



Maestría en

SALUD PÚBLICA

AUTOR: Sergio José Frías Redroban

TUTOR: Federico Fernando Sacoto Aizaga MD. MPH

Acceso al primer nivel de atención de salud del IESS en las parroquias San Miguelito y Emilio Terán, Cantón Pillaro, provincia Tungurahua, enero agosto 2024.

Certificación de autoría del trabajo de titulación

Yo, Frías Redroban Sergio José, declaro bajo juramento que el trabajo de titulación denominado “Acceso al primer nivel de atención de salud del IESS en las parroquias San Miguelito y Emilio María Terán, Cantón Pillaro, provincia Tungurahua, enero agosto 2024.” es de mi autoría y de mi exclusiva responsabilidad académica y legal; y que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional. En su elaboración, se han citado las fuentes y se han respetado las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Frías Redroban Sergio José

C. I.: 1804748364

Correo electrónico: friassergio5@gmail.com

Yo, Federico Fernando Sacoto Aizaga, declaro que he tutorizado el trabajo de titulación denominado “Acceso al primer nivel de atención de salud del IESS en las parroquias San Miguelito y Emilio Terán, Cantón Pillaro, provincia Tungurahua, enero agosto 2024”.del maestrante, quien es autora exclusiva de la presente investigación, que es original y auténtica.

Nombre: Federico Fernando Sacoto Aizaga

CI: 1703278513

Correo electrónico: fesacotoai@uide.edu.ec

Autorización de derechos de propiedad intelectual

Yo, Frías Redroban Sergio José, en calidad de autor/a del trabajo de titulación denominado “Acceso al primer nivel de atención de salud del IESS en las parroquias San Miguelito y Emilio María Terán, Cantón Pillaro, provincia Tungurahua, enero agosto 2024.” autorizo a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) para hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que abarca esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación. Los derechos que como autor me corresponden, según lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento en Ecuador.

D. M. de Quito, 7 de diciembre 2024

Frías Redroban Sergio José

C. I.: 1804748364

Correo electrónico: friassergio5@gmail.com

Dedicatoria

A mis padres, especialmente a mi madre, cuya influencia en mi vida ha sido invaluable. Su legado de conciencia social y amor me ha motivado a perseguir mis sueños y a ser una persona comprometida con la justicia y la equidad. Su memoria vive en mí y me inspira a seguir adelante, a mi padre, Sergio, expresar mi más profundo cariño y respeto, quien ha sido un ejemplo de fortaleza y dedicación en mi vida. Su apoyo incondicional y su aliento han sido fundamentales para mí en este camino académico.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por la vida, las bendiciones y la oportunidad de crecer en este camino académico. También quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Fernando Sacoto, cuya preocupación y dedicación han sido fundamentales para la realización de este trabajo. Mi padre, Sergio, ha sido un apoyo incondicional y aliento, enseñanzas morales y éticas que me han guiado y fortalecido en este tiempo. A mi madre, Nancy, le por su amor incondicional y sabiduría, cuyo recuerdo de perseverancia siempre estará en mi corazón. Finalmente, mis docentes de la Maestría de Salud Pública y la Universidad Internacional del Ecuador, por proporcionarme las herramientas y oportunidades necesarias para enriquecer mi conocimiento y pasión por la rama de la salud, mostrándome su compromiso y dedicación.

Índice de contenido

Resumen	11
Abstract.....	13
1. Introducción	15
2. Justificación.....	17
3. Planteamiento del Problema.....	17
1.1. Preguntas de Investigación	18
4. Marco teórico y conceptual.....	19
4.1. Modelos de Sistemas de Salud.....	20
4.2. Desarrollo de la Salud Pública.....	20
4.3. Acceso a los Servicios de Salud.	22
4.4. Redes Integradas de Servicios de Salud.	25
4.5. Marco Normativo en Ecuador.....	27
4.6. Servicios de salud del IESS.	29
4.7. Contexto Geográfico de las Parroquias San Miguelito y Emilio María Terán.	34
5. Objetivos	35
5.1. Objetivo General:.....	35
5.2. Objetivos Específicos:	35
6. Metodología	36
6.1. Universo y muestra.	38
6.2. Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.	40
6.4. Instrumento de recolección de datos.....	42
6.5. Plan de Tabulación y Análisis	43
6.6. Operacionalización de variables.	43
7. Resultados.	47
8. Discusión.....	80
9. Conclusiones	83
10. Recomendaciones.....	85
11. Referencias bibliográficas	86
12. Anexos.....	95

Índice de cuadros.

Cuadro 1. Operacionalización de variables.....	43
--	----

Índice de Tablas

Tabla 1. Afiliados y beneficiarios de salud del IESS. Emilio María Terán 2024.	36
Tabla 2. Afiliados y beneficiarios de salud del IESS. San Miguelito 2024.....	36
Tabla 3. Consultas de afiliados al IESS. Puesto de Salud Emilio María Terán enero - agosto 2024.....	37
Tabla 4. Consultas de afiliados al IESS.-Centro de Salud. San Miguelito 2024.	37
Tabla 5. Consultas de afiliados al IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero – agosto 2024.....	39
Tabla 6. Consultas de afiliados al IESS atendidos en el CS. Miguelito enero - agosto 2024.....	40
Tabla 7. Total consultas en PS. Emilio María Terán, CS. San Miguelito enero – agosto 2024...	47
Tabla 8. Participantes según edad afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.	48
Tabla 9. Participantes según edad afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	48
Tabla 10. Participantes según sexo afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero – agosto 2024.	49
Tabla 11. Participantes según sexo afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito 2024.....	50
Tabla 12. Participantes según nivel educativo afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero – agosto 2024.	50
Tabla 13. Participantes según nivel educativo afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	51
Tabla 14. Participantes según ocupación afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.	52
Tabla 15. Participantes según ocupación afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.....	53
Tabla 16. Participantes según ingresos mensuales afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.....	53
Tabla 17. Participantes según ingresos mensuales afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	54
Tabla 18. Participantes según tipo de vivienda afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.	55
Tabla 19. Participantes según tipo de vivienda afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	55
Tabla 20. Participantes según tipo instalaciones sanitarias afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.....	56
Tabla 21. Participantes según tipo instalaciones sanitarias afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	56
Tabla 22. Participantes según instalaciones sanitarias afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.....	57
Tabla 23. Participantes según instalaciones sanitarias afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	57
Tabla 24. Participantes según tipo de eliminación de excretas afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.....	58

Tabla 25. Participantes según tipo de eliminación de excretas afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	58
Tabla 26. Unidad de atención habitual de afiliados al IESS atendidos en PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.	59
Tabla 27. Unidad de atención habitual de afiliados al IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	60
Tabla 28. Conocimiento de la unidad del IESS más cercana afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.	60
Tabla 29. Conocimiento de la unidad del IESS más cercana afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	61
Tabla 30. Reporte de unidad de salud del IESS más cercana afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero – agosto 2024.	61
Tabla 31. Reporte de unidad de salud del IESS más cercana afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	62
Tabla 32. Medio de transporte que utiliza hasta la unidad de primer nivel del IESS asignada afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero – agosto 2024.	63
Tabla 33. Medio de transporte que utiliza hasta la unidad de primer nivel del IESS asignada afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero – agosto 2024.	63
Tabla 34. Tiempo de desplazamiento hasta unidad de primer nivel del IESS asignada afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero – agosto 2024.	64
Tabla 35. Tiempo de desplazamiento hasta unidad de primer nivel del IESS asignada afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	64
Tabla 36. Costos de transporte hacia unidad de salud de 1er nivel IESS asignada afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.	64
Tabla 37. Costos de transporte hacia unidad de salud de 1er nivel IESS asignada afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	65
Tabla 38. Encuestados que accedieron a los servicios del IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.	65
Tabla 39. Encuestados que accedieron a los servicios del IESS afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	66
Tabla 40. Unidad del IESS demandada afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.	66
Tabla 41. Unidad del IESS demandada afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	67
Tabla 42. Tipo de consulta recibida en el IESS. Afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.	67
Tabla 43. Tipo de consulta recibida en el IESS. Afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	68
Tabla 44. Nivel de satisfacción con los servicios de salud del IESS. Afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.	68
Tabla 45. Nivel de satisfacción con los servicios de salud del IESS. Afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	69
Tabla 46. Disponibilidad de medicamentos en las unidades del IESS. Afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.	70
Tabla 47. Disponibilidad de medicamentos en las unidades del IESS. Afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	71
Tabla 48. Tiempo promedio de viaje hacia las unidades del MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.	72

Tabla 49. Tiempo promedio de viaje hacia las unidades del MSP afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.....	72
Tabla 50. Tiempo promedio de viaje hacia las unidades del IESS y MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, CS. San Miguelito enero - agosto 2024.....	73
Tabla 51. Disponibilidad de transporte hacia las unidades del MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.....	74
Tabla 52. Disponibilidad de transporte hacia las unidades del MSP afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.....	74
Tabla 53. Nivel de satisfacción con los servicios del MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.....	75
Tabla 54. Nivel de satisfacción con los servicios del MSP afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	75
Tabla 55. Nivel de satisfacción con los servicios del IESS Y MSPafiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, San Miguelito enero - agosto 2024.....	76
Tabla 56. Disponibilidad de medicamentos en las unidades de 1er nivel del MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.....	77
Tabla 57. Disponibilidad de medicamentos en las unidades de 1er nivel del MSP afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.....	78
Tabla 58. Disponibilidad de medicamentos en las unidades de 1er nivel del MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, CS. San Miguelito enero - agosto 2024.....	79
Tabla 59. Validación de instrumento.	98

Incide de gráficos

Gráfico 1. Participantes según edad afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, CS. San Miguelito enero – agosto 2024.....	49
Gráfico 2. Participantes según nivel educativo del jefe de hogar afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, CS. San Miguelito enero - agosto 2024.....	52
Gráfico 3. Participantes según ingresos mensuales afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.....	53
Gráfico 4. Participantes según ingresos mensuales afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero – agosto 2024.....	54
Gráfico 5. Unidad de atención habitual de afiliados al IESS atendidos en PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.	59
Gráfico 6. Unidad de atención habitual de afiliados al IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	60
Gráfico 7. Nivel de satisfacción con los servicios de salud del IESS. Afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, CS. San Miguelito enero - agosto 2024.	70
Gráfico 8. Disponibilidad de medicamentos en las unidades del IESS. Afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.....	70
Gráfico 9. Disponibilidad de medicamentos en las unidades del IESS. Afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.....	71
Gráfico 10. Tiempo promedio de viaje hacia las unidades del MSP. Afiliados IESS Emilio María Terán, San Miguelito enero - agosto 2024.....	73
Gráfico 11. Nivel de satisfacción con los servicios del IESS Y MSPafiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, San Miguelito enero - agosto 2024.....	77
Gráfico 12. Disponibilidad de medicamentos en las unidades de 1er nivel del MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.	77

Gráfico 13. Disponibilidad de medicamentos en las unidades de 1er nivel del MSP afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.....	78
Gráfico 14. Disponibilidad de medicamentos en las unidades de 1er nivel del MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, CS. San Miguelito enero - agosto 2024.....	80

Resumen

La presente investigación analiza las limitaciones que enfrentan los habitantes de las parroquias rurales de San Miguelito y Emilio María Terán, ubicadas en el cantón Píllaro, provincia de Tungurahua, para acceder a los servicios de salud de primer nivel del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) entre enero y agosto de 2024. El objetivo principal fue identificar las causas por las cuales los usuarios afiliados del IESS prefieren acudir a los servicios de salud de primer nivel del Ministerio de Salud Pública (MSP), situados en sus parroquias, en lugar de trasladarse a la unidad del IESS localizada en la cabecera cantonal de Píllaro. A través de un muestreo por conveniencia, se aplicaron encuestas estructuradas a 127 personas (99 en San Miguelito y 28 en Emilio María Terán), recolectando datos sobre condiciones socioeconómicas, que en general pusieron de manifiesto limitaciones en ámbitos tales como ingresos económicos, empleo, educación y otros que podrían incidir sobre el acceso a servicios de salud. Por ejemplo, 27,27 % y el 21,43 % de los hogares en San Miguelito y Emilio María Terán, respectivamente, tienen ingresos inferiores a \$300, lo que podría limitar el acceso. Los resultados muestran que el tiempo de desplazamiento y los costos de transporte hacia las unidades de 1er nivel del IESS y MSP son factores clave en el acceso a los servicios. Desde San Miguelito, un 67,68 % de afiliados tardan entre 30 y 60 minutos para llegar a la unidad del IESS, mientras que el un 64,6 % accede a la unidad del MSP en Menos de 30 minutos. En Emilio María Terán, al 78,57 % le tarda cerca de 30 minutos en llegar a la unidad del IESS, en tanto un 85,7 % lo hace en menos de 30 minutos hasta la unidad de salud del MSP hacia el MSP. Situación semejante se encontró para costos de transporte, más altos para llegar a la unidad de salud del IESS. Se explica, entonces, la mejor satisfacción reportada por la atención recibida en las unidades del MSP.

Este estudio resalta la relevancia de fortalecer las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) para mejorar la coordinación entre los servicios de salud del MSP e IESS.

Palabras clave: Acceso a servicios de salud; Barreras económicas; Barreras geográficas; Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS); Primer nivel de atención.

Abstract

This research analyzes the barriers limiting access to the first-level health services of the Ecuadorian Social Security Institute (IESS) in the rural parishes of San Miguelito and Emilio María Terán in the Píllaro canton, Tungurahua province, from January to August 2024. The objective was to identify the reasons why IESS affiliates and beneficiaries in these parishes do not prefer to visit the first-level IESS unit located in the Píllaro cantonal seat, but rather seek care at the first-level Ministry of Public Health (MSP) services located in the studied parishes. A quantitative, descriptive, and cross-sectional approach was employed. Through convenience sampling, structured surveys were administered to 127 individuals (99 in San Miguelito and 28 in Emilio María Terán), collecting data on socioeconomic conditions. In general, these conditions revealed limitations in areas such as income, employment, education, and others that influence their health status and may impact access to health services. For example, 27.27% of households in San Miguelito and 21.43% in Emilio María Terán have incomes below \$300, which could limit access. The results indicate that travel time and transportation costs to the IESS and MSP first-level units are key factors affecting access. From San Miguelito, 67.68% of affiliates take between 30 and 60 minutes to reach the IESS unit, while 64.6% can access the MSP unit in less than 15 minutes. In Emilio María Terán, it takes about 30 minutes for 78.57% to reach the IESS unit, whereas 85.7% can get to the MSP health unit in less than 15 minutes. A similar situation was found regarding transportation costs, which are higher to reach the IESS health unit. This explains the reported better satisfaction with the care received at MSP units.

This study underscores the importance of strengthening Integrated Health Service Networks (RISS) to improve coordination between MSP and IESS health services.

Keywords: Access to health services; Economic barriers; Geographical barriers; Integrated Health Service Networks (RISS); Primary health care.

1. Introducción

La salud es un pilar fundamental para garantizar el desarrollo sostenible y el bienestar de las comunidades a nivel mundial. La OMS reconoce la salud como un derecho fundamental y enfatiza que todas las personas deben acceder a una atención sanitaria de calidad sin discriminación alguna (1). Este principio se refleja lo que las naciones unidas expresan en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente en el Objetivo 3, que busca "garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" (2).

A pesar de los esfuerzos globales y nacionales, aún existen desafíos en el acceso a la atención sanitaria, especialmente en áreas rurales y poblaciones marginadas. Las desigualdades sanitarias afectan desproporcionadamente a los grupos más vulnerables, exacerbando brechas sociales y económicas existentes (3). En América Latina, aproximadamente un tercio de la población enfrenta dificultades para acceder a servicios de salud, debido a factores como la pobreza, la dispersión territoriales y características en infraestructura (4).

Ecuador no es ajeno a esta realidad. Aunque la Constitución del 2008 establece la salud como un derecho fundamental y garantiza cobertura universal y gratuita con énfasis en prevención, promoción y atención integral (5), en la práctica, múltiples barreras impiden que este derecho se materialice plenamente, especialmente en las zonas rurales. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), más del 40% de la población rural enfrenta dificultades para acceder a servicios de salud por razones de distancia y falta de transporte (6). Estas limitaciones se ven agravadas por problemas estructurales del sistema de salud, como insuficiencia de recursos humanos y materiales, la mala distribución de los recursos y la percepción de baja calidad en los servicios. (7,8).

Las parroquias rurales de San Miguelito y Emilio María Terán, situadas en la provincia de Tungurahua, en el cantón Píllaro, ejemplifican estas problemáticas. Caracterizadas por una dispersión geográfica significativa, economía basada principalmente en la agricultura de y limitaciones en infraestructura vial y sanitaria, estas comunidades enfrentan desafíos particulares para acceder a los servicios de salud (7), a pesar de los esfuerzos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y del Ministerio de Salud Pública por fortalecer el primer nivel de atención a través del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y otras estrategias (9).

Comprender y abordar estas barreras resulta imprescindible para mejorar la salud y promover la equidad sanitaria en las poblaciones rurales y avanzar hacia la equidad en salud. Estudios teóricos y empíricos resaltan la necesidad de analizar los determinantes sociales de la salud y estructurales que influyen en el acceso a los servicios sanitarios (10). Modelos como el de Andersen, que considera factores predisponentes, habilitadores y necesidad percibida (11), y enfoques centrados en la justicia social, como los propuestos por Daniels y Marmot, proporcionan marcos analíticos para entender y enfrentar estas inequidades (12,13).

En este contexto, este estudio tiene como propósito analizar los factores que limitan el acceso a servicios del primer nivel del IESS en las comunidades de San Miguelito y Emilio María Terán. Al explorar las barreras existentes desde la dispersión geográfica y las limitaciones económicas hasta las percepciones culturales y la calidad percibida de los servicios; se busca proponer estrategias que permitan superar estas limitaciones, optimizando la provisión de servicios y garantizando la equidad en la atención sanitaria (14). Este estudio no solo pretende contribuir al bienestar de las poblaciones locales, sino también ofrecer un modelo replicable para otras comunidades rurales de Ecuador,

apoyando el fortalecimiento del sistema nacional de salud desde sus bases y promoviendo el derecho a la salud para todos (15,16).

2. Justificación.

La OMS, postula que las personas deben poder acceder a servicios sanitarios de calidad sin discriminación alguna. Este principio también está reflejado en la Constitución ecuatoriana, que garantiza el derecho a la salud y establece que el Estado es responsable de su promoción, prevención y atención integral (17,18).

La desigualdad en el acceso a la atención sanitaria aumenta los riesgos de salud y empeora las enfermedades crónicas, convirtiéndose tanto en causa como en consecuencia de la pobreza (12). Las con recursos limitados enfrentan unas mayores cargas de enfermedades y un riesgo elevado de muerte prematura, profundizando su vulnerabilidad. Abordar esta problemática implica enfrentar las necesidades y percepciones de la población frente a un sistema de salud que, en muchos casos, resulta insuficiente. (14).

El propósito de esta investigación es examinar los factores que dificultan el acceso a los servicios de salud de primer nivel proporcionados por el IESS en las comunidades rurales investigadas. Al identificar estas barreras, se podrán diseñar estrategias para optimizar el acceso y la calidad del servicio de salud, reduciendo la incidencia de enfermedades prevenibles y mejorando los indicadores de salud. Además, aplicar los hallazgos de este estudio en otros establecimientos de salud permitirá mejorar la atención en entornos semejantes (5,15)

3. Planteamiento del Problema

Desde la experiencia en el área de estudio se constata que los habitantes afiliados al IESS tienden a buscar atención médica en unidades MSP en lugar de acudir a las unidades de primer nivel asignadas según su seguro. Esta observación resalta la necesidad de

comprender las dinámicas que inciden en la elección de los servicios de salud y los factores que limitan el acceso a las unidades del IESS de las parroquias rurales de San Miguelito y Emilio María Terán pertenecientes al cantón Píllaro, provincia de Tungurahua.

En consecuencia, es necesario identificar las barreras de acceso presentes y proponer estrategias que garanticen equidad y eficacia al acceso a los servicios esenciales, para los afiliados al IESS y, de manera general, a todos los habitantes del cantón (19,20).

1.1. Preguntas de Investigación

- ¿Cómo afectan los factores geográficos, socioeconómicos y la percepción de calidad en el acceso, la frecuencia de uso y la continuidad de los servicios de salud de primer nivel en las unidades del IESS y MSP en las parroquias San Miguelito y Emilio María Terán?
- ¿Cuál es la caracterización socio-económica de los usuarios de los servicios de salud de primer nivel del IESS y del MSP en las parroquias de San Miguelito y Emilio María Terán?
- ¿Cuál es la relación entre los factores geográficos, como el tiempo de desplazamiento, el costo y la disponibilidad de transporte, y el nivel de utilización de los servicios de salud en las unidades de primer nivel del IESS y MSP en las parroquias San Miguelito y Emilio María Terán?
- ¿Cómo perciben los usuarios la calidad de atención y disponibilidad de medicamentos en los servicios de salud del primer nivel del IESS comparados con el MSP en las parroquias de San Miguelito y Emilio María Terán?

4. Marco teórico y conceptual

La Organización Mundial de la Salud establece la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (1). Esta visión integral ha evolucionado para reflejar diversas realidades sociales. Desde las primeras civilizaciones, se reconoció la importancia higiénica y el saneamiento en la prevención de enfermedades. En el antiguo Egipto se implementaron sistemas de drenaje y prácticas de higiene personal; griegos y romanos desarrollaron acueductos y baños públicos, comprendiendo la relación entre agua limpia y salud (21).

Durante la Edad Media, epidemias como la peste negra devastaron Europa, llevando a medidas de cuarentena y aislamiento que sentaron las bases de la salud pública moderna (22). El Renacimiento aportó avances en la comprensión de las enfermedades y su transmisión, preparando el camino para reformas sanitarias durante la Revolución Industrial. Ciudades italianas establecieron consejos de salud para supervisar la higiene pública y controlar epidemias, precursores de las autoridades sanitarias actuales (23).

La Revolución Industrial generó condiciones insalubres que facilitaron la propagación de enfermedades. Estudios como el de Edwin Chadwick en Inglaterra evidenciaron la relación entre pobreza, condiciones de vida y salud, conduciendo a reformas sanitarias y al establecimiento de sistemas de alcantarillado y agua potable (24). En el siglo XIX, John Snow demostró que el cólera se transmitía por agua contaminada, marcando el nacimiento de la epidemiología moderna (25). Louis Pasteur y Robert Koch desarrollaron una teoría denominada germinal acerca de la patología, reconociendo microorganismos específicos como causantes de infecciones (26).

4.1. Modelos de Sistemas de Salud

Para asegurar el acceso a la salud en diferentes contextos, surgieron modelos de sistemas de salud en los siglos XIX y XX. Los más destacados son:

- **Modelo Bismarckiano:** Introducido en Alemania en 1883 por Otto von Bismarck, operó a través de un sistema de seguros sociales obligatorios financiados por empleadores y empleados, proporcionando cobertura principalmente a trabajadores formales. Aunque la provisión es mayormente privada, el Estado tiene un rol regulador esencial. Influenció sistemas en Alemania, Francia y Japón (27).
- **Modelo Beveridge:** Desarrollado en el Reino Unido en 1942 por William Beveridge, se financia mediante impuestos generales y es administrado por el Estado. Permite acceso gratuito en el punto de atención, eliminando barreras económicas y promoviendo equidad. Característico del Reino Unido y países escandinavos (28).
- **Modelo de Seguro Nacional de Salud:** Combina elementos de ambos modelos. El financiamiento es público, la cobertura es universal y tanto instituciones públicas como privadas proveen servicios. Canadá es un ejemplo, garantizando acceso equitativo a servicios de calidad (29).
- En países con sistemas menos desarrollados, prevalece el modelo de **Pago Directo** o "out-of-pocket", donde los individuos cubren de su bolsillo los costos de salud, generando desigualdades y excluyendo a quienes carecen de recursos (30).

4.2. Desarrollo de la Salud Pública.

A inicios del siglo XX, se impulsaron esfuerzos de cooperación internacional en salud pública, como la Primera Convención Sanitaria Internacional en 1902 y la creación de la

Oficina Sanitaria Panamericana en 1907, precursora de la Organización Panamericana de la Salud (31,32). Estas propuestas fomentaron la creación de ministerios de salud pública, promoviendo programas de vacunación y control de enfermedades infecciosas (33). Charles-Edward Amory Winslow en 1920 definió a la salud pública como un esfuerzo organizado de la sociedad para prevenir enfermedades, extender la esperanza de vida y promover el bienestar colectivo. Este enfoque destacó la importancia del saneamiento ambiental y la educación en hábitos de higiene, sentando bases sólidas para políticas orientadas a la prevención y la colaboración comunitaria (34).

Para 1948, la fundación de la OMS consolidó estos avances, aunque en América del Sur predominó un enfoque curativo, centrado en el control de epidemias más que en una atención integral de la salud (35). Más adelante, en 1970, como parte de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, se creó el Institute of Medicine (IOM), con el propósito de ofrecer orientación basada en evidencia para fortalecer las políticas sanitarias (36). En las décadas siguientes, la salud pública enfrentó un debilitamiento debido a la prevalencia de modelos biomédicos enfocados en el tratamiento individual, mientras se descuidaban los enfoques preventivos y la atención integral. La carencia de recursos y la falta de interés político agravaron este panorama. En respuesta, durante la década de 1980, el IOM propuso un marco renovador basado en tres funciones esenciales: evaluación, formulación de políticas y garantía de servicios, asignando al Estado un rol necesario en la promoción de la salud y la protección de las comunidades (34,36).

En los años de 1980 y 1990, varios países de la América emprendieron reformas para mejorar equidad y eficiencia. En 2002, la iniciativa "La Salud Pública en las Américas" amplió el concepto de la salud pública, redefiniéndola como una intervención grupal entre el Estado y la sociedad civil para mejorar la salud de la población (37). A pesar de estas

reformas, persistieron barreras para acceder a servicios de salud, especialmente en comunidades marginadas. Factores como la falta de recursos, desigualdades geográficas y económicas, y una infraestructura insuficiente afectaron de manera desproporcionada a los grupos más vulnerables. Este contexto destacó la urgencia de políticas integrales que no solo incrementaran la disponibilidad de servicios, sino que garantizaran su accesibilidad, equidad y calidad (38,39,40).

4.3. Acceso a los Servicios de Salud.

Se define al acceso a los servicios de salud como la competencia de los individuos para usar los servicios necesarios de forma integral y sin impedimentos. Ronald Andersen desarrolló el Modelo Conductual del Uso de los servicios de salud, explicando que el acceso depende de tres factores principales: características predisponentes (edad, género, estado de salud percibido), factores habilitadores (ingresos, seguros médicos) y necesidad percibida de atención (11). Este modelo sugiere que las decisiones sobre utilización de los servicios de salud se ven influenciadas por estos factores y que el acceso se facilita cuando se eliminan las barreras en cada uno de ellos.

En comunidades rurales, el acceso al primer nivel de salud enfrenta desafíos por factores demográficos, socioeconómicos y culturales. Las características demográficas, como edad y sexo, influyen en la propensión a buscar atención, determinando la percepción de necesidad y patrones de uso (11). El nivel educativo es crucial; personas con bajos niveles educativos tienen mayores dificultades para acceder a atención, reflejando falta de conocimiento sobre servicios y menor capacidad para interactuar con el sistema (41). La ocupación del jefe de hogar también es relevante; empleos formales suelen asociarse con mayor acceso debido a seguros laborales, mientras que empleos informales enfrentan inestabilidad de ingresos y ausencia de cobertura (42). El ingreso familiar impacta la

capacidad para asumir costos de acceso, como transporte y gastos médicos. En comunidades con bajos ingresos, estas barreras limitan la frecuencia y continuidad del acceso (43).

Dimensiones del Acceso.

Las dimensiones del acceso a los servicios de salud pueden analizarse mejor por medio de las contribuciones de Norman Daniels y Julio Frenk, quienes han abordado los aspectos éticos y estructurales de este concepto.

Norman Daniels plantea que el acceso justo a la salud es una cuestión de justicia distributiva y aboga por que los sistemas de salud eliminen las barreras que impiden a las personas obtener servicios necesarios. En su teoría de la "justicia como equidad en salud", Daniels argumenta que los sistemas deben proporcionar igual acceso para satisfacer necesidades de salud similares, promoviendo así la justicia en el acceso (12).

Julio Frenk considera que el acceso a la salud es un ingrediente fundamental de los sistemas de salud y subraya la importancia de una estructura de financiamiento adecuada y de políticas que eliminen las barreras financieras. Frenk introduce el concepto de "salud universal", destacando que, para lograr un acceso pleno, los sistemas de salud deben ser sostenibles, equitativos y atender las necesidades de la comunidad en general (44).

- **Disponibilidad y Proximidad:** La disponibilidad de servicios y la proximidad a los centros de salud son factores habilitadores críticos que afectan directamente el uso de servicios. Cuando los servicios de salud están disponibles en el lugar y momento necesarios, las barreras geográficas y de tiempo se reducen, permitiendo que la población acceda a atención oportuna y efectiva (11).
- **Accesibilidad Financiera:** Paul Farmer, resalta la relevancia de que los servicios sanitarios sean culturalmente aceptables. Según Farmer, es fundamental que estos

servicios consideren y respeten las creencias y prácticas culturales de las comunidades para garantizar su accesibilidad real. Ignorar la sensibilidad cultural en la prestación de servicios puede generar una barrera significativa para el acceso a la atención médica. (44).

- **Aceptabilidad:** Paul Farmer, a través de su trabajo en salud global, destaca la influencia de la aceptabilidad cultural de los servicios. Farmer enfatiza que los servicios de salud deben respetar las creencias y prácticas culturales de las comunidades para ser verdaderamente accesibles. La falta de sensibilidad cultural en los servicios puede convertirse en una barrera de acceso (13).
- **Calidad del Servicio:** Michael Marmot, en su estudio de los determinantes sociales de la salud, afirma que la calidad de los servicios de salud es crucial para el acceso. Marmot subraya que la calidad percibida y real de los servicios de salud impacta la decisión de la población de utilizar estos servicios (45).

Barreras de Acceso a los Servicios de Salud

Las barreras que impiden o dificultan el acceso a los servicios de salud pueden clasificarse en:

- **Barreras de Oferta:** Relacionadas a la forma en que se estructura y organiza el sistema de salud. Entre las principales limitaciones se encuentran la insuficiencia de infraestructura, escasez de personal capacitado y carencia de insumos médicos. Estas barreras limitan la disponibilidad de servicios y afectan la capacidad del sistema para atender a las demandas de la población (46).
- **Barreras de Demanda:** Relacionadas con las características personales de los usuarios, como conocimiento sobre la importancia de la salud, percepciones sobre los servicios y capacidades para buscar y utilizar estos servicios (46).

- **Barreras Geográficas:** Las largas distancias y los tiempos de traslado complican el acceso a los servicios de salud, lo que impacta especialmente a comunidades rurales con menor conectividad (12). El conocimiento y cercanía a unidades de atención facilitan el acceso, reduciendo estas barreras, especialmente en áreas con dispersión poblacional (14).
- **Barreras Económicas:** Los costos asociados al acceso, como transporte y gastos médicos, representan obstáculos significativos para los grupos más vulnerables (43). En comunidades con bajos ingresos, estas barreras limitan la frecuencia y continuidad en el uso de los servicios de salud.
- **Barreras Culturales y Lingüísticas:** La carencia de sensibilidad cultural y personal bilingüe limita el acceso de comunidades indígenas y rurales. Paul Farmer destaca que la aceptación cultural y la adecuación de los servicios son fundamentales para que estas comunidades accedan a la atención sanitaria (13).
- **Calidad Percibida de los Servicios:** La percepción de calidad en los servicios de salud, junto con la disponibilidad de medicamentos, influye directamente en la satisfacción de los usuarios y en su decisión de continuar utilizando estos servicios. Si los pacientes perciben que la atención es deficiente o enfrentan carencias de insumos médicos, es menos probable que busquen atención de manera regular (10).

4.4. Redes Integradas de Servicios de Salud.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud constituyen el modelo organizativo destinado a garantizar servicios de salud equitativos y completos a una población específica. Estas redes pueden incluir arreglos contractuales o colaboraciones estratégicas entre entidades públicas y privadas, promoviendo la complementariedad de los servicios (47). Según la OPS, las RISS representan una implementación práctica del enfoque de Atención

Primaria de Salud y constituyen un mecanismo esencial para abordar problemas históricos de fragmentación y segmentación en los sistemas de salud en las Américas, factores que históricamente han limitado el acceso, la calidad y la continuidad de los servicios (48).

Beneficios de las RISS:

- **Mejora de la accesibilidad:** Optimizan la distribución de recursos y reducen barreras geográficas y financieras, permitiendo que las comunidades más vulnerables obtengan acceso oportuno a servicios de salud adaptados a sus necesidades (49).
- **Reducción de la fragmentación:** Al integrar los niveles de atención y coordinar esfuerzos entre instituciones, se asegura la continuidad del cuidado, mejorando la experiencia del paciente y la efectividad clínica (50).
- **Optimización de costos:** Evitan la duplicación de servicios e infraestructura, disminuyen los tiempos de hospitalización y mejoran la relación costo-efectividad mediante la coordinación eficiente de recursos (47,51).

Importancia del Primer Nivel de Atención en las RISS

La APS es el pilar fundamental de las RISS, actuando como la puerta de entrada para la mayoría de los usuarios. Según la OPS, este nivel tiene la capacidad de resolver hasta el 80% de las necesidades de salud si se fortalece adecuadamente (47). Un primer nivel robusto reduce la presión sobre los servicios hospitalarios, asegura la continuidad del cuidado y fomenta un enfoque preventivo y resolutivo.

En áreas rurales y marginalizadas, el primer nivel es crucial para superar barreras geográficas y garantizar el acceso equitativo (5,52). Este nivel desempeña un rol central en la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y la prestación de atención integral a las comunidades. (47).

Estrategias para la Implementación Efectiva de las RISS

Para garantizar el éxito de las RISS, se requiere una planificación estratégica que considere las particularidades locales. Entre las estrategias clave destacan:

- **Gobernanza unificada:** Establecer marcos regulatorios claros que aseguren la coordinación y la rendición de cuentas (47).
- **Sistemas de información integrados:** Implementar herramientas tecnológicas que faciliten el intercambio de datos y la toma de decisiones informadas (51).
- **Recursos humanos capacitados:** Desarrollar personal interdisciplinario capaz de atender las demandas de las comunidades (53).
- **Enfoque territorial y comunitario:** Adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de las poblaciones, fomentando la participación activa de las comunidades en el diseño y evaluación de los servicios (48).

4.5.Marco Normativo en Ecuador

La Constitución ecuatoriana del 2008 establece la salud como un derecho fundamental y establece la responsabilidad del estado en garantizar el bienestar integral de todos los habitantes (5). En su artículo 32, menciona que el derecho a la salud incluye políticas económicas, sociales, culturales y ambientales orientadas a promover un acceso equitativo e igualitarios a los servicios de salud. Además, el artículo 360 señala que el sistema nacional de salud debe enfocarse en la promoción, protección y recuperación de la salud, asegurando tanto la continuidad como la integralidad de los servicios. (84). Este artículo también establece la articulación de los diferentes niveles promover la integración con medicinas ancestrales y alternativas, e incorporar un enfoque intercultural en la prestación de servicios. Además, establece la creación de la "Red Pública Integral de Salud" (RPIS), que incluye a instituciones estatales, de seguridad social y otros

prestadores, con el propósito de garantizar una cobertura equitativa y adaptada a las necesidades específicas de las comunidades. (84).

La Ley Orgánica de Salud de 2006 define los lineamientos para regular y garantizar la prestación de servicios de salud en Ecuador. Esta normativa promueve un enfoque integral en la atención sanitaria, priorizando actividades preventivas y de promoción, y destacando la atención primaria como el pilar fundamental del sistema de salud. Por su parte, la Ley de Seguridad Social regula la cobertura de salud destinada a los trabajadores formales y sus familias, gestionada a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Esta ley también dispone que los servicios brindados por el IESS deben ser de alta calidad y accesibles para todos sus afiliados (54,55).

El marco normativo ecuatoriano posiciona la salud como un derecho fundamental, pero su cumplimiento enfrenta importantes retos. Aunque se promueve al primer nivel de atención como pilar del sistema de salud, en la práctica, esta no se consolida debido a su insuficiente desarrollo, a la fragmentación en la provisión de servicios y la ausencia de integración efectiva entre los distintos niveles de atención. Sin herramientas efectivas para garantizar su implementación, estas normativas corren el riesgo de quedar como declaraciones aspiracionales, más que como verdaderos instrumentos para asegurar la equidad en el acceso a la salud.

Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

El MSP implementa el MAIS, el cual orienta la provisión de servicios en el primer nivel de atención, considerado el eje central del sistema de salud. Este modelo se centra en estructurar los servicios de acuerdo con las necesidades de la población y el entorno comunitario, poniendo énfasis en la prevención, la promoción de la salud y la solución de problemas sanitarios comunes y recurrentes. (9).

Para cumplir con los objetivos del MAIS en el primer nivel, el MSP ha implementado programas y servicios como brigadas médicas móviles y telemedicina en áreas rurales y de difícil acceso, garantizando que las poblaciones vulnerables reciban atención médica básica (56). Sin embargo, más allá de lo que está establecido en la normativa, en la práctica estas garantías no se materializan completamente. Persisten importantes desafíos relacionados con la falta de recursos, la limitada cobertura de estas iniciativas y la fragmentación en la implementación, lo que impide resolver eficazmente las necesidades

4.6. Servicios de salud del IESS.

El IESS, fundado en 1928, es la principal institución encargada de gestionar la seguridad social en el Ecuador. Ofrece servicios en salud, pensiones, riesgos laborales y seguros sociales, beneficiando a trabajadores afiliados, jubilados y sus familias (57).

El IESS organiza sus servicios en tres niveles de atención, diseñados para abordar desde problemas básicos hasta casos de alta complejidad. Aunque este sistema busca garantizar una cobertura integral, enfrenta desafíos como la saturación de servicios, insuficiencia de recursos y problemas de coordinación entre niveles, lo que afecta la calidad y accesibilidad de la atención médica. A pesar de estos retos, el IESS continúa trabajando en la optimización de sus servicios, priorizando la mejora en la cobertura y eficiencia de su red de salud (58).

El Reglamento para la Atención Integral y en Red de los afiliados al IESS define directrices para la prestación de servicios en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Su objetivo principal es optimizar la calidad, la eficiencia y la coordinación con otras entidades que forman parte del Sistema Nacional de Salud. (58).

El Acuerdo Ministerial 1203, emitido en 2012 y aplicable a todas las instituciones del sistema de salud, estipula que el Primer Nivel de Atención tiene la responsabilidad de atender hasta el 80% de las necesidades de salud de la población, remitiendo únicamente los casos más complejos a niveles superiores de atención. (70). Este acuerdo subraya la necesidad de reforzar la capacidad resolutive del nivel primario, con el objetivo de prevenir la sobrecarga en los niveles secundario y terciario. Asimismo, el IESS administra un presupuesto significativo destinado a financiar sus programas de salud, pensiones y otras prestaciones, destacándose a continuación los aspectos financieros más importantes.

Para 2023, el presupuesto aprobado fue de USD 10.070 millones, lo que representó una reducción del 1% respecto a los USD 10.170 millones asignados en 2022 (71).

En 2024, el presupuesto consolidado se incrementó a USD 10.223 millones, mostrando una leve recuperación respecto al año anterior (72).

Dentro del presupuesto consolidado de 2024, el Seguro General de Salud Individual y Familiar recibió una asignación específica de USD 2.062 millones (72).

Cobertura Beneficiarios

El sistema del IESS abarca un total de 6,964,709 beneficiarios (60), desglosados de la siguiente forma:

- **Afiliados al Seguro General:** 3,127,594 personas.
- **Beneficiarios del Seguro Social Campesino:** 974,384 personas.
- **Extensión de Cobertura para Cónyuges:** 79,594 personas.
- **Hijos Menores de 18 años - Afiliados:** 2,000,071 personas.
 - **Pensionistas del Seguro General:**

- **Huérfanos:** 21,720 personas.
- **Montepío:** 101,102 personas.
- **Vejez/Invalidez:** 536,438 personas.
- **Pensionistas del Seguro Social Campesino:** 123,806 personas (60).

Organización de servicios de salud del IESS por niveles de atención.

Los servicios de salud del IESS se estructuran en tres niveles de atención, con el objetivo de garantizar eficiencia y calidad en la prestación de servicios. El primer nivel se centra en resolver problemas de salud de baja complejidad, el segundo aborda casos que requieren especialidades médicas, y el tercero gestiona patologías de alta complejidad a través de hospitales con tecnología avanzada y personal especializado (40, 59, 66). No obstante, la saturación de servicios, la insuficiencia de recursos y la falta de integración efectiva entre los niveles limitan su capacidad resolutoria, destacando la necesidad de fortalecer especialmente el primer nivel para garantizar una atención sanitaria integral y equitativa (59, 64).

Primer Nivel de Atención

El Primer Nivel de Atención del IESS está diseñado para atender la mayoría de los problemas de salud de baja complejidad, idealmente entre el 80% y 90% de las necesidades de sus afiliados (40). Sin embargo, estudios recientes sugieren que su capacidad real de resolución apenas alcanza un 60%, reflejando una brecha significativa entre lo planificado y lo logrado (59). Este nivel enfrenta múltiples desafíos, como la saturación de los servicios, la insuficiencia de recursos y la falta de personal especializado en áreas clave (59).

Además, la falta de integración con los niveles secundarios y terciarios y una oferta de servicios fragmentada agravan las dificultades del PNA, limitando su efectividad para descongestionar el sistema de salud (40,59).

Oferta de primer nivel.

- **Dispensarios del Seguro Social Campesino (SSC):** Cuenta con 659 dispensarios distribuidos a nivel nacional, principalmente en zonas rurales (61).
- **Unidades de Atención Ambulatoria (UAA):** Ubicadas en áreas urbanas y periurbanas, ofrecen consultas generales y algunos servicios especializados de bajo costo, acercando la atención primaria a la población urbana (62).
- **Centros de Atención Ambulatoria (CAA):** Ubicados en zonas urbanas, ofrecen un nivel de atención superior al de las UAAs al incluir servicios especializados como pediatría, ginecología y odontología (62).

Segundo Nivel de Atención.

El Segundo Nivel de Atención del IESS atiende casos que requieren especialidades médicas y hospitalización general, abarcando áreas como cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría, y medicina interna, además de diagnósticos avanzados como pruebas de laboratorio específicas y radiología con contraste (63). Su principal función es continuar la atención del Primer Nivel, resolviendo casos más complejos con personal y equipos especializados (64). Sin embargo, enfrenta desafíos como la saturación hospitalaria por casos no resueltos en el nivel primario, desigualdad en la distribución de recursos y falta de coordinación entre niveles, lo que ocasiona retrasos en diagnósticos y tratamientos y redundancias en los servicios (64,65). El IESS dispone de 24 hospitales de

Segundo Nivel distribuidos en provincias como Pichincha, Guayas, Manabí, entre otras (63).

Tercer Nivel de Atención.

El Tercer Nivel de Atención del IESS comprende hospitales de referencia nacional para casos de alta complejidad, equipados con tecnología avanzada y personal especializado en múltiples especialidades y subespecialidades. Además, desempeñan un papel crucial en docencia e investigación, fortaleciendo el sistema sanitario. Ofrecen servicios como diagnósticos avanzados, hospitalización especializada, procedimientos quirúrgicos complejos y cuidados integrales en rehabilitación y paliativos, respaldando casos no manejables en los niveles primario y secundario. El IESS cuenta con tres hospitales de Tercer Nivel ubicados estratégicamente en Quito (HCAM), Guayaquil (HTMC) y Cuenca (HJCA) (66-68).

Estudios recientes indican niveles variados de satisfacción en los servicios del Primer Nivel de Atención. Aunque los aspectos relacionados con infraestructura y equipamiento tienen un 82% de aprobación, los tiempos de espera para citas y laboratorios reflejan solo un 49% de satisfacción (53)

Los canales habilitados para que los beneficiarios puedan registrar quejas, sugerencias o felicitaciones incluyen:

- Teléfonos rojos, ubicados en los establecimientos de salud, donde un servidor del IESS atiende directamente los requerimientos.
- Plataformas virtuales, que permiten a los usuarios realizar sus denuncias desde cualquier lugar (69).

4.7.Contexto Geográfico de las Parroquias San Miguelito y Emilio María Terán.

Ubicadas en el cantón Santiago de Píllaro, en la provincia de Tungurahua, Ecuador, las parroquias de San Miguelito y Emilio María Terán comparten condiciones geográficas y socioeconómicas que influyen significativamente en el acceso a los servicios de salud.

Emilio María Terán está ubicada al suroeste del cantón Píllaro, con una superficie de 19,78 km² y una altitud que varía entre 2.481 y 2.726 msnm. Se encuentra a 8,5 kilómetros de la cabecera cantonal. Enfrenta mayores limitaciones en transporte público y conectividad, dificultando el acceso regular de sus habitantes a servicios básicos y de salud (75,76).

San Miguelito se encuentra al noreste de la cabecera cantonal, con una extensión de 17,87 km² y una altitud promedio de 2.798 metros sobre el nivel del mar. El centro de la parroquia se encuentra a 3.5 km de Píllaro. Su economía se centra en actividades agrícolas y ganaderas, con una población dispersa que enfrenta desafíos relacionados con la infraestructura vial y el acceso a servicios de salud (73,74).

Servicios de salud existentes

Estas parroquias, caracterizadas por su ubicación geográfica en zonas rurales y por una población dedicada principalmente a actividades agrícolas, enfrentan desafíos particulares en cuanto al acceso a los servicios de salud.

Los servicios de salud incluyen un puesto de salud del MSP en Emilio María Terán y un centro de salud tipo A en San Miguelito, ambos enfocados en atención primaria. En la cabecera cantonal, Píllaro, se encuentran el Hospital Básico de Píllaro, que brinda atención de segundo nivel, y un centro de salud tipo A del IESS, aunque no existen

servicios del IESS en estas parroquias (40, 59). No hay servicios de salud privados en Emilio María Terán ni en San Miguelito, y los residentes deben trasladarse a Píllaro, donde hay algunas clínicas y consultorios privados (66). También es notable la práctica de medicina tradicional en ambas parroquias, ejercida por parteras y curanderos, quienes emplean plantas medicinales y conocimientos ancestrales, aunque sin datos precisos sobre su cantidad (59, 64).

Es crucial, para el desarrollo de este trabajo profundizar en la identificación de las barreras específicas que enfrentan los afiliados al IESS de Emilio María Terán y San Miguelito en su acceso al primer nivel de atención, comparándolas con las que aparentemente no tienen en el MSP.

5. Objetivos

5.1. Objetivo General:

- Identificar los factores que limitan el acceso a los servicios de salud de primer nivel del IESS en las parroquias Emilio María Terán y San Miguelito, Cantón Píllaro, provincia de Tungurahua, durante el periodo enero-agosto de 2024.

5.2. Objetivos Específicos:

- Reconocer posibles factores geográficas que afectan el acceso a las unidades de primer nivel de atención del IESS en las parroquias San Miguelito y Emilio María Terán
- Analizar los factores socioeconómicos que caracterizan a los usuarios de los servicios de salud de primer nivel del IESS y del MSP en las parroquias de San Miguelito y Emilio María Terán.

- Analizar la percepción la calidad de la atención y la disponibilidad de medicamentos de los usuarios del IESS y del MSP, pertenecientes a las parroquias Emilio María Terán y San Miguelito

6. Metodología

El presente estudio es de un enfoque cuantitativo, se desarrolla con un alcance descriptivo y un diseño transversal. Su objetivo principal es analizar el acceso a los servicios de salud de primer nivel ofrecidos por el IESS en las parroquias rurales de San Miguelito y Emilio María Terán, durante el período de enero a agosto de 2024.

El estudio se llevó a cabo en las parroquias mencionadas, ubicadas en el Cantón Pillaro, provincia de Tungurahua, Ecuador. El cantón Pillaro tiene una proyección de su población según el INEC para el 2024 de 42765 personas de los cuales Emilio María Terán una población de 1904, para San Miguelito 6770.

A continuación, se desglosa la proyección de beneficiarios del IESS por tipo de cobertura.

Tabla 1. Afiliados y beneficiarios de salud del IESS. Emilio María Terán 2024.

Tipo de cobertura	Número
Afiliados seguro general	24
Hijos menores de 18 años	19
Pensionistas seguro general (vejez – invalidez)	9
Extensión de coberturas (cónyuges)	2
Total	54

Fuente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Datos estadísticos de cobertura y atención de salud 2024.
Elaboración: Autor

Tabla 2. Afiliados y beneficiarios de salud del IESS. San Miguelito 2024

Tipo de cobertura	Número
Afiliados seguro general	623
Hijos menores de 18 años	463
Pensionistas seguro general (vejez – invalidez)	107
Pensionistas seguro general (montepío)	8
Extensión de coberturas (cónyuges)	5
Total	1206

Fuente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Datos estadísticos de cobertura y atención de salud 2024.
Autor: IESS

Tabla 3. Consultas de afiliados al IESS. Puesto de Salud Emilio María Terán enero - agosto 2024.

Tipo de cobertura	Primera	Subsecuente	Total
IESS, Afiliado seguro Campesino	23	14	37
IESS, Afiliado seguro general tiempo completo	34	18	52
IESS, Afiliado seguro general tiempo parcial	1	0	1
IESS, Afiliado voluntario	1	1	2
IESS, Beneficiario de Montepío 4.15	3	2	5
IESS, Dependiente hijo menor de 18 años de afiliado al seguro general	51	37	88
IESS, Dependiente por Extensión de Cobertura pensionista	1	1	2
IESS, Jubilado sistema de pensiones	26	12	38
Total	140	85	225

Fuente: CONSOLIDADO PRAS CONSULTAS ENERO AGOSTO 2024 18D05 MSP

Elaboración: Autor.

Tabla 4. Consultas de afiliados al IESS.-Centro de Salud. San Miguelito 2024.

Tipo de cobertura	Primera	Subsecuente	Totales
IESS, Afiliado seguro Campesino	39	26	65
IESS, Afiliado seguro general tiempo completo	168	117	285
IESS, Afiliado seguro general tiempo parcial	4	2	6
IESS, Afiliado voluntario	14	8	22
IESS, Beneficiario de Montepío 4.15	3	140	143
IESS, Dependiente hijo menor de 18 años de afiliado al seguro general	128	32	160
IESS, Dependiente por Extensión de Cobertura pensionista	5	1	6
IESS, Jubilado sistema de pensiones	139	12	151
Total	500	338	838

Fuente: CONSOLIDADO PRAS CONSULTAS ENERO AGOSTO 2024 18D05 MSP.

Elaboración: Autor.

El análisis de los datos proporcionados por el IESS y el sistema PRAS del MSP revela discrepancias entre la cantidad de beneficiarios registrados y los pacientes que realmente utilizaron los servicios de salud en las parroquias estudiadas.

Según el IESS, Emilio María Terán cuenta con 54 beneficiarios registrados, distribuidos entre 24 afiliados al seguro general, 19 hijos menores de 18 años, 9 pensionistas por vejez o invalidez y 2 cónyuges con cobertura extendida (70). Cabe destacar que este registro corresponde únicamente a afiliados del IESS bajo el seguro general, sin incluir a los

afiliados al Seguro Social Campesino (SSC). Esta exclusión evidencia la fragmentación existente dentro del propio IESS. Por otro lado, los datos del PRAS indican que 140 pacientes acudieron a consultas iniciales y 85 a consultas subsecuentes en esta parroquia (77).

Es particularmente notable que, aunque el IESS no reporta beneficiarios del Seguro Social Campesino (SSC) en Emilio María Terán (70), el PRAS registra la atención de 23 pacientes con esta cobertura en consultas iniciales y 14 en subsecuentes (77). Este hallazgo refuerza la idea de fragmentación en los registros institucionales del IESS, ya que los afiliados al SSC no aparecen en las estadísticas proporcionadas por la entidad, pero sí en las del PRAS.

En San Miguelito, el IESS reporta un total de 1,206 beneficiarios, de los cuales 623 son afiliados al seguro general, 463 son hijos menores de 18 años, 107 son pensionistas por vejez o invalidez, 8 son pensionistas por montepío, y 5 cónyuges tienen cobertura extendida (70). Por otro lado, los registros del PRAS muestran que 500 pacientes accedieron a consultas iniciales y 338 a consultas subsecuentes (77).

En el caso de San Miguelito, se observa una situación similar. El PRAS reporta 39 pacientes con cobertura del SSC en consultas iniciales y 26 en subsecuentes (77), a pesar de que, según el IESS, esta parroquia no cuenta con beneficiarios del SSC. Este hecho apunta nuevamente a la falta de coherencia y a la segmentación de la información entre las diferentes fuentes de datos del IESS y el PRAS, lo que dificulta la obtención de un panorama real y completo de la atención a los beneficiarios del SSC.

6.1. Universo y muestra.

La población objetivo del estudio incluye a pacientes atendidos en las unidades del MSP que han realizado una primera consulta en el CS San Miguelito y en el PS Emilio María

Terán durante el período enero - agosto de 2024 registrados en el sistema PRAS como afiliados o dependientes del IESS

La población específica incluye:

Afiliados al seguro general del IESS, sus dependientes menores de 18 años, beneficiarios del seguro social campesino, afiliados voluntarios, jubilados del sistema de pensiones y dependientes por extensión de cobertura.

El muestreo utilizado fue por conveniencia, debido a las limitaciones de tiempo y recursos disponibles. La base de datos del sistema PRAS presenta direcciones incompletas, lo que dificultó el contacto con algunos pacientes registrados. Por este motivo, los participantes fueron seleccionados de manera voluntaria, según su disponibilidad para responder a la encuesta.

De un universo de 640 pacientes registrados en el sistema PRAS, como primeras consultas:

Tabla 5. Consultas de afiliados al IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero – agosto 2024.

Atención por tipo de diagnóstico	Tipo de consulta		
	Primeras	Subsecuentes	Total
Morbilidad	117	21	138
Prevención	23	64	87
Total	140	85	225

Fuente: CONSOLIDADO PRAS CONSULTAS ENERO AGOSTO 2024 18D05 MSP.

Elaboración: Autor

Atención por tipo de diagnóstico	Tipo de consulta		
	Primeras	Subsecuentes	Total
Morbilidad	409	157	566
Prevención	91	181	272

Total	500	338	838	Tabla 6.
--------------	------------	------------	------------	-----------------

Consultas de afiliados al IESS atendidos en el CS. Miguelito enero - agosto 2024.

Fuente: CONSOLIDADO PRAS CONSULTAS ENERO AGOSTO 2024 18D05 MSP.
Elaboración: Autor

Se aplicaron un total de 127 encuestas, respetando estas proporciones. Para ello, se incluyeron 99 participantes del CS San Miguelito y 28 del PS Emilio María Terán, priorizando la diversidad en los grupos de afiliación y características demográficas, de manera que ambas parroquias estuvieran proporcionalmente representadas. Además, se pueden incluir personas que no residan en las parroquias, pero que si se encuentren registradas en el sistema PRAS con atención en las mencionadas unidades en el periodo enero – agosto 2024.

6.2.Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

Para la recopilación de información se empleó un cuestionario estructurado, desarrollado específicamente por el autor. Este instrumento fue diseñado para evaluar el acceso a los servicios de salud proporcionados por el IESS y las dificultades que enfrentan los afiliados. El cuestionario abarca preguntas relacionadas con:

- **Información Demográfica:** Edad, sexo, nivel educativo, ocupación, tipo de vivienda, instalaciones sanitarias, etc.
- **Determinantes Socioeconómicos:** Ingresos mensuales, acceso a servicios básicos como agua potable y eliminación de excretas.
- **Uso de Servicios de Salud:** Medio de transporte, tiempo de desplazamiento, costos asociados al desplazamiento, tiempos de espera y satisfacción con la atención recibida.

6.3. Validación del Instrumento mediante Pilotaje.

Para evaluar la validez del instrumento, se utilizó el método de Validez Aparente por Agregados Individuales. Este proceso consistió en la revisión y evaluación del instrumento por parte de un grupo de 5 profesionales en el campo de la salud, quienes analizaron cada ítem de forma independiente. Los expertos calificaron cada ítem en función de su claridad, relevancia y capacidad para medir lo que se proponía medir.

La evaluación se realizó utilizando una escala de Likert de 5 puntos, la cual los expertos debían expresar su nivel de acuerdo con la afirmación de que cada ítem cumplía su propósito. Las opciones de respuesta incluyeron:

- 1 - Nada claro
- 2 - Poco claro
- 3 - Moderadamente claro
- 4 - Muy claro
- 5 - Totalmente claro

Se calculó la media de las respuestas de los expertos para cada ítem. Con base en un criterio previamente definido, se consideró que un ítem era válido si obtenía una media igual o superior a 4. Los resultados mostraron que el 100% de los ítems alcanzaron una media igual o mayor al umbral establecido, con valores que oscilaron entre 4.2 y 4.8. Estos resultados indican que el instrumento fue considerado adecuado para medir las variables propuestas, al cumplir con los estándares de claridad y relevancia esperados.

Los detalles de la evaluación se presentan en la Tabla (58), incluida en el Anexo (2), donde se detalla la distribución de las respuestas por ítem y las medias obtenidas.

Con el objetivo de evaluar la confiabilidad del instrumento de recolección de datos, se llevó a cabo un pilotaje con 20 participantes seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia., acorde a las limitaciones previamente descritas. Los criterios de inclusión fueron los mismos establecidos en la metodología, asegurando que los participantes del pilotaje no fueran los mismos que los del estudio principal.

La selección de participantes se realizó de manera proporcional a la distribución del universo de estudio en las dos unidades de salud: de San Miguelito: se seleccionaron 16 participantes de un total de 500 personas registradas. Emilio María Terán: se seleccionaron 4 participantes de un total de 140 personas registradas.

La confiabilidad se evaluó mediante el cálculo del “coeficiente Alfa de Cronbach”, obteniendo un resultado de 0.9335. Este resultado indica una excelente consistencia interna del cuestionario, garantizando que las preguntas están coherentemente relacionadas y miden de manera confiable los constructos establecidos.

Comprensión: Las preguntas fueron comprendidas correctamente por los participantes, sin reportarse dificultades significativas en su interpretación.

Tiempo de Aplicación: Se observó que el cuestionario resultó ligeramente extenso para algunos participantes. Aunque esto no impidió que completaran sus respuestas, se identificó como un aspecto a mejorar en futuras aplicaciones.

Algunos participantes destacaron que las preguntas eran claras y relevantes para su experiencia con los servicios de salud.

En ciertos casos, fue necesario repetir o aclarar preguntas relacionadas con aspectos específicos del acceso al transporte.

6.4.Instrumento de recolección de datos

El instrumento es una encuesta estructurada que aborda diversos aspectos del acceso a los servicios de salud. Incluye preguntas sobre el tipo de transporte, costos asociados, tiempos de espera, y satisfacción con los servicios de salud recibidos. El cuestionario ha sido diseñado para asegurar su claridad y pertinencia para los afiliados del IESS. El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en la etapa: Contactos Telefónicos: Se contactó a los pacientes utilizando los números de teléfono registrados en la base PRAS para realizar la encuesta.

6.5. Plan de Tabulación y Análisis

Los datos recopilados fueron ingresados y gestionados mediante hojas de cálculo en Microsoft Excel. Para el análisis, se emplearon herramientas básicas de este software, incluyendo tablas dinámicas, gráficos y funciones estadísticas como frecuencias y porcentajes. Se realizó un análisis descriptivo de las variables con el propósito de caracterizar a la población estudiada e identificar patrones relacionados con el acceso a los servicios de salud del IESS. Además, se generaron gráficos y tablas que facilitaron tanto la interpretación de los resultados como la visualización de las barreras de acceso identificadas.

6.6. Operacionalización de variables.

Cuadro 1. Operacionalización de variables.

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Tipo de Variable	Indicador
-----------------	-------------------------------	------------------	-------------------------	------------------

Edad	Número de años cumplidos por el participante en el momento de realizar la encuesta.	Demográfica	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Menor de 1 año - 1-5 años - 6-10 años - 11-15 años - 16-18 años - 18-30 años - 31-45 años - 46-60 años Más de 60 años
Sexo	Sexo que refiere el encuestado	Biológica	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino, - Femenino, - Prefiere no decirlo
Nivel educativo del jefe de hogar	Nivel más alto de escolaridad alcanzado por el jefe de hogar.	Social	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Educación superior Universitaria - Educación superior - Postgrado
Ocupación del jefe de hogar	Actividad laboral o situación ocupacional actual del jefe del hogar.	Social	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Empleo formal - Empleo informal - Jubilado - Desempleado - Estudiante
Tipo de vivienda	Tenencia de la vivienda donde reside el participante.	Económica	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Propia - Alquilada - Prestada
Instalaciones sanitarias	Tipo de instalaciones sanitarias presentes en la vivienda del participante.	Ambiental	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Baño, con ducha, lavabo e inodoro dentro de la casa. -Baño con lavabo e inodoro sin ducha dentro de la casa. -Baño con lavabo e inodoro sin ducha fuera de la casa. -Llave de agua fuera de la casa. -No tiene instalaciones sanitarias.
Acceso al agua	Fuente de acceso al agua que tiene el hogar del participante.	Ambiental	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Agua potable - Agua entubada - Agua de río o manantial - Agua de pozo - Camiones cisterna

Eliminación de excretas	Sistema empleado en el hogar del participante para la disposición y tratamiento de excretas.	Ambiental	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Red pública de alcantarillado - Fosa séptica - Letrina
Ingreso del hogar	Suma total de ingresos mensuales en dólares que percibe el hogar del participante.	Económica	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de \$30 - \$300 - \$700 - Más de \$700
Costos de transporte	Monto estimado en dólares que el participante debe gastar en transporte para acudir a la unidad de salud.	Económica	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de \$2 - Entre \$2 y \$5 - Más de \$5
Tiempo de desplazamiento a la unidad del IESS.	Cantidad de tiempo promedio, en minutos, que el participante tarda en llegar desde su residencia hasta la unidad de salud del IESS.	Accesibilidad	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 30 minutos - 30-60 minutos - Más de 60 minutos
Tiempo de desplazamiento a la unidad del MSP.	Cantidad de tiempo promedio, en minutos, que el participante tarda en llegar desde su residencia hasta la unidad de salud del MSP.	Accesibilidad	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 30 minutos - 30-60 minutos - Más de 60 minutos
Medio de transporte	Tipo de transporte utilizado por el participante para desplazarse a la unidad de salud.	Accesibilidad	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Público (Bus) - Público (Camioneta) - Público (Taxi) - Vehículo propio - Caballo - A pie
Disponibilidad de Transporte	Disponibilidad percibida de los medicamentos requeridos en la unidad de salud visitada por el participante.	Calidad de Servicios de Salud	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibles en totalidad - Disponible parcialmente - No disponibles

Acceso a los servicios del IESS este año	Indica si el encuestado o algún miembro de su familia utilizó los servicios de salud del IESS en el año en curso.	Utilización de Servicios	Cualitativa	-Si -No
Conocimiento de la unidad del IESS más cercana	Conocimiento del participante sobre la ubicación y servicios de la unidad de atención primaria del IESS más cercana a su domicilio.	Social / Accesibilidad	Cualitativa	- Si - No
Unidad del IESS conocida por los encuestados	Nombre de la unidad de salud del IESS que los encuestados identifican como la más cercana a su domicilio.	Social / Accesibilidad	Cualitativa	- Centro de Salud Tipo A del IESS de Píllaro -Hospital General del IESS de Ambato -Otra unidad del IESS:
Tipo de consulta recibida	Tipo de consulta recibida en el servicio de salud, referido por el participante	Salud	Cualitativa	- Consulta de prevención - Consulta por enfermedad - Consulta de urgencia
Unidad de atención médica habitual.	Nombre del establecimiento de salud al que acude el participante comúnmente para recibir atención médica.	Salud / Accesibilidad	Cualitativa	- Centro de Salud San Miguelito - Puesto de Salud Emilio María Terán - Hospital Básico MSP - Hospital General
Unidad del IESS visitada	Nombre del establecimiento de salud de IESS al que acudió el participante.	Salud / Accesibilidad	Cualitativa	-Centro de Salud del IESS Pillaro - Hospital General Ambato IESS - Hospital General Latacunga IESS
Nivel de satisfacción del MSP	Grado de satisfacción del participante con los servicios de salud recibidos por parte del MSP.	Calidad de Servicios de Salud	Cualitativa	- Muy insatisfecho - Insatisfecho - Neutral - Satisfecho - Muy satisfecho
Nivel de satisfacción del IESS	Grado de satisfacción del participante con los servicios de salud	Calidad de Servicios de Salud	Cualitativa	- Muy insatisfecho - Insatisfecho - Neutral - Satisfecho - Muy satisfecho

	recibidos por parte de IESS.			
Disponibilidad de insumos y medicamentos del MSP.	Disponibilidad de insumos y medicamentos durante la visita a la unidad de salud del MSP.	Calidad de Servicios de Salud	Cualitativa	- Disponibles en totalidad - Disponible parcialmente - No disponibles
Disponibilidad de insumos y medicamentos del IESS	Disponibilidad de insumos y medicamentos durante la visita a la unidad de salud del IESS.	Calidad de Servicios de Salud	Cualitativa	- Disponibles en totalidad - Disponible parcialmente - No disponibles

7. Resultados.

Resultados de la encuesta aplicada a los afiliados al IESS que acudieron al PS. Emilio María Terán y CS San Miguelito en el periodo enero – agosto 2024.

7.1. Perfil Demográfico de los Encuestados

Proporción de consultas.

Tabla 7. Total consultas en PS. Emilio María Terán, CS. San Miguelito enero – agosto 2024.

	Emilio María Terán			San Miguelito		
	IESS	Total	Representación	IESS	Total	Representación
Primera	140	1596	8,8%	500	5395	9,3%
Subsecuente	85	1269	6,7%	338	5532	6,1%
Total general	225	2838	7,9%	838	10927	7,7%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

Se evidencia que proporcionalmente del total de consultas en el puesto de salud las consultas del IESS representan el 7,9% y del centro de salud el 7,7%.

Distribución por edad:

Tabla 8. Participantes según edad afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 1 año	1	4
1-5 años	3	14
6-10 años	6	9
11-15 años	1	11
16-18 años	0	6
18-30 años	2	16
31-45 años	7	18
46-60 años	2	13
Más de 60 años	6	8
Total	28	99

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En esta parroquia, se observa una predominancia de población adulta y adulta mayor, especialmente en los rangos de 31-45 años (25%) y más de 60 años (21,43%). Esta distribución etaria sugiere una mayor demanda de servicios relacionados con enfermedades crónicas y degenerativas, característicos de estas etapas de la vida. Esto concuerda con el Modelo Conductual de Andersen, que identifica la edad se reconoce como un factor predisponente clave en la utilización de los servicios de salud. Asimismo, la elevada proporción de adultos mayores resalta la importancia de reforzar los servicios geriátricos, en concordancia con los principios establecidos por la APS. (9,11)

Tabla 9. Participantes según edad afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

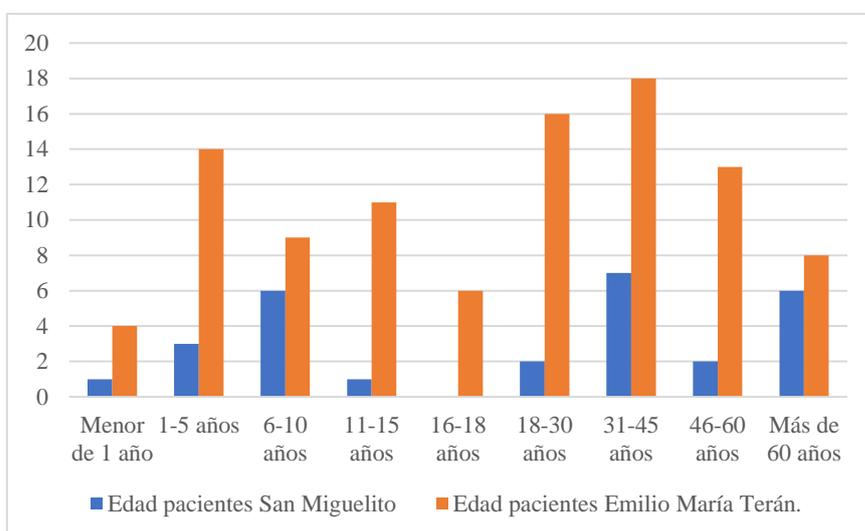
	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 1 año	4	4,04%
1-5 años	14	14,14%
6-10 años	9	9,09%
11-15 años	11	11,11%
16-18 años	6	6,06%
18-30 años	16	16,16%
31-45 años	18	18,18%
46-60 años	13	13,13%
Más de 60 años	8	8,08%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor.

San Miguelito presenta una distribución de edad más equilibrada, con una representación significativa de jóvenes en los grupos de 18-30 años (16,16%) y adultos en el rango de 31-45 años (18,18%). Esta estructura poblacional indica una necesidad de priorizar servicios de salud preventiva y programas de promoción, como campañas de vacunación y educación sexual, adecuados para las necesidades de una población más joven. Este enfoque también está alineado con la APS, que busca responder a las necesidades específicas de cada comunidad (9,11).

Gráfico 1. Participantes según edad afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, CS. San Miguelito enero – agosto 2024.



Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

Distribución por sexo.

Tabla 10. Participantes según sexo afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero – agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	10	35,71%
Masculino	18	64,29%
Otro	0	0,00%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En esta localidad, la población masculina predomina significativamente (64,29%) frente a la femenina (35,71%). podría tener un impacto significativo en la demanda y los patrones de utilización de los servicios de salud. El género, como característica

predisponente, puede determinar comportamientos diferenciales en la búsqueda de atención médica, siendo las mujeres, en general, más propensas a acceder a servicios debido a sus roles en la salud reproductiva y el cuidado familiar (11).

Tabla 11. Participantes según sexo afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	60	60,61%
Masculino	39	39,39%
Otro	0	0,00%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En San Miguelito, la distribución es opuesta: predomina la población femenina (60,61%), mientras que los hombres representan el 39,39%. Esto podría reflejar un mayor uso de los servicios de salud, ya que las mujeres suelen ser más propensas a buscar atención médica, especialmente en servicios de prevención y cuidado continuo (11).

7.2. Características socio económicas.

Nivel educativo

Tabla 12. Participantes según nivel educativo afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero – agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Educación técnica o tecnológica	4	14,3%
Educación universitaria completa	8	28,6%
Educación universitaria incompleta	0	0,0%
Ninguno	2	7,1%
Postgrado (maestría, doctorado)	2	7,1%
Primaria completa	1	3,6%
Primaria incompleta	3	10,7%
Secundaria completa	6	21,4%
No sabe	0	0,0%
Secundaria incompleta	2	7,1%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En Emilio María Terán, se destaca una población con un nivel educativo relativamente alto, ya que el 28,6% posee educación universitaria completa. Además, hay una menor

proporción de personas con niveles educativos bajos (primaria incompleta y sin educación) en comparación con San Miguelito. Este nivel educativo más alto está vinculado con una mayor capacidad para comprender información médica, adoptar comportamientos saludables y navegar por el sistema de salud, según Grossman (41). Esto sugiere que en esta parroquia se pueden implementar programas más avanzados de educación en salud, que complementen y potencien el acceso a los servicios disponibles (10).

Tabla 13. Participantes según nivel educativo afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

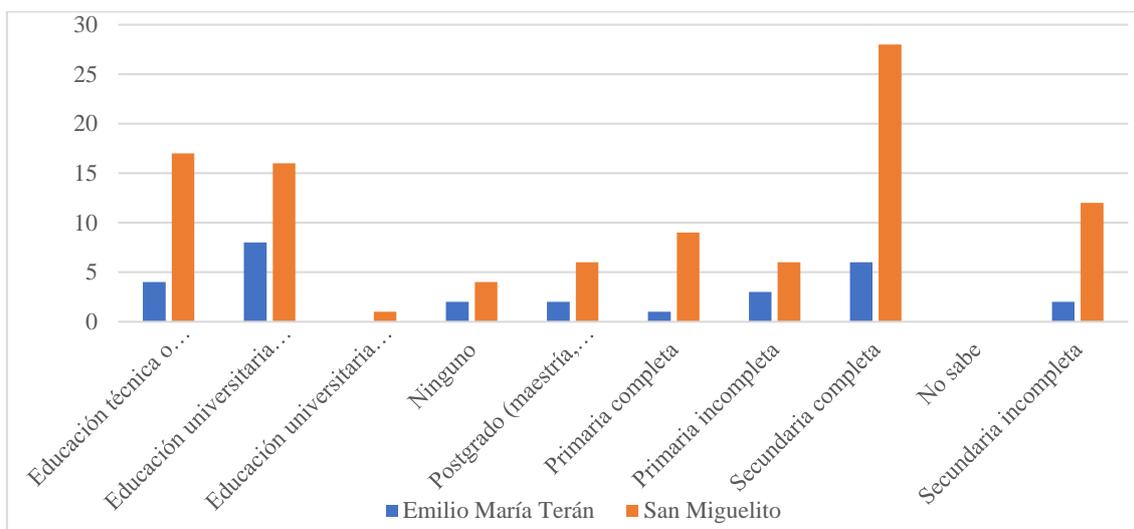
	Frecuencia	Porcentaje
Educación técnica o tecnológica	17	17,2%
Educación universitaria completa	16	16,2%
Educación universitaria incompleta	1	1,0%
Ninguno	4	4,0%
Postgrado (maestría, doctorado)	6	6,1%
Primaria completa	9	9,1%
Primaria incompleta	6	6,1%
Secundaria completa	28	28,3%
No sabe	0	0,0%
Secundaria incompleta	12	12,1%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En San Miguelito, se observa una predominancia de personas con niveles educativos bajos. Esto puede dificultar el acceso a servicios de salud, por lo que una menor escolaridad suele estar asociada con una menor conciencia sobre la importancia de los servicios preventivos y mayor dependencia de prácticas tradicionales. Por lo tanto, es crucial desarrollar estrategias de alfabetización sanitaria en esta parroquia para mejorar la utilización de servicios preventivos y reducir las desigualdades en salud (10,41).

Gráfico 2. Participantes según nivel educativo del jefe de hogar afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, CS. San Miguelito enero - agosto 2024.



Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

Ocupación del jefe de hogar

Tabla 14. Participantes según ocupación afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Empleo formal	19	67,86%
Empleo informal	7	25,00%
Jubilado	2	7,14%
Estudiante	0	0,00%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

La mayoría de los jefes de hogar en Emilio María Terán tienen empleo formal (67,86%), lo cual facilita el acceso a beneficios como seguros de salud, particularmente del IESS (42). Esto refleja una mayor estabilidad económica y acceso a recursos, reduciendo las barreras económicas para acceder a servicios de salud. La alta tasa de empleo formal también está correlacionada con niveles educativos más altos y mayores ingresos familiares, lo que fortalece aún más la capacidad de la población para acceder a atención médica (42).

Tabla 15. Participantes según ocupación afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Empleo formal	63	63,64%
Empleo informal	33	33,33%
Jubilado	3	3,03%
Estudiante	0	0,00%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En San Miguelito, aunque el empleo formal también predomina (63,64%), se observa una mayor proporción de empleo informal (33,33%) en comparación con Emilio María Terán. Esto representa una barrera significativa para el acceso a servicios de salud, ya que el empleo informal está vinculado con condiciones laborales precarias, menores ingresos y falta de beneficios como seguros médicos. Esta situación incrementa la dependencia de los servicios públicos del MSP, lo que puede ejercer presión sobre el sistema y aumentar las desigualdades en salud (42).

Ingresos mensuales

Tabla 16. Participantes según ingresos mensuales afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
\$300 - \$700	10	35,71%
Más de \$700	12	42,86%
Menos de \$300	6	21,43%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

Gráfico 3. Participantes según ingresos mensuales afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.



Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En esta parroquia, el 42,86% de los hogares reporta ingresos superiores a \$700, lo que les permite asumir costos asociados al acceso a servicios de salud, como transporte, medicamentos y copagos (43). Este nivel de ingresos se alinea con la alta proporción de empleo formal observada, reduciendo barreras económicas y facilitando el acceso a servicios de calidad.

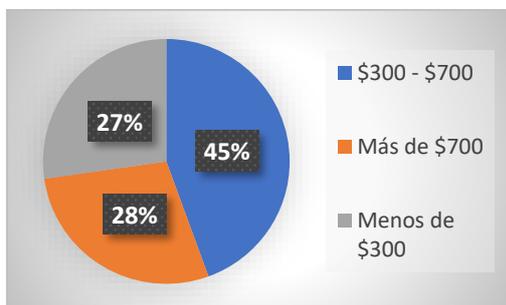
Tabla 17. Participantes según ingresos mensuales afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
\$300 - \$700	44	44,44%
Más de \$700	28	28,28%
Menos de \$300	27	27,27%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

Gráfico 4. Participantes según ingresos mensuales afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero – agosto 2024



Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En San Miguelito, solo el 28,28% de los hogares tiene ingresos superiores a \$700, mientras que un 27,27% reporta ingresos menores a \$300. Estas cifras evidencian mayores barreras económicas para el acceso a servicios de salud, lo que podría derivar en retrasos en la búsqueda de atención médica y un mayor impacto de las desigualdades en salud (43).

Tipo de vivienda

Tabla 18. Participantes según tipo de vivienda afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Prestada	8	28,6%
Propia	18	64,3%
Alquilada	2	7,1%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En esta parroquia, el 64,3% de las viviendas son propias, lo que refleja una mayor estabilidad económica y social. Según Marmot, la tenencia de vivienda es un indicador de bienestar que impacta en la estabilidad de las familias y, por ende, en su capacidad para mantener una continuidad en la atención médica (45). Este factor puede contribuir a una mejor accesibilidad y uso regular de los servicios de salud, especialmente los del MSP y el IESS.

Tabla 19. Participantes según tipo de vivienda afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Prestada	7	7,1%
Propia	12	12,1%
Alquilada	80	80,8%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En San Miguelito, solo el 12,1% de las viviendas son propias, mientras que el 80,8% son alquiladas. Esta alta proporción de viviendas alquiladas sugiere inestabilidad residencial, lo cual puede dificultar la continuidad en los tratamientos médicos y aumentar la movilidad de las familias, impactando negativamente en la utilización de los servicios de salud (45). Esta situación resalta la necesidad de programas que integren la atención médica con estrategias de estabilidad residencial.

Instalaciones sanitarias

Tabla 20. Participantes según tipo instalaciones sanitarias afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Baño con lavabo e inodoro sin ducha dentro de la casa.	5	17,86%
Baño con lavabo e inodoro sin ducha fuera de la casa.	2	7,14%
Baño, con ducha, lavabo e inodoro dentro de la casa.	21	75,00%
Llave de agua fuera de la casa.	0	0,00%
No tiene instalaciones sanitarias.	0	0,00%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor.

En esta parroquia, el 75% de los hogares cuenta con instalaciones sanitarias adecuadas dentro de la casa. Esto es esencial para prevenir enfermedades infecciosas y mantener condiciones higiénicas óptimas (1). Sin embargo, un 25% carece de estas instalaciones, lo que señala la necesidad de fortalecer programas de saneamiento que puedan ser coordinados con las RISS (1,46).

Tabla 21. Participantes según tipo instalaciones sanitarias afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Baño con lavabo e inodoro sin ducha dentro de la casa.	12	12,12%
Baño con lavabo e inodoro sin ducha fuera de la casa.	8	8,08%
Baño, con ducha, lavabo e inodoro dentro de la casa.	76	76,77%
Llave de agua fuera de la casa.	3	3,03%
No tiene instalaciones sanitarias.	0	0,00%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En San Miguelito, el 76,77% de los hogares tiene instalaciones sanitarias adecuadas dentro de la casa, pero un 12,12% cuenta con baños sin ducha o fuera del hogar, y un 3,03% solo tiene una llave de agua fuera de la casa. Esta falta de infraestructura sanitaria adecuada expone a la población a riesgos mayores de enfermedades infecciosas, lo que refuerza la necesidad de una intervención integral en saneamiento y acceso a agua segura (1,46).

Acceso al agua

Tabla 22. Participantes según instalaciones sanitarias afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Agua entubada	9	32,14%
Agua potable	19	67,86%
No tiene acceso a una fuente regular de agua	0	0,00%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor.

En Emilio María Terán, el 67,86% de los hogares dispone de acceso a agua potable, lo cual contribuye a disminuir el riesgo de enfermedades relacionadas con el consumo de agua contaminada. (25). Esta disponibilidad de agua segura se alinea con mejores instalaciones sanitarias y niveles educativos, promoviendo un estado general de salud más favorable.

Tabla 23. Participantes según instalaciones sanitarias afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Agua entubada	86	86,87%
Agua potable	13	13,13%
No tiene acceso a una fuente regular de agua	0	0,00%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En San Miguelito, solo el 13,13% de los hogares cuentan con suministro de agua potable, mientras el 86,87% depende de agua entubada, que puede no ser potable. Esto incrementa la exposición a enfermedades infecciosas y resalta la necesidad de programas de tratamiento de agua y suministro de agua segura (25). La falta de agua potable se correlaciona con los menores niveles educativos y mayores barreras económicas en esta parroquia.

Tipo de eliminación de excretas

Tabla 24. Participantes según tipo de eliminación de excretas afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Fosa Séptica	5	17,86%
Red pública de alcantarillado	23	82,14%
Letrina	0	0,00%
Total	28	100,00%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

El 82,14% de los hogares utiliza la red pública de alcantarillado, lo que asegura una eliminación segura de excretas y reduce la contaminación ambiental. Esto refleja una infraestructura sanitaria más desarrollada y menores riesgos de enfermedades infecciosas (1).

Tabla 25. Participantes según tipo de eliminación de excretas afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Fosa Séptica	48	48,48%
Red pública de alcantarillado	51	51,52%
Letrina	0	0,00%
Total	99	100,00%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En San Miguelito, solo el 51,52% de los hogares utiliza alcantarillado público, mientras que un 48,48% depende de fosas sépticas. Esta situación representa un mayor riesgo sanitario, especialmente si las fosas no están correctamente gestionadas. Es crucial mejorar la infraestructura de eliminación de excretas en esta parroquia para reducir desigualdades en salud (1).

7.3. Acceso y Utilización de los Servicios de Salud

Unidad de Atención Habitual

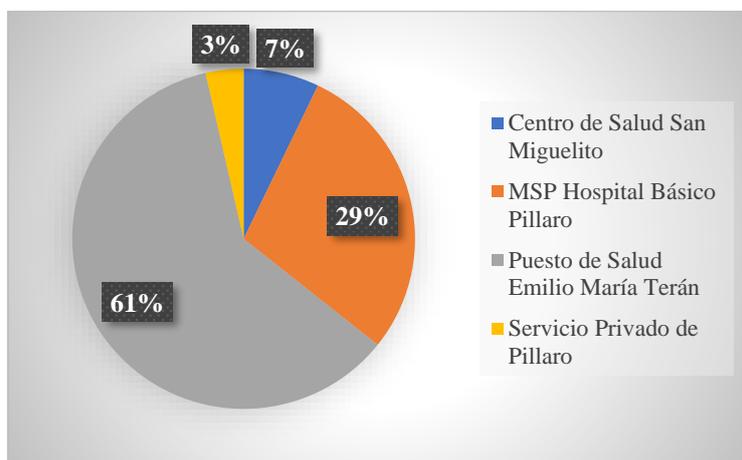
Tabla 26. Unidad de atención habitual de afiliados al IESS atendidos en PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Centro de Salud San Miguelito	2	7,14%
MSP Hospital Básico Pillaro	8	28,57%
Puesto de Salud Emilio María Terán	17	60,71%
Servicio Privado de Pillaro	1	3,57%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor.

Gráfico 5. Unidad de atención habitual de afiliados al IESS atendidos en PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.



Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En esta parroquia, el 60,71% de los encuestados acude al Puesto de Salud Emilio María Terán del MSP, lo que refleja una alta dependencia de este servicio. Esto podría estar relacionado con su proximidad geográfica y accesibilidad económica, factores habilitadores según el Modelo Conductual de Andersen (11). La alta utilización de esta unidad indica que cumple con su función de cobertura primaria, proporcionando una atención preventiva y curativa básica.

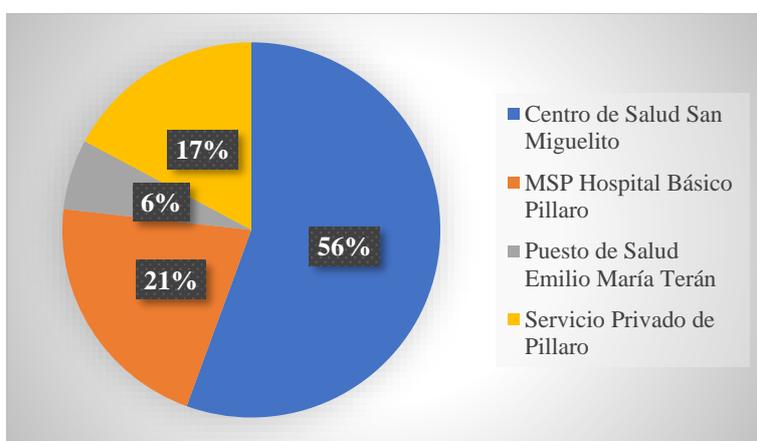
Tabla 27. Unidad de atención habitual de afiliados al IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Centro de Salud San Miguelito	55	55,56%
MSP Hospital Básico Píllaro	21	21,21%
Puesto de Salud Emilio María Terán	6	6,06%
Servicio Privado de Píllaro	17	17,17%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

Gráfico 6. Unidad de atención habitual de afiliados al IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.



Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En San Miguelito, el 55,56% de los encuestados acude al Centro de Salud San Miguelito del MSP, aunque un porcentaje significativo (17,17%) opta por servicios privados. Esto sugiere posibles limitaciones en la calidad percibida o disponibilidad de servicios en el MSP local, lo que lleva a algunos usuarios a buscar alternativas en el sector privado, posiblemente para atención especializada no disponible en la unidad del MSP (24).

Conocimiento de la Unidad de Salud del IESS Cercana

Tabla 28. Conocimiento de la unidad del IESS más cercana afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
No	23	82,14%
Si	5	17,86%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

El 82,14% de los encuestados dice no conocer la unidad de primer nivel del IESS más cercana, lo que representa una barrera significativa para el acceso a estos servicios (46). Este desconocimiento puede deberse a una falta de comunicación institucional y campañas informativas eficaces.

Tabla 29. Conocimiento de la unidad del IESS más cercana afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
No	86	86,87%
Si	13	13,13%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

En San Miguelito, el 86,87% de los encuestados dice no conocer la unidad del IESS más cercana. Este desconocimiento puede ser un factor clave en la preferencia por los servicios del MSP (Pregunta 10). Es esencial implementar campañas comunitarias de información y educación para abordar esta barrera de demanda (46).

Unidad médica del IESS.

En la sección anterior se evaluó si los encuestados tenían conocimiento de la unidad de salud del IESS más cercana a su domicilio, identificando si podían reconocerla. En esta sección se presenta cuál consideran los encuestados que es su unidad médica del IESS más cercana.

Tabla 30. Reporte de unidad de salud del IESS más cercana afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero – agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Hospital General del IESS - Ambato	2	40,00%
Centro de salud tipo A del IESS - Pillaro	3	60,00%
Total	5	100,00%

Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

El 60% dice ser el CS del IESS Pillaro su unidad más cercana y el 40% al Hospital General del IESS Ambato. Esto sugiere que los usuarios que conocen estos servicios dependen de

unidades en localidades urbanas más grandes, lo que implica mayores costos y tiempos de transporte (11). La descentralización de los servicios del IESS podría facilitar un acceso más equitativo optimizando la coordinación entre el IESS, el MSP y el Seguro Social Campesino (SSC), para garantizar un acceso equitativo y reducir la necesidad de desplazamientos a servicios de segundo nivel.

Tabla 31. Reporte de unidad de salud del IESS más cercana afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Hospital General del IESS - Ambato	11	84,62%
Centro de salud tipo A del IESS - Pillaro	2	15,38%
Total	13	100,00%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

El 84,62% dice que la unidad del IESS más cercana es el Hospital del IESS de Ambato y solo el 15,38% al CS IESS Píllaro. Esto indica una preferencia marcada por el segundo nivel de atención en Ambato, probablemente por una percepción de mejor calidad y disponibilidad de servicios especializados o un desconocimiento de como ingresar al PNA. Sin embargo, esta tendencia implica mayores barreras económicas y geográficas debido a la distancia y los costos de transporte hacia la unidad en Ambato (11,12).

Medio de transporte que utiliza hasta la unidad de primer nivel del IESS asignada

En esta sección se analiza el medio de transporte utilizado por los encuestados para trasladarse a Píllaro, cabecera cantonal donde se encuentra la unidad de salud de primer nivel del IESS más cercana. Es importante señalar que no todos los desplazamientos tienen como destino principal la unidad de salud del IESS, ya que los encuestados también

acuden a la cabecera cantonal por otros motivos, como trámites u otras actividades personales.

Tabla 32. Medio de transporte que utiliza hasta la unidad de primer nivel del IESS asignada afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero – agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
A pie	2	7,14%
Público (Bus)	2	7,14%
Público (Camioneta)	11	39,29%
Público (Taxi)	1	3,57%
Vehículo propio	12	42,86%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor.

El 42,86% de los encuestados utiliza vehículo propio, lo que facilita un acceso más rápido y económico al IESS. Este dato se correlaciona con los niveles de ingreso y empleo formal en esta parroquia (Preguntas 4 y 5), lo que reduce barreras económicas y geográfica (12).

Tabla 33. Medio de transporte que utiliza hasta la unidad de primer nivel del IESS asignada afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero – agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
A pie	6	6,06%
Público (Bus)	25	25,25%
Público (Camioneta)	29	29,29%
Público (Taxi)	14	14,14%
Vehículo propio	25	25,25%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En contraste, solo el 25,25% de los encuestados en San Miguelito dispone de vehículo propio, mientras que el 29,29% depende de camionetas públicas. Esta dependencia incrementa los costos y tiempos de desplazamiento, lo que constituye una barrera significativa para acceder a los servicios del IESS. Esto resalta la necesidad de mejorar las opciones de transporte comunitario (12).

Tiempo de desplazamiento hasta unidad de primer nivel del IESS asignada

Tabla 34. Tiempo de desplazamiento hasta unidad de primer nivel del IESS asignada afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero – agosto 2024

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 minutos	22	78,57%
30-60 minutos	6	21,43%
Más de 60 minutos	0	0,00%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

El 78,57% de los participantes tarda menos de 30 minutos en llegar a Píllaro, lo que podría traducirse como mayor facilidad al acceso frecuente a los servicios de salud. Este menor tiempo de desplazamiento reduce barreras geográficas y fomenta una mayor utilización de los servicios del IESS (46).

Tabla 35. Tiempo de desplazamiento hasta unidad de primer nivel del IESS asignada afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 minutos	32	32,32%
30-60 minutos	67	67,68%
Más de 60 minutos	0	0,00%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor.

En San Miguelito, el 67,68% tarda entre 30 y 60 minutos, lo que desincentiva la frecuencia en la utilización de servicios médicos, especialmente para consultas preventivas. Este dato subraya la necesidad de acercar los servicios del IESS a las comunidades locales o mejorar las infraestructuras de transporte (46).

Costo aproximado del transporte

Tabla 36. Costos de transporte hacia unidad de salud de 1er nivel IESS asignada afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de \$2	16	57,14%
Entre \$2 y \$5	11	39,29%
Entre \$5 y \$10	1	3,57%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

El 57,14% de los encuestados gasta menos de \$2 en transporte, lo que reduce significativamente las barreras económicas para acceder al IESS. Esto está directamente relacionado con la alta disponibilidad de vehículos propios y mayores niveles de ingreso en esta parroquia (43).

Tabla 37. Costos de transporte hacia unidad de salud de 1er nivel IESS asignada afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de \$2	47	47,47%
Entre \$2 y \$5	35	35,35%
Entre \$5 y \$10	17	17,17%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

En esta parroquia, el 47,47% también gasta menos de \$2, pero un 17,17% enfrenta costos de transporte entre \$5 y \$10. Estos mayores costos representan una barrera económica crítica para las familias con ingresos bajos, limitando su acceso a los servicios de salud (43).

Uso de servicios de Salud del IESS

Tabla 38. Encuestados que accedieron a los servicios del IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
No	8	29%
Si	20	71%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

En esta parroquia, el 71% de los participantes afirmó que ellos o algún integrante de su familia recibió atención en el IESS. Este dato evidencia una elevada demanda de los servicios del IESS, incluso frente a las barreras relacionadas con transporte y costos.

Subraya, además, la relevancia de garantizar y optimizar tanto la calidad como la disponibilidad de estos servicios (10).

Tabla 39. Encuestados que accedieron a los servicios del IESS afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
No	36	36%
Si	63	64%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En San Miguelito, el 64% de los encuestados también accedió al IESS durante el año, aunque en menor proporción que en Emilio María Terán. Este menor porcentaje puede estar influenciado por las mayores barreras económicas y geográficas en esta parroquia, como costos de transporte más altos y mayor tiempo de desplazamiento (Preguntas 13 y 14) (46).

Unidad del IESS demandada

Tabla 40. Unidad del IESS demandada afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Centro de Salud Tipo A del IESS de Pillaro	8	40,00%
Hospital General de IESS Ambato	8	40,00%
Hospital IESS Latacunga	4	20,00%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor.

El 40% de los encuestados acudió al Hospital General del IESS en Ambato, otro 40% al CS del IESS en Píllaro mientras que el 20% al Hospital IESS Latacunga. Esto muestra una diversificación en el uso de las unidades, pero destaca la alta proporción que opta por el Hospital General de Ambato, evidenciando la búsqueda de atención del segundo nivel. La distancia hacia Latacunga podría ser un factor limitante para su menor uso, reforzando la importancia de fortalecer las capacidades del IESS Píllaro como unidad de primer nivel (11,13).

Tabla 41. Unidad del IESS demandada afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Centro de Salud Tipo A del IESS de Pillaro	35	55,56%
Hospital General de IESS Ambato	22	34,92%
Hospital IESS Latacunga	6	9,52%
Total	63	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor.

El 55,56% de los encuestados acudió al Centro de Salud del IESS en Píllaro, el 34,92% al Hospital General del IESS en Ambato y el 9,52% al Hospital en Latacunga. Aunque la mayoría opta por Píllaro, la preferencia significativa por Ambato indica una percepción de mejor calidad o acceso a especialidades en este hospital. Sin embargo, el uso del hospital en Latacunga es bajo, probablemente debido a su mayor distancia y los costos asociados (11,13).

Tipo de atención por el que acudió

Tabla 42. Tipo de consulta recibida en el IESS. Afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Consulta de prevención	2	10,00%
Consulta por enfermedad	18	90,00%
Urgencia	0	0,00%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

El 90% de las consultas reportadas fueron motivadas por enfermedad, mientras que solo el 10% se relacionaron con actividades preventivas. Este predominio de atención curativa pone de manifiesto un enfoque tradicional en la prestación de servicios médicos, dejando de lado la promoción de la salud preventiva, lo que contraviene los principios fundamentales de la (9,47).

Tabla 43. Tipo de consulta recibida en el IESS. Afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Consulta de prevención	6	9,52%
Consulta por enfermedad	57	90,48%
Urgencia	0	0,00%
Total	63	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor.

San Miguelito, el 90% dicen que las consultas también fueron por enfermedad. Esto sugiere una necesidad urgente de integrar programas preventivos en el IESS, como campañas de educación y chequeos médicos periódicos, para reducir la incidencia de enfermedades y promover un enfoque integral en la salud (10).

7.4.Satisfacción y Percepción de los Servicios

Nivel de satisfacción con los servicios de salud recibidos en el IESS

Tabla 44. Nivel de satisfacción con los servicios de salud del IESS. Afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfecho	0	0,00%
Satisfecho	3	15,00%
Neutral	7	35,00%
Insatisfecho	9	45,00%
Muy insatisfecho	1	5,00%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor.

El 45% de los encuestados se siente insatisfecho y un 5% muy insatisfecho con los servicios del IESS. Las principales razones podrían incluir deficiencias en infraestructura, tiempos de espera prolongados y falta de medicamentos, lo que afecta negativamente la percepción del sistema (10). En comparación con la Tabla 39 indican que, aunque el 40% de encuestados demanda atención en el CS del IESS, un porcentaje igual (40%) prefiere trasladarse al Hospital General del IESS en Ambato, y el restante 20% opta por el Hospital

del IESS en Latacunga. Este patrón sugiere que una parte significativa de los pacientes prefiere recurrir a hospitales de segundo nivel, a pesar de las mayores barreras geográficas y económicas, posiblemente por la percepción de que estas unidades tienen mayor capacidad resolutoria y mejor calidad en los servicios.

Tabla 45. Nivel de satisfacción con los servicios de salud del IESS. Afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

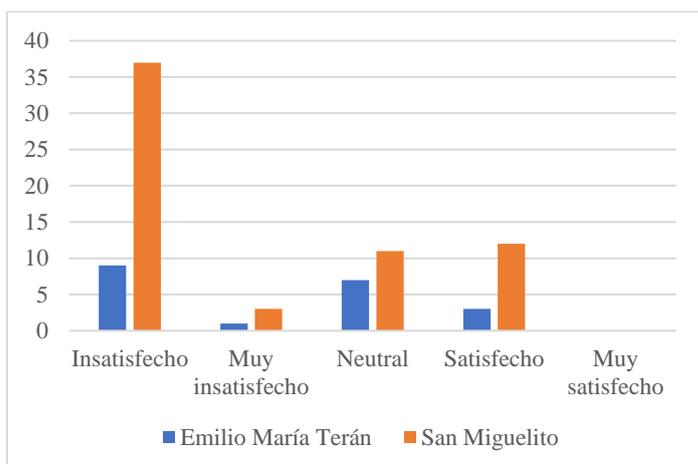
	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfecho	0	0,00%
Satisfecho	12	19,05%
Neutral	11	17,46%
Insatisfecho	37	58,73%
Muy insatisfecho	3	4,76%
Total	63	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En San Miguelito, el 58,73% expresó insatisfacción y un 4,76% indicó estar muy insatisfecho. Este nivel de insatisfacción más alto puede estar relacionado con mayores barreras geográficas y económicas, además de una menor percepción de calidad en los servicios del IESS (46). Al comparar con la Tabla 40, se observa que el 55,56% de los encuestados en San Miguelito demanda atención en el CS del IESS en Píllaro, mientras que el 34,92% acude al Hospital General del IESS en Ambato, y el 9,52% al Hospital del IESS en Latacunga. Este patrón sugiere que, aunque el CS Tipo A de Píllaro es la unidad más cercana, una proporción considerable de pacientes prefiere trasladarse largas distancias a hospitales de segundo nivel que acudir a la unidad de primer nivel.

Gráfico 7. Nivel de satisfacción con los servicios de salud del IESS. Afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, CS. San Miguelito enero - agosto 2024.



Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor.

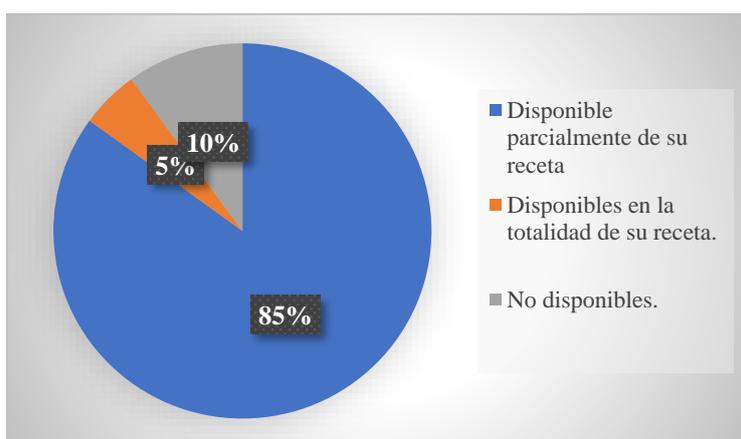
Disponibilidad de medicamentos en la unidad del IESS

Tabla 46. Disponibilidad de medicamentos en las unidades del IESS. Afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Disponible parcialmente de su receta.	17	85,00%
Disponibles en la totalidad de su receta.	1	5,00%
No disponibles.	2	10,00%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

Gráfico 8. Disponibilidad de medicamentos en las unidades del IESS. Afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.



Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

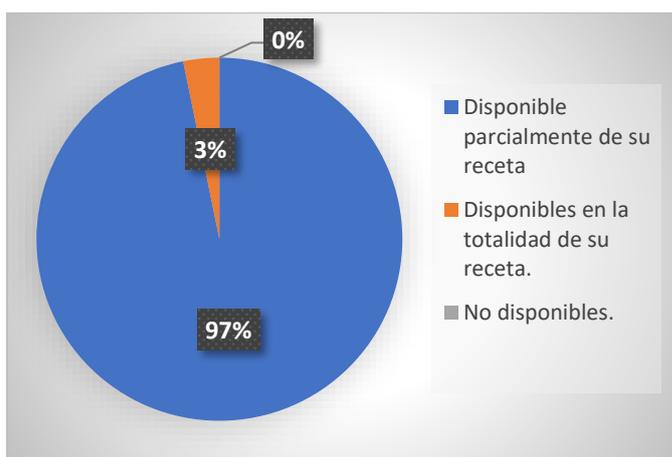
El 85% de los encuestados reportó disponibilidad parcial de medicamentos, el 10% indicó que no estuvieron disponibles, y solo el 5% accedió a todos los medicamentos recetados. La falta de disponibilidad total impacta negativamente en la eficacia de los tratamientos y contribuye a la insatisfacción general con el IESS (Pregunta 19) (10).

Tabla 47. Disponibilidad de medicamentos en las unidades del IESS. Afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Disponible parcialmente de su receta	61	96,83%
Disponibles en la totalidad de su receta.	2	3,17%
No disponibles.	0	0,00%
Total	63	100%

Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor.

Gráfico 9. Disponibilidad de medicamentos en las unidades del IESS. Afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.



Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

En San Miguelito, el 96,83% de los encuestados también reportó disponibilidad parcial y el 3,17% acceso completo. Este problema generalizado en el suministro de medicamentos refleja una necesidad crítica de mejorar la logística y distribución de insumos médicos en las unidades del IESS (10).

Tiempo desde su hogar hasta la unidad de primer nivel del MSP más cercana.

Tabla 48. Tiempo promedio de viaje hacia las unidades del MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 minutos	24	85,7%
30-60 minutos	4	14,3%
Más de 60 minutos	0	0,0%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

El 14,3% de participantes indican que se demoran entre 30 – 60 minutos en llegar a la unidad del MSP, comparado con el 21,43% al IESS, lo que indica que hay una mayor proporción de pacientes que se tardan más en llegar a las unidades del IESS, otro lado, los tiempos más largos hacia el IESS limitan el acceso frecuente y pueden desincentivar el uso preventivo (11,14).

Tabla 49. Tiempo promedio de viaje hacia las unidades del MSP afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 minutos	64	64,6%
30-60 minutos	35	35,4%
Más de 60 minutos	0	0,0%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En esta parroquia, el 64,6% tarda menos de 30 minutos, mientras que el 35,4% tarda entre 30 y 60 minutos. Aunque la mayoría tiene un tiempo de viaje relativamente corto, la proporción que tarda más de 30 minutos podría estar menos motivada a utilizar los servicios del MSP de manera regular (46).

El tiempo de traslado a las unidades de salud muestra una clara ventaja para las del MSP en ambas parroquias. En Emilio María Terán, la mayoría de los encuestados llega al MSP en menos de 30 minutos, mientras que al IESS tardan entre 30 y 60 minutos (Tabla 12 y Tabla 18). En San Miguelito, aunque el tiempo al MSP también es menor, con

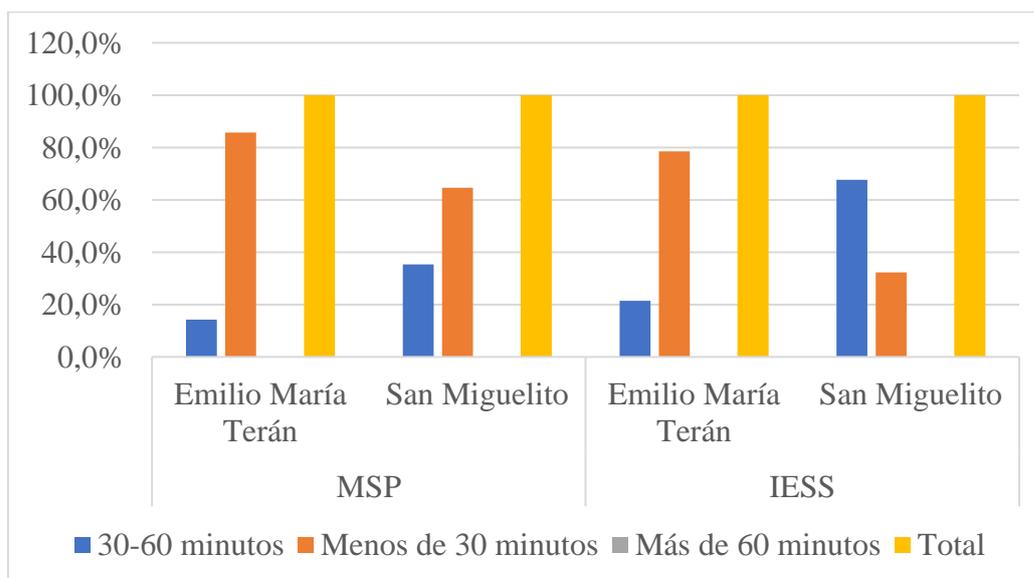
desplazamientos de hasta 30 minutos, al IESS la mayoría tarda entre 30 y 60 minutos (Tabla 13 y Tabla 19). Estas diferencias evidencian barreras de acceso para los servicios del IESS, especialmente por su ubicación en la cabecera cantonal, lo que refuerza la importancia de fortalecer los servicios de primer nivel en las zonas rurales y mejorar la coordinación con el MSP para garantizar una cobertura equitativa y oportuna (5, 9).

Tabla 50. Tiempo promedio de viaje hacia las unidades del IESS y MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Tiempo de desplazamiento							
	MSP				IESS			
	Emilio María Terán		San Miguelito		Emilio María Terán		San Miguelito	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 minutos	24	85,7%	64	64,6%	22	78,57%	32	32,32%
30-60 minutos	4	14,3%	35	35,4%	6	21,43%	67	67,68%
Más de 60 minutos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,00%	0	0,00%
Total	28	100%	99	100%	28	100%	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

Gráfico 10. Tiempo promedio de viaje hacia las unidades del MSP. Afiliados IESS Emilio María Terán, San Miguelito enero - agosto 2024.



Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

Disponibilidad de transporte hasta la unidad de 1er nivel del MSP.

Tabla 51. Disponibilidad de transporte hacia las unidades del MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
A veces disponible	13	46%
Siempre disponible	15	54%
Nunca disponible	0	0%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

El 64,6% de los encuestados necesita menos de 30 min para llegar a la unidad del MSP, mientras que el 67,68% tarda entre 30 y 60 minutos para acceder al IESS. Estos datos resaltan una ventaja importante del MSP en cuanto a proximidad y accesibilidad, mientras que los tiempos de traslado hacia las unidades del IESS constituyen una barrera significativa, especialmente para consultas preventivas y de seguimiento regular. (11,14)

Tabla 52. Disponibilidad de transporte hacia las unidades del MSP afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
A veces disponible	58	59%
Siempre disponible	1	1%
Nunca disponible	40	40%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor.

En San Miguelito, solo el 1% indicó que el transporte está siempre disponible, el 59% lo tiene a veces, y el 40% señaló que nunca está disponible. Esta falta de transporte confiable representa una barrera importante para acceder a los servicios del MSP, lo que podría limitar la frecuencia de visitas médicas necesarias (46).

Nivel de satisfacción con los servicios de salud recibidos por el MSP

Tabla 53. Nivel de satisfacción con los servicios del MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfecho	0	0,00%
Satisfecho	14	50,00%
Neutral	11	39,29%
Insatisfecho	3	10,71%
Muy insatisfecho	0	0,00%
Total	28	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En Emilio María Terán, el 50% de los encuestados se mostró satisfecho con los servicios del MSP, mientras que el 39,29% expresó neutralidad y solo un 10,71% indicó insatisfacción. No hubo respuestas de muy satisfacción ni de insatisfacción extrema. Este resultado positivo puede estar relacionado con la proximidad geográfica a las unidades del MSP y la percepción de accesibilidad económica, factores que suelen incrementar la aceptación de los servicios de salud, como lo destaca Penchansky y Thomas en su modelo de accesibilidad (33).

Tabla 54. Nivel de satisfacción con los servicios del MSP afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfecho	0	0,00%
Satisfecho	63	63,64%
Neutral	34	34,34%
Insatisfecho	2	2,02%
Muy insatisfecho	0	0,00%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

En esta parroquia, el 63,64% de los encuestados expresó satisfacción con los servicios del MSP, lo que sugiere que, a pesar de barreras como la menor disponibilidad de transporte (Pregunta 22), la percepción de los servicios sigue siendo positiva. Esto podría

estar relacionado con la cercanía de las unidades y la adaptabilidad cultural de los servicios (13).

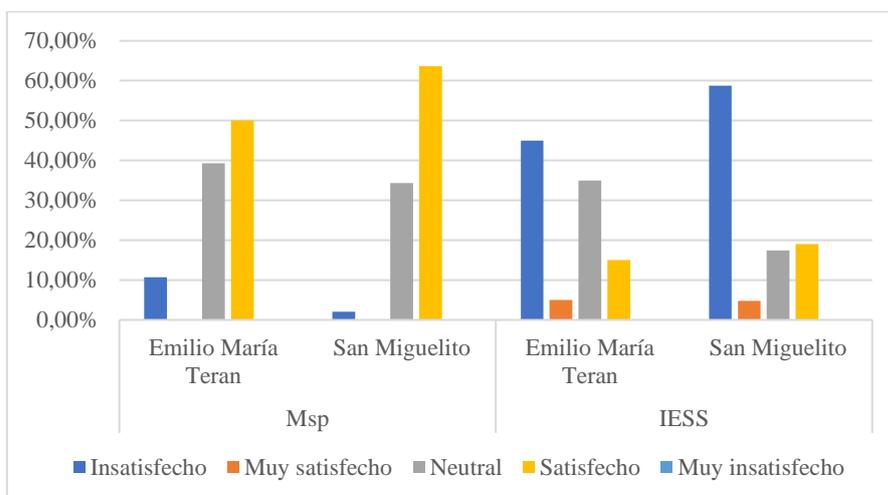
En Emilio María Terán, el 50% de los encuestados manifestó satisfacción con los servicios del MSP, mientras que solo el 15% lo hizo con los del IESS; en San Miguelito, estos valores fueron de 63,64% y 19,05%, respectivamente (Tablas 51, 52, 43 y 44). Estas cifras evidencian una percepción más favorable hacia el MSP, alineándose con el marco teórico que enfatiza la necesidad de un primer nivel de atención accesible y cercano como estrategia clave del MAIS (5, 9).

Tabla 55. Nivel de satisfacción con los servicios del IESS Y MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, San Miguelito enero - agosto 2024.

	Nivel de satisfacción							
	MSP				IESS			
	Emilio María Terán		San Miguelito		Emilio María Terán		San Miguelito	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfecho	0	0,00%	0	0,00%	1	5%	3	4,76%
Satisfecho	14	50,00%	63	63,64%	3	15%	12	19,05%
Neutral	11	39,29%	34	34,34%	7	35%	11	17,46%
Insatisfecho	3	10,71%	2	2,02%	9	45%	37	58,73%
Muy insatisfecho	0	0,00%	0	0,00%	0	0%	0	0,00%
Total	28	100%	99	100%	20	100%	63	100%

Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

Gráfico 11. Nivel de satisfacción con los servicios del IESS Y MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, San Miguelito enero - agosto 2024.



Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

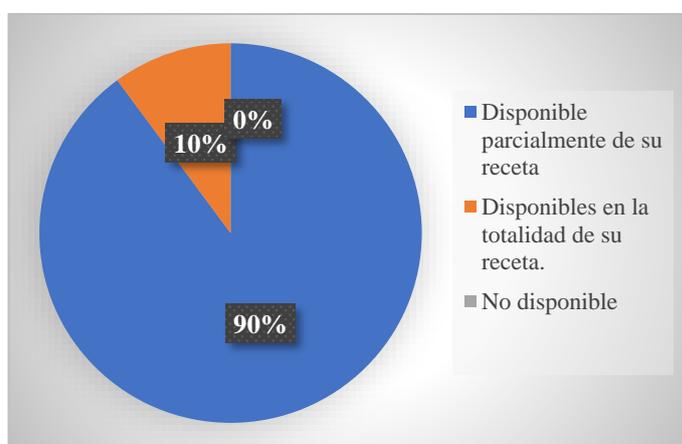
Disponibilidad de medicamentos en la unidad de 1er nivel del MSP donde recibió atención.

Tabla 56. Disponibilidad de medicamentos en las unidades de 1er nivel del MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Disponible parcialmente de su receta	89	89,90%
Disponibles en la totalidad de su receta.	10	10,10%
No disponible	0	0,00%
Total	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

Gráfico 12. Disponibilidad de medicamentos en las unidades de 1er nivel del MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán enero - agosto 2024.



Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

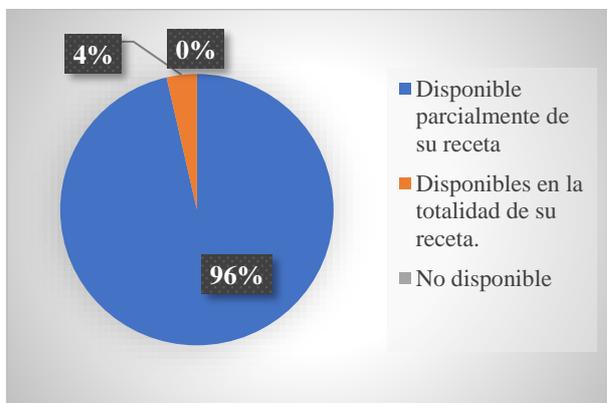
Emilio María Terán reporta 89,90% de los encuestados reportó disponibilidad parcial de medicamentos, mientras que un 10,10% tuvo acceso a todos los medicamentos recetados. No hubo casos en los que los medicamentos no estuvieran disponibles. La alta proporción de disponibilidad parcial refleja deficiencias en el sistema de suministro de medicamentos, lo que puede afectar la satisfacción del paciente y la continuidad de los tratamientos, tal como lo señala Donabedian al considerar la disponibilidad de insumos como un componente estructural esencial para la calidad del servicio (10).

Tabla 57. Disponibilidad de medicamentos en las unidades de 1er nivel del MSP afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
Disponible parcialmente.	61	96,83%
Disponibles en la totalidad.	2	3,17%
No disponibles.	0	0,00%
Total	63	100%

Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

Gráfico 13. Disponibilidad de medicamentos en las unidades de 1er nivel del MSP afiliados IESS atendidos en el CS. San Miguelito enero - agosto 2024.



Fuente: Encuesta del estudio.
Elaboración: Autor

En San Miguelito, el 89,90% también indicó disponibilidad parcial de medicamentos, y un 10,10% reportó disponibilidad completa. Estos resultados son similares a los de Emilio María Terán y evidencian problemas comunes en el sistema de suministro del MSP. Aunque la proporción de disponibilidad completa es levemente mayor en el MSP que en

el IESS, ambos sistemas presentan dificultades significativas en la provisión de medicamentos (10).

En Emilio María Terán, el 10,10% de los encuestados reportó disponibilidad total de medicamentos en las unidades del MSP, frente al 5% en las del IESS; en San Miguelito, estas cifras fueron del 10,10% y 3,17%, respectivamente (Tablas 53, 54, 45 y 46). La mayor disponibilidad en el MSP refuerza su papel como proveedor principal en las zonas rurales, destacando la necesidad de mejorar la logística y el abastecimiento en el IESS con el propósito de asegurar el acceso a la salud de manera equitativa, como lo establece el marco legal y el MAIS (5, 9).

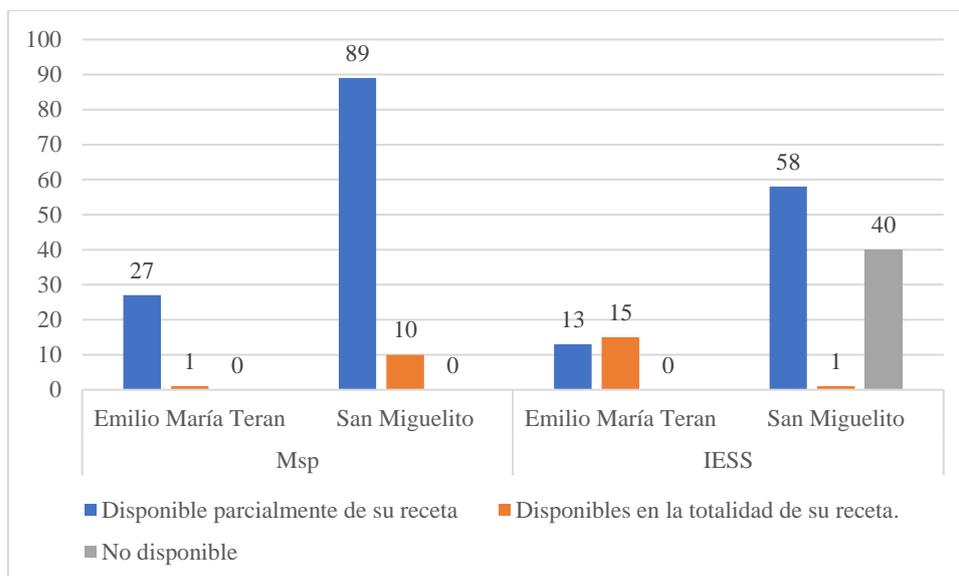
Tabla 58. Disponibilidad de medicamentos en las unidades de 1er nivel del MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, CS. San Miguelito enero - agosto 2024.

	Disponibilidad de Medicamentos							
	MSP				IESS			
	Emilio María Terán		San Miguelito		Emilio María Terán		San Miguelito	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Disponible parcialmente.	27	96,43%	89	89,90%	13	46%	58	59%
Disponibles en la totalidad.	1	3,57%	10	10,10%	15	54%	1	1%
No disponible	0	0,00%	0	0,00%	0	0%	40	40%
Total	28	100%	99	100%	28	100%	99	100%

Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

Gráfico 14. Disponibilidad de medicamentos en las unidades de 1er nivel del MSP afiliados IESS atendidos en el PS. Emilio María Terán, CS. San Miguelito enero - agosto 2024.



Fuente: Encuesta del estudio.

Elaboración: Autor

8. Discusión.

La presente investigación ofrece un análisis detallado sobre las barreras que enfrentan los habitantes de San Miguelito y Emilio María Terán para acceder a los servicios de salud del primer nivel del IESS. Los resultados destacan limitaciones significativas relacionadas con factores económicos, geográficos e informativos, así como con condiciones socioeconómicas y de infraestructura, que afectan de manera importante la equidad y el acceso a estos servicios.

En términos económicos, un porcentaje considerable de hogares en ambas parroquias presenta ingresos bajos, especialmente en San Miguelito, donde el 27,27% reportó ingresos menores a \$300 mensuales, frente al 21,43% en Emilio María Terán. Estas limitaciones financieras podrían incidir la capacidad de las familias para asumir costos de transporte y adquirir medicamentos, lo que se alinea con los hallazgos de Martínez y Gómez (2018), quienes destacaron que en comunidades rurales el 45% de los encuestados

identificó las barreras económicas como un obstáculo importante, identificando que el acceso a los servicios de salud en comunidades rurales está condicionado principalmente por barreras geográficas y socioeconómicas. Este contexto subraya la necesidad de estrategias de apoyo económico, como subsidios, que permitan reducir la carga financiera asociada al acceso a los servicios de salud, tal como recomiendan las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

La distancia y el tiempo de desplazamiento emergen como barreras geográficas significativas, especialmente en San Miguelito, donde el 67,68% de los encuestados tarda entre 30 y 60 minutos para llegar a un centro de salud del IESS, en comparación con Emilio María Terán, donde el 78,57% tarda menos de 30 minutos. Estas diferencias resaltan las desigualdades en infraestructura y acceso físico, un hallazgo consistente con Álvarez (2018), quien señaló que el 40% de los participantes en áreas rurales de América Latina identificaron el transporte y la distancia como factores limitantes. Este escenario resalta la necesidad de implementar soluciones como unidades móviles y transporte comunitario, estrategias recomendadas por las RISS para reducir las brechas geográficas en comunidades rurales.

El desconocimiento sobre las unidades de primer nivel asignadas es otro factor relevante, con más del 80% de los encuestados en ambas parroquias sin conocimiento claro de su unidad más cercana. Esto afecta directamente la utilización de servicios preventivos, que solo representaron el 10% de las consultas realizadas, un uso considerablemente bajo en comparación con los resultados de García y Morales (2019), quienes encontraron que el 55% de los encuestados participaron en actividades preventivas tras recibir intervenciones educativas. Este dato refuerza la importancia de implementar campañas informativas y educativas como las sugeridas por las RISS, para fomentar la participación activa de los usuarios en actividades preventivas y de promoción de la salud.

Las condiciones socioeconómicas y de vivienda también influyen en el acceso a los servicios de salud. En San Miguelito, el 18,2% de los encuestados solo completó la primaria, mientras que, en Emilio María Terán, un 28,6% alcanzó la educación universitaria completa. Adicionalmente, el acceso a servicios básicos como agua potable es limitado en San Miguelito, con solo el 13,13% de los hogares contando con este recurso, en comparación con el 67,86% en Emilio María Terán. Estas disparidades son consistentes con los hallazgos de Morales y Pacheco (2017), quienes señalaron que condiciones adecuadas de vivienda y acceso a agua potable están correlacionadas con un mejor acceso a servicios de salud. Las RISS destacan la importancia de coordinar esfuerzos multisectoriales que integren mejoras en infraestructura básica con estrategias de salud comunitaria.

La disponibilidad limitada de medicamentos es una barrera crítica en ambas parroquias. En San Miguelito, solo el 3,17% de los encuestados reportó que los medicamentos requeridos estaban completamente disponibles, y en Emilio María Terán, esta cifra fue del 5%. Esta insuficiencia en el suministro afecta la continuidad de los tratamientos y genera insatisfacción en los usuarios, una situación que coincide con lo reportado por Frenk (2015), quien identificó la falta de medicamentos como un obstáculo significativo para garantizar la equidad en la atención de salud. Las RISS recomiendan mejorar la logística y la gestión de inventarios para asegurar un suministro constante y adecuado en las unidades rurales.

Finalmente, un porcentaje considerable de los encuestados mostró preferencia por acudir a hospitales de mayor complejidad, como el Hospital General del IESS en Ambato, debido a la percepción de una mayor capacidad resolutive. En San Miguelito, el 55,56% de los usuarios optó por esta unidad, a pesar de los costos y distancias adicionales. Esto refleja una percepción limitada sobre la capacidad resolutive de las unidades de primer

nivel, similar a lo reportado por López y Sánchez (2020), quienes observaron que el 50% de los encuestados en áreas rurales preferían hospitales más grandes debido a la percepción de mejores recursos y calidad. Este hallazgo enfatiza la necesidad de fortalecer las capacidades resolutivas y mejorar la calidad percibida de las unidades locales, alineándose con el enfoque de las RISS para garantizar una atención integral y accesible.

9. Conclusiones

El estudio identificó barreras que afectan el acceso a los servicios de salud en las parroquias de San Miguelito y Emilio María Terán. En cuanto a las barreras geográficas, la distancia y la necesidad de medios de transporte disponibles representan una limitación significativa para los habitantes de estas zonas, restringiendo el uso de servicios oportunos. Esta situación se encuentra particularmente agravada en San Miguelito, donde el tiempo de desplazamiento promedio hacia los centros de salud más cercanos supera los 30 minutos, afectando especialmente a grupos vulnerables, como personas mayores y aquellas con discapacidades.

Respecto a las barreras económicas, se concluye que el nivel socioeconómico de los hogares influye directamente en la posibilidad de acceder a servicios de salud. Aproximadamente el 40% de los encuestados pertenecen a los niveles de ingresos más bajos, lo cual afecta tanto la capacidad de pagar por transporte como la compra de medicamentos que no están disponibles en las unidades de salud. Esta situación limita el acceso a tratamientos continuos y contribuye a una mayor carga de enfermedades no controladas.

Las características socioeconómicas de la población estudiada podrían influir en el acceso a los servicios de salud. Se observó que el nivel educativo del jefe del hogar puede jugar un papel importante en la toma de decisiones sobre el uso de servicios de salud, así como

en la percepción de la calidad de los mismos. Los jefes de hogar con niveles educativos más bajos parecen tener un conocimiento limitado sobre las opciones de atención disponibles, lo cual podría repercutir en el uso subóptimo de los servicios, especialmente en el ámbito preventivo. Además, factores como el tipo de vivienda e instalaciones sanitarias, incluyendo acceso limitado al agua potable y métodos inadecuados de eliminación de excretas, podrían afectar la salud general de las comunidades y aumentar la dependencia de los servicios de salud.

En cuanto al conocimiento sobre las unidades de atención y los tipos de servicios ofrecidos, se observó un desconocimiento significativo sobre la unidad de atención asignada, y una falta de información clara y accesible para la comunidad. Solo un pequeño porcentaje de los encuestados estaba al tanto de los servicios preventivos disponibles, lo cual se traduce en una baja asistencia a consultas preventivas y actividades de promoción de la salud. Esto demuestra la necesidad de reforzar las estrategias de comunicación y educación para garantizar un uso adecuado de los servicios del primer nivel de atención.

En términos de satisfacción y preferencia por el uso de los servicios de salud, se concluye que la percepción de una mayor capacidad resolutoria en hospitales de mayor complejidad, como el Hospital General del IESS Ambato, influye significativamente en la decisión de los usuarios de no utilizar las unidades de primer nivel. Los encuestados mencionaron la falta de insumos y medicamentos como una de las principales razones para preferir otras unidades, lo que evidencia deficiencias importantes en la gestión de recursos y la infraestructura disponible en los puestos de salud locales. Comparativamente, los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP) también presentan limitaciones similares, lo cual sugiere que tanto el IESS como el MSP requieren mejoras integrales para aumentar la satisfacción del usuario y fortalecer la atención en el primer nivel.

10. Recomendaciones

Implementar campañas de sensibilización comunitaria sobre la importancia de conocer y utilizar los servicios de su unidad asignada, fomentando la participación activa de los usuarios en su propio cuidado de la salud. Estas campañas deberían enfocarse en informar sobre los beneficios de acudir a la unidad correspondiente, reduciendo el desconocimiento y promoviendo un uso adecuado de los recursos disponibles.

Se recomienda al IESS fortalecer el primer nivel de atención en las unidades de salud rurales, enfocándose en mejorar la infraestructura y asegurar la disponibilidad continua de insumos y medicamentos esenciales. Esto podría lograrse mediante la ampliación de la capacidad resolutive de estas unidades, optimizando la logística de distribución de medicamentos y garantizando un suministro constante. Estas mejoras son clave para brindar una atención de calidad, satisfacer las expectativas de los usuarios y reducir la dependencia de niveles superiores de atención.

Fortalecer la coordinación entre el IESS y el MSP mediante la implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), con el propósito de unificar los estándares de calidad y accesibilidad en las unidades de atención. Esto incluye la creación de programas conjuntos para la capacitación y actualización del personal, la optimización de la logística para asegurar la disponibilidad constante de medicamentos e insumos, así como el desarrollo de iniciativas como unidades móviles de salud y transporte comunitario, destinadas a disminuir las barreras económicas y geográficas.

Se recomienda fomentar la capacitación de los equipos de salud locales en temas relacionados con las barreras económicas y geográficas que confrontan los usuarios. De esta forma, se podrán implementar estrategias adaptadas a las necesidades particulares de

las comunidades rurales, como la promoción de visitas domiciliarias en casos específicos y la mejora del acceso a transporte en zonas de difícil acceso.

11. Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO; 1948.
2. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York: ONU; 2015.
3. García LM, Pacheco AM. Barreras de acceso a la salud en comunidades rurales del Ecuador. Rev Salud Pública. 2022;24(3):345-57.
4. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: panorama regional y perfiles de países. Washington, DC: OPS; 2017.
5. Asamblea Nacional de Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial No. 449. Quito: Asamblea Nacional; 2008. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ec/es/constitucion>.
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2018. Quito: INEC; 2019. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Evaluación del acceso a servicios de salud en zonas rurales. Quito: MSP; 2022.
8. Martínez R, Torres A. Políticas de salud y su impacto en el primer nivel de atención en Ecuador. Salud Colectiva. 2021;17(4):281-94.
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Quito: MSP; 2021.

10. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-104.
11. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1-10.
12. Daniels N. *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
13. Farmer P. *Infections and inequalities: the modern plagues*. Berkeley: University of California Press; 1999.
14. González J. *Historia de la higiene y salud pública en la antigüedad*. Madrid: Ediciones Médicas; 2010.
15. Ramírez J, Carrillo P. Modelos replicables para mejorar el acceso a la salud en comunidades rurales. *Salud Global*. 2023;8(2):89-103.
16. Organización Panamericana de la Salud. *Las funciones esenciales de la salud pública: un tema en evolución*. Washington, DC: OPS; 2017.
17. Tungurahua Turismo. San Miguelito [Internet]. [citado 2024 Nov 26]. Disponible en: <https://tungurahuaturismo.com/es-ec/tungurahua/pillaro/rurales/san-miguelito-a2bfa28d7>
18. Constitución de la República del Ecuador. Quito: Asamblea Constituyente; 2008. Artículo 32.
19. Organización Panamericana de la Salud. *Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 2023. p. 18-20, 30, 35-36. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326985>.

20. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC: OPS; 2010. p. 19-42.
21. González J. Historia de la higiene y salud pública en la antigüedad. Madrid: Ediciones Médicas; 2010.
22. Porter R. The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity. New York: W.W. Norton; 1997.
23. 16.Rosen G. A history of public health. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1993.
24. Chadwick E. Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain. London: HMSO; 1842.
25. Snow J. On the mode of communication of cholera. 2nd ed. London: Churchill; 1855.
26. Brock TD. Robert Koch: a life in medicine and bacteriology. Madison: Science Tech Publishers; 1988.
27. Saltman RB, Busse R, Figueras J, editors. Social health insurance systems in Western Europe. Maidenhead: Open University Press; 2004.
28. Beveridge W. Social insurance and allied services. London: HMSO; 1942.
29. Allin S, Rudoler D. The Canadian health care system. In: Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarnak D, editors. 2015 international profiles of health care systems. New York: The Commonwealth Fund; 2015. p. 19-27.
30. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet. 2003;362(9378):111-7.

31. Organización Panamericana de la Salud. 120 años de acción sanitaria en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2022 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/120-aniversario>
32. Organización Panamericana de la Salud. Historia de la OPS: desde 1902 hasta hoy [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2020 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/historia>
33. Organización Mundial de la Salud. Cronología de hitos sanitarios globales [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/75-years-of-improving-public-health/milestones>
34. Sutori. Historia de la Salud Pública [Internet]. Sutori; 2024 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://www.sutori.com/es/historia/historia-de-la-salud-publica--32u2bc861LVhKjB1VvtTbWyc>
35. Gómez EJ. Salud pública en América Latina: desafíos y aprendizajes. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(5):375-380. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n5/375-380>
36. National Academy of Medicine. History of the National Academy of Medicine [Internet]. Washington, D.C.: National Academy of Medicine; 2023 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://nam.edu/about-the-nam/history>
37. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas: Nuevos Enfoques y Soluciones [Internet]. OPS; 2002 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://saludpan.bvsalud.org/es/pdf/01--CH1--1-6.pdf>
38. Unidad Latina. Salud Pública y Acceso a la Atención Médica en América Latina [Internet]. Unidad Latina; 2023 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://unidadlatina.org/salud/acceso-atencion-medica/>

39. Organización Mundial de la Salud. La equidad en salud y los determinantes sociales [Internet]. OMS; 2023 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/equity-and-social-determinants>
40. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Sistema de Servicios de Salud del IESS [Internet]. Quito: IESS; 2023 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://www.iess.gob.ec>
41. Sesia PM, Camacho AV, Martínez B. Desigualdades en el acceso a servicios de salud en México. *Salud Pública Méx.* 2019;61(6):726-35.
42. Institute of Medicine. Publications [Internet]. Washington, DC: National Academies; 2024 [citado el 25 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://nam.edu/publications/>
43. Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *J Public Health.* 2010;32(2):3-9.
44. Frenk J, Gómez-Dantés O. Health systems in Latin America: the search for universal health coverage. *Arch Med Res.* 2018;49(2):79-83.
45. Marmot M. The status syndrome: how social standing affects our health and longevity. New York: Times Books; 2005.
46. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care.* 1981;19(2):127-40.
47. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC: OPS; 2010. p. 19-42.
48. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2007. p. 23-45.

49. Vilaça Mendes J. Redes integradas y atención primaria: fundamentos y retos. OPS; 2009. p. 55-60.
50. Barragán Bechara C. Fragmentación y segmentación en sistemas de salud: impacto y soluciones. Bogotá: Universidad Nacional; 2011. p. 18-23.
51. Riaño Casallas MI. Estrategias de integración en sistemas de salud fragmentados. Rev Gerenc Salud. 2015;13(1):89-99.
52. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención [Internet]. Disponible en: https://www.iess.gob.ec/es/sala-de-prensa/-/asset_publisher/4DHq/content/iess-fortalece-el-primer-nivel-de-atencion-de-salud-a-traves-de-alianzas-estrategicas/10174
53. Revistas UNAL. Satisfacción de los Pacientes en el Primer Nivel de Atención [Internet]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/61652>
54. República del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial No. 423; 2006.
55. República del Ecuador. Ley de Seguridad Social. Registro Oficial No. 465; 2001.
56. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos para la implementación de la telemedicina. Quito: MSP; 2015.
57. Ley de Seguridad Social. Registro Oficial Suplemento 465; 2001 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/LEY%20DE%20SEGURIDAD%20SOCIAL.pdf>
58. Reglamento para la Atención Integral y en Red de los Asegurados del IESS. Quito: IESS; 2020 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://www.iess.gob.ec>
59. Salud con Lupa. Retos del sistema de salud pública en Ecuador [Internet]. Salud con Lupa; 2023 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://saludconlupa.com>
60. Datos del Archivo. Cobertura SG SCC diciembre 2023.

61. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Seguro Social Campesino: estadísticas 2023. Quito: IESS; 2023.
62. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Red de prestadores de servicios de salud. Quito: IESS; 2023.
63. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Cartera de Servicios del IESS [Internet]. Quito: IESS; 2023 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/13859372/CARTERA%2BDE%2BSERVICIOS>
64. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Sistema de Servicios de Salud del IESS [Internet]. Quito: IESS; 2023 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/3321620/PMF%2BCAA%2BCENTRAL%2BCUENCA.pdf>
65. Salud con Lupa. Brechas de acceso en la atención de salud en Ecuador [Internet]. Salud con Lupa; 2023 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://saludconlupa.com>
66. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Perfil de atención y cobertura del HCAM [Internet]. Quito: IESS; 2023 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://hcam.iess.gob.ec/quienes-somos/>
67. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Mapa de unidades médicas del IESS [Internet]. Quito: IESS; 2023 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://www.iess.gob.ec/es/mapa-de-unidades-medicas>
68. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Hospitales especializados del IESS acreditados por el INDOT [Internet]. Quito: IESS; 2023 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://www.iess.gob.ec/noticias/>

[/asset_publisher/4DHq/content/hospitales-especializados-del-iess-estan-acreditados-por-el-indot](#)

69. Gobierno del Ecuador. Gestión de Quejas y Sugerencias en el IESS [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.ec/iess/tramites/atencion-preguntas-quejas-sugerencias-felicitaciones>
70. Acuerdo Ministerial 1203. Registro Oficial No. 750; 2012 [citado 2024 Dic 4]. Disponible en: <https://www.controlsanitario.gob.ec>
71. El Comercio. Presupuesto del IESS 2023 [Internet]. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/negocios/presupuesto-iess-reduccion-pensiones-salud.html>
72. Lexis. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social: presupuesto consolidado 2024 [Internet]. Disponible en: <https://www.lexis.com.ec/noticias/instituto-ecuatoriano-de-seguridad-social-presupuesto-consolidado-para-el-ejercicio-economico-del-ano-2024>
73. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Píllaro. San Miguelito [Internet]. [citado 2024 Nov 26]. Disponible en: <https://www.pillaro.gob.ec/san-miguelito/>
74. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Píllaro. Emilio María Terán [Internet]. [citado 2024 Nov 26]. Disponible en: <https://www.pillaro.gob.ec/emilio-maria-teran/>
75. Tungurahua Turismo. San Miguelito [Internet]. [citado 2024 Nov 26]. Disponible en: <https://tungurahuatourismo.com/es-ec/tungurahua/pillaro/rurales/san-miguelito-a2bfa28d7>

76. Tungurahua Turismo. Emilio María Terán [Internet]. [citado 2024 Nov 26]. Disponible en: <https://tungurahuatourismo.com/es-es/tungurahua/pillaro/rurales/emilio-maria-teran-a3me5s6wv>
77. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Datos estadísticos de cobertura y atención de salud [Internet]. Quito: IESS; 2024 [citado 2024 Dic 5]. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMzkwOWJkOWEtNWZkNy00MGZLTg4MTgtZGRkMjhjOTliNjdjIiwidCI6IjZhNmNlOGVklTBIMGYtNDY4YS05Yzg1LWU3Y2U0ZjIxZjRmMiJ9>
78. Martínez R, Gómez L. Acceso a servicios de salud en comunidades rurales: barreras económicas y soluciones locales. *Rev Salud Rural*. 2018;15(2):89–105.
79. Álvarez M. Transporte y salud en áreas rurales de América Latina. *J Rural Health*. 2018;22(3):45–60.
80. García S, Morales J. Promoción de la salud preventiva en comunidades rurales tras intervenciones educativas. *Health Educ Res*. 2019;14(4):34–50.
81. Morales P, Pacheco F. Condiciones de vivienda y acceso a servicios de salud en Ecuador rural. *Salud Pública Ecuatoriana*. 2017;9(1):56–71.
82. Frenk J. Sistemas de salud y equidad: retos y perspectivas. *Rev Panam Salud Pública*. 2015;37(2):89–96.
83. López A, Sánchez M. Preferencias por hospitales de alta complejidad en áreas rurales: un análisis de percepciones. *Rev Med Rural*. 2020;11(5):123–34.
84. Constitución de la República del Ecuador. Artículo 360. Asamblea Constituyente; 2008.

12. Anexos

a. Anexo 1 - Instrumento

Esta encuesta está dirigida a asegurados del IESS que han utilizado los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el Centro de Salud San Miguelito y Puesto de Salud Emilio María Terán entre el periodo enero – agosto 2024 . Por favor, responda las siguientes preguntas marcando la opción que mejor describa su situación o proporcionando la información solicitada.

Preguntas dirigidas a paciente si es mayor de 18 años, si es menor la pregunta va dirigida a jefes de hogar.

Sección 1: Información Demográfica

1. Edad:

- Menor de 1 año
- 1-5 años
- 6-10 años
- 11-15 años
- 16-18 años
- 18-30 años
- 31-45 años
- 46-60 años
- Más de 60 años

2. Sexo:

- Masculino
- Femenino
- Otro

Sección 2: Determinantes Socioeconómicos

3. ¿Cuál es el nivel más alto de escolaridad alcanzado?

- Ninguno
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Educación técnica o tecnológica
- Educación universitaria incompleta
- Educación universitaria completa
- Postgrado (maestría, doctorado)
- No sabe

4. ¿Qué ocupación tiene el jefe de hogar?

- Empleo formal
- Empleo informal
- Jubilado
- Estudiante

5. ¿Cuáles son los ingresos mensuales de su hogar?

- Menos de \$300
- \$300 - \$700
- Más de \$700

6. ¿Cuál es su tipo de vivienda?

- Propia
- Alquilada
- Prestada

7. ¿Qué instalaciones sanitarias tiene?

- Baño, con ducha, lavabo e inodoro dentro de la casa.

- Baño con lavabo e inodoro sin ducha dentro de la casa.
- Baño con lavabo e inodoro sin ducha fuera de la casa.
- Llave de agua fuera de la casa.
- No tiene instalaciones sanitarias.

8. ¿Qué tipo de acceso al agua tiene en su hogar?

- Agua potable
- Agua entubada
- Agua de río o manantial
- Agua de camiones cisterna
- No tiene acceso a una fuente regular de agua

9. ¿Qué tipo de eliminación de excretas tiene en su hogar?

- Red publica de alcantarillado
- Fosa Séptica
- Letrina

Sección 3 : Conducta usual en caso de necesidad de atención médica y nivel de conocimiento de la unidad de primer nivel del IESS más cercana al domicilio.

10. Cuando usted o algún miembro de su familia necesita atención médica, ¿A qué unidad de atención en salud acude comúnmente?

- Centro de Salud San Miguelito
- Puesto de Salud Emilio María Terán
- MSP Hospital Básico Pillaro
- Servicio Privado de Pillaro
- Otro: ¿Cuál? _____

11. ¿Conoce usted la unidad de primer nivel del IESS más cercana a su domicilio?

- Si
- No

12. Si su respuesta anterior fue afirmativa indique la unidad

13. Teniendo en cuenta que el Centro de Salud del IESS es la unidad de primer nivel asignada, y que está en Pillaro, ¿cuál es el medio de transporte que utiliza con mayor frecuencia para desplazarse hasta allá?

- Público (Bus)
- Público (Camioneta)
- Público (Taxi)
- Vehículo propio
- Caballo
- A pie

14. ¿Cuánto tiempo suele tardar en desplazarse desde su hogar hasta Pillaro?

- Menos de 30 minutos
- 30-60 minutos
- Más de 60 minutos

15. ¿Cuánto le cuesta aproximadamente el transporte para acudir a Pillaro?

- Menos de \$2

- Entre \$2 y \$5
- Entre \$5 y \$10
- Más de \$10

Sección 4: Grado de uso de servicios de unidades de salud del IESS.

- 16.** ¿Usted o alguien de su familia se hizo atender en este año en IESS?
- Si (Pase a la siguiente pregunta)
 - No (Pase a pregunta 20)
- 17.** Indique ¿A qué unidad del IESS acudió?
- Centro de Salud Tipo A del IESS de Pillaro
 - Hospital General de IESS Ambato
 - Otra Unidad del IESS. ¿Cual? _____
- 18.** ¿Cuál es el servicio que de consulta por la que fue atendido?
- Consulta de prevención
 - Consulta de Urgencia
 - Consulta por enfermedad
 - Otro. ¿Cuál?
- 19.** ¿Cuál su nivel de satisfacción con los servicios de salud recibidos en el IESS?
- Muy insatisfecho
 - Satisfecho
 - Insatisfecho
 - Muy satisfecho
 - Neutral
- 20.** ¿Cuál fue la disponibilidad de medicamentos en la unidad del IESS donde recibió atención?:
- Disponibles en la totalidad de su receta.
 - Disponible parcialmente de su receta
 - No disponibles.

Sección 6: Acceso a los Servicios de Salud del MSP entre enero y agosto 2024

- 21.** Tiempo de viaje desde su hogar hasta la unidad de primer nivel del MSP más cercana:
- Menos de 30 minutos
 - 30-60 minutos
 - Más de 30 minutos
- 22.** Disponibilidad de transporte para llegar a la unidad del MSP:
- Siempre disponible
 - A veces disponible
 - Nunca disponible

Sección 7: Nivel de satisfacción de la Atención Recibida en el MSP

- 23.** ¿Cuál su nivel de satisfacción con los servicios de salud recibidos en el MSP?:
- Muy insatisfecho
 - Satisfecho
 - Insatisfecho
 - Muy satisfecho
 - Neutral
- 24.** ¿Cuál fue la disponibilidad de medicamentos en la unidad del MSP donde recibió atención?:
- Disponibles en la totalidad de su receta.
 - Disponible parcialmente de su receta
 - No disponibles.

b. Anexo 2

Tabla 59. Validación de instrumento.

Pregunta	Nada Claro (1)	Poco Claro (2)	Moderadamente Claro (3)	Muy Claro (4)	Totalmente Claro (5)	Media
Pregunta 1	0	0	1	2	2	4,2
Pregunta 2	0	0	0	1	4	4,8
Pregunta 3	0	0	1	2	2	4,2
Pregunta 4	0	0	1	3	1	4
Pregunta 5	0	0	0	3	2	4,4
Pregunta 6	0	0	0	3	2	4,4
Pregunta 7	0	0	1	2	2	4,2
Pregunta 8	0	0	1	1	3	4,4
Pregunta 9	0	0	1	2	3	4,2
Pregunta 10	0	0	0	2	3	4,6
Pregunta 11	0	0	0	2	3	4,6
Pregunta 12	0	0	0	2	3	4,6
Pregunta 13	0	0	0	4	1	4,2
Pregunta 14	0	0	1	2	3	4,2
Pregunta 15	0	0	1	3	1	4
Pregunta 16	0	0	0	1	4	4,8
Pregunta 17	0	0	0	4	1	4,2
Pregunta 18	0	0	1	3	2	4
Pregunta 19	0	0	1	2	2	4,2
Pregunta 20	0	0	1	2	2	4,2
Pregunta 21	0	0	0	2	3	4,6
Pregunta 22	0	0	0	3	2	4,4
Pregunta 23	0	0	0	3	2	4,4
Pregunta 24	0	0	0	3	2	4,4

c. Anexo 3 - Tabla de evaluación de confiabilidad del instrumento.

Sujeto	Item 1 (Escala)	Item 2 (Escala)	Item 3 (Escala)	Item 4 (Escala)	Item 5 (Escala)	Item 6 (Escala)	Item 7 (Escala)	Item 8 (Escala)	Item 9 (Escala)	Item 10 (Escala)	Item 11 (Escala)	Item 12 (Escala)	Item 13 (Escala)	Item 14 (Escala)	Item 15 (Escala)	Item 16 (Escala)	Item 17 (Escala)	Item 18 (Escala)	Item 19 (Escala)	Item 20 (Escala)	Item 21 (Escala)	Item 22 (Escala)	Item 23 (Escala)	Item 24 (Escala)
1	4	2	1	5	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1
2	6	2	6	1	2	1	1	2	1	2	1	1	3	3	2	1	2	2	2	2	2	1	3	2
3	6	2	6	1	3	1	1	2	2	2	1	2	5	1	3	1	2	2	2	2	2	2	4	2
4	7	2	8	2	3	3	2	2	2	3	2	0	5	2	3	1	3	2	3	2	2	2	4	2
5	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
6	4	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1
7	5	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	0	0	0	2	1	1	2	1
8	5	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1
9	6	1	5	1	1	1	1	2	1	1	1	0	2	2	1	1	3	2	2	2	1	2	3	1
10	6	1	5	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	0	0	0	1	2	3	1
11	7	1	5	1	2	1	1	2	1	1	2	0	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	4	2
12	7	2	5	1	2	1	1	2	1	1	2	3	2	2	1	2	0	0	0	0	2	2	4	2
13	7	2	5	1	2	1	2	2	1	1	2	0	5	2	2	2	0	0	0	0	2	2	4	2
14	7	2	5	2	2	2	2	2	2	2	1	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2
15	7	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	0	5	2	2	2	0	0	0	0	2	2	4	2
16	8	2	5	2	2	3	2	2	2	2	3	2	0	5	2	3	2	0	0	0	2	2	4	2
17	8	2	6	2	2	3	2	2	2	3	2	3	5	2	3	2	2	2	3	2	2	2	5	2
18	8	2	8	2	1	3	3	2	2	3	2	0	5	2	3	2	0	0	0	0	2	3	5	2
19	8	2	8	3	3	3	3	2	2	4	2	0	5	2	3	2	3	2	4	1	3	3	5	3
20	9	2	9	3	3	3	3	3	2	4	2	0	5	2	3	2	0	0	0	0	3	3	5	3