



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
CARRERA DE ECONOMÍA

TESIS DE INVESTIGACION PREVIO
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ECONOMISTA

TEMA

EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA Y SU INCIDENCIA EN EL
DESARROLLO SOCIOECONÓMICO DE LOS POBLADORES DE
LA PARROQUIA VIVA ALFARO, CANTÓN QUEVEDO, PERÍODO
2010 - 2014.

AUTORA

GINA RAQUEL ARÉVALO ALONSO

DIRECTOR DE TESIS

ECON. NIVALDO VERA VALDIVIEZO, MBA

QUEVEDO - ECUADOR

2015



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
CARRERA DE ECONOMÍA

TESIS DE INVESTIGACION PREVIO
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ECONOMISTA

TEMA

EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA Y SU INCIDENCIA EN EL
DESARROLLO SOCIOECONÓMICO DE LOS POBLADORES DE
LA PARROQUIA VIVA ALFARO, CANTÓN QUEVEDO, PERÍODO
2010 - 2014.

AUTORA

GINA RAQUEL ARÉVALO ALONSO

DIRECTOR DE TESIS

ECON. NIVALDO VERA VALDIVIEZO, MBA

QUEVEDO - ECUADOR

2015

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Gina Raquel Arévalo Alonso, declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

Gina Raquel Arévalo Alonso

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

El suscrito, **Econ. Nivaldo Vera Valdiviezo, MBA**, Docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la egresada **Srta. Gina Raquel Arévalo Alonso**, realizó la tesis de grado previo a la obtención del título de Economista, titulada **El sistema de salud pública y su incidencia en el desarrollo socioeconómico de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro, cantón Quevedo, período 2010 - 2014**, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

Econ. Nivaldo Vera Valdiviezo, MBA
DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
CARRERA DE ECONOMÍA

PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO ACADÉMICO COMO
REQUISITO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ECONOMISTA

APROBADO:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE TESIS
ECON. LEÓN ARGUELLO NUÑEZ M.Sc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE TESIS
ECON. JOSÉ LUIS RIVERA M.Sc

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE TESIS
ING. ÁNGEL CHAMORRO PALACIOS M.Sc

QUEVEDO - LOS RIOS - ECUADOR

2015

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a **Dios Todo Poderoso**, nuestra guía espiritual que en todo momento me ilumino manteniendo mi fe inculdicable para seguir este camino, por haberme llenado de vida, inteligencia y de fortaleza, porque me ha permitido que cumpla con mis metas.

A mis padres, por darme una vida maravillosa, por su ternura y de contagiarme de todas sus fortalezas, por ser el pilar fundamental en esta etapa de mi vida al brindarme su apoyo incondicional en cada peldaño obtenido, con todo mi amor y con el pecho lleno de orgullo les doy las gracias por su apoyo para mi formación profesional.

A los docentes y autoridades de mi prestigiosa carrera Economía de la **UTEQ**, a **Lcdo. Edgar Pastrano, MSc.** Decano de la facultad, Al coordinador Académico de la carrera, que con sus sabios consejos y conocimientos han sido los guiadores durante mi vida estudiantil.

También agradezco a **mi querido tutor** el Econ. Nivaldo Vera Valdiviezo, MBA, por toda la ayuda prestada durante la elaboración de la presente tesis, el cual me ha brindado su apoyo orientación, guía y su paciencia necesaria para la elaboración de la misma.

agradezco a mis hermanas (os), sobrinas, a mis amigos y demás familiares, quienes siempre me brindaron palabras y gestos de ánimos, confiando en mí y apoyándome en todo aquello que me proponga, por ultimo agradezco a las personas que laboran en el Subcentro Viva Alfaro, que contribuyó para que culmine con éxito mi propuesta.

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este trabajo primeramente a Dios que me ha dado la vida y llenado de fortaleza para terminar este proyecto de investigación, también porque me ha ayudado a superar los obstáculos que se presentaron a lo largo de mi vida estudiantil.

Dedico este trabajo a mis amados padres, quienes con su interminable apoyo en todo momento de mi vidas, con enseñanza, infinito afecto, oraciones, consejos y por su eterna paciencia y perdón en mi constantes desatinos me han guiado sin importarles cualquier sacrificio a enfrentar para alcanzar éste triunfo estudiantil.

A mis hermanos y hermanas porque ellos se han vistos afectados en mi momentos difíciles y de enojos, y que a pesar de esto han permanecido junto a mí para brindarme su solidaridad y apoyo incondicional.

A mis amigos quienes me han acompañado en todos estos años de vida estudiantil, impidiendo que me sienta sola y abandonada, quienes con sus ocurrencias en las aulas de clases me han hecho vivir momentos inolvidables, también me han aconsejado y regañado cuando era necesario, sus recuerdos permanecerán por siempre en mi corazón.

Gina Raquel Arévalo Alonso

ÍNDICE.

PORTADA	i
CONTRA PORTADA	iii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iv
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	v
HOJA DE APROBACIÓN	v
AGRADECIMIENTO	vii
DEDICATORIA	viii
ÍNDICE.....	ix
ÍNDICE DE CUADROS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xv
RESUMEN EJECUTIVO	xvi
ABSTRACT	xvii
ESQUEMA DE CODIFICACIÓN.....	xviii
DUBLIN CORE	xix
CAPÍTULO I.	1
MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Introducción.....	2
1.1.1. Problematización.....	3
1.1.2. Diagnóstico	3
1.1.3. Formulación del problema.....	6
1.1.4. Sistematización del problema.....	6
1.1.5. Justificación	6
1.2. OBJETIVOS	7
1.2.1. General.....	7
1.2.2. Específicos.....	7
1.3. HIPÓTESIS	8
1.3.1. General.....	8
1.3.2. Específicas.....	8
MARCO TEÓRICO	10
2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	11

2.2.	FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	13
2.2.1.	Sistema.....	13
2.2.2.	Tipos de sistema.....	14
2.2.3.	Salud.....	14
2.2.4.	Salud pública.....	15
2.2.5.	Sector público.....	16
2.2.6.	Calidad	18
2.2.7.	Cobertura del servicio de salud	18
2.2.8.	Incidencia.....	19
2.2.9.	Desarrollo.....	20
2.2.10.	Desarrollo socioeconómico	21
2.2.11.	Economía solidaria.....	21
2.2.12.	Habitantes (población)	22
2.2.14.	Familia	23
2.2.15.	Parroquia.....	24
2.2.16.	Ingresos.....	25
2.2.17.	Ahorros.....	25
2.2.18.	Cantón Quevedo.....	26
2.3.	FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	28
	CAPÍTULO III.....	35
	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
3.1.	MATERIALES Y MÉTODOS	36
3.1.1.	Materiales.....	36
3.1.2.	Métodos.....	36
3.2.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	37
3.3.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	39
3.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
	CAPÍTULO IV.....	42
4.1.	RESULTADOS	43
4.1.1.	Situación económica, social y de salud de las familias de la parroquia Viva Alfaro	43
4.1.2.	Calidad de la cobertura de salud que presta el sistema de salud pública en la parroquia Viva Alfaro	52

4.1.3. Análisis de la incidencia de la atención del sistema de salud pública en los ingresos y el ahorro de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro.....	65
4.2. DISCUSIÓN	72
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
5.1. CONCLUSIONES.....	75
5.2. RECOMENDACIONES	76
CAPÍTULO VI.....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	77
CAPÍTULO VII.	80
ANEXOS.....	80

ÍNDICE DE CUADROS

N.-	pág.
1. Quevedo y parroquia Viva Alfaro. Nivel de pobreza. 2010	44
2 Grupos étnicos de la parroquia Viva Alfaro. Año 2014	45
3 Ecuador. Principales indicadores del mercado laboral. Población urbana. 2010-2014	46
4 Parroquia Viva Alfaro del cantón Quevedo. Ocupación del mercado laboral. 2010-2014	47
5 Ecuador y Parroquia Viva Alfaro. Diez causas principales de Morbilidad General. Promedios anual 2009-2014	48
6 Ecuador y Parroquia Viva Alfaro. Principales causas de mortalidad infantil. Años 2009-2014. Promedio anual	49
7 Ecuador y Parroquia Viva Alfaro. Principales causas de muerte materna. Años 2009-2014. Promedio anual	50
8 Género de la persona encuestada.....	52
9 Edad promedio del encuestado	53
10 Concurrencia al centro de salud	54
11 Tipo de enfermedades	55
12 Calificación por la atención recibida.....	56
13 Compra de medicamentos fuera del centro	57
14 Criterio del tipo de cobertura de salud	58
15 Calificación de la concurrencia de pacientes	59
16 Actividades ante falta de tratamiento	60
17 Calificación de la atención ofrecida.....	61
18 Calificación de la cobertura de salud	62
19 Necesidad de mayores especialidades.....	63
20 Necesidad de equipos médicos modernos	64
21 Definición del actual sistema de salud pública.....	65
22 Formas de incidencia del sistema de salud pública.....	66
23 Destino de los recursos monetarios.....	67
24 Satisfacción por fortalecimiento de ingresos y ahorro.....	68
25 Necesidad de ampliación de la cobertura	69

26 Nuevas especialidades para ampliar la cobertura	70
27 Costo de las nuevas especialidades	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N.-	pág.
1 Parroquia Viva Alfaro. Población pobre y no pobre. Año 2010	45
2 Grupos étnicos de la Parroquia Viva Alfaro. 2014	46
3 Género persona encuestada.....	52
4 Edad promedio de la persona encuestada	53
5 Asistencia alguna vez al centro de salud	54
6 Asistencia médica según la enfermedad	55
7 Ponderación por la atención recibida en el centro	56
8 Adquisición de medicamentos fuera del centro.....	57
9 Criterio sobre el tipo de cobertura de salud	58
10 El centro de salud y el nivel de asistencia	59
11 Opciones por problemas médicos no tratados.....	60
12 Atención del personal médico a pacientes.....	61
13 La cobertura de la salud en la parroquia.....	62
14 Más especialidades para atender la demanda de salud	63
15 Necesidad de equipos médicos y quirúrgicos modernos	64
16 El actual sistema de salud pública	65
17 Incidencia del actual sistema de salud pública	66
18 Ingresos, ahorro y destino de recursos.....	67
19 Ingresos, ahorro y satisfacción por salud gratuita.....	68
20 Estimación de ampliación de la cobertura de servicios.....	69
21 Especialidades importante para cobertura.....	70
22 Las nuevas especialidades y el tipo de costo	71

ÍNDICE DE ANEXOS

N.-	pág.
1 Formulario para la encuesta a los moradores de la parroquia Viva Alfaro.....	81
2 Formulario para la encuesta al personal médico y de enfermería que presta sus servicios en el Centro de Salud de la Parroquia Viva Alfaro	84
3 Matriz del problema	85
3 Imágenes del Centro de Salud Viva Alfaro	85

RESUMEN EJECUTIVO

Atreves del Ministerio de Salud Publica en el Ecuador funciona el Modelo de Atención Integral de Salud, dirigida a Familias, Comunitario e Intercultural, donde en un conjunto de estrategias, lineamientos, herramientas y políticas del Estado, para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad en el Ecuador (Ministerio de Salud Pública, 2010). Basado en este contexto encontramos el Centro de Salud, de la Parroquia “Viva Alfaro” del Cantón Quevedo, Centro de Salud ambulatorio con Profesionales de la Salud capacitados con la finalidad de prevenir algunas enfermedades de sus poblados como: Neumonía en adulto y niños, embarazos prematuros en adolescentes siendo una de la mayor incidencia de muerte en neonato, incidencias en enfermedades dentales, enfermedades Cardiovascular a enfermedades de Atencion Arterial en sus habitantes que van de los 45 a 50 años. Por ser un sector estratégico del Cantón Quevedo, este servicio de Salud a veces colapsa, es necesario tener centro ambulatorio especializado a nivel Nacional. Con un Flujo de Asistencia del 70% de los habitantes de ese sector se requiere la incrementación de personal médico, pre medición y así evitar un colapso en la Atencion de Salud de sus Habitantes.

ABSTRACT

Dare the Ministry of Public Health in Ecuador works Model Comprehensive Health Care , aimed at families, community and intercultural , where a set of strategies , guidelines , tools and policies of the state , to meet the health needs of the individuals, families and the community in Ecuador (Ministry of Public Health, 2010). Based on this context we find the Health Center of the Parish "Live Alfaro " Quevedo Canton, outpatient Health center with trained health professionals in order to prevent some diseases from their villages as pneumonia in adult and children, pregnancies preterm adolescents remain one of the highest incidence of death in newborns, incidents in dental diseases, Cardiovascular Arterial disease of Atencion its inhabitants ranging from 45-50 years. As a strategic sector Quevedo Canton, this health service sometimes collapses, you need specialized outpatient center at a national level. With a flow of assistance of 70% of the inhabitants of that sector incrementation of medical personnel is required, pre measurement and thus avoid a collapse in health care of its residents.

ESQUEMA DE CODIFICACIÓN			
1	TÍTULO	M	El sistema de salud pública y su incidencia en el desarrollo socioeconómico de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro, cantón Quevedo, período 2010 – 2014.
2	CREADOR	M	Gina Raquel Arévalo Alonso; Universidad Técnica Estatal de Quevedo
3	MATERIA	M	Ciencias Empresariales; Carrera de Economía
4	DESCRIPCIÓN	M	Esta investigación se realizó en centro de Salud de la Parroquia Viva Alfaro, ubicado en las calles Jaime Roldós Aguilera, el objetivo principal consistió en analizar la incidencia del sistema de salud pública en el desarrollo socioeconómico de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro del cantón Quevedo, en el período 2010-2014, Se concluye que el sistema de salud ha favorecido a los habitantes, a través del fortalecimiento del ingresos, ahorro familia, complementado por una reducción del gasto por este concepto.
5	EDITOR	M	FCE: Carrera Economía; Gina Raquel Arévalo Alonso
6	COLABORADOR	O	Ninguno
7	FECHA	M	21/04/2015
8	TIPO	M	Tesis de Grado; Artículo
9	FORMATO	R	.doc MS Word 2010; pdf
10	IDENTIFICADOR	M	http://biblioteca.uteq.edu.ec
11	FUENTE	O	Economía (2015)
12	LENGUAJE	M	Español
13	RELACIÓN	O	Ninguno
14	COBERTURA	O	Dirección. Ubicación del proyecto
15	DERECHOS	M	Ninguno
16	AUDIENCIA	O	Tesis de Pregrado

DUBLIN CORE			
1	TITLE	M	The public health system and its impact on the socioeconomic development of the people of the parish Live Alfaro, Quevedo Canton, period 2010-2014
2	CREATOR	M	Gina Raquel Arévalo Alonso; State Technical University Quevedo
3	SUBJECT	M	Business Studies, Faculty of Economics
4	DESCRIPTION	M	This research was conducted at health center Live Alfaro Parish, located in the streets Jaime Roldós Aguilera, the main objective was to analyze the impact of the public health system in the socioeconomic development of the people of the parish of the canton Alfaro Live Quevedo in the period 2010-2014, it is concluded that the health system has favored the inhabitants, through the strengthening of income, family savings, supplemented by reduced spending for this item
5	PUBLISHER	M	FCE: Career Economy, Gina Raquel Arévalo Alonso
6	CONTRIBUTOR	O	Neither
7	DATE	M	21/04/2015
8	TYPE	M	Degreee Thesis; Article
9	FORMAT	R	.doc MS Word 2010; pdf
10	IDENTIFIER	M	http://biblioteca.uteq.edu.ec
11	SOURCE	O	Economy (2015)
12	LANGUAJE	M	Spanish
13	RELATION	O	Neither
14	COVERAGE	O	Location Address of Projects
15	RIGHTS	M	Neither
16	AUDIENCE	O	Bachelor Thesis

CAPÍTULO I.
MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Introducción

En el campo de la salud pública es necesario analizar no solo el ámbito social si no también su afectación económica. El sistema de salud pública incide en el desarrollo socioeconómico de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro, fortaleciendo sus ingresos y promoviendo el ahorro, debido a la gratuidad de la medicina en los principales centros de salud de la ciudad.

El sistema de salud, en ocasiones puede verse afectado por la falta de recursos del Estado o la mala administración de sus autoridades, que debido a la mala gestión puede producir escasez de medicinas o de los insumos necesarios para la atención a los ciudadanos que en algunos de los casos y debido a la urgencia, tienen que optar por un doctor particular, afectando así sus gastos y el ahorro familiar.

El sistema de salud pública, se puede analizar sobre la base de la oferta de sus servicios. En este caso se relacionan el número y el tipo de servicios de atención con el tamaño de la población. El análisis, atendiendo a la oferta de servicios es un referente para conocer la incidencia del sistema en la salud de todos los habitantes de la parroquia Viva Alfaro.

El examen del sistema de salud pública, se lo realiza al amparo de la oferta de los servicios, de la calidad de los mismos, la atención personalizada y la asistencia médica de calidad y la transferencia gratuita de las medicinas, sin que por ello se afecte el ingreso de los ciudadanos. La falta de análisis sobre esta realidad puede entenderse como ineficiencia de parte de las autoridades sanitarias, por resolver los problemas de salud y la situación social y económica de los pobladores de la Parroquia Viva Alfaro.

En esta investigación se abordan los siguientes capítulos:

En el Capítulo I se muestra el Marco contextual de la investigación, se compone de la introducción, el tema, la problematización, el diagnostico,

formulación del problema, sistematización del problema, justificación, los objetivos generales y específicos, la hipótesis las variables independientes y dependientes.

En el Capítulo II consta del Marco teórico, donde se desarrolla la fundamentación teórica, conceptual y legal de la investigación que sirvió de base para el desarrollo de la tesis.

El Capítulo III describe el estudio de los Métodos, tipos, técnicas e instrumento de investigación, los cuales permitieron recopilar la información, utilizada, obtención de la muestra, entre otros.

En el Capítulo IV se indican los resultados de la investigación basados en la entrevista aplicada al personal del subcentro, encuesta a la comunidad y discusión de la presente tesis.

En el Capítulo V se desarrolla las conclusiones y recomendaciones en base a los objetivos de la investigación planteada.

En el Capítulo VI se describe la Bibliografía utilizada que respalda y fundamenta las teorías de la investigación.

En el Capítulo VII se incluye los Anexos de la presente tesis

1.1.1.Problematización

1.1.2.Diagnóstico

La salud pública actual en el Ecuador es gratuita, es impartida por el Estado, a todos los estratos y segmentos de la población del país. Razón por la cual el rubro de recursos que se destina para estos menesteres es considerable.

En Quevedo existen aproximadamente once centros de salud, dependientes del Ministerio de Salud Pública. El servicio incluye desde la gratuidad de la atención, hasta la concesión sin costo de la medicación para curar sus dolencias.

El Gobierno Nacional del Economista Rafael Correa, a partir del año 2007, ha modernizado los centros de salud, dotándolos de equipos, insumos médicos y ha desarrollado una campaña en convenio con países como Cuba y Venezuela, para resolver los variados problemas de salud que enfrentan nuestros habitantes.

A pesar del esfuerzo desplegado y debido a la diversidad de problemas médicos, en muchas ocasiones no existe la medicación para resolverlos, ocasionando un incremento en los gastos, pues los pacientes deben recurrir a las farmacias privadas, donde puede adquirir los fármacos a un costo determinado.

Existe, sin embargo un beneficio cuando los pobladores del cantón Quevedo y de la parroquia Viva Alfaro, asisten a los centros de salud del Estado y no sufragan ningún valor por la atención y el servicio recibido, haciendo que los ingresos que reciben se aprecien y puedan destinarlo a otras necesidades básicas.

Causas

1. Problemas económicos, sociales y de salud de las familias de la parroquia Viva Alfaro.
2. Insatisfacción de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro por la atención recibida en el Centro de Salud del sector.
3. Falta de atención médica y de medicinas en el Centro de Salud de la parroquia Viva Alfaro.

Efectos

1. Desconocimiento y falta de previsión de los problemas económicos, sociales y de salud de las familias de la parroquia Viva Alfaro.
2. Mala calidad de la cobertura de salud pública en los pobladores de la parroquia Viva Alfaro.
3. Disminución de los ingresos por concurrencia a centros y dispensarios médicos privados.

Pronóstico

1. Ausencia de planificación para la solución de los problemas económicos, sociales y de salud de las familias de la parroquia Viva Alfaro.
2. Aumento de enfermedades y problemas sanitarios en los pobladores de la parroquia Viva Alfaro.
3. Inestabilidad económica y social, manifestada en el decrecimiento de los ingresos y desahorro de las familias de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro.

Control del pronóstico

1. Investigación de campo y encuesta de coyuntura para conocer los beneficios económicos, sociales y de salud de las familias de la parroquia Viva Alfaro.
2. Registro diario y mensual del número de pobladoras atendidos por tipos de enfermedades y problemas presentados en la parroquia Viva Alfaro.

3. Investigación de campo para monitorear la apreciación de los ingresos y el estímulo al ahorro por el mejoramiento de la atención en el centro de salud de la parroquia Viva Alfaro.

1.1.3. Formulación del problema

¿De qué manera el sistema de salud pública ha incidido en el desarrollo socioeconómico de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro del cantón Quevedo?

1.1.4. Sistematización del problema

1. ¿Cuál es la situación económica social y de salud de las familias de la parroquia Viva Alfaro?
2. ¿Cuál es la calidad de la cobertura de salud pública en los pobladores de la parroquia Viva Alfaro?
3. ¿De qué forma el sistema de salud pública incide en los ingresos y el ahorro de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro?

1.1.5. Justificación

La salud es un derecho constitucional y un factor decisivo que incide manera directa en el bienestar de las personas, las familias y las comunidades.

Un pueblo saludable se encuentra en mejores condiciones para producir bienes y servicios. Es al mismo tiempo un requisito para el desarrollo con equidad. Constitucionalmente todos los ecuatorianos tienen derecho una vida digna, cuidado eficiente y atento de su salud, en todos sus órdenes; por lo que nadie debe quedar excluido del acceso a este tipo de servicios.

La prestación de un servicio de calidad en los centros de salud de Quevedo en general y del centro de la Viva Alfaro en particular, se sustenta bajo la dirección del Ministerio de Salud, quienes transfieren recursos, como materiales, insumos, talento humano, flujo de efectivo, en cantidades que no son conocidos por las familias y la sociedad de Quevedo, tampoco el impacto que tiene sobre los ingresos, gastos y el ahorro de los pobladores de la sociedad.

Esta investigación se justifica en virtud de la necesidad de conocer los beneficios del sistema de salud pública, en los habitantes de la parroquia Viva Alfaro y así poder dimensionar la contribución del Estado para con sus ciudadanos.

Los beneficiarios directos de esta investigación, serán los pobladores de la parroquia Viva Alfaro, mientras que de manera indirecta, se cuenta el personal administrativo y operativo del centro de salud.

Se estima que esta investigación servirá de base para futuras indagaciones, sirviendo de apoyo para el diseño de nuevas estrategias de solución a los problemas básicos de salud que enfrenta la sociedad Quevedeña.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. General

Analizar el sistema de salud pública y su incidencia en el desarrollo socioeconómico de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro del cantón Quevedo, en el período 2010-2014.

1.2.2. Específicos

1. Describir la situación económica social y de salud de las familias de la parroquia Viva Alfaro.

2. Evaluar la cobertura de salud pública en la parroquia Viva Alfaro.
3. Analizar la incidencia de la atención del sistema de salud pública en los ingresos y el ahorro de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro.

1.3. HIPÓTESIS

1.3.1. General

El sistema de salud pública incide en el desarrollo socioeconómico de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro del cantón Quevedo, en el período 2010-2014.

Variable dependiente

Desarrollo socioeconómico de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro.

Variable independiente

El sistema de salud pública

1.3.2. Específicas

1. La descripción económica social que expone las condiciones de vida de las familias de la parroquia Viva Alfaro del cantón Quevedo.
2. La evaluación de la calidad de la cobertura de salud permite identificar los beneficios del actual sistema de salud pública en la parroquia Viva Alfaro

3. El análisis del sistema de salud pública contribuye al conocimiento de la incidencia en los ingresos y el ahorro de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro.

Variables dependientes

1. Condiciones de vida de las familias de la parroquia Viva Alfaro
2. Beneficios del actual sistema de salud pública en la parroquia Viva Alfaro
3. Ingresos y el ahorro de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro.

Variables independientes

1. La descripción económica social y de salud
2. La evaluación de la calidad de la cobertura
3. El análisis del sistema de salud pública

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica. Lo que implica evaluar la eficacia respondiendo a las preguntas: Cuando el tratamiento se aplica correctamente, ¿Produce los resultados deseados? y ¿Es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio? (Martínez, 2012).

La búsqueda de la calidad en la atención médica, conlleva una serie de costos que se incorporan al servicio prestado. Así se tiene que la información sobre los costos de producción de servicios de salud, define el manejo de casos y, por medio de la metodología de costeo por manejo de caso, se definen las funciones de producción, así como los insumos y costos unitarios requeridos para satisfacer la demanda de servicios médicos de cada enfermedad (Mosshing, 2010).

Es servicio, tiene que llegar a la comunidad con el más alto estándar de calidad, con la finalidad de satisfacer sus necesidades. En la actualidad se definen a la calidad de atención en los servicios de salud, con muchos criterios como, satisfaciendo las demandas del cliente, es decir lograr conseguir los resultados deseados en la salud de un individuo o de una población, según un grupo de trabajo de la OMS expresa que: la calidad de atención en salud es: “Un alto nivel de excelencia profesional” “Uso eficiente de los recursos” “Un mínimo de riesgos para el paciente” “Un alto grado de satisfacción por parte del paciente” “Impacto final en la salud” (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011)

Los gobiernos hasta ahora en el Ecuador han invertido gran parte de sus recursos en la prestación y modernización de los servicios de salud, por lo que los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos. La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las

transmisibles, constituye un peligro común. El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo. La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud. Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo. Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La salud es considerada estratégica en los planes de gobierno de un Estado y forma parte del sector público no financiero. Puede argumentarse que un sector público eficiente alcanza los objetivos del Estado, con la menor distorsión posible del mercado, con la carga tributaria más baja posible sobre los contribuyentes, con el menor número posible de empleados públicos y con la menor absorción posible de recursos económicos por el aparato público. Los procesos y resultados del sector público deben ser transparentes. La corrupción no debería desempeñar papel alguno en las decisiones de los burócratas y de los dirigentes políticos. Y los recursos en manos del sector público deberían dedicarse a usos que maximicen su rentabilidad social. La calidad del sector público también es importante para alcanzar el objetivo de equidad que hoy se percibe como una de las metas fundamentales del Estado. Un sector público de alta calidad permitiría ir tras la equidad con costos menores en términos de eficiencia. Finalmente, las llamadas reformas de primera generación no siempre elevan la calidad de este sector, aunque sí mejoran la de la política pública (Vito, 2009).

La atención pública a través de los servicios de salud, mejora la calidad de vida, los ingresos y promueve el bienestar socioeconómico de los habitantes de una nación.

Las exigencias laborales de una sociedad cambiante, hace que las clases sociales de un país, estén sometidos a una serie de presiones que afectan su rendimiento, es que la clase social lleva incorporados distintos factores con un potencial impacto sobre la salud. La ocupación implica una diferente exposición a factores físicos, psicológicos y medioambientales, así como diferencias en los premios, seguridad y control del medio ambiente en el trabajo. También condiciona el acceso al sistema sanitario, los ingresos y la capacidad para habitar una buena vivienda. La educación influye sobre la salud a través de los hábitos y estilos de vida, así como en la habilidad para resolver problemas. Los ingresos pueden determinar el acceso a los recursos sanitarios, vivienda de calidad, menor exposición o noxas medioambientales, una mejor dieta y mayores comodidades sociales. La mayoría de las medidas de clase social están basadas en un rango ocupacional, puesto que es un indicador simple y fiable en posición social en las sociedades industrializadas (Casanellas & Moreno, 2010).

2.2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.2.1. Sistema

Un sistema es un conjunto de objetos unidos por alguna forma de interacción o interdependencia. Cualquier conjunto de partes unidas entre sí puede ser considerado un sistema, desde que las relaciones entre las partes y el comportamiento del todo sea el foco de atención. Un conjunto de partes que se atraen mutuamente (como el sistema solar), o un grupo de personas en una organización, una red industrial, un circuito eléctrico, un computador o un ser vivo pueden ser visualizados como sistemas.

Cualquier entidad o conjunto constituido de partes interdependientes denominadas subsistemas o componentes que funcionan juntas en relación” evidencia de que un sistema no es una suma de elementos sino de un conjunto de elementos interrelacionados.

Es la tendencia que los sistemas tienen al desgaste, a la desintegración de los estándares y para un aumento de la aleatoriedad. A medida que la entropía aumenta, los sistemas se descomponen en estados más simples (Bustos, 2010).

2.2.2. Tipos de sistema

Existe una gran variedad de sistema y una amplia gama de tipologías para clasificarlos, de acuerdo con ciertas características básicas. En cuanto a su constitución, los sistemas pueden ser físicos o abstractos.

Cuando están compuestos por equipos, por objeto y cosas reales. Pueden ser descritos en términos cuantitativos y de desempeño.

Subsistema psicosocial: está compuesto por individuos y grupos en interacción. Dicho subsistema está formado por la conducta individual y la motivación, las relaciones del status y del papel, dinámica de grupos y los sistemas de influencia.

Subsistema técnico: se refiere a los conocimientos necesarios para el desarrollo de tareas, incluyendo las técnicas usadas para la transformación de insumos en productos.

Subsistema administrativo: relaciona a la organización con su medio y establece los objetivos, desarrolla planes de integración, estrategia y operación, mediante el diseño de la estructura y el establecimiento de los procesos de control (Bustos, 2010).

2.2.3. Salud

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado

máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

La salud es un hecho social tanto material como inmaterial. Por lo tanto, se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente médica, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto que es un asunto individual y colectivo al unísono (Alcántara, 2010).

Salud es el estado de bienestar tanto físico como psicológico y emocional de una persona, y este debería estar fundamentado y asegurado la salud a los habitantes de un país

Es decir que todos los esfuerzos de los prestadores de salud deben estar enfocados a cubrir los intereses o demandas de salud de una comunidad, basándose en satisfacer las necesidades del cliente: con el objetivo de alcanzar un estado de salud óptimo, equitativo, eficiente que no solo beneficie la relación del profesional/ usuario, si no que genere confianza en los servicios que presta dicha institución, que cada servicio prestado logre fortalecer o sostener la calidad de atención brindada (Benítez, 2009).

2.2.4. Salud pública

Salud Pública es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población. Ahora bien, para entender mejor esta definición tenemos que desglosar los términos utilizados en ella, a saber, «salud» y «población». Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), «salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad» (Navarro, 2013).

2.2.5. Sector público

Por sector público se entiende el conjunto de instituciones u organismos que regulan, de una forma u otra, las decisiones colectivas de carácter político, económico, social y cultural de un país.

Además, el Estado interviene en el desarrollo de la actividad económica como consumidor y como productor. Así, actúa como unidad económica de consumo cuando adquiere bienes y servicios de las empresas privadas (nacionales o extranjeras) para desarrollar las funciones y los objetivos que tienen encomendados; para ello se financia, fundamentalmente, a través de los impuestos. Por otro lado, actúa como unidad económica de producción a través de las empresas públicas que producen bienes y prestan servicios de interés público (infraestructuras, enseñanza, sanidad).

Las funciones que se le asignan al sector público en una economía mixta son las siguientes (Bueno, 2009):

- **Fomentar la eficiencia económica**, para ello, interviene tratando de corregir los fallos del mercado, por ejemplo: lucha contra los efectos nocivos de determinados procesos productivos como la contaminación, fomenta las externalidades positivas como la I+D+i, provee de bienes públicos, defiende la libre competencia, etc.
- **Mejora la distribución de la renta**. El Estado redistribuye la renta, tratando de ayudar a los ciudadanos con rentas más bajas, por medio de la política de impuestos y de gastos y también mediante la regulación.
- **Propiciar la estabilidad y el crecimiento económico**. Al tratar de suavizar las fluctuaciones cíclicas intenta evitar los aumentos del nivel de desempleo en las recesiones y de los precios en las fases expansivas.

Todas estas funciones las realiza el sector público con los objetivos de estabilizar los precios, propiciar el crecimiento económico haciéndolo a su vez sostenible con la protección del medio ambiente, conseguir el pleno empleo, mejorar la distribución de la renta, y evitar el déficit público y el déficit exterior en la medida de lo posible.

Para conseguir sus objetivos y desarrollar sus funciones, el sector público presenta la siguiente organización, en la que se identifican cuatro grandes niveles:

- **Administración Central o Administración General del Estado.** Está compuesta por la Presidencia del Gobierno, los ministerios y los organismos de carácter autónomo. También compete a esta administración la gestión del sistema de la Seguridad Social.
- **Administración regional o autonómica.** Comprende las prefecturas y gobiernos autónomos provinciales. Estas administraciones disponen de presupuesto propio, aunque sus ingresos proceden fundamentalmente del Estado.
- **Administración local.** Como indica su nombre, el área de influencia de este tipo de administración es de ámbito local, realizando tareas cercanas a los ciudadanos (alumbrado, suministro de agua, recogida de basura, etc.). Aunque estas administraciones también disponen de presupuesto propio, sus ingresos siguen proviniendo fundamentalmente del Estado. Los principales ejemplos de administraciones locales son los Gobiernos Autónomos Descentralizados Cantonales y Parroquiales
- **Sector público empresarial.** Como se ha expuesto anteriormente, el sector público también interviene en la actividad económica como productor de bienes y servicios mediante empresas públicas financieras y no financieras (Bueno, 2009).

2.2.6. Calidad

Hoy día, el concepto de calidad puede considerarse plenamente incorporado al ámbito empresarial. Sin embargo, se observa cierta confusión en empresas y entidades de todo tipo a la hora de manejar los conceptos de Aseguramiento de la Calidad y Calidad Total. La Calidad se puede definir como la capacidad de lograr objetivos de operación buscados.

La calidad significa hacer las cosas bien, con el mínimo defecto posible. La calidad puede ser cara y también barata o económica, ya que no solo los productos o servicios de calidad tienen que ser relativamente caros, sin embargo podemos encontrar la calidad en productos y servicios con un costo mínimo (Rebatta, 2013).

El término castellano Calidad está definido como el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa (Diccionario de la lengua Española, 2010).

2.2.7. Cobertura del servicio de salud

El análisis de la cobertura de los servicios de salud puede tener diversos aspectos. Por un lado existe la "cobertura financiera", es decir, la capacidad de pago o el derecho que tiene la población por pertenecer a sistemas de seguros que se hacen cargo de financiar la atención. En realidad esa cobertura financiera no se refiere a la verdadera atención recibida por la población, sino a la "capacidad" de la población de tener acceso a la atención en función de su capacidad de pago.

La cobertura también se puede analizar sobre la base de la oferta de los servicios. En este caso se relacionan el número y el tipo de servicios de atención con el tamaño de la población. El análisis de la "cobertura según la oferta de servicios" tampoco mide la verdadera utilización de los servicios, sino

más bien la "capacidad" de la estructura de salud de brindarlos a la población en función de la disponibilidad y accesibilidad geográficas.

Una tercera forma de analizar la cobertura consiste en estudiar la utilización de los servicios por parte de la población, y en este caso es válido el concepto de "cobertura verdadera". Los indicadores para la medición proceden de relacionar las necesidades de atención de una población con la verdadera utilización de servicios. Por ejemplo, en el análisis de la cobertura de inmunización se estudia la relación entre la población que necesita recibir determinado tipo de vacuna y la población que verdaderamente la recibe en el tiempo y la forma adecuados.

Con esta misma lógica se pueden y deben crear indicadores de cobertura para cualquier acción de salud orientada a la atención integral de un grupo de población. En el análisis de la cobertura de la atención de la mujer embarazada, del niño en edad preescolar y de la atención del trabajador, o en el de la cobertura para el control integral de enfermedades específicas, como la diabetes mellitus o las enfermedades cardiovasculares, los indicadores de cobertura verdadera se derivan de la relación entre la población que necesita atención y la utilización de los servicios por esa población, de acuerdo con las normas de atención integral que se definan en cada caso (Paganini, 2015).

2.2.8. Incidencia

Los diccionarios generales no definen incidencia con el sentido que suele dársele a este término en salud pública. Sin embargo, ese sentido puede deducirse abstrayendo las particularidades que encierran las distintas medidas de incidencia que se definen en textos epidemiológicos. Así, se puede decir que la incidencia es una magnitud que cuantifica la dinámica de ocurrencia de un determinado evento en una población dada. Habitualmente, la población está formada por personas y los eventos son enfermedades, pero esto es sólo uno de los posibles casos particulares.

Incidencia absoluta: La incidencia absoluta es una fracción cuyo numerador son los eventos ocurridos en una población dada y cuyo denominador es el tiempo de observación en el que ocurrieron dichos eventos.

Incidencia relativa La incidencia relativa de un evento en una población es una fracción cuyo numerador es el número de ocurrencias de dicho evento y cuyo denominador es la cantidad de observación. La cantidad de observación es el producto del número de elementos de la población observada por el tiempo de observación de dicha población. A veces la población observada está dividida en grupos, cada uno de los cuales ha sido observado durante un cierto tiempo. La cantidad de observación es, entonces, la suma de los productos del número de elementos de cada grupo i por el tiempo de observación del grupo.

Dicho de otro modo, la incidencia relativa de un evento es el número de veces que ocurre dicho evento por elemento de población y unidad de tiempo observados. Como la incidencia absoluta tiene en general poco interés epidemiológico (ya que de poco vale saber el número de eventos ocurridos por unidad de tiempo si no sabemos el tamaño de la población a la que están referidos esos eventos), en salud pública suele usarse como medida epidemiológica lo que aquí se ha denominado incidencia relativa que, no obstante, suele aparecer bajo diversas denominaciones. En estadística aplicada a ciencias de la salud las poblaciones suelen ser humanas (no en salud pública veterinaria) y sus elementos, personas. Pero la incidencia también puede referirse a averías en centrales nucleares, robos en viviendas o quiebras en empresas. En esos casos, los eventos y la población nada tienen que ver con poblaciones humanas. Por ello, la incidencia, y lo mismo puede decirse de la prevalencia, es un concepto fundamentalmente estadístico, no epidemiológico (Tapia, 2014).

2.2.9. Desarrollo

Desarrollo es un concepto socialmente construido, por lo que está cargado de contenido “ideológico” y tiene un sustrato de connotaciones culturales que varía

de una sociedad a otra. Más allá de las diferencias culturales, el concepto de desarrollo encierra la idea de “progreso”. El desarrollo es un concepto polisémico que se utiliza en distintos contextos para aludir a “procesos” de naturaleza dispar: así, se habla de desarrollo experimental, desarrollo urbano, desarrollo de una idea, desarrollo fisiológico, etc. De alguna manera, “desarrollo” se ha convertido en una palabra manida y sobre utilizada en el lenguaje cotidiano del siglo XXI, lo que contribuye a desgastar las aspiraciones transformadoras que encierra este concepto.

En la actualidad el desarrollo humano se entiende como un proceso de expansión de las libertades de las personas para llevar una vida prolongada, saludable y creativa; conseguir las metas que consideran valiosas y participar activamente en darle forma al desarrollo de manera equitativa y sostenible en un Planeta compartido. Desde este enfoque –por tanto–, las personas son a la vez beneficiarias y agentes motivadores del desarrollo humano, como individuos y colectivamente (Tezanos & Quñones, 2013).

2.2.10. Desarrollo socioeconómico

Desarrollo Socioeconómico: Es la Condición, goce o estado que garantiza el goce y ejercicio pleno de los derechos y garantías” en sentido estricto, pero cuando nos referimos a los países esta condición va más allá, pues implica un proceso que se relaciona con el modo de vida de los individuos que habitan ellos. Visto el Desarrollo como proceso entonces lo podemos definir como aquel que implica la mejoría continuada y consistente en las condiciones de vida de los originarios de los países (García, 2012).

2.2.11. Economía solidaria

La Economía Solidaria nace del tronco común de la Economía Social, y supone un intento de repensar las relaciones económicas desde unos parámetros diferentes. Frente a la lógica del capital, la mercantilización creciente de las esferas públicas y privadas, y la búsqueda de máximo

beneficio, la Economía Solidaria persigue construir relaciones de producción, distribución, consumo y financiación basadas en la justicia, cooperación, la reciprocidad, y la ayuda mutua. Frente al capital y su acumulación, la economía solidaria pone a las personas y su trabajo en el centro del sistema económico, otorgando a los mercados a un papel instrumental siempre al servicio del bienestar de todas las personas y de la reproducción de la vida en el planeta.

El término Economía Solidaria hace referencia a un conjunto heterogéneo de concepciones y enfoques teóricos, realidades socio-económicas e institucionales, y prácticas empresariales y asociativas que, desde el último cuarto del siglo XX, vienen desarrollando un creciente sentido de pertenencia a una forma diferente de entender el papel de la economía y los procesos económicos en las sociedades contemporáneas (Pérez, Etxezarreta, & Guridi, 2012).

2.2.12. Habitantes (población)

El concepto de población proviene del término latino *populatio*. En su uso más habitual, la palabra hace referencia al grupo formado por las personas que viven en un determinado lugar o incluso en el planeta en general. También permiten referirse a los espacios y edificaciones de una localidad u otra división política, y a la acción y las consecuencias de poblar.

Por ejemplo: “La población debería salir a la calle a reclamar que los dirigentes cumplan con lo prometido”, “Deberíamos hacer algo para incrementar la población de la aldea”, “El aumento de la población a nivel mundial es preocupante”.

De esta forma, y añadiendo unos datos de interés, podríamos establecer que en la actualidad la población mundial supera los 7.000 millones de habitantes y que los países que en estos momentos se encuentran entre los más poblados

de todo el planeta son China, India, Estados Unidos, Indonesia, Pakistán y Brasil.

Para la ecología, una población está formada por una agrupación de ejemplares de una cierta especie que comparte un hábitat. La sociología, en cambio, considera a las poblaciones como conjuntos de personas o de cosas que pueden analizarse a partir de la estadística gracias a la elaboración de muestreos (WordPress, 2015).

2.2.13. Calidad de vida

El concepto de calidad de vida representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades (Palomba, 2012).

2.2.14. Familia

La familia es un grupo social que varía según la sociedad en la cual se encuentra pero va a ser un reproductor fundamental de los valores de una sociedad determinada.

La familia es un núcleo compuesto por personas unidas por parentesco o relaciones de afecto. Cada sociedad va a tener un tipo de organización familiar pero algo muy importante es que en la familia las personas que conforman ese grupo van a tener relaciones de parentesco y afectivas.

Además en este grupo familiar se transmiten los valores de la sociedad en la que se vive y por lo tanto es reproductora del sistema social hegemónico de una época y sociedad determinada (Innatia, 2015).

2.2.15. Parroquia

La parroquia representa una realidad social constituida por personas y familias independientes y vecinas, es la agrupación de quienes está unidos, por razones de vecindad para asegurar juntos las tareas elementales de la vida humana de toda la comunidad (Passante, 2009).

La Parroquia es el territorio más pequeño dentro de la división política del Ecuador. Hay parroquias urbanas y rurales. Parroquias urbanas son las que forman parte de las ciudades y rurales son las que se encuentran en el campo. Parroquia rural cada parroquia tiene varios recintos o anejos, los mismos que son pequeños poblados que están dentro del territorio que forma parte de la parroquia. Cada parroquia tiene una autoridad civil (Teniente Político) una eclesiástica (Cura Párroco). La autoridad civil es el Teniente Político, y en cada parroquia hay un principal y un suplente. El Teniente Político es nombrado por el Ministro de Gobierno no de una terna que envía el Gobernador de la Provincia. El Teniente Político atiende los asuntos tanto administrativos como políticos de la parroquia. Se encarga de cuidar el orden, la higiene y el cumplimiento la ley. Vigila la buena conservación de los edificios públicos y privados, el aseo de las calles y parques. Se preocupa porque los padres envíen a sus hijos a la escuela y hace de juez en los altercados. El Teniente Político depende del Jefe Político del cantón preside la Junta Parroquial. La Junta Parroquial, formada por los ciudadanos más capacitados, trabaja por el mejoramiento de la comunidad; con el esfuerzo de los moradores y el apoyo de las autoridades, procura el adelanto de la parroquia, preocupándose apertura de caminos vecinales, provisión de agua potable, luz eléctrica, adelanto y mejoramiento de la escuela, etc. La Junta Parroquial promueve la realización de las mingas (Alcívar, 2010).

2.2.16. Ingresos

La empresa en el ejercicio de su actividad presta servicios y bienes al exterior. A cambio de ellos, percibe dinero o nacen derechos de cobro a su favor, que hará efectivos en las fechas estipuladas.

Se produce un ingreso cuando aumenta el patrimonio empresarial y este incremento no se debe a nuevas aportaciones de los socios.

Las aportaciones de los propietarios en ningún caso suponen un ingreso, aunque sí un incremento patrimonial. Los socios las realizan con la finalidad de cubrir pérdidas de ejercicios anteriores o de engrosar los recursos con los que cuenta la empresa con el objeto de financiar nuevas inversiones o expansionarse (Amador, Romano, & Cervera, 2010).

Es importante distinguir los ingresos de los cobros. Así, por ejemplo, si una empresa dedicada a la compraventa de electrodomésticos vende uno de éstos por 1.000 u.m. y acuerda con el comprador que éste lo hará efectivo a partes iguales en el momento de la venta y 30 días después, en la fecha de la venta, se produce un ingreso de 1.000 u.m. y un cobro de 500 u.m. El importe restante no se hará efectivo hasta dentro de 30 días, será en esa fecha cuando se produzca otro cobro de 500 u.m.

2.2.17. Ahorros

Es una forma del empleo o consumo de la riqueza, que consiste en no aplicar a la satisfacción de las necesidades actuales más que una parte del beneficio o retribución obtenidos en la industria, destinando el resto a aumentar los medios de que se dispone para nuevas producciones y a la atención de las necesidades futuras.

La consideración del porvenir, privilegio del hombre sobre todos los demás seres finitos, es el fundamento de la virtud del ahorro, que equivale en el orden económico a las de la sobriedad y la prudencia.

El ahorro es el verdadero instrumento del progreso de los bienes materiales, porque constituye el único origen del capital. —Por más activa y eficaz que sea la industria, la riqueza permanecerá estacionaria si los productos se consumen a medida que se forman; de aquí el gran interés que tiene todo lo que estimula el ahorro y en especial los establecimientos —Cajas, Bancos, Montes de Piedad, etc., — dedicados a favorecerle (Piernas, 2010).

2.2.18. Cantón Quevedo

Se encuentra ubicado en el centro del Ecuador, su actividad económica principal es la agropecuaria. Es la cabecera cantonal del Cantón Quevedo y la ciudad más grande y poblada de la Provincia de Los Ríos.

Quevedo es considerada la nueva capital bananera de Ecuador por ser el centro de operaciones de la mayoría de compañías bananeras que operan en el país y por la prestigiosa calidad de su fruta de exportación.

El nombre del Cantón Quevedo, se debe al agrimensor Timoteo Quevedo que llegó a medir estas tierras, por petición de su propietaria Catalina Estupiñán.

A partir del año 1857, en esta zona se empieza a explotar el caucho, y entonces se formó una pequeña población en "Las tierras de Quevedo"

Quevedo se encuentra situado en un hermoso lugar en el corazón del Litoral, por su posición geográfica y vial privilegiada ha beneficiado al país, además permite un intenso tráfico terrestre y fluvial. Posee un clima que beneficia para el cultivo. Es una población situada en las orillas del río Quevedo en el sector denominado "Las lomas", se encuentra ubicada al 1° 20' 30" de Latitud Sur y los 79° 28' 30" de Longitud occidental, dentro de una zona subtropical.

Es una zona climática lluviosa subtropical, su temperatura habitual es de unos 20 a 33°C y a veces llega a los 38°C. Las lluvias nacen mayoritariamente al este de la ciudad (en el cantón La Maná está el epicentro principal). Con esto Quevedo tiene precipitaciones en todos los meses del año y su precipitación anual oscila entre 3.000 a 4.000 mm

Tiene 9 parroquias urbanas:

- Quevedo
- San Camilo
- San Cristóbal
- Venus del Río Quevedo
- Nicolás Infante Díaz
- Guayacán
- Siete de Octubre
- 24 de mayo
- Viva Alfaro
- Tiene 2 parroquia rurales: San Carlos, La Esperanza

La población de Quevedo está formada por gente de distintos lugares del país predominando también una alta población de ciudadanos chinos que se afincaron en el lugar a principios del siglo XX lo que le da una característica especial por sus vistosos almacenes y restaurantes de la colonia del país asiático. Quevedo es por su agricultura un centro de masificación poco común llenándose todos los días de gente de distintos lugares dando una apariencia de mercado febril en todo el año.

Quevedo es el mayor centro económico y comercial de la provincia de Los Ríos, entregando divisas de la exportación de sus productos agrícolas como: banano, café, cacao, palo de balsa, caucho, palma africana, frutales, soya, maíz, entre otros (Gobierno Autónomo Descentralizado del Canton Quevedo, 2015).

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El sustento de esta investigación se enmarca en los siguientes cuerpos legales:

- **Constitución de la República del Ecuador** (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

2. Todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la

alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

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

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Art. 275.- El régimen de desarrollo es el conjunto organizado, sostenible y dinámico de los sistemas económicos, políticos, socio-culturales y ambientales, que garantizan la realización del buen vivir, del sumak kawsay.

El Estado planificará el desarrollo del país para garantizar el ejercicio de los derechos, la consecución de los objetivos del régimen de desarrollo y los principios consagrados en la Constitución. La planificación propiciará la equidad social y territorial, promoverá la concertación, y será participativa, descentralizada, desconcentrada y transparente.

El buen vivir requerirá que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades gocen efectivamente de sus derechos, y ejerzan responsabilidades en el marco de la interculturalidad, del respeto a sus diversidades, y de la convivencia armónica con la naturaleza.

Art. 276.- El régimen de desarrollo tendrá los siguientes objetivos:

1. Mejorar la calidad y esperanza de vida, y aumentar las capacidades y potencialidades de la población en el marco de los principios y derechos que establece la Constitución.
2. Construir un sistema económico, justo, democrático, productivo, solidario y sostenible basado en la distribución igualitaria de los beneficios del desarrollo, de los medios de producción y en la generación de trabajo digno y estable.
3. Fomentar la participación y el control social, con reconocimiento de las diversas identidades y promoción de su representación equitativa, en todas las fases de la gestión del poder público.
4. Recuperar y conservar la naturaleza y mantener un ambiente sano y sustentable que garantice a las personas y colectividades el acceso equitativo, permanente y de calidad al agua, aire y suelo, y a los beneficios de los recursos del subsuelo y del patrimonio natural.

▪ **Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud** (Congreso Nacional, 2006)

Art. 1.- Objeto y Ámbito de la Ley.- La presente Ley tiene por objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que regirá en todo el territorio nacional.

Art. 2.- Finalidad y Constitución del Sistema.- El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionamiento sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

Art. 3.- Objetivos.- El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos:

1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
2. Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.
3. Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
4. Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

Art. 4.- Principios.- El Sistema Nacional de Salud, se regirá por los siguientes principios.

1. **Equidad.-** Garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional.
2. **Calidad.-** Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.
3. **Eficiencia.-** Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada.
4. **Participación.-** Promover que el ejercicio ciudadano contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de salud.
5. **Pluralidad.-** Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciar su interrelación con una visión pluricultural.

6. **Solidaridad.-** Satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable, con el esfuerzo y cooperación de la sociedad en su conjunto.
7. **Universalidad.-** Extender la cobertura de los beneficios del Sistema, a toda la población en el territorio nacional.
8. **Descentralización.-** Cumplir los mandatos constitucionales que consagren el sistema descentralizado del país.
9. **Autonomía.-** Acatar la que corresponda a las autonomías de las instituciones que forman el Sistema.

Art. 11.- Función de Provisión de Servicios de Salud.- La provisión de servicios de salud es plural y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras, las cuales funcionarán de conformidad con su estatuto de constitución y la administración de sus propios recursos.

El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad.

Estos mecanismos incluyen:

- a) La aplicación consensuada del modelo de atención;
- b) La definición concertada de prioridades y metas de cobertura de la población;
- c) El establecimiento de normas técnicas y protocolos comunes para las prestaciones;
- d) Un conjunto común de datos básicos para la historia clínica;
- e) La referencia y contrarreferencia;
- f) Modalidades de gestión institucional en las entidades públicas que incluyan instancias de participación, rendición de cuentas y veeduría social,

- asignación de recursos por resultados y convenios internos de gestión, de conformidad con el reglamento que se dicte para el efecto;
- g) La celebración de convenios o contratos de gestión entre las entidades del Sistema para complementar la atención, con mecanismos de pago interinstitucionales basados en protocolos comunes, de acuerdo al reglamento correspondiente;
 - h) Normativas de licenciamiento, acreditación de los establecimientos de salud e indicadores de evaluación del desempeño; e,
 - i) Otros acuerdos de complementación interinstitucional

Art. 23.- Los Consejos Cantonales de Salud estarán presididos por el Alcalde o su representante y la Secretaría Técnica será ejercida por el Jefe del Área de Salud respectivo o designado.

Se conformarán con representantes de los integrantes del Sistema que actúan a nivel cantonal y de las Juntas Parroquiales. Se promoverá la participación paritaria del Estado y la sociedad civil.

Art. 24.- Funciones.- Son funciones de los Consejos Cantonales de Salud, las siguientes:

1. Aplicar la política nacional en salud, adaptada al ámbito cantonal.
2. Formular y evaluar el Plan Integral de Salud en el cantón.
3. Coordinar las acciones de promoción de la salud con otras entidades de desarrollo provincial, local y la comunidad.
4. Apoyar la organización de la red de servicios en el cantón.
5. Promover la participación, control social y el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los usuarios.
6. Vigilar que la celebración de contratos o convenios de prestación de servicios de salud entre las entidades públicas y privadas del cantón, guarden concordancia con los objetivos y el marco normativo del Sistema.

CAPÍTULO III.
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.1. Materiales

Para concretar los fines de esta investigación, se emplearon los siguientes materiales:

- Computadoras portátil y de escritorio
- Impresora
- Memory Flash
- CD RW
- Suministros de oficina
- Calculadora
- Anillados
- Bibliografía relacionado con la tesis

3.1.2. Métodos

En esta tesis se emplearon los siguientes métodos, inductivo, deductivo, analítico.

- **Método analítico**

Este método contribuyó con esta investigación, en razón que su procedimiento consistió en la desmembración de un todo, descomponiendo en sus partes o elemento para observar las causas, la naturaleza y los efectos.

Este método partió de la observación y examen de un hecho en particular. Y nos permitió realizar análisis, explicaciones teóricas y realizar analogía, para comprender el comportamiento del sistema de salud pública y el desarrollo socioeconómico de los pobladores de la Parroquia Viva Alfaro del Cantón Quevedo

- **Método Inductivo**

Este método aportó con la presente investigación, a través del análisis del problema particular relacionado con el sistema de salud pública. En forma complementaria al estudio de la incidencia que este tiene sobre el desarrollo socioeconómico de los pobladores de la Parroquia Viva Alfaro del Cantón Quevedo.

Porque permitió descubrir hechos de lo particular afirmaciones generales, en este caso se tomaron una muestra de la población para analizar la perspectiva sobre la atención médica prestada por el Subcentro y así se levantaran resultados para la aplicación general y viceversa.

- **Método Deductivo**

En la presente tesis, la deducción permitió ir de lo general a lo particular. Este método hizo que los datos generales aceptados como valederos, sirvan para deducir por medio del razonamiento lógico, las suposiciones sobre el desarrollo socioeconómico de los habitantes de la Viva Alfaro, motivados por el fortalecimiento del sistema de salud. De esta forma, las verdades establecidas como principios de validez general, se aplicaron a casos especiales o individuales, que permitieron comprobar la autenticidad de la investigación.

Este método se utilizó en la realización de las encuestas a las familias de la parroquia Viva Alfaro, que hacen uso de los servicios médicos del sistema de salud pública de lo que a su vez nos permitirá conocer su Incidencia en el Desarrollo Socioeconómico de la Parroquia Viva Alfaro en el Cantón Quevedo

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente tesis, define la investigación, según los siguientes tipos:

- **De campo**

Es de campo, debido a que se realizará en la parroquia urbana Viva Alfaro, que es el lugar donde se encuentra asentado el centro de salud del mismo nombre. Aquí se estudia, analiza y describe el comportamiento y el impacto socioeconómico que tiene el sistema de salud en los habitantes de la parroquia a través de la encuesta, desarrollada por medio de la aplicación de un cuestionario, ordenado y debidamente estructurado.

- **Bibliográfica – documental**

Este tipo de investigación es documental, puesto que se tuvo que indagar en textos, revistas, estudios investigativos, entre otros, para conocer la constitución de la población, sus orígenes, estructura con la finalidad de identificar plenamente el fenómeno estudiado.

La investigación bibliográfica es crucial durante el desarrollo de una tesis de grado, ya que es a través de este tipo de investigación donde podremos encontrar las teorías y conceptualizaciones que nos servirán de base para comprender y entender de forma más adecuada lo que queremos lograr con nuestra investigación; como fuente principal de conocimientos hemos utilizado la información presente en libros, revista y paginas Web's, artículos de Internet, artículos científicos sobre el tema, etc., además de información y documentos proporcionados por el Director del Subcentro de Salud.

- **Encuesta**

La encuesta es una técnica con la cual se buscó recabar datos por medio de un cuestionario prediseñado de preguntas, sin modificar el entorno, ni controlar a los consultados; Para el desarrollo de la presente tesis de grado, se aplicó encuestas a los habitantes de la Parroquia Viva Alfaro del Cantón Quevedo, que son quienes acuden al Subcentro de Salud.

▪ Entrevistas

La entrevista es una técnica que consiste en entablar un diálogo para realizar una serie de preguntas, a alguna persona sobre un tema determinado. En el desarrollo de la presente tesis de grado se entrevistó al Director del Subcentro de Salud, Dra. Molina, la que con sus respuestas a nuestras interrogantes nos permitió conocer de forma más concreta como se están prestando los servicios de salud en esta unidad.

▪ Observación

La observación es una técnica de investigación, que consiste en "ver" y "oír" los hechos y fenómenos que queremos estudiar, y se utiliza fundamentalmente para conocer hechos, conductas y comportamientos colectivos. Para el desarrollo de la tesis se observó el comportamiento de los moradores de la parroquia, que acuden por diversos motivos, principalmente por quebrantos en su salud, hasta las instalaciones de Subcentro; escuchar lo que opina la ciudadanía acerca de cómo los atienden en el Subcentro; ver como labora el personal para lograr alcanzar un nivel adecuado de atención, entre otras cosas

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se planteó como objetivo realizar una investigación de campo, destacándose tres aspectos muy importantes para la recolección de información y datos con el fin de satisfacer las necesidades inmediatas de información.

Para poder recabar o acceder a la información que requeríamos para el desarrollo de la tesis de grado tuvimos que recurrir a varias técnicas de investigación que nos permitan lograr este objetivo, pero previamente tuvimos que realizar cierta planificación de como lograríamos obtener dicha información.

Primeramente para acudir al Subcentro, escribimos una solicitud, pidiéndole al Director del mismo, que nos de la aprobación para poder realizar en la dependencia a su cargo el proceso de investigación, así también a que se instruya al personal que hay labora a que nos colabore cuando le solicitemos algún tipo de información.

Los instrumentos que se emplearon fueron: la observación, entrevista y encuesta, estructurada a parte del diseño de un cuestionario. Se observó inicialmente la atención que brinda el personal de salud a los usuarios que acuden al subcentro de la parroquia Viva Alfaro, la asistencia del personal de salud, el número de pacientes asistentes y atendidos, entre otros factores importantes para alcanzar el objetivo previsto.

Para fortalecer la metodología de la investigación se recurrió a fuentes secundarias, consistente en la revisión documental y bibliográfica, relacionada con el tema, como: estadísticas de salud, libros, datos y memorias del centro de salud, entre los más importantes.

Los datos obtenidos se analizan y tratan con la intención de poder describir las variables y la relación que estas tienen en el fenómeno investigado.

El cuestionario preparado, recoge y describe los hechos e información proporcionada por la población objeto de estudio y mide la situación actual referente al sistema de atención hospitalaria del subcentro de salud y su incidencia socioeconómica en las familias de la parroquia viva Alfaro periodo

La investigación de campo y sus resultados fueron obtenidos luego de la aplicación y empleo de la hoja electrónica de Excel, mientras que la información documental fue preparada en el procesador de textos de Word.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

En esta investigación consideró necesario estudiar a dos tipos de poblaciones, una de ellas, compuesta por 6 profesionales del área de salud, más 3 auxiliares, totalizando un universo de 9 personas vinculadas a la prestación del servicio de salud pública a 30 personas diariamente en promedio.

Para este segmento se cuenta con un universo de 9 personas, equivalente debido a su tamaño a la muestra para este grupo poblacional.

Complementariamente se considera el universo de 16,800 habitantes que residen en la parroquia Viva Alfaro y que ha sido obtenido de una inferencia estimada del total de habitantes de las nueve parroquias urbanas que existen en Quevedo y que asciende a 150,827 habitantes, de conformidad con el censo realizado por INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

Fórmula utilizada para calcular el tamaño de la muestra:

$$m = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N - 1) + Z^2PQ}$$

Datos:

N = 16800

Z = 95%

P = 50%

Q = 50%

E = 5%

$$m = \frac{16800(1.96)^2(0.5 \times 0.5)}{(0.05)^2(16800 - 1) + (1.96)^2(0.5 \times 0.5)}$$

Muestra = 376 moradores a encuestar

CAPÍTULO IV.
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Situación económica, social y de salud de las familias de la parroquia Viva Alfaro

El cantón Quevedo según el censo del año 2010 tenía una población de 173,575 habitantes, de los cuales 150,827 habitan en la zona urbana y 22,748 en el área rural.

El género femenino es predominante en el cantón con 86,754, mientras que el masculino asciende a 86,821

Quevedo cuenta con nueve parroquias urbanas, como: Guayacán, Nicolás Infante Díaz, Quevedo, San Camilo, San Cristóbal, Siete de Octubre, Venus del Río Quevedo, Viva Alfaro y 24 de Mayo. Además tiene dos parroquias rurales, como: San Carlos y la Esperanza.

En el cantón existen 11 centros de salud que pertenecen al área de Salud N° 2 Quevedo, y son:

- Centro de Salud, localizado en la calle Otto Arosemena y la D.
- Quevedo Av. Corazón de Jesús
- Parroquia Venus, calle Rosita Paredes
- San Camilo, calle Rumiñahui y la Segunda
- Centro de Salud sector Playa Grande
- Centro de Salud Avenida Guayacanes 400
- Centro de Salud calle Novena y la Junta Parroquial 7 de Octubre
- Centro de Salud calle Jaime Roldós Aguilera y 33 ava. (Parroquia Viva Alfaro)
- Centro de Salud Calle Principal
- Centro de Salud Calle Nicolás Altamirano
- Centro de Salud Calle Velasco Ibarra y Felipe Alvear

De las parroquias mencionadas, la Viva Alfaro tiene una población estimada de 16,800 habitantes, acoge en su territorio a la entidad financiera Banco Pichincha, empresa de renombre nacional, como La Oriental Industria Alimenticia y empresas distribuidores de productos de consumo masivo y del cuidado personal.

La parroquia Viva Alfaro cuenta con el servicio y la gastronomía más importante del cantón.

La parroquia Viva Alfaro, tiene a su haber una importante variedad de barrios, como: Desquite 1, 2, 3 y 4, Virgen de Monserrat, Jerusalén, 12 de Junio, Eloy Alfaro, Manantial, San Pedro, Los Picus, El Camal, La Doce de Junio, La Bombonera, Nueva Jerusalén, San Guillermo, Bellavista, Colinas del Desquite, La Bolla, Ciudadela Marco Cortés, La Invasión, El Inca, Brisas del Río Quevedo y Ciudadela Montoya.

La información estadística siguiente ha sido calculada mediante una inferencia entre los datos porcentuales de la ciudad de Quevedo, como base válida para definir la estructura económica, social y de salud de la parroquia Viva Alfaro.

Cuadro 1. Quevedo y parroquia Viva Alfaro. Nivel de pobreza. 2010

Condición Económica	Cantón Quevedo	%	Parroquia Viva Alfaro
Población no pobre	50,510	29.10%	4,889
Población pobre	123,065,	70.90%	11,911
Total	173,575	100.00%	16,800

Fuente. INEC. Censo 2010

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

Si se considera el porcentaje de población no pobre del 29.10% para el cantón Quevedo, se estima que la parroquia urbana Viva Alfaro tiene una población de 4,889 habitantes.

La población pobre de la parroquia Viva Alfaro es idéntica al porcentaje de Quevedo, con el 70.9%, ascendiendo a 11,911 habitantes, de ahí que las

asistencia al centro de salud de esta parroquia, registra un promedio de 30 personas por día o 10,800 pacientes por año.

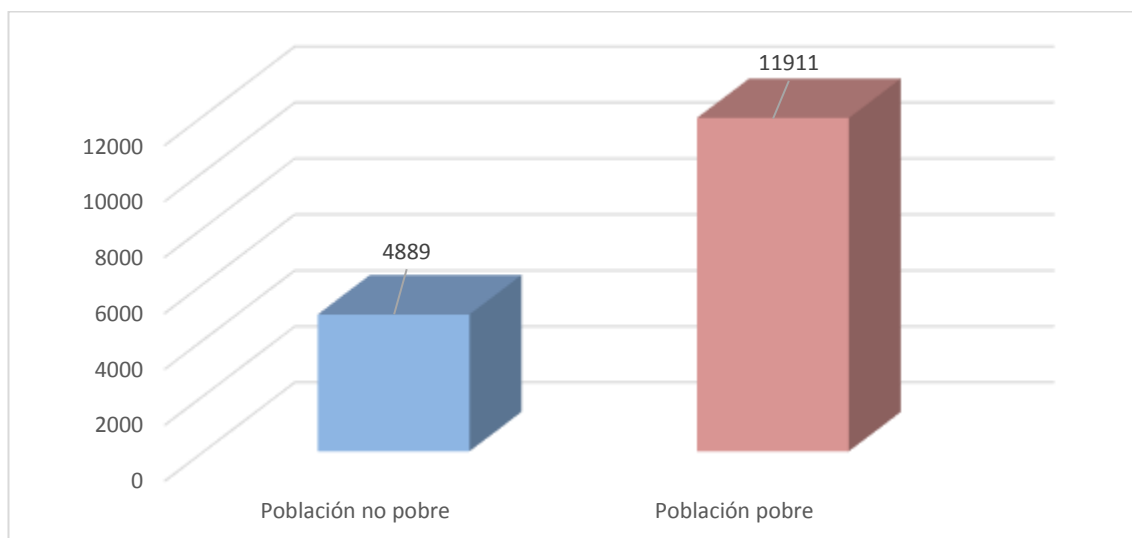


Gráfico 1 Parroquia Viva Alfaro. Población pobre y no pobre. Año 2010

En la gráfica anterior se observa la composición población según el nivel de pobreza en la parroquia Viva Alfaro en el año 2010

Cuadro 2 Grupos étnicos de la parroquia Viva Alfaro. Año 2014

Grupos étnicos	Área Urbana de Quevedo	Parroquia Viva Alfaro
Indígena	0.91%	152
Afroecuatoriano/a	7.98%	1,340
Montubio/a	13.73%	2,307
Mestizo/a	67.88%	11,404
Blanco/a	9.12%	1,532
Otro/a	0.39%	66
Total	100.00%	16,800

Fuente. INEC. Censo 2010. Base para la estimación 2014

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

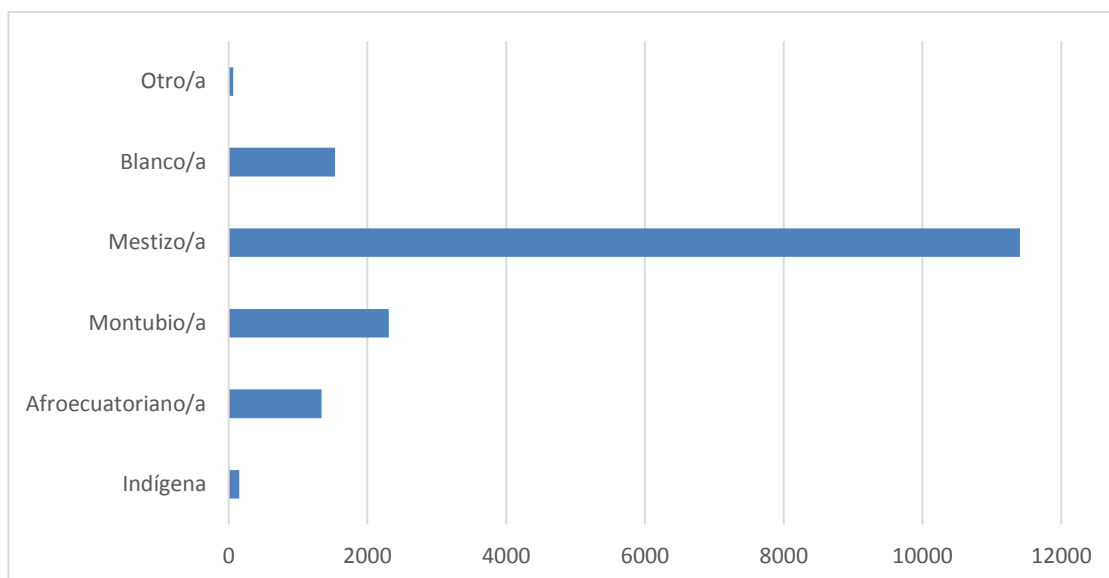


Gráfico 2 Grupos étnicos de la Parroquia Viva Alfaro. 2014

En la parroquia Viva Alfaro, el grupo étnico predominante es el de los mestizos, con 11,404 habitantes, seguido de la etnia montubia con 2,307, mientras que la etnia indígena es la de menos presencia en la parroquia con 152 personas.

Cuadro 3 Ecuador. Principales indicadores del mercado laboral. Población urbana. 2010-2014

Tipo de población	Años				
	2010	2011	2012	2013	2014
Población en edad de trabajar (PET)	84.0%	83.7%	84.9%	82.4%	80.3%
Población económicamente activa (PEA)	54.6%	55.4%	54.7%	53.5%	55.4%
Ocupados	93.9%	94.9%	95.0%	95.1%	95.5%
Ocupados no clasificados	1.2%	0.8%	3.1%	0.3%	0.3%
Ocupados Plenos	45.6%	49.9%	52.1%	51.5%	51.4%
Subocupados	47.1%	44.2%	39.8%	43.3%	43.8%
Visibles	9.9%	7.6%	6.1%	8.1%	9.4%
Otras formas	37.7%	36.7%	33.8%	35.3%	34.4%
Desocupados/Desempleados	6.1%	5.1%	5.0%	4.9%	4.5%
Cesantes	4.2%	3.3%	3.1%	3.0%	3.3%
Trabajadores nuevos	1.9%	1.8%	1.9%	1.8%	1.3%
Desempleo abierto	4.5%	3.9%	4.0%	3.7%	3.7%
Desempleo oculto	1.6%	1.2%	1.0%	1.2%	0.8%
Población económicamente inactiva (PEI)	45.4%	44.6%	45.3%	46.5%	44.6%

Fuente. BCE. Reporte trimestral de mercado laboral urbano. Diciembre 2014

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

En Ecuador, en el año 2010, la población económicamente activa representa el 54.6% de la población en edad de trabajar, para el 2014, este porcentaje es de 55.4% mientras que en el período 2010-2014, la población económicamente inactiva desciende de 45.4% al 44.6%, como resultado de la política económica aplicada por el gobierno del Econ. Rafael Correa, que se evidencia además en un descenso de la tasa de la tasa de desocupación de 6.1% al 4.5% en el mismo período.

Los ocupados plenos, se han incrementado de manera significativa, de 45.6% en el 2010, a 51.4% en el 2014; mientras que la tasa de desocupación ha disminuido.

Adoptando los resultados expuestos anteriormente, se asume que el nivel de ocupación en la parroquia Viva Alfaro, tendrá igual comportamiento en el mismo período, mientras que la tasa de proyección empleada para proyectar la población de la parroquia es de 1.52% promedio anual.

Cuadro 4 Parroquia Viva Alfaro del cantón Quevedo. Ocupación del mercado laboral. 2010-2014

Tipo de población	Años				
	2010	2011	2012	2013	2014
Población total estimada	16,800	16,803	16,805	16,808	16,810
Población en edad de trabajar (PET)	14,112	14,064	14,268	13,850	13,499
Población económicamente activa (PEA)	7,705	7,791	7,804	7,409	7,478
Ocupados	7,235	7,394	7,414	7,046	7,142
Ocupados no clasificados	92	62	242	22	22
Ocupados Plenos	3,514	3,888	4,066	3,816	3,844
Subocupados	3,629	3,444	3,106	3,208	3,275
Visibles	763	592	476	600	703
Otras formas	2,905	2,859	2,638	2,616	2,573
Desocupados/Desempleados	470	397	390	363	337
Cesantes	324	257	242	222	247
Trabajadores nuevos	146	140	148	133	97
Desempleo abierto	347	304	312	274	277
Desempleo oculto	123	93	78	89	60
Población económicamente inactiva (PEI)	6,407	6,272	6,463	6,440	6,020

Fuente. BCE. Reporte trimestral de mercado laboral urbano. Diciembre 2014

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

La población económicamente activa de la parroquia Viva Alfaro es de 7,705 habitantes en el año 2010, incrementándose en los dos años siguientes, hasta descender a 7,409 en el 2013 y aumentar a 7,478 el 2014. El grupo de los desocupados muestra la misma tendencia en el período estudiado.

Se estima que los ocupados plenos en el 2010 eran 3,514 habitantes, aumentando en 3,888 el 2011 y 4,066 en el 2012, donde alcanza su nivel más alto de crecimiento, el año siguiente disminuye a 3816, hasta repuntar en una ocupación de 3,844 en el último año analizado.

Cuadro 5 Ecuador y Parroquia Viva Alfaro. Diez causas principales de Morbilidad General. Promedios anual 2009-2014

N°	Tipo de morbilidad	% Ecuador	Parroquia Viva Alfaro
1	Neumonía, organismo no especificado	3.3%	356
2	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3.2%	346
3	Colelitiasis	2.7%	292
4	Apendicitis aguda	2.3%	248
5	Aborto no especificado	2.1%	227
6	Hernia inguinal	1.2%	130
7	Falso trabajo de parto	1.1%	119
8	Otros trastornos del sistema urinario	1.1%	119
9	Traumatismo intracraneal	1.0%	108
10	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	0.9%	97
	Total morbilidad egresos hospitalarios	18.9%	2,041
	Parto único espontáneo	11.7%	1,264
	Parto único por cesárea	6.3%	680
	Otros partos	0.1%	11
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	2.9%	313
	Las demás causas de morbilidad	60.1%	6,491
	Total Egresos Hospitalarios	100.0%	10,800

Fuente. INEC. Anuario Estadístico 2009

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

Las diez causas de morbilidad en la parroquia Viva Alfaro, fueron obtenidas a partir de los porcentajes existentes en el Ecuador en el año 2009, para lo cual se asume que este comportamiento es similar para los años siguientes y específicamente en el 2014.

La enfermedad con mayor presencia en los habitantes de la parroquia es la Neumonía con 356 casos, seguido de 346 con problemas de diarrea y gastroenteritis. Uno de los problemas de salud con menor impacto es producido por la infección de las vías genitourinarias en el embarazo, con 97 casos.

En promedio en el año 2014 se atendieron 2,041 casos de enfermedad en el centro de salud de la parroquia, a lo que hay que agregar los partos únicos, las cesáreas y otras causas de morbilidad, totalizando un total de 10,800 problemas de salud atendidos.

Cuadro 6 Ecuador y Parroquia Viva Alfaro. Principales causas de mortalidad infantil. Años 2009-2014. Promedio anual

N°	Tipo de morbilidad	% Ecuador	Parroquia Viva Alfaro
1	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer	17.4%	5
2	Neumonía, organismo no especificado	8.1%	2
3	Sepsis bacteriana del recién nacido	6.6%	2
4	Otras malformaciones congénitas del corazón	4.8%	1
5	Otras malformaciones congénitas no clasificadas	3.6%	1
6	Neumonía congénita	2.8%	1
7	Dificultad respiratoria del recién nacido	2.5%	1
8	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.5%	1
9	Hipoxia intrauterina	2.3%	1
10	Síndromes de aspiración neonatal	2.3%	1
11	Asfixia del nacimiento	1.6%	0
12	Bronquitis aguda	1.4%	0
13	Malformaciones congénitas del sistema osteomuscular	1.4%	0
14	Hidrocefalo congénito	1.2%	0
15	Trastornos cardiovasculares originados en el período perinatal	1.1%	0
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorios no clasificados	8.2%	2
	Las demás causas de mortalidad infantil	32.1%	9
	Total de defunciones de menores de un año	100.0%	29
	Total de nacidos vivos e inscritos		1,926
	Total de nacidos vivos		1,955

Fuente. INEC. Anuario Estadístico 2009.

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

Una de las principales causas de mortalidad infantil de la parroquia, es producida por los trastornos relacionados con la gestión y bajo peso al nacer, que llegaron a 5 en el año 2014, seguido de la Neumonía y Sepsis bacteriana del recién nacido con 2 casos cada uno respectivamente.

Existen otras causas de muerte, como por ejemplo malformaciones congénitas, neumonías congénitas, enfermedades respiratorias al nacer, diarreas, entre otros, con menores casos. El total de muertes infantiles asciende a 29 aproximadamente y el total de nacidos vivos e inscritos a 1,926 menores.

Cuadro 7 Ecuador y Parroquia Viva Alfaro. Principales causas de muerte materna. Años 2009-2014. Promedio anual

N°	Tipo de morbilidad	% Ecuador	Parroquia Viva Alfaro
1	Otras enfermedades maternas clasificadas en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	19.2%	1
2	Hemorragia postparto	14.9%	1
3	Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo con proteinuria significativa)	13.5%	1
4	Eclampsia	12.5%	1
5	Sepsis puerperal	4.3%	0
6	Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	3.4%	0
7	Muerte obstétrica de causa no especificada	3.4%	0
8	Aborto no especificado	2.4%	0
9	Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos	2.4%	0
10	Placenta previa	2.4%	0
11	Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte	2.4%	0
12	Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio	1.9%	0
13	Desprendimiento prematuro de la placenta (abrupto placenta)	1.9%	0
14	Otro trauma obstétrico	1.9%	0
15	Hemorragia ante parto, no clasificada en otra parte	1.4%	0
16	Retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia	1.4%	0
17	Embolia obstétrica	1.4%	0
18	Complicaciones del puerperio, no clasificadas	1.4%	0
	Resto de causas maternas	7.7%	0
	Total de muertes maternas	100.0%	4
	Total de nacidos vivos		1,955

Fuente. INEC. Anuario de Estadísticas Vitales, nacimientos y defunciones
Elaboración. Gina Arevalo Alonso

El total de los casos de muerte materna asciende a 4 casos en el año 2014, aproximadamente, mientras que el número de nacidos vivos ascendió a 1,955 niños.

De los 18 casos de muerte materna, los cuatro primeros que se exponen en el cuadro anterior se producen por Otros tipos de enfermedades maternas que complican el embarazo, hemorragias postparto, Hipertensión gestacional y Eclampsia, con un caso cada uno aproximadamente.

4.1.2. Calidad de la cobertura de salud que presta el sistema de salud pública en la parroquia Viva Alfaro

- Encuesta a los moradores de la parroquia Viva Alfaro

Pregunta 1. Género del encuestado

Cuadro 8 Género de la persona encuestada

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Masculino	105	27.93%
Femenino	271	72.07%
Total	376	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

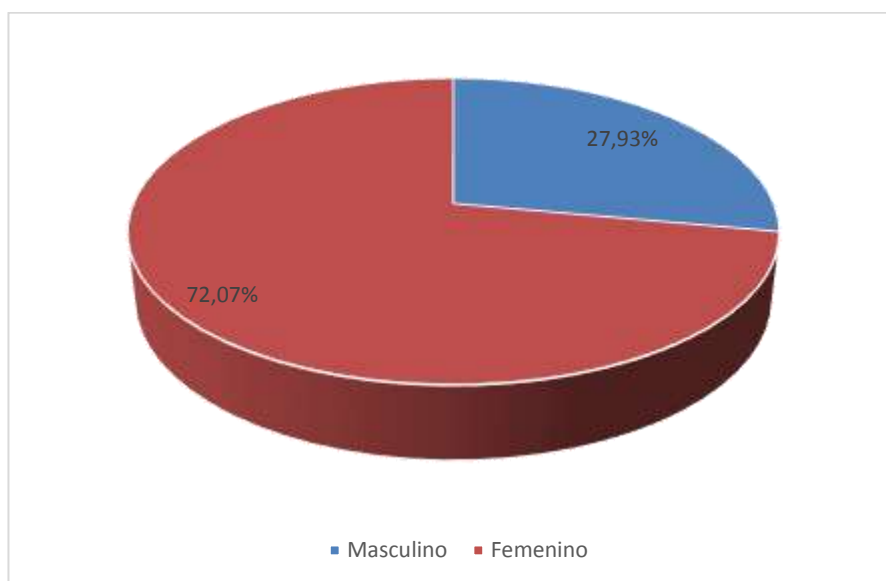


Gráfico 3 Género persona encuestada

Análisis:

En el cuadro y gráfico anterior, puede apreciarse que el 72.07% de los habitantes encuestados en la parroquia Viva Alfaro, pertenecen al género femenino, mientras que el 27.93% restante corresponde al género masculino.

Pregunta 2. Edad promedio del encuestado

Cuadro 9 Edad promedio del encuestado

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
15 - 18	38	10.11%
19 - 25	82	21.81%
26 - 35	78	20.74%
36 - 45	101	26.86%
> 45	77	20.48%
Total	376	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

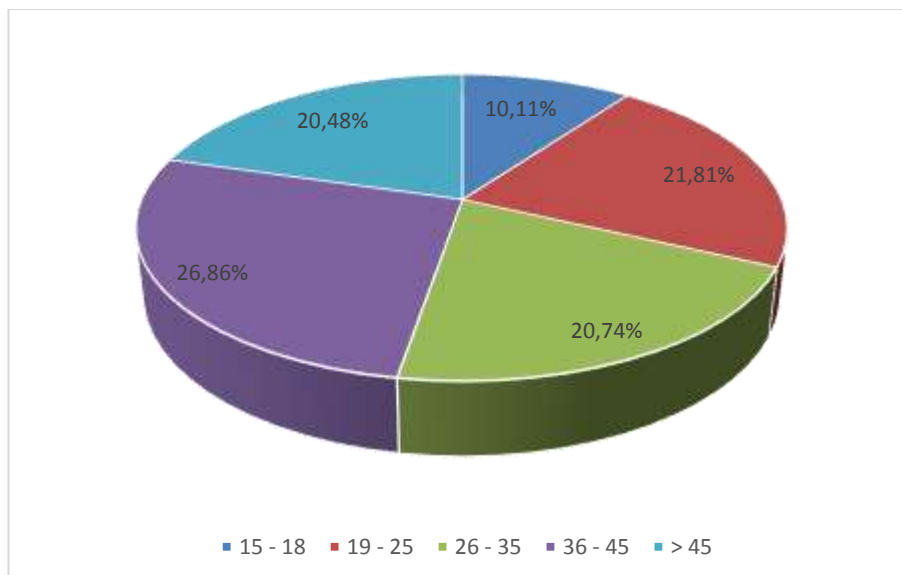


Gráfico 4 Edad promedio de la persona encuestada

Análisis:

La edad promedio de los pobladores de la parroquia urbana Viva Alfaro, que fueron encuestados, tenían edades comprendidas entre 36 y 45 años, los mismos que representan el 26.86%, seguido del grupo de 19 y 25 años con 21.81%. El segmento de 15 y 18 años, estaba constituido por el 10.11%. Puede apreciarse que la mayor demanda por servicios de salud, es más frecuente en las personas de edad adulta.

Pregunta 3. ¿Ha concurrido a recibir alguna vez atención médica en el centro de salud de la parroquia?

Cuadro 10 Concurrencia al centro de salud

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Si ha recibido	376	100.00%
No ha recibido	0	0.00%
Total	376	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

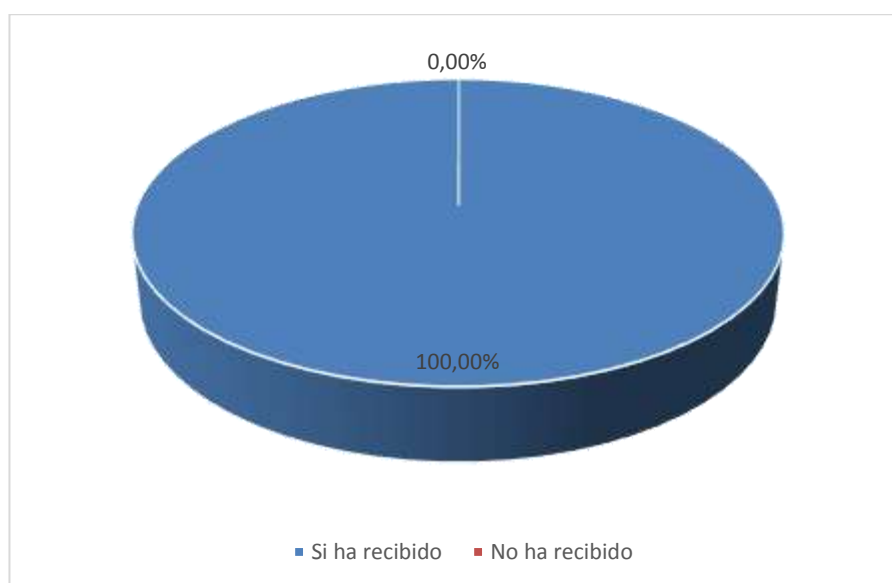


Gráfico 5 Asistencia alguna vez al centro de salud

Análisis:

Como se puede distinguir anteriormente, el 100% de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro han recurrido alguna vez a recibir atención médica en el centro de salud de la parroquia, bien sea por urgencias, facilidad de traslado o por la oferta de servicios médicos existente.

Pregunta 4. ¿Las enfermedades por las que ha asistido a recibir atención médica de cuál de los siguientes tipos han sido?

Cuadro 11 Tipo de enfermedades

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Neumonías	70	18.62%
Cálculos renales o de vesícula	15	3.99%
Problemas dentales	72	19.15%
Diarreas	69	18.35%
Abortos	31	8.24%
Apendicitis	11	2.93%
Hernias	8	2.13%
Traumatismos	27	7.18%
Problemas urinarios	17	4.52%
Atención materna	56	14.89%
Total	376	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

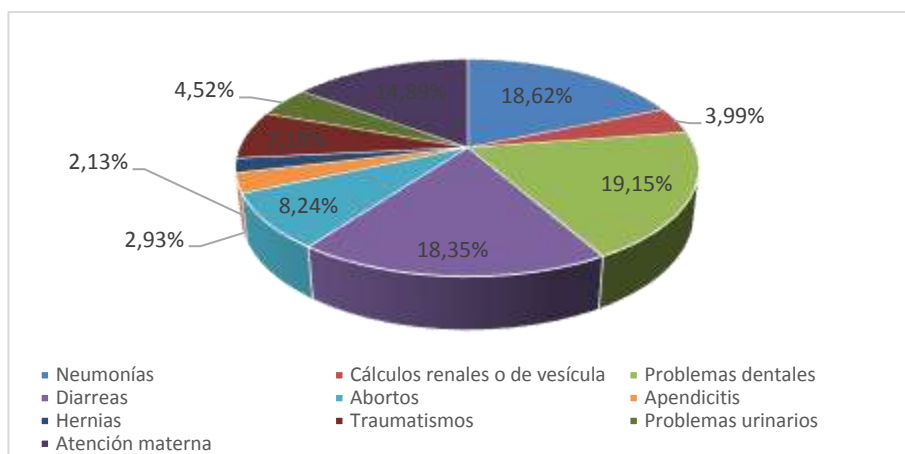


Gráfico 6 Asistencia médica según la enfermedad

Análisis:

De las enfermedades por las cuales han asistido al centro de salud, los habitantes de la parroquia Viva Alfaro, se determinó que el 19.15% recurrió a solucionar sus problemas dentales, seguido del 18.62% que fue atendido por Neumonía, el 18.35% por Diarreas, mientras que el 2.13% recibió asistencia médica debido a una Hernia.

Pregunta 5. ¿Cómo podría calificar la atención recibida por parte del personal del centro de salud de la parroquia?

Cuadro 12 Calificación por la atención recibida

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Excelente	76	20.21%
Muy bueno	191	50.80%
Bueno	63	16.76%
Malo	46	12.23%
Total	376	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

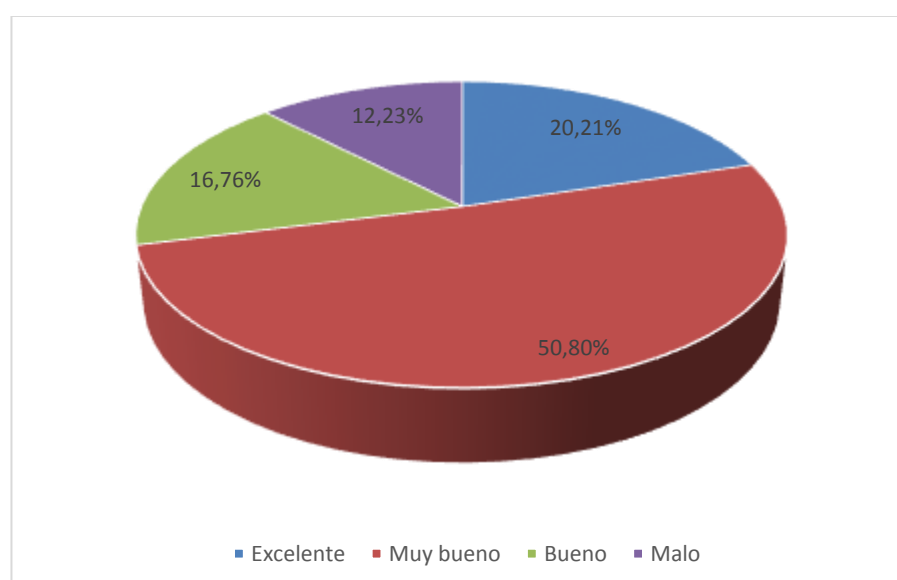


Gráfico 7 Ponderación por la atención recibida en el centro

Análisis:

La población encuestada, al calificar la atención recibida por parte del personal médico del centro de la salud de la parroquia, supieron indicar que la atención es muy buena según el 50.80%, seguido del 20.21% que dijo que era excelente, en tanto el 12.23% señaló que la atención era mala.

Pregunta 6. ¿Conociendo que la atención médica es gratuita, así como la medicación, podría decirnos si alguna vez ha tenido que comprar los fármacos fuera del centro de salud de la parroquia?

Cuadro 13 Compra de medicamentos fuera del centro

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
He comprado fuera algunas veces	207	55.05%
No he comprado fuera	169	44.95%
Total	376	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

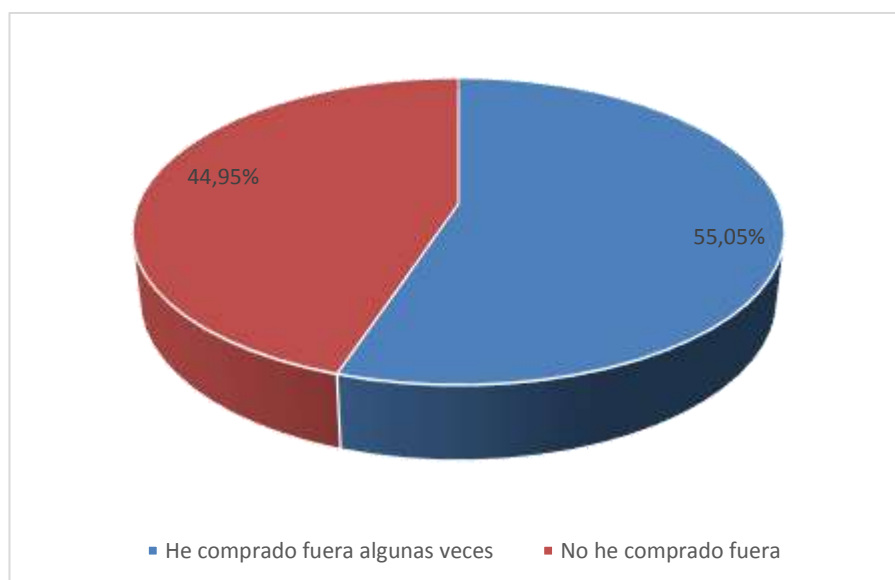


Gráfico 8 Adquisición de medicamentos fuera del centro

Análisis:

Para conocer si en algunas ocasiones, los medicamentos recetados por los profesionales de la salud del centro, había sido adquirido fuera de este establecimiento, el 55.05% manifestó que si los ha comprado afuera algunas veces, ya sea porque no existen en la farmacia o porque la dolencia requiere de otro tipo de fármacos. El 44.95% dijo que no ha comprado afuera del centro, hasta ahora.

Pregunta 7. ¿Según su criterio la cobertura de salud en la parroquia es adecuada?

Cuadro 14 Criterio del tipo de cobertura de salud

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Si es adecuada	226	60.11%
No es adecuada	57	15.16%
Tiene que mejorar	93	24.73%
Total	376	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso



Gráfico 9 Criterio sobre el tipo de cobertura de salud

Análisis:

Como se puede distinguir previamente, al ser consultados los habitantes de la parroquia Viva Alfaro, el 60.11% de ellos señalaron que la cobertura que proporciona el centro de salud si es la adecuada, en tanto que para el 15.16%, esta no lo es. Atribuyen esta respuesta a la creciente demanda por asistencia médica, que les impide recibir una buena atención.

- **Encuesta al personal médico y de enfermería que presta sus servicios en el Centro de Salud de la Parroquia Viva Alfaro.**

Pregunta 1. ¿Cómo podría calificar usted la concurrencia de los pacientes a la atención médica en el centro de salud?

Cuadro 15 Calificación de la concurrencia de pacientes

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Alta	5	55.56%
Normal	4	44.44%
Baja	0	0.00%
Total	9	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

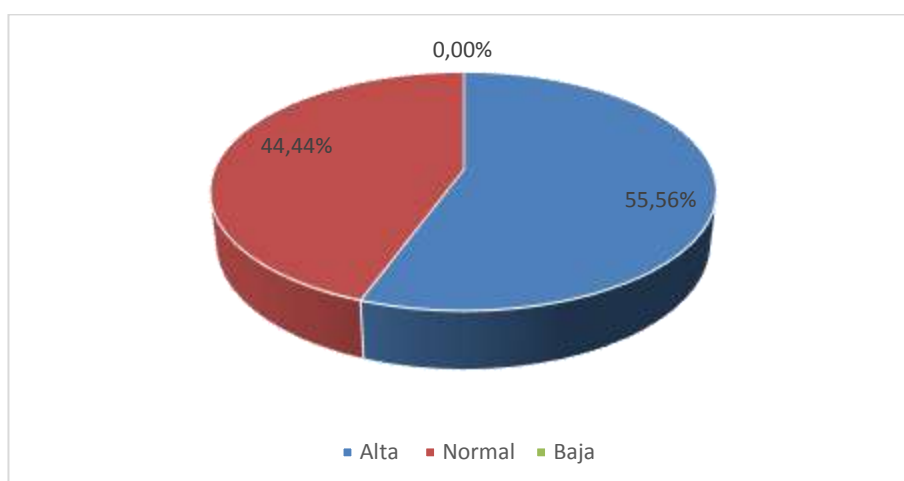


Gráfico 10 El centro de salud y el nivel de asistencia

Análisis:

Los profesionales de la salud y del servicio médico del centro de salud de la parroquia, calificaron en un 55.56% como de muy alta la concurrencia de los pacientes a la atención médica, demanda que se ha incrementado desde hace varios años, debido a la oferta gratuita de la salud y la modernización de la infraestructura física. Para el 44.44% la asistencia es normal.

Pregunta 2. ¿Qué actividades realiza el personal del centro de salud, cuándo los problemas médicos no pueden ser tratados?

Cuadro 16 Actividades ante falta de tratamiento

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Hacen lo posible por curarlos	2	22.22%
Los transfieren al Hospital Sagrado Corazón de Jesús	5	55.56%
Los transfieren a hospitales públicos en las capitales de provincia	2	22.22%
Los transfieren a una clínica privada	0	0.00%
Total	9	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

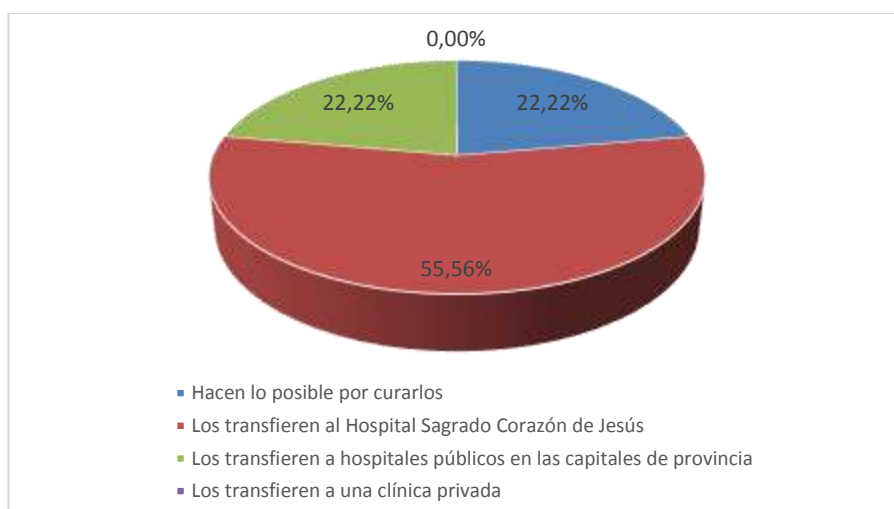


Gráfico 11 Opciones por problemas médicos no tratados

Análisis:

Según el 55.56% de los moradores de la parroquia Viva Alfaro encuestados, cuando se producen problemas médicos que no pueden ser tratados en el centro, los pacientes se derivan al Hospital Sagrado Corazón de Jesús, mientras que el 22.22% indicó que hacen lo posible por curarlos y otro 22.22% señaló que los preparan para enviarlos a hospitales públicos en las capitales de provincia.

Pregunta 3. ¿Cómo podría calificar usted la atención ofrecida por parte del personal de los pacientes del centro?

Cuadro 17 Calificación de la atención ofrecida

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Excelente	3	33.33%
Muy bueno	5	55.56%
Bueno	1	11.11%
Malo	0	0.00%
Total	9	100.00%

Fuente. Investigación de campo
Elaboración. Gina Arevalo Alonso

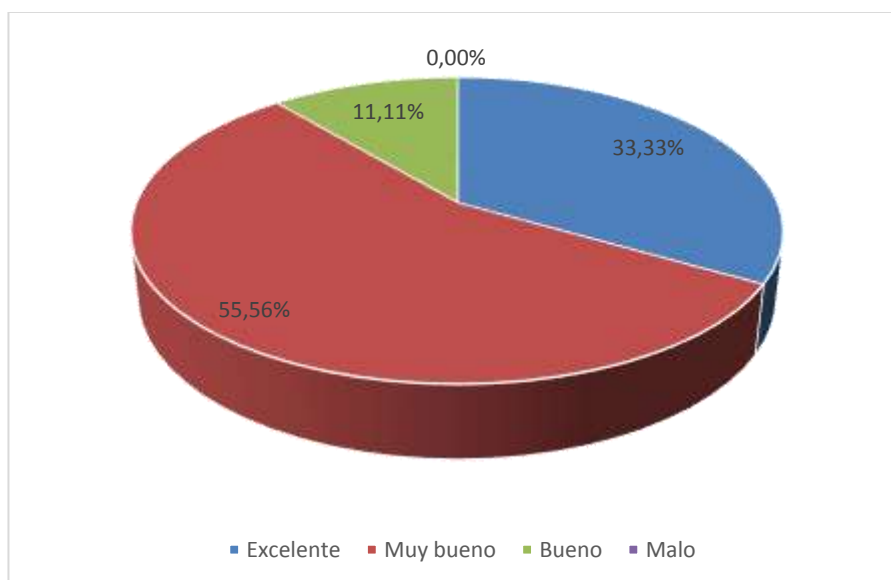


Gráfico 12 Atención del personal médico a pacientes

Análisis:

El 55.56% de personal médico y operativo del centro de salud de la parroquia Viva Alfaron, calificaron de muy buena la atención ofrecida a todos los pacientes que concurren a solicitar los servicios para aliviar las distintas dolencias que padecen, mientras que para el 33.33% esta ha sido excelente, seguido del 11.11% que expresó que esta ha sido buena.

Pregunta 4. ¿Según su criterio la cobertura de salud en la parroquia es adecuada?

Cuadro 18 Calificación de la cobertura de salud

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Si es adecuada	8	88.89%
No es adecuada	0	0.00%
Tiene que mejorar	1	11.11%
Total	9	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso



Gráfico 13 La cobertura de la salud en la parroquia

Análisis:

Para la gran mayoría del personal médico del centro de salud de la parroquia Viva Alfaro, representada en el 88.89% la cobertura de salud si es adecuada porque cubre los requerimientos de salud más comunes, mientras que para el 11.11%, esta tiene que mejorar, puesto que hay varios tipos de dolencia que no pueden ser atendidas en el centro, debido a que no hay todas las especialidades.

Pregunta 5. ¿Es necesario contar con un mayor número de especialidades para atender la demanda de los problemas de salud de los moradores de la parroquia?

Cuadro 19 Necesidad de mayores especialidades

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Si es necesario	7	77.78%
No es necesario	2	22.22%
Total	9	100.00%

Fuente. Investigación de campo
Elaboración. Gina Arevalo Alonso

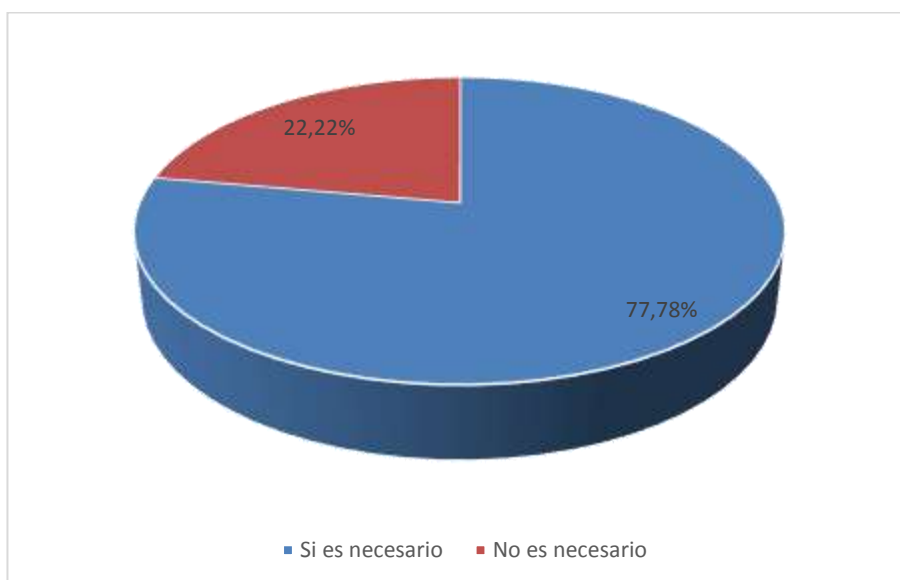


Gráfico 14 Más especialidades para atender la demanda de salud

Análisis:

Según se observa, el 77.78% de los profesionales de la salud del centro, considera que el Estado debería proporcionar un mayor número de especialidades a los habitantes del sector, en tanto que para el 22.22% esto no es necesario, pues hasta ahora, como indicaron los esfuerzos realizados para mejorar la salud de los habitantes del país y de Quevedo, han sido significativos.

Pregunta 6. ¿Según su parecer el centro debería contar con equipos médicos y quirúrgicos de última tecnología?

Cuadro 20 Necesidad de equipos médicos modernos

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Debería mejorar su tecnología	6	66.67%
Debe continuar como está	3	33.33%
Total	9	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

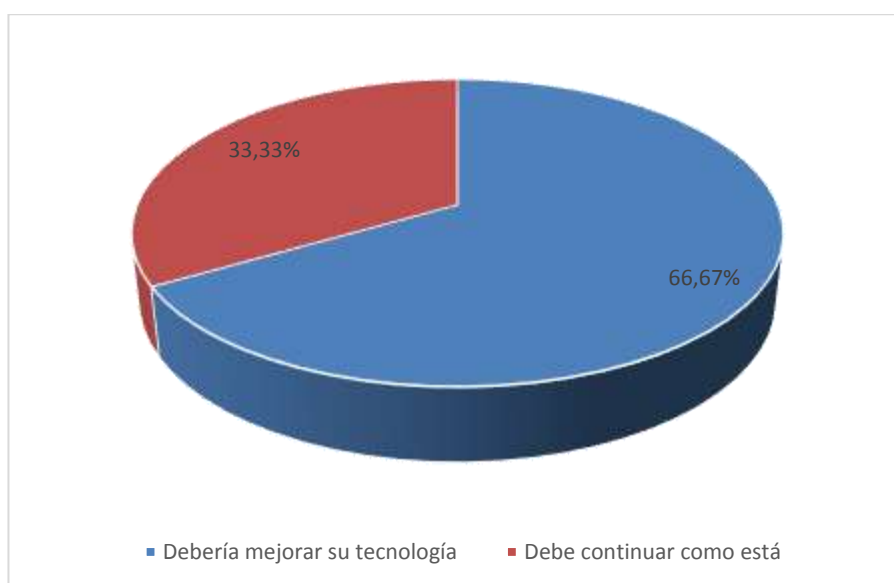


Gráfico 15 Necesidad de equipos médicos y quirúrgicos modernos

Análisis:

Según el resultado de la encuesta a esta pregunta, se pudo conocer que para el 66.67% del personal médico y operativo del centro, este debería contar con equipos médicos y quirúrgicos de alta tecnología, para mejorar aquellas dolencias que requieren intervenciones especializadas, mientras que el 33.33% manifestó que esto debería continuar como hasta ahora.

4.1.3. Análisis de la incidencia de la atención del sistema de salud pública en los ingresos y el ahorro de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro

Pregunta 1. ¿Cómo definiría usted el actual sistema de salud pública en la parroquia Viva Alfaro?

Cuadro 21 Definición del actual sistema de salud pública

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Eficiente	216	57.45%
Deficiente	76	20.21%
Ni eficiente ni deficiente	84	22.34%
Total	376	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso



Gráfico 16 El actual sistema de salud pública

Análisis:

Como se distingue anteriormente en el cuadro y gráfico, el 57.45% de los encuestados, manifestó que el actual sistema de salud pública que se oferta en la parroquia Viva Alfaro es eficiente, pues han recibido los beneficios de la atención médica, mientras que el 20.21% indicó que es deficiente y que es necesario mejorar.

Pregunta 2. ¿De cuál de las siguientes formas considera usted que ha incidido el actual sistema de salud pública?

Cuadro 22 Formas de incidencia del sistema de salud pública

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Ha reducido mis gastos por la salud gratuita	80	21.28%
Ha fortalecido mis ingresos	143	38.03%
Tengo mejor salud	105	27.93%
Puedo ahorrar	48	12.77%
Total	376	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

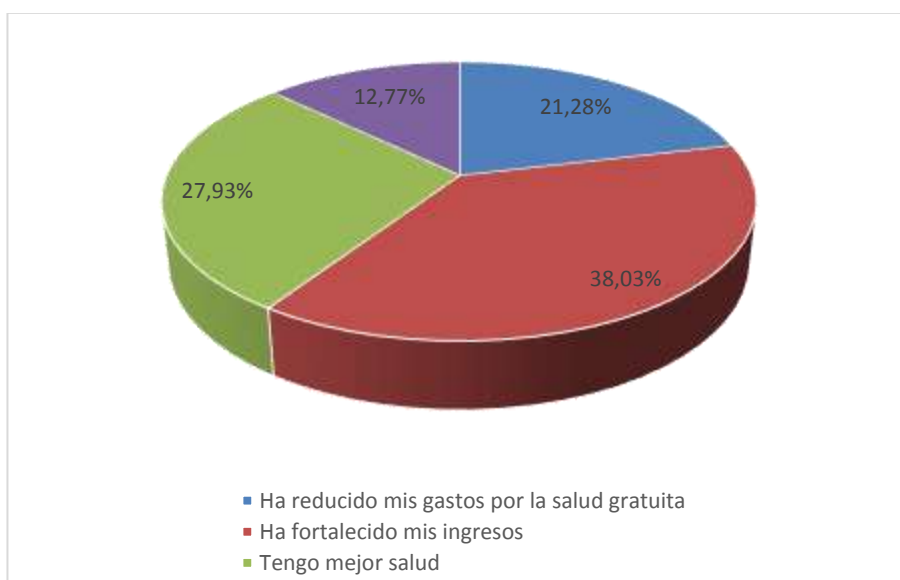


Gráfico 17 Incidencia del actual sistema de salud pública

Análisis:

El actual sistema de salud pública ha incidido en los habitantes de la parroquia según el 38.03% en el fortalecimiento de los ingresos, pues ya no realizan gastos de salud como lo hacían hasta antes del ascenso al poder del Econ. Rafael Correa. En tanto, el 12.77% manifestó que ahora si ha podido ahorrar, de tal manera que destina parte de estos dineros a otros menesteres en el gasto familiar.

Pregunta 3. ¿Al fortalecerse el ingreso y el ahorro, debido a la gratuidad de la salud pública, hacia donde destina sus recursos monetarios?

Cuadro 23 Destino de los recursos monetarios

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Alimentación	134	35.64%
Vivienda	37	9.84%
Educación	108	28.72%
Vestuario	85	22.61%
Viajes	12	3.19%
Total	376	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

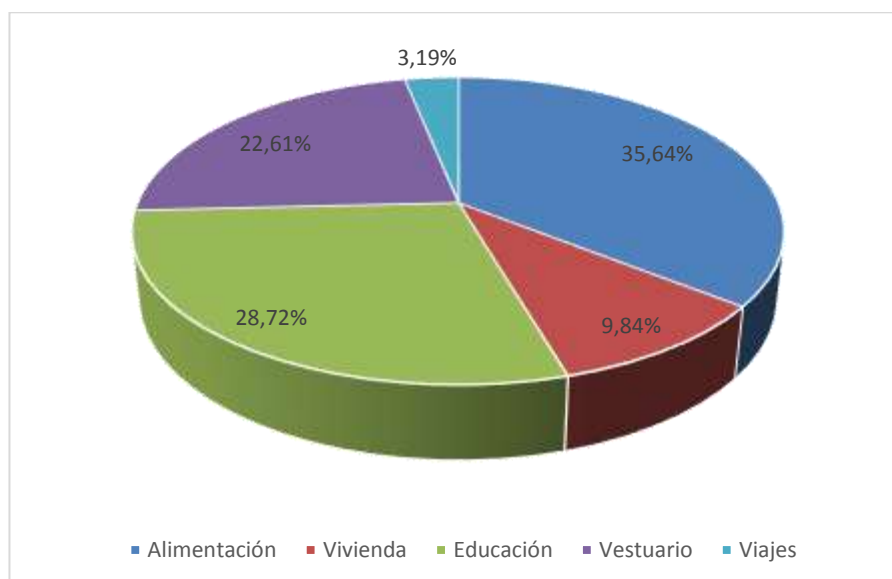


Gráfico 18 Ingresos, ahorro y destino de recursos

Análisis:

La mayor parte de la población de la parroquia Viva Alfaro, destina los recursos que resultan del fortalecimiento del ingresos y del ahorro, a gastos de alimentación, como explicó el 35.64%, mejorando la dieta a través del consumo de nutrientes que favorecen el bienestar de las familias, en tanto que el 3.19% los gasta en viajes a varios sitios turísticos del país.

Pregunta 4. ¿Se encuentra satisfecho con el fortalecimiento del ingreso y el ahorro gracias a la gratuidad de la salud pública?

Cuadro 24 Satisfacción por fortalecimiento de ingresos y ahorro

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Me encuentro satisfecho	352	93.62%
Estoy insatisfecho	24	6.38%
Total	376	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

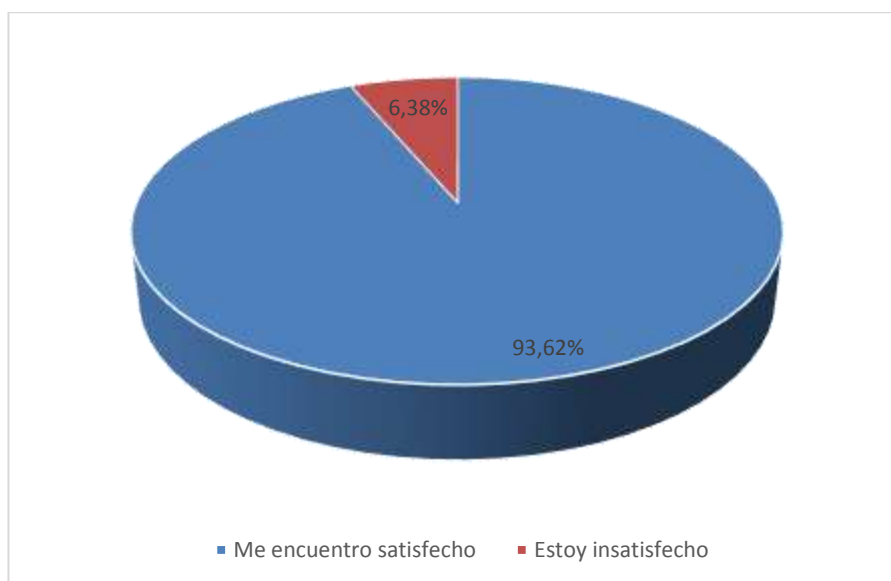


Gráfico 19 Ingresos, ahorro y satisfacción por salud gratuita

Análisis:

Debido a los beneficios de la salud gratuita, existe un remanente a disposición de los habitantes de la parroquia, que tiene distintos fines, motivo por el cual el 93.62% se encuentra muy satisfecho con el fortalecimiento producido en el ingreso y el ahorro, el cual se ha apreciado y valorizado, mientras que el 6.38% dijo encontrarse insatisfecho, pues en varias ocasiones tiene que realizar compras de medicamentos fuera del centro de salud, aumentando sus gastos.

Pregunta 5. ¿Estima que es necesario que el sistema de salud pública amplíe la cobertura de los servicios?

Cuadro 25 Necesidad de ampliación de la cobertura

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Es necesario	302	80.32%
No es necesario	74	19.68%
Total	376	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso

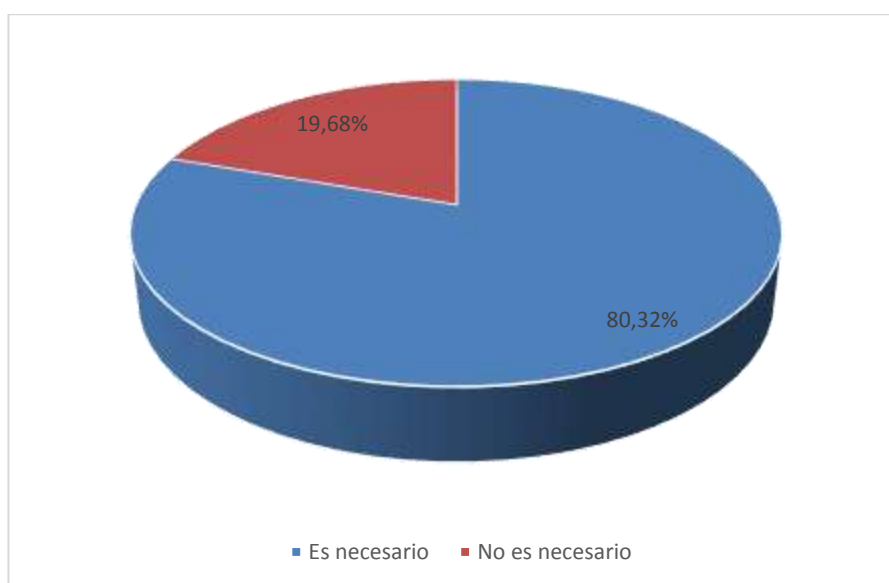


Gráfico 20 Estimación de ampliación de la cobertura de servicios

Análisis:

El 80.32% de los habitantes encuestados en la parroquia Viva Alfaro señalaron que si es necesario ampliar la cobertura a través de la oferta de otras especialidades con la finalidad de atender aquellas demandas de salud que solo son posibles en centros especializados de la ciudad y fuera de él, representando un alto costo monetario, mientras tanto el 19.68% indicó que esto no es necesario, porque se encuentran mejorando el servicio y no existen médicos disponibles.

Pregunta 6. ¿En cuál de las siguientes especialidades cree usted que es importante que el centro amplíe la cobertura?

Cuadro 26 Nuevas especialidades para ampliar la cobertura

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Cardiología	169	44.95%
Neurología	107	28.46%
Hepatología	42	11.17%
Otros	58	15.43%
Total	376	100.00%

Fuente. Investigación de campo
Elaboración. Gina Arevalo Alonso

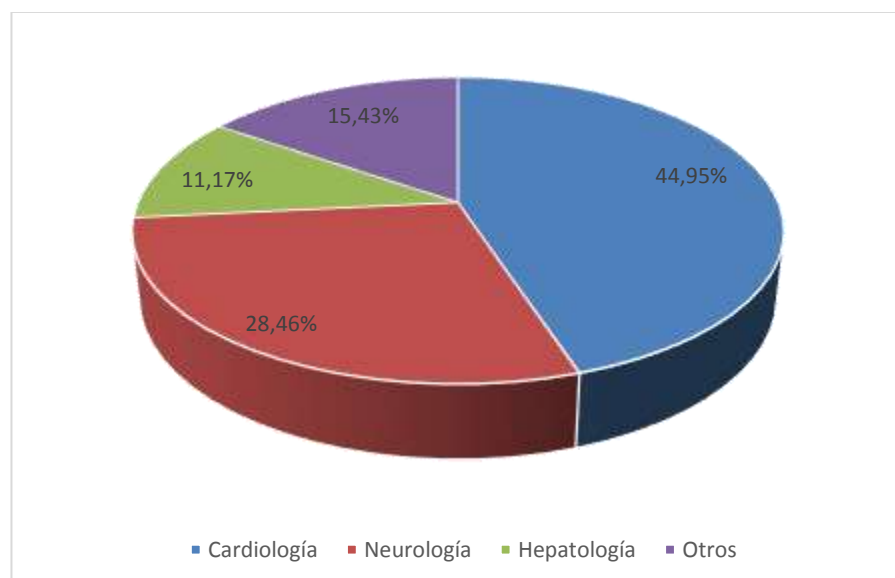


Gráfico 21 Especialidades importante para cobertura

Análisis:

De las especialidades que se consideran necesario que existan, para ampliar la cobertura de salud, los encuestados expresaron en un 44.95% el servicio de cardiología debe ser prioritario, seguido de la neurología con un 28.46%, mientras que la especialidad menos requerida, pero no menos importante lo es la hepatología con 11.17%.

Pregunta 7. ¿Las nuevas especialidades con que deba contar el centro deberían ser pagadas o gratuitas?

Cuadro 27 Costo de las nuevas especialidades

Opción de respuesta	Valor absoluto	Valor relativo
Deben ser gratuitas	376	100.00%
Deben ser pagadas	0	0.00%
Total	376	100.00%

Fuente. Investigación de campo

Elaboración. Gina Arevalo Alonso



Gráfico 22 Las nuevas especialidades y el tipo de costo

Análisis:

Según el 100% de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro encuestados, las nuevas especialidades que deberían existir, como resultado de la ampliación de la cobertura, deben ser totalmente gratuitas, en razón, como explicaron, del derecho constitucional que los ampara a recibir salud pública sin costo alguno.

4.2. DISCUSIÓN

El sistema de salud pública ha mejorado a partir del ascenso al poder gubernamental del Econ. Rafael Correa y a la aprobación de la constitución de la república en el año 2008. Con estos eventos, se produce la innovación de la salud, que incluyen la modernización de la infraestructura física, nuevos equipos médicos de última generación, dotación de medicamentos gratuitos, entre otros que han incidido positivamente en la economía de los ecuatorianos en general y de Quevedo y la parroquia Viva Alfaro en particular.

Para el gobierno nacional del Ecuador y el Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria el cuidado de la salud constituye un eje estratégico del desarrollo del país y el logro del buen vivir (Ministerio de Salud Pública, 2010). Esta es la esencia misma del sistema de salud inaugurado en el país, que busca incluir a todas y todos en igualdad de oportunidades, para alcanzar un estatus de vida confortable a través del uso de los servicios públicos ofertados por el Estado

El Ecuador tiene uno de los mejores sistemas de salud en el mundo, la base de datos Bloomberg determinó que la eficiencia del sistema sanitario de Ecuador se sitúa en el puesto 20 a nivel mundial, superado en Suramérica solamente por Chile que se ubica en el puesto 13. Los cambios se evidencian en la importante inversión realizada, por ejemplo en el año 2006 la inversión social era de 1.934 millones de dólares, mientras que la proyección en 2013 es de alrededor de 7.000 millones de dólares, destinados especialmente al sector de salud (Agencia Pública Noticias Ecuador y Sudamérica, 2013).

Estos beneficios han sido extendidos al cantón Quevedo y en forma directa a los pobladores de la parroquia Viva Alfaro, que cuentan con un elevado porcentaje del nivel de pobreza, predominio del grupo étnico mestizo, significativos índices de ocupación y descenso permanente de la desocupación, como ocurre en el resto del país; así también, problemas de salud como neumonía, diarrea y gastroenteritis que lideran los problemas de

médicos en el centro. A través de lo expuesto se comprueba la primera hipótesis de esta investigación.

La calidad de la atención médica es muy buena, como afirmó la gran mayoría de los habitantes de la parroquia que fueron consultados, quienes alguna vez tuvieron que adquirir los medicamentos fuera del centro de salud, empero han confirmado en su mayoría que la cobertura de salud en la parroquia si es la adecuada. Ante lo señalado, se comprueba la segunda hipótesis de la presente investigación.

Debido a la gratuidad de la salud pública en todos sus órdenes, existe un impacto directo en los ingresos y estimula el ahorro de las personas, lo que se significa que la necesidad de guardar una parte del ingreso que una persona percibe, es importante para el futuro a corto o a largo plazo, ya que estos nos aseguran que en ese tiempo se pueda gozar de una seguridad, o de un lujo, o de una necesidad cubierta, que nos proporcione estabilidad e integridad tanto física como psicológica (Collazos, 2010).

El sistema de salud en plena vigencia en el país, ha fortalecido los ingresos de los habitantes de la parroquia Viva Alfaro, a la par del beneficio de una mejora en la salud de las familias y de la reducción de los gastos médicos. Estos incentivos han hecho posible que exista una mayor cantidad de recursos para alimentación y educación, promoviendo altos grados de satisfacción en los integrantes de este grupo poblacional. Debido a estos resultados, se comprueba la tercera hipótesis de esta tesis.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Una vez realizado el proceso de investigación, a través de la aplicación del método que se implementó, basado en la estructura exigida por la norma de la Universidad, se concluye:

1. El actual sistema de salud pública ha incidido en los ingresos y el ahorro de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro, a través de la gratuidad en la atención de servicio médica; esto ha generado satisfacción en los pacientes que han sido atendidos en el centro de salud.
2. Se ha determinado que la Parroquia Viva Alfaro cuenta con índices de pobreza similares al resto de la zona Urbana del Cantón Quevedo. En esta parroquia se encuentra ubicado el centro de salud Viva Alfaro el mismo que cuenta con personal altamente capacitado, lo que le ha permitido alcanzar una cobertura del 60.11% para abastecer la demanda de atención a la comunidad y satisfacer las necesidades carente de salud más comunes que tienen ver con neumonías, diarreas y gastroenteritis, entre los más importantes.
3. La oferta de salud del Centro ubicado en la parroquia Viva Alfaro es adecuada y de muy buena calidad, como se demostró en la investigación de campo, sin embargo es necesario ampliar la cobertura de salud, a través de la oferta de servicios en cardiología, neurología, entre otros, en razón que de la muestra encuestada el 44.95% de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro están satisfechos con el servicio del Subcentro, sin embargo sienten la necesidad de solicitar que existan todos los medicamentos, ya que igual es un gasto porque el 55.05% se siente molesto por las compras de medicamentos que realiza fuera del centro de salud.

5.2. RECOMENDACIONES

De acuerdo a las investigaciones de este trabajo consideramos recomendar lo siguiente:

1. Desarrollar políticas y programas, en conjunto con la participación de los organismos del Estado y del Gobierno Autónomo Descentralizado del cantón Quevedo, superar los niveles de pobreza, siendo necesario obtener financiamiento preferencial de parte de la banca pública, hacia actividades económicas emprendedoras que tiendan a mejorar el nivel de ocupación.
2. Continuar con la oferta actual de los servicios de salud y gestionar la ampliación de la cobertura de nuevos servicios, ante el Ministerio de Salud del Ecuador, en especialidades, como cardiología y neurología, que son entre muchos, las necesidades más sentidas de la población de la parroquia Viva Alfaro.
3. Fortalecer los ingresos y el ahorro de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro, evitando en lo posible la prescripción de medicinas que puedan ser adquiridas fuera de la institución de salud, originando aumentos en los gastos, Fortaleciendo el entorno interno y externo, mediante la implementación de un plan estratégico, que permita mejorar los servicios que ofrece el Subcentro, y que estos sean de calidad y calidez, fomentando la capacitación continua del personal que labora en la institución, para concientizar a la población en temas de servicios de salud.

CAPÍTULO VI.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- Agencia Pública Noticias Ecuador y Sudamérica, A. (9 de Septiembre de 2013). El sistema de salud de Ecuador se ubica entre los 20 mejores del mundo. ANDES, pág. 22.
- Alcántara, G. (2010). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, 40.
- Alcívar, V. (2010). La Parroquia. Ecuador: Nuestra Comunidad.
- Amador, S., Romano, J., & Cervera, M. (2010). Introducción a la Contabilidad PGC. España: UDIMA.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Montecristi: Registro Oficial.
- Benítez, J. (2009). La Salud. Cuba: Salud.
- Bueno, E. (2009). El sector público. España: Aprendeconomía.
- Bustos, E. (2010). La teoría general de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Casanellas, A., & Moreno, I. (2010). Nivel socioeconómico y mortalidad. Navarra, España: Salud Pública.
- Collazos, A. (2010). Ahorro. México: Gerencie.
- Congreso Nacional. (2006). Ley Orgánica de Salud. Quito: Registro Oficial 423.
- Diccionario de la lengua Española. (2010). Diccionario. España: Larousse.
- García, V. (2012). Desarrollo Socioeconómico. Venezuela: UENID.Gustado Herrera.
- Gobierno Autónomo Descentralizado del Canton Quevedo. (13 de enero de 2015). www.quevedo.gob.ec. Obtenido de www.quevedo.gob.ec
- Innatia. (4 de abril de 2015). Definición de familia. Obtenido de <http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-definicion-de-familia.html>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, I. (2010). VII Censo de Población y VI de Vivienda. Quito: Inec.
- Martínez, H. (2012). Plan Nacional de Eficacia de la Cooperación en el Salvador. San Salvador: Salvador.

- Ministerio de Salud Pública, M. (2010). Sistema de Salud Ecuador. Quito: MSP.
- Mosshing, J. (2010). Comprender y aplicar el análisis económico en la empresa. Países Bajos: Holander.
- Navarro, V. (2013). Concepto actual de Salud Pública. Facmed-UNAM, 50.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Calidad de atención en el bienestar de las familias. Ecuador. New York: OMS.
- Organización Mundial de la Salud, O. (15 de marzo de 2015). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp
- Paganini, J. (2015). La Cobertura de la atención de Salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública, 56.
- Palomba, R. (2012). Calidad de Vida: Conceptos y medidas. Chile: CELADE-CEPAL.
- Passante, M. (2009). Una parroquia Urbana. Fraternidad Sacerdotal, 32.
- Pérez, J., Etxezarreta, E., & Guridi, L. (2012). ¿De qué hablamos cuando hablamos de Economía Social y Solidaria. Concepto y nociones afines? España: Economía.
- Piernas, J. (2010). Ahorro.Vocabulario de la Economía . México: Torre de Babel.
- Rebatta, F. (2013). Concepto de calidad. Monografía, 62.
- Tapia, J. (2014). Incidencia: Concepto, terminología y análisis dimensional. Medicina Clínica. Vol 103, 44.
- Tezanos, S., & Quñones, A. (2013). Desarrollo Humano, Pobreza y Desigualdades. España: Ciberaamericana.
- Vito, T. (2009). El papel del Estado y la calidad del Sector Público. Revista CEPAL, 22.
- WordPress. (25 de marzo de 2015). Definición de privacidad. Obtenido de <http://definicion.de/población/>

CAPÍTULO VII.

ANEXOS

**Anexo 1 Formulario para la encuesta a los moradores de la parroquia Viva
Alfaro**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES**

1. Género del encuestado
 - a) Masculino ()
 - b) Femenino ()
2. Edad promedio del encuestado
 - a) 15 – 18 ()
 - b) 19 – 25 ()
 - c) 26 – 35 ()
 - d) 36 – 45 ()
 - e) > 45 ()
3. ¿Ha concurrido a recibir alguna vez atención médica en el centro de salud de la parroquia?
 - a) Si ha recibido ()
 - b) No ha recibido ()
4. ¿Las enfermedades por las ha asistido a recibir atención médica de cuál de los siguientes tipos ha sido?
 - a) Neumonías ()
 - b) Cálculos renales o de vesícula ()
 - c) Problemas dentales ()
 - d) Diarreas ()
 - e) Abortos ()
 - f) Apendicitis ()
 - g) Hernias ()
 - h) Traumatismos ()
 - i) Problemas urinarios ()
 - j) Atención materna ()
5. ¿Cómo podría calificar la atención recibida por parte del personal del centro de salud de la parroquia?
 - a) Excelente ()
 - b) Muy bueno ()

- c) Bueno ()
 - d) Malo ()
6. ¿Conociendo que la atención médica es gratuita, así como la medicación, podría decirnos si alguna vez ha tenido que comprar los fármacos fuera del centro de salud de la parroquia?
- a) He comprado fuera algunas veces ()
 - b) No he comprado afuera ()
7. ¿Según su criterio la cobertura de salud en la parroquia es adecuada?
- a) Si es adecuada ()
 - b) No es adecuada ()
 - c) Tiene que mejorar ()
8. ¿Cómo definiría usted el actual sistema de salud pública en la parroquia Viva Alfaro?
- a) Eficiente ()
 - b) Deficiente ()
 - c) Ni eficiente ni deficiente ()
9. ¿De cuál de las siguientes formas considera usted que ha incidido el actual sistema de salud pública?
- a) Ha reducido mis gastos por la salud gratuita ()
 - b) Ha fortalecido mis ingresos ()
 - c) Tengo mejor salud ()
 - d) Puedo ahorrar ()
10. ¿Al fortalecerse el ingreso y el ahorro, debido a la gratuidad de la salud pública, hacia donde destina sus recursos monetarios?
- a) Alimentación ()
 - b) Vivienda ()
 - c) Educación ()
 - d) Vestuario ()
 - e) Viajes ()
11. ¿Se encuentra satisfecho con el fortalecimiento del ingreso y el ahorro gracias a la gratuidad de la salud pública?
- a) Me encuentro satisfecho ()
 - b) Estoy insatisfecho ()

12. ¿Estima que es necesario que el sistema de salud pública amplíe la cobertura de los servicios?
- a) Es necesario ()
 - b) No es necesario ()
13. ¿En cuál de las siguientes especialidades cree usted que es importante que el centro amplíe la cobertura?
- a) Cardiología ()
 - b) Neurología ()
 - c) Hepatología ()
 - d) Otros ()
14. ¿Las nuevas especialidades con que deba contar el centro deberían ser pagadas o gratuitas?
- a) Deben ser gratuitas ()
 - b) Deben ser pagadas ()

Anexo 2 Formulario para la entrevista al personal médico y de enfermería

**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES**

1. ¿Cómo podría calificar usted la concurrencia de los pacientes a la atención médica en el centro de salud?
 - a) Alta ()
 - b) Normal ()
 - c) Baja ()
2. ¿Qué actividades realiza el personal del centro de salud, cuándo los problemas médicos no pueden ser tratados?
 - a) Hacen lo posible por curarlos ()
 - b) Los transfieren al Hospital Sagrado Corazón de Jesús ()
 - c) Los transfieren a hospitales públicos en las capitales de provincia ()
 - d) Los transfieren a un clínica privada ()
3. ¿Cómo podría calificar usted la atención ofrecida por parte del personal del a los pacientes del centro?
 - a) Excelente ()
 - b) Muy bueno ()
 - c) Bueno ()
 - d) Malo ()
4. ¿Según su criterio la cobertura de salud en la parroquia es adecuada?
 - a) Si es adecuada ()
 - b) No es adecuada ()
 - c) Tiene que mejorar ()
5. ¿Es necesario contar con un mayor número de especialidades para atender la demanda de los problemas de salud de los moradores de la parroquia?
 - a) Si es necesario ()
 - b) No es necesario ()
6. ¿Según su parecer el centro debería contar con equipos médicos y quirúrgicos de última tecnología?
 - a) Debería mejorar su tecnología ()
 - b) Debe continuar como está ()

Anexo 3 MATRIZ DEL PROBLEMA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	SUBPROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	HIPÓTESIS GENERAL	HIPÓTESIS ESPECÍFICA	VARIABLES INDEPENDIENTES	VARIABLES DEPENDIENTES
¿De qué manera el sistema de salud pública ha incidido en el desarrollo socioeconómico de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro del cantón Quevedo?	¿Cuál es la situación económica social y de salud de las familias de la parroquia Viva Alfaro?	Analizar el sistema de salud pública y su incidencia en el desarrollo socioeconómico de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro del cantón Quevedo, en el período 2010-2014.	Describir la situación económica social y de salud de las familias de la parroquia Viva Alfaro	El sistema de salud pública incide en el desarrollo socioeconómico de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro del cantón Quevedo, en el período 2010-2014.	La descripción económica social que expone las condiciones de vida de las familias de la parroquia Viva Alfaro del cantón Quevedo.	económica social	Condiciones de vida
	¿Cuál es la calidad de la cobertura de salud pública en los pobladores de la parroquia Viva Alfaro?		Evaluar la cobertura de salud pública en la parroquia Viva Alfaro.		La evaluación de la calidad de la cobertura de salud permite identificar los beneficios del actual sistema de salud pública en la parroquia Viva Alfaro	cobertura de salud pública	Beneficios de salud pública
	¿De qué forma el sistema de salud pública incide en los ingresos y el ahorro de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro?		Analizar la incidencia de la atención del sistema de salud pública en los ingresos y el ahorro de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro.		El análisis del sistema de salud pública contribuye al conocimiento de la incidencia en los ingresos y el ahorro de los pobladores de la parroquia Viva Alfaro	sistema de salud	Ingresos y ahorro

Anexo 4 Imágenes del Centro de Salud Viva Alfaro



