

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ECONOMÍA**

**Disertación previa a la obtención del título de
Economista**

***Mejoramiento de la salud según la gestión y
administración hospitalaria en el hospital Carlos Andrade
Marín***

**Roberto Antonio Cobo Jaramillo
robertocoboj@hotmail.com**

**Director: Doctor Marcelo Bravo
marcelobravo@cablemodem.com.ec**

Quito, Enero de 2011

Resumen

Se analizan diferentes alternativas para la calidad en la atención de la salud, teniendo en cuenta que la presencia de afiliados y afiliadas aumenta la demanda como por el de la oferta- hace que en esta se invierta recursos para que se mejore la atención. Las relaciones entre los miembros que conforman el hospital tiene que ser optimo, y tiene que existir una planificación para la que la esencia del conjunto funcione de una manera muy adecuada, y que exista un trabajo a la par el cual busque que se garanticen todas los derechos que tienen los y las afiliadas al IESS. El documento hace una revisión de como sea manejado la sanidad en el hospital y de algunas experiencias vividas anteriormente en la casa de salud y como la administración está gestionando de una manera mejor las principales soluciones a los problemas vividos. Así, esta revisión arroja las alternativas tomadas para dicha casa de salud.

Palabras clave: Aumentos de Demanda, Equipamiento Médico, Estadísticas, Niveles de Atención en Salud.

A mi madre en especial, a mi familia, mi novia, mis amigos pero en especial a mi abuelita que aunque ella no está aquí ella siempre me cuida desde el cielo.

Mejoramiento de la salud según la gestión y administración hospitalaria en el hospital Carlos Andrade Marín

Introducción	4
CAPITULO I	
Planteamiento del problema	4
Justificación	13
Metodología de investigación	14
Preguntas de investigación	17
Delimitación	17
Hipótesis de trabajo	17
Objetivos	18
Marco teórico	18
CAPITULO II	
Contexto del sistema de salud	
Análisis de la situación de salud	23
Determinantes de la salud	33
CAPITULO III	
Gestión hospitalaria de hospital Carlos Andrade Marín	
Provisión de servicios de salud en el Hospital Carlos Andrade Marín	49
Efectividad sobre los servicios de Salud en el Hospital Carlos Andrade Marín	72
Conclusiones	113
Recomendaciones	115
Bibliografía	116
Anexos	118

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enfoca en el mejoramiento que ha experimentado la seguridad social en el país y así como en el mejoramiento de la sanidad para preservar la salud que ha liderado el Instituto Ecuatoriano de seguridad social.

La Constitución del Ecuador fue aprobada en septiembre de 2008; en ella se plantean como objetivos primordiales extender la salud y la seguridad social a todas las personas, sin perjuicio de su afiliación o no al sistema de seguridad social, sino en enfocarse en dar una cobertura universal para todas las personas sin discriminación.

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Sector de la salud en el Ecuador

El principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial. Efectivamente, el personal médico del Ministerio de Salud Pública está contratado por 4 horas/día percibiendo un ingreso en relación a un salario mínimo vital. Se estima que en el medio rural existen alrededor de dos médicos tratantes de planta por cada 10.000 habitantes, pues también atienden residentes durante el año que dura la rural.¹

Desde 1995 se ha desarrollado en Ecuador un proceso de reforma del sector salud, sobre la base de la descentralización y transferencia de funciones del Ministerio de Salud Pública a las municipalidades que lo soliciten.

“La Reforma en Salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los Sistemas de Salud realizada durante un período determinado de

¹ Tamayo Milton, (2009) La salud de los últimos años, **Salud.**
<http://campanaderechoeducacion.org/download.php.pdf> [Consulta: 05/06/2010]

tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”².

Durante el 2007 se firman decretos de emergencia que ayudan a la consecución de recursos para lograr salir de la crisis que se estaba tomando las diferentes regiones del país.

Se asignaron para la primera fase, 50 millones de dólares destinados a solucionar problemas básicos de infraestructura física, equipamiento, déficit de medicamentos y, fundamentalmente, la falta de profesionales en el área de salud, tópicos que hasta el momento ningún gobierno los había enfrentado.³

En los primeros días del 2008 entró en vigencia la extensión del Decreto de Emergencia Sanitaria que tiene una asignación extra-presupuestaria de 35.000.000⁴ de dólares para continuar brindando atención en salud y las necesidades de medicamentos, insumos médicos, equipamiento, infraestructura y rehabilitación hospitalaria en todo el país.

Se ha dado un proceso de equipamiento de unidades operativas con la finalidad de mejorar el mantenimiento de equipos, así como el aumento de los insumos y equipamiento de unidades operativas de salud del Ecuador se destinó un total de 24´157.036,024, de los cuales 2´200.000 se invirtieron en adquisición, instalación y funcionamiento de tomógrafos (TAC) en 4 hospitales de referencia.⁵

Se destinó un total de 11´000.000⁶ de dólares empleados en la compra de equipos médicos, implementación y modernización de unidades de cuidados Intensivos (UCI), quirófanos, radiología e imagenología, odontología y consulta externa en general.

Se incrementó la atención ambulatoria en todo el país, 15% más con relación al año 2006.

² Younger, Stephen; Villafuerte, Mauricio y Jara, Lily, Incidencia y distribución del gasto público y función de la demanda de ecuador **Gasto público**. www.flacsoandes.org/biblio/catalog/resGet.pdf [Consulta: 14/04/2010]

³ Jiménez, Miguel, (2007) Presentación de propuesta de cifras probables, **Ministerio de finanzas**, http://serviciodeestudios.bbva.com/KETD/fbin/mult/100118_ObservatorioEconomicoEuropa_tcm346-213906.pdf?ts=322011 [Consulta: 14/04/2010]

⁴ Id.

⁵ Ministerio de salud,(2009) Inversión en salud 2008 , **Ministero de Salud**. <http://www.ministeriodesaludpublica.gob.ec/Dirtecnica/Comercio%20Exterior/sgpplus.pdf>[Consulta:15/06/2010]

⁶ Id

Esto significa un ahorro global para las familias ecuatorianas de 44 millones de dólares.⁷

El Ecuador ha vivido el proceso de transición demográfica, el cual se refleja en su estructura de edades: existe un descenso en la importancia de las edades jóvenes (menores de 15 años) y un aumento creciente de la importancia de la población adulta mayor.

Este proceso generalmente en los niveles socioeconómicos altos, dispersándose luego a los niveles bajos. Este comportamiento diferencial por nivel socioeconómico lleva a que la población más joven en los estratos socioeconómicos bajos, y una tendencia al envejecimiento a medida que aumenta el nivel socioeconómico. Además de ser consecuencia de distintos comportamientos en los patrones de fecundidad y mortalidad, estas diferencias en la estructura de edad por nivel socioeconómico implican demandas también diferenciadas, especialmente en los servicios de salud y educación.⁸

Menos de la quinta parte, 18.8%, de los hogares tienen por jefe a una mujer. Sin embargo, contrario a la tendencia general, parece existir una asociación negativa entre jefatura femenina y pobreza: el 16.9% de los hogares del quintil inferior de gasto tienen una mujer como jefe, mientras ese porcentaje aumenta, hasta llegar a 23.3% en el quintil superior de la distribución.⁹

Las condiciones de acceso a servicios públicos son altamente diferenciales según quintil de gasto alrededor del 57% de los hogares obtienen el agua de la red pública, y un 44% cuentan con una llave dentro de la vivienda. Sin embargo, estas condiciones prevalecen en tan sólo el 27.8% y 11.4%, respectivamente, de los hogares del primer quintil, mientras es 87.3% y 83% en los hogares del quintil superior. Las diferencias según quintil en el acceso a alcantarillado son también acentuadas: el 78.4% de los hogares del quintil superior viven en viviendas que con alcantarillado, mientras que en el primer quintil porcentaje de los hogares con este servicio es de 12%. El acceso a energía eléctrica, es también diferencial, aunque de manera menos marcada: el 78.4% hogares del primer quintil tienen este servicio, mientras es casi universal, 99.4%, en el quintil superior¹⁰

⁷ Id

⁸ CEPAR, (1997) El proceso de la reforma del sector de la salud, **Reforma de Salud** www.opsecu.org/bevestre/revistas/CEPAR/reformaecheverria.pdf pdf, [Consulta: 13/05/2010]

⁹ VITERI, Galo, (2004) Situación de la salud en el Ecuador, **Ministerio de Finanzas** www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/gfvd-salud.pdf. [Consulta: 13/06/2010]

¹⁰ ID

1.1.2 Seguridad social en el Ecuador

En el marco de la gestión de políticas públicas del ámbito social, justamente se evidencia la existencia de una diversidad de órganos de gestión, a los que, adicionalmente, se les puede decir que: dado que con la dolarización, la política fiscal del gobierno se redujo a influir en los ajustes de la economía ecuatoriana, la estrategia fiscal y su gestión se ha tornado continuamente disímil y cíclica.

En el sentido de que cuando las condiciones externas se deterioran y los ingresos del fisco disminuyen, el gobierno debe reaccionar contrayendo sus gastos y por ende agravando los efectos recesivos de los embates externos. Si a esta actividad económica cíclica se le suma la dispersión de misiones, es obvio que existe gran nivel de vulnerabilidad, la misma que va contra la estabilidad de largo plazo que se requiere para hacer del gasto social un gasto de inversión permanente y no un paliativo a las circunstancias desfavorables que afronta la economía ecuatoriana.¹¹

Los orígenes remotos del sistema del seguro social en el Ecuador se encuentran en las leyes dictadas en los años 1905, 1915 y 1918 y 1923 para amparar a empleados públicos, educadores, telegrafistas y dependientes del poder judicial.

La seguridad social en la historia ha tenido diferentes cambios, los primeros años con el nombre de caja de pensiones en 1928, durante el gobierno del doctor Isidro Ayora Cueva, mediante Decreto N° 18, del 8 de marzo de 1928, creó la Caja de Jubilaciones y Montepío Civil, Retiro y Montepío Militar, Ahorro y Cooperativa, institución de crédito con personería jurídica, organizada de conformidad con la ley que se denomina Caja de Pensiones.

La ley consagró a la Caja de Pensiones como entidad aseguradora con patrimonio propio, diferenciado de los bienes del Estado, con aplicación en el sector laboral público y privado.

Su objetivo fue conceder a empleados públicos, civiles y militares, los beneficios de jubilación, montepío civil y fondo mortuario. En octubre de 1928, estos beneficios se

¹¹ DURAN, Fabio, (2007) Diagnostico de la Seguridad social en el Ecuador, **OIT**, www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/doctrab/dt_211.pdf [Consulta: 18/06/2010]

extendieron a los empleados bancarios.

En 1935 se fundó Instituto Nacional de la Previsión en octubre de ese año se dictó la Ley del seguro social obligatorio y se crea el Instituto Nacional de Previsión, órgano superior del seguro social que comenzó a desarrollar sus actividades el 1º de mayo de 1936. Su finalidad fue establecer la práctica del seguro social obligatorio, fomentar el seguro voluntario y ejercer el patronato del indio y del montubio.

En febrero de 1937 se reformó la Ley del seguro social obligatorio y se incorporó el seguro de enfermedad entre los beneficios para afiliados. En julio de ese año, se creó el departamento médico, por acuerdo del Instituto Nacional de Previsión. En marzo de ese año, el ejecutivo aprobó los estatutos de la caja del seguro de empleados privados y obreros, elaborado por el Instituto Nacional de Previsión. Nació así la caja del seguro social, cuyo funcionamiento administrativo comenzó con carácter autónomo desde el 10 de julio de 1937.

En septiembre de 1963 se fusionó la Caja de Pensiones con la Caja del Seguro para formar la Caja Nacional del Seguro Social. Esta institución y el departamento médico quedaron bajo la supervisión del ex -Instituto Nacional de Previsión. En 1964 se establecieron el seguro de riesgos del trabajo, el seguro artesanal, el seguro de profesionales, el seguro de trabajadores domésticos y, en 1966, el seguro del clero secular.

En 1968, estudios realizados con la asistencia de técnicos nacionales y extranjeros, determinaron "la inexcusable necesidad de replantear los principios rectores adoptados treinta años atrás en los campos actuariales, administrativo, prestacional y de servicios", lo que se tradujo en la expedición del código de seguridad social, para convertirlo en "instrumento de desarrollo y aplicación del principio de justicia social, sustentado en las orientaciones filosóficas universalmente aceptadas en todo régimen de seguridad social: el bien común sobre la base de la solidaridad, la universalidad y la obligatoriedad". El código de seguridad social tuvo corta vigencia.

En agosto de 1968, con el asesoramiento de la organización iberoamericana de seguridad social, se inició un plan piloto del seguro social campesino. En el año de 1970 el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social mediante decreto supremo N° 40 del 2 de julio de 1970 y

publicado en el registro oficial N° 15 del 10 de julio de 1970 se transformó la Caja Nacional del seguro social en Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

El 20 de noviembre de 1981, por decreto legislativo se dictó la ley de extensión del Seguro social campesino. En 1986 se estableció el seguro obligatorio del trabajador agrícola, el seguro voluntario y el fondo de seguridad social marginal a favor de la población con ingresos inferiores al salario mínimo vital.

El Congreso Nacional, en 1987, integró el consejo superior en forma tripartita y paritaria, con representación del ejecutivo, empleadores y asegurados; estableció la obligación de que consten en el presupuesto general del Estado las partidas correspondientes al pago de las obligaciones del Estado.

En 1991, el Banco Interamericano de Desarrollo, en un informe especial sobre seguridad social, propuso la separación de los seguros de salud y de pensiones y el manejo privado de estos fondos. Los resultados de la consulta popular de 1995 negaron la participación del sector privado en el seguro social y de cualquier otra institución en la administración de sus recursos.

La Asamblea Nacional, reunida en 1998 para reformar la Constitución Política de la República, consagró la permanencia del IESS como única institución autónoma, responsable de la aplicación del seguro general obligatorio.

El IESS, según lo determina la vigente Ley del seguro social obligatorio, se mantiene como entidad autónoma, con personería jurídica, recursos propios y distintos de los del fisco. Bajo la autoridad de la Comisión Interventora ha reformado sus estatutos, reglamentos y resoluciones para recuperar el equilibrio financiero.

La seguridad social en nuestro país se ha venido manejando en el principio de solidaridad, debe garantizar a todos los afiliados, la cobertura de las contingencias de enfermedad, maternidad y riesgos del trabajo; cesantía, vejez, invalidez, discapacidad y muerte. Estas prestaciones necesariamente deben ser proporcionadas a los afiliados y beneficiarios bajo el marco de la solidaridad en sus diferentes manifestaciones, esto es, solidaridad horizontal

según la cual los que más ganan y por lo tanto más aportan al IESS.¹²

La seguridad social en el país se ha venido manejando de forma diferente a la de países desarrollados, puesto que en el país el ente encargado ha sido el Instituto Ecuatoriano Seguridad Social, en el que ha mantenido un esquema en el cual sólo; pues actualmente 37%¹³ de la población económicamente activa está afiliada al instituto, pese a que son sujetos de protección de trabajadores en relación de dependencia, trabajadores autónomos, profesionales en libre ejercicio, administradores de un negocio, el dueño o dueña de una empresa unipersonal, el o la trabajador independiente y asegurados obligados al régimen del seguro general obligatorio, en virtud de leyes y decretos especiales.

El desempleo del país se ha visto como un punto muy sensible a partir de los años 90, pero en especial a partir de la crisis financiera cuando el desempleo creció al 14%, mejorando en los siguientes años, pero también se evidenció una extensa salida de personas emigrantes hacia el exterior, para el 2007 el desempleo se ubicó en el 7,5%.¹⁴ Actualmente el desempleo en el país se encuentra en 9.1%¹⁵ y partiendo que actualmente en el país se tiene un volumen de población económicamente activa de 4.445.659¹⁶ personas de las cuales están afiliadas al IESS es de 1.657.884¹⁷ personas es decir sólo el 37% se encuentra afiliado.

1.1.3 Marco Jurídico

Durante los últimos años no se ha evidenciado el fortalecimiento de la unidad nacional, puesto que en la última crisis, se ha visto desempeño económico altamente pese a la recuperación económica que precedió a crisis, si bien han disminuido ciertos problemas

¹² POSSO, Manuel, (15 de Enero del 2007) *El IESS desde dentro y fuera*,

¹³ IESS, (2007) *Boletín Prensa*, publicado en 2007, <http://iess.gov.ec/magazines/122%5C1%5C4>. [Consulta: 17/06/2010]

¹⁴ Banco central, (2010, Marzo), Datos estadísticos mensuales, *boletín Nº 1959*. <http://bce.fin.ec/docs.php?path=documentos> [Consulta: 17/06/2010]

¹⁵ INEC, (2010, febrero) Datos estadísticos mensuales, *Estadísticas Mensuales*. http://inec.gob.ec/c/document_library/get_file?folderId=940296. [Consulta: 24/06/2010]

¹⁶ Id.

¹⁷ IESS. Datos estadísticos mensuales, *Estadísticas*, <http://iess.gov.ec/magazines/122%5C1%5C4>. [Consulta: 17/06/2010]

cíclicos (desempleo), persisten los problemas estructurales del mercado laboral:¹⁸

- solo uno de cada tres participantes de la fuerza país tiene un empleo adecuado
- la mayoría está sub-ocupada
- El resto desempleada (INEC 2005)

A raíz de la crisis del año 1999 surgieron grandes efectos socioeconómicos, entre los cuales se destacan los más importantes como el feriado bancario, los altos niveles inflacionarios, la pérdida de poder adquisitivo de los salarios, la elevación del empleo y el subempleo. Una de las principales consecuencias el aumento generalizado de los niveles de pobreza e indigencia, lo que constituyó un marco de oportunidades para que varios sectores sociales opten por la decisión migratoria como una respuesta al bajo nivel de oportunidades que tenían en el país y el deterioro de la calidad de vida.¹⁹

Hasta el año 2000, el Ecuador había mostrado una tendencia creciente en sus niveles de pobreza y desigualdad, suscitada principalmente por la fuerte crisis ocurrida en el período 1998-1999. El shock monetario, a través de la dolarización de la economía contribuyó a la alteración de dicha tendencia por medio de continuas recuperaciones económicas a través de ajustes salariales e inflacionarios, entre otros.

Durante la presidencia de Gustavo Noboa se buscó únicamente estabilizar la economía a través de la dolarización y el incentivo a la inversión extranjera en el sector petrolero, descuidando por completo otros sectores importantes de la economía.

Existen barreras económicas, culturales y geográficas, y en muchas ocasiones pérdidas de patrimonio natural, siendo aspectos que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales, indígena en su mayoría.

La misión del IESS se encamina en una adecuada administración de seguros que posibilite la *permanencia de las prestaciones*, a través del equilibrio financiero de todos los seguros

¹⁸ Sanchez, Jeannette, (Agosto 2004) **El desarrollo social, secretaria de frente social** Ecuador: Corporación Editora Nacional.

¹⁹ Acosta, Alberto, (Enero 2002) **Breve Historia Económica del Ecuador**, Ecuador: Corporación Editora Nacional.

que administra, según el mandato constitucional el Estado tendría que pagar el 40% y el IESS manejaría el 60% con lo que así se generaría el 100% para brindar las prestaciones a los afiliados. Durante los últimos 23 años no se había manejado de esa manera, ya que el Estado no había entregado ningún aporte al IESS con lo que generó la deuda histórica del Estado con el IESS.

La oportunidad histórica que vive el país, para lograr los grandes cambios que garanticen la seguridad social. Será posible con este gobierno que tiene la voluntad política para cancelar esta deuda, que desde 1985 han venido arrastrando los diferentes gobiernos de turno, pues se ha aceptado que existía esa deuda, pero ningún gobierno había acordado un pago, en el 2003 el Ministerio de Finanzas acepta el pago de 549 millones de dólares. El valor de la deuda a esa fecha en los plazos previstos en la Constitución y en la Ley, y; además, asumiría el déficit actuarial verificado por una empresa independiente.

En el 2004 se ratifica la decisión del Gobierno Nacional de solucionar el problema del déficit actuarial del seguro de pensiones del IESS, en el 2005 se reconoce el déficit actuarial y surge la iniciativa de la mediación de la Procuraduría General del Estado, como mecanismo idóneo para la determinación del valor adeudado por el Estado al IESS, se suscribe el Convenio de Mediación con la Procuraduría General del Estado, en el cual el Ministerio de Economía asume el déficit.

La decisión responsable del Presidente de la República, economista Rafael Correa, de llegar a un acuerdo para cancelar la deuda histórica que el Estado mantiene con el IESS, La Comisión Interinstitucional IESS - Ministerio de Finanzas, para definir el monto de la deuda, aplicó dos métodos: el método del desagio (tipo de cambio 25.000), que consta en la Ley de Transformación Económica del Ecuador (Ley Trole), emitida en abril del 2004; y el método valorista (tipo de cambio variable en función de cada año), que no existe en la legislación del país; sin embargo, el Estado tiene la decisión histórica de asumir el déficit actuarial.

Según la actualización y verificación de las cifras hasta el 29 de abril del 2008, existen dos tramos de liquidación de la deuda. El primer tramo se liquida en sucres por el período comprendido entre 1985 y 1999 por un monto equivalente a 13.4 billones de sucres y el segundo tramo corresponde al período 2000 - 2007, por un valor en dólares de USD. 351.2

millones El monto del primer tramo se transforma a dólares a través del Método del Desagio alcanzando la suma de USD. 537.1 millones y se suma el valor del monto del segundo tramo por USD. 351.2 millones, llegando a un total de deuda de USD. 888.3 millones.²⁰

1.2 Justificación

La historia cuenta como durante los últimos años el país ha tenido diferentes problemas que han sido superados como la crisis de 1999 siendo el punto de inicio de otras y que también ha significado el punto de partida de muchos aspectos que se han dado desde dicho año como el aumento de la migración, aumento en el desempleo, muchas familias se vieron separadas por la constante salida de capital humano hacia otros países.

La mayoría de familias y en muchas de ellas los niños y niñas no podían acceder a la educación, puesto que muchos de los padres tenían dinero en el sector financiero y con lo cual no podían seguir pagando por una educación, o en otros casos muchos de los adolescentes tuvieron que conseguir trabajo para ayudar en el hogar.

La salud también sufrió problemas en algunos casos, la saturación que existió en los hospitales públicos siendo el principal problema que tienen las redes de salud, la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial.

Durante los últimos años se ha visto que los gobiernos han tenido diferentes puntos de vista por lo que han utilizado varias políticas, muchas de ellas han sido improductivas o en muchos casos perjudiciales para el país.

Actualmente el gobierno y el IESS se han planteado nuevas visiones y estrategias, las cuales de llegar a concretarse, generarían que afiliados mejoren las actuales condiciones de los servicios de salud con lo que la estructura de los ingresos serían más adecuados y utilizados de una manera mucho mejor.

²⁰ IESS, (2008) boletín de prensa #116, <http://iess.gov.ec/magazines/1221444%5C1%5C4>. [Consulta: 14/04/2010]

Metodología de investigación

La investigación desarrollada es de tipo descriptiva, debido a que se trabajó sobre las realidades de hechos y darle una interpretación correcta, analiza e interpreta la economía actual. Además se toma en cuenta las descripciones, registros, análisis e interpretaciones de los procesos de las variables analizadas, considerando que el enfoque se realiza sobre indicadores económicos y que aplica modelos económicos que responden a su propia ideología.

1.3. Métodos de investigación

Para el desarrollo de la presente investigación aplica métodos empírico pues la principal fuente de información fue el uso de bibliografía nacional e internacional, utilizando como principal medio las publicaciones de estadísticas del además, se realizarán entrevistas con personas que labora en dichas institución hospitalaria para la adquisición de información y la confrontación de ideas.

1.4. Procedimiento metodológico

1.4.1 Situación actual del país

La situación ecuatoriana después de la dolarización ha reflejado una relativa estabilidad financiera en su conjunto, los índices inflacionarios se han mantenido en niveles promedios una producción nacional (PIB), registra un crecimiento constante y de igual manera la inversión nacional y extranjera se ha mantenido en niveles importantes, con lo que permite que la política que se ha tomado en cierta manera ha sido correcta puesto que no evidenciamos cambios muy bruscos entre los años pasados, pero esto siempre va a tener que mantener una supervisión del Estado para que se pueda mantener una economía estable.

Las principales fuentes de ingreso para el país como el petróleo y las remesas de emigrantes han permitido impulsar la inversión en varios sectores de la economía como en

el mismo sector petrolero, de la construcción y del comercio.

La crisis mundial ha planteado que se den cambios durante periodo, ya que si no se da las consecuencias van a seguir siendo las mismas de los últimos años. Por eso actualmente en el país se están dando los primeros cambios como es la constitución un aporte importante, y necesario que se debía dar, y sobre todo el tipo de políticas tendrá que cambiar que mantenga la intervención estatal.

Cambios fundamentales importantes es la intervención estatal dentro del mercado, como mejorar la inversión, mejorar el gasto corriente, impulsar los niveles de empleo. Medidas como estas tienden a mejorar las economías pero siempre se tiene que tomar en cuenta que las economías, y sobre todo mejorar el bienestar de las personas no deben estar atadas a ingresos provenientes de recursos no renovables, estas generan falsas expectativas en las personas ya que muchas veces limitan y no hacen funcionar los modelos propuestos en las teorías.

El Estado ha intervenido en la economía de muchas formas, con subsidios, subvenciones, estableciendo precios máximos y mínimos en los mercados, lo cual ha provocado especulaciones y distorsiones en el uso eficiente de los recursos en el mercado, y se ha convertido en un Estado paternalista.

1.4.2. La salud

Dentro de este punto es muy importante mencionar que aspectos como la salud son puntos muy sensibles dentro de las personas, ya que se tiene que tomar mucho en cuenta que estos son principios que la constitución otorga a cada persona.

El salario es un punto muy sensible que se debe tomar en cuenta, marca mucha relación con la educación y la salud ya que si esta mejora, llevaría a cabo un mejoramiento del salario con un mayor capital humano calificado este tendría salarios mejores lo cual elevaría los niveles de consumo de las personas, lo que mejoraría el mercado.

El desempleo se disminuiría de manera considerable siendo que el principal gestor sería el Estado evidentemente con una política, el cual mejoraría el costo social abarcando la pobreza y la miseria en que viven algunas personas.

La provisión de nuevos hospitales es una de los principales puntos que se debe estudiar, puesto que esto generaría que afiliados obtengan mayores beneficios que en muchos casos a las personas les cuesta mucho desplazarse hacia los hospitales.

El Estado debe generar los medios o ingresos suficientes para garantizar que exista una plena redistribución de la riqueza para que así los más ricos paguen más y los que viven en extrema pobreza paguen menos y logren obtener beneficios del Estado para así impulsar el desarrollo o el bienestar de las familias, por lo que se debe impulsar campañas como mejorar la eficiencia en el pago de impuestos, pagos en la seguridad social para que el IESS pueda reinvertir de mejor manera los recursos

1.4.3. Cambios fundamentales

La intervención estatal para erradicar los niveles de corrupción se tiene que mantener de manera que lleve al país ya no se lo considere como corrupto, así como en este momento se evidencia en cambios que son coherentes dispuestos en la Constitución.

El bienestar de las personas se tiene que evidenciar mediante incentivos o campañas como la de retorno al migrante que cuenta con cierto capital ya que en una medida esta campaña impulsa a que se genere nuevas fuentes de empleo así como que las familias que se encuentren separadas se vuelvan a reencontrar, lo que evidencia que el Estado genera políticas acertadas, lo que lleva a generar influencias positivas en el mercado.

Aspectos como la migración han traído buenas y malas consecuencias para las familias ecuatorianas en especial las que tiene familiares emigrantes en el exterior; económicamente hablando el bienestar de las familias se ha incrementado debido a que se cuenta con mayores recursos económicos, lo que permite cubrir necesidades básicas requeridas mensualmente, mayores niveles de consumo, mejorar la educación de los niños y ahorrar para un futuro; a su vez, ha mantenido campañas de apoyo para que el emigrante pueda recibir apoyos en el futuro.

Fundamentación teórica

1.5. Preguntas de investigación

¿La Seguridad Social ha experimentado diferentes cambios durante el tiempo pero el IESS con sus nuevas visiones llegará a garantizar la universalidad de la seguridad social?

¿Cómo se ha mejorado la sanidad en el IESS, con un enfoque en el hospital Carlos Andrade Marín para preservar la salud de los afiliados?

¿Las reformas estructurales que van a ser implantadas con la nueva constitución podrían tener falencias o consecuencias para que los afiliados tengan falsas expectativas sobre el alcance y nuevos servicios de la Seguridad Social?

1.6 Delimitación

En el estudio del presente trabajo el escritor se referirá al análisis como ha mejorado la administración y gestión hospitalaria del Hospital Carlos Andrade Marín tomando las estadísticas de atención de los cinco últimos años de consulta externa del hospital, así como de hospitalización para evaluar cómo ha sido la atención durante los últimos años en el hospital.

1.7 Hipótesis de trabajo

El manejo de las políticas del IESS era muy limitado, ya que en las constituciones pasadas se garantizaba las prestaciones de seguridades sociales enfocadas de manera distinta, pero las nuevas políticas implantadas por el IESS deberían ser más eficientes en las prestaciones de salud para los afiliados y afiliadas sobre todo cumplir con los diferentes objetivos, ya que ha aumentado el número de afiliados a la seguridad social.

1.8 Objetivos

1.8.1 General

Investigar de manera cualitativa y cuantitativa como se ha mejorado la atención en el Hospital Carlos Andrade Marín analizando las principales variables de gestión del hospital y proyectando la demanda del hospital así como ver diferentes alternativas para que los niveles de gestión no empeoren la buena atención que se tiene en el hospital de tercer nivel.

1.8.2 Específicos

- Evaluar la gestión hospitalaria del Hospital Carlos Andrade Marín
- Identificar cómo se ha mejorado la sanidad en el Hospital y investigar cuales han sido las variables durante los últimos años
- Evaluar posibles alternativas para que se produzca la sostenibilidad en la atención Hospitalaria

1.9 Marco teórico

1.9.1 Keynesianismo

Las teorías existían durante la época de la gran depresión en que Estados Unidos de América y Europa están hundidas en una gran crisis y las teorías económicas clásicas se derrumbaron al igual que el sistema económico capitalista que intentaba recuperarse exclusivamente por sus propios mecanismos internos.

El keynesianismo puede ser definido como la creencia en que la intervención gubernamental usualmente funciona ya que el mercado no funciona de una manera adecuada; en consecuencia, debe rechazarse la intervención pública en un mercado si los demás funcionan correctamente. Si esto no es así, una intervención estatal, que “distorsionará” los incentivos en un mercado; podría, sin embargo, aumentar el bienestar del

conjunto compensando fallos de mercado en otra parte. ²¹

En las economías se presentan distintos problemas y desequilibrios de carácter económico. La forma en que el Gobierno busca solucionar estos problemas es a través de la política económica, la cual consiste en que el Gobierno emplea sus poderes legítimos manipulando diversos instrumentos, con el fin de alcanzar objetivos socio-económicos previamente establecidos.

Puede considerarse que el pensamiento Keynesiano es más una amplia tendencia de pensamiento, que un conjunto rígido de teoremas. Parecen ser dos los postulados que la gran parte de los llamados keynesianos comparten: a. desempleo es causado por problemas de Demanda Agregada; b. La forma apropiada de eliminar el desempleo es mediante el aumento de la demanda agregada por parte del gobierno, a través de políticas monetarias y fiscales de carácter discrecional. ²²

Los principales fundamento de la teoría keynesiana son:

Keynes y su teoría general por contraposición a las teorías de sus predecesores:

A su juicio las teorías que precedieron a la suya representaban una teoría particular. La suya se ocupaba de todos los equilibrios posibles en una economía de mercado, lo que incluía las situaciones en que había pleno empleo, pero también las de desempleo. Las teorías que se referían a una situación particular: el equilibrio de mercado con pleno empleo, ya no podían concebir equilibrios con desempleo.

Preferencia por la liquidez

²¹MORENO, Salvador, Equidad y crecimiento en el pensamiento keynesiano

²² Leon, John Jairo, (2007, noviembre) Keynesianism, Post Keynesianism and New Keynesianism, ***Pensamientos económicos*** http://www.apuntesdelcenes.org/wp-content/uploads/2010/04/Apuntes_CENES_47.pdf . [Consulta: 25/05/2010]

Lo que hoy llamarían coloquialmente guardar bajo el colchón, Keynes la denomina preferencia por la liquidez. Pero Keynes sabe que es posible hacer sacar el dinero del colchón tentando a los individuos para que cedan su dinero a cambio de un interés.²³

La inversión

Cumple una función determinante para el empleo. La inversión alienta actividades como construir nuevas fábricas, casas, ferrocarriles y, en general, todo tipo de bienes que no son para consumo directo e inmediato.²⁴

Rol que cumple el Estado de acuerdo a Keynes como factor generador de empleo:

Un papel fundamental, si por irracionalidad psicológica y por miedo a la inestabilidad del futuro, los privados no invierten, la única salida para alcanzar el pleno empleo será la inversión que realice el Estado.

En las economías se presentan distintos problemas y desequilibrios de carácter económico. La forma en que el gobierno busca solucionar estos problemas es a través de la política económica, la cual consiste en que el Gobierno emplea sus poderes legítimos manipulando diversos instrumentos, con el fin de alcanzar objetivos socio-económicos previamente establecidos. La política económica tiene distintos objetivos, dentro de los cuales se puede decir que los principales son:

1. Crecimiento y desarrollo económico,
2. Pleno empleo,
3. Estabilidad de precios,
4. Distribución de la renta y la riqueza,

²³ Sanchez, Alfonso,(2005, mayo) Historia del pensamiento económico, **teorías económicas** <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/fil/ucm-t29436.pdf> [Consulta: 12/02/2010]

²⁴ Id.

5. Equilibrio de la balanza de pagos.

Características de la teoría Keynesiana

- El modelo keynesiano partía de considerar la renta nacional como dependiente de la demanda efectiva.
- En consecuencia, la renta pasaba a depender de los componentes de dicha demanda. A su vez, el primero estaba determinado por la propensión marginal al consumo (o parte de la renta personal que se destina al mismo), mientras que la segunda estaba influenciada por la propensión a invertir, el multiplicador de la inversión y la relación entre la eficiencia marginal del capital y el tipo de interés.
- El tipo de interés adquiriría el valor de equilibrio entre la preferencia por la liquidez y la cantidad de dinero en circulación. Cuanta más alta fuera la diferencia entre eficiencia marginal del capital y el tipo de interés, mayor sería la propensión a invertir.
- De este modelo se desprendía pues, como medidas para la disminución del paro permanente involuntario, la adopción de una serie de políticas económicas intervencionistas, a saber: aumento de la creación de dinero, lo que redundaría en un descenso del tipo de interés; aumento del gasto público, especialmente en inversión en infraestructuras.
- Políticas comerciales proteccionista, para defender los empleos de las industrias nacionales.

1.9.2 Argumento

La crisis en el Ecuador durante los últimos años ha sido constante; se ha podido observar algunas coincidencias como aumentos en los niveles de migración siendo éste, sin duda alguna, el mayor fenómeno registrado en la última década pues se constituye en la más grande en América Latina. Lo que siempre fue un determinante principal que influyó en la falta de empleo, bajos ingresos y sin una seguridad social adecuada; en muchas ocasiones existía esto por la cantidad de trabajos tercerizados y trabajos por horas, en un modelo

económico neoliberal que buscaba nada más que beneficios individuales y se dejó la preocupación por los sectores más vulnerables de la sociedad y las áreas que generan mayores fuentes de empleo como el sector agrícola.

Mientras el modelo Keynesiano se fundamenta en resolver las principales variables económicas, el modelo Neoliberal que está implementado en nuestro país no ha funcionado de la manera en que la teoría lo ha explicado, por diferentes actores y sobre todo por muchos intereses que no han permitido el desarrollo del país.

El escritor piensa que en un mundo globalizado como el que se vive hoy, el libre comercio como un eje fundamental de las economías eso si el mercado funciona de la manera adecuada si no se necesita la intervención del Estado para que funcione de manera mejor, esto para incentivar al consumo, a la producción, y la generación de fuentes de empleo debido a la libre competencia entre las economías no hacen más que impulsar la producción y de esta manera incrementar los niveles de ingreso en el país para redistribuirlo equitativamente.

De igual manera, la fijación de precios y salarios es buena para el mundo partiendo desde el punto de vista keynesiano en el que se busca ser mucho más eficiente en la redistribución de la riqueza.

Así se logra que aumente el porcentaje de empleo con lo cual aumentaría el número de afiliados al Seguro Social por lo que la provisión de salud también tendría que aumentar de manera semejante.

Capítulo II

Contexto del sistema de salud

2.1. Análisis de la situación de salud

2.1.1. Análisis demográfico

El Ecuador es un Estado unitario, democrático, pluricultural y multiétnico, con marcadas diferencias geográficas, sociales y económicas en sus cuatro regiones geográficas: la Costa, la Sierra, la Amazonía y la Insular de Galápagos. La Constitución siempre ha establecido que su gobierno es republicano, presidencial, electivo, representativo, responsable, alternativo, participativo y de administración descentralizada.²⁵

Nuestro país está situado al noroccidente de Sudamérica, tiene una superficie de 256.370 Km², el Ecuador es un Estado constitucional, se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada.

En el 2010, la población total del país es de 14.204.900²⁶ habitantes con una estructura demográfica de población predominantemente joven, la cual abarca cerca de 6.730.050 siendo conformada entre las edades de 15 - 44 años, un índice de envejecimiento del 25,97%. El país se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural, compuesto por población indígena, afro descendiente, mulata, mestiza y blanca.

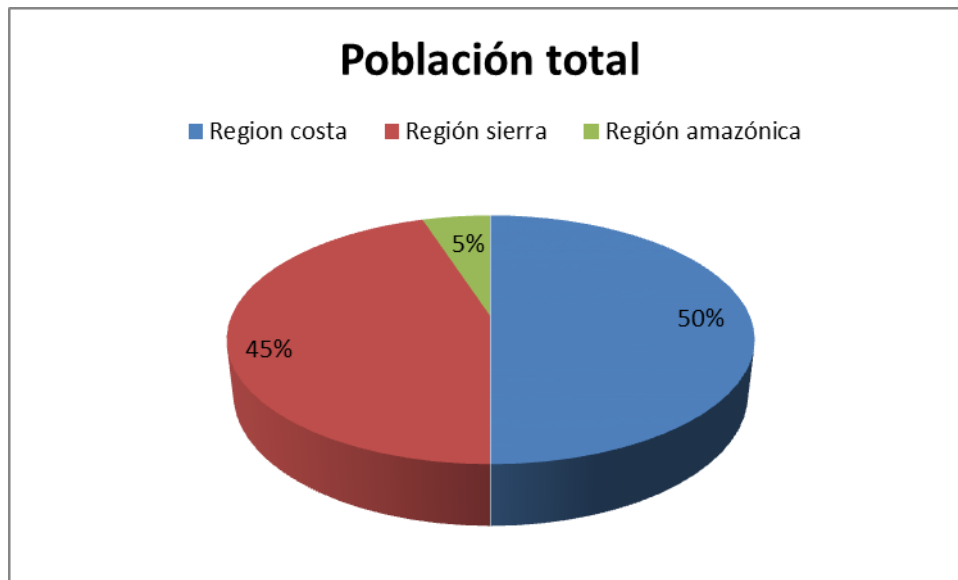
De acuerdo a la división político-administrativa del Estado existen 25 provincias. Dos ciudades principales: Quito, la capital del Ecuador con 2.796.838 habitantes; y Guayaquil, el puerto principal, con 3744351 habitantes, concentran el 47,9% de la población urbana. La

²⁵Constitución de la república, (2009) Principios fundamentales, **artículo #1**. http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf. [Consulta: 14/04/2010]

²⁶ Inec,(2009) proyección de la población ecuatoriana, por años calendario, regiones y provincias según regiones, **estadísticas**, http://.inec.gob.ec/c/document_library/get_file?folderId=589521pdf [Consulta: 14/03/2010]

mayoría de provincias (16) tienen menos de 500.000 habitantes.²⁷

Gráfico # 1



Elaboración: Roberto Cobo

División territorial:

Región Sierra

- Azuay (Capital: Cuenca)
- Bolívar (Capital: Guaranda)
- Cañar (Capital: Azogues)
- Carchi (Capital: Tulcán)
- Cotopaxi (Capital: Latacunga)
- Chimborazo (Capital: Riobamba)
- Imbabura (Capital: Ibarra)
- Loja (Capital: Loja)
- Pichincha (Capital: Quito)
- Tungurahua (Capital: Ambato)
- Santo Domingo de los Tsachilas (Capital: Santo Domingo)

²⁷ Id.

Región Costa

- El Oro (Capital: Machala)
- Esmeraldas (Capital: Esmeraldas)
- Guayas (Capital: Guayaquil)
- Los Ríos (Capital: Babahoyo)
- Manabí (Capital: Portoviejo)
- Santa Elena (Capital: Santa Elena)

Región Amazónica

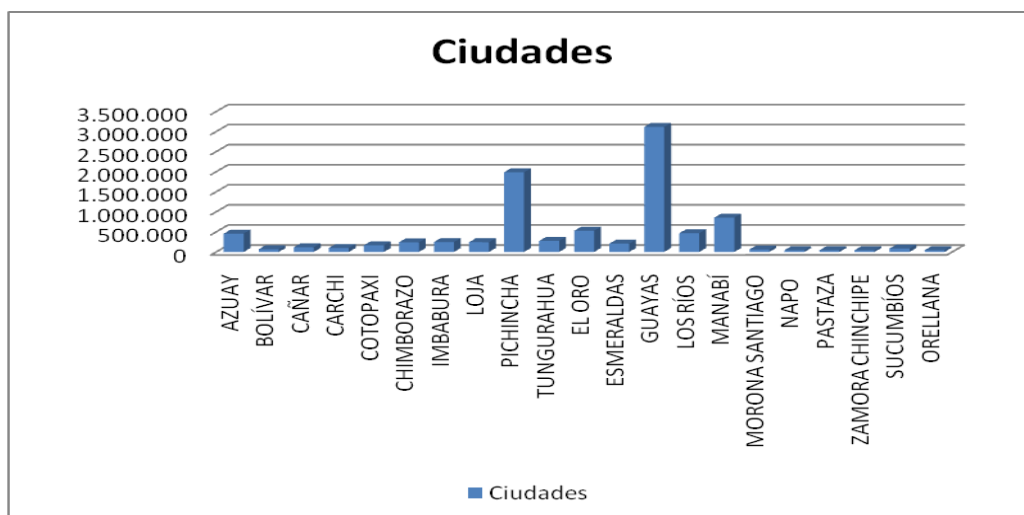
- Morona Santiago (Capital: Macas)
- Napo (Capital: Tena)
- Pastaza (Capital: Puyo)
- Zamora (Capital: Zamora)
- Sucumbíos (Capital: Nueva Loja)
- Orellana (Capital: Francisco de Orellana)

Región Insular

- Galápagos (Capital: Puerto Baquerizo)

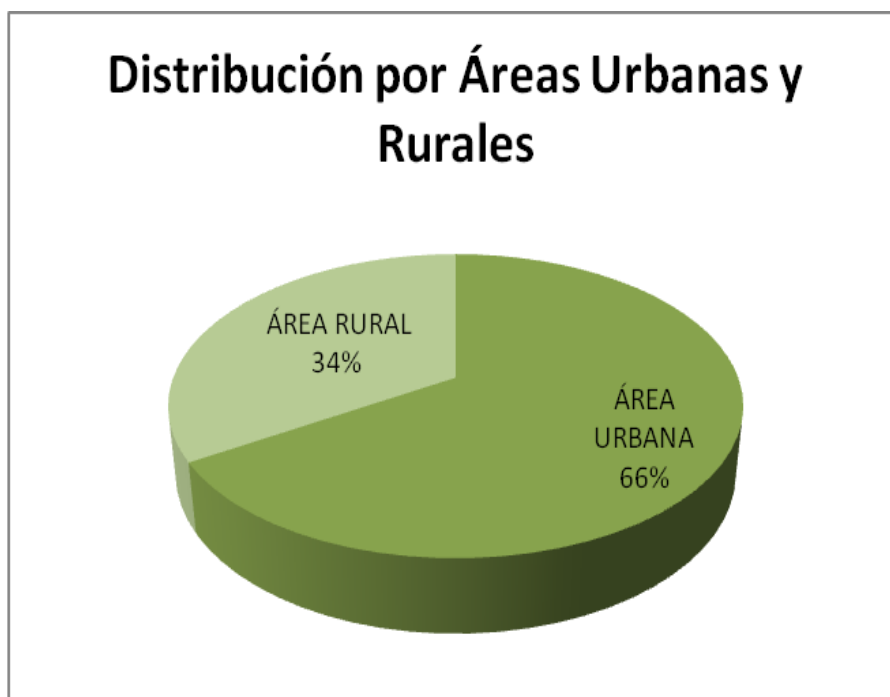
Algunas de las Ciudades con más habitantes:

Gráfico # 2



Elaboración: Roberto Cobo

Gráfico # 3



Elaboración: Roberto Cobo

La evolución política del país en los últimos quince años se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y alto grado de conflictividad social, entre 1992 y 2010 se han sucedido nueve Gobiernos, lo que ha generado una profunda crisis de gobernabilidad, violencia social e incremento de la corrupción, inestabilidad administrativa y falta de continuidad en la gestión pública. Estos problemas han afectado la dinámica del sector salud y sus reformas.

La estructura demográfica refleja una población predominantemente joven con más del 30% de menores de 15 años y un índice de envejecimiento del 25,97% (adultos mayores de 60 años/población 0-14 años). La esperanza de vida para los quinquenios 1995-2000 y 2000-2005 se incrementó para ambos sexos, pasando de 72,3 a 74,2 años (de 69,6 a 71,3 años en hombres y de 75,1 a 77,2 en las mujeres).²⁸

²⁸ INEC-CEPAL,(2009,Marzo) Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2025, **Estadísticas de salud** www.siise.gov.ec/PageWebs/Población/ficpbl_D07.htm [Consulta: 14/04/2010]

Gráfico # 4

TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD PROYECTADAS, SEGÚN ÁREAS MAYORES						
PERÍODOS QUINQUENALES						
AREAS MAYORES	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025
Pichincha	2,62	2,46	2,33	2,22	2,13	2,05
Resto Sierra	3,46	3,11	2,81	2,56	2,36	2,19
Guayas y Galápagos	2,87	2,44	2,21	2,05	1,94	1,88
Resto Costa	3,39	3,06	2,77	2,53	2,34	2,18
Amazonía	4,86	4,29	3,72	3,21	2,79	2,46
Zonas delimitadas no	4,58	4,04	3,52	3,06	2,69	2,40
Total País	3,10	2,82	2,58	2,38	2,22	2,10

Elaboración: Roberto Cobo

En el antes de la crisis financiera del año 1999 los flujos migratorios ecuatorianos registraban una cierta estabilidad, fluctuando entre los 30 y 35 mil emigrantes por año. Ya para el año 1999 la cifra registra un considerable aumento alcanzando los 108.837 y en el año 2000 alcanzó su nivel más alto en la historia de 158.329 salidas registradas.²⁹

A raíz de la crisis del año 1999 surgieron grandes efectos socioeconómicos, entre los cuales se destacan los más importantes como el feriado bancario, los altos niveles inflacionarios, la pérdida de poder adquisitivo de los salarios, la elevación del empleo y el subempleo y como consecuencia principal aumento generalizado de los niveles de pobreza e indigencia, lo que constituyó un marco de oportunidades para que varios sectores sociales opten por la decisión migratoria como una respuesta al bajo nivel de oportunidades que tenían en el país y el deterioro de la calidad de vida.

Factores de atracción para la migración

La mayoría compatriotas ecuatorianos emigraban a pesar de las múltiples dificultades que debían atravesar (el dejar a su familia, endeudarse para realizar el viaje, correr el riesgo de ser deportado), muchas veces lo realizaban debido a los beneficios económicos que recibirían en el país de destino, ya que si bien los familiares y amigos de ecuatorianos que viajaban al extranjero no advertían acerca de los inconvenientes que pasaron, sino

²⁹Acosta, Alberto, (Enero 2002) *Breve Historia Económica del Ecuador*, Ecuador: Corporación Editora Nacional

únicamente se enorgullecían de sus logros y exhibían sus nuevas propiedades.

Igualmente otros ecuatorianos emigraban por escapar de sus problemas personales y veían a la migración como la base de un mejor futuro, este fenómeno se daba principalmente por la influencia de los medios de comunicación acerca de la forma de vida de los países desarrollados.

Por otro lado la emigración les ofrecía mayores posibilidades de encontrar trabajo y mejores remuneraciones al mismo tiempo que se consolidaban redes de solidaridad y apoyo entre los propios emigrantes debido a lazos familiares, de amistad que les permitía tener una relación de ayuda mutua principalmente para encontrar vivienda, trabajo, o solucionar sus problemas.

Otro factor de atracción para el migrante es el idioma en muchos casos ya que muchas de las personas que salían del país eran de recursos escasos por lo que el saber otro idioma en varias ocasiones era imposible, así que uno de los principales países que aumentaron el número de emigrantes era España, en este país en dichos años se necesitaba de mano de obra semi-calificada por lo que la mayoría de personas hombres conseguían trabajo en zonas de agricultura o también en la construcción mientras que las mujeres eran empleadas en el servicio doméstico

Gráfico # 5

Saldos migratorios estimados por regiones												
	2000-2005				2005-2010				2010-2015			
Edades	Sierra	Costa	Amazonia	Total	Sierra	Costa	Amazonia	Total	Sierra	Costa	Amazonia	Total
0 - 4	-1213	-2400	-10	-3623	-582	-1152	-5	-1739	-291	-576	-2	-869
5 - 9	-1575	-2566	-14	-4155	-756	-1231	-7	-1994	-378	-616	-3	-997
14-Oct	-2120	-3077	-20	-5218	-1018	-1477	-10	-2505	-509	-738	-5	-1252
15 - 19	-16575	-13070	-312	-29957	-7956	-6273	-150	-14379	-3978	-3136	-75	-7189
20 - 24	-30356	-29494	-583	-60433	-14570	-14157	-280	-29007	-7285	-7079	-140	-14504
25 - 29	-23547	-26505	-358	-50410	-11303	-12722	-172	-24197	-5652	-6361	-86	-12099
30 - 34	-15898	-20120	-217	-36235	-7631	-9657	-104	-17393	-3816	-4829	-52	-8697
35 - 39	-11400	-15813	-154	-27367	-5472	-7590	-74	-13136	-2736	-3795	-37	-6568
40 - 44	-6414	-9500	-74	-15988	-3079	-4560	-35	-7674	-1539	-2280	-18	-3837
45 - 49	-3340	-5357	-37	-8734	-1603	-2571	-18	-4192	-801	-1286	-9	-2096
50 - 54	-1739	-2839	-16	-4594	-835	-1363	-8	-2205	-418	-682	-4	-1103
55 - 59	-688	-1304	-6	-1998	-330	-626	-3	-959	-165	-313	-1	-480
60 y más	-412	-873	-2	-1288	-199	-420	-1	-620	-99	-210	-1	-309
Total País	-115278	-132918	-1804	-250000	-55333	-63801	-866	-120000	-27667	-31900	-433	-60000

2.1.2 Análisis epidemiológico

En el Ecuador, más que una transición epidemiológica se evidencia una acumulación epidemiológica, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud colectiva.

Entre las primeras predominan las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis pulmonar, las enfermedades inmunoprevenibles, la desnutrición global, la desnutrición crónica y la anemia.

Entre las segundas están las enfermedades cerebro vascular, las cardiopatías isquémicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los tumores malignos, el SIDA y los problemas de salud mental. Los problemas de salud colectiva más frecuentes son los accidentes de transporte y las agresiones. Este perfil epidemiológico está relacionado con una serie de determinantes tales como los niveles de pobreza y de inequidad en el país, los mismos serán analizados en este documento.

Según el INEC, la primera causa de atención en los establecimientos hospitalarios durante el año 2006 fueron la diarrea y la gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con una tasa de 25.6 por cada 10.000 habitantes.

La segunda causa fue el aborto no especificado con una tasa de 19,2 por cada 10.000 habitantes y en tercer lugar estaba la neumonía inespecífica, con una tasa de 18,2 por cada 10.000 habitantes. Dentro de las diez principales causas se encuentra la atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos, con una tasa de 6,3 por 10.000 habitantes.

Entre las enfermedades de notificación obligatoria, las infecciones respiratorias agudas (tasa de 26,6 por 100.000 habitantes en el 2005) constituyeron la primera causa de consulta externa en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública. Para ese período, este tipo de infecciones triplicaron a las enfermedades diarreicas agudas.³⁰

³⁰Ministerio de salud pública,(2008, abril) Programa Nacional de Zoonosis, **Estadísticas de enfermedades** http://www.msal.gob.ar/htm/site/sala_situacion/.../BEPanual2006_Zoonosis.pdf [Consulta: 14/04/2010]

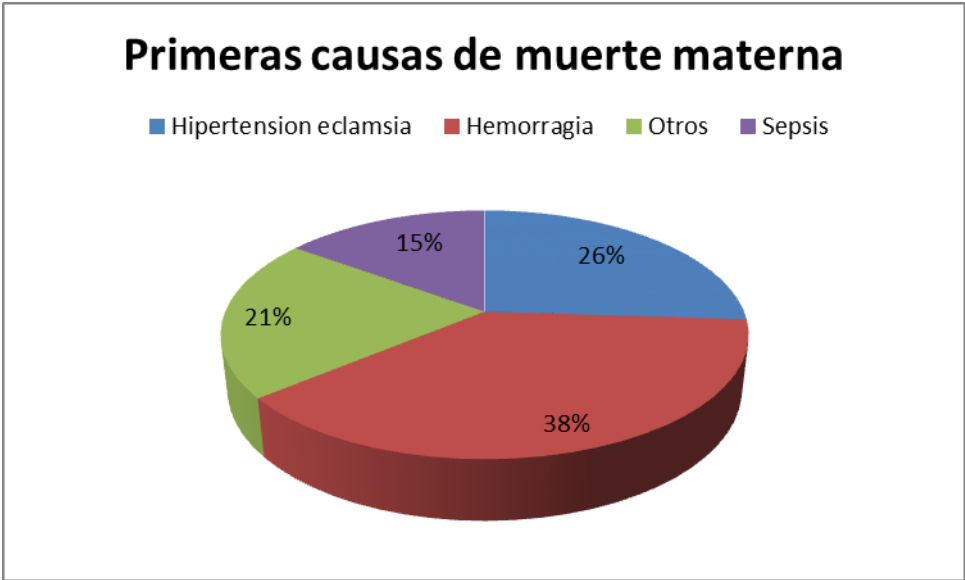
En el caso de la condición nutricional, el último informe de la encuesta demográfica y de salud materna e infantil (año 2005) señala que el 23% de los menores de 5 años de edad presenta desnutrición crónica. Este valor se incrementa sensiblemente en los hijos de mujeres indígenas (47%), cuando el nivel de educación de la madre es menor (38% en hijos de madres sin instrucción) y cuando su lugar de residencia es la región sierra (32%) y el sector rural (31%). Adicionalmente, la desnutrición aguda afecta al 9,1% de los menores de 5 años en el país.³¹

Gráfico # 6

Lugar del fallecimiento maternas (Escenario-demora)	Causas o motivos de la demora	Muertes maternas	
		N	%
Hogar- Comunidad	La madre/familia no reconoce señales de riesgo y no toma decisiones para ayuda.	9	5
Camino-traslado	Dificultad o imposibilidad para movilizarse por vías o medio de transporte.	14	8
Unidad de salud	No cuenta con personal competente las 24 horas, equipos e/o insumos necesarios.	138	82
total		161	100

Elaboración: Roberto Cobo

Gráfico # 7



Elaboración: Roberto Cobo

³¹ id

2.1.3 Objetivos de desarrollo del milenio

En la declaración del milenio se recogen ocho objetivos referentes a la erradicación de la pobreza, la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la mortalidad infantil, materna, el avance del VIH/sida y el sustento del medio ambiente.

Para objetivos, y en respuesta de aquellos que demandaban un cambio hacia posturas más sociales de los mercados mundiales y organizaciones financieras se añade el objetivo 8, fomentar una Asociación Mundial para el desarrollo. En otras palabras, el objetivo promueve que el sistema comercial, de ayuda oficial y de préstamo garantice la consecución en 2015 de los primeros siete objetivos y, en general, un mundo más justo.

Cada objetivo se divide en una serie de metas, un total de 18, cuantificables mediante 48 indicadores concretos. Por primera vez, la agenda internacional del desarrollo pone una fecha para la consecución de acuerdos concretos y medibles

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.
- Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Objetivo 7: Garantizar el sustento del medio ambiente.
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

El Ministerio de Salud Pública es el responsable del seguimiento de los ODM relacionados con la salud.

Con relación al objetivo 4 Reducir la mortalidad de la niñez se observa una disminución significativa en el período 1990 – 2004 pasando de 43,1 defunciones por cada mil nacidos

vivos a 21,8. Sin embargo, las mejoras en la reducción de la mortalidad infantil son insuficientes: en el contexto latinoamericano, la tasa del país se encuentra entre las más altas.

Con relación al objetivo 5 “Mejorar la salud materna”, si bien existe un importante progreso en la reducción de la mortalidad materna, su valor es aún muy elevado. Las mujeres indígenas y las que viven en el sector rural del país son las más afectadas.

La tasa de mortalidad materna disminuyó sensiblemente en el período 1990 – 2004; de 117,2 defunciones por cada cien mil nacidos vivos a 50,7. Sin embargo, para alcanzar la meta de 29,3, los esfuerzos han de incrementarse sostenidamente fortaleciendo el Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y el Programa de Atención Integral de Salud de la Mujer y la Pareja.³²

Con relación al objetivo 6 “Combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades”, en el período 1990 – 2006, hubo un aumento de la tasa de VIH/SIDA estimado en 1.675%, con 9.815 casos registrados desde el inicio de la epidemia en 1984 hasta el 2006. En el 2006 y 2007, el Ecuador formuló el plan estratégico multisectorial de la respuesta nacional al VIH / Sida 2007 – 2015, el cual contempla una serie de indicadores que permiten medir la dinámica de la epidemia. Actualmente existen varios programas que implementan estrategias efectivas, sostenibles e intersectoriales para la prevención, control y atención integral de esta enfermedad. La incidencia del paludismo ha mantenido una tendencia irregular asociada con las condiciones climatológicas y con las restringidas condiciones sanitarias, de cobertura y disponibilidad de servicios de infraestructura sanitaria básica presentes en amplios sectores de la población. La incidencia en el 2006 era de 124,7 por cada 100.000 habitantes, con valores sensiblemente más altos en las provincias de la Región Amazónica, los Ríos y Esmeraldas. En el último quinquenio ha disminuido sensiblemente la proporción de casos de malaria por *plasmodium falciparum* y se ha incrementado significativamente la morbilidad debida a *plasmodium vivax*.³³

La tuberculosis constituye uno de los principales problemas de salud pública en el Ecuador. En el año 2003, la tuberculosis era una de las principales causas de morbilidad y la décima

³²PNUD, *Objetivos del milenio, Estadísticas de salud*, http://.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_pdf, [Consulta: 14/03/2010]

³³id

causa de mortalidad general en el 54,5% de las provincias del país. En el año 2006 la tasa de incidencia fue de 32,9 por cada 100.000 habitantes, una sensible mejora respecto del 67,9 estimado en el año 1990.³⁴ Sin embargo, varias provincias se encuentran por arriba de la media nacional. El fortalecimiento del programa nacional y control de la tuberculosis a través de la estrategia DOTS, ha permitido un manejo adecuado de las personas con tuberculosis, mediante un tratamiento acortado estrictamente supervisado, seguimiento y monitoreo de los pacientes, provisión de medicamentos con esquemas completos y diagnóstico mediante bacilos copia.

2.2 Determinantes de la salud

2.2.1 Determinantes políticos en el IESS

En el año 1928 el IESS asume la misión que la Constitución Política le concedió para proteger a la población ecuatoriana. Este acontecimiento marca un hito en la República ecuatoriana que de conformidad con la ley da lugar a la Caja de Pensiones. Su rol era conferir favores de jubilación, montepío civil, retiro, militar y fondo mortuario a los empleados del sector público, militares, civiles y más tarde, en el mismo año, al sector financiero del país. En 1935 se crea el seguro general obligatorio y se establece el Instituto Nacional de Previsión como el órgano supremo del seguro social.

En 1937, se da un giro a la seguridad social ecuatoriana, con la reforma a la ley del seguro social obligatorio para incorporar el seguro de enfermedad. De esta manera, a la fecha, el Ejecutivo aprobó la caja de seguro de empleados privados y obreros.

Es en 1958 cuando las nuevas reformas ilustran una mayor disposición de equilibrio financiero y de servicios entre la Caja de Seguro y la Caja de Pensiones. Para inicios de la década de los sesenta se fusionan las cajas existentes tomando el nombre de Caja Nacional del Seguro Social, que estableció, dentro del criterio de la seguridad social, los siguientes beneficios: subsidio de dinero por enfermedad, seguro contra riesgos de trabajo, seguro artesanal, seguro profesional, y el seguro de trabajadores domésticos. En 1966 surgen nuevas reformas a la ley del seguro social obligatorio y para junio de 1970 se suprime el

³⁴Organización panamericana de salud ,Perfil del Sistema de salud, **Estadísticas de salud**, http://.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc pdf, [Consulta: 14/03/2010]

Instituto

Nacional de Previsión, y la Caja Nacional del Seguro Social se convirtió en el Instituto Nacional de Seguridad Social. En 1974 se da la nueva estructura del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) con transformaciones en la conformación del Consejo Superior y el Departamento Médico, el mismo que se conformó con el nombre de la Dirección Nacional Médico Social.

Para 1981 se dictan las aprobaciones para el reglamento de fondos de reserva a favor de los empleados sujetos a la ley de servicio civil y carrera administrativa. El mismo año se establece el régimen especial de seguros social campesino con características especiales para las organizaciones campesinas rurales bajo la administración directa del IESS.

En 1986 se extiende la cobertura de protección a nuevos grupos poblacionales del país, surgiendo el seguro obligatorio del trabajador agrícola, el seguro voluntario y el fondo de seguridad social marginal. Este último estaba dirigido a la población con ingresos inferiores al salario mínimo vital. En 1987 se integran al Consejo Directivo en una relación tripartita, integrantes de: los empleadores, los asegurados y el Estado.

A inicios de la década de los noventa, por un lado se dan reformas en relación con el código de trabajo, la ley de compañías financieras y otras; mientras que por otro lado la comisión legislativa, en pleno, del Congreso Nacional dicta la ley de régimen de maquila, de contratación laboral en tiempo parcial. Más tarde esta ley fue derogada por el régimen de afiliación de contrato laboral por horas. En 1991 se dicta la ley del anciano, estableciendo al Ministerio de Bienestar Social como órgano protector de este grupo poblacional.

Para 1992 se dicta la ley de discapacidades con fines de atención, prevención e integración social. Pero en 1998, la Presidencia del Ecuador, por la disposición transitoria segunda de la Constitución Política del Ecuador, nombra la Comisión Interventora del IESS, la misma que asumió las funciones del Consejo Superior cesante y fue conformada de manera tripartita por representantes de los empleadores, de los asegurados y de la función ejecutiva.

La comisión inició un profundo proceso de transformación para sistematizar la conformación

una estructura moderna de gestión y descentralización, optimización, extensión de cobertura y financiamiento. En el año 2001 se publicó la Ley 2001-55 en el registro oficial. Sin embargo, el Tribunal Constitucional registró dos demandas de inconstitucionalidad en contra de varios artículos de la ley. Para marzo del 2003 la Comisión Interventora abandonó sus funciones, dando lugar al nuevo Consejo Directivo integrado de conformidad con la ley.

Finalmente, debido a que la resolución de inconstitucionalidad de la Ley 2001-55 ha sido inaplicable hasta el punto que no ha llegado a ser reglamentada hasta el 2006, se ha llegado a expedir resoluciones coyunturales administrativas. Como resultado de esta declaratoria, el estancamiento del IESS se torna evidente y surgiendo, en la actualidad, la formación de una Comisión Interinstitucional entre el IESS, el Congreso Nacional y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD para la posible reforma de la Ley 2001-55

Marco orgánico y funcional del IESS

La estructura orgánica del IESS ha experimentado cambios sustanciales durante la presente década, tanto como resultado de la reforma legal del 2001 como de las modificaciones que han introducido las recientes administraciones.

En el nivel superior del IESS existe un Consejo Directivo integrado por tres representantes tripartitos, del Gobierno, quien lo preside, de los empleadores y de los afiliados. En el nivel jerárquico siguiente se ubica la Dirección General y la Subdirección General, a cargo de un Director y Subdirector generales, respectivamente.

Se ubican como órganos de asesoría técnica al nivel superior, la Dirección Actuarial, la Auditoría Interna, la Comisión Nacional de Apelaciones y la Comisión Técnica de Inversiones.

En un nivel intermedio se ubican los órganos de fiscalización y control, a saber: la Procuraduría General y la Secretaría General, dependiendo jerárquicamente de la Dirección General.

En el nivel de dirección operativa, se encuentran cuatro direcciones generales, tres atendiendo programas de prestaciones específicos (productos) y una atendiendo al régimen de protección para los campesinos, a saber:

- a) Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar Individual y Familiar
- b) Dirección del Sistema de Pensiones
- c) Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo
- d) Dirección del Seguro Social Campesino (SSC).

Cada una de estas direcciones posee una estructura interna similar, organizada en subdirecciones, orientadas a la prevención de riesgos y de prestaciones y al aseguramiento, con una Unidad Provincial y una Subdirección de contabilidad y control presupuestario. Dependiendo del nivel superior, bajo la Dirección General, se encuentran tres direcciones de apoyo:

- i) Dirección de Servicios Corporativos
- ii) Dirección de Desarrollo Institucional
- iii) Dirección Económica Financiera.

Por último, en un nivel más operativo se encuentran las direcciones provinciales, las cuales básicamente replican algunas de las funciones del nivel central. A este nivel provincial existe una Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias, y una Subdirección de Servicios al Asegurado, con sus respectivos departamentos de afiliación y control patronal, departamentos de fondos de terceros, agencias y montes de piedad; y una subdirección de servicios internos. Las subdirecciones de servicios al asegurado coordinan con el nivel central por intermedio de los departamentos provinciales de cada Dirección de Seguros. Las unidades médicas representan un componente sumamente importante de la estructura del IESS, tanto en número como en términos económico-financieros; estas dependen directamente de la Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar, y coordinan a través de la Unidad Provincial de dicho Seguro.

Por su parte, el Seguro General de Riesgos del Trabajo no posee una red propia de prestación de servicios médicos, sino que según la ley debe contratar los servicios médicos con el Seguro de Salud Individual y Familiar, básicamente.

Sin duda alguna, esta estructura orgánica es altamente compleja, en concordancia con la complejidad que conlleva administrar los diversos seguros, programas y regímenes de

protección encargados al IESS.

Dentro de esta estructura orgánica y funcional destacan algunos elementos, los cuales se desarrollan a continuación:

a) La cantidad de integrantes del Consejo Directivo es muy baja en comparación con la práctica de este tipo de organizaciones de carácter tripartito. Usualmente los consejos directivos de las instituciones de seguridad social se integran al menos por dos representantes de cada parte constituyente.

b) Un tema ligado a la función de conducción, es el papel que juega el Consejo Directivo, que en la práctica asume tareas en el campo administrativo y tiene injerencia directa a este nivel, participando en los procesos de gestión, incluido el nombramiento de funcionarios. Esta forma de participación de los representantes tripartitos es completamente inusual en las instituciones de seguridad social, pues normalmente se entiende el papel de un consejo directivo más en funciones de conducción de políticas (rectoría) y normativas.

c) En estrecha relación con lo anterior, existe una relación directa de los órganos asesores con el Consejo Directivo. Esto podría ser bondadoso desde el punto de vista de la estrecha comunicación con el nivel directivo, pero es contraproducente pues genera el riesgo de que los órganos de asesoría técnica, como el caso de Actuarial y la

Comisión de Inversiones, estén influidos por decisiones del nivel político. En la práctica, esta parece ser una situación reconocida e institucionalizada en el IESS.

d) Es notable la ausencia de un estamento encargado de la función de planificación institucional, que en las empresas modernas puede estar encargada a un consejo gerencial que permita no solo la fijación de estrategias conjuntas para toda la organización, sino también la coordinación entre áreas funcionales, direcciones y departamentos. Esta es una carencia importante a la que hay que prestar atención.

e) Destaca el relativamente bajo nivel estratégico concedido a la gestión de tecnologías de información, que en organizaciones grandes como el IESS tienden a ubicarse más cerca del nivel superior, entendiendo su función en un plano más estratégico y cediendo espacio para que la gestión informática operativa pueda ser desempeñada en un plano más operativo. El modelo vigente de gestión informática tiende a conservar rasgos sumamente centralistas, lo que se convierte en un obstáculo para el desarrollo institucional de las tecnologías de información. Es recomendable visualizar un modelo alternativo para esta área, en concordancia con los requerimientos de una organización grande y compleja.

2.2.2 Determinantes económicos

El presupuesto del sector salud pasó de USD 115,5 millones en el 2000 a USD 561,7 millones en el 2006 y para el 2010 según la presupuesto general del estado el gobierno invertirá 1.244 millones de dólares con lo que se incrementado cerca del doble de lo que se invertía hace 4 años³⁵.

Gráfico # 8

Gasto por sectores	
Sectorial	Presupuesto
00 Gobierno central	8218629373
01 Sectorial legislativo	59950239.36
02 Sectorial jurisdiccional	327558590.3
03 Sectorial administrativo	784533652.5
04 Sectorial ambiente	101996986.8
05 Sectorial asuntos internos	1438284509
06 Sectorial defensa nacional	1669879543
07 Sectorial asuntos del exterior	92602745.5
08 Sectorial finanzas	170004692.6
09 Sectorial educación	3215557628
10 Sectorial bienestar social	1033441386
11 Sectorial trabajo	70259125.69
12 sectorial salud	1244494617
13 Sectorial agropecuario	366831230.4
14 Sectorial recursos naturales	752286899
15 Comercio exterior industrialización pesca y competitividad	104513667.8
16 Sectorial turismo	33828410.16
17 Sectorial comunicaciones	1146049497
18 Sectorial desarrollo urbano y vivienda	162387659.7
19 Otros organismos del estado	0
22 Electoral	58168503.49
23 Transparencia y control social	230803322
	21282062279



Elaboración: Roberto Cobo

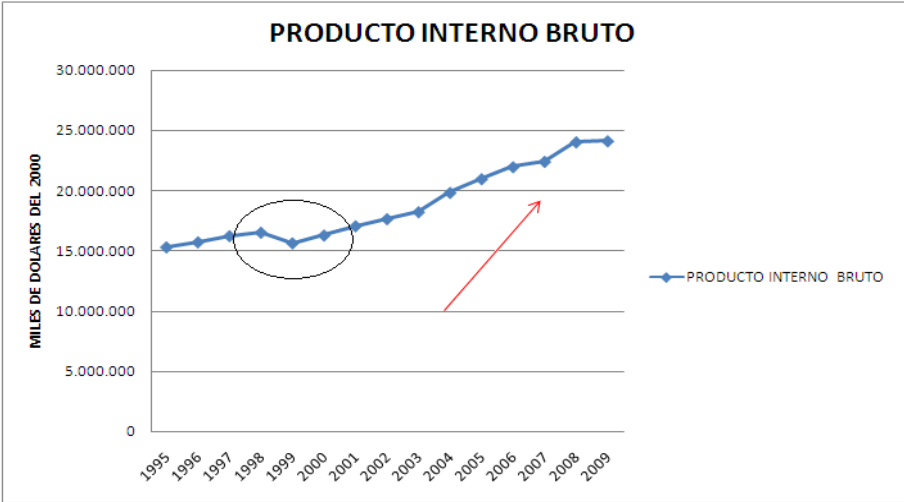
³⁵ Ministerio de finanzas,(2010,febrero) Ejecución Financiera, **distribución por sector**, <http://mef.gov.ec/pls/portal/.../693ED0F2619D8995E040007F01006F89> [Consulta: 3/04/2010]

Durante los últimos años el PIB del Ecuador ha venido en crecimiento después de una crisis como la que tuvimos en el 1998-1999 donde el PIB se era de 16.514.237 miles de dólares del 2000 y en 1999 se reduce este a 15.633.355 miles de dólares del 2000 esta variación fue negativa -5.33%, ha partir del 2000 el Ecuador ya no tenía moneda nacional por lo que es dolarizado con lo que se marca un cambio radical.

Durante los siguientes años el Ecuador se ha venido recuperando de la crisis vivida esta en muchos casos por ingreso de divisas por parte de los migrantes.

El PIB para el 2003 era de 18.219.436 miles de dólares del 2000, con una tasa de variación 3.27 % en el 2009 el PIB se ubica en los 24.119.453 miles de dólares del 2000 ³⁶

Gráfico # 10



Elaboración: Roberto Cobo

Durante los últimos años se ha venido invirtiendo más en salud ya que en años anteriores en relación al año 2000 se invertía cerca de 146,9 millones de dólares en el 2004 fue 371,9 millones y para el 2008 ya se logró casi triplicar ese gasto en salud con cerca de 1190.1

³⁶ Banco central del Ecuador, (2010, Marzo), Datos estadísticos mensuales, **boletín N° 1959** <http://bce.fin.ec/docs.php?path=documentos> [Consulta: 17/06/2010]

millones de dólares.

Durante los mismos años, el presupuesto como porcentaje del Presupuesto del Gobierno Central (PGC) y del PIB, aumentó del 2.7% al 6.6% del PGC y del 0.7% al 1.4% del PIB. La población cubierta por un seguro de salud ya sea público o privado alcanzó apenas un 23% en el año 2004. Si se analiza por quintiles, el más pobre (Q1) es el más desprotegido ya que solo el 12% tenía un seguro de salud. Este porcentaje era superior en los mayores niveles de ingreso (36% en el Q5).

En el año 2006, había 55.578 personas trabajando en establecimientos de salud, en su mayoría médicos (19.299), auxiliares de enfermería (13.923) y enfermeras (7.499). La tasa de médicos por 100,000 habitantes (2006) era de 14.4; la de enfermeras de 5.6 y la de auxiliares de enfermería de 10.4. Las clínicas y los hospitales generales agrupan el mayor porcentaje de médicos con un 63%. En cambio, los servicios de atención ambulatoria y del primer nivel de atención sólo disponen del 24,9% del total de médicos que trabajan en los establecimientos de salud.³⁷

No ha existido en el país un proceso real de reforma del sector salud relacionado con cambios profundos y sostenidos en la estructura del sector. Durante el período 1995-2005, este proceso se caracterizó por la formulación y discusión de varias iniciativas con diversos enfoques sobre el aseguramiento, el marco legal y la aplicación parcial o focalizada de la desconcentración y descentralización de los servicios de salud; programas para la extensión de cobertura, nuevos modelos de atención de salud con enfoque familiar y comunitario con base en la atención primaria y el programa de aseguramiento universal (AUS).

Las inestabilidades político-administrativas vividas por el país en ese período impidieron la realización de planes concretos y sostenidos de implementación, debido a la predominancia de políticas coyunturales y contradictorias de cada nuevo Gobierno, a la resistencia de las organizaciones

Entre 1990 y 2001, la pobreza nacional medida según el consumo aumentó de 40% a 45%, mientras que la cantidad de pobres se incrementó de 3,5 millones a 5,2 millones. La pobreza aumentó en más de 80% en las zonas urbanas de la Costa y la Sierra, se mantuvo

³⁷ Id

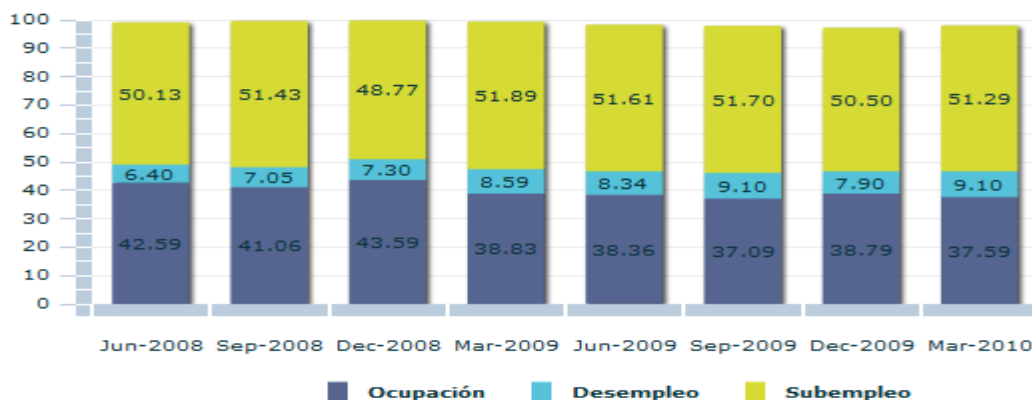
inalterada en las zonas rurales de la Costa y subió 15% en las zonas rurales de la Sierra.³⁸

Si bien las tasas de pobreza continúan siendo más altas en las zonas rurales, la acelerada migración del campo a la ciudad aumentó la cantidad de pobres residentes en las zonas urbanas de 1,1 millones a 3,5 millones. Lo anterior implica que hay más pobres urbanos que pobres rurales y se traduce en retos en materia de creación de empleos, generación de ingresos y entrega de servicios básicos en las ciudades. Es más, las personas continuarán emigrando a las zonas urbanas si se mantienen grandes diferencias entre las zonas urbanas y rurales en lo que se refiere a los ingresos y la pobreza, situación que agravará estas tensiones.

Los pobres viven en hogares de más miembros, tiene menos años de educación, sus tasas de desempleo son más elevadas y tienen menos posibilidades de acceder a los servicios básicos. Los elevados índices de pobreza entre la población indígena y los descendientes de africanos están relacionados con una deficiente dotación de recursos: poca educación (especialmente en las zonas urbanas), bajo acceso a la tierra o acceso a tierras de baja productividad en las zonas rurales. La falta de información cuantitativa confiable y coherente acerca de los grupos étnicos impide diseñar políticas eficaces focalizadas en estos grupos. Por este motivo, en todas las encuestas y otros instrumentos debieran incluirse preguntas de identificación étnica.

Gráfico # 11

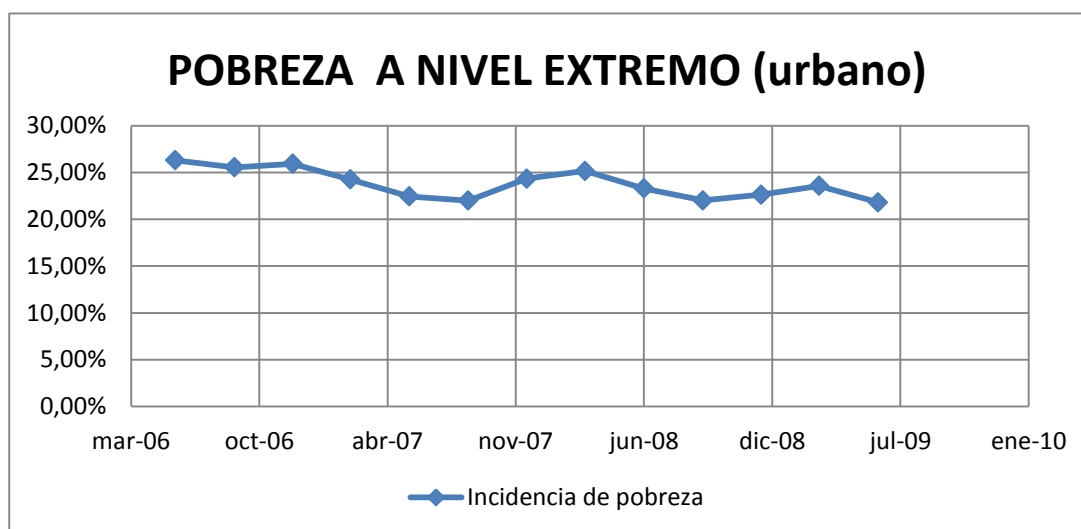
Niveles de Pobreza



Elaboración: Roberto Cobo

³⁸ Viteri, Galo, (2008,marzo) Pobreza en América Latina numero 109, **Observatorio de economía Latinoamericana**, pag http://www.obela.org/publicaciones/xml/1/22061/sps_109.pdf [Consulta: 14/04/2010]

Gráfico # 12



Elaboración: Roberto Cobo

2.2.3 Determinantes sociales

En general, la protección social (PS) se refiere a la garantía de parte de los poderes públicos para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas sociales, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de una manera adecuada a través de alguno de los subsistemas existentes. En salud estaría relacionado a la demanda (problemas y riesgos) de salud y a la respuesta en términos de acceso, oportunidad y calidad.

Ante la necesidad de que las sociedades modernas hagan esfuerzos por mejorar la protección social no solo las condiciones sociales mínimas de las personas en tiempos normales y de crisis, se desarrolla una nueva definición y un marco conceptual llamado manejo social del riesgo (MSR) el mismo que debiera permitir un mejor diseño de programas de protección social.

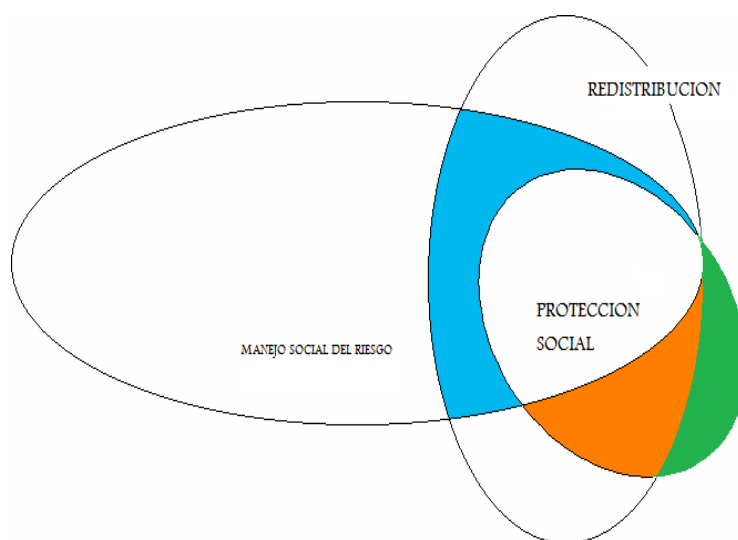
De esta forma, se entendería como “intervenciones públicas para asistir a las personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo de riesgo y a proporcionar apoyo a quienes se encuentran en extrema pobreza”.

En este una definición amplia de protección social implica la consideración de intervenciones públicas para:

- Para asistir a los individuos, hogares y comunidades a manejar el riesgo en mejor forma.
- Para prestar apoyo a los pobres en situación crítica

Gráfico # 13

Conjunto protección social



Elaboración: Roberto Cobo

En la Gráfico# 13 se puede observar, el área tomate del conjunto de protección social (PS) son aquellos temas al margen de la redistribución y el margen social de riesgo, como la exclusión social; el área verde es la intersección con la redistribución del margen social de riesgo, como el apoyo a los ingresos para los más pobres; y el área no sombreada es la protección social como parte del margen social de riesgo; el área azul representa los temas de redistribución de los ingresos como parte del margen social de riesgo, pero al margen de la protección social, como inversiones en infraestructura para impedir o mitigar los riesgos. Las áreas sin sombrar del conjunto de redistribución representan las medidas públicas para lograr una distribución más equitativa de los ingresos al margen de las consideraciones de manejo del riesgo, como la tributación progresiva a los ingresos. Por último, el área no sombreada del conjunto de margen social de riesgo corresponde al manejo del riesgo al margen de la protección social.

Perfil de la exclusión social, riesgos y vulnerabilidad en salud en el Ecuador

En el Ecuador han existido algunos intentos por establecer áreas, sectores o grupos poblacionales de riesgo, orientados a definir prioridades de la acción social. Uno de los esfuerzos en esa línea es el trabajo "Deterioro de la vida: Un análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Otro de esos esfuerzos lo constituye la elaboración del mapa de la pobreza en el Ecuador. Entre ellos existen algunos otros que con diferentes metodología y abordaje se han orientado a lo mismo.

Actualmente el Ecuador dispone de un Sistema Integrado de Indicadores Sociales SIISE que resulta del trabajo conjunto de los Ministerios del Frente Social, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, el Consejo Nacional de las Mujeres, el Instituto Nacional del Niño y la Familia y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales del sector social. Este sistema proporciona información sobre variadas temáticas: satisfacción de necesidades básicas, desigualdad y pobreza, población, economía y medio ambiente.

La función de estos esfuerzos ha sido la posibilidad de incrementar la eficacia de los programas sociales para dirigir las acciones a determinados grupos de la población, es decir, establecer mecanismos de focalización de las intervenciones, focalizar implica concentrar la inversión en una población seleccionada según determinadas características con el propósito de elevar el impacto potencial por beneficiario. El mecanismo más idóneo depende en gran medida del tipo y escala de los beneficios involucrados.

La Constitución 2008 recientemente aprobada establece el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se incluye la salud. Los textos constitucionales establecen que la salud es un derecho y señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de principios de universalidad y equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional.

En este sentido, los artículos de la nueva Constitución favorecen la reforma del sector, que en el país ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE).

El sistema de provisión de los servicios de salud se caracteriza por la fragmentación y segmentación, ya que no existe coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaría con acceso a servicios diferenciados. Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio. El subsector público está conformado por los servicios del Ministerio de Salud Pública, el IESS-SSC, ISSFA e ISSPOL y los servicios de salud de algunos municipios. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público.

Cobertura de las personas

Sin lugar a duda el principal problema que enfrenta el sistema de Seguridad Social del Ecuador es la baja cobertura. La población nacional estimada para el Ecuador en el año 2005 fue de 13,289,987 personas, de las cuales solo cerca del 15.3% cuenta con cobertura de aseguramiento en algún programa de Seguro Social, de modo que más de 11 millones de ecuatorianos y ecuatorianas están desprotegidos por la Seguridad Social. En términos contributivos, cuando la cobertura se mide con respecto a la población económicamente activa (PEA), el índice de cotizantes se ha mantenido en un valor del orden del 23%; esto significa que de cada 100 personas en actividad económica, 77 no cotizan a la seguridad social, y hacia el futuro, es muy posible que el índice de personas que no logren a consolidar derechos jubilatorios sea mucho mayor.³⁹

La falta de acceso a cobertura de la seguridad social representa para millones de ecuatorianos una pesada carga económica y social que retroalimenta la marginación y la pobreza. En términos prácticos y cotidianos, este problema tiene manifestaciones que afectan los derechos humanos de diversas maneras desprotección frente a los riesgos de enfermedad (incluidas las pérdidas temporales de ingresos que supone la enfermedad y falta de acceso a atención integral en salud), condiciones inadecuadas de seguridad y salud en el trabajo que se reflejan en altos índices de accidentes, enfermedades y muertes por causas laborales, mortalidad infantil y juvenil; en general, condiciones de incertidumbre

³⁹ Barreiro, Pedro ,(1998, mayo), Reforma estructural del IESS, ***Información de la CEPAR***, <http://opsecu.org/bevestre/revistas/CEPAR/ssc.pdf> [Consulta: 14/04/2010]

económica que afectan directamente al bienestar familiar.

En el contexto de envejecimiento paulatino de la población que muestra el Ecuador, los actuales déficit de cobertura contributiva de la fuerza de trabajo, suponen la formación de un pasivo social de enormes dimensiones, que de no enfrentarse hoy, implicará condiciones desastrosas no solo en términos de bienestar social, sino también desde el punto de vista del pasivo fiscal acumulado que suponen las prestaciones de jubilación por la vía de instrumentos no contributivos. Así, lo que no se logre financiar por medio de instrumentos basados en la participación contributiva que prevén los instrumentos de los seguros sociales, tarde o temprano el Estado deberá financiarlo utilizando instrumentos de protección no contributivos dirigidos a los ancianos y ancianas desprotegidas.

La exclusión en seguridad social es un fenómeno que afecta en mayor medida a las mujeres, y como veremos más adelante, también a los niños. Un 13.5% de las mujeres logran acceder a la cobertura de la seguridad social, frente a un índice del 17% para los hombres. Esta inequidad de género se repite en casi todos los grupos de edades.

De la población protegida, casi la totalidad (96%) corresponde a asegurados al IESS bajo las modalidades del seguro general y el seguro social campesino; los demás sistemas, como lo son el de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y de la Policía Nacional (ISSPOL), en conjunto cubren al 0.6% de la población, lo que evidencia su carácter de programas cerrados.⁴⁰

El acceso a la atención en salud por medio de los derechos que se derivan de la afiliación a un seguro de salud, es uno de las más importantes y sentidos por la ciudadanía. La falta de cobertura por la seguridad social en salud se compensa mediante la iniciativa individual a través de los seguros privados, pero solo para un 2.4% de la población nacional; se trata sin duda alguna de grupos con alta capacidad contributiva.

Al revisar la protección de los programas de la seguridad social ecuatoriana por rangos de edades y por sexo, encontramos que precisamente la población más vulnerable, son los infantes y los menores de edad en general, son los menos protegidos, con niveles del orden

⁴⁰ Barreiro, Pedro ,(1998, mayo), Reforma estructural del IESS, *Información de la CEPAR*, <http://opsecu.org/bevestre/revistas/CEPAR/ssc.pdf> [Consulta: 14/04/2010]

del 5%. La cobertura del IESS alcanza a los niños durante su primer año de vida, pero cabe destacar que Ecuador se ubica dentro de los pocos países de Latinoamérica donde el Seguro Social no brinda cobertura completa a los hijos del asegurado hasta los 18 años. Más específicamente, Ecuador forma parte de un grupo de ocho países latinoamericanos que restringen la cobertura de los hijos del titular asegurado, y más aún, junto con República Dominicana es el país de Latinoamérica donde más limitada está la cobertura legal de los hijos (hasta el primer año de vida). Otros países donde también se restringe la cobertura son Guatemala (hasta los 5 años), El Salvador (hasta los 6 años), Honduras (hasta los 11 años) y El Salvador y Nicaragua (hasta los 12 años); en el resto de los países de la Región los hijos tienen derecho a la cobertura hasta los 18 años, y en algunos países hasta la culminación de los estudios universitarios.

La falta de cobertura afecta tanto a los hombres como a las mujeres, en todas las edades, pero en mayor medida a la población femenina. Cabe advertir, además, que para la población en edades intermedias, es decir, población en edad de trabajar y potencialmente sujeta de afiliación contributiva directa, la cobertura oscila entre 20 y 30%.

Actualmente el Ecuador dispone de un Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE) que resulta del trabajo conjunto de los Ministerios del Frente Social, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, el Consejo Nacional de las Mujeres, el Instituto Nacional del Niño y la Familia y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales del sector social. Este sistema proporciona información sobre variadas temáticas: satisfacción de necesidades básicas, desigualdad y pobreza, población, economía y medio ambiente.

La función de estos esfuerzos ha sido la posibilidad de incrementar la eficacia de los programas sociales para dirigir las acciones a determinados grupos de la población, es decir, establecer mecanismos de focalización de las intervenciones, focalizar implica concentrar la inversión en una población seleccionada según determinadas características con el propósito de elevar el impacto potencial por beneficiario. El mecanismo más idóneo depende en gran medida del tipo y escala de los beneficios involucrados.

Una de las primeras causas de riesgo para la salud es la pobreza en sus dimensiones de pobreza, y extrema pobreza, influyen en la exclusión de varias maneras. Un ingreso bajo es insuficiente para mantener las necesidades básicas con repercusiones visibles en la

nutrición, en la defensa contra el desarrollo de enfermedades infectocontagiosas, como los efectos inmediatos más conocidas, y por otra parte es una de las barreras principales para el acceso a servicios de salud cuando estos significan gastos. Implica una base orgánica con limitaciones, y susceptibilidad a las enfermedades, ambiente nocivo, dificultad de acceso a servicios básicos, escolaridad baja, etc.

El Ecuador, de manera similar a lo que sucede en otros países de América Latina, ha visto incrementar las diferencias económicas entre sus habitantes. El porcentaje más pequeño disfruta del porcentaje más grande de la riqueza generada. El desempleo para las ciudades más grandes se ubica entre el 12 y el 17% (Guayaquil 17.1, Quito 13.2, Cuenca 11.199) En el resto del país las cifras no son muy diferentes; lo que ha presionado para que grupos importantes, en edad productiva, hayan decidido migrar a países europeos, especialmente España e Italia y a los Estados Unidos, en búsqueda de trabajo para poder mantener a sus familias.

CAPITULO III

Gestión hospitalaria de hospital Carlos Andrade Marín

3.1 Provisión de servicios de salud en el Hospital Carlos Andrade Marín

3.1.1 Oferta de servicios de salud

El Hospital Carlos Andrade Marín fue construido por la creciente demanda de atención hospitalaria, así como el gran desarrollo de la medicina operado en los últimos años, fueron razones suficientes para que los directivos del departamento Médico planifiquen la construcción y equipamiento de hospitales de acuerdo con las últimas exigencias de la técnica, para que presten el mejor servicio posible a los afiliados ecuatorianos.

Los primeros trabajos de construcción del hospital se iniciaron en 1958, ocupando una superficie de 41.829,24 metros cuadrados, área que formaba parte de la antigua Quinta Miraflores, de propiedad del señor Enrique Freile Gangotena, que lo adquirió la Caja del Seguro en la cantidad de 3'654.500 sucres.⁴¹

El edificio fue diseñado por el arquitecto alemán Walter Distel en Portugal, aplicando los principios de diseño del momento y siguiendo el principio urbanístico según el cual, los centros de atención médica deben ubicarse en los sitios de mejor relación con los núcleos a los que va a servir.

La pendiente del terreno permitió edificar la estructura a desnivel, ocupando 12.550 metros cuadrados y la construcción se realizó por etapas dando un total de área física de 40.662

⁴¹ IESS,(2004, octubre) Hospital Carlos Andrade Marín, *historia del hospital*, <http://www.iess.gov.ec> [Consulta: 14/04/2010]

metros cuadrados.

Según afirmaciones del Dr. Plutarco Naranjo Vargas, quien ocupó desde 1964 la dirección general de los servicios médicos, el objetivo del seguro social, era contar con hospitales que cada uno de ellos construya el más avanzado centro médico en el que podrán ser ejercitadas las últimas técnicas de la Medicina y la más alta y complicada cirugía.

Diseño

El planteamiento seguido por el arquitecto Distel se le puede considerar como un mono bloque, que en lo funcional claramente se definen sus partes constitutivas: consulta externa, con espaciosos consultorios y cómodas circulaciones, sin olvidar el integrar el funcionamiento con los servicios de diagnóstico, quirófanos, partos, recuperación y terapia Intensiva, los servicios de hospitalización completos y todo lo que constituye los servicios auxiliares como: cocina, lavandería, casa de máquinas, etc.

La firma ganadora de la licitación para la construcción, Jaramillo Súa Garzón, desde 1961 llevó la responsabilidad gigantesca de ejecutar la obra en toda su extensión, utilizando materiales de primera calidad y mano de obra altamente calificada, interviniendo aproximadamente 1.200 obreros.

Equipamiento

El equipamiento del más grande hospital del país, constituyó un problema de gran envergadura, tanto por los innumerables aspectos técnicos que representaron, cuanto por el elevado costo de los mismos.

Tras un largo periodo de licitación, el Departamento Médico, había finalmente en 1965, aceptado los ofertas de la firma AHSECO (American Hospital Supply Export Corporation).

Y el consorcio Germano-Holandés, Philips-Siemens, que ha dotado de equipos e

instrumentos de alta calidad como son: de Rayos X: dos para huesos, articulaciones, abdomen y pulmones; dos para Gastroenterología, uno para urología, uno para cráneo grafía, uno para angiocardiografía, para cateterismos cardiovasculares; uno para radioterapia profunda, entre otros. El 20 de mayo de 1969 el Hospital Carlos Andrade Marín, inauguró el servicio de Rayos X y radiodiagnóstico, antes de abrir sus puertas con todos los servicios.

Inauguración

El sábado 30 de mayo de 1970, se daba un paso fundamental en la historia del país y se ponía un hito en la seguridad social ecuatoriana. El Hospital Carlos Andrade Marín abría sus puertas en el edificio de mayor magnitud constituido hasta ese momento, con equipamiento de avanzada tecnología y el recurso humano capacitado, garantizando la atención de salud a los afiliados y jubilados del IESS y ubicándose a nivel de los mejores centros hospitalarios de latinoamérica.

El acto inaugural contó con muchos invitados y personal del nuevo Hospital y fue solemnizado con la presencia del Señor Presidente de la República, Dr. José María Velasco Ibarra; el Ministro de Prevención Social, licenciado Luis Robles Plaza; el Presidente del Instituto de Prevención Social, Dr. Alfredo Acosta Velasco; el Gerente de la Caja Nacional del Seguro Social, Dr. Raúl Zapater Hidalgo y la señora Ana Andrade Thomas, viuda del Dr. Carlos Andrade Marín. Asistieron también; el Director del Departamento Médico, Dr. Gonzalo Sánchez Domínguez; el Presidente del Comité Médico Asesor, Dr. Fausto Villamar y el Presidente de la Comisión Nacional de Hospitales, Dr. Guillermo Acosta Velasco.

En 1963 se establece el seguro médico del seguro social como una sección del instituto. En 1937 se reforma la ley de seguridad social obligatorio, incorporando al seguro de enfermedad como un beneficio adicional para el afiliado.

Las autoridades de ese entonces no escatimaron recursos para la construcción de este importante centro de salud que lleva el nombre del destacado médico Carlos Andrade Marín que dirigió el Departamento Médico del Seguro Social desde 1937, dando empuje al servicio de salud que establecían los estatutos de la Caja de Prevención Social.

Al tiempo de su apertura fue calificado como “elefante blanco”, que nunca se llenaría, el Hospital ha probado que es un beneficio para la ciencia y la humanidad. Actualmente ha crecido la población, se han acortado las posibilidades económicas para la medicina privada, el hospital se ha encogido en bienes y gentes, de modo que la lujosa atención brindada a los primeros pacientes, se ha derivado en un estrecho pero casi siempre eficaz servicio médico a los afiliados, beneficiarios y jubilados del IESS. Con la visión es ser un hospital líder en la atención de salud a nivel nacional e internacional.

Con una autonomía económica y administrativa, enmarcado en los principios legales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS mantiene un modelo de organización dentro del Sistema de Salud, que presta asistencia integral y especializada. Lograr la excelencia en sus servicios para satisfacer y superar las necesidades y expectativas del cliente con el uso racionalizado de los recursos disponibles. Es la unidad de mayor complejidad de la red de servicios de salud del IESS.

Regida por políticas y normas dictaminadas por el Consejo Directivo sobre la base de los principios de solidaridad, universalidad y equidad, para brindar atención médica integral, ética, actualizada y especializada, mediante la utilización de tecnología de punta y capacitación continua en beneficio de la calidad de atención y la satisfacción de las necesidades de sus afiliados y usuarios.

En 1970 el Hospital contaba con 200 camas distribuidas así: 16 para servicios clínicos, 32 para servicios quirúrgicos, 28 para Gineco Obstetricia, 16 para psiquiatría, 24 para traumatología y 84 para otras especialidades. Así mismo contaba con 63 médicos tratantes, 6 médicos residentes y 66 enfermeras.

Actualmente el hospital cuenta con los diferentes servicios hospitalarios de consulta externa necesarios de un hospital de tercer nivel como este los cuales son:

Alergología Medicina Interna

1. Urología
2. Cardiología
3. Cirugía cardiotorácica.
4. Nefrología
5. Cirugía general

6. Neumología
7. Cirugía maxilo-facial
8. Neurocirugía
9. Cirugía plástica
10. Neurología
11. Cirugía vascular
12. Oftalmología
13. Dermatología
14. Oncología
15. Endocrinología
16. Otorrinolaringología
17. Gastroenterología
18. Pediatría
19. Genética
20. Proctología
21. Ginecología- obstetricia
22. Psicología
23. Hematología
24. Psiquiatría
25. Infectología
26. Reumatología
27. Medicina. física y rehabilitación.
28. Traumatología

En la parte hospitalaria, el hospital cuenta con diferentes servicios como se aprecia en la siguiente tabla:

Gráfico # 14

Servicios hospitalarios	
Servicios	Camas disponibles
Cardiología	25
cirugía cardiorácica	16
cirugía general	59
Servicios	Camas disponibles
cirugía plástica	19
cirugía vascular	19
Dermatología	1
Endocrinología	11
gastroenterología	20
Ginecología	21
Hematología	14
Infectología	17
medicina interna	14
Nefrología	24
Neonatología	54
Neumología	29
Neurocirugía	27
Neurología	25
obstetricia	37
Oftalmología	13
Oncología	22
otorrinolaringología	12
Pediatría	26
Psiquiatría	8
Traumatología	54
Urología	28

Elaboración: Roberto Cobo

Derechos y obligaciones para acceder a la atención hospitalaria en el Hospital Carlos Andrade Marín

Un afiliado tiene derecho a la prestación médica

En enfermedad:

Cuando acredite 6 meses consecutivos de 30 días, o en su defecto acredite en 8 meses 189 días inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad

En maternidad:

Cuando acredite 12 meses consecutivos de 30 días o en su defecto acredite 378 días en los 16 meses inmediatamente anteriores al parto.

Responsabilidad patronal:

La responsabilidad patronal se produce cuando, a la fecha del siniestro, por inobservancia de las disposiciones de la ley de seguridad social y de las normas reglamentarias aplicables, el IESS no pudiere entregar total o parcialmente las prestaciones o mejoras a que debería tener derecho un afiliado, jubilado o sus derechohabientes; debiendo el empleador o contratante del seguro cancelar al IESS por este concepto, las cuantías de responsabilidad patronal establecidas en el reglamento.

En ningún momento se niega la atención al afiliado, sino que el empleador deberá cumplir con sus responsabilidades patronales con su respectiva multa.

Mora patronal:

Es el incumplimiento en el pago de aportes en el seguro general obligatorio o de seguros adicionales contratados, descuentos, intereses, multas y otras obligaciones, dentro de los 15 días siguientes al mes que correspondan los aportes.

Existe responsabilidad patronal en el seguro de salud individual y familiar y en los subsidios de este seguro:

En el seguro de enfermedad y maternidad, habrá responsabilidad patronal cuando:

1. Los tres meses de aportación inmediatamente anteriores a la fecha de atención médica atención prenatal o de parto, según el caso, hubieren sido cancelados extemporáneamente en un solo pago.

2. El empleador que no hubiere inscrito al trabajador y/o el empleador o el contratante del seguro que se encontrare en mora del pago de aportes el momento de atención médica, atención prenatal o del parto.

3. El pago de los aportes correspondientes al mes del siniestro se realiza extemporáneamente.

En los casos de asegurados que reciban atención médica o de maternidad dentro del período de protección, habrá responsabilidad patronal cuando cualquiera de los seis (6) meses de aportación inmediatamente anteriores a la fecha de cese se encuentre en mora.⁴²

Cuantía de la sanción por responsabilidad patronal:

La cuantía de la sanción por responsabilidad patronal para los casos de enfermedad y maternidad será igual al costo total de la prestación, desde su inicio, calculada según tarifario del IESS, con un recargo del diez por ciento. (10%)

En los casos de subsidios por enfermedad y maternidad, la cuantía de la sanción por responsabilidad patronal será igual al monto de subsidio, con un recargo del diez por ciento (10%)

3.1.2 Demanda de servicios de salud

La demanda de salud en general aumento en el Ecuador y en general se evidencia que el número de pacientes ha aumentado en las visitas al Hospital Carlos Andrade Marín siendo que en el año 2000 acudían un número de 156139⁴³ personas y en el último año en el 2009 acudieron cerca de 383.091⁴⁴ afiliados.

En el 2000 se tenía una población afiliada de cerca de 122570 personas y ahora se mantiene una cifra mucho mas elevada ya que antes la mayoría de personas trabajaban de

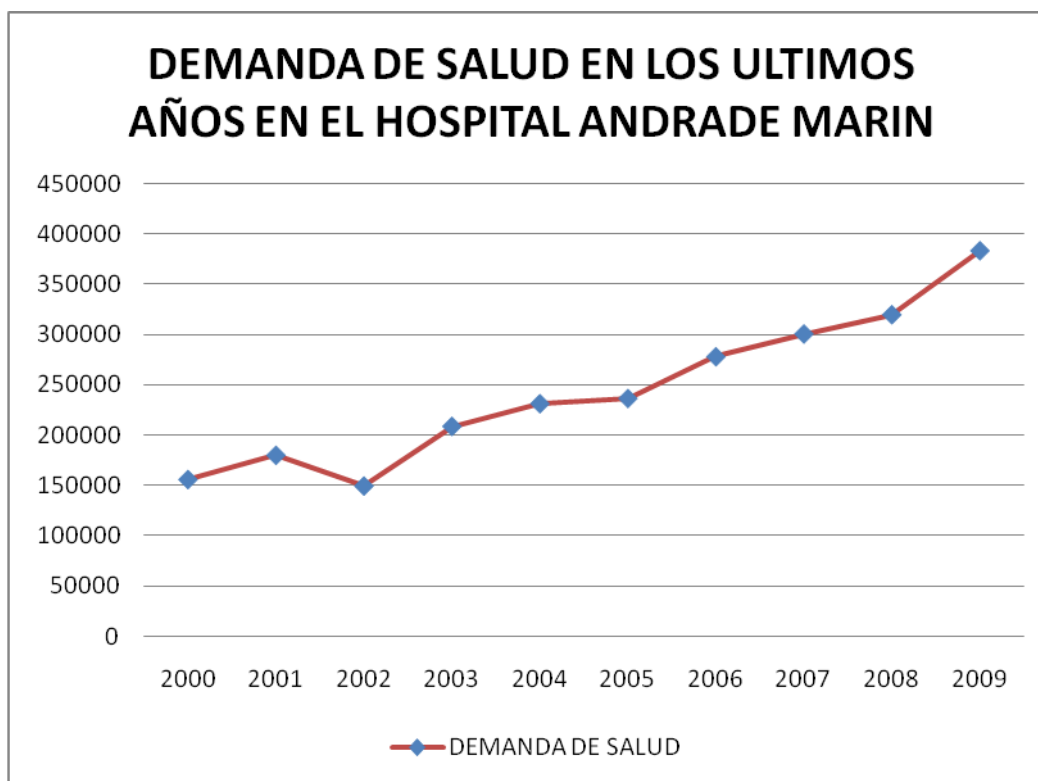
⁴² IESS, *resolución Consejo Directivo cd14*, <http://iess.gov.ec/resoluciones/1221444%5C1%5C4>. [Consulta: 14/04/2010],

⁴³ Hospital Carlos Andrade Marín, (2010, enero) Estadísticas, *Boletines mensuales de Estadística*, Ecuador: editorial propia

⁴⁴ Id

forma tercerizada o por horas las cuales en muchas estas simplemente se mantenían excluidas de la Seguridad Social en el país.

Gráfico # 15



Elaboración: Roberto Cobo

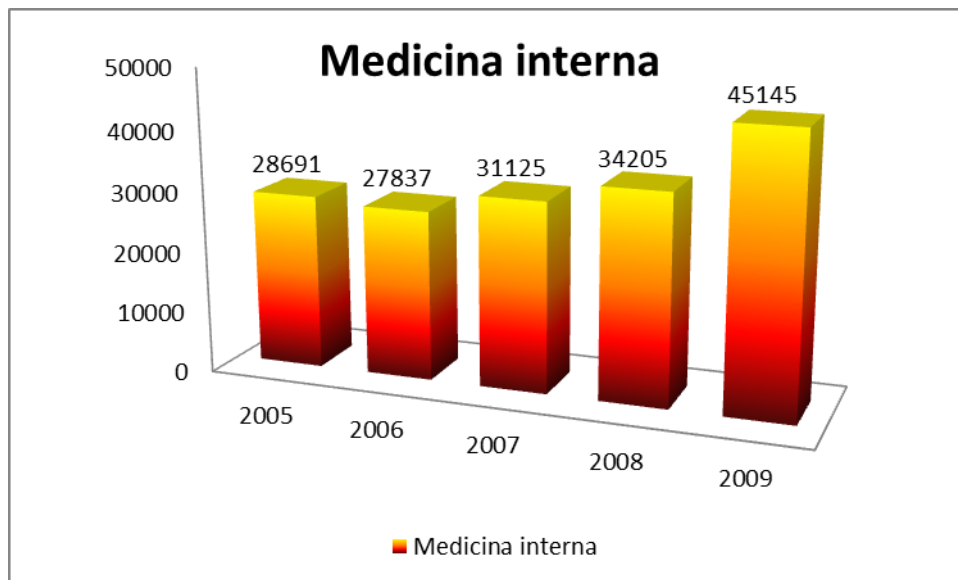
En el año 2000 cerca de 46,3% de afiliados habían utilizado alguna vez los servicios médicos mientras que el 54% de los afiliados solo mantenía los aportes pero no acudían al hospital este se basaba en las dificultades que antes mantenía para obtener turnos en el hospital en los diferentes especialidades.⁴⁵

Los servicios con mas demanda en el Hospital Carlos Andrade Marín en consulta externa son el servicio de medicina interna que trata pacientes con las patologías médicas del paciente adolescente y adulto hasta el adulto mayor (se abstiene de tratar a los niños), no es quirúrgica ni es invasiva, trata ambos sexos sin discriminación, cubre las enfermedades de todos los sistemas y órganos y, sobre todo, las de los pacientes con patologías complejas o de múltiples órganos.

⁴⁵ Hospital Carlos Andrade Marín, (2010, enero) Estadísticas, *Boletines mensuales de Estadística*, Ecuador: editorial propia

Su nivel de atención es preferentemente curativa o de nivel de prevención secundaria aunque engloba el conocimiento de la atención primaria. Puede comprender los problemas médicos (no obstétricos) de la mujer embarazada y las complicaciones médicas asociadas a la cirugía y anestesia.

Gráfico # 16

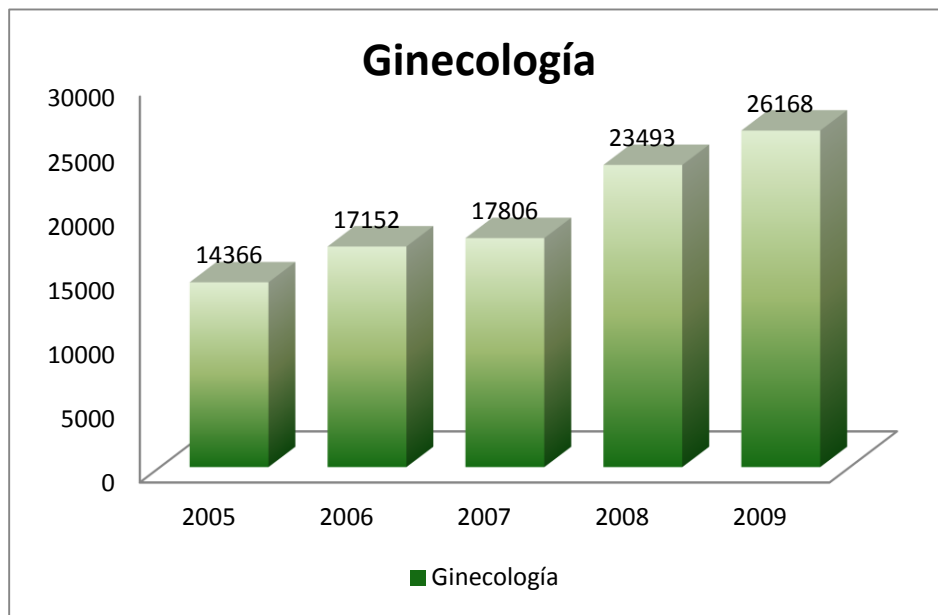


Elaboración: Roberto Cobo

El servicio de Gineco-obstetricia que abarca los servicios: de obstetricia general, ginecología general, Alto riesgo obstétrico y ecografía, medicina reproductiva, ginecología oncológica y fisiopatología mamaria.

De los fenómenos fisiológicos y patológicos de la reproducción humana. De la fisiología de la gestación, parto y puerperio, así como de sus desviaciones patológicas. De la fisiología y patología inherente a los órganos que constituyen el tracto genital femenino, incluyendo la mama. De los aspectos preventivos, psíquicos y sociales que necesariamente se relacionan con los apartados anteriores. No debe olvidarse el hecho de que el especialista en obstetricia y ginecología debe estar dispuesto y preparado para actuar, al menos de forma orientadora, como médico primario de la mujer, pues es a él a quien las mujeres consultan frecuentemente en primera instancia.

Gráfico # 17

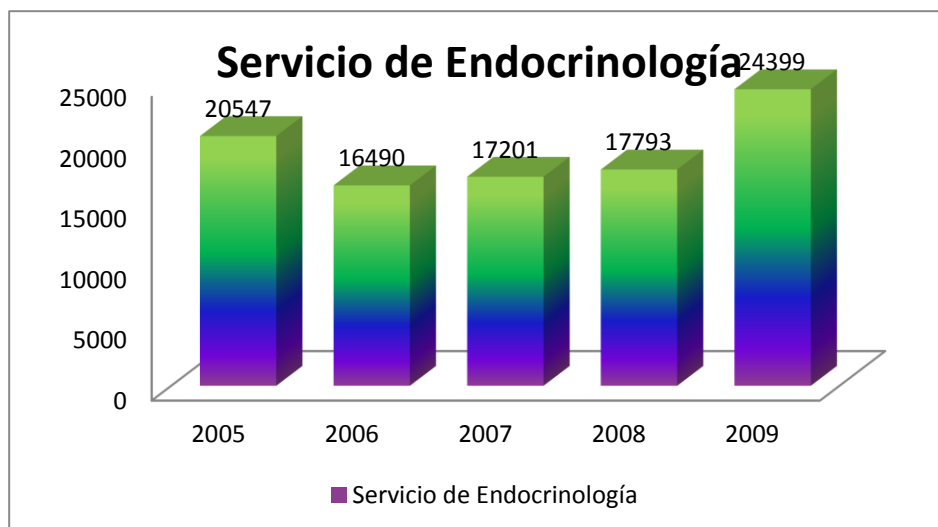


Elaboración: Roberto Cobo

El servicio de endocrinología es una rama de las ciencias biológicas que estudia las acciones de las hormonas y los órganos en cuales éstas son formadas.

Actualmente los límites de la endocrinología son menos definidos, dado que se encontró formación de hormonas en sitios alejados de las glándulas que tradicionalmente se creía eran sus únicas fuentes, acciones complementarias con el sistema nervioso central y interacción con el sistema inmunológico, pero de cualquier modo la definición anterior se ajusta muy cercanamente a lo que es la idea de endocrinología clínica actual.

Gráfico # 17



Elaboración: Roberto Cobo

El resto de servicios se ha mantenido su demanda constante de acuerdo a como han ido aumentando la población afiliada

Gráfico # 18

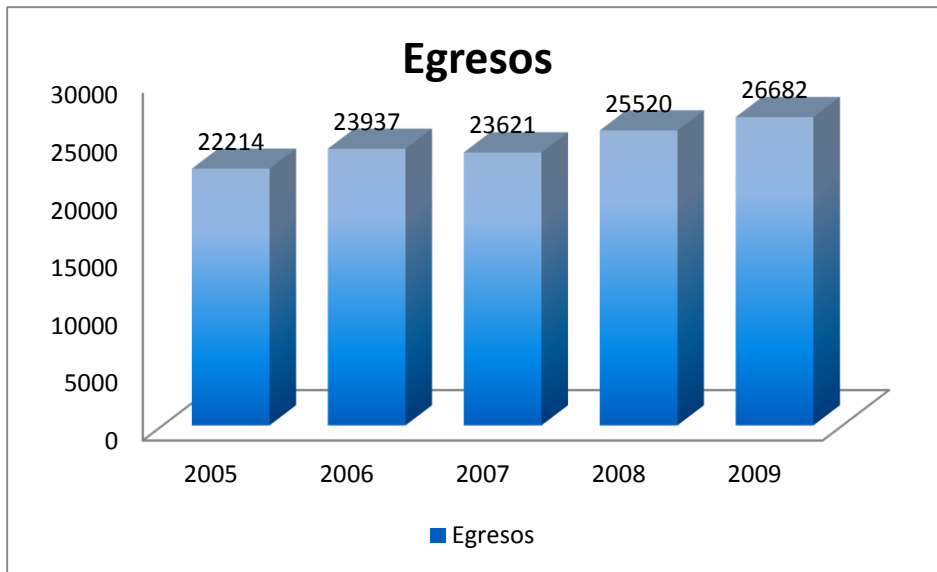
ATENCIONES EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN					
Especialidades	2005	2006	2007	2008	2009
Cardiología	11527	14605	14885	14094	17627
Cirugía cardiotorácica.	3039	2540	2597	2162	3043
Cirugía general	3443	4182	5456	5823	7783
Cirugía maxilo-facial	1142	1374	1571	1267	4538
Cirugía plástica	4305	5073	5122	5878	6951
Cirugía vascular	5622	6622	6724	5577	7233
Dermatología	5503	8239	8794	9404	11303
Endocrinología	13665	16490	17201	17793	24399
Gastroenterología	7956	11266	13322	14251	15099
Ginecología	14366	17152	17806	23493	26168
Hematología	8112	10165	10946	11561	15629
Infectología	1420	1808	5890	2633	3428
Medicina. física y rehabilitación.	10309	14040	15208	18783	20097
Medicina general	4157	5076	6632	7977	7418
Medicina interna	28691	27837	31125	34205	45145
Nefrología	7451	10630	10985	11056	11621

Especialidades	2005	2006	2007	2008	2009
Neumología	6320	7709	8612	10644	12862
Neurocirugía	1665	2408	2449	2551	3216
Neurología	12225	15626	16174	16626	20377
Oftalmología	10307	11762	12204	12470	15493
Oncología	11910	13841	15311	16553	17847
Otorrinolaringología	8772	11258	9966	11244	11722
Pediatría	10048	9939	10415	11945	13485
Proctología	2901	3845	3708	3831	4518
Psiquiatría	6045	8156	9457	9743	9943
Traumatología	12413	15430	14446	14679	19598
Urología	14427	17162	19825	19538	22756
Otras	3604	3693	3677	3885	3792
Total	231345	277928	300508	319666	383091

Elaboración: Roberto Cobo

La demanda en hospitalización ha aumentado durante los últimos años en los diferentes servicios con los que cuenta el hospital, además del fortalecimiento que ha existido durante los últimos años, y el equipamiento que han tenido las diferentes áreas del hospital para así convertirlo en un hospital de tercer nivel.

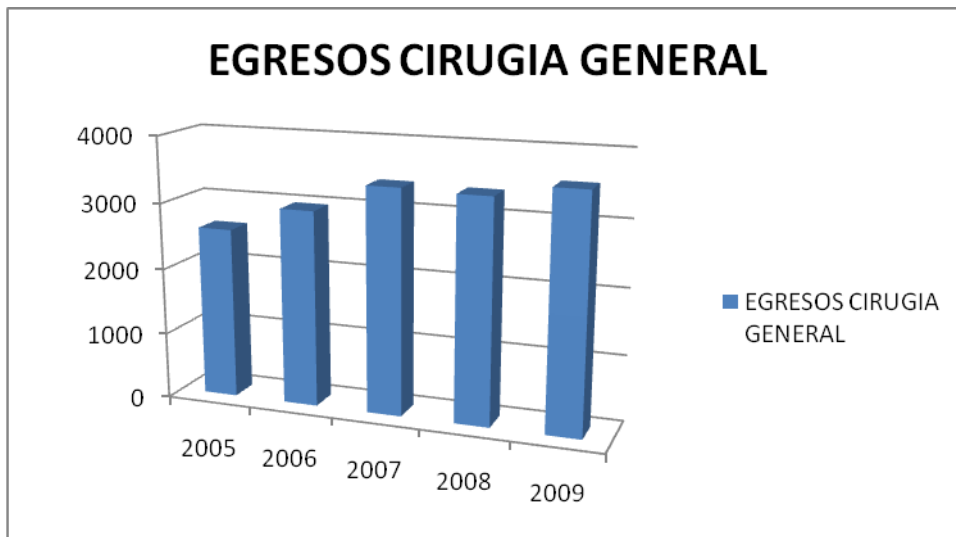
Gráfico # 19



Elaboración: Roberto Cobo

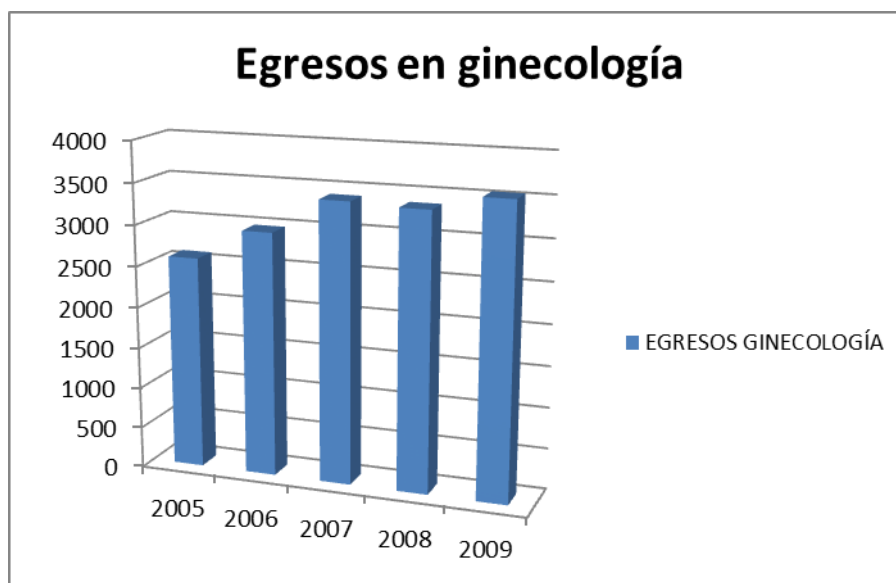
En este gráfico # 19 se ha evidencia como durante los últimos años ha aumentado el números de egresos en el hospital, siendo los principales servicios que aumentado como cirugía general, ginecología, obstetricia, oncología, traumatología y urología.

Gráfico # 20



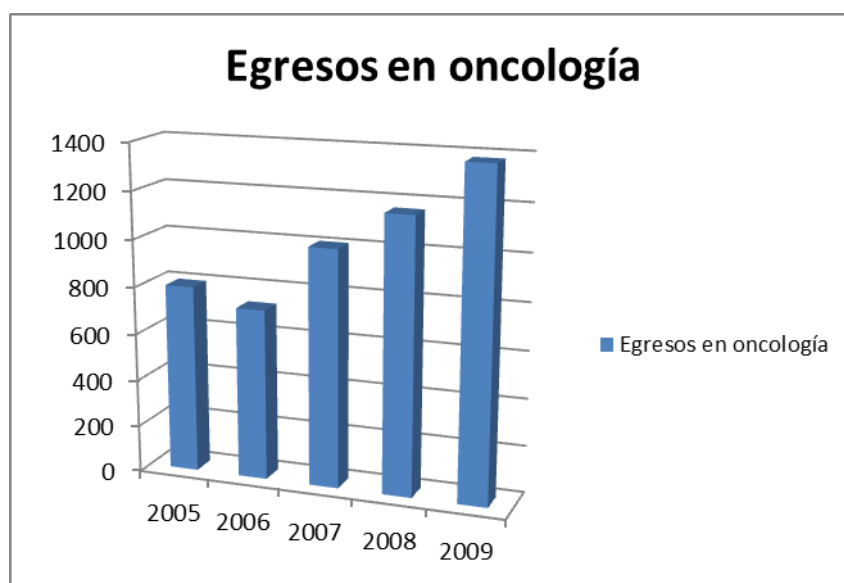
Elaboración: Roberto Cobo

Gráfico # 21



Elaboración: Roberto Cobo

Gráfico # 22



Elaboración: Roberto Cobo

Es los gráficos # 20, 21, 22, claramente se puede observar que se están atendiendo más casos en el hospital, siendo el caso de cirugías normales, así como se puede evidenciar un aumento muy significativo en las enfermedades crónicas y terminales.

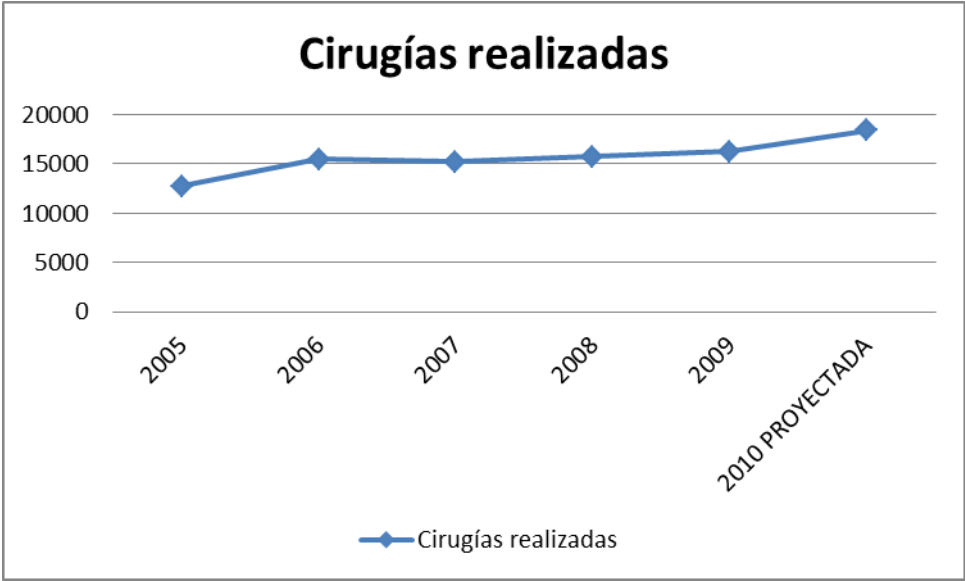
El servicio de oncología es uno de los más significativos ya que se puede evidenciar que en

el periodo de 5 años se ha duplicado la atención en esta especialidad, siendo una de las más importantes, ya que son terminales en algunos casos, esto también, puede ser que el hospital a realizado mucho esfuerzo por parte de los directivos para tener un equipamiento en optimas condiciones así brindar los tratamientos para los afiliados de acuerdo a cada requerimiento.

Antes, las personas preferían acudir a otros hospitales a tratar estas especialidades, pero en muchas circunstancias estos tratamientos eran demasiados caros por las medicinas y sobre todo por el nivel de tecnología que se tiene que tener, pero con la modernidad del hospital esto ha manifestado que los afiliados acudan al Hospital Carlos Andrade Marín.

Las intervenciones quirúrgicas también han aumentado durante los últimos años, ya que en otras épocas los quirófanos estaban sin las condiciones necesarias para realizar este tipo de procedimientos.

Gráfico # 23



Elaboración: Roberto Cobo

Las cirugías realizadas en esta Casa de Salud se han incrementado en un 13%, a pesar que los quirófanos funcionaron en la mitad de su capacidad.

Gráfico # 24



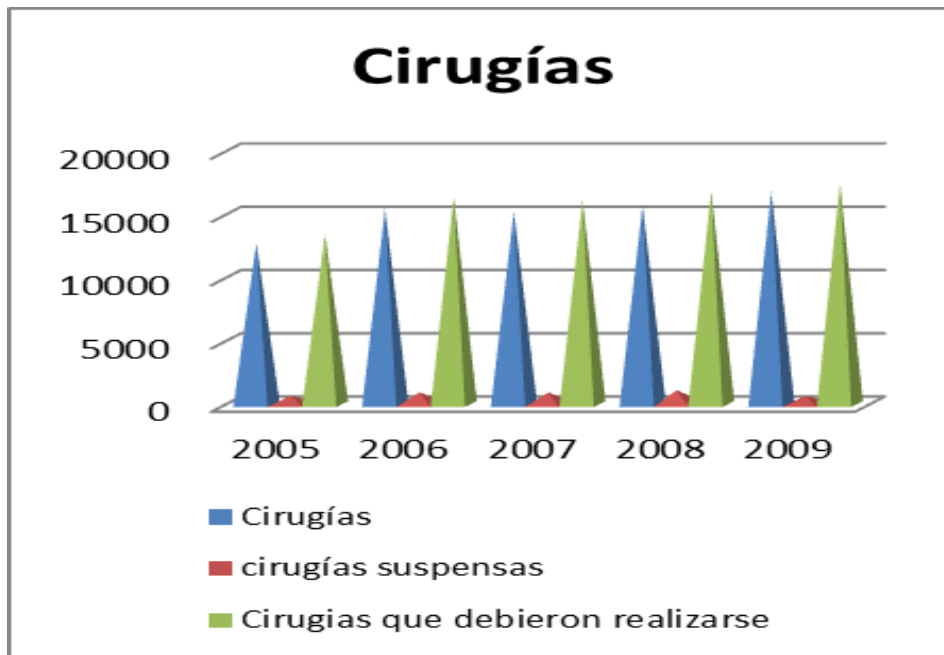
Elaboración: Roberto Cobo

Las cirugías suspensas en esta Casa de Salud, han registrado una considerable disminución de un 24%, a pesar que los quirófanos funcionan en la mitad de su capacidad instalada.⁴⁶

En este punto se observa un muy importante cambio de la tendencia que se tenía antes de que se aumente las cirugías suspensas, pero se evidencia claramente que esta ha disminuido por muchas razones, estas pueden ser porque el hospital cuenta con convenios con otros hospitales, o en gran medida por la implementación de los nuevos quirófanos de tercer nivel con los que cuenta actualmente el hospital.

⁴⁶ Hospital Calos Andrade Marín,(2010,enero) Estadísticas , *Boletines mensuales de Estadística*, Ecuador: editorial propia

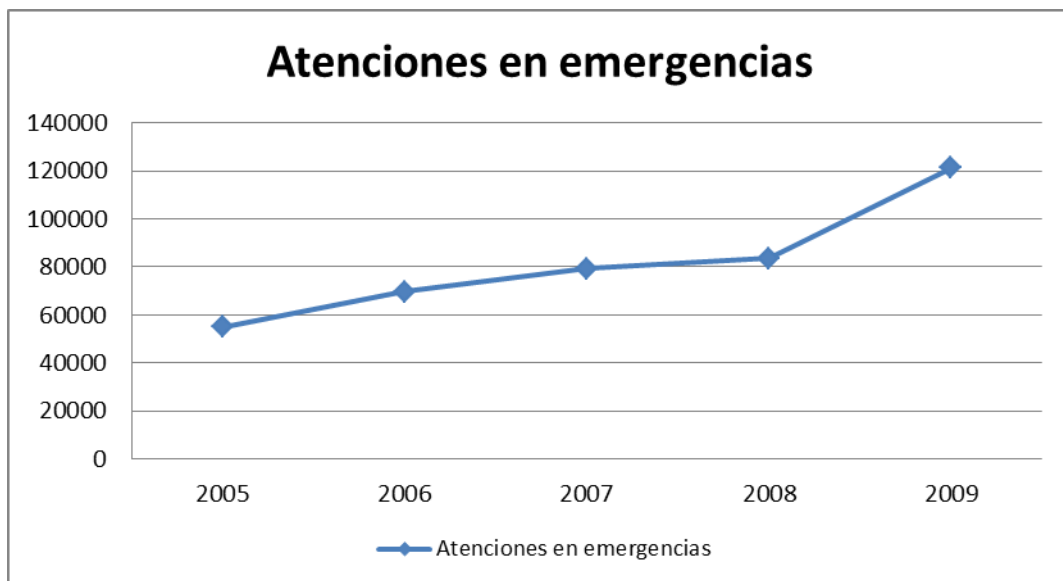
Gráfico # 25



Elaboración: Roberto Cobo

En la parte de servicios de urgencias se ha visto un notable cambio no solo en el aspecto del servicio, ya que actualmente este y muchos servicios del hospital han sido renovados para mejorar el aspecto de atención.

Gráfico # 26

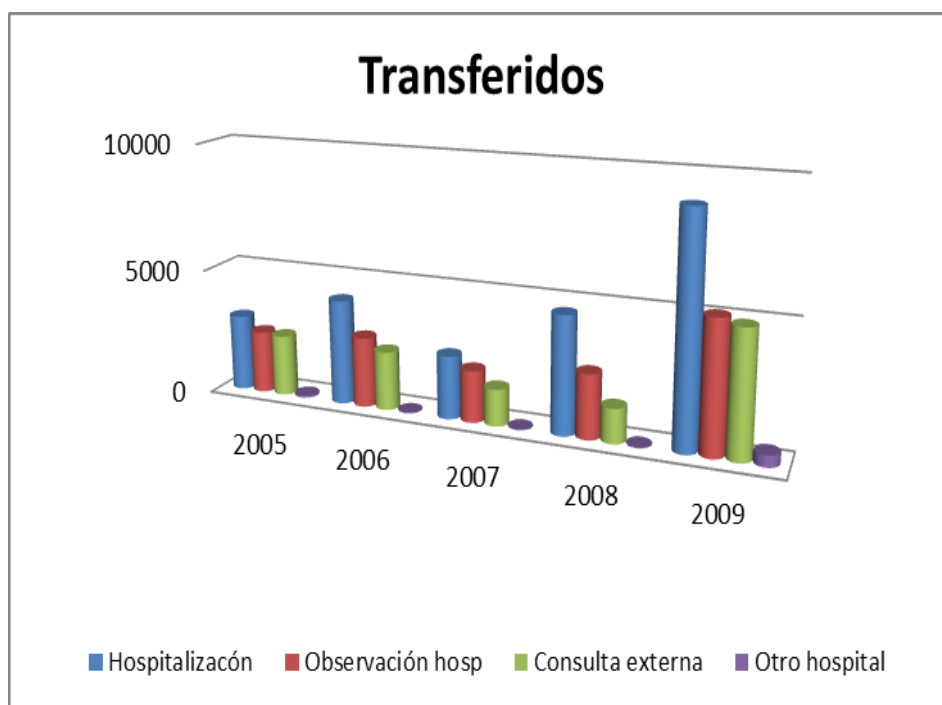


Elaboración: Roberto Cobo

Cabe señalar que de todas las atenciones realizadas en emergencias muchas no fueron emergencias, también este número a variado mucho ya que sustancialmente antes las instalaciones con las que contaba el hospital eran no las más apropiadas para este servicio, en otras ocasiones no se podía atender los pacientes por falta de espacio ya que los pacientes la mayoría se encontraban en los pasillos no se contaba con quirófanos propios en emergencias o por falta de personal.

Actualmente las instalaciones son superiores permitiendo atender las necesidades de todos los afiliados. La remodelación integral del área física de Emergencias ha contribuido a que se mejoren las atenciones y se optimicen los recursos del hospital, generando un incremento del 22%.⁴⁷

Gráfico # 27

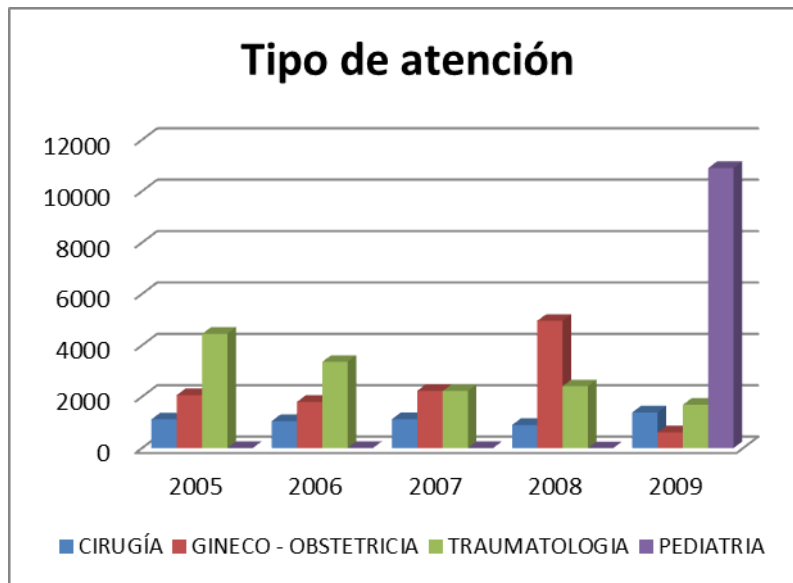


Elaboración: Roberto Cobo

Se puede evidenciar como en el 2009 se atendieron muchas emergencias de las cuales la gran mayoría fueron trasladados a hospitalización para posteriormente ser atendidos en consulta externa.

⁴⁷ Hospital Calos Andrade Marín,(2010,enero) Estadísticas , **Boletines mensuales de Estadística**, Ecuador: editorial propia

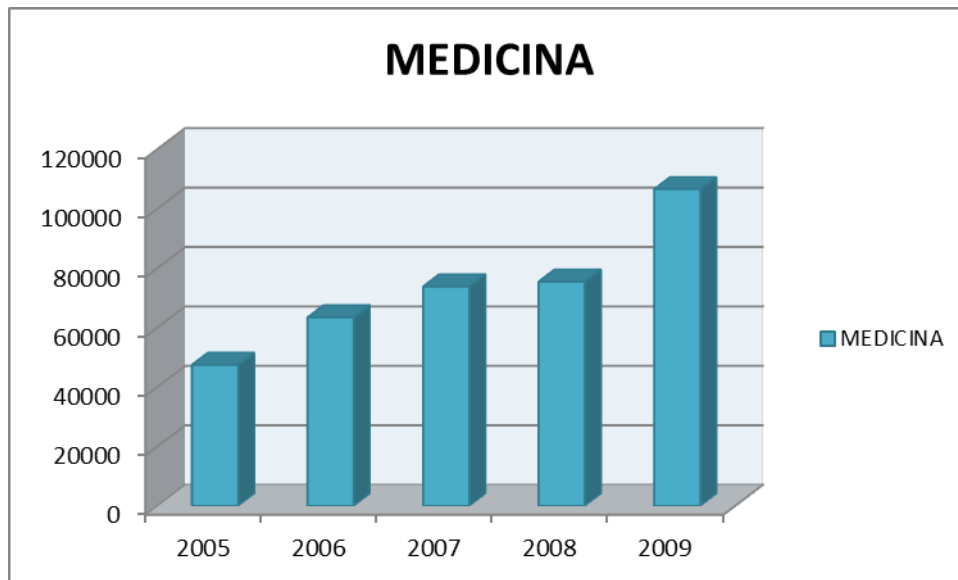
Gráfico # 28



Elaboración: Roberto Cobo

La mayor parte de atención que se realiza en el servicio de emergencia es de tipo de medicina la cual no necesita cirugías, pero un número muy significativo es el número de partos que se realizan en el hospital.

Gráfico # 29



Elaboración: Roberto Cobo

3.1.3 Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud

De acuerdo con el marco constitucional y legal vigente, el Ministerio de Salud Pública es el ente rector de la salud en el país y lleva el liderazgo en todos los procesos definidos en las políticas de salud del gobierno.

El Ministerio de Salud Pública participa activamente con los diversos actores involucrados en salud para la concertación de dichas políticas a nivel sectorial a través del Consejo Nacional de Salud (CONASA), presidido por el ministro/a de salud.

El ejercicio de la función de rectoría por parte del Ministerio de Salud Pública es reconocido por todos los actores del sector público y privado que actúan en la salud, quienes han manifestado la necesidad de fortalecer este rol para un mejor desempeño y control del sistema de salud.

Las instituciones de Seguridad Social representadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que incluye al Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL) reconocen formalmente la rectoría del Ministerio de Salud Pública en los aspectos referentes al acceso universal a los servicios integrales, y forman parte del CONASA.

El CONASA, creado como organismo asesor del Ministerio de Salud Pública en 1980, es desde el 2002 una entidad con autonomía administrativa y financiera cuyo propósito es promover los consensos en las políticas públicas e impulsar los mecanismos de coordinación para la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Salud conforme a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS). Su directorio está conformado por representantes de las instituciones públicas y privadas que actúan en el sector de salud y funciona básicamente a través de comisiones de expertos institucionales (planificación, medicamentos, recursos humanos, bioética), para generar acuerdos respecto a políticas, normas, reglamentos y otros instrumentos técnicos de aplicación general.

Los años desde la promulgación de la ley de salud han sido especialmente productivos para el CONASA, sin desconocer los valiosos logros de los años anteriores que culminaron en la definición de documentos de política y de la misma ley. Cabe destacar las políticas y planes de trabajo de: medicamentos de investigación en salud, de promoción de la salud, de salud y derechos sexuales y reproductivos, de bioética; las guías para la conformación de los consejos de salud y para la elaboración de los planes de salud, los formularios generales de la historia clínica única, el conjunto de prestaciones y los protocolos clínicos de las prestaciones priorizadas. Estos instrumentos han permitido incorporar enfoques de interculturalidad en la salud pública, armonizar a nivel nacional las cuentas nacionales de salud y las orientar las políticas de recursos humanos y la carrera sanitaria.

El CONASA ha promovido la construcción colectiva de la agenda nacional de salud con amplia participación de la sociedad ecuatoriana y sus instituciones, que fueron convocados a tres congresos por la salud y la vida (COSAVI) en Quito, Guayaquil y Cuenca. Estos congresos permitieron una discusión productiva de la ley, promovieron políticas y procesos claves, y definieron las orientaciones colectivas que más tarde se plasmarían en propuestas de textos para la nueva Constitución Política del Ecuador en el 2008. Actualmente, se encuentra en preparación el cuarto congreso (COSAVI), que tendrá como eje central la transformación del sector salud en el nuevo marco constitucional.

El Ministerio de Salud Pública es responsable de la conducción, normalización, coordinación, regulación y evaluación de las actividades y servicios de salud realizada por entes públicos y privados.

En el período 2002 – 2006, luego de un proceso participativo de consulta nacional a los diferentes actores del Estado y la sociedad civil promovidos por el Ministerio de Salud Pública y el CONASA, se aprobó una propuesta de política nacional de salud organizada en tres ámbitos de acción:

- a) La construcción de ciudadanía en salud.
- b) La protección integral de salud.
- c) El desarrollo sectorial.

Los objetivos especificados de esta Política fueron:

1. Promover la ciudadanía en salud, la garantía, el respeto, la promoción, la protección y la exigibilidad de los derechos humanos para el ejercicio de una vida digna y saludable.
2. Garantizar la protección integral de la salud de la población ecuatoriana facilitando los medios para promover la salud, tanto física como mental, prevenir y enfrentar las enfermedades y sus causas, mitigando sus efectos biológicos, económicos y sociales.
3. Desarrollar las capacidades del sector salud mediante procesos organizativos y participativos que conduzcan al establecimiento y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, el desarrollo integral del talento humano, el desarrollo científico y tecnológico y el impulso a los sistemas de información y la dotación de recursos materiales, tecnológicos y financieros.

En concordancia con los mandatos legales, el Ministerio de Salud Pública ha establecido su misión y visión institucional como ente rector del sector salud, señalando entre sus lineamientos estratégicos que: “asegurará el acceso universal y solidario a servicios de salud con atención integral de calidad para todas las personas, familias y comunidades especialmente a las de condiciones más vulnerables, para garantizar una población y ambientes saludables”, consolidando su Rectoría en el sector e impulsando la participación de la comunidad y del personal de salud en la formulación y aplicación desconcentrada y descentralizada de las políticas sanitarias,⁴⁸ siendo su misión “Velar por el cumplimiento del principio consagrado en la Constitución Política, en la cual el Estado garantiza el derecho irrenunciable a la salud, su promoción y protección, incorporando prácticas de medicina tradicional y alternativas, involucrando a todos los sectores y actores responsables en los ámbitos nacional, provincial y local, mediante la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, de manera desconcentrada, descentralizada y participativa, cumpliendo con los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia”.

Desde que se establecieron los compromisos internacionales con la declaración de Alma-Ata en 1978, el Ministerio de Salud Pública ha incluido en sus definiciones de políticas, planes y programas actividades y recursos para apoyar y consolidar la Atención Primaria de

⁴⁸ Organización nacional del trabajo, Principales diagnósticos, **diagnósticos de la OIT** <http://oit.org>. [Consulta: 14/07/2010]

Salud en el país. El reciente documento elaborado sobre el “Modelo de Atención Integral de Salud Comunitario e Intercultural”, ratifica la importancia que tienen la atención primaria y la promoción de la salud como medios fundamentales para mejorar la salud de las personas y las familias.

El Ministerio de Salud Pública es el facilitador entre diferentes sectores, gobiernos seccionales y comunidades en la elaboración de políticas de promoción de la salud y de normas e intervenciones orientadas a favorecer acciones de promoción. La promoción de la salud en el país, se ha visto fortalecida con la definición de la Política Nacional de Promoción de la Salud y el Plan de Acción, definida en el CONASA, en julio del 2007. Existen varios programas de promoción como: Programa de Escuelas Promotoras de la Salud; intervención en comunidades y municipios saludables; Manual Metodológico para el Trabajo de Atención Primaria Ambiental y Salud; Guía Metodológica de Participación Comunitaria y Social; Lactancia Materna; Ley de lucha antitabáquica y antialcohol; Uso de Medicamentos Genéricos; entre otros.

3.2 Efectividad sobre los servicios de salud en el Hospital Carlos Andrade Marín

3.2.1 Calidad de los servicios

Los diferentes servicios con los que cuenta el hospital Andrade Marín son los siguientes:

CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN CLÍNICA	HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA	SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO
<ul style="list-style-type: none"> •ALERGOLOGÍA •LITOTRIPSIA •NUTRICIÓN •PSICOLOGÍA •CARDIOLOGÍA •CARDIOTORÁCICA •CIRUGÍA GENERAL •CIRUGÍA PLÁSTICA •CIRUGÍA VASCULAR •DERMATOLOGÍA •ENDOCRINOLOGÍA •ESTOMATOLOGÍA •GASTROENTEROLOGÍA •GINECOLOGÍA •HEMATOLOGÍA •INFECTOLOGÍA •MEDICINA INTERNA •NEFROLOGÍA •NEUMOLOGÍA •NEUROCIRUGÍA •NEUROLOGÍA •OBSTETRICIA EXTERNA •OFTALMOLOGÍA •ONCOLOGÍA •OTORRINOLARINGOLOGÍA •PROCTOLOGÍA •PROTECCIÓN SALUD 	<ul style="list-style-type: none"> •CARDIOLOGÍA •DERMATOLOGÍA •ENDOCRINOLOGÍA •GASTROENTEROLOGÍA •GINECOLOGÍA •HEMATOLOGÍA (BANCO DE SANGRE) •INFECTOLOGÍA •MEDICINA INTERNA •NEFROLOGÍA •NEONATOLOGÍA •NEUMOLOGÍA •NEUROLOGÍA •OBSTETRICIA CLÍNICA •ONCOLOGÍA •OTORRINOLARINGOLOGÍA •PEDIATRÍA CONSULTA EXTERNA •PEDIATRÍA CLÍNICA •PEDIATRÍA URGENCIAS •PSIQUIATRÍA •REUMATOLOGÍA •NUTRICIÓN •TERAPIA RESPIRATORIA •PATOLOGÍA 	<ul style="list-style-type: none"> •CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA •CIRUGÍA GINECOLÓGICA •CIRUGÍA MAXILOFACIAL •CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA •CENTRO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO •CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLÓGICA •CIRUGÍA PLÁSTICA •CIRUGÍA PROCTOLÓGICA •CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA •CIRUGÍA UROLÓGICA •QUEMADOS •CIRUGÍA VASCULAR •NEUROCIRUGÍA •CIRUGÍA GENERAL •RECUPERACIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> •AUDIOMETRÍA •EKG •EKG HOLTER •ELECTROENCEFALOGRAFÍA •MONITOREO FETAL •MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) •PRUEBAS DE ESFUERZO •DENSITOMETRIA •ECO DOPPLER •ECOCARDIOGRAFÍA •ECOGRAFÍA •IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA (IRM) •MAMOGRAFÍA •MEDICINA NUCLEAR •RADIOGRAFÍA CONVENCIONAL (RX) •TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) •GENÉTICA •INMUNOHISTOQUÍMICA •LABORATORIO CLÍNICO •LABORATORIO HISTOPATOLOGICO

CUIDADOS INTENSIVOS	CLÍNICAS	EMERGENCIAS	HOSPITAL DEL DÍA	INTERVENCIONISMO
<ul style="list-style-type: none"> •UCI ADULTOS •UCI PEDIÁTRICA •UCI NEONATAL 	<ul style="list-style-type: none"> •CLÍNICA DEL DOLOR •CLÍNICA DE DIABETES •CLÍNICA DE VIH / SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> •ADULTOS •PEDIÁTRICAS 	<ul style="list-style-type: none"> •ANESTESIOLOGÍA LITOTRIPSIA •COLONOSCOPIA •ENDOSCOPIA 	<ul style="list-style-type: none"> •ANGIOPLASTIA •CINECORONARIOGRAFIA •ERCP

Elaboración: Roberto Cobo

En el servicio de consulta externa se ha realizado una medición de calidad en el servicio mediante una encuesta realizada por el servicio de “call center” en el cual se investiga al paciente el grado de satisfacción con la atención en el servicio

Gráfico # 30

Asistencia de citas		
Asistió a la cita	Número	Porcentaje
SI	52275	94,74%
NO	2903	5,26%
TOTAL	55177	100%



Elaboración: Roberto Cobo

Es decir que un 95 % de las personas asistió la cita asignada y solo 2903 personas no asistieron a las citas.⁴⁹

Gráfico # 31

Asistencia de citas		
Le atendieron	Número	Porcentaje
NO	1129	2,16%
SI	51146	97,84%
TOTAL	52275	100%

⁴⁹ IESS,(2010,abril) *Informe de gestión Call Center*, 2009, Ecuador: editorial propia

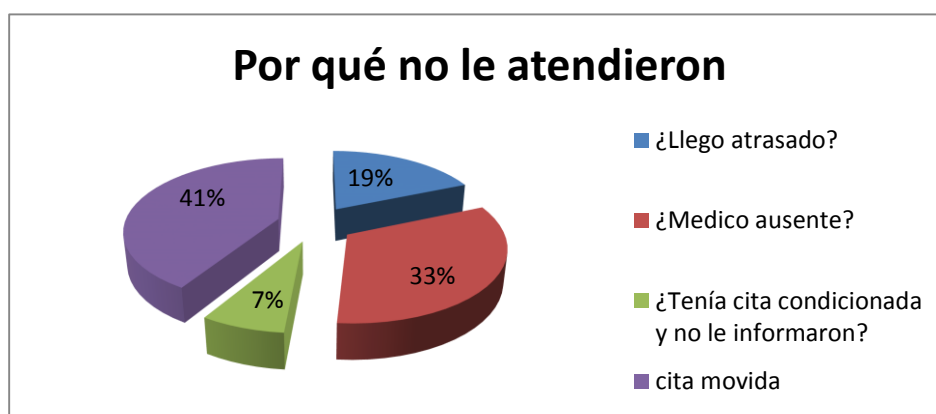


Elaboración: Roberto Cobo

El 97% de personas fue atendido luego de haber obtenido su cita solo 1129 personas no fueron atendidas por diferentes razones.⁵⁰

Gráfico # 32

Asistencia de citas		
Por qué no le atendieron	Número	Porcentaje
¿Llego atrasado?	211	18,69%
¿Medico ausente?	369	32,68%
¿Tenía cita condicionada y no le informaron?	83	7,35%
cita movida	466	41,28%
TOTAL	1129	100%



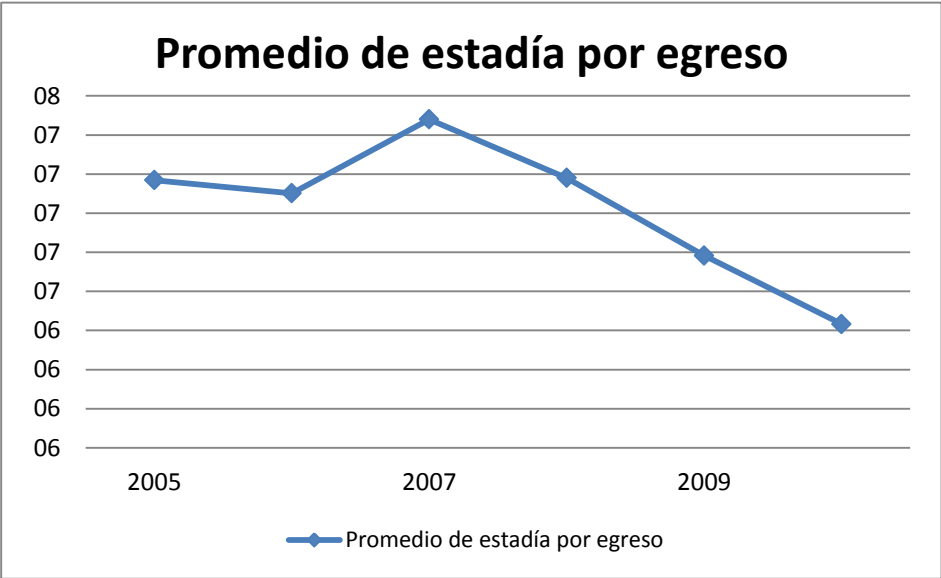
Elaboración: Roberto Cobo

⁵⁰ IESS,(2010,abril) *Informe de gestión Call Center*, 2009, Ecuador: editorial propia

En el Gráfico #32 se puede observar que de las citas que no fueron atendidas, las mayores causales fueron por ser movidas y porque el médico estuvo ausente, en estos casos la Unidad Médica emite una nueva cita para los pacientes en otros días para así garantizar la atención a los afiliados.

En el caso hospitalización se ha evidenciado de manera muy diferente utilizando indicadores, como el porcentaje de estancia.

Gráfico # 33



Elaboración: Roberto Cobo

El promedio de estancia nos indica el número de días que estuvo hospitalizado un paciente en promedio ahora un paciente pasa hospitalizado seis días, dependiendo de la complejidad de la enfermedad.

Cabe que este indicador trata de racionalizar la estancia de un paciente en el hospital para así permitir que más pacientes tengan acceso a un servicio básico.

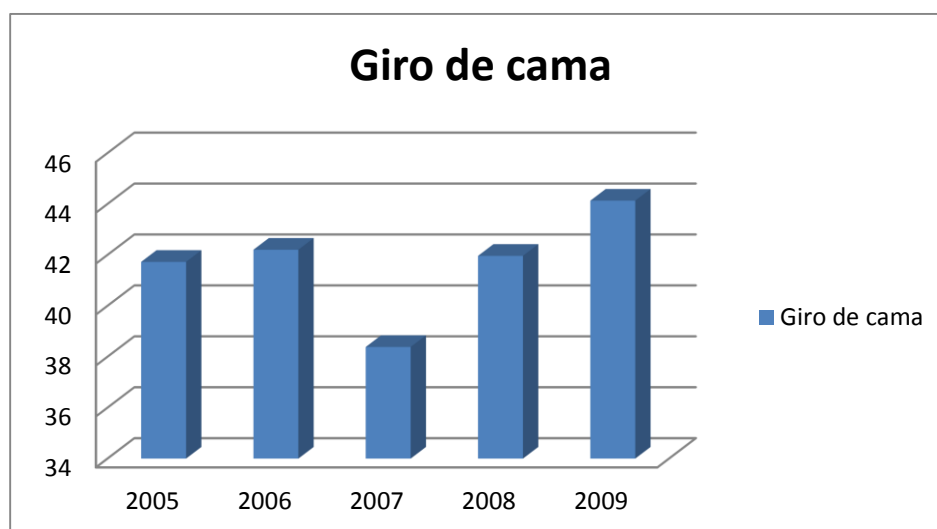
Gráfico # 34



Elaboración: Roberto Cobo

El porcentaje de ocupación que tiene el hospital es muy alto en todos los servicios, esto es un indicador muy importante ya que siempre se pueda tener mayor ocupación si el porcentaje de días de estancia por paciente disminuye.

Gráfico # 35



Elaboración: Roberto Cobo

El giro de cama marca el número de veces que cada cama en promedio es ocupada en el año, en el 2005 en promedio era de 41 veces el año que la cama era utilizada y para el 2009 este indicador aumenta a 45 veces es de decir que muchas más personas ocuparon una cama disponible.

3.2.2 Fundamentos de la eficiencia en atención primaria y de tercer nivel

Los fundamentos en la eficiencia en la atención de primero y de tercer nivel se basan mucho en la clasificación que se tiene por parte del Ministerio de Salud Pública entidad que se encarga del control de la salud en un país.

En general la atención primaria en salud (APS) es una estrategia cuyo objetivo fundamental es dar atención en salud con la mayor calidad y tecnología posible, pero siempre de acuerdo a la realidad de la comunidad donde ésta realiza su trabajo. Su definición ha sido discutida desde su lanzamiento en la década de los años 70 y desde su concepción ésta incluye la mejor calidad posible, lo cual conlleva mayor capacidad de resolver los problemas de salud de la población. Siempre se pensó en el personal humano capaz de realizarlo y se vio que el médico familiar es, por su perfil, el profesional más indicado para realizar esta función.

La diferencia entre atención primaria y primer nivel de atención en salud se basa en que atención primaria salud es una estrategia para proveer a la población los cuidados de salud que requiere cada uno de ellos lo cual abarca a todo el sistema sanitario (incluye a los tres niveles de atención), mientras que el nivel de atención es cómo están organizadas las instituciones prestadoras de salud, de acuerdo a su infraestructura y al tipo de problemas que resuelven, desde las que brindan una atención más general (primer nivel) a las que dan una atención más especializada (tercer nivel).

La semejanza radica en que la mayoría de las actividades de la atención primaria salud se realiza en el primer nivel y que uno de los objetivos de la estrategia atención primaria salud es fortalecer este primer nivel para que sea la puerta de entrada al sistema de salud y que tenga una capacidad de resolución mayor.

Por ejemplo: si bien, el mejor lugar para realizar una actividad de prevención como la vacunación es el primer nivel de atención (como un subcentral de salud), esta actividad también se puede realizar en el segundo nivel (un hospital cantonal) y en el tercer nivel (un hospital de especialidades) y no deja de ser una intervención de atención primaria.

También se suele confundir la complejidad con el nivel de atención. Muchas veces se piensa que los problemas atendidos en el segundo o tercer nivel son más complejos. Sin embargo la mayoría de problemas que se atiende en el primer nivel de atención tienen mayor complejidad por un sin número de factores, como las preferencias culturales y las creencias que inciden en la salud de un usuario.

En cambio el nivel de resolución se refiere a los recursos y capacidad de un servicio para resolver un problema o dar una prestación.

Gráfico # 36

CATEGORIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD		
CATEGORIAS		MINISTERIO DE SALUD
1 NIVEL	I-1	PUESTO DE SALUD
	I-2	PUESTO DE SALUD CON MEDICO
	I-3	CENTRO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO
	I-4	CENTRO DE SALUD CON INTERNAMIENTO
2 NIVEL	II-1	HOSPITAL I
	II-2	HOSPITAL II
3 NIVEL	III-1	HOSPITAL III
	III-2	INSTITUTO ESPECIALIZADO

Elaboración: Roberto Cobo

Atención para primer nivel de complejidad

El primer nivel de complejidad comprende:

1. Atención Ambulatoria:

Consulta médica general, atención inicial, estabilización o remisión de pacientes de urgencia, atención odontológica, radiología, medicamentos esenciales, laboratorio clínico.

2. Hospitalización:

Servicio con internación, comprende: Hospitalización (cama, baño, hospitalización y aseo) atención no quirúrgica, atención del parto normal, laboratorio clínico, radiología, medicamentos esenciales, valoración diagnóstica, manejo médico.

La atención odontológica incluye actividades de educación, motivación y prevención, las cuales serán de carácter obligatorio y se brindarán a todo paciente que inicie su atención.

Las actividades de primer nivel de atención constan de:

Examen Clínico Odontológico, Rx en caso necesario, Educación en Salud Oral, indicaciones y práctica de cepillado, Control de placa, profilaxis, Sellante de fosas y fisuras, Topicación con flúor y operaciones.

Atención para segundo y tercer nivel de complejidad

El segundo nivel de complejidad comprende:

1. Atención ambulatoria:

Consulta médica ginecológica para mujeres embarazadas. Consulta por pediatría para niños menores de un año. Consulta oftalmológica y optometría para personas menores de 20 años y mayores de 60. Consulta de ortopedia y traumatología para todos los grupos de edad.

2. Hospitalización:

Mujeres embarazadas con riesgo y sus complicaciones después del parto. Hospitalización al menor de un año en cualquier complicación, hijo de beneficiaria y que haya sido registrado oportunamente a la ARS. Cirugía de apéndice (apendicetomía), vesícula (Colecistectomía), matriz (Histerectomía), hernia umbilical, inguinal y crural por causas distintas al cáncer.

Cirugía de cataratas en todas las edades y estrabismo en menores de cinco años atención integral en ortopedia y traumatología en cualquier edad.

El servicio de hospitalización incluye los medicamentos, insumos, laboratorios e imágenes diagnósticas necesarias.

Niveles de Atención

Primer nivel de atención:

Servicios menos complejos de medicina, odontología, laboratorio, prestados en centros de salud y Hospitales locales.

Segundo nivel de atención:

Servicios de medicina complejidad prestados por especialistas en Hospitales regionales. Para ingresar a estos servicios, el afiliado debe ser remitido de primer nivel de atención por el médico general.

Tercer y cuarto nivel de atención:

Son servicios de alta complejidad prestada en hospitales universitarios y clínicas especializadas de las capitales de los departamentos. Para recibir estos servicios el usuario debe ser remitido de un hospital regional o local.

La atención de patologías de tipo catastrófico se consideran dentro de un tercer nivel por lo que realizan los siguientes procedimientos:

Trasplante renal, diálisis, neurología, cirugía cardíaca, reemplazos articulares, manejo del gran quemado, manejo de trauma mayor, manejo de pacientes infectados con VIH, quimioterapia y radioterapias para el cáncer, manejo de pacientes en unidad de cuidados intensivos.

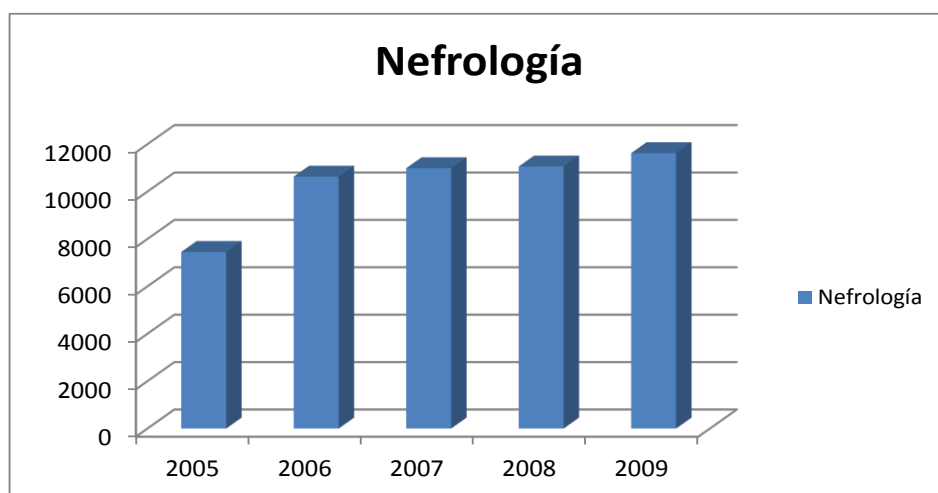
Actualmente el Hospital Carlos Andrade Marín cumple con todos los servicios antes mencionados por lo que se lo considera uno de los más importantes que tiene el país.

Durante este año se ha impulsado la creación de nuevos servicios que antes eran incluido en un mismo, como la clínica de VIH que antes estaba incluida en la especialidad de infectología pero se puede añadir que esta iniciativa esta basada en garantizar ningún tipo de exclusión para estos pacientes, sino que garantiza que pueden ser atendidos en la Unidad Medica

Durante este año se han atendido cerca de 1416 personas en esta especialidad garantizándoles que obtengan todo los servicios necesarios para evitar el aumento de esta grave enfermedad.

En lo que se refiere a trasplante renal, diálisis estos servicios se encuentran incluidos en el servicio de nefrología, dentro del cual se atienden a los pacientes cumpliendo con todos los procedimientos establecidos.

Gráfico # 37

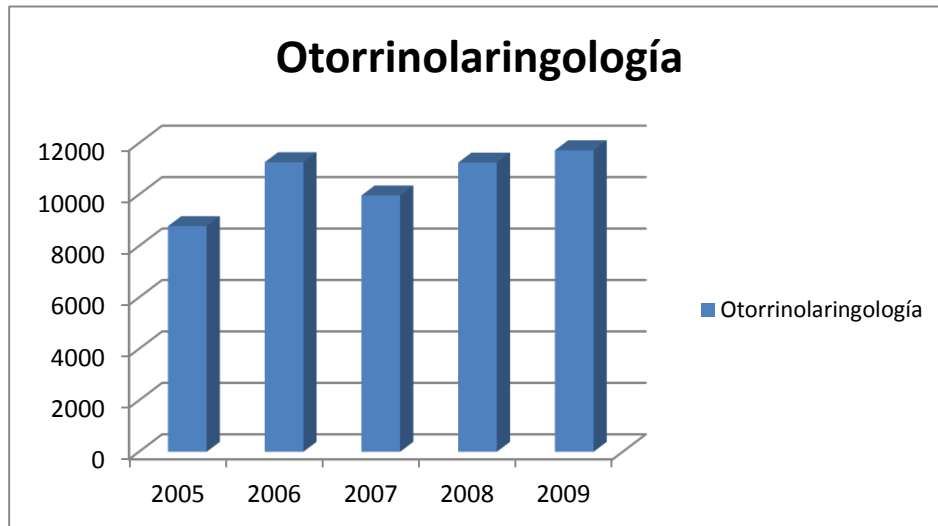


Elaboración: Roberto Cobo

En el gráfico # 37 se puede observar como el aumento de pacientes que acuden a este servicio no ha sido significativo durante los últimos dos años en el 2009 se atendieron cerca de 11621 pacientes mientras que en el 2008 cerca de 11056 pacientes.

En el servicio encargado de el remplazo de auriculares es otorrinolaringología uno de los más importantes que tiene el hospital.

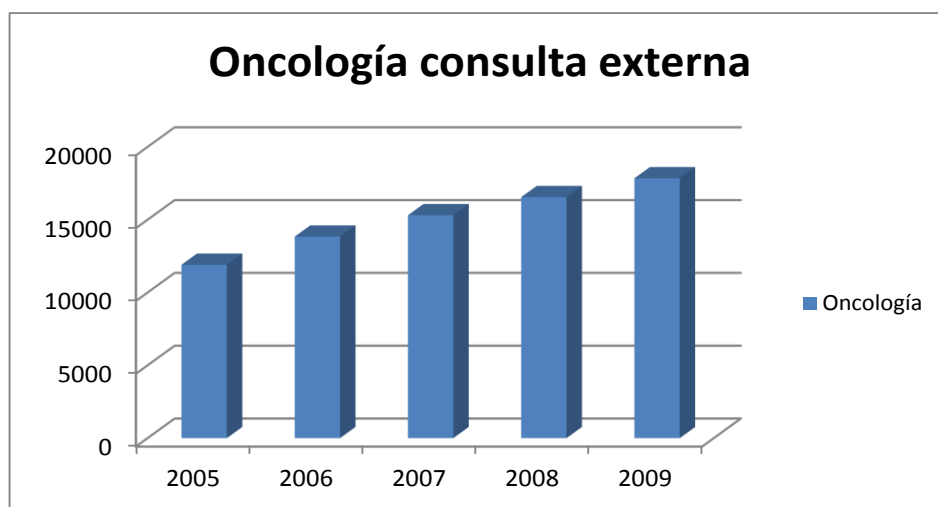
Gráfico # 38



Elaboración: Roberto Cobo

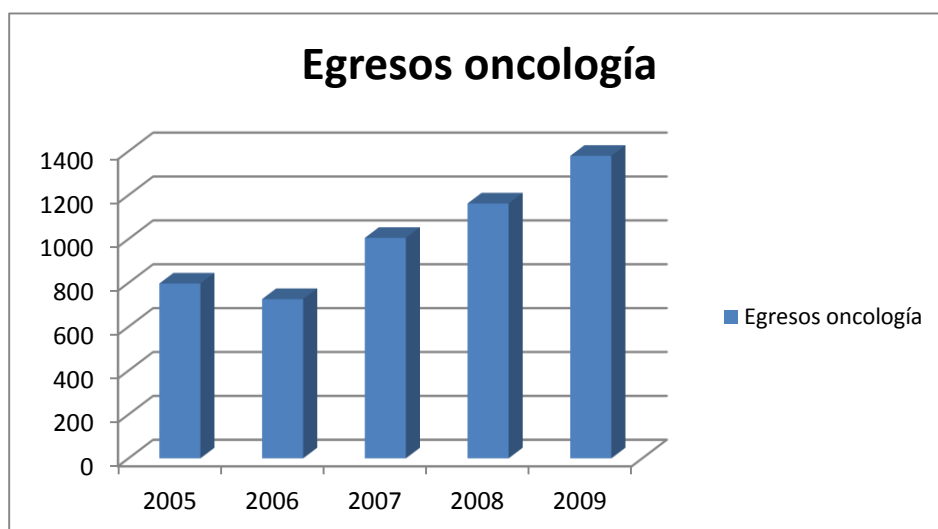
En el último año se atendieron 11722 pacientes y para le 2010 hasta el mes de agosto se han atendido cerca de 8.324 claramente para este año el número de pacientes va a ser superior, durante este año hay que señalar que se han realizado cerca de 4435 consultas de primera ves.

Gráfico # 39



Elaboración: Roberto Cobo

Gráfico # 40



Elaboración: Roberto Cobo

3.2.3 Proyecciones en el servicio de Consulta externa

Para el 2010 se pretende en el hospital que se atiendan un número mayor de consultas en el servicio de consulta externa por lo que proyectara los últimos 4 meses para así comprobar el número de consultas que va a tener el Hospital durante este año.

Para lo cual se procederá a realiza pruebas estadísticas y posteriormente proyectar los últimos meses.

Prueba de estacionariedad

Para saber si la serie de tiempo trabajada es estacionaria o no estacionaria, es necesario aplicar la prueba de estacionariedad, la cual nos permite transformar una serie de tiempo no estacionaria en estacionaria.

Procesos estocasticos

Un proceso estocástico o aleatorio es una colección de variables ordenadas en el denominado como $Y(t)$ si es continua y como Y_t si es discreta.

La distinción entre un proceso estocástico y su realización es semejante a la diferencia entre la población, y muestra en datos transversales. Si en datos transversales la muestra sirve para inferir en la población, de la misma forma en las series de tiempo se emplea la realización para inferir respecto al proceso estocástico.

Proceso estocástico estacionario

Se dice que un proceso estocástico es estacionario o si su media, su varianza y su autocovarianza permanecen iguales, sin importar el momento en el cual se mida, caso contrario el proceso es no estacionario; Se conoce que en la literatura de series de tiempo un proceso estocástico como éste se conoce como: proceso estocástico débilmente estacionario, estacionario con variante, estacionario de segundo orden, o proceso estocástico en amplio sentido.

Media: $E(Y_t) = \mu$

Varianza: $\text{var.}(Y_t) = E(Y_t - \mu)^2 = \sigma^2$

Co varianza: $\gamma_k = E[(Y_t - \mu)(Y_{t+k} - \mu)]$

Donde γ_k , la co varianza o autocovarianza al rezago k , es la co varianza entre los valores Y_t y Y_{t+k} es decir entre dos variables Y están separados por k periodos.

Si: $k=0 = \gamma_0$ que es simplemente la varianza de Y (σ^2)

Si: $k=1 = \gamma_1$ que es la co varianza entre dos valores adyacentes de Y

El problema de las serie de tiempo no estacionarias es que sólo puede estudiarse su comportamiento durante el período particular y no puede generalizarse para otros períodos; por lo que para propósitos de pronóstico, tales series de tiempo (no estacionarias) tendrán un valor práctico insignificante.

Proceso puramente aleatorio o ruido blanco

Un proceso puramente aleatorio o "Ruido Blanco", es un córrelo grama de los residuos sin auto correlación. Se dice que un proceso es puramente aleatorio si tiene una media igual a cero una varianza constante σ^2 y no está seriamente correlacionada.

Si recordamos el término de error YT del modelo de regresión lineal entonces se dice que dicha regresión no sufre de auto correlación y está correctamente determinada.

Procesos estocásticos integrados

Si una serie de tiempo escogida se debe diferenciar una vez para que sea estacionaria, se dice que es un proceso integrado de primer orden, $I(1)$, es la primera diferencia; si una serie de tiempo escogida se debe diferenciar dos veces para que sea estacionaria, se dice que es un proceso integrado de segundo orden, $I(2)$, es la segunda diferencia, y así sucesivamente hasta, $I(d)$; Una serie de tiempo Y_t integrada de orden se denota como $Y_t \sim I(d)$.

Si una serie de tiempo es estacionaria desde el principio (al nivel, no requiere ninguna diferenciación) se dice que es un proceso integrado de orden cero y se denota $I(0)$.

La mayoría de las series de tiempo económicas son $I(1)$; es decir, por lo general se convierten en estacionarias, después de haber tomado su primera diferencia.

Propiedades De Las Series Integradas

1) Si $X_t \sim I(0)$ y $Y_t \sim J(1)$, entonces $Z_t = (X_t + X_t) = I(1)$; es decir, una combinación lineal de series de tiempo estacionarias y no estacionarias, es no estacionaria.

2) Si $X_t \sim I(d)$, entonces $Z_t = (a + b X_t) \sim I(d)$, donde a y b son constantes. Es decir, una combinación lineal de una serie de $I(d)$ es también $I(d)$.

Por tanto, si $Y_t \sim I(0)$, entonces $Z_t = (a + b X_t) \sim I(0)$.

3) Si $X_t \sim I(d_1)$ y $Y_t \sim I(d_2)$, entonces $Z_t = (aX_t + bY_t) \sim I(d_2)$, donde $d_1 < d_2$

4) Si $X_t \sim I(d_1)$ y $Y_t \sim I(d)$, entonces $Z_t = (aX_t + bY_t) \sim I(d^*)$; d^* es por lo general igual a d pero en algunos casos $d < d^*$.

Como se puede apreciar, se debe poner mucha atención al combinar dos o más series de tiempo que tienen diferente orden de integración.

Prueba gráfica

El primer paso a seguir antes de llevar a cabo una prueba formal, se recomienda graficar los datos de dicha serie. La gráfica de una serie de tiempo establece una clave inicial sobre la naturaleza de esta serie

Función de autocorrelación (fac) y correlograma

Es una prueba simple de estacionariedad, que está basada "en la función Auto correlación Muestral". La ACF muestra el rezago k , denotada por ρ_k está definida por:

$$\hat{\rho}_k = (\hat{\gamma}_k / \hat{\gamma}_0) = (\sum (Y_t - Y(\text{media})) (Y_{t+k} - Y(\text{media}))) / \sum (Y_t - \text{media})^2$$

ρ_k = co varianza al rezago k / varianza

$\hat{\rho}_k$ = coeficiente de auto correlación.

$\hat{\gamma}_k$ = autocovarianza

$\hat{\gamma}_0$ = varianza

La elección del número de rezagos debe ser totalmente empírica, una buena opción es escoger entre el tercio o un cuarto de la longitud de la serie de tiempo. $\hat{\rho}_k$ se encuentra entre los valores de -1 y 1, igual que cualquier coeficiente de correlación. Si se grafica $\hat{\rho}_k$ frente a k se obtiene el correlograma poblacional. Puesto que en la práctica, sólo se tiene una realización de un proceso estocástico, es decir la muestra; solamente se puede calcular la

función de auto correlación muestral $\hat{\rho}_k$.

Correlograma

La importancia estadística, de cualquier $\hat{\rho}_k$ puede juzgarse mediante su error estándar. Bartlett, demostró que si una serie de tiempo es puramente aleatoria; es decir, si muestra ruido blanco, los coeficientes de auto correlación muestrales ρ_k , son aproximadamente $\hat{\rho}_k \sim N(0, 1/n)$.

Donde n es el tamaño de la muestra; al 95% de confianza.

$$-1,96 (1/n)^{1/2} < \hat{\rho}_k < 1,96 (1/n)^{1/2}$$

$$-1,96 (1/60)^{1/2} < \hat{\rho}_k < 1,96(1/60)^{1/2}$$

$$-0.01633 < \hat{\rho}_k < 0.01633$$

$$H_0: \hat{\rho}_k = 0 \quad H_1: \hat{\rho}_k \neq 0$$

Si $\hat{\rho}_k$ está dentro del intervalo se acepta la H_0 ; es decir no hay auto correlación.

Si $\hat{\rho}_k$ está fuera del intervalo se acepta la H_1 ; es decir hay auto correlación.

Si se desea probar la hipótesis conjunta de que todos los $\hat{\rho}_k$ son simultáneamente iguales a 0, se recurre al estadígrafo LJUNG-BOX.

$$Q_{LB} = n(n+2) \sum_{k=1} (\hat{\rho}_k)^2 / n-k$$

Donde n es el tamaño de la muestra y m es la longitud del rezago. El Q_{LB} es aproximadamente una distribución λ^2 con n grados de libertad.

$$H_0: \text{ todos los } \hat{\rho}_k = 0 \quad H_1: \text{ todos los } \hat{\rho}_k \neq 0.$$

Si $Q_{LB} >$ valor crítico de la tabla λ^2 se acepta la H_1 ; la serie es no estacionaria.

Si $Q_{LB} <$ al valor crítico de la tabla λ^2 ; se acepta a la H_0 , la serie es estacionaria.

Proceso autorregresivo (ar).

Si Y_t es una serie de tiempo estacionaria se puede modelar como:

$$(Y_t - \delta) = \alpha_1(Y_{t-1} - \delta) + U_t$$

Donde δ es la media de Y_t y U_t es el vector de errores no correlacionados con media 0 y

varianza σ^2 (ruido blanco), entonces Y_t sigue un proceso estocástico autorregresivos de primer orden AR(1).

$$Y_t = \delta + \alpha_1 Y_{t-1} - \alpha_1 \delta + U_t \quad ; Y_t = (1-\alpha_1) \delta + \alpha_1 Y_{t-1} + U_t$$

Si Y_t es una serie e tiempo estacionario y se puede modelar como:

$$(Y_t - \delta) = \alpha_1(Y_{t-1} - \delta) + \alpha_2(Y_{t-2} - \delta) + U_t$$

Y_t sigue un proceso autorregresivos de segundo orden AR(2):

$$Y_t = (1-\alpha_1-\alpha_2) \delta + \alpha_1 Y_{t-1} + \alpha_2 Y_{t-2} + U_t$$

En general: $(Y_t - \delta) = \alpha_1(Y_{t-1} - \delta) + \alpha_2(Y_{t-2} - \delta) + \dots + \alpha_p(Y_{t-p} - \delta) + U_t$

$$Y_t = (1-\alpha_1-\alpha_2-\dots-\alpha_p) \delta + \alpha_1 Y_{t-1} + \alpha_2 Y_{t-2} + \dots + \alpha_p Y_{t-p} + U_t$$

Y_t sigue un proceso autorregresivos de orden p: AR(p)

Proceso de media móvil (ma)

Si Y_t es una serie de tiempo estacionaria y se la puede modelar como:

$$Y_t = \gamma + \beta_0 U_t + \beta_1 U_{t-1}$$

Donde γ es una constante y U_t es el vector de errores estocásticos con ruido blanco; se dice que Y_t sigue un proceso de media móvil de primer orden MA(1).

Siendo Y_t una serie de tiempo estacionaria se la puede modelar como:

$Y_t = \gamma + \beta_0 U_t + \beta_1 U_{t-1} + \beta_2 U_{t-2}$; se dice que Y_t sigue un proceso de media Móvil de segundo orden MA (2).

En General: $Y_t = \gamma + \beta_0 U_t + \beta_1 U_{t-1} + \beta_2 U_{t-2} + \dots + \beta_q U_{t-q}$

Y_t sigue un proceso de media móvil MA(q).

Proceso autorregresivo de media movil (arma)

Este proceso no es más que Y_t puede tener características de AR y MA simultáneamente debido a que es estacionaria al nivel, entonces se le conoce como proceso ARMA.

Si Y_t es una serie de tiempo estacionaria al nivel y se puede modelar como:

$Y_t = \gamma + \alpha_1 Y_{t-1} + \beta_0 U_t + \beta_1 U_{t-1}$; entonces Y_t sigue un proceso de media móvil de primer orden ARMA (1).

En general en un proceso ARMA (p, q) habrá p términos autorregresivos y q términos de

media móvil.

Proceso autorregresivo integrado de media móvil (arima)

Si Y_t es una serie de tiempo que con d diferencias se vuelve estacionaria, se dice que la original es ARIMA (p, d, q); donde p es el número de términos autorregresivos, d es el número de veces que debe ser diferenciada para volverse estacionaria y q es el número de términos de media móvil.

El objetivo de Box Jenkins es identificar y estimar un modelo estadístico que pueda ser interpretado como generador de la información muestral. Entonces si este modelo estimado se utilizara para predicción, debe suponerse que sus características son constantes a través del tiempo, y particularmente en periodos de tiempo futuro. Así la simple razón para requerir información estacionaria es que cualquier modelo que sea inferido a partir de esta información pueda interpretarse como estacionario o estable, proporcionando, por consiguiente una base válida para predicción.

La metodología BJ sigue un proceso autorregresivos (AR) puro o un proceso (MA) o un proceso (ARMA) o por último un proceso (ARIMA). El método considera cuatro pasos:

Paso 1. Identificación: Es decir, encontrar los valores apropiados de p, d y q .

Paso 2. Estimación: habiendo identificado los valores apropiados de p y q , la siguiente etapa es estimar los parámetros de los términos autorregresivos y de la medida móvil incluidos en el modelo. Algunas veces, este cálculo puede hacerse mediante mínimos cuadrados simples, en otras tendrá que recurrir a métodos de estimación no lineal.

Paso 3. Verificación del Diagnóstico: Después de seleccionar un modelo ARIMA particular y de estimar sus parámetros, se trata de ver luego si el modelo seleccionado se ajusta a los datos en forma razonablemente buena, ya que es posible que exista otro modelo ARIMA que también lo haga. Es por esto que el diseño de modelos ARIMA Box-Jenkins es un arte más que una ciencia; se requiere gran habilidad para seleccionar el modelo ARIMA correcto. Una simple prueba del modelo seleccionado es ver si los residuales estimados a partir de este modelo son de ruido blanco; si lo son, puede aceptarse el ajuste particular, si no lo son

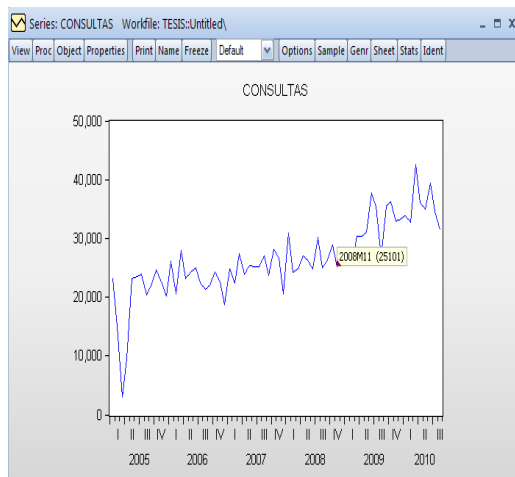
debe empezarse nuevamente. La metodología Box-Jenkins es un proceso iterativo.

Paso 4. Predicción: En muchos casos las predicciones obtenidas por este método son más contables que las obtenidas de la elaboración tradicional de modelos particularmente para predicciones de corto plazo.

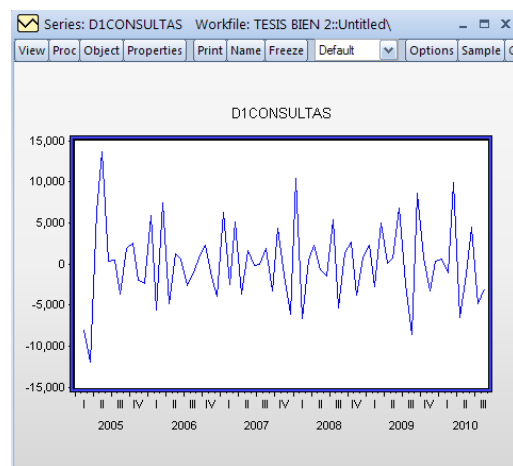
Prueba de Estacionalidad

Prueba gráfica al nivel con la primera diferencia y con la segunda diferencia

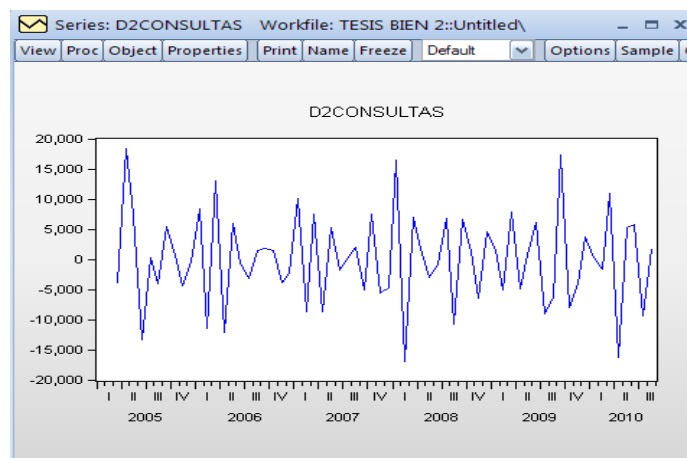
Gráfico # 41



Elaboración: Roberto Cobo



Elaboración: Roberto Cobo

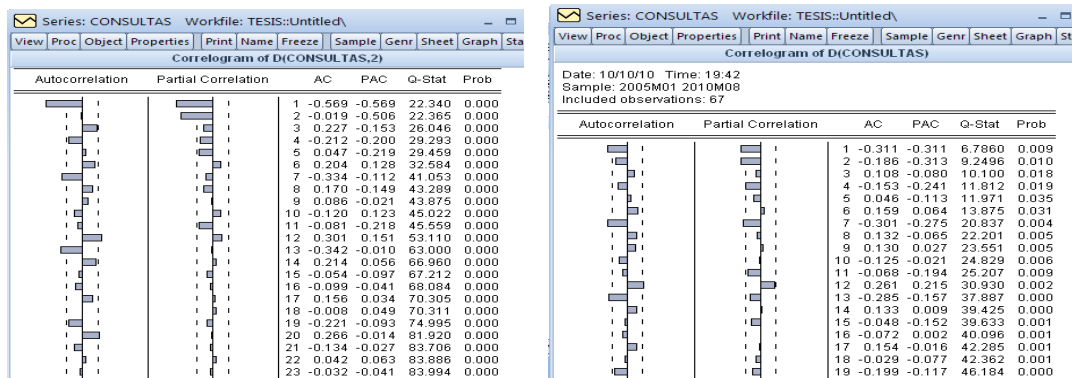


Elaboración: Roberto Cobo

La prueba grafica lo que nos proporciona es la naturaleza de la serie de tiempo y nos sirve para analizarla. Podemos darnos cuenta que la serie de tiempo no tiene un comportamiento con tendencia lineal, sino mas bien se lo representa como una sierra a lo largo del tiempo.

Función de autocorrelación y Correlograma

Gráfico # 42



Elaboración: Roberto Cobo

Se puede ver claramente que son series estacionarias debido a que tienen algunos k con auto correlación, sin embargo no siguen una tendencia sinusoidal de auto correlaciones con un patrón visual posible.

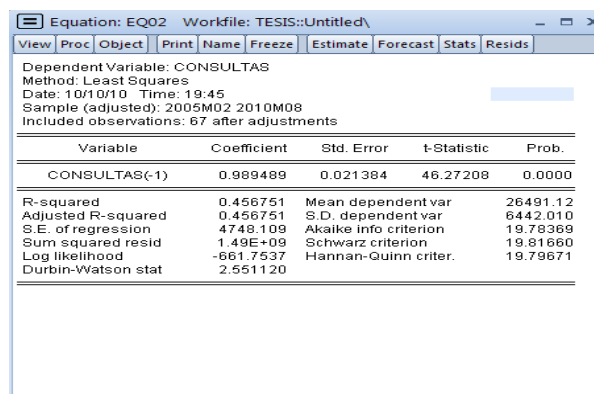
Prueba de raíz unitaria

En la prueba de raíz unitaria se realizara las pruebas específicas utilizando las ecuaciones al nivel, con la primera diferencia, y con la segunda diferencia.

Al nivel

Eq01= consultas consultas (-1)

Gráfico # 43



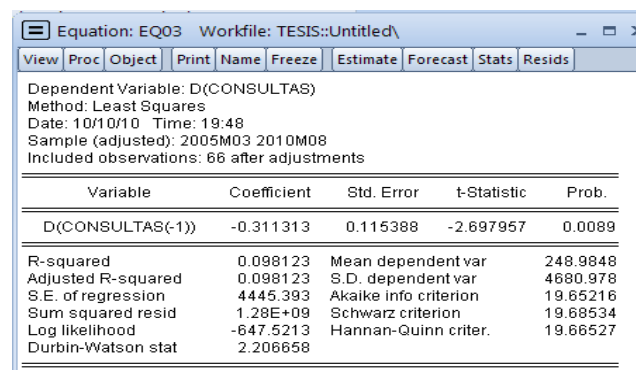
Elaboración: Roberto Cobo

El coeficiente es diferente de 1, entonces se puede demostrar que la serie es estacionaria por lo que la t de statistic es la t de student y el valor absoluto es de 46.27 y no hay problemas de raíz unitaria.

Primera diferencia

$$Eq02= d(\text{consultas}) - d(\text{consultas}(-1))$$

Gráfico # 44



Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(CONSULTAS(-1))	-0.311313	0.115388	-2.697957	0.0089
R-squared	0.098123	Mean dependent var		248.9848
Adjusted R-squared	0.098123	S.D. dependent var		4680.978
S.E. of regression	4445.393	Akaike info criterion		19.65216
Sum squared resid	1.28E+09	Schwarz criterion		19.68534
Log likelihood	-647.5213	Hannan-Quinn criter.		19.66527
Durbin-Watson stat	2.206658			

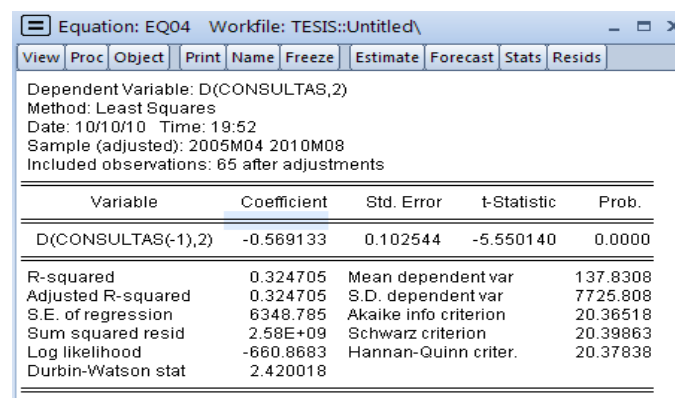
Elaboración: Roberto Cobo

Como el valor de coeficiente no es igual a uno, podemos demostrar que la serie de tiempo Yt es estacionaria, por lo que podemos decir que como la t statistic es la t de student es mayor que 2 la serie es estacionaria y no presenta problemas de raíz unitaria

Segunda diferencia

$$Eq03= d(\text{consultas}, 2) - d(\text{consultas}(-1), 2)$$

Gráfico # 45



Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(CONSULTAS(-1),2)	-0.569133	0.102544	-5.550140	0.0000
R-squared	0.324705	Mean dependent var		137.8308
Adjusted R-squared	0.324705	S.D. dependent var		7725.808
S.E. of regression	6348.785	Akaike info criterion		20.36518
Sum squared resid	2.58E+09	Schwarz criterion		20.39863
Log likelihood	-660.8683	Hannan-Quinn criter.		20.37838
Durbin-Watson stat	2.420018			

Elaboración: Roberto Cobo

Como el valor de coeficiente no es igual a uno, podemos demostrar que la serie de tiempo Y_t es estacionaria, por lo que podemos decir que como la t statistic es la t de student es mayor que 2 la serie es estacionaria y no presenta problemas de raíz unitaria

Como P es 0.569133, se sospecha la t es diferente de T hay que comparar con el valor crítico de la t , hay pendiente significativa porque $t=5.550140$ comparado con 2 la serie es estacionaria.

Pronósticos autocorrelación (ar)

El proceso de autocorrelación (AR) en nuestra serie de tiempo fue realizado desde el nivel, ya que en este la serie era estacionaria y a su vez se lo realizo con la primera y segunda diferencia para poder predecir de mejor manera los últimos cuatro meses del año

El primer paso que fue graficar el córrelograma para así ver que coeficientes de auto correlación utilizar en el modelo.

Después de graficar el córrelograma al nivel podemos determinar que los coeficientes de k que utilizamos eran 1,2,3,4,5,6,7,8,10 para así desarrollar las posibles mejores combinaciones para es desarrollo de nuestro modelo.

Después de obtener la primera regresión se procede a quitar los coeficiente k 1, 2, 4, 5, 6, 8,10 porque los coeficientes eran de baja intensidad por lo que no eran muy significativas, el modelo al nivel queda en función de los coeficientes 3,10.

Luego de generar la regresión se obtiene

Gráfico # 46

Equation: EQ01 Workfile: TESIS BIEN::Untitled\										
View	Proc	Object	Print	Name	Freeze	Estimate	Forecast	Stats	Resids	
Dependent Variable: CONSULTAS										
Method: Least Squares										
Date: 10/16/10 Time: 18:58										
Sample (adjusted): 2005M11 2010M08										
Included observations: 58 after adjustments										
Convergence achieved after 6 iterations										
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.						
C	39170.06	14679.81	2.668294	0.0100						
AR(3)	0.732568	0.093463	7.838077	0.0000						
AR(10)	0.180636	0.085467	2.113514	0.0391						
R-squared	0.656792	Mean dependent var	27750.90							
Adjusted R-squared	0.644311	S.D. dependent var	5284.557							
S.E. of regression	3151.691	Akaike info criterion	18.99960							
Sum squared resid	5.46E+08	Schwarz criterion	19.10618							
Log likelihood	-547.9885	Hannan-Quinn criter.	19.04112							
F-statistic	52.62622	Durbin-Watson stat	1.998727							
Prob(F-statistic)	0.000000									
Inverted AR Roots										
	.98	.68+.40i	.68-.40i	.20-.74i						
	.20+.74i	-.38-.86i	-.38+.86i	-.61+.59i						
	-.61-.59i	-.76								

Elaboración: Roberto Cobo

En esta regresión se puede observar que cumplía con los principios que las t eran superiores a 2 y que nuestra serie tenía un buen # de F, por lo que la regresión era válida para poder hacer las predicciones en el modelo.

Después de generar esta prueba se procede al cálculo de las proyecciones.

Gráfico # 47

Forecast equation
EQ04

Series to forecast
 FLORES D(FLORES)

Series names
Forecast name: floresf
S.E. (optional):
GARCH(optional):

Method
 Dynamic forecast
 Static forecast
 Structural (ignore ARMA)
 Coef uncertainty in S.E. calc

Forecast sample
2002m01 2007m06

Output
 Forecast graph
 Forecast evaluation

Insert actuals for out-of-sample observations

Elaboración: Roberto Cobo

Los valores a continuación son las proyecciones para los últimos cuatro meses del año 2010 en el modelo AR

Gráfico # 48

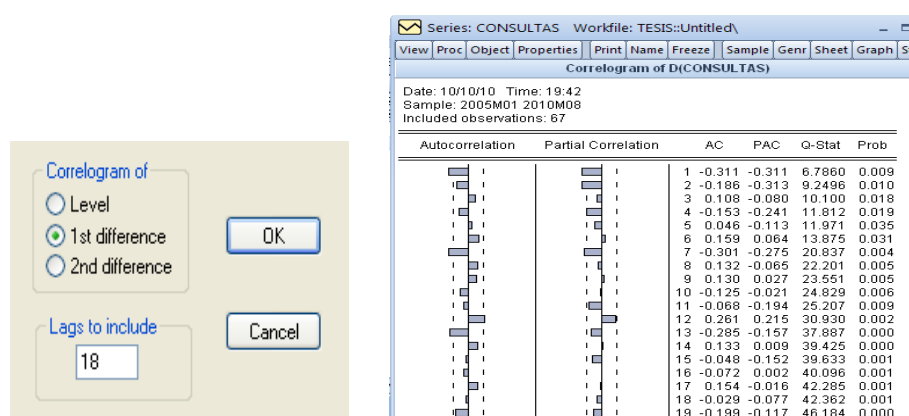
Meses	Nivel	Proyecciones
Septiembre	Q1	39211
Octubre	Q2	35690
Noviembre	Q3	32574
Diciembre	Q4	37297

Elaboración: Roberto Cobo

Con la primera y segunda diferencia

Se repite los pasos anteriores primero graficamos el córrelograma con la primera diferencia.

Gráfico # 49



Elaboración: Roberto Cobo

Después de graficar el córrelograma con la primera diferencia podemos determinar que los coeficientes de k que utilizamos eran 1, 2, 4, 5, 8, 12,13 para así desarrollar las posibles mejores combinaciones para es desarrollo de nuestro modelo.

Después de obtener la primera regresión se procede a quitar los coeficiente k 4, 5, 8,13 porque los coeficientes eran de baja intensidad por lo que no eran muy significativas, el modelo al nivel queda en función de los coeficientes 1, 2,12.

Luego de generar la regresión se obtiene

Gráfico # 50

Equation: EQO2 Workfile: TESIS BIEN::Untitled\									
View	Proc	Object	Print	Name	Freeze	Estimate	Forecast	Stats	Resids
Dependent Variable: D(CONSULTAS)									
Method: Least Squares									
Date: 10/16/10 Time: 19:05									
Sample (adjusted): 2006M02 2010M08									
Included observations: 55 after adjustments									
Convergence achieved after 4 iterations									
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.					
C	212.9701	185.2829	1.149432	0.2557					
AR(1)	-0.824938	0.114482	-7.205834	0.0000					
AR(2)	-0.496715	0.116319	-4.270279	0.0001					
AR(12)	0.213106	0.085283	2.498818	0.0157					
R-squared	0.567352	Mean dependent var		97.60000					
Adjusted R-squared	0.541902	S.D. dependent var		4276.737					
S.E. of regression	2894.620	Akaike info criterion		18.84904					
Sum squared resid	4.27E+08	Schwarz criterion		18.99503					
Log likelihood	-514.3487	Hannan-Quinn criter.		18.90550					
F-statistic	22.29293	Durbin-Watson stat		1.923149					
Prob(F-statistic)	0.000000								
Inverted AR Roots	.81	.69+ .44i	.69- .44i	.36- .76i					
	.36+ .76i	-.09- .89i	-.09+ .89i	-.52- .80i					
	-.52+ .80i	-.80+ .47i	-.80- .47i	-.91					

Elaboración: Roberto Cobo

En esta regresión se puede observar que cumplía con los principios que las t eran superiores a 2 y que nuestra serie tenía un buen # de F, por lo que la regresión era válida para poder hacer las predicciones en el modelo.

Después de generar esta prueba se procede al cálculo de las proyecciones Los valores a continuación son las proyecciones para los últimos cuatro meses del año 2010 en el modelo AR.

Gráfico # 51

Meses	Nivel	Proyecciones
Septiembre	Q1	39711
Octubre	Q2	35856
Noviembre	Q3	34194
Diciembre	Q4	37177

Elaboración: Roberto Cobo

Después de graficar el córrelograma con la segunda diferencia podemos determinar que los coeficientes de k que utilizamos eran 1, 3, 4, 6, 7, 12, 13, 14 para así desarrollar las posibles mejores combinaciones para el desarrollo de nuestro modelo.

Después de obtener la primera regresión se procede a quitar los coeficiente k 6, 7, 13, 12,14 porque los coeficientes eran de baja intensidad por lo que no eran muy significativas, el modelo en segunda diferencia queda en función de los coeficientes 1, 3,4

Luego de generar la regresión se obtiene

Gráfico # 52

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	284.8793	1080.852	0.263569	0.7931
AR(1)	-0.864800	0.087278	-9.908550	0.0000
AR(3)	0.561102	0.118246	4.745190	0.0000
AR(4)	0.340801	0.119546	2.850785	0.0061

R-squared	0.654144	Mean dependent var	27.27869
Adjusted R-squared	0.635942	S.D. dependent var	13405.73
S.E. of regression	8088.651	Akaike info criterion	20.89764
Sum squared resid	3.73E+09	Schwarz criterion	21.03605
Log likelihood	-633.3779	Hannan-Quinn criter.	20.95188
F-statistic	35.93623	Durbin-Watson stat	2.532142
Prob(F-statistic)	0.000000		

Inverted AR Roots	.78	-.47+.63i	-.47-.63i	-.71
-------------------	-----	-----------	-----------	------

Elaboración: Roberto Cobo

En esta regresión se puede observar que cumplía con los principios que las t eran superiores a 2 y que nuestra serie tenía un buen # de F, por lo que la regresión era válida para poder hacer las predicciones en el modelo.

Después de generar esta prueba se procede al cálculo de las proyecciones Los valores a continuación son las proyecciones para los últimos cuatro meses del año 2010 en el modelo AR.

Gráfico # 52

Meses	2da diferencia	Proyecciones
Septiembre	Q1	28484
Octubre	Q2	19030
Noviembre	Q3	17164
Diciembre	Q4	15234

Elaboración: Roberto Cobo

Promedios Móviles

En los promedios móviles se mantiene un sistema parecido al del anterior modelo con la diferencia que en este modelo no se utilizan los datos del auto correlación sino que se utilizan los partial correlation (PAC), igual que en el modelo anterior en nuestra serie de tiempo va a ser utilizada al nivel, primera diferencia y con la segunda diferencia.

Después de graficar el córrelograma al nivel podemos determinar que los coeficientes de k que utilizamos eran 1, 2, 3, 5, 8,13 para así desarrollar las posibles mejores combinaciones para es desarrollo de nuestro modelo.

Después de obtener la primera regresión se procede a quitar los coeficiente k 2, 5, 8,13 porque los coeficientes eran de baja intensidad por lo que no eran muy significativas, el modelo al nivel queda en función de los coeficientes 1,3.

Luego de generar la regresión se obtiene

Gráfico # 53

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	29340.92	2256.575	13.00241	0.0000
AR(1)	0.449205	0.089977	4.992462	0.0000
AR(2)	0.326549	0.091803	3.557046	0.0007
AR(3)				

R-squared	0.611903	Mean dependent var	27027.40
Adjusted R-squared	0.599383	S.D. dependent var	5646.997
S.E. of regression	3574.226	Akaike info criterion	19.24594
Sum squared resid	7.92E+08	Schwarz criterion	19.34630
Log likelihood	-622.4930	Hannan-Quinn criter.	19.28554
F-statistic	48.87685	Durbin-Watson stat	2.402760
Prob(F-statistic)	0.000000		

Inverted AR Roots			
.88	-.21-.57i	-.21+.57i	

Elaboración: Roberto Cobo

En esta regresión se puede observar que cumplía con los principios que las t eran superiores a 2 y que nuestra serie tenía un buen # de F, por lo que la regresión era válida para poder hacer las predicciones en el modelo.

Después de generar esta prueba se procede al cálculo de las proyecciones.

Gráfico # 54

Elaboración: Roberto Cobo

Los valores a continuación son las proyecciones para los últimos cuatro meses del año 2010 en el modelo AR

Gráfico # 55

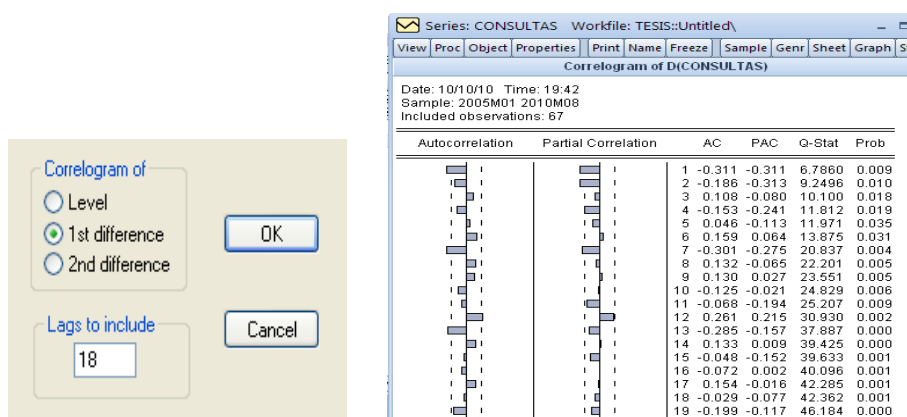
Meses	Nivel	Proyecciones
septiembre	Q1	26040
Octubre	Q2	28235
Noviembre	Q3	32313
Diciembre	Q4	30090

Elaboración: Roberto Cobo

Con la primera y segunda diferencia

Se repite los pasos anteriores primero graficamos el córrelograma con la primera diferencia.

Gráfico # 56



Elaboración: Roberto Cobo

Después de graficar el córrelo grama con la primera diferencia podemos determinar que los coeficientes de k que utilizamos eran 1, 2, 4, 7, 11,12 para así desarrollar las posibles mejores combinaciones para es desarrollo de nuestro modelo.

Después de obtener la primera regresión se procede a quitar los coeficiente k 2, 11,4 porque los coeficientes eran de baja intensidad por lo que no eran muy significativas, el modelo al nivel queda en función de los coeficientes 1, 7,12.

Luego de generar la regresión se obtiene

Gráfico # 57

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	235.7997	45.26147	5.209721	0.0000
MA(1)	-0.629499	0.046870	-13.43061	0.0000
MA(7)	-0.517532	0.034852	-14.84960	0.0000
MA(12)	0.191936	0.026575	7.222396	0.0000

R-squared	0.600230	Mean dependent var	124.8955
Adjusted R-squared	0.581193	S.D. dependent var	4755.127
S.E. of regression	3077.294	Akaike info criterion	18.95933
Sum squared resid	5.97E+08	Schwarz criterion	19.09096
Log likelihood	-631.1377	Hannan-Quinn criter.	19.01142
F-statistic	31.53021	Durbin-Watson stat	2.526343
Prob(F-statistic)	0.000000		

Inverted MA Roots	
.98	.85
.24-.73i	.24+.73i
	.71+.69i
	.71-.69i
	-.17-.91i
	-.17+.91i

Elaboración: Roberto Cobo

En esta regresión se puede observar que cumplía con los principios que las t eran superiores a 2 y que nuestra serie tenía un buen # de F, por lo que la regresión era válida para poder hacer las predicciones en el modelo.

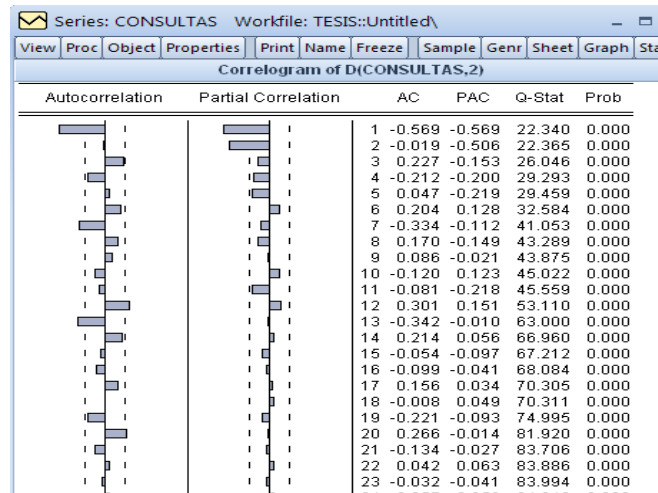
Después de generar esta prueba se procede al cálculo de las proyecciones Los valores a continuación son las proyecciones para los últimos cuatro meses del año 2010 en el modelo AR.

Gráfico # 58

Meses	1era diferencia	Proyecciones
Septiembre	Q1	32830
Octubre	Q2	34021
Noviembre	Q3	32335
Diciembre	Q4	30290

Elaboración: Roberto Cobo

Gráfico # 59



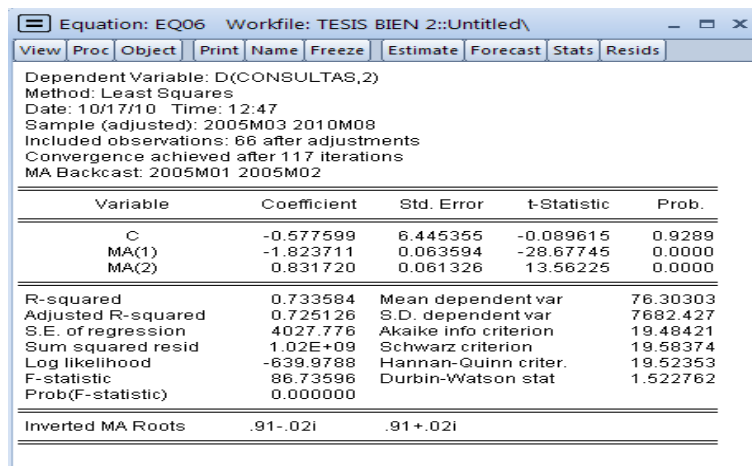
Elaboración: Roberto Cobo

Después de graficar el córrelograma con la segunda diferencia podemos determinar que los coeficientes de k que utilizamos eran 1, 2, 5,11 para así desarrollar las posibles mejores combinaciones para el desarrollo de nuestro modelo.

Después de obtener la primera regresión se procede a quitar los coeficiente k 5,11 porque los coeficientes eran de baja intensidad por lo que no eran muy significativos, el modelo en 2da diferencia queda en función de los coeficientes 1,2

Luego de generar la regresión se obtiene

Gráfico # 60



Elaboración: Roberto Cobo

En esta regresión se puede observar que cumplía con los principios que las t eran superiores a 2 y que nuestra serie tenía un buen # de F, por lo que la regresión era válida para poder hacer las predicciones en el modelo.

Después de generar esta prueba se procede al cálculo de las proyecciones. Los valores a continuación son las proyecciones para los últimos cuatro meses del año 2010 en el modelo AR.

Gráfico # 61

Meses	2da diferencia	Proyecciones
Septiembre	Q1	36541
Octubre	Q2	36846
Noviembre	Q3	37151
Diciembre	Q4	37455

Elaboración: Roberto Cobo

Modelo ARMA

En ocasiones una serie de tiempo Y_t es estacionaria al nivel, puede tener características de AR y MA simultáneamente, a esto lo llamamos el proceso ARMA; en nuestro caso es necesario usar este modelo porque nuestra serie es estacionaria al nivel.

Después de graficar el correlograma al nivel podemos determinar que los coeficientes de k que utilizamos eran AR(1,2,3,4,5,6,7,10) y en MA(1,5,8,12,13) para así desarrollar las posibles mejores combinaciones para el desarrollo de nuestro modelo.

Después de obtener la primera regresión se procede a quitar los coeficientes k AR(2,4,6,10,5,7) y en MA(1,5,8,13) porque los coeficientes eran de baja intensidad por lo que no eran muy significativas, el modelo al nivel queda en función de los coeficientes

AR(1,3) y MA(12)

Luego de generar la regresión se obtiene

Gráfico # 62

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	30279.60	6361.905	4.759519	0.0000
AR(1)	0.433648	0.105437	4.112870	0.0001
AR(3)	0.476994	0.102387	4.658736	0.0000
MA(12)	0.908625	0.018216	49.88086	0.0000

R-squared	0.824481	Mean dependent var	27027.40
Adjusted R-squared	0.815849	S.D. dependent var	5646.997
S.E. of regression	2423.287	Akaike info criterion	18.48320
Sum squared resid	3.58E+08	Schwarz criterion	18.61701
Log likelihood	-596.7040	Hannan-Quinn criter.	18.53600
F-statistic	95.51345	Durbin-Watson stat	2.184021
Prob(F-statistic)	0.000000		

Inverted AR Roots	.96	-.26+.66i	-.26-.66i
Inverted MA Roots	.96-.26i	.96+.26i	.70+.70i .70-.70i

Elaboración: Roberto Cobo

En esta regresión se puede observar que cumplía con los principios que las t eran superiores a 2 y que nuestra serie tenía un buen # de F, por lo que la regresión era válida para poder hacer las predicciones en el modelo.

Después de generar esta prueba se procede al cálculo de las proyecciones.

Gráfico # 63

Forecast equation
EQ04

Series to forecast
 FLORES D(FLORES)

Series names
Forecast name: floresf
S.E. (optional):
GARCH(optional):

Method
 Dynamic forecast
 Static forecast
 Structural (ignore ARMA)
 Coef uncertainty in S.E. calc

Forecast sample
2002m01 2007m06

Output
 Forecast graph
 Forecast evaluation

Insert actuals for out-of-sample observations

OK Cancel

Elaboración: Roberto Cobo

Los valores a continuación son las proyecciones para los últimos cuatro meses del año 2010 en el modelo AR

Gráfico # 64

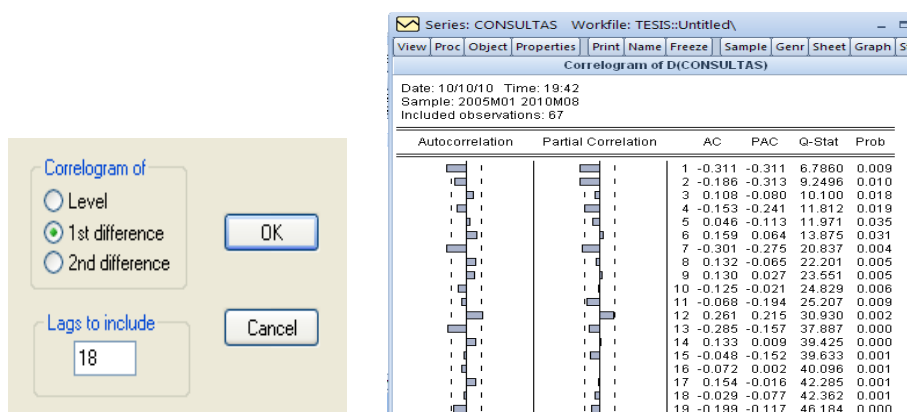
Meses	Nivel	Proyecciones
Septiembre	Q1	36955
Octubre	Q2	37065
Noviembre	Q3	34979
Diciembre	Q4	33741

Elaboración: Roberto Cobo

Con la primera y segunda diferencia

Se repite los pasos anteriores primero graficamos el córrelograma con la primera diferencia.

Gráfico # 65



Elaboración: Roberto Cobo

Después de graficar el córrelograma con la primera diferencia podemos determinar que los coeficientes de k que utilizamos eran AR(1,2,6,7,12,13) y MA(1,2,4,7,11,12) para así desarrollar las posibles mejores combinaciones para es desarrollo de nuestro modelo.

Después de obtener la primera regresión se procede a quitar los coeficiente k AR(6,7,12,13) y MA(1,2,4,11,7) porque los coeficientes eran de baja intensidad por lo que no eran muy significativas, el modelo al nivel queda en función de los coeficientes 1,2,12.

Luego de generar la regresión se obtiene

Gráfico # 66

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	69.93721	262.6947	0.266230	0.7910
AR(1)	-0.661984	0.113644	-5.825068	0.0000
AR(2)	-0.403139	0.106785	-3.775226	0.0004
MA(12)	0.916157	0.015308	59.84855	0.0000

R-squared	0.734021	Mean dependent var	437.2462
Adjusted R-squared	0.720940	S.D. dependent var	4458.495
S.E. of regression	2355.251	Akaike info criterion	18.42625
Sum squared resid	3.38E+08	Schwarz criterion	18.56005
Log likelihood	-594.8530	Hannan-Quinn criter.	18.47904
F-statistic	56.11373	Durbin-Watson stat	1.975552
Prob(F-statistic)	0.000000		

Inverted AR Roots	-0.33+0.54i	-0.33-0.54i		
Inverted MA Roots	0.96+0.26i	0.96-0.26i	0.70-0.70i	0.70+0.70i

Elaboración: Roberto Cobo

En esta regresión se puede observar que cumplía con los principios que las t eran superiores a 2 y que nuestra serie tenía un buen # de F, por lo que la regresión era válida para poder hacer las predicciones en el modelo.

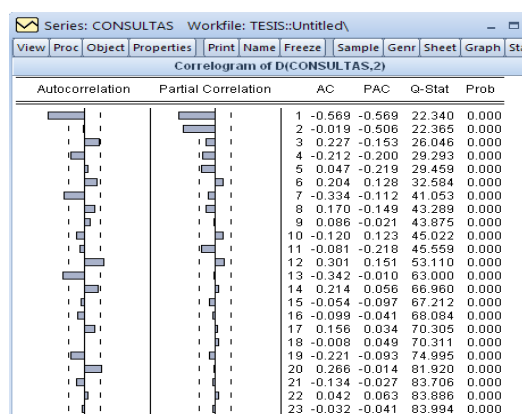
Después de generar esta prueba se procede al cálculo de las proyecciones Los valores a continuación son las proyecciones para los últimos cuatro meses del año 2010 en el modelo AR.

Gráfico # 67

Meses	1era diferencia	proyecciones
Septiembre	Q1	37162
Octubre	Q2	38049
Noviembre	Q3	35395
Diciembre	Q4	34.339

Elaboración: Roberto Cobo

Gráfico # 68



Elaboración: Roberto Cobo

Después de graficar el córrelograma con la segunda diferencia podemos determinar que los coeficientes de k que utilizamos eran AR(1,3,4,6,7,12,13) y MA(1,2,5,11) para así desarrollar las posibles mejores combinaciones para el desarrollo de nuestro modelo.

Después de obtener la primera regresión se procede a quitar los coeficiente k AR (4, 6, 7,12) y MA (5,11) porque los coeficientes eran de baja intensidad por lo que no eran muy significativas, el modelo en la segunda diferencia queda en función de los coeficientes AR (3,13) y MA (1,2)

Luego de generar la regresión se obtiene

Gráfico # 69

Equation: EQ09 Workfile: TESIS BIEN 2::Untitled\

View Proc Object Print Name Freeze Estimate Forecast Stats Resids

Dependent Variable: D(CONSULTAS,2)
 Method: Least Squares
 Date: 10/17/10 Time: 13:19
 Sample (adjusted): 2006M04 2010M08
 Included observations: 53 after adjustments
 Convergence achieved after 27 iterations
 MA Backcast: 2006M02 2006M03

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	4.370524	6.355005	0.687729	0.4949
AR(3)	0.308937	0.137188	2.251927	0.0289
AR(13)	-0.242655	0.096342	-2.518683	0.0152
MA(1)	-1.878641	0.029670	-63.31842	0.0000
MA(2)	0.890790	0.028593	31.15429	0.0000

R-squared	0.865212	Mean dependent var	-196.9811
Adjusted R-squared	0.853980	S.D. dependent var	7346.983
S.E. of regression	2807.473	Akaike info criterion	18.80755
Sum squared resid	3.78E+08	Schwarz criterion	18.99342
Log likelihood	-493.4000	Hannan-Quinn criter.	18.87902
F-statistic	77.02875	Durbin-Watson stat	1.827799
Prob(F-statistic)	0.000000		

Inverted AR Roots	.90+.20i	.90-.20i	.67+.57i	.67-.57i
-------------------	----------	----------	----------	----------

Elaboración: Roberto Cobo

En esta regresión se puede observar que cumplía con los principios que las t eran superiores a 2 y que nuestra serie tenía un buen # de F, por lo que la regresión era válida para poder hacer las predicciones en el modelo.

Después de generar esta prueba se procede al cálculo de las proyecciones Los valores a continuación son las proyecciones para los últimos cuatro meses del año 2010 en el modelo AR.

Gráfico # 70

Meses	2da diferencia	Proyecciones
Septiembre	Q1	39554
Octubre	Q2	36332
Noviembre	Q3	35621
Diciembre	Q4	33729

Elaboración: Roberto Cobo

Luego de terminar los modelos sacamos el promedio de ellos para saber la proyección para los últimos 4 meses del 2010.

Gráfico # 71

Modelos		AR	MA	ARIMA
Meses	Nivel	Proyecciones	Proyecciones	Proyecciones
septiembre	Q1	39211	26040	36955
Octubre	Q2	35690	28235	37065
Noviembre	Q3	32574	32313	34979
Diciembre	Q4	37297	30090	33741
Meses	1era diferencia	Proyecciones	Proyecciones	Proyecciones
septiembre	Q1	39711	32830	37162
Octubre	Q2	35856	34021	38049
Noviembre	Q3	34194	32335	35395
Diciembre	Q4	37177	30290	34.339
Meses	2da diferencia	Proyecciones	Proyecciones	Proyecciones
septiembre	Q1	28484	36541	39554
Octubre	Q2	19030	36846	36332
Noviembre	Q3	17164	37151	35621
Diciembre	Q4	15234	37455	33729

Elaboración: Roberto Cobo

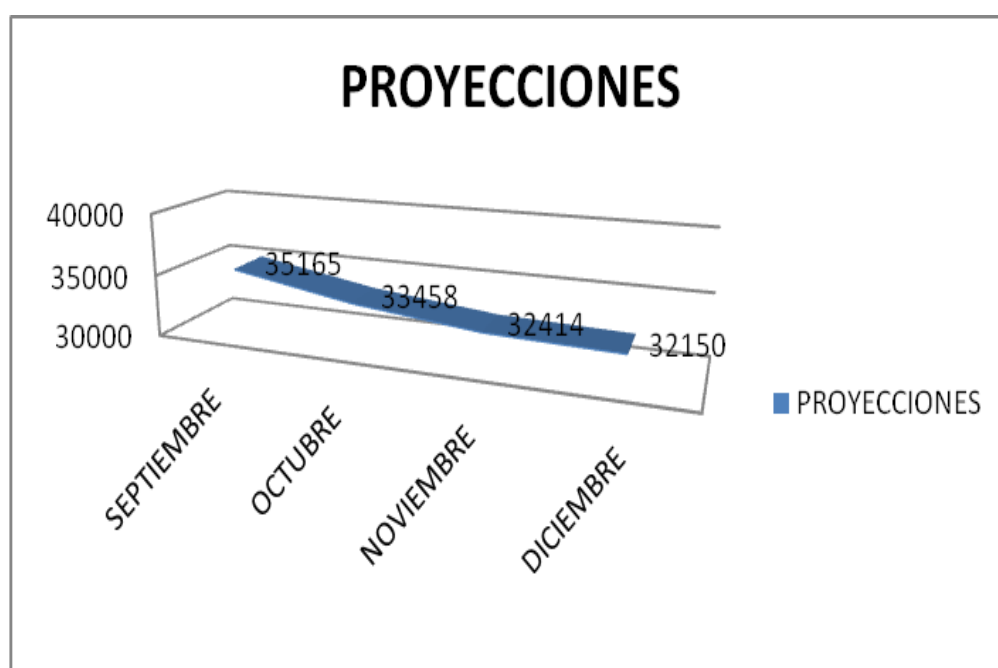
Gráfico # 72

Proyecciones		
Septiembre	Q1	35165
Octubre	Q2	33458
Noviembre	Q3	32414
Diciembre	Q4	32150

Elaboración: Roberto Cobo

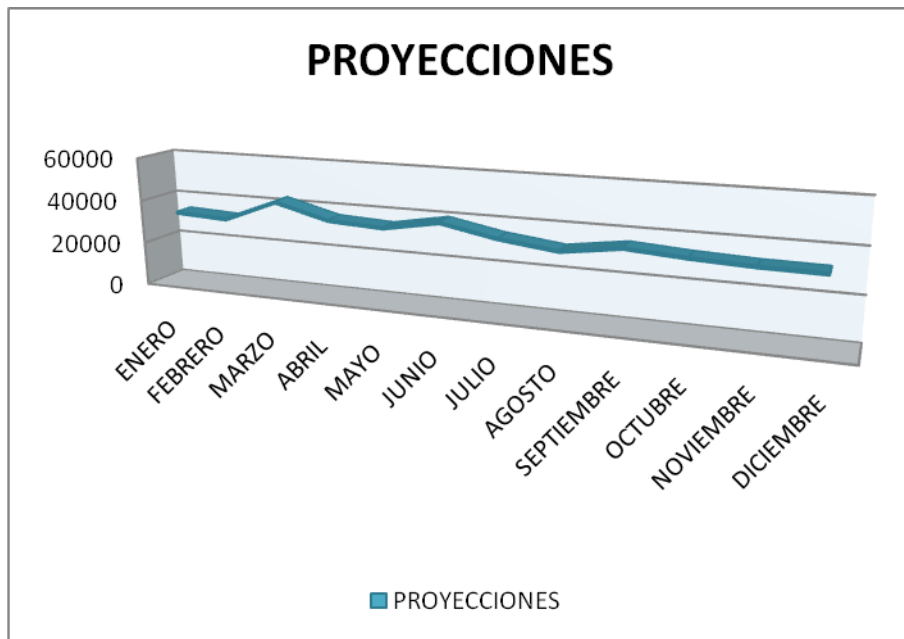
Ya determinado procedemos a hacer las proyecciones para ver como seria el 2010 en atenciones en consulta externa.

Gráfico # 73



Elaboración: Roberto Cobo

Gráfico # 74



Elaboración: Roberto Cobo

Cabe señalar que la proyección realizada para el mes de septiembre es casi similar al dato real obtenido en la unidad de estadística de hospital ya que el verdadero es de 35870 y la proyección realizada con el modelo es de 35165 con lo que el grado de error no es muy alto.

Conclusiones

Entre las principales conclusiones, después de haber sido revisado el tema de administración y gestión hospitalaria, podemos señalar que, cuando se tiene una planificación adecuada con las autoridades a la cabeza que brindan todos los incentivos necesarios, y brindan todas las prestaciones y garantías necesarias para mejorar la atención y servicio médico este puede mejorar de una manera muy eficiente y llegando a una gran mayoría de los afiliados.

En el Hospital Carlos Andrade Marín hay que señalar que esta actualmente dirigido por la economista María Sol Larrea, lo cual rompe con las visiones anteriores de una administración de una manera en el cual los procesos de cambio brindan toda la infraestructura necesaria para recibir a los pacientes y atenderlos lo mejor posible según sea el requerimiento del afiliado, y si el área de gestión se encuentra en rehabilitación, el IESS, cuenta con convenios con diferentes Hospitales para así garantizar que el afiliado siempre pueda recibir la atención necesaria sea cual sea el requerimiento.

Cabe señalar que una vez terminadas todas las rehabilitaciones de las áreas del hospital, este va a convertirse sin ninguna duda en uno de los mejores de Latinoamérica ya que el Hospital Carlos Andrade realiza procedimientos especializados nuevos con tecnología de punta que beneficia sin ninguna duda a que los afiliados reciban una mejor atención lo cual brinda una mejor salud.

De cumplirse con las planificaciones futuras en equipos especializados como el de radiocirugía de cráneo de última generación, esto permitirá ser considerado como uno de los mejores de Latinoamérica ya que este tipo de tecnología solo dispone en países como Colombia y Argentina, con lo que los afiliados estarán cubiertos con tecnología de punta lo cual disminuirá la hospitalización del afiliado, ya que este tipo de procedimientos son realizados en un día.

La atención ha mejorado, pero no es importante solo contar con la atención sino contar con las medicinas e insumos necesarios que cada persona requiere para su diferente dolencia y en este punto hay que señalar que la actual administración esta garantizando este hecho

fundamental, porque antiguamente el hospital daba la atención, pero en muchas ocasiones no se contaba con las medicinas necesarias por lo que los diferentes tratamientos en muchas ocasiones no funcionaban y no se cumplían los diferentes objetivos.

Los trabajadores y trabajadoras están en constante capacitación, pero sin ninguna duda el hecho mas importante que ha llevado al hospital a lograr estar entre los mejores hospitales del mundo ya que cuenta con una base de datos totalmente informática y este año se ha logrado que la parte de hospitalización ya cuente con todo lo necesario para que los médicos puedan generar epicrísisis, altas, recetas medicas, exámenes necesarios, revisar las historias clínicas, lo que garantiza que en cualquier parte del hospital se tenga acceso a las historia clínicas permitiendo que no existan historias clínicas en papel. Lo que mejorará y sobre todo garantizará que la información sea correcta y así evitar que las historias se estropeen las hojas, se pierdan. Lo que fundamentalmente el afilado siempre va a tener su información en cualquier parte del país, gracias a las interconexiones actuales que cuenta el hospital.

Las cirugías que se están realizando en los nuevos quirófanos tienen la característica de contar con el equipo más moderno, con lo cuál en el futuro van a descongestionar las cirugías represadas que se tiene, y va a permitir que muchas más personas tengan cobertura.

Puntos también importantes como lo que es la recuperación en la responsabilidad patronal ya se están resolviendo por parte de la actual administración con lo que permite hacer cumplir con la ley y así dar mas ingresos al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

La compra de insumos y medicinas se ha mejorado sustentablemente puesto que la opción de compra por vía del portal de compras públicas da muchas mas garantías que las que se tenía antes y esto conlleva a que los productos sean entregados a tiempo y se tenga un ahorro grande para la Institución.

Recomendaciones

Se tiene que mantener el impulso en el desarrollo del hospital, para que las autoridades puedan lograr que muchas cosas mejoren, como es la asignación de citas por vía telefónica, este hecho ha mejorado, pero falta mucho para ser perfecto ya que se necesita actualmente que el IESS invierta en un casa de salud de similares características a las que posee el hospital Carlos Andrade Marín lo que permitiría que muchos mas afiliados tengan la cobertura en los diferentes procedimientos de que cada uno necesite.

Buscar los mejores médicos para las especialidades con lo que mejoraría la atención en cada uno de los servicios, sabiendo que, con una mayor oferta la demanda aumentaría y podría ser satisfecha.

Se debe garantizar de mejor manera la estabilidad laboral para una parte de los empleados del hospital que cuentan solo con contratos, pero en este punto hay que señalar que se visto gestiones para mejorar esto.

Las autoridades deben seguir con este cambio que ha mejorado la gestión y administración, pero fundamentalmente no se cambie las bases ya que esto sin ninguna duda perjudicaría a un cambio total, siendo el principal afectado los afiliados, jubilados y todas las personas que acuden al hospital.

Impulsar las campañas que se tiene en el hospital como las de vacunación y prevención de enfermedades con lo cual el índice de prevalencia de enfermedades bajaría.

Bibliografía

Acosta, Alberto, (Enero 2002) **Breve Historia Económica del Ecuador**, Ecuador: Corporación Editora Nacional

Banco central, (2010, Marzo), Datos estadísticos mensuales, **boletín N° 1959**. <http://bce.fin.ec/docs.php?path=documentos> [Consulta: 17/06/2010]

Barreiro, Pedro ,(1998, mayo), Reforma estructural del IESS, **Información de la CEPAR**, <http://opsecu.org/bevestre/revistas/CEPAR/ssc.pdf> [Consulta: 14/04/2010]

CEPAR,(1997) El proceso de la reforma del sector se la salud, **Reforma de Salud** www.opsecu.org/bevestre/revistas/CEPAR/reformaecheverria.pdf pdf, [Consulta: 13/05/2010]

Constitución de la república, (2009) **Principios fundamentales articulo #1**. http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf. [Consulta: 14/04/2010]

Duran, Fabio, (2007) Diagnostico de la Seguridad social en el Ecuador, **OIT**, www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/doctrab/dt_211.pdf [Consulta: 18/06/2010]

Inec,(2009) proyección de la población ecuatoriana, por años calendario, regiones y provincias según regiones, **estadísticas**, http://inec.gob.ec/c/document_library/get_file?folderId=589521pdf [Consulta: 14/03/2010]

IESS, **resolución Consejo Directivo cd14**, <http://iess.gov.ec/resoluciones/1221444%5C1%5C4>. [Consulta: 14/04/2010],

INEC, (2010, febrero) Datos estadísticos mensuales, **Estadísticas Mensuales**. http://inec.gob.ec/c/document_library/get_file?folderId=940296. [Consulta: 24/06/2010]

INEC-CEPAL,(2009,Marzo) Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2025, **Estadísticas de salud** www.siise.gov.ec/PageWebs/Población/ficpbl_D07.htm [Consulta: 14/04/2010]

Jiménez, Miguel, (2007) Presentación de propuesta de cifras probables, **Ministerio de finanzas**, http://serviciodeestudios.bbva.com/KETD/fbin/mult/100118_ObservatorioEconomicoEuropa_tcm346-213906.pdf?ts=322011 [Consulta: 14/04/2010]

Leon, John Jairo,(2007, noviembre) Keynesianism, Post Keynesianism and New Keynesianism, **Pensamientos,economicos**, http://www.apuntesdelcenes.org/wpcontent/uploads/2010/04/Apuntes_CENES_47.pdf . [Consulta: 25/05/2010]

Ministerio de salud,(2009) Inversión en salud 2008 , **Ministero de Salud**. <http://www.ministeriodesaludpublica.gob.ec/Dirtecnica/Comercio%20Exterior/sgpplus.pdf>[Consulta:15/06/2010]

Ministerio de finanzas,(2010,febrero) Ejecución Financiera, **distribución por sector**,
<http://mef.gov.ec/pls/portal/.../693ED0F2619D8995E040007F01006F89> [Consulta:
3/04/2010]

Organización panamericana de salud ,Perfil del Sistema de salud, **Estadísticas de salud**,
http://.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc pdf, [Consulta:
14/03/2010]

Organización nacional del trabajo, Principales diagnósticos, **diagnósticos de la OIT** <http://oit.org>. [Consulta: 14/07/2010]

Posso, Manuel,(15 de Enero del 2007) **El IESS desde dentro y fuera**, editorial propia

IESS, (2007) **Boletín Prensa**, publicado en 2007,
<http://iess.gov.ec/magazines/122%5C1%5C4>. [Consulta: 17/06/2010]

Sanchez, Jeannette, (Agosto 2004) **El desarrollo social, secretaria de frente social**
Ecuador: Corporación Editora Nacional.

Sanchez, Alfonso,(2005, mayo) Historia del pensamiento económico, **teorías económicas**
<http://www.ucm.es/BUCM/tesis/fil/ucm-t29436.pdf> [Consulta: 12/02/2010]

Tamayo Milton, (2009) La salud de los últimos años, **Salud**.
<http://campanaderechoeducacion.org/download.php.pdf> [Consulta: 05/06/2010]

VITERI, Galo, (2004) Situación de la salud en el Ecuador, **Ministerio de Finanzas**
www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/gfvd-salud.pdf. [Consulta: 13/06/2010]

Viteri, Galo, (2008,marzo) Pobreza en América Latina numero 109, **Observatorio de economía Latinoamericana**, paghttp://www.obela.org/publicaciones/xml/1/22061/sps_109.pdf [Consulta: 14/04/2010]

Younger, Stephen; Villafuerte, Mauricio y Jara, Lily, Incidencia y distribución del gasto público y función de la demanda de ecuador **Gasto público**.
www.flacsoandes.org/biblio/catalog/resGet.pdf [Consulta: 14/04/2010]

ANEXOS

6.1 Atenciones en consulta externa en el Hospital Carlos Andrade Marín

Atenciones en el área de consulta externa en el hospital Carlos Andrade Marín					
Especialidades	2005	2006	2007	2008	2009
Cardiología	11527	14605	14885	14094	17627
Cirugía cardiorac.	3039	2540	2597	2162	3043
Cirugía general	3443	4182	5456	5823	7783
Cirugía maxilo-facial	1142	1374	1571	1267	4538
Cirugía plástica	4305	5073	5122	5878	6951
Cirugía vascular	5622	6622	6724	5577	7233
Dermatología	5503	8239	8794	9404	11303
Endocrinología	13665	16490	17201	17793	24399
Gastroenterología	7956	11266	13322	14251	15099
Ginecología	14366	17152	17806	23493	26168
Hematología	8112	10165	10946	11561	15629
Infectología	1420	1808	5890	2633	3428
Medicina. física y rehab.	10309	14040	15208	18783	20097
Medicina general	4157	5076	6632	7977	7418
medicina interna	28691	27837	31125	34205	45145
Nefrología	7451	10630	10985	11056	11621

Especialidades	2005	2006	2007	2008	2009
Neumología	6320	7709	8612	10644	12862
Neurocirugía	1665	2408	2449	2551	3216
Neurología	12225	15626	16174	16626	20377
Oftalmología	10307	11762	12204	12470	15493
Oncología	11910	13841	15311	16553	17847
Otorrinolaringología	8772	11258	9966	11244	11722
Pediatría	10048	9939	10415	11945	13485
Proctología	2901	3845	3708	3831	4518
Psiquiatría	6045	8156	9457	9743	9943
Traumatología	12413	15430	14446	14679	19598
Urología	14427	17162	19825	19538	22756
Otras	3604	3693	3677	3885	3792
Total	231345	277928	300508	319666	383091

6.2 Servicio de Endocrinología

Servicio de Endocrinología	
2005	20547
2006	16490
2007	17201
2008	17793
2009	24399

6.3 Servicio de Medicina Interna

Servicio de Medicina Interna	
2005	28691
2006	27837
2007	31125
2008	34205
2009	45145

6.4 Egresos Hospitalarios

Egresos en el área de hospitalización en el hospital Carlos Andrade Marín					
Servicios	2005	2006	2007	2008	2009
Cardiología	746	722	640	736	847
Cirugía cardiotorácica	382	334	331	336	327
Cirugía general	2592	2970	3398	3364	3543
Cirugía plástica	333	341	376	474	500
Cirugía vascular	434	484	562	516	677
Dermatología	28	23	23	14	19
Endocrinología	294	274	470	501	489
Gastroenterología	661	936	1081	1013	1071

Servicios	2005	2006	2007	2008	2009
Ginecología	1143	1298	1327	1609	1744
Hematología	396	385	531	553	590
Infectología	362	395	477	511	708
medicina interna	452	430	468	512	389
Nefrología	530	524	566	645	706
Neonatología	3105	3494	698	1063	1006
Neumología	1060	1023	1071	1087	1022
Neurocirugía	453	491	471	452	485
Neurología	412	433	612	644	616
Obstetricia	4095	4394	4688	5480	5597
Oftalmología	216	278	302	292	299
Oncología	797	726	1005	1162	1379
Otorrinolaringología	530	589	728	747	794
Pediatría	345	421	357	373	666
Psiquiatría	450	523	560	558	479
Traumatología	1565	1592	1852	1916	1656
Urología	833	857	1027	962	1073
Total	22214	23937	23621	25520	26682

6.5 Egresos Hospitalarios por años

Período	Egresos
2005	22214
2006	23937
2007	23621
2008	25520
2009	26682

6.6 Egresos Hospitalarios totales en Cirugía General

Período	Egresos cirugía general
2005	2592
2006	2970
2007	3398
2008	3364
2009	3543

6.7 Egresos Hospitalarios totales en Ginecología

Período	Egresos ginecología
2005	1143
2006	1298
2007	1327
2008	1609
2009	1744

6.8 Egresos Hospitalarios totales en Oncología

Período	Egresos oncología
2005	797
2006	726
2007	1005
2008	1162
2009	1379

6.9 Cirugías realizadas en el Hospital

Cirugías en el área de hospitalización en el hospital Carlos Andrade Marín					
	2005	2006	2007	2008	2009
Cirugía cardiotorácica	355	362	375	364	137
Cirugía general	2833	3639	3693	3611	3703
Cirugía maxilo facial	49	28	0	0	65
Cirugía plástica	763	734	674	832	807
Cirugía vascular	538	583	640	566	755
Ginecología	860	1331	1278	1589	1736
Neurocirugía	430	577	539	580	252
Obstetricia	2931	3733	3114	3017	3462
Oftalmología	794	974	992	909	1075
Traumatología y ortopedia	1729	1831	2032	2325	2089
Otorrinolaringología	474	607	766	807	830
Proctología	101	38	0	0	1144
Urología	764	913	1050	1008	20
Otros	137	127	79	118	172
Total	12758	15477	15232	15726	16247

6.10 Cirugías realizadas servicios Ambulatorias, Emergencias, Hospitalización

	2005	2006	2007	2008	2009
Cirugía ambulatoria	984	1000	833	926	989
Emergencia	1811	1404	986	1087	1204
Hospitalización	9963	13073	13413	13713	14054
Total	12758	15477	15232	15726	16247

6.11 Cirugías suspensas

Período	Cirugías	Cirugías suspensas	Cirugías que debieron realizarse
2005	12758	680	13438
2006	15457	939	16396
2007	15230	930	16160
2008	15726	1124	16850
2009	16846	653	17499

6.12 Atenciones en Emergencias

Período	Atenciones en emergencias
2005	55045
2006	69600
2007	79345
2008	83686
2009	121128

6.13 Atenciones en Emergencias por tipo

Tipo de atención	2005	2006	2007	2008	2009
Medicina	47418	63380	73771	75422	106537
Cirugía	1118	1052	1127	900	1390
gineco – obstetricia	2062	1800	2227	4954	614
Traumatología	4446	3359	2219	2410	1686
Pediatría	1	9	1	0	10901
Total	55045	69600	79345	83686	121128

6.14 Condiciones al Egreso en el servicio de emergencia

Condición al egreso	2005	2006	2007	2008	2009
Vivo	55033	69566	79332	83667	121040
Muerto	12	34	13	19	88

6.15 Tipo de Transferencia en el servicio de Emergencias

Transferidos a :	2005	2006	2007	2008	2009
Hospitalización	3001	4140	2484	4612	8928
observación hosp.	2457	2767	2036	2515	5144
consulta externa	2399	2311	1444	1352	4907
otro hospital	88	30	28	35	452
Domicilio	47100	60352	73353	75175	101697
TOTAL	55045	69600	79345	83686	121128

6.16 Promedio de estancia

Período	Estancia	Cama disponible	Egresos	Promedio de estadia por egreso
2005	159260	194336	22214	7,2
2006	169988	207071	23937	7,1
2007	176681	224575	23621	7,5
2008	183246	222546	25520	7,2
2009	180989	220658	26682	6,8

6.17 Porcentaje de ocupación

Período	Estancia	Cama disponible	Egresos	% de ocupación
2005	159260	194336	22214	81,951
2006	169988	207071	23937	82,092
2007	176681	224575	23621	78,673
2008	183246	222546	25520	82,341
2009	180989	220658	26682	89,200

6.18 Giro de Cama

Periodo	Estancia	Cama disponible	Egresos	N de cama disp	Giro de cama
2005	159260	194336	22214	532	42
2006	169988	207071	23937	567	42
2007	176681	224575	23621	615	38
2008	183246	222546	25520	608	42
2009	180989	220658	26682	605	44

6.19 Intervalo de Giro

Período	Estancia	Cama disponible	Egresos	Intervalo de giro
2005	159260	194336	22214	1,58
2006	169988	207071	23937	1,55
2007	176681	224575	23621	2,03
2008	183246	222546	25520	1,54
2009	180989	220658	26682	1,49

6.20 Egresos Oncológicos

Período	Oncología	Egresos oncología
2005	11910	797
2006	13841	726
2007	15311	1005
2008	16553	1162
2009	17847	1379

6.21 Atenciones mensuales en Consulta Externa

ATENCIÓNES MENSUALES EN CONSULTA EXTERNA						
Período	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Enero	23121	26121	24897	30964	28114	33810
febrero	15056	20482	22405	24341	25339	32688

Período	2005	2006	2007	2008	2009	2010
marzo	3068	27893	27463	24785	30341	42580
Abril	9491	23104	23834	27056	30349	36104
Mayo	23173	24322	25427	26340	31050	34890
Junio	23456	24944	25261	24845	37796	39409
Julio	23937	22353	25165	30232	35449	34518
agosto	20311	21248	26991	24921	26833	31489
septiembre	22201	21986	23741	26278	35493	
octubre	24660	24193	28054	28934	36196	
noviembre	22658	22604	26688	25101	32895	
diciembre	20213	18678	20582	25869	33236	