

# Acceso a servicios de salud y desarrollo sostenible en la Parroquia San Carlos, Quevedo, 2024

Access to health services and sustainable development in the San Carlos parish, Quevedo, 2024

**Jaydi Eulalia Martínez-Alcívar<sup>1\*</sup>**

<https://orcid.org/0009-0006-6173-6646>

Servidora Pública del Ministerio de Salud, Ecuador

**Victor Manuel Solórzano-Méndez<sup>2</sup>**

<https://orcid.org/0000-0002-5972-3364>

Universidad Península de Santa Elena, Ecuador

\* Autor para correspondencia. Correo electrónico: Jaydimartinez@gmail.com

## Resumen

La salud pública constituye una fuente principal de atención a las poblaciones en los diferentes contextos en los que se dificulta el acceso al dinero, y las adquisiciones económicas son insuficientes para obtener servicios de salud privados. La parroquia de San Carlos posee varias limitantes en los sistemas de salud pública que pueden obstaculizar el desarrollo sostenible de este contexto rural. El objetivo de este estudio es caracterizar el sistema de salud de la parroquia San Carlos, Quevedo y su relación con el desarrollo sostenible. El estudio realizado es una investigación explicativa, de corte dialéctico, donde se caracteriza el sistema de salud en la parroquia San Carlos, Quevedo y su relación con el desarrollo sostenible en este consejo popular rural. Se trabajó con 15 sujetos, con tiempo de residencia en la comunidad, se aplicaron instrumentos como la entrevista y la observación. Los principales resultados muestran que en la parroquia San Carlos no es la excepción de la realidad de un sistema de salud público limitado a nivel nacional, realidad que es aún más crítica para las zonas rurales como la de esta parroquia, esto se evidencia en el único Subcentro de salud existente al no contar con el personal suficiente, ni los equipos necesarios para brindar una atención oportuna a la población. En la parroquia el servicio de salud con accesibilidad universal, debe constituir la base de un servicio que focaliza la disminución de las desigualdades en salud y las iniquidades en la prestación de servicios y sucede al contrario.

**Palabras clave:** acceso a salud, comunidad, desarrollo sostenible, servicios de salud.

## Abstract

Public health constitutes a main source of care for populations in different contexts in which access to money is difficult, and economic purchases are insufficient to obtain private health services. The parish of San Carlos has several limitations in the public health systems that can hinder the sustainable development of this rural context. The objective of this study is to characterize the health system of the San Carlos parish, Quevedo and its relationship with sustainable development. The study carried out is an explanatory, dialectical investigation, which characterizes the health system in the parish of San Carlos, Quevedo and its relationship with sustainable development in this popular rural council. We worked with 15 subjects, with time of residence in the community, instruments such as interview and observation were applied. The main results show that the San Carlos parish is not the exception to the reality of a limited public health system at the national level, a reality that is even more critical for rural areas like this parish, this is evident in the only Existing health subcenter does not have sufficient personnel or the necessary equipment to provide timely care to the population. In the parish, the health service with universal accessibility must constitute the basis of a service that focuses on the reduction of health inequalities and inequities in the provision of services and the opposite happens.

**Keywords:** access to health, community, sustainable development, health services.

## Introducción

La salud pública constituye una fuente principal de atención a las poblaciones en los diferentes contextos en los que se dificulta el acceso al dinero, y las adquisiciones económicas son insuficientes para obtener servicios de salud privados. El sistema de salud se debe integrar con todos los sistemas de la sociedad actual, sin embargo existen aún necesidades de atención sanitaria y de salud en diferentes contextos que no han podido ser satisfecho por las prioridades gubernamentales o estatales (Santana González *et al.*, 2023).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es la encargada de gestionar los cometidos del Capítulo 6 de la Agenda 21, que persigue la

protección y mejora de la salud de las personas. La salud es, a su vez, un componente esencial del desarrollo sostenible. Las necesidades de la atención sanitaria primaria, especialmente en zonas rurales, las enfermedades contagiosas, la protección de los grupos vulnerables, los retos que plantea la salud en el medio urbano, y los riesgos para la salud de la contaminación y los peligros medioambientales, fueron destacados en 1992 como principales áreas del programa del Capítulo 6 (Brundtland, 2002).

Existen innumerables vías de interacción entre el desarrollo sostenible y la salud humana, donde la OMS trabaja sistemáticamente en algunas de estas áreas. En muchos países (esencialmente países desarrollados) se comienza a abordar la cuestión desde dos alternativas viables en la relación salud-desarrollo sostenible. Una primera es centrarse en los beneficios sociales, económicos y medioambientales derivados a largo plazo de la inversión en la salud de las personas y la otra vía es el hacer énfasis en las repercusiones que el deterioro medioambiental tiene sobre la salud, destacando especialmente el impacto del medio ambiente sobre la salud de los niños, adolescentes y adultos mayores (Brundtland, 2002).

La salud es una dimensión importante y un indicador sensible del desarrollo sostenible. La salud representa el efecto colectivo de las condiciones de vida a nivel social, económico y material. Una población saludable posibilita mayor productividad laboral y mayores ingresos económicos en los hogares debido a su participación en el mercado laboral, lo que crea oportunidades para un crecimiento más inclusivo y sostenible (Bloom & Canning, 2000).

Las desigualdades estructurales, que definen la jerarquía social en los países, también establecen diferencias en las necesidades de salud, recursos, y capacidad para moverse en los sistemas de salud (Frenz & Vega, 2010). Las intervenciones del sector de salud no son suficientes por sí solas para mejorar la salud de la población y el bienestar social. Para mejorar los determinantes sociales de la salud se requieren además políticas y acciones a partir de otros sectores como el económico, la educación, el transporte, la vivienda, la agricultura, y otros. Por lo tanto, el sector de la salud debe actuar como líder para canalizar las acciones intersectoriales orientadas a corregir las desigualdades en los determinantes sociales de la salud, mejorando la salud y disminuyendo las inequidades en salud (De Andrade *et al.*, 2015).

Los países latinoamericanos se caracterizan por su herencia colonial y por desigualdades socioeconómicas marcadas y persistentes, con va-

lores del Índice Gini (medida de la desigualdad de ingresos en un país) entre los más altos del mundo. La pobreza y la desigualdad empeoraron substancialmente en la década de 1980 y las desigualdades aumentaron hasta fines de la década de 1990, cuando el Índice Gini promedio para América Latina alcanzó valores de más de 58 (Gasparini *et al.*, 2014). Entre 1990 y 2004, la igualdad en los ingresos se siguió deteriorando en varios países de Latinoamérica, pero mejoró en otros (Figura 1). En el 2004, América Latina tuvo el más alto Índice Gini de ingreso promedio, con valores de 52.5, 8 puntos más alto que Asia, 18 puntos más alto que Europa del Este y Asia Central, y 20 puntos más alto que los países de ingresos altos.[14] Sin embargo, a partir de 2005, debido al crecimiento económico y a políticas sociales destinadas a abordar la pobreza y las desigualdades socioeconómicas, la igualdad en los ingresos comenzó a mejorar, como lo muestra el Índice Gini (De Andrade *et al.*, 2015).

Uno de los cuestionamiento que se les hace a los sistemas de salud es que deben evaluar e aquellos aspectos más importantes para la población local, como los resultados de salud, confianza en el sistema, atención adecuada y experiencia del paciente o cliente. Esta evaluación es esencial para otorgar responsabilidades y garantizar mejoras en el sistema; sin embargo, las medidas disponibles no detectan varios de los procesos y resultados que más importan a las personas necesitadas de atención a la salud (Kruk *et al.*, 2018).

Los datos que aportan las grandes investigaciones científicas son parámetros que producen información deficiente, lo que implica una considerable carga económica y de tiempo para el personal sanitario. Por ejemplo, a pesar de que es habitual que las encuestas recaben datos sobre insumos tales como medicamentos y equipos, estos no guardan una relación estrecha con la calidad de la atención que reciben los pacientes. Otros indicadores, como por ejemplo la proporción de partos asistidos por personal especializado, no reflejan la calidad de la atención durante el parto y podrían conducir a una falsa seguridad respecto de los avances logrados en materia de salud (Cid *et al.*, 2021).

La parroquia de San Carlos, Quevedo, se nutre del sistema de salud a nivel nacional, mediante un corte realizado por el INEC al año 2019 se puede apreciar que se identifica a los equipamientos de salud público con una representación a nivel nacional del 29% (183) del total de unidades de salud, esto quiere decir hospitales, clínicas, Subcentro, del Ministerio de Salud Pública, IEES (Instituto Estatal de Seguridad Social) y otras instituciones adscritas al estado, siendo el saldo restante

del 71% (450) de unidades de salud de la empresa privada donde la gran mayoría realizan actividades con fines de lucro (Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2020–2023). Sin embargo aún persisten muchas insuficiencias que determinan la necesidad de viabilizar el acceso al sistema de salud de esta región rural.

El objetivo de este estudio es caracterizar el sistema de salud de la parroquia San Carlos, Quevedo y su relación con el desarrollo sostenible.

## **Materiales y Métodos**

El estudio realizado es una investigación explicativa, de corte dialéctico, donde se caracteriza el sistema de salud en la parroquia San Carlos, Quevedo y su relación con el desarrollo sostenible en este consejo popular rural.

Las categorías de análisis han sido valoradas desde el paradigma cualitativo ya que el mismo permite adentrarse en las cuestiones esenciales del sistema de salud y sus posibles relaciones dialécticas con el desarrollo sostenible en esta región del Ecuador.

La entrevista aplicada a los sujetos seleccionados, recoge los principales indicadores de análisis de las categorías, y estos se centran en:

- Acceso a los sistemas de salud.
- Relación salud-desarrollo de la comunidad.
- Elementos que obstaculizan el acceso a los sistemas de salud.
- Elementos que facilitan el acceso a los sistemas de salud.
- Logros del sistema de salud en la parroquia.

El análisis de los resultados se realizará a partir del uso de la técnica análisis de contenido (Hernández & Mendoza, 2020) la cual tiene como objetivo analizar la información relacionada con las características de la expresión del acceso a los sistemas de salud y su relación con el desarrollo sostenible por parte de los sujetos de investigación. Empleado para analizar la evolución de los procesos de formación de estas acciones, la influencia social y otras teorías asociadas, posibilitando organizar la información recopilada desde un sistema de categorías y/o indicadores que facilite su mejor y profesional interpretación.

Los sujetos de investigación se constituyeron en 15 sujetos, los cuales fueron seleccionados por su experiencia en la participación directa en el acceso a los sistemas de salud, constituyendo informantes claves de

la investigación, con más de 10 años de convivencia en la parroquia y tener conocimientos del funcionamiento social y de salud de este contexto rural.

Entre las limitantes en la aplicación de las técnicas se mostró los bajos niveles educacionales de los sujetos de la investigación, las respuestas escuetas y concretas respecto al tema analizado, lo cual generó el aumento de nuevas preguntas dirigidas con la intención de aglutinar mayor información viable y veras sobre la temática abordada y evidenciar los indicadores elaborados a partir de las categorías valorativas. Se les aplicó la entrevista a 28 sujetos en total y por las limitantes de las respuestas solo quedaron 15 sujetos que pueden ser utilizadas sus respuestas como válidas para este estudio.

Desde el punto de vista ético, los participantes recibieron información precisa sobre la investigación y se confirmó que los resultados serán anónimos y las respuestas servirán para implementar acciones posteriores de mejora en los sistemas de salud de la parroquia.

## Resultados y Discusión

La salud siempre será un tema de mejoramiento continuo, y la parroquia San Carlos no es la excepción de la realidad de un sistema de salud público limitado a nivel nacional, realidad que es aún más crítica para las zonas rurales como la de esta parroquia, esto se evidencia en el único Subcentro de salud existente al no contar con el personal suficiente, ni los equipos necesarios para brindar una atención oportuna a la población, e incrementa los problemas existentes en la Parroquia.

En la tabla 1 y 2 se puede apreciar que los sujetos de investigación poseen un tiempo relativamente grande de convivir en esta parroquia y sus edades superan los 25 años en su mayoría, lo cual le brinda validez a sus criterios valorativos sobre la problemática analizada.

**Tabla 1.** Edad de los sujetos de investigación

Edad	Sujetos	%
15-25	5	33.33
26-30	1	6.66
31-40	3	20
41-50	4	26.66
51-65	2	13.33
Total	15	100

**Tabla 2.** Años de residencia en la parroquia de los sujetos de investigación

Años de residencia	Sujetos	%
0-15	6	40.00
16-30	5	33.33
31-50	2	13.33
51-70	2	13.33
	15	100

En el análisis de la categoría “Accesos a los sistemas de salud”, 11 sujetos (73.33 %) conocen los sistemas de salud y poseen acceso a los mismos, no siendo así a los restantes 26.66 % de los entrevistados. Entre los accesos más señalados están la vacunación, la medicina familiar y general y la odontología, y en solo el 13.33 % poseen acceso a obstetricia. Esto evidencia que los sistemas básicos aun brindan acciones muy elementales de los servicios, no siendo así en los servicios especializados de atención médico-sanitaria en esta parroquia.

En el análisis de la categoría “Relación salud-desarrollo de la comunidad” se expresan valoraciones como: *“Una comunidad saludable atrae inversiones y oportunidades económicas, lo que fomenta el desarrollo”*, *“La salud comunitaria reduce el ausentismo laboral y escolar, mejorando la productividad y el desarrollo educativo”*, *“La prevención de enfermedades mejora la calidad de vida y libera recursos para otras áreas de desarrollo”*, *“Mejor salud reduce el crimen y la violencia, creando un entorno más seguro y próspero”*. En estas valoraciones podemos apreciar que los miembros de la comunidad que la relación entre la salud y el desarrollo de una comunidad, ineludiblemente pasa por la transversalización de la salud en sus diferentes servicios y acciones para los seres humanos en sus contextos, donde genera bienestar que se traduce en mayores oportunidades de trabajo, disminución de la mortalidad y aumento de la natalidad, así como todos los procesos de gestación de paz y tranquilidad ciudadana en esos contextos y sus consecuencias prosociales en la formación y educación de los menores y jóvenes comunitarios.

En sentido contrario si no existe un sistema sanitario y de salud que responda, al menos, a las necesidades básicas de la población, esto incrementa el malestar cotidiano y genera pobreza, decesos y aumento de las enfermedades que se exponen en cada año en esos contextos sociales.

Otras referencias a los sujetos entrevistados señalan que: *“Una población saludable contribuye con mayor energía y creatividad al desa-*

*rrollo de proyectos comunitarios”, “La buena salud es fundamental para una vida activa y productiva, lo que beneficia a toda la comunidad”, “La salud comunitaria garantiza que todos puedan trabajar y estudiar mejor, contribuyendo al progreso común”, “Menos enfermedades significan menos gastos médicos y más recursos para mejorar la infraestructura de la comunidad”, “La salud es esencial para el bienestar general, y sin ella, la comunidad no puede avanzar de manera efectiva”.* Los sistemas de salud deben ser capaces de mantener una atención priorizada a las acciones sectoriales, interdisciplinarias, comunitarias e intersectoriales dirigidas y orientadas al mejoramiento de las condiciones higiénico-epidemiológicas que determinan las enfermedades transmisibles que más impactan en el cuadro de salud del contexto comunitario, los cuales afectan al medio ambiente, señalando como esencial énfasis las enfermedades de transmisión hídrica, por alimentos y vectores, en la lucha antivectorial, así como el programa contra la insalubridad y los programas materno infantil.

Esta relación de la salud con el desarrollo se debe fundamentar en la formulación de políticas públicas que constituyan prácticas de subsistencia en función de la sostenibilidad para las diferentes áreas de gobierno, desde, por y para la salud. En función del modelo estimado de la Agenda de desarrollo 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible pactados por la Organización de Naciones Unidas, según la ONU, se ha creado a rango mundial un comportamiento y responsabilidad de las naciones, para que logren desarrollar enfoques de multisectorialidad, interculturalidad, participación ciudadana, igualdad de género, en función de la formulación de políticas basadas en las evidencia para potenciar la salud pública, lo cual depende en gran medida de los actores que actúan en función de ella (González *et al.*, 2017).

Dentro de los sujetos que refieren que han podido acceder al sistema de atención de salud del Centro de Salud San Carlos, las valoraciones refieren que aún existen demoras en las citas para la atención diferenciada y rápida, lo que dificulta la posibilidad de eliminar algunas enfermedades que no pueden esperar para su tratamiento o atención especializada, esta última casi imposible acceder a ella. Algunas valoraciones lo expresan: *“Sí puedo acceder, aunque no siempre es fácil conseguir una cita rápida, he accedido a servicios en el centro de salud San Carlos”, “Sí, he utilizado los servicios del centro de salud San Carlos, aunque a veces la espera es larga”, “Sí, he recibido atención en el centro de salud San Carlos para problemas menores y consultas preventivas”,*

*“Sí, he utilizado los servicios del centro de salud San Carlos para obtener recetas y atención primaria”.*

La categoría “Elementos que obstaculizan el acceso a los sistemas de salud”, muestra que aún existen limitantes que puedan incidir negativa en la atención que se brindan en los sistemas de salud de esta parroquia, y estas pueden apreciarse en las siguientes valoraciones: *“A veces hay largas esperas para conseguir una cita con el médico en el centro de salud”*, *“La falta de médicos especializados en ciertos horarios puede dificultar la atención inmediata”*, *“La distancia desde mi hogar hasta el centro de salud puede hacer que sea difícil llegar allí a tiempo para las citas programadas”*, *“La falta de información clara sobre los servicios disponibles y los procedimientos a seguir puede ser confusa”*, *“La falta de infraestructura adecuada y equipamiento médico puede limitar la calidad de los servicios de salud”* y *“La falta de personal capacitado y suficiente puede llevar a una atención médica apresurada o incompleta”*. Estos criterios exponen dificultades que sobrepasan análisis subjetivos en relación a los sistemas de salud de esta parroquia y emergen con situaciones objetivas que paralizan, limitan, eliminan la posibilidad de una atención de salud acorde a las necesidades de los miembros comunitarios y sus demandas médicas.

Coinciden con estos resultados las conclusiones de Di Fabio et al. (2020) cuando exponen que el servicio de salud con accesibilidad universal, ya sea por su localización en la misma comunidad o por la inexistencia de barreras económicas o de otro tipo, es la base de un servicio que debe apuntar a la disminución de las desigualdades en salud y las iniquidades en la prestación de servicios para favorecer el desarrollo de la comunidad en sus diferentes dimensiones sociales y económicas.

Otros criterios sobre esta misma categoría son: *“La falta de acceso a tecnología médica avanzada puede limitar las opciones de tratamiento disponibles en el centro de salud”*, *“Prefiero pagar por servicios de salud privados porque siento que la atención es más rápida y personalizada. No tengo tiempo para esperar largas colas en el centro de salud público”*, *“No confío en la limpieza y la higiene del centro de salud público. Me preocupa contraer alguna enfermedad adicional al ir allí. Por eso, evito ir y busco otras opciones para mi atención médica”*, *“He tenido malas experiencias en el pasado con la calidad de la atención y la disponibilidad de medicamentos en el centro de salud público. Por eso, prefiero buscar atención médica en clínicas privadas donde puedo recibir un mejor trato”* y *“La falta de seguimiento o continuidad en el*

*tratamiento puede dificultar la gestión de condiciones crónicas*". Estos señalamientos develan las ineficiencias del sistema de salud pública en esta parroquia, desde la falta de tecnología básica para pruebas médicas especializadas, hasta el tratamiento del personal de salud a los pacientes en las consultas establecidas.

Para Sama & Benítez (2019), el desempeño en los sistemas de salud no es algo que dependa exclusivamente del trabajador, sino que es consecuencia de una estructura directiva capaz de dirigir sus motivaciones y el trabajo, donde la productividad se constituya el resultado de la armonía y la articulación entre la tecnología, la organización, los sistemas y los recursos humanos, administrados por las personas, siempre que se consiga la combinación óptima o equilibrada de los recursos y la eficiencia.

Desde otro análisis la categoría "Elementos que facilitan el acceso a los sistemas de salud" evidencia potencialidades en este tipo de sistema de salud pública que puede incidir directamente en el desarrollo de la parroquia y que versan sobre: *"El horario extendido del centro de salud permite que pueda ir después del trabajo, sin tener que perder tiempo en mi jornada laboral"*, *"El sistema de citas en línea del centro de salud hace que sea fácil programar consultas y evita largas esperas en la recepción"*, *"La accesibilidad para personas con discapacidades está bien considerada en el centro de salud, lo cual es muy importante para mí"*, *"El seguimiento regular y las campañas de salud pública en la comunidad promueven la conciencia y prevención de enfermedades"*, *"La facilidad para obtener medicamentos recetados en la farmacia del centro de salud evita la necesidad de buscar en otros lugares"* y *"La atención médica gratuita en el centro de salud es fundamental para mí, ya que no tengo seguro privado y no podría pagar por servicios médicos de otra manera"*. Estos elementos pueden considerarse favorecedores de la atención médica y compensan, en alguna medida, las deficiencias analizadas anteriormente, pero no son suficientes para develar un sistema de salud eficiente y eficaz que llegue a todos los miembros de la comunidad con la calidad demandada y otros factores socioeconómicos que inciden en su desarrollo.

Esto tiene coincidencias con los criterios de Vidal *et al.* (2014) que expone que las diferencias socioeconómicas en salud se deben reflejar en las medidas generales de salud, como la esperanza de vida, la mortalidad por todas las causas, y autopercepción de salud. La situación socioeconómica también está relacionada con la prevalencia y el curso de la enfermedad y la autovaloración de la salud. Las desigualdades

socioeconómicas en salud son evidentes en las causas específicas de la enfermedad, discapacidad y muerte prematura, incluyendo cáncer de pulmón, enfermedad coronaria, accidentes y suicidio.

Se considera que las diferencias en salud no sólo son una gran injusticia social, y marcan los determinantes asociados a ella, tales como la pobreza, las drogas, las condiciones laborales, el desempleo, el apoyo social, la buena alimentación y la política de transporte. Todos ellos influyen directamente en las persona desde la niñez; y en los estilos de vida promotores de salud. Otra arista es el entorno social que representa una complejidad mayor como mediador y moderador entre la conducta y el medio ambiente en la determinación de la salud de la población (Wilkinson & Pickett, 2009).

En el análisis de la categoría “Logros del sistema de salud en la parroquia” los principales versan sobre (información recogida en la entrevista, donde los criterios similares expuestos aquí, superan el 66.66 % de los entrevistados):

**Reducción de la mortalidad infantil y materna:** Los servicios de salud han implementado programas efectivos de atención prenatal, parto seguro y cuidado postnatal, lo que ha llevado a una disminución notable en las tasas de mortalidad infantil y materna en la parroquia.

**Mejora en la cobertura y acceso:** Se ha ampliado la cobertura de servicios de salud, asegurando que más residentes de la parroquia tengan acceso a atención médica básica y especializada, independientemente de su ubicación o situación socioeconómica.

**Prevención y control de enfermedades:** A través de campañas de vacunación, programas de salud pública y educación sanitaria, se ha logrado controlar y prevenir la propagación de enfermedades infecciosas como la malaria, el dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores.

**Mejora en la salud materna e infantil:** Los servicios han implementado iniciativas para mejorar la nutrición materna e infantil, así como para promover la lactancia materna exclusiva, lo que ha llevado a una mejora en los índices de crecimiento y desarrollo infantil y a una reducción de la desnutrición infantil.

**Fortalecimiento de la atención primaria de salud:** Se ha fortalecido la capacidad de los centros de salud locales para proporcionar atención primaria integral, incluyendo la gestión de enfermedades crónicas, atención de emergencias y promoción de estilos de vida saludables.

En relación a los resultados mostrados por los investigadores en este estudio, existe coherencia con los obtenidos por Akhtar, (2014), quien

determinó que la participación social en salud, en especial para los grupos más marginados, tiene un valor intrínseco, dado que constituye un derecho humano, y un valor instrumental, ya que ayuda a elevar la calidad asistencial y promueve la responsabilidad social de los sistemas de salud.

Tangcharoensathien *et al.* (2018), también refiere que las personas y las comunidades son expertos en sus experiencias locales y, con un apoyo más calificado, pueden emplear estos conocimientos para ayudar a crear soluciones valiosas para la problemática de la calidad asistencial, donde la participación social puede incrementar la utilización y sostenibilidad de los servicios de salud. Si bien la composición de la sociedad civil varía por país, la capacidad de este sector para exigir rendición de cuentas a los gobiernos por la prestación de servicios de salud de alta calidad radica en la diversidad de perspectivas, las oportunidades para participar y actuar, y la disponibilidad de información precisa y comprensible (Howard-Grabman *et al.*, 2017).

Otro de los resultados que emergen de este estudio evidencia las carencias sentidas por los miembros de la comunidad, tales como: “*Creo que el servicio de salud pública necesita más personal médico y enfermeras para reducir los tiempos de espera y mejorar la atención*”, “*Se necesita una mejor gestión de los recursos y una mayor transparencia en el manejo de los fondos para garantizar que se utilicen de manera eficiente*”, “*Mejorar la coordinación entre diferentes niveles de atención médica, desde el centro de salud hasta los hospitales, para asegurar una atención continua y efectiva*”, “*Invertir más en programas de educación y promoción de la salud para empoderar a la comunidad en el autocuidado y la prevención de enfermedades*”, “*Establecer programas de seguimiento y atención integral para pacientes con enfermedades crónicas que necesitan cuidados continuos y especializados*”, “*Invertir en programas de bienestar comunitario y participación activa para empoderar a los residentes en su autocuidado y salud preventiva*”, “*Es necesario mejorar la capacitación del personal de salud en habilidades de comunicación y atención al paciente para ofrecer un servicio más humano y comprensivo*” y “*Creo que el centro de salud debería fortalecer la capacitación en primeros auxilios y salud rural entre los líderes de la comunidad para emergencias comunes como accidentes agrícolas*”. Estas demandas generadas a partir de necesidades sentidas de la población de la parroquia San Carlos, identifica y genera conciencia de las limitantes que aún persisten en este sistema de salud comunitario, que puede incluso, sostenerse desde apoyos familiares y el vínculo con los jóvenes estudiantes

de medicina que pueden aportar mayor ayuda, desde su preparación y atención a los problemas de salud de este contexto.

Estas problemáticas muestran relativa similitud con las investigaciones realizadas en Colombia por Bonal-Ruiz *et al.* (2017), donde analizaron que la salud familiar y comunitaria representa un campo en el cual convergen la salud pública, la medicina clínica, los determinantes de la salud, la promoción y prevención, la epidemiología y la atención primaria y su práctica simboliza un campo dinámico que no solo constituye un área curricular relevante en este país, sino también un escenario donde es esencial desarrollar y potenciar habilidades y actitudes, y es en la práctica comunitaria, donde los estudiantes pueden incorporar hábitos, es decir, ciertos esquemas de acción y pensamiento para situarse problemáticamente frente a la difícil realidad de la que son partícipes.

Otro estudio de Rodríguez-Gómez *et al.* (2023) refiere que el desarrollo óptimo de un programa de salud familiar y comunitaria requiere el interés y la participación de todos los actores para potenciar el desarrollo local. Es en la organización de las actividades y la motivación que se genere en el empoderamiento del estudiante de medicina para orientar a la familia e interactuar con ella desde y para realizar un óptimo desempeño basados en los modelos de salud familiar y comunitaria, lo que supone la necesidad de crear un interés genuino, tanto por parte de los estudiantes como de los miembros de la comunidad (Dois-Castellon & Bravo-Valenzuela, 2019).

## Conclusiones

En esta parroquia el servicio de salud con accesibilidad universal, ya sea por su localización en la misma comunidad o por la inexistencia de barreras económicas o de otro tipo, debe constituir la base de un servicio que focaliza la disminución de las desigualdades en salud y las iniquidades en la prestación de servicios y no al contrario. Para ello se precisa un cuidado que se ubique en el ser humano y no en su enfermedad, lo cual es fundamental para una atención saludable, que debe incluir la salud comunitaria en función del desarrollo de la misma, elementos que aún no satisfacen el sistema de salud imperante en este contexto.

En la medida que se logre satisfacer las demandas de salud en esta parroquia, esto se convertirá en un componente esencial de la sostenibilidad, con un efecto sobre sucesivas generaciones y sobre el desarrollo de la misma, aumentando las condiciones que favorecen una buena salud se recibe, a cambio, recompensas sostenibles en términos de

una mayor esperanza de vida, calidad de vida, bienestar económico, medioambiental y social.

La salud y el bienestar de las personas deben formar parte del eje articulador de esta parroquia para revertir las limitantes y superar las demandas que hace la población al sistema de salud pública, lo cual impacta directamente en los tres pilares del desarrollo sostenible, es colocar a las personas y a la salud humana en el centro del desarrollo sostenible y ganar en calidad en estos servicios de atención médica-sanitaria.

## Referencias Bibliográficas

- Akhtar, A. (2014). Health care regulation in low-and middle income countries: a review of the literature. *Health Policy and Health Finance Knowledge Hub: Working Paper Series*, (14).
- Bloom, D. E. & Canning, D. (2000). Policy forum: publichealth. The health and wealth of nations. *Science*, 287, 1207–09.
- Bonal-Ruiz, R., Marzán-Delis, M., Garbey-Acosta, A. (2017). Identificación de competencias en promoción de salud en médicos de familia de Cuba. *Estudio cualitativo. Atención Familiar*, 24(1), 32-9.
- Brundtland, G. H. (2002). Salud y desarrollo sostenible. *ICE, Revista de Economía*, 800, 173-179.
- Cid, C., Flores, G., Del Riego, A., & Fitzgerald, J. (2021). Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e95.
- De Andrade, L. O. M., Pellegrini Filho, A., Solar, O., Rígoli, F., de Salazar, L. M., Serrate, P. C. F., & Atun, R. (2015). Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudios de caso en países latinoamericanos. *Medic Review*, 17(S1), 53-61.
- Di Fabio, J. L., Gofin, R., & Gofin, J. (2020). Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2193.
- Dois-Castellon, A, Bravo-Valenzuela, P. (2019). Buen trato en Centros de Atención Primaria chilena, ¿privilegio o derecho humano? **Revista Cubana de Medicina General Integral**, 35 (4). e813. <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/813>
- Frenz, P. & Vega, J. (2010). Universal health coverage with equity: what we know, don't know and need to know. *First Global Symposium on Health Systems Research*; Montreux, Switzerland.

- Gasparini, L., Cruces, G., & Tornarolli, L. (2014). Recent trends in income inequality in Latin America. <http://www.ecineq.org/milano/WP/ECINEQ2009-132.pdf>
- González, Rojo E, Álvarez-Dardetb C, López, Fernández, L. A. (2017). Towards a public health oriented from the social determinants of health: report of a workshop. <http://www.gacetasanitaria.org/es-hacia-una-salud-publicaorientada-articulo-S021391117302212>
- Hernández, Sampieri, R., & Mendoza, C. (2020). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-hill.
- Howard-Grabman L, Miltenburg AS, Marston C, Portela A. (2017). Factors affecting effective community participation in maternal and newborn health programme planning, implementation and quality of care interventions. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17, 268.
- Kruk, M., Gage, A., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H., Roder-DeWan, S., & Pate, M. (2018). Sistemas de salud de alta calidad en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: es hora de una revolución. *The Lancet global health*, 6(11), e1196-e1252.
- Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2020–2023. Parroquia Rural San Carlos Cantón Quevedo, Provincia de Los Ríos. [https://gadsan-carlos.gob.ec/media/sancarlosquevedo/rendicion\\_archivos/PDOT\\_SAN\\_CARLOS\\_2020\\_2023.pdf](https://gadsan-carlos.gob.ec/media/sancarlosquevedo/rendicion_archivos/PDOT_SAN_CARLOS_2020_2023.pdf)
- Rodríguez-Gómez, R., Platarrueda Vanegas, C. P., & Córdoba González, Y. (2023). Experiencia de estudiantes de medicina en un programa universitario de salud familiar y comunitaria de Bogotá (Colombia). *Revista Ciencias de la Salud*, 21(2), 1.
- Samá, Muñoz, D. & Benitez, Perez, K. (2019). Calidad directiva y su influencia en la productividad. Experiencias de la Empresa de Cemento “Mártires de Artemisa”. *Folletos Gerenciales*, 23(3), 12-34. <https://folletosgerenciales.mes.gob.cu/index.php/folletosgerenciales/article/view/211>
- Santana-González Y, Manzano-García M, Valdés-García L, Soler-Nariño O, Bring-Pérez Y, Hernández-Despaigne R, Leonard-Danger E. (2023). Experiencia del personal de salud frente a la COVID-19 en las zonas rojas de Santiago de Cuba. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, 39(3), e276. <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/2076>
- Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. (2018). Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet* 2018; 391: 1205–23.
- Wilkinson RG, Pickett K. (2009). *The Spirit Level, Why More Equal Societies usually do better*. London: Allen Lane/Penguin Press.

Vidal Gutiérrez D, Chamblas García I, Zavala Gutiérrez M, Müller Gilchrist R, Rodríguez Torres MC, & Chávez Montecino A. (2014). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de concepción, CHILE. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 6174.

### **Conflictos de intereses**

No existe conflicto de intereses en este estudio.

### **Contribución de autoría**

Los autores han trabajado al 50% en la búsqueda de bibliografía, selección de los textos e revisión, análisis de los datos recolectados, elaboración y escritura del artículo y socialización de los resultados en el contexto aplicado.