

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA DE ESTUDIOS DEL DESARROLLO Y TERRITORIO
CONVOCATORIA 2009- 2011**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
SOCIALES CON MENCIÓN EN DESARROLLO LOCAL Y TERRITORIAL**

**ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN DEL HOSPITAL PABLO ARTURO
SUÁREZ**

MARÍA DANIELA DELGADO GALÁRRAGA

OCTUBRE 2012

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA DE ESTUDIOS DEL DESARROLLO Y TERRITORIO
CONVOCATORIA 2009- 2011**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
SOCIALES CON MENCIÓN EN DESARROLLO LOCAL Y TERRITORIAL**

**ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN DEL HOSPITAL PABLO ARTURO
SUÁREZ**

MARÍA DANIELA DELGADO GALÁRRAGA

ASESOR DE TESIS: BETTY ESPINOSA

LECTORES: Nilda Villacrés

William Waters

OCTUBRE 2012

DEDICATORIA

A la memoria de mi amigo y maestro, muy querido y siempre recordado, al economista y demógrafo Luis Guillermo Rivadeneira Sandretti.

AGRADECIMIENTOS

Muchas personas colaboraron con valiosos aportes al presente trabajo, unos de índole académico, otros más de tipo sentimental, debido a todo el esfuerzo que implicó su culminación.

Mis padres Mario y Susana, mis hermanos Mario Alejandro y José Francisco representan siempre el apoyo, la fuerza y el amor que necesito para emprender y lograr todas mis metas. Dios les bendiga siempre.

Un especial agradecimiento a la Demógrafa Renata Jara, cuyas contribuciones técnicas resultaron fundamentales para lograr un trabajo de calidad, con sustento teórico y con el aval de toda su experiencia en la Bio- estadística y en la Salud Pública. Gracias además por su cariño y amistad sincera.

Participó en la edición de este documento mi amiga y compañera, la economista María Isabel Camacho, quien representó un apoyo substancial para no perder de vista el objetivo.

Agradezco a mis compañeros de trabajo: Paúl Coello, Liliana Roldán y Verónica Santillán por toda la información facilitada y la siempre indispensable discusión técnica de ideas. Así mismo, agradezco a la Dra. Nilda Villacrés, quien siempre apoyó mis ideas sobre este trabajo.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
RESUMEN.....	8
CAPÍTULO I.....	10
APROXIMACIÓN TEÓRICA.....	10
Discusión sobre equidad.....	10
Las políticas públicas puestas en marcha.....	13
El institucionalismo como marco de análisis.....	24
Institucionalidad, eficiencia, oferta y demanda.....	40
CAPÍTULO II.....	45
PRINCIPALES INDICADORES DEL SECTOR SALUD.....	45
Principales indicadores macroeconómicos sobre el sector salud.....	45
Principales indicadores hospitalarios: el juego de la oferta y demanda por servicios de salud.....	50
CAPÍTULO III.....	68
ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ.....	68
El hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS): contextualización.....	68
Los indicadores de Producción Hospitalaria del Hospital Pablo Arturo Suárez.....	79
CAPÍTULO IV.....	102
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	102
Conclusiones.....	102
Recomendaciones.....	105
BIBLIOGRAFÍA.....	108

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Páginas
Gráfico 1: Distribución del Ingreso y el Gasto por Quintiles a nivel Nacional..	15
Gráfico 2: Presupuesto Codificado del Sector Social 2000- 2009.....	23
Gráfico 3: Unidades de Salud de la Red Pública del Área Urbana y Rural.....	39
Gráfico 4: Gasto de Inversión en Salud como porcentaje del PGE de inversión: Ecuador 2008-2011.....	47
Gráfico 5: Gasto de Salud como porcentaje del PIB.....	48
Gráfico 6: Participación porcentual de la producción de las industrias de salud año 2003.....	50
Gráfico 7: Distribución porcentual de la producción de las industrias de salud según sector público y privado 2003.....	52
Gráfico 8: Número de camas en establecimientos del sector salud 1996-2009.	53
Gráfico 9: Número de camas hospitalarias disponibles en el sector público 1998-2004.....	54
Gráfico 10: Evolución del Índice de Oferta de Salud (IOS) 1999- 2007.....	55
Gráfico 11: Porcentaje de ocupación de camas en hospitales públicos 1998-2004.....	57
Gráfico 12: Promedio de días de estadía 1998- 2004.....	58
Gráfico 13: Esperanza de Vida al Nacer: Ecuador 1950-2025.....	59
Gráfico 14: Tasa de mortalidad general.....	60
Gráfico 15: Diez principales causas de muerte: Ecuador 2008.....	61
Gráfico 16: Diez principales causas de muerte en hombres: Ecuador 2008.....	61

Gráfico 17: Diez principales causas de muerte en mujeres: Ecuador 2008.....	62
Gráfico 18: MSP: Consultas de morbilidad 2001- 2007.....	64
Gráfico 19: Cuatro principales causas de morbilidad en hospitales.....	65
Gráfico 20: HPAS: mapa de ubicación.....	68
Gráfico 21: HPAS: Atenciones e ingresos por Emergencia enero- junio 2008..	75
Gráfico 22: HPAS: Cinco primeras causas de morbilidad general a diciembre 2007.....	76
Gráfico 23: HPAS: Cinco primeras causas de hospitalización a diciembre 2007.....	77
Gráfico 24: HPAS: Cinco primeras causas de Consulta Externa diciembre 2007.....	78
Gráfico 25: HPAS: Cinco primeras causas de morbilidad de Emergencia a diciembre 2007.....	79
Gráfico 26: HPAS: altas 1996- 2010.....	83
Gráfico 27: HPAS: defunciones 1996- 2010.....	84
Gráfico 28: HPAS: egresos por servicio 1996- 2010.....	85
Gráfico 29: HPAS: promedio de días de estada y su tasa de variación 1996-2010.....	86
Gráfico 30: HPAS: giro de cama y su tasa de variación 1996- 2010.....	87
Gráfico 31: HPAS: intervalo de giro de cama y su tasa de variación 1996-2010.....	88
Gráfico 32: HPAS: porcentaje de ocupación y su tasa de variación 1996-2010.....	89
Gráfico 33: HPAS: promedio de días de estada en Gineco-obstetricia y su tasa de variación 1996- 2002.....	91
Gráfico 34: HPAS: promedio de días de estada en Ginecología y su tasa de variación 2003- 2010.....	87
Gráfico 35: HPAS: promedio de días de estada en Obstetricia y su tasa de variación 2003- 2010.....	88
Gráfico 36: HPAS: promedio de días de estada en Neonatología y su tasa de variación 1996- 2010.....	93
Gráfico 37: HPAS: giro de cama en Gineco-obstetricia y su tasa de variación 1996- 2002.....	94
Gráfico 38: HPAS: giro de cama en Ginecología y su tasa de variación 2003-2010.....	94
Gráfico 39: HPAS: giro de cama en Obstetricia y su tasa de variación 2003-2010.....	95
Gráfico 40: HPAS: giro de cama en Neonatología y su tasa de variación 1996- 2010.....	95
Gráfico 41: HPAS: intervalo de giro de cama en Gineco-obstetricia y su tasa de variación 1996- 2002.....	96
Gráfico 42: HPAS: intervalo de giro de cama en Ginecología y su tasa de variación 2003- 2010.....	97
Gráfico 43: HPAS: intervalo de giro de cama en Obstetricia y su tasa de variación 2003- 2010.....	97
Gráfico 44: HPAS: intervalo de giro de cama en Neonatología y su tasa de variación 1996- 2010.....	98
Gráfico 45: HPAS: porcentaje de ocupación en Gineco-obstetricia y su tasa de variación 1996- 2002.....	99
Gráfico 46: HPAS: porcentaje de ocupación en Ginecología y su tasa de	

variación 2003- 2010.....	99
Gráfico 47: HPAS: porcentaje de ocupación en Obstetricia y su tasa de variación 2003- 2010.....	100
Gráfico 48: HPAS: porcentaje de ocupación en Neonatología y su tasa de variación 1996- 2010.....	100

ÍNDICE DE CUADROS

	Páginas
Cuadro 1: Funciones del Sistema de Salud.....	17
Cuadro 2: Unidades de Salud de la Red Pública del Área Rural.....	38
Cuadro 3: Unidades de Salud de la Red Pública del Área Urbana.....	38
Cuadro 4: Equilibrio de oferta y utilización de productos de la salud. Año 2003 en miles de dólares.....	49
Cuadro 5: HPAS: Población de Influenza 2008.....	71
Cuadro 6: HPAS: Distribución de la población por grupos etarios de las áreas de influenza.....	72
Cuadro 7: HPAS: Intervenciones Quirúrgicas y Procedimientos menores en Consulta Externa (2008).....	73
Cuadro 8: HPAS: Intervenciones Quirúrgicas en el Centro Quirúrgico y en el Centro Obstétrico (2008).....	74

RESUMEN

El acceso a la salud ha sido un problema identificado como uno de los principales de este sector, su solución ha sido buscada de forma permanente a través de la política pública; pues según autores como Amartya Sen, constituye un eje primordial de la justicia social y la equidad.

Para el año 2008, el Ecuador atravesó por un proceso de cambio institucional que determinó la vigencia de una nueva Constitución de la República. Las directrices para asegurar el presupuesto del Sector Salud, así como el sistema de garantía de derechos están contemplados en la nueva Carta Magna.

En un marco de análisis desde la Teoría Institucionalista, el capítulo I de la presente investigación se refiere a un acercamiento teórico desde esta perspectiva. Además, se abordan temas como el funcionamiento y organización general del Ministerio de Salud Pública (MSP), se analizan los problemas de información asimétrica, la necesidad de la intervención estatal como agente regulador, los contratos como la forma legal de contrarrestar los problemas de información, las fallas de mercado en la salud, y los costos de transacción, entre otros. Se analizan también los determinantes de la demanda por servicios de salud y conceptos básicos sobre gestión y eficiencia de los servicios hospitalarios.

En el capítulo II, se presenta un análisis de la oferta y la demanda por servicios de salud; contexto en el cual, se observa que la estimación de la oferta de salud puede ser inferida a partir de una serie de indicadores hospitalarios, demográficos y del estado de salud de la población en general. Sin embargo, para la estimación de la demanda se identificaron problemas en su cálculo, por la inexistencia de un sistema de información integrado, que pueda ser la fuente fidedigna del número de consultas y de su secuencia.

En el tercer capítulo, se realiza un análisis del Hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS), considerando los indicadores: promedio de días de estada, egresos hospitalarios, giro de cama, intervalo de giro de cama y porcentaje de ocupación; mismos que se incluyeron en todos los servicios del HPAS: medicina general/interna, cirugía, traumatología, gineco-obstetricia (dividido en el año 2003 en ginecología y obstetricia) y neonatología.

Respecto a la metodología, después de sistematizar la información que se encontraba en anuarios físicos del MSP hasta el año 2002, se procedió a realizar los

cálculos de las tasas de variación y los promedios; así mismo, se elaboraron los gráficos correspondientes.

Los gráficos fueron analizados bajo los criterios y estándares que definen la eficiencia hospitalaria en contraposición con la aprobación de la Ley de Maternidad Gratuita y el decreto de gratuidad en salud (plasmada en la Constitución de la República del año 2008).

En el capítulo IV, se responde la pregunta de investigación: ¿Existe evidencia teórica y empírica que permita conocer el estado de situación de la salud pública del Ecuador en general, y de la eficiencia hospitalaria en particular del Hospital Pablo Arturo Suárez?. Las conclusiones allí planteadas, provienen de un análisis de estadísticas meramente descriptivas, sin la posibilidad, de inferir resultados a través de una regresión, debido a la escasa información disponible.

CAPÍTULO I

APROXIMACIÓN TEÓRICA

Discusión sobre equidad

En términos de políticas públicas, el sector salud ha sido relegado por distintos gobiernos, en razón de otras prioridades nacionales como el pago de la deuda externa o atención a ciertas obras que resultan políticamente más rentables al inducir más al voto que una población saludable, pues éste último es un logro alcanzado sólo en el largo plazo. La Organización Mundial de la Salud, define la salud como “el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.” (OMS: s/f). Alcanzar la salud, entonces es un reto que no es fácil de ser obtenido y que demanda de una acción importante desde las políticas públicas. Los factores que determinan la salud, son diversos, hay determinantes económicos, culturales, demográficos que permiten que las personas vivan en condiciones de bienestar (Villacrés: 2008). Para atender las necesidades de salud de las personas, teniendo en consideración a sus determinantes, es indispensable que se estructuren en los países, las condiciones necesarias para que desde el Estado se puedan subsanar estas demandas de la población.

La equidad ha sido ampliamente discutida, y al igual que la gratuidad, ha sido pensada como una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de salud, siendo el acceso identificado como uno de los mayores problemas en términos de satisfacer la demanda por estos servicios. Según un estudio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el limitado acceso a los servicios de salud fue considerado de forma mayoritaria entre las autoridades de una serie de países entrevistados en América Latina como el principal problema que afecta a: Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana. Por otro lado, una cobertura insuficiente de los servicios de salud es considerada como una manifestación de la falta de equidad, que resulta problema prioritario en Costa Rica y Ecuador, en tanto que en Argentina, Brasil, Nicaragua y Panamá es visto en forma algo menos determinante (Arriagada et al., 2005).

Para Amartya Sen:

La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana, y una capacidad críticamente significativa que debemos valorar. Cualquier concepción de justicia social que acepta la necesidad de una distribución justa así como una eficiente formación

de las capacidades humanas, no puede ignorar el rol que tiene la salud en la vida humana y las oportunidades que las personas, tienen al alcanzar buena salud, libres de enfermedades prevenibles y mortalidad prematura (Sen, 2002: 660).

La salud es, según Sen, un tema central en términos de equidad, así como de justicia social. La equidad en salud, sin embargo sostiene el autor, no debe ser vista de manera aislada, sino que es un tema que está muy relacionado con la justicia, las asignaciones económicas y con la libertad (Sen, 2002). El concepto de equidad de la salud propuesto por Sen va más allá de la distribución de la misma.

En este contexto, una injusticia se puede entender como la falta de oportunidad para que las personas puedan lograr tener buena salud, producto de arreglos sociales inadecuados. En tal sentido, una enfermedad que no pudo prevenirse o que no pudo tratarse por razones referentes a la justicia social como la pobreza o por una epidemia en una comunidad, tiene un peso negativo en la justicia social, a diferencia de una enfermedad que se produce por razones de índole personal como por ejemplo fumar o tener comportamientos riesgosos. Es evidente que existe una diferencia entre el objetivo de lograr la salud y la capacidad de lograr salud, debido a que ésta última proviene de una decisión personal (Sen, 2002).

Sen sostiene que existen facilidades que se ofertan a la sociedad para promover que las personas logren tener salud, como por ejemplo la seguridad social o los programas de salud pública. Pero para este autor, la equidad en lo que a salud respecta, no puede ser limitada solamente a un estudio de la demanda por el cuidado de la misma, pues existen además otros factores que influyen en la forma en que las personas logran alcanzarla, por ejemplo hay influencias genéticas, el ingreso individual, los hábitos alimenticios, estilo de vida, ambiente epidemiológico, condiciones de trabajo, etc (Sen, 2002).

Las políticas públicas que buscan la equidad en la salud deben ser estudiadas cuidadosamente antes de ser aplicadas, ya que en términos de igualdad, podrían aplicarse los términos de Pareto. Es decir que, así como los ricos y los pobres pueden tener mejores condiciones de salud al aplicar una política, también puede ser posible que las condiciones de salud sean precarias para todos. Muchas veces buscando la equidad, se logra una igualdad no deseada a través de la implementación de políticas contraproducentes, que a la larga desmejorarían las condiciones de logro y acceso a la salud de la población (Sen, 2002).

Sen demostraría que la reducción de las desigualdades de la salud no siempre incide en el mejoramiento de la equidad de la misma. La equidad requeriría de arreglos sociales que permitan la localización de recursos, la creación de instituciones sociales o políticas para poder alcanzarla; la desigualdad no es el único lente que debe ser usado para ver la inequidad de la salud. Los determinantes de la equidad están a su vez relacionados, las políticas inciden altamente en su alcance, por ejemplo aquellas de promoción de la salud, dependen fuertemente de la localización de los recursos y no solo de cómo estos son distribuidos (Sen, 2002).

Las políticas públicas, en especial aquellas que buscan mejorar la salud de la población deben considerar la influencia de ciertas variables, como por ejemplo aquellas relacionadas con el comportamiento poblacional. La fecundidad es una variable que afecta directamente a la estructura de las unidades domésticas, pero que al mismo tiempo ve afectado su comportamiento por otros determinantes.

Una clasificación tradicional de las variables que afectan el comportamiento de la fecundidad (sobre todo para su descenso), divide a los determinantes en contextuales y biológicos. Los determinantes contextuales son de carácter socioeconómico y cultural, tienen en cuenta los procesos de industrialización y urbanización, la educación formal y la participación de la mujer en el ámbito laboral fuera del hogar (Chackiel, 2004).

Entre los determinantes biológicos se incluyen a la mortalidad infantil y aquellos próximos (variables intermedias) que tienen que ver con el riesgo de la concepción y el resultado del embarazo. Las mencionadas variables intermedias afectan directamente al número de hijos (Chackiel, 2004).

El descenso en la fecundidad, según Luis Rivadeneira, produce una diversificación de las unidades domésticas, aumentando el número de hogares nucleares, unipersonales y monoparentales con jefatura de mujeres. Coincidentemente, aquellos hogares con jefes femeninos, en su gran mayoría, tienen mayor incidencia de la pobreza y de la discriminación de género (Rivadeneira, 2000).

La equidad de la salud no podrá entonces ser alcanzada, si no se solucionan problemas sistémicos y culturales. Las mujeres son muchas veces discriminadas; los ingresos por salario suelen ser diferentes entre hombres y mujeres, creándose así más inequidades entre los hogares y en la sociedad en general.

Para aquella población con desventajas y pocas oportunidades, tener acceso a los servicios básicos se vuelve cada vez más difícil. El bajo poder adquisitivo de las

personas, deja abierta la brecha de necesidades insatisfechas, agravada cada vez más por las inequidades que también crecen.

Se crea un círculo vicioso de inequidades y desigualdades. Las madres se vuelven jefas de hogar, muchas veces siendo adolescentes y dejando de lado su formación académica, tienen hijos que pronto se integran al ámbito laboral para apoyar las necesidades del hogar, los hijos al no prepararse, pierden oportunidades y generan nuevamente hogares como los suyos. La educación y la salud ayudan a generar mejores condiciones de vida incluso para las generaciones futuras. Según Rivadeneira, las madres adolescentes tienen más posibilidades de tener un parto prematuro, siendo por lo tanto de más riesgo para su salud y la de su hijo (Rivadeneira, 2000). Es decir que las desigualdades definitivamente acentúan las inequidades, en salud, educación, trabajo, etc, tal como Sen lo propone.

Las políticas públicas puestas en marcha

El gasto de los hogares en servicios de salud como porcentaje del gasto de consumo doméstico, contempla los costos de atención cancelados por las familias a través de gastos directos o indirectos. Los gastos directos, se denominan también gastos de bolsillo, se realizan en función de la capacidad de pago de cada hogar y abarcan: hospitalización, procedimientos ambulatorios y medicamentos (deducidos de los reembolsos de los seguros). Los gastos indirectos a su vez, se refieren al pago de planes prepagados, seguros médicos privados y públicos (OPS, 2007).

La carga de los gastos de bolsillo es la representatividad de estos gastos con respecto a la capacidad de pago del hogar. Se calcula al restar los gastos de subsistencia del total de ingresos del hogar. Los gastos de subsistencia son los incurridos en alimentos y excluidos los bienes de lujo (Naciones Unidas, 2008).

Los gastos de bolsillo pueden denominarse catastróficos:

cuando la magnitud de la carga de gastos de bolsillo supera un límite determinado de la capacidad de gasto de las familias, se considera que los gastos son catastróficos. Por lo general, el límite se establece en el 40% de la capacidad de pago y esta clase de gastos puede “empobrecer” a las familias (Xu, Evans y Aguilar, 2003: 87).

Siendo restringido el acceso a la salud o la cobertura de la seguridad social insuficiente, se pueden producir eventos de morbilidad graves como trasplantes, hipertensión, VIH/SIDA o eventos menos graves pero recurrentes como la bronquitis en un niño de

meses; estos eventos devienen en gastos de bolsillo elevados y catastróficos. Un gasto se considera catastrófico en función del monto del desembolso y del tiempo durante el cual debe incurrirse (Naciones Unidas, 2008). Los gastos catastróficos se relacionan con el estado de salud de la población y las condiciones del aseguramiento. Los gastos de bolsillo deberían ser menos elevados si el Estado proporciona cobertura universal y gratuita de salud (Naciones Unidas, 2008).

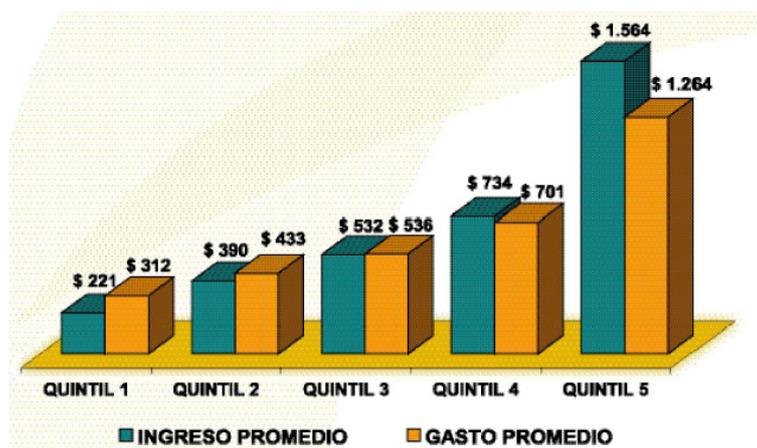
Las políticas públicas, no siempre se han enfocado en solucionar precisamente estos problemas de acceso y cobertura en salud. En el Ecuador por mucho tiempo, todo lo relacionado con el sector social fue relegado en términos de políticas y presupuesto asignado. Otras políticas, más recientes, como por ejemplo la de la gratuidad requería de un aval técnico que permitiera vislumbrar las tendencias demográficas y los recursos necesarios (Vanguardia, 2012)

Antes de los altos desembolsos que tuvieron su inicio en el año 2007, el acceso a los servicios de salud se vio afectado por la falta de recursos, siendo un agravante importante para esta situación, una distribución del ingreso muy poco equitativa.

El gasto en salud de bolsillo debía cubrir las necesidades de los hogares, pero entre satisfacer necesidades de subsistencia y satisfacer las necesidades de salud, el primero resultó ser mayor, como lo muestra la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) levantada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Los gastos en salud a nivel nacional llegan a ser del 5,3% según la ECV 2005-2006, del 5,2% en el área urbana y del 6% en el área rural. Sin embargo, la misma encuesta denota una importante concentración del ingreso, por lo que las personas situadas en los quintiles 1 y 2 (INEC, 2005), tienen altas probabilidades de tener gastos catastróficos en algún momento. Esta realidad aplicada en la salud es igual de preocupante, si una persona que forma parte de una familia con bajos ingresos sufre alguna de las enfermedades denominadas “catastróficas” (cáncer de todo tipo, tumores, SIDA, etc) cuyos tratamientos son por lo general altamente costosos, difícilmente podrán tener acceso a los mismos o deberán endeudarse o vender sus activos para sanarse o sobrevivir.

Gráfico 1

Distribución del Ingreso y el Gasto por Quintiles a nivel Nacional



ELABORACIÓN: INEC, 2005

FUENTE: Resultados de ECV (INEC, 2005)

La carga del gasto de bolsillo en salud varía de un país a otro, según un estudio de las Naciones Unidas para el año 2008, analizando a varias naciones de la región. Bolivia es el país que registra la menor magnitud de gasto de bolsillo en salud (4%), seguido por Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay con un promedio de 5%, República Dominicana 6%, Ecuador con un 7,4% y los países con porcentajes más altos fueron: Argentina con el 8%, Perú con casi el 9%, Nicaragua con 10% y finalmente Honduras con casi el 16% (Naciones Unidas, 2008).

La solución más evidente a esta problemática sería facilitar el acceso a los servicios de salud desde el Estado, por dos vías: la primera acercando a los proveedores de éstos servicios a sus usuarios; y el segundo, dado que el ingreso es el problema, haciendo que los servicios de salud tengan bajos costos o sean gratuitos, en especial para aquellas personas de los primeros quintiles, quienes se verían imposibilitados de alcanzar mejores niveles de vida por la desigualdad causada por sus bajos ingresos.

La desigualdad y las inequidades en conjunto, hacen que la calidad de vida de las personas se deteriore cada vez más, como lo muestran el estudio de Rivadeneira y los datos de la ECV, acentuados por patrones culturales. La salud, al no ser la prioridad de gasto de los hogares, se ve notablemente afectada, porque luego de los gastos prioritarios (alimentación sobre todo), los hogares más pobres ya no disponen de ingreso para destinarlo a este gasto, endeudarse es la opción más aceptada o de lo contrario, la muerte.

Durante la llamada década perdida, por causa de la crisis de la deuda en América Latina, los países de ésta región iniciaron la implementación de una serie de reformas en el manejo de su economía con el objetivo de no repetir la crisis, éste paquete de políticas es conocido como Reforma Estructural. Los ajustes a los que debían someter el manejo presupuestario se establecieron en Ecuador entre los años 1982 y 2006. La Reforma Estructural y sus políticas redujeron el presupuesto asignado al sector social, aminorando así mismo aquel destinado a la salud. Con el presupuesto restringido, se buscaron alternativas para financiar los servicios de salud ofrecidos, se implementaron entonces el pago y el copago.

Según la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFY), el copago se define como la participación directa del usuario en parte de los costos de los servicios de salud al momento de utilizarlos, con la idea de financiar y racionalizar los gastos sanitarios. Además, este sistema busca lograr recursos para incrementar el presupuesto del sector, el copago coadyuvaría a eliminar el consumo abusivo e innecesario de los servicios sanitarios (SEMFYC, 2010). El copago restringe la demanda por servicios de salud. Se consideran por otro lado, tres clases de prepago, según la SEMFYC (SEMFYC, 2010):

1. Sobre servicios de atención médica (hospitales, servicios de urgencias).
2. Sobre servicios hoteleros (hospitalizaciones).
3. Sobre los medicamentos y farmacia.

Además del pago, prepago y copago, otras propuestas aisladas sobre gratuidad aparecieron para contrarrestar la poca atención que los gobiernos brindaban al sector durante la década de los noventa, cuando los servicios de salud dejaron de ser gratuitos por efectos de las Reformas. Al poner costos a los servicios, el acceso de las personas a los mismos se volvió sumamente limitado debido al ingreso, pero también por la falta de institucionalidad que el Ministerio de Salud (MSP) ha presentado durante décadas.

En el Ecuador, un ejemplo de estos intentos para evitar consecuencias poco deseables, es el caso de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, publicada por primera vez el 9 septiembre de 1994 y reformada en 1998, Registro Oficial 381 del 10 de Agosto de 1998. Esfuerzos similares fueron emprendidos en otros países como Bolivia, que en 1996 estableció dos seguros con la intención de mejorar el acceso a los servicios de salud a grupos prioritarios de mujeres y niños (Dmytraczenko et al., 1998). El sistema es diferente al de Ecuador, pues se extiende un seguro gratuito a mujeres embarazadas y a niños menores de 5 años (Seguro Nacional de Maternidad y

Niñez –SNMN-), creado en 1996 y reformado años más tarde, convirtiéndose en el año 2003 en el Seguro Universal Materno- Infantil (SUMI). El sistema de Bolivia funciona como un seguro, bajo una modalidad de reembolsos estratificados según las condiciones de las mujeres, a diferencia de Ecuador donde el servicio es gratuito de forma directa y universal (para todas las mujeres).

Para el diseño, creación y ejecución de las políticas públicas, una fortalecida institucionalidad es primordial. Analizando la cartera de Estado rectora del sector en el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública se encuentra organizado según lo dicta la Constitución de la República y Ley Orgánica de Salud. Entre las acciones, que el MSP debe cumplir, está la elaboración de planes y proyectos para brindar servicios de salud. El objetivo que esta organización persigue es la reducción de la prevalencia de enfermedades.

Las funciones del sistema de salud a cargo del MSP son, según Nildha Villacrés (Villacrés: 2008, 28-29):

Cuadro 1
Funciones del Sistema de Salud

FUNCIÓN	DESCRIPCIÓN
Gobernar (ejercer rectoría)	En relación a los actores, acciones y funciones que forman parte del sistema, esto en tanto la salud, sus determinantes y los servicios de salud. Forma parte de esta función la regulación: en lo financiero donde los seguros están incluidos y de la calidad asistencial (control de protocolos y errores médicos). También regula la capacitación de los médicos y su recertificación. Esta función irrenunciable del Estado afecta directa o indirectamente a las otras funciones, otras instancias participan también de esta función, como los profesionales médicos, sus organizaciones profesionales y de defensa al consumidor, pacientes y población en general. Esta función es la que menos puede dejarse bajo la lógica del mercado.
Financiar la prestación de servicios y la creación de recursos	Movilizar recursos financieros entre los agentes económicos, acumulación de dinero en fondos reales o virtuales (fondos de seguridad social, presupuestos públicos, ahorro familiar), fruto de acuerdos institucionales para fines definidos.
Asegurar el acceso a los servicios	Garantizar los dispositivos necesarios para el acceso efectivo a las intervenciones de salud, con equidad y eficiencia.
Provisión del servicio	Se refiere a la producción de intervenciones de salud. Armonizar los objetivos de producción, factores de producción, modalidades y técnicas de producción que permiten la producción de resultados positivos en salud.
Intervenciones	Incluyen a los servicios asistenciales a las personas, las acciones de salud colectiva para la población o el medio ambiente. Abarca las todas las acciones, incluso fuera del sector que tengan efectos sobre la salud. Esta función afecta a la salud, su distribución, la satisfacción sobre la misma e incluso la equidad financiera.

FUENTE: Villacrés, Nildha (2008). Buen gobierno en salud: un desafío para todos, en Espinosa, B, & Waters, W. (ed.) (2008), *Sistemas de salud y transformaciones sociales*, FLACSO Ecuador, Quito.

ELABORACIÓN: Autor

La función de financiar es indispensable para garantizar el aseguramiento, la provisión y las intervenciones de salud. Los recursos deben apuntar a lograr estos objetivos. No existe en el Ecuador un mecanismo que permita medir no solo la cantidad del gasto, sino la calidad del mismo, lo que ocasiona problemas graves para una ejecución del gasto fiscal efectiva y eficiente.

Los servicios existen pero resultan inaccesibles para algunos grupos que los demandan, además, existen necesidades insatisfechas que resultan no ser un *target* de mercado para las empresas privadas de salud, éstas necesidades se concentran en un grupo de personas que al no tener poder adquisitivo no pueden acceder al servicio privado, entonces es deber del Estado atender esta población desprotegida.

La provisión del servicio está relacionado con la obtención de un resultado luego de la inversión de tiempo, recursos y la ejecución de programas (Villacrés, 2008). De igual manera las intervenciones, permiten que a través de servicios asistenciales, mejoren las condiciones de vida de la población, con sus determinantes incluidos (Villacrés, 2008).

Específicamente la función de gobernar, descrita en el cuadro 1, tiene una vinculación más directa con la institucionalidad, siendo que la rectoría se ejerce si existe una institución fortalecida y respetada. La percepción de las personas sobre el MSP, puede ser calificada de “regular”, puesto que según los resultados de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), las personas califican al servicio público de salud con 5.6 puntos sobre 10 según la ronda de junio del año 2008, para la misma encuesta de junio de 2011, la calificación fue de 6,4 (INEC, 2011). Del total de los encuestados, si se discriminan a aquellas personas que efectivamente utilizaron los servicios de salud, la calificación se incrementa en ambos casos, siendo de 5,8 para el año 2008 (INEC, 2008) y 6,6 para el año 2011 (INEC, 2011). La percepción de ciudadanos en general y usuarios, no es la mejor, podría deberse a un problema adicional de eficiencia.

Otra de las debilidades más importantes que no ha permitido que la función de gobernar del MSP se ejecute eficientemente, obedece por un lado a un Modelo de Atención basado en una lógica de intervención paliativa, pero no preventiva. Seguramente porque por un lado la inversión en la prevención resulta menos visible, frente a programas que mueven altísimos presupuestos para apoyar la resolución de enfermedades.

La lógica de programas verticales (Unger et al., 2008), por otro lado, además de favorecer este modelo paliativo, por ejemplo ha creado una especie de desorden, en términos de recolección de información y cálculo de indicadores, pero también en el uso poco eficiente de recursos, puesto que al existir un programa de tuberculosis y por otro lado un programa para personas con VIH-SIDA, cada uno con un presupuesto independiente que necesita ejecutar, pero con indicadores similares en muchos casos, con poca integración entre sí, lo que ocasiona duplicidad de tareas e ineficiencia en el uso de recursos.

Se considera que a pesar de que existiera una completa coordinación entre los programas, el número de enfermedades que requieren intervención clínica es tan amplio que se vuelve imposible considerar que los programas verticales efectivamente cumplan con los estándares requeridos para que esta demanda sea atendida (Unger et al., 2008). A pesar de estas dificultades, la integración de los sistemas de todos los programas resulta ser clave, a pesar de que no solucione de manera inmediata los problemas estructurales.

Este modelo de atención poco preventivo, resulta además, ser poco incluyente de las corrientes de sanación alternativas (Ortega, 2008), tanto aquellas ancestrales e históricas de los pueblos. Para Ortega, lo ‘tradicional’, lo ‘convencional’ y lo ‘alternativo’ son formas distintas con las cuales la población del mundo contemporáneo responde al reto planteado por la enfermedad (Ortega, 2008: 47).

El modelo de atención de salud además cumple con la característica de ser centralizado lo que no ha resultado ser muy efectivo, puesto que a pesar de esta característica se encuentra muy fragmentado (Villacrés, 2008). Por otro lado, otra característica de este modelo es la atención centrada en la oferta, que no obedece a una serie de factores enumerados por Ortega (Ortega, 2008: 48):

- La interpretación personal y cultural de la realidad de cada individuo.
- El espacio circundante y las relaciones sociales que lo rodean.
- Los conceptos de salud y enfermedad del individuo, de su familia y de su comunidad.
- Las respuestas históricas que han generado las sociedades pre-ecuatoriana y ecuatoriana frente a la necesidad de salud.
- La información disponible respecto de los modelos de salud y de los agentes de salud.

- La accesibilidad física, cultural y económica a los distintos agentes de salud.
- La gravedad de las dolencias y la pertinencia de una atención general o especializada.
- La calidad y calidez de la atención recibida previamente.
- El curso de la enfermedad.
- La eficacia y efectividad del método terapéutico referido o experimentado.
- El pronóstico recibido.

Creada en el año 1998, dentro de los procesos o departamentos del MSP se encuentra el de Salud Intercultural, sin embargo las políticas que se han implementado han sido vagas o poco efectivas en este ámbito, puesto que el reconocimiento o la posibilidad de tener hijos por medio del parto vertical no es suficiente para brindar atención con calidez a las personas que pertenecen a minorías étnicas especialmente indígenas, puesto que hay problemas de fondo que no permiten la total inclusión como por ejemplo el ser atendido en su idioma, muy pocos médicos hablan quechua y peor alguna otra lengua ancestral.

Se pensaba que el largo tiempo que permaneció el sector salud aislado de las prioridades presupuestarias, incidían en que especialmente el MSP no haya podido avanzar en procesos de modernización, por lo cual las agencias internacionales, que además financian y promueven los programas verticales, intervinieron en diferentes proyectos para “modernizar” el sector salud, específicamente, el MSP.

Los dos proyectos que estuvieron llamados a cumplir con estas funciones, bajo la dirección del Banco Mundial, fueron el Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE) y el Proyecto de Modernización del Sector Salud (MODERSA). Según el informe final de éste último, la ejecución del mismo tuvo problemas relacionados con los contratos que se retrasaban constantemente, también proveedores presentaron quejas sobre retrasos en los pagos e irregularidades en los procesos de licitación (Banco Mundial, 2007). El Banco Mundial, fue el prestamista para la ejecución de MODERSA, según este mismo informe del año 2007 se efectuaron muchas auditorías al proyecto, siendo el problema más grave el proceso de la compra de tres barcazas que funcionarían como centros de atención médica móvil con aparente sobreprecio. Las auditorías sufrían retrasos frecuentes debido a procesos internos del MSP (Banco Mundial, 2007).

Estos antecedentes nos conducen nuevamente a un problema de institucionalidad y de gobernanza, además se comprueba la idea de que la problemática de la salud no puede ser solucionada simplemente con desembolsos presupuestarios adicionales, siendo que los mismos pueden no ser utilizados de manera eficiente como ya se ha mencionado.

Como resulta evidente, el MSP ha tenido problemas institucionales muy profundos en términos de gobernanza y de rectoría, esta última no logra ser ejercida de manera efectiva, tal vez por ser un ministerio que por sus funciones tiene presencia a nivel nacional, desde las ciudades importantes hasta los lugares más remotos.

Frente a todo este panorama de deuda y problemas institucionales, los movimientos sociales reclamaron la forma de manejar el sector social, su lucha se centró en el pago de la llamada “deuda social” (ICCI, 2012). La falta de presupuesto había sido la excusa que por largo tiempo, muchos ministerios del sector social habían puesto para justificar su ineficiente gestión. Esta demanda se convirtió en la bandera de lucha de candidatos al poder, la salud estaba también incluida dentro de los sectores acreedores de esta “deuda”.

La coyuntura política de entonces, determinó que en el año 2008, el Ecuador atravesara por un proceso de cambio institucional que incluso condujo a preparar una nueva Constitución de la República. Los cambios incorporados en esta nueva Constitución giran en torno a los derechos de los ciudadanos, y en este sentido, la salud que es considerada como un derecho, aparece como un eje transversal en la misma.

La gratuidad es considerada allí como una de las estrategias para el mejoramiento de la salud de la población y como un deber del gobierno que se garantiza. Se entiende que la gratuidad de los servicios de salud permitiría que, sin importar el nivel de ingresos de las personas, aquellas que se encuentren enfermas, puedan ser atendidas en todas las unidades de salud de cualquier nivel, sin tener que pagar a cambio del servicio recibido.

Así, la Carta Magna considera en primer lugar, que la salud es uno de los deberes primordiales del estado, esto se establece en el artículo 3 (Constitución, 2008), y la garantía del goce de este derecho se estipula en el artículo 32, que dicta literalmente:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el

trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

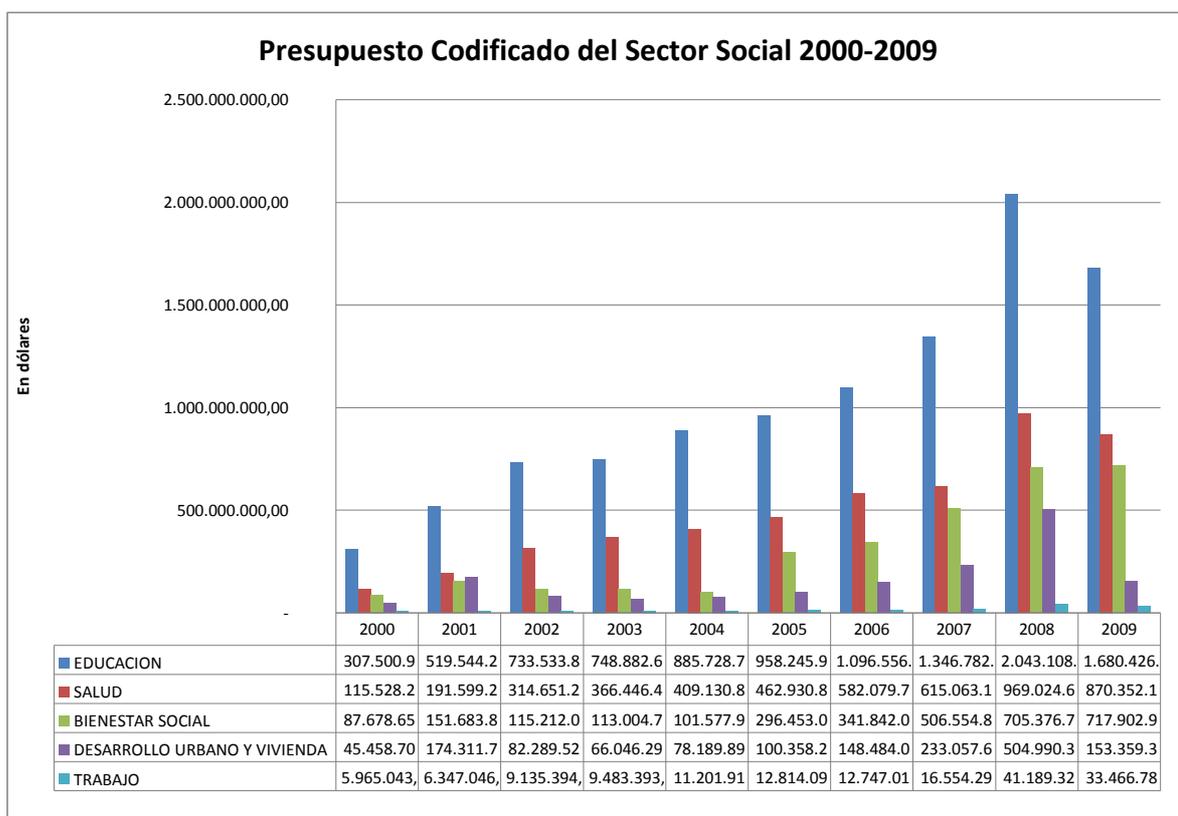
El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Constitución, 2008: 29).

El presupuesto de la salud, se encuentra también asegurado y garantizado por la Carta Magna, así el Artículo 165, sostiene incluso que durante el estado de excepción, el presidente puede usar los fondos públicos excepto aquellos de salud y educación (Constitución, 2008). Así mismo, los únicos sectores que tienen el beneficio de presupuesto pre-asignado son salud y educación (Art. 298), mismos que se consideran como prioritarios (Art. 286) y primordiales componentes del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, descrito en el Artículo 340 (Constitución, 2008).

Estos cambios constitucionales, permitieron que el Sector Salud a partir del año 2008 pueda fortalecerse, por lo menos en términos presupuestarios. Cabe anotarse que antes de que el Ecuador entre en un proceso profundo de ajuste estructural, es decir antes del periodo comprendido entre los años 1982 y 2006, que incluyó el pago y el copago antes descritos e incluso la privatización de algunos servicios públicos, los servicios de salud eran de libre acceso.

Haciendo un análisis retrospectivo y comparativo, los presupuestos asignados en años anteriores son menores frente a los aportes en los últimos años así, el presupuesto asignado para el sector salud en el año 2007 representa 5,3 veces más que el asignado en el año 2000, para el año 2009, representa 7,5 veces más que el dinero asignado en el 2000, las variaciones de año a año y la representatividad del sector frente al resto de sectores sociales, se presentan en el gráfico 2.

Gráfico 2



FUENTE: Ministerio de Finanzas (MEF, s/f)
ELABORACIÓN: Autor

Entre las atribuciones y deberes dictados en el Artículo 360, en relación al Sistema Nacional de Salud están la promoción, prevención y atención integral en salud tanto familiar como comunitaria, a través de las instituciones que lo conforman. Se toma en cuenta la medicina ancestral y alternativa, y los diferentes establecimientos de salud como un conjunto articulado (Constitución, 2008). El Artículo 361 define que la rectoría del sistema es ejercida por el Estado, a través de la autoridad sanitaria nacional, que se cristaliza en el Ministerio de Salud Pública (MSP), cuyos deberes consisten en:

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.

5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y posparto.
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud (Constitución, 2008: 166).

La red pública de salud, representada mayormente por el MSP es la de mayor cobertura en el país, 60% (OPS, 2010), pues solamente 1.852.930 ecuatorianos se encuentran afiliados al IESS para el 2009 (IESS, s/f), lo que representa alrededor del 13% de un total de 14.483.499 de ecuatorianos (INEC, s/f).

La salud es un derecho consagrado en la Constitución y la atención en la misma no puede ser negada por los médicos, según lo indica el Artículo siguiente:

Art. 365.- Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley (Constitución, 2008: 167).

Pero estas concepciones, expresadas en la Carta Magna, no forman parte de un paquete de políticas nuevas, pues antes de que en los años noventa se aplicara estrictamente la Reforma Estructural y se cumplieran las exigencias impuestas por los organismos multilaterales de recortes en lo social, para poder acceder a créditos *stand by*, políticas similares se encontraban vigentes en el país, como ya se mencionó.

El institucionalismo como marco de análisis

La institucionalidad en la salud es muy importante como se ha expuesto anteriormente, por tal motivo, se requiere tener la visión que desde las teorías que estudian este fenómeno, podría ampliar la perspectiva de lo que el sector salud es y de lo que le hace falta. Una aproximación teórica para estudiar las políticas públicas de salud, es el análisis institucionalista. Bajo este análisis, se considera que el mercado no es el único mecanismo regulador de la economía, ni el más eficiente, razón por la cual la existencia de las instituciones es imprescindible ya que éstas pueden contribuir a la regulación económica. Para los institucionalistas, existen dos tipos de instituciones. Las primeras son las conocidas como “formales”, cuyos estatutos son de conocimiento común y se

encuentran inscritos en distintos medios de común aceptación como en las leyes. El otro tipo de instituciones son las llamadas “informales”, cuyo funcionamiento es de conocimiento común pero no está explícito en ninguna norma legal, tal es el caso de la cultura y la religión, cuyos conocimientos pasan de generación en generación, pero de manera tradicionalmente oral. Se considera que el mercado, que también es una institución, no debe ser considerado una institución aislada, pues tiene relación con otros mercados como el político y el económico, de cuyas interacciones nace la organización de las sociedades (Ayala, 1999).

En el sector salud existen diversos problemas sobre información asimétrica en tanto existe un agente (el médico) con información privilegiada, el mercado de la salud necesita ser regulado entonces por un segundo agente (el Estado) para que los problemas de asimetrías de la información disminuyan.

Para Ronald Coase, pensador de ésta corriente, el estudio de la economía estaba alejado de la realidad por su extrema abstracción. Por esta razón, su principal preocupación fue la inclusión de otras variables consideradas por él endógenas al estudio económico como los costos de transacción positivos, y la reformulación de ciertos supuestos de la economía convencional como la idea de información perfecta (Coase, 1998a). Coase es uno de los precursores de esta línea de pensamiento y ya había dejado algunas bases sentadas en su publicación de 1937, con el análisis de los precios relativos (Coase, 1937).

Otro importante pensador de esta corriente es Douglas North, para quien la economía neoclásica deja de lado el tiempo y coincide con Coase en la importancia del estudio de las instituciones. Es necesario entonces el estudio de las instituciones formales e informales, las bases legales y el derecho de propiedad para entender a cabalidad el funcionamiento del mercado. Además critica ciertos neoclásicos y resalta las diferencias entre el institucionalismo y esa corriente de pensamiento (North, 1994).

El punto de convergencia entre la economía de la elección y la institucional es la consideración de la racionalidad instrumental con que las personas logran sus objetivos, es decir que la idea de elección racional permanece en ambos enfoques. North hace profundas reflexiones al respecto, incluso a nivel fisiológico (North, 1994).

Por otro lado, este mismo autor hace un análisis de ciertas políticas generalmente aplicadas en países en vías de desarrollo, censura las privatizaciones y juzga que la aplicación de políticas que funcionan en países ricos no serían necesariamente exitosas en un país de diferentes características. Al estudiar las

características de las instituciones de cada país en particular, se puede dilucidar soluciones apropiadas para esa economía (Lozano, 1999).

La posición de los neoclásicos (en especial Friedrich Hayek) coincide en la importancia de las instituciones pero desde el lado del intercambio y la maximización de las ganancias por la libertad del mercado. Los derechos de propiedad facultan o no la realización de intercambios voluntarios y la libertad. También, garantizan la descentralización de las actividades, haciéndolas dinámicas y buscando permanentemente mayores beneficios. El enfoque de los derechos de propiedad es analizado también desde la teoría institucionalista, con un especial énfasis en la importancia de los contratos (Hayek, 1973).

La noción de Hayek sostiene que se pueden explicar las ventajas de tener un sistema descentralizado de intercambio voluntario. En este caso el mercado es un mecanismo que permite que los agentes estén en continuo aprendizaje, ya que la información es incompleta. Si se equivocaron, la experiencia no dejará que lo vuelvan a hacer (Hayek, 1973).

Un sistema descentralizado de asignación de recursos, para los neoclásicos, es más eficiente porque la naturaleza del conocimiento es el estar disperso, descentralizado y es imposible de recoger (la intervención estatal es infructuosa o sólo es buena parcialmente)¹ (Lozano, 1999).

Los lineamientos económicos actuales, aun los más ortodoxos, reconocen la importancia de la intervención estatal, en la economía. Francis Fukuyama, asesor presidencial de George Bush, luego de haber declarado el fin de la historia, presenta la intervención estatal como muy importante al momento de organizar la economía, claro que sin dejar de lado su posición ortodoxa, pensando en su importancia desde una perspectiva de la gobernanza.

Fukuyama mantiene la tesis de que el Consenso de Washington y sus preceptos no fallaron por no haber sido bien pensados, sino por no haber sido aplicados de la manera correcta, por la debilidad institucional, coyuntura inadecuada y problemas diversos como la corrupción y falta de bases legales (Fukuyama, 2004).

Las ideas de Fukuyama han sido ampliamente aceptadas por los organismos internacionales, para quienes sólo desde hace muy poco el Estado tiene algún valor, pues a la hora de aplicar el modelo de Reforma Estructural, el Fondo Monetario

¹ No todo el conocimiento es inaccesible, ej. Internet, creación de hábitos, tradiciones y costumbres. Crítica de Polanyi (Polanyi, 1989).

Internacional poco o nada lo valoraba (Fukuyama, 2004). Esto sin que signifique la renuncia de este autor a su posición ortodoxa.

Para Fukuyama, en lo que respecta al Estado, se debe hacer una diferencia entre el alcance de las actividades estatales, que corresponden a las funciones y objetivos de los gobiernos; la fuerza del poder del Estado o su capacidad para programar y elaborar políticas, para elaborar y aplicar leyes con rigor y transparencia, eficiente manejo del sector público con burocracia mínima, control de la corrupción, nivel de rendición de cuentas, transparencia, etc. (Fukuyama, 2004: 23).

Los organismos multilaterales toman en cuenta ahora la importancia estatal. El Banco Mundial, por ejemplo, detalla y jerarquiza las funciones estatales según su criterio en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1997.

En todo este contexto, de la importancia de las instituciones, del mercado y del Estado, surge la necesidad de evaluar las políticas públicas de salud, en un escenario de información incompleta y de falta de conocimiento de todos los agentes sobre los productos que pueden consumir o producir. El análisis institucionalista, desde la perspectiva de North y Coase, en contraste con Fukuyama, parte del supuesto de que el proceso de producción, adquisición y procesamiento de la información es sumamente costoso, debido a que los mercados no suministran la información adecuadamente. Por poner un ejemplo, en Estados Unidos, los servicios de salud, 300 mil millones de dólares son utilizados para capturar, guardar y procesar información sobre los pacientes, expedientes de médicos, resultados de exámenes y archivos de los seguros (Ayala, 1999).

Los costos de transacción pueden disminuir, en caso de que las instituciones funcionen de manera eficiente, de lo contrario se pueden generar problemas como la información incompleta o la información asimétrica, lo que además está ligado al crecimiento de la incertidumbre y el riesgo (Ayala, 1999).

Se considera que la información es “incompleta” cuando es difícil o imposible de conseguir, también en caso de que el costo para obtenerla sea muy alto. Por otro lado, la “asimetría” de la información aparece en caso de que la distribución de la misma no sea equitativa entre los agentes. Los individuos con mayor información tienen ventaja, mayor poder de negociación y usan esta ventaja para su beneficio (Ayala, 1999).

Cuando existen problemas de asimetrías de información se pueden tomar decisiones adversas, lo que resulta perjudicial para los agentes que carecen de

información completa (Ayala, 1999). El análisis de los costos de transacción propuesto por Williamson, es importante, ya que sostiene que cuando éstos son altos, estudiar la institucionalidad se convierte en algo indispensable (Williamson, 1979), por tal razón se justifica que las tesis institucionalistas sean utilizadas para el estudio propuesto.

Williamson sostiene que los contratos son una forma de reducir los efectos perversos de las ineficiencias producidas por las asimetrías de la información, pero la idea de costos de transacción cero, es simplemente una utopía y por lo tanto los contratos no están libres de estos defectos. Para evitar los riesgos de los contratos, las personas con capacidades racionales, intentarán hacer predicciones que reduzcan los costos de transacción (Williamson, 2007).

El ámbito de la salud no está exento de mostrar este tipo de contratos, y puede ser analizado bajo la lógica de gobierno, los costos de transacción e incluso dentro de la lógica del “*Rational Choice*”. Así, la ortodoxia en sus aproximaciones a la salud, tiene algunos ejemplos como los aportes de Michael Grossman y su aplicación de la demanda de salud como capital, haciendo una semejanza con la teoría de Capital Social. Para Grossman, la “buena salud” es un bien del tipo *commodity*. La teoría tradicional de la demanda, donde los consumidores maximizan su función de utilidad no se aplica del todo en el estudio de la salud, donde no se demanda el servicio de salud *per se*, sino que lo demandado es “buena salud” (Grossman, 1999). Según el mismo autor, su teoría tiene una relación cercana a la de Capital Social, las personas se ven incentivadas a invertir en su educación, para mejorar su stock de capital y permite incrementar su productividad y por lo tanto sus ingresos (Grossman, 1999: 2), el capital de salud es un componente del stock de capital humano.

La propuesta de Grossman, consiste en un modelo de demanda de capital de salud como tal, éste fue su aporte a la teoría. Según Grossman el *stock* de educación afecta la productividad de mercado y de no mercado de las personas, mientras que su *stock* de salud determina la cantidad de tiempo que puede usar para producir ganancias y *commodities* (Grossman, 1999).

Para Williamson, también es importante tener en cuenta la visión de Simons, para quién tener como sujeto de análisis a los seres humanos es indispensable, dado que su comportamiento es lo que debe ser estudiado (Williamson, 2002). Ésta es una ventaja, que la Economía Institucionalista tiene sobre la teoría del Rational Choice, pues no da por sentado que existe racionalidad perfecta entre las personas, sino que es parte de su naturaleza y por tanto de su comportamiento, el no actuar siempre con una

racionalidad perfecta, es decir, que las personas actúan con una racionalidad limitada y ésta es una de sus principales hipótesis. Por lo tanto, resulta de importancia tener en cuenta los factores cognitivos, de intereses personales y otros atributos que los seres humanos tienen. Williamson define la racionalidad limitada como el comportamiento de las personas que tiene la intención de ser racional pero que no pasa de esa intencionalidad, cambia entonces la premisa de las ciencias de la elección donde se maximiza la satisfacción, por su alternativa desde la óptica del institucionalismo donde se pretende simplemente determinar hasta dónde es suficiente, es decir, ya no hay un problema de maximización (Williamson, 2002: 5).

Para el estudio del gobierno y de las políticas públicas, donde las políticas sociales están incluidas, se debe tener en cuenta la racionalidad limitada de los actores. La racionalidad limitada obliga para seguridad de las partes a la elaboración de contratos (elaborados por los mismos agentes), mismos que no contienen información completa ni perfecta, es decir que están viciados en términos legales, las partes tendrán que enfrentar errores, vacíos, omisiones, etc. Las partes necesitarán entonces adaptarse a las circunstancias que tales vicios podrían generar, debido a dos razones principales: la primera, aquello que no se puede ver (lo que es producido por la racionalidad limitada); y la segunda por una necesidad de comportamiento estratégico (causado por el oportunismo), ésta necesidad de adaptación, causa otras fallas contractuales, que devienen en costos, como por ejemplo si alguien se abstiene de cooperar, no se adapta o lo hace mal, demandas de renegociación, etc. (Williamson, 2002).

Para mitigar estas posibles desavenencias existen esfuerzos que intentan reducir los problemas de los contratos. Todos estos esfuerzos serían innecesarios si en realidad no existieran pagos ni costos. Por tales motivos, surgen disputas en las cortes, cuyas resoluciones tienen los mismos defectos que los contratos, por lo que son necesarios los esfuerzos desde el ámbito privado para poder apoyar las falencias que presentan las estructuras de gobierno (Williamson, 2002: 5).

Keneth Arrow fue el pionero en hacer estudios sobre la “economía de la incertidumbre” bajo una perspectiva de los seguros de la salud, construyendo dos conceptos que fueron un insumo importante para el institucionalismo: el riesgo moral y la selección adversa. Ambos son considerados por Arrow como problemas de los seguros (Arrow, 1973). El riesgo moral implica que un individuo podría alterar su comportamiento si conociera a cabalidad las consecuencias del mismo, al existir información incompleta los individuos pueden accionar de una forma que puede resultar

perjudicial. Lo mismo sucede al momento de decidir, si no tienen la información completa pueden tener problemas de selección adversa (Arrow, 1973). Las compañías de seguros, reducen el riesgo moral y la selección adversa a través del pago de las primas y con una cobertura porcentual, pues no pueden esperar que con una cobertura completa los individuos cuiden el bien asegurado (Arrow, 1973).

La teoría de Costos de Transacción por otro lado, en este escenario de incertidumbre, resulta muy importante para el análisis de los gobiernos como sistema y de las políticas públicas y sociales. Según Buchanan: “la política es una estructura compleja de intercambio entre los individuos, en la cual las personas buscan asegurar colectivamente sus objetivos privados que no pueden ser asegurados de manera eficiente a través del intercambio simple en el mercado” (Buchanan, 1987: 296).

Debido a la racionalidad limitada y la existencia del oportunismo individual o colectivo, es indispensable la intervención de un tercer agente, cuyos intereses sean comunes a las personas, que intervenga incluso en la política para reducir aquellos vicios de los contratos y no pueden ser evitados al momento de elaborarlo, es decir, que desde lo público es necesario generar el orden requerido para luego poder elaborar, definir y liderar las reglas sobre los contratos (Williamson, 2002: 3).

El tercer agente, que está en obligación de controlar los contratos y de buscar que los vicios sean mínimos es el Estado, mismo que ejecuta las políticas y leyes para estos fines. La salud por su lado, tiene dos apreciaciones que no están del todo separadas. En el Ecuador, está concebida como un derecho y por lo tanto como un deber primordial del Estado para con la población. Por otro lado, la salud también es vista como un negocio, a partir del cual, el stock de salud con el que las personas nacen, puede verse desmejorado y entonces un médico puede intervenir para su restauración y cobrará por su intervención o consejo. Las aseguradoras han visto en la salud precisamente esta posibilidad de lucro y en base a estudios de teoría de juegos y probabilidades cobran a sus clientes las primas que servirán para el alivio de sus males en una situación fortuita.

En cuanto al manejo de la información, los pacientes se encuentran en una posición de desventaja frente al médico, pues al no conocer con exactitud lo que sucede con su cuerpo al estar enfermos, la única alternativa que tienen es confiar en la formación y ética profesional del galeno consultado, todo lo que el médico aconseje se vuelve para el paciente un dogma de fe.

En este caso, es muy difícil aplicar la teoría del contrato propuesta por Williamson, el contrato en este caso es tácito, es un acuerdo tan incompleto que solamente la ley sobre el ejercicio de la medicina protege al paciente, por si es víctima de una mala práctica, y en tal caso la intervención de la corte es imperativa, dejando al paciente falto de información de igual manera bajo la esperanza de que un abogado profesional pueda manejar adecuadamente su causa. Este problema de información imposibilita al paciente de negociar por sí mismo con el médico y aún con el abogado.

El médico tiene entonces información privilegiada y el contrato tácito puede tener vicios agravados por oportunismo. En el contexto de la venta de servicios de salud, un ejemplo clásico de estos días es la mujer embarazada que recurre a su última cita de rutina previa al parto. El médico entonces debe recomendar a la mujer, de acuerdo a su fisonomía, a la posición y salud del feto, la mejor técnica para el alumbramiento. El cuerpo humano es inteligente como todas las creaciones de la naturaleza, y su morfología obedece a una lógica tal que antes de la intervención de las personas, permite su funcionamiento óptimo. En tal sentido, las mujeres pueden tener un parto natural, sin ningún método clínico, excepto si hay complicaciones en el feto o en la mujer. Es necesario reconocer que el parto institucionalizado disminuye las probabilidades de muerte materna o infantil (OPS, 2002), pero esto no implica que la ayuda médica institucionalizada sea necesariamente a través de una cesárea. Las cesáreas son incentivadas a pesar de la lenta recuperación de las madres al no ser un proceso natural. Una vez más aparece un problema de información de los pacientes y un vicio de oportunismo en los contratos.

Las intervenciones en salud pública, luego de todos los argumentos planteados se vuelven muy importantes para la resolución de conflictos. Las iniciativas privadas son de importancia pero siempre se resuelven de acuerdo a los intereses particulares de las partes que logran el acuerdo, teniendo en cuenta que ambas partes puedan tener el mismo peso o la misma fuerza para defenderse la una de la otra. Sin embargo este caso particular no sucede siempre, puede haber un agente que se encuentre en desventaja, como es el caso de un paciente que no sabe realmente a qué riesgos puede exponerse al tomar cierta medicina o a una operación, el único que sabe esto, es el médico tratante. En tal caso, es necesaria la intervención de un agente que no tenga ningún interés particular en la resolución del caso, el Estado, debe velar por los intereses de la sociedad y no por aquellos de una persona o un grupo de personas. Por lo tanto es deber del Estado generar las políticas públicas y las leyes que protejan a aquellos que se

encuentran en desventaja y permita la creación de mecanismos para solucionar este tipo de conflictos, mismos que de ninguna manera, como lo explica Buchanan, citado anteriormente pueden ser resueltos a través de los mecanismos propuestos por el mercado.

Desde las políticas públicas, la intervención estatal se justifica además por la existencia de necesidades a satisfacer por servicios de salud pública, esta demanda no logra alcanzar los servicios de forma privada porque muchas veces su ingreso no se lo permite. Las personas pobres no están en capacidad de pagar por una consulta médica o de comprar un medicamento, las empresas que brindan por servicios de salud, de hecho no están interesadas en facilitar a estas personas el acceso a estos servicios.

Entonces, las acciones desde lo público se vuelven muy necesarias, sea para mejorar las condiciones viciadas de los contratos como para mejorar las condiciones de acceso a servicios de salud. Queda sentado, que no existe una racionalidad sustantiva que permita que los agentes tomen decisiones acertadas siempre por lo que una guía a través de las políticas públicas es necesaria. El mercado ha demostrado ser ineficiente en temas de equidad, ya que de lo contrario las necesidades insatisfechas por servicios de salud en las personas de los quintiles más bajos no existirían, haciéndose evidente la necesidad de la intervención de un tercer agente.

Las políticas públicas afectan lo local de manera directa, las políticas de gratuidad, como la emitida en el año 2008 a través de la Constitución de la República, por el gobierno actual es una estrategia que al igual que otras leyes, acuerdos ministeriales y ejecución de políticas públicas sectoriales en general, buscan atacar la inequidad, la falta de acceso y mejorar la eficiencia y calidad de los servicios incluso en el nivel más desagregado como los hospitales. En tal sentido, se plantea la siguiente pregunta de estudio: ¿Existe evidencia teórica y empírica que permita conocer el estado de situación de la salud pública del Ecuador en general, y de la eficiencia hospitalaria en particular del Hospital Pablo Arturo Suárez?. Para responder esta pregunta, se evaluarán las estadísticas oficiales tanto del Ministerio de Salud Pública (MSP) como del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), siendo los indicadores hospitalarios y los principales indicadores de salud los que serán analizados. Todo esto, bajo las premisas de un marco teórico institucionalista que proveerá las herramientas para el análisis correspondiente.

Aunque inicialmente la finalidad de ésta investigación era demostrar estadísticamente la relación entre la gratuidad de los servicios de salud y el incremento

en la demanda de los mismos, dada la eliminación de la restricción presupuestaria, esto no fue posible por un limitado número de observaciones disponibles (15), lo que imposibilitó que se elabore un modelo estadístico para cumplir con estos fines.

Por lo tanto, la presente es una investigación meramente descriptiva, no un estudio de impacto y se reconoce la existencia de variables adicionales a la gratuidad para un incremento en la demanda por servicios de salud.

Entrando en detalle, según el Boletín 2 del Observatorio del Financiamiento al Sector Salud Ecuador, en las Memorias publicadas sobre el Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía, la cobertura es una de las preocupaciones más importantes en la agenda de las Políticas de Salud, debido a que se encuentran aún excluidos el sector rural y los grupos de menores ingresos, se menciona así mismo que es necesaria una intervención en términos de la oferta en infraestructura y capital humano, pero también en la demanda, dadas las restricciones financieras de las familias. La publicación alude a otros factores como la capacitación, información, inclusión, calidad, eficiencia, evaluación y seguimiento en los servicios de salud como otros puntos en la agenda (CONASA, 2008).

En base a la evidencia descrita en el Boletín, es rescatable que la restricción presupuestaria como una barrera para el acceso a los servicios de salud no es lo único que determina la oferta o la demanda de los servicios, existen como se menciona otros factores (capacitación, información, inclusión, calidad, eficiencia, evaluación y seguimiento en los servicios de salud) así como fenómenos económicos y sociales como el crecimiento demográfico por ejemplo.

La evidencia de otros estudios sustenta lo planteado, según un estudio realizado en México en base a una encuesta sobre salud en ese país, las barreras de acceso a los servicios de salud, en orden de importancia son: el costo de la atención, seguida por el no tener dinero para pagar la atención y que la atención no fue considerada necesaria o no se tenía confianza en el servicio ofrecido (Arreola et al., 2003). Es decir, que si la barrera de acceso más importante es el costo, el hacer que los servicios sean gratuitos aumentaría su cobertura.

En términos demográficos, además del crecimiento poblacional como una razón lógica del crecimiento de la demanda por servicios de salud, está la estructura de los grupos etéreos de la población. Así el mismo estudio realizado en México comprobó

que la no demanda de servicios de salud² (en caso de no ser un proceso condicional a una necesidad sentida) estaría determinada por la pertenencia a un grupo etario, especialmente los niños, adolescentes y personas de 65 y más años. De igual forma, los más jóvenes en México, aquellas personas de entre 15 y 29 años y de 45 a 64 años son aquellos que tienen menos probabilidad de demandar servicios de salud, sea que se enfermen o que lo hagan por prevención (Arreola et al., 2003).

Otros determinantes estudiados fueron las condiciones económicas, la educación y otros:

el ser hombre, el ser pobre –pertenecer al los dos primeros quintiles de ingresos–, y todas las barreras al acceso como el costo de la atención, la distancia al centro de salud, no poseer dinero para pagar el servicio, no tener confianza en el servicio, etcétera, resultan altamente importantes en la determinación de la no demanda con elasticidades por arriba de 50%, *ceteris paribus*, mientras que a su vez el nivel de escolaridad se manifiesta como un factor protector a la no demanda (Arreola et al., 2003:183).

En lo que respecta al sexo, este estudio no hace mayor énfasis, sin embargo, se menciona que el hecho de ser hombre:

es una condición con una probabilidad menor de no demandar cuando se enferma que cuando no se enferma. La probabilidad de que una persona demande atención, dado que no está enfermo y es hombre, es alta y significativa (Arreola et al., 2003: 180).

En Chile, un estudio similar (pensando en que la demanda y la no demanda son complementarias), se encarga de analizar la situación de las Mujeres en Edad Fértil (MEF) de ese país, con especial énfasis en la localización de las mismas (sea que se encuentran viviendo en el área urbana o rural, lo que resulta ser otro determinante de la demanda por servicios de salud). Cabe destacarse que los procesos de urbanización en las ciudades, permiten la ampliación de la cobertura de servicios de saneamiento (eliminación de excretas, recolección de basura y agua potable), logrando que las

² La no demanda de atención a la salud puede ser analizada desde dos perspectivas (Arreola et al., 2003):

a) La no demanda de atención curativa: los individuos presentan una necesidad sentida o condicionada a un proceso de enfermedad previo; y

b) La no demanda de atención preventiva: la necesidad no es percibida de forma individual pero sí en el ámbito social, condicionada a no estar enfermo.

“La estrategia de análisis indica que la decisión de demandar o no atención es un proceso condicionado a la probabilidad de enfermarse o no, y que por lo tanto, ésta es estimada de forma más robusta mediante modelos de probabilidad condicional o anidados” (Arreola et al., 2003,182).

condiciones de salud y de vida de las personas mejore. Según este análisis, la probabilidad de que:

la MEF de la zona rural realice una consulta dado que se encuentra enferma (52,4%) es menor a la probabilidad de la zona urbana (64,7%), con una diferencia de 12 puntos porcentuales, a pesar que la MEF de la zona rural se enferma más. En la tasa de consulta del modelo conjunto las variables de mayor impacto constituyen nuevamente la tenencia de seguro médico, la educación y la nueva variable incorporada, el hecho que la MEF se encuentre embarazada (Villalba, 2004: 42).

La influencia de la educación en las mujeres demostrada estadísticamente en el estudio de Villalba, coincide con lo planteado anteriormente sobre la influencia de la educación como un determinante de la demanda por servicios de salud, lo que es propuesto también por Arreola.

La salud de las mujeres y los niños ha sido una preocupación permanente de los países, por lo que los Objetivos del Milenio 4 y 5 buscan la reducción de dos tercios de mortalidad infantil y el mejoramiento de salud materna (con énfasis en reducción de mortalidad materna a la mitad y aumento de cobertura de atención calificada del parto). El embarazo y el parto tienen un alto riesgo de presentar eventos adversos, en adición, las urgencias maternas son difíciles de predecir y por lo tanto los controles durante y luego del embarazo son indispensables (OPS, 2009). En América Latina, según la Organización Panamericana de la Salud –OPS-, el 20% de la región más pobre concentra la mitad de las muertes maternas y las causas de muerte son las mismas que hostigaban a los países desarrollados a comienzos del siglo XX (OPS, 2009). Es decir, que las causas de mortalidad de estos grupos prioritarios, se constituye en una complicación máxima de enfermedades prevenibles. La prevención de enfermedades y de la muerte, permitirían que la demanda por servicios de salud se vea modificada.

En este contexto, la comunidad internacional en general, y la OPS en particular han incorporado en sus agendas una serie de estrategias para poder enfrentar estas dificultades, entre las estrategias propuestas se encuentran (OPS, 2009):

- Diseño y ejecución de políticas públicas apropiadas y sostenibles, asociadas con mecanismos de protección social.
- Fortalecimiento de los Sistemas de Salud para garantizar los cuidados obstétricos básicos, entre los que se debe incluir la atención calificada del parto y del recién nacido. La atención calificada e institucionalizada reduce los riesgos de complicación del parto y de los neonatos.
- Promoción de la salud primaria y comunitaria, respetando los ámbitos culturales.

- Impulsar la educación en derechos sexuales y reproductivos a las mujeres, sus familias y comunidades para lograr una vida saludable y facilitar la toma de decisiones oportunas sobre el uso de los servicios de salud.
- Afianzar los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de las muertes maternas y neonatales.

Volviendo a la idea de la diversificación de los hogares, según lo propuesto por Luis Rivadeneira y expuesto previamente, al disminuir la fecundidad se producen efectos adversos sobre la jefatura del hogar (mujeres adolescentes), produciéndose un círculo vicioso de pobreza. Sin embargo, según la CEPAL, la reducción de la fecundidad en la región, trae otra consecuencia que no es del todo desfavorable: la población que más demanda salud materno- infantil se estabiliza. Logrando una disminución de la tasa de dependencia³ de los menores de 15 años, el efecto negativo es que este fenómeno se traslada a las personas de 60 años y más. Cambian así las demandas por servicios de salud hacia el área de geriatría, en términos regionales (Arriagada, 2005).

En el Ecuador esta realidad es palpable pues los adultos mayores, sobre todo aquellos ubicados en el área rural, tienen un acceso limitado a los servicios de salud. Según Waters, existen tres factores que determinan el acceso en esta población: disponibilidad (costo) de transporte público, distancia y la condición de las vías de acceso (Waters, 2012). Así mismo, existen cuatro factores relacionados con los servicios de salud que afectan su acceso y uso: la falta de confianza en que los servicios sean de calidad y apropiados, percepción de mala calidad de los servicios, maltrato o falta de atención, a veces por racismo, costos asociados con los servicios nominalmente gratuitos y el uso de tratamientos tradicionales (Waters, 2012:32).

Según un estudio de CEPAL, la evolución de los perfiles de consumo médico se ha incrementado en todos los grupos de edad, pero resulta estar más acentuado en las edades avanzadas, esto se debe a los avances técnicos en lo terapéutico y de rehabilitación. Se estima que una persona de 65 y más años, le cuesta al sistema de salud cinco veces más que una menor de edad (Huenchuan, 2011). Es decir que el

³ Índice de dependencia demográfica: Cantidad de personas “potencialmente” inactivas por cada 100 “potencialmente” activas. Se considera población “potencialmente” inactiva a los menores de 15 años y mayores de 64; y, como población “potencialmente” activa a las personas de 15 a 64 años de edad. (Rodríguez, 1997)

descenso en la fecundidad, sumando a la estabilización de los grupos etarios devienen en presión sobre los recursos disponibles hacia determinados grupos de edad.

En este contexto, la región debe atender al mismo tiempo a los problemas epidemiológicos tradicionales como las enfermedades contagiosas e infecciones, la mortalidad materna e infantil; y al mismo tiempo debe desarrollar la capacidad de enfrentar problemas relacionados con el desarrollo, cambios en los perfiles de la morbilidad y el aumento de las enfermedades crónico- degenerativas, seniles, mentales, etc (Arriagada, 2005), e incluso problemas ambientales.

El crecimiento urbano, como se mencionó, es otro determinante de la demanda por servicios de salud, pero cuando sucede de forma desordenada, las consecuencias pueden ser graves para el medio ambiente y para la salud humana como consecuencia. En tanto los residuos sólidos, por ejemplo, favorecen a la reproducción de patógenos y sus vectores transmisores, de igual forma la falta de alcantarillado apropiado no permite el correcto drenaje de la lluvia o la recolección de aguas servidas, ocasionando estancamiento de agua. El alcantarillado precario generalmente se localiza en zonas periféricas, creadas por el crecimiento desordenado de las ciudades (Sánchez y Bonilla, 2007).

El agua contaminada o estancada es el ambiente propicio para la incubación de parásitos que afectan posteriormente a la salud, se producen enfermedades infecto-contagiosas como el cólera, dengue, diarrea, hepatitis, leptospirosis, esquistosomiasis, etc (Sánchez y Bonilla, 2007).

Por lo tanto, es deseable tener un proceso de urbanización ordenado, que permita una amplia cobertura de los servicios de saneamiento. Sin embargo, el área rural no cuenta con todos los beneficios del área urbana, los registros del MSP sobre las unidades de la Red Pública⁴ muestran que el área rural a pesar de contar con 1.498 unidades de salud, 99% del total de esas unidades son puestos o centros de salud (1.485) y el 1% restante corresponde a 12 hospitales básicos. El detalle se muestra en el cuadro 2⁵. Es necesario mencionar que el IESS tiene a su cargo el Seguro Campesino, lo que explica el mayoritario número de puestos de salud en el área rural.

⁴ El MSP tiene registros de sus unidades operativas, de ONGs, municipios, IESS, ISSFA, ISSPOL, y entidades como SOLCA y la Junta de Beneficencia, que reciben subvenciones del Estado pero cuya constitución es de derecho privado.

⁵ Los datos presentados se obtuvieron de una base de datos llamada “Geosalud 2012”, proporcionada por el MSP. En esta base se encuentran sumados los centros y subcentros de salud.

Cuadro 2**Unidades de Salud de la Red Pública del Área Rural**

Entidad	Puestos de Salud	Centros de Salud	Hospitales Básicos	Hospitales Especializados
MSP	339	755	11	1
IESS	389	2	1	
TOTAL RURAL	728	757	12	1

FUENTE: Estadísticas MSP (MSP, 2012)

ELABORACION: Autor

En lo urbano en cambio, existen en total 1.223 unidades de salud que pertenecen a la Red Pública, según registros del MSP, de las cuales: el 85% (1.045 unidades) corresponden a puestos y centros de salud y las 178 unidades restantes son hospitales de diversa complejidad.

Cuadro 3**Unidades de Salud de la Red Pública del Área Urbana**

Entidad	Puestos de Salud	Centros de Salud	Hospitales Básicos	Hospitales Generales	Hospitales Especializados	Hospitales de Especialidades
MSP	114	660	79	28	13	1
IESS, ISSFA, ISSPOL	207	63	18	21		1
Junta de Beneficencia de Guayaquil				1	3	
ONGs			3			
SOLCA				7		
Universidades		1		1		
Municipio			2			
TOTAL URBANO	321	724	102	58	16	2

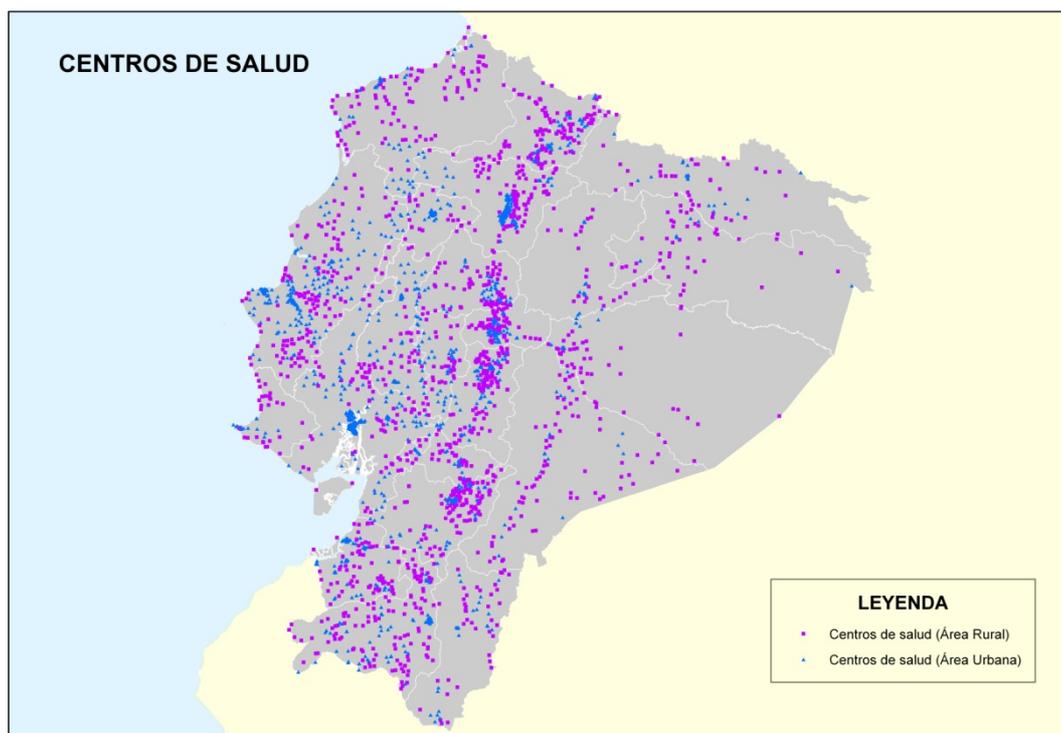
FUENTE: Estadísticas MSP (MSP, 2012)

ELABORACION: Autor

Es notable que los hospitales en general y en particular aquellos de mayor complejidad como los generales, especializados y de especialidades se encuentran concentrados en el área urbana, por lo que la población del área rural requeriría necesariamente desplazarse a las ciudades en el caso de requerir atención especializada, lo que representa otro componente de la demanda por servicios de salud. El gráfico 3 muestra el mapa de ubicación de las unidades de salud según parroquia urbana o rural.

Gráfico 3

Unidades de Salud de la Red Pública del Área Urbana y Rural



FUENTE: Estadísticas MSP (MSP, 2012)
ELABORACION: SANTILLAN, Verónica

Otro factor que afecta directamente a la demanda por servicios de salud pública y aún la oferta es la competencia cultural. Se entiende por competencia cultural a la capacidad comunicativa del personal de salud con los usuarios, teniendo en cuenta sus diferentes puntos de vista, en un marco de la cultura regional, la identidad étnica, educativa, religiosa, cultura alimentaria, contexto ambiental, condiciones sociales y económicas (DGPLADES, 2008). En un país tan culturalmente diverso la competencia cultural de las unidades de salud es indispensable, pero como ya se había mencionado en la página 15, el proceso de salud intercultural en el MSP se encuentra en proceso de desarrollo.

Desde el lado de la demanda netamente, un cambio en los patrones culturales llevaría a un incremento de la misma, si por ejemplo, en una comunidad indígena las mujeres empiezan a dejar de atender sus partos por matronas y buscan atención occidental, los servicios de salud deberían estar preparados para atenderlas. Precisamente las mujeres, los niños y los ancianos son grupos vulnerables, cuyo deterioro de salud es aún más sensible. La mortalidad y morbilidad son más elevadas en

grupos indígenas y afrodescendientes, lo que tiene según Nitcher, tres implicancias en la salud pública (Nichter, 2008):

1. Una violación del derecho a la vida, que afecta más a los indígenas que a aquellos que no pertenecen a este grupo poblacional.
2. La existencia de determinantes sociales estructurales que producen vulnerabilidad y exposición diferencial en estos pueblos.
3. Los programas de salud no han tenido el efecto esperado en estos grupos sensibles, por lo que existe un desafío para conocer y comprender los contextos socioculturales locales de las poblaciones que pertenecen a grupos étnicos, con el fin de diseñar programas e intervenciones culturalmente sensibles y epidemiológicamente eficaces. Buscando la calidad y la calidez en el servicio para toda la población por igual.

Finalmente, retomando lo planteado por Sen sobre la idea de equidad y justicia social, las estadísticas muestran que los sistemas de salud que tienen un fuerte componente de gasto público (más del 60%) suelen ser más equitativos, siempre y cuando al mismo tiempo el gasto de bolsillo sea bajo (Huenchuan, 2011). El presupuesto destinado a la salud requerido para cubrir las necesidades antes descritas, para el Ecuador se revisará en el capítulo siguiente, así como el gasto de bolsillo del país y otros indicadores relacionados.

Institucionalidad, eficiencia, oferta y demanda

Se han abordado hasta ahora los determinantes de la demanda por servicios de salud, así como la institucionalidad del MSP, es necesario abordar ahora un enfoque más relacionado con la oferta de los servicios de salud, misma que está ligada a la institucionalidad, con la gestión y con la misma demanda. La relación con la institucionalidad, es determinante, pues las decisiones son tomadas desde el nivel central y puestas en marcha en los hospitales. La gestión depende directamente del hospital y la gestión puede ser evaluada desde el punto de vista de la eficiencia hospitalaria con una serie de indicadores utilizados a nivel internacional. La demanda afecta a la oferta de servicios de salud de igual manera, un incremento de la misma, requiere de una respuesta eficiente desde el lado de la oferta, suceso en el cual, nuevamente es necesario evaluar la eficiencia de la gestión para atender un shock de demanda de este tipo.

Las decisiones tomadas desde el nivel central obedecen a dos tipos razones, las primeras son las del tipo político, que sirven para mejorar la imagen de la persona que la toma sea desde la Presidencia de la República o desde el mismo ministerio, la idea en tal caso es buscar aceptación de la población. El segundo tipo, obedece al criterio técnico, lo ideal sería que las decisiones políticas adopten criterios técnicos, pero en la realidad esto sucede muy poco. Cuando las decisiones obedecen a criterios técnicos, se busca evidencia que sustenten las mismas.

El mejoramiento de los procesos, dentro de la gestión institucional y aún hospitalaria, requiere de información que de cuenta de su funcionamiento. Utilizar la evidencia para la toma de decisiones es lo más recomendado, para que los cambios sean efectivos (Miller et al, 1997). Según Lynne Miller, autora de una serie de manuales sobre la calidad de servicios de salud para la USAID, se debe verificar todo con datos siempre que sea posible, aunque las opiniones son un punto de partida en especial para los procesos problemáticos, Miller define a los datos como eventos que pueden ser documentados y verificados (Miller et al, 1997). Las decisiones tomadas desde el MSP deben tener en cuenta las pruebas que corroboren las políticas, acuerdos y disposiciones desde allí emitidas.

La salud puede ser también vista como una gerencia, desde el ámbito hospitalario, por lo que se utilizan indicadores de gestión hospitalaria para poder orientar las decisiones a ese nivel y para determinar el estado administrativo en el que se encuentra esa unidad (Sánchez, 2005). El estado situacional de un hospital debe dar cuenta de sus recursos humanos, tecnológicos, materiales financieros, etc. Existen herramientas que desde la Administración Estratégica permiten recopilar esta importante información, tales como los planes estratégicos anuales o plurianuales, planes operativos, planes de adquisiciones, planes de capacitación, etc. La correcta ejecución de los mencionados planes depende de un buen proceso administrativo y de una gestión eficaz.

La gestión implica hacer un seguimiento o monitoreo de actividades contempladas en los planes, para lo cual se requiere (Sánchez, 2005):

1. Conocer los objetivos
2. Identificar los indicadores
3. Conocer los estándares de desempeño
4. Observar el comportamiento real del proceso
5. Selección de las herramientas e instrumentos de medición

6. Detectar las desviaciones

Los objetivos deben ser previamente socializados y deben alinearse con la misión y visión del hospital. Para poder medir los avances alcanzados para la consecución de esos objetivos, es necesario identificar metas e indicadores. En tanto los indicadores, son un instrumento que permite cuantificar relaciones entre dos o más variables respecto de un fenómeno, deben mostrar tendencias, desviaciones causadas por la influencia de diversos factores internos o externos respecto de una unidad de medida convencional (Sánchez, 2005), para que los indicadores adquieran relevancia y permitan tomar decisiones acertadas, es necesario compararlos con otros de su misma naturaleza, en períodos anteriores, así como con otros indicadores que suelen estar preestablecidos (Sánchez, 2005). Los indicadores son indispensables para medir el avance de las metas programadas y son un referente eficaz para tomar decisiones (Sánchez, 2005).

Existen una serie de indicadores de gestión hospitalaria de aceptación universal como por ejemplo el porcentaje de ocupación, así como otros que permiten dar cuenta de una eficiente o no gestión de la casa de salud. Entre los principales indicadores se encuentran: índice de rotación de camas, número total de egresos en el último año, número de cirugías efectuadas en el último año, tasa de mortalidad hospitalaria, promedio de estancia hospitalaria, tasa ajustada de mortalidad hospitalaria, porcentaje de cesáreas realizadas en un período, relaciones entre recursos humanos y físicos, etc (Sánchez, 2005). Precisamente se hizo una selección de tres indicadores que dan cuenta de la gestión del Hospital Pablo Arturo Suárez, mismos que se analizan en el capítulo tres, el Plan Estratégico de esa casa de salud también fue tomado en cuenta para el desarrollo de ese capítulo.

Los indicadores sin ser comparados podrían no hacer un aporte trascendente, por lo que resulta necesario el conocer estándares que sirvan de referencia para determinar si el estado de un proceso es favorable o no (Sánchez, 2005). Los estándares son de aceptación común y generalmente son propuestos por organismos internacionales especializados como OPS/OMS en el caso de la salud.

Un estándar se define como un rango de valores aceptables que un indicador asume para ser evaluado. Sirven para medir un resultado al compararlo con una norma de referencia, así como para evaluar la actuación de los responsables de operar la gestión (Sánchez, 2005). Adicionalmente, y en conjunto con los indicadores permiten armar líneas de base que permitirán determinar si las acciones emprendidas como parte

de la gestión han llevado a la entidad a un mejor, igual o peor nivel que el óptimo o esperado.

La evaluación constante es clave en la gestión en todos los niveles, para lo que es indispensable una observación del proceso, valiéndose de herramientas diversas existentes. Medir el desempeño permite hacer análisis internos y también comparativos con otros hospitales, para medir el desempeño de los servicios existen siete herramientas matemáticas básicas utilizadas para valorar un proceso administrativo: porcentaje, razones, proporciones, número entero, número racional o irracional, u otras formas de expresión matemática (Sánchez, 2005). Existen varias herramientas que se componen de matemática aplicada como diagramas (de Pareto, de causa-efecto, de coeficiente de relación), gráficas de control (*Balanced Score Card*), encuestas a los pacientes, *Benchmarking*, etc.

Resta al final del ciclo, con estas herramientas, analizarlas, determinar si el proceso está marchando adecuadamente o si es necesario algún ajuste. En caso de que ajustes sean requeridos, es necesario elaborar un plan de mejoramiento o acoplar el Plan Estratégico u Operativo que se encuentre en ejecución.

La eficiencia hospitalaria por otro lado, es definida por Alejandro Arrieta como:

eficiencia técnica, es decir, a aquel proceso de producción que garantiza una mayor cantidad de servicios de salud utilizando la menor cantidad de recursos físicos y humanos (Arrieta y Riesco, 2010).

Considerando a los hospitales como unidades de producción de servicios de salud, se han realizado estudios que analizan el impacto de la gestión hospitalaria en diferentes áreas de atención ambulatoria (como por ejemplo en salud materno-infantil) y hospitalaria (Arrieta y Riesco, 2010). Estos estudios determinan los efectos de la capacidad resolutive, la infraestructura, los recursos humanos y los insumos tienen sobre la sobrevivencia de madres e hijos (Arrieta y Riesco, 2010).

Para lograr la eficiencia hospitalaria, los ministerios de salud de los países determinan una serie de reglas que los hospitales deben seguir, estos documentos de procedimientos se conocen como protocolos. Un ejemplo de protocolos en el uso de camas, es conocido como "Protocolo de Revisión de la Utilización de la Estancia Hospitalaria (PRU)", este instrumento presenta una serie de preguntas sobre los pacientes y sus patologías, en función de esta información se llega a establecer el

tiempo que el paciente debe permanecer en el hospital (Ministerio de Protección Social, 2009).

La eficiencia se ve afectada como se mencionó por diversos shocks desde la oferta y la demanda por servicios de salud, en el caso de la demanda los shocks se deben a alteraciones en alguno de sus determinantes, por ejemplo una epidemia haría que ésta aumente, un *boom* poblacional, políticas públicas como la de gratuidad por ejemplo, cambios culturales que determinen mayor aceptación de los servicios de salud occidental en comunidades indígenas, etc, serían un incentivo para que las personas demanden servicios de salud, si los hospitales o el sistema de salud en general no se encuentra preparado para afrontar un shock de demanda de este tipo, su eficiencia se vería afectada notablemente. En tal caso, los indicadores de producción o gestión hospitalaria reflejarían estos efectos, por ejemplo el porcentaje de ocupación debería mostrar “sobreocupación”.

Así mismo, si un shock de oferta negativo se presenta, como por ejemplo un recorte presupuestario a causa de una recesión económica, una guerra, una catástrofe natural, la oferta de los servicios de salud se vería afectada en su eficiencia, por dejar de disponer de recursos suficientes para poder ofrecer los servicios demandados.

Es necesario tener una visión macro, desde la óptica de la oferta de servicios de salud en general y una visión micro desde lo particular para poder entender mejor la situación del sector salud y responder a la pregunta de investigación. En este contexto, se abordarán los indicadores macro en el capítulo II y se analizará el hospital Pablo Arturo Suárez en el capítulo III.

CAPÍTULO II

PRINCIPALES INDICADORES DEL SECTOR SALUD

Este capítulo busca presentar la situación actual del sector salud, sus principales falencias y fortalezas en términos generales. Para este análisis situacional, se toman en cuenta una serie de indicadores: aquellos relacionados con el manejo presupuestario, los que indican el estado de salud de la población y los que determinan la gestión hospitalaria.

Principales indicadores macroeconómicos sobre el sector salud

El tema presupuestario por las razones expuestas en el capítulo anterior, fue el requerimiento permanente del MSP, las ineficiencias del sector fueron por más de una década atribuidas a problemas producidos por una ínfima asignación de recursos. Realidad que cambió a partir del nuevo marco legal, ahora vigente.

Retomamos en primer lugar el presupuesto asignado al sector social, llamado gasto social. Este tipo de gasto tiene cuatro sectores definidos por el Ministerio de Finanzas: Bienestar Social, Salud, Educación y Vivienda.

Luego de las reformas constitucionales, se podría indicar que la pugna presupuestaria por la que el sector social atravesaba, terminó. En razón de que la Carta Magna determina que la salud y la educación particularmente, se consolidan como sectores estratégicos, y que incluso en tiempos de emergencia, su presupuesto no puede disminuir. Esta situación otorga una posición privilegiada al sector educación y al sector salud frente al resto de sectores.

La misma Constitución, determina en su artículo 292, que el instrumento que permite determinar y gestionar los ingresos y egresos del Estado es el Presupuesto General del mismo, que incluye a las instituciones del Sector Público, a excepción de la seguridad social, la banca pública, las empresas públicas y los gobiernos autónomos descentralizados.

La Función Ejecutiva es la encargada de elaborar y presentar la proforma presupuestaria a la Asamblea Nacional. La proforma presupuestaria anual y la programación presupuestaria cuatrienal deben ser enviadas a la Asamblea: “durante los primeros noventa días de su gestión y, en los años siguientes, sesenta días antes del inicio del año fiscal respectivo” (Constitución, 2008). La Asamblea Nacional es la encargada de aprobar u observar cambios en los treinta días siguientes a la presentación

de la reforma en un solo debate, tanto la proforma anual como la programación cuatrienal. Si el plazo transcurre sin haber pronunciamiento alguno de la Asamblea Nacional, entrarán en vigencia la proforma y la programación elaboradas por la Función Ejecutiva por ministerio de la Ley.

La Asamblea podrá realizar las respectivas observaciones solamente en tanto los ingresos y gastos, pero no podrá alterar el monto global de la proforma. En caso de existir sugerencias de cambio en la proforma, la Función Ejecutiva tendrá 10 días de plazo para aceptarlas y enviar una nueva propuesta o para ratificarse en su propuesta original. La Asamblea Nacional, durante los diez días siguientes, podrá mantenerse en sus observaciones, en un solo debate, con el voto de dos tercios de sus integrantes. De pasarse el plazo, entrará en vigencia la programación enviada en segunda instancia por la Función Ejecutiva, por el ministerio de la Ley (Constitución, 2008).

La proforma presupuestaria constituye la sumatoria de recursos monetarios que las instituciones que forman parte del gobierno central, posiblemente necesitarán para poder ejecutar sus funciones y atribuciones. Se programa la ejecución presupuestaria proyectando la distribución temporal, en los subperíodos que sean definidos en el ejercicio fiscal anual, de la producción tanto de bienes como servicios que las instituciones gubernamentales entregarán a la sociedad, también, los requerimientos financieros necesarios para ese propósito, en tal virtud se definen la programación física y financiera (MEF, s/f).

El Presupuesto General del Estado (PGE) contempla a todas las instituciones que forman parte del Gobierno Central, exceptuando lo aquellas dispuestas en la Ley.

Un indicador importante es la proporción que el presupuesto sectorial, en este caso el asignado a salud representa frente al total del PGE, este indicador se lo conoce como presupuesto del Sector Salud como porcentaje del PGE y para calcularlo se utiliza la siguiente fórmula:

$$P_{SSPP_{GE}} = \frac{P_{SS}}{P_{GE}} * 100$$

Donde:

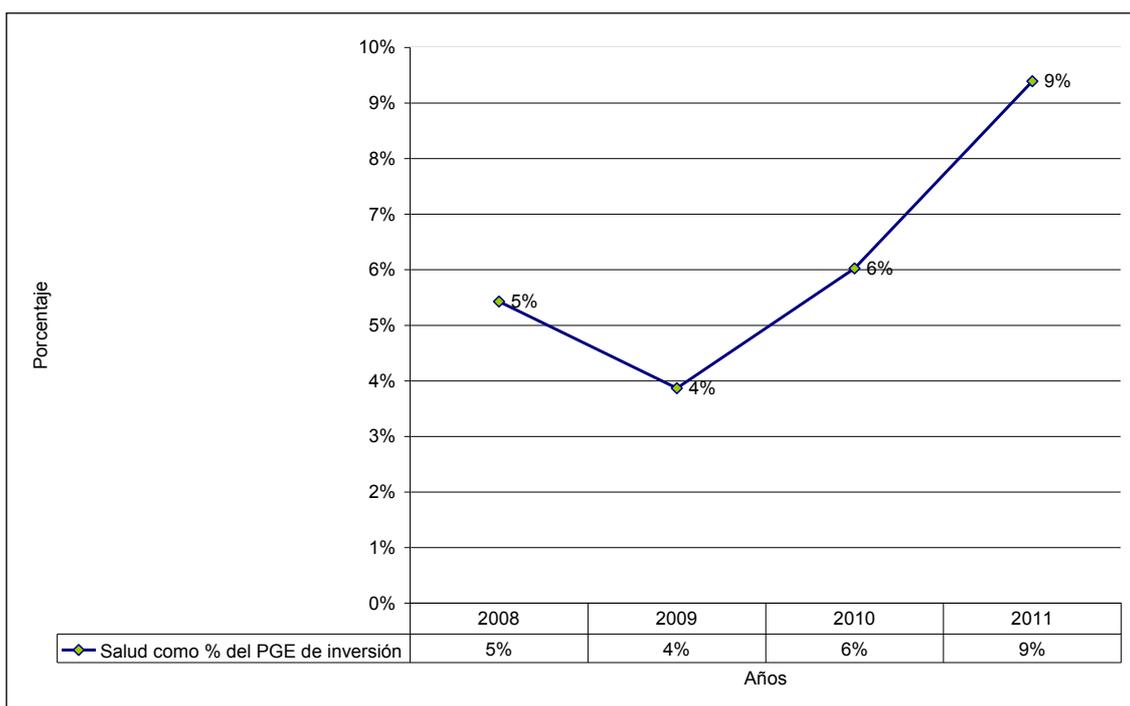
$P_{SSPP_{GE}}$: presupuesto del Sector Salud como porcentaje del Presupuesto General del Estado.

P_{SS} : presupuesto del Sector Salud

P_{GE} : presupuesto General del Estado

Este indicador tiene una expresión como porcentaje y permite tener la noción de la representatividad que el presupuesto sectorial tiene dentro del presupuesto del gobierno. Se presenta a continuación esta relación, en términos de gasto en Inversión, para los años del 2008 al 2011, presentados en el gráfico 3.

Gráfico 4
Gasto de Inversión en Salud como porcentaje del PGE de inversión: Ecuador
2008-2011



FUENTE: MEF (MEF, s/f)

ELABORACION: Autor

Un indicador similar es el Presupuesto del Sector Salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), cuya interpretación y forma de cálculo son similares a las del $P_{SSPP_{GE}}$:

$$P_{SSPIB} = \frac{P_{SS}}{PIB} * 100$$

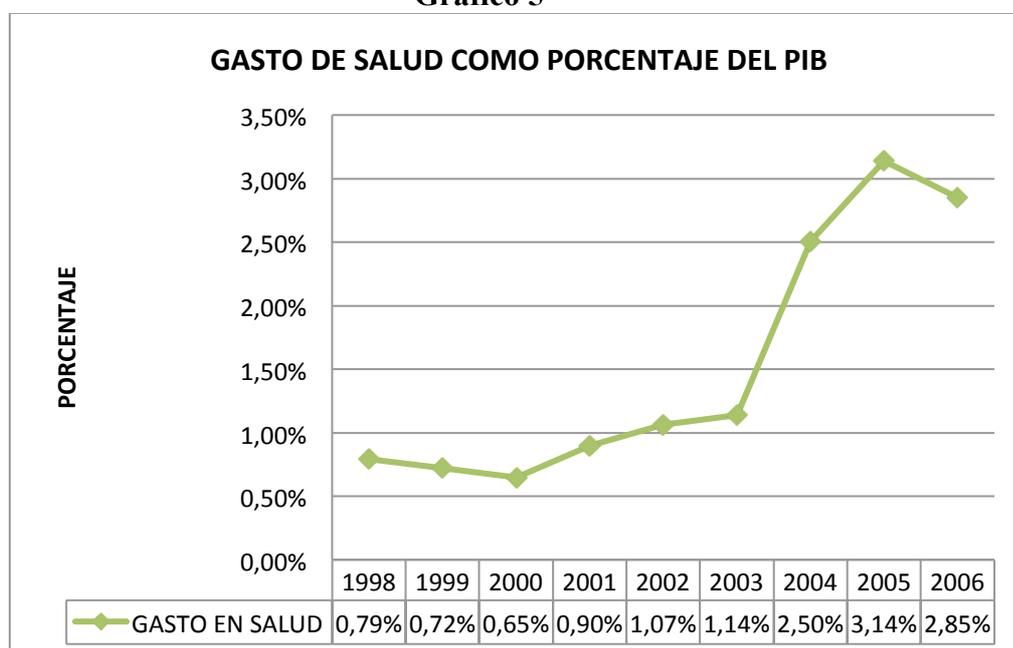
Donde:

P_{SSPIB} : presupuesto del Sector Salud como porcentaje del PIB

P_{SS}: presupuesto del Sector Salud

PIB: presupuesto General del Estado

Gráfico 5



FUENTE: ESTADISTICAS BCE (BCE, s/f), PRESUPUESTOS MEF (MEF, s/f)

ELABORACION: Autor

La crisis ocasionada por el feriado bancario, que desencadenó una ola migratoria importante, y sobre todo una depresión económica, cuyos efectos pueden ser evidenciados claramente en tanto asignaciones presupuestarias, mismas que en el sector social sufrieron disminuciones, solamente recuperadas posteriormente, esto se verifica en el gráfico 4, cuando el presupuesto para salud solo representaba el 0,79% del PIB para el año 1998 y 0,65% en el 2000, a diferencia del año 2006 donde representa el 2,85%. Para poder sobrellevar estas disminuciones presupuestarias, se dispuso en las unidades operativas del Ministerio de Salud el cobro de ciertos servicios, materiales y medicinas. Por lo tanto, fruto de la Reforma Estructural y de la crisis económica de finales de la década de los 90, la salud dejó de ser gratuita (con pago, copago y prepago) tal como se explicó en el capítulo anterior.

Para tener una mejor perspectiva del sector, en tanto lo económico, el MSP en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) desarrollaron para el período 2003-2005, un sistema de cuentas satélites que tienen por objetivo mostrar algunos indicadores que normalmente no se calculan en el sistema convencional de las Cuentas Nacionales (INEC y CONASA, 2005). Un nuevo proyecto para actualizar

estas cuentas satélites se encuentra aprobado, pero su ejecución está prevista para años posteriores por lo que información actualizada sobre estas cuentas no está disponible todavía de manera oficial.

Dentro de este sistema alternativo de cuentas, se elaboró un cuadro que resume la producción de salud y su uso, conocido también como el cuadro de oferta y demanda de salud. La desagregación del mismo está detallada en el Cuadro 1, donde variables reales son tomadas en cuenta (es decir que las variables fueron deflactadas).

CUADRO 4

EQUILIBRIO DE OFERTA Y UTILIZACION DE PRODUCTOS DE LA SALUD					
AÑO 2003 (MILES DE USD)					
VARIABLES	PRODUCTOS ESPECIFICOS DE LA SALUD				
	CARACTERISTICOS			CONEXOS	TOTAL
	PUBLICOS	PRIVADOS	SUBTOTAL		
Producción (pb)	468.032	437.318	905.350	225.930	1131.280
Importaciones CIF				363.953	363.953
Derechos Arancelarios				12.398	12.398
Impuestos al Valor Agregado				4.009	4.009
Otros impuestos sobre productos				0	0
Margenes Comerciales				90.322	90.322
OFERTA (pc)	468.032	437.318	905.350	696.612	1601.962
Consumo Intermedio (pc)				37.500	37.500
Gasto de consumo final de los hogares (pc)	35.423	437.318	472.741	517.962	990.703
Gasto de consumo final del Gobierno Central (pc)	432.609		432.609		432.609
Gasto de consumo final individual	353.618		353.618		353.618
Gasto de consumo final colectivo	78.991		78.991		78.991
FBKF				92.847	92.847
Valoración de existencias (pc)				3.952	3.952
Exportaciones FOB				44.351	44.351
UTILIZACION	468.032	437.318	905.350	696.612	1601.962
FUENTE: INEC					
ELABORACION: INEC					

El principio económico del equilibrio se cumple en el cuadro anterior, siendo la oferta igual al uso en 468 millones de dólares para el año 2003. La distinción entre la oferta o producción citada en el cuadro precedente y aquella oferta de servicios de salud del MSP, se debe a que este ministerio considera a la oferta del servicio al número de camas hospitalarias disponibles, mientras que las cuentas satélites toman en cuenta la parte monetaria de manera exclusiva.

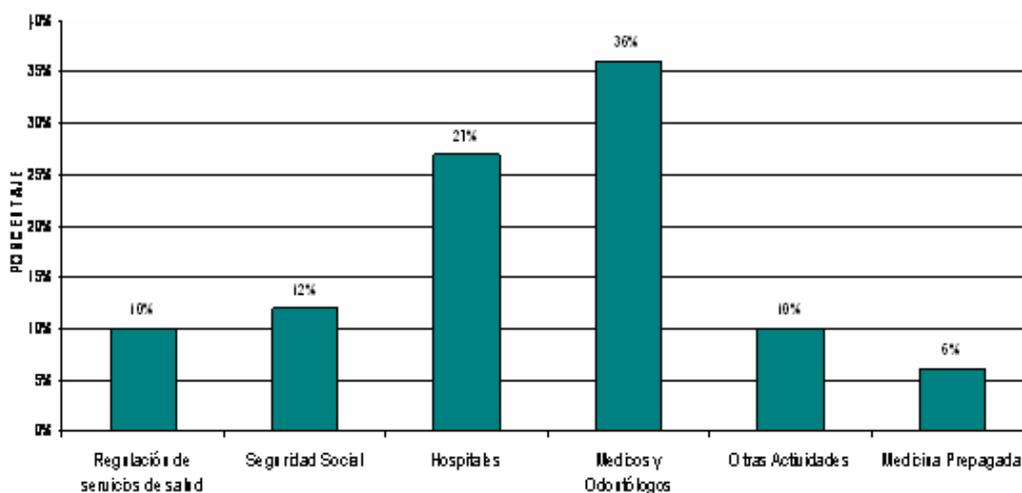
Dentro de la oferta de servicios de salud, es necesario apuntar que el Estado no es el único proveedor de este servicio, existen otros ofertantes privados que reciben recursos por pagos directos o la seguridad social, que desde su creación misma tuvo en la salud una de sus principales actividades y que recientemente amplió su cobertura para

el afiliado y sus hijos menores de 18 años. Hay servicios de salud complementarios ofrecidos no solo por médicos sino también por odontólogos, obstetras, homeópatas, practicantes de medicina tradicional, farmacéuticas, aseguradoras, etc.

El gráfico 5 muestra para el año 2003 la participación de las diferentes industrias que ofrecen servicios de salud.

GRÁFICO 6

Participación porcentual de la producción de las industrias de salud año 2003



FUENTE: INEC- Cuentas Satélite (INEC y CONASA, 2005)

ELABORACION: INEC (INEC y CONASA, 2005)

Según las cuentas satélites las industrias de salud son: la regulación de servicios de salud, la seguridad social, los hospitales, médicos y odontólogos que prestan sus servicios de forma privada, medicina prepagada y otras actividades.

De las industrias de salud, se aprecia que los médicos y odontólogos mantienen la producción más alta, les corresponde el 36% del total, seguidos por los hospitales con un 27% de la producción total y en tercer lugar la seguridad social. Lo que comprueba las estadísticas que indican que el Estado en términos de cobertura, abarca la mayor cantidad del territorio nacional.

Principales indicadores hospitalarios: el juego de la oferta y demanda por servicios de salud

El principal argumento para poder implementar la gratuidad de los servicios de salud fue el limitado acceso que las personas tenían por una restricción presupuestaria importante, producida a la vez por los bajos ingresos percibidos por las familias como se explicó en el capítulo I y por otro lado por los costosos servicios de salud. Es decir

que existían necesidades que debían ser atendidas por parte del Estado. Más por una decisión política que técnica, se decide implementar la gratuidad de la salud en la Constitución del año 2008, consagrándola incluso como un derecho. No existe ley alguna que a nivel ministerial permita la ejecución de este mandato constitucional.

Es necesario entonces comprender la situación de la oferta y la demanda por servicios de salud, de cuya interacción, el resultado esperado consiste en un incremento de la demanda más que proporcional a aquel de la oferta. Es necesario analizar si los avances realizados han sido suficientes para cubrir la demanda insatisfecha existente previamente y la nueva demanda creada por el mayor acceso.

La oferta de servicios de salud

El Ministerio de Salud Pública tiene representatividad a nivel nacional, con direcciones provinciales, centros, subcentros, puestos de salud, maternidades de corta estancia y hospitales de diversa complejidad. A pesar de este despliegue de recursos a nivel nacional, y el talento humano contratado, éstos aparentemente no han sido suficientes para cubrir las necesidades de la población, incluso en condiciones anteriores a la gratuidad. Por lo tanto, es necesario analizar ambos escenarios, antes y después de que la gratuidad sea decretada. Sabiendo, como se explicó en el capítulo I, que la gratuidad no es el único determinante para el incremento de la demanda por servicios de salud.

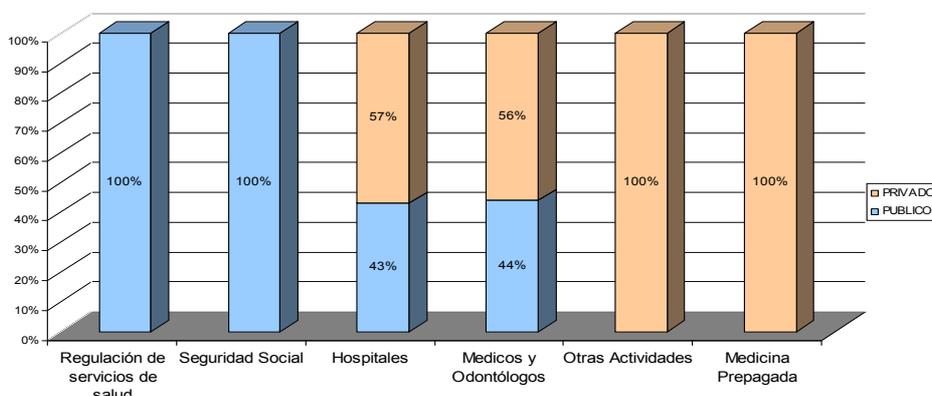
Es decir, que existen problemas de eficiencia dentro del quehacer del ministerio, mismos que existían antes del decreto de gratuidad y que hasta ahora no han sido superados, es más, podrían haber sido agravados con esta nueva política y sería necesario evaluar los alcances de estos efectos en la institucionalidad de esa Cartera de Estado.

Por el lado de otros servicios de salud, la seguridad social, es la tercera en importancia, según lo demuestran las cuentas satélites y las estimaciones de cobertura disponibles. Esto a pesar de que la razón de ser del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) no es la salud precisamente, sino más bien las pensiones de los trabajadores.

El sector privado ha tenido también una participación importante en tanto la distribución de los servicios de salud, aunque desde el acceso y la cobertura no son exactamente los más importantes, debido a que su interés es más económico que social y no es parte de su giro del negocio el ampliar el acceso sino la cartera de clientes y esta situación es por lo tanto comprensible y justificable.

Se puede apreciar en el gráfico 6 la distribución de los servicios de salud, para el año 2003 como parte del estudio de cuentas satélites de ese año.

GRÁFICO 7
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA PRODUCCION DE LAS
INDUSTRIAS DE SALUD SEGUN SECTOR PUBLICO Y PRIVADO 2003



FUENTE: INEC- Cuentas Satélite (INEC y CONASA, 2005)
 ELABORACION: INEC (INEC y CONASA, 2005)

El sistema de seguridad social funciona de cierto modo como la medicina prepagada, misma que es evidenciada como un monopolio por parte del sector privado y que cuenta con una serie de hospitales y equipo médico y de salud especializado en las principales ciudades del país.

Se tienen estimaciones solamente sobre la cobertura del MSP, razón por la que se considerará a manera de oferta el número de camas disponibles desde las dependencias de esta cartera de estado.

El número de camas hospitalarias disponibles, se calcula para un año en los establecimientos de salud públicos y privados en relación a 10.000 habitantes. Las camas disponibles se definen como aquellas que en los establecimientos de salud están destinadas de manera exclusiva a la atención de los pacientes que están hospitalizados, estén o no ocupadas, sin hacer distinción entre cunas, camas de niños o adultos (SIISE, 2010). Este indicador se expresa como una tasa por 10.000 habitantes y busca mostrar la capacidad de respuesta de los servicios de salud con respecto al tamaño de la población.

La fórmula de cálculo de este indicador es para 10.000 habitantes (SIISE, 2010):

$$CHD = \frac{CH_t}{N_t} * 10.000$$

Donde:

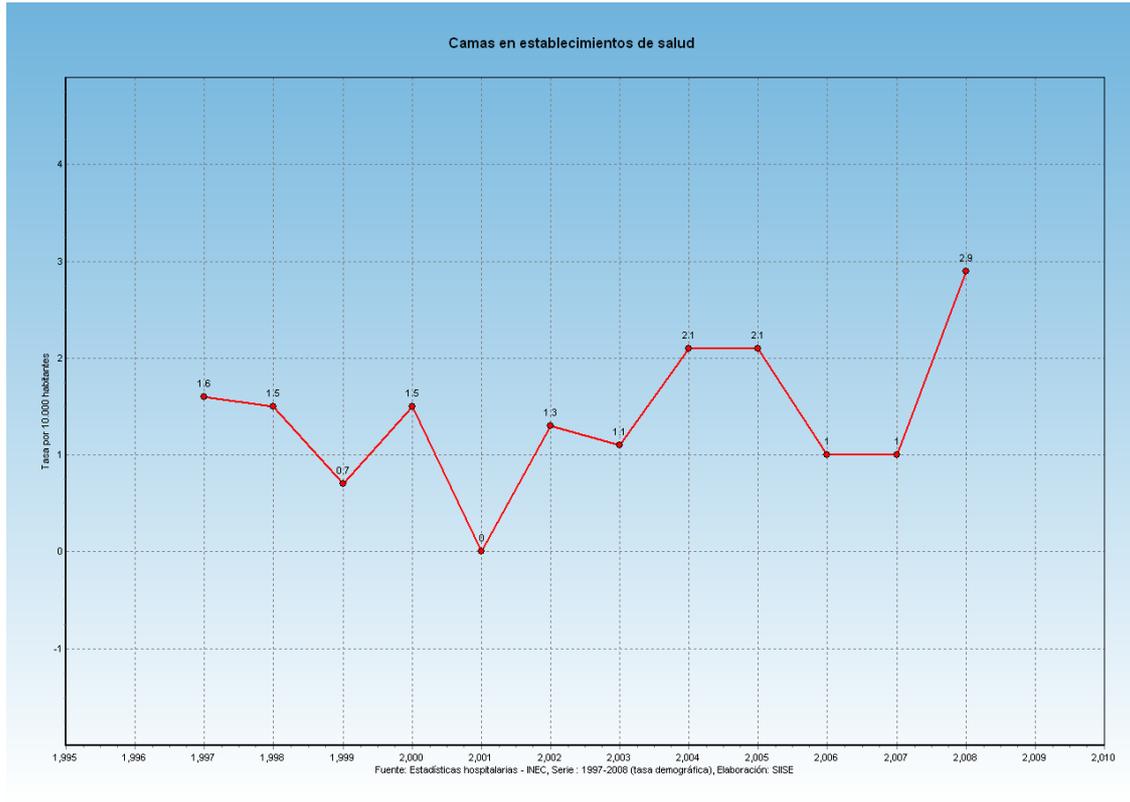
CHD: tasa de camas disponibles por 10.000 habitantes

CH_t : número de camas hospitalarias en establecimientos en el año t

N_t : población total en el año t

GRÁFICO 8

Número de camas en establecimientos del sector salud 1996-2008



ELABORACIÓN: SIISE 2010

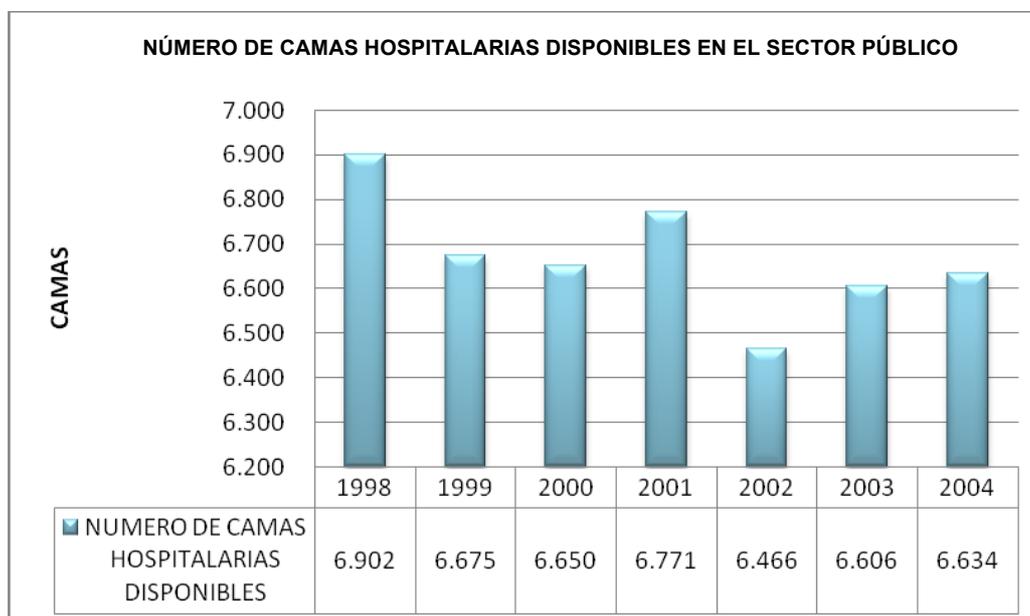
FUENTE: SIISE 2010

EL MSP es además del rector de su ámbito de intervención, el que tiene la mayor cobertura a nivel nacional, ya que tiene una distribución en lo local, desde puestos de salud, subcentros, centros, hospitales cantonales y hospitales de especialidad, con una distribución uniforme de aquellos de menor nivel y con una marcada concentración de aquellos más especializados en las ciudades de mayor población.

En el MSP hay una evolución poco regular del número de camas según lo muestra el gráfico 8. Pero a partir del año 2007 hay un alza significativa, lo que obedece a una mayor asignación presupuestaria para el sector (ver gráfico 2), lo que concuerda con el crecimiento mostrado en el gráfico que precede (gráfico 7). Adicionalmente, se

debe tener en cuenta que el presupuesto de los hospitales está en función de su número de camas.

GRÁFICO 9



FUENTE: Estadísticas MSP (MSP, 1998-2004)
ELABORACION: Autor

Existe así mismo un índice propuesto por el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), llamado índice de oferta en salud (IOS). Este indicador se estima para cada parroquia del país a partir de una serie de indicadores, que se resumen en el IOS (SIISE, 2010):

1. Médicos/as que laboran en establecimientos de salud (tasa por cada 10.000 habitantes)
2. Personal de salud que labora en establecimientos de salud excluyendo médicos: odontólogos/as, obstetrices, enfermeras/os; auxiliares de enfermería (tasa por cada 10.000 habitantes).
3. Tasa de establecimientos de salud sin internación por 10.000

Los valores de este indicador oscilan entre 40 y 100, siendo 100 el valor que representa la mayor oferta de servicios con relación a la población.

Para calcular el indicador se utiliza la fórmula siguiente, los números indican ponderaciones:

$$IOS = 0.89M_H + 0.87PS_H + 0.51ESI_H$$

Donde:

IOS: índice de Oferta en Salud

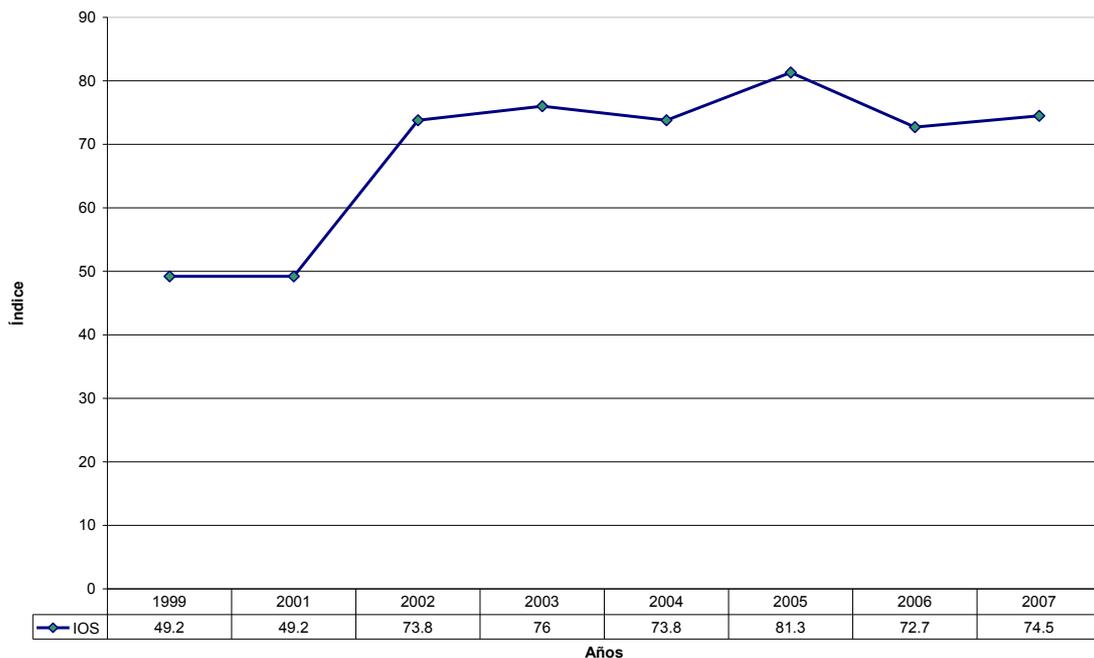
M_H : médicos por 10.000 habitantes

PS_H : personal de salud por 10.000 habitantes

ESI_H : establecimientos de salud sin internación por 10.000 habitantes

La desagregación del indicador es parroquial para poder medir y planificar la cobertura de los servicios de salud en el territorio, sin embargo, el SIISE 2010 presenta información nacional agregada, que al igual que los indicadores anteriores concuerdan en un incremento en el año 2007. El gráfico 9 indica la evolución de esta tasa desde 1999 hasta el 2007.

GRÁFICO 10
Evolución del Índice de Oferta de Salud (IOS) 1999- 2007



FUENTE: SIISE 2010

ELABORACION: Autor

Hay algunos factores que deben ser tomados en cuenta para un análisis adecuado sobre la oferta de servicios de salud:

- El porcentaje de ocupación de camas tiene una estrecha relación con los días de estada, el giro de cama y el porcentaje de camas disponibles. Particularmente, a

partir de este último indicador se puede inferir de cierta forma la demanda por servicios de salud. Y si en el tiempo, el número de camas no aumenta, pero sí su porcentaje de ocupación y los días de estada, podría disminuir la oferta.

- Por otro lado, cabe mencionarse que el incremento de la población es un factor que incide directamente en la demanda de salud, por lo que la oferta de servicios y de recursos disponibles, por parte de la autoridad sanitaria debería tener en cuenta también que estos incrementos en la demanda que no son del todo aleatorios y de hecho son previsibles, para tener a disposición de sus usuarios lo que ellos requieran.
- Adicionalmente, todos los indicadores demográficos como la tasa de mortalidad, morbilidad, fertilidad, fecundidad, natalidad, entre otros, sufrirán modificaciones al incrementarse la población.
- Como se había mencionado en el capítulo anterior, razones vinculadas al actuar de las personas (a las instituciones formales e informales) están ligadas plenamente a la problemática de la salud. La singularidad de este sector permite que además de tener el médico información privilegiada sus diagnósticos y curaciones acertadas, así como las ventajas y avances que éste tenga en el campo científico (Bourdieu, 1970), le envisten de un prestigio que le permite tener una mayor demanda. Algo similar ocurre con las unidades de atención de salud pues presentan aglomeración de la demanda por el servicio en ciertos lugares, en especial hospitales de prestigio, ocasionando un exceso de demanda e ineficiencia pues muchas camas disponibles en otros centros de servicios de salud pública se subutilizan o no se usan del todo. Debiéndose tomar en cuenta que estos servicios y hospitales a su vez se encuentran concentrados en centros urbanos.

La demanda por servicios de salud

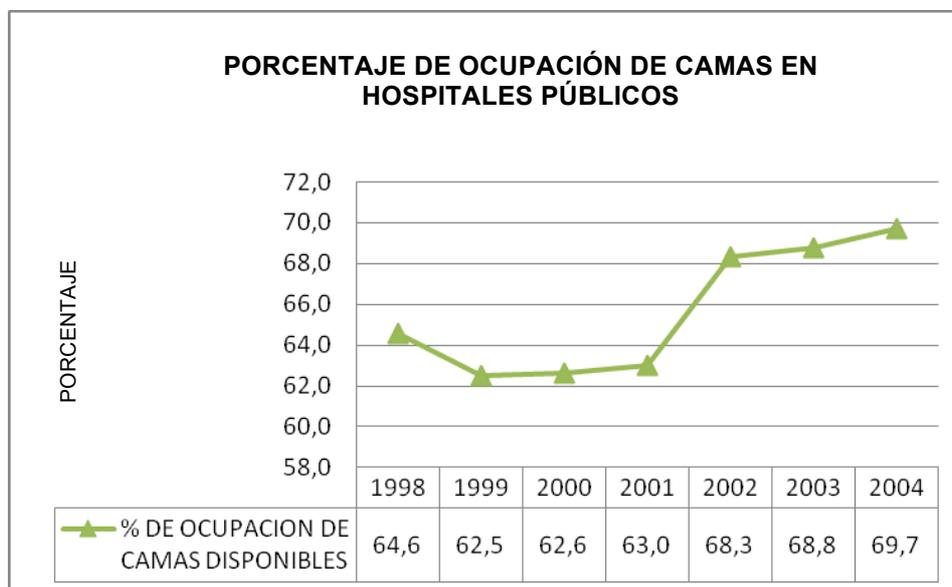
Los cálculos de la demanda no son sencillos de realizar, la razón primordial es que no existe por parte del ministerio un sistema de registros administrativos que permita efectivamente comprobar que las primeras consultas lo son en realidad. Esta situación no determina de ninguna manera que no haya existido un incremento de la demanda producido por el crecimiento poblacional por un lado y por un incremento en la oferta de los servicios.

Se considera como demanda por servicios de salud a las personas que han tenido síntomas de enfermedad o necesidad de atención preventiva y han acudido a un centro

de salud pública, o a un médico u hospital público por ayuda. Cabe recalcar nuevamente, que una persona puede acudir por primera vez a una unidad operativa del MSP, y luego acudir a otra, también por primera vez. Para aclarar este punto, considerado como álgido dentro de la política de gratuidad, cabe plantearse un ejemplo: suponiendo que una persona acude a un centro de salud del Área 3 (La Tola), en donde es diagnosticado de una parasitosis y le entregan una dosis de antiparasitarios. Esta misma persona podría acudir a otro centro de atención de salud, por ejemplo el Hospital Enrique Garcés, conocido como Hospital del Sur, pedir ser atendido y reclamar nuevamente su dosis de medicamentos. Esto evidencia la necesidad de un sistema de información de servicios de salud pública unificado e interconectado que permita controlar mejor la forma de dispensar los medicamentos y al mismo tiempo estimar de mejor manera la demanda, que podría estar sobre estimada por situaciones como la descrita.

La situación de los servicios obtenidos por la demanda de salud puede reflejarse en el porcentaje de ocupación de camas en hospitales públicos, así como en los días de estadía, detallados en los gráficos 10 y 11, respectivamente.

GRÁFICO 11



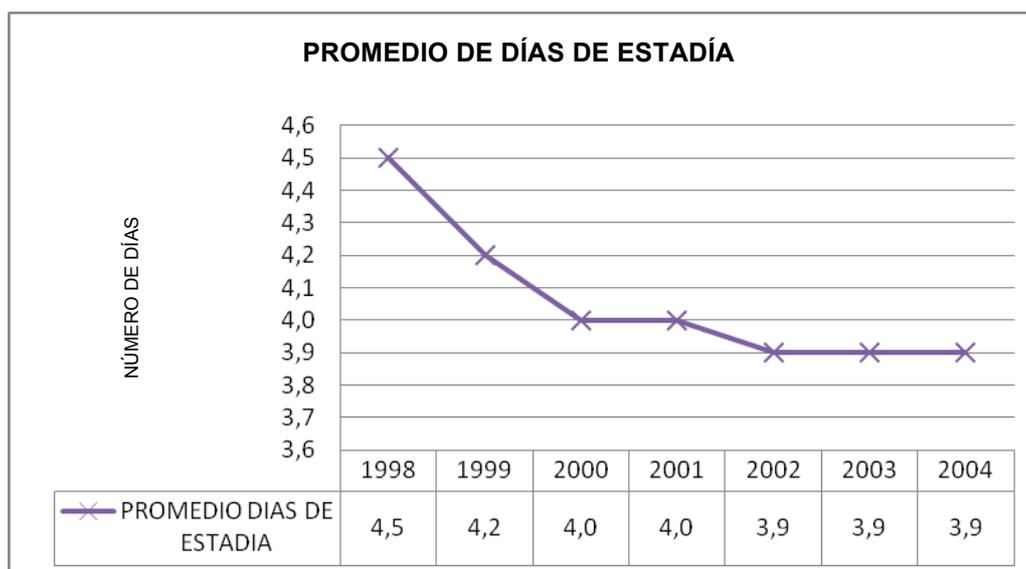
FUENTE: Estadísticas MSP (MSP, 1998-2004)

ELABORACION: Autor

El aumento de la ocupación de camas puede tener algunas explicaciones, en primer lugar las asignaciones presupuestarias a los hospitales se la realiza en función del número de camas disponibles que tengan, por lo que los hospitales tienen un incentivo para incrementar sus camas y entonces poder percibir mayor presupuesto. Por otro lado,

el crecimiento de la población de referencia de cada hospital, por un comportamiento demográfico normal se incrementa con el tiempo. Y una última explicación, tal vez la menos probable, se debe a que exista una mejor distribución, más eficiente del número de camas por persona, lo que incrementaría su ocupación.

GRÁFICO 12



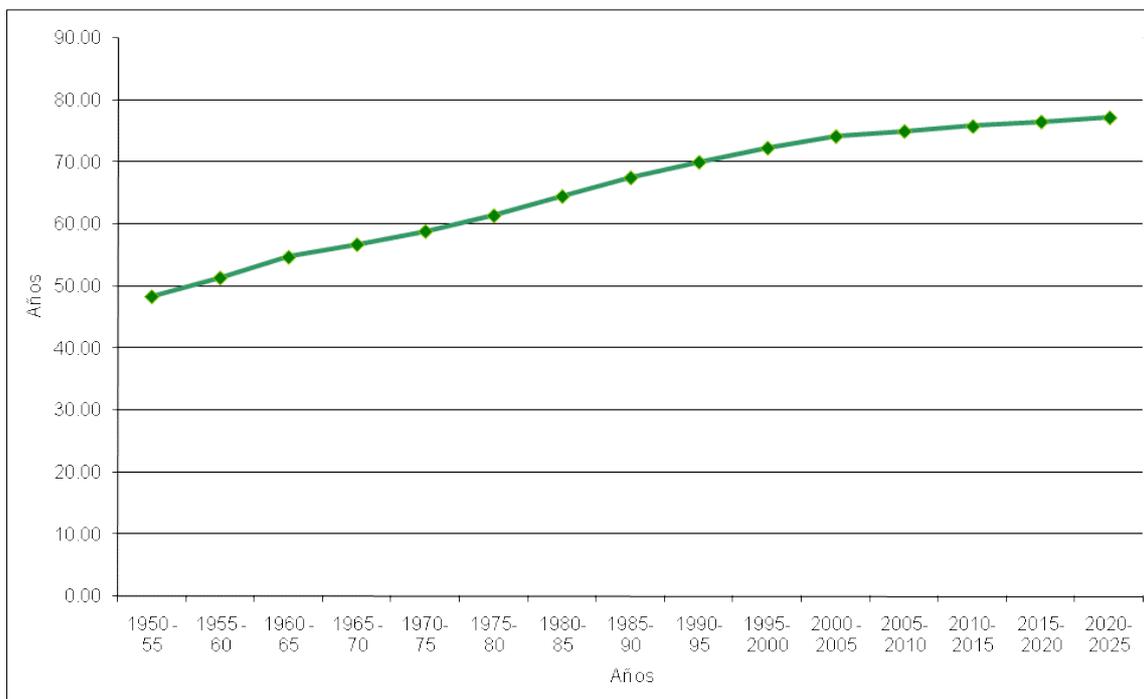
FUENTE: Estadísticas MSP (MSP, 1998-2004)

ELABORACION: Autor

La tendencia a la baja del promedio de días de estadía en el período 1998-2004, para el cual hay estadísticas disponibles, es un indicador alentador, pues se demostraría que existe un avance en la medicina y podría inferirse que existe una posible incremento de la eficiencia de la atención hospitalaria, para que los y las pacientes requieran quedarse cada vez menos tiempo en los hospitales.

Otro indicador importante de destacar para entender mejor la demanda por servicios de salud, es la tasa de mortalidad general, que ha registrado una tendencia negativa en el tiempo, por los cambios en los hábitos alimenticios, la mejora de la calidad de vida, el avance de la ciencia y la tecnología sobre todo en el ámbito de la medicina y la salud pública existiendo logros tan importantes como la erradicación o el manejo adecuado de ciertas enfermedades que años atrás eran consideradas incurables. Este indicador es opuesto a la Esperanza de Vida al Nacer, mismo que ha tenido en el tiempo una tendencia incremental.

GRÁFICO 13
Esperanza de Vida al Nacer: Ecuador 1950- 2025



FUENTE: SIISE 2010
ELABORACION: Autor

El gráfico 13 muestra la evolución de la tasa de mortalidad general para el Ecuador, en el período 1955-2005.

La población total en un determinado año corresponde a las proyecciones oficiales realizadas a partir de los censos de población, la información disponible a la fecha corresponde al censo realizado en el año 2010. Sin embargo, el mismo instituto de estadística del país ha puesto a disposición las proyecciones de población, mismas que se basan en las tendencias de natalidad y fecundidad de la población, a partir de las cuales se obtiene las tendencias de crecimiento de la población.

La tasa de mortalidad general por cada 1.000 habitantes, es calculada a través de la siguiente relación:

$$TMG = \frac{M_t}{N_t} * 1.000$$

Donde:

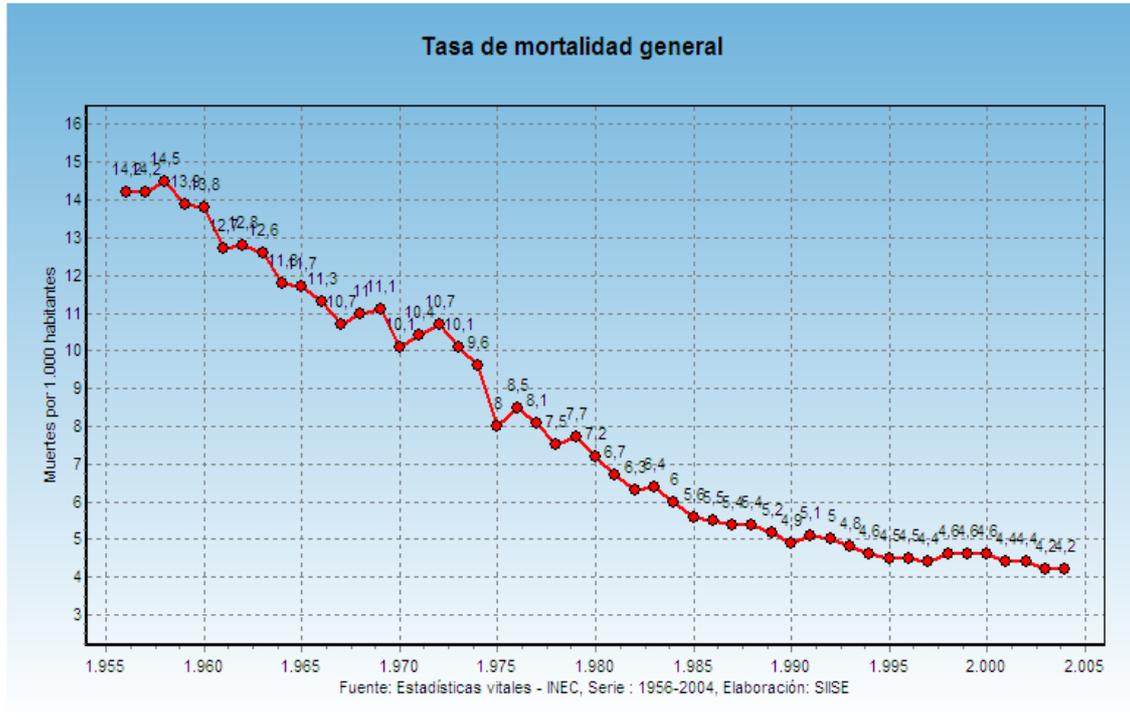
TMG: tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes

M_t: número de personas que murieron en el año t

N_t : población total en el año t

Expresa el número de personas que murieron en un determinado año, con relación a cada 1.000 habitantes. Es un indicador de resultado que refleja el estado de salud de una población en un determinado territorio en un tiempo.

GRÁFICO 14

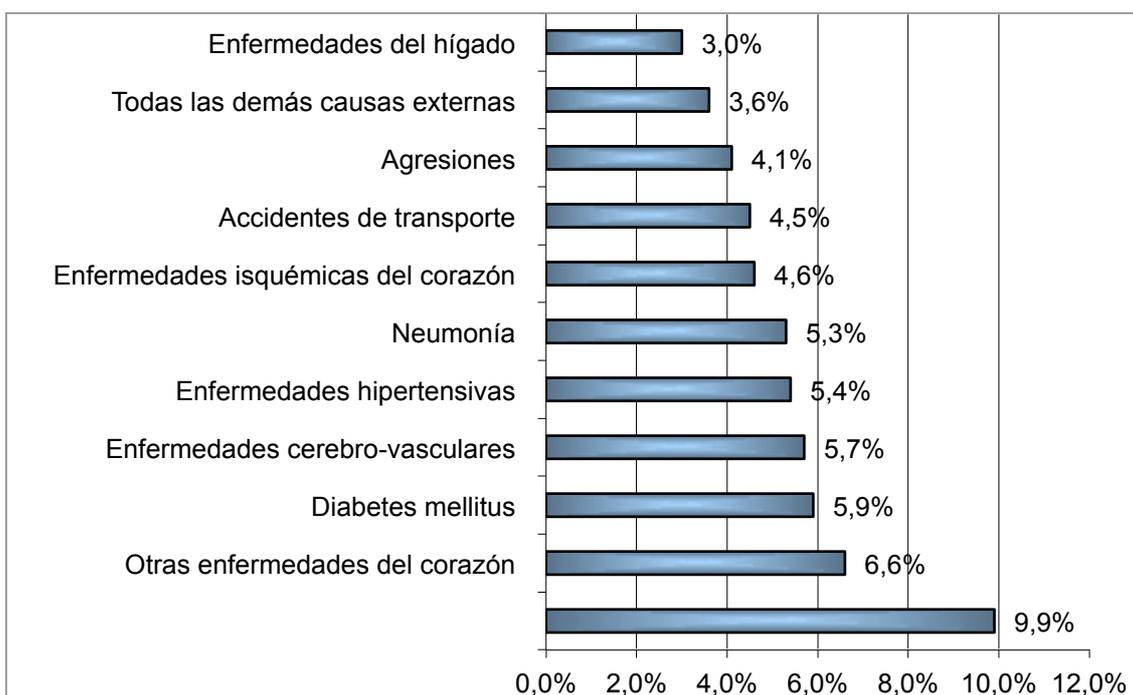


FUENTE: SIISE 2010
ELABORACIÓN: SIISE 2010

El descenso de la tasa de mortalidad general de la población se debe a un incremento del acceso a los servicios de salud y de la cobertura de los mismos, el mejoramiento de los niveles educativos de la población, la influencia de los medios masivos de comunicación con las buenas prácticas de salud, el acceso a medidas prevenibles como las inmunizaciones, el desarrollo de los fármacos para tratar y curar enfermedades antes consideradas incurables, la urbanización de los conglomerados poblacionales al acercar los servicios de salud y saneamiento a zonas lejanas a las ciudades y el mejoramiento de la infraestructura sanitaria en general (agua, alcantarillado y disposición de basuras).

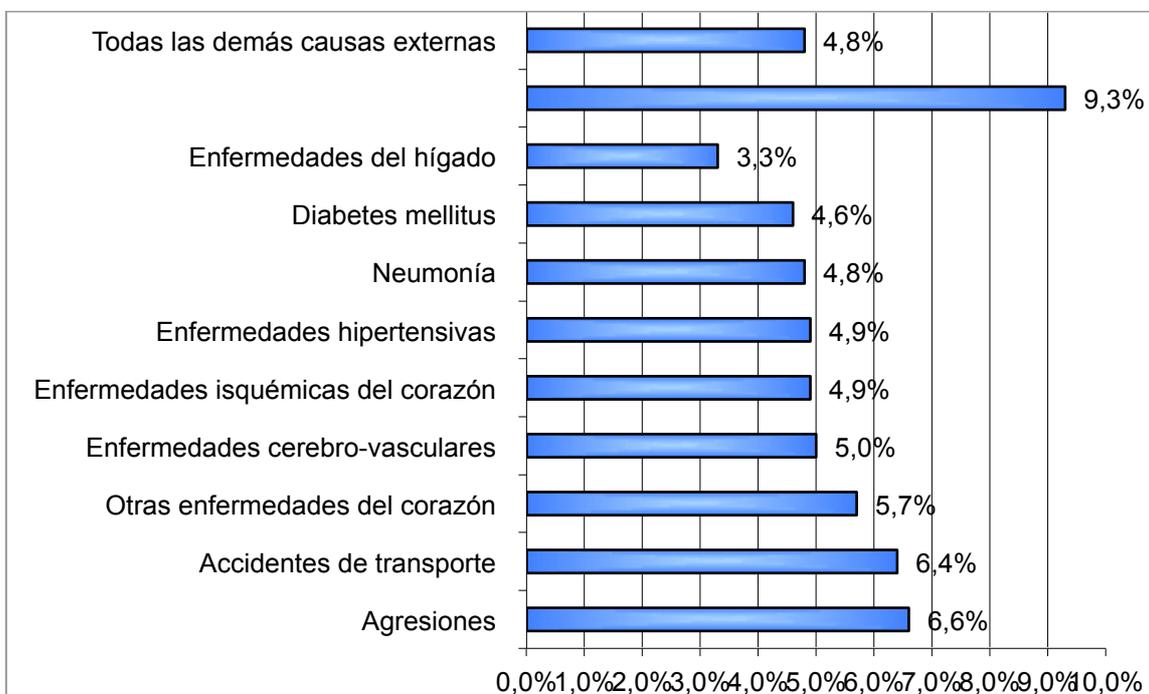
Las causas de mortalidad por lo tanto, varían de acuerdo al avance de la ciencia y al nivel de prevención que el país puede tener. El gráfico 14 muestra la distribución porcentual de la mortalidad, según las diez principales causas de muerte en el año 2008.

GRÁFICO 15
Diez principales causas de muerte: Ecuador 2008



FUENTE: SIISE 2010
ELABORACIÓN: Autor

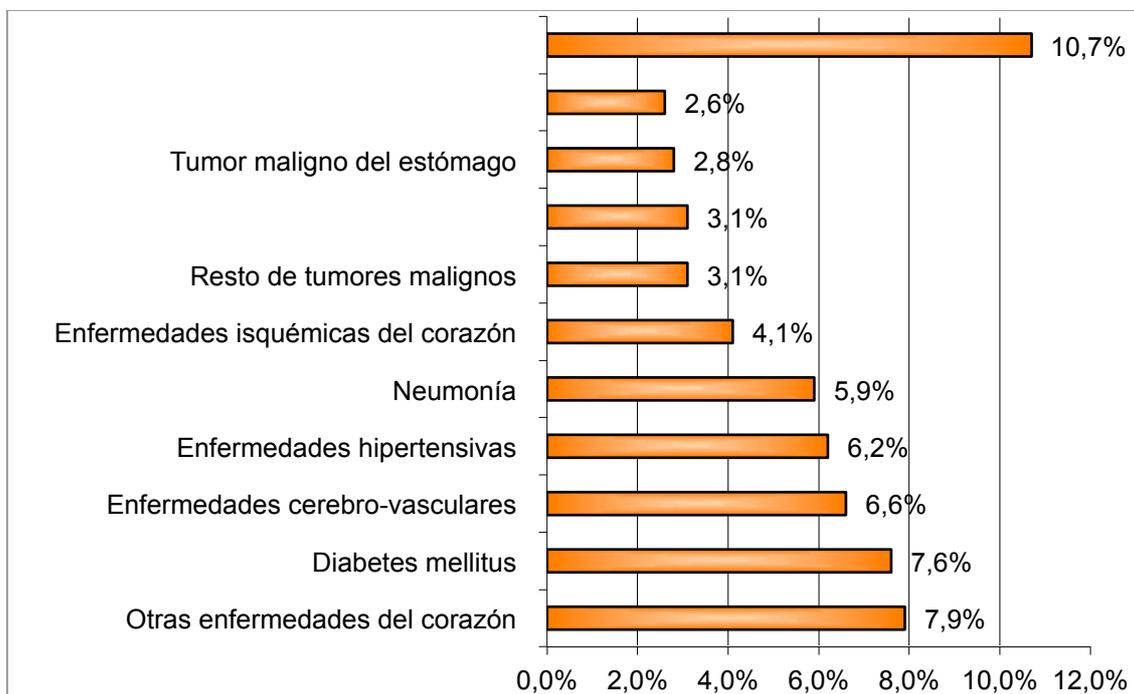
GRÁFICO 16
Diez principales causas de muerte de hombres: Ecuador 2008



FUENTE: SIISE 2010
ELABORACIÓN: Autor

GRÁFICO 17

Diez principales causas de muerte de mujeres: Ecuador 2008



FUENTE: SIISE 2010
ELABORACIÓN: Autor

En los gráficos 15 y 16 se muestra la distribución porcentual de las principales causas de muerte según sexo para el año 2008, de lo que se podría inferir que hay un número mayor de muerte en los hombres frente a las mujeres, sin embargo es necesario tomar en cuenta que según las proyecciones de población los hombres llevan a las mujeres una ligera ventaja en número por lo que no necesariamente las cifras mostrarían una tasa de mortalidad masculina sea mucho mayor que la femenina.

La principal fuente de las causas de muerte y la base para el cálculo de las tasas de fecundidad y mortalidad a demás del censo de población la constituye las estadísticas vitales, que se dividen en cuatro: nacimientos, defunciones, matrimonios y divorcios. Estas estadísticas buscan reflejar los hechos que las personas realizan a lo largo de su vida y de ahí su nombre. Aquellas relacionadas directamente con la salud son las de nacimientos y defunciones, estas últimas registran las causas de muerte según las 103 causas de la lista propuesta en la Décima Revisión del Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cada cierto tiempo esta lista de enfermedades codificadas es actualizada y sirve para homologar la información estadística a nivel mundial. En el informe

estadístico de defunciones se recogen las causas de muerte y se codifican, de aquí se derivan las diez principales causas de mortalidad general durante cada año, que se expresan como porcentaje del total de muertes en ese año.

$$PMpc_x = \frac{Mpc_{xt}}{TM_t} * 100$$

Donde:

PMpc_x: porcentaje de muertes por la causa x

Mpc_{xt}: número de muertes por la causa x en el año t

TM_t: Total de muertes de la población en el año t

Este indicador de resultado, permite conocer las principales causas de muerte en una población determinada en un año determinado.

Los ya mencionados avances en la medicina, sobre todo aquellos en el campo inmunológico, han cambiado la estructura de estos indicadores, por ejemplo el número de enfermedades y de muertes prevenibles han disminuido pero otro tipo de enfermedades del tipo cronológicas y degenerativas a la vez han ido en aumento así como aquellas relacionadas con la interacción social, lo que resulta en una transición epidemiológica.

Las principales causas de muerte, provienen de los informes estadísticos, una vez sistematizada esta información, se elabora un listado de las diez principales causas de muerte de la población en un determinado año. Esta información se publica en un anuario estadístico. La evidencia muestra que en el último tiempo siguen prevaleciendo en los primeros lugares del listado la diabetes melitus y las enfermedades isquémicas del corazón (Anuarios INEC, varios años). Cabe mencionarse que ciertas enfermedades que años atrás no tenían mayores repercusiones en el estado de salud, ahora aparecen en la lista de las 10 más importantes, tal es el caso de los accidentes de tránsito y aquellas relacionadas con los hábitos alimenticios de la población, como el sobrepeso y la obesidad.

Las enfermedades del corazón son las principales causas de muerte en ambos sexos (ver gráficos 15 y 16), estando estas enfermedades fuertemente relacionadas con una dieta poco saludable con alto contenido de grasa como aquellas del hígado y la diabetes mellitas. Las enfermedades isquémicas del corazón son también una causa compartida entre ambos géneros, al igual que las enfermedades cerebro-vasculares. Aparecen además causas de muerte relacionadas con los nuevos hábitos de vida y la

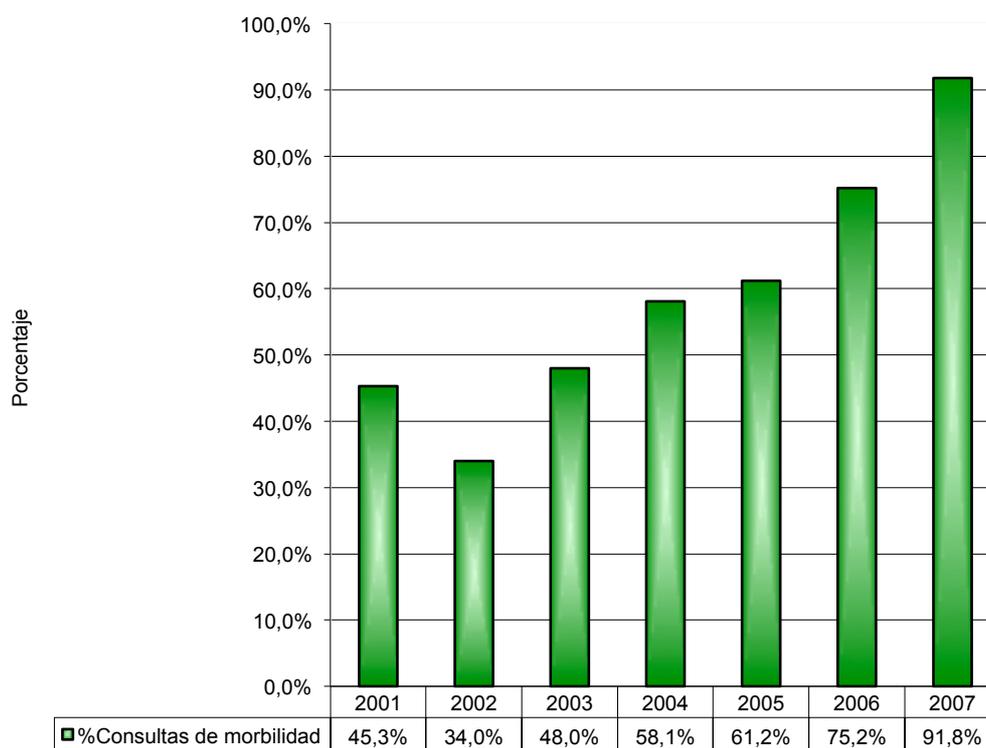
evolución de la sociedad como es el caso de los accidentes de transporte y las agresiones, que anteriormente no calificaban como las causas de muerte más importantes.

Es de importancia resaltar que las agresiones aparecen como principal causa de muerte en hombres y no en las mujeres, por otro lado una de las principales causas de muerte en las mujeres es la aparición de tumores malignos, lo que en los hombres no se presenta como una causa de muerte de importancia.

Por otro lado, el Ministerio de Salud Pública no ha hecho un cálculo exacto sobre la demanda de salud. Sin embargo, para determinar una aproximación de la misma, se consideran las consultas realizadas en los centros de salud, hospitales y toda dependencia del MSP, a excepción de consultas odontológicas por no haber registros. Se lleva un único registro de cuando la persona requirió por primera vez un servicio de salud.

GRÁFICO 18

MSP: Consultas de Morbilidad 2001- 2007⁶



FUENTE: SIISE 2010
ELABORACION: Autor

⁶ Para el año 2002, el dato del SIISE indicaba un 3,4%, sin embargo una cobertura tan baja no puede ser real al mirar la tendencia de los datos de los otros años, por lo que se lo consideró un error y se lo corrigió a 34% que parecería más realista.

La demanda de salud, calculada en base a las consultas realizadas, tiene una tendencia al alza, lo que obedece por un lado, al crecimiento poblacional y por otro a una importante mejora en el acceso al servicio de salud.

La morbilidad se refiere a las enfermedades que aquejan a la población, este indicador hace referencia al número de atenciones médicas que han buscado solución para estos problemas. Además, toma en cuenta a todas las instituciones del sector salud con excepción del Instituto de Seguridad Social y el Seguro Campesino. Las primeras consultas demandadas son consideradas para el cálculo del mismo, se utiliza la fórmula siguiente:

$$TCM = \frac{PCM_t}{N_t} * 100$$

Donde:

TCM: Tasa de consultas de morbilidad

PCMt: Primeras consultas de morbilidad atendidas en el año t

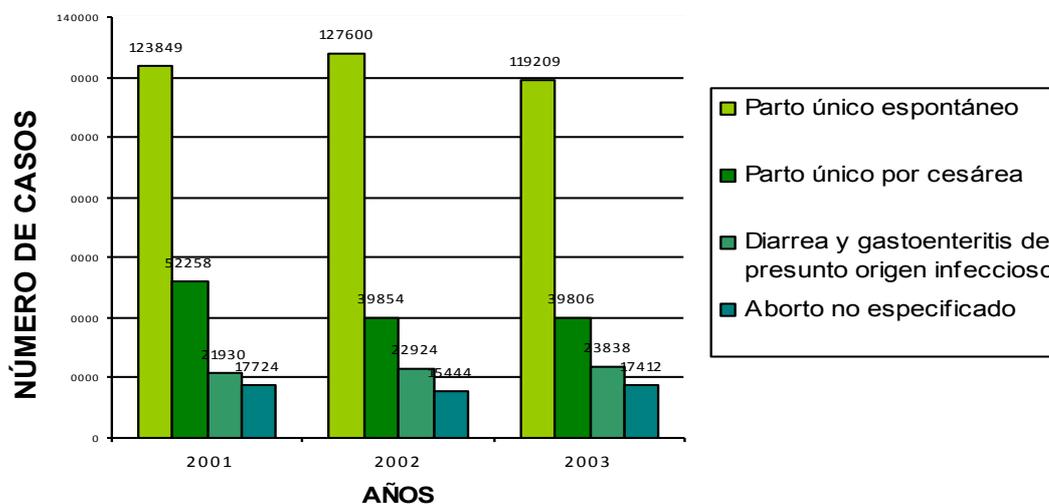
Nt: Población en el año t

Este indicador permite el cálculo de la tasa de consulta atendida por entidad por cada 100 habitantes, para poder estimar coberturas, sistemas de referencia y contrarreferencia y para planificar en general la productividad de las instituciones de salud.

Es importante tener un panorama ampliado sobre las enfermedades de mayor incidencia en el país a nivel hospitalario, detalladas en el gráfico 18.

GRÁFICO 19

Cuatro principales causas de egreso hospitalario



FUENTE: Secretaría Técnica del Frente Social (2003)

ELABORACION: Autor

Las cuatro primeras causas de egreso hospitalario se han mantenido para el período 2001-2003, que son las estadísticas disponibles. De estas cuatro causas, tres están relacionadas con la maternidad, es decir, que son las mujeres embarazadas las que tendrán mayor posibilidad de requerir atención hospitalaria, cabe ser mencionado que en términos de salud pública, el embarazo está considerado como una enfermedad. La segunda causa de morbilidad hospitalaria se podría prevenir en la mayoría de los casos, las conocidas Enfermedades Diarreicas Agudas o EDAs, no han podido ser erradicadas de nuestro país, sobre todo en los niños y niñas. Esta incapacidad del país de superar estas enfermedades son un claro síntoma del subdesarrollo, dado que las condiciones de mayor acceso a servicios sanitarios (agua entubada, alcantarillado, servicio de excretas y de recolección de basura) sería el primer paso para lograr superar estas enfermedades que resultan determinantes negativos para el desarrollo normal de los niños y niñas, en términos de nutrición y posterior aprendizaje.

La estimación de la oferta de salud como puede ser inferido, luego de una breve lectura de los indicadores planteados en este análisis, no tiene en realidad un problema de estimación, podría reducirse a un simple conteo anual de camas hospitalarias por institución, número de médicos por habitante, unidades de atención por metro cuadrado, etc.

Por otro lado, la estimación de la demanda resulta un cálculo mucho más complejo, en realidad las primeras consultas planteadas aquí, no pueden ser medidas de manera efectiva, por el simple hecho de que el sistema de información de salud pública no se encuentra integrado ni entre sus varios subsistemas ni entre las unidades operativas que pertenecen al MSP, por lo que una persona que se acerca por primera vez es atendida en el hospital Eugenio Espejo, luego puede pedir atención en otro hospital y su consulta será tomada en cuenta como primera consulta nuevamente, en otras palabras, debido a la inexistencia de un sistema real de consultas, resulta imposible tener un cálculo real de la demanda por servicios de salud. Al no estar integrado el sistema de atenciones al interior del Ministerio de Salud, peor se puede esperar tener un número real frente a todo el sistema, puesto que tampoco hay una interacción con la parte privada.

Sin embargo de estas limitaciones de la información, se tiene conocimiento de un acuerdo ministerial reciente que permite el uso de la cédula de identidad como identificador de las historias clínicas lo que constituye el primer paso para poder integrar el sistema por lo menos dentro del sistema de salud del MSP. Tomarán todavía

varios años antes de que una iniciativa de historia clínica única electrónica pueda concretarse para poder tener datos reales de demanda y cobertura de los servicios de salud prestados por el Ministerio rector del ramo.

No es posible invalidar totalmente estos datos, al constituir estadísticas oficiales y en su base se puede notar un incremento importante de la demanda de casi 17 puntos porcentuales, llegando a ser un número extremadamente alto en el año 2007 de casi 92% de cobertura de consultas de morbilidad.

La estadística anterior es ya una señal de alarma, tomando en cuenta que un incremento permanente de la demanda a un ritmo similar es prolongado, solo puede tener por resultado lo que es evidente luego del 2007, mucho más que en años anteriores: una sobresaturación de los servicios de salud.

CAPÍTULO III

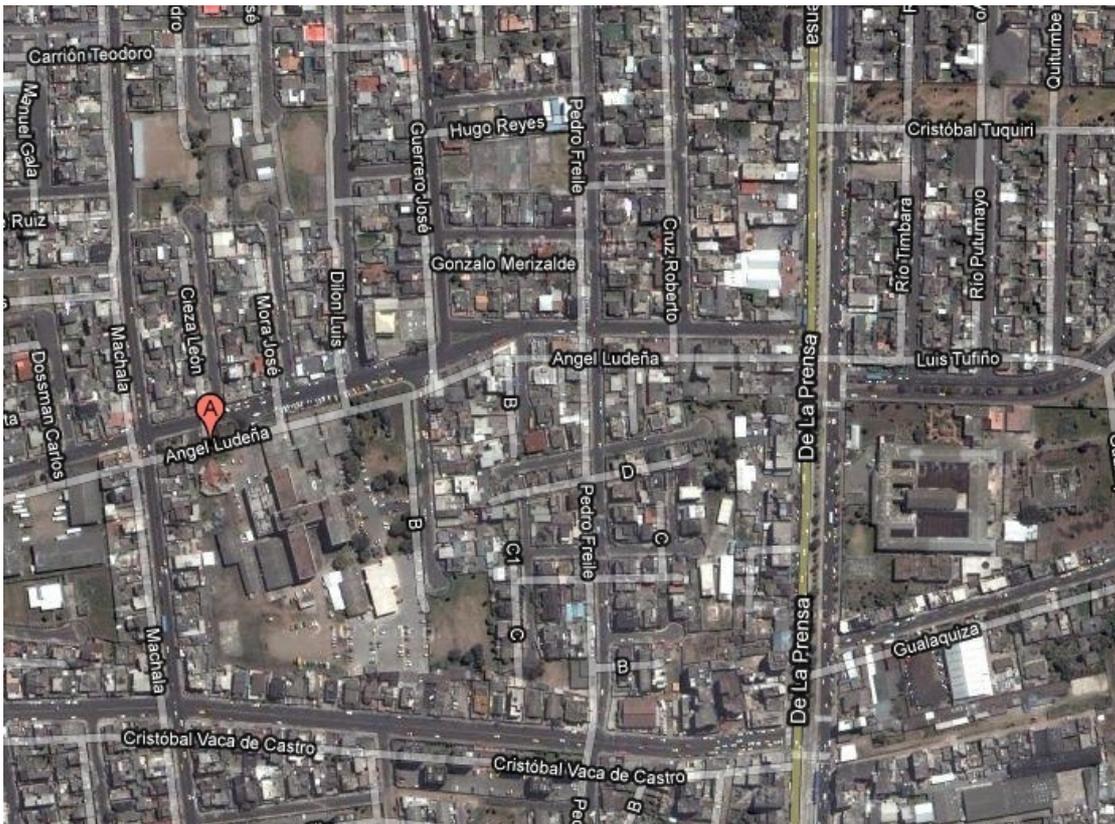
ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ

El hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS): contextualización

Para examinar la situación del Hospital Pablo Arturo Suárez, se utilizó como insumo básico su Planificación Estratégica para el quinquenio 2008-2013, documento que es un instrumento de trabajo interno del hospital, por lo que no ha sido publicado o difundido fuera de la institución hasta la fecha. La reseña del hospital y los indicadores más importantes como población de referencia o morbilidad, fueron tomados de este documento.

El HPAS está ubicado en la Ángel Ludeña y la calle Guerrero, en el sector de San Carlos, al norte de la ciudad de Quito.

Gráfico 20
HPAS: mapa de ubicación



FUENTE Y ELABORACIÓN: Google maps (2011)

La historia del HPAS se remonta a los días de la Real Audiencia de Quito, cuando en 1565 se funda el Hospital de la Misericordia San Juan de Dios que estuvo en

funcionamiento hasta el 21 de junio de 1973, año en el cual, su deplorable infraestructura física obliga a trasladar todos los recursos con los que contaba al norte de la ciudad de Quito. Para estos fines, el hospital continuó sus funciones compartiendo el edificio del Sanatorio de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA). Este edificio había sido creado en 1958 con el fin de aislar a las personas enfermas de tuberculosis (HPAS, 2008).

Al fusionarse ambas casas de salud se constituye el Sanatorio Pablo Arturo Suárez, que dependía administrativamente de la LEA, pero que un año más tarde se convirtió en una unidad operativa del Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del decreto supremo 1364 del 11 de Diciembre de 1974. El decreto denominó esta dependencia como Hospital Pablo Arturo Suárez, con subordinación técnica y administrativa de la entonces Jefatura Provincial de Salud de Pichincha (HPAS, 2008).

El hospital inicia sus funciones con 216 camas: 120 destinadas para neumología, 48 camas para medicina interna y 48 camas para cirugía. Para septiembre de 1989 se inaugura el servicio de consulta externa y cuatro años más tarde, en el mes de abril, los servicios de obstetricia y neonatología (HPAS, 2008).

La demanda por servicios de salud por parte de la población fue en aumento con el crecimiento poblacional y con los años, para el año 2002, los recursos del HPAS resultaron insuficientes. Aprovechando la coyuntura, con la ejecución del Proyecto de Modernización de la Salud (MODERSA) se decide readecuar las instalaciones del hospital, por lo que la mejora es notable en el HPAS desde el año 2006 cuando las remodelaciones terminan (HPAS, 2008).

En el mismo año de la remodelación, con registro oficial 06334 de Noviembre del 2005, el MSP dispone que el HPAS tenga la categoría de Hospital Provincial Docente, con una dotación de 216 camas. La categoría implica que en esta casa de salud se forman profesionales de la medicina, esto representa una oportunidad de mejora continua para el hospital y para el desarrollo científico (HPAS, 2008).

Adicionalmente, de acuerdo a la clasificación del Sistema Nacional de Servicios de Salud del MSP, se ubica en el segundo nivel de atención y está en la obligación de brindar el servicio de cuatro especialidades básicas: gineco-obstetricia, cirugía, medicina interna y pediatría (HPAS, 2008).

Al Hospital Pablo Arturo Suárez se lo puede clasificar según el tipo de atención como un hospital general; y según el tiempo de permanencia de los pacientes en hospitalización, es una unidad denominada “de agudos” (HPAS, 2008).

En tanto su organización funcional, el hospital se encuentra en proceso de transición, siendo que en el año 2005 el MSP dispuso un cambio en la estructura de sus unidades operativas, que debían migrar de un sistema Directivo- Normativo- Vertical al modelo de Organización Horizontal por Procesos.

El Modelo de Organización por procesos, responde a la necesidad de introducir el enfoque de mejoramiento continuo de la calidad y propone la nominación de nuevas funciones del personal que labora en los hospitales, así (HPAS, 2008):

1. Proceso de gerencia: Gerente General del Hospital, Subgerente;
2. Procesos Habilitantes de Apoyo: Gestión de Talento Humano, Gestión de Enfermería, Gestión Financiera, Gestión de Calidad, Gestión de Comunicación.
3. Procesos Habilitantes de Asesoría: Aseguramiento de la Calidad, Asesoría Jurídica, Auditoría Interna, Ciencia y Tecnología.
4. Procesos Agregadores de Valor: Consulta Externa, Hospitalización, Centro Quirúrgico Obstétrico, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Docencia, Servicios de Diagnóstico y tratamiento.

Este es el esquema bajo el cual deberían funcionar todos los hospitales que se encuentran bajo la tutela del MSP. Es importante notar que dentro de los procesos agregadores de valor se encuentran en realidad los servicios que un hospital debería ofrecer, es decir su razón de ser.

En tanto la infraestructura física, el Hospital Pablo Arturo Suárez cuenta con una superficie de 35.000 metros cuadrados de espacios verdes y 14.000 metros cuadrados de construcción en cuatro plantas, de dos alas, con 15 salas de hospitalización. La edificación tiene en un 40% construcción antigua y en un 60% construcción nueva que data del año 2005 (HPAS, 2008).

El HPAS brinda atención integral de salud a sus pacientes, en tanto prevención, curación, rehabilitación, docencia, investigación y educación. Para determinar el área de influencia del hospital, se enlistan las áreas de salud del MSP cercanas, que para el 2008 fueron (HPAS, 2008):

- Área de Salud 8: Cotocollao
- Área de Salud 9: Comité del Pueblo
- Área de Salud 10: San Carlos
- Área de Salud 11: Los Bancos

- Área de Salud 12: Cayambe
- Área de Salud 13: Tabacundo
- Área de Salud 14: Yaruquí
- Área de Salud 18: Nanegalito
- Área de Salud 21: Calderón

Para el cálculo de la población de referencia del hospital se toman en cuenta las proyecciones de población a nivel provincial, según las cuales, para el año 2008 la población total de la provincia de Pichincha corresponde a 2.093.458 de habitantes. Según la población asignada a las áreas de salud que pertenecen a su área de influencia según la lista anterior, la población que teóricamente asignada al HPAS es del 52% del total provincial, es decir 1'089.260 habitantes.

En el cuadro 2 se puede observar que la población más extensa está concentrada en el Área 8, Cotacollao, que se constituye en una zona de influencia directa del Hospital (HPAS, 2008).

Cuadro 5
HPAS: Población de Influencia 2008

ÁREAS DE SALUD DE INFLUENCIA DEL H-PAS	Población	%
AREA 8: COTACOLLAO	235,375	22%
AREA 9: COMITÉ DEL PUEBLO	214,074	20%
AREA 10: SAN CARLOS	171,016	16%
AREA 11: PEDRO V. MALDONADO	47,179	4%
AREA 12: CAYAMBE	84,983	8%
AREA 13: TABACUNDO	31,830	3%
AREA 14: YARUQUÍ	150,899	14%
AREA 18: NANEGALITO	14,770	1%
AREA 21: CALDERÓN	139,134	13%
TOTAL	1,089,260	100%

FUENTE: Plan Estratégico HPAS (HPAS, 2008)

ELABORACIÓN: Autor

Las Áreas de Salud 8 y 9 son extensamente pobladas y están muy cercanas al HPAS, que en conjunto con el Área de San Carlos y Calderón representan la mayor parte de la población que demandaría potencialmente servicios del hospital.

El 31% de la población corresponde a la sumatoria de las Áreas de Salud 11, 12, 13, 14 y 18, misma que en general se encuentra dispersa y pertenecen al área rural.

La densidad de la población en los diferentes sectores de la ciudad de Quito y del norte de la Provincia de Pichincha, tiene características especiales en cuanto a la Estructura de la Población por grupos etarios (HPAS, 2008).

Cuadro 6

HPAS: Distribución de la población por grupos etarios de las áreas de influencia

GRUPOS ETÁREOS	POBLACIÓN	%
Menores de 1 año	20,584	2%
De 12 a 28 días	20,138	2%
De 1 a 2 años	81,958	8%
De 2 a 4 años	62,059	6%
De 5 a 9 años	100,893	9%
De 10 a 14	97,698	9%
De 15 a 19 años	102,042	9%
De 20 a más	603,888	55%
TOTAL POBLACION	1,089,260	100%

FUENTE: Plan Estratégico HPAS (HPAS, 2008)

ELABORACIÓN: Autor

La población es joven en su mayoría, al sumar aquellos menores de 1 año hasta los 14 años de edad, esto alcanza el 35% del total, es decir la tercera parte de la población son niños. La población de adolescentes de 15 a 19 alcanza a casi el 10% del total.

La población con mayor demanda potencial de servicios por lo tanto es joven y por tal motivo las acciones del hospital deberían estar encaminadas a brindar atención a este grupo etario (HPAS, 2008).

Existen índices internacionales de planificación hospitalaria, que recomiendan la existencia de 1.25 camas por cada 1.000 habitantes. Tomando en cuenta esta norma internacional, en base a la población de influencia del HPAS (1'089.260 habitantes) y a la disponibilidad de 198 camas en esta unidad de salud, se puede concluir que este índice alcanza solamente al 0,001 por 1000 habitantes, lo que dificulta altamente que el hospital atienda adecuadamente la demanda por servicios de salud no solamente de su población de influencia, sino además de la demanda espontánea que podría surgir.

Cuadro 7

HPAS: Intervenciones Quirúrgicas y Procedimientos menores en Consulta Externa (2008)

ESPECIALIDAD	OPERACIÓN			ANESTESIA
	Electiva	Emergencia	TOTAL	Local
DERMATOLOGÍA	380		380	350
OFTALMOLOGÍA	87		87	87
OTORRINOLARINGOLOGÍA	8		8	7
CIRUGÍA PLÁSTICA	28	8	36	36
MAXILOFACIAL	135	4	139	139
CIRUGÍA GENERAL	36		36	36
TOTAL	674	12	686	655

FUENTE: Plan Estratégico HPAS (HPAS, 2008)

ELABORACIÓN: Autor

En el ejemplo presentado en el cuadro 5, correspondiente al año 2008, es un claro ejemplo del incremento de la demanda por servicios de salud en el hospital, puesto que al tener el hospital 674 intervenciones quirúrgicas, se estima que en promedio han realizado 7 cirugías por día. Esto sin tomar en cuenta las emergencias, que en realidad al año no han sido tan representativas, teniendo en promedio 1 cirugía por mes.

Por otro lado, se pueden enlistar aquellas intervenciones quirúrgicas que no pertenecen a la Consulta Externa del HPAS, sino a su Centro Quirúrgico y Obstétrico en el año 2008. El cuadro que sigue muestra el número de operaciones realizadas por cada servicio que forma parte de estos dos departamentos.

Cuadro 8

HPAS: Intervenciones Quirúrgicas en el Centro Quirúrgico y en el Centro Obstétrico (2008)

ESPECIALIDAD	TIPO DE OPERACIÓN		
	Electiva	Emergencia	TOTAL
CIRUGÍA GENERAL	477	296	773
CIRUGÍA PLÁSTICA	24		24
NEUROCIRUGÍA	20	4	24
OFTALMOLOGÍA	9		9
OTORRINOLARINGOLOGÍA	51		51
UROLOGÍA	100	2	102
TRAUMATOLOGÍA	392	116	508
MAXILOFACIAL	16	1	17
GINECO-OBSTETRICIA	306	853	1.159
TOTAL	1.395	1.272	2.667

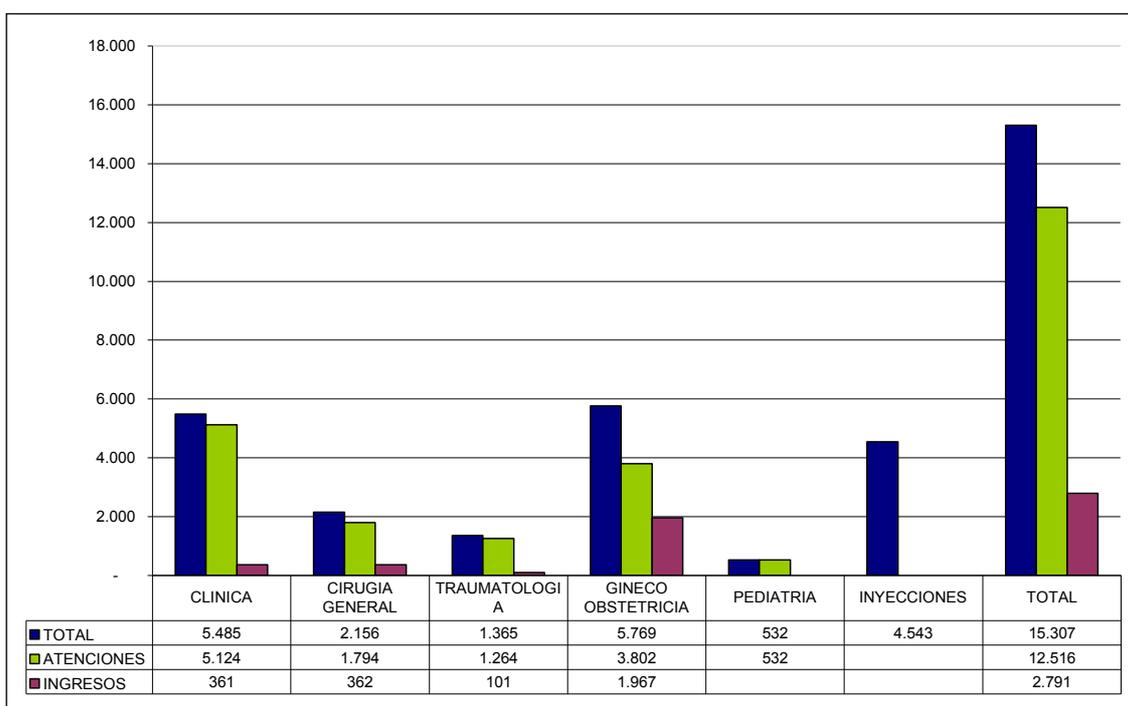
FUENTE: Plan Estratégico HPAS (HPAS, 2008)
ELABORACIÓN: Autor

En el cuadro 6, muestra que existe una amplia demanda de intervenciones en cirugía general, sin embargo, aquellas relacionadas con gineco-obstetricia son las que mayor demanda tienen, siendo las de emergencia las de mayor número. Esto se debe seguramente a la cantidad de partos que el hospital atiende, siendo esta una importante causa de morbilidad hospitalaria.

En el Servicio de Emergencia, existe un alto movimiento diario, siendo que el HPAS atiende un promedio de 70 pacientes por día, 2.086 por mes, y alrededor de 3 emergencias por hora, según las estadísticas del año 2008. De las emergencias atendidas, un promedio de 15 ingresan, especialmente aquellas gineco-obstetricas (HPAS, 2008). Cabe señalarse que los usuarios que demandan inyecciones, el sacado de puntos o curaciones luego de algún accidente también están tomadas en cuenta como emergencias.

Gráfico 21

HPAS: Atenciones e ingresos por Emergencia enero- junio 2008



FUENTE: Plan Estratégico HPAS (HPAS, 2008)

ELABORACIÓN: Autor

Aunque no existe el Servicio de Hospitalización en Pediatría (el hospital lo tuvo hasta el año 2002 solamente), según la información del HPAS en Emergencia se atienden al rededor de 44 niños al mes durante el año 2008. El diagnóstico realizado por personal del HPAS para su Plan Estratégico Institucional, indica que la capacidad operativa sobrepasa a capacidad instalada de la emergencia, lo que ha ocasionando continuamente aglomeraciones por la falta de funcionalidad en la planta física y las necesidades no satisfechas en relación a equipamiento y al talento humano. Es necesaria e imprescindible la dotación de nuevas instalaciones para este servicio.

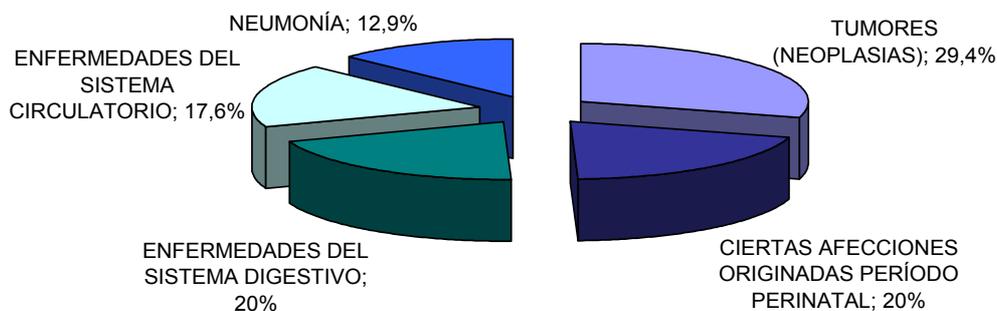
Los Servicios de Diagnóstico se han constituido en el puntal de la atención médica, esto se puede observar en el Hospital Pablo Arturo Suárez, el servicio de Laboratorio Clínico ha realizado 545.734 determinaciones en el período de enero a junio 2008, es decir alrededor de 3.031 determinaciones diarias, relacionado con el promedio de consultas externas día, promedio días pacientes y atenciones de emergencia que sumados son 478 pacientes/ usuarios en el día, es evidente que existe

una proporción de 6,3 determinaciones diarias por paciente. La mayor cantidad de exámenes son de hematología.

El perfil epidemiológico observado en el HPAS, guarda similares características epidemiológicas del resto de la ciudad de Quito y de la Provincia de Pichincha. Se sitúan entre las cinco primeras causas, las enfermedades del aparato respiratorio, urinarias, digestivas, traumatológicas y crónicas degenerativas, y de suma importancia los problemas de la madre. Estas causas son detalladas en los cuadros siguientes según la información disponible en el Plan Estratégico del HPAS.

Gráfico 22

HPAS: Cinco primeras causas de morbilidad general a diciembre 2007



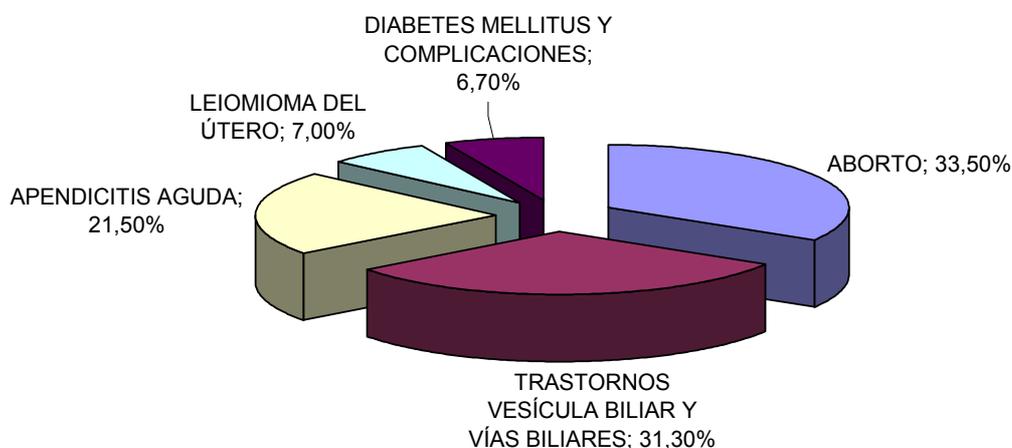
FUENTE: Plan Estratégico HPAS (HPAS, 2008)

ELABORACIÓN: Autor

Se puede apreciar, según el gráfico 21 que los tumores fueron la primera causa de morbilidad a diciembre del 2007, seguidas por enfermedades del sistema digestivo, afecciones el periodo perinatal, el sistema circulatorio y finalmente la neumonía.

Gráfico 23

HPAS: Cinco primeras causas de hospitalización a diciembre 2007



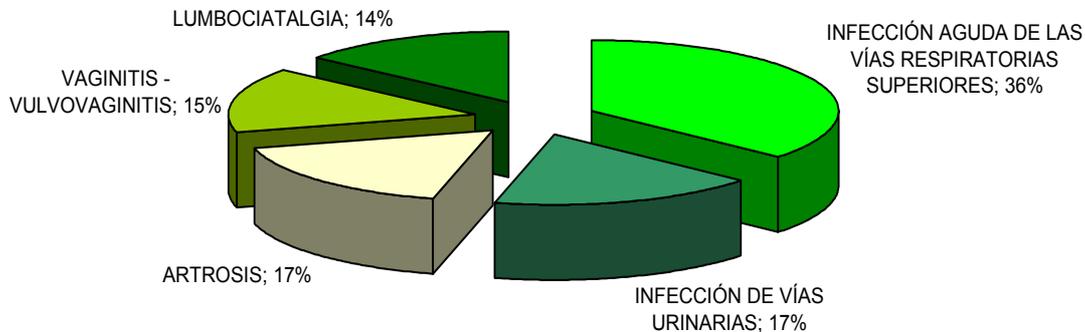
FUENTE: Plan Estratégico HPAS (HPAS, 2008)

ELABORACIÓN: Autor

Lastimosamente los egresos hospitalarios categorizar a la morbilidad bajo ciertos parámetros generales, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Por tal motivo los niveles de desagregación no son tan específicos y es difícil distinguir la causa primaria de la hospitalización. La cifra de abortos resulta alarmante, puesto que de 1990 casos de hospitalización, 668 fueron por aborto, es decir el 33% del total. No se puede distinguir el tipo de aborto pero esta cifra denota una necesidad imperante de una política pública que resguarde la salud de las mujeres. El segundo y el tercer puesto lo ocupan trastornos del tipo digestivo, luego trastornos uterinos y finalmente la diabetes.

Gráfico 24

HPAS: Cinco Primeras causas de morbilidad de Consulta Externa diciembre 2007



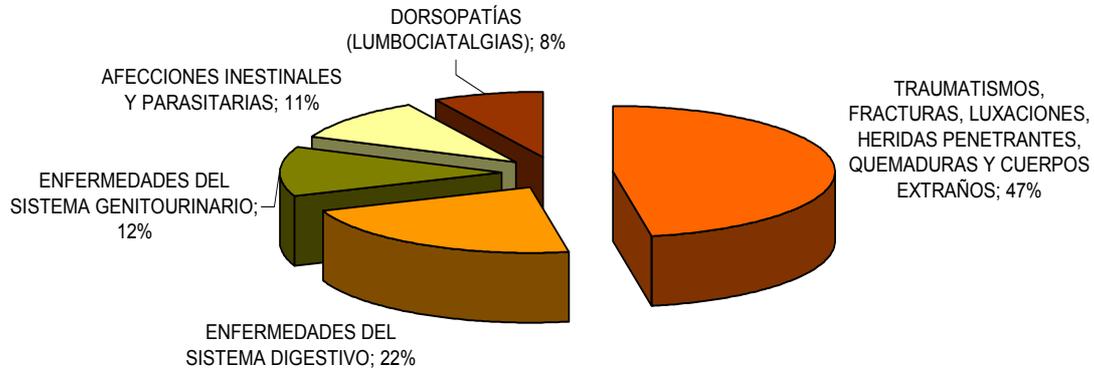
FUENTE: Plan Estratégico HPAS (HPAS, 2008)
ELABORACIÓN: Autor

Se contrasta la neumonía como una de las primeras causas de morbilidad general con la primera causa de atención de la consulta externa, los trastornos respiratorios son los que más aquejan a la población, así, las infecciones a las vías respiratorias superiores son la primera causa de Consulta Externa en el HPAS, seguidas de infección a las vías urinarias, artrosis, vaginitis y problemas de la columna, lumbociatalgia. Los problemas de lumbalgia pueden estar relacionados de manera muy cercana a las grandes presiones de las personas, así como aquellos problemas intestinales, siendo que el estrés podría devenirse en la causa básica de la sintomatología de estas enfermedades.

Las enfermedades femeninas ocupan también en consulta externa un lugar de importancia, al presentarse de manera persistente las infecciones a las vías urinarias y la vaginitis, ambas molestias podrían ser reducidas con prevención, aunque no eliminadas por completo dado que son procesos infecciosos ocasionados por bacterias pero, pueden ser atenuados con mejores prácticas de higiene.

Gráfico 25

HPAS: Cinco primeras causas de morbilidad de Emergencia a diciembre 2007



FUENTE: Plan Estratégico HPAS (HPAS, 2008)
ELABORACIÓN: Autor

Las atenciones de emergencia parecen tener su principal insumo en los accidentes de varios tipos, por tal motivo en el primer lugar están las atenciones a traumatismos, fracturas, luxaciones, heridas penetrantes (que podrían ser fruto de asaltos o agresiones violentas, no solo accidentes), quemaduras y cuerpos extraños. El resto de atenciones se relacionan con las causas de morbilidad y hospitalización anteriores, guardando concordancia en general con el perfil epidemiológico del área de influencia del hospital y de las cifras presentadas como país en un capítulo previo.

Los indicadores de Producción Hospitalaria del Hospital Pablo Arturo Suárez

El libro del conocido macroeconomista Jeffrey Sachs, “El fin de la pobreza. Cómo conseguirlo en nuestros tiempos”, hace un símil entre las mediciones económicas de los países y las visitas que las personas hacen a un médico para la evaluación de su estado de salud. Asevera que los indicadores económicos como el Producto Interno Bruto (PIB) por ejemplo, se asemejarían a las mediciones de un electrocardiograma realizado a un paciente. Las pulsaciones cardíacas, su ritmo de palpitations, etc, dan cuenta del funcionamiento del corazón, lo que el PIB frente al funcionamiento de la economía de los países (Sachs, 2006).

Las ideas de Sachs, no están muy lejanas de la realidad, siendo el PIB solamente uno de los exámenes que permiten auscultar las economías, sin que signifique que sea el mejor o el peor de los indicadores, simplemente es uno más de ellos. De igual manera,

existen una serie de indicadores que permiten indagar más profundamente sobre el funcionamiento de los hospitales y de la salud pública en general.

El capítulo II de este estudio se enfocó en aquellos indicadores que permitieron “medir el pulso” del sector salud en general, el presente capítulo pretende por otro lado, realizar un análisis más específico, dedicando una sección del mismo a revisar los indicadores del hospital que protagoniza el presente estudio.

Los hospitales están clasificados según su nivel de complejidad, es decir por las especialidades que ofrece, el número de camas, si poseen internación, etc. Para elegir al Hospital Pablo Arturo Suárez como centro de esta investigación, se tomó en cuenta la clasificación a la que pertenece. Existen cuatro grupos de hospitales, catalogados según su tipo y que de menor a mayor complejidad son:

1. Básicos
2. Generales
3. Especializados
4. Especialidades

Los hospitales básicos, generalmente son aquellos ubicados en los cantones y tienen camas para internación pero los servicios que prestan no son de mayor complejidad. Según el INEC, el hospital básico:

Es una Unidad de salud que brinda atención ambulatoria, emergencia y hospitalización de corta estancia en: medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia; cumple acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y odontología; dispone de auxiliares de diagnóstico como laboratorio clínico e imagenología. Es el eje del sistema de referencia y contrarreferencia de los servicios del primer nivel y se ubica generalmente en cabeceras cantonales. Estos pueden ser del sector público o privado (INEC, 2009).

En el Ecuador contamos con 90 hospitales básicos bajo la rectoría del MSP (MSP, 2012). Los hospitales generales por otra parte, ofrecen más servicios que los hospitales básicos, en el país existen 58 hospitales generales (MSP, 2012).

Conceptualmente, el INEC define a los hospitales generales como:

Es una unidad operativa que provee atención de salud ambulatoria e internación en las cuatro especialidades básicas y algunas subespecialidades, de la medicina, de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia y emergencias; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, medicina física y de rehabilitación; resuelve las referencias recibidas de las unidades de menor complejidad y las contrarrefiere y realiza docencia e investigación. Corresponde al segundo nivel de prestación de servicios y está ubicado en las capitales de provincia y cabeceras cantonales de

mayor concentración poblacional. Estos pueden ser del sector público o privado (INEC, 2009).

Los hospitales especializados son 16 a nivel nacional (MSP, 2012), son: dermatológicos, de niños, maternidades, de adultos mayores y psiquiátricos. Pueden ser de dos tipos, agudos si atienden a pacientes que deben ser internados por menos de treinta días; o crónicos si la atención demandada requiere un periodo de internación mayor. Para el INEC un hospital de este tipo:

Es una unidad operativa que provee atención de salud ambulatoria de especialidad, de referencia y hospitalización en una especialidad o subespecialidad, o que atiende a un grupo de edad específico; atiende a la población local o nacional mediante el sistema de referencia y contrarreferencia y puede ser de tipo agudo o crónico. Corresponde al tercer nivel de atención, realizan docencia e investigación en salud y está localizado en ciudades consideradas de mayor desarrollo y concentración poblacional (INEC, 2009).

Finalmente, un hospital de especialidades es aquel de mayor complejidad, en el país solamente existen dos hospitales que cumplen con estas características (MSP, 2012), en Quito corresponde a esta categoría el hospital Eugenio Espejo y el Hospital Carlos Andrade Marín (MSP, 2012). La definición del INEC sostiene que:

Es una unidad de salud de referencia de la más alta complejidad destinada a brindar atención especializada de emergencias, recuperación y rehabilitación a los usuarios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas; es un establecimiento de pacientes agudos y atiende a toda la población del país a través de la referencia y contrarreferencia (INEC, 2009).

Las provincias de Pichincha y de Guayas al ser las más pobladas y por lo tanto las que tienen mayor número de cantones y de demanda por servicios, concentran por estos motivos gran cantidad de establecimientos de salud. La ciudad de Quito, resulta ser de gran relevancia para realizar un estudio de caso, puesto que tiene los dos únicos hospitales generales del país, resulta el escenario perfecto para poder hacer una evaluación de la eficiencia de los mismos.

El HPAS resulta ser un hospital en otras palabras, promedio, ubicado según su clasificación en un nivel de complejidad más alto que un hospital básico pero no tan alto como uno de especialidades. La demanda de servicios de salud en un hospital de tales características obedecerá al perfil epidemiológico de su población de referencia y al estar ubicado en Quito, resulta el escenario ideal para hacer un análisis sobre la eficiencia hospitalaria y la demanda de servicios de salud. No representa un hospital

sobrecargado por la demanda como aquellos de especialidades ni tampoco resulta tan básico como un hospital cantonal.

Desde el año 2003, por iniciativa del Banco Mundial en el Ecuador se implementó el Proyecto de Modernización de la Salud (MODERSA). Este proyecto intervino en varios frentes, como por ejemplo la adquisición tanto de equipos hospitalarios como móviles, inauditos episodios como aquel de las barcasas móviles se recuerdan de este proyecto. Ventajosamente para el HPAS, la intervención de MODERSA fue beneficiosa, a pesar de haber tenido que cerrar el hospital para remodelarlo desde el mes de abril hasta el mes de diciembre del año 2005. Este es el motivo por el cual, en ese año todos los indicadores de producción hospitalaria bajan súbitamente.

En esta sección se detallan los indicadores hospitalarios más relevantes del HPAS, algunos de ellos se describieron de manera general en el capítulo II, solo aquellos que allí no se mencionan serán explicados en este capítulo en tanto lo metodológico.

Indicadores de producción hospitalaria

Los indicadores de producción hospitalaria denotan de cierta forma la eficiencia con la que los hospitales ofrecen sus servicios y son capaces de utilizar los recursos con los que cuentan.

El primer indicador presentado es el de egresos hospitalarios. El egreso hospitalario es según el INEC:

Es el retiro de un paciente hospitalizado de los servicios de internación del hospital. Un egreso implica siempre la conclusión del período de hospitalización y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta o fallecimiento (INEC, 2009).

Es necesario señalar que el alta puede ser resultado de cuatro motivos (INEC, 2009): alta médica definitiva, alta médica transitoria, traslado a otro establecimiento o por otras causas como el retiro voluntario, fuga, etc. La defunción por su parte se produce cuando el paciente hospitalizado fallece mientras está internado en el establecimiento.

Este es un indicador controvertible, debido a que existe una práctica llevada a cabo por los hospitales, que a pesar de no ser ética es bastante común, por observación en distintas casas de salud esto puede ser comprobado, no con las estadísticas oficiales por tanto es una práctica prohibida. Al ser los egresos y las defunciones indicadores de

producción hospitalaria, al incrementarse las defunciones de un hospital, esto sería un indicador de una mala gestión, dado que muchos pacientes estarían muriendo y egresando por este motivo.

Lo que hacen muchos hospitales, es no permitir que pacientes en un estado crítico sean internados, sea por mantener positivo este indicador, o en casos muy extremos por ahorrar recursos y esfuerzo en casos perdidos. Una situación de tal índole no sucede en el sector privado, donde existe un claro interés de lucro y resulta mejor mantener a una persona internada a pesar de que médicamente no existan posibilidades de salvar esa vida. Tal vez esto último no suceda en las organizaciones sin fines de lucro que también son prestadores de servicios de salud. En tales circunstancias se puede pensar nuevamente en problemas de información asimétrica en salud, siendo que los familiares de un paciente desahuciado por la medicina, no pueden saber si el tratamiento salvará su vida o por lo menos mejorará la calidad de la misma y no tienen más opción de dejar en manos del médico la decisión sobre la vida de esa persona enferma.

Los egresos que el HPAS reportó para el periodo de 1996 hasta el 2010 se encuentran graficados a continuación. Es notable que para el año 2005 existe una baja prominente debido a que, como se explicó previamente, el hospital se encontraba en proceso de modernización y un ala completamente nueva estaba en construcción.

Gráfico 26

HPAS: Altas 1996-2010

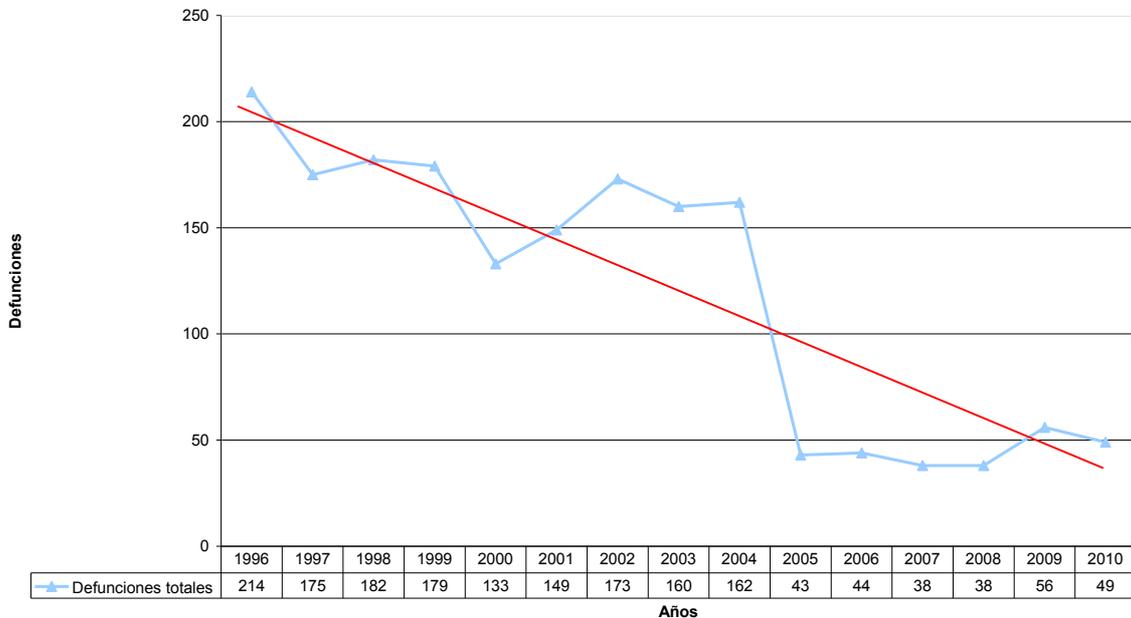


FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 1996-2010)
ELABORACION: Autor

Se presentan a continuación los datos correspondientes a las defunciones que ha reportado el Hospital Pablo Arturo Suárez desde el año 1996 hasta el año 2010.

Gráfico 27

HPAS: Total defunciones 1996-2010



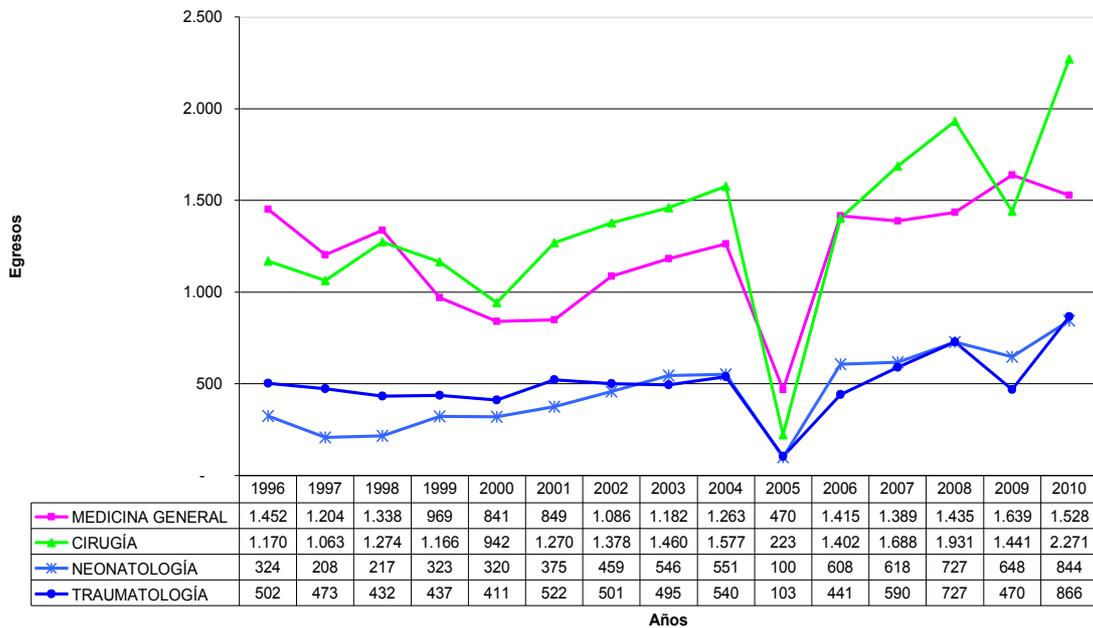
FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 1996-2010)
 ELABORACION: Autor

Del gráfico de egresos por servicio, se ha omitido el servicio de pediatría, puesto que sólo se ofreció hasta el año 2002. Es importante indicar que el servicio de gineco-obstetricia fue uno solo hasta el año 2002 y a partir del año 2003 se dividió en dos, por lo que la información deja de ser comparable y fue necesario hacer dos gráficos sobre los indicadores de estos servicios.

Es notable, que en los egresos y los indicadores en general, disminuyen en el año 2005, porque como se había indicado, durante algunos meses de ese año, el hospital se encontraba en proceso de remodelación y tuvo que disminuir la atención en todos los servicios.

Gráfico 28

HPAS: Egresos por servicio



FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 1996-2010)
ELABORACION: Autor

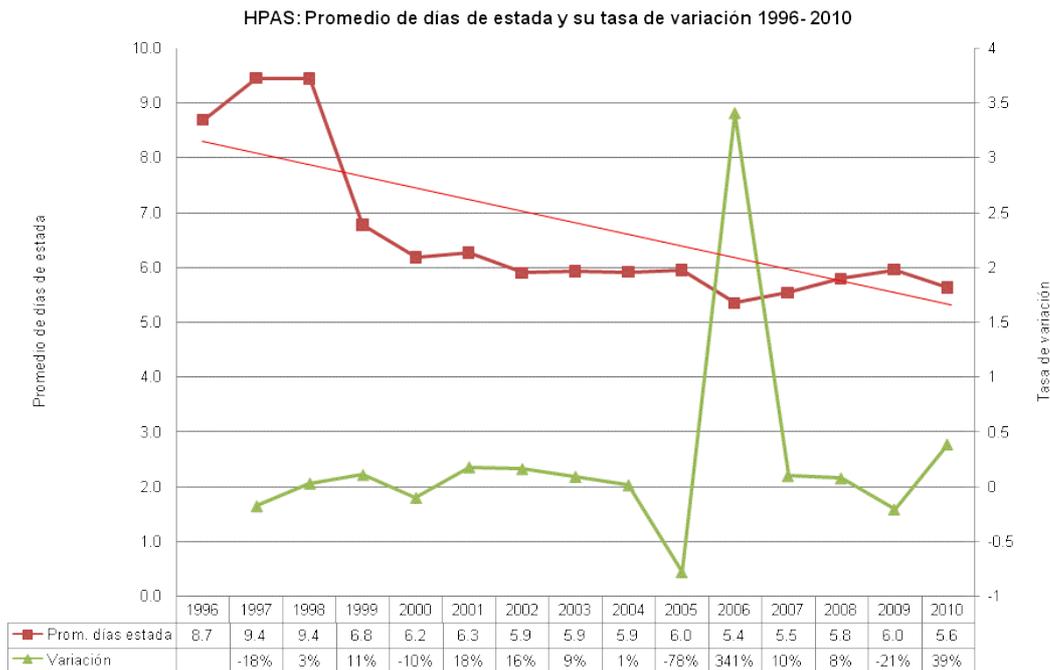
Días de Estada

Este indicador hace referencia al número de días de permanencia en un hospital de un paciente, se toma en cuenta el período entre la fecha de ingreso y el día anterior a la fecha de egreso. En el caso de que ingresó y salió del hospital el mismo día, se toma en cuenta como un día de estada (MSP, 2002).

Para facilitar el análisis se calculó el promedio de días de estada por año. Según las interpretaciones de la estadística hospitalaria, se entendería que con el paso del tiempo y el avance de la medicina, teóricamente el tiempo de estada debería disminuir, así como por la aplicación de protocolos hospitalarios, tal como se explicó en el capítulo II.

Se presentan inmediatamente los gráficos que corresponden al promedio de días de estada, junto con su respectiva tasa de variación.

Gráfico 29



FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 1996-2010)
ELABORACION: Autor

Se puede apreciar que en general hay una ligera tendencia a la baja con respecto a este indicador. Lo que evidencia lo que la teoría precisa, los avances de la medicina permite que los tratamientos sean más efectivos y los pacientes deban permanecer menos tiempo en el hospital, salvo el aparecimiento de complicaciones.

Giro de cama

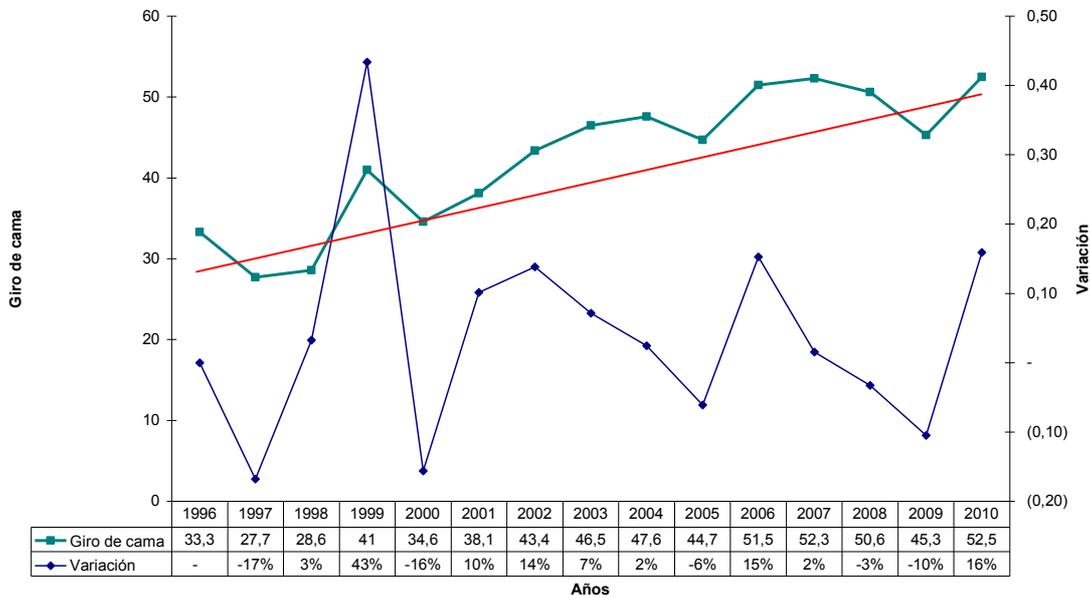
Se denomina también coeficiente de renovación, indica el número de pacientes egresados por cada cama, durante el período de investigación (INEC 2009).

Este indicador, podría de cierto modo indicar la eficiencia del hospital, es decir que luego de que un paciente es dado de alta, la cama debe ser ocupada nuevamente por otro, si muchos pacientes pasan por una cama quiere decir que es utilizada de la forma más eficiente.

Por lo tanto una tendencia al alza de este indicador sería una señal de que las camas del hospital están siendo usadas de forma eficiente.

Gráfico 30

HPAS: giro de cama y su tasa de variación 1996- 2010



FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 1996-2010)
 ELABORACION: Autor

Del aparente incremento sostenido de este indicador, se podría inferir que el uso de las camas del hospital estudiado ha mejorado a través del tiempo siendo que en términos generales, más pacientes las han utilizado.

Intervalo de giro

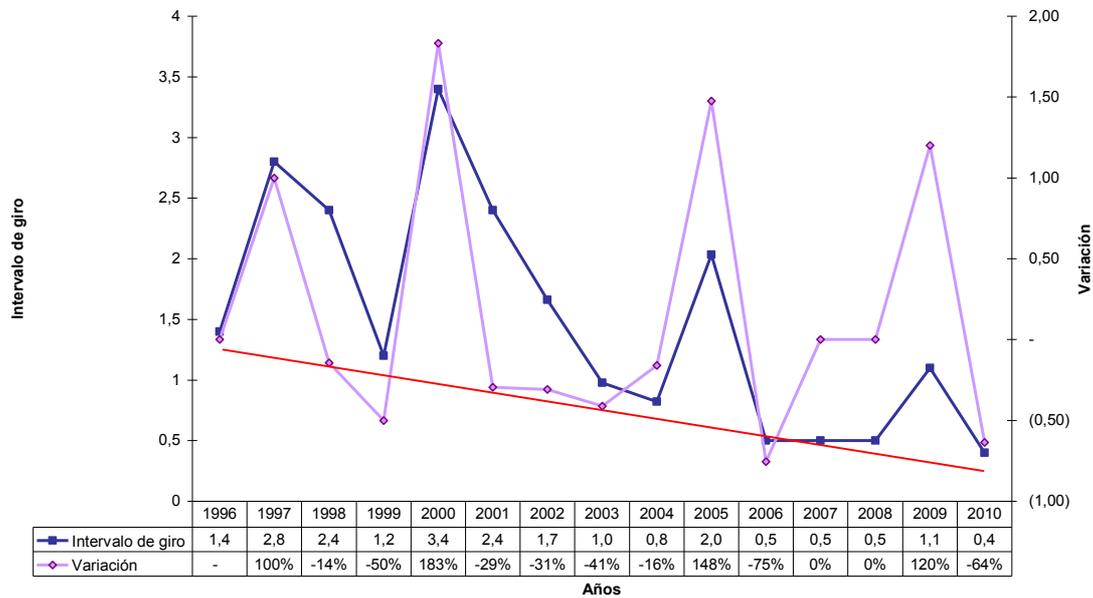
El intervalo de giro de cama es un indicador que muestra el tiempo durante el cual una cama permanece ocupada en promedio durante un período. Se obtiene al dividir las camas desocupadas para el número de egresos del mismo período y se multiplica el resultado por cien. Los datos para el cálculo se obtienen del censo diario de los hospitales (MSP, 2002).

En este caso, el indicador debería tener una tendencia a la baja, debido a que las mejoras y avances en la ciencia médica, presumiblemente harían que las personas puedan sanarse en menos tiempo, por lo que requerirían menos días de hospitalización.

Cabe señalarse que en ciertos servicios como por ejemplo traumatología, los días de estada, el giro de cama y el intervalo de giro siempre serán más altos debido a que la cirugía y rupturas óseas tardan más tiempo en cicatrizar y sanar.

Gráfico 31

HPAS: intervalo de giro de cama y su tasa de variación 1996- 2010



FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 1996-2010)
ELABORACION: Autor

Para el caso del HPAS es evidente que han existido importantes variaciones en términos del intervalo de giro de las camas, para el año 2005 es comprensible debido a la remodelación del hospital.

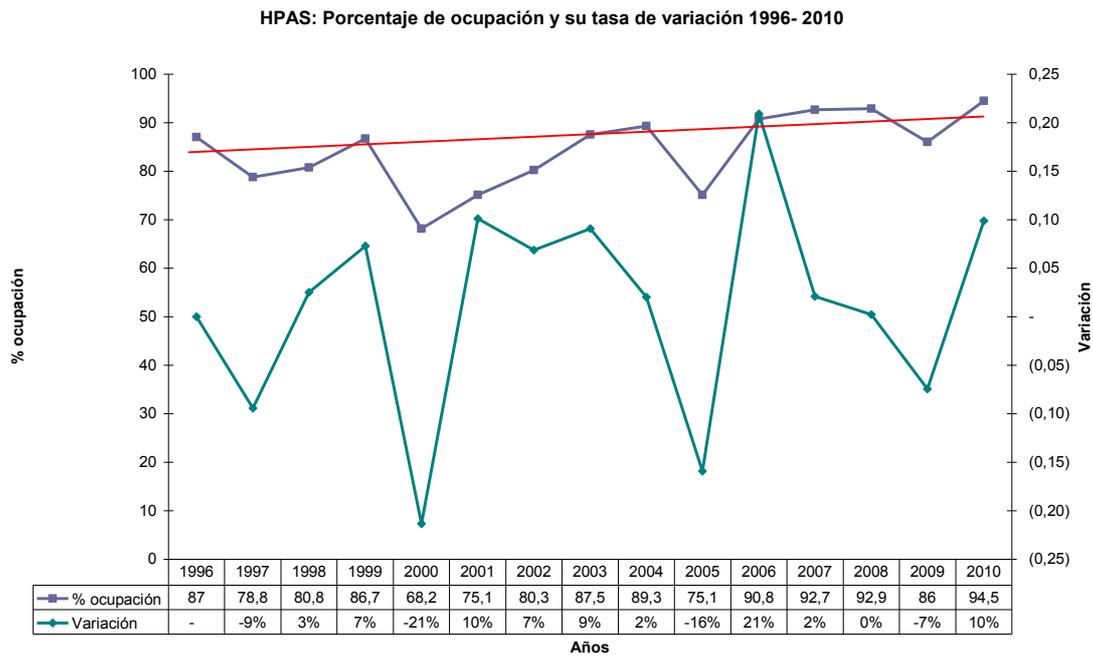
Los intervalos de giro en otros hospitales, de mayor complejidad, son más altos. Esto se debe a que allí se ofrecen más servicios que el HPAS, se realizan cirugías de mayor complejidad, que implican por lo tanto más días de permanencia en el hospital.

Porcentaje de ocupación

El porcentaje de ocupación de camas indica la proporción de camas que permanecieron ocupadas diariamente durante un período. Se calcula dividiendo el total de días de cama ocupados en un período para los días cama disponibles en el mismo período (MSP, 2002).

Según los estándares establecidos, el porcentaje de ocupación debería estar en máximo el 85% (HPAS, 2008). En caso de ser mayor, se lo interpreta como “sobre ocupación”, el hospital tendría una excesiva producción en desmedro de la calidad de la atención, puesto que los médicos deberán atender a más pacientes y más recursos serían demandados.

Gráfico 32



FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 1996-2010)
ELABORACION: Autor

Es posible evidenciar que hay una baja notoria en el año 2005 en este indicador, pero que se mantuvo con una tendencia al alza, incluso mostrando sobre ocupación a partir de entonces, no es posible atribuir este incremento solamente a la gratuidad decretada constitucionalmente en el año 2008, hay factores como el crecimiento poblacional, capacitación, información, inclusión, calidad, eficiencia, evaluación y seguimiento en los servicios de salud (CONASA, 2008).

Respecto de los otros determinantes de la salud y su demanda, estos fueron explicados a detalle previamente, al final del capítulo I.

Durante el periodo 1998- 2005, el indicador se comporta de manera irregular, pero es notoria la sobre ocupación a partir del año 2003, contrariamente a la idea de que los decretos de gratuidad ahondarían esta situación en este hospital.

Sería necesario poner en marcha una política pública que primero fortalezca las capacidades de otros hospitales, como los Básicos (ubicados por lo general en los cantones) por ejemplo e incluso los centros de salud, seguido de una campaña fuerte de publicidad de los servicios para que la concentración de demanda en los hospitales más grandes disminuya.

Indicadores relacionados con la maternidad

Como se explicó en el capítulo I, la gratuidad de la salud no es una política pública nueva, se encuentra vigente desde el año de 1998 según su última reforma, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Buscando hacer un análisis más profundo de esta temática, es preciso hacer referencia a aquellos indicadores que precisamente dan cuenta de la aplicación de este marco legal.

Se describen a continuación los indicadores hospitalarios relacionados con la maternidad (atención ginecología, obstetricia y neonatología). Cabe mencionarse que inicialmente los servicios de ginecología y de obstetricia eran tomados en cuenta como uno solo, para el caso del Hospital Pablo Arturo a partir del año 2003 ambos servicios se analizan de manera independiente.

La razón para incluir en el análisis al servicio de Ginecología es que la reforma a la Ley de Maternidad Gratuita de 1998, contempla lo siguiente en su Artículo 2, literal a):

a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención (...)

Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública (Congreso Nacional, 1998).

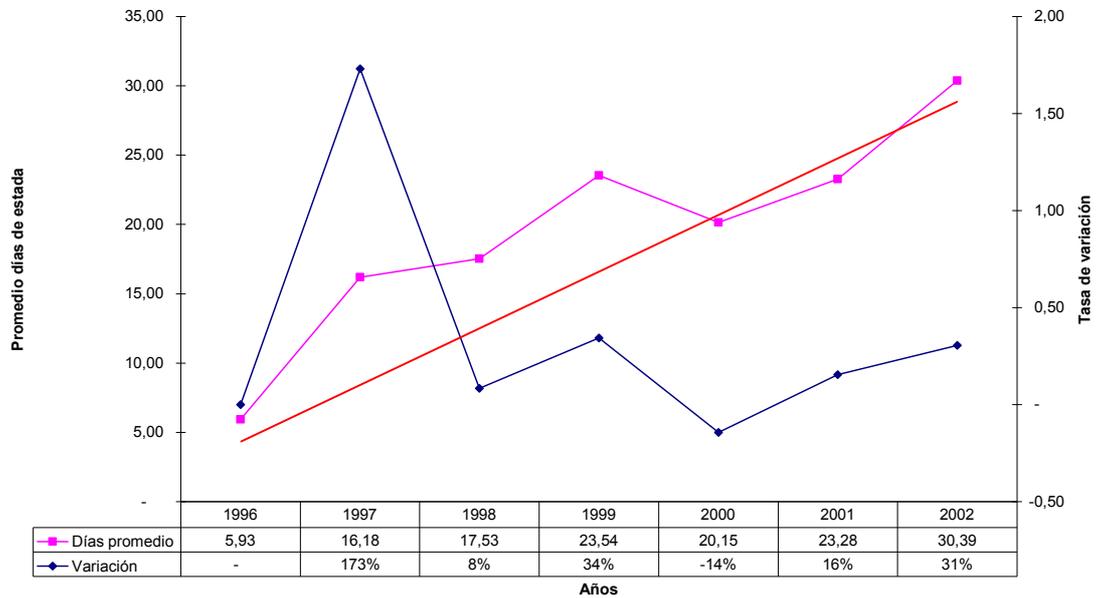
El objeto de análisis de esta investigación fue un hospital tipo o promedio del Sistema de Salud Pública del Ecuador, su eficiencia para responder a cambios diversos en los determinantes de la demanda de servicios de salud, desde el análisis de sus indicadores de producción hospitalaria. La gratuidad, como se explicó en el capítulo I, es tan solo uno de los determinantes de la demanda por servicios de salud su abordaje fue general y la maternidad gratuita, en ese capítulo también mencionada resulta ser parte de este concepto de gratuidad general. Por tal motivo, la Maternidad Isidro Ayora, cuyos servicios son gratuitos desde la expedición de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en 1994, es un caso diferente al HPAS, no son comparables pues su proceso de gratuidad inició 13 años antes y la información de este período no está disponible para su análisis.

Se presentan a continuación los cuadros de los referidos servicios por cada indicador. Al haberse descrito cada indicador previamente, directamente se analizarán los indicadores presentados.

Días de Estada

Gráfico 33

HPAS: Promedio de días de estada en Gineco- obstetricia y su tasa de variación 1996- 2002

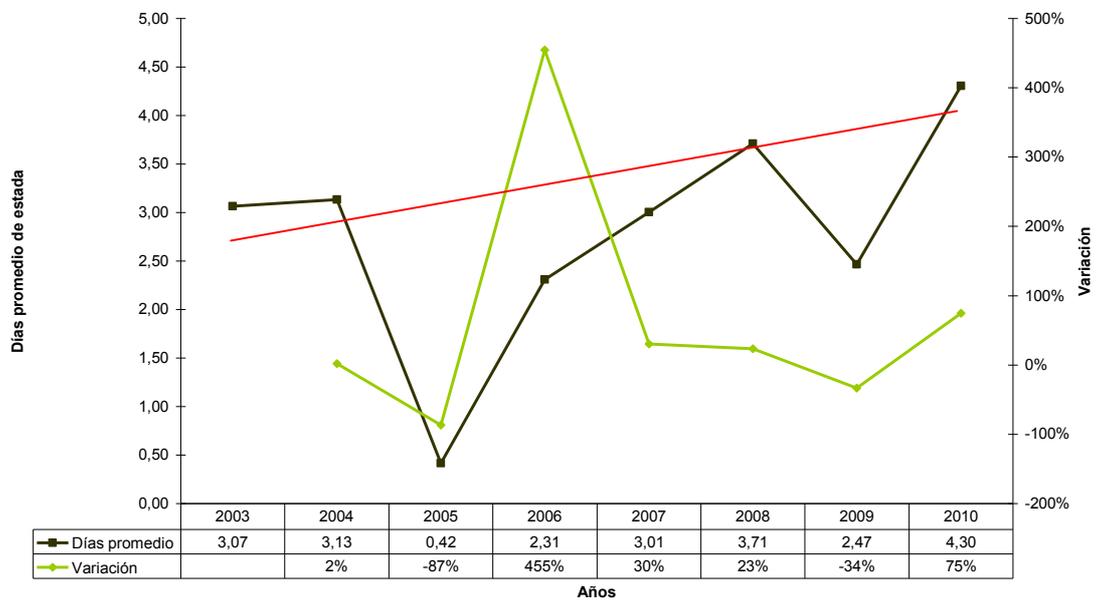


FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 1996-2002)

ELABORACION: Autor

Gráfico 34

HPAS: Promedio de días de estada en Ginecología y su tasa de variación 2003- 2010



FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 2003-2010)

ELABORACION: Autor

Gráfico 35

HPAS: Promedio de días de estada en Obstetricia y su tasa de variación 2003- 2010



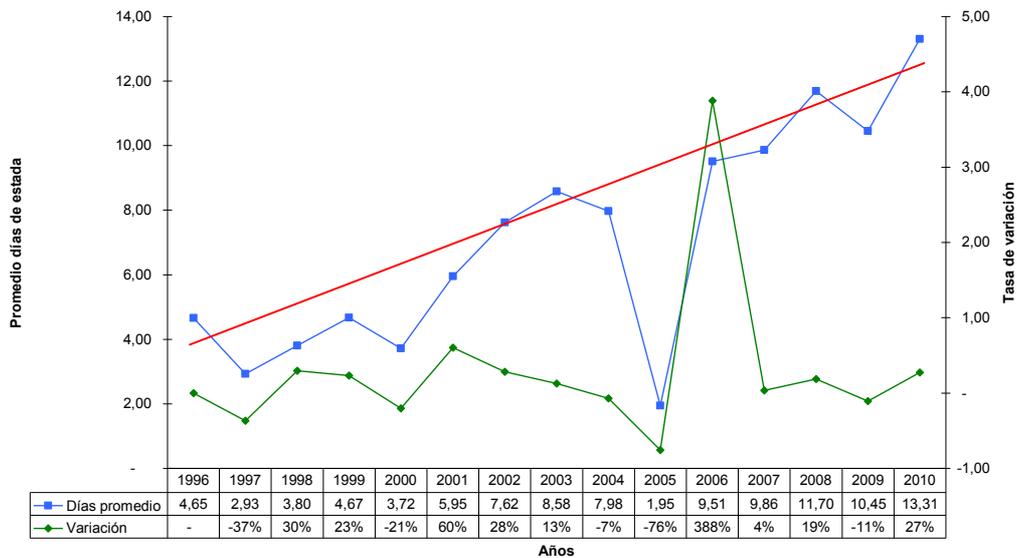
FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 2003-2010)

ELABORACION: Autor

Cuando los servicios de ginecología y obstetricia funcionaban como uno solo, los días de estada se encontraban inflados por el servicio de obstetricia, puesto que es evidente al tratarlos por separado que el mayor número de días corresponden a este servicio. Adicionalmente un cambio en los protocolos de estadia, siendo de 1 día para el parto normal y solo un par de días para cesárea, un incremento en el promedio de días de estada se debe a complicaciones en el parto o al incremento del número de cesáreas practicadas.

Gráfico 36

HPAS: Promedio de días de estada en neonatología y su tasa de variación 1996-2010



FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 1996-2010)

ELABORACION: Autor

Los días de estada van en incremento. Una posible explicación está relacionada con las cesáreas, método muy utilizado sobre todo en caso de complicaciones en el parto, los días de estada se incrementan frente a los partos normales, por lo que podría inferirse que esta es una causal para que los días de estada en gineco-obstetricia se incrementen y particularmente en obstetricia en su análisis como servicio individual.

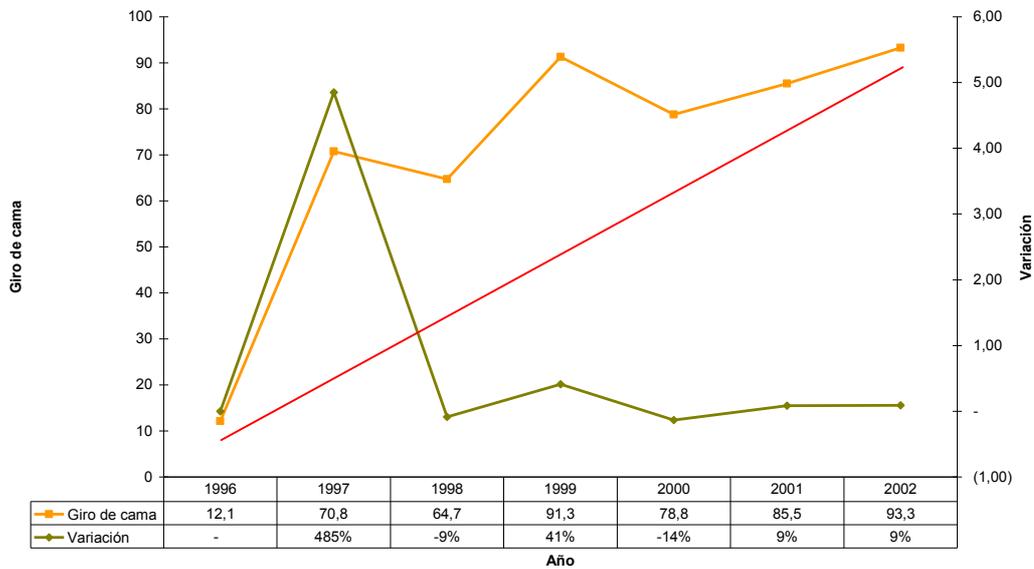
Las complicaciones obstétricas muy seguramente están ligadas a complicaciones fruto del embarazo o su interrupción, dado que como fue descrito anteriormente el aborto es una de las causas de morbilidad hospitalaria más importante. De igual manera muchas mujeres tienen complicaciones en el momento del parto.

A pesar de estas posibles explicaciones, es necesario revisar cuáles son las complicaciones más frecuentes y poner en práctica mejoras en los servicios a través de política pública de salud y el uso eficiente de protocolos, sin que la eficiencia vaya en desmedro de la calidad de la atención y de la salud de las pacientes.

Giro de cama

Gráfico 37

HPAS: giro de cama en Gineco- obstetricia y su tasa de variación 1996- 2002

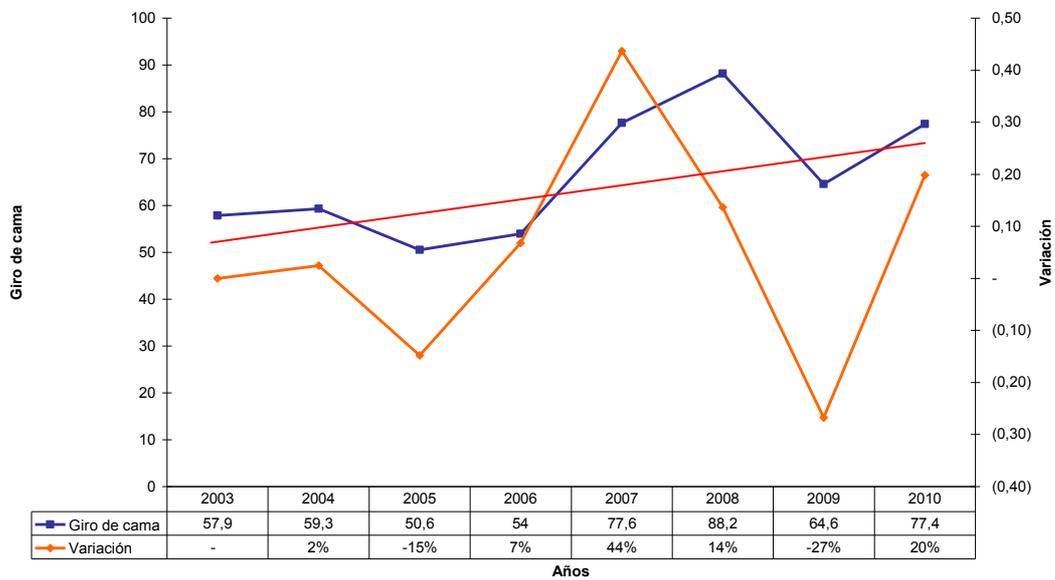


FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 1996-2002)

ELABORACION: Autor

Gráfico 38

HPAS: giro de cama en Ginecología y su tasa de variación 2003- 2010

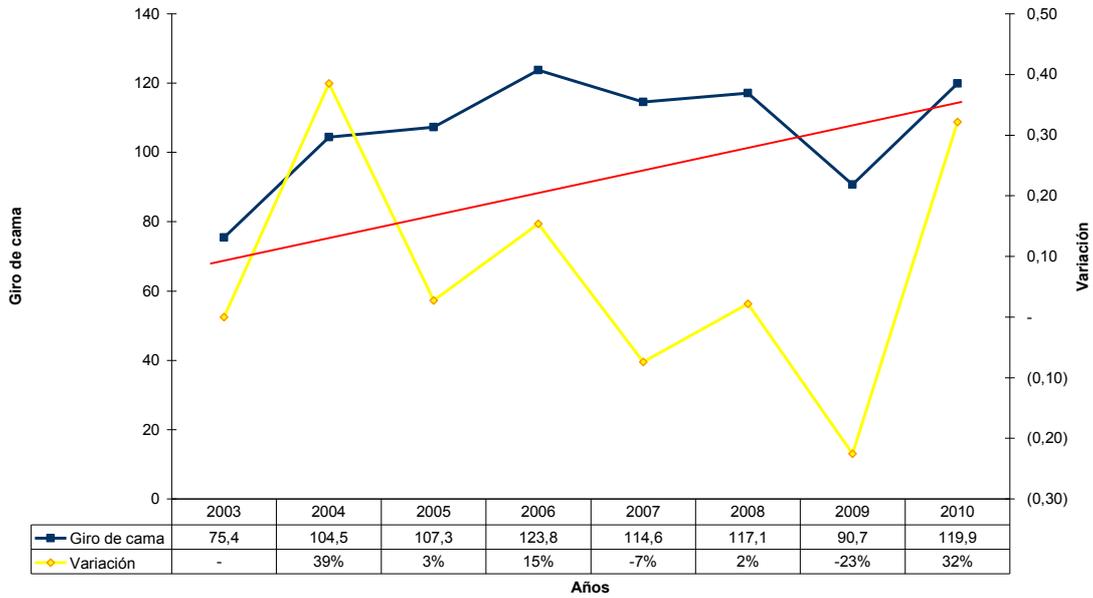


FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 2003-2010)

ELABORACION: Autor

Gráfico 39

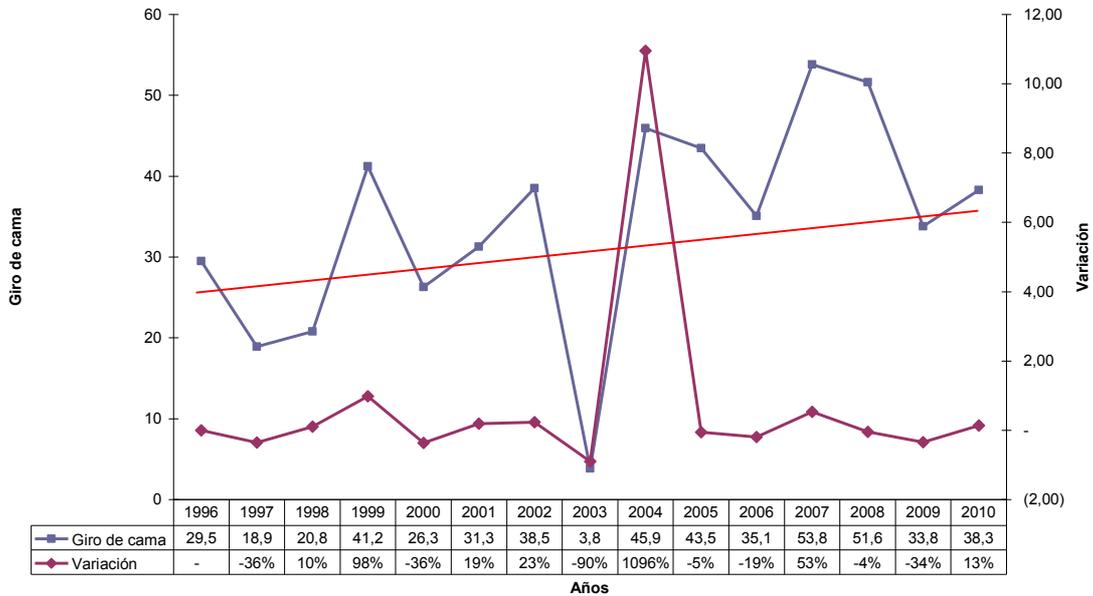
HPAS: giro de cama en Obstetricia y su tasa de variación 2003- 2010



FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 2003-2010)
ELABORACION: Autor

Gráfico 40

HPAS: giro de cama en Neonatología y su tasa de variación 1996- 2010



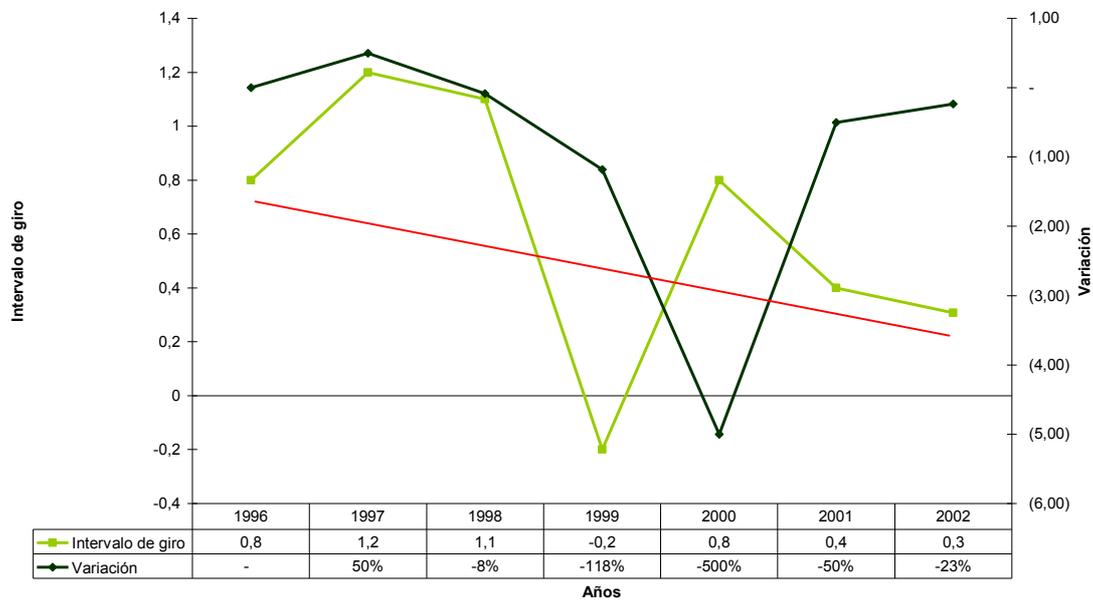
FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 1996-2010)
ELABORACION: Autor

Este indicador, tiende al alza en general, pero particularmente a partir del año 2007 y en el 2009 hay bajas considerables, lo que demostraría que menos personas ocuparon las camas del hospital, siendo menos eficiente. En términos de los servicios relacionados con maternidad y neonatología, estas disminuciones determinarían un posible incumplimiento de la ley de Maternidad Gratuita. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta que la concentración de estos servicios está en la maternidad Isidro Ayora.

Intervalo de giro

Gráfico 41

HPAS: intervalo de giro de cama en Gineco- obstetricia y su tasa de variación 1996- 2002

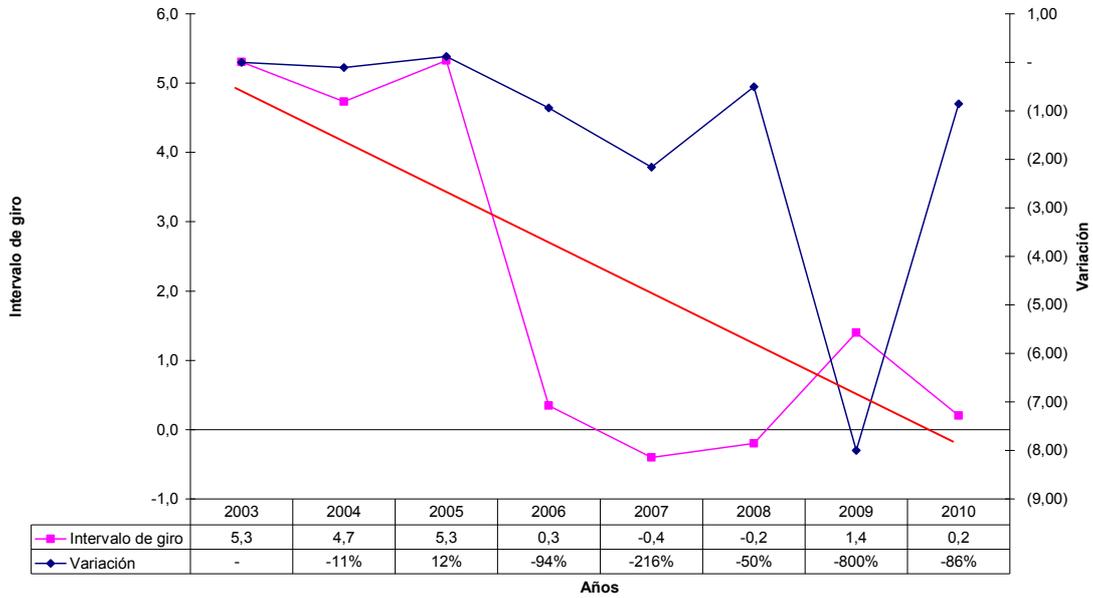


FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 1996-2002)

ELABORACION: Autor

Gráfico 42

HPAS: intervalo de giro de cama en Ginecología y su tasa de variación 2003- 2010

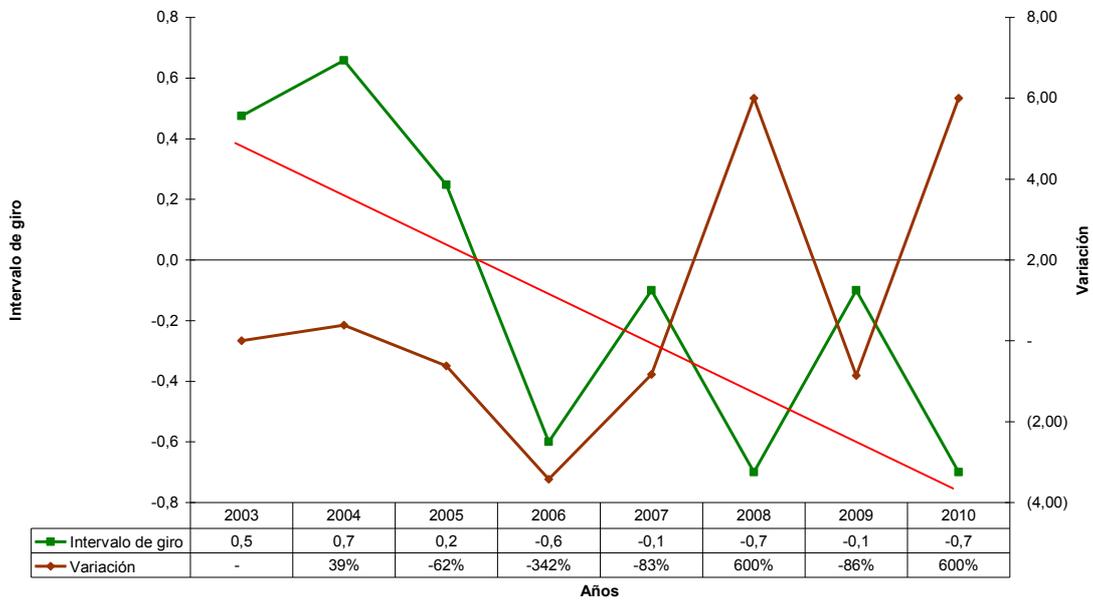


FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 2003-2010)

ELABORACION: Autor

Gráfico 43

HPAS: intervalo de giro de cama en Obstetricia y su tasa de variación 2003- 2010

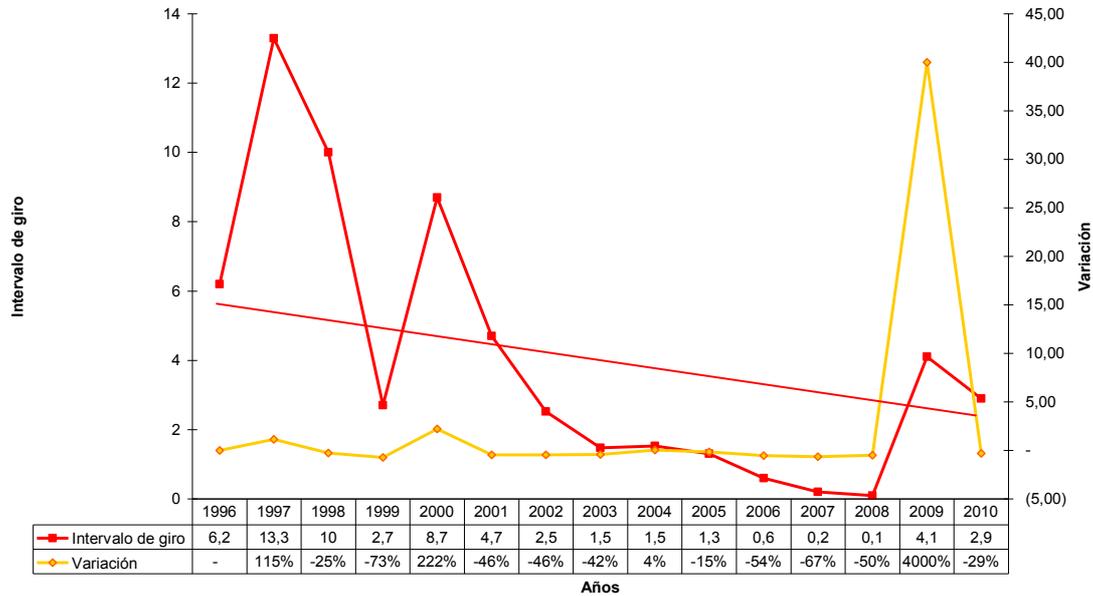


FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 2003-2010)

ELABORACION: Autor

Gráfico 44

HPAS: intervalo de giro de cama en Neonatología y su tasa de variación 1996- 2010



FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 1996-2010)

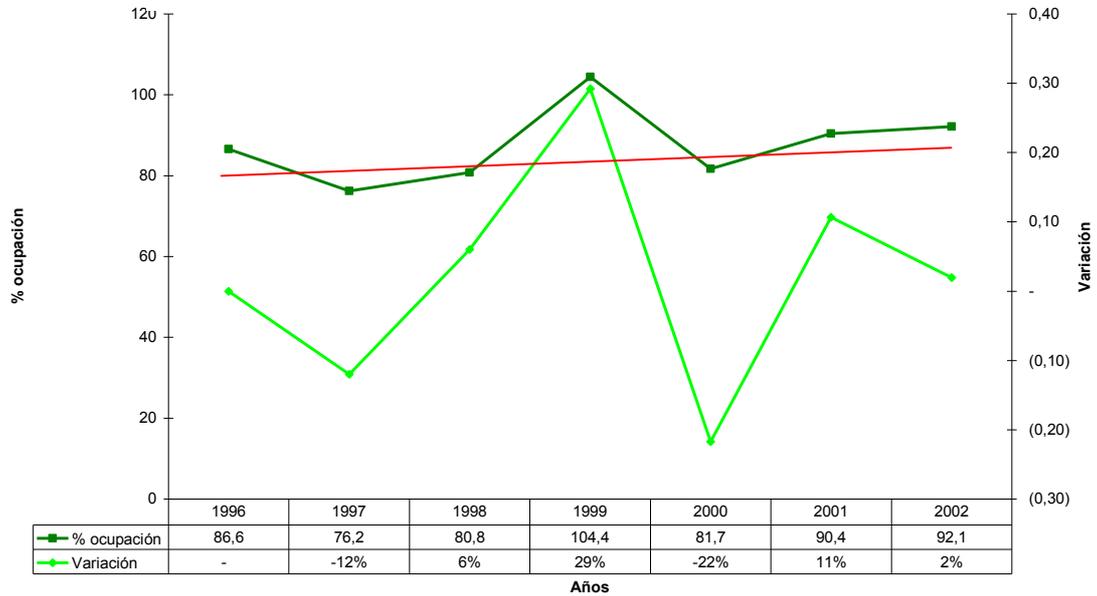
ELABORACION: Autor

En general, en el HPAS, este indicador (intervalo de giro de cama en gineco-obstetricia, ginecología, obstetricia y neonatología) se encuentra a la baja, a excepción de una subida en el servicio de neonatología en el año 2009, lo que se contrapone con el indicador de giro de cama que es muy bajo, esto quiere decir que muy pocas personas utilizaron las camas a pesar de que estaban disponibles, es necesario contrarrestar esta información con los datos de internación y los turnos solicitados en estos servicios si se desea ampliar el análisis.

Porcentaje de ocupación

Gráfico 45

HPAS: porcentaje de ocupación en Gineco- obstetricia y su tasa de variación 1996- 2002



FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 1996-2002)

ELABORACION: Autor

Gráfico 46

HPAS: porcentaje de ocupación en Ginecología y su tasa de variación 2003- 2010



FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 2003-2010)

ELABORACION: Autor

Gráfico 47

HPAS: porcentaje de ocupación en Obstetricia y su tasa de variación 2003- 2010

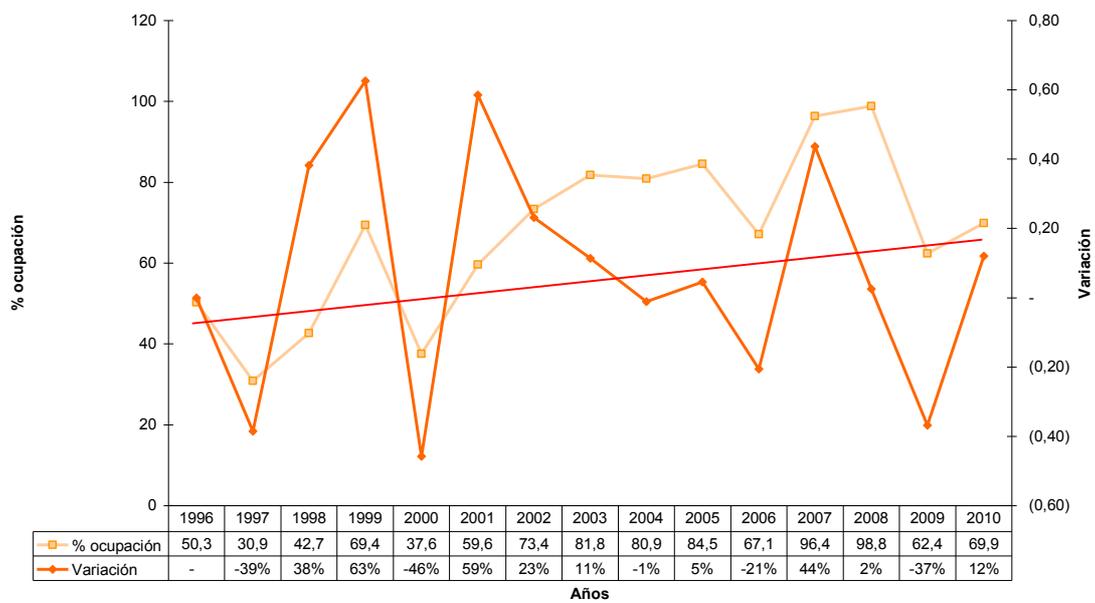


FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 2003-2010)

ELABORACION: Autor

Gráfico 48

HPAS: Porcentaje de ocupación en Neonatología y su tasa de variación 1996- 2010



FUENTE: Anuarios estadísticos MSP (MSP, 1996-2010)

ELABORACION: Autor

El porcentaje de ocupación en los servicios de gineco-obstetricia, ginecología, obstetricia y neonatología también en el HPAS muestra sobre ocupación en los años 1999, 2001 y 2002, en Ginecología este fenómeno se presenta de manera sostenida desde el año 2007 hasta el 2010, bajando solamente en el año 2009. El servicio de obstetricia, como servicio independiente está sobre ocupado durante todo el período. Esto contrasta con el intervalo de giro que presentaba una baja, es decir que las camas en estos servicios no están siendo utilizadas de forma eficiente. Neonatología tuvo sobre ocupación en los años 2007 y 2008.

El alcance de esta investigación fue restringida a los servicios de ginecología, obstetricia y neonatología del HPAS, indicadores de otros servicios como Medicina General, Cirugía y Traumatología fueron procesados pero no analizados.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En el capítulo I de la presente investigación, se planteó responder a la siguiente pregunta de estudio: ¿Existe evidencia teórica y empírica que permita conocer el estado de situación de la salud pública del Ecuador en general, y de la eficiencia hospitalaria en particular del Hospital Pablo Arturo Suárez?. En el referido capítulo, luego de un acercamiento a los conceptos de justicia social, equidad, barreras de acceso a la salud, tipos de gasto en salud, revisar el institucionalismo como marco teórico, se explicaron distintas variables que podrían determinar cambios en la demanda por servicios de salud.

Cabe señalarse nuevamente que la insuficiente información fue un impedimento para elaborar análisis relacional entre las variables encontradas, tal como se explicó en el capítulo I, por lo que las conclusiones a las que se llega en el presente capítulo provienen de un análisis estadístico meramente descriptivo, sin la posibilidad, antes mencionada de poder inferir resultados a través de una regresión.

Para lograr responder la pregunta de investigación en los términos descritos, en el capítulo II se resumen los principales indicadores macro cuya existencia denota una respuesta positiva a la pregunta de investigación, se indagaron los indicadores hospitalarios más importantes, inicialmente generales sobre la salud desde una perspectiva presupuestaria, luego en términos del estado de salud de la población y finalmente en términos de eficiencia en general del sector, todo esto a pesar de las falencias que pudieran existir por la carencia de un sistema de información de salud fortalecido, eficaz y eficiente.

En el capítulo III se analiza directamente un hospital, volviendo a ser afirmativa la respuesta a la pregunta de investigación en tanto la existencia de evidencia empírica para examinar la eficiencia hospitalaria. Se investigaron y evaluaron indicadores de producción hospitalaria, que dan cuenta de la eficiencia en la operación del Hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS).

Adicionalmente, este análisis mostró cambios en los indicadores que entre otros factores podrían atribuirse a la expedición de la Ley de Maternidad Gratuita en 1998, la aprobación presupuestaria de la consulta popular del año 2007 y la gratuidad decretada en la Constitución del año 2008. El indicador que mejor demuestra esta situación es el

porcentaje de ocupación, que coincidentalmente se incrementa al tiempo que estas políticas públicas son puestas en marcha, aunque se vuelve a aclarar que otros factores pueden intervenir.

Se apuntan a continuación algunas conclusiones sobre la presente investigación:

1. El presupuesto designado para el sector salud, según la información del Ministerio de Finanzas presentada en el capítulo II, ha tenido un incremento permanente, siendo el año 2007 que llegó a ser 7,5 veces más que el presupuesto asignado en el año 2000. Es positiva una mejora en la eficiencia de los servicios, demostrada estadísticamente, donde más recursos favorecen esta situación.

Por largo tiempo, el reclamo de las autoridades del sector fue que la falta de presupuesto les impedía mejorar el acceso y el servicio de las unidades operativas, sin embargo, no hay muestras en el presente estudio que una asignación presupuestaria mayor haya mejorado la eficiencia en el hospital analizado, ni disminuido la sobre ocupación del mismo. Otras investigaciones sustentan esta misma afirmación como el artículo de la revista Vanguardia citado al inicio de este estudio (Vanguardia, 2012).

Un mal manejo del presupuesto, por razones políticas (buscando votos en alguna posible elección o simple aceptación política), o debido a la falta de una real institucionalidad, pueden devenir en desembolsos de recursos que no necesariamente favorezcan al interés público.

Así, a pesar de que es necesaria la existencia de un ente público, que contraste con los intereses de la medicina privada, tal como se explicó en el capítulo I, la ineficiencia institucional debe ser solucionada para que el gasto en salud, que en realidad es una inversión, sea realmente efectivo y eficiente.

En el año 2007 el actual gobierno empezaba su mandato, con la idea de pagar la “deuda social”, haciendo referencia a que los sectores sociales tenían asignaciones presupuestarias históricamente precarias, además de sufrir sistemáticos recortes en caso de que se necesitara cubrir deuda externa, por las razones explicadas en el capítulo I.

El gasto del presupuesto en el sector social, debe ser planificado, especialmente teniendo en cuenta que el sector social ha estado caracterizado por la falta de institucionalidad y la ausencia de la racionalidad sustantiva. Un ejemplo fue descrito en el capítulo correspondiente sobre la compra de unidades móviles tipo barcazas en el proyecto MODERSA. Se podría invocar a Williamson para explicar este fenómeno, pudieron haber intereses personales y por lo tanto las autoridades actuaron con una racionalidad limitada (Williamson, 2002).

Así mismo la falta de institucionalidad ha sido precisamente una de las causas para que el gasto en salud no sea siempre eficiente, la sobre ocupación es un problema que se debe solucionar, pero sin descuidar la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes. No pueden brindarse servicios de calidad en tanto el número de pacientes se incrementan y no suceda lo mismo con el número de médicos disponibles o el acceso a la salud sea restringido.

2. Se eligieron cuatro indicadores de producción hospitalaria, tres relacionados directamente con la gestión (días de estada, giro de cama e intervalo de giro) y otro indicador que se encuentran en función de la oferta de camas hospitalarias y la demanda por los servicios (porcentaje de ocupación).

Del análisis general de los primeros indicadores se puede inferir de los datos reportados por el hospital estudiado, que la gestión que realiza está en niveles considerados aceptables, excepto claro en momentos coyunturales como su remodelación o en función de la demanda potencial creada por el prestigio de los hospitales, haciendo que la misma se concentre a nivel urbano y en los hospitales de especialidades.

Tanto en el indicador de días de estada y de giro de cama, según los reportes de estadística no presentan problemas mayores, aunque siempre se debe tener presente que la estadística y estos indicadores en particular, pueden esconder irregularidades en la atención, especialmente en la calidad de la misma. El análisis de la calidad del servicio no es tema de este estudio y se sugiere que en estudios posteriores se indague a profundidad sobre este tema.

Por otro lado, cuando se analiza el servicio de obstetricia, los días de estada han ido en aumento, lo que reflejaría complicaciones en el pre o post parto. En el caso del HPAS una de las principales causas de morbilidad hospitalaria es el aborto, por lo que un incremento en este indicador en el servicio de obstetricia puede deberse a esta situación. Estas complicaciones en el embarazo, parto o post- parto hacen que se incrementen los días de estada, así como los indicadores de giro de cama e intervalo de giro.

En lo que respecta al intervalo de giro, se pudo constatar que en aquellos servicios de mayor complejidad este indicador es notablemente mayor, presumiblemente, la razón para que esto suceda es que demandan más días de permanencia, como aquellos con cirugías sumamente complejas.

Aparentemente, el indicador de porcentaje de ocupación es el más importante, dentro del análisis de oferta y demanda, puesto que a la vez que se analiza la oferta (número de camas) potencialmente puede medirse la demanda en función de las camas disponibles que se ocupan, tal como se había explicado en el capítulo II de la presente investigación.

3. La eficiencia hospitalaria puede verse afectada por shocks de oferta o de demanda por servicios de salud, shocks positivos como un incremento presupuestario deben acompañarse de una gestión eficiente y una fuerte institucionalidad para que los resultados sean favorables. Shocks negativos como una epidemia, pueden poner a prueba la capacidad instalada de las unidades de salud, por lo que deberían contar siempre con fondos de contingencia para hacer frente a situaciones tales.
4. Se concluye además que el uso de un marco de análisis institucionalista resultó sumamente útil para comprender mejor problemas relacionados con la información asimétrica que se presentan en el sector salud.
5. La intervención de un tercer actor en la economía fue ampliamente justificado en el capítulo I, sin embargo, es necesario encontrar un equilibrio en las dependencias estatales para que las políticas sean efectivas, al igual que los contratos analizados por Williamson, estas políticas podrían estar viciadas, pero con una institucionalidad fortalecida, potenciaría el actuar de estas dependencias y los vicios podrían aplacarse a favor del bien común.

Recomendaciones

- Luego de revisar la problemática de morbilidad hospitalaria, y al existir problemas importantes de sobre ocupación en los servicios de ginecología y obstetricia particularmente y luego de comprobarse que los problemas de salud requieren de otras intervenciones más allá de las presupuestarias; se sugiere que se revisen las políticas públicas que buscan mejorar esta problemática y se las potencie, el presupuesto incrementado debe acompañarse de disposiciones concretas de gasto.

Se sugiere que la política pública no sea enfocada solo en el gasto, sino también en su eficiencia.

- Adicionalmente, antes de poner en práctica cualquier política se recomienda realizar estudios técnicos que avalen la sostenibilidad y eficiencia de la misma. La respuesta de la consulta popular del año 2007 era obvia, todas las personas están a favor de la salud y la educación como derecho. En esta consulta, se determinó un porcentaje del PIB como presupuesto para estos sectores. Sin embargo, la demanda por estos servicios no fue claramente dimensionada previo al decreto de la gratuidad lo que ha tenido como consecuencia la sobre ocupación y saturación de los hospitales en desmedro de la calidad y calidez de la atención.
- Como una solución a la sobre ocupación en los hospitales, se recomienda ejecutar una política que sirva para desconcentrar la demanda de estas unidades operativas del Ministerio de Salud Pública.

Como un primer paso se podrían fortalecer los servicios de los hospitales cantonales y centros de salud más cercanos a los usuarios para que se encuentren en capacidad de atender la morbilidad de su competencia de igual o mejor manera que los hospitales de especialidades.

- El Ministerio de Salud Pública está elaborando un plan de Referencia y Contrarreferencia, que en resumen se trata de precisamente remitir a los pacientes a la unidad operativa que le corresponda según la gravedad de su caso, además del uso de ambulancias de los hospitales, para poder movilizar a los pacientes de un hospital a otro en caso de no haber camas disponibles. Este sistema todavía no está funcionando a plenitud, pero sería recomendable, que se acompañe de una campaña de promoción de las unidades más cercanas a la población para que las personas por sí mismas elijan ir a estas unidades de manera directa.

La campaña debería tener incentivos claros para que la población se acostumbre posteriormente al uso de los servicios médicos en función de la gravedad y complejidad de las dolencias que los aquejen.

- Se recomienda hacer un análisis más profundo de la gratuidad en relación a la oferta y demanda, utilizando los indicadores hospitalarios de otros servicios, como por

ejemplo cirugía o traumatología, puesto que los resultados podrían ser insumos para una posible política pública.

- Se sugiere el uso de la Teoría Institucionalista para el análisis de temas similares, en otros sectores como por ejemplo el de Educación para medir los impactos de los incrementos presupuestarios en la eficiencia del gasto, los impactos en la población, en la oferta y la demanda, etc. De igual manera se podría profundizar el tema de la salud en tanto los costos de transacción por ejemplo para tener una idea más cercana de las intervenciones necesarias en el sector.
- Se propone que estudios posteriores determinen si en efecto, la política de gratuidad como estrategia para mejorar el acceso a la salud es efectiva para mejorar las condiciones de vida de la población, logrando a la vez reducir las brechas de inequidad producidas por la diferencia de ingreso entre los quintiles.

BIBLIOGRAFÍA

Arreola, Héctor, Soto, Herman, Garduño, Juan (2003). *Los determinantes de la no demanda de atención a la salud en México* En: Funsalud (2003). *Caleidoscopio de la Salud*. Funsalud: México, DF. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/12%20LosDeterminantes.pdf>. Visitado el 2/29/2012.

Arriagada, Irma; Aranda, Verónica; Miranda, Francisca (2005). *Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas*. CEPAL: Santiago de Chile

Arrieta, Alejandro y Riesco, Gloria (2010). *Eficiencia Hospitalaria y Mortalidad Perinatal en ESSALUD: ¿Ser Eficiente Salva Vidas?*. Informe Final, abril. Perú, s/f.

Arrow, Keneth (1963). *Uncertainty and the welfare economics of medical care*. The American Economic Review, No.5, volumen LIII, diciembre, s/t.

Ayala Espino, José (1999), *Instituciones y Economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico*. México: Fondo de Cultura Económica.

Banco Mundial (2007). *Implementation Completion and Result Report on a loan in the amount of \$ 45.0 million to the Republic of Ecuador for a Health Services Modernization Project*. Document of the World Bank, s/t.

Bordieu, Pierre (1970). *El Campo Científico*. [http://www.iec.unq.edu.ar/pdf/revista/RedesNro%2002/02.07.%20Dossier,%20El%20campo%20cientifico%20\(Pierre%20Bourdieu\).pdf](http://www.iec.unq.edu.ar/pdf/revista/RedesNro%2002/02.07.%20Dossier,%20El%20campo%20cientifico%20(Pierre%20Bourdieu).pdf). Visitado el 2/29/2012.

Coase, R.H., (1937), *The nature of the firm*. s/f.

Coase, R.H., (1998). *The New Institutional Economics*, American Economic Review, Vol.88, No.2.

Congreso Nacional (1998). *Reforma a la Ley de Maternidad Gratuita*. s/f. Disponible en: <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1729/LEY%20DE%20MATERNIDAD%20GRATUITA%20Y%20ATENCION%20A%20LA%20INFANCIA.pdf>. Visitado el 2/18/2012.

Consejo Nacional de Salud- CONASA (2008) *Memorias publicadas sobre el Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía*, Boletín 2 del Observatorio del Financiamiento al Sector Salud Ecuador, s/t.

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud- DGPLADES (2008). *Servicios y unidades de Salud, culturalmente competentes*. DGPLADES: México.

Fukuyama, Francis, (2004) *La Construcción del Estado. Hacia Un Nuevo Orden Mundial en el Siglo XXI*. Varios países: Ediciones B.

Hayek, F., (1973), *Law, Legislation and Liberty: a New Statement of the Liberal Principles of Justice and Political Economy*, Vol.1. Lozano, J., (1999), *Economía Institucional Y Ciencia Económica*, Revista de Economía Institucional No. 1, Colombia

Hospital General Base Pablo Arturo Suárez (2008). “*Plan Estratégico Institucional 2008-2013*”. s/t

Huenchuan, Sandra (2011). *La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL: Santiago de Chile

Instituto Científico de Culturas Indígenas –ICCI- (2012). *Análisis de coyuntura*. <http://icci.nativeweb.org/coyuntura.htm>. Visitado el 01/29/2012.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social –IESS- (s/f) www.iess.gov.ec/documentos/estadisticas/aliadosyempleadores2009.pdf. Visitado el 2/29/2012.

Instituto Nacional de Estadística- INEC- y Censos y Consejo Nacional de Salud- CONSASA- (2005). “*Cuentas Satélites de los Servicios de Salud del Ecuador 2003-2005*”. s/t.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2009). “*Metodología de Camas y Egresos Hospitalarios*”. s/t.

Instituto Nacional de Estadística y Censos –INEC- (s/t) www.inec.gov.ec. Visitado el 01/18/2012.

Instituto Nacional de Estadística y Censos –INEC-, (2005). *Las condiciones de vida de los ecuatorianos. Resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida Quinta Ronda. Ingresos y gastos de los hogares*. INEC.

Instituto Nacional de Estadística y Censos –INEC-, (2008). *Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU)*, ronda del mes de junio. Base de datos.

Instituto Nacional de Estadística y Censos –INEC-, (2011). *Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU)*, ronda del mes de junio. Base de datos.

Lozano, J., (1999), *Economía Institucional Y Ciencia Económica*, Revista de Economía Institucional No. 1, Colombia.

Miller, Lynne, Newman, Jeanne, Murphy, Gaël, Mariani, Elizabeth (1997). *La resolución de problemas y el mejoramiento de procesos como medios para lograr calidad*. USAID: Bethesda, MD.

Ministerio de Finanzas- MEF- (s/f) www.mef.gov.ec. Visitado el 05/15/2011.

Ministerio de Finanzas, MEF (s/a). *Glosario General de Términos. Portal Web*. s/f

Ministerio de Protección Social (2009). *Eficiencia con calidad y seguridad para el paciente. Métodos de revisión para la utilización*. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, s/t.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador –MSP- (2002). “*Manual de Organización de los departamentos de estadística de: Hospitales, Jefaturas y Nivel Central*”. Quito: Unidad de Análisis Situacional y Sistema de Vigilancia de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador –MSP- (Varios años). “*Anuarios de Producción Hospitalaria*”. s/t.

Ministerio de Salud Pública –MSP- (2012). *Base de datos Geosalud*. s/t.

Naciones Unidas (2008), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Nichter, Mark (2008), *Global Health. Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter* University Arizona Press, en Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL (2010). *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*. Naciones Unidas: Santiago de Chile.

North, Douglas, (1994) *Institutions, Organizations and Market Competition*, Washington University, St. Louis.

Organización Mundial de la Salud –OMS- (s/f) www.who.com. Visitado el 5/12/2012.

Organización Panamericana de la Salud –OPS- (2002), *La salud en las Américas*. Volumen 1, edición 2002. s/f.

Organización Panamericana de la Salud –OPS- (2010). *Diagnóstico del Sistema de Información de Salud*. Quito, s/f.

Organización Panamericana de la Salud- OPS, (2007), *Salud en las Américas 2007*, 2 vols., Washington D.C., en Naciones Unidas (2008), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Organización Panamericana de la Salud- OPS, (2009). *Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción. Síntesis de situación y enfoque estratégico*. S/f.

Consultado en

http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf el 9 de junio de 2012.

Ortega, Fernando (2008). Los modelos de atención de salud en el Ecuador en Espinosa, B, & Waters, W. (ed.) (2008), *Sistemas de salud y transformaciones sociales*, FLACSO Ecuador, Quito.

Polanyi, Karl (1989). *La Gran Transformación*. s/t

Rivadeneira, Luis (2000). *Insumos Sociodemográficos en la gestión de Políticas Sectoriales*. CELADE.

Rodríguez, Jorge, et. Al. (1997) Demografía I. Programa Latinoamericano de Actividades en Población: México.

S/a, (2008). *Constitución Política del Ecuador*. s/t.

Sachs, Jeffrey (2006). “*El fin de la pobreza. Cómo conseguirlo en nuestros tiempos*”. Varios países: Penguin Books.

Sánchez Rodríguez, Roberto; Bonilla, Adriana (2007). *Urbanización, Cambios Globales en el Ambiente y Desarrollo Sustentable en América Latina*. Instituto Interamericano para la Investigación sobre Cambio Global – IAI: San José de los Campos, Brasil.

Sánchez, Mariano (2005). *Indicadores de gestión hospitalaria*: Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias- INER. Volumen 18, número 2, abril-junio.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2009). “Aproximación y análisis: calidad de los servicios públicos”. Subsecretaría de Seguimiento y Evaluación. Análisis de coyuntura 2. s/f.

Sen, Amartya (2002). *Why Health Equity?*. Health Economics. Wiley Intersciences.

Sistema Integrado de Indicadores Sociales, SIISE versión 2010.

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2010). *Copago. Conclusiones desde la evidencia científica*. SEMFYC Ediciones, Barcelona.

Unger, Jean Pierre, Vásconez, Nancy, De Paepe, Pierre (2008). Ecuador offers an alternative option to international aid and health policies, en Espinosa, B, & Waters, W. (ed.) (2008), *Sistemas de salud y transformaciones sociales*, FLACSO Ecuador, Quito.

Vanguardia- Editorial (2012). “Correa será el Ministro de Salud...”. *Vanguardia*, del 21 al 27 de Mayo.

Villacrés, Nildha (2008). Buen gobierno en salud: un desafío para todos, en Espinosa, B, & Waters, W. (ed.) (2008), *Sistemas de salud y transformaciones sociales*, FLACSO Ecuador, Quito.

- Villalba, Sandra (2004). *“Determinantes no monetarios de la demanda por servicios de Salud de las Mujeres En Edad Fértil”*. Programa de Postgrado en Economía ILADES/Georgetown University/ Universidad Alberto Hurtado: Santiago, Chile
- Waters, William; Gallegos, Andrés (2012). *Salud y Bienestar del Adulto Mayor Indígena*. Universidad San Francisco, Quito.
- Williamson, Oliver (1971). *Transaction- Cost Economics: The governance of contractual relations*. University of Pennsylvania. Journal of Law Economics, Vol. 22, No. 2.
- Williamson, Oliver (2002). *The Theory of the Firm as Governance Structure: From Choice to Contract*. University of Berkeley.
- Williamson, Oliver (2007). *Transaction Cost Economics: An Introduction*. Economics discussion paper: University of Berkeley.
- Xu, K., Evans, D. y Aguilar Rivera A.M., (2003). *Household health system contributions and capacity to pay: definitional, empirical and technical challenges, Health Systems Performance Assessment*, C. Murray y D. Evans (eds), Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS), cap. 39, en Naciones Unidas (2008), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas, Santiago de Chile.