

ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

UNIDAD DE TITULACIÓN

MAESTRÍA EN GESTIÓN EMPRESARIAL

**IMPACTO DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA EN LA PRESTACIÓN DE
LOS SERVICIOS EN EL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE LA CIUDAD DE
QUITO EN EL PERÍODO 2011 – 2015.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER
EN GERENCIA EMPRESARIAL**

ANGEL GUILLERMO ROBAYO CARPIO

grobayoc@hotmail.com

Director: ING. JAIME LUIS CADENA ECHEVERRIA

jaime.cadena@epn.edu.ec

2017

APROBACIÓN DEL DIRECTOR

Como Director del trabajo de titulación, Impacto de la asignación presupuestaria en la prestación de los servicios en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el periodo 2011-2015, desarrollado por **Ángel Guillermo Robayo Carpio**, estudiante de la **maestría en gerencia empresas**, habiendo supervisado la realización de este trabajo y realizado las correcciones correspondientes, doy por aprobada la redacción final del documento escrito para que prosiga con los trámites correspondientes a la sustentación de la Defensa oral.

ING. JAIME CADENA ECHEVERRIA

DIRECTOR

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **Angel Guillermo Robayo Carpio**, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentada para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Escuela Politécnica Nacional, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

Angel Guillermo Robayo Carpio

AGRADECIMIENTO

A Dios, a mi esposa y a todas las personas que han colaborado para el desarrollo de mi tesis, a mi Director y a la Escuela Politécnica Nacional, que promueve la ciencia y la tecnología al servicio del país.

ÍNDICE DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS	i
LISTA DE TABLAS	ii
LISTA DE ANEXOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2 OBJETIVO GENERAL	5
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1.4 HIPÓTESIS.....	6
1.5 MARCO TEÓRICO.....	6
1.5.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.5.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA.....	9
1.5.3 PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO	16
1.5.4 ASISTENCIA PRESUPUESTARIA	24
1.5.5 PRODUCTIVIDAD	27
1.5.6 EL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS Y SU DESEMPEÑO.....	35
1.6 MARCO CONCEPTUAL.....	37
2. METODOLOGÍA.....	40
2.1 TIPO DE ESTUDIO	40
2.2 PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN (CUANTITATIVO – CUALITATIVO) ...	41
2.3 HERRAMIENTA UTILIZADA	42
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	44
3.1 RESULTADOS	44
3.1.1 RELACIONES EXISTENTES ENTRE PRESUPUESTO Y PRODUCTIVIDAD BAJO EL ANÁLISIS DE DIFERENTES AUTORES EN RELACIÓN AL TEMA 44	
3.1.2 IMPACTO DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, EN EL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERIODO 2011-2015	63
3.1.2 ESTRATEGIAS QUE LE PERMITAN AL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, MANTENER SU PRODUCTIVIDAD BAJO LAS VARIACIONES EN LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA	80

3.2 DISCUSIÓN.....	82
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	84
4.1 CONCLUSIONES.....	84
4.2 RECOMENDACIONES.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXO.....	91

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Consideraciones para elaboración del presupuesto hospitalario, su ejecución y control en materia de atención al paciente.....	37
Figura 2- Presupuesto versus productividad	46
Figura 3- Presupuesto general Hospital Enrique Garcés 2011-2015	47
Figura 4- Presupuesto para medicamentos Hospital Enrique Garcés 2011-2015	48
Figura 5- Presupuesto para infraestructura Hospital Enrique Garcés 2011-2015	49
Figura 6- Presupuesto para equipamiento Hospital Enrique Garcés 2011-2015.	50
Figura 7- Gastos por hospitalización Hospital Enrique Garcés 2011-2015.....	51
Figura 8- Camas disponibles Hospital Enrique Garcés 2011-2015	52
Figura 9- Promedio de pacientes diario Hospital Enrique Garcés 2011-2015	53
Figura 10- Ocupación Hospital Enrique Garcés 2011-2015	54
Figura 11- Tasa de mortalidad Hospital Enrique Garcés 2011-2015.....	54
Figura 12- Cantidad de atenciones en consulta externa Hospital Enrique Garcés 2011-2015	55
Figura 13- Cantidad de consultas medicina Interna Hospital Enrique Garcés 2011-2015	56
Figura 14- Cantidad de consultas Gineco-Obstetricia Hospital Enrique Garcés 2011-2015	57
Figura 15. Cantidad de consultas cirugía Hospital Enrique Garcés 2011-2015...	59
Figura 16 - Cantidad de consultas pediatría Hospital Enrique Garcés 2011-2015	60
Figura 17- Cantidad de consultas atención odontológica Hospital Enrique Garcés 2011-2015	61
Figura 18- Pacientes atendidos en emergencia Hospital Enrique Garcés 2011-2015	62
Figura 19- Asignación presupuestaria – atención en consulta externa	64
Figura 20- Asignación presupuestaria – pacientes atendidos de emergencia	65
Figura 21- Asignación presupuestaria – atención odontológica	66
Figura 22- Asignación presupuestaria – gastos en medicamentos	68
Figura 23- Asignación presupuestaria – presupuesto para equipamiento	69
Figura 24- Asignación presupuestaria – mortalidad	70
Figura 25- Asignación presupuestaria – mortalidad	72
Figura 26- Asignación presupuestaria – cantidad de atenciones en consulta externa	73
Figura 27- Asignación presupuestaria – pacientes atendidos en emergencia	74
Figura 28- Gastos de hospitalización en relación a tasa de mortalidad	76
Figura 29- Gastos de hospitalización en relación a la ocupación	76
Figura 30- Gastos de hospitalización en relación al promedio de pacientes diario	77
Figura 31- Gastos de hospitalización en relación al promedio de pacientes diario	77
Figura 32- Gastos de hospitalización en relación a pacientes atendidos de emergencia	78

LISTA DE TABLAS

Tabla 1- Matriz de análisis causal	4
Tabla 2- Presupuesto General del Estado Consolidado por Grupo de Ingresos (US Dólares) Ejercicio 2016	22
Tabla 3- Presupuesto General del Estado Consolidado por Grupo de Gastos (US Dólares) Ejercicio 2016	22
Tabla 4- Asistencia Presupuestaria Sectorial	26
Tabla 5- Población de estudio	42
Tabla 6- Asignación presupuestaria – atención en consulta externa.....	63
Tabla 7- Asignación presupuestaria – Pacientes atendidos de emergencia.....	65
Tabla 8- Asignación presupuestaria – atención odontológica	66
Tabla 9- Asignación presupuestaria – gastos en medicamentos	67
Tabla 10- Asignación presupuestaria – presupuesto para equipamiento	69
Tabla 11- Asignación presupuestaria – Mortalidad	70
Tabla 12- Asignación presupuestaria para medicamentos – mortalidad	71
Tabla 13- Asignación presupuestaria para medicamentos – cantidad de atenciones en consulta externa.....	73
Tabla 14- Asignación presupuestaria para medicamentos – pacientes atendidos de emergencia	74
Tabla 15- relación de las variables de prestación de servicios con los gastos de hospitalización	75

LISTA DE ANEXOS

Anexo I. Formato de entrevista al personal del Hospital Enrique Garcés	91
---	----

RESUMEN

La investigación tiene como fin analizar el impacto de la asignación presupuestaria en la prestación de los servicios del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el período 2011 – 2015. Para ello se ha desarrollado una fundamentación teórica relacionada al presupuesto del estado, la asistencia presupuestaria y la productividad. El estudio se sustenta mediante una investigación exploratoria de tipo cuantitativo – cualitativo en la cual se realizó una entrevista a los directivos del hospital y mediante el análisis de indicadores como montos de asignación presupuestaria, así como cantidad de pacientes atendidos, equipamiento, mortalidad, entre otros, dentro del período de análisis, fue posible establecer correlaciones a través del coeficiente de Pearson, donde se determina que existe una alta correlación entre los principales indicadores de prestación de servicio y el presupuesto otorgado al hospital, así como también lo corroboran los entrevistados, obteniéndose conclusiones muy claras en relación al tema y que permitirán la toma de decisiones para evitar disminuir la calidad del servicio de una entidad tan importante como es el HEG, así como finalmente se presenta las recomendaciones o estrategias que se proponen para eventualidades en las que exista una disminución en el presupuesto otorgado al hospital.

Palabras clave: Asignación presupuestaria, Calidad de servicio, Atención hospitalaria, Hospital Enrique Garcés.

ABSTRACT

The purpose of the research is to analyze the impact of the budget allocation on the provision of the services of the Hospital Enrique Garcés of the city of Quito in the period 2011-2015. To this end, a theoretical foundation has been developed related to the state budget, and productivity. The study is supported by qualitative and quantitative exploratory research in which a survey was carried out with the hospital managers and through the analysis of indicators such as amounts of budget allocation, as well as the number of patients attended, equipment, mortality, among others , Within the analysis period, it was possible to establish correlations through the Pearson coefficient, where it is determined that there is a high correlation between the main indicators of service delivery and the budget given to the hospital, as well as the interviewees corroborate it, obtaining Very clear conclusions in relation to the subject and that will allow the decision making to avoid diminishing the quality of the service of an entity as important as the HEG, as well as finally presents the recommendations or strategies that are proposed for eventualities in which there is a Decrease in the budget granted to hospital.

Keywords: Budget allocation, Quality of service, Hospital care, Hospital Enrique Garcés.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El sistema de salud de Ecuador está integrado por dos tipos de prestadores, los públicos y los privados. La rama pública comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los establecimientos de salud de las municipalidades y los entes de la seguridad social, como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL).

El Ministerio de Salud Pública debe brindar atención sanitaria a todos los ciudadanos que la requieran. Adicionalmente el Ministerio de Inclusión Económica y Social y las municipalidades, con sus respectivas instalaciones, se orientan a la atención de la población que no posee un seguro privado.

La atención de los trabajadores afiliados que cotizan se canaliza a través de los entes de la seguridad social. El sector privado está integrado por establecimientos con fines de lucro (hospitales, consultorios, clínicas, dispensarios, empresas de medicina pre-pagada y farmacias) y organizaciones sin fines pecuniarios no gubernamentales que realizan servicio social.

A partir de la Constitución de 2008 se consagra explícitamente la salud como un derecho, que debe honrar primeramente el Estado, no solo con prestaciones asistenciales sino garantizando acceso de calidad al agua, la alimentación, la nutrición, la educación, el deporte, el trabajo, la seguridad social, entre otros elementos relacionados.

Como complemento a esto, el Estado queda como responsable de generar políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, que aseguren el acceso constante, adecuado y sin discriminación a programas,

iniciativas y servicios de promoción y atención integral de salud vista de manera integral.

Otro aspecto que define taxativamente la Carta Magna es que el acceso a estos servicios de salud debe darse con criterios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En tal sentido, el Ministerio de Salud Pública es quien detenta la provisión más extensa de servicios del país. De este modo, se sabe por (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011) que para 2011 el 47% lo cubren las unidades ambulatorias y hospitalarias, mientras que los hospitales de referencia nacional de mayor tamaño en la nación abarcan cerca del 51% de la población nacional.

La realidad del Sistema Nacional de Salud del Ecuador no es muy diferente a la de otros países para establecimientos de este tipo. Entre los elementos que han dificultado la prestación de un mejor servicio a los pacientes se encuentra el hecho de que viene funcionando de forma fragmentada, centralizada y desarticulada.

Al respecto, (Batista, Yera, Martínez, Pérez, & Aranda, 2016) argumentan que el sistema actual privilegia el enfoque biólogo-curativo en su trato con los pacientes, con el foco en la enfermedad y la atención hospitalaria, constitutiva de programas de salud pública con diseño vertical, limitando el acceso a atención verdaderamente integral para la población que requiere las prestaciones.

Lo anterior, que de por sí ha afectado considerablemente a la ciudadanía que acude a estos establecimientos, se une a nuevas realidades y demandas derivadas de las transformaciones en el perfil demográfico y epidemiológico. Adicional a ello, se ha construido una red Complementaria de Salud paralela a la red Pública, lo cual implica grandes retos para incrementar la capacidad resolutoria de todos los niveles de atención.

Al interior de un hospital deben ocurrir muchos procesos y eventos de forma articulada, y ciertas veces simultánea, en los que están involucrados distintos actores, que manejan información parcelada de la tarea específica que requieren realizar, que pueden ser de naturaleza muy distinta, desde las administrativas hasta las clínicas, pasando por mantención, fiscalización, monitoreo, entre muchas otras.

El Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, es un Hospital público ubicado en la calle Chilibulo y Av. Enrique Garcés, en el sur de la ciudad. Tiene un historial de 34 años de operación, prestando servicios de salud (Hospital Enriquez Gárces, 2013).

Al igual que los distintos Hospitales públicos, este establecimiento depende de las asignaciones estatales, lo cual genera que los servicios como tratamientos, asignación de camas, adquisición de medicamentos, pagos de servicios externos, dependan de estas transferencias.

Es por ello que, cuando existen retrasos en la entrega de recursos o se incrementa la demanda de pacientes, el Hospital no puede adquirir los productos o servicios para su atención y por tanto disminuye el número de pacientes atendidos, lo cual, junto a otros factores relacionados a la eficiencia, repercute en la productividad de éste.

Por ello, a través de la presente investigación y haciendo uso de diferentes variables, indicador estadísticas e información financiera, se pretende evidenciar esta relación existente entre productividad y asignación presupuestaria.

Si bien la investigación hará uso de información financiera y estadística, los resultados que se obtendrán serán cualitativos y cuantitativos haciendo uso de información existente en el hospital, así como el soporte de entrevistas que corroboren y profundicen la información.

Por lo tanto, la investigación busca entender en qué ámbitos tiene impacto la asignación presupuestaria del Hospital y si la falta de liquidez tiene efecto sobre las prestaciones de salud a los pacientes que atiende el Hospital y de qué manera tiene efecto esta situación.

Por tanto, en aras de una mejor comprensión de la problemática de investigación, se emplea la herramienta del Análisis Causal para descomponer el tema y exponer los hechos que se van a considerar y las posibles explicaciones que se han identificado vinculados a ellos (Medrano, 2011).

Tabla 1- Matriz de análisis causal

Síntomas	Efectos		Causas Posibles	Identificación del Problema Principal y Secundario	Objetivos General y Específicos	Restricciones para una posible solución
	¿Qué está mal?	Situaciones que generó				
		¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?, ¿Dónde?	¿Por qué?	Enunciado del Problema	Propósito	Limitaciones
La productividad del hospital no es suficientemente alta por falta de recursos presupuestarios	Disminución en el número y en la calidad de atención a los pacientes	No se cuenta con ciertos tratamientos para ciertas patologías	La estructura del Sistema de Salud Pública es muy rígida. La centralización	La productividad del Hospital es relativamente baja debido a la insuficiencia de presupuesto.	Describir el efecto de la asignación presupuestaria en los parámetros de productividad del hospital.	Hay otros factores además de los recursos presupuestarios como la gestión y el nivel de motivación del personal.

		<p>No hay suficientes camas disponibles.</p> <p>No hay recursos para pagar servicios externos.</p>	<p>n de las decisiones retrasa las asignaciones presupuestarias.</p> <p>No se prioriza adecuadamente la asignación de recursos a nivel central y el monto asignado al hospital es insuficiente.</p>	<p>Hay pacientes que acuden al hospital por atención sanitaria y no pueden ser atendidos por falta de insumos.</p> <p>Hay pacientes que requieren hospitalización y no pueden ser ingresados por carencia de camas en las diferentes salas, debido a que no hay recursos para ajustar la capacidad a la demanda.</p> <p>Hay pacientes que requieren prestaciones que se realizan externas al hospital y deben ser canceladas de forma inmediata y el hospital no cuenta con recursos para satisfacer esas necesidades.</p>	<p>Identificar el efecto de las asignaciones presupuestarias en la disponibilidad de tratamientos para los pacientes que acuden al hospital.</p> <p>Identificar el efecto de las asignaciones presupuestarias en la disponibilidad de camas de hospitalización para los pacientes que acuden al hospital.</p> <p>Identificar el efecto de las asignaciones presupuestarias en la capacidad de contratar prestaciones externas para los pacientes que acuden al hospital.</p>	
--	--	--	---	--	--	--

Elaborado por: Ángel Robayo

La investigación finalmente establecerá la importancia de mantener la oferta los servicios que el Hospital para de esa manera poder operar de forma eficiente y eficaz en favor de la población que hace uso de este servicio.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Identificar el impacto que tiene la asignación presupuestaria en la prestación de los servicios en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, en el periodo 2011-2015.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estudiar las relaciones existentes entre presupuesto y productividad bajo el análisis de diferentes autores en relación al tema.
- Evaluar el nivel de impacto que tiene la asignación presupuestaria en la prestación de los servicios, en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el periodo 2011-2015.
- Establecer estrategias que le permitan al Hospital Enrique Garcés, mantener su productividad bajo las variaciones en la asignación presupuestaria.

1.4 HIPÓTESIS

La insuficiente asignación presupuestaria, no tiene un impacto favorable en la prestación de los servicios del Hospital Enrique Garcés, de la ciudad de Quito en el período 2011 – 2015.

1.5 MARCO TEÓRICO

1.5.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente apartado considera estudios previos adelantados y relacionados con la realidad objeto de estudio. Esta consideración radica en un análisis del estado actual del conocimiento (Arte) con miras a la elaboración de un marco referencial que apoye y oriente tanto en contenido como metodológicamente todos los aspectos del diseño de investigación planteado.

En este orden de ideas, Castillo (2015), en su investigación titulada Desarrollo Histórico del Sistema Sanitario de Ecuador, presentada ante la Facultad de Medicina de Universidad de Murcia-España, como requisito académico para la obtención del grado académico de Doctor en Enfermería, cuyo objetivo general fue

Caracterizar la evolución del sistema sanitario del Ecuador, planteando para ello los siguientes objetivos específicos: Identificar los principales problemas del sistema de salud y Evaluar las estrategias implementadas para mejorar los servicios de salud, plantea aspectos a considerar de relevancia para la presente investigación.

En la fuente antes citada, la autora hace un análisis entre otros aspectos de tópicos como Análisis del sistema de salud, estructura del sistema de salud del Ecuador y el Marco legal y normativo relacionado al Sector Salud así mismo considera las particularidades de la Reforma del Sector Salud.

Las conclusiones más importantes de Castillo (2015), pueden resumirse en:

1. En el periodo 1992 - 2006, el sistema de salud ecuatoriano experimentó cambios motivados a la propuesta gubernamental fundamentada en cinco pilares: la revolución constitucional y democrática; la revolución ética; la revolución económica y productiva; la revolución educativa y de salud; y la revolución por la dignidad, la soberanía y la integración latinoamericana. Estos cambios han evidenciado resultados que se traducen en la ampliación de la cobertura de salud, mejorando la gestión y calidad de la información con miras a una planificación territorial equitativa.
2. El presupuesto invertido en la recuperación del sistema de salud, pasó de 500 millones de dólares (en el 2007), a 2.400 millones de dólares (en el 2014), Durante el periodo 2014 al 2015 la inversión aproximada fue de 4.800 millones de dólares, destinados a la mejora de la infraestructura sanitaria, equipamiento médico, formación de talento humano y el fortalecimiento operativo del Ministerio de Salud Pública. Para el periodo 2011-2014 se construyeron 12 hospitales y en la actualidad se encuentran operando 29 200 hospitales, 7 centros de salud, y otras 72 unidades se encuentran en construcción. Para el 2017 está prevista la edificación de 956 centros adicionales a nivel nacional. El país ha podido avanzar y en la actualidad los hospitales y centros de salud se encuentran equipados con tecnología,

medicinas y suministros suficientes, facilitando el trabajo de los profesionales de la salud en materia de precisión en el diagnóstico y tratamiento de las patologías.

3. En el 2010, Ecuador registraba una esperanza de vida de 75 años, para el 2013 este indicador se ubicó favorablemente en 76,47 años, (las mujeres con 79,40 años, mayor que la de los hombres que fue de 73,67 años), se estima para el 2020 una esperanza de vida de 77,3 años.
4. Los cambios sociales experimentados recientemente en Ecuador, han generado transformaciones substanciales en el sistema de salud, resaltando el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), cuya acción integral abarca al ciudadano, su grupo familiar y la comunidad, enfocado hacia la promoción de salud y la prevención de enfermedades, logrando la equidad en la prestación de los servicios y el respeto a la interculturalidad.
5. El Plan Nacional de Desarrollo, (Plan Nacional para el Buen Vivir 2009–2013), es el instrumento del Gobierno Nacional para articular las políticas públicas con la gestión y la inversión pública. Este Plan ha logrado reducir el porcentaje de presupuesto destinado al pago de la deuda externa (24% en 2006 frente a 5,5% en 2012), para dirigirlo a inversión social; 1 millón 50 mil ecuatorianos (as) dejaron de ser pobres entre 2006 y 2012. En 2012, el país registró un crecimiento de 4,8%, un porcentaje más alto que el promedio de la región (3,1%). Se cuenta con la tasa de desempleo más baja en la historia republicana del Ecuador y la más baja de Sudamérica (4,8), mejorando la cantidad y la calidad del empleo gracias al acceso a seguridad social.

Una aproximación a esta realidad, permite sostener que la orientación del Estado ecuatoriano en materia de asignación de recursos presupuestarios al sector salud orienta a la suficiencia de recursos a los centros asistenciales en todo el territorio nacional. La fuente citada en esta oportunidad por la vigencia y actualidad favorece el constructor de un marco teórico que es un referente de importancia al respecto.

En materia metodológica, esta fuente permite orientar a este estudio en aspectos de revisión documental a través del análisis de información en la materia objeto de estudio. Esta orientación se deriva de la revisión de la data contenida en documentos del Ministerio de Salud Pública y otras instituciones oficiales del país, también en la revisión de antecedentes de investigaciones hechas por organismos internacionales. El carácter descriptivo de la situación planteada permitió ampliar la cosmovisión del Trabajo de Titulación universitaria.

Otro antecedente de importancia, es la investigación de Naranjo, et al (2014) titulada Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador, presentada y publicada en la Revista Cubana de Medicina General Integral. Este antecedente plantea los importantes cambios sociales experimentados en Ecuador propiciados por la reciente Revolución Ciudadana, en la cual destacan innovaciones e inversiones en el sector salud, un ejemplo de ello es el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. El objetivo del estudio fue analizar las bases conceptuales de este modelo como estrategia fundamental para mejorar la salud de la población.

El estudio consistió metodológicamente en la revisión y análisis documental de fuentes de información elaborados por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, así como fuentes disponibles en la red. Las conclusiones sobre este novedoso modelo sostienen que el mismo orienta a de promoción de salud y prevención de enfermedades, propiciando la equidad en los servicios de salud y el respeto a la interculturalidad.

Este antecedente se considera como un indicador de importancia en la asignación de recursos oficiales por parte del Estado, con miras a la eficiencia de los centros asistenciales del país.

1.5.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA

Estudios realizados como el de la OCDE (La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) han considerado la influencia del reparto de recursos

sobre las decisiones de diferentes segmentos del sistema de salud pública. (Prust, y otros, 2015) Dirigieron una encuesta web basada en de una muestra aleatoria estratificada de los departamentos de la salud local a lo largo de los Estados Unidos.

El trabajo de estos autores identificó la eficacia de la actividad previa a la asignación presupuestaria, cuando el establecimiento era el proveedor único de un servicio, resultando que la inconformidad del personal y la precariedad en los insumos como los factores más influyentes en la relación entre asignaciones de recursos y las deficiencias en las prestaciones de salud.

A su vez, (Prust, y otros, 2015) presentan otra encuesta realizada a los directivos del estatales del Departamento de Salud en todo Estados Unidos, evidenciándose las serias consecuencias para los servicios de salud pública de las deficiencias en los fondos disponibles y el nivel de descentralización de los mismos, si eran federal o estatales, lo cual repercute en la magnitud del problema de gestión.

Otro estudio citado por (Prust, y otros, 2015) realizado en el estado estadounidense de Washington, hizo entrevistas en profundidad a jefes de las jurisdicciones locales de salud y descubrió que los principales elementos que restringían su margen de maniobra al momento de tomar decisiones eran la estructura de autoridad legal y las limitaciones en las asignaciones presupuestarias.

Otra investigación, también reflejada por (Prust, y otros, 2015) efectuó un estudio de caso en dos departamentos de salud regionales en el estado de Nebraska, del cual se concluyó que los directores hacen grandes esfuerzos por balancear las necesidad de diferentes poblaciones y comunidades con las decisiones que toman en materia de asignación de recursos.

Saltos (2007), en su investigación titulada “La responsabilidad del Estado por la prestación deficiente de servicios públicos o por los actos de sus funcionarios y el ejercicio del derecho de repetición”, presentada ante la Universidad Andina Simón Bolívar para la obtención del grado académico de Maestría en Derecho, Mención

en Derecho Administrativo sostiene que la tendencia actual permite definir al servicio público como aquella actividad (directa e indirecta) adelantada por el Estado con miras a la satisfacción de las necesidades de la colectividad a través de procedimientos del Derecho Público.

En este sentido, el precepto constitucional señala que, para la prestación de los servicios públicos, El Estado responderá y se guiará por principios jurídicos de aceptación universal, tales como: eficiencia, responsabilidad, universalidad, accesibilidad continuidad y calidad; y garantizará que sus precios o tarifas sean equitativos, cuyos conceptos en relación al tema se presentan a continuación:

Eficiencia: representa la capacidad y la competencia del Estado para alcanzar la satisfacción de las necesidades colectivas empleando adecuadamente los medios disponibles. Esta competencia depende del seguimiento de los lineamientos de la planificación presupuestaria. En consecuencia, la eficiencia en el servicio público no depende de los logros alcanzados en la prestación, sino hacerlo en termino calidad, oportunidad y de costos razonables (Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, 2012).

Responsabilidad: La responsabilidad del Estado en la prestación de servicios públicos consiste en el cumplimiento de la dotación de servicios públicos, con todos sus componentes y agregados sociales, Esta responsabilidad en el Ecuador tiene rango constitucional, pues está debida, suficiente claramente establecido como un mandato en la Carta Magna (Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, 2012).

Universalidad o generalidad: Este principio concede a todos los habitantes el derecho inalienable de usar y acceder a los servicios públicos en el país, sin más restricción o condicionamiento que la observancia de sus normativas regulatorias. En otras palabras, se establece que los servicios públicos son para todos y no para determinado grupo o sector de la población (Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, 2012).

Accesibilidad: El concepto de accesibilidad, se refiere a que la prestación de los servicios públicos debe ser justipreciada de forma que garantice que su uso y acceso sea equitativo en cuanto a precios para toda la población sin distinción de su condición económica-social, considerando en algunos casos muy puntuales y necesarios mecanismos de control de precios, e incluso tarifas especiales para sectores muy vulnerables de la población (Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, 2012).

Continuidad: Este principio establece que el Estado debe comprometerse a la garantizar ininterrumpidamente la prestación de servicios públicos contribuyendo a través de la continuidad la eficiencia del servicio y la satisfacción de la población. Es evidente considerar que la continuidad del servicio dependerá de la necesidad pública a satisfacer, esto en virtud que las necesidades que requieren la prestación de un servicio de carácter perenne requieren una continuidad absoluta (Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, 2012).

Calidad: En este sentido, los Estados, requieren, por exigencias de disposiciones legales, la supervisión y garantía del cumplimiento de normas de calidad; e incluso el deber de informar sobre el cumplimiento de tal condición y sobre el rendimiento efectivo de los operadores de servicios. Este principio se ha convertido en un elemento para la regulación de los servicios públicos de interés general y nacional, los aspectos coherentes con la calidad de los servicios son la seguridad, exactitud y transparencia de la facturación, la cobertura territorial y la protección contra la interrupción del servicio (Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, 2012).

Este principio de calidad en la prestación de servicios públicos se considera fundamental y de primer orden para la productividad, competitividad y del desarrollo nacional.

Uniformidad: Este principio establece que todos los ciudadanos de un país, en las mismas circunstancias, contexto y en igualdad de derecho, están en la potestad de

exigir y recibir el servicio en igualdad de condiciones (Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, 2012).

Partiendo de este criterio documental, una aproximación conceptual de la presente investigación define al Servicio Público como el conjunto de acciones manifiestas, reservadas a la acción del Estado, que de manera directa o indirecta y sin ánimo de lucro, los diferentes órganos de administración y ejecución de la gestión pública, están orientadas y destinadas a las satisfacciones de las necesidades colectivas. Estas acciones o servicios están sometidos en su organización y funcionamiento al Régimen Jurídico del Derecho Público.

En resumen, puede indicarse, que es toda aquella actividad asumida administrativamente por el Estado con miras a prestar a los miembros de la colectividad nacional, de manera continua, la asistencia necesaria para la satisfacción de las necesidades cuyas características están relacionadas con sus derechos fundamentales. Muchos de estos servicios públicos, por estar relacionados con derechos fundamentales de los ciudadanos, tienen rango y carácter constitucional como, por ejemplo: salud, educación, seguridad, transporte, energía, entre otros.

En materia de salud pública, este concepto se orienta a todos los esfuerzos de la institucionalidad oficial para garantizar a la población en general, sin ningún tipo de discriminación, el derecho universal a la salud, en todas sus dimensiones (ambientales, seguridad alimentaria, acceso sin ningún tipo de limitaciones a los servicios de salud), en términos de atención, equidad, integralidad, universalidad, continuidad, calidad, participación, desconcentración, eficiencia y eficacia. Para ello, el Estado, ejerciendo su rectoría destinará todos los recursos humanos, tecnológicos, académicos, financieros, jurídicos y la institucionalidad e infraestructura adecuada, para fortalecer todos los sistemas de salud existentes en el país, coordinando para ello a las entidades públicas y privadas prestadoras de servicios de atención sanitaria, con la acción protagónica de las comunidades (Ministerio de Salud , 2016)

La configuración y conformación de la oferta de servicios públicos y privados (en materia de salud pública), está constituida por el perfil epidemiológico de la nación, sus diferentes necesidades acordes a la dinámica y ciclo de vida, la jerarquía e importancia de las condiciones y problemáticas de salud contemplando aspectos como la evitabilidad y equidad, así como las necesidades propias derivadas del análisis de género e intercultural.

Los servicios públicos en el área de la salud, actualmente están orientados a la atención individual, la atención familiar, la atención a la Comunidad y la atención al ambiente o entorno natural, para ello pueden existir modalidades de prestación de servicio público como la atención extramural o comunitaria, atención intramural o en un establecimiento de salud, atención en establecimientos móviles de salud y la atención pre-hospitalaria (Ministerio de Salud , 2016)

Es importante señalar que los servicios públicos demandan la atención de recursos del Estado a través del Gasto Público. Este importante indicador de la actividad financiera del país está dirigido a la mejora de la calidad de vida de los ecuatorianos, por ende, puede considerarse como un elemento importante para la economía nacional, pues se constituye en un elemento multiplicador de la productividad de la población, en virtud de su acceso y disponibilidad a servicios de salud que les permitan una vida saludable y productiva.

En el país, el gasto público del Estado para mejorar los servicios de salud pública, pueden considerarse uno de los indicadores más dinámicos de la economía nación. Esto es originado por el acceso, cada día creciente, de los ecuatorianos a los servicios públicos del sector salud. Este escenario económico surge a partir del 2007, periodo donde los grupos más vulnerables de la sociedad pudieron evidenciar este comportamiento de la dinámica social del Estado en la búsqueda de generar un bienestar social a través de este servicio de salud de calidad y fácil acceso (Revista Lideres , 2012).

Han sido estos servicios públicos de calidad que han impulsado el gasto público en salud, generando proyectos de infraestructura que movilizan aspectos claves de la economía nacional.

En este sentido, autores como Sablich (2012), opinan que el gasto del Estado para satisfacer las necesidades de la población que demanda servicios públicos, puede clasificarse en:

- Gastos de Desarrollo social: directamente enfocados y dirigidos a satisfacer las necesidades elementales de la población a través de servicios públicos en áreas como salud, educación, seguridad social, vialidad, entre otros.
- Gasto Público: definido como el valor económico de la totalidad de las compras de bienes y servicios realizados por el sector gubernamental durante un periodo productivo la población para satisfacer la demanda de servicios públicos por parte de los ciudadanos, comunidades e instituciones. Son clasificados como Orgánico o Administrativo, (clasifica los Gastos Públicos de acuerdo a la unidad u organismos administrativos que realizan el gasto corriente), Económico y Funcional, (clasifica el gasto público desde dos puntos de vista, Gastos corrientes o de inversión son realizados por el Estado para cubrir su funcionamiento normal y Gastos de desembolsos unilaterales o transferencias.)
- Gastos para el Desarrollo Económico: Destinados a dotación de infraestructura, energía, comunicaciones, transporte, entre otros.

El análisis efectuado en esta investigación orienta a que la clasificación del gasto público direcciona los recursos públicos hacia los diferentes sectores de una economía, con el fin de realizar una distribución equitativa de los mismos, y satisfacer la demanda nacional de servicios públicos. Para ello resulta necesario la comprensión de aspectos fundamentales del Presupuesto Público.

1.5.3 PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO

El presupuesto general es la tercera función del Estado y su función principal es establecer los recursos que serán necesarios para lograr la eficiencia operativa del país por tanto se establece un sistema cifrado en donde se provisionan cada uno de los gastos obligatorios que posee el Ecuador, a esto se suman las estimaciones de ingresos con los cuales se cubrirá todos los gastos. En este sentido el Burbano (2005), define al presupuesto como: “una expresión cuantitativa formal de los objetivos que se propone alcanzar la administración de la empresa en un período con la adopción de las estrategias necesarias para lograrlas. El Estado usa el presupuesto como una herramienta detallada de los rubros que se establecerán en el poder para cubrir las necesidades.

En esta misma línea los autores (Fuertes-Planas & Sánchez de la Torre, 2015) acotan que:

El presupuesto general del Estado es por tanto un documento financiero expresado en cifras de los derechos y las obligaciones del Estado conteniendo un conjunto de principios de obligado cumplimiento y en un periodo de tiempo delimitado. Es la base del funcionamiento y buen gobierno del Estado.

El cumplimiento del presupuesto permite que los objetivos y metas planteadas se cumplan a cabalidad, las políticas y reglamentos contemplan los principios y la legalidad para el reparto adecuado de los recursos, basándose en la legalidad de ingresos, gastos y contribuciones las mismas que serán analizadas y controladas para un adecuado manejo de los recursos.

Los rubros establecidos se convirtieron en la hoja de ruta para la asignación presupuestaria dando lugar al cumplimiento de metas y objetivos establecidos en la planificación estatal. Un análisis del contenido del portal web del Ministerio de Finanzas del Ecuador, permite afirmar que en el Ecuador El Presupuesto General del Estado (PGE) es una herramienta de la dinámica financiera del país donde se estiman los recursos económicos tales como los Ingresos y los Gastos. El Presupuesto del Gobierno Central (PGC) representa la porción del PGE que es

directamente administrada por el Gobierno y sus instituciones, a través del Ministerio de Finanzas.

Para un correcto uso de los ingresos que financiarán los gastos a través del Presupuesto General del Estado (PGE), el Gobierno establece prioridades para atender problemas estructurales como la pobreza y las desigualdades sociales.

En este sentido, la institucionalidad pública ecuatoriana planificará jerarquizando y priorizando sus necesidades para atender a la población a través de la generación de bienes y servicios. Un ejemplo de ello lo representa el Ministerio de Salud cuando puntualiza las prioridades como: Recuperación de la infraestructura hospitalaria, adquisición de medicamentos, participación en campañas de prevención de enfermedades en el sector rural, entre otras, para ello el Ministerio indicará la cantidad de recursos financieros para alcanzar sus objetivos.

La misma fuente del Ministerio de Finanzas, indica en el portal referido los siguientes aspectos relativos a los actores y gestores que integran el tejido institucional ecuatoriano, el cual constituye el Gobierno Central, (quien maneja su propio presupuesto) y que está conformado por la Presidencia de la República, Vicepresidencia de la República, Ministerios y Secretarías de Estado y sus entidades adscritas, también están las Funciones Legislativa (Asamblea Nacional), la Función Judicial (Corte Nacional de Justicia), además del Consejo Nacional Electoral y la Corte Constitucional, estas instancias funcionales cuentan con sus presupuesto respectivos (Ministerio de Finanzas, 2016)

Otras instituciones públicas ecuatorianas de importancia también estiman y hacen uso del presupuesto, para ello el Ministerio de Finanzas en su portal web la señala:

...2.- Organismos de control y regulación como la Contraloría, Superintendencia de Bancos y Compañías, Defensoría del Pueblo, etc., instituciones autónomas y descentralizadas con personería jurídica, como Correos del Ecuador, Ferrocarriles, instituciones creadas por ley para prestar un servicio público.

3.- Instituciones de seguridad social creadas por ley, como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

4.- Existe Presupuesto de los Ingresos Pre-asignados por ley (Código Orgánico de Organización Territorial – COOTAD), es decir, que anticipadamente según las necesidades de los municipios, prefecturas, juntas parroquiales se destina un porcentaje de los recursos del Presupuesto General del Estado para estos gobiernos locales.

5.- Existen presupuestos de los Fondos creados por ley, determinada mediante aprobación de la Asamblea Nacional para financiar programas y / o proyectos prioritarios (Ministerio de Finanzas, 2016, págs. 1-2)

Analizada esta fuente, se fundamenta su concepción del Presupuesto Público en la planificación (estimación) financiera anual y de forma anticipada de todos los ingresos y egresos que estima el Estado, a través de su acción de gobierno, para la satisfacción de las necesidades de la nación y que se expresan en proyectos de atención nacional. En resumen, es el instrumento económico-jurídico del Estado para la ejecución de sus políticas y acción de gobierno, traducido en unidades monetarias.

El Presupuesto Público en el Ecuador, de acuerdo al contenido del portal del Ministerio de Finanzas (2015) tiene un Ciclo Presupuestario cuyas etapas son: Programación, Formulación, Aprobación, Ejecución, Clausura y Liquidación (Ministerio de Finanzas , 2015).

La misma fuente sostiene que:

Programación: En esta fase se especifican los objetivos y metas señalados en la planificación del Estado e institucional. Las entidades oficiales ecuatorianas definen los programas, proyectos y actividades a incorporar en el presupuesto. Para ello la Subsecretaria de Presupuesto del Ministerio de Finanzas elabora las directrices presupuestarias, (las condiciones en las cuales se analiza y se toma decisiones

sobre los posibles límites de ingresos y gastos), posteriormente se preparan los catálogos (listado de instituciones, programas, proyectos) y clasificadores (listado de uso institucional que especifica la gestión que se va a realizar tanto de dónde proviene y hacia dónde irán esos recursos) (Ministerio de Finanzas del Ecuador , 2010).

Formulación: En esta etapa, la Subsecretaría de Presupuestos del Ministerio de Finanzas recoge los requerimientos de las instituciones comprendidas en el Presupuesto General del Estado, con la finalidad de apoyar al cumplimiento del Plan Nacional del Buen Vivir, así como lo establecido en el escenario macroeconómico, en términos de Programas y Proyectos (Ministerio de Finanzas del Ecuador , 2010).

Aprobación. Elaborada la Pro forma Presupuestaria por el Ministerio de Finanzas, el Poder Ejecutivo, a través de la Presidencia de la República, la envía a la Asamblea Nacional para su aprobación, instancia que, de ser necesario, hará observaciones y propondrá alternativas a la distribución de los recursos de ingresos y gastos por sectores, sin que altere el monto total de la Pro forma. Una vez aprobada la Proforma Presupuestaria, ésta se convierte en el Presupuesto Inicial Aprobado, y entrará en vigencia a partir del 1 de enero del siguiente año, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial (Ministerio de Finanzas del Ecuador , 2010).

Ejecución: Es en esta etapa del ciclo presupuestario, donde toda la institucionalidad del Sector Público ejecuta lo establecido en su presupuesto, utilizando los recursos aprobados y cumpliendo con todas las acciones destinadas a la utilización de los recursos humanos, materiales y financieros que les fueron asignados con el propósito de obtener bienes y servicios en la cantidad, calidad y tiempo previstos (Ministerio de Finanzas del Ecuador , 2010).

La ejecución presupuestaria establece características y lineamientos en el manejo del presupuesto, adoptando las siguientes denominaciones:

Presupuesto Inicial: monto que da inicio al manejo financiero de una entidad, y está constituida por el monto valor aprobado por la Asamblea Nacional.

Presupuesto Codificado: presupuesto inicial más las reformas realizadas a una fecha de corte durante la ejecución, resultado de modificaciones realizadas como aumentos de ingresos, disminuciones, identificación de recursos para gastos adicionales, etc. (Ministerio de Finanzas , 2015).

Presupuesto Comprometido: recursos comprometidos por el Estado a través de convenios y otros documentos legales, exigibles en el corto y mediano plazo.

Presupuesto Devengado: Es el monto de las obras, bienes o servicios tramitados por cada entidad, cuyo valor es una obligación de pago por la prestación efectiva realizada (Ministerio de Finanzas , 2015).

Presupuesto Pagado: Son las erogaciones efectivas realizadas a proveedores por los bienes o servicios adquiridos. Es la liquidación mediante un desembolso de dinero o transferencia realizado al proveedor por el cumplimiento contractual contraído con el Estado en términos de servicios prestados o bienes adquiridos. La transferencia la realiza el Ministerio de Finanzas, previa solicitud del ente que contrató al proveedor (Ministerio de Finanzas , 2015).

Evaluación y Seguimiento: La evaluación y seguimiento consiste en la medición de resultados físicos y financieros obtenidos y los efectos que éstos han producido; así como el análisis de variaciones financieras. Esta es efectuada por El Ministerio de Finanzas, simultáneamente a la Ejecución Presupuestaria, es la entidad que realiza el seguimiento y evaluación financiera a las instituciones comprendidas en el Presupuesto General del Estado, las que a su vez internamente realizan el mismo proceso, pero con las empresas u organizaciones contratadas para brindar bienes y servicios. La Subsecretaría de Presupuesto del Ministerio de Finanzas elabora y consolida los informes de evaluación y seguimiento, semestrales y anuales, y los remite a la Presidencia de la República y a la Asamblea Nacional. (Ministerio de Finanzas , 2015)

Clausura y liquidación: La ejecución presupuestaria se cierra el 31 de diciembre de cada ejercicio económico, a esta acción se la conoce como clausura, en el entendido que posterior a esa fecha ninguna institución puede hacer compromisos, ni crear obligaciones, ni puede realizar acciones u operaciones de ninguna naturaleza que afecten al presupuesto de ese año. Las obligaciones de cobro y pago acumuladas y pendientes al 31 de diciembre se reconocerán en el nuevo ejercicio fiscal. Posterior a la oficialización de la clausura, se elabora el informe económico de los resultados de la Ejecución Presupuestaria, esta acción se denomina Liquidación Presupuestaria. La Subsecretaría de Presupuestos del Ministerio de Finanzas elabora los informes anuales de liquidación presupuestaria a ser aprobados mediante Acuerdo Ministerial, hasta el 31 de marzo del año siguiente, este informe presentará el resultado económico del ejercicio fiscal (déficit o superávit) (Ministerio de Finanzas , 2016)

Normativa legal de Finanzas Públicas del Ecuador: A partir del 22 de octubre de 2010, la legislación en materia de manejo de las finanzas públicas en el Ecuador es el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas y su Reglamento General. Estas disposiciones legales permiten la vinculación de la planificación con el presupuesto y otorga una visión plurianual al manejo fiscal. Esta ley contempla el Sistema Nacional de Finanzas Públicas (SINFIP) que comprende el conjunto de normas, políticas, instrumentos, procesos, actividades, registros y operaciones que toda la institucionalidad del sector público debe implementar con el objeto de gestionar en forma programada los ingresos, gastos y financiamiento públicos, sujetos al Plan Nacional de Desarrollo y a las políticas públicas (Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, 2012)

En este sentido, el ente rector del SINFIP es el Ministerio de Finanzas, instancia oficial del Estado, encargado de elaborar las Normas Técnicas para el funcionamiento del Sistema, como el Clasificador Presupuestario, el Catálogo General de Cuentas, instructivos, directrices, formularios, matrices de carga de información, procedimientos, regulaciones, acuerdos ministeriales, oficios circulares, etc.

En las tablas N°2 y N°3 se presenta el Presupuesto General del Estado para el 2016, este se encuentra presentado de forma consolidada y pueden verse los rubros que componen los Ingresos y los Gastos.

Tabla 2- Presupuesto General del Estado Consolidado por Grupo de Ingresos (US Dólares) Ejercicio 2016

GRUPO INGRESOS	PROFORMA
110000 - IMPUESTOS	15.489.701.480,00
130000 – TASAS Y CONTRIBUCIONES	1.780.008.793,44
140000 – VENTA DE BIENES Y SERVICIOS E INGRESOS OPERATIVOS	81.914.065,00
170000 – RENTA DE INVERSIONES Y MULTAS	344.234.795,46
180000 – TRANSFERENCIAS Y DONACIONES CORRIENTES	4.807.269.231,00
240000 - VENTA DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	39.615.818,84
270000 – RECUPERACIÓN DE INVERSIONES	4.559.780,34
280000 – TRANSFERENCIAS Y DONACIONES DE CAPITAL E INVERSIONES	633.952.933,40
360000 – FINANCIAMIENTO PUBLICO	5.858.287.756,49
380000 – CUENTAS PENDIENTES POR COBRAR	13.727.416,00
390000 – VENTAS ANTICIPADAS	725.000.000,00
TOTAL	29.835.098.320,79

Fuente: Ministerio de Finanzas (2016)

Elaborado por: Ángel Robayo

Tabla 3- Presupuesto General del Estado Consolidado por Grupo de Gastos (US Dólares) Ejercicio 2016

GRUPO GASTOS	PROFORMA
510000 – GASTOS EN PERSONAL	8.789.691.178,26
530000 – BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	4.676.207.657,00
560000 – GASTOS FINANCIEROS	1.750.374.006,00
570000 – OTROS GASTOS CORRIENTES	271.424.940,00
580000 – TRANSFERENCIAS Y DONACIONES CORRIENTES	1.925.167.455,00
710000 – GASTOS EN PERSONAL PARA INVERSIÓN	167.449.108,97
730000 – BIENES Y SERVICIOS PARA INVERSIÓN	1.131.122.925,25
750000 – OBRAS PUBLICAS	1.683.287.927,84
770000 – OTROS GASTOS DE INVERSIÓN	930.359,52
780000 - TRANSFERENCIAS Y DONACIONES PARA INVERSIÓN	1.401.721.254,67
840000 – BIENES DE LARGA DURACIÓN	529.433.606,08
880000 - TRANSFERENCIAS Y DONACIONES DE CAPITAL	3.373.905.308,21
960000 – AMORTIZACIÓN DE DEUDA PUBLICA	2.575.444.090,99
970000 – PASIVO CIRCULANTE	1.558.938.503,00
TOTAL	29.835.098.320,79

Fuente: Ministerio de Finanzas (2016)

Elaborado por: Ángel Robayo

En materia de principios de la Administración Pública del Ecuador para la elaboración del Presupuesto Público, el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas de la nación establece los siguientes principios:

Sujeción a la planificación: Todas las etapas o fases del Presupuesto General del Estado (programación, formulación, aprobación, asignación, ejecución, seguimiento y evaluación) estarán sujetos a los lineamientos de la planificación del desarrollo de todos los niveles de gobierno, de acuerdo a lo dispuesto en la Constitución de la República (Constitución de la República del Ecuador, 2010, art. 280-293).

Sostenibilidad fiscal: Este principio está contemplado en la carta Magna del Ecuador (artículo 286) y está referido a la capacidad fiscal de generación de ingresos, ejecución de egresos, la administración del financiamiento, y la apropiada gestión de los activos, pasivos y patrimonios, de carácter público, que garanticen el cumplimiento de las políticas públicas en el corto, mediano y largo plazos, manera responsable y oportunamente, protegiendo los intereses de las presentes y futuras generaciones (Gutiérrez, 2015)

Coordinación: Todas las instituciones ecuatorianas que ejercen la rectoría de la planificación del desarrollo y de las finanzas públicas, y todas las entidades que conforman los sistemas de planificación y finanzas públicas, deben coordinar todas las acciones necesarias para el adecuado cumplimiento de sus fines (Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, 2012).

Transparencia y acceso a la información: Constitucionalmente todo recurso informativo generado por los sistemas de planificación y de finanzas públicas deben ser permanente y oportunamente de libre acceso. Las autoridades competentes de estos sistemas, rendirán cuentas y favorecerán los medios para el control social (Ley de transparencia y acceso a la información, 2004)

Participación Ciudadana: Los organismos encargados de la planificación del desarrollo y de las finanzas públicas, y aquellas entidades que conforman parte de

los sistemas de planificación y finanzas públicas, deben institucionalizar mecanismos que garanticen la participación ciudadana en el funcionamiento de los sistemas (Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, 2012)

Descentralización y Desconcentración: Para la gestión de los sistemas de planificación y de finanzas públicas se implementarán todos los mecanismos de descentralización y desconcentración necesarios, que permitan una administración eficiente y cercana a la población (Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, 2012)

1.5.4 ASISTENCIA PRESUPUESTARIA

A efectos de la presente investigación, puede definirse la Asistencia Presupuestaria a los diferentes mecanismos de apoyo y asistencia, expresados de manera coordinada en la asignación de fondos y recursos necesarios, expresados en términos de Programas y Proyectos, con miras a satisfacer por la vía de la gestión del Estado todas las necesidades de la población en el marco de sus derechos fundamentales como ciudadanos (Ministerio de Finanzas del Ecuador , 2010).

En el presupuesto del Estado posee connotaciones que se han estimado de acuerdo a los recursos que posee el país, en este sentido los rubros de ingresos están relacionados a (venta de petróleo, recaudación de impuestos, etc.) mientras que los gastos de servicio, producción y funcionamiento estatal para educación, salud, vivienda, agricultura, seguridad, transporte, electricidad, etc., de acuerdo a las necesidades identificadas en los sectores y a la planificación de programas de desarrollo) (Ministerio de Salud , 2016, pág. 1)

En el caso de la asignación de recursos al Ministerio de Salud se considerar los siguientes aspectos:

- 1) Rehabilitación y /o mantenimiento de la infraestructura hospitalaria
- 2) Compra de medicamentos, equipos y dispositivos médicos
- 3) Intervención en campañas de prevención de enfermedades en el sector rural, etc.

La planificación de los recursos depende de los objetivos, metas que se planteen los ministerios, sin embargo, hay que mencionar que la alineación de estos objetivos debe estar acorde al plan del buen vivir puesto que es la ruta a seguir. A este proceso se suma la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo con lo cual se garantiza que los recursos se establezcan conforme a los requerimientos.

La asignación presupuestaria para el 2015 fue de \$2.570 millones con lo cual se proveyó al desarrollo y las siguientes acotaciones 1) Nuevos hospitales; 2) Re potencialización de hospitales emblemáticos, 3) Nuevos centros de salud, 4) Establecimientos de salud acreditados, 5) Reducción en la letalidad, 6) Reducción en mortalidad materna, 7) Nuevas vacunas de inmunización, 8) Campañas de vacunación, 9) Inversión en medicamentos. 10) Desarrollo de manuales, reglamentos, normas y guías realizadas, 11) Incremento de profesionales en la salud, 12) Incremento de ambulancias para la atención pre-hospitalarias a escala Nacional, 13) Control vectorial de prevención Chikungunya, Zika, Dengue, 14) Trasplante de órganos, tejidos y células, 15) Comités locales de salud conformados. 16) Productos cuentan con etiquetado, 17) Ayudas técnicas entregados a personas con discapacidad, 18) Servicios de rehabilitación en los tres niveles de atención, 19) Tamizajes auditivos y visuales. Parte de este proceso estuvo orientado a garantizar la prestación universal de excelente calidad y gratuita de los servicios de atención integral de salud, con lo cual se pretendió mejorar el sistema de salud con un gasto corriente de US\$2.323 MM. (Ministerio de Salud Público , 2016, págs. 1-5)

En este sentido la direccionalidad e intencionalidad de las asignaciones del Presupuesto de la Nación, indican la Asistencia Financiera Presupuestaria a los diferentes sectores de la vida nacional. Esta intención se expresa en la condición de Gastos por Sectores. Esta definición permite evaluar la acción del sector público según los distintos sectores de la economía. A continuación, se presenta el comportamiento del presupuesto bajo esta categorización, evidenciando la Asistencia Presupuestaria a los diferentes sectores del país, presentado por el Ministerio de Finanzas (2016).

Tabla 4- Asistencia Presupuestaria Sectorial

SECTORIAL	INICIAL	CODIFICADO MARZO	DEVENGADO MARZO	% EJECUCIÓN	% PARTICIPACIÓN DEVENGADO
TESORO NACIONAL	13.123,68	13.388,03	3.695,28	27,60	52,90
EDUCACIÓN	4.995,97	4.649,86	892,19	19,19	12,77
SALUD	2.391,02	2.433,51	530,09	21,78	7,59
ASUNTOS INTERNOS	1.650,09	1.635,36	423,38	25,89	6,06
DEFENSA NACIONAL	1.565,45	1.579,38	356,83	22,59	5,11
RECURSOS NATURALES	1.317,46	1.558,01	257,39	16,52	3,68
BIENESTAR SOCIAL	844,71	861,38	242,91	28,20	3,48
JURISDICCIONAL	626,15	602,36	137,40	22,81	1,97
COMUNICACIONES	681,96	762,04	94,71	12,43	1,36
ADMINISTRATIVO	404,52	413,80	73,08	17,66	1,05
TRANSPARENCIA Y CONTROL SOCIAL	231,56	241,26	48,81	20,23	0,70
AGROPECUARIO	350,54	265,88	45,88	17,25	0,66
DESARROLLO URBANO Y VIVIENDA	870,35	1.219,79	45,43	3,72	0,65
FINANZAS	202,44	212,40	42,10	19,82	0,60
ASUNTOS DEL EXTERIOR	152,78	154,84	36,18	23,36	0,52
AMBIENTE	115,13	106,42	16,97	15,95	0,24
LEGISLATIVO	59,03	61,32	13,15	21,45	0,19
TRABAJO	88,26	57,17	10,76	18,83	0,15
ELECTORAL	49,91	45,69	9,95	21,77	0,14
COM. EXTERIOR, INDUSTRIALIZACIÓN, PESCA Y COMPETITIVIDAD	78,02	73,95	9,28	12,55	0,13
TURISMO	36,08	28,48	3,26	11,43	0,05
TOTAL	29.835,10	30.350,93	6.984,99	23,01	100,00

Fuente: Ministerio de Finanzas - Boletín de Ejecución Presupuestaria Enero - Marzo 2016.
SUBSECRETARÍA DE PRESUPUESTO DIRECCIÓN NACIONAL DE CONSISTENCIA
PRESUPUESTARIA Ministerio de Finanzas

Elaborado por: Ángel Robayo

De acuerdo a la fuente citada del Ministerio de Finanzas el presupuestario en el sector Salud, para el primer trimestre 2016, tuvo un aporte participativo del 7.59% del presupuesto devengado, (USD 530.09 millones), destinados en un 80.17% al programa Provisión y prestación de servicios de salud (USD 424.96 millones), considerando las remuneraciones de médicos, enfermeras y demás trabajadores del sector, medicamentos, servicios de aseo y seguridad, requeridos para el normal funcionamiento de los hospitales y centros de salud a nivel nacional (Ministerio de Finanzas, 2016).

Es importante deducir que el sector salud ha recibido una asistencia presupuestaria considerable, ubicándolo como el tercer sector privilegiado de la economía nacional en la asignación de recursos y asistencia financiera para su funcionamiento.

1.5.5 PRODUCTIVIDAD

Este es un concepto económico que define la relación existente entre la cantidad de productos o bienes generados en un sistema productivo y los fondos o recursos utilizados para su producción. En este orden de ideas, la productividad es un indicador de la eficiencia en los procesos de producción (Requeijo, Iranso, Salido, & Pedrosa, 2007)

En la literatura se plantea un amplio debate sobre cómo la inversión y los resultados de la productividad de un servicio pueden ser calculados apropiadamente. Los resultados de la investigación empírica son diversos en grado superlativo. Una razón por la que investigación sobre la productividad del servicio es todavía tan nobel es por falta de claridad sobre lo que productividad del servicio significa en realidad.

Las investigaciones suelen usar los términos de eficiencia, eficacia y productividad al describir la relación de la calidad y los gastos que implica ese estándar como si tuviera el mismo significado. La productividad en el servicio, es un campo caracterizado por las interrelaciones, y a menudo descompensaciones entre eficiencia y la eficacia.

Esto impide el uso sinónimo de la eficiencia y la eficacia y resalta la necesidad de que la se defina la productividad del servicio como un concepto diferente más allá de la productividad misma. Teniendo en cuenta eso, una definición de productividad en el servicio específica debe cubrir la eficiencia tanto como la eficacia, y al mismo tiempo distinguir entre ambos términos (Dobmeier, 2016).

Algunos autores requieren especial mención en el esfuerzo por la construcción de una definición de productividad del servicio (por ej. Grönroos & Ojasalo 2004; Johnston & Jones 2004; Vuorinen et al. 1998). Todavía, las definiciones proveídas son esencialmente diferentes.

Vuorinen & otros (1998) citado por (Dobmeier, 2016) define la productividad del servicio como la habilidad del proveedor de éste de combinar sus insumos para satisfacer las expectativas de calidad de sus clientes. Por lo tanto, la productividad de un servicio puede ser definida como la proporción de cantidad y calidad de producto generado a partir de cierta cantidad y calidad de insumos.

La productividad integra una perspectiva del cliente y la de la organización, teniendo en cuenta tanto eficiencia como la eficacia. Todavía, acá no se considera la capacidad gerencial. Por consiguiente, el principio de actuación de la organización en materia de servicios y la dependencia suscitada sobre la demanda del cliente, como resultado de ésta, es omitida (Dobmeier, 2016).

Además, el enunciado tampoco considera la intangibilidad de las complejidades en la definición de los factores que contribuyen con la producción (insumos) y lo difícil de definir los resultados obtenidos dada la heterogeneidad de los mismos, lo que hace cuesta arriba valorar la relación entre ambos.

Asimismo, (Dobmeier, 2016) continúa citando otros autores como Johnston & Jones (2004), quienes se concentran en integrar al cliente en la definición de productividad del servicio. Para esto, ellos diferencian la productividad en el sentido operativo y la referente a la perspectiva del cliente con el propósito de definir la productividad del servicio de forma integral.

Continúa Dobmeier (2016) explicando que la productividad operativa se entiende como la proporción entre los productos (por ej. resultados, clientes, ganancias) y los insumos (por ejemplo, materiales, personal, costos), mientras que la productividad del cliente es definida como la proporción entre las contribuciones del cliente (por ejemplo, el esfuerzo, el tiempo) y los productos de los mismos (por ej. valor, resultado).

De la misma manera que el autor anterior, Johnston & Jones (2004) citados por (Dobmeier, 2016) también contemplan la perspectiva de la organización y la del cliente al definir la productividad del servicio al cliente teniendo en cuenta la

eficiencia (la productividad operativa) y la eficacia (la productividad del cliente), las cuales están intrínsecamente interrelacionadas. El elemento más valioso de este enfoque es la noción de co- producción en aras de medir la productividad.

Finalmente, Grönroos & Ojasalo (2004) citados por (Dobmeier, 2016) proporcionan una definición adicional de la productividad del servicio que integra eficiencia, eficacia, y capacidad gerencial. La productividad del servicio atañe a la función de la eficiencia interna, eficiencia externa (que aquí equivale a eficacia), y la eficiencia en la capacidad de gestión.

Por lo tanto, se determina la productividad del servicio, valorando cómo una organización que dirige sus recursos para satisfacer las expectativas de sus clientes y sus objetivos operativos de forma simultánea.

Estos autores aumentan los conceptos anteriores, añadiendo una perspectiva dinámica: cuando los proveedores de servicios y los clientes van aprendiendo de los procesos, mejoran tanto su eficiencia como su eficacia. Adicionalmente, la capacidad gerencial aumenta gracias a las ganancias obtenidas a partir de la experiencia con base en las estimaciones de requerimientos de recursos.

En la referencia que hace (Dobmeier, 2016) de Grönroos & Ojasalo (2004) señala que la productividad de un servicio debe ser administrada en términos de cómo, no únicamente cuánto, recursos son invertidos en el proceso de entrega del servicio. Más allá de ello, añaden un campo dinámico que se sustenta importancia del proceso del aprendizaje mutuo.

En cuanto a la gestión hospitalaria, González & Hernández (2007) en su investigación titulada “Indicadores de gestión hospitalaria”, publicada en la revista electrónica Ciencias Sociales, del Instituto de Investigación Universidad del Zulia (LUZ) Maracaibo- Venezuela, presentan una serie de indicadores para medir los Indicadores de capacidad, productividad y eficiencia hospitalaria, en este aspecto se considera a la cama del hospital como un indicador para gestionar los recursos,

calculando varios índices entre los cuales se cuentan: porcentaje de ocupación, promedio de estancia, índice de rotación e intervalo de sustitución.

Porcentaje de ocupación: En este sentido, las entidades hospitalarias calculan porcentajes de ocupación considerando los porcentajes de ocupación (por cama) con relación a la capacidad presupuestada a este respecto. En este sentido se establece la relación entre los días-cama ofrecidos por el hospital y la utilización (ocupación) en días por parte del paciente que ocupa la cama. Este indicador permite medir y establecer porcentualmente la asignación presupuestaria por parte del Estado para la totalidad de camas del centro hospitalario (García, 1993)

Promedio de estancia e índice de rotación: Al considerar la elaboración de estos indicadores de productividad del sector hospitalario, se requiere es menester que cada hospital establezca el estándar comparativo del índice de rotación de acuerdo con el promedio de días de estancia requeridos por los pacientes en relación con la especialidad médica. Esta comparación permitirá evaluar el uso dado a cada cama, para determinar la prolongación innecesaria de días de hospitalización, falta de coordinación entre los diferentes servicios (administrativos, auxiliares, diagnósticos o terapéuticos y de hospitalización) (Charlita, 2003).

Intervalo de sustitución: Expresa de una manera resumida el tiempo promedio que transcurre entre la salida y llegada de un paciente a una cama. Si se cumple el principio de que toda persona que necesite hospitalización debe poder acceder a una cama hospitalaria en el momento que le corresponde, este tiempo debe ser pequeño. Sin embargo, un índice de sustitución demasiado pequeño podría ser reflejo de una falta de camas disponibles.

Además, se debe considerar que este indicador puede ser calculado directamente, si en el transcurso del cambio de paciente, se mide el tiempo transcurrido entre la salida de un paciente y la entrada de otro, pero normalmente se obtiene de forma aproximada porque la información exacta no siempre está disponible. Los dos primeros índices deberían bastar para tener una idea de si sobran o no camas en un hospital y si se están utilizando bien las que ya existen, pero el intervalo de

sustitución, es un indicador más directo del tiempo promedio que permanece vacía una cama (Laverde, 2010).

Un valioso aporte de esta fuente, consiste en las consideraciones mínimas a la hora de la elaboración de los indicadores de gestión relacionados con la productividad del sector hospitalario. Estas consideraciones son un elemento para determinar las variables a estudiar para el cálculo de la productividad en el uso los recursos asignados a instituciones hospitalarias y apuntan a que los indicadores son necesarios para evaluar la gestión y seguimiento (a efectos de control) de los hospitales a partir de los hallazgos obtenidos a través de su análisis.

El apoyo y orientación que puedan dar los indicadores de productividad será efectivo al tomar las siguientes consideraciones mínimas para establecerlos:

Nombre o denominación. La identificación del indicador debe ser clara y precisa a los fines de que se pueda caracterizar i identificar lo que se pretende medir (Charlita, 2003)

Naturaleza. En este sentido, los indicadores se clasifican según los factores clave de éxito para el hospital y que se convierten en criterios de gestión como por ejemplo: eficiencia, eficacia, efectividad, productividad, calculando los indicadores apropiados, de forma tal que para el criterio de eficiencia se calcularan indicadores de uso de la capacidad instalada, indicadores de costos operativos, indicadores de actividad; y para el criterio productividad indicadores de productividad de consulta externa, indicadores de egresos hospitalario, entre otros (Charlita, 2003)

Propósito. Expresa qué quiere generar el indicador seleccionado, señalando con claridad el lineamiento político, la mejora que se busca y el sentido de esa mejora (Charlita, 2003)

Patrón de comparación. Esto permitirá que el indicador sea comparado con un estándar previamente definido para determinar la existencia de variaciones significativas. Esto para poder intervenir oportunamente los procesos que generen

variaciones y apoyar las decisiones de control por parte de la gerencia hospitalaria. Algunos patrones de comparación pueden ser comportamientos históricos, técnicos, teóricos, nivel de requerimiento de los usuarios, nivel de competencia y el nivel de planeación (Charlita, 2003).

Fórmula para el cálculo. Para indicadores cuantitativos se debe precisarse la fórmula de cálculo para su valor, identificando los factores que se relacionan y expresando las unidades para expresar el valor del indicador (Charlita, 2003)

Vigencia. En virtud del comportamiento cambiante del entorno actual, caracterizado por cambios múltiples, variados y rápidos, los indicadores deben ser actualizados periódicamente para suministrar información suministrada pertinente y oportuna (Charlita, 2003)

Valor agregado. Esta consideración se refiere a la utilidad que para el hospital tiene la información generada por el indicador, esto con la finalidad de apoyar la toma de decisiones oportunas (Charlita, 2003).

Nivel de generación: En este sentido se refiere al nivel de la organización, (estratégico, táctico u operativo), donde se obtiene la información y se fundamenta el indicador calculado (Charlita, 2003).

Nivel de utilización. Se refiere a las instancias institucionales donde cobrará importancia el indicador calculado para la toma de decisiones gerenciales (Charlita, 2003).

Periodicidad. Un indicador debe indicar el lapso o periodo de tiempo, así como su oportunidad para ser generado (Charlita, 2003)

A efectos de ejemplificación de algunos aspectos importantes para medir la Asignación presupuestaria y productividad y su comportamiento, contemplando los recursos humanos en el sector hospitalario, se presentan a continuación:

$$\% \text{ de participación del costo de recursos humanos en el costo total del servicio} = \frac{\text{Costo de recursos humanos en el periodo}}{\text{Costo total del periodo}} \times 100$$

$$\% \text{ de distribución por área} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de personas por área específica en el periodo}}{\text{N}^\circ \text{ total de personas vinculadas en el periodo}} \times 100$$

$$\% \text{ de ausentismo} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de horas ausentismo en el periodo}}{\text{N}^\circ \text{ total de horas contratadas en el periodo}} \times 100$$

$$\% \text{ de accidentes de trabajo} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de accidentes de trabajo en el periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de personas que laboran en el periodo}} \times 100$$

$$\text{Rendimiento de la consulta externa} = \frac{\text{Consultas externas realizadas}}{\text{Consultas externas programadas}} \times 100$$

$$\text{Ocupación hospitalaria} = \frac{\text{Días paciente}}{\text{Días cama}} \times 100$$

$$\text{Cirugías suspendidas} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de cirugías suspendidas}}{\text{Cirugías programadas}} \times 100$$

$$\text{Reintervenciones quirúrgicas} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de reintervenciones quirúrgicas}}{\text{Total de intervenciones quirúrgicas}} \times 100$$

$$\text{Reingresos hospitalarios} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que reingresan}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos hospitalarios}} \times 100$$

$$\text{Productividad de consulta externa} = \frac{\text{Total de consultas otorgadas en CE}}{\text{Total de horas médico asignadas en CE}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en urgencias}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en urgencias}} \times 100$$

Consulta de urgencia calificada	=	$\frac{\text{Total de consultas atendidas en urgencias}}{\text{Total de consultas atendidas en urgencias}}$
Índice de frecuencia de accidentes de trabajo	=	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de accidentes de trabajo en el periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de horas contratadas en el periodo}}$
Índice de frecuencia de enfermedad profesional	=	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de suspensiones por enfermedad en el periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de horas trabajadas en el periodo}}$
Índice de capacitación	=	$\frac{\text{Total de horas de capacitación en el periodo}}{\text{Total de horas contratadas en el periodo}}$
% prestacional	=	$\frac{\text{Valor prestaciones sociales}}{\text{Valor total salarios}}$
Promedio de antigüedad laboral	=	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de años de trabajo de los trabajadores}}{\text{N}^\circ \text{ de trabajadores vinculados}}$
Relación enfermeras/camas censables	=	$\frac{\text{Total de enfermeras en atención directa}}{\text{Número de camas censables}}$
Relación enfermeras/camas no censables	=	$\frac{\text{Total de personal de enfermería en atención directa}}{\text{Número de camas no censables}}$
Relación enfermeras/médicos	=	$\frac{\text{Total de enfermeras en atención directa}}{\text{Número médicos}}$
Relación médicos/camas	=	$\frac{\text{Total de médicos adscritos en atención directa}}{\text{Número de camas censables}}$

Fuente: (Sánchez, 2008)

Elaborado por: Ángel Robayo

Como resumen a este aspecto presupuestario, cabe mencionar que los hospitales son instituciones de salud pública de considerable complejidad que en su gestión atienden a segmentos limitados de la población y a su vez son responsables de la

asignación significativa del gasto en los sistemas de salud pública, afectando la economía de los países y también generan un alto impacto mediático-comunicacional y político.

Esta apreciación es necesaria señalar, considerando el aspecto constitucional referido a la transparencia en el uso de los recursos públicos y a la manera de ejercer el control de estos, se hace necesario una revisión, análisis y evaluación para el seguimiento de los recursos asignados para la prestación de servicios públicos en este sector de la economía nacional (salud) y que constituyen un derecho fundamental de los ciudadanos. Por ello se hace necesario una revisión histórica que contemple la comparación de los recursos asignados Vs los recursos utilizados, a fin de determinar el comportamiento y adecuación del uso de los recursos en base a la planificación efectuada, permitiendo identificar las variaciones presentadas en el periodo bajo estudio y explicarlas si fuere el caso. (González & Hernández, 2007)

Las variaciones presupuestarias, como hallazgo de investigaciones, permitirán identificar con claridad su origen y los procesos que las causaron, elemento de importancia para orientar a la Dirección Institucional para que estos procesos puedan ser intervenidos oportunamente y mejorar la calidad en la prestación del servicio hospitalario.

1.5.6 EL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS Y SU DESEMPEÑO

El Hospital Enrique Garcés, es una institución del sistema público de salud de Ecuador, en este sentido, el cual se encuentra integrado por la siguiente institucionalidad oficial: Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), y los diversos servicios de salud adelantados por las municipalidades e instituciones de seguridad social como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (Hospital Enriquez Gárces, 2013)

El Hospital Enrique Garcés se encuentra ubicado en la ciudad de Quito, es un Hospital público que durante treinta y cuatro años ha ofrecido servicios de atención de salud a toda la población y se localiza al sur de la ciudad en la calle Chilibulo y Av. Enrique Garcés (Hospital Enriquez Gárces, 2013).

Al igual que los distintos Hospitales públicos, este Hospital depende de las asignaciones estatales, esto genera que los servicios integrados por tratamientos, asignación de camas, adquisición de medicamentos, pagos de servicios externos, dependan de estas asignaciones oficiales (Hospital Enriquez Gárces, 2013).

El desarrollo de una investigación para analizar el Impacto de la asignación presupuestaria en la prestación de los servicios en el hospital Enrique Garcés para el período 2011 – 2015, con miras a determinar cuáles aspectos de la gestión de los servicios de salud prestados a los pacientes se ve afectada por la insuficiencia de recursos derivada de la asignación presupuestaria del Hospital, contempla, un análisis histórico del periodo bajo estudio, que permite relacionar las variables de asignación presupuestaria, asignación oficial de los recursos, presupuesto público y la ejecución real de los recursos, determinando así la suficiencia de los mismos a través del cumplimiento de la planificación hecha por la institución en todas las áreas operativas del servicio hospitalario vinculadas con la prestación de servicios a los pacientes (Hospital Enriquez Gárces, 2013).

Este análisis permite determinar si los recursos asignados al Hospital en términos de liquidez, son suficientes para acometer oportunamente todos los proyectos estimados relacionados con la atención de pacientes en el periodo. Para ello se consideró la planificación en términos monetarios hecha por la institución para cada año del periodo y la asignación, en esos mismos términos, aprobada y efectivamente transferida por el Estado a la institución y si las diferencias entre estas variables permitió o no, alcanzar las metas fijadas de atención a la población demandante de servicios en el periodo, para así evidenciar la relación existente entre productividad del servicio hospitalario y la asignación presupuestaria oficial del recursos. En lo posible, la investigación pretende igualmente comparar este comportamiento del Hospital Enrique Garcés con indicadores similares de

Hospitales del sistema público con dimensiones similares de esta entidad hospitalaria (Hospital Enriquez Gárces, 2013).

Los aspectos a considerar (fases) para la formulación, elaboración del presupuesto hospitalario, su ejecución y control (indicadores de gestión), en materia de satisfacción del público atendido tendrán como mínimo las siguientes consideraciones del ciclo operativo del hospital y que presentan en el gráfico 2.

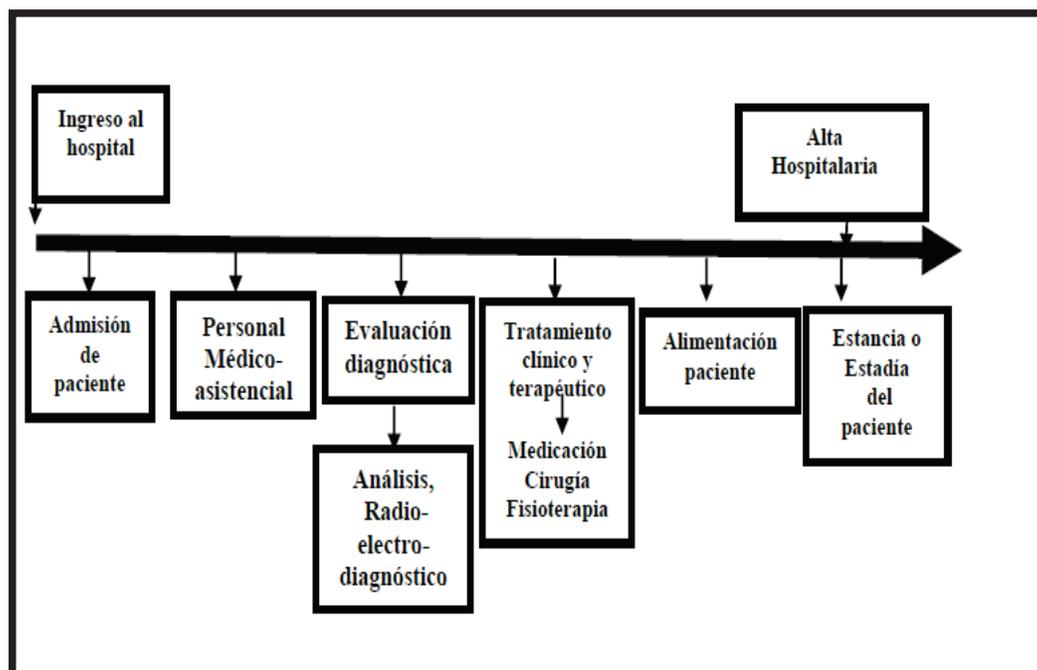


Figura 1- Consideraciones para elaboración del presupuesto hospitalario, su ejecución y control en materia de atención al paciente.

Fuente: (Hospital Enriquez Gárces, 2013).

1.6 MARCO CONCEPTUAL

Adecuación presupuestaria. - Modificación que se realiza durante el ejercicio fiscal a la estructura financiera y programática de los presupuestos aprobados. Ajuste a los calendarios financieros y metas del presupuesto autorizado por el Congreso que realiza a través de un documento denominado oficio de afectación presupuestaria (Vidales, 2007).

Adición Presupuestaria.- clave presupuestaria con su respectiva asignación creada con posterioridad a la autorización del presupuesto de egresos (Vidales, 2007).

Administración presupuestaria.- rama de la administración pública que tienen por objeto la programación, la organización, la aplicación y el control de la recaudación, el ejercicio y la evaluación de los fondos públicos (Robbins & De Cenzo, 2009)

Afectación presupuestaria. - Movimiento que permite adecuar o modificar el presupuesto original autorizado por el congreso, el cual se realiza a través de un documento denominado "oficio de afectación presupuestaria". Según el tipo de clave presupuestaria que afecte, puede ser automático, es decir cuando el traspaso por la entidad es interno; o no automático cuando se quiere la autorización del Ministerio (Hernández, 2011)

Anticipos. - recursos otorgados o pagados antes del vencimiento de un contrato suscrito. Corresponde a los hechos económicos con impacto en las disponibilidades monetarias y que no afectan al registro presupuestario (Vidales, 2007).

Eficiencia: Es la capacidad de lograr el objetivo propuesto con la menor cantidad de recursos utilizados o en el menor tiempo posible. Se lo puede relacionar con la productividad (Robbins & De Cenzo, 2009).

Eficacia: Es la capacidad de obtener el objetivo propuesto o esperado. En la eficacia no se pone mucha atención al uso de los recursos, sino al logro del efecto (Robbins & De Cenzo, 2009).

Ejercicio fiscal: periodo regular presupuestario y contable dentro del cual se hacen y se ejecutan las estimaciones de ingresos y de gastos. Comprende el periodo 1 de enero al 31 de diciembre de cada año (Vidales, 2007)

Estado de proyecto: etapa en la que se encuentra el proyecto. Se debe especificar si el proyecto presentado para la programación plurianual es de arrastre, nuevo sin prioridad o nuevo con prioridad. Debe entenderse por arrastre aquellos proyectos o programas que vienen ejecutándose desde años anteriores y no han podido ser finalizados (Hernández, 2011)

Gasto de inversión.- gastos destinados al incremento patrimonial del Estado, mediante actividades operacionales de inversión, comprendido en programas sociales o proyectos institucionales de ejecución de obra (Vidales, 2007)

Gasto de capital. - gastos destinados a la adquisición de bienes de larga duración para uso institucional a nivel operativo y productivo, incluye las asignaciones destinadas a efectuar transacciones en títulos valores negociados en el mercado financiero. Están conformados por las asignaciones destinados a la adquisición de bienes de larga duración, a realizar inversiones financieras y transferencias de capital (Vidales, 2007)

Monto total del proyecto: en este rubro está incluido el valor total del programa o proyecto. para el caso de los proyectos de arrastre esta sobreentendido que en el monto total se incluye el valor para espacio presupuestario que cubre los saldos pendientes no devengados del año anterior y la liquidez que cubre la inversión del año en ejecución (Robbins & De Cenzo, 2009)

Productividad.- Es una calificación de la capacidad de la empresa para la transformación de recursos en productos de bienes y servicios (Guzmán & Tatiana, 2005)

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de investigación utilizado fue primeramente el exploratorio, ya que se realizó la investigación por primera vez para analizar la problemática y las relaciones entre asignación presupuestaria y la prestación de servicios. Pero a su vez se pudo considerar una investigación explicativa, puesto que se buscó de manera cualitativa establecer una relación de causa y efecto, en este caso, se determinó si existió evidencia cualitativa y cuantitativa para determinar si existe relación entre la prestación de los servicios del Hospital y la asignación presupuestaria.

En el estudio de investigación, se empleó el método de análisis con la finalidad de conocer tanto en base a las teorías, modelos y métodos sobre la asignación de presupuestos hacia al ámbito de salud, así como al analizar la relación entre variables para el caso específico (Ruiz, 2012).

Adicionalmente como parte del proceso de investigación, se hizo uso del método de síntesis para condensar la información obtenida de la teoría así mismo se relacionó los aspectos de impacto que se establezcan por la asignación presupuestaria en prestación de los servicios en el Hospital (Ruiz, 2012).

Las técnicas que fueron usadas en el estudio de investigación contribuyeron a la recolección de información, para lo cual se realizó una revisión documental del impacto que tiene la asignación presupuestaria en la prestación de los servicios en el Hospital, en este ámbito de aplicación se empleó las fuentes primarias las mismas que provendrán de entrevistas realizadas a directivos del hospital que conocen sobre la relación existente entre el presupuesto y la prestación de servicios, y fuentes secundarias las cuales provinieron de libros especializados, artículos y documentación obtenida del mismo hospital. A esta técnica se sumó la entrevista que se realizó al personal financiero del Hospital Enrique Garcés de la

ciudad de Quito para determinar el nivel de impacto que tiene la asignación de presupuestaria en la prestación de los servicios en el Hospital.

Se buscó también establecer los indicadores adecuados que permitan medir la eficiencia del Hospital, de acuerdo a la información existente, que pueda ser cuantificada para analizar la relación producción – uso de recursos.

Después de la obtención de la información con el uso de las fuentes de información secundaria y de la entrevista aplicada, se procedió al tratamiento de la información con la cual se diseñó un informe el cual está compuesto de los resultados de la investigación expresados en tablas y gráficos los cuales se elaboraron tomando en cuenta los objetivos de la investigación.

2.2 PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN. (CUANTITATIVO – CUALITATIVO)

El paradigma de la investigación será cuantitativo principalmente pues se buscará correlacionar las variables de presupuesto, desglosado por:

- presupuesto general
- presupuesto para medicamentos,
- presupuesto para infraestructura,
- presupuesto para equipamiento

Se han seleccionado estos indicadores debido a que por una parte son los que identifican la variable presupuesto para el caso del Hospital específicamente y por otra parte debido a ser indicadores sobre los cuales existe información a la cual se puede acceder.

Y por el otro lado, indicadores como:

- Gastos por hospitalización
- Camas disponibles
- Promedio de pacientes diario
- Ocupación
- Tasa de mortalidad

- Cantidad de atenciones en consulta externa
- Cantidad de consultas
- Pacientes atendidos en emergencia

De igual manera que en el caso anterior, siendo estos indicadores que pueden establecer de forma clara la situación del servicio del hospital y a su vez ser datos que se registran en el hospital y por tanto es posible cuantificar y procesar.

Sin embargo, a su vez será necesario verificar de forma cualitativa la percepción de médicos y directivos en relación a calidad de servicio, dificultades que afrontan de acuerdo a las asignaciones presupuestarias, por lo que la investigación se complementará con entrevistas semiestructuradas.

2.3 HERRAMIENTA UTILIZADA

La entrevista, se puede entender como un diálogo entre dos personas, en la cual quien realiza las preguntas o el investigador, busca alcanzar los objetivos para su tema investigado (Cegarra, 2012).

Como herramienta a utilizarse se aplicará la entrevista, mediante un cuestionario de preguntas el cual se encuentra en Anexos, lo cual permitirá la obtención de respuestas cualitativas que permitan entender la situación planteada;

La población de estudio serán los Directivos del Hospital Enrique Garcés, pues son quienes están al tanto de la situación que se produce en el Hospital referente al presupuesto y prestación de servicios y que pueden responder desde su punto de vista sobre esta relación en estudio.

Tabla 5- Población de estudio

Hospital Enrique Garcés	
Gerencia	• Dra. Luisa Logroño; Gerente General
Área administrativa	• Ing. Ana Quishpe, Directora Administrativa Financiera
Coordinación financiera	• Ing. Luis Vilca, Coordinador financiero
Área de adquisiciones	• Abg. Liliana Dalgo, Adquisiciones
Dirección médica	• Dr. Franklin Rúaes, Director Médico

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Por lo tanto, se ha entrevistado a los 5 profesionales para obtener respuestas desde el punto de vista de los representantes de las diferentes áreas del hospital.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 RESULTADOS

Se clasifica a continuación los resultados en base al análisis de las variables que se ha buscado relacionar, tanto en base a la información existente, como a los indicadores que pueden entregar los resultados para establecer la relación entre asignación presupuestaria y prestación de servicios. Para ello se han considerado varios indicadores cuantificables, que se han presentado en el apartado 2.2 correspondientes a presupuesto y a prestación de servicios, que permiten obtener datos cuantitativos que faciliten el análisis de correlación. A continuación, se presentan individualmente los resultados de cada una de las variables, con el fin de posteriormente realizar un análisis correlacional entre las mismas.

3.1.1 RELACIONES EXISTENTES ENTRE PRESUPUESTO Y PRODUCTIVIDAD BAJO EL ANÁLISIS DE DIFERENTES AUTORES EN RELACIÓN AL TEMA

Para el hospital Enrique Garcés, así como para cualquier servicio hospitalario, la productividad puede ser medida a través de indicadores de eficiencia. Los autores Requerijo, Iranso, Salido y Pedrosa (2007) mencionan que la productividad es un indicador de la eficiencia en los procesos de producción. Así también se ha mencionado previamente que la productividad desde la perspectiva del cliente o en este caso beneficiario y además de la organización, debe considerar tanto eficiencia como la eficacia.

Según Martínez (2015), la productividad “es un indicador que refleja que tan bien se están usando los recursos de una economía en la producción de bienes y servicios, la que la refiere como una relación entre recursos utilizados y productos obtenidos” y que genera eficiencia con en base a los recursos -humanos, capital, conocimientos, energía, etc., mismos que son usados para producir bienes y servicios en el mercado. Anteriormente se consideraba que la productividad era producto de trabajo y capital, aunque actualmente se conoce que existen mucho

más factores que tienen incidencia en la productividad, donde inclusive se debe incluir las leyes y normas gubernamentales (Martínez, 2015).

Además, la productividad del trabajo, es una relación entre la producción y el personal ocupado y por ello refleja qué tan bien se está utilizando el personal ocupado en el proceso productivo.

Así también Adingor (2012) menciona que “La productividad es el producto final del esfuerzo y combinación de todos los recursos humanos, materiales y financieros que integran una empresa.”

Estos aportes llevan a analizar la relación entre presupuesto y productividad, lo cual en la literatura se plantea un amplio debate sobre cómo la inversión y los resultados de la productividad de un servicio se relacionan.

Al analizar la relación entre productividad y presupuesto es importante tomar lo que consideran los autores Vuorinen & otros (1998) quienes define la productividad del servicio como la habilidad del proveedor de combinar sus insumos para satisfacer las expectativas de calidad de sus clientes y es claro que los insumos para este tipo de servicio dependen del presupuesto

Como lo mencionan los autores Grönroos & Ojasalo (2004), la capacidad gerencial aumenta gracias a las ganancias obtenidas (en este caso los ingresos por presupuesto) y es por ello que inversamente la capacidad disminuye cuando escasean los ingresos requerimientos de recursos.

Para ADINGOR (2012) entre los factores que afectan la producción se encuentran: la inversión, la razón capital/trabajo, la utilización de la capacidad, la investigación y desarrollo, corroborando el hecho de que un presupuesto menor puede tener efecto sobre la productividad.

Por ello si bien existe una explicación y relación planteada entre presupuesto y productividad, es necesario para poder valorar esta relación, establecer los indicadores de capacidad, productividad y eficiencia hospitalaria. Para ello, los autores González & Hernández (2007) presentan una serie de indicadores para

medirlos, considerando estos como camas de hospital, porcentaje de ocupación, promedio de estancia, índice de rotación, entre otros.

Para esta investigación, se presentan las diferentes variables existentes como son: gastos de hospitalización, promedio camas disponibles por día, promedio diario de pacientes, atenciones por consulta: externa, medicina interna, consultas gineco-obstetricia, de cirugía, pediátricas, odontológicas y pacientes atendidos por año y que se relacionan con los diferentes indicadores presupuestarios por áreas o sectores de servicios, permitiendo ceñirnos con lo que la teoría presenta en relación a productividad, así como eficiencia, que finalmente se traduce en la prestación de servicios.



Figura 2- Presupuesto versus productividad
Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016
Elaborado por: Ángel Robayo

A continuación, se describen los indicadores tanto de presupuesto, como de productividad, eficiencia y prestación de servicios, que servirán posteriormente para la determinación del impacto de la asignación presupuestaria en la prestación de servicios en el HEG de la ciudad de Quito.

3.1.1.1 Presupuesto general

Las asignaciones presupuestarias pueden observarse en la siguiente figura 2 para el período 2006 – 2015:

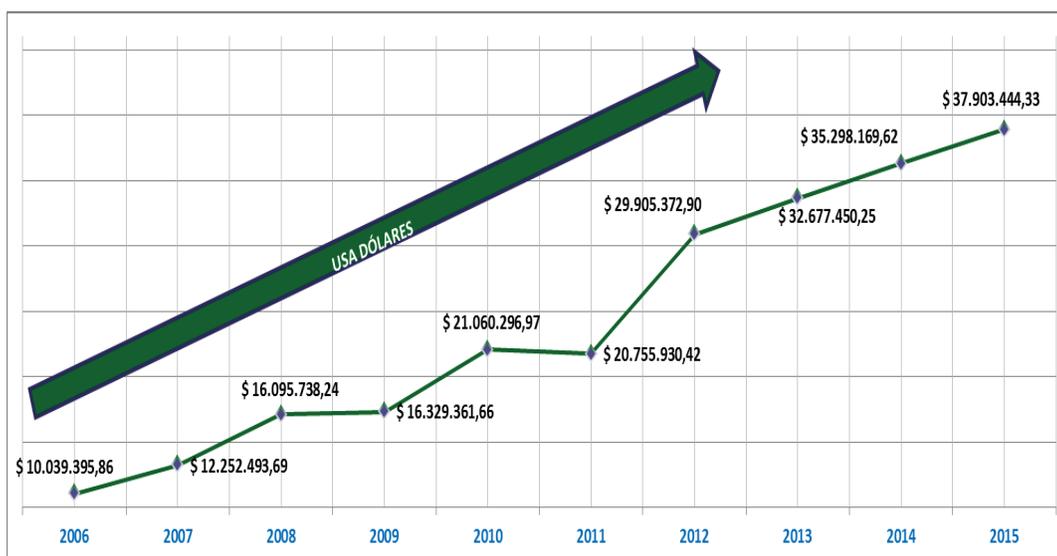


Figura 3- Presupuesto general Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

En el período de análisis, de acuerdo a la figura 2, se puede observar que el presupuesto asignado en el año 2010 fue de \$21.060.296,97, mientras que para el 2011 se registra una ligera disminución a la participación presupuestaria de \$304.366,55, sin embargo, para el 2012 se incrementa nuevamente el presupuesto, especialmente debido a la adquisición de equipamiento, al igual que en el 2013. En el 2014 el presupuesto fue de \$ 35.298.169, 62 factores que estuvieron relacionado a la adquisición de medicamentos y equipamientos elementos esenciales para la operatividad del hospital y de las áreas de soporte como son consulta interna, obstetricia, pediatría, y atención odontología. El año de mayor participación presupuestaria con relación a los años anterior fue en el 2015.

Es claro que desde el 2011 hasta el 2015 el aporte presupuestario del estado para la salud ha sido creciente, permitiendo que se logre una atención oportuna a los pacientes que acuden al Hospital Enrique Garcés, fundamentado en el plan del Buen vivir y la alineación del Estado hacia las estrategias y objetivos propuestos relacionados con la salud y el bienestar de la población.

3.1.1.2 Presupuesto para medicamentos

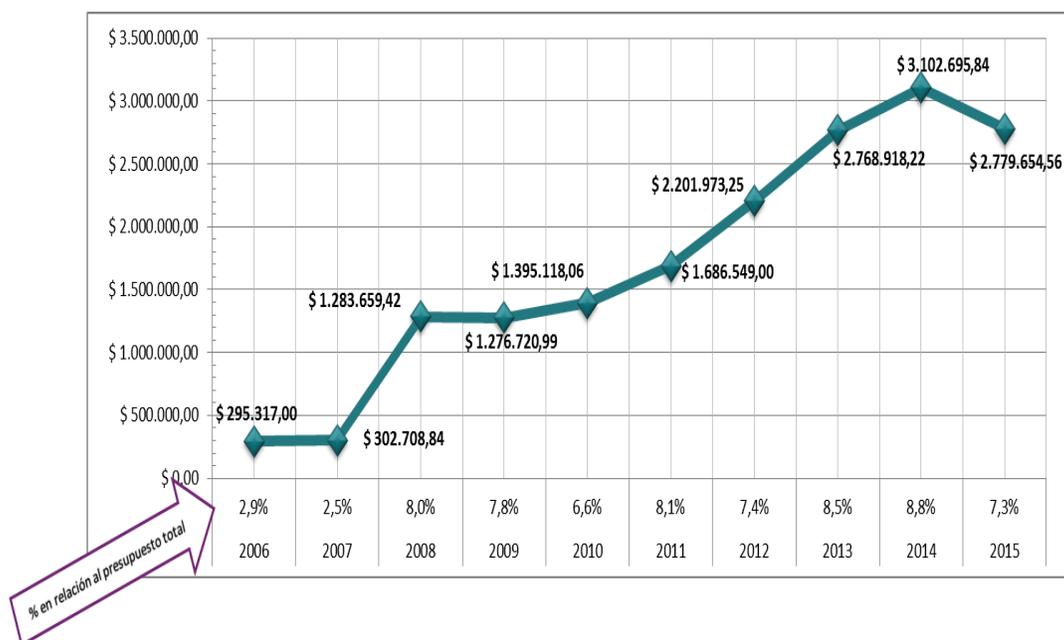


Figura 4- Presupuesto para medicamentos Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

Con relación a la figura 3, en el presupuesto del general del estado establece la asignación del presupuesto de medicamentos a partir del 2011 se han determinado mayores partidas que han fortalecido la cobertura de la demanda de pacientes que acuden al Hospital Enrique Garcés. En el 2011 el presupuesto fue de \$1.686.549, para el año siguiente el incremento del presupuesto fue de \$515.424,25 para el año 2012 la adquisición de insumos y medicamentos fue indispensable para la atención médica. Para los años subsecuentes 2013 y 2014 el presupuesto se incrementó considerablemente con relación a los años anteriores a este proceso se mantuvieron las políticas de adquisición en cuanto a la obtención de medicamentos de calidad y el stock de medicamentos para las diferentes áreas de atención. En el 2015 se observa una clara baja en el presupuesto asignado a medicamentos.

1.1.1.1 Presupuesto para infraestructura

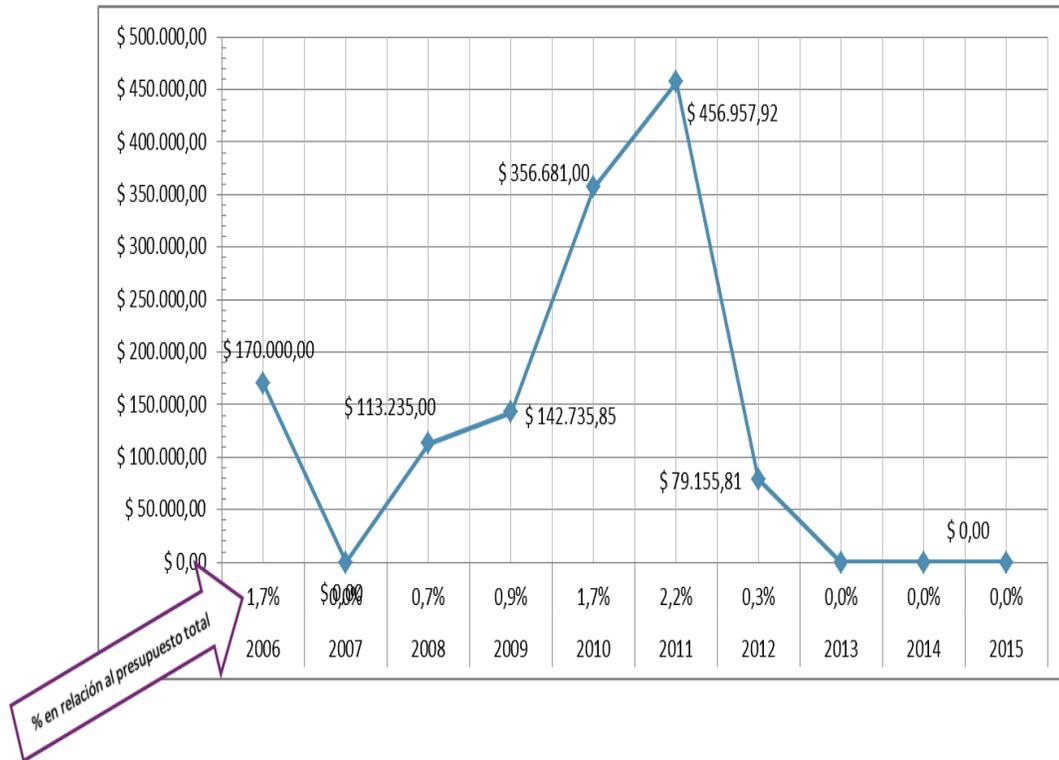


Figura 5- Presupuesto para infraestructura Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

Como se evidencia en la figura 4 el establecimiento del presupuesto para la infraestructura en el 2011 fue superior a los años anteriores debido a los cambios y reformas estructurales que se realizaron en el Hospital con la finalidad de beneficiar e implementar más unidades de atención, con una inversión de \$456.957,92, sin embargo dada la inversión realizada, el presupuesto para el 2012 fue menor con \$79.155,81 una diferencia de \$377.802,11 debida a la culminación de las obras y requerimientos ya cubiertos previamente.

Las asignaciones presupuestarias para el 2013, 2014, y 2015 fueron de \$0.00 y los recursos se destinaron para otros ámbitos.

1.1.1.1 Presupuesto para equipamiento

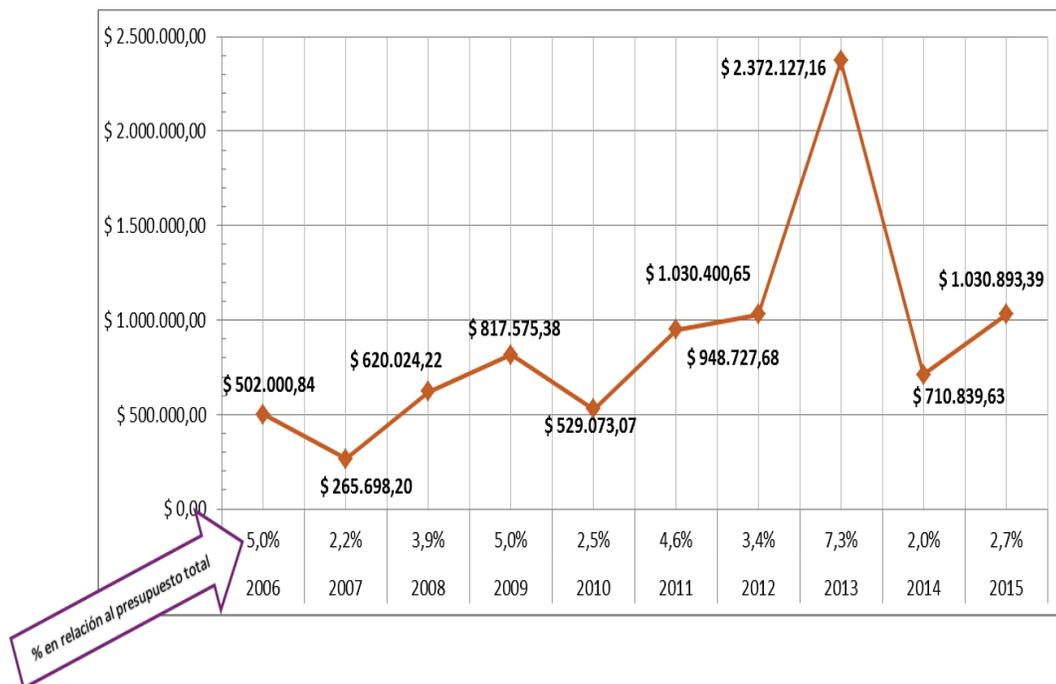


Figura 6- Presupuesto para equipamiento Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

En la figura 5 se muestra el establecimiento del presupuesto para el equipamiento desde el 2011 fue de \$948.727. En el 2012 se evidencia un ligero incremento a \$1.030.400,65, con la planificación y la estructuración de nuevas unidades de operación, se estableció la adquisición de equipos siendo indispensable incrementar la partida presupuestaria a \$2.372.127,16 en función de la innovación realizada. Para el 2014 y 2015 se disminuyó nuevamente la adquisición de los equipos, los mismos que fueron usados en las unidades de pediatría, cirugía, medicina interna y obstetricia.

Los desfases del establecimiento de las partidas presupuestarios están relacionada a la planificación de las inversiones, a esto se suma un proceso de análisis y de requerimientos que son priorizados de acuerdo a la unidad y disponibilidad presupuestaria.

Los gastos, camas disponibles, pacientes diarios, ocupación y mortalidad se pueden apreciar a través del siguiente análisis de indicadores:

Adicionalmente se analizarán los indicadores en función de la estructura interna del Hospital Enrique Garcés los mismos que se detallan a continuación:

1.1.1.1 Gastos por hospitalización

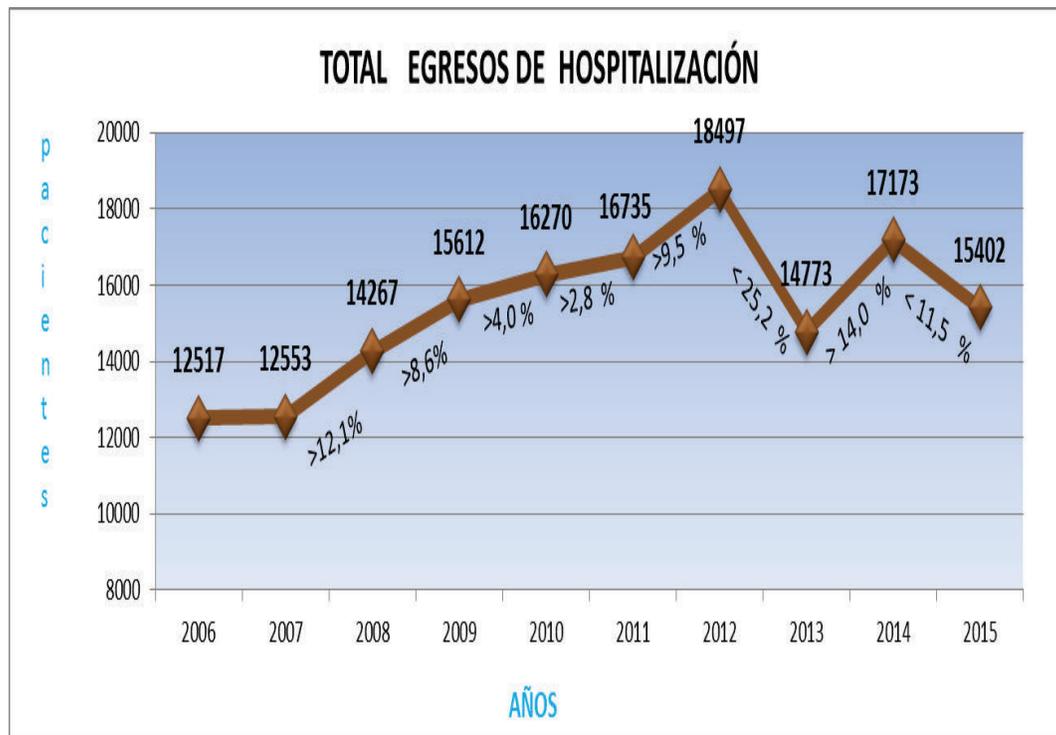


Figura 7- Gastos por hospitalización Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

Se observa en la figura 6 que Los gastos que mantiene el hospital para el funcionamiento varían de acuerdo a la planificación que se establece, de acuerdo a los requerimientos y cambios que se debe realizar en cada unidad, en este sentido los gastos que asume el hospital en el 2011 son \$16735 y un crecimiento del 9.5% al 2012, donde los gastos se incrementaron a \$18497, sin embargo, para los años posteriores los gastos disminuyeron considerablemente.

1.1.1.2 Camas disponibles

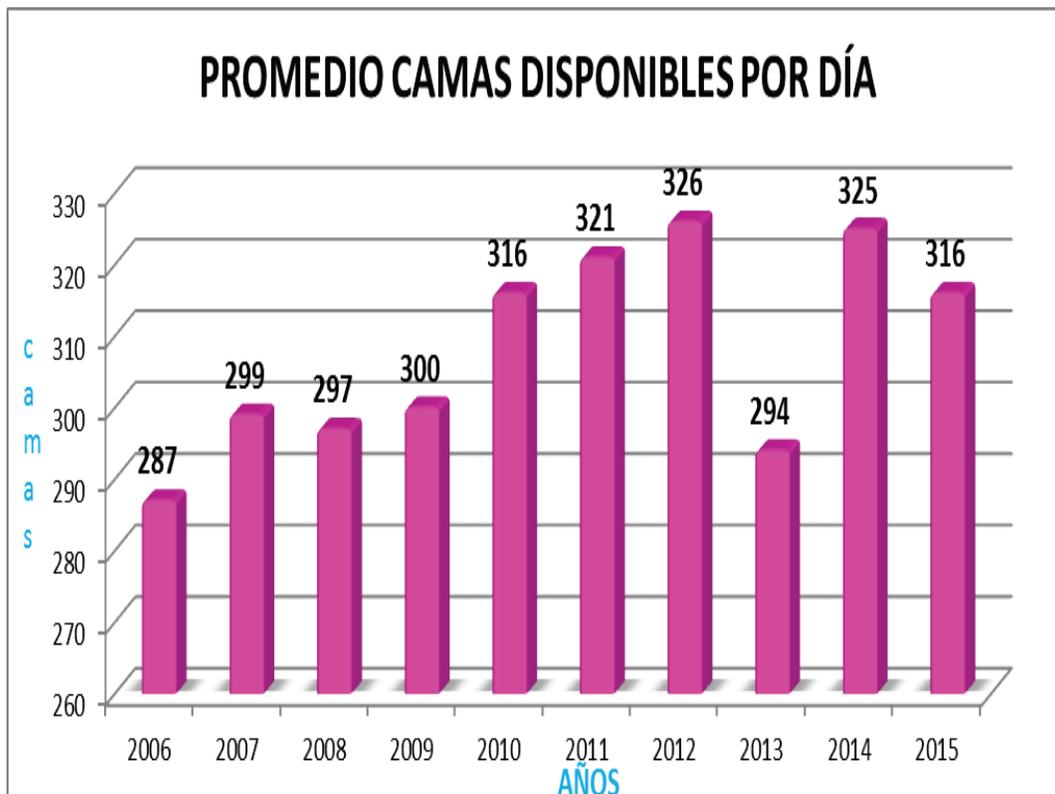


Figura 8- Camas disponibles Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

La disponibilidad de camas por días se puede observar que en la figura 7, esta es variable completamente existiendo una tendencia similar a la de los gastos, donde se entiende de acuerdo a la práctica que la disponibilidad de camas en el hospital depende del presupuesto o en este caso de los gastos, donde a un presupuesto mayor asignado a operación en salud, la disponibilidad se incrementa.

Entre el 2011 al 2012 el número de camas que están aptas para recibir a un paciente en internamiento durante las 24 horas del día, independientemente que esté o no ocupada eran de 321 y 326 correspondientemente, para el 2013 la disponibilidad disminuyó a 294 camas debido a la capacidad de atención del hospital, sin embargo, nuevamente se mantuvo en un rango de 326 a 316 la capacidad del hospital debido a la disponibilidad de fondos para la atención.

1.1.1.3 Promedio de pacientes diario

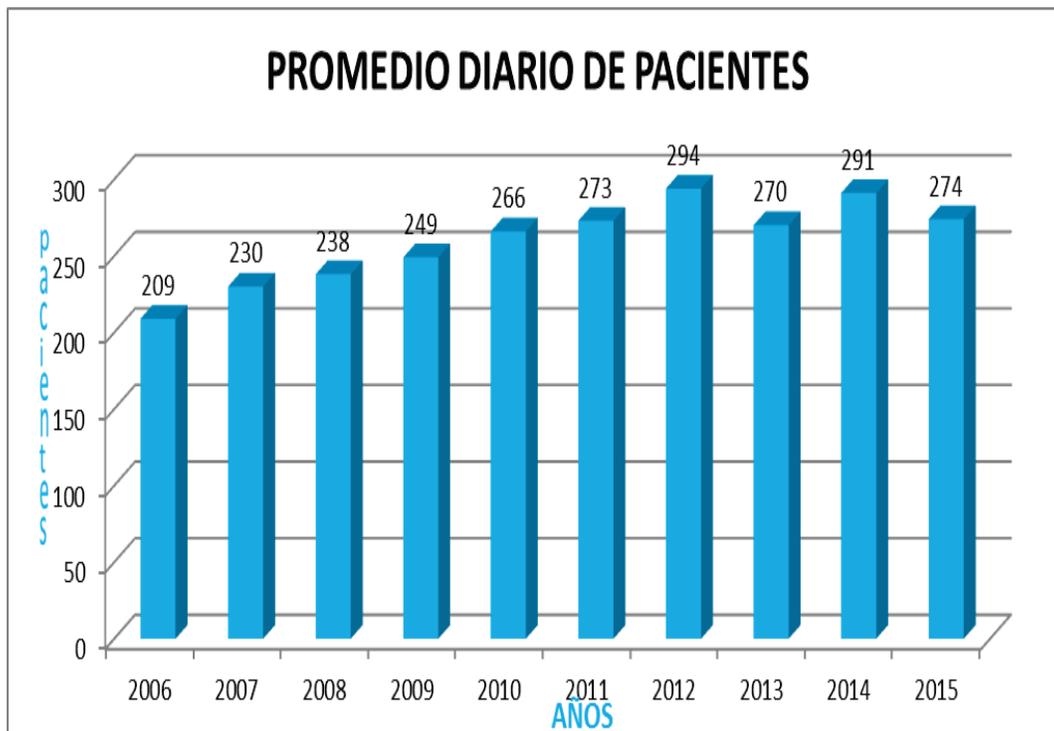


Figura 9- Promedio de pacientes diario Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

Como se observa en la figura 8, el promedio de pacientes que ocupan una cama hospitalaria diariamente en el año 2011 fue de 273 incrementándose al 2012. Los años de mayor ocupación fueron el 2014 y 2012 que a su vez es claro que está relacionado a la disponibilidad de camas en el hospital. La distribución y la disponibilidad de camas dependen de la atención y la priorización de la atención que reciben los pacientes.

Existen casos que no requieren de la permanencia, sino una evaluación médica y un tratamiento específico, pero en este caso se observa la relación entre el promedio de pacientes y la disponibilidad de camas, que posteriormente se analizará.

1.1.1.4 Ocupación



Figura 10- Ocupación Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

De acuerdo a la figura 9, se evidencia la relación entre el número de camas disponibles y la ocupación de las mismas, donde el estándar es 80-85%, para este caso ese estándar se superó entre el año 2012, alcanzando una ocupación mayor a la esperada, pero que disminuye los siguientes años especialmente debido a la capacidad misma.

1.1.1.5 Tasa de mortalidad

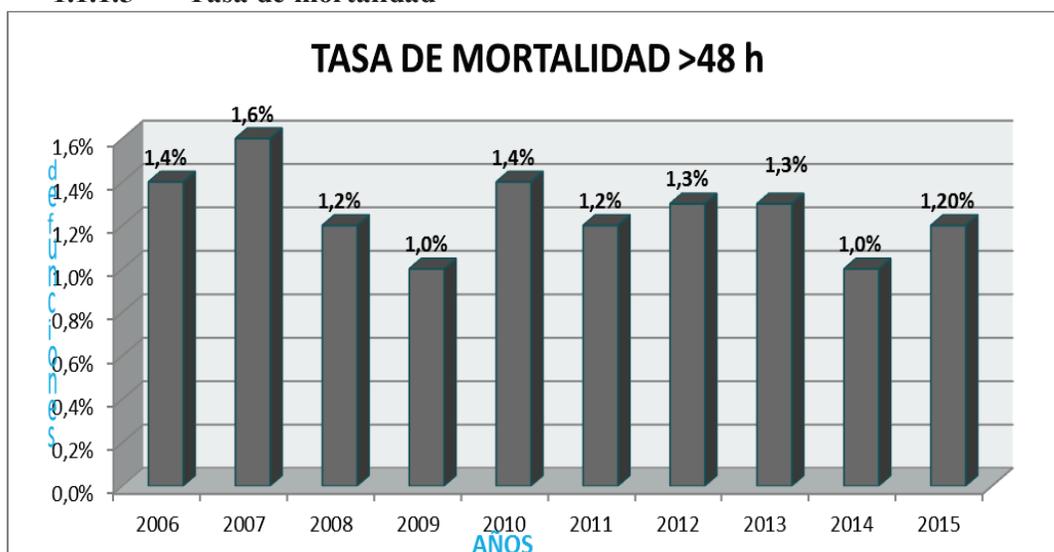


Figura 11-Tasa de mortalidad Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

Según la figura 10 el indicador de la tasa de mortalidad cuantifica el número de defunciones en un período de tiempo. La ocurrencia de defunciones hospitalarias se maneja bajo el rango de 1% a 2%, lo cual no ha cambiado para este hospital. Por tanto, desde el 2011 al 2015 los rangos están dentro del estándar es decir que no existen registros de una ocurrencia de defunciones hospitalarias mayores a las esperadas, así como tampoco parece existir una tendencia distinta.

En relación a cantidad de atención de las principales áreas se tiene:

El Hospital Enrique Garcés cuenta con unidades médicas y de soporte que ayudan a brindar una atención complementaria, en este sentido la cantidad de atenciones que se realizan anualmente se explica a continuación:

1.1.1.1 Cantidad de atenciones en consulta externa

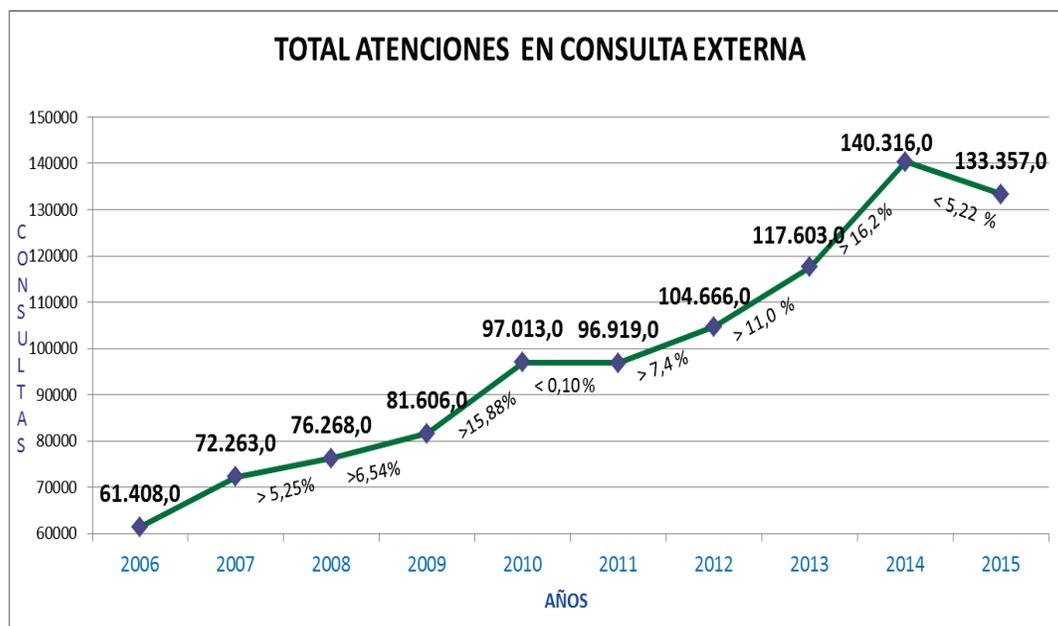


Figura 12-Cantidad de atenciones en consulta externa Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

La figura 11, muestra la atención de las consultas externas se ha incrementado paulatinamente desde el 2011 en donde la atención fue de 96. 919 pacientes, hay que destacar que los años 2012, 2013 y 2014 se incrementó el número de atenciones en los servicios que se ofrecen en cardiología, gastroenterología, col

proctología, periférica, cirugía, ginecología, neumología, neumología pediátrica, ortopedia.

Las atenciones en el 2015 disminuyeron ligeramente, puesto que el servicio de consulta externa de pediatría se dejó de prestar progresivamente ya que se direcciono a la Maternidad del Sur, mediante Resolución institucional del Ministerio de Salud Pública (MSP).

1.1.1.1 Cantidad de consultas medicina interna

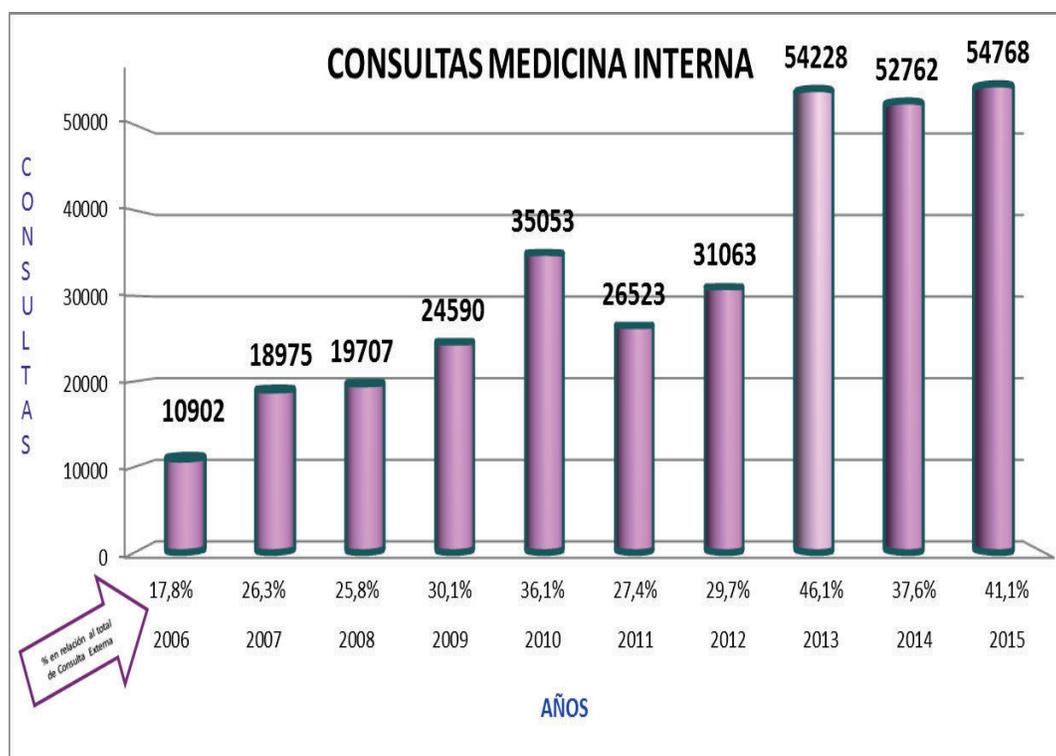


Figura 13- Cantidad de consultas medicina Interna Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

Como podemos observar en la figura 12, el Hospital Enrique Garcés desde el 2011 al 2012 mantienen una atención de medicina interna en constante crecimiento, sin embargo, se evidencia que lo años 2013 y 2015 las consultas internas se incrementaron considerablemente en relación con el 2012. Este incremento en la consulta de medicina interna se generó por la alta demanda de pacientes que

acudieron al hospital con patologías de diagnóstico complejo y enfermedades que presentaban sintomatología grave y que requerían una atención especializada.

1.1.1.1 Cantidad de consultas Gineco –Obstetricia

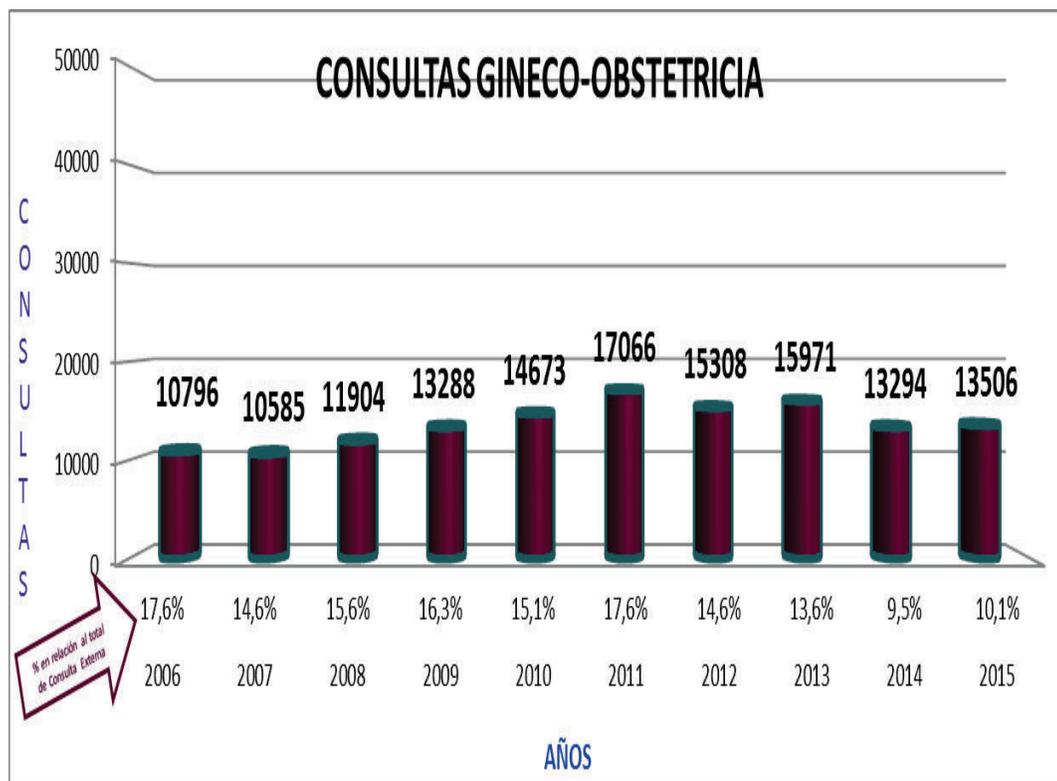


Figura 14- Cantidad de consultas Gineco-Obstetricia Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

Las consultas con relación a la atención Gineco-Obstetricia en el 2012 disminuyeron con relación al 2011, aquello se demuestra en la figura 13, la variabilidad en la atención depende de la afluencia de los pacientes que acuden a un tratamiento o un diagnóstico.

Es una unidad de apoyo que no tienen una mayor afluencia de pacientes pero que sin embargo ofrece un servicio complementario para quienes lo requieren.

1.1.1.2 Cantidad de consultas cirugías

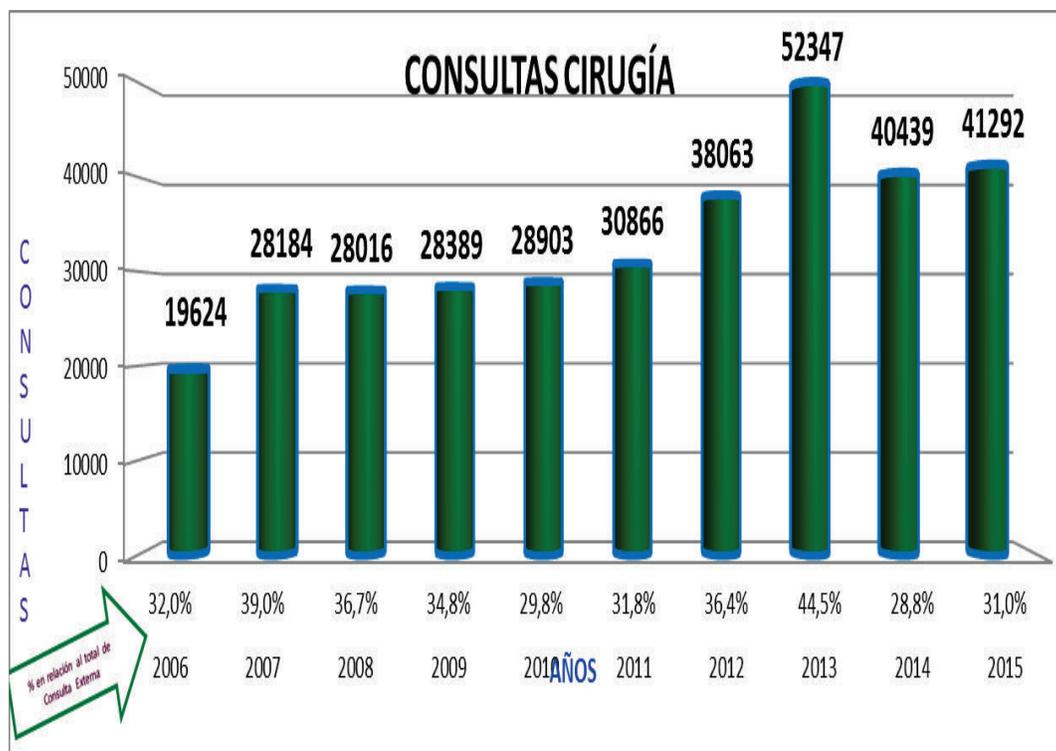


Figura 15. Cantidad de consultas cirugía Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

En la figura 14, la potencialización y la implementación de equipos permitieron que la atención de consultas y cirugías se incrementara, factor que estuvo relacionado desde el 2011 hasta el 2015.

A esto se suma la contratación de especialistas quienes con el profesionalismo y el conocimiento permitieron la apertura de unidades de apoyo que se complementaron con los procesos de cirugía. Y que garantizan el incremento de pacientes que acuden a realizarse una consulta.

Es una de las unidades de mayor aporte del Hospital Enrique Garcés ya que se dirigen pacientes que se encuentran en estado crítico o que requieren de cirugía.

1.1.1.3 Cantidad de consultas pediátrica

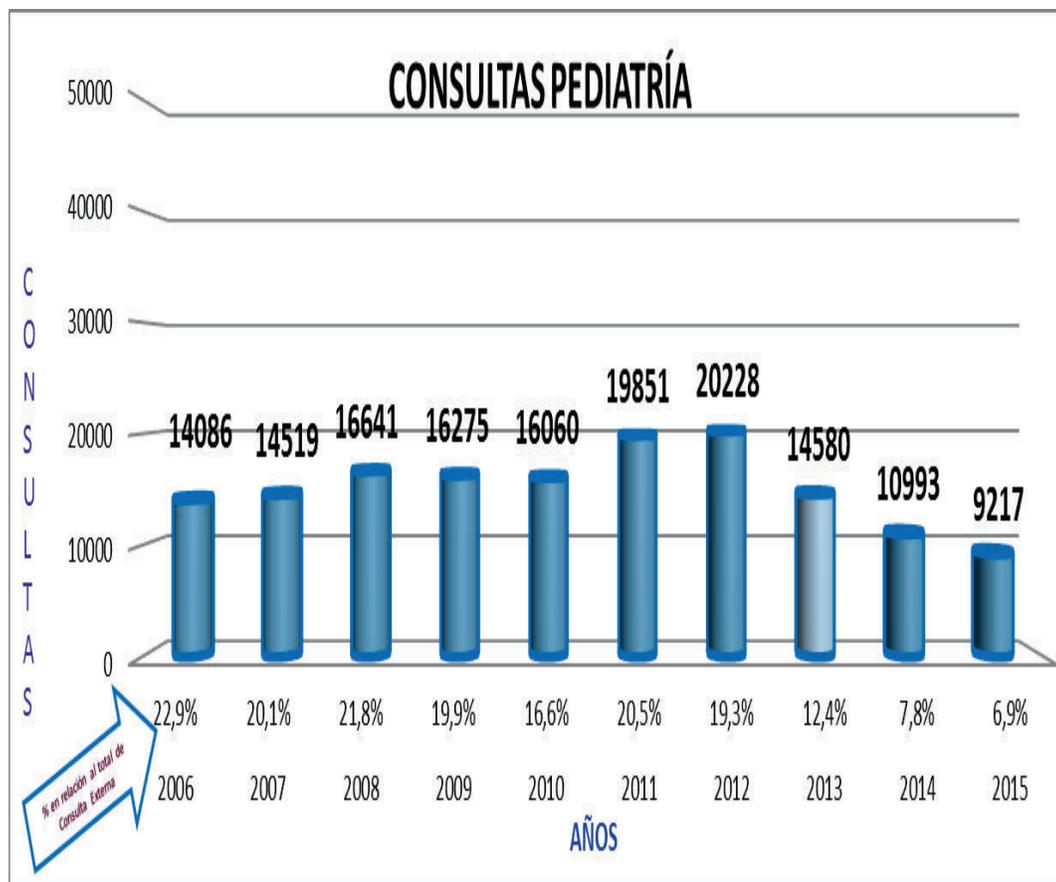


Figura 16 - Cantidad de consultas pediátrica Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

Por medio de la figura 15, se puede visualizar que las consultas en pediatría desde el 2011 al 2012 se mantuvieron bajo un mismo nivel de operación, en el 2013 y 2015 la tendencia de consultas disminuyó con relación al 2012.

La consulta de las unidades complementarias depende de la ocurrencia en que los pacientes acudan a las consultas pediátricas es un proceso variable que depende de varios factores externos.

1.1.1.4 Cantidad de consultas atención odontológica

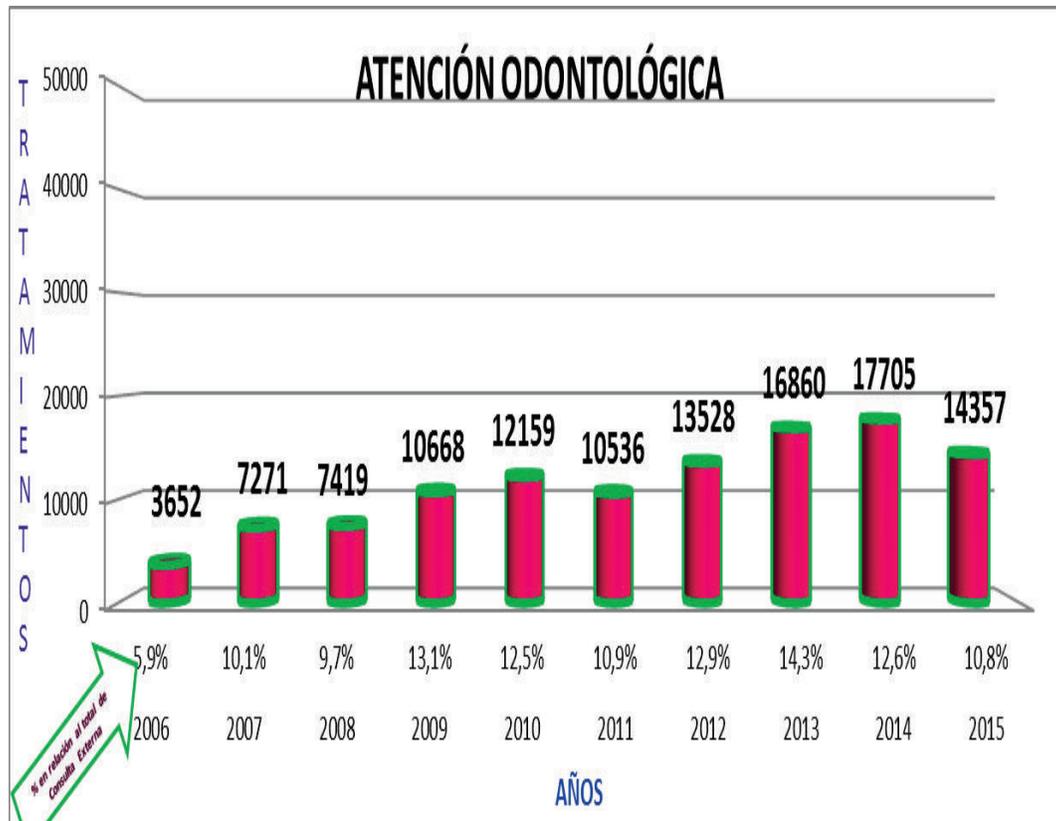


Figura 17- Cantidad de consultas atención odontológica Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

Según la figura 16, la consulta de atención odontológica se mantiene en constante crecimiento a partir del 2011, este factor está relacionada a la implementación de especialistas y a la adquisición de equipos que permitieron brindar el servicio. Hay que destacar que es una unidad que está en crecimiento hasta el 2014, con una disminución al 2015, acorde a la disminución del presupuesto en gastos hospitalarios.

1.1.1.1 Pacientes atendidos en emergencia

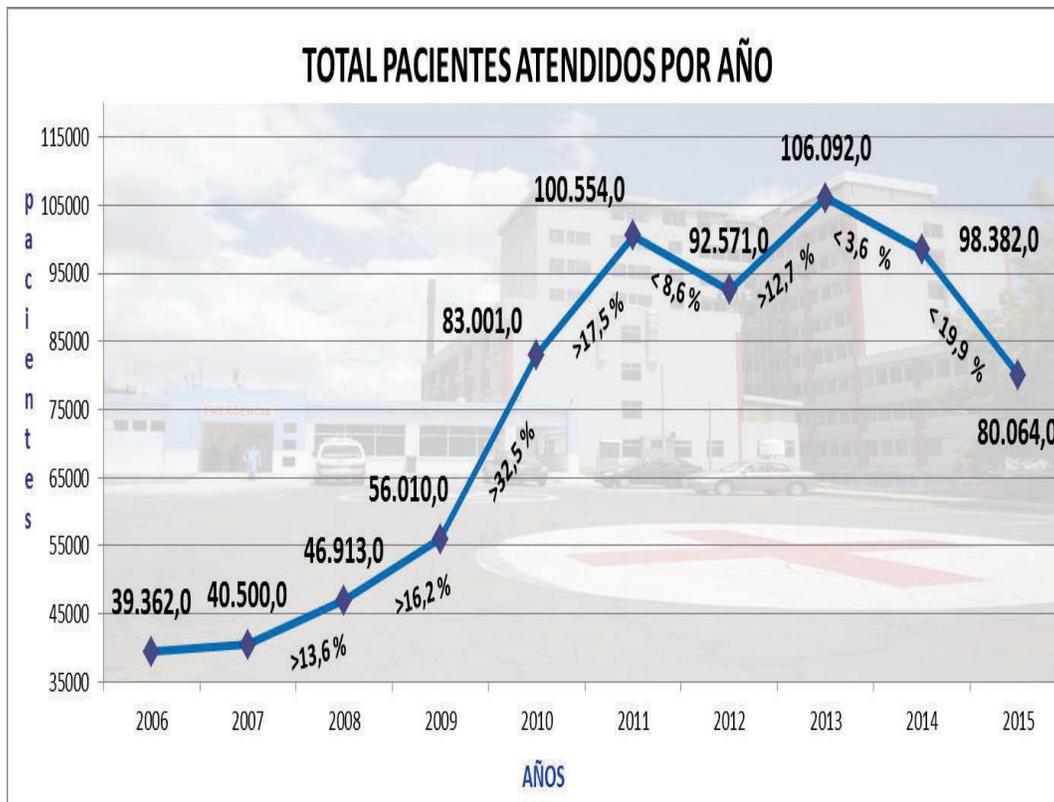


Figura 18- Pacientes atendidos en emergencia Hospital Enrique Garcés 2011-2015

Fuente: Coordinación Financiera HEG, 2016

Elaborado por: Ángel Robayo

Mediante la figura 17, el total de pacientes que son atendidos en el Hospital Enrique Garcés en el 2011 fue de 100554, en el 2012 se atendieron casos emergentes 93571, en el 2013 se incrementó en 13521 casos, en el 2014 disminuyó la atención a 7710 pacientes menos que el año anterior, para el 2015 la atención fue de 80064, siendo la atención más baja de los últimos 5 años.

La atención de los pacientes mantiene variaciones constantes que difieren de acuerdo a la demanda, pero también parece existir un efecto en base a la capacidad y disponibilidad de recursos del hospital, condicionantes en las que muchas veces tiende a variar la atención frente a las situaciones de emergencia.

3.1.2 IMPACTO DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, EN EL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERIODO 2011-2015

Para analizar el impacto de la asignación presupuestaria en la prestación de servicios, se ha considerado el análisis de correlación, mismo que tiene como fin establecer la relación existente entre las variables en estudio, donde se priorizará el análisis de la variable presupuesto,

con las demás como capacidad, atención, servicio, medido a través de cantidad de atención en áreas de medicina interna, emergencia, gastos de medicinas, entre otros que a continuación se presentan.

1.1.1.2 Asignación presupuestaria - Atención en consulta externa

Tabla 6- Asignación presupuestaria – atención en consulta externa

Año	Asignación presupuestaria	Atención en consulta externa
2006	10.039.395,86	61.408,00
2007	12.252.493,69	72.263,00
2008	16.095.738,24	76.268,00
2009	16.329.361,66	81.606,00
2010	21.060.296,97	97.013,00
2011	20.755.930,42	96.919,00
2012	29.905.372,90	104.666,00
2013	32.677.450,25	117.603,00
2014	35.298.169,62	140.316,00
2015	37.903.444,33	133.357,00

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

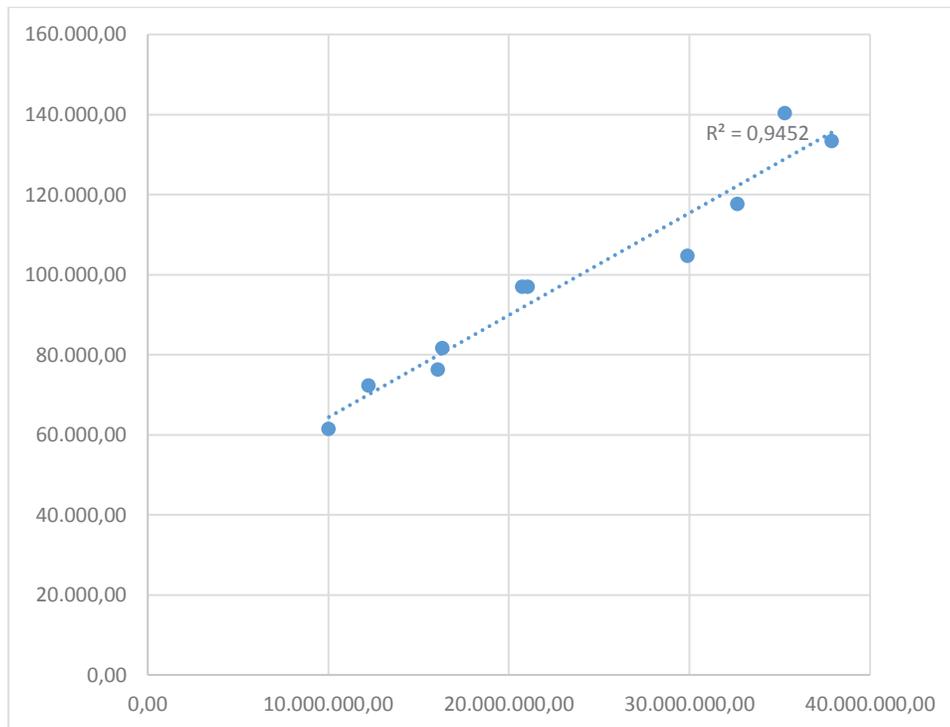


Figura 19- Asignación presupuestaria – atención en consulta externa

Nota. $r = 0.9722$

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

Como se puede observar en la figura 18, al correlacionar la asignación presupuestaria con el número de atenciones en consulta externa, se puede observar una correlación muy alta, es decir que si la asignación presupuestaria es mayor, también es mayor la cantidad de atenciones que se dan cada año, inclusive se puede observar que en el año 2011 con una disminución en la asignación se observa también un ligero incremento en la cantidad de atención, aun cuando la tendencia se ha mantenido creciente en todos los años.

1.1.1.3 Asignación presupuestaria - Pacientes atendidos de emergencia

Tabla 7- Asignación presupuestaria – Pacientes atendidos de emergencia

Año	Asignación presupuestaria	Pacientes atendidos de emergencia
2006	10.039.395,86	39.362,00
2007	12.252.493,69	40.500,00
2008	16.095.738,24	46.913,00
2009	16.329.361,66	56.010,00
2010	21.060.296,97	83.001,00
2011	20.755.930,42	100.554,00
2012	29.905.372,90	92.571,00
2013	32.677.450,25	106.092,00
2014	35.298.169,62	98.382,00
2015	37.903.444,33	80.064,00

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

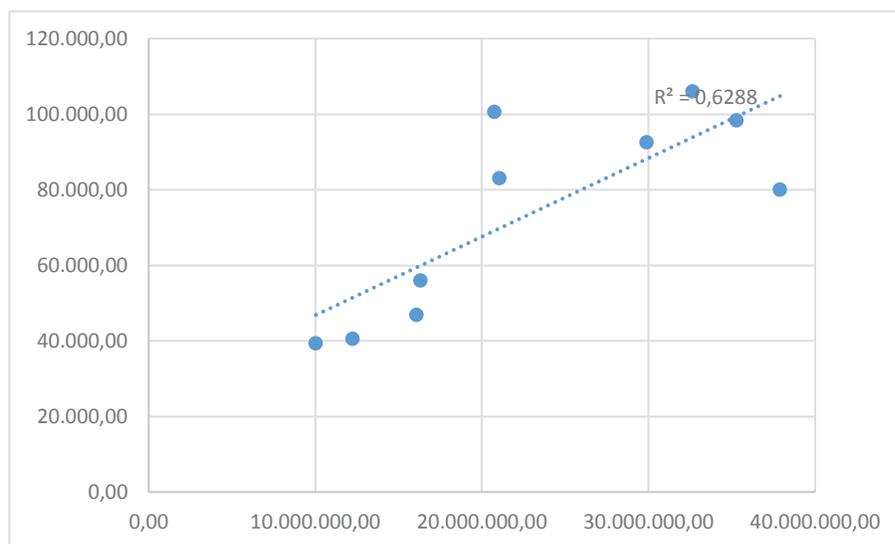


Figura 20- Asignación presupuestaria – pacientes atendidos de emergencia

Nota. $r = 0.79$

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

Como se puede visualizar en la figura 19, si bien para este indicador existe mayor variabilidad como se puede observar en el gráfico, también existe una fuerte correlación, indicando esto que la cantidad de pacientes atendidos en emergencia también dependen de la asignación presupuestaria, es claro que hay casos como

el 2011 en el que la asignación presupuestaria disminuye, pero la atención en emergencia en ese caso no disminuye, dado debido a que en caso de necesidad aún con menor capacidad en ciertas ocasiones el hospital debe mantener la cantidad de atenciones solicitadas, pero en otros casos con menor capacidad de medicinas, de médicos en triaje se discrimina a algunos pacientes y por ello la atención es menor.

1.1.1.4 Asignación presupuestaria - Atención odontológica

Tabla 8- Asignación presupuestaria – atención odontológica

Año	Asignación presupuestaria	Atención odontológica
2006	10.039.395,86	3.652,00
2007	12.252.493,69	7.271,00
2008	16.095.738,24	7.419,00
2009	16.329.361,66	10.668,00
2010	21.060.296,97	12.159,00
2011	20.755.930,42	10.536,00
2012	29.905.372,90	13.528,00
2013	32.677.450,25	16.860,00
2014	35.298.169,62	17.705,00
2015	37.903.444,33	14.357,00

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

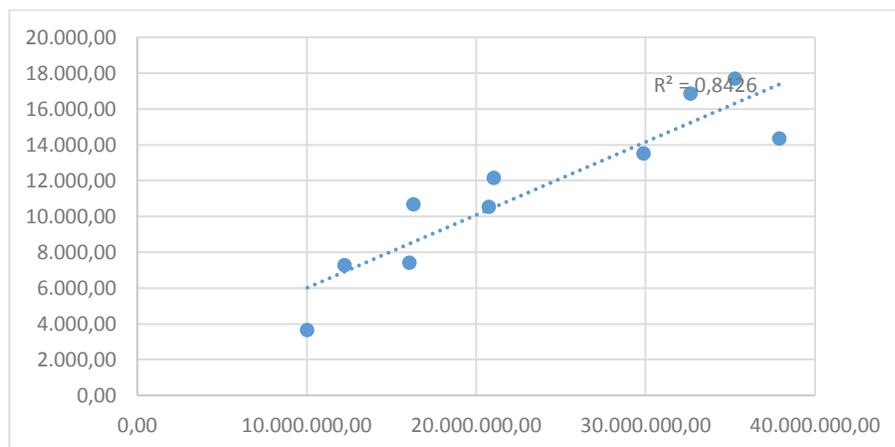


Figura 21- Asignación presupuestaria – atención odontológica

Nota. $r = 0.91$

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

En la figura 20 se evidencia la atención odontológica es otra de las áreas de especialidad que es importante analizar si un menor presupuesto genera una disminución en la cantidad de atención. En este caso se observa claramente una correlación fuerte entre el presupuesto y las atenciones odontológicas, con un valor de correlación de 0,91 esto muestra que, a mayor presupuesto, mayor cantidad de atenciones odontológicas y contrariamente a menor presupuesto, aspecto que se puede corroborar también con la disminución producida en el año 2011.

1.1.1.5 Asignación presupuestaria - Gastos en medicamentos

Tabla 9- Asignación presupuestaria – gastos en medicamentos

Año	Asignación presupuestaria	Gastos en medicamentos
2006	10.039.395,86	295.317,00
2007	12.252.493,69	302.708,84
2008	16.095.738,24	1.283.659,42
2009	16.329.361,66	1.276.720,99
2010	21.060.296,97	1.395.118,06
2011	20.755.930,42	1.686.549,00
2012	29.905.372,90	2.201.973,25
2013	32.677.450,25	2.768.918,22
2014	35.298.169,62	3.102.695,84
2015	37.903.444,33	2.779.654,56

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

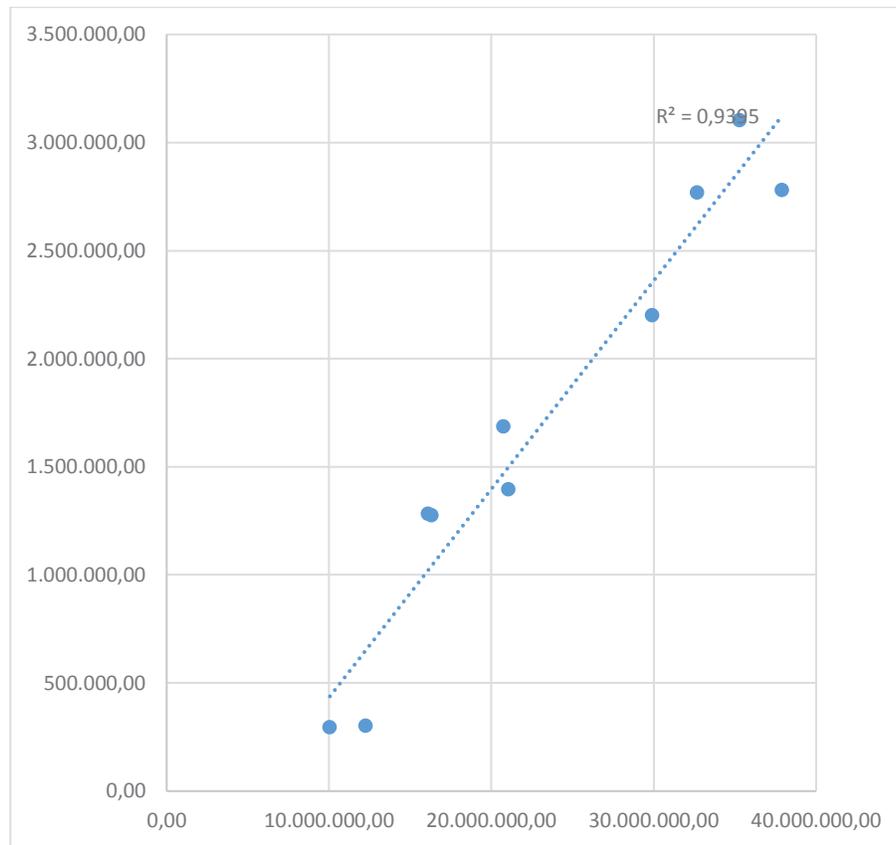


Figura 22- Asignación presupuestaria – gastos en medicamentos

Nota. $r = 0,97$

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

De acuerdo a la figura 21, se evidencia otro factor importante analizar será relación entre asignación presupuestaria y el gasto en medicamentos. Como se observa, la correlación es cercana a 1 es decir es prácticamente proporcional la variable egresos en medicinas y el presupuesto del hospital, de esta manera se verifica que cuando existe menor presupuesto, los gastos en medicinas disminuyen, es decir si bien existen varias asignaciones sobre las que podría tener efecto el presupuesto, pero está claro de acuerdo a este análisis de que ésta es una de las áreas sobre las que tiene efecto una reducción en el presupuesto, lo cual perjudica directamente a la calidad de servicio y por tanto directamente a los pacientes.

1.1.1.6 Asignación presupuestaria - Presupuesto para equipamiento

Tabla 10- Asignación presupuestaria – presupuesto para equipamiento

Año	Asignación presupuestaria	Presupuesto para equipamiento
2006	10.039.395,86	50.200,84
2007	12.252.493,69	265.698,20
2008	16.095.738,24	620.024,22
2009	16.329.361,66	817.575,38
2010	21.060.296,97	529.073,07
2011	20.755.930,42	1.030.400,65
2012	29.905.372,90	948.727,68
2013	32.677.450,25	2.372.127,16
2014	35.298.169,62	710.839,63
2015	37.903.444,33	1.030.893,39

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

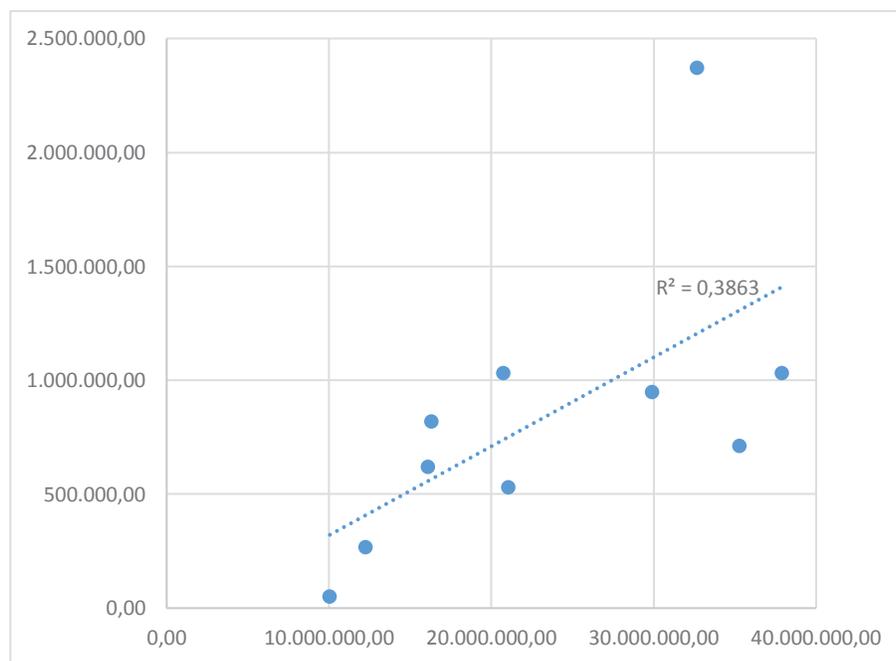


Figura 23- Asignación presupuestaria – presupuesto para equipamiento

Nota. $r = 0.62$

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

Según la figura 22 al analizar la asignación presupuestaria en relación a los gastos para equipamiento se puede observar una relación bastante más dispersa, también con un valor r menor que en los anteriores casos, esto se da debido a que las asignaciones para equipamiento no se dan de forma permanente, sino eventualmente de acuerdo a las políticas para el mejoramiento del hospital, pero inclusive en este caso se observa una correlación moderada.

1.1.1.7 Asignación presupuestaria – mortalidad

Tabla 11- Asignación presupuestaria – Mortalidad

Año	Asignación presupuestaria	Mortalidad
2006	10.039.395,86	1,40%
2007	12.252.493,69	1,60%
2008	16.095.738,24	1,20%
2009	16.329.361,66	1,00%
2010	21.060.296,97	1,40%
2011	20.755.930,42	1,20%
2012	29.905.372,90	1,30%
2013	32.677.450,25	1,30%
2014	35.298.169,62	1,00%
2015	37.903.444,33	1,20%

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

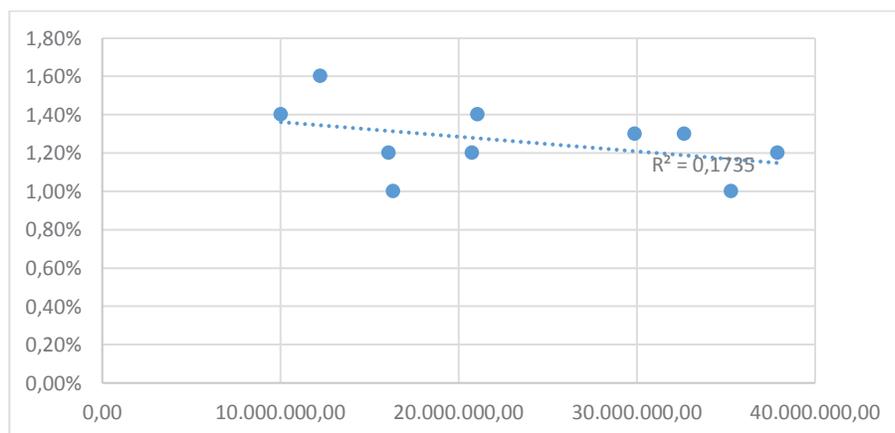


Figura 24- Asignación presupuestaria – mortalidad

Nota. $r = 0.4165$

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

Al analizar la relación entre el presupuesto y la tasa de mortalidad se observa una correlación baja, sin embargo, se puede observar en la figura 23 que aun siendo baja, existe una tendencia negativa a diferencia de los otros casos, lo que significa que, a menor presupuesto, mayor tasa de mortalidad, claro en una tendencia mínima y poco demostrable, pero con esa tendencia. De alguna manera se puede concluir que la tasa de mortalidad no depende del presupuesto, sino que es un factor independiente.

1.1.1.8 Asignación presupuestaria para medicamentos – Mortalidad

Tabla 12- Asignación presupuestaria para medicamentos – mortalidad

Año	Asignación presupuestaria para medicamentos	Mortalidad
2006	295317	1,40%
2007	302708,84	1,60%
2008	1283659,42	1,20%
2009	1276720,99	1,00%
2010	1395118,06	1,40%
2011	1686549	1,20%
2012	2201973,25	1,30%
2013	2768918,22	1,30%
2014	3102695,84	1,00%
2015	2779654,56	1,20%

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

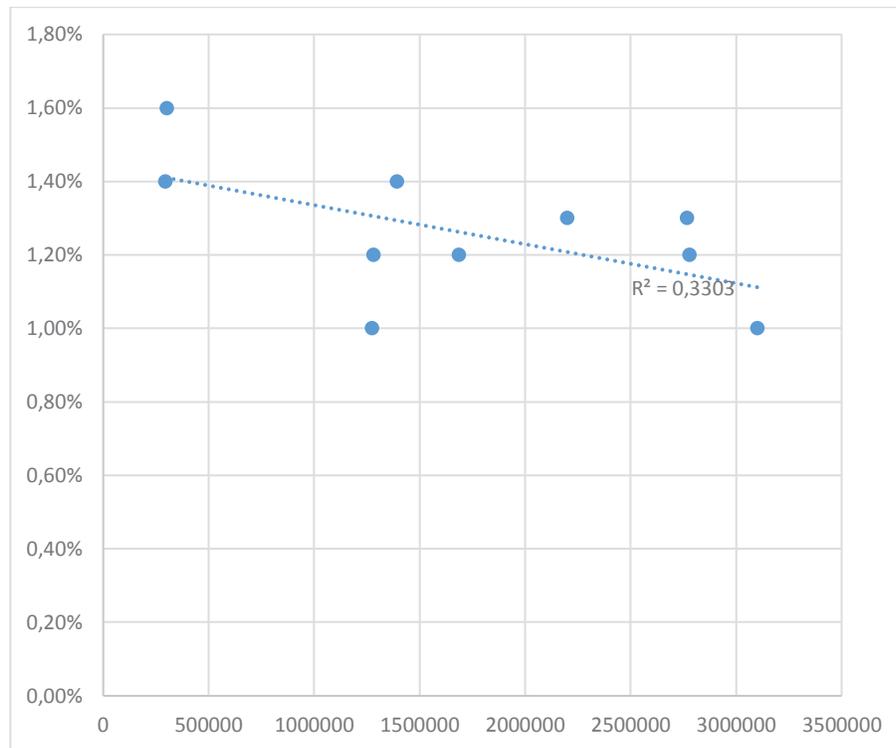


Figura 25- Asignación presupuestaria – mortalidad

Nota. $r = 0.57$

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

De acuerdo a la figura 24, se analiza también el presupuesto, pero asignado específicamente a medicamento y determinar si existe una correlación con la mortalidad y aunque la correlación en este caso se la considera también como moderada, en este caso se puede observar que existe algo mayor relación de la asignación presupuestaria para medicamentos en relación a la mortalidad. Nuevamente no existe una fuerza muy importante de esta relación, pero parece existir una tendencia.

1.1.1.9 Asignación presupuestaria para medicamentos - Cantidad de atenciones en consulta externa

Tabla 13- Asignación presupuestaria para medicamentos – cantidad de atenciones en consulta externa.

Año	Asignación presupuestaria para medicamentos	Cantidad de atenciones en consulta externa
2006	295.317,00	61.408,00
2007	302.708,84	72.263,00
2008	1.283.659,42	76.268,00
2009	1.276.720,99	81.606,00
2010	1.395.118,06	97.013,00
2011	1.686.549,00	96.919,00
2012	2.201.973,25	104.666,00
2013	2.768.918,22	117.603,00
2014	3.102.695,84	140.316,00
2015	2.779.654,56	133.357,00

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

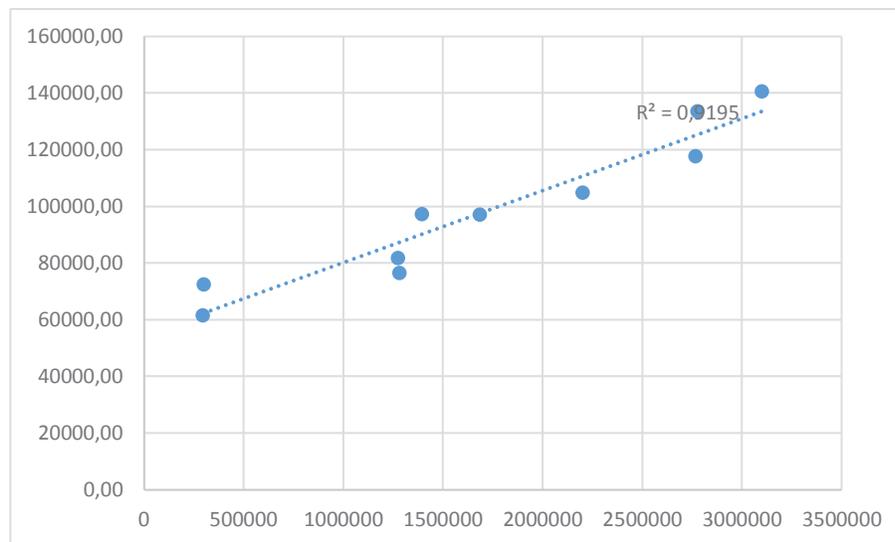


Figura 26- Asignación presupuestaria – cantidad de atenciones en consulta externa

Nota. $r = 0.959$

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

En el caso de la asignación presupuestaria para medicamentos y la cantidad de atenciones en consulta externa, nuevamente la correlación es muy alta, así se puede observar en la figura 25, en el año 2015 existe una disminución

presupuestaria en medicamentos, también la cantidad de atenciones ha disminuido, sucediendo esto debido a que por la falta de medicamento se prolongan los plazos para atención y en general el hospital por su limitación debe restringir la atención.

1.1.1.10 Asignación presupuestaria para medicamentos - Pacientes atendidos de emergencia

Tabla 14- Asignación presupuestaria para medicamentos – pacientes atendidos de emergencia

Año	Asignación presupuestaria para medicamentos	Pacientes atendidos de emergencia
2006	295.317,00	39.362,00
2007	302.708,84	40.500,00
2008	1.283.659,42	46.913,00
2009	1.276.720,99	56.010,00
2010	1.395.118,06	83.001,00
2011	1.686.549,00	100.554,00
2012	2.201.973,25	92.571,00
2013	2.768.918,22	106.092,00
2014	3.102.695,84	98.382,00
2015	2.779.654,56	80.064,00

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

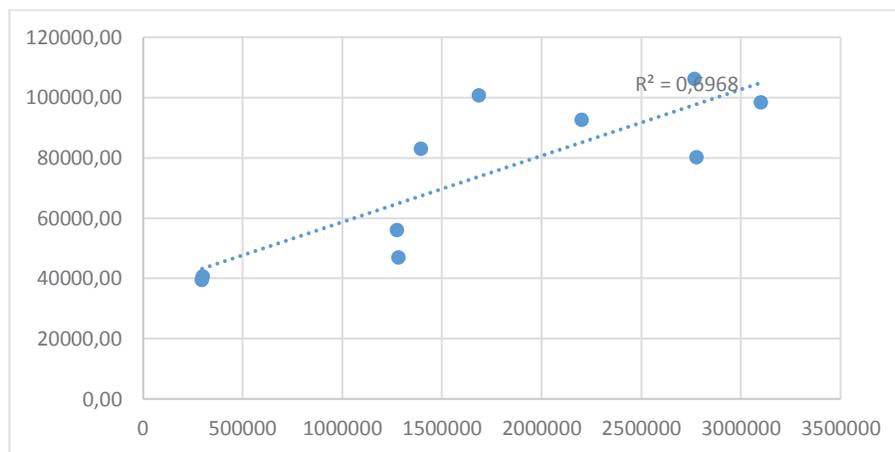


Figura 27- Asignación presupuestaria – pacientes atendidos en emergencia

Nota. $r = 0.57$

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

De acuerdo a la figura 26 las emergencias en la mayor parte de casos no disminuyen en función de la capacidad o del presupuesto, es por ello que la correlación no es fuerte en este caso, pero al igual que en otros casos, existe una tendencia, aunque con un comportamiento más aleatorio y la correlación es solamente moderada.

1.1.1.11 Relación de las variables de prestación de servicios con los gastos de hospitalización

Una siguiente variable base, que se considera para el análisis con los diferentes indicadores de servicio, es los gastos de hospitalización, una desagregación más del presupuesto general, pero que permitirá analizar de forma más específica la relación con las diferentes variables de servicio para determinar si existe correlación. A continuación, se detalla en la tabla 15 los datos respectivos y posteriormente las relaciones.

Tabla 15- relación de las variables de prestación de servicios con los gastos de hospitalización

Año	Gastos de Hospital	Tasa de mortalidad	Ocupación	Promedio de pacientes diario	Consultas medicina interna	Pacientes atendidos de emergencia
2006	12.517	1,40%	72,80%	209	10.902	39.362,00
2007	12.553	1,60%	72,80%	230	18.975	40.500,00
2008	14.267	1,20%	77,00%	238	19.707	46.913,00
2009	15.612	1,00%	80,00%	249	24.590	56.010,00
2010	16.270	1,40%	82,90%	266	35.053	83.001,00
2011	16.735	1,20%	85,30%	273	26.523	100.554,00
2012	18.497	1,30%	90,90%	294	31.063	92.571,00
2013	14.773	1,30%	91,60%	270	54.228	106.092,00
2014	17.173	1,00%	89,80%	291	52.762	98.382,00
2015	15.402	1,20%	86,70%	274	54.768	80.064,00

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

1.1.1.12 Gastos de hospitalización en relación a Tasa de mortalidad

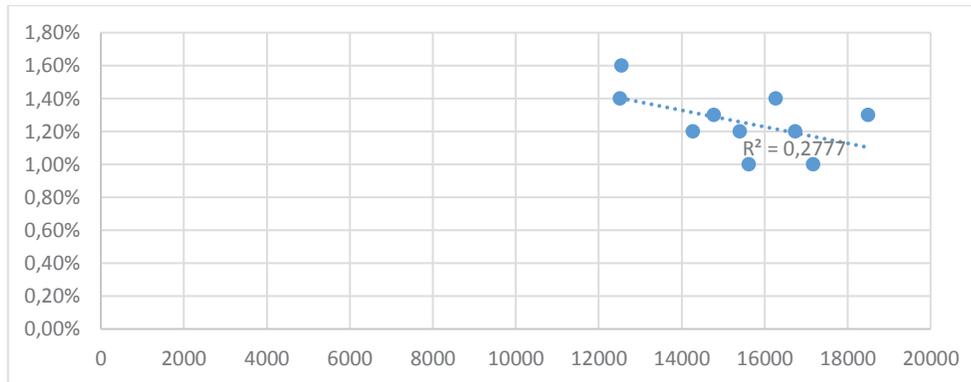


Figura 28- Gastos de hospitalización en relación a tasa de mortalidad
Nota. $r = 0.53$

Fuente: Hospital Enrique Garcés
Elaborado por: Ángel Robayo

En el caso de la mortalidad, nuevamente se observa una correlación algo baja, pero igual que en los casos anteriores se observa en la figura 27 una correlación negativa, es decir que, aunque no se demuestra de forma contundente, pero parece existir una cierta relación inversa entre la tasa de mortalidad y los gastos por hospitalización.

1.1.1.13 Gastos de hospitalización en relación a Ocupación

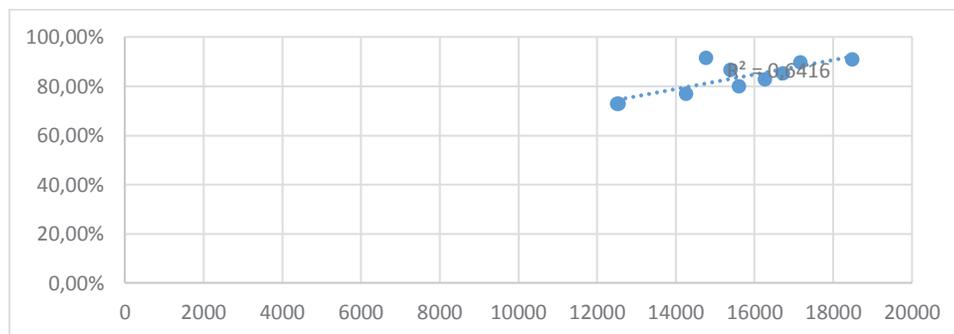


Figura 29- Gastos de hospitalización en relación a la ocupación
Nota. $r = 0.80$

Fuente: Hospital Enrique Garcés
Elaborado por: Ángel Robayo

Como se evidencia en la figura 28 cuando existe mayor cantidad de gastos por hospitalización existe mayor ocupación, es decir en general existe la posibilidad de que haya mayor capacidad de atención a los pacientes, beneficiando en cantidad.

1.1.1.14 Gastos de hospitalización en relación a Promedio de pacientes diario

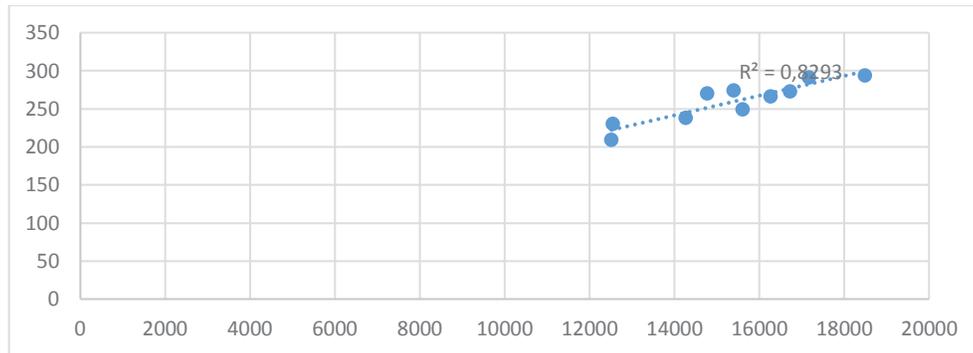


Figura 30- Gastos de hospitalización en relación al promedio de pacientes diario
Nota. $r = 0.91$

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

En la figura 29, permite el analizar los gastos específicamente en hospitalización en relación a promedio de pacientes diarios se puede observar que la relación es muy alta, es decir que, a menor presupuesto en hospitalización, se ha tenido que disminuir la cantidad de pacientes atendidos a diario. Un punto de referencia muy claro relativo a esta relación es la disminución en el presupuesto de hospitalización en los años 2013 y 2015, años en los que directamente se disminuyó la cantidad de personas atendidas a diario, mostrándose claramente esta correlación, la cual a su vez se demuestra con un valor r que muestra una correlación muy fuerte.

1.1.1.15 Gastos de hospitalización en relación a Consultas medicina interna

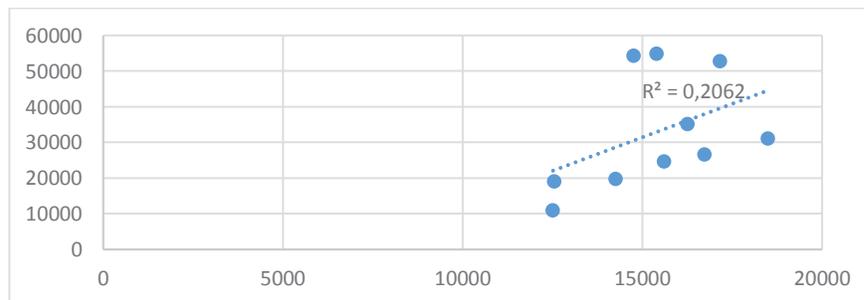


Figura 31- Gastos de hospitalización en relación al promedio de pacientes diario
Nota. $r = 0.45$

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

Mediante la figura 30, se evidencia que, para verificación mayor y contraste de lo analizado, se puede observar por ejemplo el caso de gastos de hospitalización, en relación a la cantidad de consultas de medicina interna. Como se puede observar en este caso, los gastos de hospitalización no tienen una relación directa a las consultas de medicina interna y se demuestra en el análisis correlacional, aunque pueda existir una cierta tendencia, pero no se demuestra en la fuerza de correlación. Hay que entender que la tendencia puede darse debido a que existe una relación cercana entre el presupuesto y los gastos de hospitalización, por lo que la tendencia se presenta, pero como se demuestra en este caso no se presenta fuerza en la correlación.

1.1.1.16 Gastos de hospitalización en relación a Pacientes atendidos de emergencia

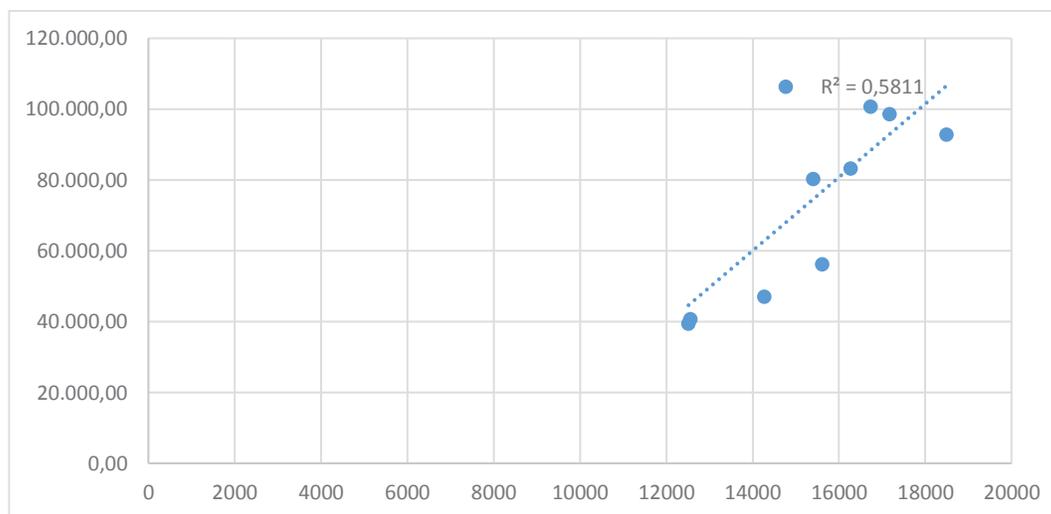


Figura 32- Gastos de hospitalización en relación a pacientes atendidos de emergencia

Nota. $r = 0.76$

Fuente: Hospital Enrique Garcés

Elaborado por: Ángel Robayo

Según la figura 31, el análisis muestra que existe una correlación entre los gastos de hospitalización y los pacientes atendidos en emergencia, siendo dos variables relacionadas, se muestra una correlación fuerte determinándose que el impacto en el presupuesto asignado a hospitalización tiene un impacto en la cantidad de pacientes que pueden ser atendidos inclusive en caso de emergencias.

1.1.1.17 Análisis cualitativo de la relación existente entre presupuesto y prestación de servicios en el HEG

El resumen de los principales temas tratados en las entrevistas se resume bajo los siguientes puntos de análisis.

Tabla 16- Resumen de respuestas a la entrevista realizada a los directivos del HEG

Variables de interrogación	Resultados de la investigación de campo
Impacto en la asignación presupuestaria y la prestación de servicios en el hospital	Sí existe un impacto. El impacto es en los servicios, la atención, la capacidad del hospital para atender a los pacientes, las medicinas, en ciertos casos la capacidad de contratación de los médicos para atender a una demanda siempre creciente.
Servicios que se ven afectados por una asignación presupuestaria insuficiente	En todas las áreas existe un efecto debido a la disminución o incremento en el presupuesto. Inclusive en casos de atención por emergencia, donde en ciertos casos ya no se tiene capacidad, medicinas y por diferentes medios o triaje se limita la cantidad de pacientes en esta unidad de emergencia, para que sean canalizados por consulta externa.
Causas por las que se ve afectados los servicios debido a la asignación presupuestaria	Los servicios se afectan debido a la imposibilidad de realizar mejoras necesarias como de infraestructura, mantenimiento preventivo. No se puede adquirir y entregar la medicina acorde a la demanda existente. Cuando no existe las partidas suficientes para cubrir las vacantes del área médica o de enfermería lo que incide en la atención de los pacientes dependiendo las áreas.

Efecto de la disminución presupuestaria en la cantidad de pacientes atendidos	Cuando no existe el presupuesto necesario disminuye las medicinas, la capacidad de atención, de hospitalización, esto genera que se tenga que postergar y dejar en cola a personas que requieren atención, lo cual tiene efecto sobre la cantidad de personas que se atienden en un período específico. Esto genera demoras, necesidades insatisfechas de atención.
Productividad en general del hospital en relación a la asignación presupuestaria	Definitivamente la productividad disminuye cuando existe una menor cantidad de presupuesto, especialmente del esperado. Inclusive la productividad general disminuye cuando existen demoras en la asignación presupuestaria.
Impacto de un incremento en el presupuesto	Se verifica también con incremento en el presupuesto una mayor capacidad de atención, verificada principalmente en el incremento de pacientes atendidos, además de no existir carencias, por lo que no se limita la cantidad de pacientes atendidos, la entrega de medicinas, una demora menor para asignar camas, consultas, etc.

3.1.2 ESTRATEGIAS QUE LE PERMITAN AL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, MANTENER SU PRODUCTIVIDAD BAJO LAS VARIACIONES EN LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA

Se ha podido observar los claros efectos que tiene la disminución del presupuesto en la prestación de servicios, por lo que la estrategia más importante sería evitar esta falta de presupuesto, sin embargo, en la realidad el presupuesto no depende de la entidad sino directamente del estado por lo que existe una dependencia que no permite mucho margen de acción, pues no puede existir fondos de ahorro.

Parte de las soluciones puede ser iniciando con una reforma a la ley poder disponer de fondos de ahorros para mantener los presupuestos de los hospitales inalterados, pero sigue siendo un tema aún complejo, por lo que a continuación se presentan

ante varios casos y posibilidades reales, las estrategias que se puede considerar aplicar para disminuir el impacto en la baja de presupuesto.

Tabla 17- Casos y estrategias para mitigar los efectos de la disminución presupuestaria

Caso	Estrategia
<p>Existe disminución de presupuesto lo cual genera que existan menor cantidad de personal y por tanto falta de capacidad para la atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si bien en el sector público el personal trabaja en turnos rotativos, se puede realizar una organización para que se haga uso de horas extras para el personal del área médica o se pueda viabilizar beneficios como permisos por horas, de modo que, en situación de disminución del presupuesto, de forma temporal, entendiendo la situación presupuestal se pueda trabajar adicionalmente para cubrir las necesidades de la población.
<p>En ocasiones existe mayor demanda de la esperada. Cuando existe el presupuesto necesario, se puede incrementar la compra de medicamento, u otros gastos o inversiones necesarios, pero cuando no existe presupuesto esto no es posible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El exceso de demanda puede manejarse a través de transferencias a la red pública de salud. Hay que tomar en cuenta que esto es un costo que posteriormente se deberá cancelar, pero es una solución temporal en favor de las necesidades de las personas.
<p>En casos de emergencia en ocasiones por falta de cantidad de personal se tiene menor eficiencia y quedan pacientes en espera de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer procedimientos de emergencia para los principales padecimientos, mediante la aplicación de guías clínicas aplicables al Ecuador y procedimientos de

atención, siendo una situación compleja para los pacientes en emergencia.	emergencia, que permitan incrementar la eficiencia en el servicio, de modo que ante una disminución de los recursos sea posible mantener la calidad al disponer de guías y procedimientos para mantener la eficiencia.
	<ul style="list-style-type: none"> • Sumado a la propuesta anterior, realizar la capacitación a los miembros del hospital para fortalecer la eficiencia en el servicio y con ello disminuir el impacto en épocas de mayor demanda o falta de personal.

3.2 DISCUSIÓN

El análisis cualitativo permite aclarar los ámbitos que se pudieron verificar en el análisis cuantitativo, pero además ha permitido profundizar en los mismos y entender las razones por las cuales una disminución en el presupuesto tiene impacto sobre los servicios del hospital y de ello una disminución en la capacidad de atención.

Con este resultado se corrobora las correlaciones demostradas previamente y se puede determinar claramente mediante los indicadores analizados cuáles son los servicios o finalmente la producción hospitalaria que se ve afectada por el presupuesto, es decir que el impacto sobre los servicios depende directamente de la asignación presupuestaria.

Esta correlación se verifica no solamente en una baja de presupuesto, sino, contrariamente cuando ha existido un incremento de presupuesto, la cantidad de atención se ha podido incrementar, ha existido incremento de médicos, se ha invertido en infraestructura, en equipamiento, existe capacidad para la compra y

entrega de medicinas, aunque existen rubros como ese en los que siempre se requerirá mayor presupuesto, pero es más fluido la entrega a los pacientes, la cantidad de atenciones, menos esperas, que favorecen claramente a los pacientes, es decir a la población en general.

2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

2.1 CONCLUSIONES

La investigación ha permitido determinar el impacto que tiene la asignación presupuestaria en la prestación de servicios, estableciendo claramente los indicadores que pueden ser cuantificables y que a su vez son métricas de los servicios hospitalarios, entre ellos cantidad de pacientes, número de atenciones en consulta externa, atenciones en emergencia, gastos en medicamentos, mortalidad, entre otros.

Las relaciones que se han podido validar mediante un análisis de correlación son:

- Asignación presupuestaria – pacientes atendidos en consulta externa
- Asignación presupuestaria – pacientes atendidos en emergencia
- Asignación presupuestaria – Cantidad de atenciones en odontología
- Asignación presupuestaria – Gastos en medicamentos
- Asignación presupuestaria para medicamentos - Cantidad de atenciones en consulta externa
- Gastos de hospitalización – Ocupación de camas
- Gastos de hospitalización – Promedio de pacientes diarios
- Gastos de hospitalización – Consultas en medicina interna
- Gastos de hospitalización – Pacientes atendidos en emergencia

Las variables analizadas y correlacionadas muestran una fuerte evidencia acerca de que la asignación presupuestaria y su respectivo desglose tienen efecto sobre los diferentes servicios, medidos a través de sus respectivos indicadores.

Es claro que el hospital Enrique Garcés ha tenido un crecimiento permanente en cuanto a presupuesto, eso ha permitido un aumento en la atención, incremento de pacientes atendidos, una entrega más fluida de medicina, sin embargo ha sido claro también y se puede verificar en casos específicos, como la disminución de

presupuesto tiene efecto sobre la cantidad de pacientes atendidos, sobre la ocupación, la cantidad de consultas, sobre los gastos en medicinas; a pesar de que es claro que la demanda cada vez ha sido mayor de servicios, pero no ha sido posible cubrir, especialmente en períodos de disminución de presupuesto o de baja de presupuestos específicos en ciertas áreas.

Se puede concluir claramente que la asignación presupuestaria tiene un importante impacto sobre los servicios prestados por el hospital, tanto en decremento en casos de disminución de presupuesto, como en incremento y fluidez de los servicios, cuando el presupuesto se ha incrementado, mostrando la importancia de este y su asignación a tiempo, para poder cumplir con la misión y los servicios para los que está el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito.

2.2 RECOMENDACIONES

Si bien el presupuesto para los hospitales es asignado por parte del gobierno nacional, ámbito poco manejable para el hospital, sin embargo, justamente a nivel de gobierno es importante establecer las reservas necesarias, que a su vez es puede ser parte de una política pública, para mantener la liquidez para la operación hospitalaria que permita evitar períodos de disminución de presupuesto.

Se ha planteado previamente las estrategias necesarias para poder mitigar las eventualidades de presupuesto, por lo que se recomienda como entidad considerar las estrategias a manera de un plan de contingencia, con los procedimientos necesarios, tomando en cuenta como resumen los siguientes aspectos:

- Establecer el uso de horas extras para el personal del área médica haciéndolo viable con permisos por horas, con lo cual, ante una disminución del presupuesto, de forma temporal, se puede trabajar en horas extras o turnos extendidos para cubrir las necesidades de la población.
- Plantear como parte de las políticas la transferencia de pacientes a la red pública de salud en casos de falta de capacidad y en base a una situación temporal.
- Disponer de los procedimientos de emergencia y guías clínicas que le permitan ser más eficiente el servicio ante emergencias, situaciones de falta de capacidad incrementando la eficiencia y evitando parcialmente las eventualidades relacionadas a presupuesto.
- Desarrollar un plan de capacitación para sustentar las estrategias y recomendaciones anteriores que permitan fortalecer la eficiencia en el servicio y con ello disminuir el impacto en épocas de falta de capacidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADINGOR. (2012). Modelo de los factores que afectan la productividad. *6th International Conference on Industrial Engineering. XVI Congreso de Ingeniería de Organización*. . Vigo:
<http://adingor.es/congresos/web/uploads/cio/cio2012/SP>.
- Batista, Y., Yera, I., Martínez, M., Pérez, D., & Aranda, S. (2016). El Análisis de la situación de salud hospitalaria: Herramientas para la gestión de hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Revista Médica Electrónica*, 38.
- Burbano, J. (2005). *Presupuesto, enfoque de gestión, planeacion y control de recursos*. Colombia: McGraw Hill .
- Castillo, S. (05 de 01 de 2015). *Desarrollo histórico del sistema sanitario de Ecuador. Tesis Doctoral presentada ante la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia*. Obtenido de
<http://es.slideshare.net/SilviaCastillo38/desarrollo-historico-del-sistema-sanitario-de-ecuadorio-de-ecuador> Fecha de consulta 19-01-2017
- Cegarra, J. (2012). *Métodos de investigación* . España : Ciencia y tecnología.
- Charlita, P. (2003). *Gestión de Costos Hospitalarios*. Bogotá : Ecoediciones.
- Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas. (18 de 09 de 2012). *Ministerio de Finanzas*. Obtenido de Asamblea Nacional:
http://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/CODIGO_PLANIFICACION_FINAZAS.pdf
- Constitución de la República del Ecuador. (02 de 08 de 2010). *Asamble Constituyente*. Obtenido de Constitución del Ecuador:
http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf

- Dobmeier, M. (2016). Understanding and Managing Service Productivity. A Literature Review. *Journal of Business Market Management*, 518-540.
- Fuertes-Planas, A., & Sánchez de la Torre, Á. (2015). *Principios Jurídicos en la definición de derecho II*. Madrid : Dykinson .
- García, J. (1993). *Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica*. Caracas: DISINLIMED.
- Gonzáles, W., & Hernández, E. (2007). *Indicadores de Gestión Hospitalaria* . España : Universidad Zulia .
- Gutiérrez, G. (01 de 01 de 2015). *Marco Económico Constitucional ecuatoriano* . Obtenido de http://www.usfq.edu.ec/publicaciones/iurisDictio/archivo_de_contenidos/Documents/IurisDictio_12/Marco_economico_constitucional_ecuatoriano.pdf
- Guzmán, D., & Tatiana, R. (2005). *Contabilidad financiera* . España : Universidad del Rosario .
- Hé Hernández, G. (2011). *Diccionario de Economía* . Colombia : Unidad Cooperativa de Colombia .
- Hospital Enriquez Gárces. (01 de 01 de 2013). *Ministerio de Salud* . Obtenido de Introducción Hospital Enriquez Gárces : <http://www.heg.gob.ec/>
- Laverde, P. (2010). *Administración hospitalaria*. Colombia: Panamericana.
- Ley de transparencia y acceso a la información. (18 de 05 de 2004). *Acceso a la información pública* . Obtenido de http://www.seguridad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/ley_organica_de_transparencia_y_acceso_a_la_informacion_publica.pdf
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de Salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53.
- Martínez, M. (2015). EL CONCEPTO DE PRODUCTIVIDAD EN EL ANÁLISIS ECONÓMICO. <http://www.critica-azcapotzalco.org/AECA/promotores/archivo%20laboral/eugenia1.pdf>.

- Medrano, J. (2011). *Métodos de Análisis Causal*. España: Paraninfo.
- Ministerio de Finanzas . (16 de 05 de 2015). *Ciclo presupuestario* . Obtenido de Finanzas : www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/.../2015/.../FINANZAS-PARA-TODOSS.pp..
- Ministerio de Finanzas . (23 de 08 de 2016). *Clausura y liquidación* . Obtenido de Ministerio de Finanzas : <http://www.finanzas.gob.ec/6-clausura-y-liquidacion/>
- Ministerio de Finanzas. (28 de 06 de 2016). *Boletín de ejecución presupuestaria Enero -Marzo 2016*. Obtenido de Subsecretaría de presupuesto: <http://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/06/Bolet%C3%ADn-Ejecuci%C3%B3n-Presupuestaria-21-Primer-Trimestre-2016.pdf>
- Ministerio de Finanzas. (05 de 02 de 2016). *Presupuesto General del Estado* . Obtenido de Presupuesto General del Estado : <http://www.finanzas.gob.ec/el-presupuesto-general-del-estado/>
- Ministerio de Finanzas del Ecuador . (02 de 03 de 2010). *Manual de procedimientos del sistema de presupuestos* . Obtenido de Ministerio de finanzas : http://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/03/A2_MANUAL_PROCED-_SISTEMA_PRESUPUESTO.pdf
- Ministerio de Salud . (12 de 12 de 2016). *Presupuesto General del Estado* . Obtenido de Presupuesto General del Estado .
- Ministerio de Salud Público . (03 de 05 de 2016). *Rendición de Cuentas* . Obtenido de Presupuesto de salud : http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/03/ppt_rc_29.04.15.pdf
- Naranjo Ferregut, J. A., Delgado Cruz, A., Rodríguez Cruz, R., & Sánchez Pérez, Y. (2014). Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1-25.

- Prust, M., Clark, K., Davis, B., Pallas, S., Kertanis, J., O'Keefe, E., & Araas, M. (2015). How Connecticut Health Directors Deal With Public Health Budget Cuts at the Local Level. *American Journal of Public Health*, 5269-5273.
- Requeijo, J., Iranso, J., Salido, J., & Pedrosa, M. M. (2007). *Técnicas Básicas de estructura económica*. España : Delta .
- Revista Lideres . (2012). El gasto público es el sustento para Ecuador. *Revista lideres* , 1-3.
- Robbins, S., & De Cenzo, D. (2009). *Fundamentos de Administración*. México: Prentice Hall.
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* . España : Deusto .
- Sablsh, C. (02 de 06 de 2012). *Presupuesto Público* . Obtenido de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2013b/1347/presupuesto-publico.html>
- Saltos, H. (09 de 08 de 2007). *La responsabilidad del Estado por la prestación deficiente de servicios públicos o por los actos de sus funcionarios y el ejercicio del derecho de repetición*. Trabajo de Grado de Maestría en Derecho, Mención Derecho Administrativo, presentado ante la Univ. Obtenido de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/2806/1/T490-MDE-Saltos-La%20responsabilidad.pdf> Fecha de consulta 19-01-201.
- Sánchez, M. (2008). *Indicadores de gestión hospitalaria*. México: Instituto Nacional de enfermedades respiratorias.
- Vidales, L. (26 de 09 de 2007). *Indicadores de gestión hospitalaria*. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182007000300006

ANEXO

ANEXO A. Formato de entrevista al personal del Hospital Enrique Garcés

Objetivo: La entrevista tiene como objetivo profundizar y conocer acerca del impacto existente en los servicios del hospital debido a la asignación presupuestaria.

1 ¿Considera usted que la asignación presupuestaria tiene un impacto en la prestación de servicios del Hospital Enrique Garcés? ¿Qué tipo de impacto?

2 ¿Cuáles de los siguientes aspectos considera que se ven afectados debido a una asignación presupuestaria insuficiente: ¿Cantidad de pacientes atendidos en medicina interna, cantidad de pacientes atendidos en medicina externa, gastos en medicinas, cantidad de personas atendidas en emergencias?

3 ¿Por qué considera que se afectan los servicios debido a la carencia de presupuesto?

4 ¿Cómo afecta la cantidad de pacientes atendidos cuando existe una disminución en el presupuesto?

5. ¿Considera usted que la productividad en general del hospital disminuye en con una baja asignación presupuestaria?

6. ¿El efecto del presupuesto se verifica solamente cuando existe disminución en el mismo o también se observan efectos favorables con un incremento en el presupuesto?

Muchas gracias por su tiempo