PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ECONOMÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ECONOMISTA

ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA DE ESMERALDAS: UN ESTUDIO ANTES Y DESPUÉS DE SU REPOTENCIACIÓN

María Verónica López
mave_1105@hotmail.es

Director: Mtr. José Grijalva
josealgrijalva@gmail.com

Quito, Enero de 2017

RESUMEN

La presente investigación estudia la eficiencia de la inversión realizada en el Hospital Delfina Torres de Concha antes y después de haber sido decretado el estado de emergencia que busca cubrir la mayor parte de la demanda existente en la ciudad de Esmeraldas. Para un manejo eficiente de los recursos existen varios aspectos que deben analizarse, en esta investigación el análisis se centra en un principio en la planificación y ejecución presupuestaria, que van de la mano de los objetivo establecidos en el Plan Nacional del Buen Vivir; la teoría indica que una correcta planificación de la mano de una buena ejecución presupuestaria desencadenaran en un uso eficiente de los recursos, al menos en lo correspondiente al área administrativa. Por otro lado el análisis va ligado a la evolución de los principales indicadores de eficiencia hospitalaria como son: porcentaje de ocupación de camas, productividad de los quirófanos, promedio de días de estada y giro de amas; los cuáles ha sido separados por especialidad para un análisis más completo. Finalmente, el análisis de los costos de atender a los pacientes nos muestran el manejo tanto de la parte administrativa como de la parte médica que incluye el uso de la capacidad instalada del Hospital, pudiendo así en conjunto analizar si el aumento de la inversión ha conseguido o no llegar a cubrir mayor parte de la demanda cumpliendo con los objetivos planteados por el Gobierno Central.

Palabras clave: inversión pública, eficiencia, indicadores, costo día paciente.

SUMMARY

The present investigation studies the efficiency of the investment made at “Delfina Torres de Concha” Hospital before and after the state of emergency that seeks to cover most of the existing demand in the city of Esmeraldas has been decreed. For an efficient management of resources there is a group that must be analyzed, and this is the research analysis focuses on a principle in planning and budget execution, which hand in hand the goal established in the National Plan for Good Living; The theory indicates that a correct planning of the hand of a good execution budget are triggered in an efficient use of the resources, less than the corresponding one to the administrative area. On the other hand, the analysis is related to the evolution of the main indicators of hospitality effectiveness as the child: the percentage of bed occupancy, the productivity of the operating rooms, the average number of days of stay and the turnover of nurses; which have been separated by specialty for a more complete analysis. Finally, the analysis of the costs of care to the patients of the eyes, the management of both the administrative and the medical part that includes the use of the installed capacity of the Hospital, can thus in the whole analyze whether the increase in investment Has achieved or not to cover most of the demand meeting the objectives set by the Central Government.

Key words: public investment, efficiency, indicators, patient day cost.

DEDICATORIA

A Dios por guiar siempre mi camino

A mis padres, por su amor entrega dedicación y apoyo para llegar hasta aquí.

A mis hermanos, por nunca abandonarme, por creer siempre en mí y por su amistad incondicional.

A mi pequeño José Emiliano, por ser la luz que guía mi camino y me motiva a ser mejor cada día.

A mi director y amigo, José, por el apoyo y la paciencia durante mi vida estudiantil.

A mi gran amigo Hugo, quien con su apoyo ha ido haciendo de mí una gran profesional.

ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA DE ESMERALDAS: UN ESTUDIO ANTES Y DESPUÉS DE SU REPOTENCIACIÓN

INTRODUCCIÓN 9

METODOLOGÍA DEL TRABAJO 11

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Economía de la salud 16

La economía de la salud hoy 16

Evaluación económica en salud 17

Indicadores de eficiencia hospitalaria 19

La salud financiada públicamente 22

Competencia limitada 23

Finanzas públicas 24

El presupuesto general del estado 24

Economía del bienestar 26

El sector de la salud pública en el ecuador 26

Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2017 27

CAPITULO I: LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA Y EL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS 28

Generalidades y características del Hospital Delfina Torres de Concha 28

Ejecuciones presupuestarias 30

Composición del gasto años 2008-2015 31

Variación de la inversión años 2008-2015 41

CAPÍTULO II: INIDCADORES HOSPITALARIOS 43

Porcentaje de ocupación de camas 43

Productividad de los quirófanos 48

Promedio de días de estancia 50

Giro de camas

CAPITULO III: ANÁLISIS DE LOS COSTOS DE ATENDER A LOS PACIENTES 59

El día paciente 59

Costos Fijos 60
Costos Variables 60
Costos por Especialidad 60
CONCLUSIONES 65
RECOMENDACIONES 66
BIBLIOGRAFÍA 67

INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura N°1: Estructura Orgánico Funcional 29

TABLA N° 1: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS EN CIRUGÍA 43

TABLA N°2: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS EN CIRUGÍA 45

TABLA N° 3: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS GINECO OBTETRICO 46

TABLA N° 4 PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS HOSPITAL GENERAL 47

TABLA N° 5 PRODUCTIVIDAD DE LOS QUIRÓFNOS HOSPITAL GENERAL 49

TABLA N° 6: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA SERVICIO DE CLÍNICA 50

TABLA N° 7: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA SERVICIO DE CIRUGÍA 51

TABLA N° 8: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA SERVICIO G-O 52

TABLA N° 9: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA HOSPITAL GENERAL 53

TABLA N° 10: GIRO DE CAMAS SERVICIO DE CLÍNICA 55

TABLA N° 11: GIRO DE CAMAS SERVICIO DE CIRUGÍA 56

TABLA N°12: GIRO DE CAMAS SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 57

TABLA N° 13: GIRO DE CAMA HOSPITAL GENERAL 58

TABLA N° 14 DIA PACIENTE 59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1 EVOLUCION DE LA PLANIFICACIÓN Y ASGINACIÓN 30

GRÁFICO N°2: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2008 31

GRÁFICO N°3: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2008 32

GRÁFICO N°4: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2009 32

GRÁFICO N°5: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2009 33

GRÁFICO N°6: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2010 34

GRÁFICO N°7: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2010 34

GRÁFICO N°8: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2011 35

GRÁFICO N°9: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2011 35

GRÁFICO N°10: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2012 36

GRÁFICO N°11: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2012 37

GRÁFICO N°12: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2013 38

GRÁFICO N°13: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2013 38

GRÁFICO N°14: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2014 39

GRÁFICO N°15: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2014 40

GRÁFICO N°16: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2015 40

GRÁFICO N°17: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2015 41

GRÁFICO N° 18: EVOLUCIÓN DE LA INVERSIÓN 42

GRÁFICO N° 19: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS EN CIRUGÍA 44

GRÁFICO N°20: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS EN CIRUGÍA 45

GRÁFICO N° 21: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS GINECO OBTETRICO 47

GRÁFICO N° 22: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS HOSPITAL GENERAL 48
GRÁFICO N° 23: PRODUCTIVIDAD DE LOS QUIRÓFANOS 49
GRÁFICO N° 24: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA SERVICIO Ç DE CLÍNICA 51
GRÁFICA N°25: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA SERVICIO DE CIRUGÍA 52
GRÁFICO N° 26: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA SERVICIO G-O 53
GRÁFICO N° 27: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA HOSPITAL GENERAL 54
GRÁFICO N° 28: GIRO DE CAMAS SERVICIO DE CLÍNICA 55
GRÁFICO N° 29: GIRO DE CAMAS SERVICIO DE CIRUGÍA 56
GRÁFICO N°30: GIRO DE CAMAS SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 57
GRÁFICO N° 31: GIRO DE CAMA HOSPITAL GENERAL 58

INTRODUCCIÓN

La lista de los derechos humanos a los que las personas pueden acceder es extensa, sin embargo existen dentro de ellos ciertos derechos sobre los cuáles se realiza un mayor énfasis dentro de la elaboración de lo que es la política pública como son: salud y educación.

Para objetos de estudio de la presente disertación, se tomará en cuenta al derecho a la salud como eje fundamental del desarrollo social y económico de un territorio, siendo la inversión destinada a este sector el tema central de la misma; para poder hacer un análisis más profundo y comparativo de las variables a estudiar.

Los países de América Latina están caminando en busca de políticas y lineamientos que permitan mejorar los sistemas de salud con iniciativas estratégicas para iniciar una transformación. El eje de estas iniciativas está en buscar sistemas de salud más inclusivos equitativos y universales. (Ministerio de Salud Pública, sf).

El mismo Ministerio de Salud en uno de sus comunicados oficiales afirma que:

> "Los países de la Región reafirmaron su compromiso de avanzar hacia la cobertura universal de salud en el 52° Consejo Directivo de la OPS/OMS en 2013, al otorgarle a la Oficina Sanitaria Panamericana el mandato de formular una estrategia a ser presentada en el 53º Consejo Directivo de 2014. Este compromiso de los Estados Miembros se expresa a través del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, en el que se reconoce la cobertura universal de salud como un pilar estratégico junto con el abordaje de los determinantes sociales de la salud."

Esmeraldas, la capital de la provincia verde, cuenta con una población de 534.792 habitantes, lo que lo convierte en el cantón más poblado de los 8 que existen en la provincia. (INEC, 2010)

Esmeraldas cuenta con dos principales hospitales públicos a los cuáles la población puede acceder, por una parte se encuentra el hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, al cual tiene acceso todas las personas que están aseguradas bajo este sistema; por otro lado se encuentra el Hospital Delfina Torres de Concha el cual presta sus servicios para todas las personas que no están aseguradas.

Durante muchos años, el Hospital Delfina Torres de Concha, ha tratado de cubrir la demanda de Salud que se genera en el cantón de Esmeraldas, pero debido a la baja asignación presupuestaria que ha tenido, y a la ineficiencia en el manejo de los mismo, es la población Esmeraldeña, quien se ha visto afectada por esto ya que el hospital no ha podido cubrir toda la demanda de Salud que se genera en el cantón.

El cantón Esmeraldas presenta una falta de atención hospitalaria generada principalmente por la poca capacidad física, y también por la falta de talento humano. A pesar que la Red Hospitalaria del Ecuador maneja procesos desconcentrados, no ha sido capaz de abarcar la demanda existente de un

problema que ha existido por más de veinte años en la historia generando una deuda social del Estado para con la población esmeraldeña.

Es por esto que el Estado se vio en la necesidad de generar una gran inversión en este cantón para poco a poco ir acortando esa brecha existente entre las personas y el acceso a los servicios de salud. Uno de los pilares de esta inversión es la re potenciación del Hospital Delfina Torres de Concha que comenzó en el año 2011 y sigue realizándose hasta la fecha.

En el año 2011 se decreta un estado de emergencia para el Hospital Delfina Torres de Concha por parte del Ministerio de Salud Pública; el cuál después de varios estudios y aproximaciones con la población esmeraldeña ve la necesidad de realizar una fuerte inversión en cuanto a infraestructura, equipamiento y a la dotación de talento humano capacitado para atender en el hospital.

Sin embargo no siempre el aumento de la inversión significa que esta sea eficiente, por lo que la presente investigación pretende realizar un análisis desde tres enfoques importantes de eficiencia.

Desde un punto de vista de eficiencia asignativa es importante observar que el hospital ha presentado niveles de ejecución significativos en los últimos años; no obstante el problema radica en la asignación que han tenido estos recursos y la planificación que han tenidos los mismos para las mejoras en el hospital.

Por otro lado otro problema que aparece en el sistema de salud esmeraldeño es que debido a la mala concepción de que el servicio no es de calidad, existe solo una parte de la población que accede a los servicios de salud dejando segmentado el mercado, con lo cual deja de lado la aplicación de una eficiencia distributiva en el manejo de los servicios de salud.

Finalmente el déficit que presenta el Hospital se ve evidenciado por la poca eficiencia operativa que tiene, por el mal manejo de los recursos que tiene el hospital, lo cual se ha visto evidenciado en la cantidad y calidad de servicios hospitalarios y ambulatorios otorgados por el hospital.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

PREGUNTA GENERAL:

¿Qué tan eficiente ha sido la inversión pública en el hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas en el período 2008-2015?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS:

- ¿Cuál es la relación que existe entre la planificación, el presupuesto y el cumplimiento de objetivos del Hospital Delfina Torres de Concha?
- ¿Cómo han evolucionado los indicadores de eficiencia hospitalaria: porcentaje de ocupación, la productividad de los quirófanos, promedio de días de estada y giro cama total por mes?
- ¿Cuál es la evolución de los costos de atender a los pacientes en el Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas?

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la eficiencia de la inversión pública en el hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas en el período 2008-2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar cual es la relación que existe entre la planificación, el presupuesto y el cumplimiento de objetivos del Hospital Delfina Torres de Concha.
- Analizar la evolución de los indicadores de eficiencia hospitalaria: porcentaje de ocupación, la productividad de los quirófanos, promedio de días de estada y giro cama total por mes**.**
- Definir la evolución de los costos de atender a los pacientes en el Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas.

DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El siguiente estudio de caso es de una unidad prestadora de servicios de Salud, localizada en el norte del territorio ecuatoriano en la provincia de Esmeraldas perteneciente a la Región Costa. La unidad de análisis es el Hospital Delfina Torres de Concha que se encuentra en la capital de la provincia, el Hospital es uno de los dos principales establecimientos que brindan los servicios de salud. La temporalidad de la investigación está definida desde el año 2007 hasta el 2014, mismo periodo que se encuentra subdividido en dos, para poder realizar la comparación de los datos, antes y después de la repotenciación del hospital.

MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación corresponde a un estudio de caso de una unidad prestadora de servicios de Salud como es el hospital Delfina Torres de Concha de

Esmeraldas, sin duda es de vital importancia analizar todos los hechos que se han originado en el sector salud para poder llegar a determinar los impactos que estos han tenido sobre la calidad de vida de toda la sociedad y así poder llegar a generar políticas que nos ayuden a seguir mejorando la misma, para mermar los impactos negativos que puedan generar sobre la sociedad y tratar de multiplicar los aspectos positivos que sobre la misma puedan generarse con nuevas políticas por lo que el método que se utilizará es inductivo. Se utilizará este método con el fin de analizar si a partir de simples premisas dadas en el Hospital Delfina Torres de Concha se puede llegar a conclusiones que nos ayuden a generar políticas a nivel nacional que sean en beneficio de la sociedad ecuatoriana.

ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene un carácter descriptivo, ya que lo que busca es describir las características de las variables que son objeto de estudio. Aunque las investigaciones de tipo descriptivo no pueden llegar a describir el objeto de estudio por completo, se consideran pasos iniciales para sentar los precedentes para futuras investigaciones. En el presente caso lo que se plantea es media la eficiencia de la inversión pública que ha tenido el hospital para poder analizar si se ha tenido una mejora en la calidad del servicio. Si bien es un estudio para un determinado hospital puede llegar a servir de ejemplo para que los demás hospitales públicos manejen de manera adecuada su inversión encaminada a la mejora de la calidad del servicio. El correcto manejo y recopilación de los datos van a permitir darle a esta investigación descriptiva tomar el carácter y la significancia que se desea, que como ya se mencionó anteriormente, no se pueden llegar a construir teorías a partir de este estudio si nos sirven como los primeros pasos para seguir desarrollando la materia.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Un estudio de caso se define como una un investigación mediante tres diferentes tipos de procesos: cuantitativo, cualitativo y mixto, en el cual se analiza profundamente una unidad integral para responder el planteamiento del problema, en este caso el hospital Delfina Torres de Concha para responder el planteamiento del problema establecido, correspondiente a que tan eficiente ha sido la inversión pública en dicha unidad ejecutora de gasto de gobierno.

Stiglitz menciona que la intervención del Estado es fundamental para corregir las fallas existentes en el mercado, por lo que ésta es la principal teoría en la que se basa el presente estudio de caso. (Stiglitz, 2000)

El universo de estudio de la presente investigación es el Hospital Delfina Torres de Concha, dentro del cual se van a estudiar tres variables que son: la inversión pública, estadísticas hospitalarias y los egresos hospitalarios en dicha unidad de análisis.

Existen varios autores que señalan que el aumento del gasto público conlleva a una mejora en la calidad de atención en los hospitales, en su dotación de insumos y de recursos humanos; por lo que el Gobierno Nacional decreta un Estado de Emergencia para nuestra unidad de estudio mediante el cual se inicia una repotenciación del Hospital que busca mejorar la calidad de los bienes y servicios aquí ofrecidos, sin embargo, la presente investigación pretende analizar mediante un análisis de estadística descriptiva cual ha sido el alcance real de esta inversión mediante la medición de las variables antes mencionadas.

Es por esta razón que el presente trabajo va a ser estudiado es dos periodos de tiempo claramente diferenciados: la primera parte pretende realizar un análisis estadístico de la situación del Hospital antes de haber sido decretado el Estado de emergencia, desde el año 2007 al año 2010; para después proceder al análisis de los datos proporcionados para los años posteriores a su repotenciación es decir del año 2011 al 2015, y así poder analizar si en realidad ha existido una mejora significativa en cuando a nuestras variables de estudio.

Si bien es cierto en el diseño del presente estudio se ha sugerido el análisis de ciertas variables que nos ayudaran a comprender de mejor manera el avance que ha tenido esta unidad en cuanto a la dotación de bienes y servicios; es importante recalcar que existen más variables que no se mencionan en la presente investigación por algunos motivos entre los cuales están el difícil acceso a los datos y el deficiente almacenamiento estadístico de los mismos, el cual no permite que exista la información secuencial para todos los años de estudio.

MÉTODO MIXTO

La investigación abordará un carácter de investigación mixto ya que abarca los dos tipos de enfoque el cuantitativo y el cualitativo.

Por un lado analiza el método cuantitativo al realzar el análisis estadístico y descriptivo de las variables propuesta para el estudio; ya que es un proceso de toma de medidas que aporta la conexión fundamental entre la observación empírica, y la expresión matemática, es decir, mostrar en números y gráficos lo que hemos observado.

Se analizará los cambios en la productividad del Hospital mediante la ayuda de la información estadística y matemática correspondiente. Si bien es cierto, este corresponde al análisis de una unidad en un conjunto más grande que son los hospitales a nivel nacional, uno de los objetivos de realzar este estudio es que luego pueda generalizarse a una población mayor que a la muestra acostada que se ha utilizado en estas observaciones y permita generar propuestas de política pública.

Por otro lado el método cualitativo se utilizará cuando se realiza la comparación de los dos escenarios separados por la acción de política pública que plantea la repotenciación del Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas.

Los gobiernos son considerados como los principales actores responsabilizados con las políticas públicas, debido a su privilegiada disposición de recursos y poder para ofrecer bienes, servicios y transferencias que resuelvan problemas públicos, si bien la participación de las organizaciones civiles y sociales y de los ciudadanos en general se considera altamente deseable.

En el proceso de sucesivas tomas de posición se concatenan planes, programas, proyectos, acciones u omisiones, por lo que se descarta que una decisión aislada constituya una política. Además, no resulta ocioso aclarar que los gobiernos no actúan de manera absolutamente coordinada, racional y consistente, sino que se componen de organizaciones y funcionarios con posiciones diferentes, entre los que se imponen tendencias predominantes, por lo que se requiere del desarrollo de importantes procesos de coordinación, articulación y negociación para lograr el cumplimiento de sus objetivos.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Para el primer objetivo de determinar cual es la relación que existe entre la planificación, el presupuesto y el cumplimiento de objetivos del Hospital Delfina Torres de Concha, se procederá a utilizar la variable de la inversión pública medido a través del indicador de la ejecución presupuestaria. Lo que se pretende demostrar con esto es que tan eficiente ha sido la planificación preexistente a las asignaciones de recursos, ya que una ejecución presupuestaria elevada no siempre va de la mano de una inversión pública eficiente.

A continuación para el siguiente objetivo: analizar la evolución de los indicadores de eficiencia hospitalaria: porcentaje de ocupación, la productividad de los quirófanos, promedio de días de estada y giro cama total por mes, que analiza las siguientes variables: Cirugías realizadas, numero de quirófanos disponibles, días de estada, numero de egresos hospitalarios para lo cual se utilizara los indicadores: porcentaje de ocupación, productividad de los Quirófanos, promedio de días de estada, giro cama total por mes, para así poder verificar si realmente un aumento de la inversión pública se traduce en aumento de la productividad y de los indicadores hospitalarios de la institución.

Finalmente para el último y tercer objetivo: ddefinir la evolución de los costos de atender a los pacientes en el Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas. Se utilizará la variable de inversión pública conjuntamente con los egresos hospitalarios registrados en el período de estudio medido mediante el indicador del costo del día paciente para poder analizar su evolución y efectividad en el momento del uso de los recursos.

DATOS

Los datos que se van a utilizar para la investigación son de la base de datos obtenida del Hospital Delfina Torres de Concha, de su departamento de estadísticas y de la Dirección Administrativa Financiera. Gracias a la apertura de las autoridades del

Hospital, ha sido fácil acceder a la información necesaria que facilita la realización de la investigación. Sin embargo, se han presentado dificultadas al momento de acceder a la información que no ha sido por la parte de la accesibilidad a la misma, sino por la manera de llevar las estadísticas por la inversión parte del hospital, ya que existían datos para algunos años y para otros no existía o en su defecto en algunos indicadores se estaban| empezando recién a llevar estadísticas de manera formal por lo que no existió la información para todos los años de estudio, llevando a reformular una y otra vez las preguntas de investigación.

VARIABLES E INDICADORES

CUADRO N1. VARIABLES E INDICADORES

OBJETIVO	VARIABLE	INDICADOR	FUENTE
Determinar cual es la relación que existe entre la planificación, el presupuesto y el cumplimiento de objetivos del Hospital Delfina Torres de Concha	Inversión pública	Ejecución Presupuestaria	Hospital Delfina Torres de Concha
Analizar la evolución de los indicadores de eficiencia hospitalaria: porcentaje de ocupación, la productividad de los quirófanos, promedio de días de estada y giro cama total por mes	Cirugías realizadas Numero de quirófanos disponibles Días de estada Numero de egresos hospitalarios	Porcentaje de ocupación Productividad de los Quirófanos Promedio de días de estada Giro cama total por mes	Hospital Delfina Torres de Concha
Definir la evolución de los costos de atender a los pacientes en el Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas	Inversión Pública Egresos Hospitalarios	Costo día paciente	Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: María Verónica López

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Economía de la salud

Los siguientes conceptos nos ayudarán a comprender de mejor manera el ámbito en el que vendrá desarrollada la presente disertación, por lo que es esencial comprender en primera instancia la definición de economía de la salud.

Por una parte entendemos que la salud no es solo la ausencia de enfermedades sino es un estado de bienestar físico, psíquico y emocional en conjunto; en el cual no solo se incluyen los procesos de sanar las enfermedades sino que también UN aspecto muy importante es la prevención de las enfermedades. (Organización Mundial de la Salud, 2003)

Antecedentes

Son ya 25 años desde que ha nacido la iniciativa de plantear a la economía de la salud como una rama en específico de la economía que permita un estudio más detallado que facilite el análisis y la comprensión de las variables estudiadas. Las primeras aproximaciones hacia esta disciplina se dieron en el campo de la economía laboral, la cual buscaba analizar a naturaleza y comportamiento de la vida humana mediante un análisis de trabajo y seguridad social. (Peña et al, 1995)

Sin embargo son años después que la economía de la salud logra poco a poco irse consolidando como una ciencia específica de la economía gracias a la aparición de distintas interrogantes que los modelos convencionales de la economía no lograban explicar. En primer lugar es importante mencionar que es erróneo pensar que en el sistema de salud todo lo que se produce se va a consumir; por otro lado la existencia de una ignorancia relativa, justifica el comportamiento económico diferente de los individuos, que dejan sin validez muchos de los supuestos comúnmente utilizados; además esta rama de la economía busca explicar cómo la demanda de los bienes y servicios de salud se consumen cuando se necesitan evitando un gasto innecesario de dinero. Y, finalmente uno de los aspectos más importantes que se busca introducir con la economía de la salud es la medición de los bienes y servicios mediante productos que nos permitan analizar las variables mediante resultados tangibles. (Peña et al, 1995)

La economía de la salud hoy

La salud ha sido considerada como un derecho humano, el cual todos los países están en la obligación de garantizar para todos sus ciudadanos sin ningún tipo de discriminación; esta garantía viene dada por la accesibilidad de los servicios sanitarios para todas las personas y una correcta política pública que no sea excluyente y que tenga cobertura para la mayoría de la población. (Ramirez, 2010). Es por esto que en la mayoría de los países del mundo este derecho a la salud está reconocido en las constituciones y todos los gobiernos de turno son encargados de generar políticas y preocuparse por este acceso a los servicios sanitarios, sin dejar

de lado que esta administración de la salud se encuentra en constante debate al momento de generar políticas públicas.

La economía de la salud ha sido vista como una disciplina científica que no solo está enfocada en el análisis de una variable sino que más es bastante amplia estudiando diversos aspectos como el financiamiento, producción y distribución de bienes y servicios que están destinados a la satisfacción de las necesidades sanitarias de los individuos; todo esto generado en el campo de la equidad y la eficiencia. (Gónzález, 2003). Sin duda el estudio de la economía de la salud abarca un gran análisis multidisciplinario en el cual están inmersos varios aspectos de oferta y demanda que hacen aún más interesante su estudio y comprensión.

El derecho a la salud es considerado uno de los principales derechos humanos sobre los cuáles se puede sentar pilares sólidos para el desarrollo de una sociedad económica y socialmente aceptable; se entiende que la “buena salud” es parte de una justicia social que permite un correcto desarrollo humano. (Petrera, 2007)

El concepto de la equidad en salud no puede ser entendido solamente como a distribución de los bienes y servicios de salud sino también debe ser entendido como un correcto proceso para poder obtener esta buena salud dentro del cual están inmersos diversos aspectos como el poder evitar enfermedades gracias a un adecuado proceso de prevención a que todos los ciudadanos tengas acceso y a la manera de poder evitar la muerte prematura de los miembros de una sociedad. (Petrera, 2007)

EVALUACIÓN ECONÓMICA EN SALUD

La economía está definida como el estudio en el cuál la sociedad utiliza los recursos escasos que obtiene para satisfacer las necesidades de la población por su puesto haciéndolo de manera eficiente. (Samuelson, 2002:4). Y es esta búsqueda de una correcta distribución lo que nos lleva al estudio de la evaluación económica en salud la cual busca la misma correcta distribución de los recursos, pero en este caso sanitarios, para una mejore de los indicadores de calidad y cantidad de los mismos. (Baly et al, 2009:8)

El sector salud ha sido una de las áreas de la economía los cuáles ha podido captar mayor inversión por parte de los gobiernos (López, 1998: 17). Es por esta razón que la evaluación económica en este sector es de vital importancia para poder analizar el impacto de las políticas implementadas y también para poder analizar la calidad de la inversión que se realiza en el sector salud, no solo en el Ecuador sino a nivel mundial, y analizar en qué medida estas políticas y ésta inversión están contribuyendo a la satisfacción de las necesidades sanitarias de la población y esto a su vez también como esto podría o no estar generando desarrollo económico.

Se puede analizar que a evaluación económica en salud no es un aspecto que abarca el aspecto monetario sino también otros aspectos de la política pública para tomar al gobierno central como tomador de decisiones. En primer lugar la evaluación

económica en salud apoya a los procesos de planeación y administración, seguido de un adecuado manejo de la política clínica que asegura una buena calidad de los servicios de salud para así finamente lograr una adecuada y eficiente administración ‘personalizada de cada paciente asegurando así una buena calidad de vida para a población.

El uso de la evaluación económica como una herramienta en el campo de la salud está empezando a consolidarse poco a poco, empezando por países como España, Reino Unido e Inglaterra. No obstante, como en cualquier disciplina que está empezando sus raíces en el mundo de la ciencia han tenido sus diversos cuestionamientos y problemas para llegar a conclusiones generalizadas. Sin embargo, hay una afirmación a la cual varios autores han llegado de manera similar, mencionando que no existen los adecuados incentivos para que los gestores de política pública en el sector salud tomen las decisiones más eficientes. (Rovira, 2014:1).

En el análisis práctico del caso ecuatoriano, existen dos grandes Instituciones proveedoras de bienes y servicios de salud: por un lado existe el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Socia que es quien brinda atención a las personas afiliadas a este Sistema; mientras que por otro lado existe el Ministerio de Salud Pública que brinda sus servicios de manera gratuita al resto de la población. Esto, sin lugar a dudas, genera distorsiones en el momento de tomar las decisiones más eficientes para las inversiones realizadas en el sector, ya que en muchos de los casos, al ser recursos públicos no existe la suficiente preocupación o el mismo interés por parte de los ejecutores de a inversión.

Existen varios obstáculos que dificultan la evaluación económica en salud entre los cuáles tenemos:

- Los estudios realizados acerca a efectividad de medicamentos o servicios son promovidos o promocionados por las mismas empresas proveedoras de dichos bienes y servicios por lo que evidentemente existe un sesgo a favor de un resultado positivo. (Rovira, 2014:2).
- Existe un mercado de marketing que está por sobre las necesidades reales de la población, por ejemplo cuando se realiza la comparación de productos no se lo hace comúnmente con uno de similares características sino más bien se lo hace con la marca “líder” del mercado; con lo cual no se busca comprar la calidad si no demostrar que la nueva tecnología o el nuevo producto son mejores que la marca líder. (Rovira, 2014:2).
- Una inadecuada estandarización de los procesos no permite que las tecnologías o medicamentos puedan ser comparados de manera eficiente. (Rovira, 2014:2).
- Finalmente, algo que dificulta es el poco acceso a los procedimientos realizados para llegar a los resultados hacen que sea muy difícil verificar con rigurosidad a validez de los estudios. (Rovira, 2014:2).

INDICADORES DE EFICIENCIA HOSPITALARIA

Existe mucha discusión entre los diferentes autores en cuanto a una definición específica que nos permita entender a la eficiencia hospitalaria por un lado algunos autores señalan que la ésta viene definida por un correcto manejo y funcionamiento de los sistemas de salud, que éste cuente con un correcto funcionamiento el cuál va estrechamente ligado al cumplimiento de los objetivos que han sido planteados y que la manera correcta de medir la eficiencia desde este concepto es a través del cumplimiento de dichos objetivos. (Murray y Frenk citado en Jiménez: 4)

Por otro lado existen otros autores que toman otra corriente para poder definir dicha eficiencia y lo hacen desde el sentido en el que es la máxima productividad posible que pueda existir en los sistemas de salud mediante el uso adecuado y eficiente de los recursos con los que cuenta el mismo. (Jaramillo citado en Jiménez: 5)

Porcentaje de ocupación de camas

Este índice es también llamado índice ocupacional, el cual nos permite medir el grado de utilización de camas que tiene un hospital. Dicho índice no debería ser menos al 85% y menos al 90%. Existen diferentes formas de cálculo para éste índice el cuál se lo puede realizar de manera conjunta o por cada servicio por separado, relacionando las camas ocupadas en un día con el total de camas de dotación normal y con los días cama de un período que definiremos a continuación. (Moya, 2002: 109)

Este indicador nos permite medir el rendimiento o la eficacia de una institución prestadora de servicios de salud, es decir es un indicador de insumo. (Moreno et al, 2010)

El Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), muestra la fórmula de cálculo del presente indicador mediante a siguiente fórmula:

$$\text{Porcentaje de ocupación de camas} = \frac{\text{total días paciente en las unidades hospitalarias en un periodo determinado}}{\text{Total de camas censables en unidades hospitalarias en ese mismo periodo}} * 360$$

Fuente: Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador, 2010

A continuación se encuentra el detalle de algunas definiciones importantes para la mejor compresión del presente indicador

- **Cama de hospital.-** Es aquella que se encuentra ya instalada y disponible las 24 horas para el uso inmediato de os pacientes ya sean adultos niños o bebes. (SIISE, 2016)

- **Ingreso Hospitalario.-** Es la aceptación formal de un paciente para su atención médica. (SIISE, 2016)

- **Día cama.-** Se define como un período de 24 horas en el que la cama de un hospital se encuentra completamente disponible para recibir a un paciente internado. (Moya, 2002: 109)

- **Día paciente.-** Este concepto viene definido por todo período de 24 horas en el que una cama de un hospital se encuentra ocupada por un paciente, es decir es todos y cada uno de los días en los cuales un paciente permanece en el hospital. (Moya, 2002: 109)

- **Censo hospitalario.-** Es el número de pacientes que se encuentran ocupando una cama en el hospital en un momento dado, los censos hospitalarios por lo general se realizan a la media noche porque comúnmente es la hora en la que menos egresos y egresos hospitalarios existen lo cual facilita dicha obtención de este dato. (Moya, 2002: 109)

Existen estándares que permiten analizar si el valor arrojado por este indicador se encuentra dentro de los porcentajes que indican un uso eficiente de los recursos en las unidades de atención médica. Por lo general y de acuerdo a los manuales de contenido múltiple que se utilizan el porcentaje máximo de ocupación de camas desde 30 hasta 180 camas censables en total esta entre el 85% y el 90%, por lo que un porcentaje menor a este 85% indica que existe una capacidad ociosa que no está siendo utilizada de manera adecuada.

Productividad de los quirófanos

Es un indicador que nos permite medir la productividad que tienen los quirófanos ya instalados en los hospitales, y también aunque no de manera tan directa puede llegar a reflejar la disponibilidad existente de los servicios quirúrgicos para la atención necesaria de los servicios de salud. (De la Fuente, Tapia; 2001: 67)

Se calcula con la siguiente fórmula:

$$\text{Intervenciones por quirófano} = \frac{\text{Número de intervenciones quirúrgicas al año}}{\text{Número de quirófanos en el hospital}}$$

Fuente: Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador, 2010

Este indicador permite a las unidades de salud tener una aproximación de la oferta quirúrgica que tienen las mismas para ofrecer a los habitantes de determinada población. Si bien es cierto, no existe un número óptimo del cual se estime que es lo ideal para tener la oferta quirúrgica en las unidades hospitalarias, siempre, al igual que en otros indicadores, debe realizarse la comparación bajo similares características para tener una aproximación adecuada.

En el Ecuador uno de los principales objetivos del gobierno actual ha sido el poder garantizar el acceso gratuito a la salud a la mayoría de la población. Es por ello que, en relación con el indicador de productividad de los quirófanos existen varias

opciones que podrían tomarse por parte de las autoridades que encabezan las instituciones proveedoras de los servicios de salud.

Existe por ejemplo en países como Estados Unidos existe los llamados métodos Lean que buscan mejorar la calidad productividad y seguridad de las intervenciones quirúrgicas y a su vez utilizar menos recursos en la gestión de los servicios de salud. Este método Lean está basado en la manera de producir y de operar de la empresa Toyota que encierra un conjunto de estrategias que hacen que el personal se apodere logrando así cambiar el sistema de despilfarro de recursos y la cultura mediante la cooperación del personal que permita establecer resultados duraderos. (Lyyn et al, 2014: 226)

Promedio de días de estada

Este es un indicador que nos permite analizar la eficiencia en torno a la prestación de servicios de un hospital, y nos refleja la permanencia promedio de los pacientes en el hospital. Gracias a este indicador podemos analizar una adecuada o inadecuada capacidad resolutiva cuando los días de estancia llegan a ser demasiado cortos o demasiado largos. (Martínez, 2007: 209)

El cociente que permite calcular este indicador es el siguiente:

$$\text{Promedio de días de estancia} = \frac{\text{Número total de días de estancia en el hospital}}{\text{Total de egresos hospitalarios}}$$

Fuente: Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador, 2010

Es importante tener en cuenta este indicador porque con la variación del mismo puede verse afectada la relación existente entre la población y las camas disponibles por lo tanto permite la planificación adecuada del recurso cama. (Ministerio de Salud y Ambiente: Argentina, 2005:23)

Este es un indicador que posee algunas limitaciones, entre las cuales tenemos que es difícil y produce sesgo el hecho de obtener el indicador para diferentes áreas de atención de un hospital; no son los mismos días de estada para un parto normal o para una cesárea. De igual forma es un indicador que permite evaluar la gestión de un establecimiento comparando diferentes períodos mas no sirve para hacer una comparación con otras instituciones o a nivel local ni a nivel nacional.

Giro total de camas por mes

Este indicador es llamado también coeficiente de renovación o coeficiente de reemplazo, es una relación existente entre el número de egresos hospitalarios y el número normal de camas. Al igual que otros indicadores puede calcularse de manera conjunta o por separado de cada uno de los servicios hospitalarios que presta el sistema de salud para la atención del paciente. (De la Fuente, Tapia; 2001: 75)

El coeficiente para su cálculo es:

$$\text{Giro de camas} = \frac{\text{Total de egresos en un período dado}}{\text{Promedio de camas disponibles del mismo período}}$$

Fuente: Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador, 2010

Este indicador es un indicador de la producción de los servicios, es una herramienta inversamente proporcional al promedio de días de estada y directamente proporcional al porcentaje de ocupación de camas. (Ministerio de Salud y Ambiente: Argentina, 2005:18)

LA SALUD FINANCIADA PUBLICAMENTE

Uno de los temas de debate permanente ha sido la gratuidad completa en salud, y el debate se genera en el punto en el cual analizamos que tan sostenible es esta gratuidad completa para las cuentas fiscales de los países. Sin embargo, esta gratuidad o casi gratuidad se ha venido sosteniendo a lo largo de la historia sin importar la inclinación política que tuviesen los gobiernos. La interrogante nace cuando esta atención pública no es eficiente ni equitativa, y por lo ya mencionado anteriormente el déficit fiscal que se puede llegar a generar. (Stiglitz, 2000:347)

Eficiencia del gasto público

El gasto público está definido como todos los gastos que realizan los gobiernos en capital y de manera corriente de acuerdo a las leyes vigentes en cada territorio (Ibarra, 2009:79).

Sommers (1967) nos dice que son cuatro los principios que deben orientar el gasto público y con base a ello decidir acerca de la magnitud y naturaleza del gasto. Los principios son los siguientes: (citado en Ibarra, 2009: 69)

- Gasto Mínimo.- Afirma que el gobierno debe gastar lo menos que sea posible, pero sin poner en peligro la seguridad de los ciudadanos.

- Mínima interferencia con la iniciativa privada.- dice que los bienes y servicios que proporcionen las entidades públicas no deben competir con los que ya proporcionan la iniciativa privada y establece que el gobierno no debe crear comercios al menudeo ni de bienes, ni servicios, que no sean básicos a la población.

- Máxima ocupación.- se refiere a la función como instrumento que tiene el gasto público en ocasiones, con la finalidad de elevar el nivel de empleo ante un déficit de oferta laboral por parte de la iniciativa privada como en épocas de depresión o falta de inversión para creación de empleos.

- Máximo beneficio.- se refiere sobre el máximo beneficio colectivo, y dice que cada peso debe gastarse donde la utilidad marginal social sea mayor.

EL ROL DE LA ECONOMÍA EN LA SALUD

La existencia de los fallos de mercado es el principal determinante para que la intervención del Estado sea necesario en el sector salud. Estas imperfecciones de mercado vienen cargadas de un sin número de consecuencias para los usuarios entre los cuáles podrían estar un excesivo gasto en salud sin que se pueda llegar a cubrir las necesidades sanitarias de los individuos.

La competencia imperfecta

Para que exista una completa eficiencia en los mercados es de vital importancia que los compradores puedan acceder a toda la información sobre el producto al que van a acceder en cuanto a la calidad que estos poseen y al precio que se va a pagar por los mismos (Case, 1997:516). Sin duda el mercado de salud es uno de las presas de esta falla de mercado, por ejemplo cuando uno acude al doctor no está pudiendo acceder completamente a la información y solamente confiamos en que el médico prescribirá el mejor medicamento para nuestra enfermedad.

Es por esto que es sumamente necesaria la intervención estatal, ya que la salud a diferencia de otros mercados no es un lugar donde podemos ir corrigiendo estas fallas en las siguientes transacciones (Stiglitz, 2000:350).

Competencia limitada

El elevado costo que existe para poder entrar a competir en el mercado de salud hace que sean solo ciertas marcas y ciertas empresas las que manejen esta parte del mercado dejando fuera y sin oportunidades a empresas de menos recursos (García, 2005:219).

El juego de la variación de los precios es otro aspecto fundamental en el manejo de esta falla de mercado, ya que a diferencia de los otros, el mercado de la salud no funciona la estrategia de cuando bajamos un precio podríamos atraer más clientes. Por el contrario esto más bien puede generar un efecto negativo y dar a pensar que el medicamento o el servicio son de menos calidad; al igual que un costo muy elevado por los servicios sanitarios no nos garantiza la calidad de los mismos.

Ausencia de ánimo de lucro

La presencia de las organizaciones sin fines de lucro afecta sin lugar a dudas a las intervenciones que realiza el Estado en el sector de salud, ya que al no tener un fin económico muchas veces no son eficientes y el estado tiene que pagarles de igual manera cuando prestan sus servicios. (Gimeno et at, 2005: 141)

FINANZAS PÚBLICAS

Uno de los aspectos más importantes de hacia dónde van dirigidas las finanzas públicas es un fenómeno que viene originado por el hombre de la cotidianidad de vivir en sociedad como es la satisfacción de los servicios públicos los cuáles se supone deberían ser dotados por igual a todo miembro de la sociedad en la que vivimos. Sin embargo este principio muchas vedes se ve quebrantado, es esa precisamente la función de las finanzas públicas, el hecho de que no deben satisfacer necesidades individuales de los individuos sino necesidades colectivas que beneficien a todos los miembros de la sociedad en su conjunto, las cuales viene definidas por la suma de las necesidades individuales de las personas en un tiempo y espacio determinados. (Ibarra, 2009)

El Ecuador cuenta con el código orgánico de las Finanzas Públicas que es el que brinda las directrices que norman la política fiscal del país bajo el cual deben realizarse todas las acciones de política fiscal al igual que las acciones de política pública.

Según ése Manual de las Finanzas públicas el objetivo es:

> "Organizar, normar y vincular el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa con el Sistema Nacional de Finanzas Públicas, y regular su funcionamiento en los diferentes niveles del sector público, en el marco del régimen de desarrollo, del régimen del buen vivir, de las garantías y los derechos constitucionales." (Gobierno Nacional de la República del Ecuador, 2010)

Sin lugar a dudas este instrumento de política ha servido para mejorar las ejecuciones del presupuesto general del estado, permitiendo que los fondos para inversión se realizan de manera más adecuada, además de que todo este código está ligado a la normas que establece la Constitución del Ecuador, y lo destacable de este código es que no les resta autonomía a los gobiernos autónomos descentralizados sino más bien lo que busca este es brindarles dicha autonomía para que los mismos sean partícipes más directos de la ejecución de sus presupuestos.

El presupuesto general del estado

El presupuesto general del Estado es la consolidación de los ingresos provenientes de las distintas actividades como el Petróleo, recaudación de impuestos, etc., pero también en este se encuentran establecidos todos los gastos del Estado para el funcionamiento y la producción estatal de salud, educación, vivienda, etc. (Ministerio de Finanzas, 2016)

Una parte fundamental del Presupuesto General del Estado es el Presupuesto del Gobierno Central, que es administrado directamente por el gobierno a través de la Asamblea y las diferentes Instituciones del Sector Público en coordinación con el

Ministerio de Finanzas como órgano regulador del presupuesto. (Ministerio de Finanzas, 2016)

La planificación del Presupuesto General del Estado no es solo responsabilidad del Ministerio de Finanzas y de las instituciones a las que coordina, sino que es un proceso conjunto que va regulado desde la constitución de la República del Ecuador, hasta manuales como el manual de Finanzas Públicas y puede verse influenciado por decretos de la asamblea que pueden autorizar su modificación fuera de los plazos establecidos. El realizar la planificación de ingresos y gastos es similar a realizar una hoja de ruta que va a permitir cumplir con los objetivos trazados para todo un periodo de ejercicio fiscal.

En la Constitución de la República del Ecuador del 2008, en su artículo 280, menciona que:

> "El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos; y coordinar las competencias exclusivas entre el Estado Central y los Gobiernos Autónomos Descentralizados. Su observancia será de carácter obligatorio para el sector público e indicativo para los demás sectores."

Es importante mencionar que la Planificación debe ir de la mano de los objetivos y directrices trazados por la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, que se establecen en el Plan Nacional de Desarrollo que a su vez permitan alcanzar los objetivos trazados en el Plan Nacional del Buen Vivir, que busca eliminar la pobreza y la desigualdad social. (Ministerio de Finanzas, 2016)

Las etapas de la cédula presupuestaria son las siguientes:

- Asignado
- Modificado
- Vigente
- Monto Certificado
- Comprometido
- Devengado
- Pagado
- Saldo por comprometer
- Saldo por devengar
- Saldo por pagar
- Porcentaje de ejecución

El cierre contable del Presupuesto en el sector Público se realiza el 31 de Diciembre de cada año, aunque pueden existir rubros que se encuentren ya comprometidos para el pago cuya ejecución se realice en el siguiente año fiscal.

ECONOMÍA DEL BIENESTAR

La interrelación de las necesidades básicas como: alimentación, vivienda, vestido, educación y salud son sin duda un pilar fundamental para la mejora de la calidad de vida de los individuos y es la economía del bienestar la encargada de estudiar la eficiencia de una intervención económica en el bienestar de una sociedad con una correcta interrelación de estos factores. (Casares, 2002:43). Existen varios autores que a lo largo de la historia han centrado sus estudios en la economía del bienestar entre los que tenemos:

Kaldor quien a través de su teoría acerca del principio de compensación en la cual se evidencia que el bienestar de unos individuos puede ser compensada con el bienestar de otros, para citar un ejemplo de esta teoría entramos a un análisis donde podemos observar que cuando existe la implementación de medidas económicas existen resultados positivos para ciertos sector y negativos para otro sector de la población, y el bienestar de los individuos que son afectados por las pérdidas o aspectos negativos se ve compensado cuando los beneficios o ganancias de quienes resultaron beneficiados son lo suficientemente grandes como para compensar la pérdida antes mencionada. (Kaldor, 1939, citado en Escartin, sf.: 471)

Por otro lado Sen (2000) nos manifiesta otra manera de concebir al bienestar humano y lo hace como la forma en que los individuos pueden asumir la capacidad de sobrevivir de los mismos ante las dificultades de la vida diaria. Es importante darle valor a ciertos aspectos fundamentales que son importantes para el desarrollo humano, lo cual lleva detrás ciertas implicaciones como tener una buena salud que permite lograr los objetivos como individuos que viven en una sociedad donde el bienestar implica cuestiones como conseguir seguridad personal y ambiental, el poder acceder a servicios básicos, buenas relaciones sociales y una adecuada libertad de expresión que van ligadas a una buena calidad del entorno para un desarrollo adecuado de la vida como individuos.

EL SECTOR DE LA SALUD PÚBLICA EN EL ECUADOR

La gran centralización de los servicios de salud en el Ecuador ha generado a lo largo de los años que los servicios no sean de la calidad que se esperaría reciban los pacientes y que no todas las personas puedan acceder a los mismo. La existencia de programas que limitaban el acceso a una atención integral que satisfaga todas las necesidades de la población y como consecuencia de esto se ha dejado una gran inequidad del accedo a los servicios de salud. Sin embargo, lo importante a destacar es la organización que ha tenido el sector público en la clasificación de los niveles de atención: primario, secundario y de tercer nivel con el fin de poder brindar una atención de buena calidad y así poder cubrir la mayor cantidad de demanda de los pacientes.

Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2017

La construcción de un estado plurinacional e intercultural puede ser consolidado a través de metas y políticas que se deben cumplir para que la población pueda alcanzar el llamado buen vivir. El plan nacional del Buen Vivir fue creado con una visión mucho más amplia de los problemas que el Ecuador enfrenta y que debería ir superando con el trascurso del tiempo; este plan incorpora estrategias en las que la base de los mismos está centrada en el desarrollo humano incorporando tácticas en los sectores sociales de la economía que permitan tener principios de igualdad y justicia social que reconozca los diferentes pueblos y nacionalidades siempre respetando su cultura y tradiciones propias de su proveniencia.

El buen vivir es entendido como:

> "La satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte dignas, el amar y ser amado, y el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas. El Buen Vivir presupone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno, visto como un ser humano universal y particular, a la vez valora como objetivo de vida deseable (tanto material como subjetivamente y sin producir ningún tipo de dominación a otro".(Ramírez, 2008, citado en SENPLADES2009: 6).

CAPITULO I: LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA Y EL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

Generalidades y características del Hospital Delfina Torres de Concha

Desde el año 1936 el Hospital Delfina Torres de Concha brinda atención a los población Esmeraldeña, aunque sus inicios no tuvieron una capacidad instalada completamente adecuada ya que no contaban con agua potable y la luz que obtenían era de Petromax, existía una sala para atender a mujeres y niños y otro para los hombres. (Hospital Delfina Torres de Concha, 2014).

Fue en 1950 cuando las condiciones del Hospital empezaron a mejorar contando ya al menos con los servicios básicos, y ya se empezaba a la par de la atención la construcción de más instalaciones para satisfacer las necesidades de la población. (Hospital Delfina Torres de Concha, 2014).

Desde 1963 hasta 1966 el Hospital fue dirigido por una junta conformada por cinco médicos, una enfermera, una auxiliar de enfermería y una administrativo, posteriormente en 1970 el hospital se vio en una catástrofe que lo dejo reducido en escombros gracias al incendio provocado por un enfermo mental. (Hospital Delfina Torres de Concha, 2014)

Actualmente el Hospital es uno de los dos hospitales más grandes existentes en la provincia de Esmeraldas que cuenta con una dotación de 125 camas para atender a las necesidades de la población. Cuenta con las cuatro especialidades básicas como son Gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna; pero gracias a la demanda y a las crecientes necesidades cuenta también con otras especialidades como Cardiología, Oftalmología, Traumatología, Nefrología, Gastroenterología y Medicina Crítica–UCI, y además cuenta con servicios complementarios de rehabilitación, terapia física, entre otros. (Hospital Delfina Torres de Concha, 2014)

Misión

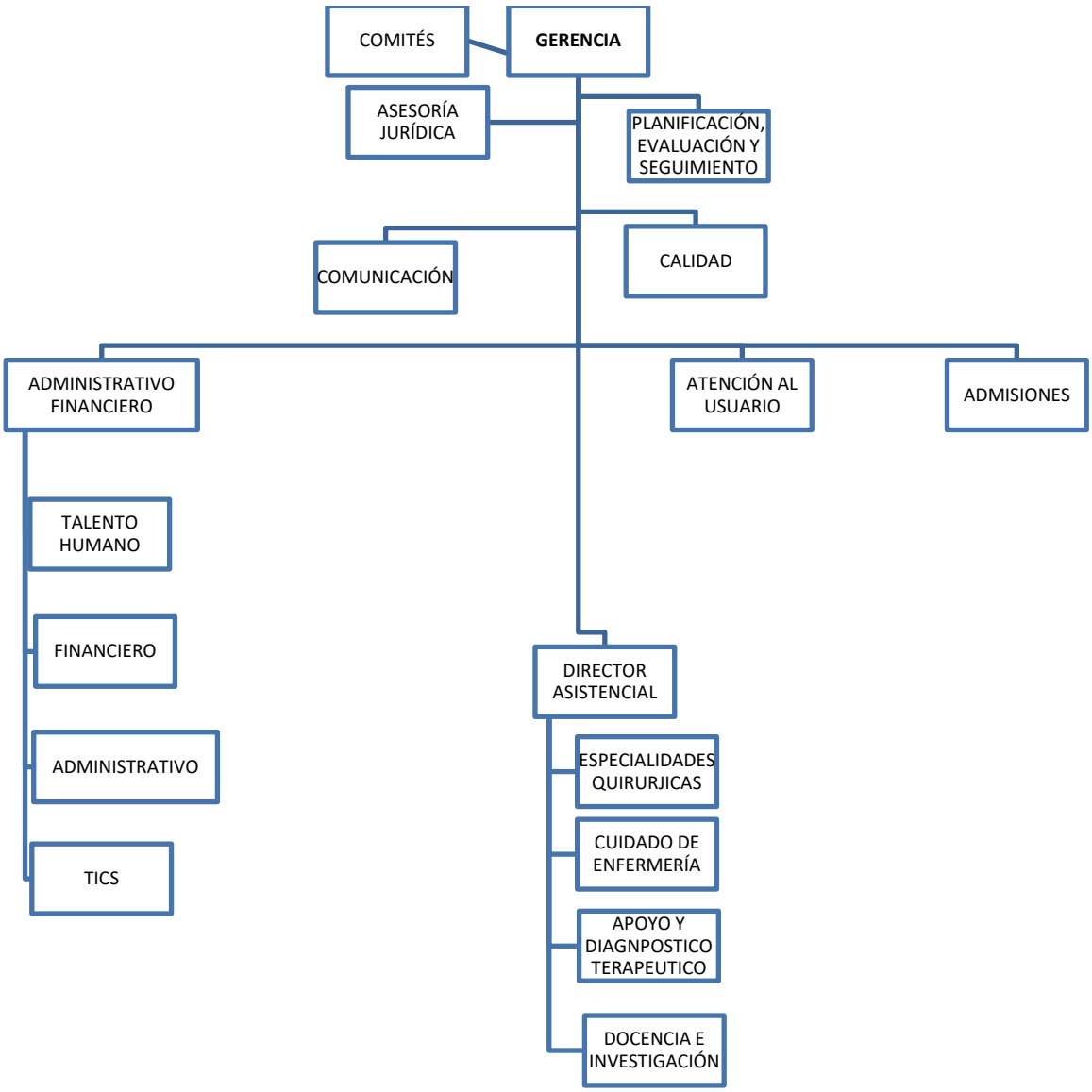
“Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.” (Hospital Delfina Torres de Concha, 2014)

Visión

“Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.” (Hospital Delfina Torres de Concha, 2014)

Finalmente fue en el año 2011, que el ministro de Salud David Chiriboga decretó la intervención de esta casa de salud debido a las recurrentes quejas por parte de los usuario, labor que sería continuada por la sucesora del ministro Chiriboga, Carina Vance quien en coordinación con las autoridades zonales y provinciales dividieron la repotenciación de dicha casa de salud en dos etapas para las cuales se asignaron alrededor de 11’000.000 para mejorar las áreas de consulta externa y emergencia y a su vez contratar personas calificado para el Hospital.

Figura N°1: Estructura Orgánico Funcional



Fuente: Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

EJECUCIONES PRESUPUESTARIAS

El monto asignado al presupuesto del Hospital Delfina Torres de Concha corresponde a la planificación realizada por la Institución, después este presupuesto pasa por un proceso de aprobación en el ministerio de finanzas para su correspondiente aprobación, para finalmente llegar al presupuesto vigente que es con el que realmente cuenta el Hospital para gastos corrientes y de inversión.

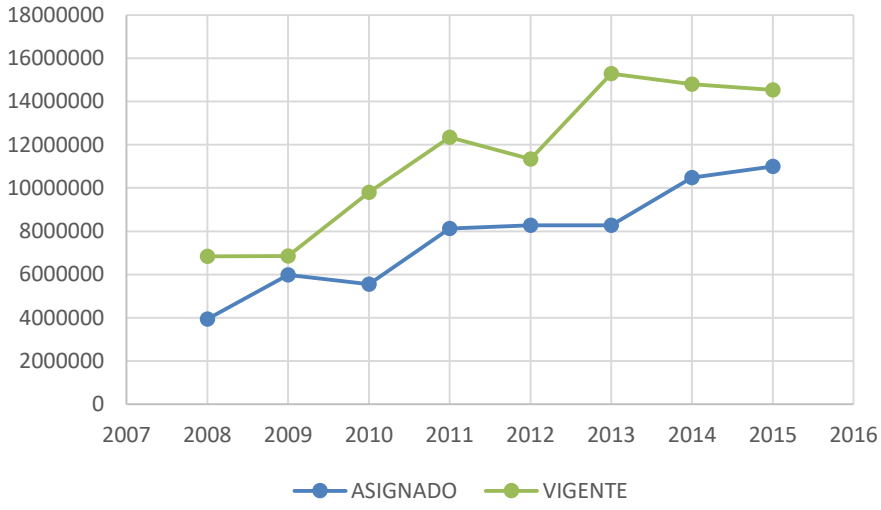
Como se mencionó anteriormente la correcta planificación de los egresos es fundamental para llevar una correcta inversión que permita cumplir con los objetivos y eso muestra una correcta identificación de las debilidades de la Institución por lo que se puede enfocar de mejor manera la inversión.

Los rubros que se analizan en la cédula presupuestaria son los siguientes:

- Bienes de larga duración
- Otros pasivos
- Bienes y servicios para inversión
- Bienes y servicios de consumo
- Gasto en personal
- Pasivo Circulante
- Otros Gastos Corrientes

A continuación se presenta la diferencia del presupuesto planificado y asignado con las modificaciones que ha tenido durante su proceso de aprobación.

GRÁFICO N°1 EVOLUCION DE LA PLANIFICACIÓN Y ASGINACIÓN



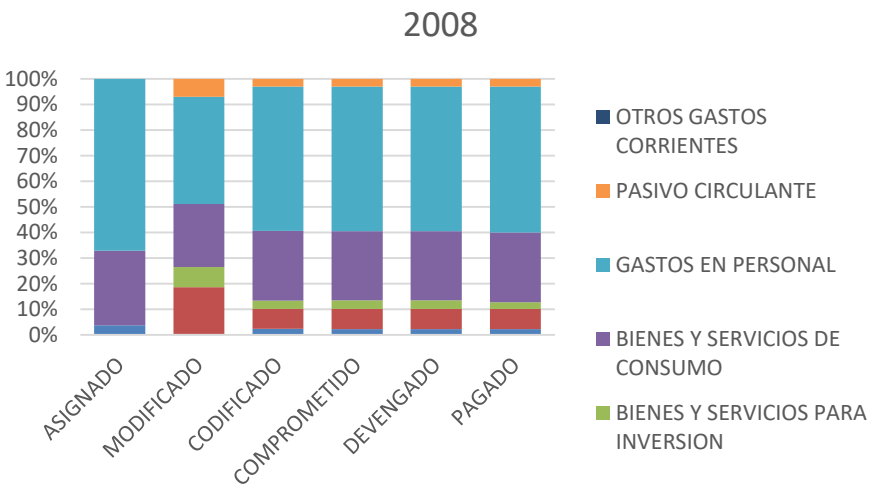
Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

En el gráfico se puede observar la brecha existente entre el presupuesto planificado por la Institución y el asignado ya por el Ministerio después de las modificaciones correspondientes.

En todos los años de análisis el presupuesto vigente, es decir con el que va a trabajar el Hospital durante el año fiscal es superior a la planificación realizada en un principio, y esto puede deberse a varios motivos. Sin embargo, después de tener una plática con las autoridades de la institución y con las personas encargadas se llega a la conclusión de que la principal razón para que exista esta brecha es que no se planifica de manera adecuada, o las planificaciones se realizan de último momento; obligando así a siempre estar sometidos a modificaciones a veces realizadas por el Ministerio de Finanzas u otras veces pedidas por la misma Institución.

COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑOS 2008-2015

GRÁFICO N°2: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2008

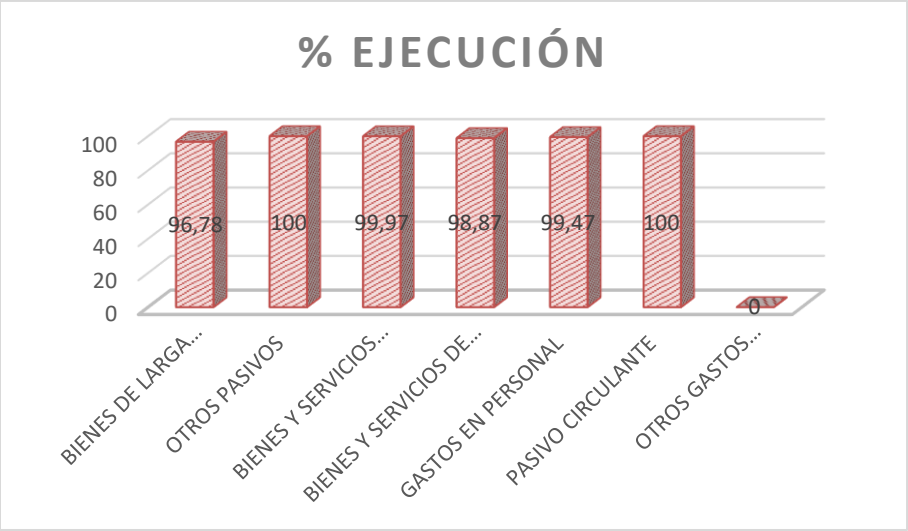


Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

El mayor porcentaje del gasto en el año 2008 es el gasto en personal, lo cual algunos autores no lo definen como un gasto sino más bien como una inversión que sirve para mejorar la prestación de los servicios y así poder cubrir más demanda.

Como se observa en el gráfico el presupuesto asignado es decir el que planifica la institución carece de una buena consistencia que abarque todos los aspectos; en los cuáles solo se tomó en cuenta los bienes de servicio y consumo y el gasto en personal dejando de lado otros aspectos principalmente la inversión.

GRÁFICO N°3: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2008

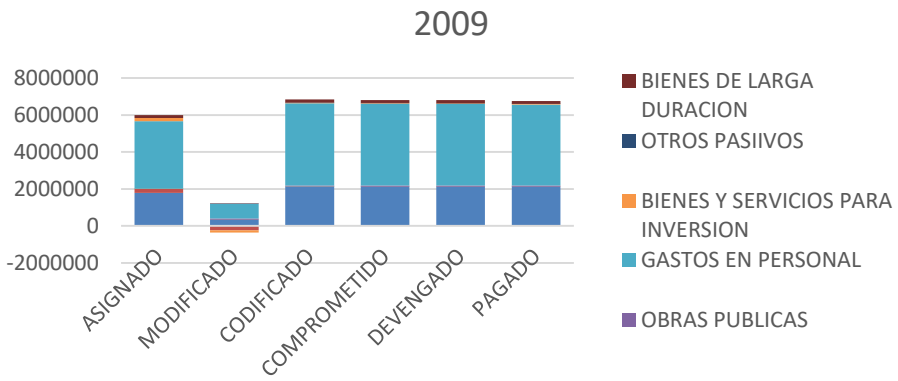


Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Si bien es cierto, el Hospital presenta un buen porcentaje de ejecución en todos los grupos de gasto, para el presente año, no siempre esto significa que el gasto del dinero se haya realizado de manera eficiente y correcta, ya que muchas veces se realizan copras de último momento por cumplir con la ejecución, que es parte de la evaluación de los funcionarios encargados de ésta área.

El rubro correspondiente a otros gastos corrientes que presenta una ejecución del 0%, es porque su presupuesto se encuentra en el saldo por devengar lo cual quiere decir que el dinero aún no ha sido desembolsado y que el pago quedara para el siguiente ejercicio fiscal.

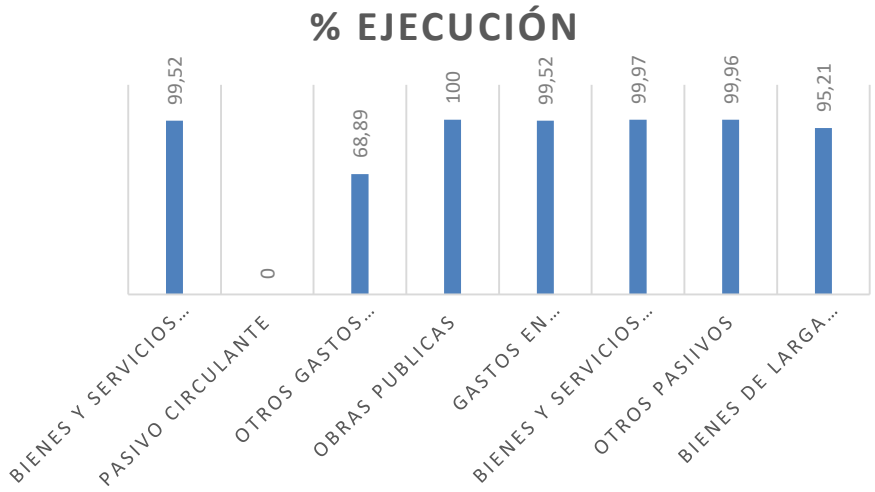
GRÁFICO N°4: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2009



Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Para lo correspondiente al año 2009 presenta una estructura de gasto similar a la del año anterior, sin embargo, lo curioso de la composición del gasto de este año es que en la planificación se presenta un rubro al de inversión que asciende a 166520.73, y este se ve modificado existiendo una disminución de este rubro, lo que deja la composición del gasto altamente concentrada en bienes y servicios de consumo y el gasto en personal.

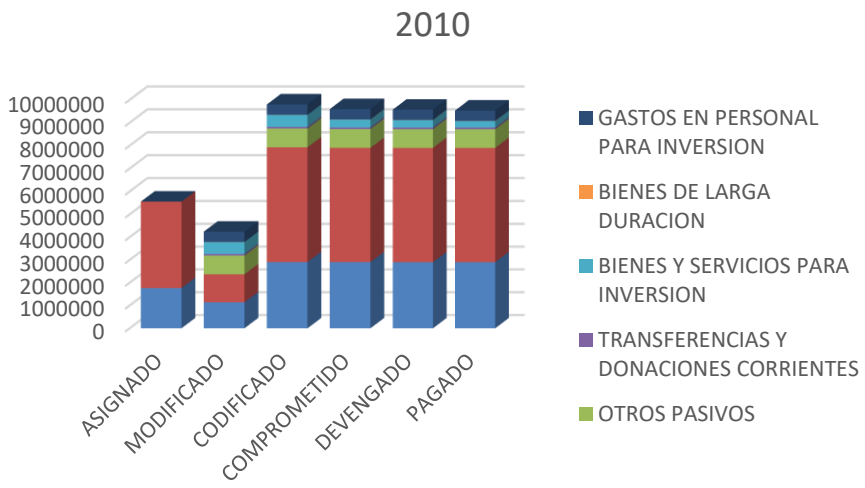
GRÁFICO N°5: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2009



Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Lo correspondiente a los gastos de pasivo circulante, presenta una ejecución presupuestaria de 0%, y esto es debido a que todo el presupuesto asignado fue retirado, ya que el pasivo circulante es el rubro destinado al pago correspondiente a deudas de años anteriores; y este año no existían deudas pendientes a cancelar por parte del Hospital.

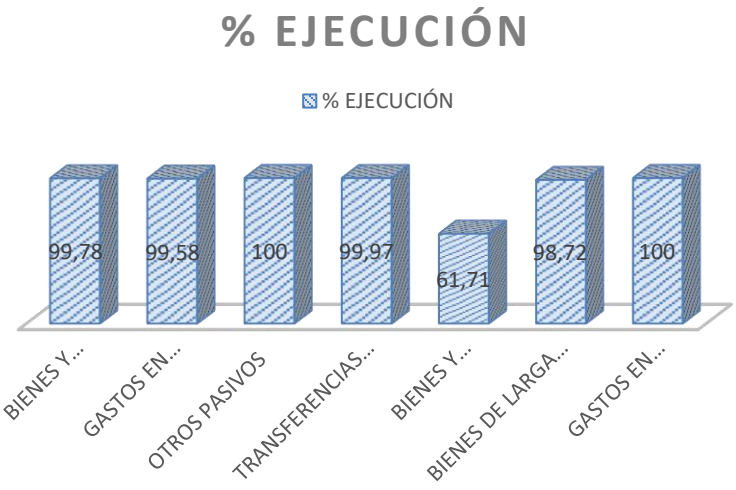
GRÁFICO N°6: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2010



Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Sin duda, en el año 2010 la inversión sigue siendo un tema que se deja de lado en el componente del gasto del Hospital Delfina Torres de Concha, la mayor parte sigue estando concentrada en personal, lo que presenta una ligera disminución en el monto que se refiere a los bienes y servicio de consumo.

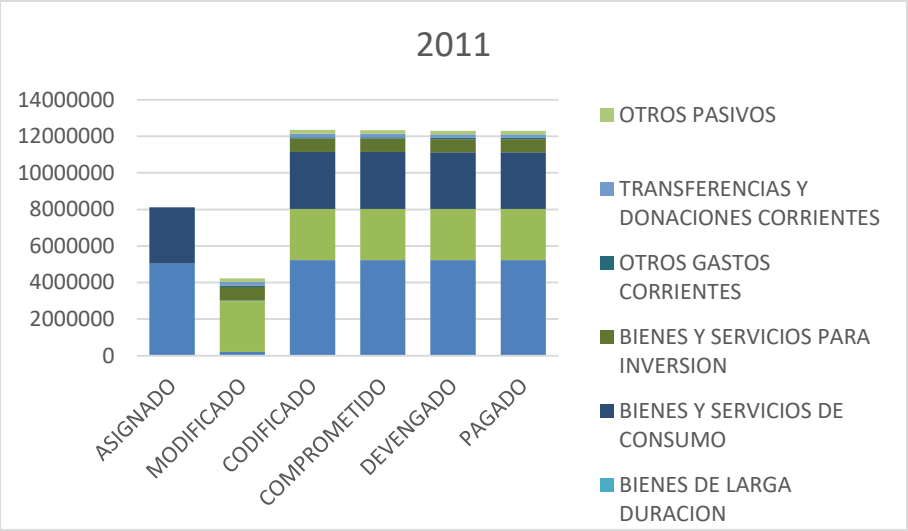
GRÁFICO N°7: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2010



Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

A pesar de los bajos rubros que son destinados para la inversión, este año presentan un porcentaje de ejecución relativamente bajo a comparación del resto de gastos, lo que deja en evidencia que la inversión no ha sido uno de las preocupaciones principales de la institución hasta este año.

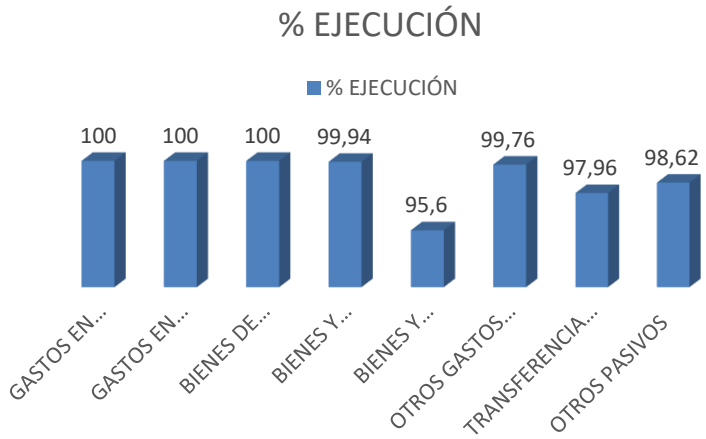
GRÁFICO N°8: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2011



Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

La planificación del Hospital sigue estando concentrada en el los bienes y servicios de consumo y el gasto en personal; sin embargo después de realizar la modificación el presupuesto codificado tiene un importante porcentaje el gasto en personal para la inversión debido al estado de emergencia decretado para el hospital Delfina Torres de Concha el cual busca mejorar la infraestructura del mismo y a su vez dotar a la institución de personal bien calificado que logre satisfacer la demanda insatisfecha.

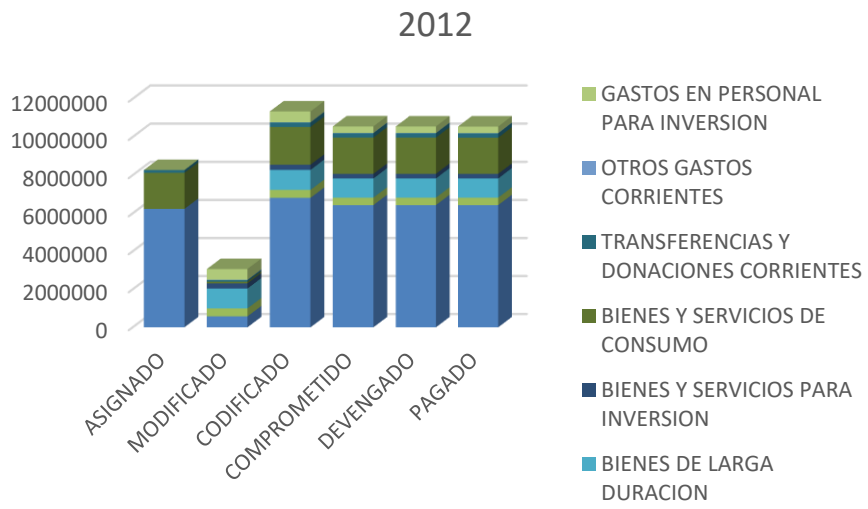
GRÁFICO N°9: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2011



Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Se puede observar un elevado porcentaje de ejecución presupuestaria en todos los grupos de gasto para el año 2011, más adelante, se podrá comprar si este aumento en la inversión y esta correcta ejecución han tenido repercusión en el mejoramiento de los indicadores de eficiencia hospitalaria.

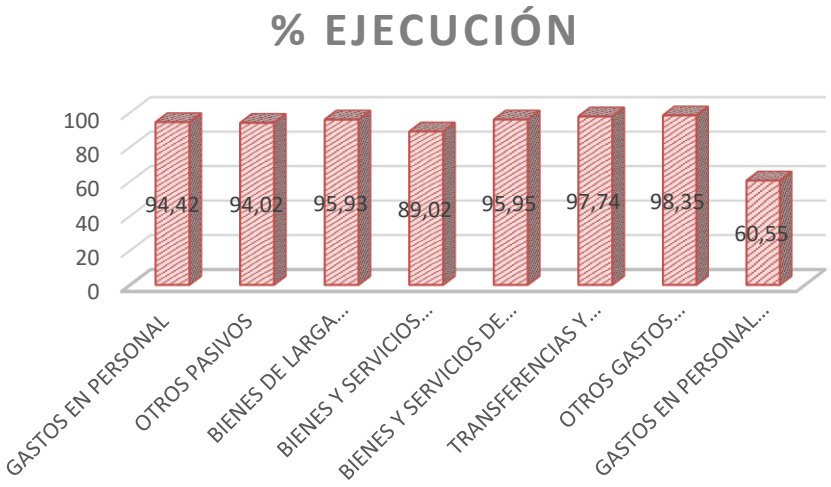
GRÁFICO N°10: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2012



Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

En contraste con años anteriores, a partir del año 2012 que es cuando inicia la primera etapa de la construcción del Hospital, cobra importancia el grupo de gasto de bienes de larga duración que corresponde a la construcción de nuevas áreas para el Hospital y lo que más adelante tendría que mejorar los indicadores de eficiencia hospitalaria que es la implementación de dos quirófanos más que debería permitir atender a más pacientes de la localidad.

GRÁFICO N°11: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2012

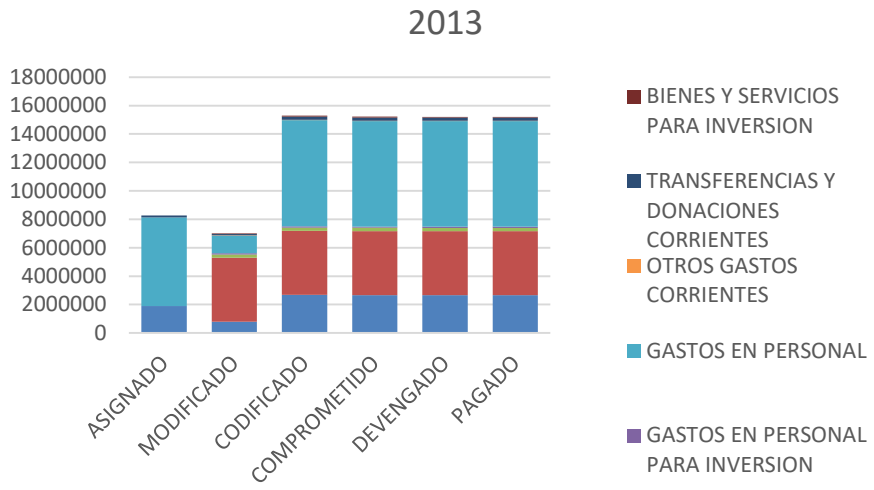


Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

El capital humano es una de las principales herramientas que permitirán mejorar la producción de bienes y servicios del hospital, sin embargo en la ejecución del presupuesto todavía no se ve reflejado este interés por una dotación total de recursos humanos que permitan la mejora del Hospital. Este grupo de gasto sigue teniendo un porcentaje de ejecución bajo con respecto a otros rubros, lo cual quiere decir que pese a que existían los fondos para la contratación de personal, no se realizó ya sea por la falta de gestión o por la falta de oferta de mano de obra en el cantón.

Es importante mencionar que existían ciertas incoherencias al momento de la contratación del personal, como por ejemplo, se realizaba el contrato a un médico neurocirujano, que terminaba siendo subutilizado porque no existían los implementos necesarios para este tipo de especialidad.

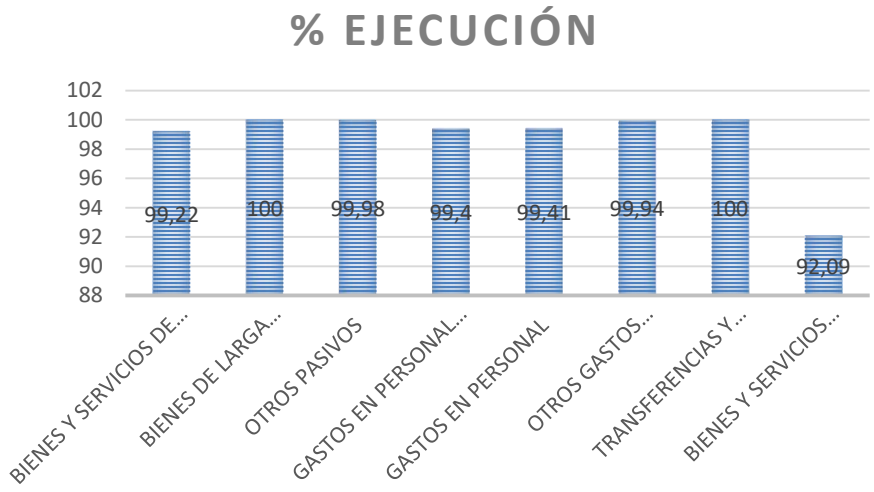
GRÁFICO N°12: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2013



Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

La construcción de la nueva infraestructura del Hospital hace que el monto asignado para los bienes de larga duración sea aún mayor que en años anteriores, lo cual hace que los objetivos planteados al iniciarse el Estado de emergencia se vean parcialmente cumplidos mejorando para este año notablemente la infraestructura del Hospital y por ende la atención a los pacientes.

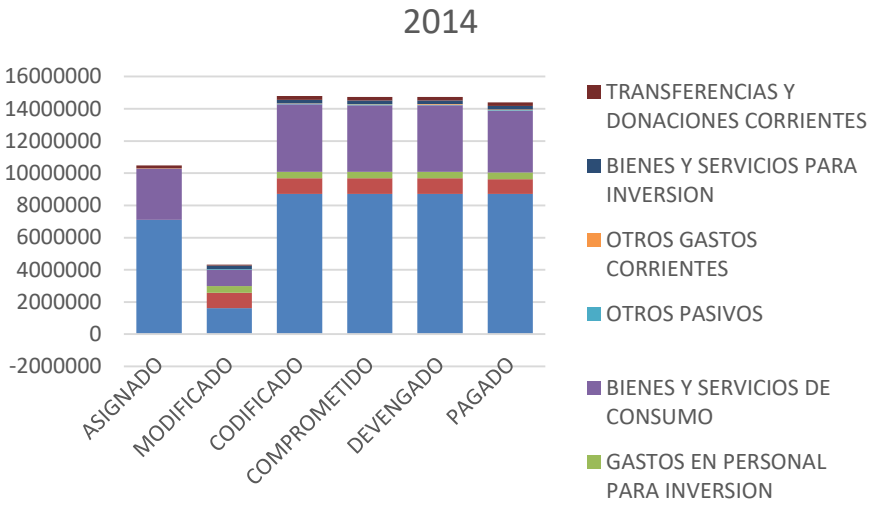
GRÁFICO N°13: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2013



Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Todos los grupos de gasto, presentan un porcentaje alto de ejecución, en contraste con el año 202 el rubro de gasto en personal para la inversión este año si fue utilizado caso en su totalidad permitiendo tener más personal calificado para atender a los pacientes.

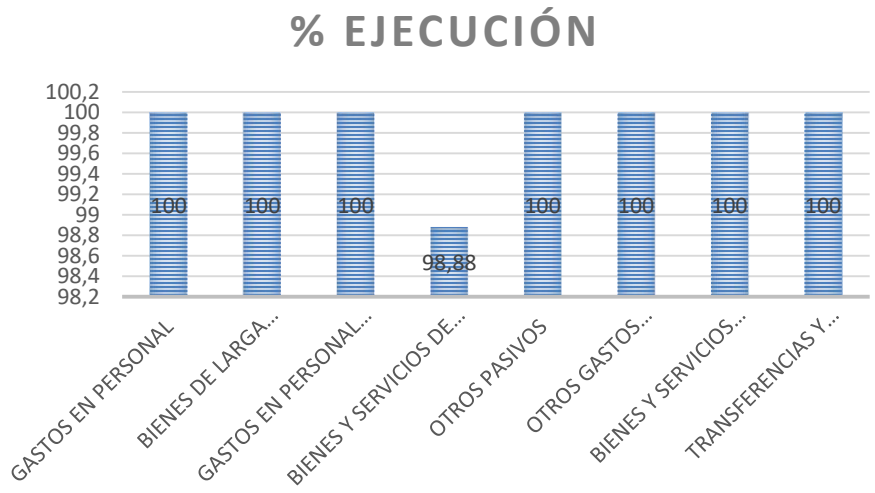
GRÁFICO N°14: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2014



Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Al darse por culminada la primera etapa de la repotenciación en la que se entregaron dos quirófanos y se remodelo toda la parte correspondiente a consulta externa del Hospital, el rubro correspondiste a bienes de larga duración se reduce considerablemente en comparación con el año anterior, retomando el modelo de gasto que se planteaba hasta el año 2010 el cual al mayor parte de los fondos estaban concentrados en gasto para personal, y para bienes y servicios de consumo.

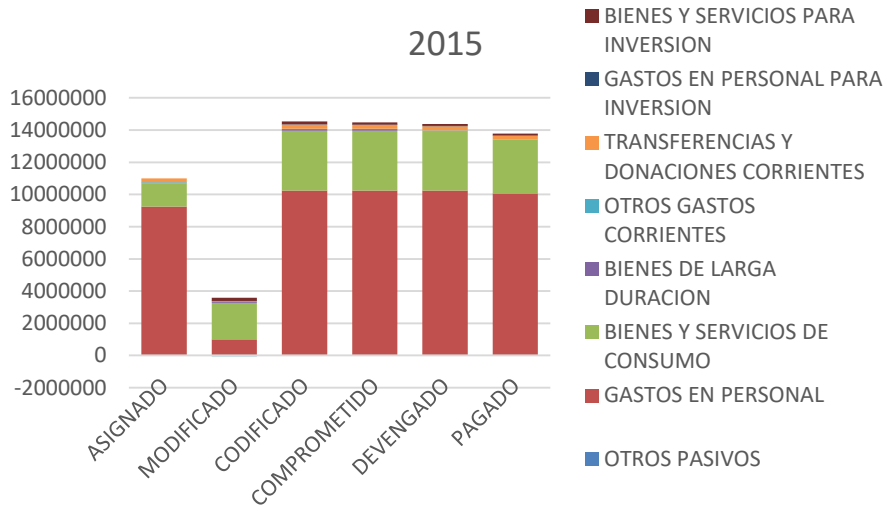
GRÁFICO N°15: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2014



Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

El año 2014, presenta un porcentaje casi perfecto de ejecución en todos los grupos de gasto, lo cual representa un buen nivel de gestión por parte de las autoridades del Hospital, que debería verse reflejados en los diferentes indicadores.

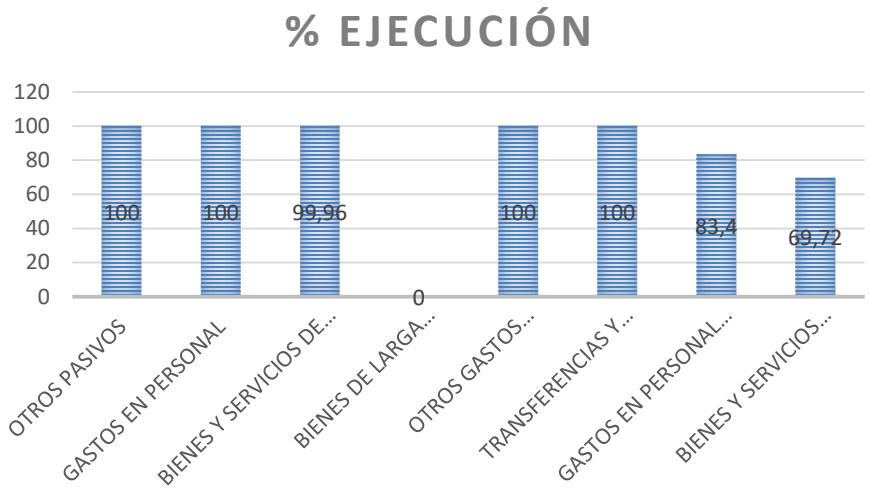
GRÁFICO N°16: COMPOSICIÓN DEL GASTO AÑO 2015



Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

La inversión es dejada de lado, y hasta el cierre del año 2015 la ejecución del gasto es principalmente en gasto en personal y bienes y servicios para el consumo.

GRÁFICO N°17: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO AÑO 2015



Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

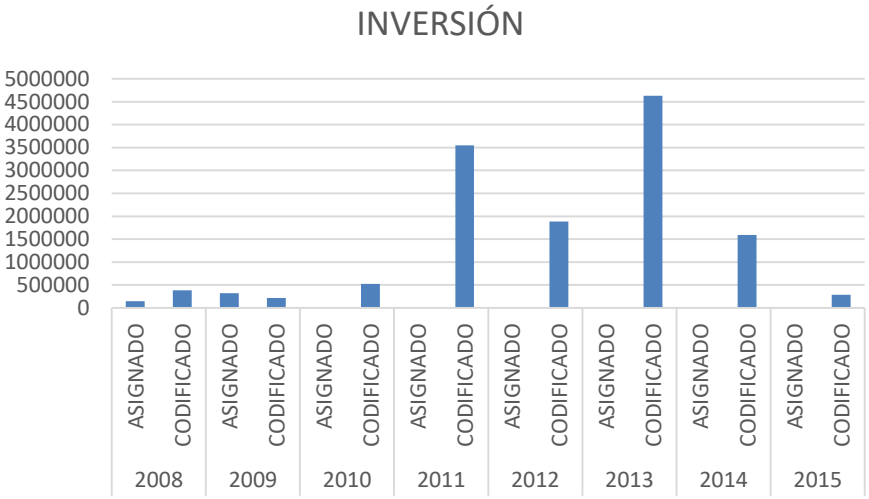
A pesar de que en la modificación del presupuesto hay un monto que es asignada para los bienes y servicios de larga duración, que viene a ser la segunda fase de la repotenciación del Hospital, su ejecución no es posible debido a problemas existentes con la constructora que fue contratada para realizar la obra.

VARIACIÓN DE LA INVERSIÓN AÑOS 2008-2015

Para el análisis de la variación de la inversión se ha sumado los rubros correspondientes a:

- Bienes de larga duración
- Bienes y servicios para inversión
- Gasto en personal para inversión

GRÁFICO N° 18: EVOLUCIÓN DE LA INVERSIÓN



Fuente: Departamento Financiero del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Es importante analizar como existe esta brecha existente entre la planificación y la asignación presupuestaria que recibe el Hospital Delfina Torres de Concha, lo cual nos indica que deben existir mejoras en este sentido que permitan una adecuada planificación.

CAPÍTULO II: INIDCADORES HOSPITALARIOS

En el presente capítulo se analizara los principales indicadores hospitalarios que permiten tener una noción clara del funcionamiento y del uso de recursos del Hospital Delfina Torres de Concha.
Se tomó cuatro indicadores principales que pueden ser comparados en similares características es decir en la misma unidad de análisis, pero en diferentes períodos de tiempo, que es el objeto de esta investigación.

PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS

El primer indicador es el porcentaje de ocupación de camas desde el año 2008 hasta el año 2015; para este indicador la fórmula de cálculo es la siguiente:

$$\text{Porcentaje de ocupación de camas} = \frac{\text{total días paciente en las unidades hospitalarias en un periodo determinado}}{\text{Total de camas censables en unidades hospitalarias en ese mismo periodo}} X360$$

Fuente: Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador, 2010

El total de días paciente indica la cantidad de días que los pacientes permanecieron en el hospital para ser atendidos, mientras que el total de camas censables son el total de camas que están disponibles, en este caso en el Hospital Delfina Torres de Concha, que están listas para poder ser utilizadas por los pacientes.

Para poder tener un análisis más profundo de la situación del hospital y poder identificar el áreas que posea mayor deficiencia el siguiente indicador ha sido dividido en 3 diferentes segmentos que el Hospital brinda atención al público.

Servicio de Clínica

Primero se encuentra el servicio de clínica, que particularmente en ésta área son los profesionales los que se encargan en la gran mayoría de asignar los recursos, a través de las millones de decisiones que toman diariamente a partir de los diagnósticos que muchas veces se les dificulta por la falta de información por parte de los pacientes. (Román, 2012)

TABLA N° 1: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS EN CLÍNICA

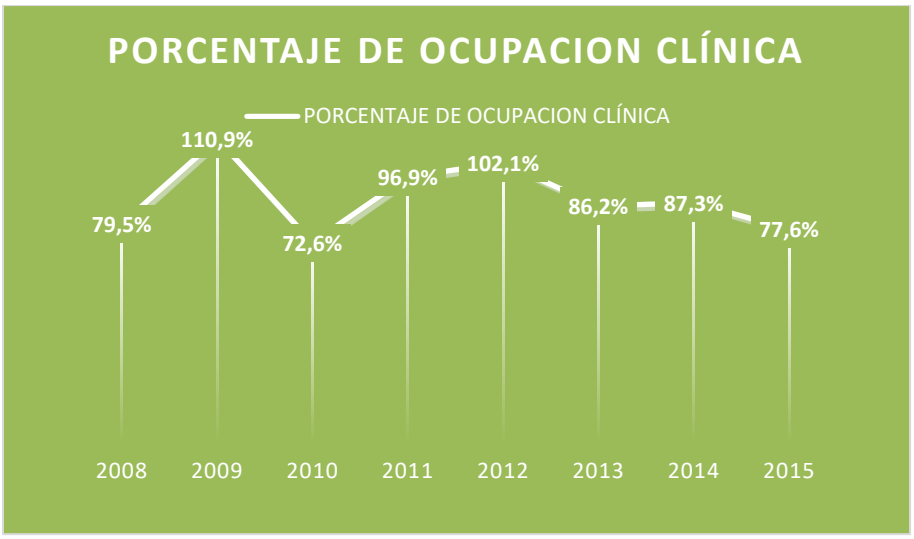
	SERVICIO DE CIRUGÍA							
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
TOTAL DIAS PACIENTE	4.295	5.987	3.920	6.278	6.613	5.584	5.658	5.031
TOTAL CAMAS SENSABLES	5.400	5.400	5.400	6.480	6.480	6.480	6.480	6.480
PORCENTAJE DE OCUPACION	79.54%	110.87%	72.59%	96.88%	102.05%	86.17%	87.31%	77.64%

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Desde los años 2008 hasta 2010 el Hospital contaba con una dotación de 15 camas, valor que a partir del año 2011 ascendió hasta 18 camas disponibles solo para el servicio de clínica.

Según la teoría el porcentaje óptimo de utilización de camas se encuentra el 85% y el 90%; sin embargo en los datos observados para el servicio de clínica vemos que los años 2008 y 2010, el porcentaje de la utilización de camas está por debajo de este valor, lo cual indica que existe una capacidad ociosa del Hospital que no está siendo aprovechada en su totalidad.

GRÁFICO N° 19: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS EN CLÍNICA



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Servicio de cirugía

Posteriormente, se encuentra dentro del análisis el servicio de cirugía cuyo objetivo es: “procurar la satisfacción del tratamiento de las patologías quirúrgicas de los pacientes, cuidando de su salud y cumpliendo con los protocolos quirúrgicos necesarios que garantice el mejor resultado de los procedimientos”. (Hospital Delfina Torres de Concha, 2016)

TABLA N°2: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS EN CIRUGÍA

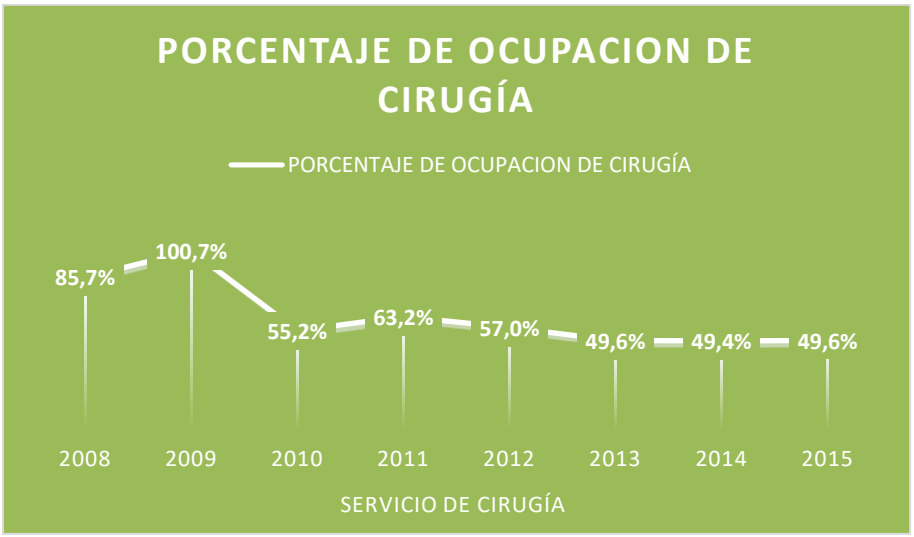
	SERVICIO DE CIRUGÍA							
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
TOTAL DIAS PACIENTE	6.168	7.250	3.972	6.373	5.741	4.995	4.982	4.998
TOTAL CAMAS SENSABLES	7.200	7.200	7.200	10.080	10.080	10.080	10.080	10.080
PORCENTAJE DE OCUPACION CLÍNICA	85.67%	100.69%	55.17%	63.22%	56.95%	49.55%	49.42%	49.58%

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

En el área de cirugía también ha existido un cambio en el número de dotación de camas disponibles en los diferentes períodos de análisis, teniendo 20 y 28 camas respectivamente.

El porcentaje de utilización de camas en el área de cirugía es aún menor, existiendo un solo año en el que sobrepasa el 90% de utilización, esto puede darse debido a que si bien es cierto existen las camas censables que son utilizadas para el cálculo de este indicador pero esto no quiere decir que estas camas estén siendo utilizadas, lo cual implica un desperdicio de los recursos del Hospital.

GRÁFICO N°20: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS EN CIRUGÍA



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Servicio de Ginecología y Obstetricia

La siguiente área de estudio es una de las principales en las que debe ponerse atención para el mejoramiento de la calidad y prestación de los servicios, el área de ginecología y obstetricia, que cabe recalcar, para la parte metodológica resulto

bastante complicado obtener estadísticas coherentes y que tengan una secuencia cronológica adecuada.

La Comisión Nacional de la Especialidad define la Obstetricia y Ginecología en 1979 como “el estudio de la fisiología de la reproducción de la mujer, sus alteraciones patológicas y la clínica (diagnóstico y tratamiento de las mismas)”. (Comisión Nacional de la Especialidad, 1979)

TABLA N° 3: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS GINECO OBTETRICO

	SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSSTETRICIA							
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
TOTAL DIAS PACIENTE	19.108	19.638	20.149	21.420	968	26	12.589	12.943
TOTAL CAMAS SENSABLES	10.800	10.800	10.800	10.800	10.800	10.800	10.800	10.800
PORCENTAJE DE OCUPACION GINECO- OBSTETRICO	176.93%	181.83%	186.56%	198.33%	8.96%	0.24%	116.56%	119.84%

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Pese a ser una de las especialidades más importantes y que más afluencia de pacientes tiene, el área gineco-obstétrica ha permanecido con un número constante disponibles de camas para atender a los pacientes llegando a ser 30 camas desde el año 2008.

La deficiente información estadística que hace que los datos no tengan la secuencia cronológica adecuada, dificulta un correcto análisis en esta especialidad, esto sucede para los años 2012 y 2013, para los cuáles las personas encargadas del departamento estadístico supieron manifestar que no existía la información correspondiente.

El porcentaje tan alto que muestra ésta área se debe a que los partos no necesariamente necesitan una cirugía cuando no son cesáreas por lo que no se necesita tener a las pacientes tanto tiempos internadas. Sin embargo, el valor tan alto al que asciende este indicador no es del todo favorable, ya que en muchas de las ocasiones por dar un alta de manera rápida no se analizan las patologías que pueden poner en peligro a la madre o al recién nacido creando cuadros patológicos más complicados a fututo.

GRÁFICO N° 21: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS GINECO OBTETRICO



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Hospital General

A continuación se observa la evolución del indicador de manera conjunta con las tres especialidades mencionadas anteriormente más otras entre las que se encuentran la unidad de cuidados intensivos, la unidad de quemados, el servicio de pediatría y el servicio de neonatología.

TABLA N° 4 PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS HOSPITAL GENERAL

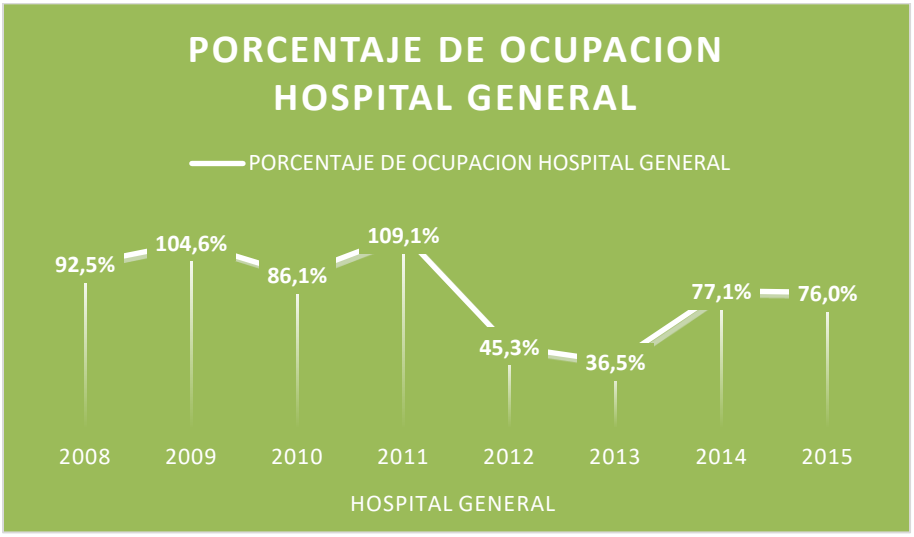
	HOSPITAL GENERAL							
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
TOTAL DIAS PACIENTE	38.283	43.292	35.651	49.080	20.390	16.432	34.682	34.215
TOTAL CAMAS SENSABLES	41.400	41.400	41.400	45.000	45.000	45.000	45.000	45.000
PORCENTAJE DE OCUPACION HOSPITAL GENERAL	92.47%	104.57%	86.11%	109.07%	45.31%	36.52%	77.07%	76.03%

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Desde el año 2008 al 2010 el Hospital contaba con una dotación de camas de 115 camas, y posteriormente, en el año 2011 se incrementaron 10 camas correspondientes al área de quemado y a la unidad de cuidados intensivos.

El vació de la información estadística correspondiente a los años 2012 y 2013, dificulta la comparación, ya que los años donde se realizó mayor inversión en personal y en la infraestructura fueron desde los años 2011 hasta el 2013; sin embargo, en el año 2010 se puede observar un valor que se encuentra dentro del óptimo del porcentaje de ocupación de camas; en contraste con años donde ya se había mejorado al infraestructura y se habían aumentado 10 camas censables; como el año 2014 y 2015 que presentan un indicador por debajo del óptimo, lo que indica que existen deficiencias en el manejo de lo que corresponde al tiempo de permanencia de los pacientes en el hospital.

GRÁFICO N° 22: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS HOSPITAL GENERAL



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

PRODUCTIVIDAD DE LOS QUIRÓFANOS

Es necesario también medir la evolución de la productividad de los quirófanos lo cual se hará mediante el uso de estadísticos como el promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano, lo cual a su vez de manera indirecta me permitirá conocer el grado de disponibilidad de los quirófanos con los que cuenta el hospital y se calcula así:

$$\text{Intervenciones por quirófano} = \frac{\text{Número de intervenciones quirúrgicas al año}}{\text{Número de quirófanos en el hospital}}$$

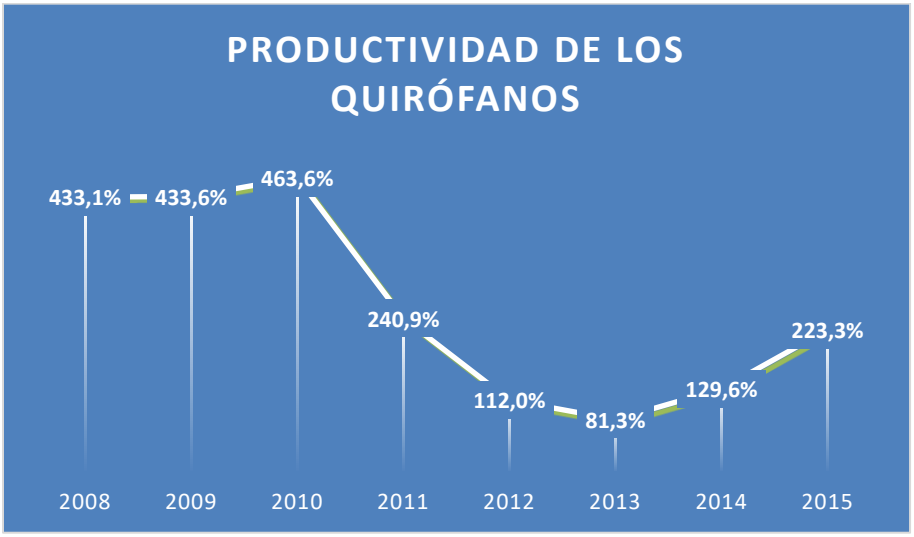
Fuente: Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador, 2010

TABLA N° 5 PRODUCTIVIDAD DE LOS QUIRÓFNOS HOSPITAL GENERAL

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
INTERVENCIONES QUIRURJICAS	3.118	3.122	3.338	3.469	1.613	1.170	1.866	3.215
QUIROFANOS DISPONIBLES	720	720	720	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440
PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS	433.06%	433.61%	463.61%	240.90%	112.01%	81.25%	129.58%	223.26%

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

GRÁFICO N° 23: PRODUCTIVIDAD DE LOS QUIRÓFANOS



Este es uno de los indicadores que mejores valores presenta en el Hospital Delfina Torres de Concha, ya que sus quirófanos se encuentran siempre productivos; desde el año 2008 hasta el año 2010, el Hospital contaba con dos quirófanos los cuáles eran utilizados los 365 del año para satisfacer las necesidades de la población, para cirugías simples como las cirugías de alto riesgo.

Para el año 2011, gracias a la mejora en la infraestructura de Hospital, el Hospital cuenta ahora con 4 cuatro quirófanos sin embargo, se conserva una evidente baja en los valores que arroja el indicador y esto es debidamente explicado por qué si bien es cierto físicamente se encuentran 4 quirófanos equipados y disponibles, lamentablemente por falta de personal capacitado, en especial anestesiólogos no se puede tener todos los quirófanos funcionando, lo que nos deja al igual que años anteriores solo 2 quirófanos disponibles para atender a la población.

PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA

El tercer indicador para el análisis de la investigación es el promedio de días de estancia hospitalaria, este indicador refleja la permanencia promedio de los pacientes en el hospital. Es un indicador de eficiencia de la prestación de servicios, así como el uso del recurso de cama puede indicar aplicación inadecuada de la capacidad resolutiva cuando los días de estancia son demasiado cortos o demasiado largos, lo que hace especialmente útil a este indicador cuando se analiza por afección principal el cual lo podemos calcular de la siguiente manera:

$$\text{Promedio de días de estancia} = \frac{\text{Número total de días de estancia en el hospital}}{\text{Total de egresos hospitalarios}}$$

Fuente: Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador, 2010

Servicio de Clínica

TABLA N° 6: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA SERVICIO DE CLÍNICA

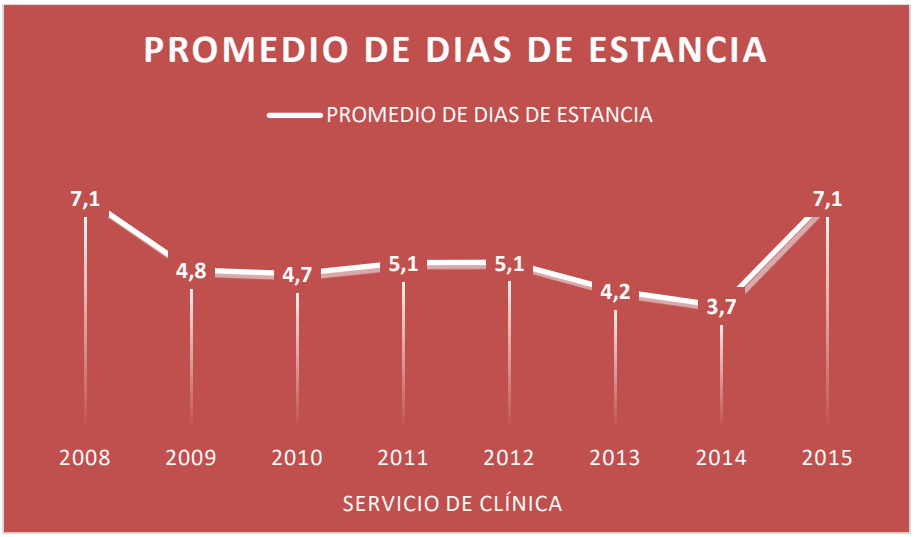
	SERVICIO DE CLÍNICA							
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
NUMERO TOTAL DE DIAS DE ESTANCIA	4.151	5.387	3.269	6.050	6.562	5.363	30.171	5.360
TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS	838	1.114	693	1.196	1.295	1.278	8.100	759
PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA	7.0	4.8	4.7	5.1	5.1	4.2	3.7	7.1

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

De manera general, el Hospital en el servicio de clínica presenta una evolución relativamente normal del número de días de estancia Hospitalaria, tomando valores para todos los años que van entre 4 y 7. Esto da pie a poder decir que existe una adecuada capacidad resolutiva de esta área del Hospital donde los periodos de estancia del paciente no son ni demasiado largos ni demasiado cortos.

Este es un indicador que nos permite medir la eficiencia tanto de área administrativa como del parea medica que deben trabajar en conjuntos para un correcto funcionamiento del Hospital.

GRÁFICO N° 24: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA SERVICIO DE CLÍNICA



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Servicio de Cirugía

TABLA N° 7: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA SERVICIO DE CIRUGÍA

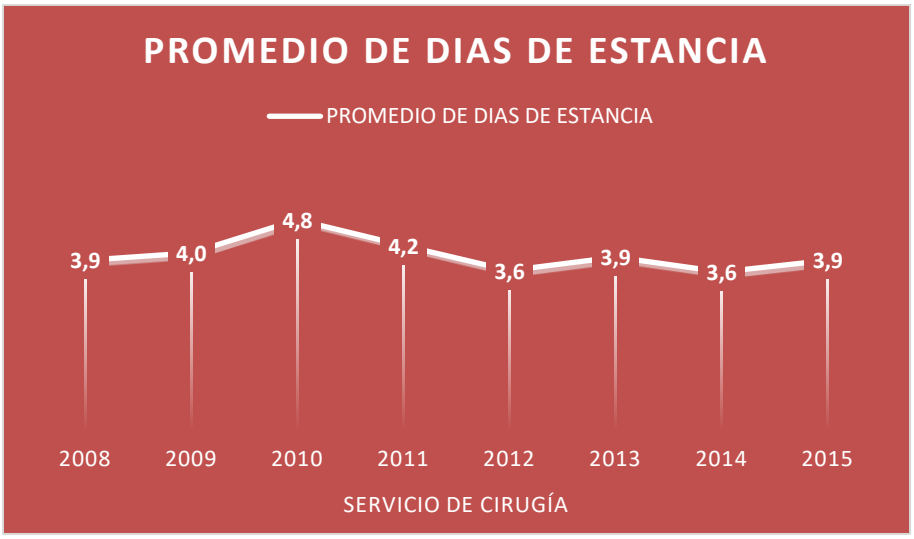
	SERVICIO DE CIRUGÍA							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
NUMERO TOTAL DE DIAS DE ESTANCIA	5.416	5.305	3.223	5.223	4.766	4.492	4.494	4.665
TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS	1.107	1.313	671	1.242	1.313	1.140	1.249	1.205
PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA	3.9	4.0	4.8	4.2	3.6	3.9	3.6	3.9

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

El valor del indicador de promedio de días de estancia en el servicio de cirugía y aunque no existe un parámetro de un numero óptimo de días de estancia esto varia con la complejidad del Hospital y al ser un Hospital de segundo nivel, que atienda ya patologías más complicadas que otros centro de salud, debe tener un promedio de días de estada razonable que permitan a las personas recuperarse de las cirugías.

El aumento de la inversión en personal capacitado para atender cirugías se ve reflejado en este indicador, ya que para los años 2011, 2012 y 2013 el personal contó con más personal médico para atender las patologías de la población logrando así cubrir a la mayor cantidad de la demanda de servicios de salud

GRÁFICA N°25: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA SERVICIO DE CIRUGÍA



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Servicio de Ginecología y Obstetricia

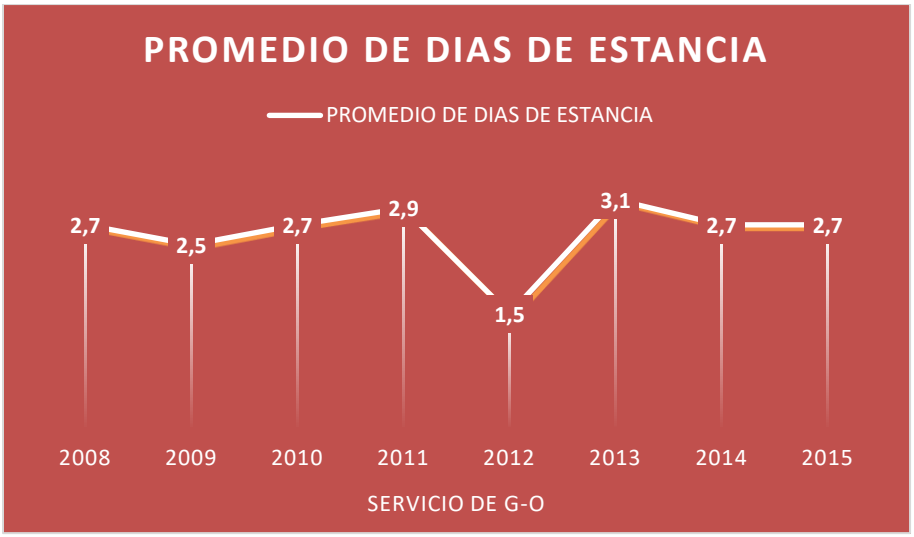
TABLA N° 8: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA SERVICIO G-O

	SERVICIO DE G-O							
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
NUMERO TOTAL DE DIAS DE ESTANCIA	14.785	15.250	9.514	17.273	399	19	10.974	10.563
TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS	6.352	6.208	3.494	5.864	262	9	3.583	3.880
PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA	2.7	2.4	2.7	2.9	1.5	3.1	2.7	2.7

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Esta área presente un promedio de días de estancia debido a que la complejidad de los partos de manera natural y no por cesárea son menos complicados y requieren de un menos tiempo de hospitalización, sin embargo un promedio muy bajo de días de estancia podría complicar y crear patologías más graves en un futuro tanto como para la madre como para los niños recién nacidos.

GRÁFICO N° 26: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA SERVICIO G-O



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Hospital General

TABLA N° 9: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA HOSPITAL GENERAL

	HOSPITAL GENERAL							
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
NUMERO TOTAL DE DIAS DE ESTANCIA	32.121	34.288	22.454	41.160	17.578	14.842	30.571	29.724
TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS	9.976	10.582	6.120	10.803	4.199	3.365	8.100	7.984
PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA	3.7	3.2	3.7	3.8	4.2	3.8	3.7	3.7

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

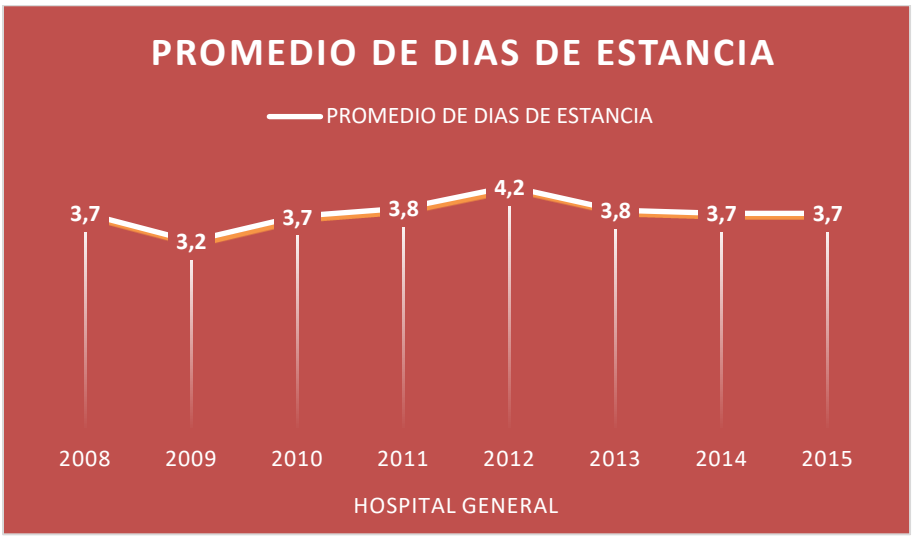
El promedio de días de estancia a nivel del Hospital general, muestra un valor casi constante en el indicador encontrándose entre 3 y 4 durante todos los años; en cuánto a como se ve afectado este indicador por la inversión realizada, no es relativamente claro como lo hace. Sino más bien aquí influye la correcta administración por parte del área médica y el área administrativa, ya que no depende del número de médicos que se tenga si no de la complejidad de las patologías que los pacientes presenten.

Este indicador solo nos permite realizar comparaciones dentro de la misma institución para poder evaluar su gestión y como se puede observar en el Hospital ha sido bastante buena ya que ha permanecido constante, y no existe un número

demasiado alto de días de estada pese a que dentro del cálculo del indicador están tomados en cuenta los egresos hospitalarios del área de cuidados intensivos el cual podría crear una especie de sesgo mostrando un aumento de días de estada.

El uso de recursos en los primeros días de estada siempre es bastante alto ya que es ahí donde se realizan las pruebas de todo tipo para tener un diagnóstico certero de la enfermedad del paciente, tendiendo a disminuir a medida que los días avanzan a no ser que la condición del paciente empeore.

GRÁFICO N° 27: PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA HOSPITAL GENERAL



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

GIRO DE CAMAS

El último indicador a analizar es el giro de camas que tiene el hospital que es un indicador relacionado con la producción de servicios, mide el número de pacientes que en promedio pasan por una cama en un período determinado de tiempo que se calcula de la siguiente manera:

$$\text{Giro de camas} = \frac{\text{Total de egresos en un período dado}}{\text{Promedio de camas disponibles del mismo período}}$$

Fuente: Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador, 2010

Servicio de Clínica

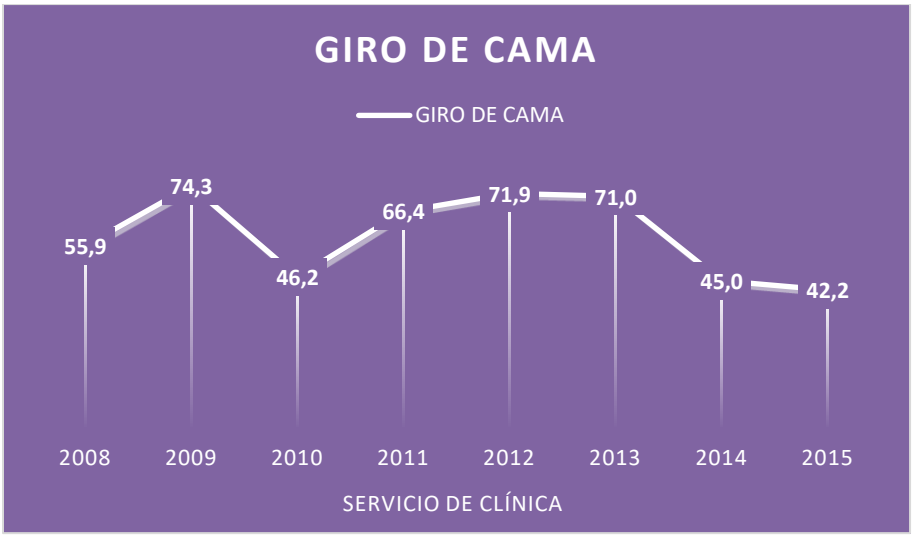
TABLA N° 10: GIRO DE CAMAS SERVICIO DE CLÍNICA

	SERVICIO DE CLÍNICA							
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS	838	1.114	693	1.196	1.295	1.278	810	798
CAMAS DISPONIBLES	15	15	15	18	18	18	18	18
GIRO DE CAMA	55.9	74.3	46.2	66.4	71.9	71	45	42.2

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

En ésta área de atención del Hospital el giro de camas presenta valores inversos a la evolución de la inversión realizada ya que para años anteriores a la repotenciación muestra un mayor número de giro de camas lo que quiere decir que más pacientes han sido atendidos en este periodo pese a tener menor cantidad de recurso humano y una menor infraestructura en la que los pacientes podía ser atendidos.

GRÁFICO N° 28: GIRO DE CAMAS SERVICIO DE CLÍNICA



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

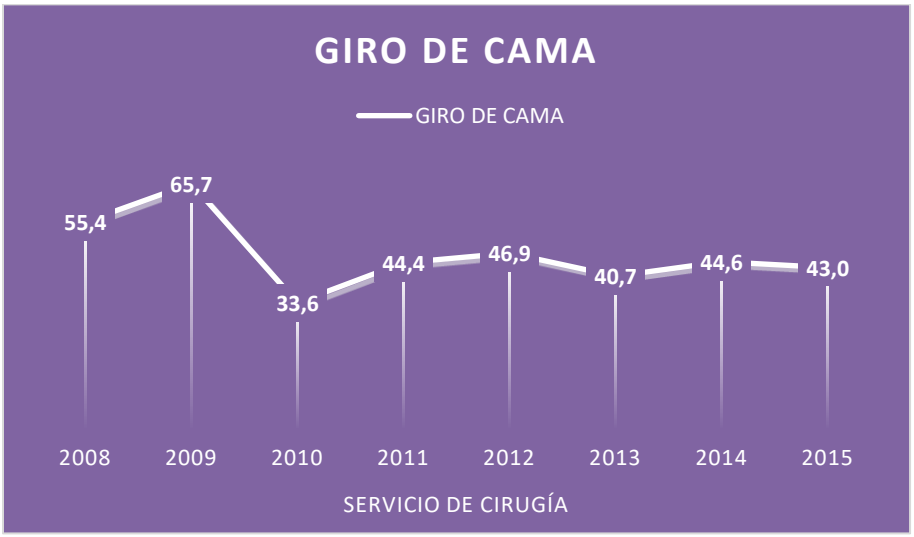
TABLA N° 11: GIRO DE CAMAS SERVICIO DE CIRUGÍA

	SERVICIO DE CIRUGÍA							
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS	1.107	1.313	671	1.242	1.313	1.140	1.249	1.205
CAMAS DISPONIBLES	20	20	20	28	28	28	28	28
GIRO DE CAMA	55.4	65.7	33.6	44.4	46.9	40.7	44.6	43.0

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

El aumento del número de camas en ésta área gracias a la inversión, no se ve reflejado en un aumento significativo de este indicador en lo que corresponde al área de cirugía, pudiéndose evidenciar al igual que en otras áreas, que en años anteriores ha existido una mayor afluencia de pacientes al Hospital.

GRÁFICO N° 29: GIRO DE CAMAS SERVICIO DE CIRUGÍA



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

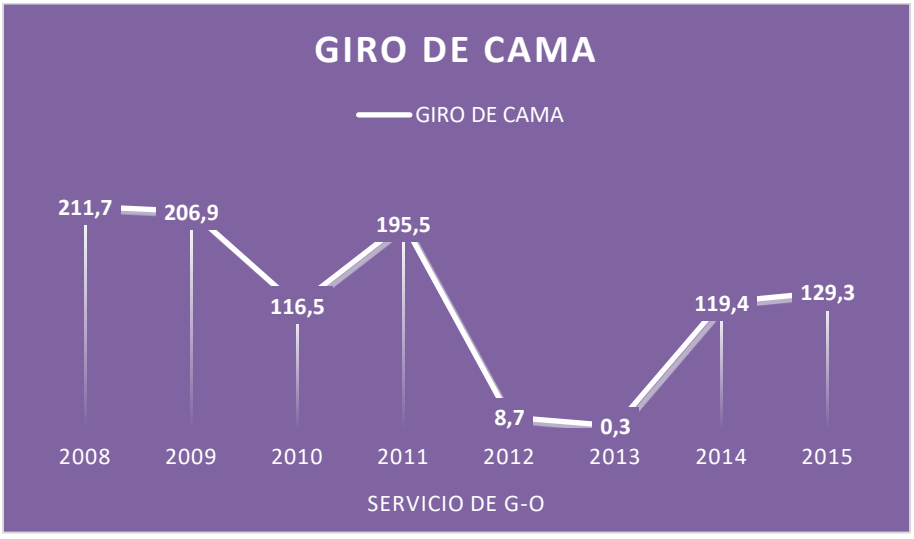
TABLA N°12: GIRO DE CAMAS SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

	SERVICIO DE G-O							
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS	6.352	6.208	3.494	5.864	262	9	3.583	3.880
CAMAS DISPONIBLES	30	30	30	30	30	30	30	30
GIRO DE CAMA	211.7	206.9	116.5	195.5	8.7	0.3	119.4	129.3

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

A diferencia de otras especialidades el servicio de ginecología y obstetricia presenta un nuero bastante elevado de giro de camas y esto se explica debido a que en esta especialidad los cuidados de un parto normal no son necesariamente de varios días de internación en el Hospital lo que hace que las camas puedan ser ocupadas más a menudo por diferentes pacientes.

GRÁFICO N°30: GIRO DE CAMAS SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

TABLA N° 13: GIRO DE CAMA HOSPITAL GENERAL

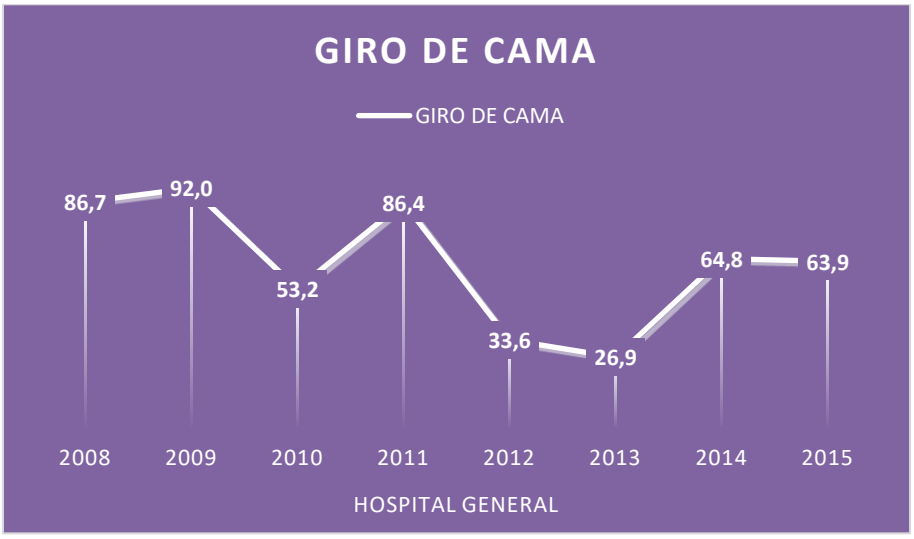
	HOSPITAL GENERAL							
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS	9.976	10.582	6.120	10.803	4.199	3.365	8.100	7.984
CAMAS DISPONIBLES	115	115	115	125	125	125	125	125
GIRO DE CAMA	86.7	92.0	53.2	86.4	33.6	26.9	64.8	63.9

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

El total de camas censables del Hospital es de 125, sin embargo 10 de estas camas se encuentran en el Hospital Naval por lo que de estas camas no se tienen contabilizados los egresos que realizan, lo que hacer que el giro de camas baje su número, a pesar de ello el aumento de la inversión tampoco significa un aumento significativo dentro del giro total de camas, ya que existen igualmente años anteriores al decreto de estado de emergencia valores muchos más altos del indicado.

Esto nos indica que debe existir una mejor distribución de las camas y un mejor manejo de los recursos que incluye un sistema de organización el personal médico y del personal administrativo que permita utilizar todos los recursos con los que cuenta el Hospital de manera adecuada para poder satisfacer toda la demanda existente en el cantón y la provincia de Esmeraldas.

GRÁFICO N° 31: GIRO DE CAMA HOSPITAL GENERAL



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

CAPITULO III: ANÁLISIS DE LOS COSTOS DE ATENDER A LOS PACIENTES

La estimación de los costos de atender a un paciente en un hospital es un proceso complejo, ya que existen diferencias entre las diferentes especialidades por el nivel de complejidad que implican diferentes gastos en el mismo hospital. Es por esto que para poder determinar el costo del día paciente se ha establecido ciertos supuestos que facilitan el análisis.
El primero de ellos es que el hospital gasta sus recursos de manera adecuada y eficiente, pagando el sueldo de sus empleados a tiempo. Además, se supone que adquiere sus insumos a precios competitivos dentro del mercado. Y, finalmente, se deja de lado las especialidades de cuidados intensivos y la unidad de quemados, esto puede realizarse gracias a que, si bien es cierto, es una cobertura que brinda el Ministerio de Salud, estos servicios se encuentran tercerizados hacia el Hospital Naval de la ciudad de Esmeraldas.

El día paciente

El indicador día paciente nos permite identificar la producción real del Hospital, para poder determinar el volumen de producción que ha tenido en el transcurso del período de estudio.

TABLA N° 14 DIA PACIENTE

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EGRESOS HOSPITALARIOS	9.976	10.582	6.120	10.803	4.199	3.365	8.100	7.984
PROMEDIO DIAS DE ESTADA	3.7	3.2	3.7	3.8	4.2	3.8	3.7	3.7
DIA - PACIENTE	3.7140	34.288	22.454	41.160	17.578	12.700	30.155	29.724

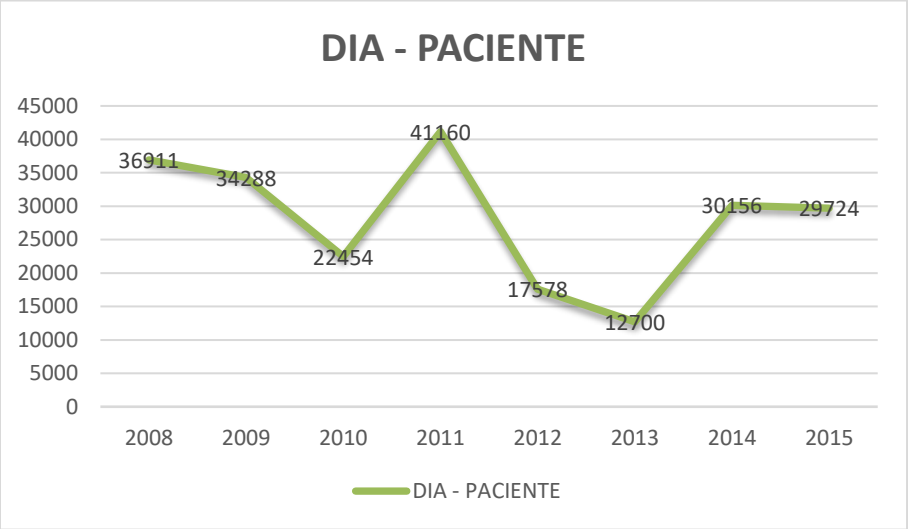
Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

El decreto de estado de emergencia para el Hospital Delfina Torres de Concha tiene como objetivo incrementar la producción de los servicios de salud para poder así llegar a satisfacer toda la demanda que se produce en la provincia y el cantón, lo que se puede analizar en los datos presentados del total de la producción del Hospital es que no necesariamente un aumento de la inversión se ve reflejado en un aumento de la producción como se esperaría, sino que también esto implica un adecuado proceso administrativo.

Solamente para el año 2011, podemos observar un aumento de la producción de los servicios de salud del Hospital. Sin embargo, los valores bajos correspondientes al año 2012 y 2013 puede deberse a la falta de información estadística ya que para estos dos años se encontró que existía información faltante. A pesar de ello para

los años 2014 y 2015 los valores presentan un comp0ortamiento similar para años anteriores a su repotenciación pese a que para la actualidad el Hospital cuenta con mayores recursos humano disponibles y con una infraestructura bastante mejorada.

GRÁFICO N° 32 EVOLUCIÓN DEL DIA PACIENTE AÑOS 2008 2015



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Costo día paciente

Servicio de Clínica

TABLA N° 15: COSTO DIA PACIENTE SERVICIO DE CLÍNICA

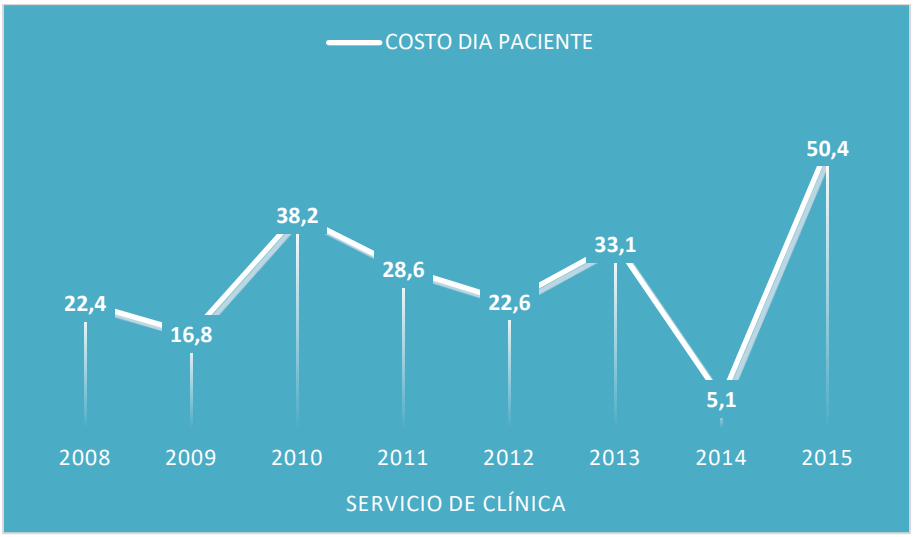
	SERVICIO DE CLÍNICA							
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
COSTOS FIJOS	10.790	12.3571,3	52.318,3	102.469,2	169.474,6	43.665,3	1.428.5984,4	96.339,4
COSTOS VARIABLES	6.732.005,2	6.626.932,3	9.478.884,6	12.199.957,9	10.378.601,8	15.168.405	589.393,8	1.3684.068,3
COSTO TOTAL	6.744.803,2	6.752.512,7	9.533.212.9	1.230.243	10.550.088,4	15.214.083,5	14.877.392,2	13.782.422,7
EGRESOS HOSPITALARIOS	838	1.114	693	1.196	1.295	1.278	8.100	759
COSTO DIA PACIENTE	22,3	16,8	38,2	28,6	22,6	33,1	5,1	50,4

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

El proceso para estimar los costos de manera individual resulta casi imposible de realizar para cada proceso que se realiza en el Hospital por lo que, el método del costo del día paciente pretende dar un estimado del costo de atender a un paciente, tomando en cuenta el número de egresos que ha tenido cada especialidad a tratar.

Para la diferenciación de los costos fijos y variables, se ha tomado en cuenta que los costos fijos que son aquellos que no varían muchos de mes a mes en la ejecución presupuestaria y además se ha tomado en cuenta el rubro que ya ha sido pagado hasta el 31 de diciembre dejando de lado los saldos ya comprometidos que se pagaran en el siguiente ejercicio fiscal.

GRÁFICO N° 33 COSTO DIA PACIENTE SERVICIO DE CLÍNICA



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

El costo día paciente presenta una relación inversa en cuanto al número de egresos hospitalarias y esto tiene lógica ya que a mayor número de pacientes atendidos con el uso de la misma cantidad de recursos, el costo tiende a disminuirlo cual indica un adecuado y eficiente uso de los recursos del Hospital.

Por lo general el costo del servicio de clínica de los Hospitales es uno de los más elevados debido a la complejidad de las patologías que deben tratarse en el mismo.

Servicio de cirugía

TABLA N° 16: COSTO DIA PACIENTE SERVICIO DE CIRUGÍA

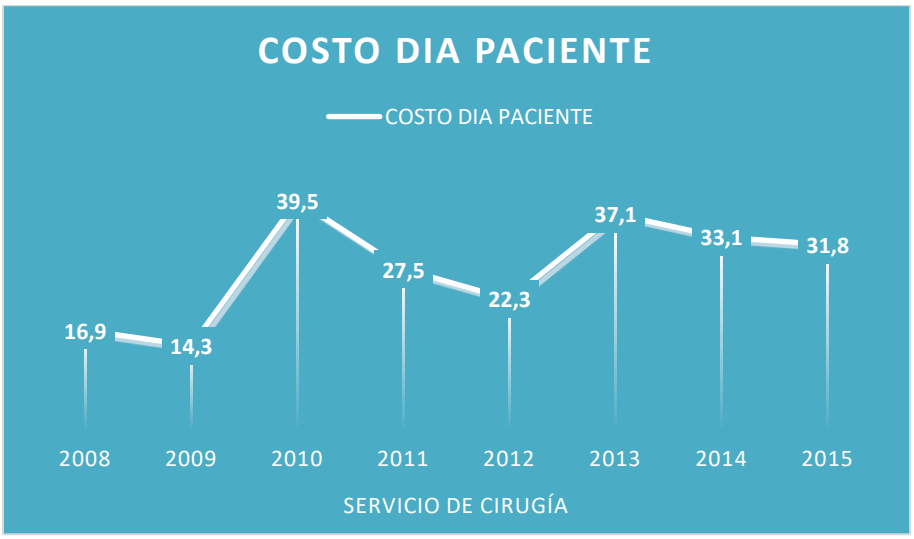
	SERVICIO DE CIRUGÍA							
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
COSTOS FIJOS	10.790	123.571,3	52.318,3	102.469,2	169.474,6	43.665,4	14.285.984,4	96.339,4
COSTOS VARIABLES	6.732.005,2	6.626.932,3	9.478.884,6	12.199.957,9	10.378.601,8	15.168.405	589.393,8	13.684.068,3
COSTO TOTAL	6.744.803,2	6.752.512,7	9.533.212,9	12.302.427	10.550.088,4	15.214.083,5	14.877.392,2	13.782.422,7
EGRESOS HOSPITALARIOS	1.107	1.313	671	1.242	1.313	1.140	1.249	1.205
COSTO DIA PACIENTE	16,9	14.2	39.5	27.5	22.3	37.1	33.1	31.8

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

El grado de complejidad que implica atender a un paciente en el servicio de cirugía es evidentemente mucho más alto que otra especialidad, a su vez el promedio de días de estada es también más alto por lo que los egresos hospitalarios presentados en el año suelen ser menores.

El costo día paciente en el Hospital Delfina Torres de Concha para el servicio de cirugía presenta un alza relativamente normal, que fuera de aspectos que tiene que ver el Hospital tiene que ver con la inflación que se presenta año a año en el Ecuador, lo cual muestra un buen manejo y un buen uso de la capacidad instalada del mismo.

GRÁFICO N° 34 COSTO DIA PACIENTE SERVICIO DE CIRUGÍA



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

Servicio de Ginecología y Obstetricia

TABLA N° 17: COSTO DIA PACIENTE SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

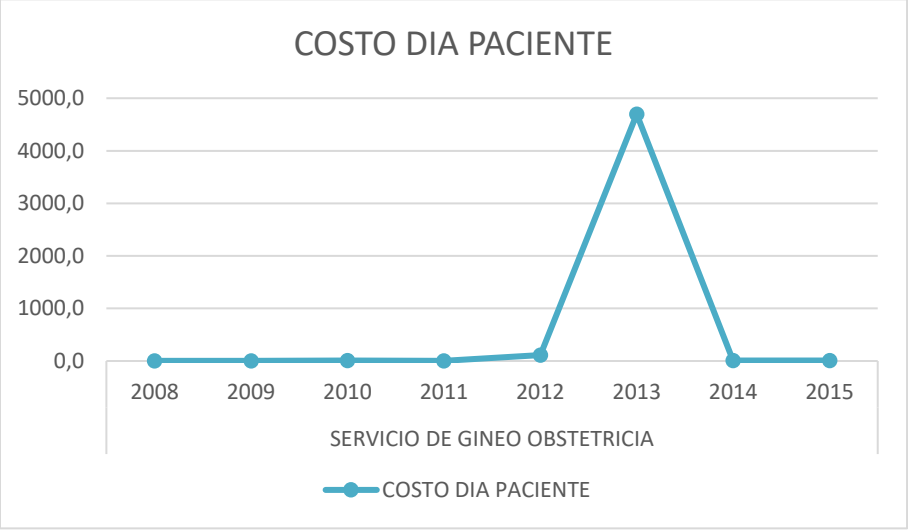
	SERVICIO DE GINEO OBSTETRICIA							
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
COSTOS FIJOS	10.790	123.571,4	52.318,3	102.469,2	169.474,6	43.665,4	14.285.984,4	96.339,4
COSTOS VARIABLES	6.732.005,2	6.626.932,3	9.478.884,6	12.199.957,9	1.037.8601,8	15.168.405	589.393,8	1.368.4068,3
COSTO TOTAL	6.744.803,2	6.752.512.7	9.533.212,9	12.302.427	10.550.088,4	1.521.4083,5	14.877.392,2	13.782.422,7
EGRESOS HOSPITALARIOS	6.352	6.208	3.494	5.864	262	9	3.583	3.880
COSTO DIA PACIENTE	2.9	3.0	7.6	5.8	111.9	4695.7	11.5	9.9

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

En comparación con las otras especialidades el costo di de ate der a un paciente en el área de ginecología y obstetricia; presenta valores relativamente bajos. Los datos presentan una distorsión para los años 2013 y 2014, y esto es debido a que no existe el registro de todos los egresos hospitalarios por lo que produce un sesgo que aumenta significativamente el costo día paciente.

Desde el año 2008 en comparación con el año 2015 existe un aumento significativo del valor de atender a un paciente, y esto se debe en primera parte a la inflación que se representa año a año y por otro lado por el aumento del personal que ha existido para poder atender a las personas, sin embargo este aumento del personal no siempre representa un manejo más eficiente de los recursos.

GRÁFICO N° 35 COSTO DIA PACIENTE SERVICIO DE CLÍNICA



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

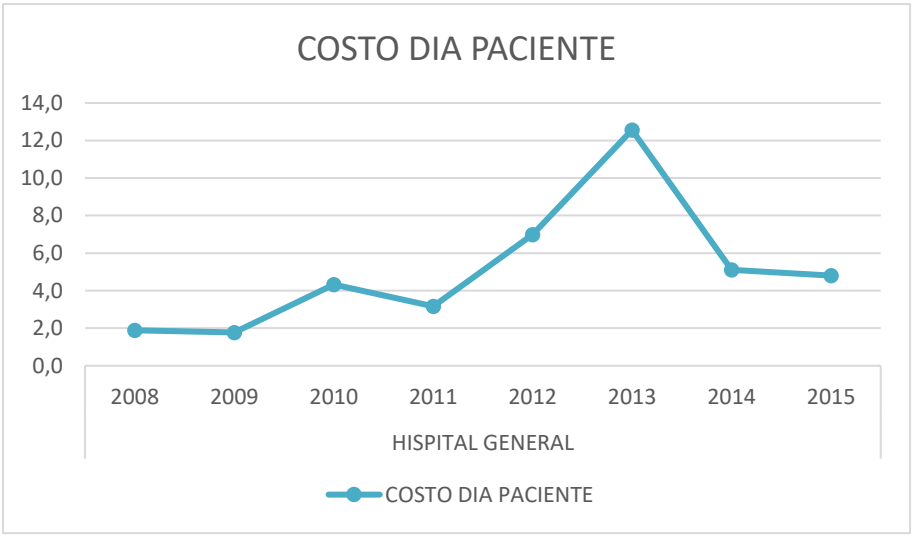
HOSPITAL GENERAL

TABLA N° 16: COSTO DIA PACIENTE HOSPITAL GENERAL

	HOSPITAL GENERAL							
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
COSTOS FIJOS	10.790	123.571,4	52.318,3	102.469,2	169.474,6	43.665,4	14.285.984,4	96.339,4
COSTOS VARIABLES	6.732.005,2	6.626.932,3	9.478.884,6	12.199.957,9	1.037.8601,8	15.168.405	589.393,8	1.368.4068,3
COSTO TOTAL	6.744.803,2	6.752.512.7	9.533.212,9	12.302.427	10.550.088,4	1.521.4083,5	14.877.392,2	13.782.422,7
EGRESOS HOSPITALARIOS	9.976	10.582	6.120	10.803	4.199	3.365	8.100	7.984
COSTO DIA PACIENTE	1.9	1.8	4.3	3.1	7.0	12.6	5.1	4.8

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

GRÁFICO N° 36 COSTO DIA PACIENTE HOSPITAL GENERAL



Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Delfina Torres de Concha
Elaboración: María Verónica López Proaño

CONCLUSIONES

- Existe una gran brecha entre la planificación presupuestaria del Hospital Delfina Torres de Concha y la asignación de recursos que este institución recibe por parte del Ministerio de Finanzas, además existe una elevada concentración del gasto principalmente en el gasto en personal; lo que deja de lado la inversión en el Hospital, panorama que empieza a cambiar a partir del año 2011, en el que se genera la repotenciación de la casa de salud. A pesar de que el Hospital presenta elevados índices de ejecución presupuestaria; no podemos tomar eso como un indicador determinante para poder analizar la calidad del gasto.
- El análisis de la evolución de los indicadores hospitalarios propuestos para la presente disertación presenta algunos resultados importantes de analizar: en cuanto al porcentaje de ocupación de camas, el hospital presenta un valor promedio que se encuentra por debajo de los valores óptimos que la literatura sugiere como óptimos para un hospital de tercer nivel, es decir entre el 85% y el 90%, lo que indica que el Hospital puede tener una .capacidad ociosa que no está siendo utilizada en beneficio de la población; por otro lado la productividad de los quirófanos es relativamente baja, y esto no se debe a que no se cuente con la infraestructura necesaria, sino más bien por la falta de personal calificado para atender los mismos. Otro indicador que arroja resultados positivos en cuanto al sistema administrativo del Hospital es el promedio de días de estada, cuyo valor permanece relativamente estable y constante pese a las variaciones que ha tenido en la infraestructura, esto podría deberse a unos buenos diagnósticos clínicos y una buen administración medica de los pacientes. Finalmente, y muy ligado al indicador anterior el giro de camas del Hospital es un indicador bastante estable y constante.
- El determinar un promedio general del costo del día paciente en el Hospital Delfina Torres de Concha muestra un mejor manejo, al menos, administrativo de los recursos debido a que este valor tiende a disminuir en el año 2015, lo cual ayuda y permite mejorar el manejo del Hospital, brindando así oportunidad para que con la misma cantidad de recursos se puedan atender más pacientes y lograr así que la mayoría de la poblaci0on pueda cubrir sus necesidades y patologías médicas.
- En términos generales, el manejo del Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas no es del todo bueno ni eficiente, ya que pese a la gran cantidad de recursos que se han invertido en las mejores de infraestructura y el aumento de personal, algunos de sus indicadores no muestran mejorías a lo largo del tiempo.

RECOMENDACIONES

- Una adecuada planificación mejoraría la inversión que se realiza en el Hospital, lo cual podría permitir de una mejor manera la inversión en rubros prioritarios que amplíen la cobertura de la demanda existente.
- Debería existir un adecuado manejo estadístico de la información que permita realizar análisis comparativos en series de tiempo más certeros para así determinar cuáles son las principales falencias y así poder corregirlas o introducir las políticas adecuadas para corregirlas.
- La inversión en personal debe estar bien enfocada en las necesidades de la demanda y aún más en las instalaciones e infraestructura que ofrece el hospital, para así aprovechar al máximo tanto los bienes como los servicios y que así la inversión sea en beneficios de las personas que necesitan los servicios de salud.
- El Hospital debería tener un rubro destinado para la inversión que no sea tan fluctuante entre los diferentes años, ya que gracias a esto se podría tener las innvocaci0ones tecnológicas que las instituciones de salud requieren para poder atender de manera eficiente a sus pacientes.
- El diagnóstico adecuado de las patologías de los pacientes podría ayudar r a disminuir los gastos operativos que tiene el hospital en cada paciente, y así poder destinar mayor cantidad de recursos que permitan resolver patologías más graves en cierto tipo de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberto Baly GilL, M. E. (2001). LA ECONOMÍA DE LA SALUD, LA EFICIENCIA Y EL COSTO. *Revista Cubana de Medicina General*, 17.

Andrade, J. (2014). *El gasto en salud y su influencia sobre el acceso y calidad de los servicios de salud pública en el cantón Otavalo. Periodo: 2008-2012.* Quito.

Casares, Javier (2002) El pensamiento en la Política Económica. España: Esic Editorial

CEPAL. (s.f.). *El gasto público en los países de América Latina.*

Cerda, J. (2010). Glosario de términos utilizados en evaluación económica de la salud. *Revista médica de Chile*.

Constitución de la República del Ecuador, 2008: Asamblea Nacional.

De la Fuente J, Tapia R, (2001). *La medición de salud a través de indicadores.* Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Escartin, Eduardo (s.f.) Historia del Pensamiento Económico: Marshall y la Escuela de Cambridge. España: Autor. http://personal.us.es/escartin/Marshall.pdf [Consulta: 28/04/2016]

Jimenez, R (2004). *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual.* Revista Cubana de salud Pública. Vol 30. P 30.

García, G. G. (2005). *Medicamentos: salud, política y economia.* Buenos Aires.

Gimeno Juan, R. S. (2005). *Economía de la Salud: Fudamentos .* Diaz de Santos.

Gobierno Nacional de la República del Ecuador, M. d. (22 de 10 de 2010). *Ministerio de Finanzas.* Obtenido de http://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/CODIGO_PLANIFICACION_FINAZAS.pdf

Gónzález, A. M. (2003). Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*.

Guillermo Lopez Cassanova, G. O. (1998). *Economía y Salud: Fundamentos y Políticas.* Madrid: Ediciones Encuentro.

Guillermo Lopez, G. O. (1998). *Economía y Salud: Fundamentos y Políticas.* Barcelona: Encuentro.

Hospital Delfina Torres de Concha HDTC. (03 de 12 de 2015). Obtenido de http://www.hdtc.gob.ec/hdtc/

Ibarra, A. (2009). *Introducción a las Finanzas Públicas.* Cartagena de Indias: βeta - Action.

John M, K. (1933). *Teoría general de la ocupación el interés y el dinero.*

Karl Case, R. F. (1997). *Principios de MIcroeconomia.* Mexico: Prentie Hall Hispanoamérica S.A.

Kenneth E. Warner, B. R. (1995). *Análisis de Costo-Beneficio y Costo-eficiencia en la Atención de la Salud: Principios, Práctica y Potencialidades.* Chile: Fondo de Cultura Económica.

Lyyn, M., Sally, E., Low, D., Reed M. (2014). Process improvement in the operating room using Toyota (Lean) methods. Revista Colombiana Anestesiol. vol 42. p: 220-228. DOI: 10.1016/j.rca.2014.02.007

Martínez W,. (2007). Estadístic*a descriptiva con énfasis en salud pública.* La Hoguera.

Mendoza, P. (2002). *Evaluación Económica en Salud.* Lima: Universidad Mayor Nacional de San Marcos.

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. (2016). Sistema de Indicadores Sociales en el Ecuador. Recuperado de http://www.siise.gob.ec/siiseweb/. Consulta: [27/07/2016]

Ministerio de Finanzas. (2016). Servicios, El Presupuesto General del Estado. Recuperado de: http://www.finanzas.gob.ec/el-presupuesto-general-del-estado/Consulta: [15/08/2016]

Ministerio de Salud Pública. (2016). Autoridades de salud analizan la Cobertura Universal de Salud. Recuperado de: http://www.salud.gob.ec/autoridades-de-salud-analizan-la-cobertura-universal-de-salud/. Consulta: [2/08/2016]

Ministerio de Salud y Ambiente de la República de Argentina. (2005). Guía para la elaboración de Indicadores Seleccionados. Buenos Aires.

Moya, l. (2002). *Introducción a la Estadística de la Salud.* Costa Rica: Editorial de La Universidad de Costa Rica

MSP. (03 de 12 de 2015). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de http://www.salud.gob.ec/

Organización Mundial de la Salud . (s.f.).

Pareto, V. (1897). *New Theories of Economics* (Vol. 1). Paris: Giard & Brière.

Paul Samuelson, W. N. (2002). *Economía* (decimoséptima ed.). Madrid: Mc Graw Hill.

Ramirez, J. (2010). La salud: pilar del desarrollo y derecho humano básico. *Vanguradia*.

Salud, O. M. (12 de 06 de 2003). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/publications/es/

Sen, Amartya (2000) Capacidad y Bienestar. http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/codesoypc/uploads/Lecturas%20de%20Pol%C3%ADtica%20Social/Lecturas%20sobre%20Desarrollo%20%20Humano/Amartya%2 0Sen/Capacidad%20y%20Bienestar.pdf [Consulta: 28/04/2016]

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo-SENPLADES (2009) Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Ecuador: Autor

Stiglitz, J. (2000). *La economía del Sector Público.* España: Antoni Bosch.