

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**



**FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA**

**TEMA:**

**“ACCESIBILIDAD DE LAS COMUNIDADES RURALES DISPERSAS DE  
MERIDIANO Y PLAYA RICA AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL  
CENTRO DE SALUD NANEGAL – JUNIO A DICIEMBRE 2016”**

**TESIS DE GRADO**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**

**MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN EN  
SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD**

**AUTOR:**

**N.D. IRENE EULALIA ESCUDERO PADILLA**

**TUTOR:** JORGE LUIS PEÑAHERRERA YÁNEZ MD. MPH

**DIRECTOR:** EDGAR WILSON ROJAS GONZÁLEZ MD. MPH

**QUITO, OCTUBRE 2018**

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **IRENE EULALIA ESCUDERO PADILLA**, C.C. 060477913-2 autora del trabajo de graduación titulado: **“ACCESIBILIDAD DE LAS COMUNIDADES RURALES DISPERSAS DE MERIDIANO Y PLAYA RICA AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD NANEGAL – JUNIO A DICIEMBRE 2016”** previa a la obtención del grado académico de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD**, en el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina:

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

2.- Autorizo, a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador difundir a través, del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 30 de octubre de 2018

Irene Eulalia Escudero Padilla

C.C. 060477913-2

## DEDICATORIA

A mi familia que son el aliento, la inspiración y el motor fundamental de mi vida.

La Autora

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal docente y administrativo del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por la oportunidad brindada para la capacitación, educación y crecimiento profesional.

Al personal del Distrito 17D01 – Nanegal a Gualea - Salud, Centro de Salud Nanegal y Comité Local de Salud de Nanegal 2016, por su colaboración, apoyo y compromiso en el desarrollo de esta investigación.

A mis jefes, autoridades, amigos y conocidos que siempre estuvieron presentes con sus palabras, acciones de apoyo y consideración para sacar adelante el presente trabajo.

La Autora

## ABREVIATURAS

<b>SRC:</b>	Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
<b>APS:</b>	Atención Primaria en Salud.
<b>IESS:</b>	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
<b>INEC:</b>	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
<b>MSP:</b>	Ministerio de Salud Pública.
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>MAIS:</b>	Modelo de Atención Integral en Salud
<b>SNS:</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>LOSNS:</b>	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
<b>RPIS:</b>	Red Pública Integral de Salud
<b>PLS:</b>	Plan Local de Salud

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Presentación .....	14
2.	Planteamiento del Problema.....	19
3.	Marco Conceptual .....	24
3.1.	El Sistema Nacional de Salud.....	24
3.2.	El Sistema Nacional de Salud y el Primer Nivel de Atención.....	25
3.2.1.	Estructura Organizativa del primer Nivel de Atención .....	26
3.3.	Calidad de los Servicios de Salud.....	27
3.4.	Modelo de Atención Integral en Salud.....	28
3.4.1.	La Atención Primaria de Salud Renovada.....	29
3.4.2.	Equipos de Atención Integral de Salud .....	30
3.5.	Accesibilidad a Servicios de Salud .....	31
3.5.1.	Tipos de Accesibilidad .....	32
3.6.	Sectores Rurales y Accesibilidad al Primer Nivel de Atención .....	35
3.7.	Modelo descriptivo de los problemas de accesibilidad de las comunidades de Meridiano y Playa Rica.....	36
4.	Alternativas de Cambio .....	39
4.1.	Listado de Alternativas.....	39
4.2.	Priorización de Alternativas de Cambio.....	40
5.	Hipótesis de Cambio .....	42
6.	Objetivos .....	43
6.1.	Objetivo General.....	43
6.2.	Objetivos Específicos.....	43
7.	Matriz de Instrucciones Operativas.....	43
8.	Metodología .....	45
8.1.	Tipo de Investigación .....	45
8.2.	Población.....	47

8.2.1.	Universo y Muestra .....	47
8.2.2.	Criterios de Inclusión y Exclusión.....	47
8.3.	Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos.....	47
8.4.	Análisis de Datos .....	48
8.5.	Aspectos Bioéticos.....	48
8.6.	Mapeo de Actores.....	49
8.7.	Listado de Actores .....	49
8.8.	Análisis de Actores .....	50
8.9.	Sociograma.....	50
8.9.1.	Análisis del Sociograma.....	51
8.10.	Equipo de Investigación .....	51
9.	Resultados .....	53
9.1.	De la Evaluación Operativa.....	53
9.1.1.	Adaptar el mecanismo agendamiento para usuarios comunidades lejanas ...	53
9.2.	De la Evaluación Analítica .....	58
9.2.1.	Adaptación mecanismo de agendamiento usuarios comunidades lejanas .....	58
9.2.2.	Gestionar la asignación periódica de una unidad de salud móvil .....	59
10.	Discusión.....	61
11.	Conclusiones.....	65
12.	Recomendaciones.....	66
13.	Bibliografía .....	67
14.	Anexos .....	69

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla No. 1</b>	Acceso a las Unidades de Salud del Distrito de Salud 17D01.....	15
<b>Tabla No. 2</b>	Detalle de Establecimientos de Salud Distrito 17D01.....	15
<b>Tabla No. 3</b>	Distancia y tipo de vías al Centro de Salud de Nanegal .....	17
<b>Tabla No. 4</b>	Prestación de Servicios Centro de Salud de Nanegal por Grupos Etéreos.....	18
<b>Tabla No. 5</b>	Población Comunidad Playa Rica y Meridiano.....	20
<b>Tabla No. 6</b>	Población Grupos Prioritarios Comunidad Playa Rica y Meridiano.....	20
<b>Tabla No. 7</b>	Cobertura Atenciones Preventivas Año 2016.....	22
<b>Tabla No. 8</b>	Estructura Organizacional de Centros de Salud Tipo A .....	27
<b>Tabla No. 9</b>	Criterios de priorización de alternativas de cambio .....	40
<b>Tabla No. 10</b>	Priorización de Alternativas de Cambio .....	42
<b>Tabla No. 11</b>	Matriz de Instrucciones Operativas .....	43
<b>Tabla No. 12</b>	Criterios de Inclusión y Exclusión.....	47
<b>Tabla No. 13</b>	Listado de actores.....	50
<b>Tabla No. 14</b>	Matriz de Operacionalización de la Evaluación Operativa .....	51
<b>Tabla No. 15</b>	Matriz de Operacionalización de la Evaluación Analítica.....	52
<b>Tabla No. 16</b>	Resumen de temas y acuerdos alcanzados en los talleres .....	54
<b>Tabla No. 17</b>	Mecanismo de agendamiento adaptado Meridiano y Playa Rica.....	54
<b>Tabla No. 18</b>	Evaluación de cumplimiento de la aplicación del mecanismo .....	55
<b>Tabla No. 19</b>	Acuerdos entre líderes comunitarios de Meridiano y Playa Rica .....	56
<b>Tabla No. 20</b>	Cronograma de acciones en Meridiano y Playa Rica.....	56
<b>Tabla No. 21</b>	Evaluación de visitas en poblaciones de Meridiano y Playa Rica .....	57
<b>Tabla No. 22</b>	Comparación de número de atenciones de pobladores.....	58
<b>Tabla No. 23</b>	Comparación de la cobertura y concentración de atenciones.....	59

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico No. 1</b> Ubicación geográfica y población asignada del Distrito de Salud 17D01.....	14
<b>Gráfico No. 2</b> Ubicación geográfica de las Comunidades Playa Rica y Meridiano .....	16
<b>Gráfico No. 3</b> Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS .....	28
<b>Gráfico No. 4</b> Factores que influyen en la conformación Equipo de Atención Integral.....	30
<b>Gráfico No. 5</b> Modelo Descriptivo Problemas de Accesibilidad .....	38
<b>Gráfico No. 6</b> Listado de Actores .....	49
<b>Gráfico No. 7</b> Sociograma.....	50

## RESUMEN

El Centro de Salud de Nanegal, ubicado al Noroccidente de la Provincia de Pichincha, presta sus servicios a la población de la parroquia de Nanegal, sin embargo, varias comunidades, sobre todo aquellas alejadas como las de Meridiano y Playa Rica, presentan distintas barreras de acceso a los servicios de salud.

La presente investigación responde a la necesidad de identificar las causas que actualmente impiden a estas dos comunidades acudir al Centro de Salud de Nanegal, abordando las inequidades sociales de dicha población, con el objetivo de establecer estrategias enfocadas en la prevención de enfermedades, accesibilidad y calidad de la atención de los usuarios, coadyuvando de esta forma a que esta población tenga mejores y mayores alcances al sistema de salud.

En este sentido, con el objeto de mejorar la accesibilidad a las prestaciones de salud se aplicó junto con un equipo investigador y actores locales de las comunidades una investigación basada en la metodología de la investigación acción a fin de determinar de manera participativa actividades que mejoren ésta problemática.

Como estrategias de cambio se seleccionaron dos acciones concretas, siendo estas un mecanismo de agendamiento adaptado a las necesidades de la población, brindando servicios de salud a través de brigadas móviles y visitas domiciliarias. Es así como, a partir de la implementación de estas estrategias se obtuvieron resultados favorables entre los que principalmente se destacan: permitió agendar a 103 pacientes de Playa Rica y a 84 pacientes de Meridiano en el segundo semestre del 2016, y de ésta manera, aumentó la tasa de utilización del servicio por parte de los pobladores de esas comunidades con un aumento de 0,12 a 0,26 y de 0,09 a 0,31 respectivamente.

Así mismo, en el segundo semestre del 2016 en la Comunidad de Playa Rica, se logró que las coberturas de actividades preventivas aumenten entre un 4 a 23%; y en el caso de Meridiano entre un 1 y un 21%.

Como conclusión podemos mencionar que a través de la implementación de un nuevo modelo de agendamiento, acercando los servicios de salud a la comunidad mediante brigadas médicas y visitas domiciliarias se incrementó la accesibilidad a las prestaciones que oferta el Centro de Salud de Nanegal.

**PALABRAS CLAVE:** VISITA DOMICILIARIA  
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD  
ACCESIBILIDAD  
COBERTURA  
CONCENTRACIÓN DE ATENCIONES

## ABSTRACT

The Nanegal Health Center, located northwest of the Province of Pichincha, serves the population of the parish of Nanegal, however, several communities, especially those remote such as Meridiano and Playa Rica, who present different barriers of access to health services.

This research responds to the need to identify the causes that currently prevent these two communities from going to the Nanegal Health Center, addressing the social inequalities of this population in order to establish strategies focused on prevention, accessibility and quality of care users, helping in this way that this population has better and greater scope to the health system.

In this sense, with the aim of improving accessibility to their services, a research project was carried out together with a research team and local actors from the communities, based on the methodology of action research in order to determine in a participatory manner activities that improve this problematic.

As strategies of change, two specific actions were selected, being these a schedule mechanism adapted to the needs of the population and attention through mobile brigades and home visits. Thus, as of the implementation of these strategies, favorable results were obtained, among which the following stand out: it allowed the appointment of 103 patients from Playa Rica and 84 patients from Meridiano in the second semester of 2016, and in this way increased the rate of utilization of the service by the inhabitants of these communities with an increase in the utilization rate from 0.12 to 0.26 and from 0.09 to 0.31, respectively.

Likewise, it was reached in the second semester of 2016 in the Community of Playa Rica, that the coverage of preventive activities increases between 4 to 23%; and in the case of Meridiano between 1 and 21%.

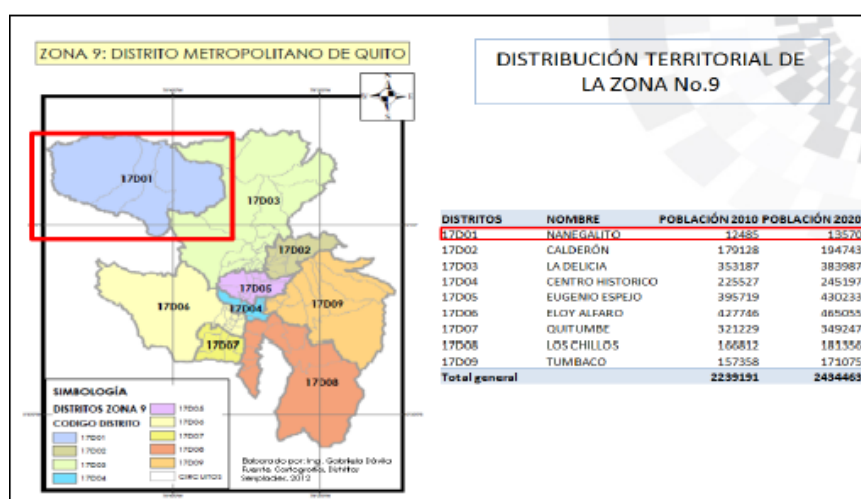
In conclusion we can mention that through the implementation of a new scheduling model, bringing health services closer to the community through medical brigades and home visits increased the accessibility to the services offered by the Nanegal Health Center.

**KEYWORDS:** HOME VISIT  
PRIMARY HEALTH CARE  
ACCESSIBILITY  
COVERAGE  
CONCENTRATION OF ATTENTIONS

## 1. Presentación

El Distrito 17D01, antes denominado Área de Salud No 18, comprendido por las parroquias de Nanegal, Nanegalito, Pacto y Gualea, ubicado al Noroccidente de la Zona 9, Distrito Metropolitano de Quito; cuenta con población en su mayoría dispersa de 12.485 habitantes y se espera un crecimiento hasta el año 2020 de 13.570 habitantes, según proyección de SENPLADES. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2018)

**Gráfico No. 1** Ubicación geográfica y población asignada del Distrito de Salud 17D01



**Fuente:** Unidad de Epidemiología Distrito 17D01

**Elaborado por:** Unidad Provincial de Planificación DPSP

Este distrito tiene dificultad en su acceso geográfico siendo uno de los puntos más vulnerables de esta población, debido a la falta de vías de acceso a las comunidades más alejadas de las cabeceras parroquiales ya que, las vías existentes carecen de las obras de protección, lo que hace que frecuentemente sean inhabilitadas. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, 2018)

A esto se suma que, la disponibilidad de transporte público tiene una frecuencia de operación de 1 a 2 veces al día, ocasionando un costo directo importante en los pacientes para accedan a una unidad de salud.

**Tabla No. 1 Acceso a las Unidades de Salud del Distrito de Salud 17D01**

Unidad Operativa	Códigos	Tipología	Población 2010	Cantón	Parroquia	Distancia Km*.	Distancia Tiempo	Tipo de Vía
Nanegalito	011701020	HB	2.894	Quito	Nanegalito			
Gualea	011701324	SCR	1.397	Quito	Gualea	35	40	1er. Orden
Nanegal	011701325	SCR	2.994	Quito	Nanegal	30	35	1er. Orden
Pacto	011701326	SCR	3.584	Quito	Pacto	25	25	1er. Orden
Saguangal	011701327	SCR	2.054	Quito	Pacto	40	90	3er. Orden
Bellavista	011701450	PS	502	Quito	Gualea	65	160	2do. Orden
Las Tolas	011701451	PS	582	Quito	Gualea	60	150	2do. Orden
<b>Total Área</b>		<b>7</b>	<b>14.007</b>					

*Fuente:* Directorio de las Unidades de Salud, MSP, (\*) Desde Nanegalito

*Elaborado por:* Escudero, Irene

Así mismo, cuenta con 7 unidades de primer nivel de atención, distribuidos en las parroquias de Nanegalito, Nanegal, Pacto y Gualea, según el siguiente detalle:

**Tabla No. 2 Detalle de Establecimientos de Salud Distrito 17D01**

Parroquia	Unidades Operativas
Nanegalito	Centro de Salud de Nanegalito
Nanegal	Centro de Salud de Nanegal
Gualea	Centro de Salud de Gualea
	Centro de Salud de Bellavista
	Centro de Salud Las Tolas
Pacto	Centro de Salud de Pacto
	Centro de Salud de Saguangal

*Fuente:* GEO Salud – Ministerio de Salud Pública

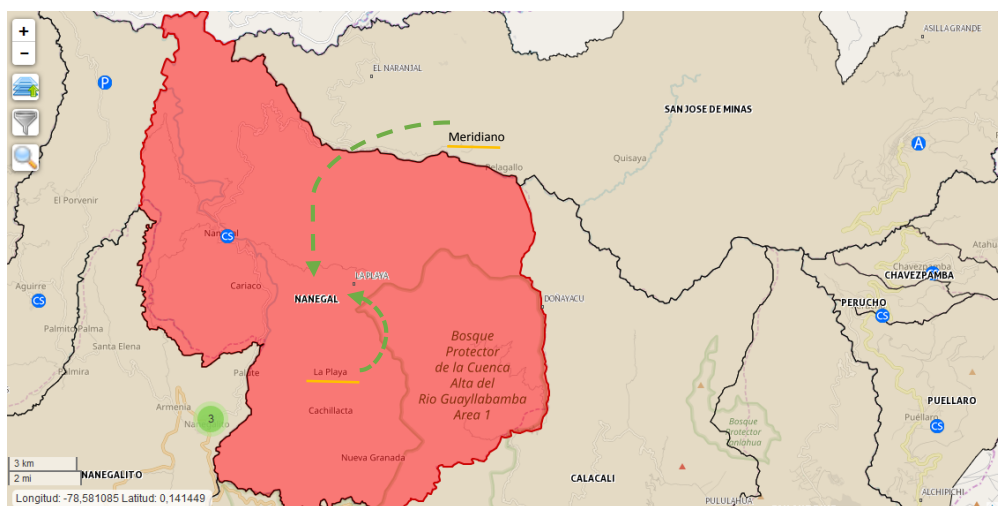
*Elaborado por:* Escudero, Irene

El sistema objeto de investigación son las comunidades rurales dispersas de Meridiano y Playa Rica, y la accesibilidad de sus pobladores a las prestaciones del Centro de Salud tipo “A” Nanegal, perteneciente al Distrito 17D01 – Nanegal a Gualea – Salud, Zona 9 del

Ministerio de Salud Pública; ubicado en la Parroquia Nanegal, al noroccidente de Pichincha, Cantón Quito.

Las comunidades de Meridiano y Playa Rica pertenecientes a la parroquia de Nanegal cuentan con 376 habitantes (Gobierno Autónomo Descentralizado, 2016), con una relación hombre-mujer de 2:1; población que su actividad comercial principal es la agricultura y que por la ubicación geográfica la comunicación telefónica es totalmente reducida, en donde únicamente el 25% aproximadamente cuenta con un teléfono celular; esto sumado a que la red de comunicación no es la más óptima. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016)

**Gráfico No. 2** Ubicación geográfica de las Comunidades Playa Rica y Meridiano



**Fuente:** GEO Salud – MSP  
**Elaborado por:** GEO Salud - MSP

La comunidad de Playa Rica, se encuentra a 55 km del Centro de Salud Nanegal, mientras que la población de Meridiano se encuentra a 141 km, la cual, a pesar de pertenecer a la parroquia de San José de Minas, tiene su única vía de acceso, a través de la parroquia de Nanegal; el transporte es realmente limitado únicamente cuentan con un horario al día que brinda el servicio a las 7h00 de cada una de las comunidades y retorna de Nanegal a las 14h00; por lo que su permanencia dentro esta parroquia por parte de estas comunidades no

podría exceder más de las 4 horas al día. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, 2018)

**Tabla No. 3** Distancia y tipo de vías desde las comunidades de Playa Rica y Meridiano al Centro de Salud de Nanegal

Comunidades	Distancia al Centro de Salud Nanegal km	Tipo de vía
Playa Rica	55	II, III orden
Meridiano	141	II, III orden

*Fuente: INEC 2010  
Elaborado por: Escudero, Irene*

La cabecera parroquial de Nanegal cuenta con un Centro de Salud tipo A, del Ministerio de Salud Pública, así como un centro de salud de atención privada llamado “Medicenter Nanegal”, el cual brinda prestaciones en medicina familiar, obstetricia y odontología, se ubica a una cuadra del parque central de Nanegal, atiende los sábados desde las 9 am y domingos desde las 7 am, previa cita. El valor de la consulta es de aproximadamente USD. 5,00 con excepción de odontología, la cual cobra por procedimiento realizado, también se puede encontrar un Botiquín que atiende de lunes a domingo hasta las 19:00 pm. (Gobierno Autónomo Descentralizado, 2016)

En las comunidades de Meridiano y Palmitopamba se pueden encontrar dos dispensarios del Seguro Social Campesino, los cuales funcionan dos veces por semana y cuenta con 1 médico general, 1 odontólogo y 1 auxiliar de enfermería.

El Centro de Salud de Nanegal, dentro de las prestaciones de salud cuenta con las especialidades de: Medicina General, Obstetricia y Odontología, atención de emergencias 8 horas diarias y servicio de toma de muestras; además de realizar actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación (Centro de Salud de Nanegal, 2016).

**Tabla No. 4** Prestación de Servicios que brinda el Centro de Salud de Nanegal por Grupos Etéreos

Grupo Etéreo	Prestación
Mujeres embarazadas	Controles prenatales, educación maternal, vacunación, curación, atención preventiva, atención del parto y posparto
Menores de 1 año	Vacunación, control del niño sano, suplementación, curación
Niños y Adolescentes	Vacunación, salud escolar, atención odontológica, curación, educación sexual y planificación familiar
Mujeres de edad fértil	Vacunación, detección oportuna del cáncer, planificación familiar y anticoncepción, curación
Adultos Mayores	Atención preventiva, curación y cuidados paliativos

*Elaborado por: Escudero, Irene*

En lo que respecta al acceso a la atención, el Centro de Salud de Nanegal, cuenta con tres modalidades posibles por las que los usuarios pueden tomar turno para Consulta Externa:

- **Citas programadas:** El usuario toma su cita a través del Sistema de Agendamiento externalizado Call Center, llamando al número 171, obteniendo fecha y hora de atención; pueden acceder a este servicio toda persona que se encuentre residiendo en el territorio ecuatoriano, sin importar el tipo de seguro al cual este afiliado.
- **Asistencia a petición del usuario o “a libre demanda”:** El usuario asiste a la unidad por un problema de salud, sin cita previa en cualquier horario, se le indica que la atención es a partir de las 14:30 pm; ya que, desde las 7:30 hasta las 14:00 pm se atiende a pacientes previa cita (Call Center 171) o a su vez, se les solicita esperar por si algún paciente no llega a su cita programada.
- **Asistencia Urgente:** La que se lleva a cabo, ante una situación crítica para la vida del paciente, se realiza de manera prioritaria e inmediata en el centro de salud y de acuerdo con la capacidad de respuesta se estabiliza o se refiere al Hospital Nanegalito.

Con lo expuesto, esta investigación pretende determinar las dificultades que presentan las Comunidades de Playa Rica y Meridiano en cuanto a la accesibilidad al Centro de Salud de Nanegal, a fin de determinar una propuesta que permita a este segmento de la población, acceder de manera oportuna a una atención, y de esta manera mejorar su calidad de vida.

## **2. Planteamiento del Problema**

La importancia que tiene la salud en las personas y en su estado de bienestar no puede ser cuestionable; esto se encuentra amparado en la Constitución de la República del Ecuador, como un derecho ineludible para cada uno de los ecuatorianos; sin embargo actualmente la inequidad en el acceso a la atención sigue constituyendo uno de los problemas centrales de los sistemas de salud.

Como parte de la presente investigación se encuentra el Centro de Salud Nanegal, respecto a la producción durante el año 2016, se han realizado en medicina general 5.950 atenciones siendo la principal causa de morbilidad rinofaringitis aguda, y como principales emergencias se registran infecciones respiratorias agudas, traumatismos, heridas e infecciones de órganos blandos; en cuanto a obstetricia se han realizado en total 1.080 atenciones (planificación familiar 40%, control prenatal 25%), y en odontología 2.752 atenciones, siendo su principal causa de morbilidad las caries. (RDACAA, 2016).

Por otro lado existen comunidades que son muy diferentes al área urbana, tal es el caso de las comunidades de Playa Rica y Meridiano, que presentan una población de 376 habitantes (Centro de Salud de Nanegal, 2016); con una dispersión territorial alta, cuya densidad poblacional se encuentra 5 habitantes por cada kilómetro cuadrado (Gobierno Autónomo Descentralizado, 2016), su condición económica es de subsistencia, dando como resultado diferencias considerables al demandar un servicio de salud frente a otro tipo de población; la cual se encuentra distribuida de acuerdo a los siguientes grupos de edad:

**Tabla No. 5** Población Comunidad Playa Rica y Meridiano

Grupos de Edad	Meridiano	Playa Rica	Total
Menores de 1 año	12	18	30
1 a 2 años	16	22	38
1 a 4 años	19	30	49
5 a 14 años	23	35	58
15 a 64 años	64	84	148
65 y mas	32	21	53
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>210</b>	<b>376</b>

*Fuente:* Unidad de Admisiones – Centro de Salud Tipo A Nanegal

*Elaborado por:* Escudero, Irene

Así mismo, en lo que corresponde a grupos prioritarios, en donde el Estado prestará especial atención y protección debido a su vulnerabilidad; en las dos comunidades se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

**Tabla No. 6** Población Grupos Prioritarios Comunidad Playa Rica y Meridiano

Grupos de Edad (*)	Meridiano	Playa Rica	Total
Personas Diabéticos	4	11	15
Hipertensos	3	8	11
Mujeres Embarazadas	4	6	10
Mujeres en Edad Fértil	29	51	80
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>76</b>	<b>116</b>

*(\*) Grupos Prioritarios de acuerdo con la población existente en cada comunidad.*

*Fuente:* Unidad de Admisiones – Centro de Salud Tipo A Nanegal

*Elaborado por:* Escudero, Irene

Para todos los usuarios de Meridiano y Playa Rica, uno de los principales obstáculos relacionados a la accesibilidad corresponde a que los horarios de atención que brinda el Centro de Salud Tipo A de Nanegal, no se encuentra ajustado a la disponibilidad de dichas comunidades, toda vez que para trasladarse de Playa Rica y Meridiano a Nanegal implica un recorrido de aproximadamente de 2 a 3 horas respectivamente debido a sus vías de tercer orden; esto sumado a su condición económica en donde no cuentan con transporte propio sino acceden al transporte público, el cual debido a sus frecuencias; es decir, un solo horario

de salida siendo éste a las 7h00 con retorno a las 14h00, imposibilita el traslado permanente de usuarios hacia la cabecera parroquial de Nanegal desde dichas comunidades.

Por otro lado, se distinguen otros obstáculos organizativos a la entrada considerados como aquellos que obstaculizan el contacto inicial con los servicios de salud, mismo que corresponde al proceso de agendamiento de citas y el tiempo de espera para obtener la misma, puesto que de acuerdo a las modalidades para obtener un turno; si se lo realiza a través del Call Center, llamando al 171 para obtener fecha y hora de atención, tarda aproximadamente mínimo 8 días debido a que las dos comunidades no cuentan con líneas telefónicas fijas que les permita solicitar una cita en el momento que requieran ser atendidos por un profesional de salud; únicamente el 20% de ellas cuentan con telefonía celular, pero debido a la ubicación geográfica la red presenta siempre intermitencias, que no permite una cobertura eficiente; en cambio, si el usuario se acerca por libre demanda; la atención es a partir de las 14h30, en donde si quiere acceder a una cita deberá permanecer en la parroquia de Nanegal puesto que el transporte ya no está disponible posterior a dicho horario; lo que implica un mayor gasto para el usuario; además que lograrán la atención si no acude un paciente programado, por lo que alrededor de 2 pacientes no son atendidos (Centro de Salud de Nanegal, 2016).

Sin embargo, ante estas deficiencias organizativas en la oferta de servicios, los usuarios de estas dos comunidades, a fin de contar con una cita médica el 95% (Gobierno Autónomo Descentralizado, 2016) de dicha población siguen acudiendo personalmente al Centro de Salud, donde la mayoría de los casos; no es atendido el mismo día sino agendado para otra fecha; salvo en una situación crítica que corra el riesgo la vida del paciente, se realiza de manera prioritaria e inmediata en el centro de salud y de acuerdo a la capacidad de respuesta se estabiliza o se refiere al Centro de Salud de Nanegalito o a su vez a un Hospital General que pueda resolver determinado tipo de enfermedad.

Es así como se distinguen obstáculos organizativos a la entrada considerados como aquellos que obstaculizan el contacto inicial con los servicios de salud como el proceso de agendamiento de citas y el tiempo de espera para obtener misma (Comes, 2006).

Así mismo, las vías de acceso en mal estado, la falta de transporte público, el desconocimiento de como ingresar al sistema de salud, las costumbres ancestrales, la dispersión poblacional y de territorio, la falta de educación, la baja situación económica, la baja cobertura de señal telefónica, la inercia en la rutina asistencial, entre otros; conlleva a que los pobladores de las comunidades rurales dispersas de Playa Rica y Meridiano ubicadas a 3 horas aproximadamente en el noroccidente de Quito, tengan dificultad para ser atendidos oportunamente en el centro de salud de Nanegal.

Estas barreras antes descritas se ve evidenciadas en las atenciones brindadas por el Centro de Salud de Nanegal, ya que cuenta con un porcentaje realmente bajo de trabajo extramural en las comunidades de Meridiano y Playa Rica, es decir, no se realizan actividades fuera del establecimiento de salud orientadas a la promoción y prevención de enfermedades, o a su vez la población debido a todos los obstáculos antes descritos no acude por atenciones preventivas, comprobándose en el siguiente cuadro en donde se describe el porcentaje de cobertura y concentración dependiendo del caso para cada grupo de atención:

**Tabla No. 7 Cobertura Atenciones Preventivas Comunidades Playa Rica y Meridiano Año 2016**

Grupo	Actividades	Detalle	Estándar Normal (Anual)	Población	% Atención Efectiva Primer Semestre
Menor de 1 año	Control Niño sano	Primeras	100%	30	17%
		Concentración de la atención	6		1
	Vacunas	B.C.G	100%		33%
		Pentavalente 1	100%		40%
		Pentavalente 2	100%		32%
		Pentavalente 3	100%		31%
		P.V.O. 1	100%		39%
		P.V.O. 2	100%		31%

Grupo	Actividades	Detalle	Estándar Normal (Anual)	Población	% Atención Efectiva Primer Semestre
		P.V.O 3	100%		31%
<b>De 1-2 años</b>	Vacuna	SRP	100%	38	39%
<b>De 1 a 4 años</b>	Control de niño sano	Primeras	25%	49	9%
		Concentración de la atención	4		0,5
	Vacunación	Refuerzo DPT	100%		9%
		Refuerzo PVO	100%		9%
<b>De 5 a 14 años</b>	Control Escolar (5-9 años)		100%	58	38%
	Atención Odontología 5-9 años escolares		50%		4%
<b>10 a 14 años</b>	Control Adolescentes		51%	12	2%
<b>Atención Embarazadas</b>	Control Prenatal	Primeras	100%	10	20%
		Concentración de la atención	5		2
	Vacuna DT (2d + R)		100%		15%
	Atención del parto		100%		15%
	Atención del posparto		100%		15%
	Atención odontológica		50%		15%
<b>Mujeres en Edad Fértil</b>	Regulación de la fecundidad	Primeras	10%	80	3%
		Concentración de la atención	5		1
	Vacuna DT		100%		13%
<b>Diagnóstico Oportuno de Cáncer</b>	Papanicolau (Cuello de Útero)		10%	80	4%
	Examen mamario		10%		2%

*Fuente: Unidad de Admisiones – Centro de Salud Tipo A Nanegal*

*Elaborado por: Escudero, Irene*

Como se describió en líneas anteriores, existen grandes obstáculos que impiden la medicina preventiva en la Atención Primaria (APS) para las dos comunidades, la propia estructura asistencial y organizativa actualmente actúa como un freno ante la implementación de nuevas actividades de prevención (Comes, 2006).

Hoy en día no cuentan con una planificación en territorio, por lo que no se destina brigadas para que acudan a comunidades lejanas; los profesionales de salud se concentran en atender únicamente a pacientes previa cita, y de libre demanda de ser el caso que tenga espacio en su agenda dentro del establecimiento de salud.

En lo que se refiere a atenciones curativas, específicamente a enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión y diabetes; considerando que son la segunda y cuarta causa de muerte respectivamente (Gobierno Autónomo Descentralizado, 2016); actualmente en dicha comunidad existen 15 pacientes diabéticos y 11 hipertensos (Centro de Salud de Nanegal, 2016), de los cuales únicamente el 27% y 45% de dichos pacientes presentan un control adecuado; que de acuerdo a la investigación realizada en la Junta Parroquial concluye que las causas que afectan a un acceso efectivo a la prestación de servicios de salud son las mismas especificadas en líneas precedentes.

Desde este marco, la presente investigación tiene como objeto evaluar el acceso a los servicios de salud de primer nivel por parte de las comunidades del sector rural de Playa Rica y Meridiano así como también la implementación de estrategias que permitan solventar las posibles dificultades que este segmento de la población presenta considerando sus condiciones y la diversidad de sus necesidades.

### **3. Marco Conceptual**

#### **3.1. El Sistema Nacional de Salud**

El marco legal ecuatoriano refleja la conceptualización del Sistema Nacional de Salud (SNS) y sus funciones en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, y detalla en su artículo 2 que tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho de la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes (Ávila, Briceño, & Benítez, 2010).

En el Sistema Nacional de Salud la atención primaria de salud (APS) es una estrategia que surge en la década de los 70 basada en los principios de justicia social, relacionada con la democratización de los servicios de salud, representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad ya que lleva lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan los individuos; constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Esta estrategia ha generado en el transcurso de estos años procesos de reformas del sector en casi todos los países de América Latina (Ávila, Briceño, & Benítez, 2010).

### **3.2. El Sistema Nacional de Salud y el Primer Nivel de Atención**

En el país el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, otra de sus características ha sido la preminencia del enfoque biologista - curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; con programas de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población (Ministerio de Salud Pública, 2013, pág. 23).

En este sentido como parte de los objetivos estratégicos para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud se determina acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutive del primero y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema de manera tal que se garantice que el primer nivel atención se constituya en la puerta de entrada obligatoria al sistema de salud y que los hospitales, dependiendo de su capacidad resolutive se conviertan en la atención complementaria del primer nivel de atención (Ministerio de Salud Pública, 2013).

El primer nivel de atención es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de pacientes dentro del Sistema, garantiza una referencia y contrarreferencias adecuada, asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo con las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia (Ministerio de Salud Pública, 2013, pág. 85).

Este nivel de atención, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales (Ministerio de Salud Pública, 2013, pág. 86).

### **3.2.1. Estructura Organizativa del primer Nivel de Atención**

El talento humano mínimo requerido del Centro de Salud tipo A2 de acuerdo a la Dirección Nacional de Atención del Primer Nivel en Salud son: 3 personas -1 médico, 1 enfermera y 1 TAPS- no obstante, según la programación y necesidad podrán asignarse también: 1 odontólogo (salud oral), 1 obstetriz (atención ambulatoria), 1 asistente de farmacia (dispensación de medicamentos), 2 analistas de admisión (admisión y archivo), 1 tecnólogo en laboratorio o profesional médico; dependiendo de la población asignada a la unidad operativa, del número del mobiliario instalado y de la disponibilidad de talento humano en el territorio. La atención es de ocho horas en horarios que acceda la población (Ministerio de Salud Pública, 2013).

En el caso de los Centro de Salud Tipo A, se presenta la estructura determinada por el Ministerio de Salud:

**Tabla No. 8 Estructura Organizacional de Centros de Salud Tipo A**

<i>Población de Responsabilidad</i>	<i>2001 a 10.000 personas</i>	
Cartera de Servicios	Atención integral de medicina familiar	
	Promoción de salud y prevención de la enfermedad	
	Salud oral	
Talento Humano	Médico	
	Enfermera / o	1 por cada 1.500 a 2.500 habitantes
	Odontóloga/o	1 por cada 5000 habitantes (itinerante)
	Otros profesionales de salud	1
	Asistentes Administrativos	1 a 4

**Fuente:** Viceministerio de Gobernanza – MSP – 2013

**Elaborado por:** Escudero, Irene

### 3.3. Calidad de los Servicios de Salud

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite (Organización Mundial de la Salud, 2014).

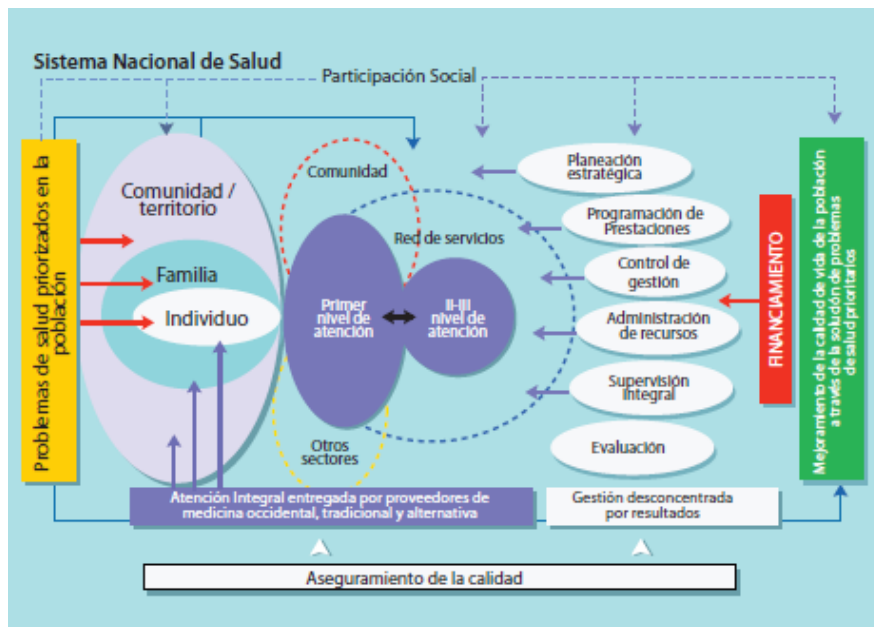
Sin embargo, mientras exista un contexto desfavorable como: geografía dispersa, baja densidad poblacional, envejecimiento de la población, infraestructuras obsoletas, servicios básicos insuficientes; cada realidad merece un tratamiento en donde el criterio de costo no impere ante el criterio de efectividad (Organización Mundial de la Salud, 2014).

La población dispersa es la que se encuentra principalmente ubicada en el sector rural que por su naturaleza tiene actividades relacionadas propias del campo, como: agricultura, ganadería, entre otras. Domiciliadas distantes lo cual genera dificultad para movilizarse con facilidad, dando prioridad a temas laborales que la salud, educación (Organización Mundial de la Salud, 2014).

### 3.4. Modelo de Atención Integral en Salud

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAISFCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

**Gráfico No. 3** Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS



**Fuente:** Modelo de Atención Integral de Salud – 2012

Por tanto el MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida (Ministerio de Salud Pública, 2013).

### **3.4.1. La Atención Primaria de Salud Renovada**

La APS-R es una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud. Su implementación como todo proceso social, ha estado sujeta a las contradicciones e intereses económicos y políticos que configuran las formas de organización de las sociedades; este tipo de estrategia consiste en reorientar el modelo de atención hacia un enfoque integral en el que las acciones de prevención y promoción de la salud son los ejes fundamentales así como la construcción de políticas públicas saludables, intervenciones intersectoriales, la promoción de estilos de vida y espacios saludables, y la participación activa de la población. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Así mismo, se establece que la estrategia de Atención Primaria de Salud, debe ser la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Este mandato implica reorientar el modelo de atención hacia un modelo que fortalezca la promoción y la prevención; implementar estrategias que permitan el acceso equitativo y continuo a servicios integrales de salud, que se adecuen a las necesidades y demandas de la población, reconociendo y dando respuesta a las especificidades que devienen de la diversidad étnica y cultural, del momento del ciclo vital, de género y territorial. Implica también la articulación intersectorial y la participación ciudadana en torno a procesos de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida. La Atención Primaria no significa exclusivamente servicios en el I nivel de atención, sino que considera que el I nivel de atención es la puerta de entrada a los otros tres niveles más complejos de atención (Ministerio de Salud Pública, 2013).

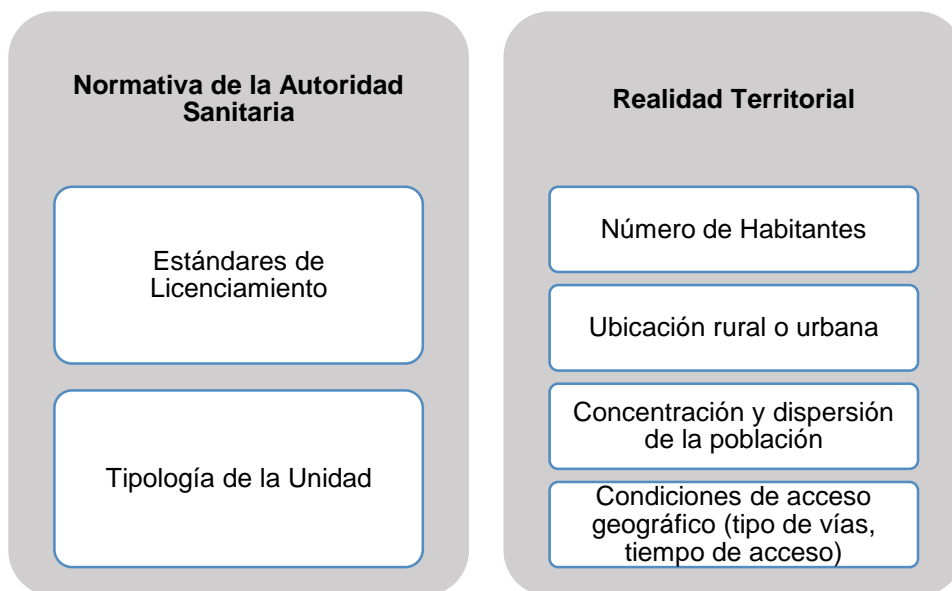
### 3.4.2. Equipos de Atención Integral de Salud

Los Equipos de atención Integral de Salud constituyen el eje fundamental de la implementación del MAIS, constituyen el conjunto de recursos profesionales de atención y gestión que permiten cumplir con los objetivos y metas (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Un equipo es definido como aquel grupo de personas que realizan diferentes aportaciones, con una metodología compartida, de cara a un objetivo común. Cada miembro del equipo tiene claramente asumidas sus propias funciones, así como los intereses comunes del colectivo y todos los componentes comparten la responsabilidad de los resultados (Delgado Gallego & Vásquez Navarrete, 2006).

A continuación se presenta los factores que influyen en la conformación del equipo:

**Gráfico No. 4** Factores que influyen en la conformación Equipo de Atención Integral



**Fuente:** Modelo de Atención Integral de Salud

**Elaborado por:** Escudero, Irene

En el primer nivel de atención, la composición de los equipos de atención integral de salud debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por tanto, para el sistema de salud ecuatoriano se han definido los siguientes estándares.

- A nivel urbano: Un médico/a, una enfermera/o y un TAPS por cada 4000 habitantes.
- A nivel rural: Un médico/a, una enfermera/o y un TAPS por cada 1500 a 2500 habitantes. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

### **3.5. Accesibilidad a Servicios de Salud**

Entendida como componente de la oferta y del proceso de evaluación de servicios de salud, se considera accesibilidad como el grado de ajuste entre las necesidades de los usuarios y los recursos de la atención de salud. La accesibilidad representa la relación funcional entre los obstáculos en la busca y obtención de cuidados resistencia y las capacidades correspondientes de la población para superar tales obstáculos, conocido como el poder de utilización (Sánchez Torres, 2015).

La accesibilidad debe ser comprendida, además, considerando los requisitos específicos de análisis que son diferentes para cada nivel de complejidad (atención primaria, media y alta). Con relación a la atención primaria, son consagradas, como características importantes, las funciones relacionadas con la continuidad y el vínculo entre los equipos de salud y los usuarios, la integralidad de la atención en sus aspectos de coordinación y cobertura de los cuidados ofrecidos, el enfoque familiar y comunitario y la accesibilidad. La accesibilidad representa una dimensión relevante sobre la equidad en los sistemas de salud y uno de los principales atributos de la atención primaria de salud (Sánchez Torres, 2015).

Por otro lado, otro autor define a la accesibilidad como: “La accesibilidad o accesibilidad universal es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar

o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas” (Proaño, 2013).

En el área de la salud se valoran diferentes tipos de accesibilidad, que permiten brindar de manera adecuada los servicios de salud, para que estos sean proporcionados deben cumplir los requerimientos de todas las personas que requieren este servicio para un tratamiento integral, se debe tomar en cuenta que los sectores vulnerables deben tener una mayor facilidad en el acceso a todos los servicios (Proaño, 2013).

La accesibilidad es la forma de conocer los medios que necesita el paciente para que el servicio que se le está brindando sea eficiente. Aunque en los lugares bien provistos los individuos pueden acceder con facilidad a cualquier servicio, existen las poblaciones rurales que dependen de varios factores antes de poder acceder a un servicio, siendo este sea gratuito (Goodall, 1987).

Finalmente, a accesibilidad se puede definir como la facilidad de llegar desde un punto geográfico a un sitio de interés social o económico (Mariño, 2007).

### **3.5.1. Tipos de Accesibilidad**

Las modalidades de atención para llegar con más oportunidad a las poblaciones lejanas son: Intramural, consideradas aquellas que se realizan en el consultorio dentro del centro de salud y Extramural, las que se realizan en la comunidad o donde se encuentre el paciente. (Comes, 2006).

Para ellos se requiere mencionar que la accesibilidad se mide de acuerdo con criterios de:

- **Accesibilidad geográfica, también conocida como accesibilidad física:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, no depende exclusivamente del servicio de salud, sino de una intervención intersectorial con participación de la comunidad, representa la facilidad en llegar desde un lugar definido hasta los servicios de salud que en términos de factibilidad deben representar el menor gasto de bolsillo y el menor tiempo posible por parte de los pacientes (Escalona & Díez, 2002).

Dentro de la tipología estandarizada del Ministerio de Salud Pública, en base a los criterios geográficos, poblacionales y epidemiológicos, el Centro de Salud de Nanegal se lo considera con tipología A, en donde su población es de 3.048 habitantes (Geosalud 3.3.0, 2012 - 2018); de los cuales alrededor del 50% de ésta se encuentra dispersa, en donde cuentan con un equipo de atención integral en salud sin embargo planificación de actividades extramurales no se realizan de manera efectiva.

- **Accesibilidad económica también conocida como asequibilidad:** se refiere a los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad y ser proporcionales a los ingresos financieros de los hogares, pese a que la atención hasta cierto grado es gratuita existen condiciones que implican un gasto económico extra que afecta directamente a la población, además de las complicaciones que se presentan cuando no existen los medicamentos necesarios, o la necesidad de exámenes complementarios para el diagnóstico definitivo. (Escalona & Díez, 2002).

Según el representante de cada comunidad el asistir al Centro de Salud implica un gasto promedio individual de 15 dólares, en lo correspondiente a transporte se

requiere 5 dólares; adicional un promedio del 50% de las atenciones requieren comprar alguna medicación y/o dispositivo médico, que oscila de 5 a 10 dólares; es por ello que considerando el nivel económico bajo de las dos comunidades, estos gastos acarrea que la población se enfoque buscar una atención médica por enfermedades mucho más complicadas, dejando de lado atenciones preventivas y/o enfermedades menos complejas.

- **Accesibilidad socio-cultural:** tomando en cuenta que el Ecuador es un país pluriétnico lo que a la vez lo convierte en pluricultural, esta es una de las barreras que tienen los sistemas de salud pues no se sienten en confianza de acudir a un establecimiento de salud que no comprende sus creencias, que en su defecto que prohíbe o exige una u otra forma de vida diferente a la cultura del paciente, además la consciencia social y el auto cuidado que no es una prioridad en la mayoría de culturas que conforman el Ecuador (Escalona & Díez, 2002).
- **Accesibilidad funcional-organizativa:** la misma que se resuelve directamente de una sola vía, a través de la gestión de recursos humanos, económicos, tecnológicos; y que sin embargo no se encuentra descentralizada lo cual genera un limitante hasta su obtención, es particularmente necesario que la población acuda a los procesos de rendición de cuentas y más reuniones de organización en salud para dar a conocer sus demandas y saber directamente hasta donde técnicamente se puede proceder. Todo como un proceso democrático y de reducción de inconformidades y gastos directos para la población en general y para las instituciones estatales (Escalona & Díez, 2002).

Esta barrera demuestra diferencias considerables en los tiempos de espera para los usuarios que desean atenderse en el Centro de Salud de Nanegal, más aún a los que corresponden a territorios dispersos por los inconvenientes en cuanto a transporte,

situación económica y principalmente la organización del establecimiento de salud; igualmente resulta inconveniente observar que los pacientes deben acudir a horas de la mañana al centro de salud, para obtener un turno de atención; y en caso contrario, si por algún motivo pacientes agendados no llegan al centro de salud después del tiempo fijado para la cita; puede ser atendido; caso contrario dicha espera no trae ningún resultado, por lo que no se le garantiza al paciente la asistencia médica, violando su derecho a la salud inmediata.

### **3.6. Sectores Rurales y Accesibilidad al Primer Nivel de Atención**

Es útil recordar que el geógrafo británico Paul Cloke ideó el popular modelo conceptual del “círculo vicioso del despoblamiento” pretendía con él describir la problemática de las áreas rurales, incluida la infra provisión de servicios en comparación con los espacios más densamente poblados; relacionaba dicha infra provisión con procesos de racionalización productiva, incitados a su vez por una desfavorable evolución demográfica; describía también el modelo cómo los efectos de la racionalización no hacían sino agravar la ya poco atractiva situación de las áreas rurales y la falta crónica de empleos para sustituir a los agrarios, de lo que derivaba –cerrándose el círculo imaginario– un nuevo descenso poblacional (Cloke, 2010).

El fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural – MAIS incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud; consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud , así como el

fortalecimiento de la capacidad resolutive del primero, segundo y tercer nivel de atención (Ministerio de Salud Pública, 2013).

La APS- R es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en toda y cada una de las etapas del desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Es función central y núcleo principal del Sistema Nacional de Salud, es parte del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel el contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas y constituyen el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Así mismo, según la geografía de la salud, se puede optimizar los servicios de salud mediante un análisis social, económico y de infraestructura de la salud, y el Estado ecuatoriano lo está realizando a través del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (Ministerio de Salud Pública, 2013); el mismo que ayuda al análisis de las desigualdades que se encuentran a nivel local; tomando en cuenta la mortalidad, morbilidad, discapacidad, nivel de educación, riesgos, medicina ancestral, tipo de actividades económica, equipamiento o infraestructura médica, los cuales son explicaciones posibles de la limitación al acceso de la población en salud (Ramírez, 2004).

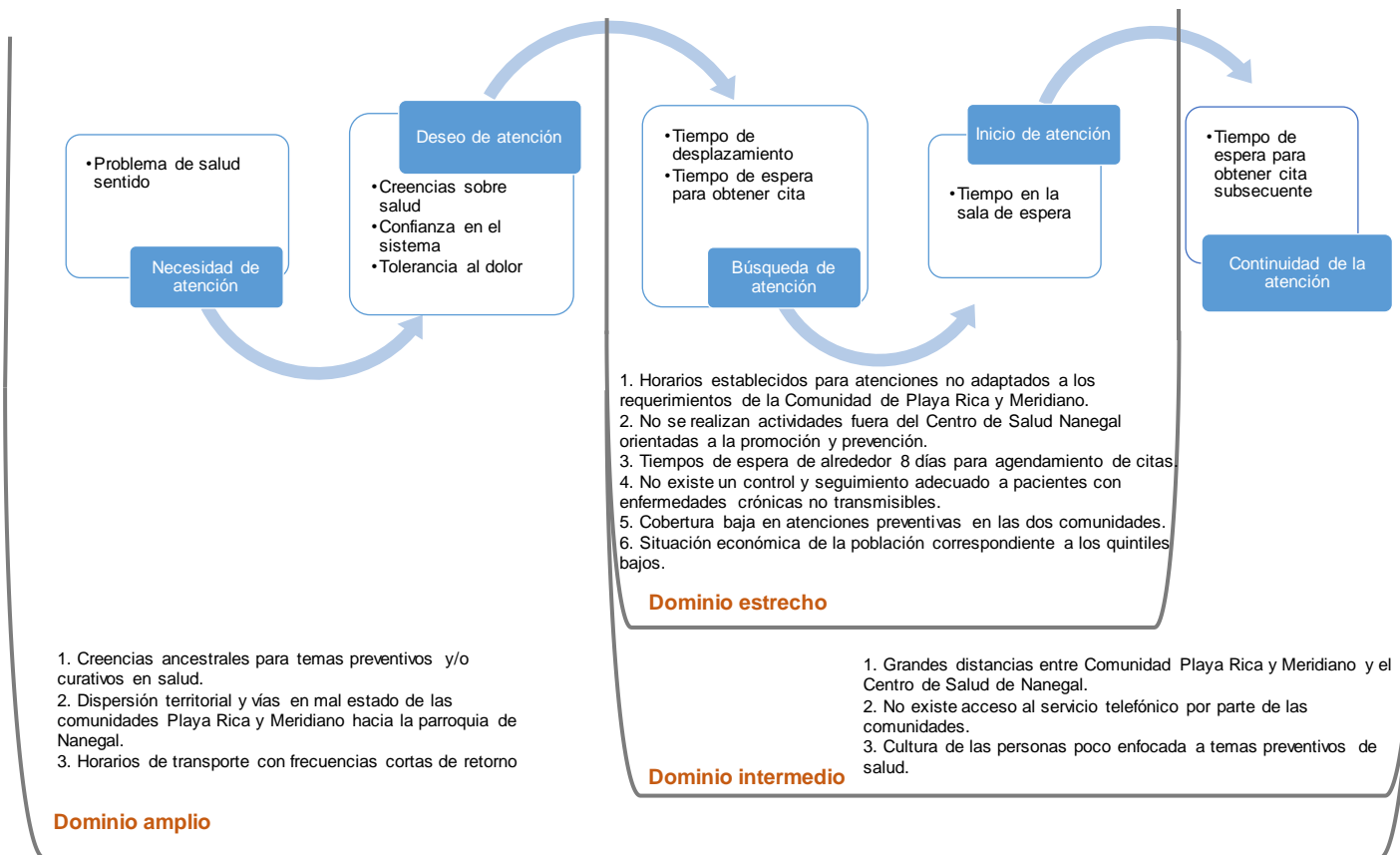
### **3.7. Modelo descriptivo de los problemas de accesibilidad de las comunidades de Meridiano y Playa Rica**

Para el presente caso de estudio se ha considerado el modelo de Donabedian mismo que se encarga de analizar la accesibilidad, en donde explícitamente se menciona a la accesibilidad como una característica de los recursos de atención a la salud; este modelo constituye un factor mediador entre la capacidad de producir servicios y la producción o el consumo real de dichos servicios; restringiendo su concepto al dominio más estrecho posible, considerando los procesos culturales, actitudinales, cognoscitivos y conductuales inherentes a la atención médica (Frenk, 1985).

Este modelo se presenta la sucesión esquemática de los acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de la atención médica hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de servicios médicos; el análisis se centra entonces en los factores que obstaculizan o facilitan los procesos de búsqueda y obtención de esta. Una ampliación sencilla de este enfoque es incluir, en el dominio de “accesibilidad” no sólo el contacto inicial con el sistema de atención médica, sino también los contactos continuados a lo largo de un episodio (Frenk, 1985).

Con lo antes expuesto, se presenta las distintas causas que actualmente dificultan contar con un acceso efectivo a los servicios de salud, por parte de las comunidades de Playa Rica y Meridiano, mismos que se describen en el siguiente gráfico:

**Gráfico No. 5** Modelo Descriptivo Problemas de Accesibilidad Comunidades Playa Rica y Meridiano



**Adaptado por:** Escudero, Irene

## **4. Alternativas de Cambio**

### **4.1. Listado de Alternativas**

Las comunidades lejanas de Meridiano y Playa Rica, presentan características que influyen en su acceso a las prestaciones ofertadas por parte del Centro de Salud, destacando entre otras: el horario del transporte público, baja cobertura de servicio telefónico y su distancia al centro de salud; así mismo, la unidad operativa no cuenta con: horario de atención adaptado para pobladores de éstas comunidades y una planificación de actividades extramurales permanente.

Con éste antecedente y una vez analizada de manera participativa la problemática con el equipo de investigación, se establecieron las siguientes estrategias de cambio, que aborden las barreras de accesibilidad geográfica y por otro, la accesibilidad organizativa:

- Establecer un cronograma de brigadas médicas y visitas domiciliarias a las poblaciones de Playa Rica y Meridiano.
- Establecer una red local de prestadores de salud para brindar mayor cobertura a la población.
- Cambiar el mecanismo de agendamiento.
- Formar un grupo de apoyo de transporte comunitario.
- Gestionar la asignación periódica de una unidad de salud móvil.

## 4.2. Priorización de Alternativas de Cambio

Con el objeto de priorizar las alternativas, se seleccionaron criterios para su calificación, conforme la opinión de cada participante del equipo de investigación, de acuerdo con la siguiente escala:

**Tabla No. 9** Criterios de priorización de alternativas de cambio

Alternativas	Definición de Alternativa	Parámetro de Calificación
<b>Relevancia</b>	Importancia con relación al grado de influencia sobre el problema	0 = Baja
		1 = Media
		2 = Alta
<b>Factibilidad económica</b>	Disponibilidad de recursos para efectuar la actividad	0 = Baja
		1 = Media
		2 = Alta
<b>Factibilidad política</b>	Apoyo de las autoridades	0 = Baja
		1 = Media
		2 = Alta
<b>Resultados</b>	Resultados en el mejor tiempo posible	0 = Largo Plazo
		1 = Mediano Plazo
		2 = Corto Plazo
<b>Urgencia</b>	Alternativa que debe implementarse lo antes posible	0 = Efectos Bajos
		1 = Efectos Medios
		2 = Efectos Altos

*Elaborado por: Escudero, Irene*

Una vez realizada la calificación de las alternativas de cambio, por parte del equipo de investigación, se obtienen los siguientes resultados:



**Tabla No. 10** Priorización de Alternativas de Cambio

No.	Alternativas	Relevancia	Factibilidad económica	Factibilidad no financiera	Resultados	Urgencia	Total
1	Establecer un cronograma de brigadas médicas y visitas domiciliarias a las poblaciones de Playa Rica y Meridiano.	2	0	2	2	1	7
2	Establecer una red local de prestadores de salud para brindar mayor cobertura a la población.	2	0	1	0	1	4
3	Adaptar el mecanismo de agendamiento para usuarios de comunidades lejanas	2	2	2	2	2	10
4	Formar un grupo de apoyo de transporte comunitario.	2	0	1	0	1	4
5	Gestionar la asignación periódica de una unidad de salud móvil	2	2	2	1	1	8

*Elaborado por: Escudero, Irene*

Una vez calificados los criterios, el equipo de investigación decide implementar las actividades que obtuvieron un total de 8 y 10 puntos:

- Adaptar el mecanismo de agendamiento para usuarios de comunidades lejanas
- Gestionar la asignación periódica de una unidad de salud móvil

## 5. Hipótesis de Cambio

Mediante la adaptación del mecanismo de agendamiento para usuarios de comunidades dispersas y la visita periódica de una unidad de salud móvil, mejorará el acceso de los usuarios de las poblaciones rurales dispersas de Meridiano y Playa Rica a la Consulta Externa del Centro de Salud de Nanegal.

## 6. Objetivos

### 6.1. Objetivo General

Mejorar el acceso de los usuarios de las poblaciones rurales dispersas de Meridiano y Playa Rica, a la atención del centro de salud Nanegal entre junio a diciembre del 2016.

### 6.2. Objetivos Específicos

- Evaluar la adaptación del mecanismo de agendamiento para usuarios de comunidades dispersas de Meridiano y Playa Rica entre junio a diciembre del 2016 en el Centro de Salud de Nanegal.
- Analizar la visita de una unidad móvil, a las poblaciones rurales dispersas de Meridiano y Playa Rica.
- Analizar los cambios en el acceso de pacientes de las poblaciones rurales dispersas de Meridiano y Playa Rica que asistieron al Centro de Salud de Nanegal entre junio a diciembre del 2016.

## 7. Matriz de Instrucciones Operativas

*Tabla No. 11 Matriz de Instrucciones Operativas*

Estrategia	Actividad	Tarea	Responsable	Lugar	Monitoreo	Insumos
Adaptar el mecanismo de agendamiento para usuarios de comunidades lejanas	Realiza talleres con el equipo de investigación para elaborar un mecanismo de agendamiento para paciente de comunidades lejanas	Realizar la lista de asistentes.	Equipo de investigación	Centro de Salud de Nanegal	No aplica	Sala de reuniones
		Enviar invitaciones				Laptop
		Elaborar el mecanismo de agendamiento				Infocus
						Registro de asistentes.

Estrategia	Actividad	Tarea	Responsable	Lugar	Monitoreo	Insumos
	Socialización del mecanismo de agendamiento para paciente de comunidades lejanas.	Elaborar documento de socialización	Investigador	Centro de Salud de Nanegal	No aplica	Cartelera
						Computador
						Registro de recepción de documento.
	Evaluación de aplicación de mecanismo de agendamiento	Realizar matriz de recolección de datos	Equipo de investigación	Centro de Salud de Nanegal	Semanal	Computador
Levantamiento de la información		Registro de asistentes				
<b>Gestionar la asignación periódica de una unidad de salud móvil</b>	Reunión de planificación de visitas de una unidad móvil a las poblaciones de Playa Rica y Meridiano	Invitación a presidentes de las comunidades y equipo de salud del Centro de Salud de Nanegal	Investigadora, presidentes de comunidades y equipo de salud del Centro de Salud de Nanegal	Poblaciones de Playa Rica y Meridiano	No aplica	Computador
		Elaboración de plan de visitas				Registro de asistentes
	Solicitud de aprobación y envío de pedido de una unidad de salud móvil	Elaboración de documento	Investigadora	Centro de Salud de Nanegal	No aplica	Computador
	Coordinación de visita de unidad móvil de salud a las comunidades de Meridiano y Playa Rica	Envío de plan de visitas a presidentes de las comunidades	Investigadora	Centro de Salud de Nanegal	Quincenal	Computadora
		Solicitud de información de atenciones realizadas				
	Reuniones de evaluación de atenciones	Elaboración del instrumento de evaluación	Equipo de investigación	Centro de Salud de Nanegal	Mensual	Computadora
Recopilación de datos						
Elaboración de informe de resultados						

**Fuente:** Trabajo de Campo

**Elaborado por:** Escudero, Irene

## **8. Metodología**

### **8.1. Tipo de Investigación**

En primera instancia se realizó un diagnóstico general y un diagnóstico a profundidad del Centro de Salud de Nanegal y su sistema local de salud, los mismos que estaban direccionados a garantizar la accesibilidad a los servicios de salud y a la mejora del estado de salud de la población en el Centro de Salud de Nanegal, con la finalidad de identificar los problemas de salud de los habitantes de Playa Rica y Meridiano, utilizando la metodología de investigación acción.

La investigación acción se caracteriza por ser un método participativo y continuo; lo más importante es que permite comprometer e interactuar con cada uno de los actores en el sistema de salud y de esta manera identificar los problemas que están aquejando al mismo; y por consiguiente desarrollar, construir e implementar alternativas de cambio y estrategias para lograr cambios.

En segundo lugar, se conformó un equipo de investigación integrado por: un médico general, un odontólogo, una administradora técnica (Estadística) e investigadora; además, de los actores locales (presidentes de las comunidades, representantes de la Policía Nacional y Junta Parroquial), para el desarrollo del plan e intervención en salud a nivel local.

Con este grupo en un periodo de 6 meses, entre enero y junio del 2016, se realizaron tres reuniones, en las que se dio a conocer la situación de salud actual de la parroquia de Nanegal.

En estas reuniones, después de presentar el diagnóstico general y a profundidad, con la técnica de lluvia de ideas, se identificaron los principales problemas de salud, los cuales

fueron priorizados con base en esta información y de acuerdo con la priorización, factibilidad y nivel de resolución se desarrolló un plan local de salud (PLS).

Conforme al PLS, se expusieron las alternativas y soluciones a las cuales se comprometieron todos los participantes de las reuniones de trabajo (grupo de investigación y comunidad), de allí se seleccionó como principal inconveniente la accesibilidad a los servicios de salud para las poblaciones rurales dispersas, con énfasis en las más lejanas.

El análisis respectivo del plan, determinó como eje principal de intervención las siguientes estrategias de intervención: la contratación de un médico familiar para mejorar el acceso y cobertura dentro del servicio de consulta externa, la implementación de un grupo de apoyo de transporte comunitario y la oferta de atenciones ambulatorias extramurales por medio de una unidad móvil.

Finalmente la tercera instancia de la investigación concluye con un estudio retrospectivo y prospectivo a la investigación de cohorte histórico por medio de un diseño correlacional, la misma que permite determinar la asociación entre la accesibilidad y la frecuencia de asistencia al establecimiento de acuerdo al riesgo y morbilidad crónica del paciente, las variables que se incluyen en el análisis de correlación, es el tipo de diagnóstico y frecuencia de asistencia al establecimiento, reportados por medio del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA).

## 8.2. Población

### 8.2.1. Universo y Muestra

Con el objeto de evaluar una de las estrategias propuestas, con respecto a la adaptación del mecanismo de agendamiento y la visita de una unidad de salud móvil a las poblaciones de Meridiano y Playa Rica se toma como población de estudio todos los pacientes que residen en Meridiano y Playa Rica, atendidos de junio a diciembre del 2016 en el Centro de Salud de Nanegal y en la unidad de salud móvil, siendo atendidos un total de en el Centro de Salud de Nanegal y un total de atendidos en la unidad móvil.

### 8.2.2. Criterios de Inclusión y Exclusión

*Tabla No. 12 Criterios de Inclusión y Exclusión*

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Pacientes atendidos en el Centro de Salud de Nanegal que residen en las comunidades de Playa Rica y Meridiano	Pacientes atendidos que no residen en las comunidades de Playa Rica y Meridiano
Pacientes atendidos en la unidad de salud móvil de las comunidades de Playa Rica y Meridiano	Pacientes que asisten de otras comunidades.

*Elaborado por: Escudero, Irene*

## 8.3. Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos

Los instrumentos de recolección de información fueron los siguientes: cuaderno de campo, matriz de recolección de información y actas de reuniones. La recolección de la información se desarrollará por medio de la siguiente técnica:

- Revisión de datos estadísticos de producción del Centro de Salud de Nanegal obtenido del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias

(RDACAA) de los meses de Junio a Diciembre del 2016, de atenciones de usuarios de las comunidades de Playa Rica y Meridiano.

- Revisión de datos estadísticos de producción de la unidad de salud móvil de los meses de Junio a Diciembre del 2016, de atenciones de usuarios de las comunidades de Playa Rica y Meridiano.

#### **8.4. Análisis de Datos**

La información fue analizada en una base creada en el programa Excel, presentando los datos mediante gráficos y tablas, de estadísticos de medidas de tendencia central y dispersión.

#### **8.5. Aspectos Bioéticos**

La investigación utilizará datos que se encuentran registrados por medio del RDACAA, no incluye la participación de los pacientes directamente que pueda evidenciar algún tipo de riesgo.

De la misma manera se debe mencionar que se respetará la confidencialidad de los datos en referencia a la identificación del paciente, los mismos no serán utilizados individualmente, de tal forma que se direcciona a identificarlos, la utilización de los datos generales de atenciones preventivos y de morbilidad, no incluirá la difusión de datos confidenciales, si no que serán utilizados de forma global para la construcción de los indicadores planteados en la investigación.

Se ha solicitado la autorización respectiva a las autoridades del establecimiento de salud.

## 8.6. Mapeo de Actores

Para prever la posición de los actores frente a la propuesta de adaptar el mecanismo de agendamiento a usuarios de comunidades lejanas y la visita permanente de una unidad de salud móvil de manera periódica, y de ésta manera mejorar la accesibilidad de los pacientes que viven en las zonas dispersas de Meridiano y Playa Rica, se desarrolla el siguiente mapeo de actores que permita establecer estrategias para facilitar la implementación de ésta propuesta.

## 8.7. Listado de Actores

**Gráfico No. 6** Listado de Actores

<b>Distrito 17D01 Nanegal a Gualea – Salud</b>
Director Distrital
<b>Comunidades</b>
Presidente de Meridiano
Presidente de Playa Rica
<b>Comité Local de Salud de Nanegal</b>
Presidente del Comité
<b>Centro de Salud de Nanegal</b>
Director del Centro de Salud

*Elaborado por: Escudero, Irene*

## 8.8. Análisis de Actores

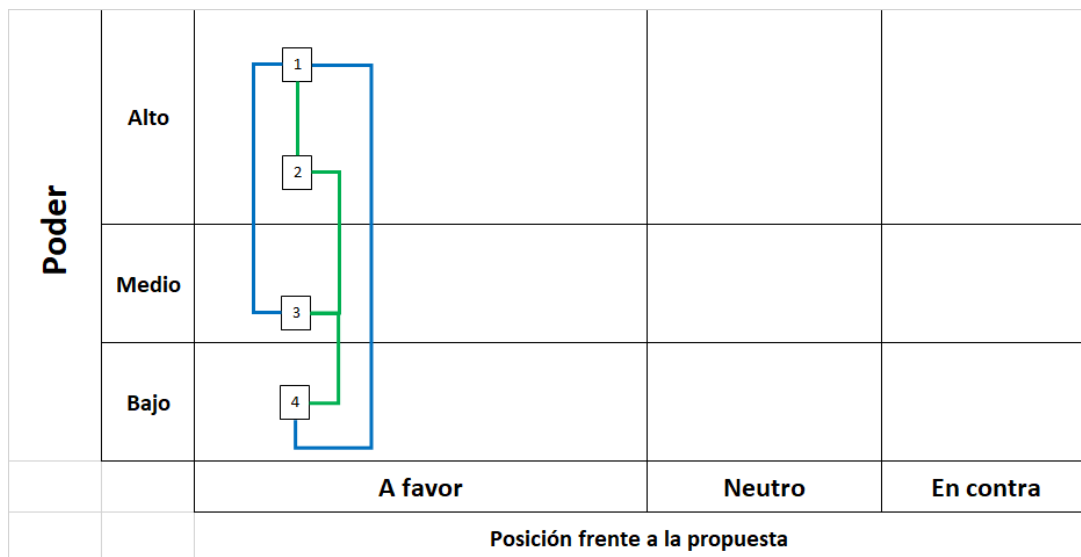
**Tabla No. 13** Listado de actores

Grupo de Actores	Actor	Rol	Relación Predominante	Jerarquización de Poder
<b>Distrito 17D01 Nanegal a Gualea-Salud</b>	Director	Tomador de decisiones del Distrito de Salud	A favor	Alto
<b>Centro de Salud de Nanegal</b>	Director de la Unidad	Tomador de decisiones del Centro de Salud	A favor	Alto
<b>Comunidades</b>	Presidentes de las comunidades de Meridiano y Playa Rica	Tomador de decisiones de las comunidades	A favor	Alto
<b>Comité Local de Salud</b>	Presidente del Comité	Representante del Comité de Salud de la parroquia	A favor	Bajo

*Elaborado por: Escudero, Irene*

## 8.9. Sociograma

**Gráfico No. 7** Sociograma



Simbología	Conectores:	
1. Director Distrital	Relaciones Buenas:	
2. Director Nanegal	Relaciones Puntuales:	
3. Presidentes de Meridiano y Playa Rica	Conflicto:	
4. Presidente del Comité		

*Elaborado por: Escudero, Irene*

### 8.9.1. Análisis del Sociograma

Todos los actores independientemente de su grado de poder tienen una posición a favor frente a la propuesta de cambio, lo cual facilitará su planificación, coordinación ejecución y evaluación.

### 8.10. Equipo de Investigación

El equipo de investigación se conformó considerando los profesionales que, además de tener cierto grado de decisión en la unidad operativa de Nanegal, tengan interés en desarrollar una investigación, tiempo y proactividad, de ésta manera, además de la investigadora, participaron las siguientes personas:

- Director del Centro de Salud de Nanegal.
- Responsable de Estadística del Centro de Salud de Nanegal.
- Presidente del Comité Local de Salud.

**Tabla No. 14** Matriz de Operacionalización de la Evaluación Operativa

Actividad	Tarea	Indicador de Tarea	Técnica	Fuente
Adaptar el mecanismo de agendamiento para usuarios de comunidades lejanas	Realizar dos talleres para elaborar un mecanismo de agendamiento para pacientes de comunidades lejanas	No de talleres realizados/planificados	Revisión Documental	Acta de reunión
	Realizar tres talleres para la evaluación del mecanismo de agendamiento para pacientes de comunidades lejanas	No de talleres realizadas/planificados	Revisión Documental	Acta de reunión

Actividad	Tarea	Indicador de Tarea	Técnica	Fuente
<b>Gestionar la asignación periódica de una unidad de salud móvil</b>	Realizar 2 talleres para la elaboración de un cronograma de visitas a las comunidades de Meridiano y Playa Rica	No de talleres realizadas/planificadas	Revisión Documental	Acta de reunión
	Realizar 2 talleres de evaluación de las visitas de una unidad móvil a las poblaciones de Meridiano y Playa Rica	No de talleres realizadas/planificadas	Revisión Documental	Acta de reunión

*Elaborado por: Escudero, Irene*

**Tabla No. 15** Matriz de Operacionalización de la Evaluación Analítica

Actividad	Dimensión	Tarea	Indicador de Tarea	Técnica	Fuente	Instrumento
Adaptar el mecanismo de agendamiento para usuarios de comunidad es lejanas	Accesibilidad funcional y administrativa	Recopilar el pedido de citas por lugar de residencia	No. de pacientes agendados de Meridiano y Playa Rica/total de agendados por mes	Revisión documental	<b>Sistema de Registro Diario de Atenciones</b>	Matriz de recolección de información
		Recopilación de las primeras atenciones por lugar de residencia	Tasa de utilización de pacientes residentes de Meridiano y Playa Rica por mes	Revisión documental		Matriz de recolección de información
<b>Gestionar la asignación periódica de una unidad de salud móvil</b>	Accesibilidad geográfica	Registro de todas las atenciones realizadas en cada visita	Comparación de la cobertura y concentración de las actividades preventivas	Revisión documental	Formulario de registro de atenciones	Matriz de recolección de información

*Elaborado por: Escudero, Irene*

## **9. Resultados**

### **9.1. De la Evaluación Operativa**

#### **9.1.1. Mecanismo de agendamiento adaptado para usuarios de comunidades lejanas**

Para desarrollar la actividad de adaptación del mecanismo de agendamiento, para usuarios de comunidades lejanas, se realizaron dos talleres con el propósito de elaborar el agendamiento adaptado y tres talleres para su evaluación, con los siguientes resultados:

- **Talleres de elaboración de un mecanismo de agendamiento para pacientes de comunidades lejanas**

Con el objeto de mejorar el acceso de usuarios de poblaciones dispersas a la consulta externa del Centro de Salud de Nanegal, mediante un agendamiento acoplado a sus necesidades, se convocó a tres talleres para crear un nuevo flujo de agendamiento considerando estas particularidades.

A los talleres asistió todo el personal de salud de Nanegal, incluyendo a los presidentes de las comunidades de Meridiano y Playa Rica, con un total de 10 participantes.

En cada taller se trataron temas sobre la problemática para tomar turnos y se acordó como producto final la adaptación de los mecanismos de agendamiento para los pobladores de Meridiano y Playa Rica, de acuerdo con el siguiente detalle:

**Tabla No. 16** Resumen de temas y acuerdos alcanzados en los talleres de adaptación del mecanismo de agendamiento para pobladores de las zonas de Meridiano y Playa Rica.

Temas tratados	Acuerdos
Presentación del mecanismo de agendamiento actual	Presentar una propuesta de adaptación de agendamiento de pobladores de las comunidades de Meridiano a Playa Rica para su aprobación por parte del director del Centro de Salud.
Problemática encontrada para acceder a un turno	
Propuesta de mecanismo de agendamiento adaptado para pobladores de Meridiano y Playa Rica	Aplicación del mecanismo adaptado de agendamiento y socialización en las comunidades por parte de los presidentes.

**Fuente:** Acta de Reunión Comité Local de Salud 2016

**Elaborado por:** Escudero, Irene

Una vez realizados los talleres se contó con un mecanismo adaptado de agendamiento, elaborado y consensuado con todos los actores, de la siguiente manera:

**Tabla No. 17** Mecanismo de agendamiento adaptado para las poblaciones de Meridiano y Playa Rica.

Tipo de requerimiento de atención	Mecanismo de agendamiento	
	Actual	Adaptado
<b>Citas programadas</b>	El usuario toma su cita a través del Sistema de Agendamiento externalizado Call Center, llamando al número 171, obteniendo fecha y hora de atención. Pueden acceder a este servicio toda persona que se encuentre residiendo en el territorio ecuatoriano.	Se mantiene, ya que, es un servicio nacional que no depende de la unidad operativa.  Se cerrará una hora al día, entre las 10:30am – 11:30am, el sistema de Call Center para que no asigne pacientes por este medio, y se agende a pacientes de Meridiano y Playa Rica que se acerquen al Centro de Salud de Nanegal.
<b>Asistencia a petición del usuario o “a libre demanda”</b>	El usuario asiste a la unidad por un problema de salud, sin cita previa en cualquier horario, se le indica que la atención es a partir de las 14:30 pm; ya que, desde las 7:30 hasta las 14:00 pm se atiende a pacientes previa cita (Call Center) o a su vez, se les solicita esperar por si algún paciente no llega a su cita programada.	Para los pobladores de Playa Rica y Meridiano podrán atenderse sin previa cita en los horarios de 10:30am – 11:30am.

Tipo de requerimiento de atención	Mecanismo de agendamiento	
	Actual	Adaptado
<b>Asistencia Urgente</b>	La que se lleva a cabo, ante una situación crítica para la vida del paciente, se realiza de manera prioritaria e inmediata en el centro de salud y de acuerdo con la capacidad de respuesta se estabiliza o se refiere al Hospital Nanegalito.	Se mantiene de la misma manera, comprometiéndose a los presidentes de las comunidades, gestionar los recursos frente a una emergencia.

*Fuente: Acta de Reunión Comité Local de Salud 2016*

*Elaborado por: Escudero, Irene*

- **Talleres de evaluación de la aplicación de un mecanismo de agendamiento para pacientes de comunidades lejanas.**

Durante la aplicación del nuevo mecanismo de agendamiento, se realizaron dos reuniones de evaluación en la primera y cuarta semana de implementación, con el personal del Centro de Salud, para establecer posibles errores y correcciones hallando lo siguiente:

**Tabla No. 18** *Evaluación de cumplimiento de la aplicación del mecanismo adaptado de agendamiento de pacientes residentes en Meridiano y Playa Rica*

Reunión	Problemas	Soluciones
<b>Primera</b>	No se cuenta con un formulario y/o lugar de registro de los pacientes atendidos de Meridiano y Playa Rica	Registrar en una matriz Excel los datos generales de los pacientes pertenecientes a las comunidades de Meridiano y Playa Rica
	El presidente de la comunidad no ha socializado a toda la comunidad sobre el agendamiento prioritario	Socializar el mecanismo de agendamiento en la asamblea comunitaria
<b>Segunda</b>	El tiempo asignado para pacientes de Meridiano y Playa Rica es insuficiente, la mayoría acude con sus familias	Aumentar el tiempo para agendamiento y atención de los pacientes de 30 minutos a 1 hora al día

*Fuente: Acta de Reunión Comité Local de Salud 2016*

*Elaborado por: Escudero, Irene*

La problemática hallada fue corregida en el mismo momento, ya que, los invitados a las reuniones fueron los mismos que las ejecutan.

### 9.1.2. Visita periódica de una unidad de salud móvil

Para el desarrollo de ésta actividad se realizaron 2 talleres para la elaboración de un cronograma de visitas y 2 talleres de evaluación de estas visitas, con los siguientes resultados:

- **Talleres de elaboración de un cronograma de visitas de una unidad de salud móvil a las poblaciones de Meridiano y Playa Rica.**

Los talleres de planificación de visitas, se realizaron los dos primeros jueves del mes de mayo, con la presencia del equipo de investigación y los líderes comunitarios de Meridiano y Playa Rica, en los cuales, se llegaron a los siguientes acuerdos:

**Tabla No. 19** *Acuerdos entre equipo de investigación y líderes comunitarios de Meridiano y Playa Rica*

Actividad	Responsable
Solicitud de visitas periódicas de la unidad de salud móvil.	Director del Centro de Salud de Nanegal
Instalaciones, alimentación y socialización a la comunidad sobre la visita de la unidad de salud móvil.	Presidentes de Meridiano y Playa Rica

*Elaborado por: Escudero, Irene*

Definiendo el cronograma de las visitas de la unidad de salud móvil, de acuerdo con el siguiente detalle:

**Tabla No. 20** *Cronograma de acciones en Meridiano y Playa Rica*

Comunidad	Fechas
Meridiano	El primer martes de cada mes a partir del mes de julio: 5 de julio, 2 de agosto, 6 de septiembre, 4 de octubre, 8 de noviembre (feriado finados) y 13 de diciembre (feriado fiestas de Quito).

Comunidad	Fechas
Playa Rica	El tercer viernes de cada mes desde el mes de julio: 15 de julio, 19 de agosto, 16 de septiembre, 21 de octubre, 18 de noviembre y 16 de diciembre.

*Elaborado por: Escudero, Irene*

Una vez establecido el cronograma fueron enviadas solicitudes a la unidad móvil del Ministerio de Salud a través de las autoridades del Distrito de Salud hacia la Coordinación Zonal 9 – Salud, sin embargo, una vez analizada y aprobada la solicitud, la petición demoró por la de logística y el tamaño de la Unidad Móvil, así como la organización de los profesionales de salud (1 médico, 1 odontólogo, 1 enfermera, 1 psicóloga, 1 conductor) con la consigna de que únicamente atendieron a la población escolar, sin embargo, cada visita de la unidad móvil, fue acompañada por una brigada de atención (Médico, Odontólogo, Enfermera y Auxiliar) de la unidad operativa de Nanegal que realizó actividades de vacunación, visitas domiciliarias y atenciones de morbilidad.

- **Talleres de evaluación de las visitas de una unidad móvil a las poblaciones de Meridiano y Playa Rica.**

**Tabla No. 21** Evaluación de visitas en poblaciones de Meridiano y Playa Rica

Reunión	Problemas	Soluciones
<b>Primera</b>	Autoridades de las instituciones educativas lejanas no han sido socializadas sobre la atención con la unidad móvil en Meridiano y Playa Rica	Socializar nuevamente por Quipux al Distrito de educación y desde el Centro de Salud hacer llegar en físico la autorización a las unidades de educación básica de Meridiano (Carlos Rivadeneira) y Playa Rica (Patricio Romero)
	Niños no cuentan con el consentimiento informado para la atención escolar en Meridiano y Playa Rica	Socializar con los presidentes de las comunidades de la necesidad de enviar el consentimiento de atención médica a los niños de las escuelas de Playa Rica y Meridiano.
<b>Segunda</b>	No hay seguridades para la custodia del vehículo por parte de la comunidad.	Firmar un acta compromiso figura “comodato” con los presidentes de las comunidades para el cuidado de la Unidad Móvil.

Reunión	Problemas	Soluciones
	Los médicos no pueden quedarse semanas sin producción de pacientes.	Se cambió las fechas iniciales del cronograma del tercer viernes cada mes por los primeros miércoles de cada mes, para de esa manera sean días seguidos en la atención y la unidad móvil pueda retornar a realizar otras actividades
<b>Tercera</b>	No hay retroalimentación de las atenciones en el centro de salud de Nanegal	Se solicitó por Quipux las atenciones y el RDACAA

*Elaborado por: Escudero, Irene*

La problemática hallada fue corregida en el mismo momento, ya que, los invitados a las reuniones fueron los mismos que las ejecutan.

## 9.2. De la Evaluación Analítica

Una vez implementadas alternativas de cambio: la modificación en el mecanismo de agendamiento y las brigadas médicas a las comunidades de Meridiano y Playa Rica, tenemos los siguientes resultados:

### 9.2.1. Agendamiento para usuarios de comunidades lejanas

**Tabla No. 22** Comparación de número de atenciones de pobladores de las comunidades de Playa Rica y Meridiano y tasa de utilización en el primer y segundo semestre del 2016

Procedencia	<i>I Semestre</i>		<i>II Semestre</i>		<i>Anual</i>	
	Total atenciones	Tasa de utilización	Total atenciones	Tasa de utilización	Total atenciones	Tasa de utilización
<b>Centro Poblado</b>	4.741	0,81	4.791	0,83	9.532	1,44
<b>Playa Rica</b>	43	0,12	103	0,26	146	0,37
<b>Meridiano</b>	20	0,09	84	0,31	104	0,39

*Elaborado por: Escudero, Irene*

El nuevo mecanismo de agendamiento permitió agendar a 103 pacientes de Playa Rica y a 84 pacientes de Meridiano en el segundo semestre del 2016, y de ésta manera, aumentó

la utilización del servicio por parte de los pobladores de Playa Rica y Meridiano con un aumento en la tasa de utilización de 0,12 a 0,26 y de 0,09 a 0,31 respectivamente.

### 9.2.2. Visita periódica de una unidad de salud móvil y brigadas médicas a las comunidades lejanas.

Una vez realizada la visita de la unidad móvil y de la brigada de atención se realizaron 6 visitas a cada comunidad, brindando atención de morbilidad a libre demanda (45 atenciones por visita) 48 visitas domiciliarias, captación de menores de 25 menores de 5 años, 24 embarazadas y completando varios esquemas de vacunación por grupos programáticos de acuerdo con el siguiente detalle:

**Tabla No. 23** Comparación de la cobertura y concentración de atenciones preventivas de las comunidades de Meridiano y Playa Rica por semestre del año 2016

Grupo	Actividades	Norma (%/N Semestral)	Playa Rica			Meridiano			
			I Semestre	II Semestre	Total (Anual)	I Semestre	II Semestre	Total (Anual)	
Menor de 1 año	Control Niño sano	Primeras	50%	16,67%	27,78%	44,44%	8,33%	33,33%	41,67%
		Concentración > 1año	3	1	2	2	1	2	2
	Vacunas	B.C.G	50%	33,00%	56,00%	89,00%	42,00%	61,00%	103,00%
		Pentavalente 1	50%	40,00%	50,00%	90,00%	38,00%	56,00%	94,00%
		Pentavalente 2	50%	32,00%	43,00%	75,00%	31,00%	46,00%	77,00%
		Pentavalente 3	50%	31,00%	48,00%	79,00%	31,00%	43,00%	74,00%
		P.V.O. 1	50%	39,00%	49,00%	89,00%	37,00%	55,00%	93,00%
		P.V.O. 2	50%	31,00%	43,00%	75,00%	31,00%	46,00%	77,00%
	P.V.O. 3	50%	31,00%	48,00%	79,00%	31,00%	43,00%	74,00%	
De 1-2 años	Vacuna	SRP	50%	39,00%	46,00%	85,00%	41,00%	52,00%	93,00%
De 1 a 4 años	Control de niño sano	Primeras	25%	9,00%	16,00%	25,00%	7,00%	15,00%	22,00%
		Concentración 1 a 4 años	1	0,5	1	1	0,5	1	1
	Vacunación	Refuerzo DPT	50%	9,00%	16,00%	25,00%	7,00%	15,00%	22,00%
		Refuerzo PVO	50%	9,00%	16,00%	25,00%	7,00%	15,00%	22,00%
De 5 a 14 años	Control Escolar (5-9 años)		50%	38,00%	47,00%	85,00%	36,00%	57,00%	93,00%
	Atención Odontología 5-9 años escolares		13%	4,00%	8,00%	12,00%	6,00%	7,00%	13,00%

Grupo	Actividades	Norma (%/N Semestral)	Playa Rica			Meridiano		Total (Anual)
			I Semestre	II Semestre	Total (Anual)	I Semestre	II Semestre	
10 a 14 años	Control Adolescentes	13%	2,00%	10,00%	12,00%	3,00%	9,00%	12,00%

*Elaborado por: Escudero, Irene*

Una de las actividades realizadas en las brigadas médicas y visitas domiciliarias fue la búsqueda activa de diferentes grupos de edad, para completar su esquema de vacunación. Dentro de ésta actividad, se detectó que ninguna de las coberturas de vacunación cumplía con la norma de cobertura semestral, que debió alcanzar el 50%, para el primer semestre del 2016; en éste sentido y con el equipo del Centro de Salud de Nanegal, se alcanzó en el segundo semestre del 2016 en la Comunidad de Playa Rica, que las coberturas aumenten entre un 4 a 23%; y en el caso de Meridiano entre un 1 y un 21%.

## 10. Discusión

La accesibilidad se encuentra definida como: "la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole". (Hamilton, 2001); es así como, en las distintas parroquias y comunidades rurales de la Provincia de Pichincha tales como Playa Rica y Meridiano, la accesibilidad a los servicios de salud no es la misma, debido a la diversidad de sus necesidades y condiciones de la población.

Según el autor (Comes, 2006), define a una accesibilidad simbólica: "los Servicios de Salud también son productores de subjetividad ya que sus acciones e inacciones producen efectos subjetivos en la población y ofrecen indicios para construir ideas o creencias sobre ellos mismos. En este sentido adhiero a pensar la accesibilidad como el vínculo que se construye entre la población y los servicios de salud" (Comes, 2006).

Apoyando esta concepción, la población objeto de estudio ha presentado sus observaciones e inconformidades respecto a la prestación de servicios de salud brindados por el Centro de Salud de Nanegal; es así que a partir de la presente investigación, se diseñó una serie de estrategias que permiten superar dichas barreras de acceso y de esta forma permitan un acercamiento específicamente de las Comunidades de Playa Rica y Meridiano hacia la Unidad de Salud.

A fin de establecer un nuevo mecanismo de agendamiento de pacientes de comunidades lejanas, se realizaron varios talleres, con la participación activa de representantes de la comunidad y del centro de salud, tal como lo manifiesta el autor: "La participación de los pacientes supone un nuevo modo de entender la relación entre éstos, los profesionales y sistemas de salud, no sólo desde el prisma del conocimiento, el manejo y el control de la propia salud, de manera individual o colectiva, sino también desde la influencia que puede

llegar a tener en la planificación de políticas sanitarias” (Ruiz Azarola & Perestelo Pérez, 2012).

La importancia de la agenda viene dada por la capacidad de los profesionales de salud para gestionar de forma adecuada la demanda, disminuir los tiempos de espera de los usuarios, ser más eficientes en la utilización de los recursos, mejorar la respuesta en ésta en términos de oportunidad y satisfacción usuaria. (Ramírez, 2004).

Así mismo otro autor manifiesta que mejorar el desempeño de los sistemas de salud se ha convertido en un tema crucial para los países. Es indudable que el incremento en los niveles de salud refleja el nivel de desarrollo y el grado de bienestar general alcanzado; (García Peña & González González, 2011).

Por otro lado, la participación activa del personal interno así como todos los actores de todo el sistema de salud, resulta indispensable a fin de determinar estrategias efectivas sobre la accesibilidad; concordante con lo que el autor menciona: Las percepciones de usuarios y líderes sobre las barreras y oportunidades parecen indicar que son actores críticos de su realidad y se constituyen en importante potencial para configurarse en interlocutores clave con las instituciones y el Estado. Una actitud semejante por parte de instituciones sería necesaria para construir una auténtica y duradera cultura participativa. (Delgado Gallego & Vásquez Navarrete, 2006)

A pesar de, encontrar grupos organizados en las comunidades de estudio, se invitó a participar a los presidentes de las comunidades de Meridiano y Playa Rica, como representantes formales de la comunidad, lo cual, dio como resultado una amplia aceptación del nuevo mecanismo de agendamiento por parte de los pacientes.

Las acciones tomadas en mejora de la accesibilidad para las Comunidades de Playa Rica y Meridiano, ha permitido superar lo que menciona el autor: “Existe un desencuentro entre los formuladores de las políticas de salud y la población usuaria, pues se implementan estrategias de participación que no toman en cuenta las formas organizativas de los grupos sociales” (Abrantes, 1999).

Además, como los resultados favorables a los cuales se ha llegado a través de esta investigación y como parte de las estrategias se acordó con representantes de la comunidad, la intervención de equipos de Atención Integral en Salud un día al mes en dichas zonas, equipos que se encargarán de proveer a los pacientes y familiares la atención más integral de salud posible, mismos que estarán conformados por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios (Morera & Pérez, 1997).

Como parte de este nuevo modelo de agendamiento para los pobladores de Playa Rica y Meridiano se establecen horarios para atenciones sin previa cita así también se extiende el tiempo de cada cita mínimo 30 minutos considerando que acuden con familiares; comparado con España, el sistema todavía está lejos de una situación que se pueda considerar óptima, el tiempo promedio que pueden dedicar los profesionales médicos de APS a cada paciente está aún bastante por debajo de los 10 minutos (en general, entre 6 y 9). Este tiempo suele ser menor para las visitas por propia iniciativa, generalmente para el control de problemas de salud crónicos (Zurro & Jodar, 2011).

Varios autores señalan que: “la necesaria afiliación a las más modernas teorías salubristas llevó al Sistema de Atención Primaria de Salud en Chile a asumir el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria desde los años noventa. Ellos resaltan la importancia de establecer equipos de trabajo con las herramientas y competencias necesarias para la implementación de ese paradigma”. (Egaña Rojas & Barría Iroumé, 2015)

Así mismo México, cuenta con un sistema de salud basado en la APS orientando sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social; todo ello a través principalmente de los equipos de salud para el cuidado de la salud, mismos que se origina en las unidades de atención ambulatoria; por lo que este equipo es el eslabón para implementar y fortalecer la Atención Primaria de Salud (Secretaría de Salud México, 2015).

La aplicación de este modelo, trae de la mano grandes beneficios a las comunidades objeto de estudio, mismo que se centra en el ser humano articulando los diferentes ámbitos de la vida: nivel económico, social, cultural, en condiciones de mejorar la atención sanitaria; de ello se desprende resultados favorables en la comunidad de Playa Rica y Meridiano alcanzando en el segundo semestre del 2016.

Con base en lo anterior señala que “la visita domiciliaria representa un modo diferente de cuidar la salud, debido a que se logra una mayor proximidad con las familias para el desenvolvimiento de intervenciones y acciones de promoción y prevención, por ello es que el acercamiento de los servicios de salud a los domicilios de las personas y los lugares de trabajo permite conocer de primera mano las necesidades de la población, lo que representa el primer contacto del individuo, familia y comunidad con el sistema de salud” (Araujo & Ribeiro, 2011).

En este sentido, la presente investigación permitió el desarrollo e implementación de estrategias producto de un consenso de todos quienes conforman la Unidad de Salud y representantes de las Comunidades de Playa Rica y Meridiano, a fin de poder acercar a la población al Centro de Salud de Nanegal, abordando inequidades que antes constituían una barrera de acceso, brindando atención universal y garantizando de esta manera el derecho a la salud de la población.

## **11. Conclusiones**

La conformación de un equipo de investigación que incluyó la participación de los representantes de las comunidades dispersas (Playa Rica y Meridiano) con el objeto de mejorar la organización de la Unidad de Salud tanto intramural y extramural, permitió establecer acciones efectivas acorde a la realidad de éstas comunidades.

Con la adaptación del mecanismo de agendamiento para usuarios de comunidades dispersas, y la visita periódica de una unidad de salud móvil junto con el personal del Centro de Salud, mejoró el acceso de los usuarios de las poblaciones rurales dispersas de Meridiano y Playa Rica a la Consulta Externa del Centro de Salud de Nanegal.

La adaptación del mecanismo de agendamiento redujo las distintas barreras de accesibilidad que presentaban las comunidades de Playa Rica y Meridiano; entre las que se encuentran: reducción del tiempo de espera, aumento de la cobertura y concentración de atenciones preventivas y de promoción.

Las brigadas de atención móvil con el acompañamiento de un equipo de atención del Centro de Salud, aumentaron la mayor parte de las coberturas de vacunación, así mismo, mejoró la detección de grupos vulnerables, como la de niños menores de 5 años y mujeres embarazadas.

La participación de los actores locales para implementar procesos de cambio, así como, la predisposición de las autoridades institucionales, permitieron desarrollar las diferentes estrategias, que gracias a su compromiso y decisión se pudieron concretar.

## 12. Recomendaciones

- Se debe reforzar el nuevo mecanismo de agendamiento, ampliando su socialización con los pobladores de las comunidades lejanas, así mismo, capacitando a todo el personal que labora en la unidad operativa a fin de todos estén al tanto de las nuevas estrategias implementadas.
- Es importante entregar a las autoridades del Distrito de Salud, los resultados del mecanismo adaptado de agendamiento, para que se disponga su evaluación permanente, y de ésta manera, sea sostenible en el tiempo, y pueda ser replicado en las unidades del Distrito de Salud o ampliar a otras comunidades que asisten al Centro de Salud de Nanegal.
- Se debe mantener reuniones permanentes con líderes comunitarios y presidentes de los barrios, en sus reuniones bimensuales con la comunidad, para recolectar perspectivas sobre la organización del Centro de Salud de Nanegal, con respecto a los horarios de atención y tiempos de espera de agendamiento.
- Es importante mantener las brigadas médicas con una periodicidad, de al menos dos meses, y evaluar dichas visitas domiciliarias con la finalidad de mantener un adecuado acceso de los pobladores de Meridiano y Playa Rica, a las atenciones del Centro de Salud de Nanegal.

### 13. Bibliografía

- Abrantes, R. (1999). Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil. En I. N. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Morelos - México.
- Araujo, A., & Ribeiro, B. (2011). A visita domiciliar com ênfase na educação em saúde. *Revista Eletrônica Saúde*, 1-16.
- Ávila, A., Briceño, A., & Benítez, B. (2010). *Barreras organizacionales de acceso en servicios ambulatorios*. Multiciencias.
- Censos, I. N. (2016). *Informe de Proyección Poblacional*. Quito.
- Cloke, P. (2010). Rural Planning. Policy into action.
- Comes, Y. (2006). Accesibilidad: una revisión conceptual. En *Doc. laboris del Proyecto de investigación P077 - UBACyT*.
- Delgado Gallego, M., & Vásquez Navarrete, L. (2006). Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de Cali - Colombia.
- Egaña Rojas, D., & Barría Iroumé, S. (2015). *La familia como categoría difusa en la atención primaria del sistema de salud chileno*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252015000300011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000300011&lng=es)
- Escalona, O. A., & Díez, C. C. (2002). *Accesibilidad Geográfica de la población rural a los Servicios Básicos de Salud*. Obtenido de <http://www.ceddar.org/content.2004-3.pdf>
- Frenk, J. (1985). *El Concepto de la Medición de Accesibilidad*. México.
- García Peña, C., & González González, C. (2011). Accesibilidad y efectividad en México. En *Gaceta Médica de México*. México.
- Geosalud* 3.3.0. (2012 - 2018). Obtenido de <https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/index.php>
- Gobierno Autónomo Descentralizado. (2016). *GAD Nanegal*.
- Goodall, P. (1987). *Principios de Accesibilidad*.

- Hamilton, G. (Junio de 2001). *Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos*. Obtenido de <http://www.isalud.org/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). *INEC*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>
- Mariño, C. (2007). *Beneficios de la Accesibilidad*. Quito - Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (Noviembre de 2013). *MSP*. Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf).
- Morera, J., & Pérez, J. (1997). *Conceptos, funciones y actividades en atención primaria*. Madrid.
- Nanegal, C. d. (2016). Quito.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud*.
- Proaño, K. (2013). *Accesibilidad a la Salud*. Lima - Perú: La Luz.
- Ramírez, P. (2004). *La Accesibilidad a los Servicios de Salud*. México.
- RDACAA. (2016). *Estadísticas Ministerio de Salud Pública*. Quito.
- Ruiz Azarola, A., & Perestelo Pérez, L. (2012). Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. En *Informe SESPAS 2012*. España.
- Sánchez Torres, D. A. (2015). *Accesibilidad a los Servicios de Salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud*. 1-8.
- Secretaría de Salud México. (Agosto de 2015). *Modelo de Atención Integral en Salud* - México. México.
- Zurro, M., & Jodar, G. (2011). *Atención Primaria en Salud y Atención Familiar y Comunitaria*. España.

## 14. Anexos

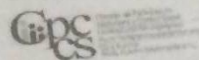
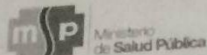


<b>ACTA REUNIONES</b>			
<i>Fecha</i>	Nanegal, Domingo 14 de Junio de 2015.		
<i>Ubicación</i>	Sala de reuniones de la Junta Parroquial de Nanegal.		
<i>Informe:</i>	Nro. 010		
<b>ASISTENTES:</b>	Carolina Muela – DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD DE NANEGAL.		
	Verónica Hidalgo – TAPS NANEGAL		
	Susana Mediavilla – TAPS NANEGAL		
	Jorge Viteri – CORPORACIÓN UTOPIA.		
	Carolina Guaña – RESPONSABLE – TUTOR TAPS.		
	Irene Escudero – RESP. PROMOCIÓN DE SALUD E IGUALDAD DEL DISTRITO 17 D01.		
	13 líderes de las comunidades y barrios de la parroquia Nanegal.		
<b>OBJETIVO:</b>			
1.	Conformar el Comité Local de Salud de Nanegal		
<b>TEMAS TRATADOS:</b>			
1.	Lectura y aprobación del acta anterior del domingo 10 de mayo (primera reunión de sensibilización).		
2.	Presentación de la cartera de servicios de la unidad de salud de Nanegal, donde se menciona los nuevos recursos humanos como parte de profesionales que cumplen con su año de salud rural, ante lo cual los asistentes se encuentran muy complacidos.		
3.	Durante el proceso se aclaran las dudas de los asistentes (171, atención a personas aseguradas, atención al adulto mayor, falta de personas de barrios alejados, entre otras) se da a conocer las funciones del comité local de salud, la importancia de la participación ciudadana en salud y con ejemplos se da a conocer alcances y logros de los comités locales.		
4.	Conformación del Comité Local de Salud, donde de manera participativa se reconoce a la Sra. Seida Yépez como coordinadora del comité local de salud, sus cinco vocales principales y 7 vocales suplentes.		
5.	Se recibe un refrigerio por parte de la corporación Utopía, para todos los asistentes.		
<b>ACUERDOS Y COMPROMISOS</b>			
<b>COMPROMISOS</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>FECHA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Realizar la próxima reunión para iniciar la escuela de formación ciudadana durante dos domingos consecutivos en jornada extendida	Sra. Seida Yépez Personal de Salud de Nanegal	05/07/2015	

	Carolina Guaña Jorge Viteri Irene Escudero		
Apoyo en la convocatoria a más personas de todos los barrios y localidades de Nanegal	Personal de Salud de Nanegal	01/07/2015	
Solicitar los módulos de capacitación a la Coordinación Zonal y compartir con Utopía, para su réplica.	Irene Escudero	19/06/2015	
Intercambiar contactos entre miembros del comité	Sra. Seida Yépez Personal de Salud de Nanegal	14/06/2015	

**EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS**






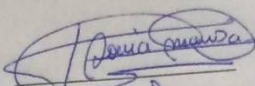
COMITÉ LOCAL DE SALUD  
ACTA CONSTITUTIVA DEL COMITÉ LOCAL SALUD

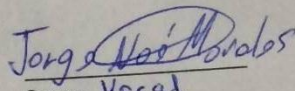
En la comunidad de Nanegal que pertenece a la Unidad Operativa Nanegal del MSP del Distrito  
Nombre: Nanegal-Gualea Nro. 17001, ubicado en Nanegal a los 14 del mes de Junio de 2015, siendo  
las 11:09 horas, los representantes de las organizaciones sociales vinculadas a la salud convocadas por el Ministerio de Salud, se  
constituyen en reunión para conformar el COMITÉ LOCAL DE SALUD Nanegal en el marco de la Constitución de la República y la Ley  
Orgánica de Participación Ciudadana y Control Social, con el fin de garantizar los derechos a la salud y la participación en la gestión de la  
salud y en beneficio de las y los habitantes de las comunidades de Nanegal.

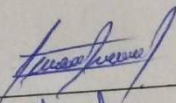
Es función de los Equipos de Atención Integral de la Unidad Operativa y el delegado del CPCCS, acompañar y facilitar la gestión del  
COMITÉ LOCAL DE SALUD.

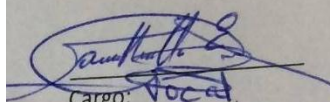
Para constancia de lo acordado firman los/as integrantes del COMITÉ LOCAL DE SALUD de Nanegal.

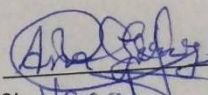
  
Cargo: Coordinadora  
Nombre de la persona:  
CC:  
Nombre de la Organización

  
Cargo: vocal  
Nombre de la persona:  
CC:  
Nombre de la Organización

  
Cargo: Vocal  
Nombre de la persona:  
CC: 171024352-6  
Nombre de la Organización

  
Cargo: Vocal  
Nombre de la persona:  
CC: 020127284-6  
Nombre de la Organización

  
Cargo: Vocal  
Nombre de la persona:  
CC: 1704061207  
Nombre de la Organización

  
Cargo: Vocal  
Nombre de la persona:  
CC: 7007875487  
Nombre de la Organización

" FORTALECIMIENTO DE LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y GESTIÓN PARTICIPATIVA PARA EL DESARROLLO LOCAL EN DOS DIRECCIONES DISTRITALES DE SALUD DEL CANTÓN QUITO, ECUADOR "

Evento: Comité Local de Salud - Nanegal - Taller de Conformación  
 Lugar: Nanegal  
 Fecha: 14-junio-2015

Nº	Nombre	Institución/ Comunidad	No. de cédula	Sexo M/F	Firma
1	Seguando Herazo	Cartajena	1702007343	M	<i>[Firma]</i>
2	Melina Parco	Rio Benepa	020127284-6	F	<i>[Firma]</i>
3	Estuardo Torres	La Perla	170200691-5	M	<i>[Firma]</i>
4	Jaime Morillo	Cartajena	1704061207	M	<i>[Firma]</i>
5	Jorge Nao' Morales	La Delicia	1710243526	M	<i>[Firma]</i>
6	Ana Gubuz	La Florida	7001975487	F	<i>[Firma]</i>
7	Sonia Manosalvas	Marianitas	170542250-7	F	<i>[Firma]</i>
8	Jorge Uiteri Ayala	Utopia	17043287-3	M	<i>[Firma]</i>
9	Selva Benav.	Pol. to pamba	172408111-0	M	<i>[Firma]</i>
10	Carolina Muela	CS Nanegal	119639443	F	<i>[Firma]</i>
11	Veronica Hidalgo	CS Nanegal	1800937617	F	<i>[Firma]</i>
12	Irene Escobedo	Distrib ADOL	060477913-2	F	<i>[Firma]</i>
13	Carolina Guana	Distrib ADOL	171981406-1	F	<i>[Firma]</i>
14	Maria Masa.	La Florida		F	<i>[Firma]</i>
15	Seida Yopez	San Pedro	17143920-7	F	<i>[Firma]</i>
16	Susana Mediavilla	TAPS.	171737215-3	F	<i>[Firma]</i>
17	Rafael el Peto	el Nanegal	1700438212	M	<i>[Firma]</i>
18	Belmilda Elizalde	Marianitas	7101546495	F	<i>[Firma]</i>
19	Blanca Cruz	el Nanegal	1703163244	F	<i>[Firma]</i>
20					
21					

REALIZADO POR:

Dra. Carolina Guaña Z.

**Responsable – Tutora TAPS.**

Dra. Carolina Muela.

**Directora Centro de Salud Nanegal.**

Verónica Hidalgo

**TAPS.**

Susana Mediavilla

**TAPS.**

Jorge Viteri

**CORPORACIÓN UTOPIÍA**