

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ECONOMÍA

Disertación previa a la obtención del título de Economista

***Costos económicos de la violencia física juvenil en el sector salud:
Una estimación de costos de las compensaciones económicas en
asistencia sanitaria pública en la ciudad de Quito en el periodo
2008 -2012***

Estefany Gabriela Reinoso

estefany.reinoso@gmail.com

Director: Tatiana Villacrés

tatiana.villacres@msp.gob.ec

Quito, Enero de 2015

Resumen

La presente disertación se enfoca en la violencia juvenil, como se relaciona con la salud pública y los costos que representa. Se desarrolló una estimación de costos de compensaciones económicas de asistencia sanitaria a causa de violencia física en jóvenes en edades vulnerables en el Distrito Metropolitano de Quito, por medio del análisis de las historias clínicas y las estadísticas de agresiones y violencia de los hospitales Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez además de las diferentes encuestas y bases de datos del Instituto Nacional de Estadística y las cuentas satélite de salud; con esto se desarrolló un perfil de asistencia sanitaria que permitió el análisis y cálculo de los costos en función del tarifario de prestaciones del Ministerio de Salud Pública. Adicionalmente, se analiza la asignación presupuestaria en el Distrito Metropolitano de Quito en el sector salud y específicamente en los Hospital Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez, con el fin de contrastar la información de los costos de compensación con el presupuesto total asignado. Para finalizar se determina la implementación de políticas desde el contexto del modelo ecológico de la violencia estableciendo propuestas y lineamientos de política pública para el desarrollo integral del niño y del adolescente con la finalidad de mitigar la violencia juvenil.

Palabras claves: Violencia Juvenil, Economía de la Salud, Costos económicos, Políticas Públicas, Desarrollo integral.

Dedicatoria

A Dios, por su compañía y guía en mi diario caminar
A mi Mami Loli, por la sabiduría compartida, cada caricia y consejo
A mi Papi, por ser mí apoyo incondicional, mi fuerza, mi vida
A mis hermanas, por enseñarme a ser mejor cada día
A Inna, por llenar mi existencia de alegría con su mirada
A mis muchachos (Choby, Pato, Emi, Sambo) por creer en mí,
y por todo el cariño y tiempo compartido a su lado
Al amor de mi Vida (Juan Carlos) por aparecer de pronto
y darle sentido a mi existencia.

Agradecimiento

*Agradezco a mi directora Tatiana Villacrés, por su apoyo, paciencia
y tiempo para la realización de esta disertación*

A mis padres por el constante esfuerzo y el apoyo incondicional

A Juan Carlos por la insistencia, preocupación y el amor entregado.

**Costos económicos de la violencia física juvenil en el sector salud:
Una estimación de costos en asistencia sanitaria pública en la
ciudad de Quito en el periodo 2008 -2012**

Resumen	2
Introducción	10
Metodología del trabajo	13
Preguntas de investigación	13
<i>Pregunta General</i>	13
<i>Preguntas específicas</i>	13
Objetivos de la Investigación	13
<i>Objetivo General</i>	13
<i>Objetivo Específico</i>	13
Delimitación espacial de la investigación	14
Delimitación temporal de la investigación	14
Justificación	14
Tipo de investigación	15
Procedimiento Metodológico	17
Fundamentación teórica	18
Economía del Sector Público	18
Economía del Bienestar	18
Intervención Estatal.....	19
La Salud	22
Salud Pública	22
Determinantes Sociales de la salud	23
Economía de la salud.....	25
Macroeconomía de la salud	26
La Demanda de atención sanitaria	27
Demanda en salud y su relación con el bienestar.....	27
La oferta en atención sanitaria	28
Costos en asistencia sanitaria.....	29
Violencia.....	31
Tipos de Violencia.....	31

Naturaleza de los actos violentos	32
Modelo Ecológico de la violencia	34
Nivel individual	34
Nivel de la relaciones	34
Nivel de la comunidad	34
Nivel Social	34
Factores de riesgo en la violencia juvenil	35
Factores Individuales	35
Factores Relacionales	36
Factores Comunitarios	36
Factores Sociales	36
Política Pública	36
Etapas de formulación de las políticas públicas	39
Capítulo 1: La violencia un problema de salud pública	40
Violencia Juvenil en el Ecuador	40
Ecuador a nivel Global	41
Distrito Metropolitano de Quito	43
Estimación de costos de las compensaciones económicas relacionados a la violencia juvenil en los Hospitales Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez.	55
Capítulo 2: Presupuesto y asignación de los hospitales públicos	87
Capítulo 3: Políticas públicas y prevención	98
Políticas públicas enfocadas en el fenómeno de violencia juvenil	98
Proyectos y campañas implementadas en el Distrito Metropolitano de Quito	107
Lineamientos de políticas propuestos con base en el análisis	108
Conclusiones	115
Recomendaciones	117
Referencias Bibliográficas	119
Anexos	125

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Fuentes de obtención de datos para la investigación de campo.	30
Gráfico 2: Tipología de la violencia.....	33
Gráfico 3: Tasa de homicidios para el Ecuador por cada 100.000 habitantes 2008-2012	42
Gráfico 4 Muertes por Causas Externas en el DMQ	44
Gráfico 5: Frecuencia de muerte por causas externas de género femenino	45
Gráfico 6: Frecuencia de muertes por causas externas de género masculino.....	45
Gráfico 8 Homicidio: Frecuencia por edad y Género	48
Gráfico 9 Homicidio: Porcentaje por arma o medio	49
Gráfico 10 Frecuencia de denuncias por lesiones a personas en el DMQ comportamiento mensual ..	51
Gráfico 11 Lesiones a personas: relación de la víctima con el agresor año 2013	52
Gráfico 12 Denuncias de lesiones a personas: Porcentaje según arma utilizada año 2013	53
Gráfico 13 Lesiones a personas: frecuencia por día y horario año 2013	54
Gráfico 14 Lesiones a personas: Frecuencia por edad y género del agredido año 2013	54
Gráfico 14 Presupuesto Ministerio de Salud Pública con variación porcentual anual	88
Gráfico 15 Presupuesto Distrito Metropolitano de Quito con variación porcentual anual	89
Gráfico 16 Presupuesto MSP en comparación con el Presupuesto DMQ.....	90
Gráfico 17 Distribución del Presupuesto de Distrito Metropolitano de Quito - 2008	91
Gráfico 18 Distribución del Presupuesto de Distrito Metropolitano de Quito - 2009	91
Gráfico 19 Distribución del Presupuesto de Distrito Metropolitano de Quito - 2010	92
Gráfico 20 Distribución del Presupuesto de Distrito Metropolitano de Quito - 2011	92
Gráfico 21 Distribución del Presupuesto de Distrito Metropolitano de Quito - 2012	93
Gráfico 22 Distribución del Presupuesto de Distrito Metropolitano de Quito - Promedio.....	93

Índice de Tablas

Tabla 1: Fuentes de información	16
Tabla 2 Homicidios en América Latina por cada 100.000 habitantes en 2012	41
Tabla 3 Homicidios: según la clase y la causa frecuencias y porcentajes	46
Tabla 4 Homicidio: Frecuencia y tasa por administración zonal años 2012-2013.....	47
Tabla 5 Códigos CIE -10 AGRESIONES.....	60
Tabla 6 Códigos CIE-10 Agresiones Hospital Eugenio Espejo.....	61
Tabla 7 Porcentaje de atención sanitaria Hospital Eugenio Espejo	62
Tabla 8 Atención ambulatoria por emergencias a causa de violencia y maltrato.....	62
Tabla 9 Códigos CIE-10 Agresiones Hospital Pablo Arturo Suárez	63
Tabla 10 Porcentaje de atención sanitaria Hospital Pablo Arturo Suárez	63
Tabla 11 Atención ambulatoria por emergencias Hospital Pablo Arturo Suárez	64
Tabla 12 Deflactor sector salud	65
Tabla 13 Cálculo de costos por atención en emergencia.....	66
Tabla 14 Cálculo de costos sala de urgencias y emergencias	67
Tabla 15 Cálculo de costos cuidado y manejo diario	67
Tabla 16 Cálculo de costos de servicios profesionales médicos	69

Tabla 17 Cálculo de costos enfermería.....	69
Tabla 18 Costo de sala de yesos, suturas y curaciones.....	70
Tabla 19 Cálculo de costos imagen y medicamentos	71
Tabla 20 Costos totales por proceso	72
Tabla 21 Valor unitario de las compensaciones económicas por año en asistencia en emergencias...	72
Tabla 22 Costos totales por asistencia sanitaria ambulatoria en emergencias en el HEE Y HPAS	73
Tabla 23 Cálculo de costos de servicios de habitación HEE Y HPAS.....	74
Tabla 24 Cálculo de costos de cuidado y manejo diario HEE Y HPAS.....	75
Tabla 25 Cálculo de costos de dieta hospitalaria HEE Y HPAS	76
Tabla 26 Cálculo de costos de derecho de sala de cirugía HEE Y HPAS	76
Tabla 27 Cálculo de costos de derecho sala de recuperación HEE Y HPAS	77
Tabla 28 Cálculo de costos de materiales de uso menor HEE Y HPAS	78
Tabla 29 Cálculo de costos de exámenes de laboratorio HEE Y HPAS	79
Tabla 30 Cálculo de costos cuidado inicial HEE Y HPAS	81
Tabla 31 Cálculo de costos cuidado hospitalario subsecuente HEE Y HPAS	81
Tabla 32 Cálculo de costos enfermería Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez	82
Tabla 33 Cálculo de costos de imagen y medicamentos	83
Tabla 34 Costos totales por proceso	84
Tabla 35 Valor unitario de las compensaciones económicas por año en hospitalización.....	84
Tabla 36 Costos totales por asistencia sanitaria con hospitalización en los hospitales HEE y HPAS.....	85
Tabla 37 Porcentaje de participación del DMQ en el Presupuesto General del MSP.	89
Tabla 38 Presupuesto de las unidades hospitalarias de tercer nivel en el DMQ	94
Tabla 39 Porcentaje del Presupuesto de las unidades hospitalarias del DMQ - Interperiodos	95
Tabla 40 Porcentaje del Presupuesto de los hospitales con el 91% de asignación del DMQ.....	95
Tabla 41 Porcentaje del Presupuesto de los hospitales en la muestra de la investigación	96
Tabla 42 Costos totales de las compensaciones económicas por hospitalización y emergencia a causa de violencia juvenil en el Distrito Metropolitano de Quito	97
Tabla 43 Asignación presupuestaria de los Hospitales Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez.....	97
Tabla 44 Estrategias de prevención de la violencia utilizadas según la etapa de desarrollo	102
Tabla 45 Estrategias de prevención de la violencia utilizadas según la etapa de desarrollo	103

Lista de siglas y abreviaturas

APS	Atención Primaria en Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
DMQ	Distrito Metropolitano de Quito
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
ENEMDU	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo
EPI	Perfil Epidemiológico
ESIGEF	Sistema Integrado de Gestión Financiera
FLACSO	Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales
HEE	Hospital Eugenio Espejo
HPAS	Hospital Pablo Arturo Suárez
IBS	Indicadores Básicos de Salud
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
IRM	Informe de Regulación Metropolitana
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MCDS	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social
MIF	Módulo de Información de las Finanzas Públicas
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MI	Ministerio del Interior
MSP	Ministerio De Salud Pública del Ecuador
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMSC	Observatorio Metropolitano de la Seguridad Ciudadana
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PJ	Policía Judicial
PNBV	Plan Nacional de Buen Vivir
SENPLADES	Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo
STHV	Secretaria de Territorio, Hábitat y vivienda
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación La ciencia y la cultura.

Introducción

La salud es un estado de bienestar y equilibrio según la Organización Mundial de la Salud, no solo la ausencia de enfermedades o infecciones; la salud pública engloba el mismo concepto bajo parámetros poblacionales, con un ente rector que se preocupa por garantizar la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios (Navarro, 2007).

La Constitución Ecuatoriana vigente, en el Título VII Régimen del Buen Vivir, Capítulo Segundo Salud Artículo 359; garantiza el derecho a la salud, su promoción y protección, además de la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

La salud de la población se ve afectada por varios determinantes; sociales, económicos y políticos, los cuales desencadenan fenómenos. Uno de ellos es la violencia, que impacta en la sociedad y se relaciona con el sector salud por la muerte y las enfermedades que pueden ser provocadas en los ciudadanos al ser víctimas de un acto de violencia, implicando asistencia sanitaria en algunos casos, la cual genera costos para el estado (OMS, 2008).

La violencia, ha sido entendida a través del tiempo como un fenómeno incluido en las relaciones sociales, es común para la sociedad aceptar que exista violencia y que su prevención este a cargo del sistema penal y judicial en general, asignando así al sistema de salud la función de atender, curar o dar tratamiento a las consecuencias de la violencia.

A escala mundial, la violencia es una de las principales causas de muerte en la población entre los 15 a los 44 años, con un 14% de defunciones en la población masculina y 6% correspondiente para la población femenina, ya que esta no es reportada en las estadísticas. (OMS, 2000).

La violencia juvenil es un problema de salud pública y así lo considera la Organización Mundial de la Salud en base al número elevado de muertes que se reportan a nivel mundial por causa de agresiones o lesiones que se generan por violencia (OMS, 2002).

El fenómeno de la violencia provoca grandes costos a los individuos y a las economías globales, debido a las lesiones que causan, las pérdidas de vidas, el ausentismo en el trabajo a causa de una enfermedad o discapacidad que se generan por la agresión y además los costos económicos generados por la asistencia sanitaria prestada a las lesiones y enfermedades (OMS, 2002).

En la disertación se analiza los fundamentos teóricos que contienen relación con los fenómenos investigados. La violencia, los tipos de violencia, el modelo ecológico de la violencia los cuales permite entender su relación con el sector salud y cómo se desarrolla en la sociedad.

Se toma en relevancia teorías dentro de la economía de la salud, la economía del bienestar, y su relación con la violencia, y porque esta puede considerarse un fenómeno que limita el desarrollo y el crecimiento de un país.

Desde ese enfoque se analizó el presupuesto general del estado entregado al sector salud y las políticas públicas.

El primer capítulo abarca el contexto de violencia física juvenil, se analizó el perfil de violencia juvenil las causas y consecuencias de la misma. Se recopiló datos relevantes a nivel mundial, en el Ecuador y específicamente en el Distrito Metropolitano de Quito; con la finalidad de entender el fenómeno de la violencia y los diferentes matices que envuelven al tema, se determinó que la violencia juvenil en el Distrito Metropolitano de Quito tiene gran representatividad y se encuentra en las edades vulnerables de desarrollo que son de 15 a 20 años y continúan de los 20 a los 29 años con los jóvenes adultos.

Para complementar el desarrollo del capítulo se calculó los costos de las compensaciones económicas para los hospitales Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez en función de las bases de agresiones de los hospitales y el número de casos de emergencia; con esta información se obtuvo el valor total y unitario por procesos en cada uno de los hospitales y un valor total que corresponde a los costos por asistencia sanitaria en hospitalización y emergencias a causa de violencia física juvenil en el Distrito Metropolitano de Quito.

Se realizó una investigación de campo con la finalidad de generar levantamiento de datos en los dos hospitales seleccionados en la ciudad de Quito Pablo Arturo Suárez y Eugenio Espejo ya que estos remiten el mayor número de casos de violencia según las estadísticas presentadas en el perfil epidemiológico y la revisión de las historias clínicas. Por medio de esta información se determina un perfil de los casos más frecuentes, su diagnóstico y tratamiento con el fin de homogenizar la atención sanitaria y realizar un perfil de atención ya que no se cuenta con guías de práctica clínica para tratar violencia juvenil. Por medio de este análisis cuantitativo y descriptivo se calcula los costos económicos de la asistencia sanitaria relacionada a los actos violentos en base al Tarifario de Prestaciones para el Sistema de Salud.

El Segundo capítulo recopila los datos del presupuesto asignado a los hospitales públicos, cómo se distribuye los montos, los porcentajes adjudicados a las unidades de segundo y tercer nivel y la representatividad que tiene el Distrito Metropolitano de Quito respecto al presupuesto total de salud con la finalidad de comparar los montos adjudicados y el costo total por asistencia sanitaria a causa de la violencia juvenil.

Con la estimación de los costos de atención sanitaria y el valor total del presupuesto asignado al Distrito Metropolitano de Quito se realizó la comparación y el análisis en la que se basa el desarrollo de lineamientos para mitigar la violencia juvenil el cual corresponde al tercer capítulo.

Se propone cambiar la asignación del presupuesto de compensación económica entregada a los hospitales por programas y campañas de prevención de la violencia, disminuyendo así los casos de demanda sanitaria por violencia.

Con los resultados obtenidos de la investigación se propone los lineamientos para reducir la violencia juvenil por medio de programas de prevención y desarrollo integral.

Se demostró la importancia del fenómeno de violencia en el Ecuador mediante los datos obtenidos en el Distrito Metropolitano de Quito.

Con esta investigación se concluye que la violencia es un problema de salud pública en función de los problemas que genera a nivel de la sociedad no solo por los gastos de salud que genera sino por los problemas que produce en los individuos a nivel económico, social y laboral.

El fenómeno de violencia se relaciona con la salud por que causa enfermedades y lesiones que deben ser atendidas por el sector de salud brindando asistencia sanitaria para la población con el fin de evitar complicaciones, discapacidad o muerte.

Se pudo comprobar que la violencia genera costos representativos para el estado y para el individuo debido a las pérdidas sociales y económicas a causa de los gastos por asistencia sanitaria lo que ratifica a la violencia como un problema de salud pública. La economía de la salud se encuentra ligada al fenómeno de violencia juvenil ya que corresponde a un problema de salud pública que genera pérdidas de vidas, pérdidas en producción y grandes pérdidas de oportunidades a futuro para los individuos.

Los presupuestos asignados para cada uno de los niveles de atención de salud, evidencian que el segundo y tercer nivel de atención de salud presenta la mayor parte de recursos asignados al Distrito Metropolitano de Quito en función del tipo de demanda sanitaria existente que es una demanda con enfoque curativo.

Se concluye que los costos generados tanto por asistencia sanitaria que necesita hospitalización y por emergencias a causa de agresiones o lesiones físicas producidas por un acto de violencia juvenil en el Distrito Metropolitano de Quito representan un valor significativo que asciende a más de 8 millones de dólares, este valor se puede utilizar para crear campañas y programas de prevención de la violencia y evitar un mayor número de casos en el futuro mediante los lineamientos presentados para la mitigación de la violencia juvenil en el Distrito Metropolitano de Quito.

Metodología del trabajo

Preguntas de investigación

Pregunta General

¿Cuáles son los costos de las compensaciones económicas de la violencia física juvenil en el sector salud por asistencia sanitaria en los hospitales Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez en el periodo 2008 -2012?

Preguntas específicas

¿Por qué la violencia juvenil es un problema de salud pública?

¿Cómo se asigna el presupuesto entregado por parte del estado a los hospitales públicos en el Distrito Metropolitano de Quito?

¿Qué programas se pueden potenciar para la prevención y reducción de la violencia física juvenil en el Distrito Metropolitano de Quito?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Analizar los costos de las compensaciones económicas de la violencia física juvenil en el sector salud por asistencia sanitaria en los Hospitales Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez en el periodo 2008 - 2012.

Objetivo Específico

Analizar por qué la violencia juvenil es un problema de salud pública.

Analizar la asignación del presupuesto entregado por parte del Estado a los hospitales públicos en el Distrito Metropolitano de Quito.

Proponer programas de prevención y reducción de los niveles de violencia física juvenil.

Delimitación espacial de la investigación

La investigación se realizó en la ciudad de Quito, específicamente en 2 hospitales; Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suarez los cuales permitieron obtener una muestra relevante de personas que se encuentran entre los 15 y 35 años que han solicitado asistencia sanitaria a causa de violencia según el informe epidemiológico del Hospital Eugenio Espejo del periodo 2008-2012; las estadísticas anuales del Hospital Pablo Arturo Suárez en el periodo 2008-2012 y la revisión de la historias clínicas del año 2012 de los dos hospitales. Por lo tanto, los criterios planteados para la prevención y disminución de la violencia permiten dar un nivel de representatividad para la ciudad de Quito.

No existen estudios a nivel nacional ni el Distrito Metropolitano de Quito que analicen los costos o gastos que presenta al Estado el cubrir de asistencia sanitaria a la población que ha sido víctima de la violencia, ni datos que permitan desarrollar la investigación a nivel nacional, razón por la cual esta disertación limitó su alcance a los dos principales hospitales de la ciudad de Quito; Pablo Arturo Suárez y Eugenio Espejo, estas instituciones permitieron la recolección de los datos necesarios para calcular los costos que genera la asistencia sanitaria provocada por la violencia y proceder de esta manera con el análisis de la violencia juvenil como un problema de salud pública.

Delimitación temporal de la investigación

El levantamiento de datos en los dos principales hospitales públicos de Quito presenta una temporalidad de cinco años, específicamente en el periodo 2008-2012. Se considera para el análisis la situación en el sector salud y los datos de violencia dentro del mismo periodo.

Justificación

La violencia en la actualidad por sus cifras alarmantes y crecientes a nivel nacional e internacional se ha tornado una de las principales preocupaciones de gobiernos locales, organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales según los informes económicos y de desarrollo presentados por países latinoamericanos para la elaboración del informe de violencia juvenil de la Organización Mundial de la Salud. La tasa de homicidios de América Latina y el Caribe es la más alta del mundo y triplica el promedio mundial con más de 25 muertes por cada 100.000 habitantes según el informe IDEAS del Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2000).

La Organización Mundial de la Salud acota que cada año más de 1,6 millones de personas mueren a causa de la violencia, lo que supone una carga enorme para las economías nacionales, costándoles miles de millones cada año en salud, seguridad y horas productivas perdidas; la violencia toma matices multidimensionales y engloba condiciones macroeconómicas que afectan varios sectores de la economía, no solo por la percepción creada por la inseguridad; que puede ser en muchos casos intangible, sino por los costos tangibles que genera en el presupuesto anual del estado (OMS,2005).

En el Ecuador la quinta causa de mortalidad general en el año 2011 son los accidentes de transporte con un 5,38% y la séptima causa las agresiones (homicidios) con un 3,38% por cada 100 mil habitantes¹ (INEC, 2011).

Según el INEC (2012) la morbilidad² masculina en el año 2012 muestra varias causas que pueden estar relacionadas con cualquier tipo de violencia. La sexta causa traumatismos intracraneales, octava causa fractura de la pierna e inclusive el tobillo, novena causa traumatismos múltiples no especificados y como decima causa los trastornos de la nariz y los senos paranasales, es necesario destacar que estas causas de morbilidad puede estar relacionados con accidentes; no solo relacionadas a la violencia física juvenil intencional.

Con los datos expuestos anteriormente se puede acotar que la violencia es un problema de salud pública como lo expresa el Ministerio de Salud Pública en su publicación sobre modelo de atención MAIS (2012). Aunque no existen datos que relacionen los costos que corre el estado al cubrir de asistencia sanitaria a la población que sufren de actos de violencia, según el Banco Interamericano de Desarrollo para el año 2000 los costos de la violencia en la región ascendían al 14,2 % del PIB con un valor absoluto de 168.000 millones y una tasa de homicidios de 27,61 por cien mil habitantes.

Carrión (2000) realizó una correlación con los datos para el Ecuador que infiere que con una tasa de homicidios de 14,8 por cien mil habitantes, para la correlación los costos ascenderían al 7% del PIB con un valor absoluto de 2.000 millones, que para el año 2000 en el cual fue calculado, correspondían alrededor del 25% del Presupuesto General del Estado.

Como resultado de la correlación se revela un porcentaje significativo en el presupuesto, razón por la cuál es necesario realizar una investigación que genere datos, que permita analizar la violencia desde una perspectiva de economía de la salud con el fin de evidenciar el problema por medio de cálculo de costos obteniendo resultados comparativos y por medio de esto potenciar programas y criterios de prevención, disminución de la violencia juvenil.

Los datos trabajados y las investigaciones relacionadas con el tema de violencia juvenil en el Ecuador muestran la necesidad de levantar nuevos datos e información actualizada ya que los estudios y análisis existente se basan en el informe del Banco Interamericano de Desarrollo realizado en el año 2000, lo que obliga a tomar decisiones sobre el sector salud en base a información desactualizada y con un espectro limitado.

Tipo de investigación

Esta disertación es una investigación de tipo descriptiva, analizó la problemática social que engloba variables económicas como son los costos por asistencia sanitaria, los gastos estatales, el presupuesto asignado a los hospitales los cuales influyen en el crecimiento y desarrollo del país.

En la disertación, se desarrolló un análisis de las características de los hechos de violencia juvenil que provocan lesiones enfermedades o daños físicos, las cuales desencadenan en asistencia sanitaria. Se analiza las estadísticas de violencia en el Distrito Metropolitano de Quito y por medio de estos datos se calcula los costos de la violencia juvenil en los dos hospitales de la muestra identificada en el

¹ Ver (anexo A)

² Ver (anexoB)

Distrito Metropolitano de Quito; adicionalmente se da a conocer cuáles son los mecanismos y programas de prevención que pueden ser utilizados para lograr disminuir los índices de violencia mediante los costos económicos que presentan por asistencia sanitaria.

Los datos que se trabajaron en esta disertación son variables que se obtienen mediante la investigación de campo ya que fueron levantados en los dos hospitales identificados anteriormente, por lo tanto se trabajó con las estadísticas disponibles sobre bases de agresiones, el total de emergencias generado por violencia y el número de personas que demandaron asistencia sanitaria por hospitalización y emergencia, esta sistematización de datos permite el análisis crítico por medios de los conceptos, opiniones y el perfil que se generan de expertos en el tema de violencia y del área de salud.

Tabla 1: Fuentes de información

Categoría de análisis	Fuentes de Información
Economía de la Salud	BIBLIOTECA PUCE, LIBROS PUCE, TESIS PUCE
Economía del Bienestar	
Modelo ecológico de la violencia	
Problemática actual	
Tesis relacionadas con violencia	
Publicaciones sobre Violencia	OMS (Organización Mundial de la salud)
Papers de salud	OPS (Organización Panamericana de la salud)
Publicaciones de políticas públicas	MSP (Ministerio de Salud Pública)
Publicaciones sobre costos de la violencia	FLACSO (Facultad latinoamericana de ciencias sociales)
Estadísticas de Violencia	Policía Judicial
Informes de violencia	Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana
Egresos Hospitalarios	INEC: Estadísticas sociales, camas y egresos hospitalarios
Morbilidad	
Mortalidad	
Tipo de tratamiento	Entrevista Expertos
Casos comunes de Violencia	
Evidencia de pacientes por Violencia	
Datos de pacientes	Hospital Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez
Edad del paciente	
Tipo de Violencia	
Costo de Atención Hospitalaria	Tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud, 2012.

Elaboración: Estefany Reinoso

Procedimiento Metodológico

Por medio de un cálculo de costos de asistencia sanitaria por violencia en jóvenes y jóvenes adultos en edades vulnerables (15 a 35 años) en el Distrito Metropolitano de Quito se desarrolla indicadores económicos y sociales que reflejen la realidad del gasto público en salud a causa de violencia.

Para esto se tomó en cuenta las diferentes encuestas y bases de datos del Instituto Nacional de Estadística-INEC, además de las cuentas satélite de salud y el presupuesto general del sector salud diversificado por niveles de atención.

La revisión de literatura, se enfocó en la violencia general, como se desarrolla este fenómeno y bajo qué esquema de estudio se comprende, cuáles son las causas y consecuencias, cómo se relaciona con la salud pública y la economía de un país y cómo influyen estos factores en los jóvenes y jóvenes adultos que son las principales víctimas y victimarios.

Posteriormente, se desarrolló un análisis de costos en función del tarifario de prestaciones del Ministerio de Salud Pública, las bases de agresiones de los hospitales desde un enfoque cuantitativo para conocer el valor en relación al presupuesto asignado y el perfil epidemiológico de los hospitales, adicionalmente un análisis descriptivo por medio de las historias clínicas y el desarrollo de un perfil de atención sanitaria.

Más adelante se analizó la asignación presupuestaria en el Distrito Metropolitano de Quito en el sector salud y específicamente en los dos hospitales de la muestra: Hospital Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez. Para finalizar, se determinó los lineamientos de políticas implementados desde el contexto de modelo ecológico de la violencia, los cuales consideran los programas que se realizan en la actualidad estableciendo propuestas de lineamientos de política pública para el desarrollo integral del niño y del adolescente con la finalidad de mitigar la violencia juvenil.

Fundamentación teórica

La intervención estatal mediante políticas públicas que enmarcan prioridades para emitir acciones u omisiones son el punto de partida para identificar y compilar literatura relacionada al desarrollo del sector salud enfocado en la problemática de la violencia juvenil y las consecuencias de este fenómeno en la sociedad y para el estado.

El desarrollo y crecimiento de las economías a través del nivel de vida son los lineamientos a establecer en función de la oportuna asistencia sanitaria, las mejoras del sector salud, el uso óptimo de los recursos. Los cuales se sustentan en el concepto de economía de la salud y la teoría de la economía del bienestar.

Desde esta perspectiva se analiza la salud; su concepto, la definición, como se desarrolla su multidimensionalidad. Se pretende ampliar el espectro de la salud desde el enfoque de la comunidad y el bienestar social haciendo alusión a la salud pública con sus determinantes sociales.

Economía del Sector Público

La economía del sector público tiene como objetivos primordiales la planificación, esquematización y evaluación de propuestas para mejorar la economía de un sector o un país por medio de la intervención focalizada del gobierno con el fin de conseguir bienestar y eficiencia para la sociedad (Larraín et al, 2002).

Economía del Bienestar

La economía del bienestar es una rama de la economía que estudia la forma de gestionar; “que debe producirse, cómo se debe producir, para quién y quién debe tomar estas decisiones” (Stiglitz, 2000:69).

La economía del Bienestar se encarga de comprender como influye la asignación de los recursos en el bienestar económico y la aplicación de criterios mediante los cuales puede juzgarse la conveniencia de propuestas de política alentadas a mejorar la calidad de vida de los habitantes y el crecimiento económico.

Entendiendo a la calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud (2005:1) como:

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Es por esta razón que la salud y prevención de la misma está estrechamente ligada al desarrollo económico y el bienestar social.

El bienestar envuelve conceptos claves como son el desarrollo económico, político y social. Al hablar del bienestar social se hace referencia al bien común para todos los habitantes por medio de la igualdad y eficiencia (Stiglitz, 2000).

La eficiencia, se entiende como “la propiedad que tiene una asignación de recursos de maximizar el excedente total recibido para todos los miembros de la sociedad” (Mankiw, 2011:146). Esta asignación de recursos puede beneficiar a un grupo de personas más que a otro, pero si existen asignaciones con un alto retorno, por ejemplo la educación de la juventud, esto puede beneficiar y lograr eficiencia en el sentido de Pareto, lo que quiere decir un cambio que mejore el bienestar de algunas personas sin empeorar el de ninguna otra, beneficiando de forma indirecta a la sociedad.

La eficiencia en el sentido de Pareto tiene una importante propiedad que es mencionada por Stiglitz (2000) en su libro la economía del sector público; el individualismo en dos sentidos.

El primero, que determina que el individuo se preocupa de su bienestar, no del bienestar de las otras personas pero aun así el bienestar de un individuo no corresponde al perjuicio del otro, o termina beneficiando de alguna manera. El segundo plantea la perspectiva que puede tener cada individuo de su propio bienestar, cada persona puede juzgar sus propias necesidades y deseos. (Stiglitz, 2000)

El sector salud se encuentra estrechamente relacionado con el bienestar de la sociedad, no solo por el estado físico, va mucho más allá de una enfermedad o herida grave que tratar, un claro ejemplo para aclarar el panorama es un adolescente en plena edad productiva que es víctima de un acto de violencia, el cual le genera una herida que debe ser tratada en un hospital público por lo tanto el gobierno debe correr con los gastos que se han presentado; además este adolescente deja de asistir al trabajo o la escuela lo cual hace que él pierda horas laborales y productivas; A su vez la empresa pierda horas productivas de trabajo, esto influye directamente al consumo desencadenando una reducción del mismo y por ende de los precios o cantidades de producción (Cotler, 2007).

Los teoremas fundamentales de la economía del bienestar proporcionan una perspectiva clara de cómo el sector salud que es considerado en esta investigación como un mercado que proporciona asistencia sanitaria puede proporcionar eficiencia e igualdad con el fin de lograr bienestar social y desarrollo económico (Stiglitz, 2000).

El primer teorema antes mencionado plantea que si la economía es competitiva es eficiente en el sentido de Pareto y el segundo teorema plantea la pregunta contraria.

La pregunta que surge es si transfiriendo riqueza de una persona a otra, mejora el bienestar de la segunda y empeora el de la primera. Tras redistribuir la riqueza, si actúan libremente las fuerzas de la competencia, se obtiene una asignación de recursos eficiente en el sentido de Pareto (Stiglitz, 2000).

Intervención Estatal

Según Stiglitz (2000), el Estado debe intervenir cuando existen fallos de mercado, estos fallos se pueden dar cuando se presentan fallos de competencia, bienes públicos, externalidades, mercados incompletos, fallos de la mala información, paro, inflación y desequilibrio.

Un fallo es una consecuencia negativa del funcionamiento del mercado y se produce cuando este no es eficiente en la asignación de los recursos disponibles (Gimeno, 2006).

El mercado de asistencia sanitaria o servicios de salud es un mercado imperfecto en el cual se busca la eficiencia y equidad de recursos asignados los cuales son escasos; en este mercado existen fallos que corresponden a no cumplir con la producción o asignación de bienes y servicios a los demandantes de forma eficientemente e igualitaria; Respecto a los teoremas planteados anteriormente un fallo de mercado existe cuando los resultados del mercado no poseen el sentido de Pareto (Stiglitz, 2000).

Los fallos en este mercado inician al momento de definir a la salud como un bien público este criterio lo plantea el doctor Miguel Angel Hermoza, un bien público es aquel que se puede disfrutar o utilizar sin que ese bien disminuya o desaparezca y por lo tanto puede seguir siendo usado o disfrutado por otros, al contrario de lo que sucede con la asistencia sanitaria, esta es perecible en la medida en la que el uso afecta la posibilidad de acceso o al menos disminuye, por esta razón no se puede considerar a la asistencia sanitaria como un bien público al contrario es un bien meritario el cual todas las personas tienen derecho acorde a la constitución de cada país Hermoza, (2010). Estos fallos también existen en la economía de la salud, ya que como toda economía está ligada a las limitaciones del mercado, y en este caso específico al mercado de servicios de salud.

Una de las fallas en el mercado de salud hace referencia a la asimetría de información, este fallo se da por la incertidumbre que posee un paciente con respecto a la enfermedad y a los tratamientos que se deben utilizar.

Si el individuo padece un cierto tipo de enfermedad o un accidente que demande asistencia sanitaria por medio de un tratamiento o curación, el posible paciente no conoce que le sucede, por lo tanto acude a un médico, quien con su conocimiento espera dar solución al problema presentado, pero el paciente no sabe acerca de su condición así que el médico tiene la posibilidad de re direccionar la demanda hacia cierta acción de salud. Al desconocer esta información el paciente acude al médico quien conoce de los tratamientos y enfermedades, este médico tiene la capacidad de inducir la demanda y tratar las enfermedades en función de su criterio y código moral convirtiéndolo así en oferente- demandante de un servicio (Stiglitz, 2000).

Otro fallo de mercado corresponde a la llamada demanda imprevisible, este fallo está orientado a la demanda que puede existir por parte de los individuos.

En teoría el mercado de asistencia sanitaria, es un mercado libre, en el cual existen oferentes de asistencia y demandantes de salud. Además existen varios agentes económicos que intervienen en el sector como son las instituciones productoras, agencias compradoras y financiadores, los cuales ofrecen algún tipo de cobertura sanitaria a cambio de un pago mensual, anual o una prima establecida que logre cubrir los gastos incurridos por el paciente más un porcentaje de beneficio (Hermoza, 2010).

En un mercado libre, la agencia compradora que en este caso es la aseguradora (que no conoce el riesgo de enfermar de cada persona) establecerá una prima según el riesgo general de la población. Pero las personas conocen, de forma aproximada, su estado de salud futuro mejor que la compañía, y actuarán en consecuencia a esto. Los que se sienten sanos y con poco riesgo de enfermar, no querrán pagar esa prima. Quedarían sin seguro muchas personas de poco riesgo. Entonces, surgirían

compañías dispuestas a seleccionar a personas de poco riesgo a cambio de una prima más baja, como no disponen de toda la información, no ofrecerán esta cobertura más barata (Hermoza, 2010).

Por lo tanto estos individuos antes mencionados no poseen un seguro particular y si llegan a necesitar asistencia a causa de una enfermedad o una lesión deben pagar por los servicios prestados de asistencia sanitaria, si el individuo no puede pagar por los servicios acudirá a un hospital público el cual debe prestar atención de forma gratuita para el ciudadano con el fin de proporcionarle bienestar.

La demanda de atención sanitaria no se puede predecir, si la asistencia prestada es analizada desde la perspectiva privada existirían deseconomías de escala las cuales se presentan por altas primas de afiliación a un seguro o el costo que le produce al individuo al pagar por una enfermedad o un accidente inesperado, se utiliza los recursos de manera ineficiente por lo cual los individuos optan por pagar al estado una prima más baja por medio de impuestos para lograr la asistencia deseada (Stiglitz, 2000).

La tercera externalidad encontrada se encuentra ligada estrechamente al mal uso de los recursos, esto debido a que el consumo de asistencia sanitaria utilizada por otras personas tiene efectos favorables y desfavorables sobre otros individuos que podrían ser demandantes de asistencia sanitaria, los cuales tienden a ser beneficiados o perjudicados por las decisiones de consumo de otros individuos (Mankiw, 2011).

Existe externalidad cuando una persona realiza una actividad que influye en el bienestar de la otra, quien realiza la actividad no paga, ni la persona afectada recibe una compensación por el daño causado. Si la influencia es negativa es llamada externalidad negativa y si es de beneficio externalidad positiva. La externalidad va más allá del bienestar individual considerando el bienestar de la sociedad en su conjunto (Mankiw, 2011).

Un ejemplo de la externalidad positiva puede ser, el hacer uso de una campaña de vacunación, que beneficia al reducir la probabilidad de enfermedades en la población, no se paga por el beneficio que se recibe. Son demandas individuales que desembocan en bienestar social, pero el precio de una vacuna no está estimando el beneficio colectivo (Hermoza, 2010).

Este fallo integra la investigación por medio del análisis de la externalidad negativa. El consumo de la asistencia sanitaria por parte de una persona limita el uso del mismo recurso para otra; por ejemplo si un joven o joven adulto utiliza los recursos para ser curado de una herida o enfermedad proporcionada por una agresión física la cual pudo ser evitada, esto perjudica de forma directa a la sociedad ya que los recursos asignados a cada hospital público son escasos.

Con el fin de corregir los fallos de mercado, el estado utiliza medidas de intervención en función de la estrategia de gobierno que desempeñen, una de las herramientas a ser utilizadas son las antes mencionadas políticas públicas, que son definidas según la real academia española, en su edición n° XX como: "Arte, doctrina u opinión referente al gobierno de los Estados" se interpreta como el establecimiento de prioridades que enmarcan un conjunto de acciones u omisiones para un sector o actores de la sociedad civil (Tobar, 2013).

Las políticas públicas son un conjunto de medios afines. Por lo que las políticas sociales y económicas son una misma cosa, la una se ocupa de los recursos, la otra de su redistribución (Isuani y Bustelo, 1982).

Una política de salud enmarca la definición de la salud o la carencia de la misma como un problema público en el cual el estado forma parte activa, definiendo el rol que desempeña en el sector salud, en la mayoría de países no se detectan fuertes políticas de salud y esto se evidencia en el peso del gasto en salud dentro de los presupuestos públicos. (Tobar, 2013).

González, García y Tobar (1997) aclaran que el gasto en salud no significa política pública pero en la mayoría de los casos la ejecución de los programas requieren de una asignación de recursos, por lo cual se puede considerar como punto de referencia el gasto.

Con el fin de formular una política pública de salud es primordial conocer los insumos que engloban la definición de esta y la identificación del problema de salud pública a ser tratado desde la perspectiva de la sociedad en su conjunto.

La Salud

La salud antes mencionada, es un factor primordial para el éxito de las políticas sociales, mediante las cuales se puede lograr desarrollo social y económico; sin embargo abordar los problemas de salud pública plantea varios problemas, ya que este tipo de necesidades sociales son multidimensionales, y las soluciones a las mismas pueden encontrarse fuera del sector de salud (OPS; Salud en las Américas; 2007).

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 2001:1). Hablar de salud pública hace referencia a factores que influyen a la sociedad en su conjunto y no solo al individuo.

El estado de salud permite a los individuos desarrollar con normalidad una vida social, económica y productiva, evitando las pérdidas de productividad, horas no trabajadas y los gastos en salud (OMS, 1998).

El análisis de la definición de salud, muestra la multidimensionalidad que posee, abarca el bienestar físico, psíquico, mental, social y ambiental además de la variabilidad en cada persona, el lugar donde se desarrolla, tiempo, el nivel socioeconómico, la cultura, la religión y la forma de vida (Gálvez, 2009).

Para lograr medir la pérdida o ausencia de salud se utiliza las tasas de mortalidad, la morbilidad o las discapacidades como parámetro de medida.

Salud Pública

La salud es un estado de bienestar y equilibrio según la Organización Mundial de la Salud, no solo la ausencia de enfermedades o infecciones; la salud pública engloba el mismo concepto bajo parámetros poblacionales, con un ente rector que se preocupa por garantizar la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios (Navarro, 2007).

Se reconoce a la salud pública como la ciencia y arte de impedir enfermedades, permitiendo la prolongación de la vida con un enfoque integral con el fin de proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una nación (Gálvez y Piédrola, 2009).

En base a los conceptos de salud pública, los gobiernos poseen objetivos de vigilar el estado de salud de sus habitantes y promover políticas que estén focalizadas en mejorar la asistencia sanitaria y principalmente la prevención de enfermedades de la población (OPS, 2004).

El estado no es el único responsable de promover la salud o evitar enfermedades en la población por medio de la asistencia sanitaria. Los ciudadanos son responsables de su conducta individual, el tiempo y esfuerzo dedicado para la obtención de un estado de salud óptimo ya que es parte de su beneficio, aumenta su productividad y su renta. (Gisbert; 2008)

Por lo tanto invertir en salud permite el aumento de días saludables que dispone el individuo, esto ayuda a mejorar en todos los extremos las opciones entre el ocio y trabajo (renta). (Gisbert; 2008)

Para lograr prevenir enfermedades y promocionar la salud es necesario conocer que determinantes sociales influyen en la salud y como se desarrolla, Analizar los determinantes sociales de la salud permite esclarecer en que sectores se debe profundizar con que población y que es lo que determina las enfermedades en los múltiples contextos (Lalonde, 1974)

Determinantes Sociales de la salud

La salud se ve afectada por varios factores los cuales influyen en la aparición e incidencia de las enfermedades a esto se denomina los determinantes sociales de la salud. Se define a las mismas como un conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones. (OMS, 1998)

Los determinantes sociales de la salud inician desde la estructura de desigualdad de la salud, con un contexto socioeconómico y político en el cual las decisiones del gobierno sobre las políticas macroeconómicas, políticas sociales de mercado, de trabajo, vivienda, salud, educación, protección y cultura están estrechamente ligadas a los impactos en la desigualdad en salud y por ende bienestar (OMS, 2008).

Existen 4 factores determinantes sociales de la salud según Lalonde, (1974) estos constituyen pilares de análisis los cuales engloban como primer punto al medio ambiente; este determinante social estudia los contaminantes físico químico, psicosociales, culturales y clima. El segundo determinante abarca el estilo de vida que hace referencia a las conductas de salud; el tercer determinante se refiere al sistema sanitario, atención médica en general y finalmente la biología humana, este determinante está condicionado por la genética y sometida al envejecimiento.

Adicionalmente, Dahlgren et al, (1991) determinan un esquema del modelo multinivel de los determinantes de salud los cuales complementan el análisis, en este esquema se especifican 5 niveles los cuales pueden ser proximales o distales.

En los determinantes distales se encuentra las condiciones generales que engloban nivel socioeconómico, nivel cultural y nivel ambiental. Las condiciones de vida y trabajo, el acceso a

servicios de atención de salud, la influencia comunitaria y el soporte social (Dahlgren y Whitehead, 1991).

En los determinantes proximales se encuentran los factores individuales y de vida que contiene los factores biológicos y causal genético (OPS, 2004).

Factores biológicos y causal genético

Hace referencia al número creciente de factores genéticos los cuales producen problemas de salud de carácter infeccioso, cardiovascular, metabólico, neoplásico, mentales, cognitivos, y conductuales dado por el perfil genético que predispone (OPS, 2004).

Factores individuales y preferencias en estilos de vida

Estos factores involucran a la conducta del individuo, las creencias, sus valores, su historia, desarrollo en el tiempo y la percepción que pueda tener ante la sociedad y el mundo en general, este nivel corresponde a los determinantes distales y proximales ya que están determinados por decisiones de vida o preferencias en el estilo y desarrollo de la misma un ejemplo de esto es la elección del tabaco, o el alcohol que se incluye en su vida pero también relaciona las decisiones sociales, las desigualdades y los problemas de la sociedad como por ejemplo la desnutrición por falta de recursos (OPS, 2004).

Influencias comunitarias y soporte social

Los factores comunitarios influyen en las preferencias individuales de las personas, la presión y cohesión lleva a la toma de decisiones que tienen que ver con la salud, está reconocido que las actividades sociales, membresía a clubes, integración familiar, y redes de amistades tienden a ser determinantes en los problemas de salud (OPS, 2004).

Acceso a servicios de atención de salud

El acceso a servicios de salud contribuye al mejoramiento de la calidad y las expectativas de vida de la población, es determinante la forma de organización en los niveles de atención de salud; la prevención, control y tratamiento. La atención de salud es considerada un determinante porque debido a la falta de acceso, cobertura y calidad. La salud pública intenta mejorar con el fin de lograr desarrollo y crecimiento integral (OPS, 2004).

Condiciones de vida y de trabajo

La vivienda, el empleo y la educación son factores esenciales para la salud de la población. La vivienda constituye la composición, estructura, dinámica familiar en esta instancia se desarrolla las costumbres, la alimentación y el desarrollo de las actividades que generan patrones de enfermedades. El trabajo incluye el ambiente y la seguridad física, mental y social en este ámbito se pueden desarrollar varias enfermedades relacionadas al estrés y la presión bajo la que se desarrolla la actividad por lo cual la educación es esencial para mejorar las condiciones de vida ya que el conocimiento permite la prevención y el acceso hacia la asistencia sanitaria, la prevención y el control (OPS, 2004).

Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales

Estas condiciones constituyen a los macro determinantes, en los cuales las decisiones afectan de forma directa a la población, constituyen las decisiones del gobierno, las políticas desarrolladas y referentes históricos que apuntan al desarrollo, crecimiento, equidad, y redistribución (OPS, 2004).

Según Tobar (2013) la definición de la salud a nivel individual y público además de los factores sociales que afectan directa e indirectamente en su variación son insumos esenciales para la formulación de las políticas pública las cuales deben ser eficientes por medio de la economía de la salud.

Economía de la salud

En la última década el avance de la ciencia ha permitido orientar el estudio de las ciencias económicas hacia el sector salud, debido a la evidencia de la relación del sector con el desarrollo de las naciones y el crecimiento de la economía proporcional al gasto en el sistema de salud. Los cambios permitieron que la economía se centrara en temas como la demanda y oferta de la asistencia sanitaria, las limitaciones de atención médica y las compensaciones de los precios (UDEA, 1999).

La economía de la salud estudia el uso óptimo de los recursos para la asistencia de la enfermedad y la promoción de la salud Selma (1999), aplicando la teoría económica y los fenómenos y problemas asociados con la salud; la economía busca satisfacer las necesidades de los individuos, las cuales son ilimitadas por medio de los recursos que son limitados, para esto la economía de la salud estudia temas como: La demanda de la salud; costeo de enfermedades; mercados de servicio de salud; financiamiento; costo efectividad, costo beneficio; agentes económicos en la actividad sanitaria y oferta sanitaria (Culyer, 2005).

Se conoce a la economía de la salud como la rama de la economía que estudia la producción, distribución de salud y asistencia sanitaria según Hidalgo (2005), con el fin de aportar al desarrollo y crecimiento de las economías a través del nivel de vida.

La salud pública es una de las principales preocupaciones del estado, esto se puede evidenciar en los países europeos los cuales destinan un alto porcentaje de su PIB al gasto en salud, el sector sanitario en la actualidad representa una de las partidas fundamentales dentro de los presupuestos en las economías europeas (Gimeno, 2006)

El aumento del gasto en salud no puede garantizar directamente el mejor nivel de salud de la población ya que esto tiene relación como varios factores; biológicos, estilos de vida, ambiente en el que se desenvuelven las personas, el nivel de educación, la renta, la cultura preventiva que poseen, entre otros; pero si puede aportar a mejorar la asistencia sanitaria y la prevención que influyen en la salud de la población (OPS, 2004).

Varios autores han acogido la ley empírica establecida por Cullis (1977) y Newhouse (1977) citado en Gimeno (2006) en la que acotan que el gasto sanitario per cápita crece proporcionalmente a la renta per cápita cuando un país se encuentra en desarrollo mientras mayor sea el nivel de vida de un país mayor será su gasto destinado al sector salud.

Aunque el gasto en salud sea esencial para lograr desarrollo y bienestar en la población mediante la salud pública es importante recalcar que al igual que otros productos (salud) en el mercado (asistencia sanitaria) este posee un nivel de equilibrio, del cual a partir de este, el incremento en el gasto comienza a ser ineficiente en términos de salud, causando escasa incidencia en la producción debido a los rendimientos decrecientes (Stiglitz, 2000).

Macroeconomía de la salud

Obtener beneficios y financiamiento en el largo plazo en el área de la salud es lo que plantea la macroeconomía de la salud según Sachs (2011), por medio de un mayor gasto de parte del gobierno el cual debe ser focalizado y proporcionado en acciones que fortalezcan los recursos de prevención y control con la misma importancia que el de atención y cura de enfermedades, estos esfuerzos son esenciales para lograr el desarrollo y crecimiento de las economías ya que el sector salud se encuentran estrechamente ligado con productividad, empleo y consumo.

El tema salud a nivel macroeconómico permite analizar la situación del sector desde la perspectiva de financiamiento, como se desarrolla, el nivel de participación que tiene dentro del presupuesto en las diferentes economías y cómo influyen en el crecimiento y desarrollo de las mismas (Cotler, 2007).

Existen varias formas de medir los costos que representa los gastos en salud, hablando en términos de asistencia sanitaria, uno de los principales elementos son la productividad que un individuo pierde al permanecer en mal estado de salud o indispuesto por discapacidad. Un individuo enfermo o con mal estado de salud pierde días laborables los cuales se ven reflejados en su paga al final del mes, además incurre en gastos no programados por el hecho de su enfermedad y esto obliga al individuo a reducir su consumo de bienes, esto desencadena en una disminución de demanda de bienes en el mercado y por ende en la producción. Este círculo muestra como el estado de salud de la población podría afectar de forma directa en el crecimiento y desarrollo de la economía de un país (OPS, 2003).

La Demanda de atención sanitaria

En términos económicos es necesario etiquetar a la salud como un bien el cual es demandado con el objetivo de mantener un estado de bienestar; los individuos no demandan salud específicamente sino un servicio que es la asistencia sanitaria para evitar el deterioro de la salud o recuperar la misma (Gimeno, 2006).

Existe una gran diferencia entre la demanda de asistencia sanitaria y la de otros productos; principalmente en la forma en la que interactúan la oferta y la demanda debido a los fallos de mercado existentes en la economía de la salud, la oferta es directamente proporcional a la decisión de consumo de asistencia sanitaria (Mills y Gilson, 1988).

Existen varios debates teóricos sobre la demanda de atención sanitaria, con el fin de entender cómo funciona se ha ligado al concepto de necesidad; esto debido a que los individuos demandan en dos perspectivas.

La primera en la que el individuo desde su perspectiva siente la necesidad de atención sanitaria en los casos de accidentes y enfermedades sorpresivas que llevan a un individuo en perfectas condiciones a carecer de salud (Mills et al, 1988).

La segunda perspectiva en la que el individuo demanda asistencia sanitaria con la finalidad de prevenir cualquier deterioro de su salud pero también relacionado a su necesidad individual y a sus necesidades específicas; un ejemplo de esto es un chequeo general que contenga exámenes integrales para conocer el estado de salud del individuo (Mills et al, 1988).

La decisión de usar la atención médica se refleja en una combinación de necesidades normativas y sentidas, ya que la decisión de consumir en el sector salud a menudo se basa en información suministrada por el oferente y sus propias preferencias (Mills et al, 1988).

En función de los determinantes de la salud, sociales, culturales, estructurales, económicos antes mencionados y las necesidades de los individuos desde perspectivas individuales, dificultan el modelo del comportamiento de los oferentes, además de la planificación y la toma de decisiones respecto a políticas públicas (Gimeno, 2006).

Demanda en salud y su relación con el bienestar

Un individuo decide demandar un bien o servicio en función a los beneficios o costos marginales de su consumo según Gimeno et al (2006). Como se evidencio en el análisis de la demanda el campo sanitario presenta varias dificultades; por lo cual los autores deciden definir una función de bienestar.

La función considera el tiempo de trabajo, renta obtenida, consumo en ocio y estado de salud, este último se determina respecto al deterioro de salud y la inversión que exista en la misma. La maximización del beneficio está en función del consumo de bienes y servicios, consumo de ocio y el estado de salud (Gimeno et al, 2006).

El Individuo presenta disminución en el beneficio de todos los factores que influyen la función, al poseer una enfermedad o ser víctima de un acto que le obligue a demandar asistencia sanitaria, esto debido a que el individuo pierde horas laborales o productivas lo que supone una disminución en la

renta y tiempo de ocio; de igual forma si el individuo decide invertir en salud también su tiempo de ocio disminuirá; sin embargo la inversión realizada puede ser beneficiosa dado que logra disminuir el tiempo y pérdida de dinero derivados de una enfermedad (Gimeno et al ,2006).

Para lograr entender la inversión que un individuo puede hacer en salud se debe analizar la diferencia entre la inversión bruta e inversión neta, ya que la salud es un bien de capital (Gimeno et al ,2006).

La inversión bruta supone el valor total de la inversión en los comportamientos saludables que permitan obtener un estado favorable de salud; esta primera inversión incluye también la prevención y cautela ante actos que pueden desencadenar en situaciones que afecten a la salud; Esta inversión se considera un bien normal y de primera necesidad, ya que comprende los elementos necesarios para reponer la pérdida de salud, lo cual afecta a los hogares con menos recursos por el peso que supone en la renta (Gimeno et al ,2006).

La inversión neta constituye la variación del capital – salud y supone la demanda de atención médica; el capital – salud sufre depreciaciones en el tiempo, por lo cual es necesario reponer la pérdida para mantener un óptimo esta de salud o al menos el mismo estado. Se caracteriza por ser un bien superior y de lujo, ya que si se tiene un buen nivel de salud, los individuos no ven la necesidad de invertir en ella; por su parte, la salud preventiva está directamente relacionada con los ingresos y niveles de educación (Gimeno et al ,2006).

La oferta en atención sanitaria

La oferta al igual que la demanda de asistencia sanitaria tiene su complejidad debido a que lo que se desea demandar no es el servicio sanitario sino el obtener un nivel adecuado de salud. La atención de salud no es un simple producto que se maneja en la economía, esta comprende un conjunto de bienes y servicios que buscan como objetivo principal mejorar la salud de los individuos (Mills et al, 1988).

Mills y Gilson (1988) acotan que otras de las peculiaridades de la oferta son la complejidad de las organizaciones y el mercado de insumos especializados.

Dadas estas características especiales de la oferta, su medición es tan compleja como la de la demanda, debido a que se desconoce el comportamiento de los diferentes tipos de instituciones. Sin embargo, la medición de los costos y los insumos en el mercado de la atención médica es cada vez más importante (Mills y Gilson, 1988).

La metodología de cálculo de costos debe ser enmarcada para esta investigación en la forma de calcular el gasto de parte del estado mediante las compensaciones debido a la asistencia sanitaria provocada por actos de violencia.

Costos en asistencia sanitaria

“Los costos en asistencia sanitaria se estiman en función de aquellos actos violentos que se ven reflejados en estadísticas de personas que requieren algún tipo de hospitalización para su curación o rehabilitación” (Montalvo, 2007:210).

Para lograr calcular los costos de la violencia de un determinado grupo es necesario utilizar una lista de Costos; esta se describe como una numeración de servicios de uso común y sus costos asociados los cuales se deriva de una la asistencia sanitaria prestada, el costo de la asistencia sanitaria se descompone del costo unitario del servicio y el número de servicios prestados en la asistencia, para calcular los costos se puede incluir aquellos recursos que están directamente relacionados con la unidad de producción inmediata (Roberts S, Husmeier D, Rezek I & Penny W, 1998)

Los recursos utilizados para lograr una lista de costos son servicios básicos que se utilizan en el proceso de producción, se llama producción a la asistencia sanitaria prestada, esto incluye el tiempo de trabajo (profesional y no profesional), los materiales (suministros médicos y medicamentos), “servicio de mecanizado” según Schwartzback et, al, (1983) citado en Institute of Health Economics (1998). Estos son considerados costos directos.

Los servicios son unidades de producción que se obtienen con los recursos, estas pueden ser homogéneas como las vacunas y heterogéneas en la naturaleza, como la hospitalización [Schwartzback et, al, 1983] citado en Institute of Health Economics.

El costo es el valor del recurso que es necesario para producir un determinado tipo de bien, se asigna, como el costo, el precio monetario promedio de la compensación, para los servicios de mano de obra se puede utilizar (salarios y beneficios) recibido por el tiempo empleado en el recurso, para los suministros se debe emplear el precio promedio pagado por el servicio (Baladi, 1996).

El costo de intervención de salud se compone de 3 etapas (Baladi, 1996).

1. La identificación de los recursos
2. La medición de uso de recursos
3. La valoración del costo

1. La identificación de los recursos se puede realizar mediante un árbol de decisiones por medio de una entrevista a médicos experimentados en el tema de violencia, se obtiene un perfil o patrón común de los recursos a ser utilizados en un determinado tipo de caso que puede ser agrupado por características similares de los pacientes (Baladi, 1996).

2. La medición de los recursos consiste en determinar la cantidad de recursos utilizados una vez determinado el perfil Baladi (1996) como por ejemplo:

- Días de hospitalización
- Visitas del médico
- Pruebas de laboratorio
- Atención en la sala de emergencia
- Consulta ambulatoria

- Laboratorio
- Radiología
- Medicamentos

3. La valoración del costo asigna el precio establecido por el tarifario de prestaciones o lista de precios de compensación.

Los datos requeridos para utilizar esta metodología de costos son el perfil de consumo de recursos, este perfil de consumo de recursos consiste en el volumen de cada servicio que es utilizado por el paciente (Baladi, 1996).

Gráfico 1: Fuentes de obtención de datos para la investigación de campo.



Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: Jean Francois Baladi (1996)

Para lograr determinar los costos en el sector salud por demanda de asistencia sanitaria que se desencadena por actos de violencia, es necesario analizar el fenómeno de la violencia; conocer su definición, la clasificación, como se desarrolla y afecta su multidimensionalidad con el fin de establecer los determinantes y trabajar en función a los problemas que provocan la violencia juvenil.

Violencia

La violencia tiene varias formas de ser definida y categorizada, la Organización Mundial de la salud (OMS) la define como:

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes, daños psicológicos, trastornos de desarrollo o privaciones” (OMS, 2000:5)

La violencia física puede ser definida como la forma, modo o manera estratégica de enfrentarse a los problemas y conflictos sociales e interpersonales que se caracteriza por producir consecuencias dañinas y perjudiciales a terceros y/o sus bienes y pertenencias Pueyo (2006) de forma particular debe existir un problema que sea el detonante de la acción, más no una acción que la produzca ya que es una estrategia tomada por el individuo.

Tipos de Violencia

La clasificación que es propuesta por la Organización Mundial de la Salud, divide la violencia en tres categorías, definidas por quien comete el acto violento. (OMS, 2000)

Violencia Autoinflingida abarca comportamientos suicidas y autolesiones.

Violencia Interpersonal presenta una subdivisión violencia familiar o de pareja –tiende a suceder dentro de los miembros de la familia dentro del hogar por lo general - y la violencia comunitaria – existe entre personas que no tienen parentesco por lo general sucede fuera del hogar.

Violencia colectiva esta violencia se subdivide en:

Violencia Social

La violencia social se comprende como un proceso estructuralmente determinado o acción intencional que afecta negativamente la integridad humana, es parte de la estructura y la cultura que envuelve cada sociedad, se desarrolla de forma común y diaria; constituye parte fundamental de las relaciones y la forma de pensar de los individuos en los actos vivenciales; como por ejemplo asaltos, asesinatos, violaciones, secuestros, agresiones y otras manifestaciones que involucran condiciones sociales. Los factores determinantes más relevantes son el desempleo, la explotación laboral, desigualdad social (Campos, 2010).

Violencia política

Es el acto de sometimiento físico o emocional que hace referencia a destrucciones o atentados que está dirigido a un conjunto de personas, instituciones u objetos con el fin de modificar o cambiar el comportamiento desde la estructura política; relaciona los poderes legislativos, ejecutivos y judiciales de un estado, se recalca que los fines son políticos aunque se perciban por medios violentos (Hollander, 2008).

Violencia Económica

Es la acción de someter o imponer la voluntad de una persona, esta violencia está integrada en la violencia de género, alude al hecho de no cubrir las necesidades básicas de los miembros de una familia y principalmente de las mujeres que no poseen un poder adquisitivo, se exige explicación del uso de los recursos o bien se entrega dinero insuficiente para el desarrollo y bienestar de la víctima, impone el control del hogar y somete a decisiones y voluntades a gusto del proveedor (Pujal, 2007).

Violencia Cultural

La violencia cultural se utiliza en forma de defensa a los aspectos culturales, basando la justificación de sus acciones violentas en la legitimización de la religión, guerras santas o actos ancestrales que se mantienen en el tiempo y que desembocan en violencia física (Hollander, 2008).

Naturaleza de los actos violentos

Violencia física

Se determina violencia física a cualquier acto que produce o posee la intención de producir una acción que inflige daño no accidental, usando fuerza física y sea con una arma u objeto que produzca lesiones, laceraciones, heridas que puedan causar asistencia sanitaria e inclusive la muerte (De Medina, 2002).

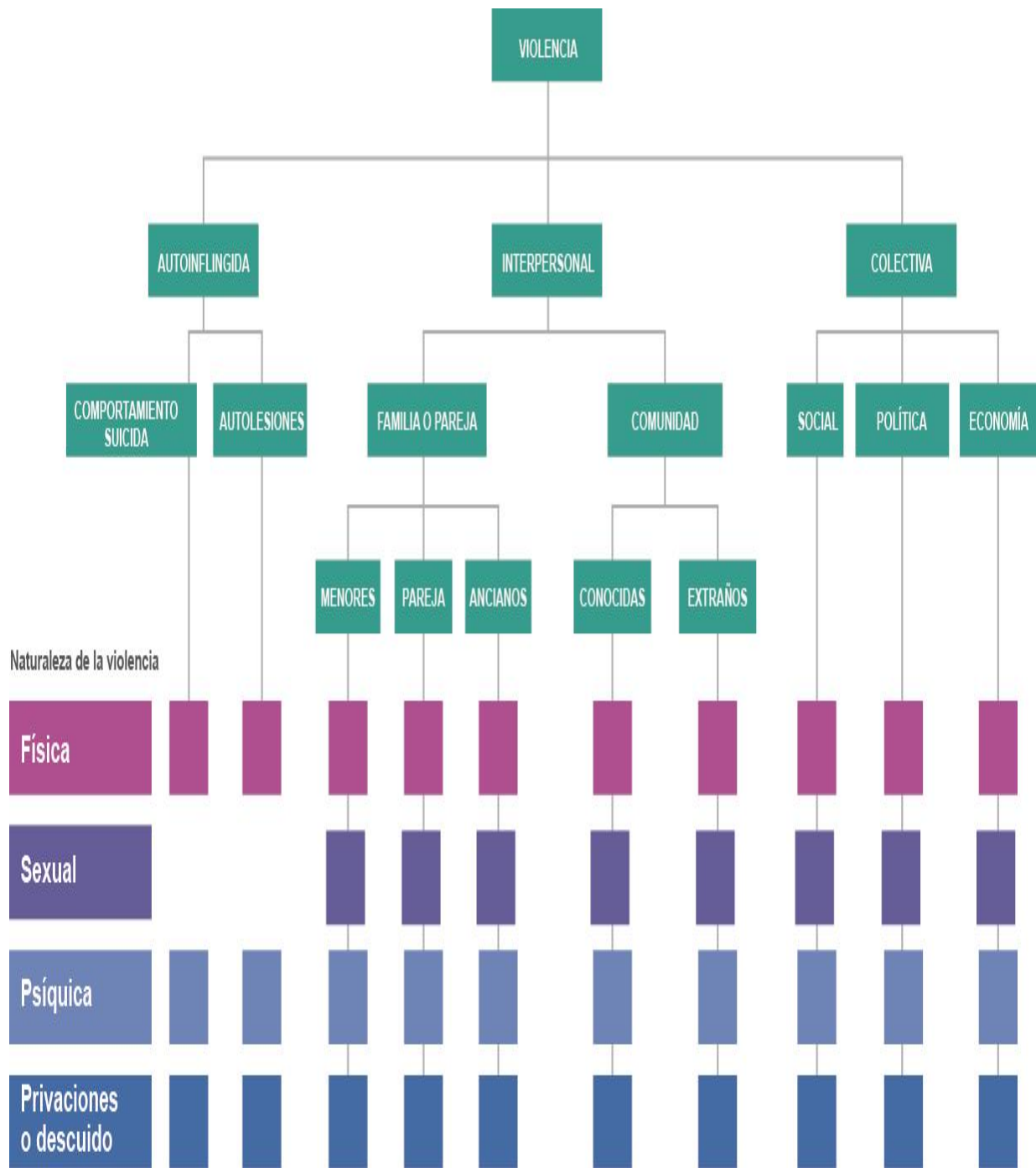
Violencia Sexual

La violencia sexual hace alusión a cualquier acto que degrada el cuerpo y la sexualidad de un individuo para lograr contacto sexual de forma corporal, oral o genital en contra del deseo de la víctima por medio de amenazas, chantajes o la fuerza. La violencia sexual utiliza la violencia física o psicológica (De Medina, 2002)

Violencia Psíquica

Este tipo de violencia hace referencia a la sucesión de actos en la cual una persona agrede de forma verbal y o emocional a la estabilidad psicológica de otra, también abarca el abandono, descuido reiterado, insultos, humillación, devaluación, marginación, indiferencia, rechazo y amenazas (Bokser, 2014)

Gráfico 2: Tipología de la violencia



Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Informe mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2002)

En el Gráfico 2 se especifica los tipos de violencia; Autoinflingida, Interpersonal y colectiva que se enmarcan en el informe mundial sobre la violencia y la salud además los contextos en los que se desarrolla se considera la víctima y los clasifica en función de la naturaleza de la violencia; física, sexual, psíquica, privaciones y descuido.

Modelo Ecológico de la violencia

El análisis de la violencia desde un solo parámetro no permite explicar por qué existe un determinado tipo de violencia en ciertas zonas, por qué hay más violencia en unos lugares que en otros, cómo se desarrolla. Para lograr investigar y entender a la violencia es necesario abarcar a la violencia desde su naturaleza polifacética por medio de un modelo ecológico (Carrión, 2000).

El modelo ecológico es introducido a finales de los años setenta, con el fin de explorar las relaciones que podían existir entre los factores individuales y contextuales, considerando a la violencia como el resultado de varios niveles de influencia sobre el comportamiento, este modelo consiste en cuatro niveles los cuales se desarrollan desde la perspectiva individual hasta las relaciones en comunidad (OMS, 2002).

Nivel individual

Este nivel centra la atención en las características del individuo, las cuales pueden aumentar la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia, en este nivel se analizan los factores biológicos y las historias personales que influyen en el comportamiento de la persona por ejemplo la impulsividad. (OMS, 2002)

Nivel de la relaciones

Este nivel indaga el modo en que las relaciones cercanas aumentan el riesgo potencial de convertirse en víctimas o perpetradores de actos de violencia. (OMS, 2002)

Nivel de la comunidad

Este nivel examina los contextos de la comunidad, las relaciones sociales y tiene la finalidad de identificar las características de los ámbitos que se asocian a ser víctimas o perpetradores de actos violentos. (OMS, 2002)

Nivel Social

El cuarto nivel examina los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia, se incluyen los factores que crean un clima de aceptación de la violencia como por ejemplo las brechas en la sociedad y las normas culturales de ciertos grupos, por ejemplo el machismo. (OMS, 2002)

La violencia física juvenil se desarrolla en las experiencias vividas por los jóvenes, el lugar, el ambiente que los envuelve y principalmente las condiciones de vida; un adolescente que ha interactuado en un ambiente de violencia, considera la violencia una forma elemental de solucionar los problemas (Hauser, 2009).

La violencia es una estrategia que se utiliza para resolver conflictos y que tiene consecuencias dañinas para los otros (y a veces también para uno mismo). Las conductas violentas no son "instintivas" ni respuestas automáticas o involuntarias (Pueyo, 2006).

La conducta antisocial se presenta a edades muy tempranas, tiende a la estabilidad a través del tiempo -desde la infancia hasta la adolescencia y la adultez-, y continúa a través de generaciones (Löeber, 1982).

Este fenómeno denominado violencia juvenil cobra matices sorprendentes, en la edad de 10 a 14 años en la que se denominan preadolescentes aparecen las evidencias más notorias que sucumben de los comportamientos agresivos que los preadolescentes tuvieron cuando aún eran niños, al entrar en la adolescencia (15-18) las peleas callejeras, las riñas en grupo y el objetivo de demostrar superioridad y encontrar emociones radicales son el principal determinante de la violencia; al convertirse en jóvenes (18-24) y jóvenes adultos (25-29) las características de la violencia están más determinadas por los beneficios utilitaristas o con un propósito de beneficio individual aunque el comportamiento por demostrar superioridad y liderazgo se mantiene (Gabarino, 1985).

Factores de riesgo en la violencia juvenil

Factores Individuales

Las características que intervienen en la violencia juvenil son biológicas, psicológicas y conductuales se evidencian desde la niñez hasta la adolescencia, época en la cual el individuo forma su carácter y adquiere la mayor parte de su conducta frente a los diferentes estímulos. Esto se ve directamente relacionado con la influencia que ejerce la familia, los compañeros, los factores sociales y culturales existentes en su desarrollo (OMS, 2002).

Existe evidencia de estudios realizados en Dinamarca (Kandel y Mednick, 1967) lograron relacionar la forma en la que puede afectar el nacimiento del individuo, las complicaciones de parto y el desarrollo en el vientre con la violencia que pueden experimentar en años futuros el individuo, aunque no se ha logrado repetir los resultados para obtener una correlación directa de estos fenómenos, puede ser que el embarazo y las complicaciones del parto permitan predecir la violencia solo o principalmente cuando ocurren en combinación con otros problemas dentro de la familia.

Las características psicológicas y las conductuales se ven relacionadas con la hiperactividad, impulsividad, el control deficiente del comportamiento, los problemas de atención, la falta de persistencia, la escasa inteligencia que presentan, lo que afecta a los niveles de progreso del individuo y tiende a determinar una manera alternativa de realizar actividades impulsando la solución rápida de problemas por medio de la violencia (Kandel et al, 1967).

Factores Relacionales

La familia y los compañeros son los dos pilares que influyen a los factores relacionales que producen violencia, ya que el individuo percibe y aprende del ambiente que lo rodea, es más probable que un niño o adolescente que ha vivido un ambiente de violencia y se ha desarrollado en este intento solucionar un determinado problema reaccionado de la misma forma que sus padres, hermanos o familiares; si la violencia le funciona el individuo mantendrá ese comportamiento como normal y eficiente (Huizinga, 1995).

Factores Comunitarios

Los factores de la comunidad se ven relacionados con la existencia de pandillas, la utilización de armas y el consumo de sustancias estupefacientes que impulsan situaciones violentas y envuelven a los adolescentes en problemas que desencadenan violencia homicidios, conflictos y lesiones como protección o como amenaza intentando ser parte de un grupo establecido por afán de integración social (Lipsey, 1998).

Factores Sociales

Los factores de la sociedad involucran todos los niveles en los que se puede analizar la violencia, ya que ven al fenómeno desde un todo. Como afecta los cambios demográficos y sociales, desigualdad de ingresos, las decisiones políticas y principalmente las influencias culturales que existen en un país (Pampel y Gartner, 1995).

Con el fin de solucionar el problema de salud pública determinado violencia con énfasis en jóvenes y jóvenes adultos se recopila literatura que permita evidenciar como el sector salud es un pilar fundamental en el desarrollo y crecimiento integral del estado y por qué el problema de violencia física juvenil enmarca una problemática en la que debe intervenir el estado por medio de políticas públicas que se enfoquen en mitigar en el largo plazo y disminuir en el corto plazo el fenómeno de violencia.

Política Pública

Las políticas públicas basados en los derechos humanos complementa el instrumento de política con una metodología que sustenta el principio que solo se puede alcanzar el buen vivir con el pleno ejercicio de los derechos humanos, ya sean estos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales o ambientales. El fin de la política pública es promover y hacer cumplir los derechos que se fijan en la Constitución del Ecuador los derechos humanos que se integran en los planes, programas, campañas y proyectos públicos (SENPLADES, 2011).

En la guía metodológica de planificación institucional SENPLADES (2011:9) se afirma que:

En lugar de ser beneficiarias pasivas, las personas, individuales y colectivas, pasan a ser protagonistas de su propio desarrollo y titulares de derechos y responsabilidades, legalmente vigentes y exigibles como garantías

Las políticas públicas sectoriales hacen referencia las políticas de los ministerios y secretarías ejecutoras que tienen como rol central la planificación de sus sectores vinculando la recuperación y el fortalecimiento, esto implica que se tenga conocimientos básicos de los instrumentos de planificación (SENPLADES, 2011).

Estas políticas sectoriales se desarrollan en concordancia con la Constitución, los instrumentos internacionales , el Plan Nacional del Buen Vivir y las agendas de cada uno de los sectores estratégicos, esto facilita la priorización de la inversión pública convirtiendo el gasto corriente de los presupuestos devengados en un proyecto de inversión con tasas de retorno y posibles ahorros para el sector, esto corresponde al claro ejemplo de los costos de asistencia sanitaria por violencia juvenil en los hospitales, este rubro se puede evitar y reenfocar en campañas y programas de prevención de la violencia. (SENPLADES, 2011).

Según Tamayo (1997) Las políticas públicas presentan un orden para ser desarrolladas, inicia con la formulación, seguida de la implementación o ejecución de la política, finalizando con el seguimiento y la evaluación respectiva. Se debe mantener un control para la reformulación y actualización para lograr su eficiencia y eficacia.

En el Ecuador se considera la jerarquía de la realización del proyecto de implementación en el que el nivel más alto corresponde a la Constitución de la República (2008) que delinea el porqué de la implementación. Entrega descripciones claras de los derechos de los ciudadanos y en que se debe potenciar para lograr el buen vivir, las políticas públicas por sectores preestablecen lo que se debe hacer en función de la problemática estudiada, el diagnóstico. Los lineamientos de la política establecen como se debe realizar; todos estos elementos desarrollados en función de los objetivos, políticas y metas ya canalizadas. (SENPLADES, 2011).

Programas de prevención

Los programas de prevención consideran una secuencia ordenada de operaciones de un responsable o grupo responsable que genere el proyecto. Estos se realizan en sectores específicos de la sociedad en nuestra caso específico en el área de salud pública con enfoque de jóvenes en edades vulnerables, planteando objetivos, metas, actividades y presupuestos, los cuales se deben cumplir en un tiempo establecido, se debe considerar que existen programas de prevención, tratamiento y rehabilitación (SENPLADES, 2011).

Proyectos de prevención

Un proyecto de prevención se define como la planificación estratégica, donde se generan el grupo de actividades coordinadas y que se relacionan la una con la otra, se buscan objetivos específicos trazados con anterioridad. Los límites establecidos dentro de los proyectos son el tiempo y el presupuesto definido (Real Academia Española, 2010)

Campaña de prevención

Las campañas de prevención son un conjunto de eventos enfocados a grupos objetivos de la población que abarcan un problema con el fin de anticipar y prevenir conductas que generan un riesgo para la sociedad, tienen el fin de causar gran impacto sobre la sociedad en general, las mismas son una parte de una estrategia para cumplir objetivos propuestos y pueden encontrarse a su vez dentro de planes, programas o proyectos de prevención (ONU, 2010).

Parámetros

Los parámetros de aplicación para el grupo de instrumentos antes mencionados (plan, programa, proyecto, campaña) inician desde la perspectiva de identificación de un problema y el diagnóstico del problema a ser analizado, para el caso específico de salud se trabaja con datos estadísticos y epidemiológicos que reflejen la realidad del sector e identifiquen de forma adecuada la muestra con la que se espera trabajar, se toma como referencia a países que hayan implementado políticas con lineamientos similares desde el mismo enfoque principalmente los de la región que poseen características similares a nuestro país (Dávila, 2011).

El estudio histórico forma parte fundamental del análisis, permitiendo comparar la evolución entre los periodos en los que se desarrolla la problemática que en el caso específico describe la violencia y la salud en el Distrito Metropolitano de Quito. El reglamento y la ley son esenciales para fortalecer la política a ser implementada principalmente si se fundamenta en un derecho constitucional como es la salud (Dávila, 2011).

Se plantea objetivos, metas y actividades, para las cuales se establece la población objetivo, el tiempo en el que se desarrollarán (cronogramas) y el presupuesto con el cual se trabajará (Dávila, 2011).

Dentro del presupuesto se debe detallar los costos estimados de los recursos para ejecutar las actividades propuestas (Reyes, 2005).

Para establecer distintos niveles de cumplimiento de las actividades, objetivos y resultados se debe utilizar un mecanismo de evaluación, de esta manera se puede tomar decisiones para orientar el proceso que se está realizando.

Etapas de formulación de las políticas públicas

Etapas preparatoria y de diagnóstico

Dentro de la etapa de preparatoria y diagnóstico, se debe iniciar con la integración de equipos políticos y técnicos que identifiquen la necesidad de una política pública para un problema específico de la sociedad (SENPLADES, 2011).

Se debe recolectar información desagregada y recomendaciones de mecanismos internacionales, regionales y nacionales de sobre la política a tratar, seguido por un análisis de la situación y caracterización de la problemática (SENPLADES, 2011). Se conformarán espacios de participación de actores sociales, donde se formularán alternativas de acción, costeo de las mismas, jerarquización y selección de alternativas de acción (SENPLADES, 2011).

Etapas de definición de políticas, programas y proyectos

Se inicia esta etapa formulando los lineamientos generales que regirán la política pública próxima a crearse, partiendo de la creación de espacios de participación ciudadana donde se asegure la incorporación y análisis de políticas igualitarias y equitativas. Se elabora un documento de política, donde conste la formulación de la política pública, conjuntamente con lineamientos, dimensión territorial, metas, indicadores, programas y proyectos, de los cuales se debe realizar un análisis de costo aproximado (SENPLADES, 2011).

Aprobación de política e implementación en el sistema

El documento de política presentado debe validarse tanto por el equipo técnico, equipo político y equipo de participación ciudadana, mismos que podrán realizar ajustes a la propuesta presentada. Después de dichos ajustes, el documento es validado y aprobado por SENPLADES, institución que remite dicho documento al consejo de aprobación respectivo (SENPLADES, 2011).

Implementación de una política pública

Después de que el documento de política es aprobado por las distintas instituciones, esta se incorpora al sistema nacional, regional o local, siguiendo los lineamientos, planes, proyectos y actividades planteadas con anterioridad (SENPLADES, 2011).

Seguimiento y evaluación

Dentro de la etapa de evaluación, se incluyen elementos para el control, reformulación, actualización, terminación o supresión de una política determinada. Es por ello que la elaboración de políticas públicas es considerada un proceso continuo y flexible, mismo que permite reiniciar periódicamente un nuevo ciclo (SENPLADES, 2011).

Capítulo 1: La violencia un problema de salud pública

En este capítulo, se realiza un perfil de la violencia física juvenil en el Distrito Metropolitano de Quito en el periodo 2008-2012, en base al informe de seguridad ciudadana del Observatorio Metropolitano de Seguridad con el fin de evidenciar por qué la violencia juvenil es un problema de salud pública. Se presenta información relacionada con los determinantes de la violencia juvenil en base al modelo ecológico de violencia y se procede a calcular los costos por asistencia sanitaria a causa de violencia juvenil en los dos principales hospitales de la ciudad de Quito.

Violencia Juvenil en el Ecuador

La violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana, aparece en la simple interacción de los individuos y se ha transformado en un fenómeno integrado a las relaciones; no por esto es algo aceptable, ha sido considerado un problema de salud pública a nivel mundial, así lo acota el informe mundial sobre la violencia y la salud publicado por la Organización Mundial de la Salud (2002).

La violencia es un fenómeno que relaciona todos los contextos de desarrollo humano y las múltiples relaciones que mantiene el individuo a lo largo de sus etapas, por lo cual es necesario estudiar a este fenómeno desde los tipos de violencia que pueden existir, como se desencadenan y cuál es la naturaleza que desarrolla y compone el acto violento, con el fin de englobar las características de la violencia y los múltiples contextos en el que se desarrolla la investigación; para esto se analiza y desarrolla el modelo ecológico de violencia desde el enfoque de la juventud integrando las causas y consecuencias reales de la violencia juvenil desde la perspectiva de los factores de riesgo que integran la individualidad, las relaciones, la convivencia con la comunidad y el desarrollo en la sociedad.

La violencia en el Ecuador es un tema de interés para los ciudadanos y gobierno del país, esto se debe a los incrementos en las estadísticas reportadas por el Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana las cuales serán analizadas en este capítulo. La percepción de inseguridad captada en las encuestas realizadas a nivel local y principalmente por las experiencias vividas por personas que han experimentado algún tipo de violencia.

La violencia es un fenómeno o acción multifacética que envuelve varios sectores de la economía, varios niveles de convivencia y no puede ser tratada por una sola causa, este fenómeno compuesto tiene la intervención individual, relacional, comunitaria y social como lo manifiesta el modelo ecológico de la violencia juvenil (OMS, 2008).

Al analizar la violencia juvenil actual en el Ecuador se pone en manifiesto la evolución que ha surgido de manera notable en la juventud del nuevo milenio. Según Avellán (2009) el mayor acceso a la información, la tecnología y una profunda crisis de valores han modificado el comportamiento de los jóvenes y jóvenes adultos de la sociedad sobrepasando los límites de convivencia y las normativas.

Los titulares y noticias en diferentes diarios del país recalcan la problemática diaria de la violencia en la juventud, se reportan noticias nacionales y extranjeras sobre los fenómenos que se desarrollan en

los hogares, colegios y lugares de recreación. “En el corazón de la violencia juvenil hay una actitud vengativa y reivindicadora” (Diario Hoy Violencia Juvenil, 2001).

Los jóvenes se unen para construir espacios de dominio precedidos por la violencia, buscan la forma de solucionar sus conflictos por medio de armas tal y como lo perciben del mundo (Diario Hoy Violencia Juvenil, 2001).

En el país la violencia juvenil se evidencia en la creación de pandillas y grupos juveniles que son conocidos por ser engendrados en los problemas socioeconómicos. Uno de los factores que afecta de forma directa es la pobreza, debido a la falta de recursos los jóvenes dejan sus hogares y buscan una actividad con que sobrevivir, lo que conlleva al debilitamiento de los lazos familiares que es una de las principales causas asociadas a los seres violentos y delincuentes juveniles (Cerbino, 2004).

La modernización de la violencia y la internalización de conductas violentas se ha dado paso a nuevos determinantes sociales como son los problemas políticos, el dominio de territorios, las ideologías individualistas y la ambición desmedida que generan los altos índices de homicidios, heridos y problemas de salud (Carrión, 2007).

Ecuador a nivel Global

Un indicador que permite medir la violencia a nivel mundial son los homicidios; América Latina es la región con más homicidios en el mundo, así lo reporta el informe de las Naciones Unidas ONU (2014). Honduras es el país más violento del planeta, con una tasa de 90,4 homicidios intencionales por cada 100.000 habitantes, seguido de Venezuela con 53,7; Belice 44,7; El Salvador 41,2 según datos de la ONU (2014).

El 36% del total de homicidios intencionales en el mundo en el año 2012 ocurrieron en América Latina, que corresponde a 157.320 homicidios de los cuales el 66 por ciento, se cometieron con armas de fuego (ONU, 2012). Esto evidencia de forma clara que la región sufre de un problema de violencia que se intensifica y esta afecta a los individuos social y económicamente.

Tabla 2 Homicidios en América Latina por cada 100.000 habitantes en 2012

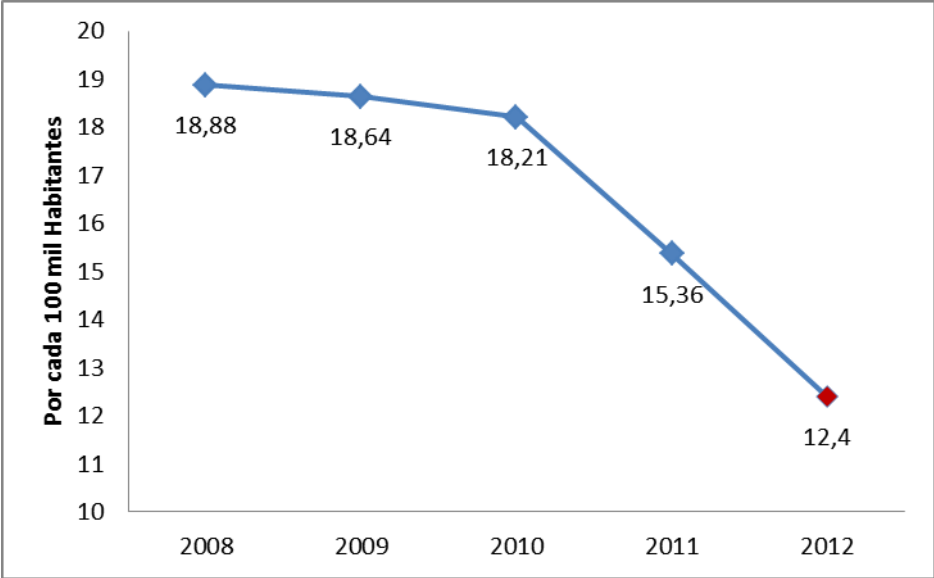
N°	País	Tasa	N°	País	Tasa	N°	País	Tasa
1	Honduras	90,4	8	República Dominicana	22,1	15	Paraguay	9,7
2	Venezuela	53,7	9	México	21,5	16	Perú	9,6
3	El Salvador	41,2	10	Panamá	17,2	17	Costa Rica	8,5
4	Guatemala	39,9	11	Ecuador	12,4	18	Uruguay	7,9
5	Colombia	30,8	12	Bolivia	12,1	19	Argentina (2010)	5,5
6	Puerto Rico	26,5	13	Nicaragua	11,3	20	Cuba	4,2
7	Brasil	25,2	14	Haití	10,2	21	Chile	3,1

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Informe Global de Homicidios 2014 ONU

Para el Ecuador la tasa de homicidios reportada según el Observatorio Interamericano de Seguridad, es de 12,4 homicidios por cada 100 mil habitantes y se encuentra por debajo de la tasa promedio de homicidios y asesinatos que corresponde a 24,4 casos por 100 mil habitantes en Latinoamérica para el año 2012 como se muestra en la tabla anterior.

Gráfico 3: Tasa de homicidios para el Ecuador por cada 100.000 habitantes 2008-2012



Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: Ministerio del Interior del Ecuador

En el Gráfico 3 se puede evidenciar la disminución de la tasa de homicidios para el Ecuador en el periodo 2008-2012. En el año 2008 se reportó la mayor tasa de homicidios durante el milenio con un índice de 18,88 por cada 100 mil habitantes. Para el año 2009 la tasa de homicidios descendió a 18,64 por cada 100 mil habitantes, es decir 2.635 homicidios. Para el año 2010 continuo la tendencia decreciente en pocos casos con un 18,21 registrados por cada 100 mil habitantes. A partir del año 2011 se pueden notar disminución sustantiva de los casos registrados por homicidio, la tasa desciende a 15,36 por cada 100 mil habitantes y para el 2012 se presenta una tasa de 12,4 por cada 100 mil habitantes (Ministerio del Interior, 2013).

La reducción del índice de homicidios y asesinatos en el Ecuador son el resultado del Plan Nacional de Seguridad Integral, que dirige todos los esfuerzos del estado por asegurar la integridad y seguridad de la ciudadanía, por medio de la desconcentración de los servicios policiales a través de las unidades policiales y la vigilancia comunitaria, a nivel nacional (Ministerio del Interior, 2013).

El Ministerio del Interior recalca que uno de los logros del Gobierno Nacional en materia de seguridad es la reducción de homicidios y asesinatos a nivel nacional en un 7% aproximadamente, entre el 2008 y el 2012 (Ministerio del Interior, 2013).

Ecuador se ubicó entre los países con más bajo promedio de homicidios de América Latina para el año 2012 (ONU, 2014).

Según el informe de indicadores de seguridad ciudadana y justicia 2013, la tendencia de reducción fue similar en las 26 sub zonas en las que se encuentra distribuida la Policía a nivel nacional. En el Distrito Metropolitano de Quito, se registró una reducción del 30% de casos registrados de homicidios comparado con el 2010 (Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana, 2013).

Al analizar la violencia con un enfoque global se evidencia el problema alrededor del mundo con las crecientes cifras de homicidios y asesinatos que son indicadores de violencia, con el fin de identificar cómo se desarrolla este fenómeno y conocer cifras e indicadores que reflejan la situación actual; se analiza al Distrito Metropolitano de Quito para delimitar la investigación.

Distrito Metropolitano de Quito

El Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) tiene una importancia geopolítica estratégica para el Ecuador. Ocupa una superficie de 4.235,2 km² es el territorio donde se encuentra la capital política-administrativa del país. Su población asciende a 1.3 millones de habitantes en el área metropolitana y alberga al 15,5% de la población nacional. Junto con Guayaquil contienen el 48% de toda la población urbana del país y el 27% de la población total (Suárez Torres, 1992).

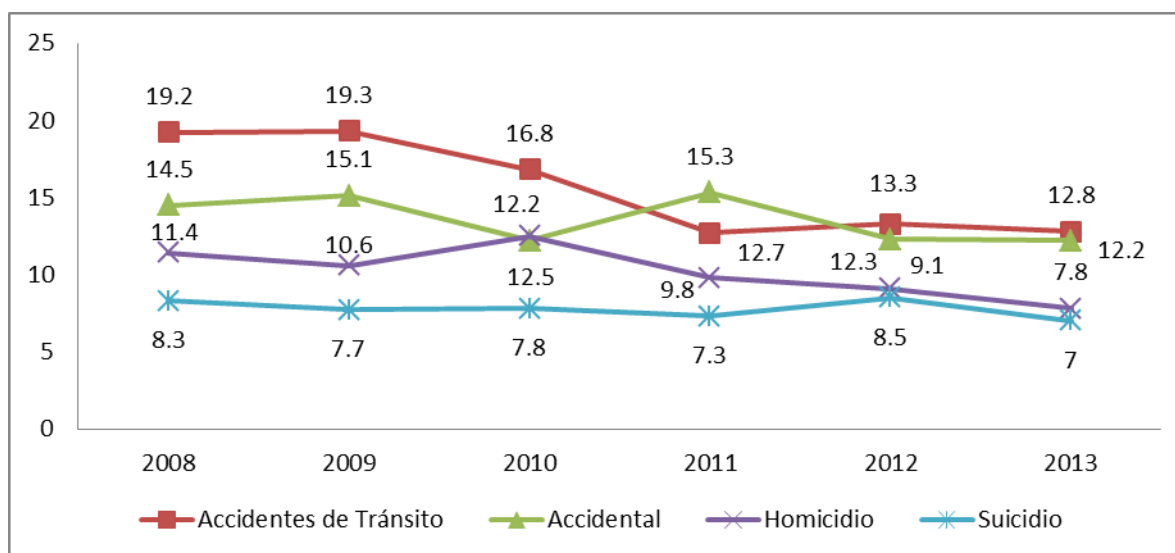
Quito posee el título de la capital económica del país en donde se encuentra cerca del 20% de las empresas y según el plan de desarrollo 2012-2022 del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito se proyecta que para el año 2020 sería la ciudad más poblada con 2.8 millones de habitantes de los cuales el 70% residirá en el área urbana, esto convierte a la capital en un caso específico y relevante para poder analizar la violencia, delincuencia y seguridad en base a las connotaciones económicas sociales y culturales (Vizuete, 2013).

Con el fin de delimitar la problemática de la violencia y conocer las características específicas de cómo se desarrolla en el Distrito Metropolitano de Quito en el periodo 2008-2012, se analiza el incremento del número de víctimas directas fallecidas por cuatro principales desencadenantes: Homicidios, suicidios, accidentes de tránsito y accidentes diversos. En cambio la morbilidad será analizada en función de la composición de los hechos delictivos hacia las personas y la violencia callejera.

Las estadísticas de la Policía Judicial y el Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana permiten analizar la información relativa a las detenciones por tipo de delito y a las estadísticas de defunciones por causas externas.

Este análisis de violencia en el Distrito Metropolitano de Quito inicia con la recopilación de muertes por causas externas; las cuales son entendidas como muertes provocadas por causales que se encuentran fuera de las condiciones naturales de muerte de una persona. Las causas externas que se analizan son las cuatro principales desencadenantes de muertes en el Distrito Metropolitano de Quito: Accidentes de Tránsito, homicidios, suicidios y muerte accidental.

Gráfico 4 Muertes por Causas Externas en el DMQ: Tasa por cada 100.000 habitantes años 2008-2012



Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Observatorio Metropolitano de la Seguridad Ciudadana

En el Gráfico 4 se observa las cuatro principales causales de muertes en el DMQ. Para el año 2008 los accidentes de tránsito eran la primera causa externa de muerte con una tasa de 19.2 accidentes por cada 100.000 habitantes, seguida por la muerte accidental con 14.5; el homicidio con 11.4 por cada 100.000 habitantes y el suicidio como última causa con una tasa de 8.3.

Las muertes por accidentes de tránsito reflejan en el gráfico un constante decrecimiento hasta el año 2010 y para el 2011 presenta la tasa más baja de los 5 años de análisis con 12.7 accidentes por cada 100.000 habitantes.

Las estadísticas de muerte accidental sufren una significativa alza para el año 2011, varía convirtiéndose en la primera causa de muerte en el Distrito Metropolitano de Quito y para el 2012 se observa un fuerte decrecimiento de 6,2 puntos por cada 100.000 habitantes.

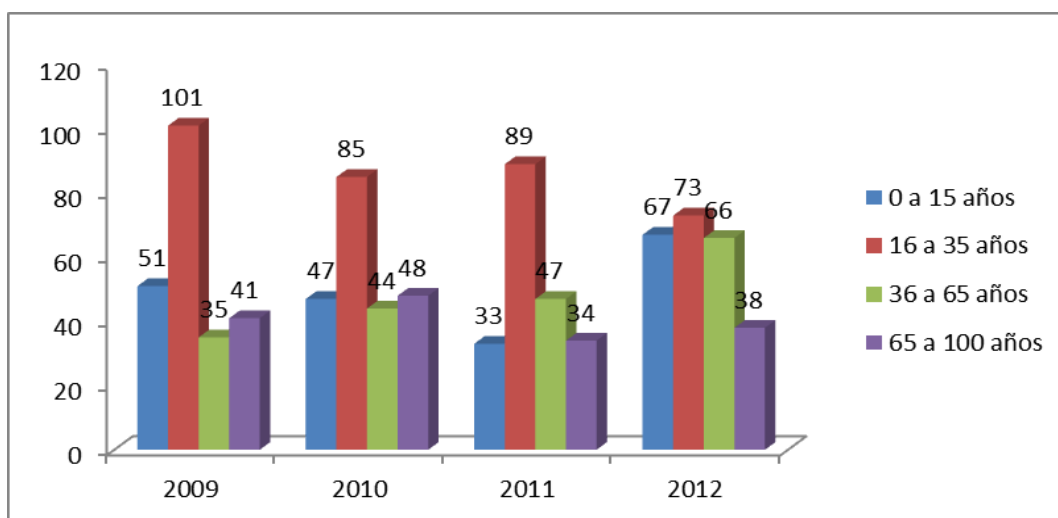
El homicidio desde el año 2008 al 2012 disminuye en 3.6 puntos por cada 100.000 habitantes en el Distrito Metropolitano de Quito y no presenta variaciones significativas para cada año. Es importante recalcar que la cifra de homicidios para el DMQ es una de las principales variables en las que las personas basan su perspectiva de inseguridad y violencia.

Respecto a las estadísticas de muerte por suicidio, se mantiene estable con tendencia a la baja, existe una disminución de 1.3 puntos por cada 100.000 habitantes en el DMQ.

Se analiza la edad y el género de las muertes por causas externas para identificar los grupos vulnerables en el periodo 2009-2012 en el cual se enmarca la investigación; el año 2008 no posee registro de información por lo cual no se puede analizar.

En el siguiente Gráfico 5 se evidencia las edades vulnerables del género femenino que presenta mayor frecuencia de muertes por causas externas en el Distrito Metropolitano de Quito.

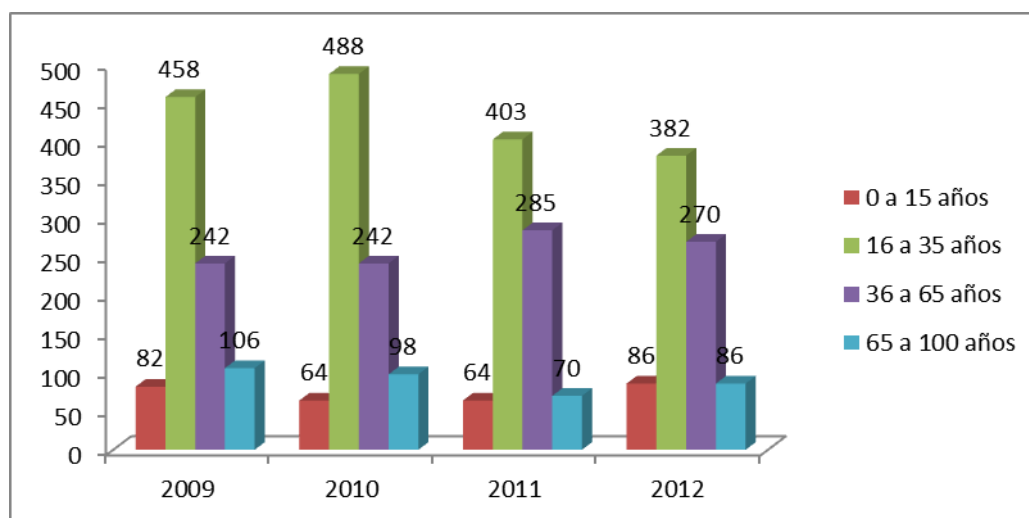
Gráfico 5: Frecuencia de muerte por causas externas de género femenino por rangos de edad en el DMQ



Elaboración: Estefany Reinoso
 Fuente: Departamento médico legal de la Policía Nacional – (OMSC)

En el Gráfico 5 se muestra que el rango de edad vulnerable para el género femenino durante el periodo 2009-2012 pertenece al grupo de 16- 35 años; en este rango se encuentran la mayoría de casos de violencia femenina. Las mujeres se ven expuestas a soportar maltratos por parte de sus convivientes o familiares porque están indefensas; el 68% de los casos corresponden a madres de familia que dependen de la manutención de otra persona para poder sobrevivir lo que dificulta la solución del problema de violencia de género ya que ellas aceptan o justifican los actos de violencia.

Gráfico 6: Frecuencia de muertes por causas externas de género masculino por rangos de edad en el DMQ



Elaboración: Estefany Reinoso
 Fuente: Departamento médico legal de la Policía Nacional – (OMSC)

En el Gráfico 6 se evidencia la alta frecuencia de muertes por causas externas en el rango de edad de 16 a 35 años en el género masculino con un 50% promedio en el periodo 2009-2012. Los resultados

del análisis de rangos de edad evidencian que la violencia juvenil presente en jóvenes y jóvenes adultos de 15-35 años es representativa para el análisis de este fenómeno tanto para el género masculino como para el femenino.

La muerte por causas externas que se identifica de forma directa con la violencia es el homicidio, ya que los accidentes de tránsito, las muertes accidentales y el suicidio pueden presentarse con y sin violencia directa de algún tipo, por esta razón se centra el análisis en las estadísticas de homicidios en el Distrito Metropolitano de Quito que implica cualquier tipo de violencia al cometer el hecho (OMS, 2002).

En la Tabla 3 se muestra la clase de homicidio identificado por el departamento médico legal de la Policía Nacional en la que se separa en tres grupos, homicidio por criminalidad, homicidio por convivencia y otra clase no identificada de homicidio; a su vez se dividen por la causa o móvil.

Tabla 3 Homicidios: según la clase y la causa frecuencias y porcentajes

Clase de Homicidio	Móvil/Causa	Año 2012	%	Año 2013	%
Por criminalidad	Asalto Robo	52	31,51%	53	33,33%
	Venganza por ajuste de cuentas	17		11	
	Delito Sexual	5	2,28%	6	3,13%
Por Convivencia	Venganza por convivencia ciudadana	14	47,03%	25	43,75%
	Riñas	66		39	
	Violencia Familiar	16		13	
	En contexto de relación de pareja	7		7	
Otros	Venganza por causas desconocidas	12	5,48%	13	6,77%
	Otros	7	3,20%	6	3,13%
	En investigación	5	2,28%	1	0,52%
	Sin Dato	18	8,22%	18	9,38%
Total General		219	100,00%	192	100,00%

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Departamento médico legal de la Policía Nacional – (OMSC)

En la Tabla 3 se identifica las clases de homicidio que pueden existir en el Distrito Metropolitano de Quito según el móvil o causa; y la frecuencia con la que se presenta. Con el fin de calcular la representatividad que tiene cada uno de ellos se asocian en función a su clase excluyendo los delitos sexuales por que no son parte de la investigación ya que se considera un tema de investigación individual; además se excluye los datos perdidos que aún se encuentran en investigación y los que no poseen datos.

El homicidio por criminalidad es la segunda clase más representativa con 31.51% para el año 2012 y con una variación de 1.82 puntos porcentuales para el 2013. La causa o móvil del homicidio por criminalidad corresponde en 75% al asalto o robo y el 25% restante a venganza por ajuste de cuentas.

El homicidio por convivencia representa el 47,03% del total de casos de homicidio en el Distrito Metropolitano de Quito y es el más representativo para el año 2012 y 2013. El móvil con mayor representatividad en esta clase de homicidio son las riñas con 65% de participación, seguido de la violencia familiar y la venganza por convivencia ciudadana, al final se encuentra el contexto de relación de pareja.

El homicidio por convivencia está estrictamente ligada a la población juvenil como se evidencia en el informe de la violencia juvenil presentado por la OMS. Los jóvenes se relacionan con grupos de similar y mayor edad formando pandillas y organizaciones violentas con el fin de sentirse identificados y relacionados en un entorno de aceptación, aunque esto implique de forma directa acciones violentas que demuestren la fidelidad y entrega a la agrupación (Cruz, 2006).

La tercera clase de homicidio contempla las causas desconocidas que según el departamento legal de la policía Nacional se divide en venganza por causas desconocidas, otras causas, denuncia en investigación y homicidios sin datos que relacionen la clase o el móvil por el cual se comete el homicidio, en esta clase se selecciona solo la venganza por causas desconocidas con un 5,48% de representatividad para el 2012 y un aumento porcentual de 1,16 para el año 2013.

Tabla 4 Homicidio: Frecuencia y tasa por administración zonal años 2012-2013

Administración Zonal	FRECUENCIAS		Tasa por cada 100 mil. Hab.	
	2012	2013	2012	2013
Calderón	9	7	4,8	3,8
Centro	37	20	16,6	9
Eloy Alfaro	46	56	10,3	12,4
La Delicia	33	21	8,9	5,6
Los Chillos	9	14	4,8	7,6
Norte	38	35	8,7	8
Quitumbe	34	27	9,2	7,3
Tumbaco	13	10	6,8	5,3
Sin Dato	0	2
Total	219	192	9,1	7,8

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Departamento médico legal de la Policía Nacional, INEC, STHVI – (OMSC)

En la Tabla 4 se muestra que la tasa de homicidios por cada 100 mil habitantes disminuye en todas las administraciones zonales con excepción de Eloy Alfaro y Los Chillos.

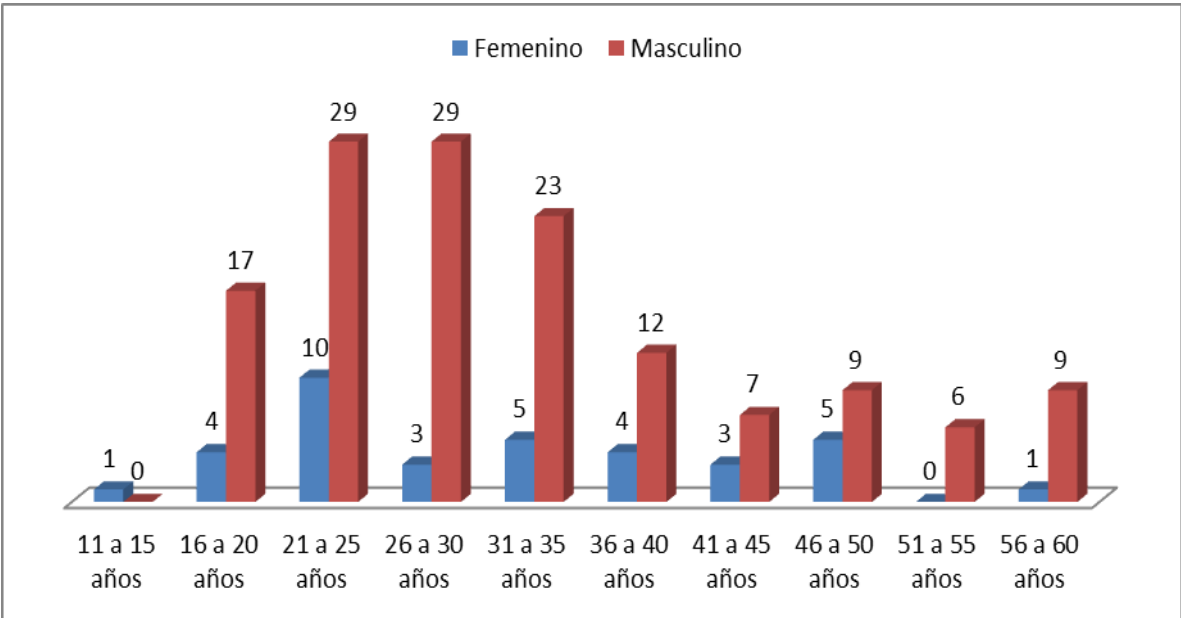
La mayor tasa de homicidios para el 2013 corresponde a tres administraciones zonales. Eloy Alfaro con una tasa de 10,3; Norte con 8,7 homicidios y Centro con la tasa más alta de 16,6 homicidios por cada 100.000 habitantes.

Dos de las tres zonas corresponden con la ubicación de los hospitales que se evalúan dentro del cálculo de costos para evidenciar los gastos en salud de parte del gobierno por asistencias sanitaria demandada por actos de violencia.

El hospital Eugenio Espejo que corresponde a la administración zonal centro y el Hospital Pablo Arturo Suárez que se encuentra en la administración zonal norte; estos hospitales presentan la mayor demanda de asistencia sanitaria respecto a agresiones según el informe epidemiológico del Hospital Eugenio Espejo y las estadísticas anuales del Hospital Pablo Arturo Suárez.

En el análisis de las muertes por causas externas respecto a la frecuencia por edad y género se evidencio que el rango de 16 -35 años corresponde al rango más representativo; en el siguiente gráfico que representa a la frecuencia de homicidios por edad y género se ratifica el grupo vulnerable.

Gráfico 7 Homicidio: Frecuencia por edad y Género



Elaboración: Estefany Reinoso
 Fuente: Departamento médico legal de la Policía Nacional, INEC, STHVI – (OMSC)

En el Gráfico 7 se muestran las edades que poseen mayor frecuencia de homicidios identificados por género, se evidencia que existen más muertes por homicidio en el género masculino con un 79,17% del total de homicidios.

Se realiza una comparación entre los dos géneros, se evidencia que los homicidios en el rango de 16 - 35 años es mayor para el género masculino; esto no quiere decir que la violencia es mayor para este género, lo que demuestra es que el número de víctimas fatales son mayores en el género masculino y causa mayor morbilidad también.

El género femenino probablemente tiene mayor índice de violencia pero estos casos no son denunciados y no solicitan asistencia sanitaria para su curación, y si la requieren esconden las verdaderas causas que provocaron las lesiones o enfermedades.

Los jóvenes y jóvenes adultos están identificados en el rango de 15 a 35 años y representan el mayor porcentaje de violencia en el Distrito Metropolitano de Quito, Esto permite delimitar la investigación

y continuar con el análisis de datos desde la perspectiva del problema de salud pública enfocado en este rango de edad.

Se analiza el arma o medio utilizado para causar el homicidio con la finalidad de comparar que relación puede existir en el tipo de arma que se utiliza, el móvil y la clase con respecto a la edad de la persona que realiza el acto de violencia.

Las armas o medio que se reportan en las estadísticas son: arma blanca, arma de fuego, arma contundente, estrangulación y otras.

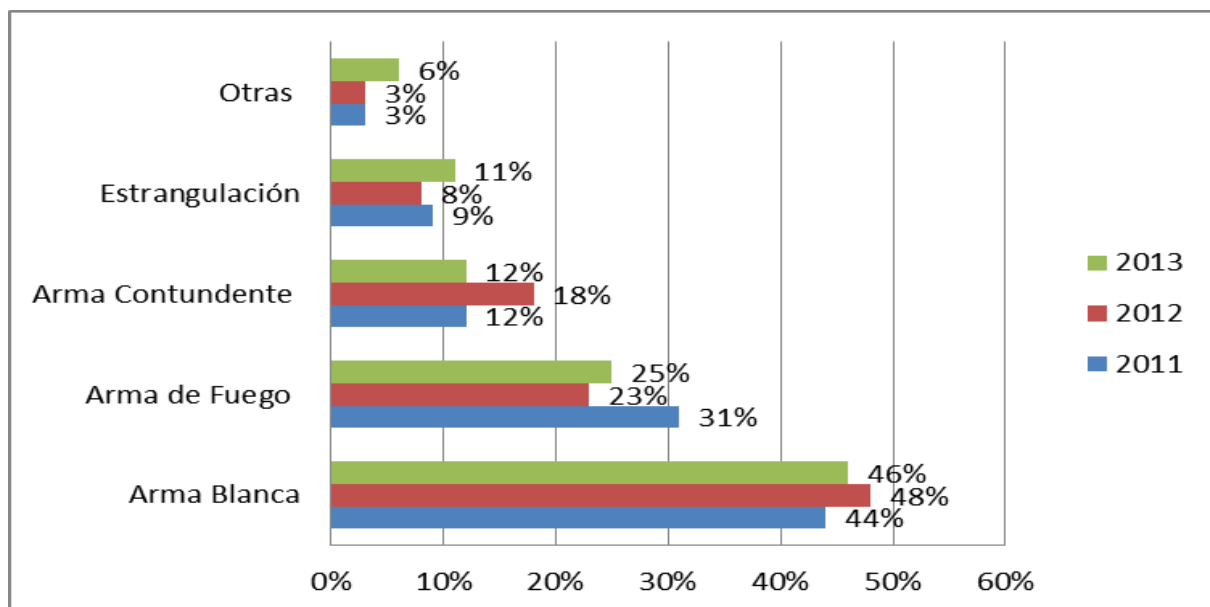
El arma blanca o corto punzante es aquella arma o herramienta que se caracteriza por su capacidad de cortar, herir o punzar mediante bordes afilados o puntiagudos; se usan en combate cuerpo a cuerpo (RAE, 2014).

El arma de fuego es un dispositivo destinado a propulsar uno o múltiples proyectiles mediante la presión generada por la combustión. (RAE, 2014).

El arma contundente es un objeto o instrumento destinado a obrar por golpe o contusión como por ejemplo un palo o martillo. (RAE, 2014).

La estrangulación es la acción de apretar el cuello para comprimir las arterias carótidas o la tráquea; puede causar muerte por asfixia. (RAE, 2014).

Gráfico 8 Homicidio: Porcentaje por arma o medio



Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Departamento médico legal de la Policía Nacional, INEC, STHVI – (OMSC)

En el Gráfico 8 se muestra la relación directa entre el acontecimiento de violencia física y el tipo de arma o medio que se utiliza según el OMSC, se observa que el arma blanca es el principal medio para causar la muerte de un individuo, correspondiendo al 48% en el año 2012, seguida por el arma de fuego con 23%.

El arma blanca es el dispositivo de más fácil acceso para los jóvenes y jóvenes adultos debido a que no tiene restricción de uso y puede encontrarse en los hogares de los individuos, esto acota Miguel Cruz en su investigación de Maras y pandillas en Centro América.

El autor en su investigación también examina el acceso a las armas de fuego y describe que para un joven adulto que forma parte de una mara o pandilla es parte de su diario vivir el contacto con armas, ya que los jóvenes buscan medios para protegerse de otras agrupaciones y para realizar sus actos violentos, criminales o delincuenciales.

El análisis de la muerte por homicidios como indicador de violencia en el DMQ nos muestra las cifras creciente que posee este fenómeno y como los jóvenes son los protagonistas principales de este problema de salud pública que afecta a la sociedad tanto para quien ha vivido actos de violencia como para quien solo lo percibe desde fuera; esto causa perspectiva de inseguridad e incertidumbre.

Con las estadísticas de muertes por causas externas se logra medir de forma eficiente la mortalidad de los individuos con relación a los actos de violencia; se enmarca el análisis en los homicidios como indicador de violencia con el fin de evidenciar las características y como se desarrolla este fenómeno que posee una tasa de 7,8 homicidios por cada 100.000 habitantes en el DMQ para el año 2012.

Estas estadísticas no permiten determinar la incidencia de los individuos en los hospitales públicos o los costos que generan para el estado; ya que no todos los individuos solicitan asistencia sanitaria, y en muchos casos solo son trasladados a los hospitales para verificar su muerte.

Por esta razón es necesario analizar las denuncias de lesiones a personas en el DMQ para determinar la morbilidad y enmarcar la investigación en los casos efectivos en los que los individuos demandan asistencia sanitaria desencadenada por un acto de violencia.

Denuncias de lesiones a personas en el Distrito Metropolitano de Quito 2012

El Observatorio de Seguridad Ciudadana del Distrito Metropolitano de Quito, analiza en su reporte del año 2013 las denuncias de lesiones a personas, ya que las mismas son responsables del 9% de la mortalidad mundial y representan 8 de cada 15 principales causas de muerte en los jóvenes adultos de 15-35 años según datos de la Organización Mundial de la Salud.

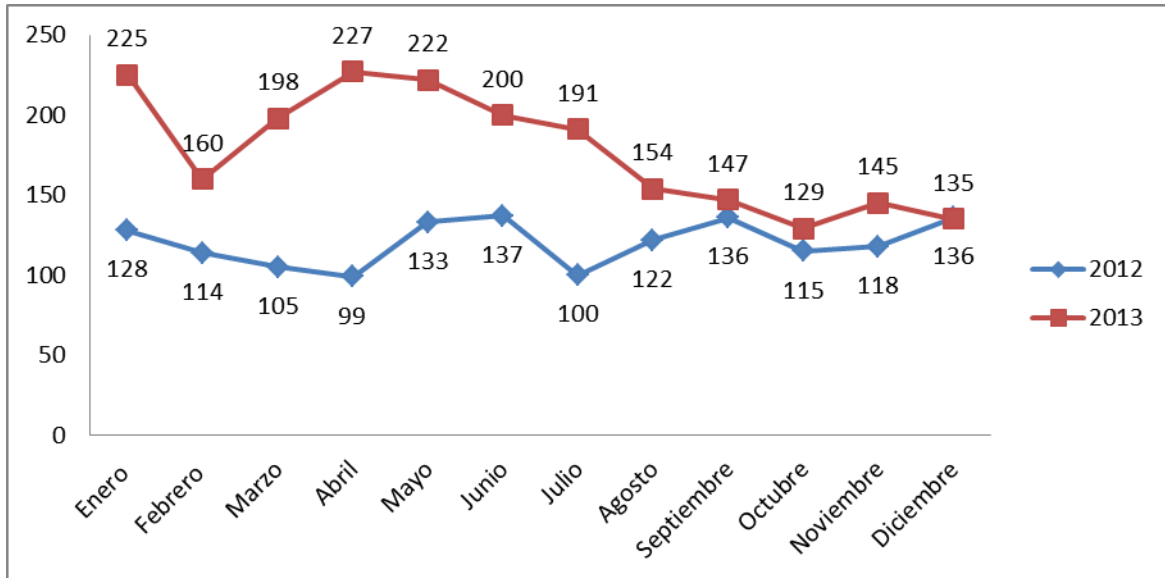
Respecto a la morbilidad, las denuncias de lesiones a personas representan el 85% de los casos que efectivamente requieren algún tipo de atención sanitaria ya sea en emergencia por heridas leves que no requieren de complejos requerimientos; o por hospitalización en los casos que sea necesario la atención de especialistas y la intervención quirúrgica para solucionar el problema de salud (OMSC, 2013).

Este indicador se desarrolló desde el año 2012, por lo cual no existen datos oficiales referentes a todos los años de análisis de esta investigación pero permite obtener un referente para el número de lesiones que pueden requerir asistencia sanitaria por agresión.

Las lesiones relacionadas a eventos violentos principalmente en los jóvenes desencadenadas por riñas y disputas grupales, hace relación directa a perjuicios en la sociedad a nivel individual, familiar y comunitario ya que la violencia solo se puede analizar desde la perspectiva del modelo ecológico; el cual involucra de forma estricta e integral todos los niveles de convivencia (OMS, 2008).

En la investigación se utiliza las denuncias de lesiones a personas como referente del número de pacientes que pueden solicitar algún tipo de asistencia sanitaria debido a una agresión que desencadena un gasto para el estado.

Gráfico 9 Frecuencia de denuncias por lesiones a personas en el DMQ comportamiento mensual



Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: Fiscalía General del Estado – OMSC

En el Gráfico 9 se observa una alta frecuencia de lesiones a personas en el Distrito Metropolitano de Quito, con un aumento significativo para el año 2013. Esto se debe en parte a la mayor responsabilidad de los ciudadanos en denunciar los maltratos físicos y las lesiones causadas por las riñas y enfrentamientos. En función de los datos de percepción de inseguridad de la encuesta realizada en el año 2010 si existe un incremento real de las lesiones a más de la responsabilidad de denuncia que ha sido creciente.

En los dos años que se compara el comportamiento mensual de las denuncias de lesiones no se encuentra un parámetro de comparación específico que relacione una época del año con el aumento de las lesiones físicas. En el mes de enero, mayo y junio se presenta un aumento para los dos años, los cuales pueden relacionarse con la época en la que los jóvenes presentan periodos de descanso del colegio o universidad y buscan actividades de distracción.

En función al análisis de conformación de agrupaciones o pandillas según Cerbino (2004), los jóvenes tiende a buscar atención o integración, esto se debe en un alto porcentaje a los problemas familiares; los cuales están estrechamente ligados a los problemas políticos y socioeconómicos de la familia.

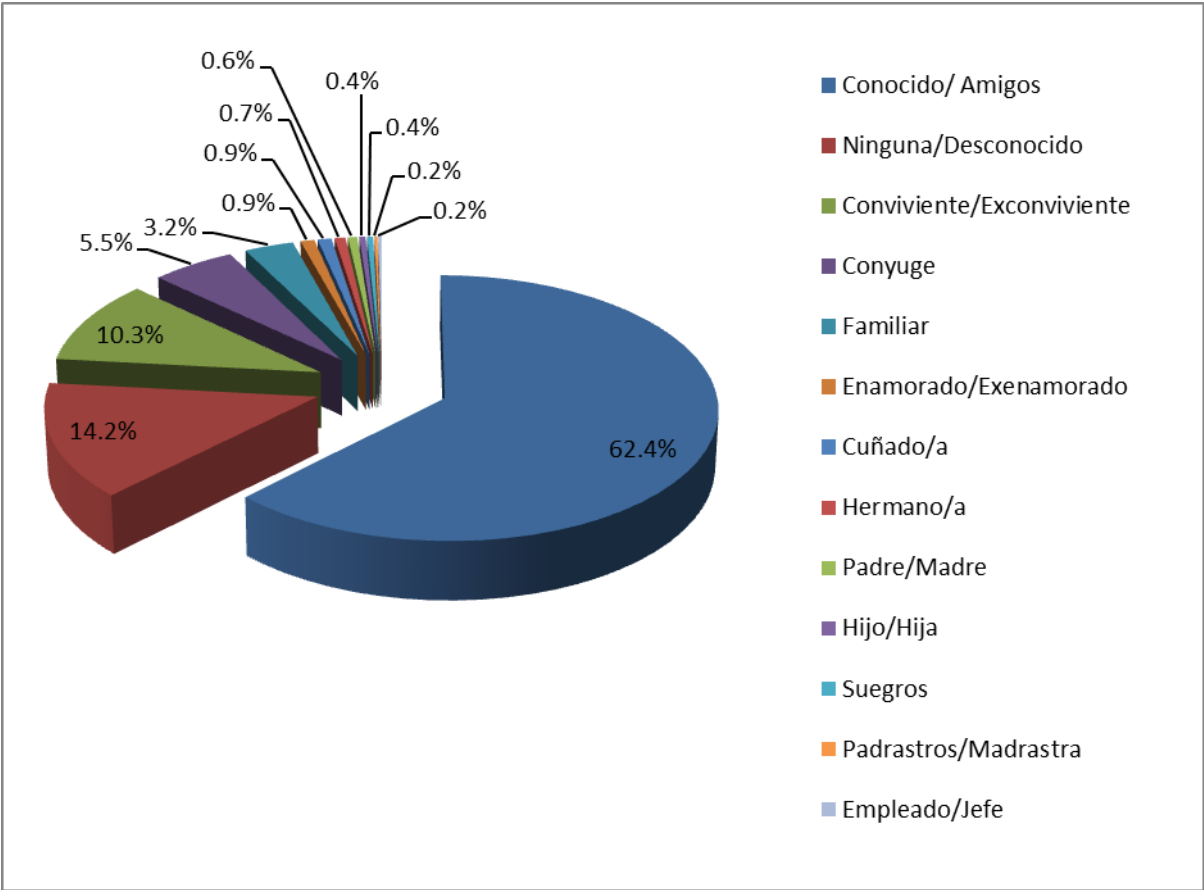
Si un joven se ve beneficiado por la agrupación tiende a poseer mayor identidad con los miembros de la agrupación que con sus familiares, se entrelazan relaciones de pertenencia y lealtad; por lo tanto los jóvenes realizan actividades que benefician a la agrupación a la que pertenecen sin considerar las consecuencias que pueden causar con sus acciones.

A continuación se describe la relación de la víctima con el agresor con la finalidad de identificar los casos relacionados.

En el Gráfico 10 se muestra la relación de la víctima con el agresor, el 62.4% de casos de lesiones son causadas por conocidos o amigos de la víctima; a causa de alcohol, peleas, demostración de fuerza y poder. Esto desencadena graves lesiones físicas que requieren de asistencia sanitaria y muchas veces causan la muerte (OMS, 2008).

El 23.1% encausa a la familia propia o política. El 14,2% de lesiones a personas es por parte de un desconocido; este porcentaje se relaciona con robos a personas y bienes. El 0,2% restante involucra ambientes laborales.

Gráfico 10 Lesiones a personas: relación de la víctima con el agresor año 2013



Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: Fiscalía General del Estado – OMSC

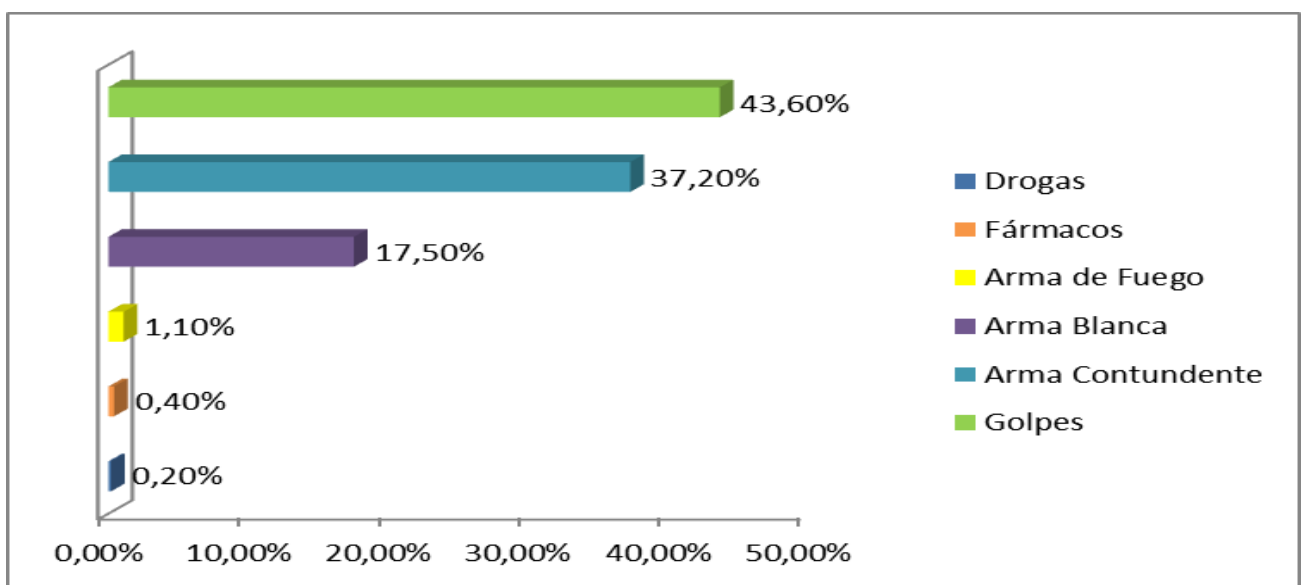
Se debe analizar el arma o móvil con el que se cometen las lesiones, con el fin de comparar si son las mismas armas identificadas en el análisis de muertes externas por homicidio las cuales fueron identificadas para el rango de edad de 16-35 años debido a la facilidad de acceso de las mismas.

En el Gráfico 11 se muestra las denuncias realizadas en función del arma o móvil utilizado para causar la lesión. El 43,6% de las lesiones son causadas por golpes, al comparar con el gráfico anterior Gráfico 10 se puede encontrar una relación en base al informe de violencia juvenil realizado por la

Organización Mundial de la Salud, (2002); en el cual se pone en manifiesto que la violencia juvenil y el comportamiento de los jóvenes, está estrechamente ligado a los ambientes y personas que los rodean.

Esto coincide con el porcentaje más alto de agresores que corresponde a conocidos y/o amigos de la víctima con el móvil o arma con mayor porcentaje representado por los golpes; esto es un indicador claro de que la violencia juvenil está directamente relacionada con las pandillas o grupos juveniles que con el afán de impartir su dominio reclutan gente cada vez más joven, ya que los adolescentes que no poseen una estabilidad emocional, un apoyo en su desarrollo y una orientación adecuada confunden la comprensión y acogida de estos grupos como algo positivo para sus vidas (Cerbino, 2004).

Gráfico 11 Denuncias de lesiones a personas: Porcentaje según arma utilizada año 2013



Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Fiscalía General del Estado – OMSC

En el Gráfico 11 se evidencia que el medio o arma por el cual existen más denuncias de lesiones son los golpes con el 43,6 %; seguido por el arma contundente con 37,2%, esta segunda se complementa a las disputas o peleas cara a cara lo que significa que el 80,8% corresponde a peleas entre individuos sin armas letales.

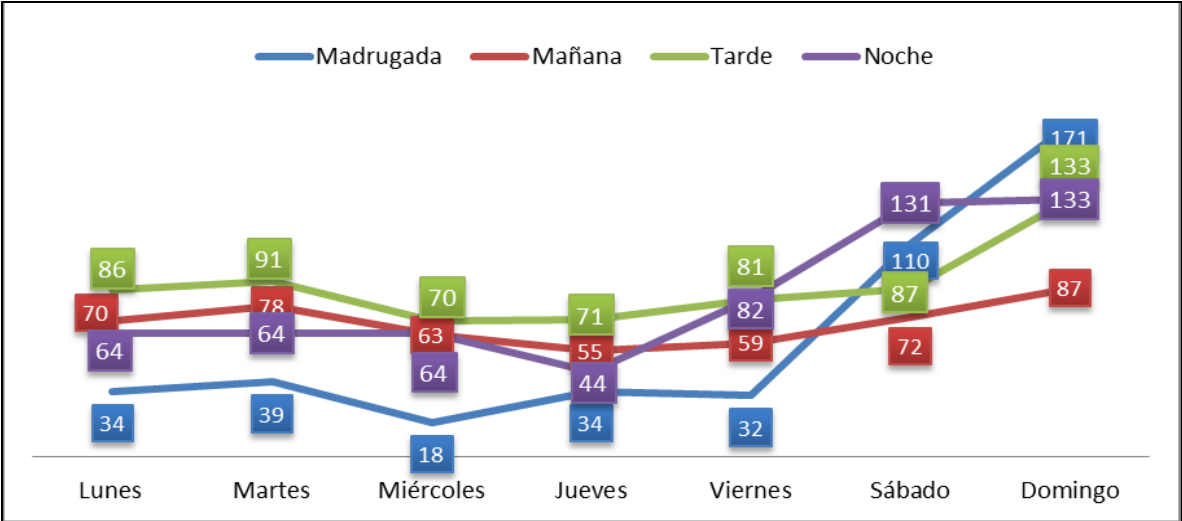
El arma blanca corresponde al 17,5% de los casos y armas de fuego apenas al 1,1% es por esta razón que existe una consistente demanda de asistencia sanitaria.

En el Gráfico 12 se relaciona la frecuencia de los actos de violencia que causa una lesión con el día y el horario en el que ocurre. Se muestra la frecuencia por día y horario de las lesiones a personas en el DMQ. Para identificar y asociar las posibles causas de la lesión en función de las denuncias y el número de acontecimientos relacionados a la clase y móvil de la agresión.

Se puede identificar que la mayor frecuencia corresponde al fin de semana (sábado y domingo) en todos los horarios y principalmente en la madrugada con un promedio de 131 casos.

Se vuelve a evidenciar la relación de la violencia juvenil y las lesiones en el Distrito Metropolitano de Quito con los homicidios, robos, atracos y manifestaciones físicas de poder en función de la hora al que se presentan los incidentes.

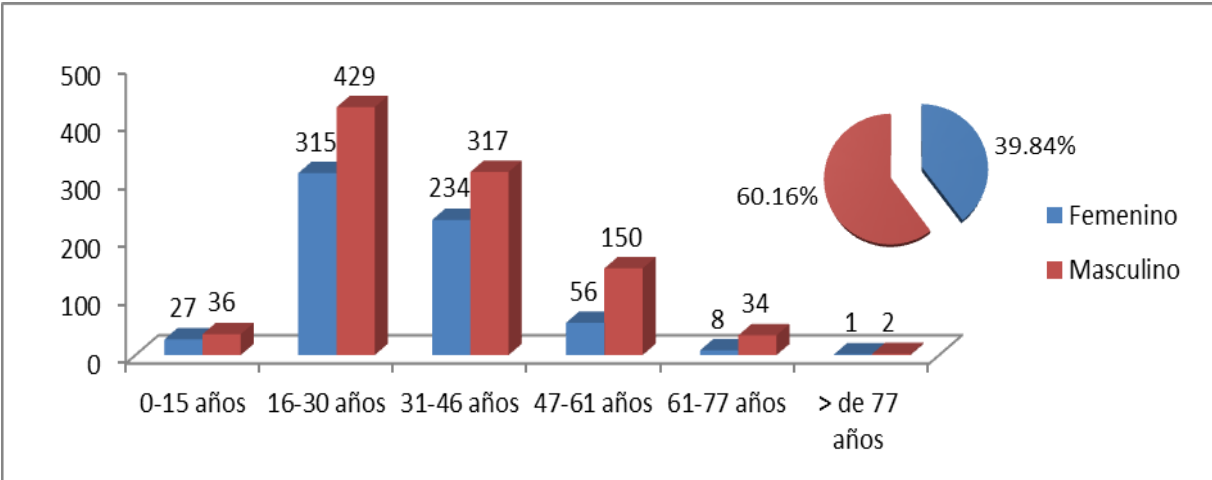
Gráfico 12 Lesiones a personas: frecuencia por día y horario año 2013



Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: Fiscalía General del Estado – OMSC

En el Gráfico 13 se muestra la edad y el género de la persona agredida, evidenciando que tanto el agresor como la víctima pertenecen al grupo vulnerable que se ha identificado para la investigación jóvenes de género masculino entre 15-35 años de edad.

Gráfico 13 Lesiones a personas: Frecuencia por edad y género del agredido año 2013



Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: Fiscalía General del Estado – OMS

Una vez concluida la recopilación de información y el análisis sobre la violencia en el Distrito Metropolitano de Quito, se identifica que el rango de edad vulnerable representativo en el problema de salud pública llamado violencia es de 16 a 35 años.

Se pudo evidenciar que las cifras de muertes externas y los homicidios tienen un crecimiento significativo en el periodo de análisis, aunque la tasa de muertes por homicidio ha decaído en cada año de análisis la percepción de inseguridad es cada vez más grande.

Respecto al análisis de morbilidad se evidencia el incremento de lesiones ocasionadas por violencia lo cual se relaciona con demanda de asistencia sanitaria.

Con el fin de determinar cuál es el costo de las compensaciones económicas que enfrenta el estado por la demanda de asistencia sanitaria desencadenada por actos de violencia juvenil en el Distrito Metropolitano de Quito se procede al cálculo de costos.

Estimación de costos de las compensaciones económicas relacionados a la violencia juvenil en los Hospitales Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez.

Para calcular los costos de las compensaciones económicas por asistencia sanitaria a causa de violencia juvenil en el Distrito Metropolitano de Quito se consideró utilizar la guía del proceso de costo de Baladi que se asemeja a la metodología de cálculo según el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.

El costo es el valor de un recurso que es necesario para producir un bien o servicio, que en caso del sector salud es la asistencia sanitaria; el precio monetario será un promedio de la compensación determinada por el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud elaborado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

El Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud es un instrumento técnico que permite estandarizar y normalizar la compensación económica de los servicios que son proporcionados por las instituciones de salud, favoreciendo la interacción entre instituciones públicas y las instituciones de salud privadas.

En el periodo de análisis de la investigación (2008-2012); el Tarifario estaba siendo desarrollado. Para el año 2008 aún se utilizaba el Tarifario de honorarios médicos – Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). Para el año 2009 el MSP define mantener un Tarifario de Honorarios Médicos independiente del de servicios, basado en un sistema internacional de reconocimiento de honorarios.

En función a lo dispuesto por el MSP se conforma la comisión para realizar el Tarifario en el año 2011 con costos estandarizados para la compensación económica. Para el año 2012 se publica el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.

El MSP utiliza el Tarifario con los valores fijos para el cálculo de las compensaciones económicas en el periodo (2008-2012); en esta disertación se considera la inflación del sector salud con el fin de

calcular la variación del precio del servicio, esto permitirá analizar un valor más acercado a la realidad de la economía.

Este tarifario integra las unidades de valor relativo de los procedimientos y el factor de conversión monetario que permite establecer el monto de pago por cada uno de los procedimientos utilizados para la atención de la salud en base a los niveles de complejidad y la capacidad resolutive.

Los servicios de salud del MSP están organizados por niveles de complejidad. El nivel I (complejidad baja) es el acceso para el nivel de atención primaria, se presta atención a todo nuevo problema en la salud, centra su atención en la persona más que en la enfermedad (Lucio Y Herteleer, 2008).

En este nivel se encuentran los puestos de salud, subcentros y centros de salud; los cuales ofrecen atención ambulatoria, promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud.

Todos promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria. Los subcentros ofrecen también atención del parto, emergencias y atención odontológica (OPS, 2008).

En el nivel II (complejidad intermedia) se encuentran los hospitales básicos y hospitales generales que adicional a la atención del nivel I ofrecen hospitalización de corta estancia.

Hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, ginecología-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia.

Hospital general ofrece, además de lo mencionado, alguna especialidad de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia; también dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. (OPS, 2008)

El nivel III (complejidad alta) está compuesto por los hospitales especializados y de referencia para la atención de la población local, regional y nacional; también realizan docencia e investigación en salud. (OPS, 2008)

Para los servicios prestados por personal de apoyo, tales como médicos y especialistas, se considera los honorarios o salarios médicos en función del tiempo, la complejidad y el horario de atención empleado en el recurso. Los suministros se calculan en base al precio promedio pagado por el servicio prestado.

Los costos que se van a calcular corresponden solo a los costos directos que son el tiempo de trabajo y materiales (Roberts et. Al, 1998).

Una vez determinada la metodología del cálculo de costos se identifica que la asistencia sanitaria es un servicio heterogéneo por lo tanto es necesario diseñar un perfil que contemple todas las especificaciones en función de las características de la muestra que contiene esta disertación para lograr resultados que reflejen costos de compensación cercanos a la realidad sobre violencia juvenil en el DMQ.

Caracterización de la muestra

La muestra para el cálculo de costos de compensación económica por asistencia sanitaria provocada por violencia juvenil en el DMQ se determinó con los hospitales públicos que forman parte del presupuesto general del estado y que poseen representatividad, una adecuada ubicación en función del análisis de la violencia en el DMQ y la factibilidad de recopilación de información.

En función de estos parámetros se analizó 9 hospitales públicos en el Distrito Metropolitano de Quito que forman parte del presupuesto general del estado y corresponde a instituciones públicas de segundo y tercer nivel de atención (Ministerio de Finanzas, 2014).

Se descarta las instituciones de especialidades:

- Hospital Pediátrico Baca Ortiz
- Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
- Hospital Psiquiátrico Julio Endara
- Hospital Psiquiátrico San Lázaro
- Hospital Dermatológico Gonzalo González
- Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor

Debido a que no son unidades de referencia para la asistencia sanitaria por violencia juvenil; ya que su especialización hace referencia a la demanda de asistencia que perciben.

Los tres hospitales a considerar en el Distrito Metropolitano de Quito son:

- Hospital de Especialidades Eugenio Espejo
- Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez
- Hospital Provincial General Enríquez Garcés

Estos hospitales se encuentran ubicados estratégicamente en el centro, norte y sur de la ciudad respectivamente; y concuerdan con la información de las zonas con mayor violencia en el DMQ.

A causa de falta de información y viabilidad en el levantamiento de datos debido a permisos específicos para acceder a las historias clínicas se descarta el hospital del Sur, Hospital Provincial Enríquez Garcés, dejando como muestra de la investigación solamente a los dos hospitales ubicados en el centro y norte de la ciudad que representan conjuntamente el 68% de asistencia sanitaria por causas de violencia según las estadísticas presentadas por los hospitales públicos en su perfil epidemiológico y estadísticas anuales. Además corresponden al 39% del presupuesto total entregado al Distrito Metropolitano de Quito para los hospitales de segundo y tercer nivel; lo que nos permite darle representatividad a la muestra (H. Eugenio Espejo y H. Pablo Arturo Suárez, 2014)

El Hospital Carlos Andrade Marín no es parte del análisis debido a que no es un hospital que integra las unidades hospitalarias de MSP en el DMQ, por lo tanto no está incluido en el presupuesto general del estado.

El Hospital del IESS pertenece a los ciudadanos ecuatorianos que poseen una afiliación; el hospital es autofinanciado por las aportaciones de sus asociados. Los empleados y empleadores del hospital son pagados por el estado.

Identificación de casos de violencia

Una vez determinada la muestra de los hospitales públicos, se analiza las historias clínicas dentro de los hospitales en el periodo 2008-2012 correspondiente al periodo de la investigación. Mediante el análisis de las historias clínicas se evidencia que no se reporta en el 85% de los casos analizados las causas que provocan la demanda de asistencia sanitaria; y además existe un sub registro de los tratamientos y procedimientos realizados por los médicos para solucionar el problema de salud.

En función de la metodología de cálculo de costos de compensaciones económicas se determina realizar un perfil de asistencia sanitaria con las características específicas de la investigación; ya que no existen guías de prácticas clínica para tratar violencia juvenil en el Ecuador es necesario diseñarla.

Perfil de asistencia sanitaria

Por medio de una lista de costos se realiza el cálculo de las compensaciones económicas por violencia juvenil, en la que se enumera los servicios de uso común y los valores que determina el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.

Los costos unitarios por el número de servicios prestados y la demanda total existente determinan el valor de la compensación económica por asistencia sanitaria. (Roberts et. Al, 1998).

A continuación se presentan los perfiles diseñados para hospitalización y emergencias en función del análisis de historias clínicas y casos particulares de violencia de los dos hospitales con la opinión de médicos de emergencias y hospitalización en función de los procedimientos que se llevan a cabo.

Perfil determinado para homogenizar la asistencia sanitaria que implica hospitalización en los hospitales públicos por actos de violencia juvenil.

1. Servicio de Habitación
2. Cuidado y Manejo Diario
3. Dieta Hospitalaria
4. Derecho de sala de cirugía uso de quirófano
5. Sala de recuperación
6. Materiales de cirugía- materiales de uso menor (fungibles) que se utilicen en procedimientos quirúrgicos
7. Laboratorio
8. Imágenes y medicamentos
9. Servicios profesionales Cuidado inicial
10. Cuidado hospitalario subsecuente
11. Enfermería

Perfil determinado para homogenizar la asistencia sanitaria por emergencias en los hospitales públicos por actos de violencia juvenil

1. Atención ambulatoria en emergencias
2. Sala de urgencias y emergencias
3. Cuidado y manejo diario
4. Servicios profesionales médicos
5. Enfermería
6. Sala de yesos, suturaciones y curaciones
7. Imagen y medicamentos

Los datos administrativos que corresponden a los egresos hospitalarios y al número de camas disponibles no permiten realizar el cálculo de costo de asistencia sanitaria por violencia juvenil; Ya que los datos nacionales de egresos hospitalarios no informan la historia clínica del paciente solo el número total de personas por lo tanto no se puede evidenciar si la asistencia sanitaria demandada estuvo relacionada al hecho de violencia y como se procedió para dar solución al problema de salud.

Las encuestas y entrevistas personales generan gastos muy elevados e identificar los individuos es muy complicado, esto debido a que esconden las verdaderas causas de su lesión o enfermedad por miedo a reprimendas.

Por eso se define la información en función a historias clínicas y se diseña un perfil de asistencia sanitaria mediante opiniones recolectadas de médicos expertos en el tema de hospitalización y emergencias y los procedimientos básicos realizados en la mayoría de los casos.

A partir de la investigación de campo realizada en los dos hospitales de la ciudad de Quito, Pablo Arturo Suárez y Eugenio Espejo, se analizó estadísticas que se encuentran relacionadas con violencia física juvenil.

El código de violencia física (R45.6) que consta en la décima edición de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) es el código con el que idealmente se debe identificar los casos en las historias clínicas revisadas; el problema encontrado en las historias clínicas de los dos hospitales analizados es que los médicos no reportan violencia física sino la causa que ha provocado la lesión o problema de salud; por esto se determinó utilizar el código de agresiones que se repetía en la información de historias clínicas y abarca gran cantidad de los casos existentes de violencia física.

Los datos estadísticos se obtuvieron de las bases de datos de los pacientes ligados a su historia clínica en la que se determina la demanda sanitaria a causa de agresión bajo el código de agresiones determinado en la CIE-10 en el rango de X85-Y09. En los 2 hospitales dentro del periodo 2008 -2012.

A continuación se detallan los códigos de agresiones dentro del rango en la Tabla 5.

Tabla 5 Códigos CIE -10 AGRESIONES

Código	Nombre
X85	Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas
X86	Agresión con sustancia corrosiva
X87	Agresión con Plaguicidas
X88	Agresión con gases y vapores
X89	Agresión con otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas
X90	Agresión con productos químicos y sustancias nocivas no especificadas
X91	Agresión por ahorcamiento, estrangulación y sofocación
X92	Agresión por ahogamiento y sumersión
X93	Agresión con disparo de arma corta
X94	Agresión con disparo de rifle, escopeta y arma larga
X95	Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas
X96	Agresión con material explosivo
X97	Agresión con humo, fuego y llamas
X98	Agresión con vapor de agua, vapores y objetos calientes
X99	Agresión con objeto cortante
Y00	Agresión con objeto romo o sin filo
Y01	Agresión por empujón desde un lugar elevado
Y02	Agresión por empujar o colocar a la víctima delante de objeto en movimiento
Y03	Agresión por colisión de vehículo de motor
Y04	Agresión con fuerza corporal
Y05	Agresión sexual con fuerza corporal
Y06	Negligencia y abandono
Y07	Otros síndromes de maltrato
Y08	Agresión por otros medios especificados
Y09	Agresión por medios no especificados

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Acrónimo de la clasificación internacional de enfermedades, decima versión (CIE-10)

Es importante recalcar que pueden existir un número considerable de casos por violencia física que por razones de ingreso de datos en la historia clínica por parte del médico se establezca en otros códigos de la CIE-10 que no sean las agresiones o la violencia física sino solo el lugar específico del cuerpo en el que el paciente es tratado pero no la causa o el móvil que lo provoca, lo que conduce a pérdida de datos.

En la Tabla 6 consta el detalle de 16 códigos que identifican al tipo de agresiones encontradas en las bases de datos ligadas a las historias clínicas del Hospital Eugenio Espejo en el período 2008- 20012. Los cuales están especificados bajo la muestra seleccionada por edad, con el fin de determinar solo la asistencia hospitalaria por violencia juvenil.

Tabla 6 Códigos CIE-10 Agresiones Hospital Eugenio Espejo

Código CIE-10	Nombre CIE-10 (Agresiones)
X85	Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas
X86	Agresión con sustancia corrosiva
X89	Agresión con otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas
X90	Agresión con productos químicos y sustancias nocivas no especificadas
X94	Agresión con disparo de rifle, escopeta y arma larga
X95	Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas
X96	Agresión con material explosivo
X97	Agresión con humo, fuego y llamas
X98	Agresión con vapor de agua, vapores y objetos calientes
X99	Agresión con objeto cortante
Y00	Agresión con objeto romo o sin filo
Y01	Agresión por empujón desde un lugar elevado
Y03	Agresión por colisión de vehículo de motor
Y04	Agresión con fuerza corporal
Y07	Otros síndromes de maltrato
Y08	Agresión por otros medios especificados

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Base de Agresiones 2008-2012 Hospital Público HEE

En el Hospital Eugenio Espejo se determinó un total de 1.950 pacientes que recibieron atención hospitalaria y fueron ingresados en la institución de tercer nivel; estos pacientes presentaron en su historia clínica el código CIE-10 dentro del rango X85-Y09 que corresponde a agresiones como causa de la enfermedad o lesión por la cual requieren atención sanitaria.

Del total de casos existentes en los cinco años de análisis se filtró la edad que se ha determinado para la muestra entre 15 y 35 años³ resultando un total de 1439 casos de estudio, esto corresponde al 76 % de los casos totales los cuales se encuentran relacionados con violencia física juvenil.

En la Tabla 7 se puede observar que el porcentaje de participación que tiene la violencia juvenil en el total de historias clínicas corresponde a un promedio de 2% del total de causas dentro de la base de agresiones.

³ Edades asignadas en función del perfil diseñado para la muestra se considera adolescentes hasta adultos jóvenes por lo cual la edad a ser investigada se encuentra en un rango de 15 a 29 años, pero en función a la data disponible y a los expertos estadísticos del departamento de estadística de hospital Eugenio Espejo y los reportes de edades vulnerables en a violencia en el DMQ se amplía el rango de 15 a 35 años.

Tabla 7 Porcentaje de atención sanitaria Hospital Eugenio Espejo por violencia física juvenil bajo el código de agresiones X85-Y09 en el período 2008-2012.

Año	N° Pacientes Atendidos por Violencia Juvenil	Total de Egresos Hospitalarios	Porcentaje
2008	314	12.535	3%
2009	320	11.893	3%
2010	262	13.141	2%
2011	260	13.054	2%
2012	283	15.158	2%
Total	1.439	65.781	2%

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público HEE

Para el caso de atención ambulatoria de emergencias del Hospital Eugenio Espejo el número de pacientes que ingresaron el área por causa de violencia y maltrato según las estadísticas obtenidas en el informe epidemiológico del HEE en el periodo 2008-2012 se detallan en la Tabla 8.

Tabla 8 Atención ambulatoria por emergencias a causa de violencia y maltrato en el Hospital Eugenio Espejo

Año	Número de personas atención ambulatoria por emergencia relacionadas con violencia	Total Número de personas atención ambulatoria por Emergencias	Porcentaje
2008	414	3.033	14%
2009	468	5.205	9%
2010	757	6.584	11%
2011	861	10.125	9%
2012	803	13.500	6%
Total	3.303	38.447	10%

Estos casos de atención ambulatoria por emergencias relacionadas con actos violentos son excluyentes de los pacientes de asistencia sanitaria por hospitalización, esto debido a que se considera una emergencia cuando la demora en el tratamiento del paciente acarrea peligro a la vida o a una parte del cuerpo; pero la atención brindada soluciona el problema y no es necesaria la hospitalización del paciente (Tarifario de Prestaciones de Servicios para el Sistema Nacional de Salud; 2012).

En la Tabla 8 se puede observar un 10% en promedio en los casos de emergencias que se encuentran relacionados con violencia y maltrato juvenil en edad de 15-35 años con respecto al total de casos de emergencia y atención ambulatoria.

A continuación se detalla el procedimiento de levantamiento de datos en el Hospital Pablo Arturo Suárez, se realiza el mismo análisis para pacientes que demandan asistencia sanitaria con hospitalización; y pacientes con atención ambulatoria por emergencias a causa de violencia física juvenil.

En la Tabla 9 consta el detalle de 11 códigos que identifican al tipo de agresiones encontradas en las bases de datos ligadas a las historias clínicas del Hospital Pablo Arturo Suárez en el período 2008-20012. Se filtran bajo la muestra seleccionada por edad, con el fin de determinar solo la asistencia hospitalaria por violencia juvenil.

Tabla 9 Códigos CIE-10 Agresiones Hospital Pablo Arturo Suárez

Código CIE-10	Nombre CIE-10 (Agresiones)
X93	Agresión con disparo de arma corta
X95	Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas
X99	Agresión con objeto cortante
Y00	Agresión con objeto romo o sin filo
Y01	Agresión por empujón desde un lugar elevado
Y04	Agresión con fuerza corporal
Y05	Agresión sexual con fuerza corporal
Y07.0	Otros síndromes de maltrato (Esposo, Pareja)
Y07.2	Otros síndromes de maltrato (Amigo, Conocido)
Y08	Agresión por otros medios especificados
Y09	Agresión por medios no especificados

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público HPAS

Para el caso del Hospital Pablo Arturo Suárez se utilizó la misma metodología para la obtención de datos, se trabajó con un universo de 429 pacientes que ingresaron en la institución de tercer nivel a causa de una agresión física que corresponde al rango de códigos CIE-10 (X85-Y09), al utilizar el filtro de edad correspondiente a la muestra (15 – 35 años) se obtuvo un total de 307 pacientes que corresponde al 71 % de los datos.

Como se puede observar en la Tabla 10 el porcentaje de asistencia sanitaria prestada por violencia juvenil corresponde al 1 % del total de personas que ingresaron en el hospital para solicitar asistencia sanitaria.

Tabla 10 Porcentaje de atención sanitaria Hospital Pablo Arturo Suárez por violencia física juvenil bajo el código de agresiones X85-Y09 en el período 2008-2012.

Año	N° Pacientes Atendidos por Violencia Juvenil	Total de Egresos Hospitalarios	Porcentaje
2008	61	9.214	1%
2009	50	7.318	1%
2010	83	9.983	1%
2011	73	8.889	1%
2012	40	9.615	1%
Total	307	45.019	1%

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público HPAS

En atención ambulatoria por emergencias para el Hospital Pablo Arturo Suárez, los datos se obtienen de las estadísticas interanuales del hospital, en las que se muestra las primeras causas de morbilidad por emergencia general. El código con el que se identifican corresponde al rango S00-T32 que hace referencia a los traumatismos, las luxaciones y las heridas en el CIE-10.

Tabla 11 Atención ambulatoria por emergencias Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	Número de personas atención ambulatoria por emergencia relacionadas con violencia	Total Número de personas atención ambulatoria por Emergencias	Porcentaje
2008	6.035	32.725	18%
2009	6.530	36.051	18%
2010	8.042	39.989	20%
2011	6.626	29.665	22%
2012	6.125	30.386	20%
Total	33.358	168.816	20%

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Estadísticas y registros médicos 2008-2012 Hospital Público HPAS

Una vez encontrado el número de jóvenes y jóvenes adultos dentro del rango de edad (15-35 años) de ambos sexos que demandaron asistencia sanitaria debido a una agresión especificada en el CIE-10 y que consta en su historia clínica. Se procede a calcular la variación de los precios de los servicios de compensación en función a la inflación en el sector salud.

El año base considerado para el cálculo es el 2012, con los precios de las compensaciones económicas de los procedimientos dispuesto en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y se calcula cada uno de ellos con el valor real para cada uno de los años.

Se determinó realizar por deflación, ya que se posee un valor nominal correspondiente al valor del tarifario y se puede conseguir la inflación del sector salud anual que sería el deflactor (P1/P0) pero en función de la variación; Por lo tanto:

$$\text{PIB REAL} = \text{PIB NOMINAL} / \text{DEFLACTOR DEL PIB}$$

$$\text{DEFLACTOR DEL PIB} = \text{PRECIO 2012} / \text{PRECIO 2011}$$

Se utiliza el Producto Interno Bruto (PIB) en el caso de querer agrupar todos los bienes producidos por la economía; en este caso se utiliza el Índice de Precios al Consumidor (IPC) ya que solo contiene los productos de consumo específicos y en este caso al sector salud, por lo que se obtiene la variación del IPC en el sector salud que sería el deflactor.

Con la variación anual para cada uno de los años que se muestra en la Tabla 12 se puede calcular el valor real de los servicios de salud para cada uno de los años.

Tabla 12 Deflactor sector salud

A diciembre	Variación porcentual anual
2007	1,83
2008	3,23
2009	3,70
2010	3,86
2011	3,73
2012	4,29
2013	4,07
2014	3,83

Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: INEC Estadísticas de Salud

Para encontrar el valor real se utiliza la fórmula de valor real:

$$\text{VALOR REAL} = P1 * (P1/PO)$$

VALOR REAL = PRECIO DEL 2012* variación del Deflactor (ya que no se posee P0)

$$\text{VALOR REAL 2011} = 8,71 * 0.56\% = 0.048$$

$$\text{VALOR REAL 2011} = 8,71 - 0.048$$

$$\text{VALOR REAL 2011} = 8,66$$

Con esta metodología se debe encontrar el valor de cada uno de los servicios determinados en el perfil de asistencia sanitaria por hospitalización y por emergencias para cada uno de los años (Ver Anexo C y D).

Una vez determinados los valores para cada prestación de servicio, se detalla que contiene y a que hace referencia cada uno de los servicios del perfil y el número de días promedio que un paciente requiere para recibir la asistencia sanitaria provocada por un acto de violencia física. Esto en base a las historias clínicas revisadas y al procedimiento que se realiza en casos similares tanto en emergencia como en hospitalización.

Se inicia el cálculo de costos con la asistencia sanitaria ambulatoria por emergencia, en la cual el paciente no debe ser hospitalizado; y se soluciona su problema de salud mediante un tratamiento en la sala de urgencias, los pacientes que presentan cuadros graves que solicitan un especialista y hospitalización son excluyentes de los pacientes de emergencias.

Atención de emergencia

La atención sanitaria ambulatoria en emergencias es una visita para evaluación y manejo de un paciente que requiere de tres componentes (Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012):

- La historia clínica focalizada-extendida del problema
- Un examen físico focalizado-extendido del problema
- La decisión médica de moderada complejidad sobre el procedimiento a ser utilizado

En el perfil diseñado para calcular la estimación de costos de las compensaciones económicas en emergencia se toma en consideración la tarifa de atención de emergencia a un problema de baja a moderada severidad por asistencia sanitaria ambulatoria.

En la siguiente Tabla 13 se calculan los costos por atención en emergencia de los hospitales Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez.

Tabla 13 Cálculo de costos por atención en emergencia Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	Nº Pacientes Atendidos	Atención en Emergencia	Días	Total
2008	6.449	\$ 16,326	1	\$ 105.283,48
2009	6.998	\$ 16,403	1	\$ 114.785,70
2010	8.799	\$ 16,429	1	\$ 144.558,15
2011	7.487	\$ 16,408	1	\$ 122.843,70
2012	6.928	\$ 16,500	1	\$ 114.312,00
Total General				\$ 601.783,03

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: EPI 2008-2012 Hospital Público HEE

Estadísticas y registros médicos 2008-2012 Hospital Público HPAS

Sala de Urgencias y Emergencias

En el caso de la salas de observación en urgencia y emergencia, cuando la permanencia sea inferior a seis horas se reconocerán los valores señalados en esta Sala. Cuando supere las 6 horas se reconocerán los valores señalados para habitación múltiple, según el nivel de la unidad de salud y no se reconocerá el derecho de sala (Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

Estos derechos de sala incluye atención de enfermería, médico residente, internos y auxiliares; material de uso menor (fungibles), material de aseo, alimentación, servicios, y equipamiento que caracterizan a la sala. Si el paciente supera las 6 horas de permanencia ya no se calculará el valor de sala de emergencias ni se consideran los datos de este paciente para el cálculo de emergencias, ya

que ingresa a hospitalización y será reportado en las base de hospitalización por agresión por lo tanto el paciente será parte de las estadísticas de asistencia sanitaria calculadas en la sección de asistencia sanitaria con hospitalización. En la Tabla 14 se muestra los valores de cada año analizado.

Tabla 14 Cálculo de costos sala de urgencias y emergencias Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	Nº Pacientes Atendidos	Sala de Urgencias y Emergencias	Días	Total
2008	6.449	\$ 3,56	1	\$ 22.970,94
2009	6.998	\$ 3,58	1	\$ 25.044,15
2010	8.799	\$ 3,58	1	\$ 31.539,96
2011	7.487	\$ 3,58	1	\$ 26.802,26
2012	6.928	\$ 3,60	1	\$ 24.940,80
Total General				\$ 131.298,12

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: EPI 2008-2012 Hospital Público HEE

Estadísticas y registros médicos 2008-2012 Hospital Público HPAS

Cuidado y Manejo diario

El cuidado y manejo de los pacientes incluye la atención de médicos residentes propios del servicio, enfermería, personal, paramédico y se realizan actividades como el control de signos vitales, valoración de talla y peso, administración de medicamentos; y la visita diaria de evaluación y control por parte del especialista (Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

Para calcular el cuidado de manejo diario dentro de emergencias, se considera el valor de atención de tercer nivel ya que los hospitales analizados corresponden a hospitales de especialidades como se muestra en la Tabla 15.

Tabla 15 Cálculo de costos cuidado y manejo diario Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	Nº Pacientes Atendidos	Cuidado y Manejo	Días	Total
2008	6.449	\$ 1,83	1	\$ 11.804,51
2009	6.998	\$ 1,84	1	\$ 12.869,91
2010	8.799	\$ 1,84	1	\$ 16.208,04
2011	7.487	\$ 1,84	1	\$ 13.773,38
2012	6.928	\$ 1,85	1	\$ 12.816,80
Total General				\$ 67.472,64

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: EPI 2008-2012 Hospital Público HEE

Estadísticas y registros médicos 2008-2012 Hospital Público HPAS

Servicios Profesionales Médicos

Los servicios profesionales médicos se refieren a la prestación de atención por parte del personal especialista que provee un servicio a cambio de una remuneración; los valores correspondientes a este proceso se evidencian en la Tabla 16 para cada uno de los años.

Se calcula la prestación de servicios otorgados por los médicos dependiendo de la institución en la que se preste el servicio, normado de acuerdo a las características de organización y funcionamiento de cada uno de las unidades de atención, conforme cinco criterios específicos (Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

- Tiempo
- Complejidad
- Severidad de la enfermedad
- Riesgo para el paciente
- Riesgo para el médico

Por emergencia

En atención de consulta externa inicial y subsecuente se agregará el modificador de emergencia que considera el Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que corresponde al 10% adicional en honorarios médicos para garantizar la atención de emergencia de aparición súbita y que ponga en peligro la vida; según priorización de la emergencia en los hospitales de tercer nivel de atención, en el horario entre las 22h00 y 06h00 (Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

Servicios de consulta inicial

Este servicio hace alusión a la visita en sala de emergencias de un nuevo paciente que requiere de tres componentes (Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

- Historia clínica detallada
- Examen detallado
- Decisión médica de baja complejidad, la duración de la consulta es de aproximadamente 15 minutos.

Tabla 16 Cálculo de costos de servicios profesionales médicos Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	Nº Pacientes Atendidos	Servicios Profesionales Médicos	Días	Total
2008	6.449	\$ 15,24	1	\$ 98.264,58
2009	6.998	\$ 15,31	1	\$ 107.133,32
2010	8.799	\$ 15,33	1	\$ 134.920,94
2011	7.487	\$ 15,31	1	\$ 114.654,12
2012	6.928	\$ 15,40	1	\$ 106.691,20
Total General				\$ 561.664,17

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: EPI 2008-2012 Hospital Público HEE

Estadísticas y registros médicos 2008-2012 Hospital Público HPAS

Enfermería

El servicio de enfermería por día se encarga de la evaluación y cuidado de un paciente, posee los mismos tres componentes antes mencionados en el cuidado hospitalario; el tiempo aproximado de atención es de 10 minutos en función del perfil diseñado para unificar los costos, calculando solo la implementación de medicinas y la toma de signos vitales.

En la Tabla 17 se muestra los costos de las compensaciones económicas para los servicios de enfermería de los dos hospitales.

Tabla 17 Cálculo de costos enfermería Hospital Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez

Año	Nº Pacientes Atendidos	Enfermería	Días	Total
2008	6.449	\$ 8,90	1	\$ 57.427,35
2009	6.998	\$ 8,95	1	\$ 62.610,38
2010	8.799	\$ 8,96	1	\$ 78.849,90
2011	7.487	\$ 8,95	1	\$ 67.005,66
2012	6.928	\$ 9,00	1	\$ 62.352,00
Total General				\$ 328.245,29

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: EPI 2008-2012 Hospital Público HEE

Estadísticas y registros médicos 2008-2012 Hospital Público HPAS

Sala de Yesos, suturas y curaciones

La sala de yesos, sutura y curaciones se consideran ya que en el 81% de casos de emergencia revisados en las historias clínicas de los hospitales Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez se incluye la utilización de equipos, accesorios e implementos, material fungible, servicios de enfermería; con excepción de los materiales de inmovilización, suministros e insumos fungible no individualizables los cuales se facturan de forma individual.

La Tabla 18 muestra el valor correspondiente a la compensación económica de la sala de yesos, suturaciones y curaciones desde el año 2008 -2012.

Tabla 18 Costo de sala de yesos, suturas y curaciones Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	Nº Pacientes Atendidos	Yesos, Suturas y Curaciones	Días	Total
2008	6.449	\$ 3,27	1	\$ 21.056,70
2009	6.998	\$ 3,28	1	\$ 22.957,14
2010	8.799	\$ 3,29	1	\$ 28.911,63
2011	7.487	\$ 3,28	1	\$ 24.568,74
2012	6.928	\$ 3,30	1	\$ 22.862,40
Total General				\$ 120.356,61

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: EPI 2008-2012 Hospital Público HEE

Estadísticas y registros médicos 2008-2012 Hospital Público HPAS

Imagen y Medicamentos

En la asistencia sanitaria por emergencia se utilizan imágenes para detectar el problema a ser tratado al igual que la suministración de medicamentos.

El perfil diseñado para asistencia de emergencia estima un valor promedio de imágenes de rayos x a ser utilizadas y un básico de medicamentos en función del tarifario del Ministerio de Salud Pública en el que indica que todo suministro médico, insumo o material de uso clínico-quirúrgico, que sea identificado de manera unitaria se facturará de manera individual al precio de compra (Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

En la Tabla 19 se muestra el valor de las compensaciones económicas de las imágenes y medicamentos correspondientes al Hospital Eugenio Espejo Y Pablo Arturo Suárez.

Tabla 19 Cálculo de costos imagen y medicamentos Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	N° Pacientes Atendidos	Imagen y Medicamentos	Días	Total
2008	6.449	\$ 51,45	1	\$ 331.802,48
2009	6.998	\$ 51,69	1	\$ 361.748,87
2010	8.799	\$ 51,78	1	\$ 455.577,21
2011	7.487	\$ 51,71	1	\$ 387.143,79
2012	6.928	\$ 52,00	1	\$ 360.256,00
Total General				\$ 1.896.528,35

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: EPI 2008-2012 Hospital Público HEE

Estadísticas y registros médicos 2008-2012 Hospital Público HPAS

Costos totales por asistencia sanitaria ambulatoria en emergencias

Se determina el valor de las compensaciones económicas por asistencia sanitaria en emergencias en función del perfil diseñado que integra a los siguientes procesos:

- Atención de emergencia
- Sala de urgencias y emergencias
- Cuidado y manejo diario
- Servicios profesionales médicos
- Enfermería
- Sala de yesos, suturaciones y curaciones
- Medicamentos e imágenes.

En la Tabla 20 se puede observar que los procesos que tienen la mayor representatividad son los medicamentos y las imágenes que se necesitan para solucionar calmar el dolor y diagnosticar la lesión o enfermedad, el segundo valor representativo corresponde a la atención en Emergencias y los servicios profesionales médicos.

Tabla 20 Costos totales por proceso

Perfil asistencia sanitaria ambulatoria por emergencias	Valores totales en dólares
Atención en Emergencia	\$ 601.783,03
Sala de urgencias y emergencias	\$ 131.298,12
Cuidado y manejo diario	\$ 67.472,64
Servicios profesionales médicos	\$ 561.664,17
Enfermería	\$ 328.245,29
Sala de yesos, suturaciones y curaciones	\$ 120.356,61
Imagen y medicamentos	\$ 1.896.528,35
Total	\$ 3.707.348,21

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Datos obtenidos del análisis cuantitativo por proceso

Para calcular el valor total de las emergencias relacionadas con violencia juvenil en los dos hospitales determinados en la investigación se calculó un valor unitario que corresponde a la sumatoria final de todos los procesos diseñados en el perfil y se obtuvo un costo individual por emergencia determinado en la Tabla 21 para cada uno de los años analizados.

Tabla 21 Valor unitario de las compensaciones económicas por año en asistencia sanitaria ambulatoria en emergencias

Año	Total de Egresos Hospitalarios	100%	Valor Unitario	Total
2008	6.449	6.449	\$ 100,58	\$ 648.610,04
2009	6.998	6.998	\$ 101,05	\$ 707.149,48
2010	8.799	8.799	\$ 101,21	\$ 890.565,84
2011	7.487	7.487	\$ 101,08	\$ 756.791,65
2012	6.928	6.928	\$ 101,65	\$ 704.231,20
Total	36.661	36.661		\$ 3.707.348,21

Una vez obtenido el valor unitario de las compensaciones económicas por año para los dos hospitales, se procede a calcular el valor representativo para el Distrito Metropolitano de Quito en función del análisis.

Se analizó en los hospitales Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez las historias clínicas de los pacientes; en estas se presenta un registro que no identifica de forma directa la violencia física o agresiones como causa de la demanda de asistencia sanitaria. Por lo que sería necesario leer todas las historias clínicas correspondientes para identificarlos de forma individual con el fin de obtener un dato más acercado a la realidad.

Por esta razón se analizó el perfil epidemiológico y las estadísticas de los hospitales que reportan un porcentaje de demanda de asistencia sanitaria a causa de violencia y agresiones; se filtró la edad correspondiente a la investigación y se obtuvo un porcentaje de 20% de representatividad.

Adicionalmente se contrastó la información reportada por el observatorio de seguridad ciudadana de muertes por causas externas y lesiones a personas en el Distrito Metropolitano de Quito, obteniendo un resultado similar al antes identificado.

En conclusión para determinar el aproximado de casos reales que corresponde a emergencias por violencia juvenil se utiliza el 20% del total de emergencias hospitalarias de los dos hospitales.

Tabla 22 Costos totales por asistencia sanitaria ambulatoria en emergencias en el HEE Y HPAS

Año	Total de Egresos Hospitalarios	20%	Valor Unitario	Total
2008	35.758	7.152	\$ 100,58	\$ 719.274,24
2009	41.256	8.251	\$ 101,05	\$ 833.785,62
2010	46.573	9.315	\$ 101,21	\$ 942.750,83
2011	39.790	7.958	\$ 101,08	\$ 804.400,69
2012	43.886	8.777	\$ 101,65	\$ 892.202,38
Total	207.263	41.453		\$ 4.192.413,76

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: EPI 2008-2012 Hospital Público HEE

Estadísticas y registros médicos 2008-2012 Hospital Público HPAS

Los costos totales por asistencia sanitaria ambulatoria en emergencias con los datos correspondientes a las historias clínicas de los dos hospitales en las que se reporta la violencia o las agresiones como la causa de la demanda sanitaria ascienden a un valor de **\$ 3.707.348,21** como se muestra en la Tabla 21.

En la Tabla 22 se muestra el cálculo del 20% del total de egresos del área de emergencia; este número de personas nos permite identificar un valor de compensaciones económicas más cercano a la realidad. Se multiplica el número de personas identificado con el valor unitario determinado para cada uno de los años mediante los procesos llevados a cabo para atender la demanda de asistencia sanitaria ambulatoria en emergencia, el valor asciende a **\$ 4.192.413,76**.

La diferencia en los valores de compensación económica por asistencia sanitaria ambulatoria en emergencias de **\$ 485.065,55** corresponde al sub registro de casos en las historias clínicas.

Una vez finalizado el cálculo de costos de las compensaciones económicas por asistencia sanitaria en emergencia se debe calcular los casos excluyentes, los cuales corresponden a los pacientes que una vez ingresados en emergencia son sometidos a tratamiento especializados o cirugías por lo que necesitan ser hospitalizados.

Se identifican 11 procesos que se deben llevar a cabo según el perfil de atención, diseñado para la demanda de asistencia sanitaria con hospitalización.

En cada proceso se identifica a que hace alusión y los servicios que presta. Se determina el número de días de utilización del servicio y el tipo de servicio en base a los casos identificados en historias clínicas que corresponden al mayor número de casos analizados en asistencia sanitaria con hospitalización a causa de violencia física juvenil.

Servicio de habitación

El servicios de habitación incluyen habitación, cama, suministros de ropa de cama, materiales de uso fungible, materiales de aseo, servicios básicos de energía eléctrica, agua, teléfono, limpieza, vigilancia, otros (MSP, 2012).

Se utiliza para el cálculo de costos un promedio de días (2 días) por medio del registro censal de camas de los hospitales que incluyen la muestra para calcular los costos de servicios de habitación por una agresión que requirió de hospitalización (Tarifario de Prestaciones de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

Se toma como referencia para el cálculo una habitación múltiple de tres camas en función del análisis de las historias clínicas dentro de la muestra, el valor del servicio de habitación bajo estas características corresponde a los valores determinados en la Tabla 23 para cada uno de los años.

Tabla 23 Cálculo de costos de servicios de habitación Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	N° Pacientes Atendidos	Servicio de Habitación	Días	Total
2008	375	\$ 8,62	2	\$ 6.463,43
2009	370	\$ 8,66	2	\$ 6.407,37
2010	345	\$ 8,67	2	\$ 5.984,01
2011	333	\$ 8,66	2	\$ 5.768,38
2012	346	\$ 8,71	2	\$ 6.027,32
Total General				\$ 30.650,51

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público HEE y HPAS

Cuidado y Manejo diario

El cuidado y manejo de los pacientes incluye la atención de médicos residentes propios del servicio, enfermería, personal, paramédico y se realizan actividades como el control de signos vitales, valoración de talla y peso, administración de medicamentos (Tarifario de Prestaciones de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

Para calcular el cuidado de manejo diario dentro de hospitalización, se considera el valor de atención de tercer nivel ya que los hospitales en los que se realizó la investigación corresponden a hospitales de especialidades.

Los días (3 días) determinados para el cálculo de costos de cuidado y manejo diario, se basan en el análisis de estadía por hospitalización y atención de mediana complejidad en base a las historias clínicas analizadas. El primer día corresponde a la entrada del paciente en la institución, el segundo día al procedimiento realizado y el tercero a la recuperación y observación a la que el paciente está expuesto.

En la Tabla 24 se evidencia el número de días utilizados para el cálculo y el valor correspondiente para cuidado y manejo diario en cada uno de los años de análisis.

Tabla 24 Cálculo de costos de cuidado y manejo diario Hospital Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez

Año	Nº Pacientes Atendidos	Cuidado y Manejo Diario	Días	Total
2008	375	\$ 1,83	3	\$ 2.059,25
2009	370	\$ 1,84	3	\$ 2.041,38
2010	345	\$ 1,84	3	\$ 1.906,50
2011	333	\$ 1,84	3	\$ 1.837,80
2012	346	\$ 1,85	3	\$ 1.920,30
Total General				\$ 9.765,23

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público HEE y HPAS

Dieta Hospitalaria

La dieta hospitalaria incluye los alimentos que se le proporcionan al paciente mientras permanece hospitalizado y bajo prescripción del médico. Contempla desayuno, almuerzo, merienda y dos refrigerios (Tarifario de Prestaciones de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

Bajo la misma metodología de análisis de cálculo de días de cuidado y manejo diario se determinan tres días en el cual se recibe dieta hospitalaria de acuerdo a la prescripción dada por el médico a cargo de cada caso en particular.

En la siguiente Tabla 25 se muestran el valor correspondiente a los alimentos para cada uno de los años de análisis.

Tabla 25 Cálculo de costos de dieta hospitalaria Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	Nº Pacientes Atendidos	Dieta Hospitalaria	Días	Total
2008	375	\$ 2,62	3	\$ 2.949,73
2009	370	\$ 2,63	3	\$ 2.924,14
2010	345	\$ 2,64	3	\$ 2.730,94
2011	333	\$ 2,64	3	\$ 2.632,52
2012	346	\$ 2,65	3	\$ 2.750,70
Total General				\$ 13.988,04

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público HEE y HPAS

Derechos de sala de cirugía y uso de quirófano

El derecho de sala de cirugía incluye la dotación básica del quirófano, uso de equipos convencionales, accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril, materiales, suministros e insumos fungibles de uso colectivo y la cobertura de atención del personal, con excepción de los cirujanos, anestesiólogos y ayudantes, para lograr el cálculo de los derechos de sala se ha establecido una complejidad de tercer nivel debido a los hospital en el que realiza la investigación son hospitales de especialidades y el tiempo promedio estimado de treinta minutos de uso de quirófano (Tarifario de Prestaciones de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

Se calcula un procedimiento básico de complejidad baja en función del análisis de las historias clínicas. En la Tabla 26 se muestra los valores correspondientes al derecho de sala para cada año.

Tabla 26 Cálculo de costos de derecho de sala de cirugía Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	Nº Pacientes Atendidos	Derecho de sala de cirugía	Días	Total
2008	375	\$ 14,13	1	\$ 5.298,38
2009	370	\$ 14,20	1	\$ 5.252,42
2010	345	\$ 14,22	1	\$ 4.905,38
2011	333	\$ 14,20	1	\$ 4.728,61
2012	346	\$ 14,28	1	\$ 4.940,88
Total General				\$ 25.125,68

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público HEE y HPAS

Sala de Recuperación

La sala de recuperación incluye la utilización de los equipos, accesorios e implementos, ropas reutilizables, servicios de enfermería, suministros e insumos fungibles de uso colectivo. En esta sala no se considera el tiempo de permanencia en el cálculo de los costos pero si el nivel de complejidad (Tarifario de Prestaciones de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

Se considera un nivel de complejidad bajo con resolución media, bajo el perfil del hospital de tercer nivel lo que establece los valores para cada año de análisis a continuación en la Tabla 27.

Tabla 27 Cálculo de costos de derecho sala de recuperación Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	Nº Pacientes Atendidos	Derecho de sala de Recuperación	Días	Total
2008	375	\$ 5,94	1	\$ 2.226,21
2009	370	\$ 5,96	1	\$ 2.206,90
2010	345	\$ 5,97	1	\$ 2.061,08
2011	333	\$ 5,97	1	\$ 1.986,81
2012	346	\$ 6,00	1	\$ 2.076,00
Total General				\$ 10.557,01

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público HEE y HPAS

Materiales de cirugía- materiales de uso menor (fungibles) que se utilicen en procedimientos quirúrgicos

Son materiales de uso menor que se utilizan en procedimientos quirúrgicos los cuales se facturan de acuerdo al tiempo utilizado (Tarifario de Prestaciones de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

Bajo el perfil diseñado en función de las historias clínicas que corresponde a la muestra analizada se determina un tiempo de treinta y uno a cuarenta y cinco minutos de derecho de sala de cirugía en circunstancias de baja complejidad y moderada severidad.

Por lo cual se utiliza el promedio de los valores de materiales de uso menor de fungibles de quince minutos que corresponde a los valores para cada uno de los años detallados a continuación en la Tabla 28.

Tabla 28 Cálculo de costos de materiales de uso menor Hospital Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez

Año	Nº Pacientes Atendidos	Materiales de uso menor (Fungibles)	Días	Total
2008	375	\$ 3,00	1	\$ 1.124,24
2009	370	\$ 3,01	1	\$ 1.114,49
2010	345	\$ 3,02	1	\$ 1.040,85
2011	333	\$ 3,01	1	\$ 1.003,34
2012	346	\$ 3,03	1	\$ 1.048,38
Total General				\$ 5.331,29

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público HEE y HPAS

Laboratorio

En el caso de laboratorio clínico, se diferencian las unidades de valor relativo por tipo de pruebas de laboratorio (Tarifario de Prestaciones de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012). Para el caso de análisis se utiliza un promedio de los exámenes más utilizados que aparecen en las historias clínicas trabajadas referentes a violencia juvenil.

Los exámenes más recurrentes encontrados en las historias clínicas analizadas bajo el perfil de violencia juvenil son:

- Examen Elemental y Microscópico de orina (E.M.O)
- Hemograma Completo
- Urinálisis Completo
- Heces por parásitos
- Sangre oculta
- Perfil renal
- Perfil lipídico
- Perfil hepático,
- Perfil triode
- Perfil básico metabólico
- Sustancias psicotrópicas, drogas en orina.

Se calculó un costo promedio de exámenes realizados bajo las características específicas de la muestra que determinan un código CIE-10 en el rango X85-Y09, edad predeterminada entre 15 y 35 años de edad.

En la Tabla 29 se muestra los valores determinados para el conjunto de exámenes de laboratorio en cada uno de los años analizados en la investigación.

Tabla 29 Cálculo de costos de exámenes de laboratorio Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	Nº Pacientes Atendidos	Laboratorio	Días	Total
2008	375	\$ 25,73	1	\$ 9.646,92
2009	370	\$ 25,85	1	\$ 9.563,24
2010	345	\$ 25,89	1	\$ 8.931,36
2011	333	\$ 25,85	1	\$ 8.609,52
2012	346	\$ 26,00	1	\$ 8.996,00
Total General				\$ 45.747,03

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público HEE y HPAS

Servicios Profesionales Médicos

Se calcula la prestación de servicios otorgados por los médicos dependiendo de la institución en la que se preste el servicio, normado de acuerdo a las características de organización y funcionamiento de cada uno de las unidades de atención, conforme cinco criterios específicos:

- Tiempo
- Complejidad
- Severidad de la enfermedad
- Riesgo para el paciente
- Riesgo para el médico

La aplicación de códigos y unidades se realizará considerando la variable de complejidad (Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

En la consulta curativa de primer nivel, para problemas agudos, se reconocerá la primera consulta y máximo dos subsecuentes por motivo de consulta. Este proceso integral se denominará evento en función al Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud 2012 y las historias clínicas analizadas en los dos hospitales que abarca la investigación.

Honorarios por estadía del paciente

En el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012 se consideran los honorarios del médico en función del período de tiempo que el médico permanece en el piso y las actividades rutinarias detalladas a continuación:

1. Revisa historia clínica
2. Examina al paciente
3. Escribe indicaciones y evolución
4. Comunica a otros médicos respecto al paciente
5. Habla con los familiares
6. Revisa radiografías, resultados de patología.

Dentro de los honorarios por estadía se encuentra el cuidado inicial en el hospital y el subsecuente.

Cuidado inicial en el hospital

Cuidado hospitalario inicial por día, tiene como objetivo la evaluación y manejo de un paciente que requiere de tres componentes según el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

1. Historia clínica completa
2. Examen Físico Completo
3. Decisión médica de baja complejidad

El tiempo aproximado de consulta o cuidado es de treinta minutos.

Se toma en consideración esta tarifa de cuidado intrahospitalario inicial en el hospital en función de la baja complejidad y moderada severidad de la enfermedad o herida que requiera de asistencia sanitaria por causa de violencia juvenil bajo el código de agresión CIE -10 en el rango X85-Y09 en función de las historias clínicas analizadas.

En la Tabla 30 se muestra el valor correspondiente para cada uno de los años de análisis en cuidado inicial en el hospital.

Tabla 30 Cálculo de costos cuidado inicial Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	N° Pacientes Atendidos	Cuidado inicial en el hospital	Días	Total
2008	375	\$ 12,37	1	\$ 4.637,94
2009	370	\$ 12,43	1	\$ 4.597,71
2010	345	\$ 12,45	1	\$ 4.293,92
2011	333	\$ 12,43	1	\$ 4.139,19
2012	346	\$ 12,50	1	\$ 4.325,00
Total General				\$ 21.993,77

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público HEE y HPAS

Cuidado hospitalario subsecuente

El cuidado hospitalario subsecuente incluye la revisión de la historia clínica y de los resultados de los estudios diagnósticos y cambios en el estado del paciente; el tiempo aproximado de consulta o revisión es de quince minutos (Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

Se toma en consideración esta tarifa de cuidado hospitalario subsecuente en función de la baja complejidad y moderada severidad de la enfermedad o herida que requiera de asistencia sanitaria por causa de violencia juvenil bajo el código de agresión CIE -10 en el rango X85-Y09 determinado en el análisis de las historias clínicas.

Los días (2 días) determinados para el cálculo de costos hospitalarios subsecuentes, se basan en el análisis de estadía por hospitalización y atención de mediana complejidad, reportadas en las historias clínicas de los hospitales. El primer día corresponde al procedimiento realizado y el segundo a la recuperación y observación a la que el paciente está expuesto.

En la Tabla 31 se muestra el valor para cada uno de los años de análisis en cuidado hospitalario subsecuente.

Tabla 31 Cálculo de costos cuidado hospitalario subsecuente Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	N° Pacientes Atendidos	Cuidado Hospitalario Subsecuente	Días	Total
2008	375	\$ 5,94	2	\$ 4.452,42
2009	370	\$ 5,96	2	\$ 4.413,80
2010	345	\$ 5,97	2	\$ 4.122,17
2011	333	\$ 5,97	2	\$ 3.973,62
2012	346	\$ 6,00	2	\$ 4.152,00
Total General				\$ 21.114,02

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público HEE y HPAS

Enfermería

El servicio de enfermería por día se encarga de la evaluación y cuidado de un paciente, posee los mismos tres componentes antes mencionados en el cuidado hospitalario, el tiempo aproximado de atención es de diez minutos (Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

Se calculan dos días de atención de enfermería ya que el resto de servicios se encuentran incluidos en los procesos antes mencionados, el primer día corresponde al procedimiento realizado y el segundo a la recuperación y observación a la que el paciente está expuesto.

En la Tabla 32 se muestran los valores correspondientes al cuidado por parte del personal de enfermería en cada uno de los años que integran la investigación.

Tabla 32 Cálculo de costos enfermería Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	Nº Pacientes Atendidos	Cuidado Enfermería	Días	Total
2008	375	\$ 8,90	2	\$ 6.678,63
2009	370	\$ 8,95	2	\$ 6.620,70
2010	345	\$ 8,96	2	\$ 6.183,25
2011	333	\$ 8,95	2	\$ 5.960,43
2012	346	\$ 9,00	2	\$ 6.228,00
Total General				\$ 31.671,02

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público HEE y HPAS

Imagen y Medicamentos

En la asistencia sanitaria con hospitalización se toma en cuenta las imágenes para detectar el problema a ser tratado al igual que la suministración de medicamentos desde el ingreso al hospital.

El perfil diseñado para asistencia sanitaria con hospitalización estima un valor promedio de imágenes de rayos x a ser utilizadas y un básico de medicamentos en función del tarifario del Ministerio de Salud Pública en el que indica que todo suministro médico, insumo o material de uso clínico-quirúrgico, que sea identificado de manera unitaria se facturará de manera individual al precio de compra (Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2012).

Este valor se calcula con la misma metodología utilizada en asistencia para emergencias respecto a las imágenes y medicamentos.

En la siguiente Tabla 33 se muestra los valores correspondientes a imagen y medicamentos en asistencia sanitaria con hospitalización para cada uno de los años correspondientes a la investigación.

Tabla 33 Cálculo de costos de imagen y medicamentos Hospital Eugenio Espejo y Hospital Pablo Arturo Suárez

Año	N° Pacientes Atendidos	Imagen y Medicamentos	Días	Total
2008	375	\$ 51,45	1	\$ 19.293,83
2009	370	\$ 51,69	1	\$ 19.126,48
2010	345	\$ 51,78	1	\$ 17.862,73
2011	333	\$ 51,71	1	\$ 17.219,03
2012	346	\$ 52,00	1	\$ 17.992,00
Total General				\$ 91.494,07

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público HEE y HPAS

Costos totales asistencia sanitaria con hospitalización

Los costos totales por asistencia sanitaria con hospitalización corresponden a la sumatoria de los valores calculados por cada uno de los procesos ejecutados, los cuales se diseñaron en el perfil de asistencia sanitaria con hospitalización en función de las historias clínicas y las estadísticas analizadas en el Hospital Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez con el fin de determinar el valor de las compensaciones económicas por asistencia sanitaria a causa de violencia juvenil en el DMQ.

Se determina el valor de las compensaciones económicas por asistencia sanitaria con hospitalización en función del perfil diseñado que integra a los siguientes procesos:

- Servicio de Habitación
- Cuidado y Manejo Diario
- Dieta Hospitalaria
- Derecho de sala de cirugía uso de quirófano
- Sala de recuperación
- Materiales de cirugía- materiales de uso menor (fungibles)
- Laboratorio
- Imágenes y medicamentos
- Servicios profesionales Cuidado inicial
- Cuidado hospitalario subsecuente
- Enfermería

En la Tabla 34 se evidencia el costo total de cada uno de los procesos detallados en el perfil de cálculo de asistencia sanitaria con hospitalización y los que poseen mayor representatividad; las imágenes y los medicamentos corresponde al proceso más representativo, seguido de los Honorarios médicos que corresponden a la sumatoria del cuidado hospitalario inicial y subsecuente.

Tabla 34 Costos totales por proceso

Perfil asistencia sanitaria con hospitalización	Valores totales en dólares
Servicio Habitación	\$ 30.650,51
Cuidado y Manejo Diario	\$ 9.765,23
Dieta Hospitalaria	\$ 13.988,04
Derecho de sala de cirugía uso de quirófano	\$ 25.125,68
Sala de recuperación	\$ 10.557,01
Materiales de uso menor (fungibles)	\$ 5.331,29
Laboratorio	\$ 45.747,03
Cuidado hospitalario inicial	\$ 21.993,77
Cuidado hospitalario subsecuente	\$ 21.114,02
Enfermería	\$ 31.671,02
Imagen y medicamentos	\$ 91.494,07
Total	\$ 307.437,66

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez

Para calcular el valor total de las hospitalizaciones en los hospitales Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez, se encontró el valor unitario que corresponde a la sumatoria final de todos los procesos que se llevan a cabo para solventar la demanda de asistencia sanitaria con hospitalización a causa de violencia física juvenil.

Tabla 35 Valor unitario de las compensaciones económicas por año en asistencia sanitaria con hospitalización

Año	Total de Egresos Hospitalarios	100%	Valor Unitario	Total
2008	375	375	\$ 172,88	\$ 64.830,99
2009	370	370	\$ 173,70	\$ 64.268,64
2010	345	345	\$ 173,98	\$ 60.022,20
2011	333	333	\$ 173,75	\$ 57.859,25
2012	346	346	\$ 174,73	\$ 60.456,58
Total	1.769	1.769	-	\$ 307.437,66

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez

Es necesario encontrar el valor unitario en asistencia sanitaria por hospitalización para poder calcular los costos en función de una estimación de personas que han sufrido agresiones y demandan asistencia sanitaria, la razón para calcular la estimación de personas atendidas es debido al (sub)registro de parte de los médicos en la historias clínicas o a la falta de información del paciente que no identifica su lesión o enfermedad como una causa de violencia juvenil, esto no permite reportar un valor aproximado a la realidad del total de número de pacientes.

En función a la revisión de las historias clínicas, la investigación dentro de cada una de las instituciones de tercer nivel de atención sanitaria, las entrevistas con doctores expertos en el tema y estadísticos que manejan las bases de datos del hospital Eugenio Espejo; se contrastó la información del Observatorio de Seguridad Ciudadana de muertes por causas externas y lesiones a personas en el Distrito Metropolitano de Quito y se determinó que los casos reales que corresponde a asistencia sanitaria por violencia juvenil son el 20% del total de pacientes que ingresaron solicitando asistencia sanitaria en los dos hospitales.

Es importante recalcar que el porcentaje de personas que ingresan por emergencias a causa de violencia corresponde en promedio de los 5 años de análisis al 20% del total de casos existentes lo que permite validar el dato calculado en función del análisis de las historias clínicas del Hospital Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez.

En la Tabla 36 se muestra el número de pacientes totales por años que demandan asistencia sanitaria y hospitalización relacionada con violencia, de este total se ha determinado encontrar el 20% que corresponde a los pacientes que recibieron asistencia sanitaria en los dos hospitales de la investigación a causa de violencia física juvenil.

Tabla 36 Costos totales por asistencia sanitaria con hospitalización en los hospitales HEE y HPAS

Año	Total de Egresos Hospitalarios	20%	Valor Unitario	Total
2008	21.749	4.350	\$ 172,88	\$ 752.004,91
2009	19.211	3.842	\$ 173,70	\$ 667.386,39
2010	23.124	4.625	\$ 173,98	\$ 804.610,63
2011	21.943	4.389	\$ 173,75	\$ 762.525,89
2012	24.773	4.955	\$ 174,73	\$ 865.717,26
Total	110.800	22.160	-	\$ 3.852.245,07

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Bases de agresiones 2008-2012 Hospital Público Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez

Los costos totales por asistencia sanitaria con hospitalización con los datos correspondientes a las historias clínicas de los dos hospitales en las que se reporta la violencia o las agresiones como la causa de la demanda sanitaria ascienden a un valor de **\$ 307.437,66** como se muestra en la Tabla 35.

En la Tabla 36 se evidencia el cálculo del 20% del total de egresos hospitalarios; este número de personas nos permite identificar un valor de compensaciones económicas más cercano a la realidad.

Se multiplica el número de personas correspondientes al 20% del total con el valor unitario determinado para cada uno de los años mediante los procesos llevados a cabo para atender la demanda de asistencia sanitaria con hospitalización, el valor asciende a **\$ 3.852.245,07**.

La diferencia en los valores de compensación económica por asistencia sanitaria con hospitalización de **\$ 3.544.807,41** se debe a la falta de registro antes mencionado. En asistencia sanitaria con hospitalización la diferencia en los valores encontrados con datos de las historias clínicas y con la estimación del 20% del total de casos es más de 3 millones, esta es la razón por la cual después de analizar y calcular los datos registrados como violencia juvenil o agresiones, se determina incluir las estadísticas de los hospitales y no solo los datos registrados en las historias clínicas.

Esto permite que la investigación refleje un valor más cercano a la realidad de los hospitales en el Distrito Metropolitano de Quito y se pueda comparar con el presupuesto asignado a las unidades de tercer nivel.

Capítulo 2: Presupuesto y asignación de los hospitales públicos

En este capítulo se analiza la asignación del presupuesto entregado por parte del Estado al Distrito Metropolitano de Quito en el área de salud; con este análisis se evidencia la representatividad que tienen los costos de la violencia física juvenil por asistencia sanitaria dentro del presupuesto.

Para analizar el presupuesto asignado al DMQ es necesario definir y entender el presupuesto del gobierno central y como este es asignado.

El Presupuesto General del Estado es el instrumento fundamental de la política fiscal, es la estimación de los recursos financieros que tiene el país; contiene los ingresos (venta de petróleo, recaudación de impuestos, etc.) y los gastos (de servicio, producción y funcionamiento estatal para educación, salud, vivienda, agricultura, seguridad, transporte, electricidad, etc. De acuerdo a las necesidades identificadas en los sectores y a la planificación de programas de desarrollo. Mediante la asignación el gobierno influye en los agregados macroeconómicos (MEF, 2010).

En el Ecuador el presupuesto del Gobierno Central (PGC) es la parte del presupuesto general del estado (PGE) directamente administrada por el Gobierno y sus instituciones, a través del Ministerio de Finanzas (MSP, 2014)

La institución que controla y regula el área de salud en el Ecuador es el Ministerio de Salud Pública, el cual forma parte del presupuesto general del estado como parte del Gobierno Central; esta entidad se encarga de ejercer la rectoría, regula la asignación del presupuesto y la planificación; controlando así la gestión de la salud pública ecuatoriana (MSP, 2014).

El Ministerio de Salud Pública realiza la asignación del presupuesto a los hospitales públicos que se encuentran bajo su control y rectoría. Para realizar esta asignación el ente rector clasifica las unidades y los servicios de salud en tres niveles de atención en función de la complejidad técnica, los recursos médicos y la capacidad instalada (MSP, Tarifario 2012: 14)

El primer nivel de atención corresponde a las áreas de salud o unidades de atención donde se encuentran los puestos de salud, los consultorios generales, los centros de salud rurales y urbanos (MSP, Tarifario 2012: 14).

El segundo nivel de atención está conformado por los consultorios médicos u odontológicos de especialidades, los centros de especialidad, los hospitales básicos y los hospitales generales (MSP, Tarifario 2012: 14).

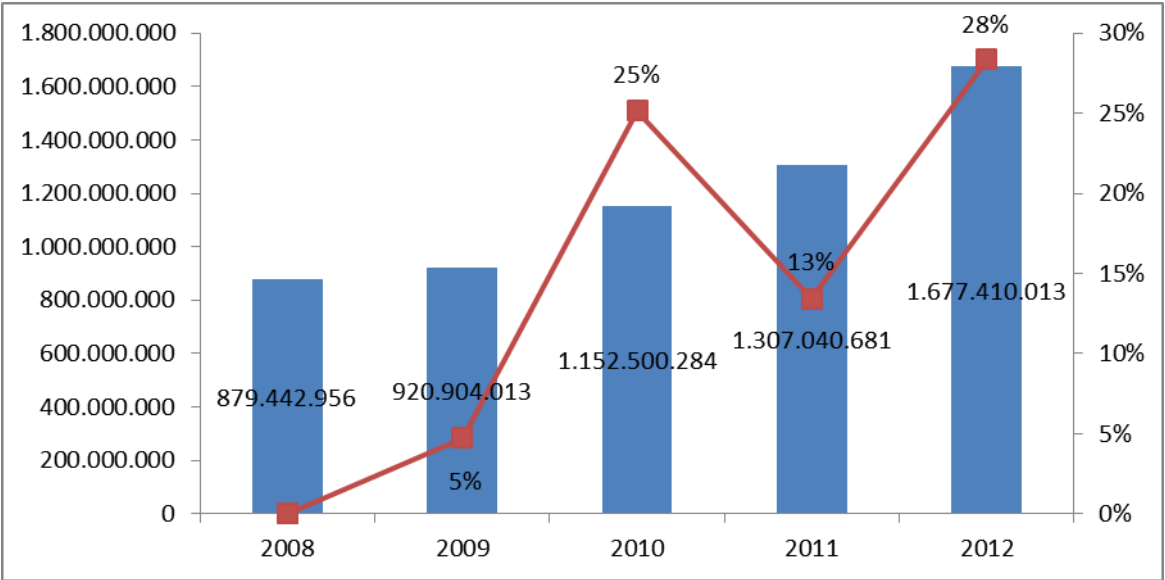
El tercer nivel de atención corresponde a los centros especializados, hospitales de especialidades y especializados (MSP, Tarifario 2012: 14).

Una vez determinado la distribución del presupuesto dentro del sector salud por parte del MSP y los niveles de atención es indispensable analizar el presupuesto desde una perspectiva amplia. El presupuesto total entregado al Ministerio de Salud Pública, el presupuesto del Distrito Metropolitano de Quito, el presupuesto de los hospitales analizados en la muestra que corresponden al tercer nivel de atención para comprender efectivamente la asignación y su representatividad.

Se analiza el presupuesto devengado total del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ya que este corresponde a las obligaciones de pago derivado del gasto comprometido previamente registrado en función de la planificación del sector salud.

En el siguiente Gráfico 14 se muestra el crecimiento sostenido del Presupuesto General del Estado otorgado al sector salud; en el cual se evidencia un crecimiento del 5% del año 2008 al 2009 para el siguiente año el crecimiento corresponde a 25%. En el periodo 2010 al 2011 el crecimiento tiende a ser menor pero mantienen su tendencia con 13%; para el periodo 2011 al 2012 el crecimiento es del 28% llegando a un valor de 1.677.410 dólares (MEF, 2014).

Gráfico 14 Presupuesto Ministerio de Salud Pública con variación porcentual anual



Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto anual)

Según datos oficiales del Ministerio de Finanzas del Ecuador, el presupuesto del MSP aumento en 91 % desde el año 2008 al 2012; esto se debe al aumento del gasto en salud por parte del gobierno central (MEF, 2014).

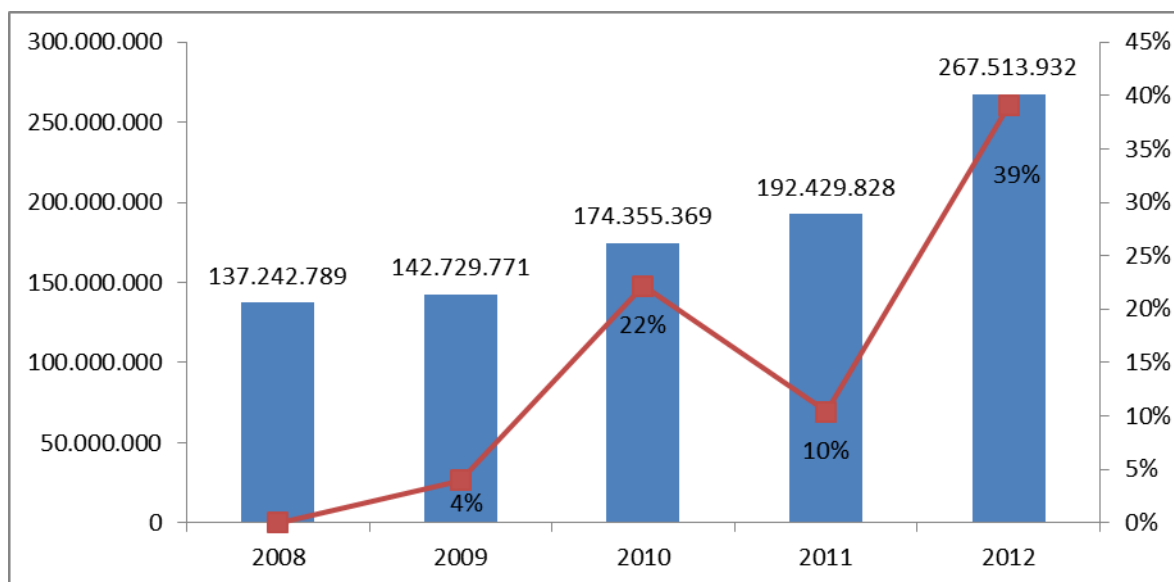
En el Distrito Metropolitano de Quito la asignación del presupuesto mantiene la tendencia similar al presupuesto total del MSP; esto se debe a que el presupuesto es trasladado a cada una de las provincias y los sectores en función de las necesidades específicas y la población que integra. La representatividad corresponde a la capacidad instalada de las unidades que prestan servicios de salud, la cantidad demanda de los servicios y las características específicas de la población (Roger, 2012).

En el siguiente Gráfico 15 se resalta la tendencia al alza que muestra el Presupuesto total del MSP el cual se ve trasladado al DMQ en función de su representatividad y la importancia del área a la que corresponde, evidenciando su alta demanda de servicios de salud y el acceso de la población a estos.

El crecimiento en el periodo 2008 -2009 corresponde al 4% el cual es menor en un punto porcentual al crecimiento del presupuesto total del MSP, esto se mantiene durante los 2 siguientes periodos con

un crecimiento evidente pero menor al presupuesto total. En el periodo 2011-2012 el crecimiento corresponde al 39% superando en 11 puntos porcentuales al presupuesto total del MSP, lo que nos muestra una asignación más representativa en función de las necesidades de DMQ y el aumento en la demanda de asistencia sanitaria.

Gráfico 15 Presupuesto Distrito Metropolitano de Quito con variación porcentual anual



Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto anual)

En los indicadores sociales georeferenciados del Distrito publicados en el Barómetro de Quito en su segunda publicación sobre temas de salud para el año 2007; indica que el 79% del total asignado a la provincia de Pichincha corresponde al Cantón Quito, además de recalcar que esta asignación presupuestaria está dada en base a la distribución poblacional, con el 77% del total poblacional provincial correspondiente al cantón Quito (Salud de altura, 2007:5).

Se comparó el presupuesto asignado al DMQ con el presupuesto del MSP; este corresponde en promedio al 15% en el periodo 2008 -2012; como se muestra en la siguiente Tabla 37 con los porcentajes correspondientes a cada año.

Tabla 37 Porcentaje de participación del Distrito Metropolitano de Quito en el Presupuesto General del MSP.

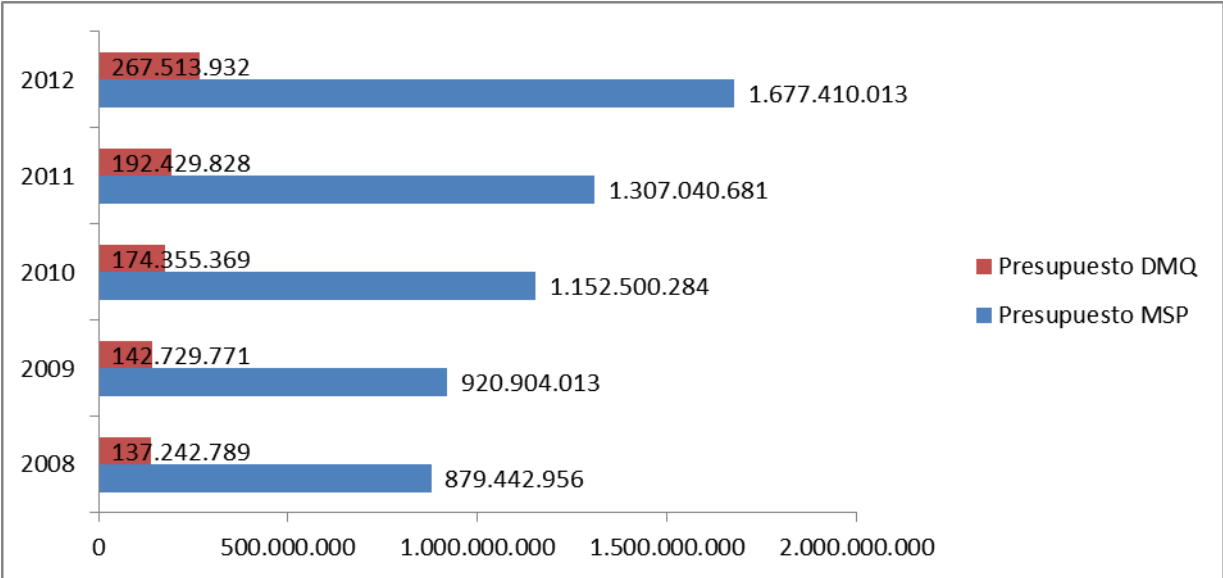
Año	Porcentaje	Presupuesto Devengado DMQ en Dólares
2008	16%	\$137.242.788,61
2009	15%	\$142.729.770,96
2010	15%	\$174.355.368,65
2011	15%	\$192.429.828,33
2012	16%	\$267.513.932,10

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto)

En el siguiente Gráfico 16 se compara la participación del Presupuesto del DMQ con respecto al Presupuesto entregado al MSP por parte del Gobierno central, el total del presupuesto es entregado al sector salud a toda la división político- administrativa que son las 24 provincias; de este total solo el Distrito Metropolitano de Quito abarca el 16%. Es por esto que el DMQ es un referente en el cálculo de costos por su representatividad.

Gráfico 16 Presupuesto MSP en comparación con el Presupuesto DMQ



Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto)
 Elaboración: Estefany Reinoso

Al analizar los recursos destinados para el sector salud en el Distrito Metropolitano de Quito, se observa que del total del presupuesto, la asignación se divide para todas las unidades en función de los niveles de atención por la complejidad del servicio.

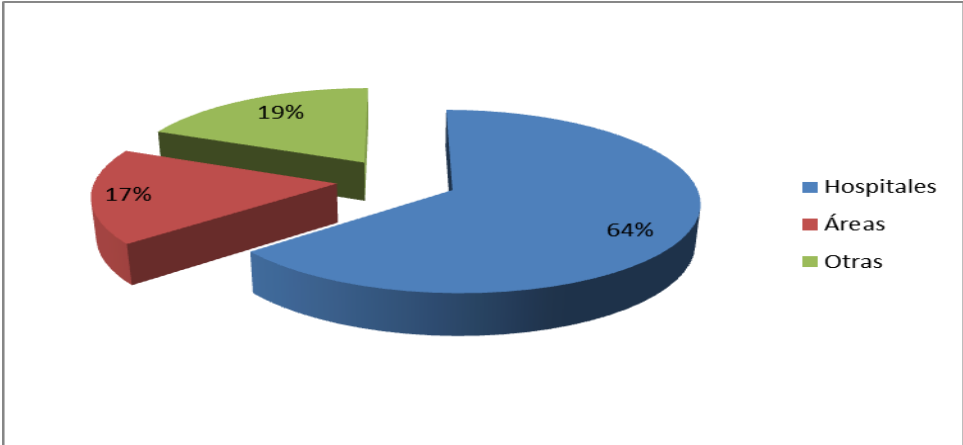
Dentro del período analizado se muestra que el Sistema Nacional de Salud del país se caracteriza por ser centralizado y desarticulado a la oferta de los servicios de salud, y se mantiene en un enfoque biologista-curativo que centra la atención en la enfermedad y atención hospitalaria con programas que limitan la posibilidad de tener una atención integral e integrada para toda la población (MAIS, 2012).

Es por esta razón que el Ministerio de Salud Pública toma en relevancia el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), una herramienta que enfoca su contenido en la familia, la comunidad y la sociedad permitiendo la integralidad de los tres niveles de atención de la red de salud con el ideal de descongestionar el Sistema Nacional de Salud por medio de la atención primaria hacia la promoción de la salud y prevención de las enfermedades (MAIS, 2012).

Para evidenciar estas características de sector salud en el Ecuador; se analiza la distribución del presupuesto del DMQ que es representativo, en cada uno de los años.

En el Gráfico 17 correspondiente al año 2008 el 64% del presupuesto se destinó a atención de segundo y tercer nivel por medio de los hospitales de especialidades. El 17% corresponde a la atención de primer nivel en las áreas de salud que son 16 en el distrito con excepción de las áreas 14 y 18 que cuentan con hospitales básicos y el 19% restante corresponde a otras instituciones y al Ministerio de Salud Pública (MSP, 2014).

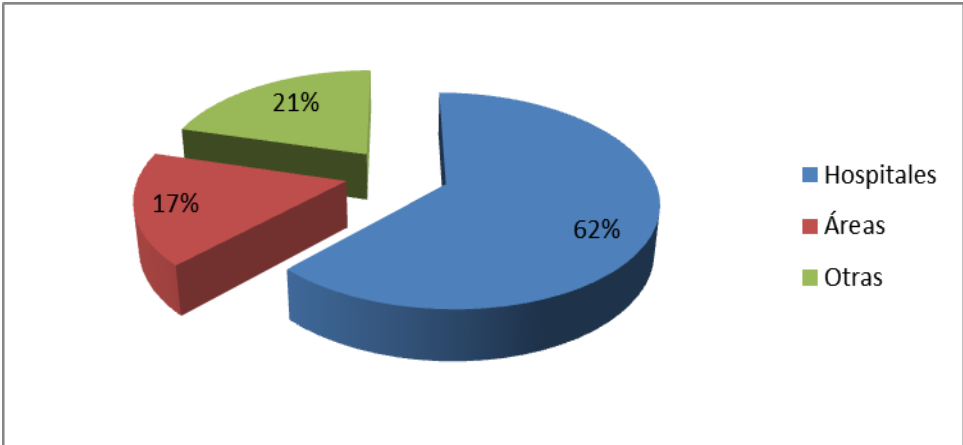
Gráfico 17 Distribución del Presupuesto de Distrito Metropolitano de Quito - 2008



Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto)

En el Gráfico 18 correspondiente al año 2009, la distribución del presupuesto asignado al DMQ, continua con su porcentaje más alto en la atención de segundo y tercer nivel con 62% frente al 17% que se mantiene con referencia al año anterior dirigido a la atención de primer nivel en las áreas de salud; el porcentaje correspondiente a otras instituciones y al Ministerio de Salud Pública aumenta en 2 puntos porcentuales en comparación del año 2008 (MSP, 2014).

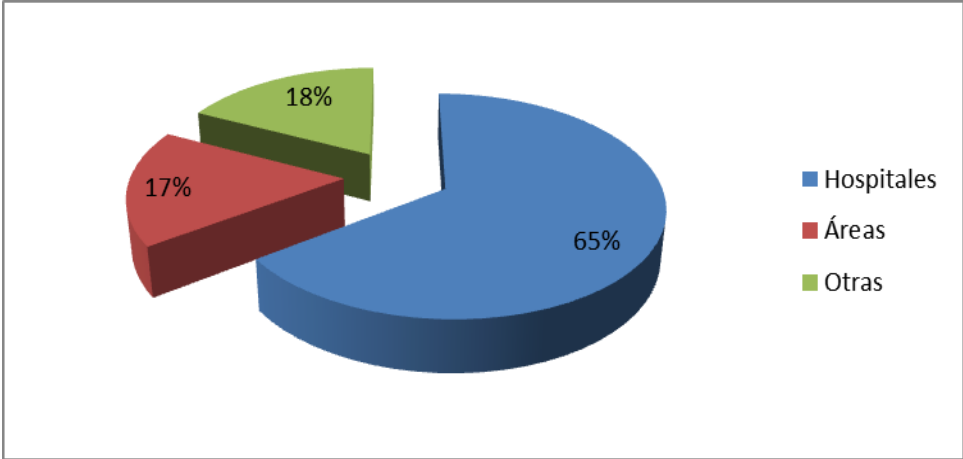
Gráfico 18 Distribución del Presupuesto de Distrito Metropolitano de Quito - 2009



Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto)

En el año 2010, se evidencia en el Gráfico 19 el crecimiento del presupuesto en 3 puntos porcentuales hacia el segundo y tercer nivel de atención desde el presupuesto asignado hacia otras instituciones y al Ministerio de Salud Pública, mientras que la atención de primer nivel en las áreas de salud se mantienen con 17 % (MSP, 2014).

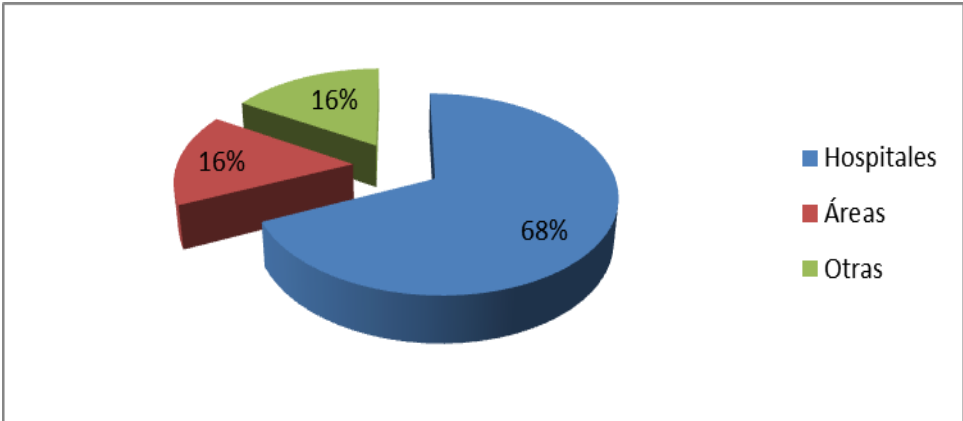
Gráfico 19 Distribución del Presupuesto de Distrito Metropolitano de Quito - 2010



Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto)

En el Gráfico 20 correspondiente al año 2011, se puede observar un crecimiento de 3 puntos porcentuales respecto al año anterior mantiene un crecimiento constante en los dos años anteriores hacia el segundo y tercer nivel de atención, el presupuesto asignado hacia otras instituciones y al Ministerio de Salud Pública presenta una variación mínima de 2 puntos porcentuales, mientras que la atención de primer nivel en las áreas de salud decrece respecto al año anterior como se puede ver en el siguiente gráfico (MSP, 2014).

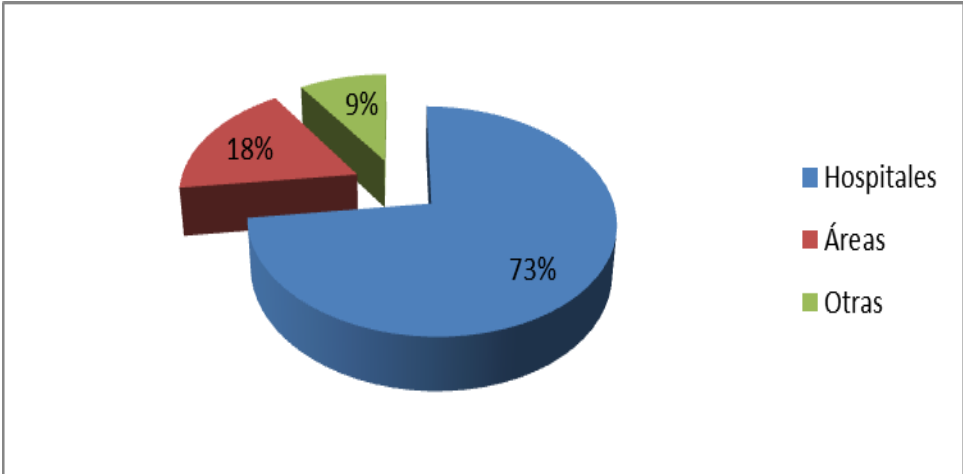
Gráfico 20 Distribución del Presupuesto de Distrito Metropolitano de Quito - 2011



Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto)

Para el año 2012 en el Gráfico 21 se muestra el aumento en el porcentaje de distribución entregado a las áreas de salud de primer nivel al 18% conforme al Modelo de Atención Integral de salud (MAIS) priorizando el primer nivel de atención para prevenir enfermedades y promocionar la salud, el porcentaje entregado a otras entidades y el Ministerio de Salud Pública continúa en decrecimiento con una disminución de 7 puntos porcentuales y se evidencia un aumento de 5 puntos porcentuales del segundo y tercer nivel de atención con un total de 73% (MSP, 2014).

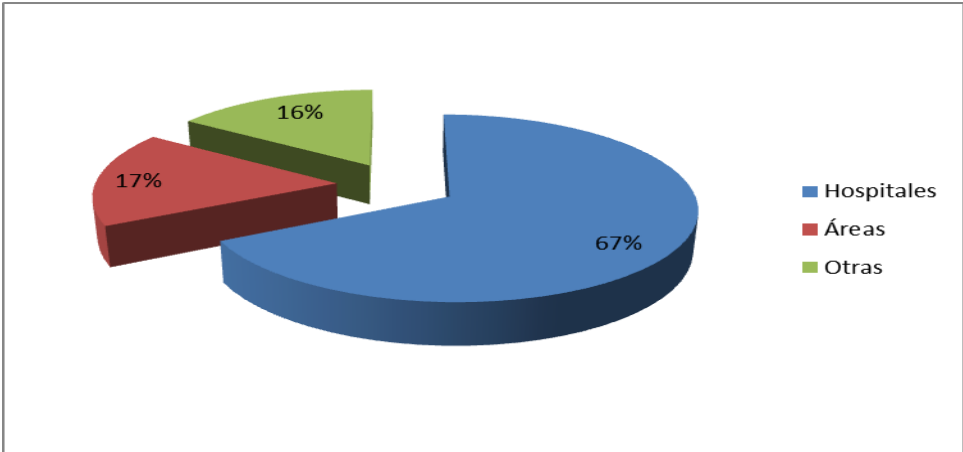
Gráfico 21 Distribución del Presupuesto de Distrito Metropolitano de Quito - 2012



Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto)

En promedio de los 5 años analizados se evidencia la importancia de segundo y tercer nivel de atención ya que es el nivel más demandante de recursos y atiende el mayor número de demanda sanitaria, la distribución en promedio corresponde al 67% para hospitales de especialidades como se muestra en el siguiente Gráfico 22 (MSP, 2014).

Gráfico 22 Distribución del Presupuesto de Distrito Metropolitano de Quito - Promedio



Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto)

En el periodo 2008-2012 el presupuesto asignado para cada año se distribuye en función de la demanda de asistencia sanitaria y los recursos existente, se evidencia que el sistema de salud en el Ecuador no está centrado en la prevención de las enfermedades o evitar el requerimiento de asistencia sanitaria de segundo y tercer nivel (MSP, 2014).

Los costos de este nivel en función del tarifario de MSP se muestran más altos debido a que se utiliza mayor indumentaria, médicos, personal especialistas y procedimientos de mayor riesgo y dificultad (Tarifario de Prestaciones para el Sistema de Salud, 2012).

Al analizar los resultados de los presupuestos asignados para cada uno de los niveles de atención de salud, se evidencia que el segundo y tercer nivel de atención toma la mayor parte de recursos asignados al Distrito Metropolitano de Quito en función del tipo de demanda sanitaria existente.

Debido a la representatividad que posee los hospitales de especialidades en el presupuesto del Distrito Metropolitano de Quito, se debe analizar la asignación del presupuesto específico para este nivel, el cual corresponde a los hospitales con los que se calculó los costos por asistencia sanitaria desencadenada por violencia juvenil en el DMQ.

La asignación presupuestaria para el segundo y tercer nivel en el DMQ corresponde a los 9 hospitales de especialidades que se encuentran en la delimitación geo referencial del Municipio de Quito.

Tabla 38 Presupuesto de las unidades hospitalarias de tercer nivel en el DMQ

Unidades Hospitalarias DMQ	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital De Especialidades Eugenio Espejo	21.811.476	23.308.705	31.787.392	36.028.719	66.472.947
Hospital Pediátrico Baca Ortiz	20.238.920	20.858.145	25.335.649	31.530.125	48.453.478
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora	11.363.325	10.057.793	13.210.451	15.665.427	17.416.315
Hospital Psiquiátrico Julio Endara	2.515.952	2.265.694	2.676.926	2.766.215	4.022.791
Hospital Psiquiátrico San Lázaro	2.987.244	3.061.842	3.707.493	3.075.502	3.607.465
Hospital Dermatológico Gonzalo González	2.502.515	2.396.818	2.519.938	2.678.717	3.305.515
Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez	9.515.361	9.406.952	12.949.158	17.375.951	20.145.560
Hospital Provincial General Enrique Garcés	15.342.503	15.989.748	19.628.027	20.390.433	29.464.038
Hospital De Atención Integral Del Adulto Mayor	1.776.733	1.538.386	1.736.869	1.871.229	2.382.323
Total General	88.054.029	88.884.082	113.551.903	131.382.318	195.270.433

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto)

En la Tabla 38 se muestran los valores asignados a cada uno de las unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel, el Hospital Eugenio Espejo y Hospital Baca Ortiz son las dos unidades hospitalarias con mayor presupuesto.

El Hospital Eugenio Espejo mantiene un crecimiento en su presupuesto desde al año 2008, ha duplicado su asignación, consecuentemente con el mayor número de atención y acceso de los ciudadanos a la unidad hospitalaria.

Para identificar la representatividad de cada uno de las unidades hospitalaria y encontrar el valor total del presupuesto de los dos hospitales trabajados en la muestra de esta investigación, se analiza los datos porcentuales de las asignaciones presupuestarias de segundo y tercer nivel.

En la siguiente Tabla 39 se muestra la representatividad sobre los presupuestos entregados a las unidades hospitalarias en el DMQ, el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo con 25% para el año 2008 y aumenta hasta el 34% en el año 2012.

El Hospital Pediátrico Baca Ortiz con 23% en el año 2008 que aumenta hasta 25% en el año 2012. El Hospital Provincial General Enrique Garcés con 17% en el año 2008 y una disminución de 2 puntos porcentuales para el 2012.

El Hospital Gineco obstétrico Isidro Ayora con el 13% en el 2008 con una disminución de 4 puntos porcentuales para el año 2012. El Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez con 11% para el 2008 con una disminución de un punto porcentual para el año 2012 del total de presupuesto asignado a segundo y tercer nivel de atención como se muestra en la Tabla 39.

Tabla 39 Porcentaje del Presupuesto de las unidades hospitalarias del DMQ - Interperiodos

Unidades Hospitalarias DMQ	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital De Especialidades Eugenio Espejo	25%	26%	28%	27%	34%
Hospital Pediátrico Baca Ortiz	23%	23%	22%	24%	25%
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora	13%	11%	12%	12%	9%
Hospital Psiquiátrico Julio Endara	3%	3%	2%	2%	2%
Hospital Psiquiátrico San Lázaro	3%	3%	3%	2%	2%
Hospital Dermatológico Gonzalo González	3%	3%	2%	2%	2%
Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez	11%	11%	11%	13%	10%
Hospital Provincial General Enrique Garcés	17%	18%	17%	16%	15%
Hospital De Atención Integral Del Adulto Mayor	2%	2%	2%	1%	1%
Total General	100%	100%	100%	100%	100%

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto)

Al sumar el total promedio de los cinco hospitales con mayor porcentaje de asignación para el análisis de demanda sanitaria por violencia Juvenil corresponde al 91% del total del presupuesto asignado el cual puede ser identificado en la Tabla 40.

Tabla 40 Porcentaje del Presupuesto de las unidades hospitalarias con el 91% de asignación del DMQ

Unidades Hospitalarias con el 91% de asignación	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital De Especialidades Eugenio Espejo	25%	26%	28%	27%	34%
Hospital Pediátrico Baca Ortiz	23%	23%	22%	24%	25%
Hospital Provincial General Enrique Garcés	17%	18%	17%	16%	15%
Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez	11%	11%	11%	13%	10%
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora	13%	11%	12%	12%	9%

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto)

Se descartó los dos Hospitales especializados; tanto el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora y el Hospital Pediátrico Baca Ortiz que no corresponden a unidades hospitalarias especializadas, en el que su demanda se encuentra estrechamente ligada a la salud y cuidado materno y del niño.

Los hospitales que presentan emergencias y demanda sanitaria con relación a violencia juvenil corresponden al 56% en promedio del presupuesto total asignado al DMQ.

El Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y el Hospital Provincial Pablo Arturo Suárez con los que se calcula los costos de asistencia sanitaria en la investigación representan el 39% del presupuesto total asignado al DMQ en promedio de los 5 años de análisis como se muestra en la siguiente Tabla 41.

Tabla 41 Porcentaje del Presupuesto de las unidades hospitalarias que corresponden a la muestra de la investigación

Unidades Hospitalarias de la muestra en el DMQ	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital De Especialidades Eugenio Espejo	25%	26%	28%	27%	34%
Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez	11%	11%	11%	13%	10%

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto)

La asignación presupuestaria y los valores correspondientes para cada uno de los hospitales que pertenecen al Distrito Metropolitano de Quito se determina (Hospital Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez) que corresponden al 39% en promedio del presupuesto asignado al DMQ y al 72% de casos de atención sanitaria por violencia (HEE, 2012).

Al contrastar los datos con los costos calculados por asistencia sanitaria que necesita hospitalización y emergencias que se relacionan con violencia juvenil, el valor más representativo corresponde a emergencias principalmente del Hospital Pablo Arturo Suárez ya que atienden al 68% de casos de emergencia por violencia que no necesitan hospitalización, corresponde a luxaciones, fracturas o heridas menores.

Se concluye el análisis de asignación y presupuesto a las unidades hospitalarias de tercer nivel en el Distrito Metropolitano de Quito, con este análisis y los valores finales encontrados, se procede a comparar la asignación con los valores de compensaciones económicas por emergencia y hospitalización a causa de violencia física juvenil.

El costo total por hospitalización asciende a \$ 2.287.166,57 y los costos totales por emergencias a \$ 4.192.413,76 en los casos relacionados a violencia juvenil para el periodo del 2008 al 2010 se observa un crecimiento sostenible de los costos en cada uno de los años de análisis; a partir del año 2011 los costos decrecen, esto se evidencia en la inflación del sector salud y al número de casos de violencia reportados.

El porcentaje de aumento en los casos de violencia corresponde al 13% en asistencia sanitaria con hospitalización y 22% en emergencia desde el inicio del análisis en el año 2008 hasta el año 2012. La evidencia metodológica ha confirmado que no solo existe un aumento del número de casos de homicidios, accidentes de tránsito, muertes accidentales sino también un aumento en el registro de cada una de estos fenómenos.

Tabla 42 Costos totales de las compensaciones económicas por hospitalización y emergencia a causa de violencia juvenil en el Distrito Metropolitano de Quito

Año	Valor compensación económica por Hospitalización	Valor compensación económica por Emergencia
2008	\$ 752.004,91	\$ 719.274,24
2009	\$ 667.386,39	\$ 833.785,62
2010	\$ 804.610,63	\$ 942.750,83
2011	\$ 762.525,89	\$ 804.400,69
2012	\$ 865.717,26	\$ 892.202,38
Total	\$ 3.852.245,07	\$ 4.192.413,76

Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto)

La Tabla 42 evidencia el valor de la compensación económica total por asistencia sanitaria en hospitalización y emergencias para los Hospital Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez que se encuentran en el Distrito Metropolitano el cual asciende a \$ 8.044.658,83 solo considerando la población en edad vulnerable que corresponde a los jóvenes y jóvenes adultos entre 15-35 años.

La sumatoria de la asistencia sanitaria por hospitalización y emergencias de los hospitales Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez representan menos del 4% del presupuesto asignado a estos mismos hospitales, en la Tabla 43 se muestra la asignación total.

Tabla 43 Asignación presupuestaria de los Hospitales Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez

Año	Hospital De Especialidades Eugenio Espejo	Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez	Total DMQ
2008	\$ 21.811.476,00	\$ 9.515.361,00	\$ 31.328.845,00
2009	\$ 23.308.705,00	\$ 9.406.952,00	\$ 32.717.666,00
2010	\$ 31.787.392,00	\$ 12.949.158,00	\$ 44.738.560,00
2011	\$ 36.028.719,00	\$ 17.375.951,00	\$ 53.406.681,00
2012	\$ 66.472.947,00	\$ 20.145.560,00	\$ 86.620.519,00
Total General	\$ 179.409.239,00	\$ 69.392.982,00	\$ 248.812.271,00

Elaboración: Estefany Reinoso
Fuente: Ministerio de Salud Pública (Presupuesto)

Para los hospitales públicos analizados en el DMQ el valor utilizado en atender los casos de violencia juvenil no son significativos, aunque utilizan capacidad instalada. Es importante recalcar que solo corresponden a una parte de la población, y que muchos de los casos desembocan en muerte y no se consideran en el presupuesto de asistencia sanitaria. El valor correspondiente en lugar de ser utilizado para las compensaciones económicas a los servicios de salud pueden ser utilizados en programas de prevención de violencia, y en este caso el valor es significativo para invertir en programas y proyectos con altas tasa de retorno que implican el desarrollo integral del niño y adolescente.

Capítulo3: Políticas públicas y prevención

Las políticas públicas son instrumentos de respuesta a problemas que aquejan a la sociedad y que causan malestar general en la población. Además son de interés de la mayoría de habitantes ya que afectan de cierta manera el desarrollo y crecimiento integral de los ciudadanos y del país.

Las políticas públicas se pueden identificar como decisiones tomadas por los gobiernos, las cuales se proclaman a través de leyes con el fin de garantizar los derechos humanos, vinculando necesidades sociales desde una perspectiva política con el fin de garantizar mayor equidad. Se busca intervenir sectores estratégicos que generen cambios profundos en la política, el medio ambiente, la economía, la sociedad y la cultura (Constitución de la República del Ecuador, 2008: art 85).

Políticas públicas enfocadas en el fenómeno de violencia juvenil

La violencia juvenil es un tema de relevancia a nivel mundial, esto se evidencia en el incremento de los índices y estadísticas de varios países alrededor del mundo, existen numerosos estudios realizados por organizaciones mundiales entre ellas OMS, UNESCO y gobiernos locales que pretenden entender el fenómeno.

El origen del comportamiento violento y las agresiones en edades vulnerables, las potenciales causas, las consecuencias a nivel individual, social macro y micro económico, cuanto representa esto a las economías mundiales y principalmente como afecta todos los niveles de desarrollo y crecimiento (OMS,2002).

En la recopilación de información de investigaciones con el fin de resolver las varias interrogantes alrededor del fenómeno de violencia juvenil se concluye en una solución, evitar la violencia juvenil en lugar de luchar en contra del fenómeno existente.

La solución que se plantea se enmarca en programas e intervenciones que promuevan el desarrollo saludable de los jóvenes y prevengan la violencia juvenil desde la raíz del problema.

Esta investigación basa su análisis en los costos económicos de la asistencia sanitaria por violencia juvenil y como estos recursos pueden ser utilizados en programas y lineamientos de prevención de la violencia juvenil por medio de la promoción de desarrollo saludable.

El concepto de promoción de desarrollo saludable como forma de prevención de la violencia aparece al final de la década de los años 80 e inicios de los 90 según Cardia, (2005) autora del estado del arte de la promoción de los programas para evitar la violencia juvenil, la publicación trata las fases y desarrollo de la perspectiva en la que se estudió la violencia, como ha evolucionado y en que marco conceptual se analiza en este momento.

La primera fase en la que se estudió el problema de la violencia juvenil, es llamada fase exploratoria se utiliza un solo contexto ya sea la familia, la escuela, la comunidad entre otras y centra el problema en luchar frente al comportamiento violento y agresivo que puede presentar un adolescente o adulto joven.

La segunda fase de análisis de la violencia juvenil se concentra en la causa ligada a un proceso que puede desencadenar el acto de violencia, por ejemplo las drogas o las pandillas.

La tercera etapa de estudio de la violencia recopila varios años de estudio del problema y define que no existe un comportamiento apartado o único como objetivo, ya que el problema de la violencia debe ser tratado desde múltiples problemas y causas que se interrelacionan para desencadenar en un acto de violencia más adelante (Cardia, 2005).

Desde esta perspectiva y bajo ese enfoque metodológico aparecen los proyectos de prevención y promoción del desarrollo saludable de los jóvenes, no solo busca evitar la deserción escolar el uso de drogas sino adicionalmente un desarrollo integral que promueva un comportamiento adecuado a la sociedad (Cardia, 2005).

Es por esto que se centra la investigación en jóvenes y jóvenes adultos, ya que se encuentran en edad de sufrir cambios significativos, los cuales ponen en crisis su comportamiento y actitudes esto debido a los riesgos y desafíos que se presentan en el desarrollo según Steinberg et al (2005) citado en Alfredo, Oliva Moisés Ríos, Lucía Antolín, Águeda Parra, Ángel Hernando & Miguel-Ángel Pertegal (2014).

Pero justamente en esta edad es cuando poseen mayor capacidad de recuperación física y emocional razón por la cual, los adolescentes infractores que han cometido algún tipo de delito o agresión no son tratados de la misma forma que los adultos, debido a su regeneración y recuperación mental y del comportamiento, ya que aún están adaptando su comportamiento en función del ambiente que los rodea.

Ver a un adolescente infractor como un recurso innecesario y no como un recurso productivo de la sociedad es uno de los principales problemas de la lucha contra la violencia juvenil alrededor del mundo ya que no se puede evitar los comportamientos que sucedieron de forma anterior pero si se puede evitar que se mantengan en la misma dirección, atrayendo a más adolescentes o adultos jóvenes a adquirir los mismos comportamientos con el fin de dar a conocer su identidad como seres individuales y siendo parte de un colectivo (Cardia, 2005).

En función a lo descrito no es necesario identificar solo las raíces del problemas y los posibles riesgos que existen por parte de estos jóvenes sino al contrario identificar los recursos (Alfredo et al, 2014) que pueden ser explotados y potencializarlos en diferentes contextos con el fin de sacar a los jóvenes de estos ambientes urbanos denominados tóxicos en los que se envuelve de forma directa la pobreza, la desesperanza, la falta de iniciativa hacia el cambio y principalmente la violencia como medio de supervivencia (Alfredo et al, 2014).

La vulnerabilidad de los adolescentes y adultos jóvenes crecen debido a que no se completan de manera exitosa las etapas de desarrollo la cuales son fundamentales para el joven que se está desarrollando su comportamiento, el cual es un reflejo de lo que ha vivido de manera constante y repetitiva.

La época de infancia y niñez son esenciales, se debe percibir y trabajar de manera integral con el fin de incentivar desafíos y competencias específicas en función del modelo ecológico de la violencia y sus niveles de desarrollo.

Un niño que desarrollo actitudes agresivas en la infancia, como el juego agresivo va a mantener una evolución violenta mientras este rodea de esta, en la primaria desarrollará agresiones verbales con el fin de establecer posesión o posicionamiento y antes del bachillerato ya será parte de agresiones interpersonales que se convierten en violencia juvenil aun sin llegar ni a la mayoría de edad (Cardia, 2005).

Los objetivos que se proponen para mitigar y evitar el aumento de la violencia juvenil en función del análisis de la investigación realizada por la Organización Mundial de la Salud sobre Violencia Juvenil son:

- Promover la vinculación emocional.
- Intervenir en todos los contextos de desarrollo la familia, los jóvenes, la escuela, la comunidad, la cultura.
- Incentivar la resiliencia que es definida como la capacidad de adaptarse a cambios y eventos estresantes, situaciones emocionales y situaciones adversas de manera saludable y flexible (Catalano, 2012).
- Potenciar la competencia social, emocional, cognitiva, el comportamiento y la moral.
- Estimular la autodeterminación, la espiritualidad, autosuficiencia y creencia en el futuro.

Mediante una exhaustiva revisión de literatura; se evidencian varios programas, lineamientos, campañas y proyectos para prevenir la violencia los cuales se detallaran más adelante.

La campaña mundial de prevención de la violencia es una de las más fuerte a nivel mundial tiene como objetivos principales realizar las recomendaciones del informe mundial sobre la violencia y la salud, tomando en cuenta el papel que puede desempeñar la salud pública además tiene como fin una respuesta internacional coordinada.

El plan de acción de la campaña mundial de prevención de la violencia 2012- 2020 pretende unificar esfuerzos a nivel internacional y establecer prioridades, uno de los objetivos principales es priorizar la prevención de la violencia en la agenda de salud pública mundial.

Conocer el problema de la violencia juvenil como un fenómeno ligado a la salud pública que afecta de forma directa a cientos de ciudadanos en el mundo de forma individual, social, relacional y en la comunidad entera; además de dar bases sólidas a las actividades que ya se desarrollan alrededor del mundo con el fin de mitigar el fenómeno de violencia, las lesiones, el riesgo de muerte, los homicidios de los jóvenes en edades vulnerables, los cuales pueden aportar como recursos productivos y vincularse en forma integral a prevenir y mitigar la violencia.

La Organización Mundial de la Salud declara: Plan de Acción mundial de la violencia (2012-2020:2) que acota:

Objetivos del plan de acción de la campaña mundial de prevención de la violencia 2012-2020

I. Otorgar más prioridad a la prevención de la violencia como una cuestión de salud pública mundial

Intensificar las actividades de comunicación y promoción.

Fomentar la integración de la prevención de la violencia en las principales agendas mundiales.

II. Sentar los cimientos de la prevención de la violencia

Elaborar planes de acción nacionales, y reforzar los existentes.

Aumentar la capacidad individual e institucional de prevención de la violencia y prestación de servicios a las víctimas y los perpetradores.

Fortalecer la recopilación de datos y las investigaciones sobre la violencia.

III. Aplicar las estrategias de prevención de la violencia

Apoyo a la parentalidad: promover el acceso a las estrategias de apoyo a la parentalidad basadas en la evidencia y a los recursos correspondientes para los padres de alto riesgo.

Enseñanza de aptitudes para la vida: promover el acceso a estrategias de enseñanza de aptitudes para la vida y la interacción social para los niños y adolescentes de alto riesgo.

Normas: cambiar las normas sociales y culturales que propician la violencia y potenciar las normas contrarias a la violencia.

Alcohol: reducir el acceso al alcohol y el uso nocivo de este.

Armas de fuego: aplicar medidas para reducir los riesgos de muerte y lesiones por armas de fuego.

Servicios: promover el acceso a servicios y recursos orientados a mitigar las consecuencias de la violencia y reducir el riesgo de que esta se reproduzca entre las víctimas y los perpetradores.

La prevención debe presentarse desde los primeros meses de edad, la época de la lactancia y el desarrollo integral del niño, en los cuales se incluyen todos los niveles de asociación desde la parte individual del ser humano hasta el desempeño de la sociedad en su conjunto.

Las etapas de desarrollo que se analizan son la lactancia, primera infancia, mediados de la niñez hasta los 11 años, la adolescencia 12-19 años y los primeros años de la edad adulta (20-29 años) desde la perspectiva del contexto ecológico es decir las distintas relaciones con la sociedad y el ser humano.

Tabla 44 Estrategias de prevención de la violencia utilizadas según la etapa de desarrollo

Contexto Ecológico	Lactancia	Primera Infancia	Mediados de la niñez (6-11 años)
El Individuo	Prevención de embarazos	Programas de desarrollo Social	Programas de desarrollo social
	Mayor acceso a atención pre y postnatal	Programas de refuerzo preescolar	Programas contra abuso de sustancias (Drogas)
Las relaciones	Visitas Domiciliarias	Capacitación para la crianza	Programas con mentor
	Capacitación para la crianza	-	Programas de asociación del hogar y la escuelas
La Comunidad	Vigilancia de las concentraciones de sustancias	Vigilancia de las concentraciones de sustancias	Rutas seguras para niños camino a la escuela
	Aumento de centros Puericultura	Disponibilidad de los programas de refuerzo escolar	Mejoramiento de los ámbitos escolares
La sociedad	Desconcentración de la pobreza	Desconcentración de la pobreza	Seguridad escolar
	Reducción de la desigual de ingresos	Reducción de la desigual de ingresos	Actividades extracurriculares
	-	Campañas de información al Público	Desconcentración de la pobreza
	-	Reformas de los sistemas educacionales	Reducción de la desigualdad de ingresos

Fuente: Informe Mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2012)

Elaboración: Estefany Reinoso

En la Tabla 45 se muestra los lineamientos y programas en los que se debe centrar la formación de Políticas Públicas; programas y campañas individuales de los países alrededor del mundo recomendados por la Organización Mundial de la Salud para luchar contra el fenómeno de violencia juvenil. La tabla a continuación solo enmarca la realidad de los adolescentes que se encuentran integrados en ambientes tóxicos o contaminados de violencia.

Los programas que se encuentran subrayados de color representan las campañas que han sido probadas y no han tenido resultados favorables para la mitigación de la violencia juvenil.

Tabla 45 Estrategias de prevención de la violencia utilizadas según la etapa de desarrollo

Contexto Ecológico	Adolescencia (12 a 19 años)	Primeros años de la edad adulta (20 a 29 años)
El Individuo	Programas de desarrollo social	Incentivos para continuar cursos en educación superior
	Incentivos a los jóvenes en alto riesgo de violencia para completar la escuela	Adiestramiento vocacional
	Orientación Individual	
	Programas de períodos de prueba -libertad condicional	
	reuniones con presidiarios que describen la brutalidad de la vida en prisión	
	Correccionales - Internación en Psiquiátricos	
	Programas que informen sobre el abuso de drogas	
	Programas de refuerzo académico	
	Adiestramiento en el uso seguro de armas	
	Adiestramiento militar	
Enjuiciamiento de los delincuentes jóvenes en tribunales para adultos		
Las relaciones	Programas con mentores	Programa para fortalecer los vínculos familiares
	Mediación de los compañeros u orientación	Programa para fortalecer los vínculos laborales
	Programas de tutela temporal para delincuentes graves o crónicos	
	Terapia familiar	
La Comunidad	Establecimiento de rutas seguras para los jóvenes en su camino a la escuela o regreso de esta u otras actividades de la comunidad	Programas recreativos para adultos
	Mejoramiento de los ámbitos escolares	Vigilancia policial de la comunidad
	Prácticas de enseñanza, las políticas y la seguridad escolar	Reducción de la disponibilidad de alcohol
	Programas contra la formación de pandillas	Mejoramiento de la respuesta de urgencias
	Capacitación de los trabajadores de atención de salud para identificar los jóvenes de alto riesgo	Acceso a atención traumatológica y el acceso a los servicios de salud
	Vigilancia policial de la comunidad	Recompra de armas de fuego
	Reducción de la disponibilidad de alcohol	
	Mejoramiento de la respuesta de urgencias	
	Acceso a atención traumatológica y el acceso a los servicios de salud	
Recompra de armas de fuego		
La Sociedad	Desconcentración de la pobreza	Desconcentración de la pobreza
	Reducción de la desigualdad de ingresos	Reducción de la desigualdad de ingresos
	Campañas de información al públicos	Programas de creación de empleos para desempleados
	Disminución de la exhibición de la violencia en los medios	Campañas de información del público
	Cumplimiento de la ley sobre armas	Promoción del almacenamiento seguro e inviolable de las armas de fuego
	Promoción del almacenamiento seguro e inviolable de las armas de fuego	Fortalecimiento y mejora de los sistemas policiales y judiciales
	Fortalecimiento y mejora de los sistemas policiales y judiciales	
	Reforma de los sistemas educativos	

Fuente: Informe Mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2012)

Elaboración: Estefany Reinoso

Programas de prevención de la violencia juvenil en América Latina y Central

Desde una perspectiva regional se analiza los programas de prevención de la violencia con el fin de identificar cuáles son los programas o campañas que se pueden implementar en el país reemplazando el costo de asistencia sanitaria por la prevención de la violencia juvenil.

La Cruz Roja ha implementado un programa de alcance global que incluye 8 países, 6 centroamericanos (Guatemala, Honduras, El Salvador, Costa Rica, Nicaragua y Panamá) y dos caribeños (Haití y República Dominicana) que tiene como finalidad darle fuerza a la estrategia regional de prevención de la violencia, por medio de proyectos, lineamiento y campañas de prevención, mitigación y respuesta a la violencia, cada uno de los países que son parte de este proyecto colaboran con un subproyecto de alcance limitado en una provincia, cantón, parroquia o pueblo con el fin de aportar al proyecto global con una iniciativa que si bien es cierto no trasciende fronteras es un comienzo para la lucha contra el fenómeno de la violencia juvenil en cada uno de los países participantes. Centra su intervención en la educación en valores y el fomento de la participación ciudadana (Cruz Roja, 2013)

Este programa es un referente para el Ecuador por la implementación de talleres juveniles en los cuales los jóvenes y jóvenes adultos aprenden baile, teatro, actuación, orfebrería entre otros; además de incentivar el emprendimiento y los proyectos de planificación de vidas por medio del liderazgo.

Costa Rica

Desarrolla un programa denominado “Jóvenes esfuerzos contra la violencia” el objetivo principal es trabajar con jóvenes en peligro de caer en delincuencia o pandillas debido al lugar y en ambiente en donde habitan, que tiene ganas de salir adelante y dar un gran esfuerzo para desarrollarse de forma integral, lograr un liderazgo real y productivo, desde la perspectiva de actividades que disfruten en su tiempo libre (Cruz Roja, 2013)

Guatemala

Su proyecto se denomina “Jóvenes Activos” este proyecto tiene como objetivo fortalecer las capacidades de los individuos por medio de la organización y el liderazgo, desarrollando sus diferentes formas de expresarse. Un gran ejemplo de esto es el grupo de danza conformado por jóvenes (Cruz Roja, 2013)

Cada uno de los países participantes Panamá: “Proyecto de prevención de la violencia juvenil” Colombia: “Construyendo el cambio” El Salvador, Nicaragua, República Dominicana, Haití: Proyectos de vida, tienen como finalidad trabajar de forma directa con grupos vulnerables que se encuentran envueltos en ambientes no aptos para el desarrollo integral y que no les permiten explotar sus verdaderas capacidades (Cruz Roja, 2013)

Las actividades que desarrollan estos jóvenes en un inicio corresponde a actividades que permitan confiar en el resto de adolescentes y adultos jóvenes que intervienen en el ejercicio una vez que se desarrolla la confianza y el ambiente en el que se desarrolla el proyecto, los tutores o voluntarios de

la organización conocen mejor a cada uno de los chicos y comienzan a vivir la realidad de sus vidas (Cruz Roja, 2013)

El proyecto responde a 7 resultados:

- Tiempo Libre
- Recuperación de espacio en áreas verdes
- Fortalecimiento del tejido organizativo juvenil en las comunidades
- Organización comunitaria e involucramiento juvenil
- Fortalecer los mecanismos de comunicación entre personas jóvenes, estructuras comunitarias e instancias públicas.
- Fortalecer el trabajo en red de Cruz Roja en Centro América y el Caribe.
- Gestión adecuada del proyecto

La metodología para la implementación del Proyecto es la Educación Popular; la Teoría Humanística y el constructivismo. Esto permite que jóvenes de zona roja que han crecido rodeados de violencia se integren en un ambiente diferente.

La Educación popular (EP) es una rama de las ciencias sociales, específicamente de la pedagogía, que basa el proceso de aprendizaje de un individuo en la práctica, las experiencias, el razonamiento y el contexto social de ésta. Es decir, el individuo aprende del medio que lo rodea, sin necesariamente, asistir a una institución educativa como tal (Freire, 1992).

La Teoría Humanista hace referencia al profundo conocimiento del ser humano, educado en valores, con características intelectuales que se pueden cultivar y acrecentar, con sentimientos, emociones, programas educativos acordes a una necesidad social y humana y necesidades físicas de espiritualidad y de sociabilidad (ULAC, 2010).

El constructivismo educativo propone un paradigma donde el proceso de enseñanza se percibe y se lleva a cabo como un proceso dinámico, participativo e interactivo del sujeto, de modo que el conocimiento sea una auténtica construcción operada por la persona que aprende (por el "sujeto cognoscente"). El constructivismo en pedagogía se aplica como concepto didáctico en la enseñanza orientada a la acción (Carretero, 1997).

En el Ecuador se puede implementar programas basados en la metodología antes explicada orientada por docentes, que permitan integrar a jóvenes excluidos que forman parte del alto índice de violencia del país; un programa similar fue implementado con el fin de observar el desempeño.

Ecuador

El proyecto desarrollado se denominó riesgo urbano se desarrolló en un barrio noroccidental de Quito llamado Atucucho, además de fortalecer las condiciones de seguridad integral de la población

del sector se recalca y trabaja sobre prevención de la violencia. Son más de 1750 personas beneficiadas que incluyen niños y adolescentes en edad vulnerable (Cruz Roja, 2013).

Este programa centro sus esfuerzos en la prevención de desastres naturales por la posición de riesgo que posee el barrio ante una posible erupción del volcán Pichincha; la integración de niños y jóvenes permitió visibilizar la necesidad de programas que orienten a jóvenes y jóvenes adultos en edades vulnerables hacia una vida sana y libre de violencia.

Es necesario interactuar con los jóvenes ya que solo conociendo sus vidas y como es el desarrollo de la misma se puede trabajar en fortalecer principalmente el sentido de pertenencia, la protección, el amor hacia ellos mismo. Gracias a estos proyectos los jóvenes aprenden a asumir una verdadera identidad y desarrollar sus verdaderas capacidades las cuales están ocultas tras sus personalidades adquiridas (Cruz Roja, 2013)

Campañas y programas contra la violencia juvenil en el Ecuador

En el Ecuador la implementación de programas, proyectos o campañas para prevenir la violencia son una utopía, los lineamientos en los que se basan describen la violencia como un fenómeno apartado de la sociedad y buscan solo actitudes de agresión y hechos relacionados con procesos como la delincuencia, el abuso de sustancias estupefacientes y psicotrópicas.

En función del análisis realizado de la violencia juvenil en el mundo, en la región y en los países vecinos nos presenta una nueva perspectiva, que permitirá la implementación de proyectos de prevención de la violencia desde un enfoque integral y bajo la perspectiva del modelo ecológico que abarca todos los contextos que relacionan al individuo con el hecho de violencia y posteriormente con la agresión

Algunos de los proyectos que se pueden identificar en el Ecuador son:

- “Encuentro Ciudadano en mi Barrio” – 2014 - Quito
- Policía Nacional del *Ecuador* “*Violencia Juvenil y delincuencia*” campaña aprendiendo a solucionar problemas – COMUNIDADES (PAI)
- Charlas de prevención de violencia juvenil – Esmeraldas, Pastaza, Quito
Policía Nacional – Ministerio del Interior
- Campaña nacional “Juntemos nuestras manos, paremos la violencia”
- Red de Niñas, Niños y Adolescentes Comunicadores de Ecuador (NNACE) – MIES – GAD La Concordia

Proyectos y campañas implementadas en el Distrito Metropolitano de Quito

Comités de seguridad y convivencia ciudadana

Conjuntamente el Ministerio del Interior y el Municipio de Quito dan aval sobre la conformación de los comités de seguridad que pertenecían a las brigadas barriales tomando en cuenta los índices de inseguridad de los sectores y barrios donde se puede implementar con la participación conjunta de las administraciones zonales. Los resultados que se obtuvieron fue la conformación de 1.891 comités de seguridad y convivencia ciudadana con la participación incluyente de 45.384 ciudadanos y ciudadanas cubriendo un total de 1.473 barrios que participan en la organización según la información reportada por el Observatorio de seguridad ciudadana del Distrito Metropolitano de Quito. Las principales actividades desarrolladas fueron la realización de capacitaciones, mingas comunitarias y el fortalecimiento de la capacidad de gestión de los comités conformados (OMSC, 2013).

Escuelas de seguridad Ciudadana

Un espacio donde se proporciona conocimientos y herramientas que permitan el desarrollo de las capacidades de los ciudadanos en materias como la seguridad integral, la convivencia ciudadana y los comités organizados en la gestión de riesgo en el DMQ, este programa acoge a niños y niñas, jóvenes, jóvenes adultos y adultos que se preocupa por la dinámica comunitaria del barrio. Los resultados alcanzados son: la realización de 20 escuelas con 950 líderes y líderes participantes (OMSC, 2013).

Módulos de la Escuela de Seguridad Ciudadana

- Visión y política integral de seguridad en el DMQ.
- Deberes y derechos ciudadanos en seguridad y gobernabilidad
- Territorialización de la Seguridad en el DMQ
- Prevención para la seguridad en el barrio
- Respuesta ciudadana a los problemas de seguridad
- Métodos alternativos de mediación de conflictos

Consejos Zonales de seguridad y convivencia ciudadana

Este programa genera espacios de participación ciudadana que intentan formular estrategias específicas con temas de seguridad, en función de los problemas que se presentan en cada administración zonal (OMSC, 2013).

Lineamientos de políticas propuestos con base en el análisis

Los lineamientos de política pública tienen la finalidad de prevenir la violencia juvenil desde la raíz del problema que se desencadena en las múltiples relaciones y ambientes familiares, personales, sociales y en la comunidad en la cual se desarrollan y desenvuelven los niños y jóvenes violentos.

La prevención del fenómeno es el objetivo a largo plazo, con el fin de solucionar de forma directa logrando una disminución significativa de la violencia existente y de nuevos individuos violentos en la sociedad.

Las alarmantes cifras de muertes y lesiones por violencia a nivel mundial, reflejan el crecimiento acelerado de la violencia juvenil principalmente en Latinoamérica y el Caribe con 25 muertes por cada 100 mil habitantes triplicando el promedio mundial (BID, 2000)

A nivel mundial 1,6 millones de personas mueren en el mundo a causa de violencia de los cuales el 36% corresponde a homicidios en América. Es por esta razón que la mitigación de la violencia está estrechamente ligada a la detección oportuna, por comunicación y difusión que permita obtener una realidad de los acontecimientos mediante recolección de data cuantitativa y análisis cualitativo, que permita fundamentar una normativa que abarque los problemas reales del país respecto al tema, logrando una coordinación focalizada y oportuna (OMS, 2005)

En el Ecuador la Séptima causa de mortalidad y Decima en morbilidad de personas entre 15-35 años son los homicidios y las agresiones respectivamente, con una tasa de 4 por cada 100 mil habitantes (INEC, 2012)

El Ecuador se encuentra por debajo de la tasa promedio de homicidios en Latinoamérica en el año 2012 presenta una tasa de 12,4 homicidios por cada 100 mil habitantes según el Observatorio Interamericano de Seguridad (OIS, 2014). por lo tanto es necesario tomar conciencia que aún el fenómeno no se ha desarrollado en plenitud y las posibles soluciones para mitigar y disminuir la violencia son factibles.

La salud definida como un estado de bienestar que se ve afectado por determinantes sociales, económicos y políticos, se relaciona con la violencia desde la perspectiva del factor de incidencia de daños y disminución del bienestar no solo físico por las lesiones que pueden causarse en un acto de violencia, sino también de forma económica desde el punto de vista de producción, empleo y aumento del gasto.

Los servicios de salud pública son un lineamiento fundamental para erradicar la violencia y enfrentar las consecuencias en todos los contextos que abarca la violencia a causa de las lesiones los traumatismos o enfermedades que desencadenan, los centros de asistencia sanitaria en todos los niveles de atención deben intervenir en la prevención y tratamiento de los ciudadanos y sus familias que viven o están relacionados con entornos de violencia.

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de educar a los pacientes que demandan asistencia sanitaria de las implicaciones que tienen los actos de violencia; como afecta a su cuerpo y las posibles repercusiones futuras que puede tener debido a la lesión o enfermedad que presentan; con la finalidad de concientizar que el fenómeno de violencia tiene graves consecuencias no solo sociales y comunitarios sino también a nivel individual afectando la vida del paciente.

Los problemas de salud que se vinculan de forma directa con la violencia y requieren de atención continua, largos tratamientos o generan discapacidades son un problema directo del sector salud ya

que los gastos generados son costos para el estado; por esta razón el Ministerio de Salud Pública debe involucrarse de forma participativa en la prevención del fenómeno de violencia.

La violencia juvenil se declaró un problema de salud pública a nivel mundial y en el Ecuador por esta razón debe ser tratada con acciones colectivas que incentiven el bienestar de la comunidad y concienticen a los ciudadanos sobre la necesidad de prevenir y promocionar la salud de los individuos ya que este fenómeno es responsable de un alto número de enfermedades y lesiones intencionales.

La recopilación de la información es importante con el fin de planificar a largo plazo en recursos de salud para los individuos tomando en cuenta los perfiles sociodemográficos y los determinantes de la salud del país, buscar el equilibrio entre la demanda y la oferta de asistencia sanitaria e incentivar la atención primaria de salud con el fin de solucionar cerca del 80% de los problemas de salud en el primer nivel de atención que corresponde a las áreas de salud.

Se debe contar con personal capacitado que proporcione una atención sanitaria eficaz y eficiente con calidad evitando de esta manera las complicaciones de las enfermedades y diagnosticando a tiempo una solución al requerimiento de salud.

Es indispensable mantener la educación continua de los profesionales de la salud, con la finalidad de desarrollar nuevas técnicas y soluciones a problemas de salud identificados en el perfil epidemiológico del Ecuador con el objetivo de disminuir los índices de morbilidad y mortalidad.

Es necesario incentivar el Modelo de Atención Primaria y darle más prioridad al enfoque preventivo, dejando de lado el modelo aplicado que no se preocupa del individuo sino de tratar la enfermedad e intentar erradicarla, este enfoque conlleva a mayores gastos para el estado y a resultados ineficientes para la población ya que en muchos casos los tratamientos no pueden ser administrados a todas las personas que demandan y en otros casos no tiene una cura definitiva. Por esto es esencial incentivar las consultas preventivas, la vacunación y la promoción de salud en general.

En la ciudad de Quito se propone fortalecer las 26 áreas de salud, donde se pueden ofrecer alternativas de atención sanitaria con el objetivo de descentralizar la atención de los hospitales públicos de tercer nivel, aportando a solucionar un número mayor de problemas de salud.

Desde el enfoque de salud se debe incentivar a una vida activa, realizar deporte continuamente con la finalidad de ocupar el tiempo libre en actividades recreativas que incentiven la participación de la familia y la comunidad para que exista una mayor relación entre el bienestar que aporta este tipo de actividades y los prejuicios que traen las actividades y comportamientos violentos.

La economía de la salud se encuentra ligada al fenómeno de violencia juvenil ya que corresponde a un problema de salud pública que genera pérdidas de vidas, pérdidas en producción y grandes pérdidas económicas.

Los fallos de mercado de asistencia sanitaria proporcionan mayor gasto para el gobierno central al afrontar la demanda, respecto a las externalidades con relación al sector salud la principal externalidad que se identifica es respecto al espacio que ocupa un individuo tanto en emergencias como en hospitalización por una lesión causada por violencia física, es necesario ocupar de manera óptima los recursos en los hospitales públicos los cuales tienen sobredemanda de asistencia calculada por el número de camas en cada hospital y el número de personas que solicitan algún tipo

de atención lo que genera el segundo fallo de mercado que es la demanda imprevisible debido a la información asimétrica existente.

En el Ecuador se pretende lograr una reestructuración hacia la atención primaria basada en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), la prevención de enfermedades por medio de los determinantes de la salud, la epidemiología desarrollada por cada uno de los hospitales y el perfil epidemiológico nacional. Promover los cuidados de salud, chequeos mensuales, evitar las posibles enfermedades que se pueden generar por falta de atención oportuna principalmente en los niños, jóvenes y adultos jóvenes que corresponden a grupos vulnerables.

Las áreas de salud tienen el objetivo de ser las puertas de entrada al sistema de salud pública; en el cual se debe resolver gran parte de los problemas de salud, estas áreas pertenecen al primer nivel de atención en donde se presta atención primaria, centra su atención en el individuo y corresponden apenas al 17% del presupuesto general del estado entregado a sector salud en el Distrito Metropolitano de Quito; se debe redirigir la demanda con el fin de dar solución de forma eficaz y eficiente además de aportar a disminuir los costos no monetarios de los individuos relacionados con la violencia.

Las muertes violentas que integran los homicidios, los accidentes de tránsito, muertes accidentales y suicidios en el Distrito Metropolitano de Quito representan un indicador clave para medir la violencia, en el análisis de la situación actual de las muertes en el Distrito estas cifras presentan una disminución para el año 2013 con respecto al año 2011 principalmente en las muertes violentas por homicidio; es necesario mantener esta tendencia y controlar por medio de las entidades públicas que aportan a la seguridad y el orden.

El sector del Eloy Alfaro, el norte y centro de la ciudad de Quito corresponden a los lugares con mayor tasa de homicidios para el año 2012, estos lugares estratégicos son las primeras luces de análisis para comprender el fenómeno de violencia y su evolución en el tiempo.

La relación que posee la víctima con el agresor corresponde a 62,4% de lesiones provocadas por un conocido o amigo, lo que evidencia que la violencia juvenil está involucrada directamente con el entorno que rodea a los jóvenes, desde sus familiares presentando violencia intrafamiliar hasta sus amigos que conforman grupos y pandillas con el fin de demostrar su poder y representatividad.

El 43% del total de lesiones son causados por golpes y no por armas, este indicador nos muestra la realidad de la violencia juvenil y como está se relaciona de forma directa con el ambiente de la comunidad y la familia en la que se desarrolla el niño o adolescente y no con organizaciones delincuenciales.

La falta de registros adecuados en el levantamiento de la datos, hace que los resultados obtenidos no tengan una representación que se acerque a la realidad del Distrito Metropolitano de Quito, por lo que es necesario incentivar la investigación y la recolección de datos para analizar a la violencia desde un enfoque real con cifras completas que permitan tomar decisiones en la erradicación de la violencia juvenil en el DMQ inicialmente.

Existen varios programas y campañas que se han desarrollado a nivel mundial con el fin de erradicar la violencia juvenil, centran su esquema en las etapas de desarrollo dividiendo en Lactancia, primera infancia, mediados de la niñez (6 a 11 años), adolescencia (12 a 19 años) y finalmente los primeros años de la edad adulta (20 a 29 años), es esencial comenzar con el detonante de la violencia en los jóvenes que corresponde a la edad de la niñez y la adolescencia donde se adquiere los comportamiento violentos.

Las campañas y programas que se desarrollan en el Distrito Metropolitano de Quito son Comités de seguridad y convivencia ciudadana, las escuelas de seguridad Ciudadana y los consejos Zonales de seguridad y convivencia ciudadana, todos estos procesos se centran en la participación de la comunidad y en la vinculación con el ambiente donde se desarrollan los jóvenes, esto puede aportar al desarrollo integro de los jóvenes y con esto evitar las conductas violentas existentes.

La educación es fundamental para el desarrollo integral de los niños, adolescentes y jóvenes que se encuentran en formación, es más fácil enseñar conductas y comportamientos básicos de convivencia humana que corregir comportamiento y conductas ya instauradas.

La educación inicial permite el desarrollo del niño en un ámbito diferente al que se desenvuelve, los niños pasan más tiempo en la escuela y guarderías que en sus casas, por lo tanto es esencial enseñar normas de comportamiento y relaciones afectivas que permitan el desarrollo psicológico adecuado para formar su carácter y conducta en sociedad.

El docente es de gran importancia en el desarrollo dentro del sistema educativo ya que es el responsable de instaurar orden y transmitir conocimiento que incentive la participación de los estudiantes y genere una relación con el sistema educativo y la motivación para aprender más. Los docentes deben mantener una constante capacitación y aprendizaje que permita que sus técnicas de enseñanza y su capacidad reflejen en el desarrollo integral del ciudadano.

La familia también forma parte esencial de la educación inicial de un niño (3 a 5 años), ya que en esta edad es cuando los niños quieren imitar los comportamientos y acciones que los adultos presentan al afrontar situaciones adversas en donde se puede presentar algún tipo de violencia, la familia debe incentivar a la unidad y participación fomentando la productividad y corresponsabilidad con la sociedad para crear un futuro prometedor.

Parte importante y fundamental dentro del proceso de concientización e información sobre los distintos efectos de la violencia es la educación informativa y preventiva. Tema que claramente aumenta los conocimientos y pretenden cambiar las actitudes y comportamientos futuros de la sociedad. La educación y concientización sobre la violencia juvenil, los escenarios en los que se desarrolla y las consecuencias debe empezar en los primeros años, siendo constante hasta la etapa universitaria.

Las instituciones públicas responsables de la educación en el Ecuador tiene como prioridad incluir en sus planificaciones a estos grupos vulnerables de jóvenes relacionado con ambientes de violencia dando la posibilidad de educarse en el sistema público tanto en las escuelas como en los colegios para lograr disminuir el índice de deserción en jóvenes y adolescentes que prefieren trabajar o realizar actividades particulares que educarse.

El Ministerio de Educación es responsable directo de incorporar en el malla curricular materias que enfoquen como se desarrolla la violencia en el Ecuador, que causan la violencia, porque se debe evitar la violencia, cuáles son sus dependencias y principalmente como afecta en todos los aspectos del desarrollo del individuo y de la sociedad.

Es indispensable erradicar el analfabetismo, promocionar e incentivar a los jóvenes ecuatorianos a continuar con la educación de segundo y tercer nivel, principalmente desde la Secretaría de Educación Superior innovación Ciencia y Tecnología realizar más campañas para socializar la posibilidad de la educación gratuita de acceso libre y con inclusión de los grupos vulnerables.

El Gobierno debe incentivar la participación de los ciudadanos en todos los procesos de desarrollo es por esto que se deben intentar disminuir las desigualdades en el ámbito social, político y económico con la generación de empleos para los jóvenes Adultos que se encuentran en edad de trabajar y que no pueden hacerlo por falta de oportunidades. Si existen más fuentes de trabajo las familias se ven beneficiadas por que no reciben un ingreso que les permite solventar sus necesidades básicas y no se ven expuestos a realizar actividades lícitas e ilícitas que puedan generar actos de violencia o les involucren en ambientes tóxicos.

Desde el estado se puede mantener los lineamientos para la desconcentración de la pobreza y la reducción de las desigualdades de ingreso como se viene desarrollando en el Ecuador, la mayor oportunidad de inversión va a permitir que los jóvenes emprendedores puedan acceder a los beneficios de un préstamo para lograr un proyecto de vida o un emprendimiento que le permita explotar su cualidades y no le limite la falta de recursos.

Es indispensable el fortalecer las leyes de prohibición de armas y el uso ilegal principalmente en los jóvenes, para que estos no tengan acceso a estos instrumentos que solo pueden generar violencia en manos equivocadas.

El fortalecimiento y mejora de los sistemas policiales y judiciales es esencial para lograr la disminución de la violencia en el Ecuador, ya que no van a poder ser erradicados por medio del control y vigilancia pero pueden ser disminuidos evitando terribles escenarios de violencia que se viven a diario en las calles de Distrito Metropolitano de Quito y del Ecuador.

Debe existir control en el expendio de alcohol a menores de edad y además en la utilización de los lugares públicos para libar, ya que esto genera la posibilidad de aumentar las situaciones de violencia si los jóvenes se encuentran en estado etílico sin conciencia de sus actos.

El Ministerio de Salud Pública y al Ministerio de Educación deben trabajar de forma conjunta con el fin de identificar los casos particulares de niños, jóvenes y jóvenes adultos de bajos recursos que no tienen posibilidades de acceder a la educación y al sistema de salud por falta de información y están expuestos a ambientes relacionados con violencia. Con esto potenciar la promoción de salud, la consulta preventiva y las oportunidades de educación gratuita en el país.

La acción comunitaria es esencial para mejorar el ambiente en el que se desarrollan los jóvenes y jóvenes adultos, es fundamental potenciar la participación ciudadana con el fin de mejorar las oportunidades de desarrollo del barrio, aumentar las relaciones, los vínculos sociales y crear una símbolo de pertenencia que obligue a los jóvenes a preocuparse por el lugar donde se desarrollan y crean en la oportunidad de mejor sus circunstancias de vida.

La violencia juvenil es un fenómeno presente en todos los contextos, individuales, familiares, comunales y sociales con el fin de mitigar o al menos disminuir el fenómeno se recomienda comenzar con las futuras generaciones de niños y niñas que se encuentran en desarrollo, ya que las campañas y programas destinados para adolescentes y adolescentes jóvenes presentan una efectividad muy pequeña en comparación con los programas implementados en la época de desarrollo.

Los jóvenes y jóvenes adultos que se encuentran en el rango de edad de 15-35 años son el grupo vulnerable identificado en el cual los programas y políticas existentes en el Ecuador no obtienen los

resultados esperados, por lo tanto se recomienda un cambio en la metodología de implementación. Una metodología que permita que los jóvenes no sean vistos como un problema sino como un bien productivo que aporte a la sociedad y generen desarrollo.

Existen varios programas probados a nivel mundial con los jóvenes violentos y criminales de los cuales no se han obtenido ningún beneficio y se recomienda no ser utilizarlos en los jóvenes ecuatorianos que provocan violencia juvenil. Los programas que controlan grupos o asociaciones de personas (Pandillas); la recompra de armas con el fin de limitar las armas en el país; Programas de tutelas para delincuentes graves y crónicos; el adiestramiento militar para corregir comportamientos violentos; programa de información del abuso de drogas los cuales son destinados a consumidores frecuentes que no podrían generar conciencia, finalmente programas de internados y correccionales donde los jóvenes se relacionan con ambientes tóxicos y generan más violencia.

Se recomienda incentivar la participación de las comunidades y las familias en campañas o programas enfocados en los éxitos a nivel mundial sobre reforma de comportamiento como son los programas de desarrollo social, los incentivos a los jóvenes en alto riesgo de violencia para que completen la escuela secundaria, incentivos para continuar estudios de educación superior, entrenamiento vocacional con el fin de inspirar un mejor futuro, terapias familiares, revalorización de la familia y el entorno, mingas.

Desde el estado se puede mantener los lineamientos para la desconcentración de la pobreza y la reducción de las desigualdades de ingreso, hacer campañas de información al público sobre la incidencia de la violencia en la vida de la comunidad, disminuir la exhibición de violencia en los medios, creación de fuentes de empleo para los jóvenes y jóvenes adultos, fortalecer las leyes de prohibición de armas y el uso ilegal principalmente en los jóvenes, fortalecimiento y mejora de los sistemas policiales y judiciales.

Una vez implementados los programas para disminuir la violencia juvenil, se recomienda analizar la accesibilidad de la misma en función a los grupos vulnerables y la población pertinente; niños jóvenes y jóvenes adultos.

La calidad de estos programas y el uso óptimo de los recursos son prioritarios con el fin de conseguir una alta tasa de retorno en función a la rehabilitación de las conductas violentas y al desarrollo integral del niño, además de medir la adaptabilidad de la política con seguimiento adecuado para monitorear los avances.

La violencia juvenil en el Distrito Metropolitano de Quito esta medida en función de las muertes accidentales y las lesiones, es necesario realizar una mayor recolección de datos de parte de las entidades pública encargadas de la seguridad de la población, ya que solo de esta manera se puede conocer de forma real el fenómeno de la violencia sus implicaciones y como afecta a la los individuos. Por medio de esto se puede lograr una análisis con mayor profundidad y que se establezcan programas y proyectos de prevención en el país en base a datos reales, para que de esta manera se priorice los problemas y se den los fondos y la importancia necesaria a los mismos.

El alcoholismo relacionado a la violencia puede desembocar en una serie de enfermedades graves o ser agravante para las mismas, por lo que se deben crear entidades que puedan aportar a la

rehabilitación del ciudadano joven, con el fin de prevención para evitar daños a nivel personal, familiar y social que sufren las personas con dependencia de alcohol y que producen violencia.

Se debe considerar la importancia de realizar un estudio sobre los costos económicos de la violencia juvenil en el Ecuador, de esta manera se obtendrían resultados a partir de los cuales se pretenda generar políticas y leyes enfocadas a la reducción y focalización óptima de los recursos por medio de la prevención.

En la investigación se encontró un valor aproximado al costo que genera la violencia juvenil en el Distrito Metropolitano de Quito el cual asciende a más de 8 millones de dólares americanos relacionados a la asistencia sanitaria en 2 de los hospitales públicos del Distrito Metropolitano de Quito, si se hace relación al monto a nivel nacional con este presupuesto se podría realizar los programas y campañas impulsados desde el Ministerio de Salud Pública con el fin de incentivar los lineamientos propuestos para mitigar la violencia juvenil.

Conclusiones

La violencia es un fenómeno mundial que afecta de forma directa a los individuos; tanto a los que la viven y están sumergidos en este ambiente y también las personas que la perciben desde una óptica externa. Esto causa incertidumbre miedo y desconfianza en el entorno social en el que se desarrollan los ciudadanos.

La violencia juvenil es un comportamiento multidimensional que no puede ser estudiado desde las causas apartadas de generación de agresiones a causa de sustancias estupefacientes o comportamientos individuales de los seres humanos, es necesario abarcar la violencia juvenil como un fenómeno que incluye todos los contextos de desarrollo de un individuo desde un enfoque ecológico que abarca la individualidad, las relaciones, la comunidad y la sociedad en su conjunto.

Se concluye que la violencia es un problema de salud pública en función de los problemas que genera a nivel de la sociedad y se relaciona con la salud por que causa enfermedades y lesiones que deben ser atendidas por el sector de salud brindando asistencia sanitaria para la población con el fin de evitar complicaciones en la salud, discapacidad o muerte.

Se pudo comprobar que la violencia genera costos para el estado y para el individuo debido a las pérdidas económicas a causa de los gastos por asistencia sanitaria lo que ratifica a la violencia como un problema de salud pública y se encadena a la pérdida social.

La economía de la salud se encuentra ligada al fenómeno de violencia juvenil ya que corresponde a un problema de salud pública que genera pérdidas de vidas, pérdidas en producción y grandes pérdidas económicas.

Si se relaciona el flujo monetario de la economía, el cual es un flujo circular; se puede concluir que la influencia en la economía es mayor a la perspectiva que refleja una cifra económica. Esto debido que las empresas generan bienes y servicios para ofertar al mercado en el cual los demandantes son las familias y el estado. Si la cabeza de familia o un miembro de la familia sufre una agresión la cual es generada por violencia; genera gastos por asistencia sanitaria, además pérdidas de días laborables por la incapacidad generada de la agresión, esto desemboca en gastos económico para el estado con el fin de cubrir la asistencia sanitaria demanda los cuales se solventan en función a impuestos o tasas que recaen tanto en las familias como en las empresas, además pérdidas de producción ya sea para el estado o para las empresas privadas por el ausentismo del personal que ha sufrido el daño o lesión y para las familias representa disminución o anulación del salario por incapacidad generando un reducción en la demanda de bienes y servicios.

Se concluye que los presupuestos asignados para cada uno de los niveles de atención de salud, evidencian que el segundo y tercer nivel de atención toma la mayor parte de recursos asignados al Distrito Metropolitano de Quito en función del tipo de demanda sanitaria existente que es una demanda con enfoque curativo.

La asistencia sanitaria en el sector salud en el Ecuador está basada en el enfoque curativo que tiene como objetivo el cuidado de episodios agudos y de alta gravedad, la atención de enfermedades y tratamientos para luchar contra la enfermedad ya instauradas, los hospitales de especialidades el

segundo y tercer nivel de atención tienen el 67% del presupuesto asignado ya que la demanda está enfocada hacia la curación.

Los jóvenes entre 15 y 35 años son identificados como el grupo más vulnerable con referencia a la violencia juvenil que causa lesiones siendo tanto víctimas como victimarios. El 55% de los casos corresponde a mujeres y el 64% a los hombres con una representatividad del 79,17% del total de casos de violencia que provocan lesiones en el Distrito Metropolitano de Quito.

Los lineamientos para la implementación de políticas públicas en el Distrito Metropolitano de Quito centran su importancia en el sector de la salud la educación y la desconcentración de la pobreza.

Se concluye que los costos generados tanto por asistencia sanitaria que necesita hospitalización y por emergencias a causa de agresiones o lesiones físicas producidas por un acto de violencia juvenil en el DMQ, representan un valor significativo que asciende a ocho millones aproximadamente, este valor se puede utilizar para crear campañas y programas de prevención de la violencia y evitar un mayor número de casos en el futuro mediante los lineamientos presentados para la implementación de la política pública que intente mitigar la violencia juvenil en el DMQ como primera muestra y que se expanda al resto del país.

Recomendaciones

La violencia Juvenil en el Distrito Metropolitano de Quito tiene gran representatividad principalmente en el centro y norte de la ciudad donde las estadísticas analizadas en esta investigación reflejan el crecimiento acelerado y la evolución que presentan, por lo tanto es necesario realizar mayor control por parte de la Policía Nacional y las instituciones pública encargadas de la seguridad ciudadana con el fin de contrarrestar o al menos disminuir la violencia.

Este fenómeno se presenta en todos los contextos, individuales, familiares, comunales y sociales, con el fin de mitigar el fenómeno se recomienda comenzar con las futuras generaciones de niños y niñas que se encuentran en desarrollo, ya que las campañas y programas destinados para adolescentes y adolescente jóvenes presentan una efectividad muy pequeña en comparación con los programas implementados en la época de desarrollo y primera infancia.

Los jóvenes y jóvenes adultos que se encuentran en el rango de edad de 15-35 años son el grupo vulnerable identificado en el cual los programas y políticas existentes en el Ecuador no obtienen los resultados esperados, por lo tanto se recomienda un cambio en la metodología de implementación. Una metodología que contenga Educación Popular, Constructivismo y Teoría Humanista que permita que los jóvenes no sean vistos como un problema sino como un bien productivo que aporte a la sociedad y generen desarrollo.

Se recomienda incentivar la participación de las comunidades y las familias en campañas o programas enfocados en los éxitos a nivel mundial sobre reforma de comportamiento como son los programas de desarrollo social, los incentivos a los jóvenes en alto riesgo de violencia para que completen la escuela secundaria, incentivos para continuar estudios de educación superior, entrenamiento vocacional con el fin de inspirar un mejor futuro, terapias familiares, revalorización de la familia y el entorno, mingas.

Desde el estado se puede mantener los lineamientos para la desconcentración de la pobreza y la reducción de las desigualdades de ingreso.

Campañas de información al público sobre la incidencia de la violencia en la vida de la comunidad, disminuir la exhibición de violencia en los medios, creación de fuentes de empleo para los jóvenes y jóvenes adultos, fortalecer las leyes de prohibición de armas y el uso ilegal principalmente en los jóvenes, fortalecimiento y mejora de los sistemas policiales y judiciales.

Se recomienda trabajar de forma conjunta al Ministerio de Salud Pública y al Ministerio de Educación con el fin de identificar los casos particulares de niños, jóvenes y jóvenes adultos expuestos a ambientes relacionados con violencia y formular un programa incluyente que incentive a la promoción de la salud y la educación para los grupos vulnerables y excluidos.

Una vez implementados los programas para disminuir la violencia juvenil, se recomienda analizar la accesibilidad de la misma en función a los grupos vulnerables y la población pertinente; niños jóvenes y jóvenes adultos.

La calidad de estos programas y el uso óptimo de los recursos es prioritario con el fin de conseguir una alta tasa de retorno en función a la rehabilitación de las conductas violentas y al desarrollo

integral del niño, además de medir la adaptabilidad de la política con seguimiento adecuado para monitorear los avances.

La violencia juvenil en el Distrito Metropolitano de Quito esta medida en función de las muertes accidentales y las lesiones, es necesario realizar una mayor recolección de datos de parte de las entidades pública encargadas de la seguridad de la población, ya que solo de esta manera se puede conocer de forma real el fenómeno de la violencia sus implicaciones y como afecta a la los individuos. Por medio de esto se puede lograr una análisis con mayor profundidad y que se establezcan programas y proyectos de prevención en el país en base a datos reales, para que de esta manera se priorice los problemas y se den los fondos y la importancia necesaria a los mismos.

Se debe considerar la importancia de realizar un estudio por parte del INEC con el apoyo del Ministerio de Salud sobre los costos económicos de la violencia juvenil en el Ecuador, de esta manera se obtendrían resultados a partir de los cuales se pretenda generar políticas y leyes enfocadas a la reducción y focalización optima de los recursos por medio de la prevención.

Se recomienda realizar programas y campañas impulsados desde el Ministerio de Salud Pública con el fin de incentivar los lineamientos propuestos para mitigar la violencia juvenil, utilizando los recursos que se destinan a asistencia sanitaria por hospitalización o emergencias generada por un acto de violencia.

Se debe implementar un sistema adecuado de registro en los hospitales públicos y privados que permitan ingresar la información de los pacientes en forma fácil y exacta con el fin de unificar los códigos de registro, logrando un ingreso favorable de todos los casos que demanda asistencia sanitaria, así lograr una base nacional que permita analizar la epidemiología y los determinantes de la salud desde los datos reales y exactos. En el caso particular de la investigación lograr identificar las causas que genera la lesión con su código establecido y unificado, con que está relacionado, el diagnóstico y las observaciones para evitar las historias clínicas físicas las cuales se deterioran, extravían y no son de fácil acceso.

Es necesario evaluar la pertinencia de un organismo independiente, el cual puede ser privado o público que este encargado de monitorear y recopilar datos y estadísticas nacionales de la inseguridad, la criminalidad y la violencia que este deslindados de la policía nacional y judicial, con el fin de obtener no solo datos a causa de denuncias sino un registro de la percepción de la inseguridad, encuestas a la población nacional y posibles víctimas, y además los datos de denuncias de lesiones o crímenes para el contraste de la información.

Referencias Bibliográficas

- Alfredo Oliva*, Moisés Ríos, Lucía Antolín, Águeda Parra, Ángel Hernando & Miguel-Ángel Pertegal (2014) *Más allá del déficit: Construyendo un Modelo de Desarrollo Positivo Adolescente*. pag223-234 Universidad de Sevilla España: Sevilla
- Arias, José (2011) *Políticas Públicas y Gobernabilidad en el Ecuador*. Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo Ecuador: Quito
- Asamblea Constituyente (2008) *Constitución Política de la República del Ecuador 2008*. Impreso Talleres Gráficos UTPL. Ecuador: Loja
- Asociación de Economía de la Salud (2004) *Economía y Salud: Boletines informativos*. ISALUD. España: Barcelona
- Avellán, Bernardo (2009) *Indisciplina y Violencia Juvenil*. El Diario. Ecuador: Quito
- Baladi J Francois (1996) *A guidance document for the costing process*. Canadian Coordinating office for Health Technology Assessment. Canadá: Ottawa.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2000) *Informe IDEAS*. BID. Colombia: Manizales
- Barómetro de Quito (2008) *“El presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito”* Proyecto Salud de Altura. Ecuador: Quito
- Betancourt, Andrea (2007) *“Cuánto cuesta la violencia en el Salvador”* Estudios de la ciudad FLACSO, sede Ecuador: Quito
- Bokser, Judith (2014) *Riesgos Sociales en América Latina: una interacción al debate sobre igual*. México <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmस्पs/article/view/45386>
- Buvinic, Mayra (2008) *“Un balance de la violencia en América Latina los costos y las acciones para la prevención”*, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Buvinic, Mayra, Andrew Morrison y Michael Shifter (1999), *“La Violencia América Latina y el Caribe: Un marco de referencia para la acción”*, Serie de informes técnicos, Departamento de Desarrollo Sostenible, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Campos, Armando (2010) *Violencia Social*, IUNED-INALUD. Panamá: Ciudad de Panamá
- Cardia, Nancy (2005) *Estado del arte de los programas de prevención de la violencia juvenil basados en la estrategia de la promoción del desarrollo de los jóvenes o que incorporan variables asociadas a este desarrollo*. OPS. Lima: Perú.
- Carrión, F, Pontón J Y Armijos B (2009) *“120 Estrategias y 36 Experiencias de Seguridad Ciudadana”* FLACSO. Ecuador: sede Quito.
- Carrión, Fernando, (2007) *“Los costos de la violencia en el Ecuador en el Ecuador”* Estudios de la ciudad FLACSO. Sede Ecuador: Quito
- Cerbino Mauro, (2004) *Pandillas juveniles: Cultura y conflictos de la calle* FLACSO. Ecuador: Quito
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL (2007). Observatorio Demográfico No. 3: Proyección de población. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
<http://www.cepal.org/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/32634/P32634.xml&xml=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>

- Constitución Política del Ecuador (2008) *Capítulo segundo: Políticas públicas, servicios públicos y participación ciudadana, artículo 85* Ecuador.
- Cotler A. Pablo (2007) *“Políticas Públicas para un crecimiento incluyente”*. Universidad Iberoamericana. México
- Cruz, Miguel (ed.) (2006), *Maras y Pandillas en Centroamérica IV: las respuestas de la sociedad civil organizada*, UCA eds., San Salvador
- Cruz Roja (2013) *Programas de prevención de la violencia juvenil en el mundo*.
http://www.cruzroja.org.ec/plantilla_texto.php?id_submenu1=8&id_menu=3
- Culyer. P (2005) *Anthony Dictionary of health economics*. Edward Elgar Publishing Limited. USA: Massachusetts.
- Dahlgren G, Whitehead M (1991) *Policies and Strategies to Promote Equity in Health*. Stockholm: Institute for Future Studies
- Dávila, Ana (2011) *El alcohol: Un problema de salud pública* (Disertación de Economía). Recuperada de Repositorio digital de la PUCE
- De Medina, Amparo (2002) *“Libre de violencia familiar”*, Mundo Hispano, EEUU, Texas
- Diario Hoy, 13 de marzo (2001) *“Violencia Juvenil”* periódico electrónico. Ecuador: Quito
- Entrevistas Hospital Eugenio Espejo (2014) *opinión estadísticos y expertos en emergencias relacionadas con violencia*. Ecuador: Quito
- Escritos de Psicología vol.5 no.2 (2012) *Resiliencia Psicológica y Dolor Crónico*. Málaga.
<http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2012.1001>
- Fiscalía General del Estado (2013) *Estadísticas e indicadores de denuncias y seguridad ciudadana “Informe de seguridad en el DMQ”*. FGE. Ecuador: Quito
- Gabarino. J, (1985) *Adolescente Development: An Ecological Perspective*. C.E. Merril Pub. Co Universidad de California. USA: California
- Gálvez R, Piédrola Gil (2009) *Medicina Preventiva y Salud Pública* (10ª ed)” Masson. Barcelona.
- Gálvez R (2009) *La salud y sus determinantes* Concepto de medicina preventiva y salud pública. Masson. Barcelona.
- García, Consuelo (2000) *Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa?* Universidad de Caldas. Colombia: Manizales
- Gil, Patricia, Lloret Imma, Pujal Margot (2007) *“Violencia de género”* Editorial UOC, Barcelona España.
- Gimeno, Juan, Rubio, Santiago y Tamayo Pedro (2006) *Economía de la Salud: fundamentos*. Ediciones Díaz de Santos México: México D.F.
- Gómez, Patricia (2011) *La importancia de la educación y la salud en el crecimiento de la economía: una perspectiva de género*. Universidad de Valladolid. España: Valladolid
- Hauser O, (2009) *Seminario de violencia juvenil en Centro América y El Caribe*. Cooperación Española. Costa Rica. www.aecid-cf-org.gt
- Hidalgo, Álvaro (2005) *Economía de la Salud*. Universidad de Castilla- La Mancha. España: Madrid

- Hermoza, Miguel (2010) *Fallos de mercado sanitario*. Economía y Administración en Salud
<http://ecoadministracion.blogspot.com/2010/07/fallos-del-mercado-de-servicios-de.html>
- Hollander, Paul (2008) *Political Violence: Belief, Behavior, and Legitimation*, Palgrave Macmillan. USA
- Hospital Eugenio Espejo (2012) *Informe Epidemiológico HEE 2008-2012*. Ecuador: Quito
- Hospital Eugenio Espejo (2013) *Bases de agresiones de asistencia sanitaria 2008-2012*. Ecuador: Quito
- Hospital Pablo Arturo Suarez (2012) *Estadísticas y registros médicos 2008-2012*. Ecuador: Quito
- Hospital Pablo Arturo Suarez (2013) *Bases de agresiones de asistencia sanitaria 2008-2012*. Ecuador: Quito
- Hospitalia Wordpress, (2008: octubre) "Economía de la salud", fallos de mercado revista de economía de la salud en línea: <http://hospitalia.wordpress.com>
- Huizinga. D & Löber R (1995) *"Causes and Correlates of delinquency"* Washington D.C. EEUU
- Institute of Health Economics (1998) *A National List of Provincial Costs for Health Care: Canada 1997/8*. Canada: Ottawa
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- INEC *Egresos Hospitalarios 2002-2007-2012*. Ecuador: INEC <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/banco-de-informacion/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (2011) "10 principales Causas de mortalidad y morbilidad en el Ecuador: Ecuador
- Jaume, Curbet, (2006) *"Conflictos locales y violencias locales"* ciudadanía y violencia, ciudadanía y violencia Corposeguridad, MDMQ, FLACSO. Ecuador.
- Kandel E, Mednick SA. (1967) Perinatal complications predict violent offending. *Criminology* 29:519–529.
- Lagos Marta y Dammert Lucía, (2012) *La Seguridad Ciudadana el Problema Principal de América Latina*. Perú: Lima
- Lalonde M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Government Canada. 1974. p. 31-34. Canadá
- Larraín Felipe B., Jeffrey D. Sachs, Jeffrey (2002) *"Macroeconomía en la economía global"* Pearson Education S.A, Argentina
- Lipsey MW. D (1998) *"Predictor of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood"* Washington, EEUU
- Löeber R (1982) *Developmental pathways in disruptive child behavior*. *Development and Psychopathology*. 5:103–133.
- Londoño, Juan, y Guerrero, Rodrigo, (1999) *Violencia en América Latina epidemiología y costos*. Banco Interamericano de Desarrollo. USA: Washington. D.C.
- Lucio R, Herteleer J (2008) *El presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito* Barómetro de Quito. Ecuador: Quito
- Lucio, Ruth; Villacrés, Nilda; Henríquez, Rodrigo (2011) *Sistema de salud de Ecuador*. México: Instituto Nacional de Salud Pública-México <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619779013>

- Mankiw, N. Gregory (2002) *Principios de la Economía*. Mcgrawn Hill (Segunda edición). USA: New York
- Mankiw, N. Gregory (2011) *Principios de Economía pp. 147* (quinta edición). España: Madrid
- Más-Colell, Andrew, Whinston Michael y Green, Jerry (1995) *Teoría Económica*. Oxford University Press. Estados Unidos: New York.
- Massimo, Pavarini, (2005) *“Castigar al enemigo criminalidad, exclusión e inseguridad”* ciudadanía y violencia Corposeguridad, MDMQ, FLACSO sede Ecuador.
- Ministerio de Educación del Ecuador (2014) *“Geo Portal educativo”* información instituciones educativas. ME. Ecuador
- Ministerio de Finanzas del Ecuador (2014) *Legislación y normativa, presupuesto General del Estado*. MF. Ecuador
- Ministerio de Finanzas del Ecuador (2014) *Módulo de información de las finanzas públicas*. MF. Ecuador
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2008) *Modelo Preventivo y áreas de salud: Ecuador. MSP. Ecuador*
- Ministerio de Salud Pública-MSP (2012) *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. Ministerio de Salud Pública. Ecuador
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012) *Planificación estratégica hospitales de tercer nivel*. MSP. Ecuador: Quito
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012) *Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*. MSP. Ecuador: Quito
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014) *objetivos y lineamientos*. MSP. Ecuador: Quito
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012) *Modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural*. Ecuador: Quito
- Ministerio del Interior (2013) Informe de la Comisión Estadística Interinstitucional de Seguridad Ciudadana y Justicia. <http://www.andes.info.ec/es/noticias/tasa-homicidios-ecuador-redujo-1087-cada-100000-personas.html>
- Montalvo, Pedro (2007) *Costos de la violencia en el Distrito Metropolitano de Quito*. Estudios de la ciudad FLACSO. Ecuador.
- Navarro, María Inés (2007) *“Reseña de Investigación aplicada en Salud Pública”* Revista gerencia y políticas de salud, vol6, num.12, enero-junio pp 146-148. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia
- Observatorio Interamericano de Seguridad (2013) *Homicidios y violencia juvenil. Canadá* http://www.oas.org/dsp/espanol/cpo_observatorio.asp
- Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana (2012) *17to informe de seguridad ciudadana en el DMQ*. OMSC Ecuador: Quito.
- Observatorio Metropolitano de la Seguridad Ciudadana (2013) *18to Informe de seguridad en el DMQ*. OMSC. Ecuador: Quito
- Oleas, Julio (2007) *El costo de la inseguridad una primera aproximación para enfrentar los problemas de violencia*. Estudios de la ciudad FLACSO. Ecuador.

- Organización Mundial de la Salud (1946) *“Glosario de términos” salud*. OMS. Suiza: Ginebra
- Organización Mundial de la Salud (1998) *“Glosario de términos” estado de salud*. OMS. Suiza: Ginebra
- Organización Mundial de la Salud (1998) *Promoción de la Salud, glosario OMS*. Suiza: Ginebra
- Organización Mundial de la salud (2000) *Clasificación Internacional de Enfermedades*. OMS (10ma edición). Suiza: Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2001) *Glosario de Términos Definición Salud*. OMS. Suiza: Ginebra
- Organización Mundial de la Salud (2002) *Informe de Violencia Juvenil* Ginebra E.E.U.U.
http://www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/en/executive_summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2005) Glosario de Términos “calidad de vida”. OMS. Suiza: Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2008) *Determinantes Sociales de la Salud*. OMS
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index1.html
- Organización Mundial de Salud (2010) *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. OMS. Suiza: Ginebra. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>
- Organización de Naciones Unidas (2014) *Informe Global de Homicidios*. Ministerio del Interior (2013) “Informe de la Comisión Estadística Interinstitucional de Seguridad Ciudadana y Justicia. <http://www.andes.info.ec/es/noticias/tasa-homicidios-ecuador-redujo-1087-cada-100000-personas.html>
- Organización Panamericana de la Salud (2002) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. USA: Washington
- Organización Panamericana de la Salud (2003) *Salud, crecimiento económico y reducción de la pobreza*. Informe del grupo de trabajo OMS. N 1. USA: Cambridge.
- Organización Panamericana de la Salud (2004) *La Violencia en Costa Rica*. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Costa Rica: San José
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2008) *Perfil de los Sistemas de Salud Ecuador, Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. OPS. USA: Washington D.C
- Pampel SF, Gartner R, (1995) *Age Structure Socio-Political Institution and National Homicides Rates*. Springer. USA: New York
- Pueyo A (2006) *Violencia Juvenil: Realidad Actual y Factores Psicológicos Implicados*. Anuario de Psicología. Latinoamérica
- Pujal Margot (2007) “El Feminismo”, Editorial UOC, Barcelona España
- Real Academia Española (2010) *Diccionario de la Lengua Española* (vigésima segunda edición)
- Reyes, Román (2005) *Diccionario crítico de Ciencias Sociales*. Plaza y Valdés Editores. España: Madrid
- Revista Mexicana de ciencias políticas y sociales, volumen 49 199-201 pp. UNAM. México: México D.F.

- Roberts, S., Husmeier, D., Rezek, I., and Penny, W (1998) *Bayesian approaches to gaussian mixture modelling*. *IEEE Transactions on Pattern Analysis and Machine Intelligence*, 20(11):1133-1142.
- Sachs D. Jeffrey (2011) *Informe de la comisión sobre Macroeconomía y Salud*. Harvard University EE.UU. http://www.who.int/macrohealth/background/cmh_spanish.pdf
- Selma J. Mushkin (1999) *Hacia una definición de economía de la salud*. Lecturas de Economía, Departamento de Economía, Universidad de Antioquia. Colombia: Medellín
- SENPLADES (2011) “Guía Para La Formulación De Políticas Públicas Sectoriales”, Ecuador Subsecretaría de Planificación Nacional, Territorial y Políticas Públicas. Ecuador
- Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador-SIISE (s.f) Estadísticas Inversión Social-Salud. Ecuador: SIISE <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/>
- Stiglitz, Joseph (1988) *La economía del sector público, capítulo 3* (tercera edición) Estados Unidos: New York.
- Stiglitz, Joseph (2000) *La economía del sector público, capítulo 12*. (Tercera edición). New york
- Stiglitz, Joseph (2000) *La economía del sector público, capítulo 3, pp 69*. (Tercera edición).USA: New york
- Stiglitz, Joseph (2000) *La economía del sector público, capítulo 9* (Tercera edición).USA: New york
- Tamayo, Manuel: (1997) *El Análisis de las Políticas Públicas en “La Nueva Administración Pública”* Rafael Bañón y Ernesto Carrillo (comps). Edic. Alianza Universidad Textos. Madrid.
- Varian, Hal (1998) *Microeconomía intermedia, un enfoque actual, capítulo 31*(Segunda edición) ilustrada W.W. Norton & Company. Estados Unidos
- Villacrés Nilda (2008) *Sistema de salud Ecuador*, Ministerio de Salud Pública: Ecuador.
- Villacrés, Nilma (2007) *Violencia en el Ecuador: momento oportuno para calcular los costos*. Estudios de la ciudad FLACSO. Ecuador.
- Vizuite, Gáelas Alejandro (2013) *Muertes por causas externas en el DMQ*. Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana. Ecuador.

Anexos

Anexo A: Mortalidad general en el Ecuador año 2012

Nº Orden	Código L.C.	Cód. CIE-10	Causas de Muerte	Número	%	Tasa
1	26	E10-E14	Diabetes mellitus	4.455	7,15%	29,18
2	34	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	4.381	7,03%	28,70
3	42	I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	3.930	6,31%	25,74
4	29	F01 F03 G30	Demencia y Enfermedad de Alzheimer	3.894	6,25%	25,51
5	57	V00-V89	Accidentes de transporte terrestre	3.351	5,38%	21,95
6	46	J10-J18	Influenza y neumonía	3.067	4,92%	20,09
7	64	X85-Y09	Agresiones (homicidios)	2.106	3,38%	13,79
8	35	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	2.014	3,23%	13,19
9	51	K70-K76	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1.997	3,21%	13,08

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: INEC Año: 2012.

Anexo B: Morbilidad Masculina en el Ecuador año 2012

N° Orden	Causas	Número de Egresos	%	Tasa **
1°	J18 Neumonía, Organismo No Especificado	18.026,00	4,76%	23,82
2°	A09 Diarrea Y Gastroenteritis De Presunto Origen Infeccioso	15.967,00	4,22%	21,10
3°	K35 Apendicitis Aguda	14.944,00	3,95%	19,75
4°	K40 Hernia Inguinal	10.404,00	2,75%	13,75
5°	K80 Colelitiasis	8.450,00	2,23%	11,17
6°	S06 Traumatismo Intracraneal	8.225,00	2,17%	10,87
7°	N40 Hiperplasia De La Próstata	6.383,00	1,69%	8,43
8°	S82 Fractura De La Pierna, Inclusive El Tobillo	5.546,00	1,46%	7,33
9°	T07 Traumatismo Múltiples, No Especificados	5.115,00	1,35%	6,76
10°	J34 Otros Trastornos De La Nariz Y De Los Senos Paranasales	4.696,00	1,24%	6,21
	Signos Y Hallazgos Anormales Clínicos Y De Laboratorio, Ncop (Cap. Xviii)	16.386,00	4,33%	
	Las Demás Causas De Morbilidad	264.592,00	69,86%	
	Total De Egresos Hospitalarios	378.734,00	100,00%	
	Población Estimada Año 2011	7.567.676,00		

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: INEC (2012).

Anexo C: Frecuencias y variaciones por tipo de muerte en el Ecuador 2010-2012

Tipo de Muerte	Frecuencias			Variaciones			
	Absolutas			Absolutas		Porcentuales	
Año	2010	2011	2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011	2011-2012
Tránsito	390	301	320	-89	19	-22,8%	6,3%
Accidental	282	363	296	81	-68	28,7%	-18,7%
Homicidios	290	230	217	-60	-13	-20,7%	-6,7%
Suicidios	180	174	204	-6	30	-3,3%	17,2%
Indeterminada	22	32	40	10	8	46,6%	26,0%
Total	1164	1100	1076	-64	-24	-6,6%	2,2%

Elaboración: Estefany Reinoso

Fuente: Departamento médico legal OMSC datos expuestos a variaciones.

Anexo D: Cálculo de valor actual de los precios para cada uno de los procesos de asistencia sanitaria con hospitalización

Servicio de Habitación

2012	8,71	-	-
2011	8,71	0,0488	8,661
2010	8,66	-0,0113	8,672
2009	8,67	0,0139	8,659
2008	8,66	0,0407	8,618

Cuidado y Manejo Diario

2012	1,85	-	-
2011	1,85	0,010	1,840
2010	1,84	-0,002	1,842
2009	1,84	0,003	1,839
2008	1,84	0,009	1,830

Dieta Hospitalaria

2012	2,65	-	-
2011	2,65	0,015	2,635
2010	2,64	-0,003	2,639
2009	2,64	0,004	2,634
2008	2,63	0,012	2,622

Derecho de sala de cirugía y uso de quirófano

2012	14,28	-	-
2011	14,28	0,080	14,200
2010	14,20	-0,018	14,218
2009	14,22	0,023	14,196
2008	14,20	0,067	14,129

Sala de Recuperación

2012	6,00	-	-
2011	6,00	0,034	5,966
2010	5,97	-0,008	5,974
2009	5,97	0,010	5,965
2008	5,96	0,028	5,937

Materiales de cirugía fungibles

2012	3,03	-	-
2011	3,03	0,017	3,013
2010	3,01	-0,004	3,017
2009	3,02	0,005	3,012
2008	3,01	0,014	2,998

Laboratorio

2012	26,00	-	-
2011	26,00	0,146	25,854
2010	25,85	-0,034	25,888
2009	25,89	0,041	25,847
2008	25,85	0,121	25,725

Cuidado Inicial

2012	12,50	-	-
2011	12,50	0,070	12,430
2010	12,43	-0,016	12,446
2009	12,45	0,020	12,426
2008	12,43	0,058	12,368

Cuidado Hospitalario

2012	6,00	-	-
2011	6,00	0,034	5,966
2010	5,97	-0,008	5,974
2009	5,97	0,010	5,965
2008	5,96	0,028	5,937

Enfermería

2012	9,00	-	-
2011	9,00	0,050	8,950
2010	8,95	-0,012	8,961
2009	8,96	0,014	8,947
2008	8,95	0,042	8,905

Imagen y Medicamentos

2012	52,00	-	-
2011	52,00	0,291	51,709
2010	51,71	-0,067	51,776
2009	51,78	0,083	51,693
2008	51,69	0,243	51,450

Anexo E: Cálculo de valor actual de los precios para cada uno de los procesos de asistencia sanitaria ambulatoria en emergencias

Consulta atención ambulatoria en emergencias

2012	16,50	-	-
2011	16,50	0,092	16,408
2010	16,41	-0,021	16,429
2009	16,43	0,026	16,403
2008	16,40	0,077	16,326

Sala de urgencia y emergencias

2012	3,60	-	-
2011	3,60	0,020	3,580
2010	3,58	-0,005	3,584
2009	3,58	0,006	3,579
2008	3,58	0,017	3,562

Cuidado y Manejo Diario

2012	1,85	-	-
2011	1,85	0,010	1,840
2010	1,84	-0,002	1,842
2009	1,84	0,003	1,839
2008	1,84	0,009	1,830

Servicios Profesionales

2012	15,40	-	-
2011	15,40	0,086	15,314
2010	15,31	-0,020	15,334
2009	15,33	0,025	15,309
2008	15,31	0,072	15,237

Enfermería

2012	9,00	-	-
2011	9,00	0,050	8,950
2010	8,95	-0,012	8,961
2009	8,96	0,014	8,947
2008	8,95	0,042	8,905

Sala de yesos, suturas y curaciones

2012	3,30	-	-
2011	3,30	0,018	3,282
2010	3,28	-0,004	3,286
2009	3,29	0,005	3,281
2008	3,28	0,015	3,265

Imagen y Medicamentos

2012	52,00	-	-
2011	52,00	0,291	51,709
2010	51,71	-0,067	51,776
2009	51,78	0,083	51,693
2008	51,69	0,243	51,450