



ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

ANÁLISIS COSTO-EFECTIVIDAD PARA EVALUAR EL IMPACTO DEL GASTO SOCIAL EN SALUD DEL GOBIERNO CENTRAL, APLICADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, EN EL PERIODO 2006-2012 Y FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS QUE PERMITAN OPTIMIZARLO

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER
EN GERENCIA EMPRESARIAL**

WENDY AMÉRICA ANZULES FALCONES

wanzulesf@yahoo.es

Director: Ing. EFRÉN GALARRAGA

efrengal@hotmail.com

Quito – Ecuador

2013

DECLARACIÓN

Yo, Wendy América Anzules Falcones, 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.

Wendy América Anzules Falcones

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Wendy América Anzules Falcones, bajo mi supervisión.

Ing. Efrén Galárraga

DIRECTOR

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a mis queridos padres, a todas las personas que me han apoyado en el desarrollo de mi tesis, a mi Director y a la Escuela Politécnica Nacional por permitirme integrar esta comunidad intelectual que gestiona ciencia y coadyuva al desarrollo sostenible del país.

DEDICATORIA

Con mucho cariño a todos los seres incondicionales que están a mi lado y en mi corazón.

INDICE DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS.....	i	
LISTA DE TABLAS.....	ii	
LISTA DE ANEXOS.....	iii	
RESUMEN.....	iv	
ABSTRACT.....	v	
1	INTRODUCCIÓN.....	2
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2	FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1	FORMULACIÓN.....	3
1.2.2	SISTEMATIZACIÓN.....	3
1.3	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.3.1	OBJETIVO GENERAL.....	3
1.3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
1.4	HIPÓTESIS.....	4
1.5	JUSTIFICACIÓN.....	4
2.	MARCO TEÓRICO.....	6
2.2	LA SALUD COMO GASTO SOCIAL.....	6
2.2	LA INVERSIÓN SOCIAL COMO POLÍTICA PÚBLICA.....	9
2.3	ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ANÁLISIS COSTO EFECTIVIDAD.....	14
2.4	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	19
2.4.1	LA ENCUESTA.....	20
2.5	FORMULACIÓN ESTRATÉGICA.....	20
3	MARCO EMPÍRICO.....	24
3.1	DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL GASTO SOCIAL.....	24
3.1.1	PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PERÍODO 2006-2012.....	28
3.1.1.2	Camas hospitalarias de la Provincia de Pichincha.....	31

3.2	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN HOSPITALARIA EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO	32
3.3	PRESPUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO 2008-2012	40
3.4.1	PROYECCIÓN DE VARIABLES	45
3.4.2	CALCULO COSTO EFECTIVIDAD	50
3.5	DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA	56
3.5.1	RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA ENCUESTA	58
3.6	ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN	75
3.6.1	EL HOSPITAL COMO ORGANIZACIÓN	75
3.6.2	ANÁLISIS FODA	76
3.6.3	CADENA DE VALOR	77
3.6.4	VISIÓN DEL MODELO PROPUESTO	77
3.6.5	CUADRO DE MANDO ESTRATÉGICO	78
3.6.6	PROCESOS ESTRATÉGICOS DE UN HOSPITAL	79
3.6.7	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	79
4.1	CONCLUSIONES	82
4.2	RECOMENDACIONES	84
	REFERENCIAS	86
	ANEXOS	89

1 INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los gobiernos de turno en el Ecuador no han realizado los esfuerzos suficientes para administrar correctamente los ingresos del presupuesto general del Estado y destinarlos al gasto social en salud. La falta de infraestructura, cobertura, bajos niveles de calidad en la atención de los servicios de salud han sido características de la gestión en este sector que han tenido repercusiones en la calidad de vida de la población. En los últimos años, el gobierno de Rafael Correa ha ejecutado la estrategia de incrementar el gasto social en salud; sin embargo, es necesario analizar el costo efectividad del mismo para evaluar su impacto en la sociedad ecuatoriana.

Si los gobiernos de turno no administran correctamente los limitados recursos económicos destinados al sistema de salud, los problemas de escasa infraestructura, altos niveles de desnutrición, incidencia de enfermedades, mortalidad infantil, y otros mostrarán indicadores con un futuro poco promisorio.

El rol del Estado en una economía es atender las necesidades básicas de los ciudadanos con el fin de coadyuvar al mejoramiento de su calidad de vida. Para que el Estado pueda generar esa oportunidad para la población es necesario destinar recursos y administrarlos de manera eficiente.

La formulación estratégica consistirá en transformar el análisis en propuestas definidas de consolidación y diversificación, definiendo políticas, proyectos y programas necesarios, asignaciones y reasignaciones de recursos, financiamiento, para mejorar el costo-efectividad de los recursos e intervenciones en el sector y así mejorar las condiciones de vida de la población.

1.2 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 FORMULACIÓN

¿En qué forma el análisis costo-efectividad permitirá evaluar el impacto del gasto social en salud del gobierno central en el Distrito Metropolitano de Quito durante el período 2006-2012 y formular estrategias para optimizarlo?

1.2.2 SISTEMATIZACIÓN

¿De qué manera se puede realizar el diagnóstico de la situación actual del gasto social en salud en el Distrito Metropolitano de Quito?

¿Cómo ha sido el costo-efectividad de la administración del gasto social en salud en el Distrito Metropolitano de Quito en el período 2006-2012?

¿De qué forma el Estado puede optimizar los recursos destinados al gasto social en área de salud?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar el costo-efectividad del gasto social en salud por parte del gobierno Central en el Distrito Metropolitano de Quito durante el período 2006-2012 para evaluar su impacto y formular estrategias para optimizarlo.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar el diagnóstico de la situación actual del gasto social en salud en el Distrito Metropolitano de Quito
- Establecer la relación costo-efectividad del gasto social en salud en el Distrito Metropolitano de Quito en el período 2006-2012 con el fin de evaluar su impacto.
- Plantear estrategias de optimización para mejorar la administración de los recursos del Estado destinado al gasto social en salud.

1.4 HIPÓTESIS

El gobierno dispondrá de estrategias que permitan optimizar los recursos destinados al gasto social en salud en la provincia de Pichincha.

1.5 JUSTIFICACIÓN

La gente sana es más fuerte, más productiva y está en mejores condiciones de romper el ciclo de pobreza y desarrollar al máximo su potencia. La Organización Mundial de la Salud afirma que mejorar la salud es fundamental para el bienestar humano y esencial para el desarrollo económico y social sostenible. Alcanzar la mejor asistencia sanitaria posible, requiere en muchos países un cambio de dirección. Para conseguir una cobertura sanitaria universal, los países necesitan sistemas de financiación que permitan a la gente usar todo tipo de servicios sanitarios (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) sin incurrir en dificultades financieras. En la actualidad, millones de personas no pueden utilizar servicios sanitarios porque tienen que pagar por ellos en el momento en que los reciben. (Organización Mundial para la Salud, 2010)

La economía ecuatoriana ha pasado por períodos de expansión y recesión económica, por gobiernos que han llevado adelante políticas económicas cuya ejecución no ha conseguido los resultados de mejoramiento del nivel de vida de la población. En cuanto al manejo presupuestario, particularmente la administración de los recursos destinados al área social, deberían constituir la base para una planificación de largo plazo porque más salud promueve el desarrollo humano.

El Estado tiene como función principal atender el área de salud, pero lastimosamente, según la OMS, en su informe sobre la salud en el mundo indica que ningún país ha sido capaz todavía de garantizar el acceso inmediato de todas las personas a todos los servicios que podrían mantener o mejorar su salud. Todos se enfrentan a las limitaciones de recursos, si bien es más crítico en los países de ingresos bajos.

Según el informe, en algunos países los recursos serían insuficientes para cumplir las metas si sólo mantienen la prioridad macroeconómica actual del gasto público en educación, que llega a un promedio de 5,1% del PIB en Iberoamérica. En estos países se pueden explorar fuentes adicionales de financiamiento, tanto internas como externas, de uso general o dirigido a metas específicas.

El gasto social según (CEPAL, 1994) es un tema de interés con el fin de conocer la capacidad distributiva del Estado. En ese sentido, los gobiernos llevan adelante diferentes alternativas como disminuir o aumentar el gasto, establecer políticas sociales. En este contexto, los estudios sobre la capacidad redistributiva del Estado cobran mucha notoriedad puesto que es necesario determinar en qué medida el gasto público llega a los grupos objetivos de la política social.

Según la (Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, 2001) en América Latina el gasto social aumentó un 50% durante la década del noventa. Este aumento está explicado principalmente por el crecimiento económico que registraron los países de la región durante el primer quinquenio de la década, y por la reasignación de ingresos a fines sociales. Pero, aunque este aumento fue un gran avance, la CEPAL señala que el gasto social en América Latina es aún bajo en relación con su nivel de PIB, y altamente vulnerable al ciclo de la economía.

En el Ecuador, las cifras del Presupuesto General del Estado en los últimos años, muestran la cantidad de recursos destinados para atender el sector de la salud; sin embargo, la administración y destino de esos recursos no ha generado satisfacción en la población peor aún mejorado el nivel de vida de los ecuatorianos.

El Ministerio de Finanzas del gobierno del Ec. Rafael Correa, en el documento "Directrices para la programación presupuestaria 2011-2014" indica que los

derechos que el Estado debe garantizar a través de la acción pública sectorial para propiciar la satisfacción de las necesidades básicas de la población son educación universal, inclusiva y de calidad, salud accesible, permanente, oportuna, de calidad y sin exclusión, entre otras (Ministerio de Finanzas, 2011)

En este contexto, la presente investigación reflejará los resultados del costo-efectividad de la administración de los recursos que se han destinado al gasto social en salud por parte del gobierno central en el Distrito Metropolitano de Quito desde el año 2006 al 2012, con el fin de evaluar si su nivel y composición han sido los adecuados y han logrado los objetivos de mejorar el sistema de salud. La realización de observación, encuestas y entrevistas a un grupo de beneficiarios permitirá conocer el impacto del gasto.

Como es imperativo que la política social apunte a un horizonte de largo plazo, a partir de los resultados del análisis de los indicadores obtenidos, los recursos del Estado, las necesidades de las áreas de salud se formularán objetivos estratégicos, estrategias e indicadores de seguimiento para los objetivos, estrategias y actividades que permitirán optimizar el manejo de los recursos destinados al gasto social.

2. MARCO TEÓRICO

2.2 LA SALUD COMO GASTO SOCIAL

Según la OMS, la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad y de afecciones o de invalidez.

La salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y, a la vez, un requisito para el desarrollo con equidad. Más aún, las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud y la sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido del acceso

a los servicios de salud y que estos proporcionen una atención de calidad para todos los usuarios. (CEPAL, 2005)

La región latinoamericana enfrenta un doble desafío como consecuencia de los grandes cambios sociales económicos y demográficos; por una parte, debe enfrentar los problemas tradicionales de salud como las enfermedades contagiosas e infecciones, la mortalidad materna e infantil y por otra parte, debe lidiar con los nuevos problemas surgidos del desarrollo y de cambios paulatinos y a veces rápidos, en los perfiles de la morbilidad: el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, seniles y mentales.

El impacto de diversas variables socioeconómicas y culturales del mundo globalizado configura un panorama de alta heterogeneidad en cuanto a la situación de salud y una exposición desigual a los riesgos de salud en los diversos grupos poblacionales. La segmentación de mercados, la segregación territorial y otras tantas manifestaciones de la concentración de ingresos y de desigualdades sociales en América Latina, hacen que esa diferenciación sea cada vez más amplia y sin embargo, menos conocida en sus expresiones concretas. (CEPAL, 2005)

La exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución de la riqueza y en el acceso y la utilización de los servicios se reflejan en los resultados de salud. Estos factores siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo humano inclusivo en la Región y obstaculizan las estrategias de lucha contra la pobreza, así como la unidad social y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. La discriminación racial y por razón de género agravan aún más la exclusión social y la inequidad.

Generalmente se utilizan tres medidas principales para describir las inequidades: las desventajas en materia de salud debidas a las diferencias entre los sectores de la población o las sociedades; las brechas de salud, que se forman por las diferencias entre las personas que están en peor situación y el resto de la población; y los gradientes de salud, relacionados con las diferencias encontradas

a lo largo de todo el espectro de la población. (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2012)

Los datos probatorios indican cada vez más que los más pobres entre los pobres tienen la peor salud; este es un fenómeno mundial que se presenta en los países de ingresos bajos, medianos y altos. Los datos dentro de los países indican que, en general, cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor es su salud. A esto se le conoce como gradiente social de la salud y significa que las inequidades en salud afectan a todos. Por ejemplo, si se considera la tasa de mortalidad entre los menores de 5 años por nivel de riqueza del hogar donde viven, se observa que dentro de un mismo país la relación entre el nivel socioeconómico y la salud muestra un gradiente. Los más pobres tienen las tasas de mortalidad de menores de 5 años más elevadas y la población del segundo quintil de riqueza tiene tasas de mortalidad en su progenie más altas que las de la progenie del quintil más rico.

Asimismo, las inequidades son manifiestas cuando se examina el ingreso nacional bruto de los países; se sabe, por ejemplo, que guarda una relación inversa con la mortalidad y que un nivel educativo bajo es un factor de riesgo de muerte prematura. En Colombia y México, las personas con poca educación presentan un riesgo tres veces mayor de morir que aquellas con un nivel de educación alto, independientemente de la edad o el sexo. En Bolivia, la mortalidad entre los bebés de las mujeres sin educación supera las 100 defunciones por 1.000 nacidos vivos, en cambio, la mortalidad entre los bebés de madres con al menos educación secundaria es menor de 40 defunciones por 1.000 nacidos vivos. (Ponce, 2009)

Sin embargo, las diferencias en materia de salud no están presentes únicamente entre las personas más privilegiadas y las más marginadas; los estudios señalan asociaciones positivas y progresivas entre la salud y muchos factores sociales, lo que indica que estas desigualdades existen incluso en los países de ingresos medianos y altos. (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2012)

La superación de las condiciones de pobreza y de inequidad en América Latina requiere que se otorgue un alto grado de prioridad al gasto real en los países. Esto debe analizarse en toda su complejidad como componente prioritario del gasto social con el objetivo de conocer los beneficios que se generan. (Navarro, 2005)

Se podría pensar que mientras un Estado invierte más recursos y los administra de manera eficiente deberían producirse más beneficios netos que costos. Dado un monto limitado de recursos debería asignárselo de manera tal que permita obtener un mayor número de unidades de beneficio, cualquiera que sea el valor de la unidad.

El gasto público en salud comprende el gasto recurrente y de capital proveniente de los presupuestos públicos (central y local), el endeudamiento externo y las donaciones (incluidas las donaciones de los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales) y los fondos de seguro de salud social (u obligatorio El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios. (Banco Mundial, 2013)

2.2 LA INVERSIÓN SOCIAL COMO POLÍTICA PÚBLICA

El punto de partida en el debate sobre las políticas públicas debe ser el análisis acerca de lo que se entiende por lo público que comprende aquella dimensión de la actividad humana que se cree que requiere la regulación o intervención gubernamental o social o por lo menos la adopción de medidas.

Wayne Parsons en su libro Políticas Públicas afirma que toda política pública encubre una teoría de cambio social, la idea de políticas públicas presupone la existencia de una esfera o ámbito de la vida que no es privada o puramente individual; sino colectiva. Un bien público es un “bien” o servicio que está disponible para todos. Los bienes públicos puros son aquellos que son fabricados

por el Estado y no por el mercado. Los bienes públicos se pagan con recursos públicos provenientes de impuestos o endeudamiento y su precio puede expresarse en el nivel de impuestos necesarios para financiar su producción. En términos generales, se puede decir que las decisiones públicas implican tener acceso a bienes públicos o privados. Por ejemplo, en algunos países, la política de salud pertenece a un ámbito público y proporciona atención médica a todos los ciudadanos; en otros países predomina la consulta privada y los seguros personales de gastos médicos. (Parsons, 2007)

Las políticas públicas comprenden la cosa pública y sus problemas, representa el análisis de una dimensión de la vida que no es privada o puramente individual sino colectiva, la forma en que se definen y construyen cuestiones y problemas y cómo llegan a la agenda política. (Ives Meny, 2008)

Según Rafael Bañón, las administraciones públicas de los estados contemporáneos encuentran la legitimación de su acción no solo en la representación genérica del bien común sino en el servicio a la sociedad y a los ciudadanos con economía de medios y diligencia. Cada acción pública es la manifestación del compromiso de distribución de la riqueza, de acceso de los ciudadanos a los recursos sociales, la congruencia entre la acción y los valores socialmente aceptados es el fundamento de la legitimidad de la propia acción. Esta congruencia se produce respecto a los fines y al modo de la puesta en práctica de la acción. (Bañón, 2008)

Se puede pensar que las políticas públicas deberían limitarse a la regulación de bienes públicos, los cuales se consideran propiedad de todos y de nadie. Sin embargo, en un sistema de mercado que presenta fallas, la intervención del Estado se justifica en la actividad privada como garantía de eficiencia y equidad. El objetivo final de toda política pública es el bienestar de la sociedad, el cual se alcanza a través de la generación de bienes tanto públicos como privados, por lo tanto, la esfera de la acción de la política pública debería abarcar todos los aspectos del mercado. (Parsons, 2007)

De acuerdo al informe del Banco Mundial (2004) "Reducción de la pobreza y el crecimiento: círculos virtuosos y viciosos", si bien el crecimiento es clave para la

reducción de la pobreza, es la propia pobreza la que impide el crecimiento de los países. La pobreza es un concepto que abarca una amplia gama de dimensiones, tales como salud, mortalidad, educación y seguridad, que requieren un gasto público de calidad y políticas públicas eficientes para su reducción.

El círculo vicioso de la pobreza se retroalimenta con salud de mala calidad, que desalienta la acumulación de capital humano por lo que las personas tienen menos oportunidad de mejorar sus ingresos y aportar al erario público y por ende el Estado tiene menos capacidad de financiar la inversión pública. No cabe duda que una salud de calidad accesible a toda la población debe situarse en el centro de la agenda pública para transformar ese círculo vicioso en uno virtuoso y alcanzar el bienestar. (Banco Mundial, 2006)

Las decisiones de políticas públicas implican el análisis sobre cuestiones económicas, pero también éticas.

Una política pública no puede garantizar el beneficio de todos en igual proporción, por lo que es importante decidir a quienes se debe beneficiar de forma prioritaria, para lo cual hay que considerar no sólo el análisis costo beneficio, sino también las dimensiones éticas de nuestras decisiones.

Estas dimensiones éticas se traducen en el tiempo y en el espacio, y concierne a quién y qué se debe priorizar en el momento de diseñar una política pública.

De acuerdo a Sefton, el objetivo principal de una política social y de bienestar consiste en mejorar el sistema de redistribución, por lo que su efectividad depende del impacto sobre la pobreza y la inequidad de forma general.

No sólo se busca redistribuir el ingreso sino también se debe redistribuir oportunidades (acceso a mejor educación, mejores oportunidades de trabajo y mejor salud), lo cual facilita mejores ingresos futuros. No se debe limitar la redistribución al gasto social financiado por una política tributaria, sino garantizar un marco que garantice la equidad y la eficiencia. (Sefton, 2006)

Méndez considera que la inversión social constituye la principal herramienta de política pública para influir en las condiciones de vida del Ecuador. Asimismo, representa los esfuerzos económicos del Estado orientados a mejorar las condiciones para el desarrollo económico, la promoción y creación de capital

humano y capital social, y la reducción de los niveles de pobreza y desigualdad. La inversión social, como ya se mencionó en la introducción, comprende el gasto corriente, el gasto de inversión y el gasto de capital en cinco subsectores: Educación, Salud, Trabajo, Inclusión Económica y Social y Desarrollo Urbano y Vivienda. (Méndez, 2012)

En el Ecuador, con el advenimiento de la Constitución Política del 2008, se dan cambios estructurales a nivel político, institucional, normativo y económico. Dentro de los cambios en la esfera económica, se da una nueva estructura administrativa y orgánica-funcional del Estado, que provocó modificaciones en una de las principales herramientas para ejercer el poder redistributivo y de justicia de las políticas públicas: el Presupuesto General del Estado. Es importante analizar que las políticas públicas con enfoque de derechos tienen implicaciones en la asignación y la redistribución de los recursos públicos.

La Constitución, reconoce al sistema económico, como social y solidario. Plantea al ser humano como sujeto y fin de las decisiones económicas y busca una apropiada interacción dinámica entre el Estado, la sociedad y el mercado, en armonía con la naturaleza. Tiene como objetivo la producción y reproducción de las condiciones materiales e inmateriales que posibiliten el Buen Vivir.

El artículo 42 de la Constitución del Ecuador dice: “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”. En el artículo 44 se establece que el Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; y, finalmente el artículo 46 de la Constitución establece que el financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley. La

asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia. (Constitución Política del Ecuador, 2008)

El artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud establece que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud. El literal h del artículo 9 de la misma ley dice que el Estado debe garantizar la asignación fiscal para salud, en los términos señalados por la Constitución Política de la República, la entrega oportuna de los recursos y su distribución bajo el principio de equidad; así como los recursos humanos necesarios para brindar atención integral de calidad a la salud individual y colectiva; el literal i establece que también debe garantizar la inversión en infraestructura y equipamiento de los servicios de salud que permita el acceso permanente de la población a atención integral, eficiente, de calidad y oportuna. (Ley Orgánica de Salud, 2006)

La nueva política nacional de Ecuador se enmarca en el Plan Nacional Buen Vivir (elaborado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - SENPLADES), definido como el conjunto de valores y derechos que deben ser asegurados y garantizados por las instituciones universales, a las que les corresponde ofrecer prestaciones y servicios de bienestar a partir del principio de necesidad (derechos) de los ciudadanos. En otras palabras, el Buen Vivir es el principio que estructura doctrinariamente la base constitucional de los nuevos sistemas social, político, económico, cultural y ambiental, más allá de la condición migratoria. El objetivo tres del Plan Nacional del Buen Vivir establece el mejoramiento de la calidad de vida de la población. (SENPLADES, 2013)

En el período 2013-2017 la inversión se destinará con mayor énfasis a la transformación de la matriz productiva y energética y al desarrollo del capital humano, sin desatender la inversión social ni al presupuesto destinado a cubrir los costos para alcanzar el buen vivir; debido a que estos son sectores en donde aún no se han cerrado las brechas siendo imperativa la inversión en estos rubros.

Esta inversión en el capital social y colectivo permitirá la generación y desarrollo de capacidades productivas a largo plazo. En el mencionado plan se establece que el sector salud representado por el Ministerio de Salud Pública tendrá una inversión de \$3.065`970.939. (SENPLADES, 2013)

Las políticas públicas, con enfoque de derechos, tienen implicaciones en la asignación y la redistribución de los recursos públicos. El presupuesto no sólo es un ejercicio contable, es uno de los principales instrumentos de gestión de un gobierno que evidencia sus prioridades en la asignación de los recursos. (UNICEF, 2013)

Por lo expuesto, la inversión social es una política pública establecida por el Estado según la Constitución Política que también garantiza los recursos necesarios en el Presupuesto General del Estado para atender los sectores sociales y particularmente el sector salud, adicionalmente, La ley Orgánica de Salud garantiza el acceso universal, equitativo y de la calidad a los servicios de salud así como la asignación fiscal de recursos para atender a este sector. Finalmente, la Secretaría Nacional de Planificación en su plan plurinual 2013-2017 establece \$3.065`970.939 con el fin de destinarlos al Ministerio de Salud Pública y así cumplir con uno de los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir relacionado a mejorar la calidad de vida de la población.

2.3 ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ANÁLISIS COSTO EFECTIVIDAD

Ernesto Cohen en su libro, Evaluación de Proyectos Sociales (2006) afirma que optimizar la efectividad de los proyectos consiste en alcanzar sus objetivos con una óptima asignación de los recursos disponibles o, dicho de otra manera, maximizar el impacto al menor costo posible. Los costos son los impactos negativos asociados a una decisión y éstos pueden ser directos e indirectos. (Cohen, 2006)

De acuerdo a la Comisión Económica de la Unión Europea, en su informe sobre Métodos de Evaluación, el análisis costo-efectividad se trata de un método de

análisis económico: la eficacia se valora a partir de indicadores de los resultados intencionales o logrados, y no en función del valor económico de dichos resultados.



Figura 1 – Esquema general de los posibles usos del análisis costo-efectividad (Comisión Europea, Unión Europea)

El análisis costo-efectividad contribuye de forma eficaz a la evaluación de proyectos, programas o a la evaluación sectorial cuando el objetivo principal de la política estudiada puede reducirse a un solo resultado. Se trata de un instrumento para el análisis económico y no económico de los objetivos operativos a estos diferentes niveles.

El análisis costo-efectividad puede utilizarse:

En evaluación ex ante, como herramienta de ayuda a la decisión, aportando datos para la toma de decisiones. Según el caso, puede ser útil para a) guiar una reflexión previa a la decisión por parte de los decisores, b) ayudar a que los grupos que representan a distintos niveles de beneficiarios o de actores implicados en los sectores en que se enmarque la intervención determinen sus preferencias.

- En evaluación ex post, para juzgar a posteriori la eficacia económica de una intervención.
- En evaluación intermedia, para actualizar los resultados ex ante y elegir entre diversas posibilidades de continuidad de la intervención.

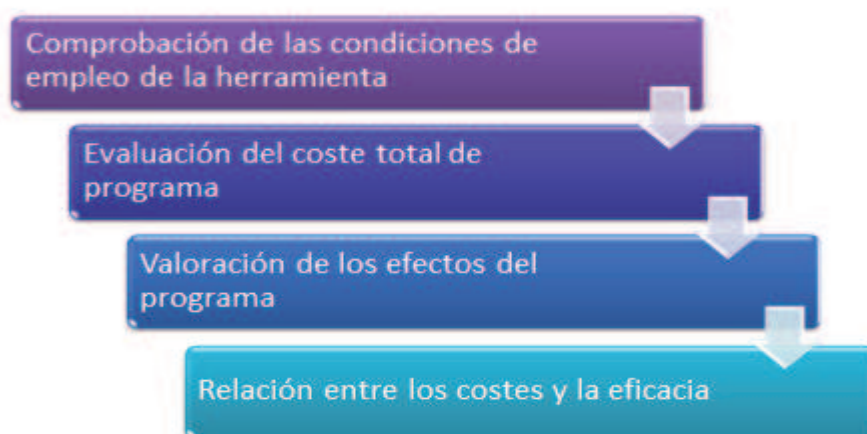


Figura 2 – Esquema general de aplicación del análisis costo-efectividad

(Comisión Europea, Unión Europea)

En la valoración del costo total, sólo se tienen en cuenta los costes directos invertidos en la intervención. En el marco de la ayuda pública al desarrollo, suele tratarse de costes financieros: subvenciones, transferencias financieras, etc. (Comisión Europea, 2006)

Los costos desde la perspectiva económica y social son sacrificios que la sociedad realiza con el objetivo de obtener mayores beneficios en el futuro. En otras palabras, la sociedad sacrifica parte de su consumo presente con la esperanza que el proyecto le permita de disfrutar de mayores niveles de consumo en el futuro. Esto implica que los costos de un proyecto en los diferentes años de su vida útil no son comparables debido a que implican diferentes niveles de sacrificio. El procedimiento para incorporar el costo de oportunidad de los recursos invertidos es descontar el valor de los costos por una tasa de descuento, para obtener el valor presente de los costos totales de la

intervención. En la evaluación económica y social de proyectos se utiliza la tasa de social de descuento. La siguiente es la fórmula para calcular el valor presente de los costos:

$$VPCI = \sum_{t=1}^n \frac{x}{(1+i)^t}$$

X=costo total del año t

i=tasa social de descuento

n=el último año del horizonte del proyecto

Según el (Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social ILPES, 2005) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, el análisis costo-efectividad persigue el objetivo de evaluar la inversión social en salud.

La relación costo-efectividad (RCE) entendido como:

$$RCE = \frac{I}{VPCI}$$

Donde:

I= Impacto de la intervención

VPCI= Valor presente del costo de la Intervención

El valor del impacto de la intervención está definido por el cambio en el indicador institucional de la intervención de un programa. En la medida en que el valor de la RCE sea mayor, la intervención del programa será más eficiente.

El análisis costo-efectividad se propone analizar y evaluar el gasto social en salud en el Distrito Metropolitano de Quito entre el 2006-2012 a partir de indicadores de resultados y de impacto.

Las estadísticas del gasto en salud de los Organismos oficiales del Estado como el Banco Central del Ecuador, Senplades, INEC, Ministerio de Salud, MInisterio de Finanzas, Siise, etc, servirán para obtener los indicadores de resultados en términos de tasa de uso de servicios de salud, tasa de mortalidad infantil, tasa de fertilidad, entre otros, que permitirán evaluar la inversión en salud.

Si el concepto de equidad está asociado al acceso a salud de ciudadanos pobres, sería relevante medir el efecto y el impacto del gasto en salud en términos de reducción de tasas mortalidad infantil, por ejemplo, la relación costo-efectividad, entendida como:

$$RCE = \frac{\textit{Indicador de Efectividad}}{VPGS}$$

Donde,

VPGS= valor presente del gasto social

La relación costo efectividad es aplicable a partir de indicadores de efectividad disponibles como por ejemplo el PIB imputado a salud, estadísticas del presupuesto ejecutado del gasto en salud.

En salud, un posible indicador alternativo posible de efectividad sería la tasa de uso de servicios de salud o tasa de mortalidad infantil, en consecuencia, la relación costo-efectividad se medirá a través del siguiente ratio:

$$RCES = \frac{\textit{Aumento porcentual de los servicios de salud}}{VPGS}$$

Donde, VPGS: valor presente del gasto de salud

Si los indicadores de efectividad se obtienen valores positivos para la ratio RCE, demostrarán el impacto positivo del gasto social en salud en el período analizado. (Instituto Latinoamerica y del Caribe de Planificación Económica ILPES, 2005)

El siguiente paso en el análisis costo-efectividad (análisis de eficiencia) es comparar los impactos generados por la intervención con el VPC. El indicador utilizado con este propósito es la relación costo-impacto (RCI) (ILPES, 2001).

La RCI estima el costo promedio por unidad de impacto generado.

$$RCI = \frac{VPC}{Impacto}$$

2.4 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de la información es una de las actividades más importantes en una evaluación. Los instrumentos de recolección de información pueden ser entrevistas estructuradas, cuestionarios, registros administrativos, etc. La información recolectada a través de estos medios permite, y facilita a su vez, la transformación numérica de la información.

La evaluación para evaluar el impacto comienza con la recolección de la información. Las preguntas que guían esta búsqueda de información son: ¿Cuáles efectos produjo el programa? ¿Qué significado tienen estos efectos para los beneficiarios? ¿Cuáles fueron los mecanismos por los cuales se generaron estos efectos? ¿Cuál es el contexto o entorno en el cual se generaron estos efectos? El análisis de esta información permite identificar y describir los efectos del programa y el contexto o entorno en el cual se produjeron.

En esta estrategia de evaluación de impacto se utilizan principalmente métodos de recolección de la información que permiten comprender el comportamiento humano en el entorno social, cultural, económico y político de una localidad. Es decir, son instrumentos con mayor capacidad de captar el entorno del fenómeno que se analiza. Estos métodos buscan capturar las experiencias de los beneficiarios en el programa tal y como ellos las viven, no a

través de categorías preestablecidas por el evaluador. Buscan descubrir lo que piensan los beneficiarios y registrarlo en sus propias palabras. La información en los métodos contextuales proviene del trabajo de campo que realice el evaluador. Es decir, el evaluador debe permanecer en el lugar donde los cambios en los beneficiarios puedan ser observados, los involucrados en el programa puedan ser entrevistados y encuestados y documentos escritos puedan ser analizados. El evaluador debe hablar con los involucrados acerca de sus experiencias y percepciones. Es así como, la calidad de la información depende en gran medida de las habilidades de investigación y la integridad del evaluador. (Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social ILPES, 2005)

2.4.1 LA ENCUESTA

La investigación por encuesta es considerada como una rama de la investigación social científica orientada a la valoración de poblaciones enteras mediante el análisis de muestras representativas de la misma. La investigación por encuesta se caracteriza por la recopilación de testimonios, orales o escritos, provocados y dirigidos con el propósito de averiguar hechos, opiniones actitudes. La investigación por encuesta es un método de colección de datos en los cuales se definen específicamente grupos de individuos que dan respuesta a un número de preguntas específicas. (Baray, 2006)

2.5 FORMULACIÓN ESTRATÉGICA

La estrategia describe de qué forma una organización tiene la intención de crear valor sostenido para sus clientes internos y externos.

La metodología para la formulación de estrategias será la sugerida por el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Esta metodología surge de la necesidad de contar con una herramienta específica para emprender el desafío de la planificación del desarrollo.

La lógica de formulación de una estrategia de desarrollo debe estar integrada en primer lugar el establecimiento de objetivos estratégicos, en la siguiente etapa elaboramos la matriz FODA que posteriormente la transformamos los enunciados a una estructura que permite la redacción y sistematización de los mismo. Se inicia este proceso, destacando que la aplicación del principio de Pareto se emplea, en este caso, en priorizar las estrategias que provienen de las potencialidades, pues al centrar el esfuerzo en este factor estamos logrando detectar la relación del 20% de los medios disponibles, aquellos en los cuales tenemos elementos positivos (oportunidades y fortalezas). La estrategia principal que es la que viene del cuadrante de las potencialidades, ya que se dirige directamente al logro del objetivo. Las estrategias complementarias o específicas, provienen de los otros cuadrantes y se orientan al cumplimiento o apoyo de la estrategia principal.

MATRIZ DE ANÁLISIS ESTRATÉGICO PARA EL ANÁLISIS FODA		
Objetivo central	Fortalezas (Internas)	Debilidades (Internas)
Oportunidades (Externas)	Potencialidades	Desafíos
Amenazas (Externas)	Riesgos	Limitaciones



Figura 3 – Matriz de análisis estratégico para el análisis FODA
(Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social, ILPES)

A continuación se utiliza la denominada matriz de estrategias, que permite ordenar las propuestas y, posteriormente, permite anexar la información que surgirá en las siguientes etapas de la metodología

La etapa de formulación del plan de acción, extenderá el proceso que se ha desarrollado hasta el momento, tomando varias fuentes principales de insumos:

1. De las estrategias planteadas, se definirán las políticas, programas y proyectos que son necesarios para alcanzar el objetivo central.
2. De los árboles de objetivos: Surgirán alternativas de solución que se configuran como ideas de proyectos que se revisarán para ver si están dentro del contexto estratégico de la matriz de estrategias.
3. También pueden proponerse nuevas políticas, programas o proyectos si se requiere reforzar alguna estrategia.

La última etapa de la metodología de planificación consiste en formular indicadores de seguimiento para los objetivos, estrategias y actividades (políticas, programas, acciones, proyectos). El ejercicio de formulación de indicadores permite cerrar el plan estratégico de desarrollo y establecer metas específicas y cuantificables a lograr. (Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica ILPES, 2012)

A fin de complementar la propuesta se desarrollará un mapa estratégico basado en el enfoque enunciado por Michael Porter, uno de los fundadores y líder del campo de la estrategia. Porter sostiene que la estrategia consiste en seleccionar el conjunto de actividades en las que una organización se destacará para establecer una diferencia sustentable en el mercado. (Robert Kaplan, 2004).

Finalmente, se propone la cadena valor que es una herramienta de gestión diseñada por Michael Porter que permite realizar un análisis interno de la organización, a través de su desagregación en sus principales actividades generadoras de valor. El análisis de la cadena de valor permite optimizar el proceso, ya que puede apreciarse, al detalle y en cada paso, el funcionamiento de la organización. (Beltrán, 2006)

El análisis de la salud como un bien público social nos lleva a reflexionar de qué manera es posible explicar el contenido y la dinámica de lo que implica en la práctica la salud como una política pública estratégica desde la perspectiva del desarrollo nacional.

El Estado, en muchos campos de la economía ha demostrado ineficiencia en la producción de bienes y servicios puesto que en su miopía económica, disipa recursos lo que reduce la capacidad productiva en general y provocando los fallos de Estado.

Para solucionar los fallos de Estado, debe haber un equilibrio entre Estado, mercado y sociedad civil. En esta trilogía, el Estado debe tener una estructura organizacional apropiada junto con estrategias que faciliten altos niveles de cobertura de salud con eficiencia y equidad.

3 MARCO EMPÍRICO

3.1 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DEL GASTO SOCIAL EN SALUD EN EL ECUADOR

El Ministerio de Finanzas en el documento Directrices de la Programación Presupuestaria detalla que el gasto total en salud entre el período 2006 al 2012 creció a 225%, destinando 504 millones de dólares en el 2006 y 1.640 millones dólares en el 2012, como lo muestra el siguiente gráfico. (Ministerio de Finanzas, 2011)

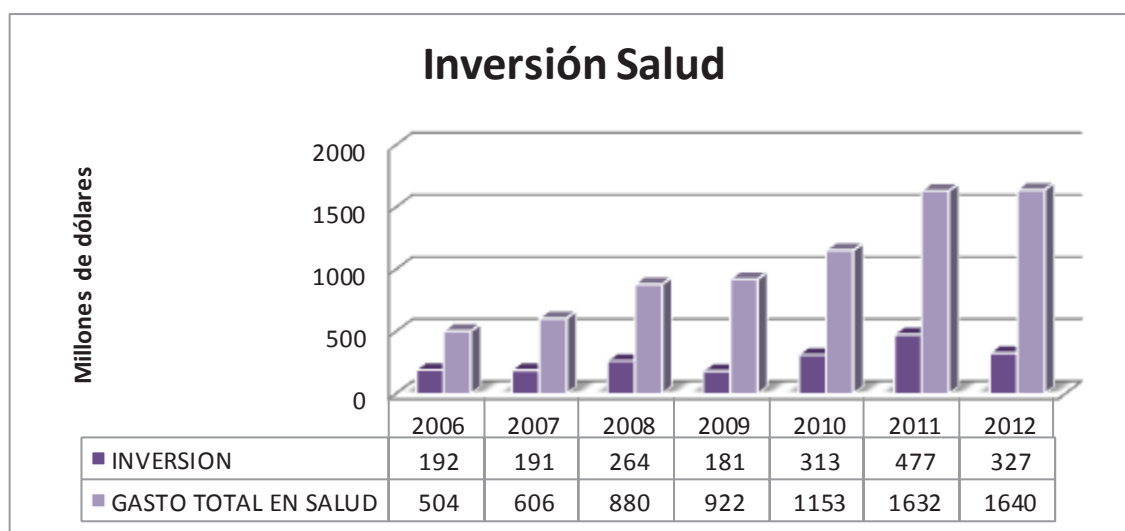


Figura 4 – Inversión en Salud

(Ministerio de Salud Pública, Economía y Reformas de los subsistemas de Salud Pública)
Elaborado por: Wendy Anzules

La siguiente tabla muestra información relevante sobre el sector de salud, los resultados muestran un incremento significativo en la tasa de crecimiento del gasto en salud, gasto en salud como porcentaje del PIB, gasto en salud como porcentaje del Presupuesto General del Estado y gasto en salud per cápita.

PRESUPUESTO SALUD MSP					
Devengado (2006-2012)					
Millones de dólares					
Año	Total	Tasa de crecimiento del gasto en salud	Gasto en salud como % del PIB	Gasto en salud como % del PGE	Gasto en salud per cápita
2006	504	19,1%	1,2%	4,1%	38
2007	606	20,3%	1,3%	4,5%	45
2008	880	45,3%	1,6%	4,9%	64
2009	922	4,7%	1,8%	4,9%	66
2010	1153	25,1%	2,0%	5,5%	81
2011	1632	49,4%	2,8%	6,7%	119
2012	1640	3,0%	2,5%	6,8%	138

Tabla 1- Presupuesto en Salud, Ministerio de Salud Pública
Elaborado por: Wendy Anzules

A continuación, el siguiente gráfico muestra el crecimiento del PIB per cápita del gasto en salud, notando que en el 2006 el PIB per cápita en salud era de \$38 y en el 2012 de \$138, mostrando un incremento del 323,68%

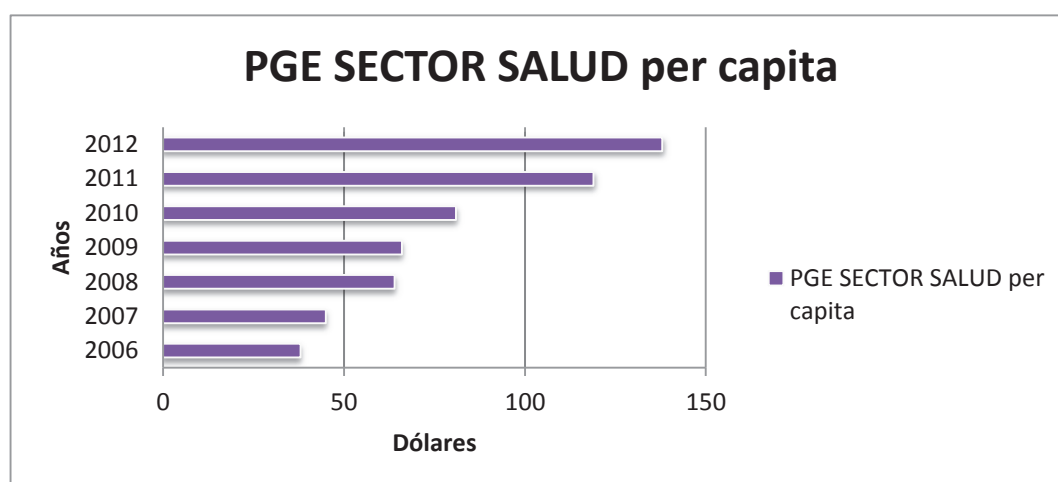


Figura 5 – Presupuesto General del Estado- Salud per cápita
(Ministerio de Salud Pública, Economía y Reformas de los subsistemas de Salud Pública)
Elaborado por: Wendy Anzules

El gasto en salud como porcentaje del PIB, refleja un mejoramiento significativo, en el 2006 éste alcanzó el 1,2% del PIB y en el 2012 representa el 2,5% del PIB, siendo un porcentaje aún mínimo.

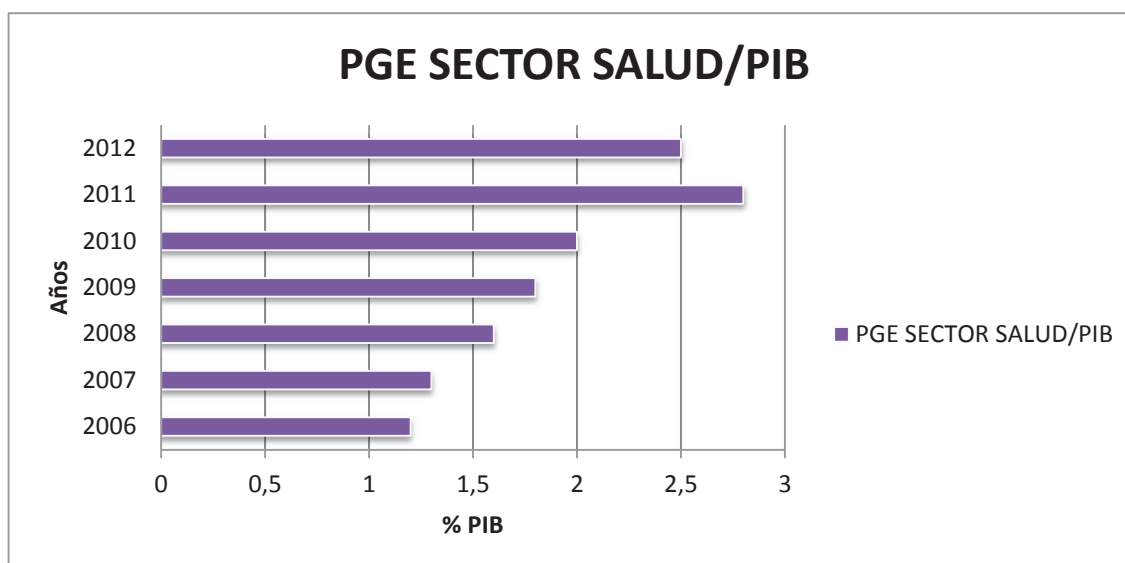


Figura 6– Presupuesto General en Salud como porcentaje del PIB
 (Ministerio de Salud Pública, Economía y Reformas de los subsistemas de Salud Pública)
 Elaborado por: Wendy Anzules

En cuanto a la cobertura, el siguiente gráfico muestra la inversión per cápita desigual y no proporcional a la cobertura, tendencia que se confirma en el análisis de los montos devengados que deja al 19% de la población descubierta.

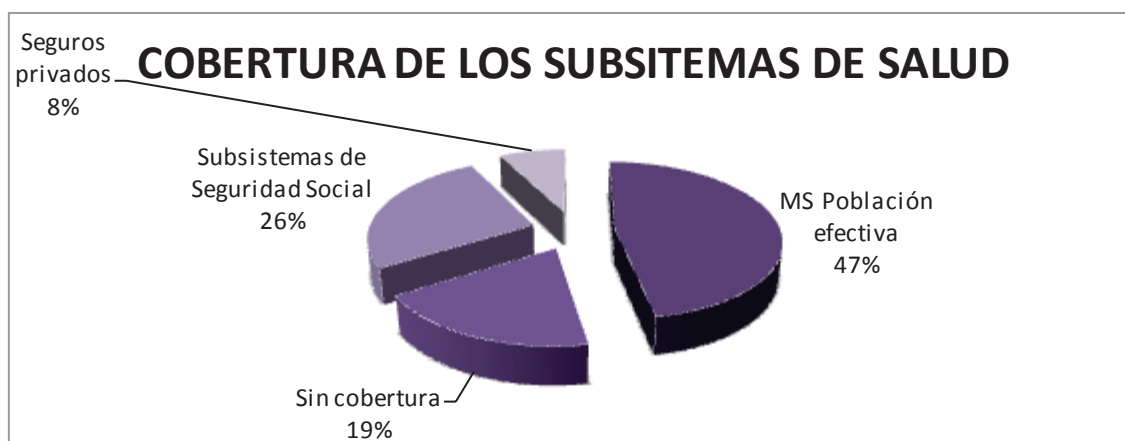


Figura 7– Cobertura de los Subsistemas de Salud
 (Ministerio de Salud Pública, Economía y Reformas de los subsistemas de Salud Pública)
 Elaborado por: Wendy Anzules

En cuanto a establecimientos del Ministerio de Salud Pública, se puede notar que existen en el 2012, 1260 subcentros de salud, 448 puestos de salud, 88 hospitales básicos y 14 hospitales especializados.

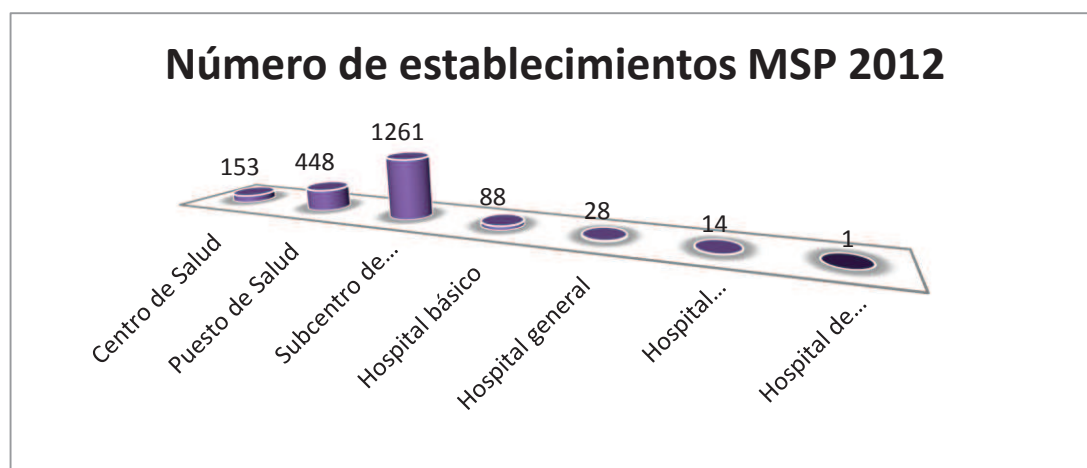


Figura 8– Número de establecimientos Ministerio de Salud Pública
(Ministerio de Salud Pública, Economía y Reformas de los subsistemas de Salud Pública)
Elaborado por: Wendy Anzules

El monto de adquisición de medicamentos y productos farmacéuticos aumentó desde el 2008, los valores devengados se ubicaron en \$ USD 107 millones y en el 2011 en \$USD 150 millones.

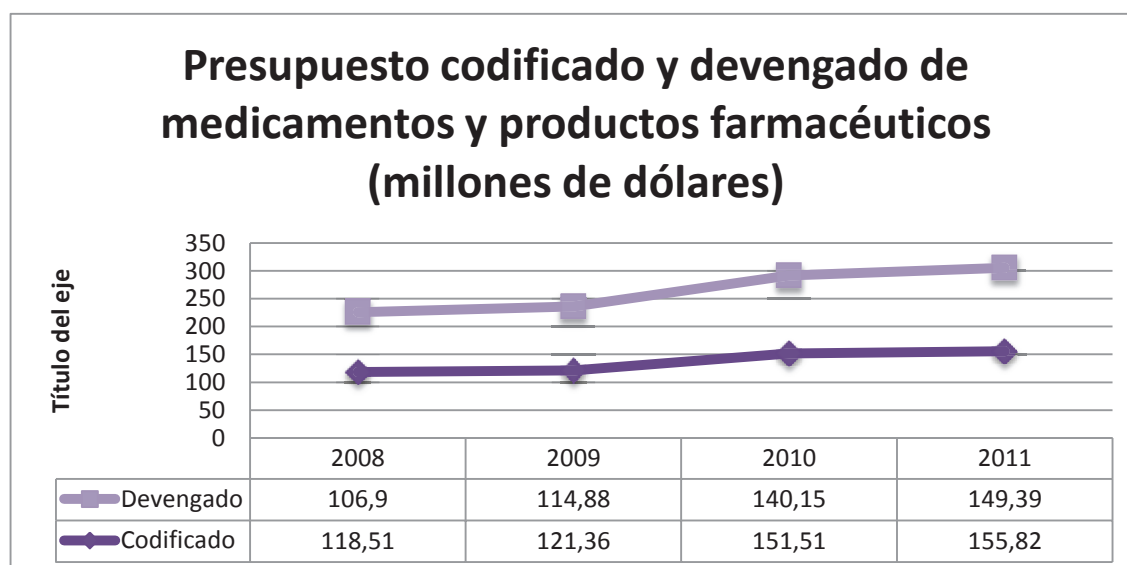


Figura 9– Presupuesto codificado y devengado de medicamento y productos farmacéuticos
(Ministerio de Salud Pública, Datos esenciales en salud)
Elaborado por: Wendy Anzules

En cuanto al número de médicos, La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un mínimo de 23 médicos, por cada 10.000 habitantes, para prestar servicios esenciales de salud materna e infantil. En el país, en el año 2000 se contaba con 14,5 médicos para cada 10.000 habitantes. Actualmente, el Ecuador

cuenta con 21,4 médicos por esa cantidad de habitantes, estadística favorable, ya que se acerca a lo sugerido por la OMS; mas, aún existe un déficit de 1,6 personal médico por los 10.000 habitantes.

3.1.1 PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PERÍODO 2006-2012

El presupuesto del Ministerio de Salud Pública, contiene los rubros relacionados a gastos en personal, bienes y servicios de consumo, otros gastos corrientes, transferencias y donaciones corrientes, obras públicas, bienes y obras de larga duración, entre otros. Se puede notar en la siguiente tabla la evolución de estos rubros entre los años 2008 al 2012, los gastos de personal experimentaron un crecimiento del 55% en ese período, mientras que los bienes y servicios de consumo crecieron en el 59% en el mismo período, se puede resaltar además el crecimiento de las obras públicas en el 58% entre el 2008 al 2012.

Grupo	Pagado Dic/2008	Pagado Dic/2009	Pagado Dic/2010	Pagado Dic/2011	Pagado Dic/2012
Gastos en personal	475.062.465,16	562.396.253,12	671.819.119,19	689.168.231,34	860.825.324,76
Bienes y servicios de consumo	149.934.394,46	154.663.011,80	172.989.636,80	184.741.850,62	256.643.652,98
Otros gastos corrientes	866.642,05	794.209,91	922.027,41	1.714.477,12	3.046.003,98
Trasferencias y donaciones corrientes	7.570.961,88	6.090.803,05	10.794.733,55	61.485.155,39	78.872.353,31
Previsiones para reasignación	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Gastos en personal para inversión	5.497.226,74	6.898.523,03	43.256.077,78	82.100.278,23	116.695.982,69
Bienes y servicios para inversión	92.829.564,97	57.606.175,76	90.603.716,06	143.774.450,58	175.954.431,00
Obras públicas	16.640.105,26	20.829.607,87	24.468.714,27	20.374.581,00	28.803.465,32
Otros gastos de inversión	131.738,31	304.308,81	604.307,87	881.192,44	1.917.338,01
Trasferencias y donaciones para inversión	35.493.478,12	6.373.979,25	33.343.838,66	18.972.051,32	19.978.096,88
Bienes de larga duración	65.350.955,87	50.465.793,22	23.727.472,33	50.514.633,42	74.701.606,13
Pasivo circulante	18.744.312,34	0,00	0,00	0,00	0,00

Otros pasivos	4.417.386,84	12.282.482,88	57.213.323,14	34.242.265,94	39.731.101,37
TOTAL	872.539.232,00	878.705.148,70	1.129.742.967,06	1.287.969.167,40	1.657.169.356,43

Tabla 2- Presupuesto del Ministerio de Salud Pública,

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

Elaborado por: Wendy Anzules

El siguiente gráfico muestra la evolución del gasto en el Ministerio de Salud Pública entre el 2008 al 2012, notándose un importante incremento en los rubros de gastos en personal, bienes y servicios para inversión, bienes de larga duración.

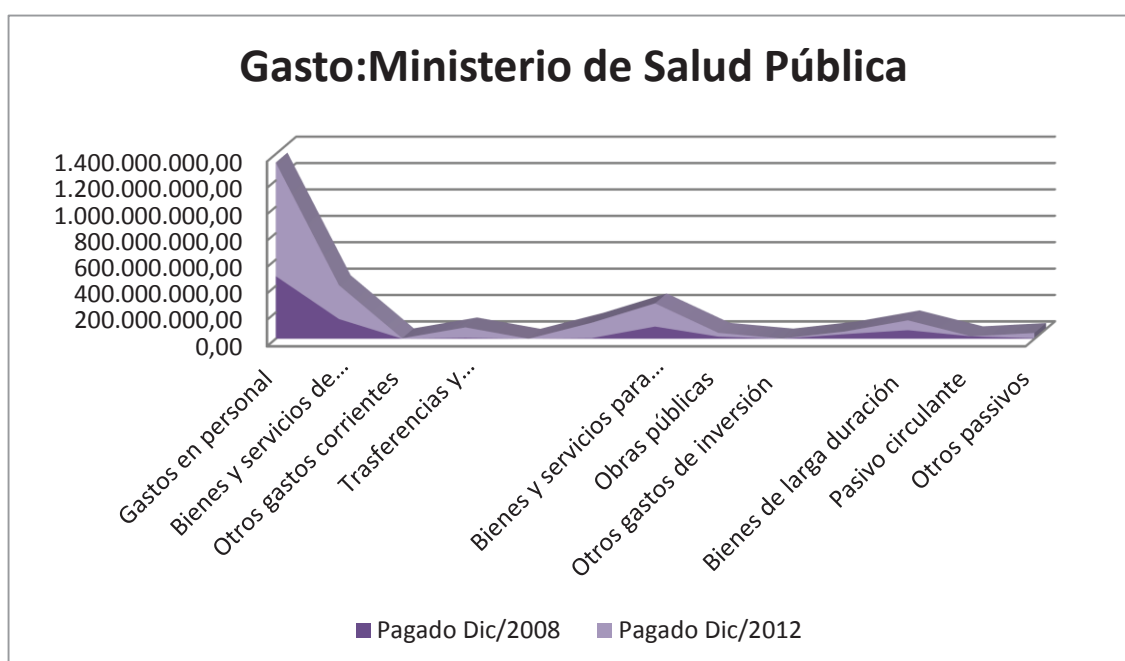


Figura 10– Gasto: Ministerio de Salud Pública

(Ministerio de Salud Pública, Datos esenciales en salud)

Elaborado por: Wendy Anzules

3.1.1.1 Tasas de Mortalidad en Ecuador

La tasa de mortalidad a nivel nacional se mantuvo en 4.3 por 1000 habitantes; hasta el 2011 cuando se registra una disminución a 4.1.

Si bien dentro los datos de estadísticas vitales puede todavía haber subregistro, el decrecimiento puede explicarse a través del análisis de aspectos demográficos de la población ecuatoriana, que cuenta con mayor esperanza de vida; así como por cambios epidemiológicos de enfermedades transmisibles a crónicas degenerativas; además de que se cuenta con mayor acceso a salud.

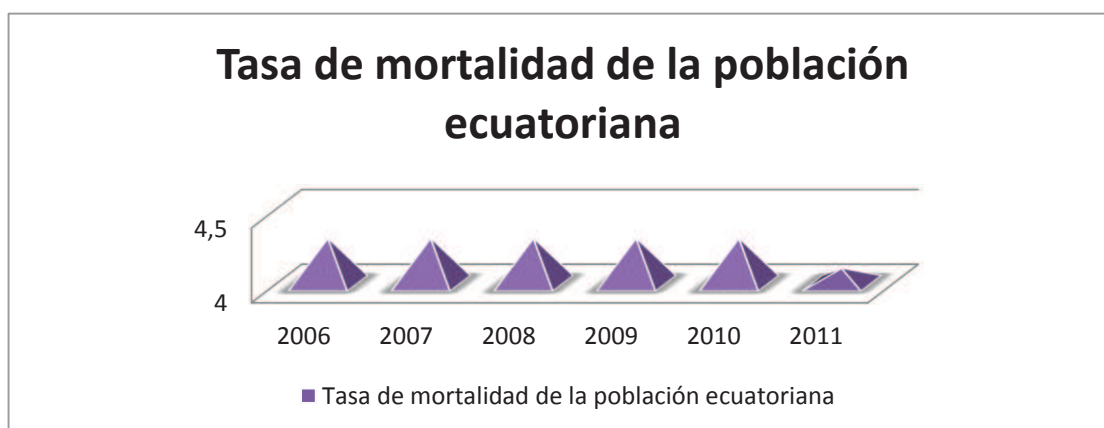


Figura 11– Tasa de mortalidad de la población ecuatoriana 2006-2011

Fuente: INEC, Estadísticas Vitales

Elaborado por: Wendy Anzules

Los indicadores de mortalidad infantil muestran la mejora en el acceso de los servicios de salud y atenciones y de intervenciones de las nuevas políticas de salud, por lo cual son un indicador esencial al momento de valorar un estado situacional del sector.

En Ecuador, la tendencia entre los años 2006-2010 de las tasas de mortalidad neonatal e infantil ha sido decreciente. Las políticas de salud pública tomadas para este logro, especialmente en el período 2007-2011, han estado orientadas a ampliar la cobertura y tomar acciones para la erradicación de la desnutrición infantil.

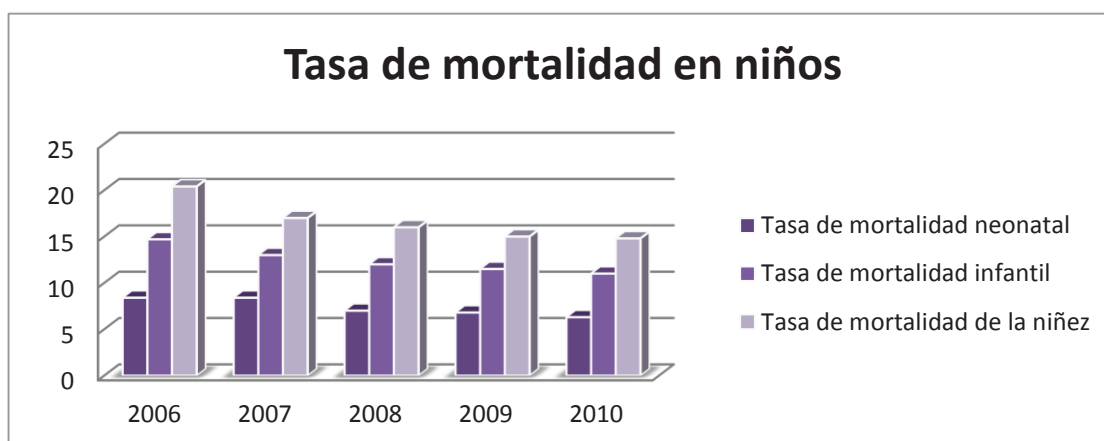


Figura 12– Tasa de mortalidad en niños 2006-2011

Fuente: INEC, Estadísticas Vitales

Elaborado por: Wendy Anzules

3.1.1.2 Camas hospitalarias de la Provincia de Pichincha

Las camas hospitalarias en los establecimientos de salud en la provincia de Pichincha ha experimentado una pequeña reducción en el período 2006-2011. En el 2011 la tasa fue de 18% por 10.000 habitantes y en el 2011 del 16% por cada 10.000 habitantes.



Figura 13– Camas hospitalarias: 2006-2011

Fuente: INEC

Elaborado por: Wendy Anzules

En cuanto al número de camas hospitalarias en los establecimientos de salud de la provincia de Pichincha ha mostrado una tendencia variable en el período 2006-2011. En el 2006 se registraban 2098 camas hospitalarias, mientras que en el 2011 se registraron 1887, lo que representa una disminución en aproximadamente 10%.

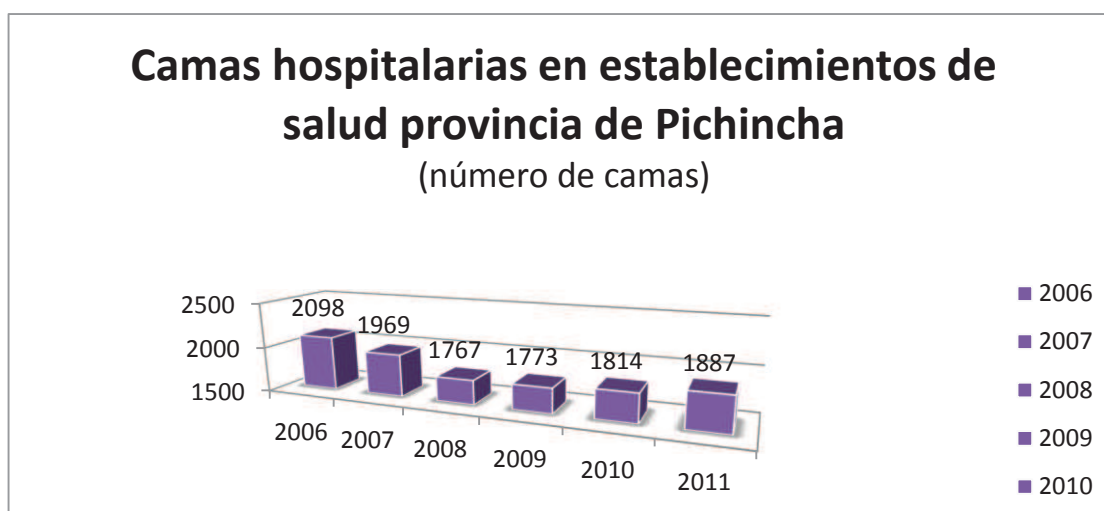


Figura 14– Número de camas hospitalarias: 2006-2011

Fuente: INEC

Elaborado por: Wendy Anzules

3.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN HOSPITALARIA EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

El Distrito Metropolitano de Quito tiene un territorio de 422.802 hectáreas y se divide en 8 administraciones zonales, las cuales contienen a 32 parroquias urbanas y 33 parroquias rurales y suburbanas. Las parroquias urbanas están divididas en barrios.

El Ministerio de Salud Pública cuenta con 11 hospitales, centros de salud, subcentros de salud y puesto de salud, en el Distrito Metropolitano de Quito que atienden la salud de los ciudadanos.

NOMBRE DEL HOSPITAL	ZONA
Hospital Eugenio Espejo	Zona Centro-Itchimbia
Hospital Baca Ortiz	Zona Norte-Mariscal
Hospital de Atención Integral a Adulto Mayor	
Hospital Psiquiátrico San Lázaro	Zona Centro
Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora	Zona Centro-Itchimbia
Hospital Dermatológico Gonzalo González	Zona Centro-Itchimbia
Hospital Pablo Arturo Suárez	Cotocollao
Hospital del Sur Enrique Garcés	Zona Sur
Hospital Psiquiátrico Julio Endara	Conocoto
Hospital Básico Nanegalito	Nanegalito
Hospital Básico Yaruquí	Yaruquí

Tabla 3- Ministerio de Salud Pública,
Elaborado por: Wendy Anzules

El número de camas hospitalarias disponibles en los hospitales del Ministerio de Salud en el Distrito Metropolitano de Quito, ha mostrado una tendencia de disminución, por cuanto en el 2007 existían 1788 y en el 2010 se registraron 1750 camas hospitalarias disponibles, es decir ha habido una disminución en 2.17%.

Hospitales del MSP en el Distrito Metropolitano de Quito	2007	2008	2009	2010
Hospital Eugenio Espejo	338	346	353	381
Hospital Baca Ortiz	248	244	246	246
Hospital atención integral adulto mayor	100	21	26	26
Hospital Psiquiátrico San Lázaro	150	150	137	137
Hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora	244	243	243	236
Hospital dermatológico Gonzalo González	177	69	73	68
Hospital Pablo Arturo Suárez	69	196	182	209
Hospital del Sur Enrique Garcés	324	296	310	310
Hospital Psiquiátrico Julio Endara - Conocoto	108	108	108	108
Hospital básico Nanegalito	15	15	15	14
Hospital básico Yaruqui	15	15	15	15
Totales	1.788	1.703	1.708	1.750

Tabla 4- Ministerio de Salud Pública,
Elaborado por: Wendy Anzules

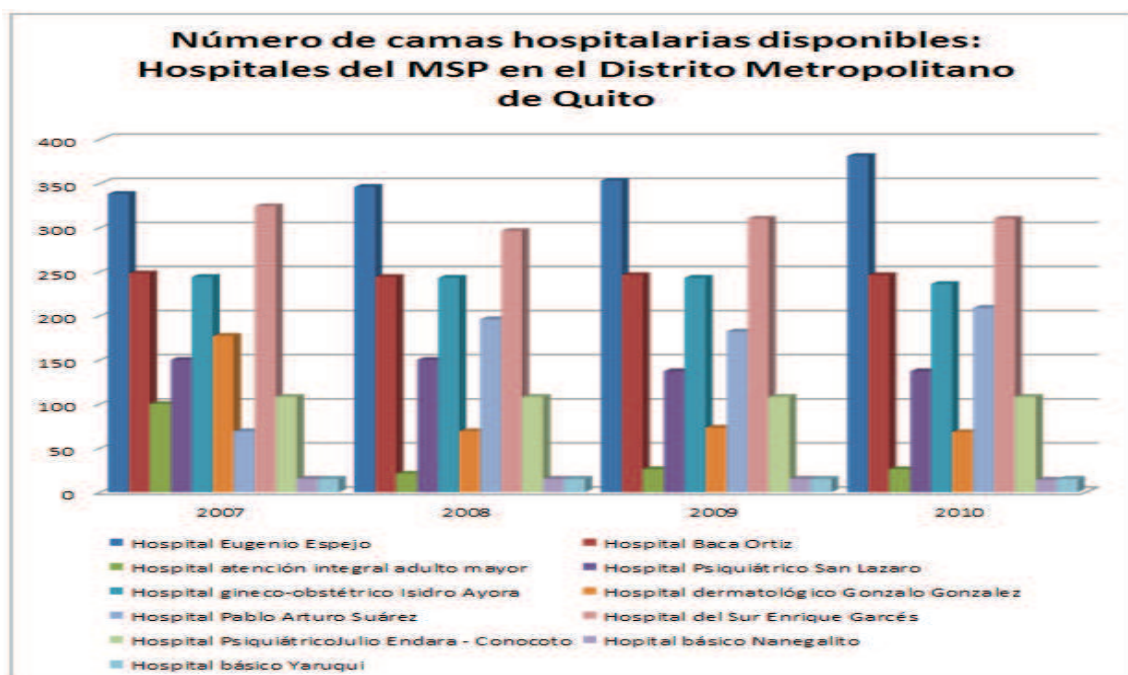


Figura 15- Camas hospitalarias en hospitales del MSP Distrito Metropolitano de Quito:
2006-2010

Fuente: INEC, Redatam
Elaborado por: Wendy Anzules

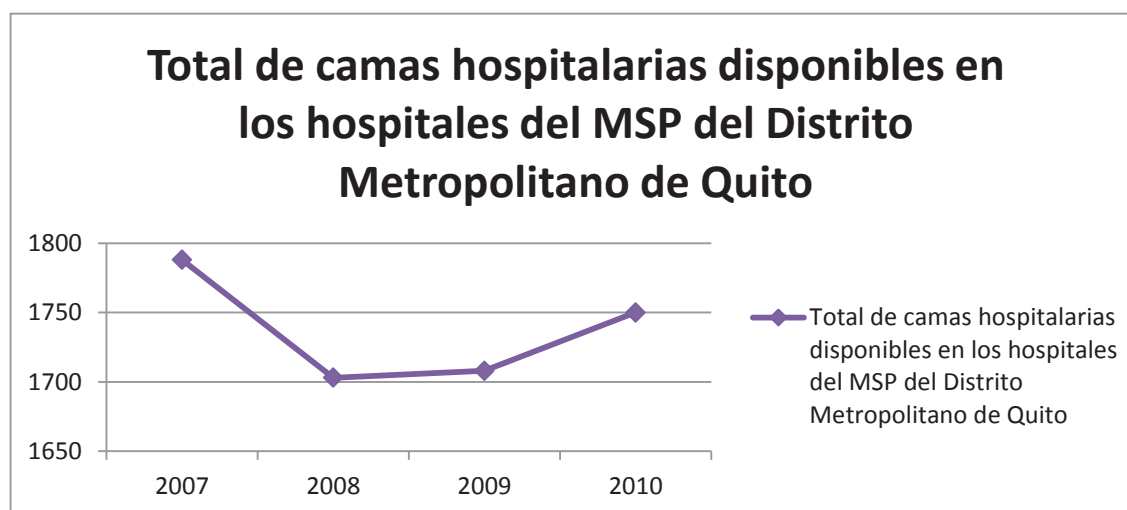


Figura 16– Camas hospitalarias MSP Distrito Metropolitano de Quito: 2006-2010

Fuente: INEC, Redatam

Elaborado por: Wendy Anzules

En cuanto a los egresos hospitalarios en los hospitales del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito, las estadísticas muestran que en el 2008 se registraron 65.360 egresos hospitalarios y en el 2010 aproximadamente 70.410, lo que significa un incremento del 7,7%.

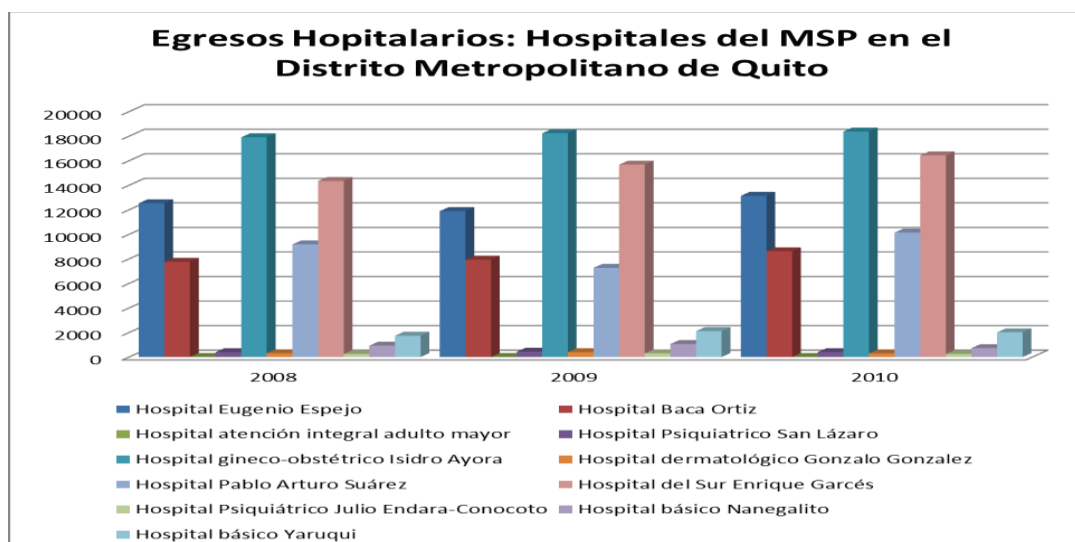


Figura 17– Egresos hospitalarios en hospitales del MSP Distrito Metropolitano de Quito

Fuente: INEC, Redatam

Elaborado por: Wendy Anzules

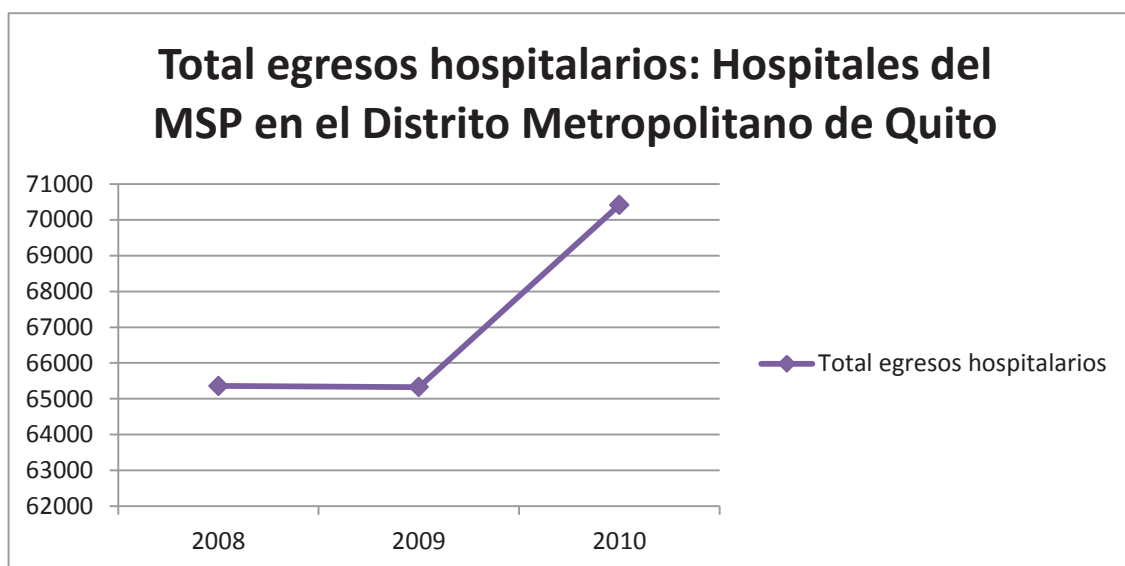


Figura 18– Egresos hospitalarios en hospitales del MSP Distrito Metropolitano de Quito.
Fuente: INEC, Redatam
Elaborado por: Wendy Anzules

En relación con los días de estadía en los hospitales del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito, se puede notar, un incremento del 6,8% entre el 2008 al 2010.

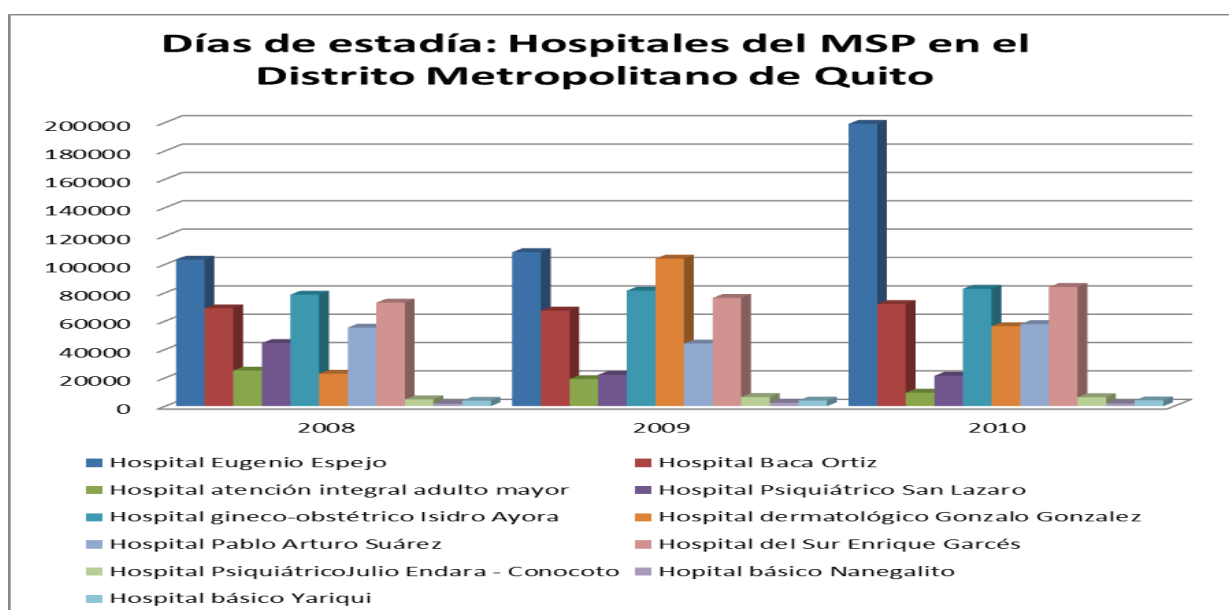


Figura 19– Días de Estadía en hospitales del MSP Distrito Metropolitano de Quito.
Fuente: INEC, Redatam
Elaborado por: Wendy Anzules

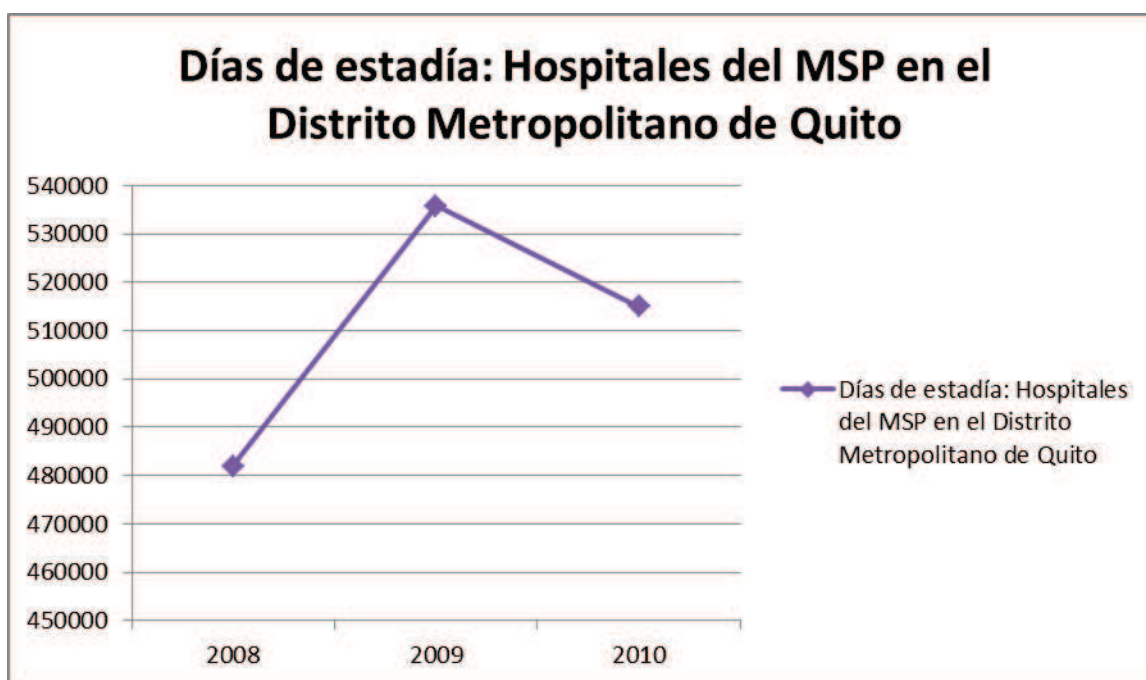


Figura 20– Días de Estadía en hospitales del MSP Distrito Metropolitano de Quito.

Fuente: INEC, Redatam

Elaborado por: Wendy Anzules

El porcentaje de ocupación de camas hospitalarias en los hospitales del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito, muestra

Hospitales del MSP en el Distrito Metropolitano de Quito	2007	2008	2009	2010
Hospital Eugenio Espejo	77	81,8	84,3	85,6
Hospital Baca Ortiz	72,1	77,5	75	80,1
Hospital atención integral adulto mayor	124,6	327,2	201,4	99,7
Hospital Psiquiátrico San Lazaro	17,2	81,3	44,2	42,8
Hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora	82	88,7	91,8	96,1
Hospital dermatológico Gonzalo González	76,6	90,6	390,3	227,1
Hospital Pablo Arturo Suárez	200,1	77,4	66,5	75,8
Hospital del Sur Enrique Garcés	57,3	67,5	67,4	74,2
Hospital Psiquiátrico Julio Endara - Conocoto	13,9	12,2	16,3	16
Hospital básico Nanegalito	23,2	31,7	44,1	35,5
Hospital básico Yaruqui	81,2	70,3	72,3	74,4

Tabla 5- Ministerio de Salud Pública,
Elaborado por: Wendy Anzules

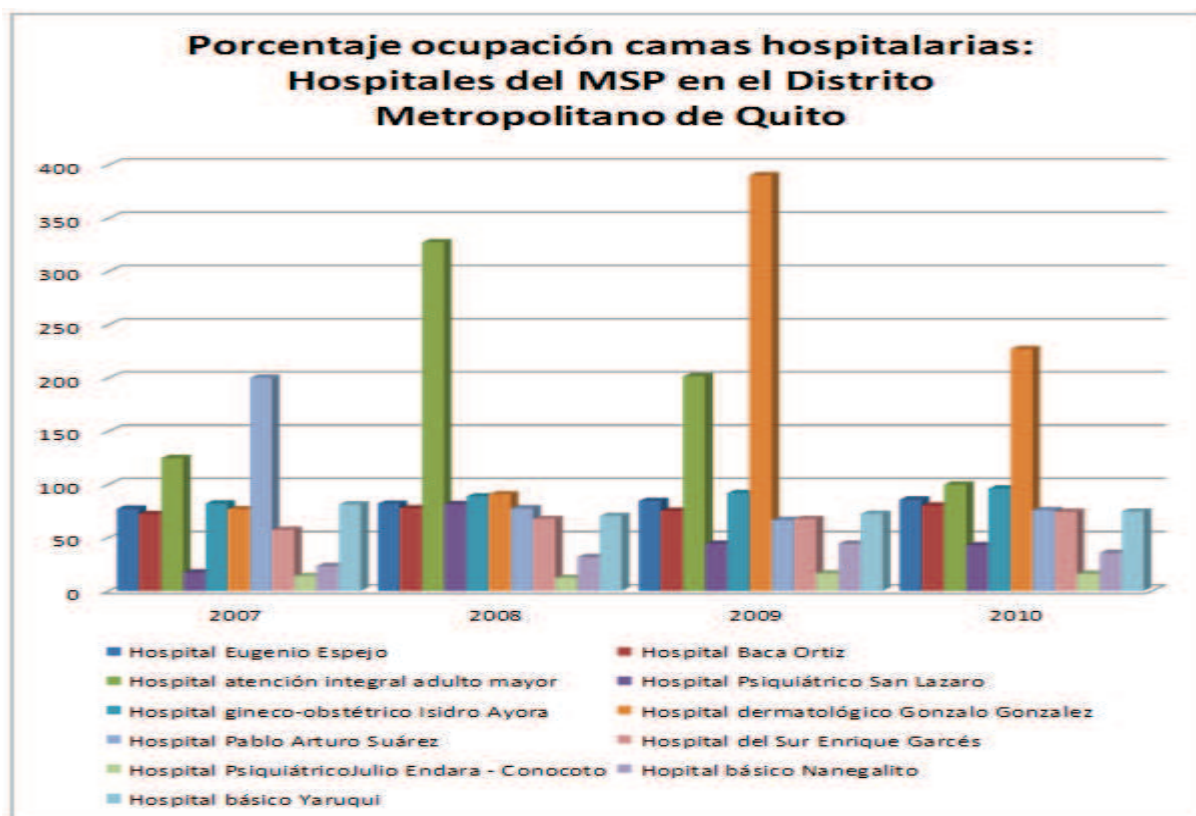


Figura 21– Porcentaje de ocupación camas hospitalarias en hospitales del MSP Distrito Metropolitano de Quito.

Fuente: INEC, Redatam

Elaborado por: Wendy Anzules

El promedio diario de camas ocupadas en los hospitales del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito, refleja un incremento porcentual en 10.15% entre el período 2007 al 2010.

Hospitales del MSP en el Distrito Metropolitano de Quito	2007	2008	2009	2010
Hospital Eugenio Espejo	260	282	297	326
Hospital Baca Ortiz	179	188	185	197
Hospital atención integral adulto mayor	125	69	52	26
Hospital Psiquiátrico San Lázaro	26	122	61	59
Hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora	200	215	223	227
Hospital dermatológico Gonzalo González	136	62	285	154
Hospital Pablo Arturo Suárez	138	151	121	158
Hospital del Sur Enrique Garcés	186	199	209	230
Hospital Psiquiátrico Julio Endara - Conocoto	15	13	18	17
Hospital básico Nanegalito	3	5	7	5
Hospital básico Yaruquí	12	11	11	11
Total anual: promedio diario camas ocupadas	1280	1317	1469	1410

Tabla 6- Ministerio de Salud Pública,
Elaborado por: Wendy Anzules

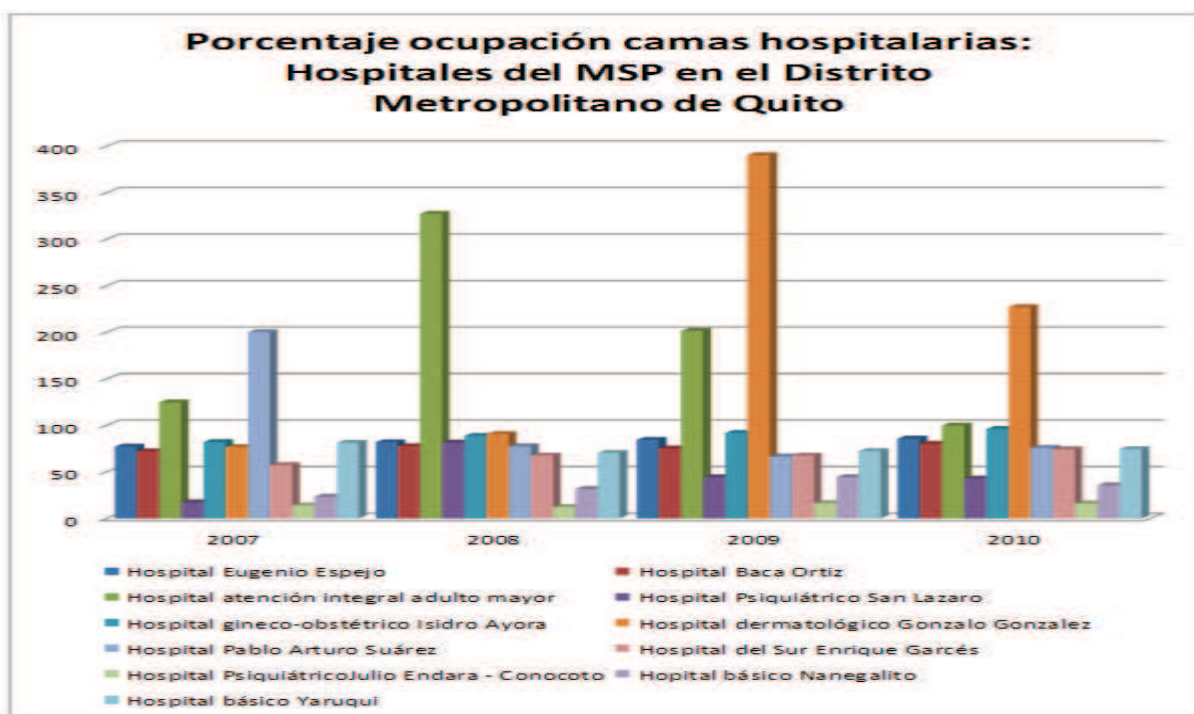


Figura 22– Promedio diario de camas ocupadas en hospitales del MSP Distrito Metropolitano de Quito.

Fuente: INEC, Redatam

Elaborado por: Wendy Anzules

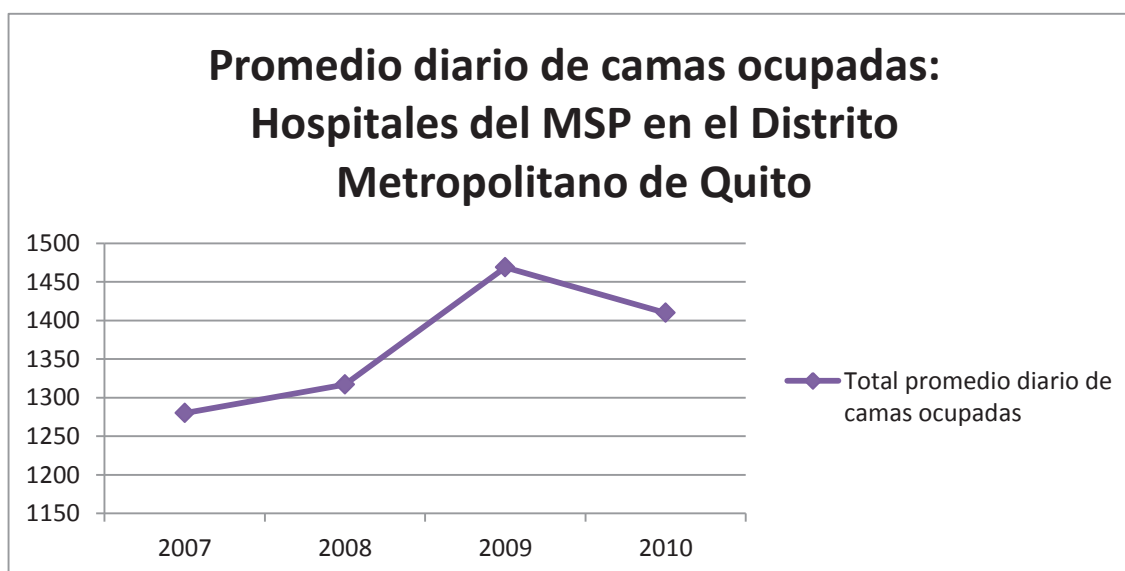


Figura 23– Total anual: Promedio diario de camas ocupadas en hospitales del MSP Distrito Metropolitano de Quito.

Fuente: INEC, Redatam

Elaborado por: Wendy Anzules

En cuanto a nacimientos en los hospitales del Ministerio de Salud Pública del Distrito Metropolitano de Quito, se pueda notar una variación del 64%% entre el período 2006-2009

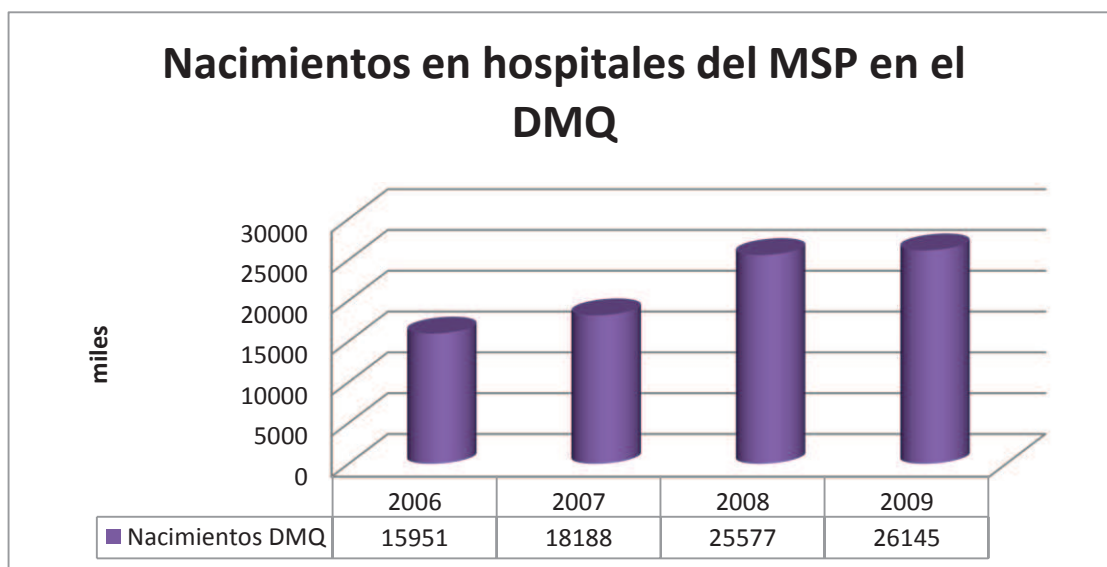


Figura 24– Nacimientos en hospitales del MSP Distrito Metropolitano de Quito.

Fuente: Ecuador en cifras

Elaborado por: Wendy Anzules

A continuación se aprecia la tendencia porcentual de mujeres que han recibido atención médica durante el embarazo, notándose una disminución de cobertura ubicándose en el 2006 en el 95,98% y en 2010 en el 88,16%.

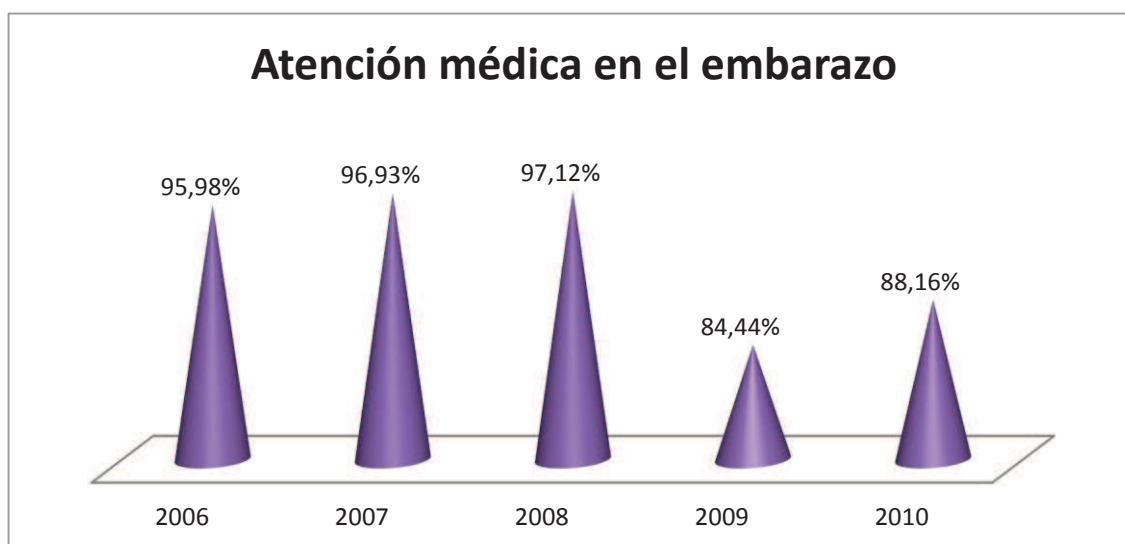


Figura 25– Atención médica en el embarazo en hospitales del MSP Distrito Metropolitano de Quito.

Fuente: Ecuador en cifras

Elaborado por: Wendy Anzules

La tendencia de defunciones en el Distrito Metropolitano de Quito, demuestra una disminución en el 4%

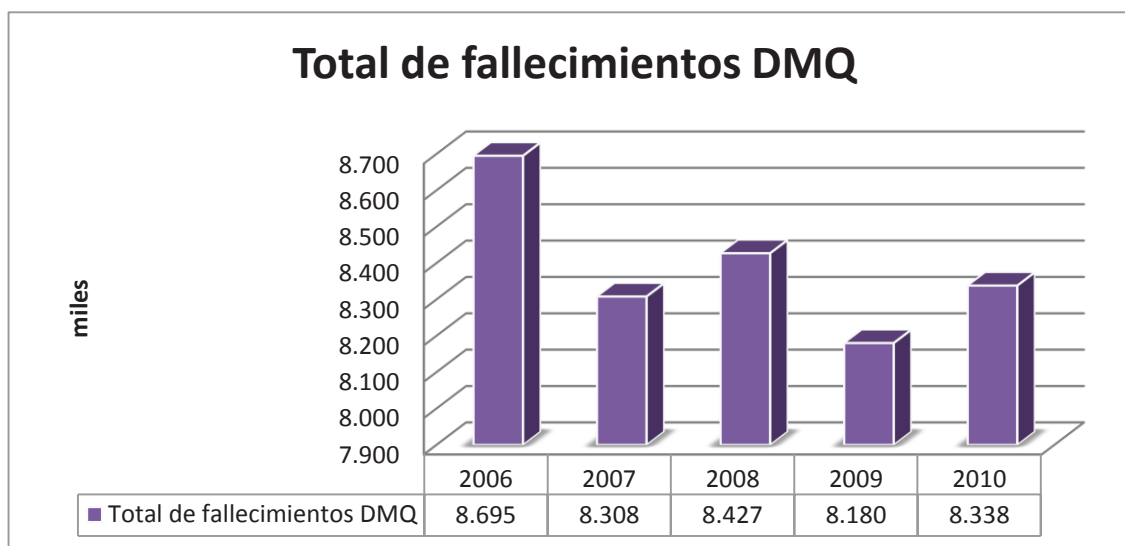


Figura 26– Fallecimientos en el Distrito Metropolitano de Quito.

Fuente: Ecuador en Cifras

Elaborado: Wendy Anzules

3.3 PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO 2008-2012

El gobierno del Ec. Rafael Correa ha destinado recursos económicos para los hospitales, centros y subcentros de salud en el Distrito Metropolitano de Quito con el fin de garantizar la cobertura y accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de salud.

A continuación se realiza un análisis del incremento porcentual del presupuesto en salud del Ministerio de Salud Pública detallando el gasto corriente y el gasto en inversión, notándose que el gasto en inversión representó en el 2008 un 7.5%, del total del presupuesto, teniendo un incremento en los últimos años, particularmente en el 2012 con un 18.9% del total del presupuesto.



Figura 27– Gasto corriente e Inversión del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito.

Fuente: Ministerio de Salud
Elaborado: Wendy Anzules

Entre el período 2008 al 2012 el presupuesto del Ministerio de Salud en el Distrito Metropolitano de Quito ha crecido, ubicándose en el 2008 en \$137'242.789 y en el 2012 en 267'527.608 lo que representa un incremento del 94.93%.

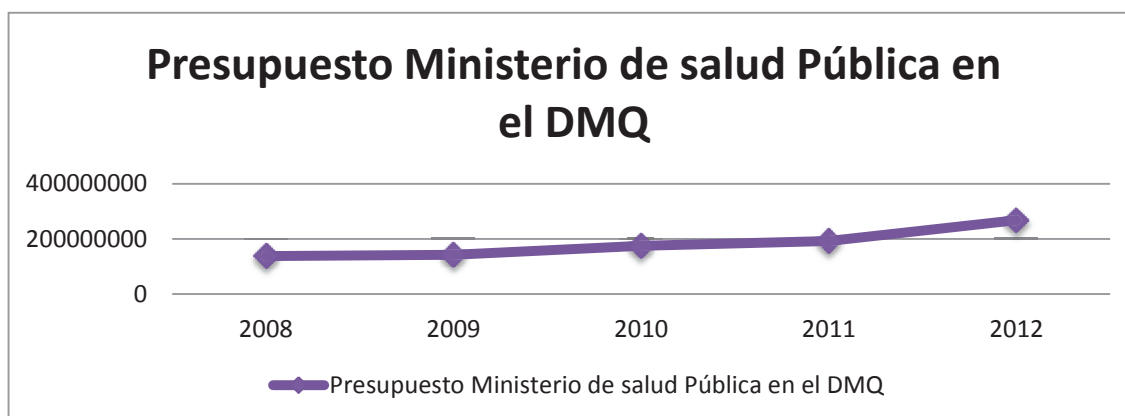


Figura 28– Presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito.

Fuente: Ministerio de Salud
Elaborado: Wendy Anzules

Analizando el gasto en personal del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito, se puede notar un incremento significativo en este rubro,

ubicándose en el año 2008 en \$86'706.282 y en el 2012 en \$179'603.006, lo que representa un incremento del 107% en este período. Es importante analizar el porcentaje que representa el rubro gasto en personal en el presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito. En el 2008, el presupuesto total fue 137'242.789, es decir los salarios representaron el 63.17% del total del presupuesto, mientras que el 2012 el presupuesto total fue \$267'527.608, por lo que el gasto en personal fue el 67.13%, es decir ha existido un incremento de 3.96 puntos porcentuales en este rubro.

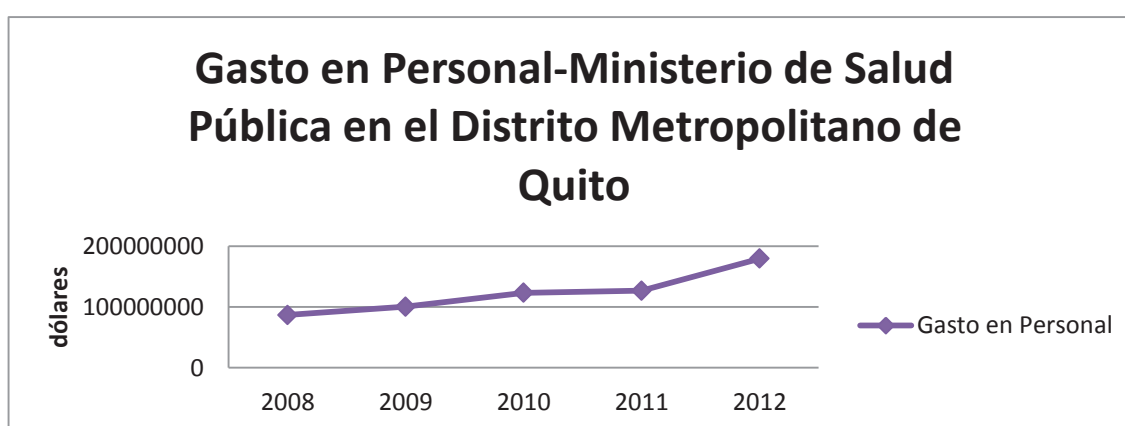


Figura 29– Presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito.

Fuente: Ministerio de Salud

Elaborado: Wendy Anzules

El siguiente rubro que tiene un peso importante en el presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito, es el que corresponde a Medicinas y Productos Farmacéuticos, como se puede apreciar en la gráfica, el incremento en medicinas y productos farmacéuticos en los hospitales del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito en el período 2008-2012 ha sido un 33.34%

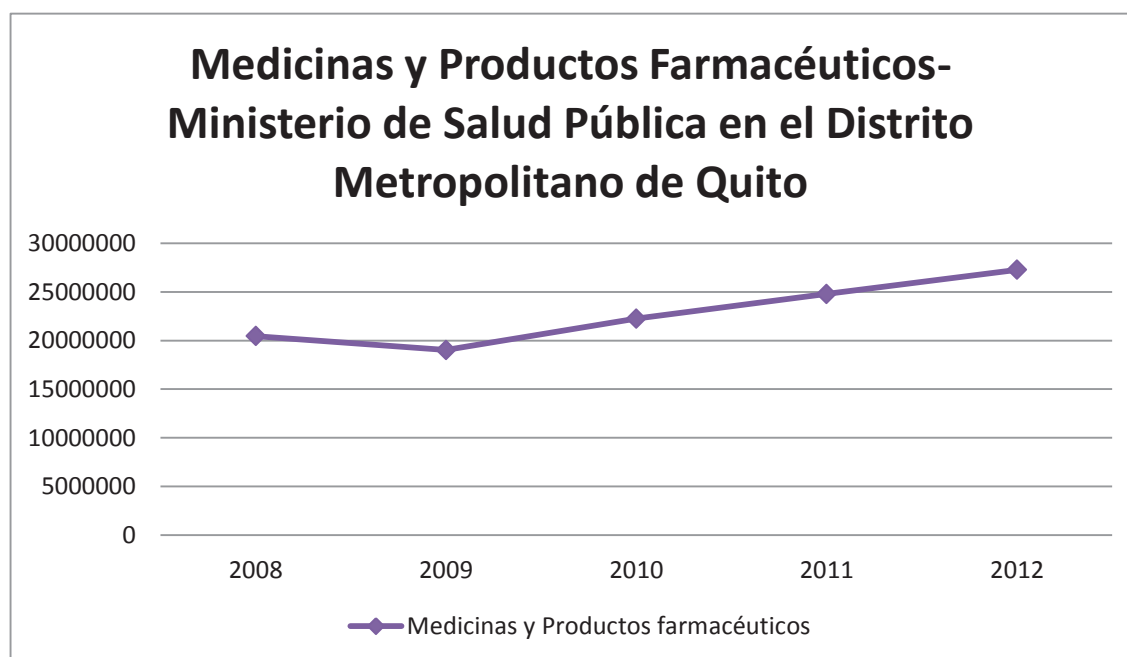


Figura 30– Presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Elaborado: Wendy Anzules

A continuación se analizará la tendencia de crecimiento en los bienes de larga duración en el Presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito, notando un incremento del 97.93% en el período 2008-2012.

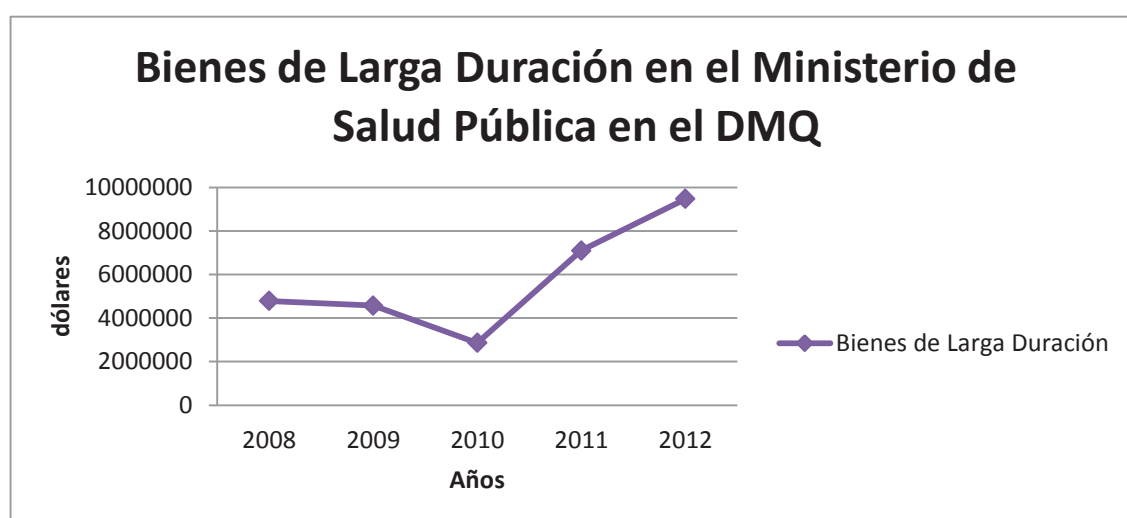


Figura 31– Presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito.

Fuente: Ministerio de Salud

Elaborado: Wendy Anzules

Con respecto al rubro correspondiente a Instalaciones, Mantenimiento y Reparaciones, la información del presupuesto presenta un incremento del 50.4% en el período 2008-2012 en los hospitales del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito.

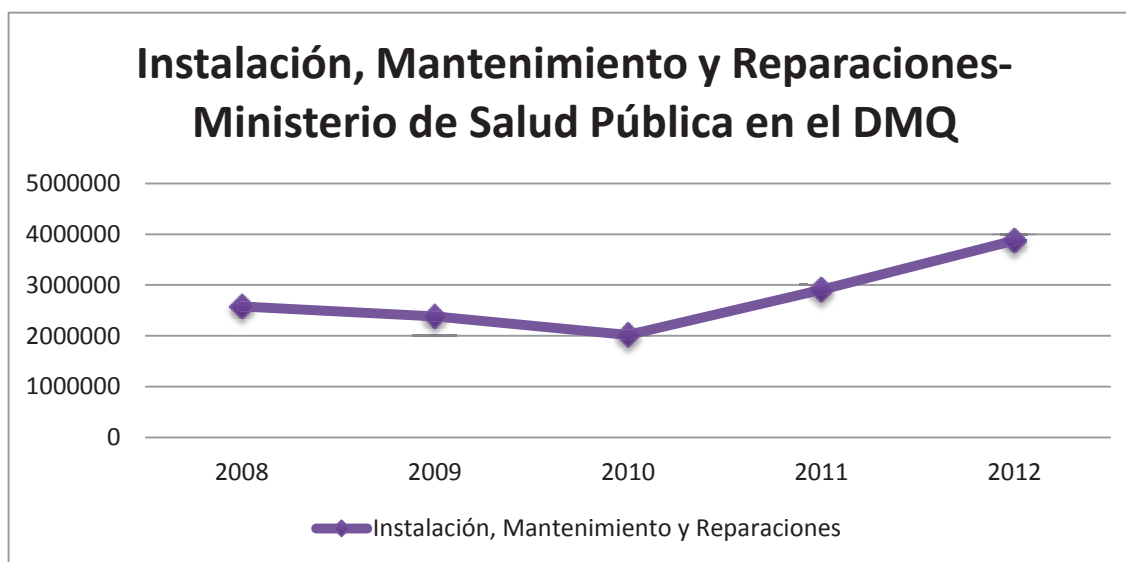


Figura 32– Presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito.

Fuente: Ministerio de Salud

Elaborado: Wendy Anzules

Finalmente, se analizará el presupuesto destinado a obras de infraestructura, lo cual muestra la escasa inversión en el período 2008-2012, mostrando en el 2008 una inversión de \$1'004.023, en el 2010 no hubo inversión, en el 2011 una inversión de \$2'617.174 y en el 2012 \$199.429, es decir hubo una tasa de disminución entre el 2011 y 2012 del 92,4%, lo que conduce al análisis que es necesario destinar más recursos económicos a infraestructura en los hospitales del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito, con el fin de mejorar la atención a los ciudadanos.

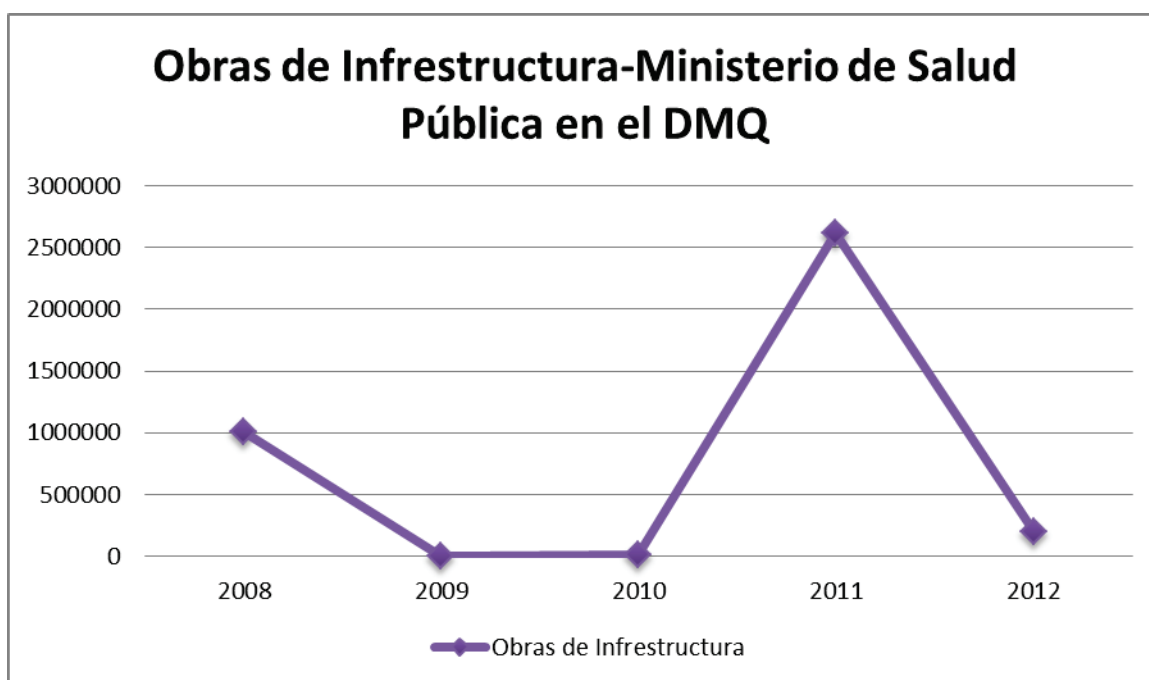


Figura 33– Presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito.

Fuente: Ministerio de Salud
Elaborado: Wendy Anzules

3.4 APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA COSTO EFECTIVIDAD

3.4.1 PROYECCIÓN DE VARIABLES

La información estadística del INEC presenta el número de camas hospitalarias disponibles en los hospitales del Ministerio de Salud Pública del Distrito Metropolitano de Quito, hasta el año 2010. Para efectos de realizar el análisis costo-efectividad se realizará la proyección para los años 2011 y 2012, utilizando el método de los mínimos cuadrados el cual nos permite proyectar la información histórica pasada. Este método se aplica cuando no se dispone de indicadores sobresalientes y cuando al mismo tiempo se requieren pronósticos a corto plazo en donde el tiempo y la rapidez impiden el uso de técnicas más precisas; permitiéndonos extrapolar la demanda histórica, es decir aclarar si las variaciones son algo uniformes entre ciertos límites de tiempos llegando a ser hasta cierto punto predecible, entonces el resultado de la aplicación de este método reducirá su margen de error. (Lara, 2011). El método de los mínimos cuadrados es un método estadístico preciso, este enfoque da como resultado una línea recta que mejor se ajusta y que minimiza la suma de los cuadrados de las diferencias

verticales o desviaciones de la recta a cada una de las observaciones reales.
(Jay Heizer, 2008)

OFERTA PASADA											
AÑOS 2007 - 2010											
AÑO	Hospital Eugenio Espejo	Hospital Baca Ortiz	Hospital Atención Integral del Adulto Mayor	Hospital Psiquiátrico San Lázaro	Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora	Hospital dermatológico Gonzalo González	Hospital Pablo Arturo Suárez	Hospital del Sur Enrique Garcés	Hospital Psiquiátrico Julio Endara	Hospital Básico Nanegalito	Hospital Básico Yaruquí
2007	238	248	100	150	244	69	177	324	108	15	15
2008	346	244	21	150	243	69	196	296	108	15	15
2009	353	246	26	137	243	73	182	310	108	15	15
2010	381	246	26	137	236	68	209	310	108	14	15

Tabla 7- Ministerio de Salud Pública,
Elaborado por: Wendy Anzules

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO				
X	Y	XY	x ²	Y ²
1	238	238	1	56644
2	346	692	4	119716
3	353	1059	9	124609
4	381	1524	16	145161
10	1318	3513	30	446130

$$m = \frac{n(\sum xy) - \sum x \sum y}{n \sum x^2 - (\sum x)^2}$$

$$b = \frac{\sum y \sum x^2 - \sum x \sum xy}{n \sum x^2 - (\sum x)^2}$$

$$y = mx + b$$

$$y = 43,6x + 220,5$$

PROYECCIÓN	
2011	439
2012	482

HOSPITAL BACA ORTIZ				
X	Y	XY	x ²	Y ²
1	248	248	1	61504
2	244	488	4	59536
3	246	738	9	60516
4	246	984	16	60516
10	984	2458	30	242072

$$y = mx + b$$

$$Y = -0,4x + 247$$

	PROYECCIÓN
2011	245
2012	245

HOSP INTEGRAL ADULTO MAYOR	
AÑOS	CAMAS HOSPITALARIAS
2007	100
2008	21
2009	26
2010	26

$${}^{n-1}\sqrt{R/A}$$

$${}^{4-1}\sqrt{26/100}$$

Factor de crecimiento: 0,6382504299

	PROYECCIÓN
2011	17
2012	11

HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LAZARO				
X	Y	XY	x ²	Y ²
1	150	150	1	22500
2	150	300	4	22500
3	137	411	9	18769
4	137	548	16	18769
10	574	1409	30	82538

$$y = mx + b$$

$$Y = -5,2x + 156,5$$

	PROYECCIÓN
2011	131
2012	125

HOSPITAL ISIDRO AYORA				
X	Y	XY	x ²	Y ²
1	244	244	1	59536
2	243	486	4	59049
3	243	729	9	59049
4	236	944	16	55696
10	966	2403	30	233330

$$y = mx + b$$

$$Y = -2,4x + 247,5$$

	PROYECCIÓN
2011	234
2012	233

HOSPITAL DERMATOLOGICO GONZALO GONZALEZ				
X	Y	XY	x ²	Y ²
1	69	69	1	4761
2	69	138	4	4761
3	73	219	9	5329
4	68	272	16	4624
10	279	698	30	19475

$$y = mx + b$$

$$Y = 0,1x + 69,5$$

	PROYECCIÓN
2011	70
2012	70

HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ				
X	Y	XY	x ²	Y ²

1	177	177	1	31329
2	196	392	4	38416
3	182	546	9	33124
4	209	836	16	43681
10	764	1951	30	146550

$$y = mx + b$$

$$Y = 8,2x + 170,5$$

	PROYECCIÓN
2011	212
2012	220

HOSPITAL DEL SUR ENRIQUE GARCES				
X	Y	XY	x ²	Y ²
1	324	324	1	104976
2	296	592	4	87616
3	310	930	9	96100
4	310	1240	16	96100
10	1240	3086	30	384792

$$y = mx + b$$

$$Y = -2,8x + 317$$

	PROYECCIÓN
2011	305
2012	301

HOSP. PSIQ. JULIO ENDARA	
AÑOS	CAMAS HOSPITALIRIAS
2007	108
2008	108
2009	108
2010	108

AÑOS	PROYECCIÓN
------	------------

2011	108
2012	108

HOSPITAL BASICO NANEGALITO				
X	Y	XY	x^2	Y^2
1	15	15	1	225
2	15	30	4	225
3	15	45	9	225
4	14	56	16	196
10	59	146	30	871

$$y = mx + b$$

$$Y = -0,3x + 15,5$$

	PROYECCIÓN
2011	14
2012	14

HOSP. BÁSICO YARUQUÍ	
AÑOS	CAMAS HOSPITALIRIAS
2007	15
2008	15
2009	15
2010	15

AÑOS	PROYECCIÓN
2011	15
2012	15

3.4.2 CALCULO COSTO EFECTIVIDAD

El gobierno nacional ha destinado recursos económicos para atender el sector salud en el Distrito Metropolitano de Quito, a continuación se calculará, analizará y evaluará el gasto social en salud a partir de indicadores de resultado e impacto.

$$VPCI = \sum_{t=1}^n \frac{x}{(1+i)^t}$$

GASTO EN SALUD					
Cobertura del servicio	2008	2009	2010	2011	2012
Salud del MSP en el DMQ	137'242.789	142'747.618	174'383.879	192'429.828	267'527.608
Fuente: Ministerio de Salud Pública					

Tasa de descuento:	12%*				
GASTO EN SALUD					
	1	2	3	4	5
Cobertura del servicio	2008	2009	2010	2011	2012
Salud del MSP en el DMQ (valores corrientes)	137.242.789	142.747.618	174.383.879	192.429.828	267.527.608
Total					914'331.722
(1+i)^t					1,762341683
Valor actual total					518'816.374
*La tasa de descuento aplicada es el 12% desglosada de la siguiente manera: 8% tasa libor, 2% inflación mundial, 2% riesgo					

Elaborado por: Wendy Anzules

SALUD					
	1	2	3	4	5*
Cobertura del servicio	2008	2009	2010	2011	2012
Camas hospitalarias disponibles del MSP en el DMQ	1788	1703	1708	1750	1824
Variación acumulada	2,01				
*Proyección					

$$RCES = \frac{\text{Aumento \% del número de camas hospitalaria del MSP en el DMQ}}{VPGS}$$

$$RCES = \frac{2,01}{518'816.374}$$

$$RCES = 3.88$$

El costo-efectividad es 3.88, es decir es un valor positivo que muestra la tendencia de la importancia creciente del gasto de la salud.

Se procederá a analizar la relación costo efectividad de la atención en los nacimientos en los hospitales del Ministerio de Salud Pública del Distrito Metropolitano de Quito, para ello se inicia con las estadísticas del INEC que presentan información hasta el 2009, la información del 2010 al 2012 se calcula con base a proyecciones utilizando la metodología factor de crecimiento.

NACIMIENTOS EN HOSPITALES DEL MSP EN EL DMQ	
AÑOS	
2006	15951
2007	18188
2008	25577
2009	26145

Fuente: INEC

$$n\sqrt[n]{R/A}$$

$$4\sqrt[4]{26145 / 15951}$$

	PROYECCIÓN
2010	30851
2011	36404
2012	42957

Elaborado por: Wendy Anzules

SALUD					
	1	2	3*	4*	5*
Cobertura del servicio	2008	2009	2010	2011	2012
Nacimientos en hospitales del MSP del DMQ	25577	26145	30851	36404	42957
Variación acumulada	67,95				
<i>*Proyección</i>					

Tasa de descuento:	12%*				
GASTO EN SALUD					
	1	2	3	4	5
Cobertura del servicio	2008	2009	2010	2011	2012
Salud del MSP en el DMQ (valores corrientes)	137.242.789	142.747.618	174.383.879	192.429.828	267.527.608
Total					914'331.722
(1+i)^t					1,762341683
Valor actual total					518'816.374
*La tasa de descuento aplicada es el 12% desglosada de la siguiente manera: 8% tasa libor, 2% inflación mundial, 2% riesgo					

Elaborado por: Wendy Anzules

$$RCES = \frac{\text{Aumento \% de nacimientos en hospitales del MSP en el DMQ}}{VPGS}$$

$$RCES = \frac{67,95}{518'816.374}$$

$$RCES = 13,09$$

El costo-efectividad es 13.09, es decir es un valor positivo que muestra la tendencia de la importancia creciente del gasto de la salud.

$$RCI = \frac{VPC}{\text{Impacto}}$$

$$RCI = \frac{518'816.374}{67,95}$$

$$RCI = 7'635.266$$

La relación Costo Impacto RCI estima el costo promedio por unidad de impacto generado. El número de nacimientos en los hospitales del Ministerio de Salud Pública del Distrito Metropolitano de Quito tuvo una variación acumulada de 67,95% y el VPC fue de \$518'816.374, la RCI es 7'635.266; es decir, que en promedio el Estado gastó US \$7'635.266 en el aumento en cada punto porcentual de la atención en los nacimientos.

Al realizar el análisis costo efectividad en función del aumento o disminución de inversión infraestructura en los hospitales del Ministerio de Salud Pública del DMQ, se toma la información financiera del Ministerio de Salud.

Tasa de descuento:	12%*				
GASTO EN SALUD					
	1	2	3	4	5
Cobertura del servicio	2008	2009	2010	2011	2012
Salud del MSP en el DMQ (valores corrientes)	137.242.789	142.747.618	174.383.879	192.429.828	267.527.608
Total					914'331.722
(1+i)^t					1,762341683
Valor actual total					518'816.374
*La tasa de descuento aplicada es el 12% desglosada de la siguiente manera: 8% tasa libor, 2% inflación mundial, 2% riesgo					

		SALUD			
	1	2	3	4	5
Presupuesto	2008	2009	2010	2011	2012
Recursos para obras de infraestructura en los hospitales del MSP en el DMQ	1004023	0	15221	2617174	199429
Variación acumulada	-80,14				

Elaborado por: Wendy Anzules

$$RCES = \frac{\text{Disminución \% recursos infraestructura en hospitales del MSP en el DMQ}}{VPGS}$$

$$RCES = \frac{-80,14}{518'816.374}$$

$$RCES = -15,45$$

El costo-efectividad es -15.45, es decir un valor negativo lo que muestra la poca importancia del gasto del gobierno en obras de infraestructura en los hospitales del Ministerio de Salud Pública del Distrito Metropolitano de Quito.

$$RCI = \frac{VPC}{Impacto}$$

$$RCI = \frac{518'816.374}{-80,14}$$

$$RCI = 6'473.865$$

La relación Costo Impacto RCI estima el costo promedio por unidad de impacto generado. Los recursos destinados a infraestructura en los hospitales del Ministerio de Salud Pública del Distrito Metropolitano de Quito tuvo una variación acumulada negativa de -80,14% y el VPC fue de \$518'816.374, la RCI es 6'473.865; es decir, que en promedio el Estado dejó de invertir US \$6'473.865 por cada punto porcentual de disminución.

En cuanto al análisis costo efectividad con respecto al aumento porcentual del gasto en salud en las instituciones del Ministerio de Salud Pública del DMQ, se obtiene la siguiente información:

Tasa de descuento:	12%*				
GASTO EN SALUD					
	1	2	3	4	5
Cobertura del servicio	2008	2009	2010	2011	2012
Salud del MSP en el DMQ (valores corrientes)	137.242.789	142.747.618	174.383.879	192.429.828	267.527.608
Total					914'331.722
(1+i)^t					1,762341683
Valor actual total					518'816.374
<i>*La tasa de descuento aplicada es el 12% desglosada de la siguiente manera: 8% tasa libor, 2% inflación mundial, 2% riesgo</i>					

			SALUD		
	1	2	3	4	5
Presupuesto	2008	2009	2010	2011	2012
Recursos económicos para pago de salarios en las instituciones del MSP en el DMQ	86706282	100376012	123359380	126818774	179603006
Variación acumulada	107,14				

$$RCES = \frac{\text{Aumento \% gasto en personal del MSP en el DMQ}}{VPGS}$$

$$RCES = \frac{107,14}{518'816.374}$$

$$RCES = 20,65$$

El costo-efectividad es 20,65 es decir un valor positivo lo que muestra la prioridad del gobierno en mejorar y aumentar el gasto en salarios para el personal que labora en las unidades hospitalarias, centros y subcentros de salud del Ministerio de Salud Pública del Distrito Metropolitano de Quito.

$$RCI = \frac{VPC}{\text{Impacto}}$$

$$RCI = \frac{518'816.374}{67,95}$$

$$RCI = 7'635.266$$

La relación Costo Impacto RCI estima el costo promedio por unidad de impacto generado. Los recursos destinados a pago de salarios al personal que labora en las instituciones del Ministerio de Salud Pública del Distrito Metropolitano de Quito tuvo una variación acumulada positiva de 107,14% y el VPC fue de \$518'816.374, la RCI es 7'635.266; es decir, que en promedio el Estado invirtió US \$7'635.266 por cada punto porcentual de aumento en el gasto en personal.

3.5 DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA

Una vez obtenidos los resultados y análisis de costo-efectividad y costo-impacto, es necesario conocer la percepción por parte de los usuarios de los servicios de salud, por lo cual se procederá a realizar una encuesta en los hospitales del Ministerio de Salud Pública del Distrito Metropolitano de Quito. El Distrito Metropolitano de Quito tiene 2'458.900 habitantes según proyección al 2013

realizada por el INEC, por lo tanto para efectos de muestreo se utilizará la fórmula para poblaciones infinitas que es:

$$n = \frac{z^2 \cdot P \cdot Q}{e^2}$$

HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO	NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES-PROYECCIÓN 2012	PORCENTAJE	MUESTRA
Hospitales del MSP en el Distrito Metropolitano de Quito			
Hospital Eugenio Espejo	482	26,43	101
Hospital Baca Ortiz	245	13,43	52
Hospital atención integral adulto mayor	11	0,60	2
Hospital Psiquiátrico San Lázaro	125	6,85	26
Hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora	233	12,77	49
Hospital dermatológico Gonzalo González	70	3,84	15
Hospital Pablo Arturo Suárez	220	12,06	46
Hospital del Sur Enrique Garcés	301	16,50	63
Hospital Psiquiátrico Julio Endara - Conocoto	108	5,92	23
Hospital básico Nanegalito	14	0,77	3
Hospital básico Yaruqui	15	0,82	3
Total camas disponibles en hospitales del MSP Distrito Metropolitano de Quito	1824	100	384

Tabla 8

Elaborado por: Wendy Anzules

Considerando que los hospitales Eugenio Espejo, Baca Ortiz, Isidro Ayora, Pablo Arturo Suárez y Enrique Garcés reciben la mayor cantidad de pacientes, se llega a la conclusión que la encuesta se realizará en esos hospitales. La siguiente tabla muestra los porcentajes y número de encuestas que se realizará en cada hospital.

HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO	NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES-PROYECCIÓN 2012	PORCENTAJE	MUESTRA
Hospitales del MSP en el Distrito Metropolitano de Quito			
Hospital Eugenio Espejo	482	32,55	125
Hospital Baca Ortiz	245	16,54	64

Hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora	233	15,73	60
Hospital Pablo Arturo Suárez	220	14,85	57
Hospital del Sur Enrique Garcés	301	20,33	78
Total camas disponibles en hospitales del MSP Distrito Metropolitano de Quito	1481	100	384

Tabla 9

Elaborado por: Wendy Anzules

3.5.1 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA ENCUESTA

En la primera pregunta se pretende identificar el porcentaje de hombres y mujeres que acuden a los hospitales, llegando a la conclusión que el 78% corresponde a visitas del género femenino y el 22% el género masculino

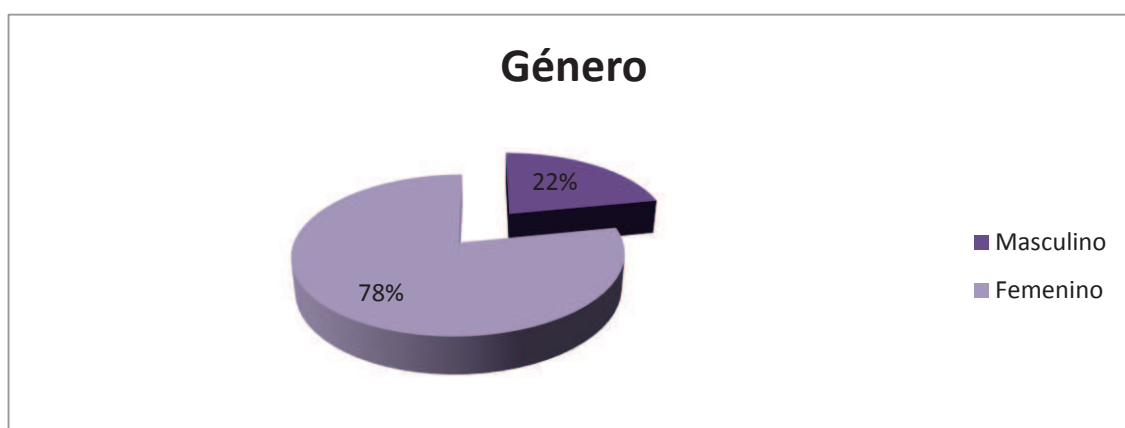


Figura 33

Género	
Masculino	84
Femenino	300
TOTAL	384

En la siguiente pregunta se establecerá el rango de edad de las personas que más acuden a los hospitales del Ministerio de Salud Pública, obteniendo como resultado que las personas de más de 45 años acuden en un 38%, seguido por personas entre 26 y 35 años, según los resultados de la encuesta.

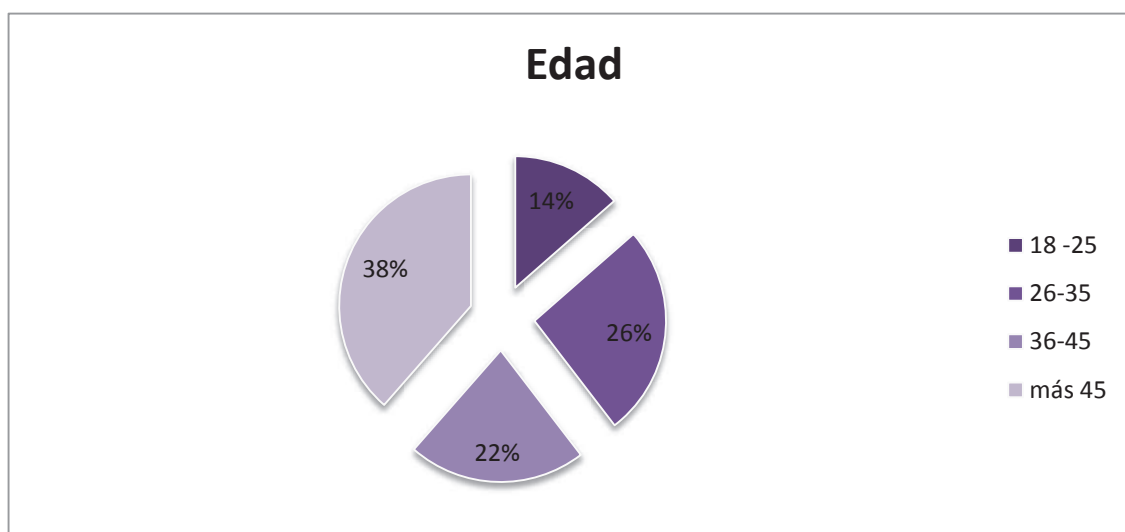


Figura 34

Edad	
18 -25	52
26-35	100
36-45	84
más 45	148
TOTAL	384

La siguiente pregunta descubre el tiempo promedio de espera para que el médico atienda, obteniendo que la mayoría de personas, es decir que el 43% de personas deben esperar entre 1 y 4 horas.

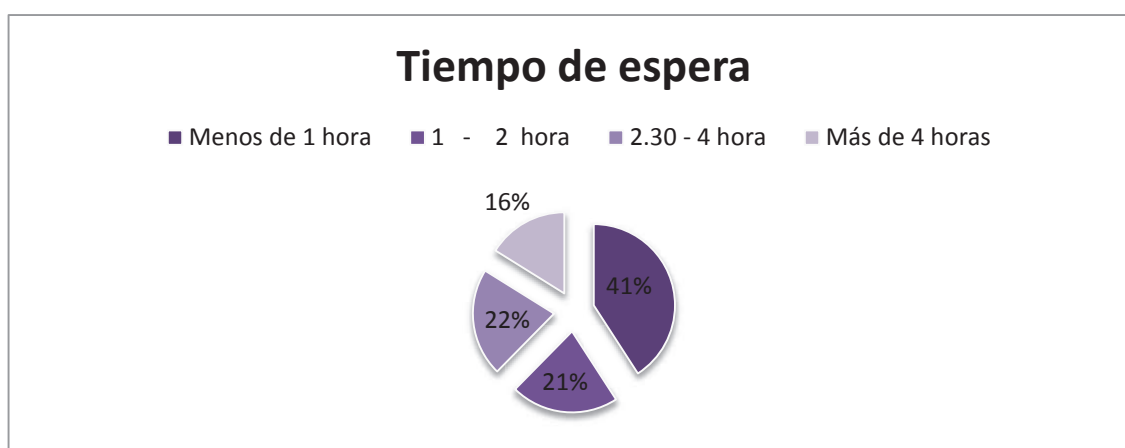


Figura 35

	Tiempo de espera
Menos de 1 hora	152
1 - 2 hora	80
2.30 - 4 hora	80
Más de 4 horas	60
Total	384

Con respecto al tiempo que tardó el médico en atenderlo, el 66% de los encuestas afirma que la consulta duro entre 5 y 10 minutos.

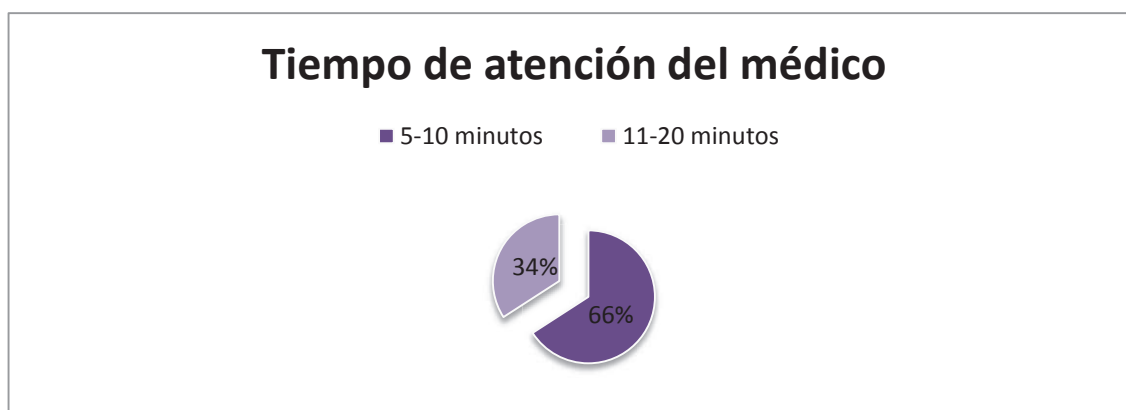


Figura 36

	Tiempo de atención del médico
5-10 minutos	253
11-20 minutos	131
Total	384

La pregunta 4 pretende detectar la percepción de los encuestados con respecto a las condiciones de ambiente de la sala de espera de los hospitales, obteniendo que el 35% indica que es regular, seguido por el 32% que considera que es bueno y tan solo el 24% considera que es muy bueno.

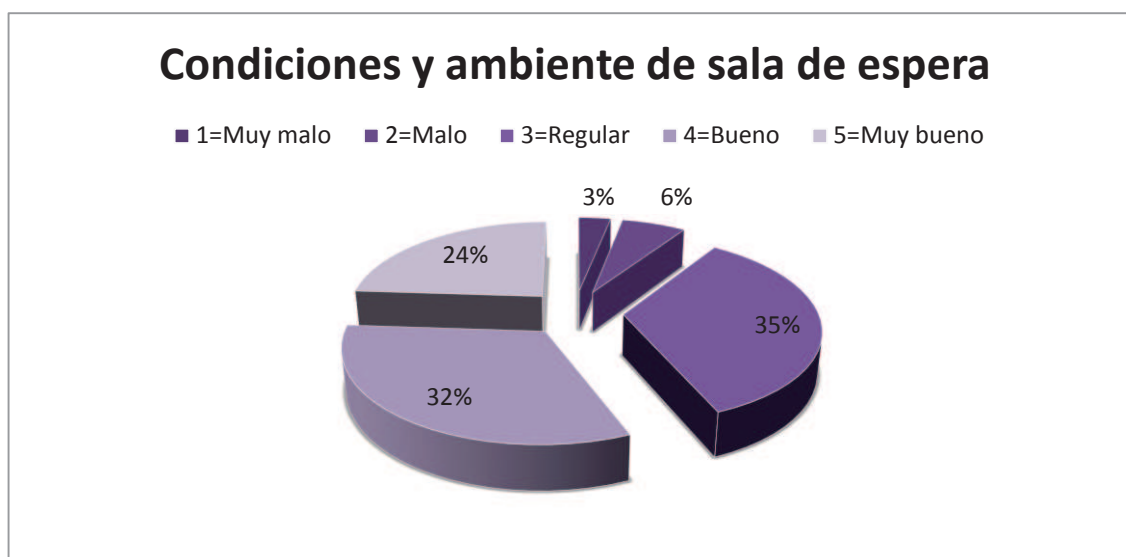


Figura 37

	Condiciones y ambiente de sala de espera
1=Muy malo	12
2=Malo	24
3=Regular	132
4=Bueno	124
5=Muy bueno	92
Total	384

En la pregunta 4 referente a la limpieza y orden, el 42% indica que existe muy buena limpieza y orden, llegando a la conclusión que este un tema de relativa satisfacción por parte de los usuarios.

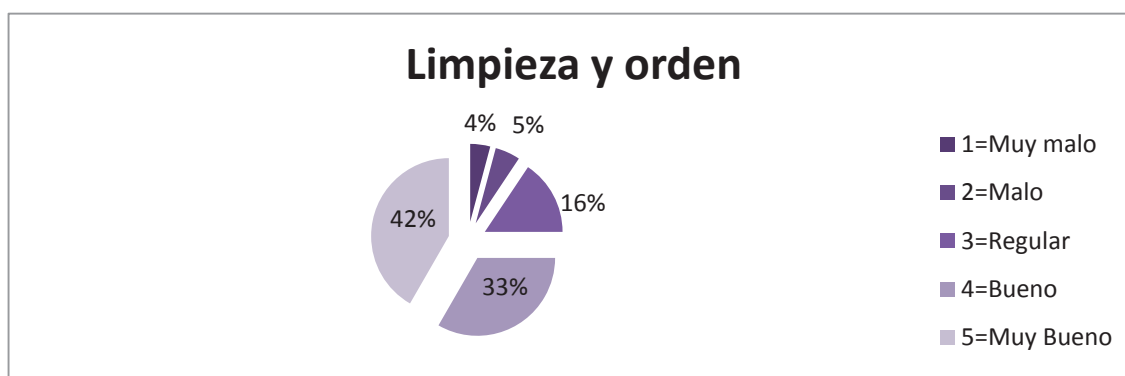


Figura 38

	Limpieza y orden
1=Muy malo	16
2=Malo	20
3=Regular	60
4=Bueno	128
5=Muy Bueno	160
Total	384

En cuanto a la organización del hospital se pudo detectar una debilidad porque en la pregunta 6, el 24% de los encuestados afirman que la organización es muy mala o mala, y el 23% de los mismos indican que es regular.

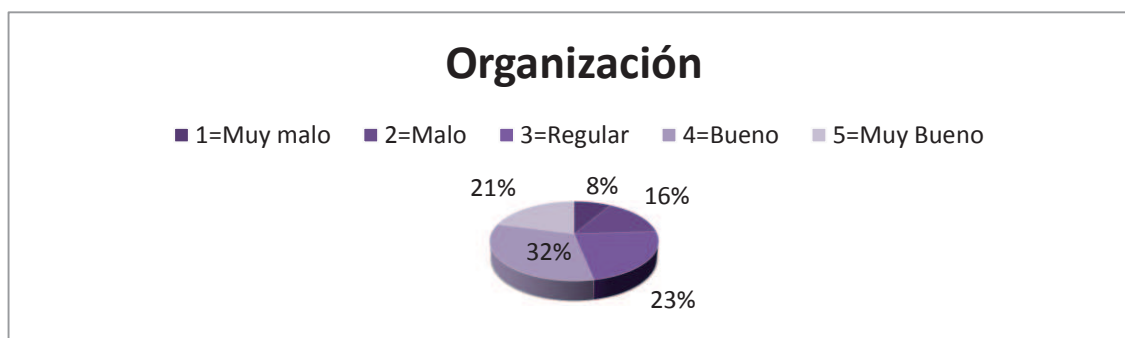


Figura 39

	Organización
1=Muy malo	32
2=Malo	60
3=Regular	88
4=Bueno	124
5=Muy Bueno	80
Total	384

La pregunta 7 descubre la interrelación entre personal de los hospitales y usuarios tratando de descubrir el trato que existe por parte del personal, teniendo los siguientes hallazgos:

El 39% de los pacientes indican que el trato del médico es muy bueno y sólo el 3% indica que es malo.

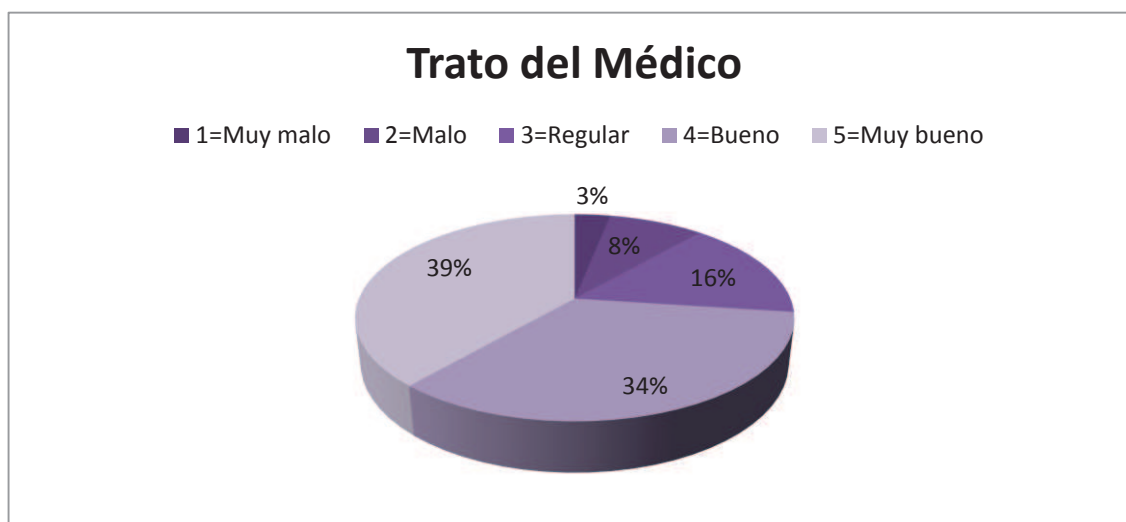


Figura 40

	Trato del Médico
1=Muy malo	12
2=Malo	32
3=Regular	60
4=Bueno	132
5=Muy bueno	148
Total	384

El 32% de los pacientes indican que el trato de la enfermera es bueno, aunque el 20% afirma que es regular.

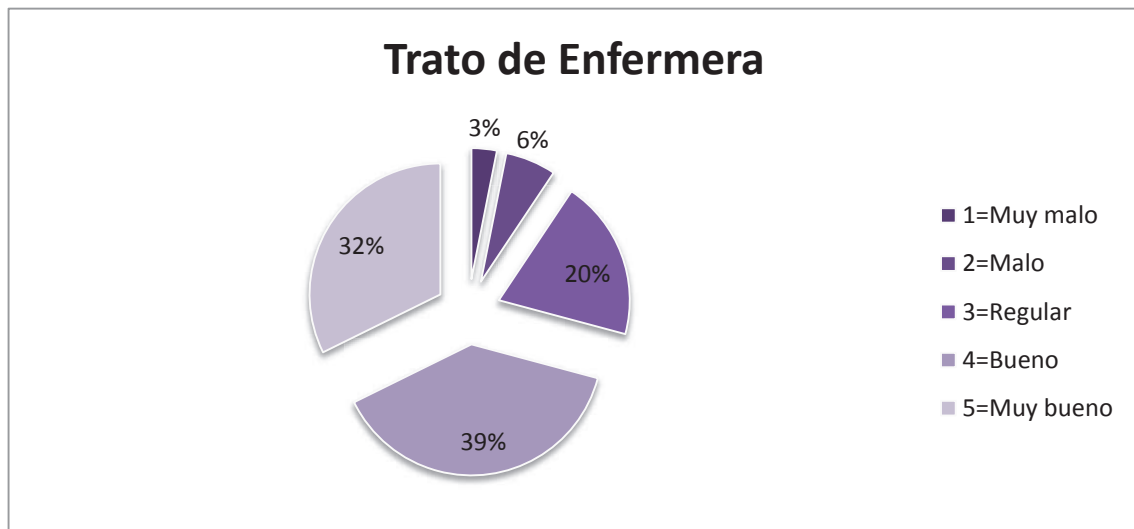


Figura 41

	Trato de Enfermera
1=Muy malo	12
2=Malo	24
3=Regular	76
4=Bueno	148
5=Muy bueno	124
Total	384

Con respecto al trato por parte del trabajador/a social, se detectó que no todos acuden a él; sin embargo, el 39% de los usuarios que lo hacen consideran que el trato recibido es bueno.



Figura 42

	Trato de Trabajador Social
1=Muy malo	12
2=Malo	4
3=Regular	32
4=Bueno	60
5=Muy Bueno	44
Total	152

Respecto al trato por parte del personal de información de los hospitales, se puede notar que aunque el 21% dice ser bueno, el 27% afirma que el trato es regular.

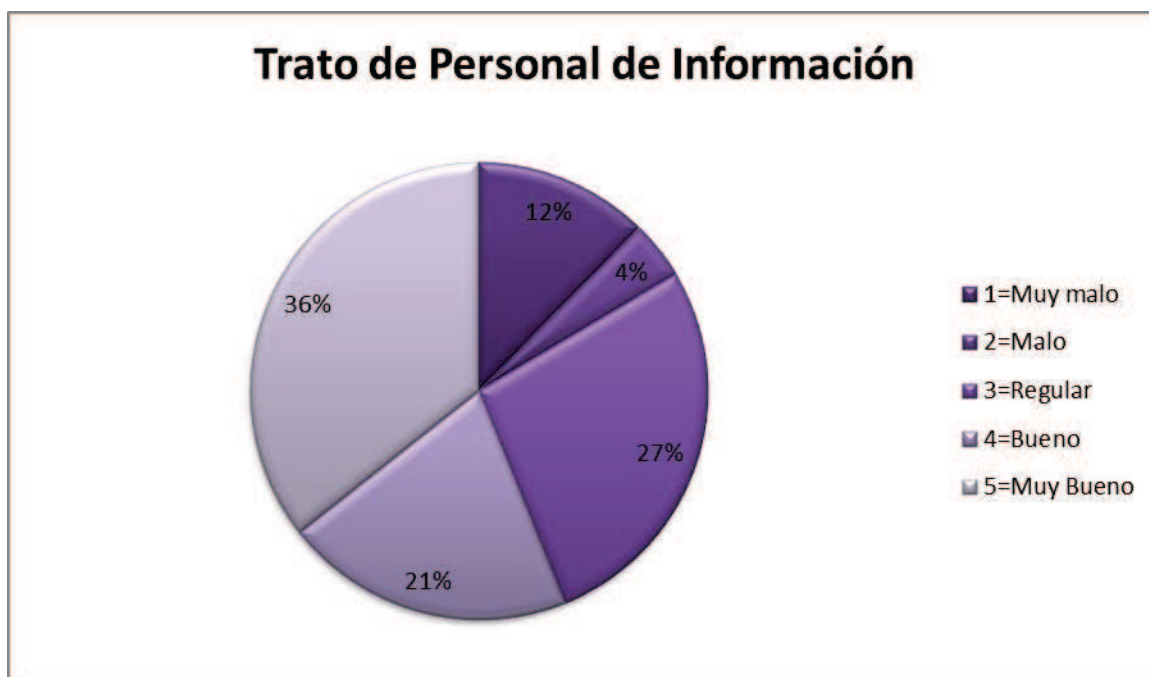


Figura 43

	Trato de Personal de Información
1=Muy malo	36
2=Malo	12
3=Regular	80
4=Bueno	60
5=Muy Bueno	104
Total	292

Se puede notar que no todos los usuarios acuden al Laboratorio pero el 55% indica que es muy bueno y el 30% afirma que es regular.

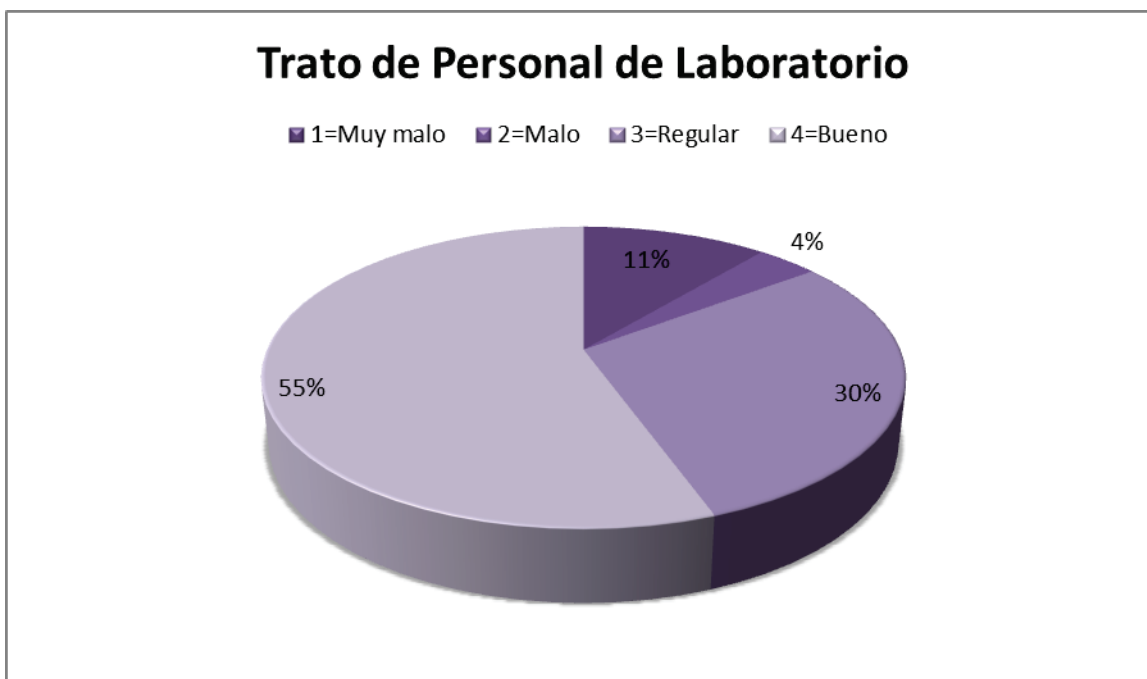


Figura 44

	Trato de Personal de Laboratorio
1=Muy malo	12
2=Malo	4
3=Regular	32
4=Bueno	60
5=Muy Bueno	68
Total	176

El 55% de los encuestados consideran que el trato por parte del personal de farmacia es bueno.

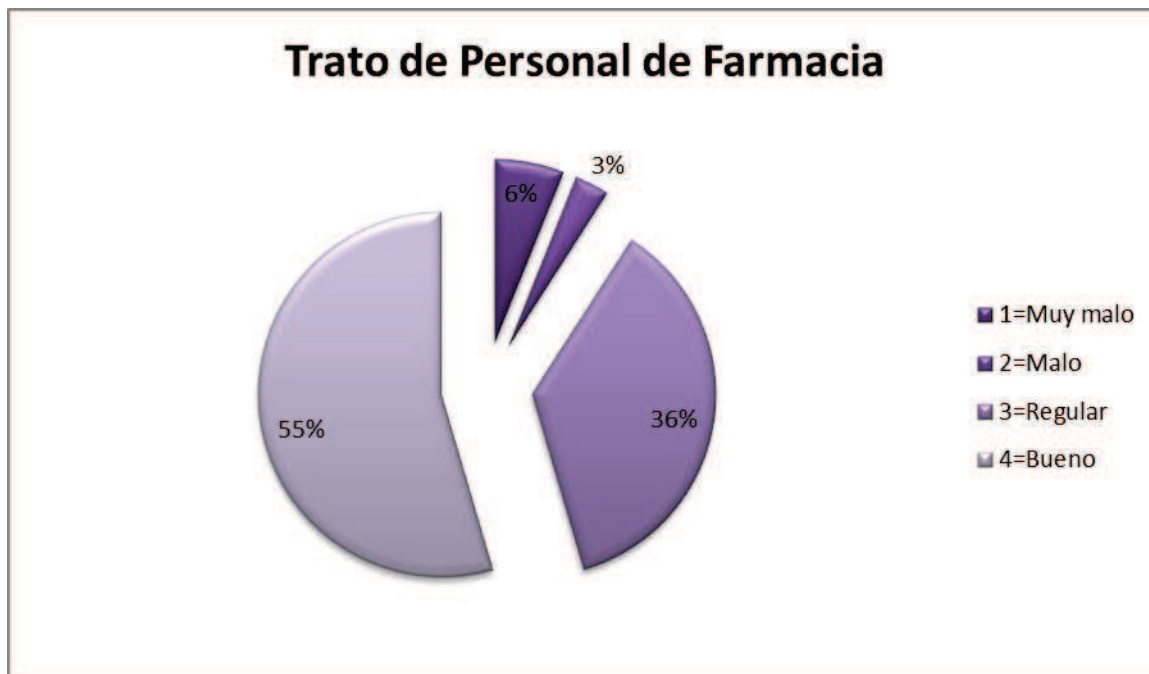


Figura 45

Trato de Personal de Farmacia	
1=Muy malo	8
2=Malo	4
3=Regular	48
4=Buena	72
5=Muy Buena	84
Total	216

Cuando se quiere determinar la razón de la visita al hospital, la conclusión es que el 44% de los usuarios acuden para atender enfermedad y tan solo el 7% lo hace por prevención.

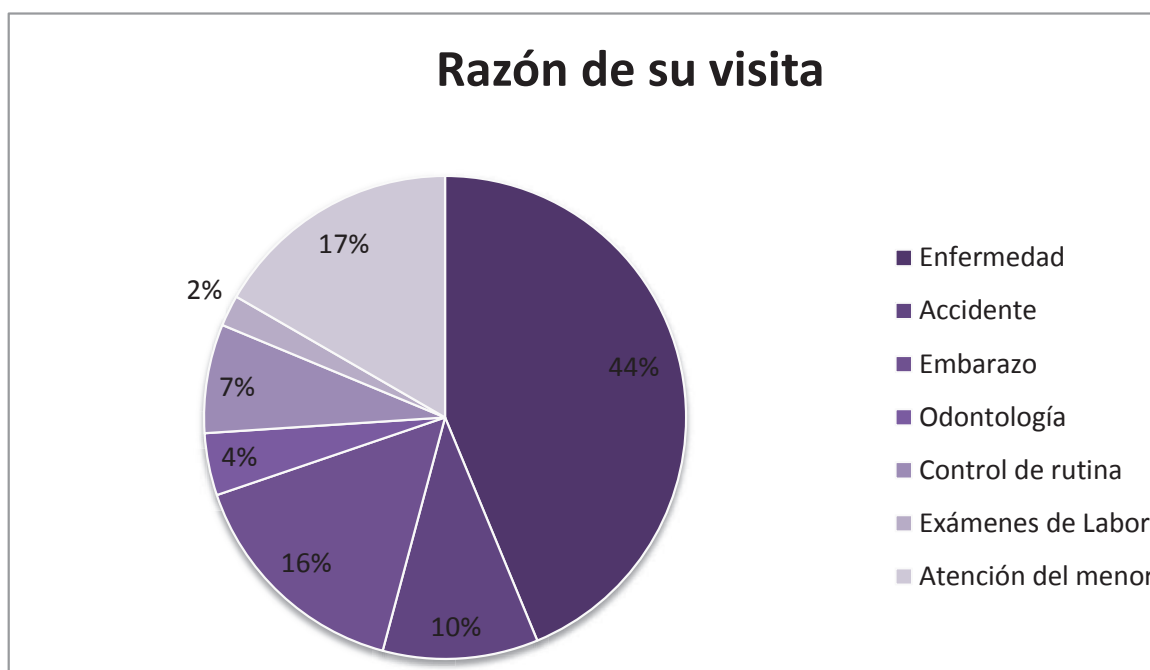


Figura 46

	Razón de su visita
Enfermedad	168
Accidente	40
Embarazo	60
Odontología	16
Control de rutina	28
Exámenes de Laboratorio	8
Atención del menor	64
Total	384

En la pregunta 9 se puede anotar que el 37% de los encuestados visitan los hospitales por su situación económica porque al ser gratuito pueden atender sus enfermedades sin costo alguno.

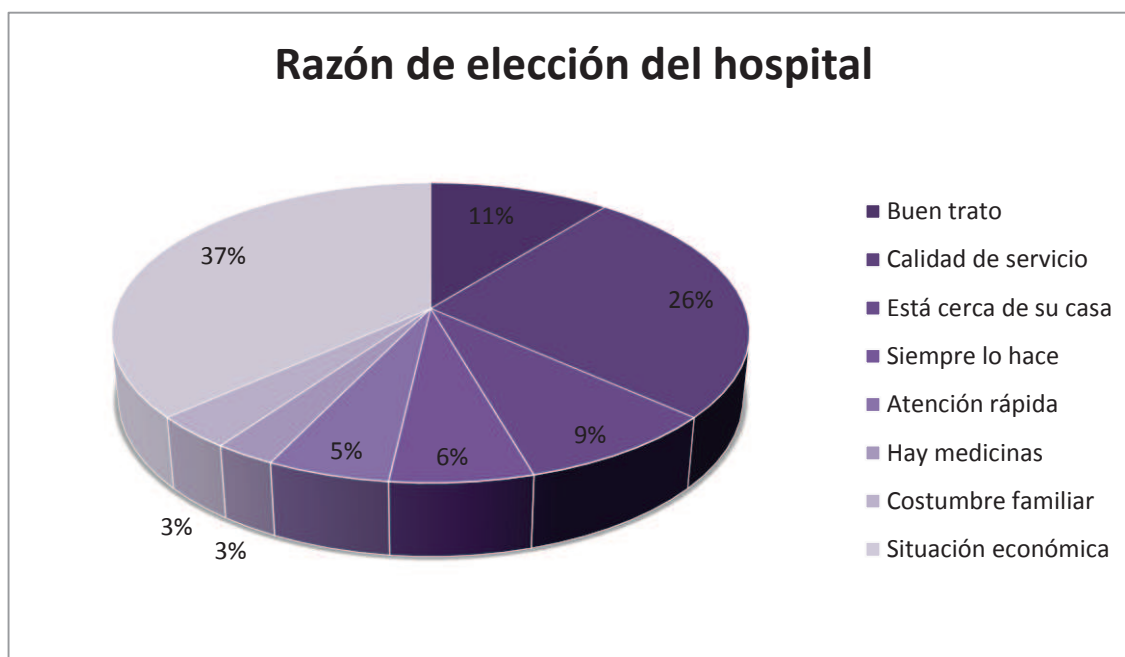


Figura 47

	Razón de elección del hospital
Buen trato	48
Calidad de servicio	116
Está cerca de su casa	40
Siempre lo hace	28
Atención rápida	24
Hay medicinas	12
Costumbre familiar	16
Situación económica	164
Total	448

La pregunta 10 descubre el nivel de satisfacción de la consulta por parte de los pacientes, llegando a la conclusión que el 91% de los pacientes se encuentran satisfechos con la atención que brinda el médico.

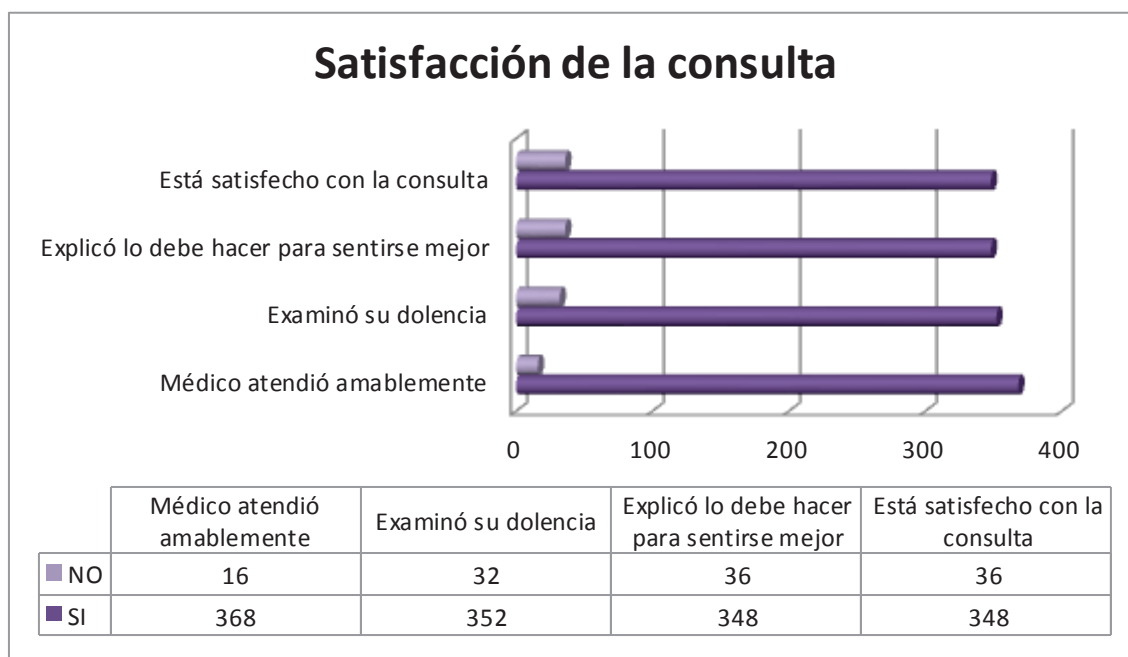


Figura 48

	SI	NO
Médico atendió amablemente	368	16
Examinó su dolencia	352	32
Explicó lo debe hacer para sentirse mejor	348	36
Está satisfecho con la consulta	348	36

La pregunta 11 investiga la frecuencia de visita del hospital para luego determinar si ha mejorado. El 55% de las personas encuestadas indican haber visitado el hospital hace menos de tres meses, el 1% hace menos de 6 meses y el 15% lo hace por primera vez.



Figura 49

	¿Cuándo fue la última vez que visitó este hospital?
Hace tres meses o menos	212
Hace seis meses o menos	40
Hace menos de un año	24
Hace más de un año	52
Primera vez	56
Total	384

La pregunta 12 muestra que el 43% de las personas encuestadas indican que la atención que recibieron comparada con la última vez que visitaron el hospital se mantiene igual, el 7% indica que es mejor y el 35% manifiesta que es peor.



Figura 50

	La atención recibida es:
Es mejor	136
Es peor	28
Se mantiene igual	164
No sabe	56
Total	384

Finalmente, en la pregunta 13 el 92% de las personas encuestas dice que recomendaría la utilización del hospital.



Figura 51

	¿Recomendaría la utilización de este hospital?
SI	354
NO	30
Total	384

3.5.1.1 Principales Hallazgos

Luego de realizar las encuestas, tabular los resultados y analizarlos se llega a los siguientes hallazgos:

- ✓ El género femenino es el que más visita los hospitales
- ✓ Las personas mayores a los 45 años son las que acuden con frecuencia a los hospitales
- ✓ Un alto porcentaje de los encuestados consideran que el ambiente y la limpieza de los hospitales es aceptable.
- ✓ Los encuestados consideran que no existe una buena organización
- ✓ Una de los principales malestares es el tiempo de espera para ser atendido que va entre 1 y 4 horas y en algunos casos hasta días y meses.

- ✓ La principal razón por la que las personas acuden al hospital es para consultas por enfermedades y pocos lo hacen para control de rutina.
- ✓ En cuanto al trato recibido por parte del personal de los hospitales, los pacientes aducen que los médicos tienen un buen trato pero que el personal de información no tienen el trato que quisieran.
- ✓ Un alto porcentaje de pacientes que han visitado los hospitales hace menos de 6 meses consideran que las condiciones no han mejorado.
- ✓ Finalmente, el 92% sí recomendaría la utilización del hospital y al preguntar por qué las respuestas manifestadas fueron porque la atención es gratuita, los médicos son muy profesionales, las medicinas son gratuitas, entre otras.

3.6 ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

3.6.1 EL HOSPITAL COMO ORGANIZACIÓN

Una organización es un grupo coordinado de personas que trabajan para lograr una meta particular a través del uso de recursos. La organización tiene que ver con procesos de liderazgo donde los líderes guían el desarrollo de estrategias y estructuras apropiadas.

Las dimensiones básicas de la estructura organizacional de un hospital son la centralización, formalización, burocracia y la complejidad. Un hospital con una estructura centralizada y con alto grado de formalidad se desarrolla bien en un ambiente estable y puede aprovechar la especialización y los patrones claros de comunicación y autoridad; sin embargo, el hospital al ser una inversión a futuro donde su calidad depende de la aceptación del mercado, se desenvuelve en un ambiente propicio al cambio y con mucha incertidumbre. (Rainey, 2009). Los hospitales privados, al estar más cercana a la eficiencia y menos al poder político gozan de mayor flexibilidad para adaptarse al cambio que los hospitales públicos y en esta investigación se ha podido comprobar que el proceso de mejoramiento de los servicios que presta un hospital debe avanzar ostensiblemente porque las evidencias obtenidas en las cuales expresan falta de conformidad no solo en la atención que reciben los pacientes sino también en la organización de los mismos.

3.6.2 ANÁLISIS FODA

Los resultados de las encuestas realizadas en los hospitales públicos del Distrito Metropolitano de Quito, así como la investigación realizada en el Ministerio de Salud Pública, permite estructurar la siguiente matriz FODA:

<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de la Ley Orgánica de Salud • Nuevo modelo de gestión. • Incremento de recursos para el sector salud. • Política de prevención en salud • Existencia de proyectos y programas de salud: prevención y control de la tuberculosis, malaria, VIH, servicios de radioterapia, equipamiento de centros de salud, estrategia de planificación familiar. 	<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poca infraestructura e implementos • La provisión de medicinas es deficiente • No existe un plan de capacitación de personal administrativo. • Poca amabilidad y buen trato por parte de algunos miembros del personal. • Extenso tiempo de espera en consultas • Mala administración de insumos y medicamentos
<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Componentes del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural-MAIS • Estrategias y acciones destinadas al cuidado del ambiente. • Participación de comunidades en la planificación y ejecución de acciones. • Procesos de capacitación a nivel comunitario como institucional 	<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escasa cultura de nutrición y prevención de la población • Impacto del cambio climático • Falta de garantía al acceso de atención integral • Inexistencia de articulación de servicios de salud a las necesidades del territorio • Falta de supervisión al sistema • Escasa optimización de los recursos

Tabla 10

Elaborado por: Wendy Anzules

3.6.3 CADENA DE VALOR

En el sistema hospitalario, la cadena de valor es una herramienta de gestión diseñada que permite realizar un análisis interno del hospital, a través de su desagregación en sus principales actividades generadoras de valor. (Ministerio de Salud de Chile, 2012)

Considera a las principales actividades de un hospital como los eslabones de una cadena de actividades (las cuales forman un proceso) las cuales van añadiendo valor al servicio a medida que éste pasa por cada una de éstas.



Figura 52

Elaborado por: Wendy Anzules

3.6.4 VISIÓN DEL MODELO PROPUESTO

El sistema hospitalario debe concentrar sus esfuerzos en ofrecer un servicio de calidad como lo propone la cadena de valor, que la gestión administrativa y hospitalaria tenga como resultado la satisfacción del usuario. En la práctica, actualmente luego de las encuestas realizadas se percibe malestar por parte de

los usuarios quienes no están conformes con el trato recibido, la falta de medicinas, el tiempo de espera, entre otros.

El modelo propone pensar en primer lugar en el paciente, es decir, la visión se centra exclusivamente en él.

VISIÓN DEL MODELO PROPUESTO

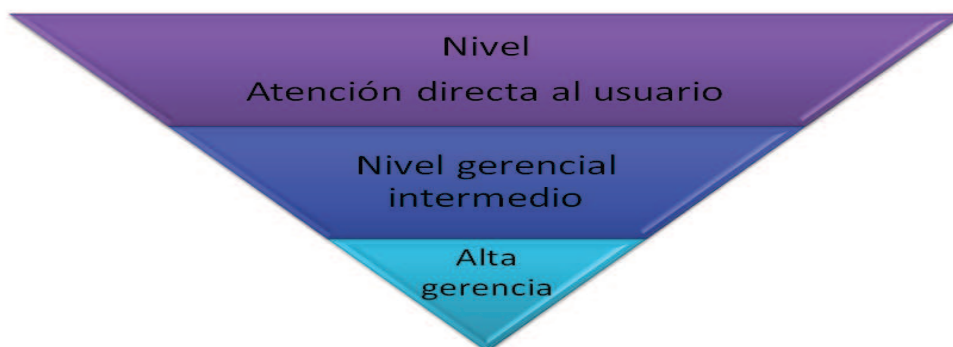


Figura 53

Elaborado por: Wendy Anzules

3.6.5 CUADRO DE MANDO ESTRATÉGICO

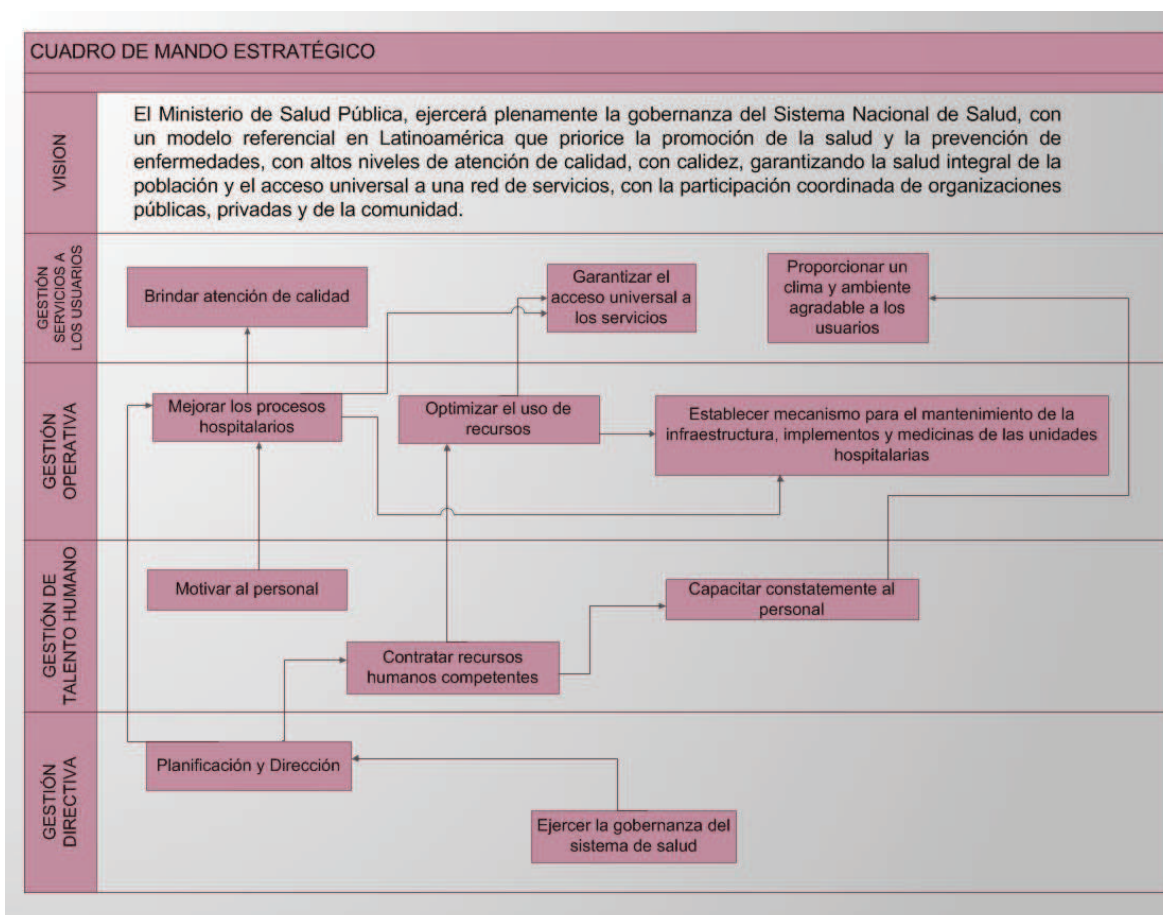
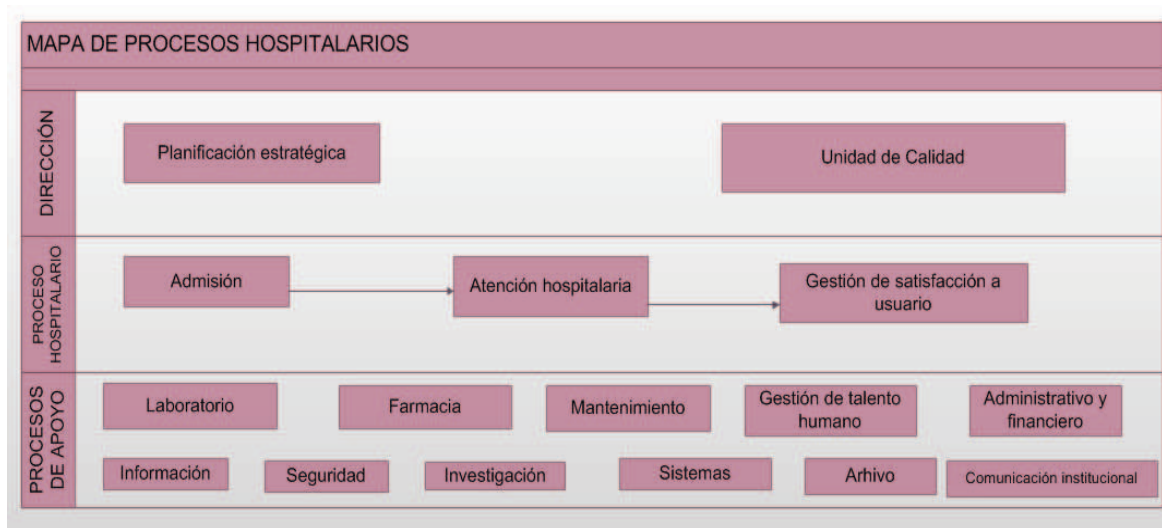


Figura 54

Elaborado por: Wendy Anzules

3.6.6 PROCESOS ESTRATÉGICOS DE UN HOSPITAL**Figura 55**

Elaborado por: Wendy Anzules

3.6.7 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Los objetivos estratégicos propuestos son los siguientes:

- Optimizar el uso de los recursos.
- Crear un clima laboral que motive al personal
- Otorgar atención de calidad buscando la satisfacción de los usuarios.

MATRIZ DE ESTRATEGIAS	
Objetivo	Estrategias
Optimizar el uso de recursos	<p>Destinar recursos necesarios para el mantenimiento de implementos, equipos e infraestructura en los hospitales.</p> <p>Dotar de medicinas al alcance de los usuarios</p> <p>Establecer mecanismos para la organización territorial</p>

<p>Crear un ambiente de trabajo que motive al personal</p>	<p>Mejorar la gestión de talento humano con el fin de disponer de recursos humanos competentes.</p> <p>Programas de capacitación para el personal</p> <p>Creación de una Escuela de Gestión y Organización Sanitaria que forme (directores, médicos inspectores, farmacéuticos, ingenieros sanitarios, directores de atención de enfermería, etc.</p>
<p>Otorgar atención de calidad buscando la satisfacción de los usuarios.</p>	<p>Instaurar el departamento de Calidad.</p>

Tabla 11

Elaborado por: Wendy Anzules

Finalmente, sería ideal tener un modelo eficiente de salud como aquellos que existen en países desarrollados como Alemania, Francia, Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo o Japón, a través de cotizaciones obligatorias del trabajador y la empresa vinculados al salario, o el modelo Beveridge, a través de impuestos vigente en países como Gran Bretaña, Suecia, Dinamarca, España o Italia. Estos sistemas de salud requieren una organización integral que en países como el nuestro aún no existe.

Un modelo alternativo podría ser el implementado en Brasil denominado Sistema Único de Salud (SUS). Entre las acciones más reconocidas del SUS están la creación del Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), Políticas Nacionales de Atención Integral a la Salud de la Mujer, de Humanización del SUS y de Salud del Trabajador, además de programas de vacunación en masa de niños y

ancianos en todo el país y de la realización de trasplantes por la red pública. (Becerril, 2011)

El sector público está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS), financiado con impuestos generales y contribuciones sociales recaudados por los tres niveles de gobierno. El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, y a través de contratos con establecimientos privados con y sin fines de lucro.

El sistema de salud de Brasil está compuesto por un amplio sector público, el Sistema Único de Salud (SUS), que da cobertura a 75% de la población, y un creciente sector privado, que incluye el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS), que cubre al 25% restante.

El financiamiento del SUS está garantizado por una reforma a la Constitución, las cuatro principales fuentes de financiamiento de los recursos federales eran la Contribución Provisoria sobre Movimientos Financieros, la Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social, los recursos ordinarios y la contribución sobre el lucro de personas jurídicas. (Ministerio de Salud Pública Brasil)

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- La salud está relacionada con mejores condiciones de vida de las personas que en muchas ocasiones no cuentan con los recursos económicos para atender los problemas de salud que se les presentan, en ese sentido, el Estado cumple un rol protagónico al destinar recursos económicos al sector que debería ser eficiente y equitativo.
- La inversión social constituye la principal herramienta de política pública para influir en las condiciones de vida del Ecuador.
- La Constitución Política garantiza los recursos necesarios en el Presupuesto General del Estado para atender los sectores sociales y particularmente el sector salud, adicionalmente, La ley Orgánica de Salud garantiza el acceso universal, equitativo y de la calidad a los servicios de salud así como la asignación fiscal de recursos para atender a este sector. La Secretaría Nacional de Planificación en su plan plurinual 2013-2017 establece \$3.065`970.939 con el fin de destinarlos al Ministerio de Salud Pública y así cumplir con uno de los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir relacionado a mejorar la calidad de vida de la población.
- La equidad se refiere a la cobertura, en la cual, las estrategias de financiamiento deberían posibilitar que todas los ciudadanos tengan acceso a salud de calidad. La eficiencia desde el punto de vista económico, es cuando se obtiene la máxima productividad con el menor uso de los recursos y busca además la mejora continua de lo que ya existe, se basa en la firme convicción de que todo puede hacerse mejor hoy que ayer y mañana mejor que hoy.
- En el Ecuador, el sistema de salud pública no es eficiente y esto es contraproducente si se analiza las cifras del Presupuesto General del Estado, las cuales muestran que a pesar de que en los últimos años el

gobierno ha destinado recursos importantes para el sector, éstos han cubierto gasto corriente como salarios que entre el período 2008 al 2012 creció en 107% y en el 2012 representó el 63% del presupuesto total, no así rubros como medicinas y productos farmacéuticos que en este mismo período crecieron en 33,3% y mantenimiento y repuestos en 50,4%, lo que demuestra la falta de eficiencia expresada en líneas anteriores.

- Las cifras que muestran el presupuesto del Ministerio de Salud Pública, indican que el gasto en inversión representó en el 2008 un 7.5%, del total del presupuesto, teniendo un incremento en los últimos años, particularmente en el 2012 con un 18.9% del total del presupuesto.
- Entre el período 2008 al 2012 el presupuesto del Ministerio de Salud en el Distrito Metropolitano de Quito creció, siendo en el 2008 \$137'242.789 y en el 2012 267'527.608 lo cual es un incremento del 94.93%.
- Los resultados del análisis costo-efectividad nos muestra algunos resultados importantes de Impacto. La RCI estima el costo promedio por unidad de impacto generado, por ejemplo el número de nacimientos en los hospitales del Ministerio de Salud Pública del Distrito Metropolitano de Quito tuvo una variación acumulada de 67,95% y el VPC fue de \$518'816.374, la RCI es 7'635.266; es decir, que en promedio el Estado gastó US \$7'635.266 en el aumento en cada punto porcentual de la atención en los nacimientos.
- Al realizar el análisis costo efectividad en función del aumento o disminución de inversión infraestructura en los hospitales del Ministerio de Salud Pública del DMQ, se concluye que los recursos destinados a infraestructura en los hospitales del Ministerio de Salud Pública del Distrito Metropolitano de Quito tuvo una variación acumulada negativa de -80,14% y el VPC fue de \$518'816.374, la RCI es 6'473.865; es decir, que en promedio el Estado dejó de invertir US \$6'473.865 por cada punto porcentual de disminución.
- Las encuestas realizadas en algunos hospitales del Ministerio de Salud Pública del Distrito Metropolitano de Quito, revelan la percepción de los usuarios con respecto a los servicios que reciben, destacando que un alto

porcentaje de pacientes consideran que el ambiente y la limpieza es aceptable, mientras que las quejas por la mala organización se expresan a plenitud.

- El extenso tiempo de espera, falta de medicinas e inexistencia de amabilidad por parte de algunos miembros del personal de información y administración constituyen las principales respuestas de los pacientes al ser consultados sobre estos temas.
- El análisis FODA surge como resultado de la investigación realizada y las evidencias presentadas en las encuestas, destacando como fortalezas algunos proyectos de salud que actualmente el Gobierno está implementando y como amenazas la falta de estrategias para garantizar la cobertura y equidad del servicio de salud para toda la población.

4.2 RECOMENDACIONES

- El Estado debe continuar realizando los esfuerzos necesarios y cumplimiento de estrategias para lograr que los recursos destinados al sector de la salud, según lo establece la Constitución Política del Estado sean manejados de manera transparente y destinados a mejorar la calidad del sistema de salud y por tanto la calidad de vida de la población enmarcado en los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir.
- Los hospitales del Ministerio de Salud Pública deben revisar su estructura organizacional que responda a la eficiencia y administración moderna centrada en lograr la satisfacción de los usuarios.
- La calidad, calidez, salud integral y el acceso universal a los servicios, que se presentan en la visión del Ministerio de Salud Pública, se lograrán estableciendo un cuadro de mando estratégico con roles claros por parte del nivel directivo, talento humano, operativo y servicio al usuario.
- La planificación, procesos, control y monitoreo son algunas de las herramientas que permitirán mejorar la calidad de los servicios que prestan

los hospitales del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito.

- Los hospitales públicos deberían responder a criterios de competencia y optimización de recursos con el fin de lograr calidad en los servicios y esto lo pueden alcanzar con monitoreo constante de los procesos y estrategias planteadas.
- Los recursos económicos destinados al sector salud en el Distrito Metropolitano de Quito debería ser distribuido no solo a nivel de parroquias urbanas sino también rurales que siempre han sido abandonadas.
- El talento humano debe ser constantemente capacitado no sólo con respecto a los temas de especialidad de cada uno sino también en temas de relaciones humanas
- Creación de una Escuela de Gestión y Organización Sanitaria que forme (directores, médicos inspectores, farmacéuticos, ingenieros sanitarios, directores de atención de enfermería, etc.
- Un sistema de salud debidamente organizado con suficiente infraestructura, invirtiendo en mantenimiento y medicinas, será el inicio de un nuevo modelo que promueva la cobertura total.
- El Ecuador podría implementar un sistema más eficiente, como los modelos exitosos internacionales que implique cotizaciones obligatorias del trabajador y la empresa vinculados al salario, además podría también ser financiado con impuestos generales que provengan de movimientos financieros y contribución de las utilidades de las personas jurídicas, esto podría garantizar la universalidad, globalidad y solidaridad, todo ello acompañado del trabajo coordinado entre gobierno y municipios y redes de hospitales, clínicas, hospitales universitarios y hasta el Ministerio de Educación.

REFERENCIAS

- Banco Mundial. (2006). *Reducción de la Pobreza y el Crecimiento: Círculos virtuosos y viciosos*. Washington: Banco Mundial.
- Banco Mundial. (2013). *Banco Mundial*. Retrieved 27 07, 2013, from Banco Mundial: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL>
- Bañón, R. (2008). *La Evaluación de la Acción y de las Políticas Públicas*. Barcelona: Ediciones Diaz de Santos.
- Baray, A. (2006). *Eumed.net*. Retrieved 07 29, 2013, from Eumed.net: www.eumed.net/libros/2006c/203/
- Becerril, V. (2011). *Salud Pública de Brasil*. Brasil: Universidad Federal de Bahía.
- Beltrán, J. (2006). *Indicadores de Gestión*. México: 3R Editores.
- Bernal, C. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Pearson.
- CEPAL . (2005). *Políticas y programas de salud en América Latina, problemas y propuestas*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL. (1994). *El Impacto Redistributivo del Gasto Social*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Cohen, E. (2006). Evaluación de Proyectos Sociales. In E. Cohen, *Evaluación de Proyectos Sociales* (p. 90). México: Siglo 21 Editores.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. (2001). *Panorama Social de América Latina*. Santiago: CEPAL.
- Comisión Europea. (2006). *Métodos de Evaluación*. Viena: Unión Europea.
- Constitución Política del Ecuador. (2008). *Constitución Política del Ecuador*. Quito: Registro Oficial.
- Finanzas, M. d. (2011). *Directrices para la Programación Presupuestaria*. Quito: Ministerio de Finanzas.
- Hernandez, G. (2006). *Diccionario de Economía*. Colombia: Universidad de Colombia.
- INEC. (2013, 09). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Retrieved 09 2013, from www.inec.gob.ec
- Instituto Latinoamerica y del Caribe de Planificación Económica ILPES. (2005). *Manual para la Evaluación del Impacto de Proyectos de Lucha contra la*

- Pobreza*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina CEPAL.
- Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica ILPES. (2012). Metodología para la Elaboración de Estrategias de Desarrollo Local. In I. L. ILPES, *Metodología para la Elaboración de Estrategias de Desarrollo Local* (pp. 68-81). Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina CEPAL.
- Ives Meny, J. C. (2008). *Las Políticas Públicas*. Madrid: Ariel.
- Jay Heizer, B. R. (2008). Principios de Administración de Operaciones. In B. R. Jay Heizer, *Principios de Administración de Operaciones* (p. 114). México: Pearson.
- Lara, B. (2011). Cómo elaborar Proyectos de Inversión. In B. Lara, *Cómo elaborar Proyectos de Inversión* (pp. 78-80). Quito: Oseas Espín.
- Ley Orgánica de Salud. (2006). *Ley Orgánica de Salud*. Quito: Registro Oficial.
- Méndez, J. C. (2012). *Senplades*. Retrieved 07 28, 2013, from Senplades: <http://web.usal.es/~janton/Files/Docs/JCM%20&%20JIA%20%282012%29%20SENPLADES.pdf>
- Ministerio de Finanzas. (2011). *Directrices para la Programación Presupuestaria 2011-2014*. Quito: Ministerio de Finanzas.
- Ministerio de Finanzas. (2013, 08). *Ministerio de Finanzas*. Retrieved 08 2013, from www.mef.gob.ec
- Ministerio de Salud de Chile. (2012). *Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud Pública. (2013, 09). *Ministerio de Salud Pública*. Retrieved 09 10, 2013, from Ministerio de Salud Pública: www.msp.gob.ec
- Ministerio de Salud Pública de Brasil. (n.d.). *Ministerio de Salud de Brasil*. Retrieved Agosto 5, 2013, from Ministerio de Salud de Brasil: http://www.brasil.gov.br/sobre/salud/atendimento/que-es-sus-1/br_model1?set_language=es
- Navarro, H. (2005). *Manual de la Evaluación del Impacto de Proyectos y Programas de Lucha contra la Pobreza*. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano de Latioamerica y el Caribe de Planificación Económica.

- Organización Mundial para la Salud. (2010). *Informe Sobre la Salud en el Mundo*. Madrid: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2012). *www.paho.org*. Retrieved 08 2, 2013, from *www.paho.org*: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=40&Itemid=39&lang=es
- Parsons, W. (2007). Políticas Públicas. In W. Parsons, *Políticas Públicas* (pp. 35-50). Mexico: Flacso.
- Pérez, M. (2010). *Diccionario de Administración*. Lima: San Marcos.
- Ponce, J. (2009). *Políticas Educativas y Desempeño*. Chile: Flacso.
- Rainey, H. (2009). *Entender y Digirir Instituciones Públicas*. San Francisco.
- Robbins, S. (2010). *Administración*. México: Prentice Hall Pearson.
- Robert Kaplan, D. N. (2004). Mapas Estratégicos. In D. N. Robert Kaplan, *Mapas Estratégicos* (p. 65). Boston: Harvard Business School.
- Rodriguez, C. (2009). *Diccionario de Economía*. Mendoza.
- Sabino, C. (2001). *Diccionario de Economía y Finanzas*. Caracas.
- Sampieri, R. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Sefton, T. (2006). Política Distributiva y Redistributiva. In T. Sefton, *Política Distributiva y Redistributiva* (pp. 607-627). Reino Unido: Oxford University.
- SENPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito: SENPLADES.
- SENPLADES. (2013). *Plan Nacional Plurianual de Inversión Pública*. Quito: SENPLADES.
- Siise. (2013, 10). *Siise*. Retrieved 10 2013, from www.siise.gob.ec
- UNICEF. (2013). *UNICEF*. Retrieved Octubre 29, 2013, from UNICEF: www.unicef.org/ecuador/policy_rights_20929.htm

ANEXOS

Anexo 1

ENCUESTA: SISTEMA DE SALUD EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

Ciudad: Quito

No. Encuesta

--	--	--

Nombre del Hospital:

Buenos días/tardes mi nombre es Wendy Anzules. Hoy estamos haciendo una encuesta sobre el servicio de salud que recibe en este hospital y quisiéramos contar con su opinión. Le recordamos que lo que nos interesa es conocer su criterio, por lo tanto, no existen respuestas correctas ni incorrectas. ¡Gracias!

I. DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO

A.- Género			
Masculino	1	Femenino	2

B.- Edad							
18-25 años	1	26-35 años	2	36-45 años	3	Más de 45 años	4

II. CONDICIONES DEL ESTABLECIMIENTO Y ATENCIÓN RECIBIDA

	Hora	Minutos
1-¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para que el médico lo atienda?		
2-¿Cuánto tiempo se tomó el médico en atenderlo?		

4. Calificando del 1 al 5 (siendo 5 la mejor), usted considera que las condiciones y ambiente de la sala de espera son:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Calificando del 1 al 5 (siendo 5 la mejor), usted considera que la limpieza y orden en este hospital es:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Calificando del 1 al 5 (siendo 5 la mejor), usted considera que la organización en este hospital es:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Si tuviera que calificar el trato recibido por parte del personal de este hospital, usted diría que:

Muy malo.....1
Malo.....2
Regular.....3
Bueno.....4
Muy bueno.....5

Médico	
Enfermera	
Trabajador Social	
Información	
Personal de Laboratorio	
Personal de Farmacia	
Otro, mencione	

8- ¿Cuál fue la razón principal de su visita?

Enfermedad Indique cuál?	1	
Accidente	2	
Embarazo, parto, postparto	3	
Odontología	4	
Control de rutina (prevención)	5	
Exámenes de Laboratorio	6	
Atención del menor	7	
Otros, mencione	8	

9- ¿Cuál es la razón principal por la que ha escogido este hospital?

Buen trato	1	
Calidad en el servicio	2	
Está cerca de su casa	3	
Siempre lo hace	4	
Atención rápida	5	
Hay medicinas	6	
Costumbre familiar	7	
Otros, mencione	8	

10- Durante la consulta con el médico

SI	1
NO	2

El médico lo atendió amablemente?	
Examinó su dolencia?	
El médico le explicó los detalles de su dolencia y lo que tiene que hacer para sentirse mejor?	
Está satisfecho con la consulta?	

11- Cuando fue la última vez que visitó este hospital?

Hace tres meses o menos	1	Hace menos de un año	3
Hace seis meses o menos	2	Hace más de un año	4

12- Desde la última vez que usted visitó este hospital considera que la atención recibida

Es mejor	1	Es Peor	2	Se mantiene igual	3	No sabe	4
----------	---	---------	---	-------------------	---	---------	---

13- Recomendaría la utilización de este hospital

SI	1
NO	2

SI	
NO	

Por qué?

Gracias por su gentil colaboración!

Este cuestionario fue elaborado y aplicado por la Ec. Wendy Anzules para levantamiento de información relativo a la percepción de los pacientes sobre el servicio que reciben en los hospitales del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito.

Anexo 2

