



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE GESTIÓN SOCIAL Y DESARROLLO

**Equidad en los servicios de salud en los ciudadanos del barrio
Arena y Sol, 2025**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Previo a la obtención del grado académico de:

LICENCIADO(A) EN GESTIÓN SOCIAL Y DESARROLLO

AUTOR(A):

DEL PEZO CARVAJAL SOLANGE NICOLE
SUAREZ DE LA ROSA KATHERINE FERNANDA

TUTOR(A):

Ing. YAGUAL RODRÍGUEZ ESTANISLAO FLAVIO, Mgtr.

LA LIBERTAD – ECUADOR

2025

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE GESTIÓN SOCIAL Y DESARROLLO

**Equidad en los servicios de salud en los ciudadanos del barrio
Arena y Sol, 2025**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Previo a la obtención del grado académico de:

LICENCIADO(A) EN GESTIÓN SOCIAL Y DESARROLLO

DEL PEZO CARVAJAL SOLANGE NICOLE
SUAREZ DE LA ROSA KATHERINE FERNANDA

LA LIBERTAD – ECUADOR

2025

INDICE GENERAL

Contenido

INDICE GENERAL	3
ÍNDICE DE FIGURA.....	5
DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD	6
DEDICATORIA.....	7
DEDICATORIA	8
AGRADECIMIENTO	9
AGRADECIMIENTO	10
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN UIC PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	11
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR.....	12
RESUMEN	13
ABSTRACT.....	14
INTRODUCCIÓN	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.1 Formulación de problema	20
1.2 Planteamiento hipotético.....	20
1.3 Objetivos	20
1.3.1 Objetivo general.....	21
1.3.2 Objetivos específicos	21
1.4 Justificación de la investigación.....	21
2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	23
2.1 Disponibilidad y accesibilidad geográfica/económica	23
2.2 Calidad y coordinación	23
2.3 Regulación farmacéutica y copagos	24
2.4 Farmacia comunitaria y autocuidado	24
2.5 Servicios ampliados en farmacia.....	24
2.6 Desigualdades socioeconómicas y estructura.....	25
2.7 Fundamentación teórica y conceptual	26
2.7.1 Disponibilidad y accesibilidad geográfica/económica	26
2.7.2 Calidad y coordinación	27
2.7.3 Integración público-privada y sostenibilidad	27

2.7.4	Regulación farmacéutica y copagos	27
2.7.5	Comunitaria y autocuidado	27
2.7.6	Servicios ampliados en farmacia.....	28
2.7.7	Desigualdades socioeconómicas y estructura.....	28
3.	MARCO METODOLÓGICO.....	30
3.1	Tipos de investigación	30
3.2	Operacionalización de las variables.....	32
3.3	Población, muestra y período de estudio.....	33
3.4	Técnicas que se usó para la recolección de datos/mecanismos de base de información	34
4.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	36
5.	DISCUSIÓN	39
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	41
	REFERENCIAS.....	43
	ANEXOS	47

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1 Operacionalización de las variables	32
Figura 2 Operacionalización de las variables	33
Figura 3 Red Semántica (procesamiento ATLAS.ti).....	36

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Quien suscribe; DEL PEZO CARVAJAL SOLANGE NICOLE con C.I. 2450400003 Y SUAREZ DE LA ROSA KATHERINE FERNANDA con C.I. 2450038878, estudiante de la carrera de Gestión social y Desarrollo, declaro que el trabajo de titulación; proyecto de investigación presentado a la unidad de integración curricular, cuyo título es: Equidad en los servicios de salud en los ciudadanos del barrio Arena y Sol, 2025, corresponde exclusiva responsabilidad de las autoras y pertenece al patrimonio intelectual de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

La Libertad, 18 junio, 2025.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**SOLANGE NICOLE DEL
PEZO CARVAJAL**

Validar únicamente con FirmaEC

Del Pezo Carvajal Solange Nicole

C.I. 2450400003



Firmado electrónicamente por:
**KATHERINE FERNANDA
SUAREZ DE LA ROSA**

Validar únicamente con FirmaEC

Suarez de la Rosa Katherine Fernanda

C.I. 2450038878



DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, por haberme brindado la fortaleza, la salud y la sabiduría necesarias para culminar esta etapa de mi vida académica.

A mis padres, con profundo amor y gratitud, por su apoyo incondicional, por creer en mí y por ser un pilar fundamental en mi formación personal y profesional también a mi hermano, por estar siempre presente con su respaldo constante y por ser una fuente de motivación en cada momento de este proceso.

Y a mi núcleo familiar, quienes han sido mi fuente de inspiración constante para seguir adelante y alcanzar cada uno de mis objetivos. Este logro también es suyo.

Del Pezo Carvajal Solange Nicole

DEDICATORIA

Esta dedicatoria es para:

Dios quien ha sido mi fortaleza en mis momentos de debilidad, ayudándome a tener sabiduría y entendimiento para todo proceso al que enfrento, sin él no hubiese logrado llegar donde estoy.

A mi padre Freddy Lady Suarez de la A, quien con esfuerzo y sacrificio me ha brindado su apoyo incondicional y ha sido mi guía en cada etapa de vida, por sus enseñanzas que me han permitido continuar y llegar a obtener este logro, a mis hermanos quienes me motivan a seguir adelante y cumplir mis metas propuestas.

Así mismo a Cristian Marcelo Tumbaco Suárez, mi compañero de vida. por sus palabras de aliento para no rendirme en este proceso de superación.

A todos /a, quienes, estuvieron para darme su apoyo en todo momento. Depositando su confianza en mi sin dudar ni un solo momento de mi capacidad.

Suarez De la Rosa Katherine Fernanda

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento a cada uno de los docentes de la carrera de Gestión Social y Desarrollo, por haber compartido sus conocimientos, experiencias y enseñanzas que contribuyeron significativamente a mi formación académica y personal.

De manera especial, agradezco a mi tutor académico, por su valiosa orientación, paciencia y compromiso durante todo el proceso de elaboración de este trabajo de titulación. Su guía constante fue fundamental para lograr este objetivo.

También agradezco a todas las personas que, de una u otra forma, aportaron con su apoyo, motivación y confianza para que hoy culmine con éxito esta etapa importante de mi vida.

Del Pezo Carvajal Solange Nicole

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme permitido cumplir esta meta que tanto eh anhelado.

Con gran respeto y admiración expreso mi más profundo agradecimiento a mi tutor de tesis, ing. Estanislao Yagual Rodríguez. Por su paciencia, comprensión y por compartir sus conocimientos que contribuyeron a alcanzar el objetivo propuesto en este arduo trabajo de investigación.

A mi familia por sus palabras de aliento para no desfallecer en cada proceso al que me enfrento, a los buenos amigos que con gran afecto siempre estuvieron para brindarme su ayuda en los momentos que los necesite.

Estoy agradecida con todos los docentes quienes fueron parte de mi proceso académico, y formación profesional.

Agradezco a la universidad estatal península de Santa Elena, por haber permitido que realice mis estudios en sus instalaciones para mi formación profesional.

Suarez De la Rosa Katherine Fernanda



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE GESTIÓN SOCIAL Y DESARROLLO

UPSE CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN UIC PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

La Libertad, 15 de junio del 2025

Psico. Wilson Alexander Zambrano Vélez, Msc.

Director de la Carrera de Gestión Social y Desarrollo - UPSE En su despacho. -

En calidad de tutor(a) asignado(a) por la carrera de Gestión Social y Desarrollo, informo a usted que los estudiantes: **Del Pezo Carvajal Solange Nicole con cedula de identidad No 2450400003** y **Suárez De la Rosa Katherine Fernanda con cédula de identidad No 2450038878**, ha cumplido con los requisitos estipulados en el Reglamento de Titulación de Grado y Postgrado de la UPSE y Protocolos Vigentes de la carrera de Gestión Social y Desarrollo, para la implementación y desarrollo del Trabajo de Titulación, bajo la modalidad de Proyecto de Investigación, de título **“Equidad en el acceso a los servicios de salud de los ciudadanos del barrio Arena y Sol, 2025”**.

Por lo ante expuesto, recomiendo se **apruebe** el Trabajo de Titulación referido anteriormente, bajo el Reglamento de Titulación de Grado y Postgrado de la UPSE vigente que cita:

“Art 11. Actividades académicas del docente tutor. - El docente tutor realizará un acompañamiento a los estudiantes en el desarrollo del proyecto del trabajo de integración curricular, quién presentará el informe correspondiente de acuerdo a la planificación aprobada por el Consejo de Facultad.”

Debo indicar que es de exclusiva responsabilidad del/el autor(a), cumplir con las sugerencias realizadas durante el proceso de revisión.

Para los fines académicos pertinentes, es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente,



Estanislao Flavio
Yagual Rodríguez
Time Stamping
Security Data

Ing. Estanislao Flavio Yagual Rodríguez Mgtr.
DOCENTE TUTOR

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Psic. Wilson Zambrano Vélez, Mgtr.
**DIRECTOR DE LA CARRERA DE
GESTIÓN SOCIAL Y DESARROLLO**

Econ. Lilibeth Orrala Soriano, Mgtr.
**DOCENTE GUÍA DE LA CARRERA
DE GESTIÓN SOCIAL Y
DESARROLLO**



Ing. Estanislao Yagual Rodríguez, Mgtr.
**DOCENTE TUTOR(A) DE LA
CARRERA DE GESTIÓN SOCIAL Y
DESARROLLO**

Abg. Yamel Garzosi Pincay, Mgtr.
**DOCENTE ESPECIALISTA DE LA
CARRERA DE GESTIÓN SOCIAL Y
DESARROLLO**

Lcda. Silvia Carpio Panchana, Mgtr.
ASISTENTE ADMINISTRATIVA



Solange Nicole Del Pezo Carvajal
ASISTENTE ADMINISTRATIVA

Katherine Fernanda Suarez De La Rosa
ESTUDIANTE

EQUIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS CIUDADANOS DEL BARRIO ARENA Y SOL, 2025

Del Pezo Carvajal Solange Nicole Código Orcid: 0009-0009-6372-5467
Suarez de la rosa Katherine Fernanda Código Orcid: 0009-0001-4839-5270
Universidad Estatal Península de Santa Elena-Carrera Gestión Social y Desarrollo

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo analizar la equidad en el acceso a los servicios de salud de los ciudadanos del barrio Arena y Sol, ubicado en la parroquia José Luis Tamayo del cantón Salinas. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, permitiendo comprender las experiencias, percepciones y dificultades de los habitantes en relación con la atención médica que reciben. La metodología incluyó entrevistas semiestructuradas a actores clave de la comunidad, lo cual permitió identificar barreras relacionadas con la disponibilidad de servicios, la accesibilidad geográfica y económica, la inclusión cultural, la calidad percibida de la atención y los canales de comunicación con las instituciones de salud. Se evidenció que, a pesar de la existencia de un centro de salud, persisten limitaciones estructurales, informativas y sociales que restringen el acceso equitativo a la atención médica.

Palabras claves: Equidad, acceso, salud, disponibilidad, atención

EQUITY IN HEALTH SERVICES FOR THE CITIZENS OF THE ARENA Y SOL NEIGHBORHOOD, 2025

ABSTRACT

This research aims to analyze equity in access to health services for the residents of the Arena y Sol neighborhood, located in the José Luis Tamayo parish of Salinas's canton. The study was conducted using a qualitative approach, which allowed for an in-depth understanding of the experiences, perceptions, and difficulties faced by the inhabitants in relation to the medical care they receive. The methodology included semi-structured interviews with key community actors, which made it possible to identify barriers related to service availability, geographic and economic accessibility, cultural inclusion, perceived quality of care, and communication channels with health institutions. The findings revealed that, despite the presence of a health center, structural, informational and social limitations persist, restricting equitable access to healthcare services.

Keywords: Equity, access, health, availability, care

INTRODUCCIÓN

El acceso equitativo de servicios de salud figura un reto central para la obtención de equidad social y avances de la comunidad, pese a numerosos esfuerzos de instituciones orientadas a optimizar la asistencia sanitaria, se visibiliza que, aunque existe una extensa desigualdad que afecta directamente a la población más vulnerable. Las desigualdades que se observan no se dan precisamente por agentes administrativos y clínicos, sino que se encuentran ligadas a las condiciones sociales económicas y geográficas que pueden limitar el acceso total a los derechos de la salud.

La equidad sanitaria incluye algo más que una igualdad sensata en el ofrecimiento de servicios, éste exige que sean consideradas las diferencias que existen entre los conjuntos sociales y que sean atendidas inmediatamente por medio de diferentes acciones que puedan garantizar un acceso directo, eficaz y oportuno en torno a la tensión médica. En zonas geográficas con escasa infraestructura, los obstáculos que se presentan al momento de solicitar un servicio en los centros de salud suelen ser, la distancia a los sitios de atención, la poca o nula información sobre los procedimientos de atención, los altos costos que se asocian tanto a consultas y medicamentos, por último, la percepción deficiente en la calidad de atención que han recibido.

El estudio que se presenta a continuación está enfocado en el barrio Arena y Sol ubicado en la parroquia José Luis Tamayo (Muey), perteneciente al cantón Salinas donde se muestran diversos estragos que impiden que los ciudadanos lleguen a conseguir una atención justa en lo que concierne a los servicios sanitarios. Aunque existan centros de salud en la parroquia varios moradores se enfrentan a complicaciones en relación a una cobertura reducida, la decadencia de la correcta información y las condiciones de economía, limitan la elección entre adquirir los servicios públicos, privados o por último recurrir a las farmacias.

El objetivo de esta indagación es calificar cómo implica de manera equitativa sobre la obtención de los servicios de salud en la comunidad ya mencionado, desde las experiencias, puntos de vista y estrategias que las personas llegan a desarrollar en busca de una atención pertinente. Se adopta desde un enfoque cualitativo el cual da paso a explorar más allá de las condiciones que inciden en el acceso, pero también de manera subjetiva, culturales y organizacionales que forjan las decisiones de manera colectiva e individuales en torno al sistema de sanidad.

También genera conocimientos sobre las problemáticas relevantes, este estudio ofrece herramientas para la participación de la comunidad, donde se destaque el papel de los líderes barriales en el compartimiento de información que promuevan sus derechos. se aspira fortificar el empoderamiento de los moradores, incrementar la participación y desarrollar estrategias que incidan a una atención médica igualitaria, con inclusión y que éstas sean atendidas de modo eficaz.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la salud (OMS) destaca que las desigualdades en salud no son inevitables y pueden abordarse mediante intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud. Estado determinante incluyen factores como condiciones de vida, el acceso a la educación, el empleo y el entorno social, que influyen significativamente en el bienestar de las personas. La OMS enfatiza la necesidad de implementar políticas públicas que mejoren estas condiciones, promoviendo así la equidad en salud y reduciendo las disparidades entre diferentes grupos poblacionales (OMS, 2008).

La cobertura sanitaria universal (CSU) es fundamental para lograr la equidad en salud, ya que garantiza que todas las personas reciban los servicios que necesitan sin enfrentar dificultades económicas. La OMS destaca que la CSU no solo implica el acceso a servicios médicos, sino que también a la promoción de la salud, La prevención de enfermedades y la rehabilitación. Implementar la CSU requiere sistemas de salud sólido y eficientes que prioricen a las poblaciones más vulnerables, asegurando que nadie quede excluido de la atención sanitaria

(Organización Mundial de la salud, 2023).

La Organización Mundial de la salud (OMS) reclama llevar lo más cerca posible la atención a la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, fomenta en grado máximo la responsabilidad y estimula la participación comunitaria. Allí es donde se identifican los problemas y es donde deben efectuarse los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación a través de la atención primaria de salud (APS) (Hernández, Cruz, & Orozco, 2019).

La equidad en salud Según la OPS, es un objetivo fundamental que trasciende lo médico. Incluye factores sociales, culturales y económicos, con un enfoque colectivo donde se reconoce la diversidad de condiciones sociales. La equidad se entiende como un derecho y una necesidad para garantizar justicia social. Las políticas actuales consideran, género, Etnicidad y vulnerabilidad como ejes claves. Así, se promueve un sistema de salud incluyente y accesible para todas las poblaciones, independientemente de sus condiciones. Este enfoque exige intervenciones intersectoriales que atenúen a los más afectados (Sena, Schutt, Arenas, &

Akaba, 2023).

La organización Panamericana de la salud (OPS) señala que muchos países han incorporado la equidad como principio legal en sus constituciones y leyes sanitarias. Eso implica que el acceso a la salud no debe depender de la capacidad de pago, sino estar garantizado por el estado como un derecho. La equidad constitucional obliga a los sistemas de salud a priorizar a las poblaciones en situación de vulnerabilidad, eliminar barreras administrativas y ofrecer servicios de calidad a todos. Este enfoque exige una gestión pública comprometida con la inclusión y la justicia (Washington, 2019).

De acuerdo con la revista global Health Action, la equidad en salud está directamente relacionada con la justicia social, ya que ambas buscan corregir las desventajas históricas que afectan a determinados grupos. Cuando una sociedad permite que unos vivan con mejores condiciones de salud que otros por razones evitables, está tolerando una injusticia. Promover la equidad significa redistribuir recursos, eliminar prácticas discriminatorias y asegurar que todos tengan las mismas oportunidades de vivir con dignidad. La salud es un derecho humano y su garantía es un asunto de Justicia social (Franco, 2016).

La equidad en la salud implica garantizar que todas las personas, sin importar su condición social, Económica o geográfica, tengan las mismas oportunidades para alcanzar el nivel más alto posible de bienestar. Según López Pardo (2007), este concepto va más allá de la simple igualdad, ya que reconoce que ciertos grupos requieren apoyos diferenciados para alcanzar condiciones similares de salud. Es decir, se deben reducir o eliminar las diferencias injustas y evitables en salud mediante políticas que respondan a las necesidades de cada población. La equidad en salud constituye un principio ético esencial para la justicia social (López, 2007).

El acceso equitativo en los servicios de salud implica asegurar que todas las personas puedan recibir atención médica cuando la necesiten, sin barreras económicas, culturales o geográficas (Pérez, 2007), plantea que, no basta con ofrecer servicios universales si estos no se adaptan a las condiciones particulares de los distintos sectores sociales. En este sentido, equidad significa prestar más atención a quienes se enfrentan mayores obstáculos, ajustando la oferta de servicios según las desigualdades existentes. Por lo tanto, el acceso equitativo requiere planificación estratégica e inclusión.

Los determinantes sociales de la salud, como el ingreso, la educación, el empleo y el entorno

físico, influyen de manera directa en la salud de las personas. Escobar- Castellano et al (2016). señalan que para promover la equidad en salud es necesario intervenir sobre estos factores estructurales, ya que muchas de las desigualdades sanitarias tienen su origen fuera del sistema de salud. Por ello, las políticas públicas deben incorporar acciones intersectoriales orientadas a mejorar las condiciones de vida de los grupos más vulnerables, logrando una distribución más justa del bienestar (Escobar & Cid-Henríquez, 2016).

La equidad en salud es también un principio jurídico y constitucional en muchos países, lo que significa que los estados tienen la obligación de garantizar este derecho a todos sus ciudadanos. Hernández Álvarez (2008) explica que la justicia en salud debe reflejarse en la legislación, las políticas públicas y la asignación de recursos, priorizando a quienes históricamente han sido excluidos. Esta perspectiva considera la equidad no sólo como una meta social, sino como un deber legal que debe guiar el diseño y operación de los sistemas de salud (Hernández, 2008).

La equidad sanitaria está profundamente ligada a la justicia social, ya que ambas buscan eliminar las brechas injustas que afectan el bienestar de poblaciones desfavorecidas. González (2005), afirma que, para alcanzar una sociedad más justa, es necesario asegurar el acceso universal a servicios de salud de calidad, además de combatir las causas estructurales de la desigualdad. Esto incluye el compromiso de redistribuir recursos, garantizar la participación ciudadana y adoptar políticas que atiendan las diferencias sin perpetuar la exclusión (Lolas, 2001).

En el sector 9 de octubre de la parroquia José Luis Tamayo se identificaron aproximadamente 66 adultos mayores que busca mejorar sus condiciones de vida y tener una vida digna. A pesar de la existencia del programa “Mis Mejores Años” solo 10 personas tienen acceso a sus beneficios, lo que evidencia una brecha significativa en la cobertura de servicios para esta población vulnerable. Esta situación resalta la necesidad de implementar estrategias de gestión social que prioricen en la equidad en la atención de los adultos mayores.

El subcentro de salud de la parroquia José Luis Tamayo ha sido objeto de visitas y evaluaciones por parte de autoridades locales y provinciales, con el objetivo de fortalecer los servicios de salud en la comunidad. Estas acciones buscan mejorar la infraestructura y la calidad de atención, garantizando que los habitantes de la parroquia tengan acceso equitativo a servicios médicos básicos. El fortalecimiento de ese subcentro es crucial para reducir las

desigualdades en salud (Tamayo, 2020).

El Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDOT) de la parroquia José Luis Tamayo destaca la importancia de la participación ciudadana en la formulación de políticas públicas que promuevan la equidad en salud. A través de la colaboración entre autoridades locales y miembros de la comunidad, se busca identificar las necesidades prioritarias en salud y desarrollar estrategias que aseguren una distribución justa de los recursos (GAD, 2019).

El barrio Arena y sol, ubicado en la parroquia José Luis Tamayo, enfrenta desafíos significativos en cuanto al acceso equitativo a servicios básicos de la salud. A pesar de los esfuerzos del subcentro de salud, la cobertura no alcanza todos los sectores. A esto se suma desconocimiento por parte de muchos habitantes sobre los distintos métodos disponibles para agendar citas médicas, lo que limita aún más su acceso a atención oportuna. Esta combinación de factores refleja la necesidad urgente de estrategias informativas y estructurales (Tamayo, 2020).

1.1 Formulación de problema

¿Cómo se comporta la equidad en servicios de salud de los ciudadanos del barrio Arena y Sol?

1.2 Planteamiento hipotético

Se plantea que la equidad en los servicios de salud de los ciudadanos del barrio Arena y Sol se ve condicionada por barreras económicas, sociales e institucionales y por falta de conocimiento la alfabetización que limitan el acceso oportuno y adecuado a diferentes formas de atención médica. Se presume que estas condiciones, junto con la limitada intervención del centro de salud y otras entidades competentes, afectan negativamente la equidad, generando diferencias en el acceso entre quienes optan por servicios públicos, privados o farmacias, según sus posibilidades económicas y percepciones de calidad y rapidez.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Caracterizar cómo se comporta el estado de la equidad en el acceso a servicios de salud para los ciudadanos de barrio Arena y Sol.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las principales barreras de acceso a los servicios de salud en el barrio Arena y Sol.
- Indagar las causas de la falta de accesibilidad a los servicios de salud en el barrio Arena y Sol, considerando el rol del centro de salud y otras instituciones competentes.
- Caracterizar cómo se comporta la equidad en los establecimientos de servicios de salud.

1.4 Justificación de la investigación

La inequidad en el acceso a los servicios de salud representa uno de los problemas más persistentes en muchas comunidades, especialmente en aquellas de difícil acceso. El barrio Arena y Sol, situado en la parroquia José Luis Tamayo, enfrenta serias dificultades para acceder a la atención médica, debido a barreras geográficas e informativas que limitan el derecho a la salud. Esta situación genera una evidente falta de equidad, afectando a gran parte de los residentes, quienes no cuentan con condiciones adecuadas para recibir atención médica oportuna y continua. Además, se ha identificado una brecha significativa en el conocimiento de los métodos de agendamiento de citas, lo que profundiza las desigualdades y vulnerabilidades sociales.

Estas condiciones son el reflejo de las inequidades en salud, entendidas como aquellas diferencias sistemáticas, evitables e injustas en el acceso, la calidad y los resultados de los servicios sanitarios. Las inequidades no se explican únicamente por factores individuales, sino que responden a desigualdades estructurales ligadas al territorio, la situación económica, el nivel educativo, la pertenencia étnica o el género. En el caso de Arena y Sol, la distancia al centro de salud y la falta de información accesible constituyen barreras que colocan a ciertos

sectores de la población en desventaja frente al sistema de atención médica.

Por estas razones, esta investigación resulta necesaria, ya que busca aportar evidencia sobre las condiciones actuales del acceso a los servicios de salud en la comunidad y proponer estrategias viables desde un enfoque de equidad y derechos. Esta investigación es relevante porque permite visibilizar un problema estructural que afecta la salud y el bienestar de los ciudadanos del barrio Arena y Sol. Al analizar las barreras de acceso—especialmente las relacionadas con la distancia al centro de salud y la falta de información sobre el sistema de agendamiento—se busca generar información útil tanto para la comunidad como para las instituciones responsables de brindar atención médica.

Asimismo, el estudio reconoce el papel fundamental de los líderes comunitarios como agentes de cambio. Involucrarlos en procesos de sensibilización y formación puede incidir de forma positiva en la difusión de información clave sobre el acceso a los servicios de salud, promoviendo la participación y el empoderamiento local. Abordar las inequidades implica también fortalecer capacidades comunitarias que permitan superar los obstáculos impuestos por condiciones estructurales desfavorables.

Más allá del interés académico, esta investigación tiene un propósito social: contribuir al bienestar de los habitantes del barrio Arena y Sol mediante el fortalecimiento de la equidad en el acceso a los servicios de salud. Se busca capacitar a los líderes comunitarios para que actúen como multiplicadores de información sobre los métodos de agendamiento de citas médicas y otros derechos en salud. A través de la distribución de materiales informativos y la generación de conciencia colectiva, se espera reducir las barreras que impiden el acceso oportuno a la atención médica. El efecto esperado es que los ciudadanos conozcan sus opciones, ejerzan su derecho a la salud de forma informada y se sientan incluidos en los procesos de atención, fortaleciendo así el tejido social y el desarrollo equitativo de su comunidad.

2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1 Disponibilidad y accesibilidad geográfica/económica

Herrera & Plaza-Reneses (OCDE/BM, 2020), Destacaron que la disponibilidad de centros y farmacias, junto al gasto monetario, han condicionado el acceso efectivo a medicamentos en América Latina.

OPS (2020), Identificó barreras geográficas y financieras, proponiendo modelos de acceso rural e incremento de puntos de farmacia.

Estudio cubano (Revista Cubana Biomédica, 2025) - Encontró que los principales obstáculos fueron la disponibilidad irregular, distancia a centros y farmacia, y costos altos.

Médicos del Mundo (2023) - Documentó que grupos vulnerables enfrentaron falta de infraestructura, horarios limitados y costos ocultos, incluso sin copago.

2.2 Calidad y coordinación

SESAPS (2022) - Resaltó que una buena calidad en atención primaria requiere coordinación con farmacia, personal capacitado y protocolos clínicos.

Módulo Calidad Farmacia (2020) - Señaló que los Sistemas de Gestión de Calidad (SGC) en farmacia hospitalaria incluyeron atención al paciente, seguridad y continuidad.

Integración pública-privada y sostenibilidad

EY (2025) - Analizó el rol del capital privado, resaltando sinergias para mejorar infraestructura y cobertura, aunque advirtió riesgos de desigualdad institucionalizada.

CES (2024) - Indicó que, ante tensión pública, las alianzas público-privadas respondieron a demandas, pero exigieron mecanismos transparentes para proteger la equidad.

2.3 Regulación farmacéutica y copagos

Valenzuela (2020) - Señaló que la estructura de patentes farmacéuticas obstaculiza el acceso de medicamentos esenciales.

Sospedra-Martínez (2023) - Evaluó el copago del SNS español, constatando que dificultaba acceder a fármacos en población de bajos ingresos.

El País (2021) - Reveló que la llegada de medicamentos innovadores se retrasaba ~378 días por negociaciones y reglamentación, limitando la disponibilidad.

2.4 Farmacia comunitaria y autocuidado

FIP (2020) - Destacó que las farmacias comunitarias ofrecieron atención accesible y continua, sin formalismos, con seguimiento de tratamientos.

Florido Alba (2021) - Documentó cómo farmacias fortalecieron el autocuidado durante crisis (covid), ofreciendo soporte y consejos sanitario.

FIP (2023) - Reforzó la alfabetización en salud: la comunidad mejoró resultados mediante educación y empoderamiento farmacéutico.

2.5 Servicios ampliados en farmacia

El País (2024) - Las farmacias realizaron cribados de VIH, cáncer, cesación tabáquica y programas como metadona, aunque heterogéneos por región.

Cadena Ser (2024) - Abogó por el uso estratégico de farmacéuticos en zonas rurales para aliviar presión de atención primaria.

2.6 Desigualdades socioeconómicas y estructura

COCEMFE (2025) - Denunció que el 89 % de personas con discapacidad careció de rehabilitación pública, evidenciándose barreras estructurales.

El País (2025) - Indicó que el gasto privado creció un 50 % en España, con la intermedia prescindiendo del sistema público.

Cadena Ser (2025) - Reportó endeudamiento por servicios privados en comunidades saturadas, profundizando desigualdades.

El País (2021) - La pandemia evidenció que el sistema público necesitaba más gobernanza, transparencia y redistribución interterritorial

La equidad en salud ha sido marcada profundamente por el impacto de la pandemia de COVID-19. Esta crisis evidenció, de manera contundente, las desigualdades estructurales en el acceso a servicios sanitarios y en los resultados de salud. Diversos estudios demostraron que las poblaciones más afectadas fueron aquellas que ya enfrentaban condiciones de vulnerabilidad: personas pobres, trabajadoras informales, mujeres jefas de hogar, personas con discapacidad y habitantes de zonas rurales o periféricas (CEPAL, 2021).

Se ha enfatizado que la equidad no se logra solo con intervenciones clínicas, sino con políticas públicas intersectoriales que transformen condiciones de vida. el uso de tecnologías con enfoque equitativo, la generación de datos desagregados y el rol clave de los líderes comunitarios. Las estrategias incluyen educación, participación ciudadana y fortalecimiento de redes comunitarias (The Lancet, 2021).

Los análisis contemporáneos han enfatizado que la equidad en salud no puede lograrse solo mediante intervenciones clínicas, sino que requiere transformaciones en políticas sociales, urbanismo, educación, alimentación, empleo y transporte. Así, se han potenciado estrategias intersectoriales que articulan diferentes niveles de gobierno y sectores de la sociedad civil para responder a los determinantes sociales (OMS, 2022; UNDP, 2023).

Adicionalmente, se ha generado nueva evidencia que destaca el rol de la información y alfabetización en salud como un factor clave para la equidad. Muchos ciudadanos no acceden a servicios por desconocimiento de sus derechos, de los procedimientos administrativos o de las coberturas existentes. Por ello, se han diseñado intervenciones comunitarias con enfoque educativo que buscan empoderar a las personas con información relevante, comprensible y culturalmente adecuada (PAHO, 2022).

Otra línea destacada ha sido la tecnología aplicada con enfoque de equidad, que incluye desde telesalud hasta sistemas de información georreferenciada para mapear desigualdades territoriales.

Se ha avanzado en el uso de indicadores desagregados por sexo, edad, etnicidad y ubicación geográfica para mejorar la toma de decisiones basadas en evidencia (CEPAL, 2021). se reconoce que los liderazgos comunitarios desempeñan un papel estratégico en la mejora del acceso y la calidad de la atención en contextos marginados. Las experiencias exitosas recientes incluyen el fortalecimiento de redes de apoyo barrial, promotores comunitarios de salud, y comités ciudadanos que articulan con instituciones públicas (UNICEF, 2022).

2.7 Fundamentación teórica y conceptual

2.7.1 Disponibilidad y accesibilidad geográfica/económica

Disponibilidad: Se refiere a la existencia física de servicios, infraestructura, insumos y personal suficiente para atender la demanda (Peters et al., 2008). La ausencia de recursos impide el acceso efectivo (García & Pérez, 2019).

Accesibilidad geográfica: Es la capacidad de los usuarios para llegar a los servicios considerando la distancia y transporte, fundamental en zonas rurales (Tanahashi, 1978).

Accesibilidad económica: Se relaciona con la capacidad de los usuarios para pagar los servicios sin que esto les cause una carga financiera excesiva (Xu et al., 2003).

2.7.2 Calidad y coordinación

Calidad: Se entiende como la provisión de servicios que cumplen con estándares técnicos, científicos y éticos para mejorar la salud del paciente (Donabedian, 1988).

Coordinación: Proceso que integra los diferentes niveles y profesionales de salud para garantizar continuidad y evitar fragmentación (Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

2.7.3 Integración público-privada y sostenibilidad

Integración público-privada: Colaboración entre sectores para ampliar cobertura y eficiencia, aprovechando recursos de ambos (Berendes et al., 2011).

Sostenibilidad: Capacidad del sistema para mantener servicios adecuados en el tiempo, mediante financiamiento y gestión eficiente (Sachs, 2007).

2.7.4 Regulación farmacéutica y copagos

Regulación farmacéutica: Normas para asegurar la calidad, seguridad y eficacia de medicamentos (Wirtz et al., 2017).

Copagos: Pagos directos que pueden limitar el acceso, afectando la equidad si no son regulados para proteger a grupos vulnerables (Wagstaff, 2007).

2.7.5 Comunitaria y autocuidado

Farmacia comunitaria: Punto de acceso cercano que provee medicamentos y promueve el uso racional y la educación sanitaria (FIP, 2016).

Autocuidado: Acciones individuales para mantener la salud y prevenir enfermedades, apoyadas por la información y servicios accesibles (WHO, 2013).

2.7.6 Servicios ampliados en farmacia

Servicios ampliados: Actividades más allá de la dispensación, como cribados, vacunación y seguimiento farmacoterapéutico, fortaleciendo la atención primaria (Puspitasari et al., 2017).

Atención primaria diversificada: Contribuye a la prevención y manejo de enfermedades, acercando servicios a la comunidad (WHO, 2018).

2.7.7 Desigualdades socioeconómicas y estructura

Desigualdad estructural: Diferencias en acceso y calidad asociadas a factores socioeconómicos y culturales, afectando especialmente a poblaciones vulnerables (Marmot, 2005).

Saturación del sistema: La sobrecarga del sector público impulsa a buscar atención privada, ampliando brechas (Starfield et al., 2005).

Endeudamiento sanitario: Gasto excesivo en salud que compromete la estabilidad financiera familiar (Xu et al., 2003).

La equidad en salud es el principio ético que busca asegurar que todas las personas, sin importar su condición socioeconómica, género, etnia, lugar de residencia u otras características, tengan las mismas oportunidades para alcanzar el nivel más alto de bienestar físico, mental y social. No debe confundirse con igualdad, la equidad reconoce las diferencias entre grupos y plantea que aquellos en situación de desventaja deben recibir atención para lograr condiciones similares de salud (López Pardo, 2007).

Determinantes sociales de la salud son condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que están influidas por la distribución del poder, el dinero y los recursos. Incluyen la educación, el ingreso, el empleo, el entorno físico y social, entre otros. Abordar estos determinantes es clave para lograr equidad, ya que muchas desigualdades sanitarias se originan en factores estructurales (Escobar-Castellanos & Cid-Henríquez, 2016).

Otra implementación teórica clave es la salud comunitaria y la atención primaria, que

plantean que los sistemas sanitarios deben centrarse en las personas y las comunidades, identificando problemas y en la formulación de soluciones. promueve la corresponsabilidad y el empoderamiento local como herramientas para reducir inequidades (Hernández et al., 2021) la equidad en salud ha avanzado integrando disciplinas como la sociología, la economía de la salud y la gestión social. Los determinantes sociales de la salud han sido implementados como marco de diseño de políticas públicas, debido a que la salud no solo depende del sistema sanitario, sino de las condiciones de vida estructurales que afectan a la población (OMS, 2022).

Asimismo, se ha fortalecido el enfoque de derechos humanos, que implica que la salud debe ser garantizada por el Estado como un derecho y no como un servicio de pago. Esta implementación ha llevado a muchos países de América Latina a incorporar principios de equidad en sus leyes de salud pública y programas sociales (OPS, 2023).

Se han aplicado enfoques interseccionales, los cuales analizan cómo se cruzan múltiples dimensiones de desigualdad como género, etnicidad, discapacidad y territorio para generar desventajas acumuladas. Esta perspectiva teórica ha permitido visibilizar las formas complicadas de exclusión en salud (Sena et al., 2023).

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipos de investigación

La investigación se desenvuelve bajo la orientación cualitativa, la cual, según Hernández Sampieri (2014), permite comprender las experiencias, percepciones y significados que las personas atribuyen a los fenómenos que viven, dentro de su propio contexto. Este enfoque resulta pertinente para analizar cómo los moradores del barrio Arena y Sol, en la parroquia José Luis Tamayo, acceden a los servicios de salud considerando su situación económica, la infraestructura disponible y sus valoraciones sobre la calidad del servicio que ofrecen los centros asistenciales públicos.

Asimismo, se exploró la participación de servicios privados y el rol que cumplen las farmacias como alternativa o complemento ante las limitaciones del sistema público. Esta situación ha llevado a muchos ciudadanos a recurrir a clínicas privadas, aunque su acceso suele estar condicionado por los costos elevados o a resolver sus necesidades cotidianas de salud en farmacias locales, donde predominan prácticas informales de atención y orientación en salud, sin una supervisión médica profesional.

Desde el punto de vista del diseño metodológico, se trata de una investigación de tipo descriptivo- exploratoria y de carácter fenomenológico, ya que busca describir e interpretar cómo viven y experimentan los habitantes del sector el proceso de acceso a la atención médica. Se indaga en las decisiones que toman al momento de buscar atención priorizando entre farmacias, centros privados o servicios públicos y se examinan las condiciones sociales, económicas y territoriales que influyen en estas decisiones, en el contexto actual del año 2025.

Para ello, se acudió directamente a fuentes primarias de información, es decir, a los propios moradores del barrio, quienes compartieron sus percepciones, costumbres, criterios personales y vivencias relacionadas con el sistema de salud. A partir de sus testimonios, fue posible identificar factores como el entorno económico, la ubicación geográfica de los servicios públicos y la valoración subjetiva de la atención recibida, elementos que inciden directamente en el ejercicio de su derecho a la salud.

En cuanto al proceso de selección de los participantes, se empleó un muestreo no

probabilístico por bola de nieve, una técnica que permite acceder a personas con experiencias específicas y relevantes para el objeto de estudio. Este método parte del contacto inicial con algunos informantes clave en este caso, moradores que enfrentan barreras en el acceso a los servicios médicos quienes, a su vez, recomiendan a otros ciudadanos que también cumplen con los criterios del estudio. Esta estrategia fue útil para generar una red de confianza que facilitó la recolección de datos. Se trabajó con una muestra de 15 personas, cuyas experiencias aportaron una visión rica y diversa sobre las inequidades que persisten en el acceso a los servicios de salud en la comunidad.

3.2 Operacionalización de las variables

Figura 1 Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Preguntas	instrumento
Equidad en el acceso a servicios de salud	La equidad en la salud implica que todas las personas tengan oportunidades igualitarias para el alcance en salud	Disponibilidad de servicios	Narrativa sobre la existencia y operatividad de centros de salud en la comunidad	¿Conoce usted centros médicos en la comunidad? ¿puede mencionarlos?	entrevista semiestructurada
		Accesibilidad geográfica y económica	Experiencias relacionadas con la distancia, transporte y costos asociados a la atención médica	¿Considera usted que los miembros de la comunidad tienen acceso a los servicios de salud? ¿Por qué?, ¿Considera que tiene un costo elevado la atención de estos centros médicos? (sustente su respuesta), ¿Tienen los centros de salud de la localidad médicos especialistas? (sustente su respuesta)	entrevista semiestructurada
		inclusión cultural y social	Relatos sobre el trato que brinda el personal de salud y las consideraciones de prácticas culturales locales	¿considera usted que existan diferencias entre los centros de salud públicos y centros de salud privados? ¿puede detallar el por qué?, ¿Cómo calificaría usted la atención del personal médico en los centros de salud pública y en el centro de salud privada? (en que sustenta su respuesta), ¿considera usted que los centros médicos públicos o privados respetan las costumbres y tradiciones tales como las dietas de la mujer después del parto, el mal de ojo, o dolor de oído?	entrevista semiestructurada

Figura 2 Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Preguntas	instrumento
		Calidad percibida de la atención	opiniones sobre la calidad de atención, tiempo de espera y resultados obtenidos	¿Está satisfecho/a con la atención médica que ha recibido? (sustente su respuesta), ¿confía en los servicios médicos disponibles en su comunidad? ¿Por qué?	entrevista semiestructurada
		sistema de comunicación para motivación comunitaria	descripciones de la participación en comités barriales y toma de decisiones	¿Ha participado en alguna actividad relacionada con la salud en su comunidad? (sustente su respuesta), ¿Cómo se involucra la comunidad en la mejora de servicios de salud? (sustente su respuesta)	entrevista semiestructurada

3.3 Población, muestra y período de estudio

La presente investigación posee un propósito y es el de analizar la igualdad en el acceso a los servicios de salud en el barrio Arena y Sol ubicado en la parroquia José Luis Tamayo perteneciente al cantón salinas. Este sector se identifica por alojar una población diversa, compuesta principalmente por familias de ingresos medios y trabajadores informales, lo que da a conocer una extensa diversidad de condiciones sociales y culturales. La elección de este barrio como objeto de investigación responde la necesidad de comprender cómo estas situaciones influyen en el acceso de igualdad en la atención médica (González & García, 2015).

De acuerdo con las estadísticas municipales más recientes, el barrio Arena y Sol cuenta con aproximadamente 2.225 habitantes distribuida en 17 manzanas. Esta localidad incluye personas de distintas edades, género, nivel educativo y situaciones socioeconómicas, no obstante, un número considerable de los habitantes ha mencionado las dificultades para acceder a servicios médicos en este último periodo, lo que demuestra la existencia de brechas estructurales que llegan a afectar de manera desigual a determinados grupos dentro de la comunidad.

Para esta indagación se aplicó un muestreo no probabilístico por bola de nieve, característico de las orientaciones cualitativas, especialmente útil cuando se requiere acceder a personas con experiencias significativas relacionadas con el fenómeno de estudio. Este tipo de muestreo

permitió identificar a ciudadanos que enfrentan dificultades en el acceso a los servicios de salud, a partir de las recomendaciones realizadas por los primeros participantes contactados en el barrio Arena y Sol. Así se construyó una red de informantes clave que compartieron sus vivencias y perspectivas desde la confianza y el conocimiento compartido de la realidad local.

La muestra estuvo compuesta por 15 personas adultas que residen en el barrio desde hace al menos cinco años, que han intentado acceder a atención médica en los últimos doce meses y que aceptaron participar de forma voluntaria. Estos criterios de inclusión fueron fundamentales para asegurar la pertinencia de los testimonios con respecto al objetivo de la investigación.

La información se recolectó mediante entrevistas semiestructuradas, con el propósito de explorar en profundidad las experiencias, percepciones y factores sociales, económicos e históricos que influyen en las decisiones relacionadas con el acceso a la atención médica. Este tipo de entrevista ofrece flexibilidad al investigador y permite que los participantes expresen libremente sus puntos de vista, lo cual es coherente con el enfoque fenomenológico del estudio (González & García, 2015).

El periodo de estudio se despliega entre los meses de mayo y junio del 2025. Durante este tiempo se lleva a cabo la recolección de datos, el análisis cualitativo y sistematización de los descubrimientos. La investigación se guía por principio éticos e interactivos, que aseguran la aprobación de los habitantes manteniendo informado y con la confidencialidad de los testimonios y el respeto hacia todos los participantes, A través de este proceso se espera contribuir conocimientos significativos que favorezcan a la reflexión de acción en torno a la igualdad en el acceso a la salud en las entidades similares (Del Pezo Reyes, 2024).

3.4 Técnicas que se usó para la recolección de datos/mecanismos de base de información

Para el aumento de esta investigación se ocupa procesamiento cualitativo como meta para obtener datos concretos, amplios y contextualizadas acerca del acceso a los centros médicos para los moradores de barrio Arena y Sol. La combinación de procesamientos permite entender lo que realmente están viviendo sobre temas ligados al acceso de salud (Torres, 2023).

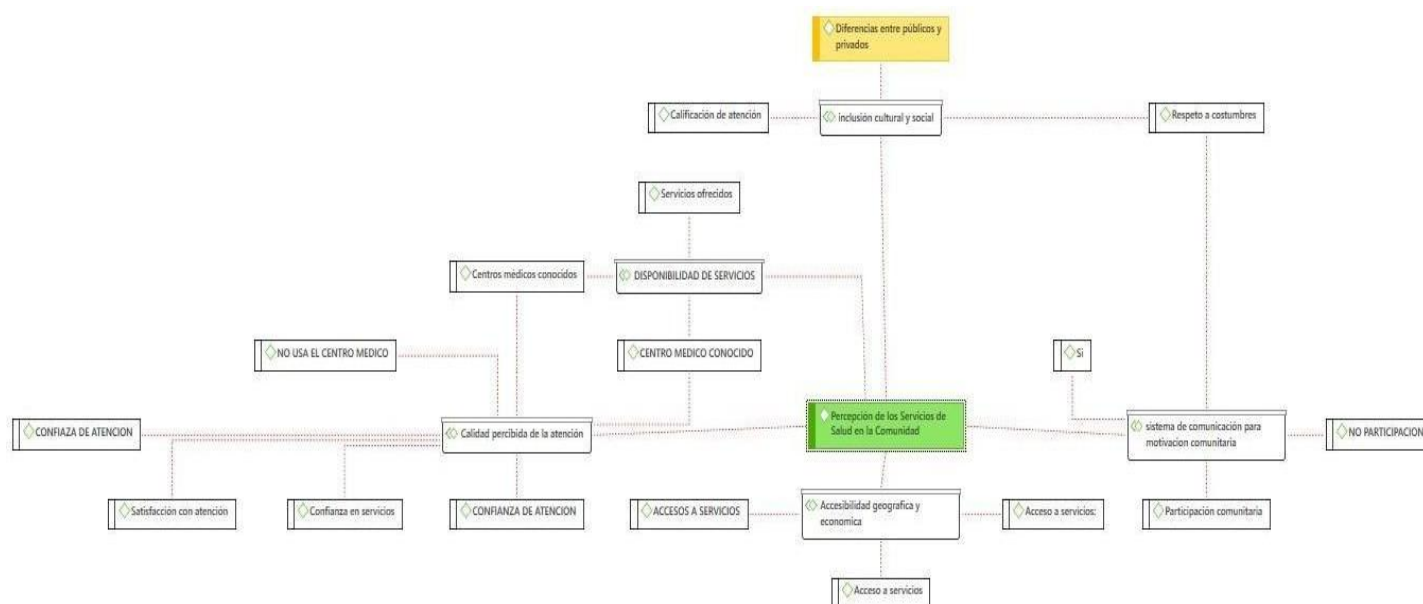
La entrevista semiestructurada es la técnica principal de obtención de información, su utilidad es para captar las vivencias, opiniones y emociones por parte de los participantes en relación con sus experiencias de vida, con el procedimiento de salud esa técnica trascendió de manera especial y valiosa para plantear escenarios de vulnerabilidad que se encuentran presentes en grupos como adultos mayores personas con discapacidad enfermedades crónicas (Ibarra Sáiz et., al 2023).

Como herramienta de investigación se proyecta una guía de entrevistas metódicas con preguntas abiertas, orientada a explorar los elementos sociales, económicos y culturales que determinan el acceso a los servicios de salud. Los ejes temáticos que se abordan incluyen: calidad del servicio que recibe, tiempo de espera, trato por parte del personal, barreras económicas, culturales o geográficas y propuestas de perfeccionamiento desde la participación de la comunidad (Guerrero Castañeda et al., 2023).

Las metodologías y los instrumentos se aplican bajo un enfoque participativo y ético, promueve un ambiente de respeto y compañerismo entre el equipo científico y los participantes. se garantiza aprobación y mantener informado a la comunidad, la confidencialidad de los datos obtenidos y la promoción del diálogo abierto, conforme a los principios éticos de la investigación social (Martínez; L., & Gómez, P. 2024).

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Figura 3 Red Semántica (procesamiento ATLAS.ti)



El análisis cualitativo verificado a partir de los testimonios recolectados en la comunidad permitió identificar cinco extensiones claves que constituyen la experiencia de los ciudadanos frente a los servicios de salud como: disponibilidad de servicios, accesibilidad geográfica y económica, inclusión cultural y social, calidad observada de la atención y sistema de comunicación para la estimulación comunitaria. Estas dimensiones nacieron del proceso de codificación en ATLAS. ti y que manifiestan tanto las vivencias cotidianas como las evaluaciones subjetivas de los participantes. Disponibilidad de servicios se reconoce la presencia de diferentes centros médicos en la comunidad como el subcentro parroquial, la clínica García y compañías privados, los testimonios evidencian importantes restricciones en cuanto a la oferta de servicios.

En general, Se señala el abandono de expertos en el sistema público y la superioridad de atención general, Lo que reduce los conocimientos de disponibilidad efectiva. El que existan estos centros asistenciales no tienen la certeza de recibir un tratamiento general, en especial cuando se requiere de personal médico especialista.

Modelos característicos: falta de profesionales especialistas en centros asistenciales público, prevalece la medicina en general, esto permite ver una ruptura característica en la línea médica profesional.

Accesibilidad geográfica y económica

La accesibilidad de los bienes de salud se presenta de manera desigual, Los centros públicos son vistos como accesibles económicamente, Pero enfrentan obstáculos significativos como problemas para conseguir turnos, largas esperas, ilimitada capacidad de atención. Por otra parte, Los servicios privados brindan mayor rapidez y eficacia, Sin embargo, tienen un costo elevado que excluye a una buena parte de la población. Esta tensión entre lo accesible y lo eficiente configura una barrera estructural para el acceso igualitario.

Ejemplo representativo: “Lo privado es más rápido pero costoso”, y “En lo privado hay que madrugar para coger turnos y a veces no hay cupo”.

Inclusión cultural y social

Esta extensión evidencia el trayecto de distancia entre el sistema formal de salud y las experiencias culturales de la comunidad. Los colaboradores expresan incomodidad por la falta de reconocimiento hacia las tradiciones locales, Como el uso de Medicina natural, Lo que crea emociones de exclusión y desconfianza. Esta unión entre saberes populares y saber médico institucionalizado disminuye la relación entre expertos de salud y beneficiarios.

Ejemplo representativo: “Los médicos no respetan las costumbres, Impiden la automedicación y no aceptan la medicina natural”, Lo que refleja un conflicto cultural subyacente.

Calidad percibida de la atención

La apreciación de la disposición de la asistencia médica se modifica según el tipo de atención recibida. En el área privada, existen varios beneficiados que logran prácticas placenteras, Aunque restringidas por el factor económico. Por el contrario, la atención pública es calificada

como inconcebible o deficiente debido a las largas esperas, La escasez de personal y la limitada infraestructura. También se descubre que la calidad de servicio público está sujeta a los factores políticos, Lo que crea desequilibrio en su funcionamiento.

Ejemplo representativo: “Lo privado es ni malo ni bueno, Lo público depende de cómo está el gobierno” y” En lo público la atención es regular o mala por la espera y la falta de médicos”.

Procedimiento de declaración y colaboración local

Los antecedentes exponen una inconsistencia entre las respectivas entidades de salud y la colectividad. Un número alto de colaboradores manifiestan que no han asistido campañas comunitarias o brigadas médicas en la localidad. No obstante, buscan que tomen la iniciativa referente a la ejecución de cruzadas médicas constantes, quiere decir, que se debe mantener una igualdad para que se fortalezca la transmisión de información entre los entes públicos y la comunidad generando una motivación participativa.

Ejemplo representativo: “No he participado en actividades de salud” Aunque también se expresa que “Estaría de acuerdo en que se realicen campañas médicas con frecuencia”.

Visión integral: Conexiones entre las dimensiones

El examen está compuesto por espacios que consienten en percibir cómo las comunidades están concluyentes por una interrelación confusa de factores. La restringida disponibilidad de servicios con especialistas, en unión con barreras económicas y territoriales, Hacer caer en cuenta claramente en la calidad observada de la atención y en el nivel de confianza hacia el sistema. También, La falta de percepción cultural amenora las relaciones entre el sistema de salud y las prácticas locales, Mientras que la escasa colaboración comunitaria manifiesta insuficiencia en la táctica de comunicación institucional.

El manejo de ATLAS Ti proporcionó la construcción de una red semántica que se visibiliza, Permitiendo una lectura profunda de las dinámicas que afectan la experiencia comunitaria con los servicios de salud.

5. DISCUSIÓN

Se interpretan los hallazgos obtenidos desde el análisis cualitativo realizado con apoyo de ATLAS.ti, cruzando los datos empíricos con el marco conceptual y la literatura especializada. El objetivo es comprender cómo se configuran las percepciones comunitarias en torno al acceso y calidad de los servicios de salud en la comunidad de estudio.

La información recolectada fue sistematizada a partir de cinco dimensiones fundamentales: disponibilidad de servicios, accesibilidad geográfica y económica, inclusión cultural y social, calidad percibida de la atención, y comunicación para la motivación comunitaria. Estas categorías emergieron del trabajo de codificación abierta en ATLAS.ti, como se observa en la red semántica generada (ver imagen 2), donde los códigos como “Centro médico conocido”, “No hay especialistas”, “Automedicación” o “No he participado” permiten validar la recurrencia de experiencias compartidas por los participantes.

Desde una perspectiva estructural, los resultados evidencian un desequilibrio entre la capacidad instalada del sistema sanitario y las demandas concretas de la comunidad. Aunque la comunidad reconoce la existencia de centros médicos, predomina la percepción de la utilización de servicios de salud insuficiente, especialmente en el ámbito público, donde la falta de especialistas limita una atención integral. Este fenómeno ha sido ampliamente discutido en la literatura (OPS, 2022), que destaca cómo la escasez de recursos humanos especializados compromete la cobertura efectiva de salud.

La dimensión de accesibilidad revela una tensión constante entre lo público y lo privado. Los servicios públicos, aunque económicamente accesibles, están marcados por obstáculos operativos como largas filas, falta de turnos y tiempos de espera extensos. En contraste, los servicios privados son más ágiles, pero su alto costo los convierte en una opción excluyente para gran parte de la comunidad. Este resultado concuerda con estudios de acceso desigual a servicios esenciales en América Latina (CEPAL, 2020), donde se advierte que la capacidad de pago condiciona el derecho efectivo a la salud.

En cuanto a la inclusión cultural y social, los hallazgos evidencian una desconexión entre las prácticas comunitarias y el modelo biomédico dominante. Frases como “los médicos no aceptan la medicina natural” o “impiden la automedicación” reflejan una negación institucional hacia

saberes populares. Este divorcio cultural genera desconfianza y puede llevar al abandono del sistema formal de salud. Autores como Menéndez (2004) subrayan que esta falta de interculturalidad en los sistemas de salud reproduce inequidades estructurales.

La calidad percibida de la atención aparece fuertemente determinada por el contexto político y administrativo. Varios testimonios hacen alusión a que la atención en el sistema público depende “de cómo está el gobierno”, revelando una visión politizada de la gestión sanitaria. Esta variabilidad, sumada a la escasez de personal y recursos, genera experiencias negativas que afectan la legitimidad del sistema.

Finalmente, la escasa comunicación y participación comunitaria en actividades de salud revela una oportunidad no aprovechada por parte de las instituciones. La mayoría de los entrevistados manifestó no haber sido convocado a campañas o jornadas médicas. Sin embargo, también expresaron apertura hacia estas iniciativas, lo que sugiere que fortalecer el enlace entre comunidad e instituciones podría mejorar significativamente la percepción y el uso de los servicios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Acerca de la accesibilidad de servicios se comprobó que, aunque coexisten puntos de salud en la zona pública y privada los servicios que brindan son restringidos, principalmente en lo que concierne a atención técnica. La disponibilidad óptica no cambia en acceso real cuando los medios de atención no replica las necesidades de la localidad (Organización Mundial de la salud OMS 2021).

En accesibilidad geográfica y económica la localidad examina que los servicios públicos son más asequibles económicamente, por mostrar problemas como escasez de turnos, largas esperas y falta de infraestructura. Por otra parte, en las áreas privadas ofrece una atención ágil, pero aún alto costo creando exclusión de quienes no logran pagar. esto reproduce discrepancias estructurales en salud (Ceballos et al, 2020).

Acerca de los conocimientos culturales y sociales se localizó una brecha entre los conocimientos populares y el método de salud serio, en el cual refleja la depreciación de prácticas como el uso de medicina natural, esta separación produce susceptibilidad y reduce la garantía de las intervenciones institucionales (Kirmayer 2012).

Sobre la disposición percibida de la atención, las prácticas exponen una percepción frecuente de desequilibrio e insuficiencia en atención pública, mientras que el sector privado es criticado de forma heterogénea. Este avance está condicionado por factores políticos y económicos, perturbando la continuación de la atención y complacencia del beneficiario (INEC, 2022).

En cuanto a la declaración corporativa y participación comunitaria existe una frágil coyuntura entre el régimen de salud y la comunidad. La falta de campañas y participación, el empoderamiento de los residentes y la portación apropiada de los servicios de salud. esta extensión es decisiva para fortificar la relación entre instituciones y localidad (OPS, 2021).

Recomendaciones

Fortalecer los cuidados especializados en centros públicos, se recomienda que el Ministerio de salud pública ejecute programas de rotación de expertos en subcentros comunitarios, con

prioridad en zonas con menor cobertura. Esto posibilita disminuir la inferioridad del sistema privado y el ascenso en la igualdad territorial.

Establecer unidades comunitarias para retribución de turnos, se sugiere realizar métodos de turnos digitales y asequibles mediante iniciadores de salud comunitaria, para certificar una mayor eficacia y equilibrio en el acceso a consultas médicas.

Integrar las experiencias culturales en los cuidados médicos, es obligatorio capacitar a los profesionales en la salud sobre temas de interculturalidad, que examinen y valoren los saberes locales. La inserción de organizadores comunitarios con conocimientos de medicina tradicional logra facilitar el tema de unificación.

Optimar la infraestructura y fortificar la intrusión pública en los ejes de salud encaminados al barrio Arena y Sol ayudará a perfeccionar la percepción de calidad y la eficacia de los servicios. Esta iniciativa debe ir custodiada de apreciaciones participativas por parte de la comunidad.

Diseñar campañas comunitarias de salud periódicas preventivas e informativas y participativas en situaciones con líderes barriales y las organizaciones sociales. Esta actividad vigoriza la comunicación institucional y la discrepancia ciudadana de los servicios

REFERENCIAS

Hernández, M. (2008). Determinantes sociales de la salud y equidad. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 1–2. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/96572>

Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial (2023). Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo mundial 2023: resumen ejecutivo [PDF].

OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/375631>

Organización Mundial de la Salud (2023, septiembre 18). La iniciativa de proporcionar cobertura sanitaria universal sigue dejando desatendidas a miles de millones de personas [Comunicado]. OMS. <https://www.who.int/es/news/item/18-09-2023-billions-left-behind-on-the-path-to-universal-health-coverage>

Organización Mundial de la Salud (s.f.). Cobertura sanitaria universal (CSU) [Hoja informativa]. OMS. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-healthcoverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-healthcoverage-(uhc))

Organización Mundial de la Salud (s.f.). Medidas para abordar los determinantes sociales de la salud a fin de promover la equidad [PDF]. OMS.

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). Determinantes sociales de la salud [Hoja informativa].

OPS. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). Salud universal [Hoja informativa]. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>

Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud (2008). Comisión sobre determinantes sociales de la salud: Subsana las desigualdades en una generación (Informe Final) [PDF]. OMS/OPS.

https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=368-comision-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud-resumen-analitico-del-informefinal-2008&category_slug=equidad-en-salud&Itemid=493

Organización Mundial de la Salud (s.f.). Glosario de términos de promoción de la salud [PDF]. OMS.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (2012). Salud en las Américas. Capítulo 2: Determinantes e Inequidades en Salud [PDF]. OPS.

https://www.paho.org/salud-en-las-americas2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumenregional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). Marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal [PDF]. OPS/OMS.

Lampert Grassi, M. P. (2019). Sistemas nacionales de salud: Ecuador. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [PDF]. Cadena Ser. (2024). Uso estratégico del farmacéutico en zonas rurales para aliviar presión de atención primaria. <https://cadenaser.com>

Cadena Ser. (2025). Endeudamiento por servicios privados en comunidades saturadas. <https://cadenaser.com>

CES. (2024). Colaboraciones público-privadas en salud: equidad y mecanismos transparentes. Consejo Económico y Social de España.

COCEMFE. (2025). Informe sobre acceso a rehabilitación y barreras estructurales en personas con discapacidad. <https://www.cocemfe.es>

El País. (2021). La pandemia y la urgencia de reformar la gobernanza del sistema de salud. <https://elpais.com>

El País. (2021). Retrasos en la llegada de medicamentos innovadores por burocracia.
<https://elpais.com>

El País. (2024). Servicios ampliados en farmacias: cribados y programas comunitarios.
<https://elpais.com>

El País. (2025). El aumento del gasto privado y abandono del sistema público en clases medias.
<https://elpais.com>

EY. (2025). Informe sobre inversión privada en salud y riesgos de inequidad institucional.
Ernst & Young.

FIP. (2016). Pharmacy at a glance 2015–2017. International Pharmaceutical Federation.
<https://www.fip.org>

FIP. (2020). El rol de las farmacias comunitarias durante la crisis sanitaria. International
Pharmaceutical Federation.

FIP. (2023). Health literacy through community pharmacy empowerment.
International Pharmaceutical Federation.

Florido Alba, A. (2021). Farmacia y autocuidado durante la pandemia. Revista Farmacia y
Sociedad, 12(1), 55–61.

Herrera, J., & Plaza Reneses, R. (2020). Acceso a medicamentos y gasto farmacéutico en América
Latina. OCDE/Banco Mundial.

Médicos del Mundo. (2023). III Informe de barreras de
acceso al sistema sanitario. <https://www.medicosdelmundo.org>

Módulo Calidad Farmacia. (2020). Implementación de SGC en farmacias hospitalarias.
Ministerio de Salud.

OPS. (2020). Acceso a medicamentos esenciales en áreas rurales: desafíos y soluciones. Organización Panamericana de la Salud.

Sospedra Martínez, M. (2023). Impacto del copago en población vulnerable del SNS español. *Revista Española de Salud Pública*, 97(4), 441–449.

UNICEF. (2022). Participación comunitaria en salud y equidad en el acceso. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Valenzuela, M. (2020). El sistema de patentes y su impacto en el acceso a medicamentos esenciales.

Revista de Políticas Farmacéuticas, 14(2), 97–112.

ANEXOS

Apéndice 1. Evidencia



Apéndice 2. Instrumento. Entrevista a la población

Preguntas para entrevista de investigación

¿Conoce usted centros médicos en la comunidad? ¿puede mencionarlos?

¿Considera que los miembros de la comunidad tienen acceso a los servicios de salud?

¿Por qué?

¿Considera que tiene un costo elevado la atención en estos centros médicos? (sustente su respuesta)

¿Tienen los centros de salud de la localidad médicos especialistas? (sustente su respuesta)

¿Considera usted que existan diferencias entre los centros de salud públicos y centros de salud privados? ¿puede detallar el por qué?

¿Cómo calificaría usted la atención del personal médico en los centros de salud público y en los centros de salud privado? (en que sustenta su respuesta)

¿Considera usted que los centros médicos públicos o privados respetan las costumbres y tradiciones tales como: ¿las dietas de la mujer después del parto, el mal de ojo y el dolor de oído?

¿Está satisfecho/a con la atención médica que ha recibido? (sustente su respuesta) ¿Confía en los servicios médicos disponibles en su comunidad? ¿Por qué?

¿Ha participado en alguna actividad relacionada con la salud en su comunidad? (sustente su respuesta)

¿Cómo se involucra la comunidad en la mejora de servicios de salud? (sustente su respuesta)

Link de entrevista

<https://drive.google.com/file/d/1ZoXACx3TkoVfDK0ToTgzaQZySaiuDpFD/view?usp=drivesdk>