 2013.

## ÍNDICE

PORTADA.....	<i>i</i>
CERTIFICACIÓN.....	<i>ii</i>
AUTORÍA.....	<i>iii</i>
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	<i>iv</i>
DEDICATORIA .....	<i>v</i>
AGRADECIMIENTO .....	<i>vi</i>
a. TÍTULO.....	1
b. RESUMEN.....	2
abstract .....	5
c. INTRODUCCIÓN.....	8
d. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	12
e. MATERIALES Y METODOS.....	36
f. RESULTADOS.....	43
g. DISCUSIÓN.....	61
h. CONCLUSIONES.....	73
i. RECOMENDACIONES.....	77
j. BIBLIOGRAFÍA.....	80
k. ANEXOS.....	84
ÍNDICE.....	156