Enviado: 30/05/2024 Recibido: 12/06/2024 Aceptado: 12/07/2024
https://americancollege.edu.ec/revista/

EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN LOS SECTORES URBANO Y RURAL DEL CANTÓN CUENCA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19.

Celeiro Hiraldez, Silvia Cristy[1]
Siavichay Meneses, Paulina Anabel[2]
Verdugo Ríos, Andrés Santiago[3]

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es determinar mediante el procedimiento de evaluación y análisis sistemático no experimental, la forma de atención que ha prestado el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en las distintas comunidades de la zona urbana y rural del Cantón Cuenca durante el periodo de pandemia COVID -19. La investigación se basó en un diseño comparativo no experimental, con las técnicas de la observación de hechos y fenómenos en el área de la salud y la aplicación de la Encuesta Nacional Multipropósito de Hogares, elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-INEC, obteniendo de esta manera datos cuantitativos y cualitativos directamente del entorno, para posteriormente analizarlos, estableciendo semejanzas y diferencias de la forma de atención entre el sector rural y urbano del Cantón Cuenca, durante la pandemia Covid-19.

De la Encuesta Nacional Multipropósito de Hogares se retomó la sección salud, elaborada en diciembre 2020 y actualizada por el equipo de investigadores en el año 2023, de la cual se analizaron un total de 1100 encuestas, el 45% en el sector rural y el 55% en lo urbano, arrojando algunos datos favorables en el sector rural, manteniendo el mismo índice que en el 2020.

Esta diferenciación en los años ha sido comparados con los mismos temas que en el 2023 para constatar si hubo o no mejoría, las categorías objeto de análisis fueron: la atención al paciente, atención en tiempo satisfactorio, instalaciones y equipos adecuados, cuidado de la salud para la prevención de enfermedades y las expectativas de la población.

Palabras Clave: evaluación sanitaria, encuesta multipropósito, pandemia Covid-19

[1] Tecnóloga en Paramedicina, Instituto Superior Tecnológico American College, E-mail: silvia.celeiro@americancollege.edu.ec, ORCID: https://orcid.org/0009-0008-1302-9204
[2] Estudiante de Paramedicina, Instituto Superior Tecnológico American College, E-mail: anabelpaulina895@gmail.com, ORCID: https://orcid.org/0009-0002-9180-644X
[3] Docente- investigador Instituto Superior Tecnológico American College, E- mail: andres.verdugo@americancollege.edu.ec, ORCID: https://orcid.org/0009-0008-6808-0461

EVALUATION OF PUBLIC HEALTH SERVICES IN THE URBAN AND RURAL SECTORS OF THE CUENCA CANTON IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC.

ABSTRACT.

The objective of this research is to determine, through the non-experimental systematic evaluation and analysis procedure, the form of care that the Ministry of Public Health and the Ecuadorian Institute of Social Security has provided in the different communities of the urban and rural area of the Cuenca Canton during the COVID pandemic period 19. The research was based on a non-experimental comparative design, with the techniques of observation of facts and phenomena in the area of health and the application of the National Multipurpose Household Survey prepared by the National Institute of Statistics and Censuses-INEC, obtaining in this way quantitative and qualitative data directly from the environment, to later analyze them by establishing similarities and differences in the form of care between the rural and urban sectors of the Cuenca Canton, during the Covid-19 pandemic.

The health section was taken from the National Multipurpose Household Survey, prepared in December 2020 and updated by the team of researchers in 2023, of which a total of 1,100 surveys were analyzed, 45% in the rural sector and 55% in the rural sector. % in the urban sector, showing some favorable data in the rural sector, maintaining the same index as in 2020. This differentiation in the years has been compared with the same issues as in 2023 to verify whether or not there was an improvement, the target categories Analysis were: patient care, care in satisfactory time, adequate facilities and equipment, health care for the prevention of diseases and the expectations of the population.

Keywords: Health evaluation, multipurpose survey, Covid-19 pandemic

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud ecuatoriano, durante el tiempo de pandemia enfrentó muchos obstáculos para poder lograr un buen desempeño, siendo uno de sus puntos más débiles la atención de pacientes contagiados con el Virus Sars-CoV-2, no sólo en zonas urbanas, sino en zonas rurales.

Debido a esta situación, se activaron las alarmas que hicieron de manera urgente establecer un plan de acción al Ministerio de Salud Pública del Ecuador para enfrentar con mayor organización y efectividad la atención a pacientes de todas las zonas en este tipo de circunstancias, como fue la pandemia COVID-19. Luego de esta problemática de salud pública se analizaron algunos datos sumamente importantes, que dieron pauta a muchas interrogantes que se sostenían antes de la pandemia, siendo una de las más importantes las diferencias notables en zonas rurales y urbanas con respecto al servicio de salud.

Una de las conclusiones que se llegó, después de este período de pandemia, fue que las personas de zonas rurales optaban más por la medicina natural, proveniente de plantas medicinales ancestrales, en afecciones digestivas y respiratorias, según las personas entendidas en la materia, asegurando que “fortalece el sistema inmunológico y el tratamiento de afecciones respiratorias, permitiendo contrarrestar la sintomatología del COVID-19” (Musuña, S. y Salguero, C.,2022)

La pandemia trajo consigo un registro considerable de muertes tanto en las zonas rurales y urbanas, precisamente por la falta de atención médica que se agudizó durante el periodo de la COVID-19, dando una señal de alarma al Ministerio de Salud Pública, reconociendo la falta de acceso de servicios sanitarios en estas localidades, así como la falta de acceso a la telemedicina que durante el tiempo de pandemia se implementó como la nueva forma de atención en Salud.

Con el paso de los años, tenemos que en el periodo 2023 se ha podido observar que la atención, tratamiento y seguimiento aún presentan muchas dificultades tanto en el sector rural como en lo urbano, pudiendo llegar a ver uno que otro cambio en la perceptiva de los encuestados en zonas rurales y urbanas del Cantón Cuenca.

MARCO TEÓRICO

El Derecho a la Salud en la Constitución de la República del Ecuador

En la Constitución de la República del Ecuador del 2008, la salud constituye en uno de los derechos fundamentales del ser humano al igual que la alimentación, educación, vivienda, la seguridad social, las condiciones de bienestar y un sano desarrollo integral.

Así en el art. 32 de la Constitución del 2008 establece lo siguiente:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Asamblea, 2008)

El ente rector del sistema de Salud en el país, le corresponde al Ministerio de Salud Pública (MSP) que garantiza el derecho a la salud, es responsable de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de los establecimientos de salud comunitaria. Además el propósito es mejorar la calidad del servicio que se brinda a la comunidad y repercutir positivamente en el estado de la salud de la población ecuatoriana.

En efecto el Ministerio de Salud Pública- MSP durante la pandemia tuvo una función primordial en la atención de salud a raíz de los problemas presentados en el tiempo de la pandemia COVID-19 en Ecuador, se apreció la diferenciación marcada de educación, promoción de salud, atención y tratamiento en las zonas rurales como zonas urbanas del Cantón Cuenca.

De igual manera los artículos 358 y 359 señala acerca del Sistema Nacional de Salud en la Constitución del 2008, reconoce el sistema de salud como política pública y tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional (MSP, 2021, pp 2-30) Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la

promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social (MSP, 2021, págs. 2-30)

En el Art. 363 se menciona la responsabilidad del Estado con respecto a:

- Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

-Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

-Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

-Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.

-Brindar atención y cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

-Garantizar la disponibilidad y el acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos, que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población, entre otros (MSP, 2021)

No cabe duda que estos derechos contemplados en la Carta Magna deben ser prioridad del Estado, destinar los fondos necesarios para los insumos médicos, personal, equipamiento, seguimiento y monitoreo en los diferentes sectores tanto urbano como rural.

Es imperativo por parte de los diferentes gobiernos de turno, velar por la salud integral de toda la población, sin exclusión ni discriminación alguna.

El Plan Decenal de Salud 2022 - 2031

El Plan Decenal de Salud en el Ecuador, constituye la política nacional del Sistema Nacional de Salud para el decenio 2022-2031, cuyo objetivo es mejorar el nivel de salud, la calidad de vida de la población del país y hacer efectivo el derecho a la salud (MSP, 2022, pp. 4-114), reconoce al modelo de atención integral de salud a nivel individual, familiar y comunitario superando las desigualdades sociales y territoriales. Asimismo el Ministerio de Salud Pública elaboró el Plan Decenal de Salud 2022-2031 para enfrentar los problemas sanitarios estructurales entre las estrategias encontramos las siguientes:

-Promoción de una alimentación saludable, actividad física y reducción del consumo de productos nocivos para mantener una vida saludable.

-Apoyo al desarrollo local sostenible y entornos saludables, seguros e inclusivos.

- Promoción de hábitos de vida que permitan a las personas a lo largo del curso de la vida ejercer un mayor control sobre su salud y su entorno; considerando los enfoques: intercultural, intergeneracional, de género y medicina tradicional, complementaria e integrativa (MSP, 2022, pp. 56-58)

Durante este tiempo, la prevención y atención primaria en salud ha sido de gran valor, no solo para evitar el contagio del virus sino para enfrentar otras enfermedades que afectan el normal desarrollo del ser humano y de manera especial a pacientes en situación de vulnerabilidad o de atención prioritaria como son niños, niñas y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, adultos mayores, pueblos y nacionalidades indígenas.

Con la aparición de la pandemia se incrementaron las disparidades en el Ministerio de Salud Pública de Cuenca, se agudizaron los principales obstáculos para el acceso a la salud

tanto de la población rural como la urbana, debido a la falta de personal en los servicios de salud, pésima infraestructura, equipamientos tecnológicos deficientes en las instituciones públicas para la atención al paciente.

Hay que tener en cuenta que se comenzó la modalidad de telemedicina, con un porcentaje considerable durante la pandemia, sin embargo, se olvidó que las condiciones de acceso a la tecnología en zonas rurales lo colocaban a estos pacientes en una posición de desventajas con respecto al sector urbano, aumentando los casos de contagios en las diferentes comunidades, muchas de ellas recurrieron a la medicina alternativa y/o tradicional para mitigar su delicada situación de salud.

En el Plan decenal de salud debe contemplar la prevención de enfermedades transmisibles para garantizar el acceso al conjunto de intervenciones de salud pública, cuya finalidad será reducir la exposición a los factores de riesgo de la salud y favorecer los entornos saludables. Debe promover el trabajo in situ- en territorio con el fin de llegar a lugares apartados en donde muchas veces no llega el personal médico por diferentes factores entre ellos las vías en mal estado, la inexistencia de recursos materiales y económicos, complicando la atención integral de la comunidad como ocurre en la mayoría de zonas alejadas del casco urbano.

Políticas públicas de salud en zonas rurales de Ecuador

En el 2008 se reformó la Constitución de 1998, así la Nueva Carta Magna se enfocaría en el Proyecto del Buen Vivir o Sumak Kawsay en temas concernientes con la salud, educación y el cuidado de la naturaleza, para hacer de ello un derecho primordial de todos los ecuatorianos. De esta manera el tema de salud integral buscó construir un nuevo modelo de atención que no estuviera centrado en las enfermedades y servicios curativos-paliativos, sino en la prevención y promoción de la salud de personas, familias y comunidades. “El modelo comenzó ofreciendo servicios de salud gratuitos a toda la población, lo que aumentó la utilización de los servicios de salud en un 300 % durante el período comprendido entre 2008 y 2016. Además de una fuerte inversión en infraestructura de salud, el país aumentó los salarios del personal sanitario y contrató a más de 5000 profesionales de la salud entre 2012 y 2015” (Vera, L., et al., 2022)

Asimismo la cobertura en el área de salud debería avanzar hacia los sectores rurales sin excepción alguna en la medida que se desarrollan los sistemas de salud, por tal motivo los gobiernos de turno deben representar los intereses y necesidades de toda la población y, por lo tanto, deben hacer esfuerzos con todo su contingente para llegar a todos los procesos de cobertura universal de salud. Sin embargo se continúa vulnerando los derechos en materia de salud de la población urbana y aún más la población rural, siendo el objetivo del presente estudio determinar la forma de atención que ha prestado el Ministerio de Salud Pública en las distintas comunidades de la zona urbana y rural del Cantón Cuenca durante el periodo de pandemia COVID -19. Por lo que es necesario analizar conforme el acceso a los servicios para la población de estas zonas y cómo se vieron afectadas.

A partir del 2018 comienza un proceso privatizador de los servicios sociales (educación, salud, seguridad social, etc.) con el modelo biomédico[4] como base, “no sólo el sistema público

[4] Proceso tradicional de salud que considera que los sistemas de atención y los agentes de la salud son social y culturalmente independientes e irrelevantes.

en Ecuador estaba en completa ruina, sino que la atención médica privada estaba increíblemente fragmentada, era costosa e inaccesible para la mayoría de la población

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) establece que en Ecuador existen 1149 parroquias de las cuales 790 son rurales y 359 urbanas, esto es un 69 % de su población, una cifra no distante de la estadística mundial (Veliz, 2019) por lo que el mayor presupuesto estaría destinado en la prevención, atención y tratamiento de salud en los lugares de pobreza y extrema pobreza consideradas sectores en situación de mayor vulnerabilidad sea zona rural o urbano marginal.

La reforma sanitaria en las zonas rurales del Ecuador a partir del 2008.

En el Ecuador la reforma del área de salud a partir de la Nueva Constitución definió una población de atención para el sector rural y urbano marginal, teniendo como objetivo brindar Cobertura Universal de Salud en centros de atención primaria y servicios hospitalarios, mediante la renovación y construcción de nuevos centros de salud en las zonas rurales.

Se impulsaron campañas gratuitas de los servicios de salud desde el 2008, los datos han mostrado que los quintiles 1 y 2 de pobreza se beneficiaron económicamente mediante la propia reforma, aunque se mantenían costos importantes, principalmente para la compra de medicamentos y consultas médicas privadas (Malo, 2014) La reforma estableció una agenda muy ambiciosa, pero se vio obstaculizada por restricciones legales, políticas y operativas.

Las poblaciones rurales coincidieron en que recibieron mayor atención y mejor asistencia después de la implementación de la reforma. También se encontraron estigmas en la población rural que complican la comunicación sobre los servicios y beneficios de la reforma. Lo relacionado con lo público y lo privado siguió siendo un tema determinante para estas zonas en el momento de decidir en qué institución se atendían, puesto que por una parte creían que la asistencia pagada era de mayor calidad que la asistencia gratuita, al tiempo que señalaban que los hospitales públicos estaban mal equipados y no tenían buenos médicos. Por último, dudaban de la calidad de los medicamentos gratuitos, asegurando que no estaban bien elaborados. Programas de salud para determinados grupos de población; la posibilidad de visitas domiciliarias para pacientes de emergencia; mejoras en diagnóstico, atención obstétrica y odontología; y un mayor enfoque en los servicios preventivos se mencionaron como mejoras a nivel general (Guerra, 2016)

La evaluación de los (sub)centros de APS[5] por parte del Ministerio de Salud Pública MSP, y la supervisión de la presencia de los médicos fueron vistas positivamente por parte de las comunidades de manera especial las más alejadas del casco urbano. Durante este periodo se valoró que la población hizo el legítimo derecho de denunciar los problemas presentados en las diferentes áreas: prevención, atención y evaluación de los sistemas de salud. Las actitudes del personal del sub-centro de APS fueron percibidas como buenas y la evaluación de la atención de los médicos fue evaluada positivamente. Asimismo el personal y los líderes comunitarios de los sectores rurales tuvieron mayor participación en la prevención y atención de casos de crisis sanitaria y en la gestión de atención médica.

[5] Atención Primaria de Salud, tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la población que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

La crisis sanitaria en la pandemia Covid-19 y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social En América Latina y el Caribe.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), son los organismos encargados de realizar el análisis y el informe de la evolución de la pandemia y sus implicaciones en la salud, la sociedad y la economía, por tanto, definen escenarios nada alentadores de manera especial para los países pobres, profundizando aún más las brechas de desigualdades entre ricos y pobres, población rural y urbana. Si bien se observan algunas señales positivas de recuperación económica y se reconocen diferentes tipos de respuesta de los sistemas de salud para el control de la pandemia, es necesario enfatizar la persistencia de condiciones estructurales de inequidad en materia de salud en la región.

Además, en un contexto en que la pandemia de COVID-19 aún no se ha controlado, se mantienen los retrocesos sociales en materia de pobreza y extrema pobreza.

Así tenemos que:

> La prolongación de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha cobrado cerca de un millón y medio de vidas en América Latina y el Caribe y ha dado lugar a más de 44 millones de casos confirmados desde su aparición en la región, en febrero 2020. La región acumula cerca de una quinta parte de los casos confirmados de COVID-19 y alrededor del 30% de las muertes en todo el mundo, a pesar de tener solamente el 8,4% de la población mundial. Las condiciones de vulnerabilidad que caracterizan a América Latina y el Caribe la han hecho especialmente sensible a los efectos de la pandemia. (CEPAL-OPS, 2021 a.)

En este sentido, en este informe se pone de relieve cómo las debilidades históricas de los sistemas de salud y las desigualdades estructurales, características de la región, han dificultado el control de la pandemia.

La necesidad de incurrir en gastos privados para tener un acceso equitativo y oportuno a la salud aumenta el riesgo de empobrecimiento de las personas, sobre todo de las que se encuentran en situación de vulnerabilidad, que de manera recurrente tienen un estado de salud más precario y necesitan mayor atención en salud (Bárcena, A.,y Carissa, E., 2021)

> Los países de América Latina y el Caribe se caracterizan por presentar condiciones estructurales de desigualdad, inequidad, vulnerabilidad y exclusión social que se combinan y reproducen con la informalidad y precariedad del empleo, la debilidad de los sistemas de protección social y las estructuras productivas con escaso nivel de integración y limitadas capacidades para mantener niveles de crecimiento sostenibles. Estas condiciones se reflejan en la estructura institucional de los sistemas de salud que se han visto exacerbadas por la pandemia (CEPAL-OPS, 2021 b.)

Estos sistemas de salud subfinanciados, segmentados y fragmentados han ocasionado sistemas de protección social débiles e insuficientes, en donde la población ha sentido que sus necesidades básicas son insatisfechas.

METODOLOGÍA

Se manejó una investigación cuantitativa de diseño no experimental, cuyo instrumento de evaluación fue a través de la Encuesta Nacional Multipropósito de Hogares sección de salud realizada en diciembre 2020 y actualizada en el año 2023, se obtuvieron 706 encuestados en el sector urbano y 593 en el sector rural.

En este sentido se tomaron datos como tiempo y calidad de la atención en el Ministerio de Salud Pública y en el Instituto de Seguridad Social, diferenciando zonas urbanas y rurales del Cantón Cuenca. De igual manera se analizaron diferentes lecturas de fuentes documentales para el diseño del marco teórico y el conocimiento de la problemática entre los grupos identificados, planteando preguntas de investigación a nivel rural en las parroquias: Baños, Chaucha, Cumbe, Nulti, San Joaquín, Santa Ana y en las parroquias urbanas Machángara, El Batán, San Blas, San Sebastián, Yanuncay.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La investigación se enfocó principalmente en Ministerio de Salud Pública (MSP) y el IESS (porcentaje en el sector urbano el 96% y en el sector rural con el 90%)

Algunos factores se analizaron en el presente trabajo investigativo como la atención que prestan los profesionales de salud, la calidad y calidez, el tiempo de espera para ser atendido, pago por medicamento, pago por hospitalización, calificación del servicio de atención recibida entre otros.

Se determinó que los establecimientos del IESS alcanzan un 80% de percepción favorable en comparación con los establecimientos del MSP con un 74% en zonas urbanas.

Preguntas seleccionadas basadas en la Encuesta Nacional Multipropósito de Hogares sección de salud actualizadas 2023

Tabla 1. Evaluación del Tiempo en la atención en zonas rurales y urbanas.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	OBSERVACIONES
Tipo de área en que vive.	1: 500 / 2 : 600	Rural: 1 / Urbana: 2
¿Conoce de algún caso donde una persona estuvo enferma, con dolor, accidente, etc.?	1: 450 Familiar: 350 Amigo: 100 2: 600 Familiar: 520 Amigo: 80	Sí: 1 / No: 2 Familiar o amigo.
¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido en algún establecimiento público de salud?	1: 500 2: 600 Urgencias: 3 min / 15 min Consulta: 5 -8 min / 30-40 min	1: Rural / Urbana: 2 Indicar en minutos, horas, días o meses. Colocar ejemplo en Urgencias y Consultas
¿Tuvo que realizar algún pago en algunos de los establecimientos públicos del Ministerio de Salud?	1: 500 Medicinas: 310 2: 600 Medicinas: 490	En caso de haber cancelado algún rubro, colocar el servicio pagado. Ejemplo: Pago de exámenes de sangre.
¿Ha recibido atención respetuosa?	1: 500 Siempre. 2: 600 Pocas veces. No tienen paciencia. Se dirigen con mala forma y desgano. Atienden primero a sus conocidos. Hospital del IEES: 320 Municipales: 280	En caso de no haber recibido buena atención indicar el incidente y dónde ocurrió.
¿Tuvo una explicación clara de su estado de salud, diagnóstico y tratamiento?	1: 500 2: 600 SÍ: 455 / 20 NO: 45 / 580	Indicar: Sí o No
Clasifique la atención que recibió en el servicio de salud.	Rural: Urbano: 1: 305 / 50 2: 95 / 40 3: 80 / 300 4: 20 / 210	Muy bueno: 1 Bueno: 2 Regular: 3 Malo: 4

Tabla 2. Evaluación de la calidad del servicio en establecimientos públicos de salud 2023.

Nivel de Satisfacción.		Establecimientos del MSP. Urbano/ Rural		Establecimientos del IESS. Urbano/ Rural		Total Urbano. %	Total Rural. %
Favorable	*Muy bueno*	30	230	20	110	50 (8%)	340 (68%)
	Bueno	50	60	40	50	90 (15%)	110 (22%)
	Regular	95	6	200	30	295 (49%)	36 (7%)

Desfavorables	*Malo*	105	4	60	10	165 (28%)	14 (3%)
Total encuestados.		280	300	320	200	600 (100%)	500 (100%)

Tabla 3. Comparación de tiempos (minutos) de espera en establecimientos públicos de salud 2023.

Tiempo en horas	MSP. Urbano/ Rural		IESS. Urbano/ Rural		Total Urbano.	Total Rural.
Minutos	0	0	0	0	0	0
Máximo	30	5	40	8	40	8

Tabla 4. Encuesta a nivel de IESS zona rural y urbana 2023

Preguntas	Respuestas	Total
Área	1.Área rural/ 2.Área Urbana	50 (100%)
¿La atención ha sido respetuosa?	1. SI: 3 2. No: 47	- 50 (100%) - 3 (6%) - 47 (94%)
¿Obtención de explicación ha sido entendible?	1.Si: 17 2.No: 33	- 17 (34%) - 33 (66%)
¿Las instalaciones y equipos son los adecuados?	1.Si: 50 2.No: 0	- 50 (100%)
¿Le han brindado consejos para el cuidado de la salud?	1.Si: 38 2.No: 12	- 38 (76%) - 12 (24%)
¿Han tenido promoción de salud para la prevención de enfermedades?	1.Si: 29 2.No: 21	- 29 (58%) -21 (42%)

La pandemia COVID-19 ha enseñado que se debe mejorar todos los parámetros expuestos y resumidos en esta investigación para no volver a vivir las situaciones de negligencia y falta de atención en calidad, tiempo, insumos y demás que se presentaron en el pasado.

Analizando las diferencias entre el sector urbano y rural, mediante los datos presentados en las tablas, se vuelven significativas en todas las preguntas, confirmando que las dimensiones de la calidad del servicio son influenciadas por la zona en el cual se encuentra el establecimiento y la cantidad de asistentes al mismo, siendo mejor valoradas en el sector rural durante el año 2020 en el contexto de la Pandemia Covid-19, a pesar de algunas diferencias, no definitorias en el área urbana.

Con la actualización de las tablas en el año 2023, se aprecia que no existe un giro en la calidad del servicio en los mismos sectores, donde la zona mejor valorada se mantiene en la rural, se determina que estos datos invariables se debe a que en las zonas rurales, producto de la pandemia, aumentó el número de pacientes que antes no aportaban al IEES, manteniendo la misma atención que se ha brindado en estas zonas en los años anteriores, donde al existir muy pocos pacientes, daba la posibilidad de una atención de mayor calidad, se entiende y se evidencia en éste distrito.

De igual manera no es justificativo no seguir en las mejoras en la calidad y calidez en la atención médica, dotación de insumos, sobre todo si con el aumento de pacientes ha aumentado las aportaciones al IESS.

En este estudio se estableció que existen diferencias marcadas en los tiempos de atención medidos en horas entre el sector urbano y rural, siendo el tiempo del sector rural menor al del sector urbano, según lo reportado por los encuestados en el 2023, esto se dio por la cantidad de personas que utilizan el servicio en la zona urbana versus la cantidad de personas que asisten a estas instalaciones en la zona rural, así mismo se arrojaron los mismos datos a favor de la zona rural en tiempo valorado en minutos, siendo aún positivos en zonas rurales.

CONCLUSIONES

Es evidente que esta investigación estuvo destinada a comparar los servicios públicos de salud entre el sector urbano y rural, teniendo en cuenta los objetivos de la misma.

Se llega a la conclusión que la percepción favorable sobre el servicio es mayor en el sector rural en relación con el sector urbano con respecto a la calidad, promoción de salud e instalaciones, siendo estas diferencias muy marcadas y explicadas en el desarrollo de esta investigación.

Otra conclusión importante se puede mencionar que en zonas rurales, la atención a la población era más respetuosa y cordial que en zonas urbanas, así mismo el factor tiempo favorecía a las comunidades más alejadas por la cantidad de habitantes que se presentaban en sectores urbanos. Esto no significa que el grupo que compone lo rural no debe seguir mejorando los tiempos de atención, para que se logren mejoras en la calidad general de la salud.

Finalizando, se llega a una magna conclusión, que durante el tiempo crítico de pandemia Covid-19, en Cuenca presentó algunos inconvenientes en zona rurales, ya sea por la falta de tecnología para una atención como telemedicina o por bajos recursos en las diferentes instituciones públicas de salud de zonas rurales, viéndose altamente la escasez de atención médica (personal) y de insumos como la medicina.

En la zona urbana, se necesitó mejorar los tiempos de atención, calidad de personal de salud para una atención más humana y con ello cumplir con parámetros necesarios en la atención de salud de los ecuatorianos en momentos de crisis como fue la COVID-19.

Se determina que la promoción de salud en ambos sectores es un punto vital que debe tomarse en cuenta como un factor importante, para con ello hacer un trabajo de prevención, logrando evitar las complicaciones futuras tanto para la comunidad, el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el Estado.

Estas comparaciones sobre el análisis de la calidad y tiempo pueden ser explicadas por diferentes factores como por ejemplo: pagos realizados durante la atención médica (medicamentos). Este punto, el porcentaje de los que aceptaron haber realizado pagos es mayor en los establecimientos de salud del MSP del sector urbano que en el rural, manteniendo aún esa estadística al año 2023.

Referencias

Asamblea. (2008). *Régimen del Buen Vivir.* Quito: Registro Oficial 449.

Bárcena, A., y Carissa, E. (2021). *Una crisis sanitaria prolongada y sistemas de salud débiles.* Informe Covid-19, CEPAL-OPS, México.

CEPAL-OPS. (2021 a.). *Informe COVID-19.* Organismos internacionales, OPS-CEPAL. Recuperado el 28 de 05 de 2024.

CEPAL-OPS. (2021 b.). *Informe COVID-19.* Organismos internacionales, OPS-CEPAL. Recuperado el 28 de 05 de 2024.

Frieiro, L., et al. (2021). Ecuador: el neoliberalismo por sorpresa. *Revista Argentina de Ciencia Política*, 125-164.

Guerra, D. (2016). *Efectos de la política de gratuidad de los servicios salud del MSP en el Ecuador período 2007-2014.* tesis de maestría, Universidad San Francisco de Quito., Quito. Recuperado el 29 de 05 de 2024, de https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5737/1/126607.pdf

Malo, M. y Malo, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 754-760. obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script

=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400022

MSP. (2021). La Salud en la Nueva constitución-Ecuador-2008. En G. Nacional. Quito: MSP.

MSP. (2022). Plan decenal de Salud 2022-2031. En M. d. Pública. Quito, Pichincha, Ecuador: MSP.

Musuña, S., y Salguero, C. (2022). Plantas medicinales como prevención y tratamiento del COVID-19. Universidad Católica Boliviana San Pablo, 45-60.

Veliz, V., y Zambrano E. (2019). Zona rural y su nueva visión de la Educación Superior en Ecuador. *Revista Espacios*, 9-20. Obtenido de https://www.revistaespacios.com/a19v40n08/19400810.htm.

Vera, L., et al. (2022). Impacto de las políticas públicas de salud en zonas rurales ecuatorianas. *Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina, 10*(2), 2-14.