

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE ECONOMIA**

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

***La evolución del gasto público en el sector salud en el  
Ecuador: Análisis de su contribución en el mejoramiento de  
la calidad del servicio otorgado. Período 2007-2012***

**Andrés Eduardo Egas Almeida  
andres\_5.7@hotmail.com**

**Director: Econ. Daniel Yépez Urbano  
danyepезurbano@gmail.com**

**Quito, 17 de junio del 2013**

## **RESUMEN**

En la presente investigación se analizan la provisión de servicios de salud por parte de la Red Pública del Ministerio de Salud en el Ecuador, su punto de partida empieza con las políticas enmarcadas en el Plan Nacional del Buen Vivir diseñadas por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) que se ajustan a los objetivos de la Carta Magna del Ecuador del año 2008. Gracias al proceso de cambio y reestructura del MSP se han diseñado varios programas que apuntan a la mejora en la calidad del servicio sanitario a nivel nacional, es así que se analizan puntos clave como los incrementos en los salarios de los profesionales de la salud acompañada de la nueva jornada laboral, así como también se analiza criterios de calidad desde el usuario externo y la Entidad Rectora en el país. El incremento del presupuesto fiscal, destinado hacia el sector salud ha colaborado considerablemente para el desarrollo de programas y modelos acordes a la época y sobre todo ajustándose a la demanda a nivel nacional, eliminando barreras de acceso y creando una cultura social de prevención. La investigación aborda la creación de un Nuevo Modelo de Gestión de Salud Pública, como es el Modelo de Atención Integral de Salud, sus objetivos, la etapa de implementación y los beneficios socioeconómicos son los principales insumos para el desarrollo del presente estudio. Cabe mencionar que gracias al apoyo de otras Instituciones Públicas, la calidad de servicio sanitario es de forma eficiente y no discrimina etnias ni clases sociales, llegando a convertir al Ministerio de Salud Pública en el principal proveedor de servicios de salud en el Ecuador de forma gratuita, de tal forma que el máximo beneficio posible sea para la población ecuatoriana.

**Palabras clave:** Intervención del Estado, gestión pública, gasto productivo, presupuesto fiscal, planificación territorial, sostenibilidad, salarios competitivos.

*Agradezco a Dios por sobre todas las cosas, a la Virgen Dolorosa que me ha guiado en todo este recorrido, a mis padres por su sacrificio y por ser el motor que guía mi camino, a mis amigos, a cada uno de ellos por estar siempre a mi lado en todo momento, agradezco al Econ. Daniel Yépez, por su apoyo y paciencia, como Profesor y como amigo en este breve encuentro de mi etapa universitaria.*

***La evolución del gasto público en el sector salud en el Ecuador: Análisis de su contribución en el mejoramiento de la calidad del servicio otorgado. Período 2007-2012***

<b>Introducción</b>	5
<b>Metodología</b>	7
<b>Fundamentación Teórica</b>	
Intervención del Estado en el Mercado de la Salud	16
Inversión Pública y crecimiento económico	18
La inversión pública y la hipótesis de complementariedad	19
Teoría del Gasto Público	20
Conceptualización del gasto público	22
Salarios de Eficiencia	23
Teoría Keynesiana	26
La inversión en salud como gasto público	30
Equidad en el Sistema Social de la Salud Pública	34
Fundamentación Legal	36
Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013	39
<b>Representación del sector salud</b>	43
Ministerio de Salud Pública del Ecuador	43
Red Nacional de Salud Pública en el Ecuador	46
Situación Actual: La inversión pública en salud	48
Progreso en la calidad de los servicios de la salud	61
Avances en la calidad de los servicios de salud de la Red Pública	68
<b>Sostenibilidad Económica del Nuevo Modelo de Atención Integral</b>	70
Propuesta del Modelo de Atención Integral de Salud Pública	72
Componentes de gestión del MAIS	76
Descripción del impacto Social	78
<b>Conclusiones</b>	84
<b>Recomendaciones</b>	85
<b>Referencias Bibliográficas</b>	87
<b>Anexos</b>	88

## ***Introducción***

En el Ecuador, el Sistema Nacional de Salud, siempre se caracterizó por estar fragmentado, con procesos centralizados y desarticulado en la provisión de servicios de salud, la preeminencia del enfoque biologista-curativo en la atención, es decir atacar la enfermedad, limitando el desarrollo de una cultura preventiva, congestionando las unidades hospitalarias e imposibilitando a la población el tratamiento oportuno. Las políticas públicas anteriormente fueron muy eficaces en cuanto a agrandar el problema y desarticular la institucionalidad pública de salud, debilitando la capacidad de control y restando autoridad al organismo rector de salud en el país.

Las barreras de acceso a nivel geográfico, cultural y económico fueron incrementando la calidad de atención, lo que produjo que el gasto directo de bolsillo a nivel nacional representara más del 50% en las economías de las familias ecuatorianas<sup>1</sup>.

El abandono del que fue parte el sector salud, el descuido por parte del Autoridad central en anteriores períodos acentuó la crisis, las pésimas administraciones y los bajos presupuestos con los que se contaban incidió en el desánimo de las y los servidores públicos, todo esto acompañado de la poca infraestructura y provisión de medicamentos desencadenó una fuerte crisis a nivel nacional en cuanto a salud se refiere.

La falta de oportunidades para los profesionales de la salud generó el fenómeno de la migración por parte de dichos profesionales, generando escasez en médicos especialistas a nivel nacional.

Lo mismo sucedía en el tercer nivel de atención, el nivel hospitalario de mayor complejidad que sufrió el peso del progresivo desmantelamiento de los servicios públicos, expresados en la falta de recursos y la baja calidad del gasto por la debilidad en los procesos de supervisión y control. La situación se complicó aún más debido a la ausencia de un sistema integrado de información que permita obtener datos reales, necesarios para la planificación, toma de decisiones y monitoreo de los resultados sanitarios y de la gestión que permitan hacer de los servicios sanitarios, servicios de calidad.

Hoy en día, el Sistema Nacional de Salud es el llamado a hacer frente a los rezagos de estos problemas, nuevos retos y necesidades que devienen de cambios en el perfil demográfico y epidemiológico.

Con este panorama, desde el año 2007 el Gobierno de turno, presidido por el Econ. Rafael Correa, en función del Plan Nacional del Buen Vivir, se ha definido como prioritario al sector social, y en especial al sector salud. La adecuada administración de los recursos fiscales y la destrucción equitativa ha permitido que la política de universalidad y gratuidad de la atención pública sea más eficiente, mejorando la calidad de vida de la población que constituye un eje fundamental en el desarrollo de cualquier nación.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. Modelo de Atención Integral en salud Familiar, Comunitario e Intercultural. 2008

La deuda social que tiene el país con el sector salud, solo puede ser compensada a través de una etapa de transformación y evolución de las políticas desgastadas, para esto se requiere de estrategias de intervención a corto, mediano y largo plazo.

El fortalecimiento del talento humano, el equipamiento adecuado y la infraestructura óptima son parte de un proceso de cambio y renovación, lo que ha incidido directamente en la cobertura de atención y de esa forma a ayudado combatir la brecha generada entre oferta y demanda.

El desarrollo de esta investigación está dividida en 4 partes, en el primer capítulo se abordan los temas que desencadenaron en la grave crisis de salud pública, así como también se explica el procedimiento a seguir para el desarrollo de la investigación, el procedimiento metodológico, sus objetivos y preguntas principales.

En el segundo capítulo, de la fundamentación teórica, abarca temas que han servido para analizar las propuestas realizadas por el Ministerio de Salud Pública, la eficacia y eficiencia de las mismas, se proponen temas como la intervención estatal, los salarios eficientes, la productividad del sector público, así como también los objetivos enmarcados en el Plan Nacional del Buen Vivir.

Para el tercer capítulo se muestra el desarrollo que ha tenido la Red Pública de salud, en cuanto a las políticas establecidas por el organismo rector que han contribuido en el fortalecimiento de la calidad de los servicios a nivel nacional.

En el cuarto capítulo se analiza la creación de un Nuevo Modelo de Atención Integral de la Salud, que sigue los lineamientos básicos para la construcción de un nuevo Sistema Nacional de Salud y finalmente se establecen las conclusiones y recomendaciones de la investigación con la finalidad de determinar el impacto social que han generado los procesos de reestructuración y el Modelo de Atención Integral de la Salud.

## ***Metodología de trabajo***

El sector de la salud, en el Ecuador, se ha distinguido por estar fraccionado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, con programas de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población. Esto debido a la falta de oportunidades para crear una conciencia de prevención.

En este sentido, las políticas que se han venido llevando, de corte neoliberal fueron muy eficaces en cuanto a acentuar estas características y además, desmantelar la institucionalidad pública de salud y por ende debilitar la capacidad de respuesta del Estado como ente regulador en lo que a salud se refiere.

A pesar del reconocimiento acerca de la importancia de que la atención en salud se encuentre organizada por niveles de atención, el primero y segundo nivel de atención en los que se puede resolver más del 90% de los problemas de salud, en el sector público han estado debilitados por los bajos presupuestos, el abandono de las unidades, la escasez e inestabilidad laboral del personal, la falta de talento humano en materia en gestión hospitalaria lo que produjo una limitada capacidad resolutive y por ende la pérdida de confianza por parte de la población en el sistema nacional de salud del Ecuador.

De igual manera, el tercer nivel de atención hospitalaria, que es predominantemente hospitalario de mayor complejidad sufrió el embate del progresivo desmantelamiento de los servicios públicos, expresados en la falta de recursos y la baja calidad del gasto por la debilidad en los procesos de supervisión y control. Esto sumado a la falta de profesionales de la salud comprometidos a mantener altos estándares de servicio en atención a la demanda ocasionó el quebrantamiento del modelo de salud que se manejaba.

En la actualidad, el compromiso que tiene el Sistema Nacional de Salud es enfrentar rezagos de modelos anteriores que han fracasado por la falta de políticas enfocadas hacia el buen vivir, crear y dirigir nuevas políticas orientadas hacia el éxito y sobre todo provocar el cambio de conciencia por parte de la población en lo que se refiere a enfoques de salud.

La nueva Constitución de la República del Ecuador<sup>2</sup>, señala que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, quien será la responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector<sup>3</sup>.

Es así, que el Ministerio de Salud Pública, ha tomado el rol de ser el ente normativo y regulador en lo que respecta a materia de salud. Sin embargo todavía se registran altas tasas de necesidades básicas

---

<sup>2</sup> Carta magna vigente en la República del Ecuador ***Constitución del Ecuador 2008***. Montecristi Manabí: Asamblea Constituyente.

<sup>3</sup> Carta magna vigente en la República del Ecuador ***Constitución del Ecuador 2008***. Montecristi Manabí: Asamblea Constituyente. Pág. 165

insatisfechas en la población, consecuencia de la falta de eficiencia en ámbitos como el de la gestión administrativa y atención, falta de infraestructura adecuada, poca provisión de equipamiento, escasez de recurso humano correctamente preparado y limitaciones presupuestarias.

El gasto público en temas de salud sufrió un deterioro considerable en la década pasada, puesto que se destinaba menos del 3% del producto interno bruto (PIB), aspecto determinante para que genere evidencias de un desempeño poco eficiente en el sector. La Organización Mundial de la Salud recomienda que un país en vías de desarrollado debiera invertir al menos el 7% del PIB en salud y educación respectivamente, para combatir el déficit social de la población en cualquier nación.<sup>4</sup>

El gasto en salud en Ecuador ha crecido consistentemente en los últimos 10 años<sup>5</sup>. De 4.2% el PIB pasó a 5.9% en 2008. El gasto per cápita en salud aumentó de 202 dólares en 2000 a 474 dólares en 2008. El gasto público se incrementó de 31.2% del gasto total en salud a 39.5 % para el mismo período. El gasto privado en salud en 2008 representó 60.5% del gasto total. El grueso de este gasto es de bolsillo. El gasto en seguros privados representó sólo 4.8% del gasto privado total en salud.

A pesar que la inversión en salud por parte del Estado ha tenido un crecimiento importante, no es suficiente para cubrir la demanda que a diario genera la población. Esto se debe a la estructura que se venía manejando en la red Hospitalaria del Ministerio de Salud Pública.

La falta de recursos humanos es otro de los problemas que han contribuido a acentuar el problema de la salud en el Ecuador, es así que entre 1996 y 2010 se incrementó la cantidad de recursos humanos empleados dentro del sistema de salud en aproximadamente 21%, en Ecuador todavía prevalece un déficit relativo de médicos y enfermeras, que se agrava por un sistema de contratación laboral en el sector público de cuatro, seis y en la actualidad la jornada laboral de ocho horas diarias.

En este sentido, el problema del sistema nacional de salud pública, no se debe solamente a la falta de recursos disponibles, o a baja inversión, sino que es un problema que se generó por una mala administración de los recursos, falta de objetivos que estén dirigidos a cubrir la necesidad hospitalaria y el descuido que han sufrido los profesionales de salud.

En la actualidad el Ministerio de Salud Pública, gracias a la reforma y reestructura del sector salud tiene como finalidad alcanzar la eficiencia y equidad en materia de salud pública, considerando que para ellos maneja recursos económicos del Presupuesto General del Estado, mismo que deben ser utilizados para cumplir con lo que señala la Constitución de la República y el Plan Nacional del Buen Vivir, de tal forma que pueda cubrir con la demanda de la población en todos los niveles.

---

<sup>4</sup> Luna Tamayo, Milton, **Más y mejor inversión.** Ecuador: Contrato Social. <http://www.contratosocialecuador.org.ec/home/contenidos.php?id=42&identifica>

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud. Cuentas nacionales de salud. Ecuador. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/ecu/en>.

## ***Planteamiento del problema***

### **Definición del problema**

La Constitución de la República, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013, la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos del Milenio, están entre los principales instrumentos normativos que guían la construcción hacia un nuevo Modelo que fortalezca el sistema nacional de salud en el Ecuador.

El principal problema por el que actualmente está atravesando el Ministerio de Salud es la falta de cobertura, es decir que no cubre con la demanda existente a nivel nacional, generado principalmente por la capacidad física, y también por la falta de talento humano. A pesar que la Red Hospitalaria del Ecuador maneja procesos desconcentrados, no ha sido capaz de abarcar la demanda existente de un problema que ha existido por más de veinte años en la historia generando una deuda social del Estado para con la población.

En el Ecuador, uno de los principales problemas que ha sido muchas veces determinante para la creación y ejecución de políticas por parte del Estado, es el tema de la salud pública.

Si bien es cierto el Ministerio de Salud ha pasado por una reestructuración completa, lo que ha generado la creación de Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales, el problema de eficiencia no se ha terminado, justamente por la mala asignación y distribución de los recursos presupuestarios. Con esta investigación se trata de analizar que un incremento del gasto público destinado al sector salud solo es eficiente si existe una adecuada administración zonal y dentro de la nueva estructura hospitalaria.

“Economía se define como la ciencia que se encarga del estudio de resolver el problema de las necesidades ilimitadas con recursos escasos” (Robbins, 1932: 16), en tal sentido, la escasez puede ser definida como la deficiencia, ya sea en cantidad o calidad, de bienes y servicios que es posible adquirir con los recursos disponibles, frente a las cantidades que la gente desea.

A la salud por otra parte podemos definirla como un estado de bienestar físico y espiritual que permite a los seres humanos desarrollar al máximo su potencial; de tal manera que la Economía de la Salud puede ser descrita como la ciencia que estudia las consecuencias de la escasez en el sistema de salud.

En tal sentido, es necesario y justificado el gasto público en creación de hospitales, áreas de salud, unidades móviles, capacitación al personal médico, remuneraciones salariales justas y competitivas así como medicina gratuita en todos sus niveles, a fin de que se pueda salir de la brecha social generada en años anteriores.

Se debe tener presente que el Ministerio de Salud Pública, si bien es el ente rector en materia de salud, no es la única institución que ofrece servicios de salud, por lo que también será importante observar otras instituciones públicas que lo hacen así como una breve revisión a la parte privada, para de tal forma poder dar cuenta del segmento de la población que cubren cada una de ellas.

## **Delimitación de la investigación**

**Delimitación Espacial:** En esta investigación se analizará el impacto que genera el incremento en el gasto público traducido a inversión en el sector salud por parte del Estado y la forma eficiente en que deben ser llevados los procesos que se ejecuten con dicha asignación presupuestaria para de esta forma mejorar el servicio que se otorga a la población en general. Se debe considerar, que la intervención y regulación por parte del Estado es fundamental para el correcto funcionamiento de las nuevas políticas en materia de salud pública. Para esta investigación se tomará en cuenta a la red Integral del Ministerio de Salud Pública y por ende a todas sus entidades desconcentradas a nivel nacional.

**Delimitación temporal:** La presente disertación corresponde al período 2008-2012, precisamente cuando las políticas del Estado han sido enfocadas a la educación y a la salud en el país. Cabe indicar que las reformas en el estructura orgánica del Ministerio de Salud Pública, recientemente aprobadas y que ya están siendo ejecutas a nivel nacional serán examinadas de una forma global puesto que están en vigencia y servirán como variable para medir los cambios que han generado tanto positivamente o negativamente y de esa forma determinar si un incremento en el gasto público es una medida eficiente y afecta directamente sobre el bienestar de la población, abasteciendo la demanda por parte de los usuarios y cumpliendo con los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir y de la Constitución de la República del Ecuador.

**Unidad de análisis:** La unidad de análisis para esta investigación es la Red Pública del Ministerio de Salud, Ministerio de Relaciones Laborales, Ministerio de Finanzas y la Secretaría Nacional de la Administración Pública. La información en su conjunto será analizada para poder obtener conclusiones precisas sobre la evolución que ha tenido el sector salud en el Ecuador.

## ***Preguntas de Investigación***

### **General:**

¿Cómo ha evolucionado el gasto público y cuál ha sido la incidencia en la calidad del servicio otorgado por la red integral del Ministerio de Salud Pública en el período 2008-2012?

### **Específicas:**

- ¿Cuáles han sido las políticas implementadas conforme a los lineamientos del Plan Nacional del Buen Vivir y como han afectado al mejoramiento del servicio de la red integral de salud en el Ecuador?
- ¿Cómo ha evolucionado el gasto en inversión por parte del Estado, para cubrir la demanda existente en el sector salud?
- ¿Cuál ha sido el nivel de gasto corriente que el Estado ha entregado a la red integral de salud pública a través de incentivos y mejoramiento de salarios para aumentar la eficiencia de los funcionarios públicos?
- ¿En qué forma se distribuyen los recursos que son destinados a la salud para garantizar el libre acceso a los servicios que brinda la red integral del Ministerio de Salud Pública?

## ***Hipótesis***

El incremento de la inversión pública, determinado por incentivos salariales y acompañado de una administración eficiente y un ente que sirva como regulador es el mecanismo para que el sistema nacional de salud pública en el Ecuador cubra la alta demanda de servicios de salud por parte de la población, además de asegurar una atención de calidad y calidez de la que ninguna persona esté excluida apuntando de esta forma al crecimiento económico basado en la eficiente distribución y administración de recursos económicos.

## ***Objetivos***

### **General:**

Analizar la evolución del gasto público y la incidencia en la calidad del servicio que brinda el Ministerio de Salud Pública en el período 2008-2012.

### **Específicos:**

- Describir las políticas implementadas conforme a los lineamientos del Plan Nacional del Buen Vivir y como han afectado al mejoramiento del servicio de la red integral de salud en el Ecuador.
- Analizar la evolución del gasto en inversión por parte del Estado, para cubrir la demanda existente en el sector salud.
- Comparar el nivel de gasto público que el Estado ha entregado a la red integral de salud pública para el período estudiado, a través de incentivos y mejoramiento de salarios para aumentar la eficiencia de los funcionarios públicos.
- Analizar la distribución de los recursos para garantizar el libre acceso a los servicios que brinda la red integral del Ministerio de Salud Pública.

### ***Tipo de investigación***

La investigación es de tipo descriptiva, por cuanto es necesario describir los efectos e impacto social que genera un incremento del gasto público dirigido al fortalecimiento del sector salud en el Ecuador.

La investigación de tipo descriptiva se fundamenta en virtud de la existencia de indicadores que ayuden a determinar el mejoramiento de los servicios de salud, para lo cual es necesario determinar la relación que se tiene entre los niveles de gasto público por parte Estado dirigidos hacia la red de salud pública y el nivel de eficiencia que con estos recursos son manejados por parte de las

autoridades del Ministerio de Salud Pública, es decir la optimización de recursos y la equitativa redistribución de los ingresos.

Para los Capítulos III y IV, el tipo de investigación que se utiliza es descriptivo, puesto que es necesario describir los beneficios que se han obtenido una vez que el estado invierte mayores cantidades de recursos fiscales y los dirige hacia sectores estratégicos como el de la salud. Además es necesario comparar y analizar si las políticas que se han puesto en marcha son eficientes en comparación a la de períodos anteriores.

Cabe indicar que la presente investigación también recogerá información del manejo de otras instituciones públicas como son el Instituto Nacional de Seguridad Social y el Ministerio de Inclusión Social, para poder comparar la administración y el manejo de recursos presupuestarios del Estado.

### ***Método de investigación***

Dado que es importante observar los hechos que se han originado en el sector salud para así poder estudiarlos y llegar a determinar las consecuencias y los impactos que tendrían sobre éste, si se aplicaran nuevas políticas, el método utilizado es deductivo, a fin de poder partir de simples premisas que lleguen a convertirse en conclusiones consistentes y concretas que ayuden a determinar si un incremento en el gasto público produce una mejoría en el bienestar de las personas y a su vez produce un crecimiento socioeconómico para el desarrollo del país, en relación al sector salud.

### ***Fuentes de información***

Las fuentes de información a ser utilizadas en la presente investigación son las publicaciones que el Ministerio de Salud Pública (MSP) realiza constantemente para medir los niveles de eficiencia de la red de salud pública.

La entrevista es otra fuente importante de información debido a que ofrece una visión distinta de lo que está plasmado en revistas o documentos. Es por esto, que se obtendrá información por parte de las personas involucradas directamente en el cambio de las políticas del MSP.

Las publicaciones acerca de las reformas salariales para los médicos así como las políticas de servicios dignos serán obtenidas a través del Ministerio de Relaciones Laborales. Las modificaciones presupuestarias son tomadas de las cuentas del Ministerio de Finanzas y de la Coordinación General Administrativa Financiera del MSP.

Con respecto a la bibliografía que se utiliza para realizar las investigaciones, se debe mencionar que servirán aquellas teorías en las que la inversión en sectores económicos estratégicos haya sido utilizada por diferentes países en vías de desarrollo.

De la misma forma, la información de publicaciones de otras instituciones ayudará para definir un panorama claro de lo que ha sucedido en la red del MSP y de los cambios que se han originado desde el fortalecimiento del sector salud en el Ecuador debido a la intervención estatal.

### ***Procedimiento metodológico***

Para la investigación, se compendió información sobre la teoría de intervención estatal de Stiglitz, en la que explica que la sociedad prefiere que sea el Estado quien provea el servicio de la salud, siempre y cuando esté disponible para el conjunto, es decir que sea libre acceso para la sociedad. Además en estos postulados, se explica de mejor manera la forma en la que el Estado debe atacar problema de equidad, eficiencia, distribución de la riqueza y de esa forma apuntar hacia un crecimiento macroeconómico de una nación.

También se encuentran presentes los aportes del Milton Friedman y Rose Friedman respecto de cuál es el comportamiento racional de las personas que trabajan en el sector público, es decir que las decisiones de las personas que trabajan en el sector público y en función de sus necesidades y de concepciones racionales, no trabajan con la eficiencia con la que deberían y esto conspira contra las políticas adoptadas por el Gobierno, lo que conduce a inequidad, ineficiencia y mala distribución de los recursos fiscales. En este sentido, se debe establecer diferencias entre lo que es el “gasto” y lo que es una “política de gasto”, en tal sentido que esta última sea el modelo a seguir para provocar un crecimiento económico en un segmento determinado de la economía.

Justamente para atacar el problema del gasto y de la inversión pública, se presenta el estudio del trabajo seminal de Arrow y Kurt (1970), quienes plantean la relación directa entre una política fiscal y la tasa de crecimiento en una economía, dando así evidencia que ante cualquier incremento en la inversión o gasto público, se genera crecimiento del producto.

Entre la teoría referente al Gasto Público, se plantea la investigación propuesta por Samuelson en “A Pure Theory of Public Expenditure”, referente al nivel de gasto público que un Estado debe realizar y también respecto del nivel de intervención, explicando así que no existe consensos sobre el nivel de intervención del Estado, pero que debería regirse por comportamiento del nivel de la demanda agregada, de esa forma da paso a uno de los postulados de Adolph H. G. Wagner<sup>6</sup>, quien defendía que a medida que aumenta el ingreso per cápita en los países en vías de industrialización, el Estado aumenta su participación en el Producto Bruto.

Otras teorías que cuentan con cierto consenso en la explicación del aumento del gasto público pueden encontrarse dentro del campo de Public Choice, algunos autores sostienen que la explicación para el aumento del gasto puede encontrarse analizando la conducta de los funcionarios públicos. Esta teoría, a la que podemos denominar efecto burocracia, argumenta que los funcionarios actúan en su propio interés maximizando la cantidad de recursos que ellos pueden manejar, lo que conlleva a desequilibrios fiscales, por lo que es necesario atacar este problema con salarios de eficiencia para los funcionarios, de tal forma que verán que su esfuerzo es recompensado mediante la creación de incentivos. Para explorar estos postulados se plantea la “Teoría de los Salarios de Eficiencia”, de Katz, en la que plantea que dichos salarios son claves a la hora de entender el nivel de desempleo o el nivel de eficiencia con la que los empleados desarrollan su trabajo diario,

---

<sup>6</sup> Adolph H. G. Wagner (1835-1917) fue un economista que ejerció una presencia influyente dentro del campo de las Finanzas Públicas en la economía alemana de fines del siglo pasado. El formuló lo que se conoce como Ley de crecimiento de los Gastos del Estado dando una serie de razones para explicar el crecimiento de la actividad estatal en las economías en vías de industrialización.

de tal forma que los incentivos inducen a un funcionario a incrementar su esfuerzo y por ende el rendimiento y el crecimiento económico.

Una vez analizadas las teorías de los autores mencionados, se procedió a vincular estos argumentos con los teoría del efecto multiplicador del gasto, donde se llega a determinar las principales políticas que el Estado debe crear para re direccionar el recurso fiscal al sector salud, donde se logra determinar las desigualdades y deficiencias en cuanto al uso de los recursos. Esto como precedente de la existencia de una prestación de servicios de salud públicos poco eficientes, lo cual corrobora la falta de gestión y de administración de las instituciones del sector.

Cabe mencionar que también han sido objeto de análisis los fundamentos legales con los que se trabaja, sobre todo en el sector salud, tales como son la Constitución de la República y el Plan Nacional del Buen Vivir, que en su conjunto señalan políticas de rectoría en materia sanitaria, objetivos definidos en pro de una mejor atención hospitalaria, el financiamiento por parte del Estado hasta llegar a niveles óptimos de distribución de los ingresos. Adicional, se describen los enfoques que el Ministerio de Salud Pública plantea para alcanzar niveles de eficiencia siguiendo un nuevo Modelo de Gestión de Salud Pública, para lo que se ha venido trabajando en conjunto con otros ministerios como son: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Ministerio de Relaciones Laborales y Ministerio de Finanzas, con el propósito de prestar servicios dignos y de calidad que se vean reflejados en impactos positivos para el crecimiento económico del país.

Es así, que esta investigación presenta el análisis del incremento gasto público en el sector salud, creando estrategias de estabilidad laboral, generando incentivos para los profesionales de salud y crear niveles eficientes de atención hospitalaria mediante el incremento de las jornadas laborales.

Para concluir, se realizó una descripción sobre el impacto que ha generado el incremento del volumen del gasto público en la red del Ministerio de Salud Pública teniendo presente las nuevas políticas que se están implementando respecto de la atención que el sector salud ha recibido anteriormente. Además se conceptualiza la eficiencia de mantener salarios dignos y jornadas laborales eficientes, con la finalidad de cubrir la demanda generada por la población, con lo que se logra determinar que el incremento del gasto público es justificable en la medida que los responsables de distribuir el recurso presupuestario y el recurso en talento humano lo hagan posible, es decir que se mantengan niveles óptimos de atención hospitalarias para satisfacer la demanda generada en la población, generando así un modelo preventivo y eliminando la concepción del enfoque curativo. De tal forma que lo que hoy se defina como gasto público en el mediano y largo plazo se lo puede definir como ahorro en el gasto público.

## ***Fundamentación teórica***

En el capítulo que a continuación se presenta, se procede a realizar un análisis de las principales teorías que se han ido desarrollando a través del tiempo como son la intervención del estado, el incremento del gasto público, la participación de los ciudadanos en la operación y evaluación del sistema. También, se discuten las innovaciones más recientes que se han implantado en el sistema ecuatoriano de salud dentro de las que destaca la incorporación de un capítulo específico sobre salud a la nueva Constitución que reconoce a la protección de la salud como un derecho humano.

Se debe tomar en cuenta que la investigación tiene por finalidad demostrar que pequeños cambios en el gasto público generan cambios significativos en el sector salud del Ecuador. Adicionalmente, es importante mencionar que el incremento de la inversión en salud no necesariamente significa tener más hospitales o centros de salud, sino puede representar un incremento salarial a los profesionales de la salud, que vaya acorde a la jornada laboral, lo que provocara que la atención sea más eficiente; es decir crear pequeños incentivos enfocados hacia mejor la atención hospitalaria del país.

También se analizará la intervención del Estado en el mercado de la salud, puesto que al ser un servicio que se ofrece por parte del estado, se pueden generar fallas de mercado, es por esto que la educación así como la salud son considerados bienes privados.

### ***Economía de la Salud***

Conceptos como eficiencia y equidad se constituyen en elementos claves al momento de tomar decisiones en el campo teórico de la economía de la salud. La eficiencia económica contiene el concepto de eficiencia técnica, aunque no necesariamente implica eficacia y efectividad de un programa, proyecto o acciones de salud. El análisis médico - epidemiológico y el análisis económico de los procesos en salud son complementarios en la evaluación del sector.<sup>7</sup>

La equidad tiene que ver con la igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria y utilización de medios, e igualdad en la calidad de atención, teniendo en cuenta barreras de accesos socio-económicas y regionales. (Leenan, H. 1985)

La Economía de la Salud como parte de la Teoría Marginalista Neoclásica ha fundamentado sólidamente la imposibilidad de lograr eficiencia aún en equilibrios competitivos en los mercados sanitarios, pero aparece como carente de una estrategia teórica a la hora de prescribir soluciones adecuadas. La construcción de la teoría de los fallos del Estado “aunque permite contraponer un mercado imperfecto a una intervención estatal igualmente aquejada de defectos no posibilita prescripciones solventes sobre cambios eficientes en organizaciones e instituciones sanitarias”. (Ortún, 1991)

Es así que argumentos en pos de la equidad han contribuido al diseño de las políticas activas en el sector. La desigual accesibilidad de la población al Bien Salud, producto de la desigual distribución del

---

<sup>7</sup> BARBIERI, Nelly. Estado y Mercado en Salud: Una aproximación desde la Economía de la Salud

ingreso, la definición por parte del Estado como Bien Preferente, la existencia de las llamadas enfermedades catastróficas en el sentido económico y de riesgo de mortalidad, son los argumentos a favor de la equidad que han contribuido al diseño de las políticas activas en el sector en la provisión de Bienes Privados por el Sector Público, más allá de las intervenciones fundamentadas en las ineficiencias del sistema cuando el mercado es el instrumento.

## ***Intervención del Estado en el Mercado de la Salud***

Un mejor nivel educativo y de salud en la sociedad produce externalidades positivas. Esta es la razón principal que justifica la intervención del Estado desde el punto de vista de las fallas de mercado. Tanto la educación como la salud son bienes o servicios que se consideran privados, con lo cual no se puede argumentar la existencia de bienes públicos (como se encuentra en varios autores) como justificación a que el Estado se involucre. Dentro del conjunto de bienes privados, se puede decir que la salud y la educación son bienes preferentes. Esto significa, en términos de Stiglitz, que "... evaluar el bienestar de cada individuo de acuerdo con sus propias percepciones es un criterio inapropiado o inadecuado para juzgar el bienestar, ya que los consumidores pueden tomar decisiones "malas", aun cuando posean una información completa..."<sup>8</sup>.

Lo que la sociedad prefiere es que el Estado sea quien provea el servicio de la salud, siempre y cuando esté disponible para el conjunto, es decir de libre acceso para la sociedad, sin embargo hay que recordar que los mercados son imperfectos por lo que no existe un mercado de competencia perfecta.

De tal modo, se justifica la existencia de la intervención del Estado, sobre todo para atacar tres problemas fundamentales en la sociedad, equidad (problema de la distribución de los recursos), eficiencia (problemas en la asignación de recursos) y estabilidad macroeconómica (crecimiento y desarrollo a nivel país).

El concepto de equidad se refiere a contar con un sistema que resulte en sí mismo igualador de las oportunidades y que contribuya con sus resultados a equiparar oportunidades de las personas en las competencias por otros logros, tanto económicos como sociales y políticos<sup>9</sup>.

En ese sentido, la equidad no resulta ser un estado de igualdad potencial sino un mecanismo de equiparación real de situaciones desiguales originadas en distintos campos, como el económico, el social y el geográfico. La igualdad, más que una propuesta niveladora es un proyecto que permite el igual acceso a las oportunidades de la población en general.

En estos términos, debe considerarse como parte del problema de equidad tanto la cuestión de la calidad (en el sentido de la equiparación de oportunidades) como la distribución del ingreso (en el sentido del acceso al servicio).<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> STIGLITZ, Joseph: "La economía del sector público". 2ª Edición Antoni Bosch editor (84-85).

<sup>9</sup> HANUSHEK, Eric: "The economics of schooling: Production and efficiency in public schools". Journal of Economic Literature, Vol. 24, Issue 3 (Sep, 1986), 1141-1177.

El principal problema en la actualidad es la eficiencia de la gestión pública, como lo plantea Milton Friedman y Rose Friedman<sup>11</sup>, los servicios de sanidad sufren una “enfermedad” denominada “*el mal de una sociedad sobrerregulada*”, en la cual se explica que el comportamiento racional de las personas que trabajan en el sector público promueve ineficiencia y poca rendición de cuentas que conspiran en contra de las políticas del Gobierno.

En cuanto a las formas de intervención del Estado, existe una clara diferencia que se debe mostrar con respecto al mercado de la salud, la demanda de servicios médicos depende (al menos, en parte) del estado de salud de los individuos, y este estado de salud puede ser entendido como una variable estocástica. En este contexto, los consumidores adversos al riesgo intentarán maximizar su utilidad. En cuanto existe un conjunto de sucesos sujetos a una probabilidad de acontecimiento o no, existe un riesgo que puede ser asegurado. Este riesgo está correlacionado con el costo del servicio médico. En los últimos años tuvo lugar una gran inflación en este tipo de costos, con lo cual se incrementó la participación relativa de los seguros médicos, tanto públicos como privados, en el financiamiento de gastos médicos. Si el mercado de seguros médicos privados no fuera competitivo, en cuanto no asegure todos los posibles sucesos, el Estado podría intervenir estableciendo, por ejemplo, la obligatoriedad de un seguro médico.<sup>12</sup>

El problema principal sigue siendo cómo interviene el Estado para solucionar los problemas que surgen por incompetencia o ineficiencia, a continuación se plantean cuatro funciones fundamentales:

- Provisión
- Financiamiento
- Información
- Regulación

El Estado ejerce estas funciones en mayor o menor medida de acuerdo al sistema. Se entiende por sistema la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud y educación. Se trata de una respuesta social organizada para los problemas que surgen<sup>13</sup>.

Entonces, el Estado realiza políticas dentro de estos mercados. Se entiende que una política es un esfuerzo sistemático para reducir problemas definidos implícitamente como públicos. Suele cuestionarse que, de incrementarse el presupuesto destinado a salud, mejoraría la calidad. Sin embargo se debe considerar que existe una diferencia entre “política” y “gasto”, aunque se requiera de una asignación de recursos.

---

<sup>10</sup> HANUSHEK, Eric: “The economics of schooling: Production and efficiency in public schools”. *Journal of Economic Literature*, Vol. 24, Issue 3 (Sep, 1986), 1141-1177.

<sup>11</sup> FRIEDMAN, Milton; FRIEDMAN, Rose: “Libertad de elegir”. Harcourt Brace Jovanovich, Inc., Primera Edición, Nueva York, 1980.

<sup>12</sup> TOBAR, Federico: “Herramientas para el análisis del sector salud”. *Medicina y sociedad*, Vol. 23, Nº 2. Julio 2000.

<sup>13</sup> Conviene aclarar que, en cualquier tipo de sistema, el Estado conserva la capacidad de ejercer las funciones de información y regulación de acuerdo a las circunstancias particulares que se plantean

Existe gran cantidad de investigación que sostiene la visión de que la falta de presupuesto no es el principal problema. Si el incremento en el gasto público no viene acompañado de políticas de estabilidad, control, seguridad y medidas a largo plazo, sólo se convierte en gasto.

Esto no quiere decir que un incremento de fondos no sea efectivo. La evidencia sólo implica que la mejora no puede realizarse simplemente incrementando recursos, prescindiendo del correspondiente cambio en la estructura institucional, incluyendo la cuestión de los incentivos.

“Es más una cuestión de proveer los incentivos correctos que de incrementar todos los salarios...”<sup>14</sup>  
A manera de conclusión se puede indicar que, para el análisis de este mercado, se pueden utilizar las herramientas generalmente aceptadas para todas las partidas del Gasto Público Social, pero no hay que dejar de considerar las particularidades inherentes a la salud.

## ***Inversión pública y crecimiento económico***

Un tema constante dentro de la bibliografía del crecimiento económico endógeno es responder la compleja cuestión acerca de si el gasto público productivo (que se refleja en la denominada inversión pública) y la inversión privada son complementarios, sustitutos o, como se asume en otros modelos macroeconómicos sobre el crecimiento, independientes uno del otro.

Cabe indicar que este renovado interés se debe a los resultados obtenidos por Aschauer (1989 a), Barro (1990), Holtz-Eakin (1992), Devarajan y Zou (1994), Lin (1994), Olson (1996), Nazmi y Ramírez (1997 y 2003), Lächler y Aschauer (1998), Albala-Bertrand y Mamatzakis (2001), Ramírez (2007), entre otros, los cuales han intentado clarificar el potencial impacto del gasto público productivo en el crecimiento económico de largo plazo, a partir de situar a los determinantes de la inversión, pública o privada como generadores de riqueza, y no a los del ahorro, como tradicionalmente se asume en las economías de países en vías de desarrollo.

La racionalidad económica de lo anteriormente expuesto reside en la idea de que el gasto público productivo, al reflejarse en inversión pública, está dirigido a la producción de bienes y servicios que el sector privado no produciría por el incremento sustancial de sus costos o por los beneficios compartidos que ocasionaría su adquisición. Sin embargo, este tipo de bienes denominados públicos son de importancia decisiva para el correcto funcionamiento de una economía de mercado porque ellos tienden a generar beneficios sociales<sup>15</sup>.

Dependiendo del tipo de gasto en inversión pública se puede generar un efecto indirecto sobre la formación de capital sino que también permite incrementar la demanda agregada de bienes y servicios producidos por el sector privado, e influye en las expectativas de los inversores privados sobre ventas y beneficios futuros.

---

<sup>14</sup> HANUSHEK, Eric: “Expenditures, efficiency, and Equity in Education: The Federal Government’s Role”. The American Economic Review, Vol. 79, Issue 2, Papers and proceedings of the Hundred and First Annual Meeting of the American Economic Association (May, 1989).

<sup>15</sup> La explicación clásica para las fallas de mercado y la necesidad de la intervención estatal para la provisión social de capital, sobre todo en países en desarrollo, se encuentra en Scitovsky (1954) y Nurske (1953).

Esto enlaza una nueva concepción acerca la función del Estado en la economía, obviando falsos dilemas sobre la lucha entre el estado y el mercado, pues lo que se postula es que más que la restricción de ahorro, la restricción que impera en una economía con insuficiente flujo de capital para generar mayor riqueza es su incapacidad para generar proyectos rentables de inversión, y es en este punto en particular donde la función del Estado tiene un papel de vital importancia. El Estado, utilizando el gasto público productivo, puede generar las condiciones humanas y físicas para emprender proyectos rentables de inversión, que tenderán por sí mismos a encontrar sus medios de financiamiento (interno o externo), generando recursos suficientes para pagarse solos, como requisito fundamental de su rentabilidad, provocando así un incremento de la riqueza neta de la población que se verá reflejado en un eficiente sistema de educación y salud pública.

En consecuencia, el crecimiento y la inversión dependen no tanto de la capacidad de generar ahorro ex ante, sino de que el gobierno y la sociedad, creen las condiciones propicias para la inversión productiva, lo cual implica que la eficacia de las acciones de la política económica para impulsar el crecimiento económico depende no tanto de su efecto en el ahorro, sino del que tenga sobre la inversión. Se debe entender que la inversión comprende varios enfoques, como pueden ser en infraestructura o en capital humano. Las políticas creadas para mejorar un sistema de salud solo serán eficientes si existe el talento humano que las dirija y las encamine con orientación al éxito.

### ***La Inversión pública y la hipótesis de complementariedad***

El trabajo seminal de Arrow y Kurz (1970), despertó el interés en el análisis de la relación entre la política fiscal y la tasa de crecimiento de una economía. La principal contribución fue el desarrollar un modelo en el que los consumidores derivan su utilidad tanto del consumo privado como del acervo de capital público generado por los flujos de inversión pública.

Asimismo, los beneficios de la producción privada también son generados por el uso de dicho acervo. Sin embargo para Arrow y Kurz toda la inversión pública es productiva, por lo cual no es necesario hacer una distinción entre gasto público productivo y no productivo, y dado que formulan un modelo neoclásico de crecimiento, dicho gasto público sólo afecta la tasa de crecimiento transicional de la economía mientras la tasa de crecimiento en estado estacionario permanece inalterada.

Con la aparición y desarrollo de la teoría del crecimiento endógeno (Romer, 1986, y Lucas, 1988), se despertó el interés por desarrollar modelos en los que se vinculara el gasto público con la tasa de crecimiento de largo plazo de una economía. A este respecto, Barro (1990), continuando con lo presentado por Aschauer (1989), introduce el concepto de gasto público productivo como un gasto que realiza el sector público en creación de infraestructura económica y que genera efectos en la producción misma o en la productividad de los factores de la producción, con la particularidad de que dicho gasto es complementario a la producción privada, por lo cual lo incluyen como un argumento de la función producción. Sin embargo, al igual que Arrow y Kurz para la inversión pública, Barro y Aschauer suponen que todo el gasto público incluido dentro de la función producción es productivo, encontrando evidencia empírica para una relación positiva entre la inversión pública (como expresión nítida del gasto público productivo utilizado por ambos autores) y el crecimiento del producto.

## ***Teoría del Gasto Público***

Durante varios años, el principal objetivo del estudio de la economía fueron las finanzas públicas, por lo que el estudio del gasto público recibía muy poca atención. Esta observación fue postulada por Samuelson (1954), en su clásico artículo "A Pure Theory of Public Expenditure". Justamente fue a partir de esta obra y de los trabajos de Richard Musgrave y otros importantes autores que la teoría de los bienes públicos recibió principal atención en los campos de la economía pues eran factores que debían ser estudiados en su conjunto por el impacto que generan en la economía de una nación.

La definición de la naturaleza de los bienes públicos que los distingue de los bienes privados, la formación de la demanda agregada y la provisión eficiente desde el punto de vista social, son resultados de estas contribuciones.

Si bien estos postulados ayudaron a comprender las propiedades de los bienes públicos no arrojaron luz sobre la dinámica que analiza este trabajo acerca del tamaño del Estado. Es decir, no existen consensos sobre el nivel de intervención que debería tener el estado para ser más eficiente.

Como ya se mencionó, no existe consenso entre los principales autores acerca de cuál debería ser el tamaño del sector público. Las posturas más extremas son aquellas que sostienen que el tamaño del Estado debe restringirse a su mínima expresión. En esta postura se encuentra J.M. Buchanan (1979) quien afirma en que los bienes públicos explican el gasto público en el equivalente al 10% del PBI. El resto del gasto existe porque los impuestos recaudados son de propiedad común y tienden a beneficiar a grupos particulares. Una postura totalmente opuesta es la de R.A. Musgrave (1973), para quien lo importante no es el tamaño sino la composición del gasto, y si los fines lo justifican conviene efectuarlo. Esta diversidad de criterios se manifiesta en la estadística de los países desarrollados. Las economías europeas tienen, en promedio a un mayor gasto en proporción al PBI: 47% contra el 33% de EEUU y 35% de Japón.

En el campo de la economía positiva se pueden encontrar varios autores que intentan explicar resultados empíricos observados en lo referente al crecimiento del Estado.

Adolph H. G. Wagner<sup>16</sup>, expuso sus ideas a lo largo de sus escritos durante más de cincuenta años. Una de las principales formulaciones que realizó fue: "a medida que aumenta el ingreso per cápita en los países en vías de industrialización, el Estado aumenta su participación en el Producto Bruto".

Además mencionó tres razones para explicar este fenómeno. En primer lugar se produciría un aumento de las funciones administrativas y protectoras del Estado como consecuencia de la sustitución de la actividad privada por la pública. De igual forma sostuvo que el aumento de la densidad de población y la urbanización son causales del aumento del Gasto debido a la necesidad de regulación económica. En segundo lugar Wagner manifestó que aumentarían los gastos culturales y de bienestar, especialmente los relativos a educación, salud y redistribución de la renta. Las

---

<sup>16</sup> Adolph H. G. Wagner (1835-1917) fue un economista que ejerció una presencia influyente dentro del campo de las Finanzas Públicas en la economía alemana de fines del siglo pasado. El formuló lo que se conoce como Ley de crecimiento de los Gastos del Estado dando una serie de razones para explicar el crecimiento de la actividad estatal en las economías en vías de industrialización.

razones que dio en este aspecto no fueron muy claras pero el resultado podría interpretarse en el sentido que estos bienes son superiores y por lo tanto su elasticidad con respecto al ingreso es mayor a la unidad. Por último Wagner sugirió que el aumento de la industrialización daría lugar a la aparición de grandes monopolios que requerirían la presencia del Estado para su regulación económica o bien para hacerse cargo de ellos.

Las ideas de Wagner correspondían a su concepción orgánica del Estado como una institución superior a los individuos que la componen. El éxito logrado en asociar estas ideas acerca del gasto con su nombre como “Ley de Wagner” obedece a que muchos de los estudios realizados parecen verificar sus hipótesis.

El problema principal que Wagner no contempló fueron los problemas de las Guerras, cuando una sociedad mantiene problemas bélicos el gasto se incrementa en proporciones que no habían sido analizadas, al resultado que sobre el gasto producen estado de conmoción social lo denominó efecto desplazamiento. Sin embargo, se explica que una vez que las guerras terminan hasta puede llegar nuevamente a nivel de equilibrio pero quedaba en un nivel mayor del que comenzó. Wagner sostenía que “Bajo un estado de conmoción social, es posible para el gobierno aumentar los niveles de imposición, cuestión a la que normalmente la sociedad es renuente. Una vez que se vuelve a la normalidad el excedente financiero encuentra rápidamente destino”.

Otras teorías que cuentan con cierto consenso en la explicación del aumento del gasto público pueden encontrarse dentro del campo de Public Choice. Algunos autores sostienen que la explicación para el aumento del gasto puede encontrarse analizando la conducta de los funcionarios públicos. Esta teoría, a la que podemos denominar efecto burocracia, argumenta que los funcionarios actúan en su propio interés maximizando la cantidad de recursos que ellos pueden manejar. Cuentan a su favor que disponen de información privilegiada, circunstancia que les posibilita lograr su propósito. Esta conducta maximizadora de los funcionarios se refleja en el agregado en una tendencia expansiva del gasto público.

La crítica que se formula a esta hipótesis es que si bien estas conductas pueden tener resultado en el corto plazo, en un período más largo encuentran obstáculos emergentes del financiamiento que deben encontrar.

Otra explicación para el crecimiento del gasto se encuentra en la creciente proporción del gasto que se destina a financiar transferencias de seguridad social. Este fenómeno encuentra su explicación en los mecanismos de decisión de las sociedades regidas por las reglas del voto mayoritario. Como el ingreso per cápita tiende a ubicarse por encima del ingreso del individuo mediano, se encuentra consenso a través del voto para aplicar políticas redistributivas. Estas presiones han venido aumentando a lo largo del tiempo debido al empeoramiento en la distribución del ingreso que se ha venido verificando en muchos países, sobre todo en aquellos países en vías de desarrollo.

## ***Conceptualización del gasto público***

Entre los conceptos iniciales a tratar para entender la conceptualización del gasto público es acerca del significado de gobierno<sup>17</sup>. Al respecto, podemos definir al gobierno por el carácter de las funciones que cumple: básicamente la misión fundamental es prestar servicios fuera del mercado para consumo colectivo y transferir ingreso por medio del gasto público. En decir que existen dos formas de clasificar el gasto: 1) según su impacto económico, y 2) según el propósito del gasto. Así, los análisis tradicionales sobre los efectos de los gastos del gobierno sobre el resto de la economía se concentran en la clasificación económica más que en su clasificación funcional. En cuyo caso se tiene que el gasto público representa el costo de las actividades del sector público que comprenden la producción y el suministro de bienes y servicios y las transferencias de ingresos. El sector público proporciona dos tipos de bienes y servicios: los que pueden ser consumidos o usados directamente por la población en forma individual o colectiva (como el transporte público y la educación pública y los sistemas de salud), y los que mejoran la productividad de los factores de producción (puertos industriales). Los gastos de infraestructura, como las carreteras, son una combinación de ambos. Otros gastos públicos son transferencias a grupos u hogares como son los denominados subsidios.

Dado que el gasto en bienes y servicios incluye los costos administrativos e indirectos de funcionamiento del gobierno, este tipo de gastos son los que afectan la prestación eficiente, razón por la cual la productividad en el sector público puede ser medida mediante los programas de empleo público donde la remuneración de los empleados públicos es la principal influencia sobre la eficiencia del gasto público. Sin embargo, ello puede afectar la prestación eficiente de los servicios públicos. La inversión pública o gasto de capital debe ser un complemento y además debe respaldar las actividades determinadas por los mercados, en lugar de competir con ellos. Es decir, el sector público puede estar en cualquier actividad considerada estratégica, siempre y cuando la inversión pública se dirija hacia aquellos grupos sociales que más lo necesitan y para mejorar la eficiencia de esa inversión.

En tal sentido, se resalta la importancia de la distinción entre el gasto público productivo y el gasto público improductivo. Para hacerlo se debe considerar las categorías de nivel, eficiencia y combinación del gasto público. El nivel se refiere al monto del gasto público, mientras que la eficiencia está relacionada con que el suministro de bienes y servicios, minimizando tanto los costos financieros y administrativos como las externalidades negativas que puedan provocar el gasto público y su financiamiento al sector privado. Por su parte, la combinación o composición del gasto público se refiere a la combinación adecuada de productos y servicios del sector público.

El gasto público solo será productivo si incrementa la rentabilidad de la inversión en general promoviendo el crecimiento económico, importante mencionar que no se trata de una competencia con el sector privado, de tal forma que el gasto público improductivo es todo aquello que vaya en contra de lo mencionado.

---

<sup>17</sup> Stiglitz, Joseph: La Economía del Sector Público. Antoni Bosch, Editor, Barcelona, 1988.

En el estudio neoclásico, la investigación a destacar es el de Baxter y King (1993), el cual analiza los efectos de la composición del gasto del gobierno sobre el crecimiento y el bienestar, de este estudio se deriva que cambios permanentes en las compras gubernamentales tienen importantes efectos sobre la actividad macroeconómica cuando están financiadas por impuestos lump sum o impuestos de suma fija. Sin embargo, los efectos son cambios temporales. Esto se debe a que la decisión de financiar es cuantitativamente más importante que los cambios en las compras gubernamentales, pues sólo la inversión pública tiene efectos sobre el producto y la inversión privada. Se debe tomar en cuenta que ante cualquier cambio en el gasto público este podría tener repercusiones sobre la inversión privada y por ende afectar la oferta de bienes y servicios privados.

## ***Salarios de Eficiencia***

Por salario de eficiencia se entiende que el salario recibido por los trabajadores es función de la eficiencia o productividad del trabajo. A la vez, los salarios estimulan la productividad de los trabajadores. Katz<sup>18</sup>, plantea que los modelos de salario de eficiencia han avanzado en la reciente literatura ya que proveen explicaciones coherentes al desempleo. La teoría de salarios de eficiencia también, como Katz menciona, provee una explicación potencial de las diferencias no competitivas de salarios a través de distintas formas e industrias para trabajadores con similar característica productiva.

Es decir, los salarios de eficiencia son claves para entender el desempleo o el nivel de eficiencia con la que los trabajadores desarrollan sus actividades diarias. Es así que, no solo hay una relación entre la productividad laboral hacia el salario sino que desde la productividad laboral depende el salario que debe percibir un trabajador. Desde un punto de vista lógico, se lo puede considerar como incentivos para aumentar el esfuerzo del trabajador y por ende el rendimiento y el crecimiento económico.

Este concepto se lo puede explicar de la forma matemática más simple:

$$w = f(PmGL(w)),$$

donde  $w$  es el salario pagado a los trabajadores y  $PmGL$  es la productividad marginal del trabajo. Se cumple, por lo tanto que:

$$\frac{\partial PmGL}{\partial w} > 0$$

Ahora, pensemos porque la productividad es función del salario. Básicamente, hay cuatro puntos relevantes: en primer lugar, hay un efecto de nivel mínimo de vida, donde las personas necesitan un nivel de salario mínimo para poder satisfacer sus necesidades básicas y así, dado esto, decidir cuan productivos serán.

---

<sup>18</sup> Katz, L. "Efficiency Wage Theories: A partial Evaluation", NBER Working Paper #1906, April 1986

Otro punto importante es la motivación, que tiene que ver con el concepto de los incentivos. A mayor salario, los trabajadores estarán más motivados para hacer sus trabajos y serán más eficientes.

El riesgo que existe es el problema de riesgo moral, ya que el trabajador puede tener un salario dado y trabajar menos que la productividad asociada a dicho salario.

Cabe mencionar que el salario que perciba un trabajador debe estar acorde además de la productividad laboral, al tiempo de trabajo que una persona dedique a su actividad.

### ***Teoría de "Shirking"***

Esta teoría muestra básicamente que si el empleador no observa el esfuerzo de los trabajadores, pagar salarios de eficiencia puede incentivar a los trabajadores a esforzarse. En el modelo de Shapiro y Stiglitz (1984)<sup>19</sup>, los trabajadores pueden escoger entre esforzarse o no ("shirk"). Si no se esfuerzan, hay una probabilidad de ser sorprendidos y la sanción es el despido. Así, con el fin de asegurar un nivel mínimo de productividad, el empresario puede fijar un salario que incentive a los trabajadores a desempeñar sus tareas con la intensidad requerida por la institución donde ejerce sus actividades diarias.

### ***Modelos de rotación laboral***

Para las empresas, la rotación es costosa. Por consiguiente las empresas pueden ofrecer salarios en exceso al salario de equilibrio para reducir los costos de la rotación. A mayor salario, menor será la probabilidad de rotación en la empresa. Campbell (1993)<sup>20</sup>, realiza un modelo teórico en el que los salarios están afectados únicamente por los costos de rotación. Concluye que las firmas sí pagan salarios de eficiencia, es decir, que las empresas en las que los costos de rotación son más altos, los salarios también son más altos.

### ***Modelos de selección adversa***

En estos modelos, un mayor salario atrae a postular por un empleo de la empresa a los trabajadores más hábiles. Caraballo<sup>21</sup>, plantea que el desempleo se genera cuando el salario que iguala la oferta de trabajo con la demanda es inferior al salario de eficiencia porque no constituye una situación de equilibrio. Esto se debe a que ya casi si todas las empresas ofrecen el salario competitivo, una empresa cualquiera que decida pagar el salario de eficiencia atraerá a los mejores trabajadores, por lo que los costos descenderán y los beneficios aumentarán con relación a las demás empresas. Si el salario competitivo es superior al salario de eficiencia, el equilibrio viene determinado por el salario competitivo porque una empresa que ofrezca el salario de eficiencia no atraerá a los trabajadores.

---

<sup>19</sup> Shapiro.C. y Stiglitz, J. (1984): "Equilibrium Unemployment as Worker Discipline Device", American Economic Review, vol 74 Junio.

<sup>20</sup> Campbell, C. 1993. "Do Firms pay Efficiency Wages? Evidence whit Data at the Firm Level", Journal of Labor Economics, 11 (3), 442-470

<sup>21</sup> Caraballo Pou, María Ángeles, "Salarios, productividad y empleo: la hipótesis de los salarios de Eficiencia", Cuadernos de Estudios Empresariales, número 6. Servicio de Publicaciones UCM, Madrid 1996.

## **Modelos sociológicos**

El esfuerzo de un trabajador depende de las normas laborales de su grupo. Una empresa, en este contexto, puede pagar un salario mayor que el equilibrio con el objeto de elevar los estándares laborales del grupo, de sus normas y el esfuerzo promedio. Como modelo sociológico, destaca lo que es el salario justo. Akerlof y Yellen (1988, 1990)<sup>22</sup>, plantean la hipótesis de que el salario justo se refiere a la concepción del trabajador sobre el salario justo que debería percibir un salario  $w_j$ : Si es superior al salario que actualmente está recibiendo,  $w$ , ejercerá un esfuerzo proporcionalmente menor, de forma que el nivel de esfuerzo será:

$$e = \min \left\{ \frac{w}{w_j}; 1 \right\}$$

, si el salario justo está por encima del salario que vacía el mercado, habrá desempleo.

## **El principio del multiplicador Keynesiano**

El principio del multiplicador consiste en que un nuevo gasto del Gobierno que promueva el empleo adicional genera más empleo multiplicativamente, esto significa que es inducido por la cadena de gastos que los nuevos salarios originan. Keynes consideró el multiplicador entre 1,5 y 2, de tal forma que un nuevo gasto en el gobierno daría empleo directo a 2 hombres y podría inducir al empleo a un tercero<sup>23</sup>. Cabe indicar que el problema a generarse en este punto sería que la promoción del empleo mediante incremento del gasto público podría significar movilizar recursos hacia los ociosos.

Otra forma de explicar el crecimiento económico según los efectos del multiplicador Keynesiano son los salarios. Los salarios nominales son rígidos a la baja.

Por consiguiente, a corto plazo:  $W = W_0$ .

En esta expresión  $W$  es la variable que expresa el nivel macroeconómico del salario nominal y  $W_0$  una cantidad concreta. No obstante, esta hipótesis sólo es fundamental para Keynes en el corto plazo, y de hecho, al analizar en profundidad la cuestión de los salarios a largo plazo la descartó.

El consumo es una función estable de la renta real ( $Y$ ). Generalmente, toda la renta no suele ser consumida debido a que una parte se ahorra. Así se tiene que a corto plazo, la renta, que se nivela con la oferta, o producción, global, se gasta según una determinada propensión al consumo (cuya relación de funcionalidad se designa por  $\chi$ ). Es decir, si  $C$  representa el consumo:  $C = \chi(Y)$ .

La inversión ( $I$ ) depende de las expectativas de los empresarios a través de la eficiencia marginal del capital ( $e$ ). O sea, la inversión es una función de:  $e: I = i(e)$ .

---

<sup>22</sup> Akerlof, G.A. y Yellen, J (1990) "The Fair Wage-Effort Hypothesis and Unemployment", Quarterly Journal of Economics, vol 105, N 2.

<sup>23</sup> LEKACHMAN, Robert (1966): La era de Keynes; versión en español de Alianza Editorial, S.A., Madrid, 1970

En lo que se refiere a los salarios nominales y reales, Keynes realiza una crítica a la teoría clásica por sostener la necesidad de mantener unos salarios flexibles a la baja en época de crisis porque se creía que, al disminuir los costes, el precio de las mercancías descendería, las ventas aumentarían y con ellas el empleo.

Keynes opina que este razonamiento presupone una neutralidad de los salarios en la determinación de la demanda efectiva global; o sea, que esta última seguiría estando en el mismo nivel que antes de la reducción salarial. Sin embargo, expresa que la disminución de los salarios comprometería seriamente el mantenimiento de la misma cuantía total de la demanda efectiva global.

Como lo más probable sería que esta última descendiera, debido al desgaste de los salarios, se imposibilitaría, o al menos se dificultaría, la absorción de la oferta, la que, además, se reduciría al disminuir las ventas ya que como es lógico pensar, no se fabrica lo que no se vende.

### ***La inversión en salud como gasto público***

La condición de mantener una buena estructura en el sistema de salud pública de un país, no es sólo una consecuencia, sino también una causa del desarrollo y el crecimiento socioeconómico, por lo que el sector sanitario no debe verse únicamente como generador de gasto, sino también como un sector de actividad que ejerce efectos beneficiosos en el conjunto de una economía. Es así que las inversiones destinadas a la mejora de la salud además de una obligación moral o social, son también un conjunto de políticas eficientes desde un punto de vista social y sobre todo económico.<sup>24</sup>

El análisis del tamaño del sector público ha configurado un importante estudio en la literatura económica, es así de donde proviene la importancia de la inversión en salud como gasto público. La provisión de insumos médicos, la infraestructura física y social a través de la inversión pública y el gasto en bienes y servicios, además del talento humano, todo ello en su conjunto ayudan a manejar de manera eficiente los recursos presupuestarios.

Para realizar una breve descripción se puede observar como la salud pública ha crecido en los últimos 50 años en países desarrollados, esto en virtud de que con el paso del tiempo los países desarrollados han logrado destinar el 8% de su Producto Interno Bruto (PIB) a gastos sanitarios. Este gran volumen de gasto configura al sector sanitario como una de las industrias de servicios más importante en estos países con un crecimiento dinámico y que tiene que dar constante respuesta a nuevas necesidades y mayores exigencias por parte de los ciudadanos lo que determinará la demanda futura de recursos.

Es importante que se aclare que el sector salud de un país no debe ser visto como generador de gasto, sino como un sector de actividad que ejerce efectos beneficiosos en el conjunto de la economía. Por un lado, y bajo la perspectiva de sector de actividad económica, la red de salud pública, ejerce efectos multiplicadores sobre otros sectores, creación de empleo y efectos redistributivos sobre la renta de los hogares. Por otro lado, existe un importante impacto de la salud

---

<sup>24</sup> Rivera Berta y Currais Luis. "La inversión en salud como gasto público productivo: un análisis de su contribución al crecimiento económico". Universidad de A. Coruña. 2004

sobre el desarrollo a través de diversos canales por los que la inversión en salud tiene efectos beneficiosos sobre el crecimiento económico y el desarrollo social. En este sentido, las inversiones destinadas al sector sanitario deberían considerarse no únicamente como una obligación moral o social, sino también como una forma de favorecer el crecimiento económico de un país.

El Sector Público juega un papel fundamental en la provisión de los servicios de salud, puesto que una gran parte de la población se beneficia de la sanidad pública.<sup>25</sup> El porcentaje de población dependiente de los servicios públicos de salud aumenta a medida que disminuye la renta, es decir, son los hogares más desfavorecidos aquellos que utilizan de forma más intensa los servicios públicos.

### ***La importancia del gasto sanitario***

El análisis del gasto sanitario sobre el estado de salud no es una cuestión sencilla de analizar puesto que no solamente se debe considerar el volumen del gasto, medido en cifras monetarias, sino que además es importante analizar la eficiencia con la que son manejados dichos recursos. No cabe duda que además de la suficiencia, la efectividad del gasto público es una cuestión primordial. El acceso diferencial a la calidad del cuidado sanitario y el uso inadecuado de servicios médicos, son factores que a menudo se sugieren como causa de una peor salud entre los individuos, particularmente en los grupos de bajo nivel socioeconómico.<sup>26</sup>

Los programas con tendencia a disminuir barreras financieras han tenido éxito en incrementar el acceso a la salud para los pobres, sin embargo no han eliminado completamente dicha brecha, puesto que se trata no solo de tener libre acceso a la salud pública sino de calidad en el servicio que se ofrece por parte del estado, para esto es importante romper esquemas como diferencias culturales y otros factores que siguen limitando el acceso a los servicios de salud.

### ***La sanidad como sector de actividad económica***

Se debe considerar a la sanidad como un sector productivo que impulsa a otras actividades económicas a través de relaciones intersectoriales. Bajo esta perspectiva, la producción de servicios sanitarios hace referencia a aquellas actividades, en cualquiera de las etapas del proceso productivo, que utilizan inputs o forman parte del suministro final de servicios sanitarios. El sector sanitario puede caracterizarse como un sector de producción primaria final tal y como cabría esperar al referirnos a un servicio público. Por lo tanto, la actividad productiva de la sanidad vendrá generada a través de una demanda final que se concreta en un volumen de gasto determinado.

La consideración de los consumos intermedios es una forma de aproximarse a la capacidad de cada rama de generar demanda de otras actividades de manera directa, tanto la sanidad de no mercado como la sanidad de mercado pueden caracterizarse como sectores de producción primaria final, por

---

<sup>25</sup> Rivera Berta y Currais Luis. *“La inversión en salud como gasto público productivo: un análisis de su contribución al crecimiento económico”*. Universidad de A. Coruña. 2004

<sup>26</sup> Williams, 1990, MacYntyre et al., 1993

lo que podemos clasificar al sector sanitario en el grupo de actividades no manufactureras con un destino final de su producción.<sup>27</sup>

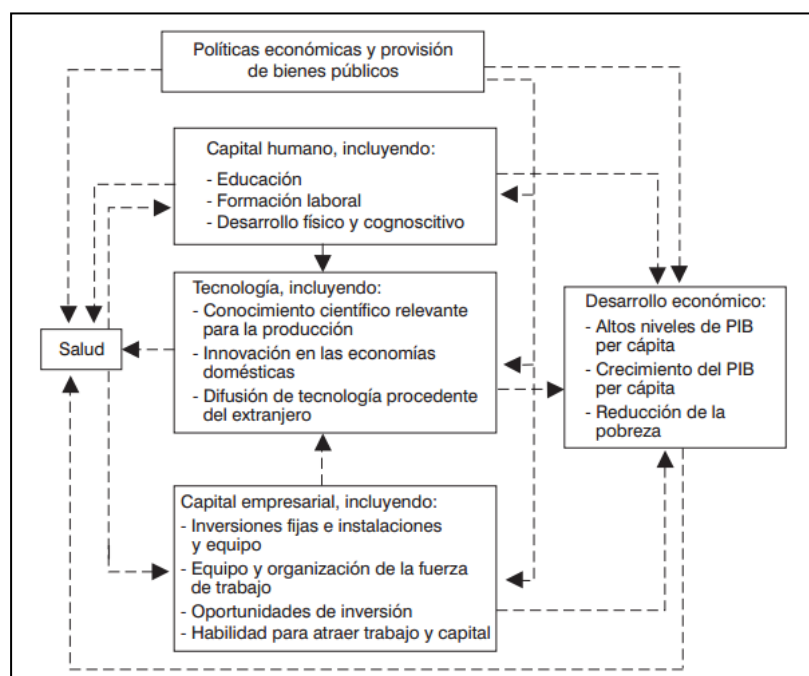
### **Las relaciones entre salud y crecimiento económico**

La relación entre salud y crecimiento económico se la puede apreciar desde la historia, a lo largo del siglo pasado se ha producido una profunda transformación en la salud de las poblaciones que ha posibilitado vidas más largas, más sanas y más productivas. La esperanza de vida aumentó durante los siglos XIX y XX, especialmente en éste último, en Europa y posteriormente en el resto de países (Rivera 2005). Este aumento estudiado por historiadores económicos y demógrafos se atribuye, en un principio, a un incremento de la renta, y por lo tanto mejoras en saneamiento y alimentación, lo que posibilitó una disminución de las tasas de mortalidad y un aumento de la longevidad. Sin embargo, durante el siglo pasado los avances sanitarios como el desarrollo de antibióticos o vacunas se configuraron como factores determinantes en la reducción de la mortalidad.

La contribución de los servicios sanitarios ha variado con el tiempo, a medida que las condiciones socioeconómicas de los países también lo hacían. Las grandes infecciones y epidemias han dado paso, en las economías industrializadas, a enfermedades degenerativas y nuevas infecciones o cánceres que han cambiado el papel de la medicina, es por esto que el nuevo enfoque de la medicina debe basarse en un enfoque de prevención y no curativo.

### **Principales canales de repercusión entre salud y renta**

**Ilustración N° 4. La salud como un *Input* para el Desarrollo Económico**



**Fuente:** Sachs (2002)

**Elaboración:** Andrés Egas

<sup>27</sup> Rivera Berta y Currais Luis. "La inversión en salud como gasto público productivo: un análisis de su contribución al crecimiento económico". Universidad de A. Coruña. 2004

La relación más inmediata que se puede establecer es respecto a la productividad de la fuerza de trabajo, puesto que un trabajador sano sería más productivo que aquellos con similares características a excepción de su estado de salud. En general las poblaciones sanas tienden a tener mayores tasas de productividad dado que los trabajadores son física y psicológicamente más capaces y pierden menos días laborales debido a la enfermedad.

Pero además la mala salud también afecta al nivel de educación de la población reduciendo tanto los años de escolarización como la capacidad cognitiva de los niños en edad de aprendizaje. Tampoco podemos olvidar su influencia sobre las decisiones de gasto, inversión y ahorro durante el ciclo de vida de los individuos. Vidas más largas favorecen, por ejemplo, mayores inversiones en el nivel de educación o un mayor nivel de ahorro de cara a la jubilación. La inversión extranjera también se ve afectada por el estado de salud de la población de un país en la medida en que los inversores no elegirían países donde la fuerza de trabajo sufriera fuertes patrones de enfermedad o enfermedades endémicas.<sup>28</sup>

Los factores demográficos son también importantes a la hora de determinar la relevancia de la salud sobre el crecimiento económico. Los indicadores comúnmente utilizados para medir el estado de salud de la población son la esperanza de vida y la tasa de mortalidad, asociados de forma directa con los niveles de renta y crecimiento de un país. Esperanzas de vida más cortas inhiben la inversión en educación y otras formas de capital humano, dado que existe un alto riesgo de que el individuo no viva lo suficiente para beneficiarse de esta inversión.<sup>29</sup>

Otro punto que merece ser analizado es que el crecimiento económico y la mejora en los niveles de salud se retroalimentan. En decir, la productividad favorece las condiciones de salud de forma directa a través de la renta. La capacidad para generar mayores ingresos posibilita un mayor consumo de bienes relacionados con la salud tales como la alimentación o los medicamentos. De esta forma también puede darse el caso que un efecto indirecto sobre la salud a través de unos mejores hábitos de vida, una mayor participación laboral o un mayor nivel de educación por parte del individuo o del hogar lo que redundaría en un mejor estado de salud vía un incremento de los ingresos y por tanto mayores oportunidades de acceso a un hogar tales como son educación y vivienda, lo que deriva en mejores condiciones sociales.

Otra forma de evaluar o medir los efectos de la salud sobre el crecimiento económico es a través de la estimación del coste económico de una enfermedad o un grupo de enfermedades. En general, es útil diferenciar entre los diferentes componentes de los costes de la enfermedad que podemos agrupar en tres categorías<sup>30</sup>:

**Costes directos:** Son aquellos derivados del uso de los recursos médicos dedicados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

---

<sup>28</sup> Berta Rivera Luis Currais, "La Inversión en salud como gasto público productivo", Universidad de A. Coruña, 2004, Instituto de Estudios Fiscales.

<sup>29</sup> Berta Rivera Luis Currais, "La Inversión en salud como gasto público productivo", Universidad de A. Coruña, 2004, Instituto de Estudios Fiscales.

<sup>30</sup> López María Teresa y Gentile Natacha. Sistema de indicadores económicos y sociales: la importancia del análisis integrado. Universidad Nacional Mar del Plata. Fac. de Ciencias Económicas y Sociales.

**Costes indirectos:** Son como los derivados de la pérdida de productividad individual, tiempo de ocio, etc.

**Costes intangibles:** Son los que incluyen un amplio abanico de efectos como el dolor y el sufrimiento ocasionado por la enfermedad, la dependencia económica, pérdida de oportunidades laborales, etc.

Para resumir el tema de la inversión en salud como un gasto público productivo se puede explicar que un mejor estado de salud puede considerarse una de las causas y de las consecuencias del crecimiento económico. Esta relación, aunque compleja, es importante para establecer las prioridades y la adecuada ejecución de las políticas públicas a través del gasto público. En este sentido, sería conveniente seguir profundizando en el análisis de relaciones tales como si diferentes esquemas de asignación de gastos tienen efectos diferentes sobre la salud de la población, si el acceso a los servicios es diferencial por grupos socioeconómicos y según sistemas de prestación o si el sistema de prestación de servicios y de aseguramiento de la población induce a la selección de riesgos, entre otros.

La justificación de invertir en salud para el crecimiento económico implica necesariamente desarrollar criterios para una asignación más eficaz de los recursos públicos, es decir, para gastar en aquellas intervenciones y servicios que proporcionarán una tasa más alta de rendimiento en la formación de capitales humanos y el aumento de los ingresos.

## ***Equidad en el Sistema Social de la Salud Pública***

Uno de los temas más importantes a ser tratados es el sistema de la salud pública es la equidad con la que son redistribuidos los recursos del estado es así que 1990, el Informe sobre el Desarrollo Mundial proyectó un enfoque complementario para incrementar la eficiencia del gasto en salud pública dirigiéndolo hacia actividades eficaces en función del costo.

La equidad en salud significa que ninguna persona debe estar en condiciones desfavorables para alcanzar su máximo potencial de salud, es decir todas las personas deberían tener las mismas oportunidades. Dicho de otra forma, una política de equidad no implica eliminar todas las diferencias de manera que todas las personas posean el mismo nivel y calidad de salud, se trata más bien de reducir o eliminar aquellas diferencias que resultan de factores que son considerados injustos.

La política sanitaria es parte esencial del gobierno de cualquier país para mejorar la distribución del bienestar de la población a través de la reducción de la inequidad social que son generadas por fuera del propio sistema de salud.

### ***Principios de Equidad: Horizontal y Vertical***

Es necesario plantear dos principios que subyacen el estudio de la equidad.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> "Estado y Mercado en Salud. Una aproximación desde la Economía de la Salud". Medicina y Sociedad Año 1999.

**El Principio de equidad horizontal** considera que situaciones similares deben recibir un tratamiento similar.

**El Principio de equidad vertical** establece que situaciones diferentes merecen ser tratadas de forma diferente.

Cuando se analiza la distribución de los recursos estos enunciados pueden ser reformulados de la siguiente manera:

**Equidad Horizontal:** Asignación de recursos iguales o equivalentes para igual necesidad.

**Equidad Vertical:** Asignación de diferentes recursos para diferentes niveles de necesidad (generalmente el concepto de equidad vertical se utiliza como justificación de políticas dirigidas a personas carentes de recursos).

### ***Equidad en Salud***

Para llegar a entender el concepto de equidad en salud, primero se debe aceptar que hay un inequidad en la salud, generada a partir de políticas sanitarias deficientes o por desigualdad de oportunidades.

Desde el punto de vista de la población, estas limitaciones pueden ser generadas por la relación existente entre el nivel de ingresos, nivel educativo, grupo étnico, género, distribución geográfica, edad, etc.

Tomando en cuenta que se debe cuantificar las inequidades generadas por el sistema en cuanto a salud, la pregunta inicial que se intenta contestar es ¿cuáles son esas inequidades? La respuesta no está del todo definida puesto que habitualmente se utilizan y confunden dos definiciones operacionales diferentes: Una de ellas se relaciona con las inequidades en cuanto al nivel o resultados en salud y, la otra centra su atención en el acceso y distribución de los recursos en salud<sup>32</sup>.

Pracilio<sup>33</sup> (1998) realiza una clara exposición de las habituales limitaciones a la accesibilidad de los servicios de salud.

**Barreras geográficas:** determinadas por la distancia, el tiempo y los accidentes geográficos que dificultan el acceso a la atención. Se superan mediante una adecuada distribución espacial de los recursos.

---

<sup>32</sup> Resultados en Salud no son resultados de Salud. Como define la OPS-OMS (1992) "Problemas en Salud no son problemas de salud, la denominación de problemas en salud pretende dejar en claro que estos exceden a la dimensión biológica y clínica, para hacerse cargo de todas las dimensiones de lo social relacionadas con la aparición de problemas de salud." Por analogía, se puede extender la definición a resultados en salud y de salud, utilizando la preposición "en" para incluir la dimensión social.

<sup>33</sup> Pracilio Horacio: "El Sistema de Salud", Modulo 2 editado por la cátedra de "Salud, Medicina y Sociedad, Facultad de Medicina, UNLP, La Plata, 1998.

**Barreras económicas:** derivadas principalmente del pago directo en el momento de la atención, ya sea en forma de coaseguros, honorarios profesionales, gastos sanatoriales, medicamentos e incluso los gastos de transporte que para ciertos grupos de población resultan significativos. La atención gratuita en los servicios públicos de salud, no es suficiente en muchos casos para eliminar totalmente las barreras económicas a la accesibilidad.

**Barreras legales:** constituidas por los diversos sistemas de seguridad social que cubren diferentes grupos de población, y por lo tanto condicionan el uso de los servicios, según exista o no relación contractual con los mismos.

**Barreras administrativas:** condicionadas por la multiplicidad de requisitos y trámites administrativos que establecen los sistemas de atención de salud para acceder al uso de los servicios.

**Barreras culturales:** determinadas por las diferencias entre la cultura de la población, y las formas habituales de prestación de los servicios profesionales.

En tal sentido la equidad, es el acceso a los servicios de salud al conjunto de la población, sin limitaciones ni barreras y para ellos la intervención del Estado juega un papel fundamental puesto que debe crear políticas que estén encaminadas a buscar la igualdad de oportunidades para la sociedad promoviendo una cultura sanitaria de calidad y eficiencia.

## ***Fundamentación Legal***

El Ministerio de Salud Pública en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional está implementando cambios estructurales en el sector salud, que se enmarcan en el proceso de la Revolución Ciudadana que el Gobierno Nacional del Presidente Rafael Correa viene impulsando desde el año 2007.

Es así que la Constitución de la República del Ecuador aprobada en el 2008 recoge todas las aspiraciones y las propuestas de los sectores democráticos del país para formar un conjunto de principios, normas y mandatos en pro de reconocer los derechos fundamentales de la población. Es decir se crea una nueva institucionalidad con el fin de garantizar el cumplimiento de esos derechos y de esa forma apuntar a un ordenamiento social más justo y equitativo.

Entre los aportes más importantes de este proceso es que se consolida en una visión de desarrollo que supera el enfoque economicista, con procesos concentrados y excluyentes para la población, hacia una visión que pone en el centro de la preocupación al ser humano y articula los diferentes ámbitos de la vida a nivel económico, social, político, cultural, ambiental, en función de la generación de oportunidades y potenciación de las capacidades, tanto técnicas como del talento humano, para el logro de condiciones de bienestar de toda la población. Por otro lado, recupera la planificación como herramienta fundamental para trazar el horizonte y los caminos a seguir para lograr un país capaz de garantizar los derechos de las y los ciudadanos y de las futuras generaciones.

## ***Fundamento Legales de la Constitución de la República del Ecuador 2008***

Dentro de la nueva Constitución de la República del Ecuador, se señalan puntos importantes como es que el Estado garantizará el derecho a la educación, salud, vivienda, etc. Es importante analizar los temas planteados respecto a la salud en el Ecuador puesto que de aquí se desprende la base de cómo se cumplirán y se harán cumplir los derechos señalados por la Carta Magna y que tendrían influencia directa hacia la población.

Analizando estas políticas se tendrá como punto referencia que el Estado es quien debe velar por que las mismas se cumplan, sin embargo hay instituciones que también están inmersas en el ordenamiento y regulación para de esta forma poder canalizar las políticas de una manera más eficiente; es así que la Constitución de la República en el Art. 3 define como deberes primordiales del estado lo siguiente:

**Art. 3.-** Son deberes primordiales del Estado:

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes<sup>34</sup>.

Es así como el Estado asume el rol protagónico de prestar servicios eficientes en los ámbitos de salud, educación, alimentación, etc. Adicional a esto la Constitución en la sección Séptima referente a la salud expresa que:

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional<sup>35</sup>.

Nuevamente en este articulado se encuentran conceptos claves como eficiencia y eficacia, que son los principios básicos por los cuales debe regirse cada institución que preste los servicios antes mencionados.

La Constitución de la República dedica el segundo capítulo al tema vinculado con la salud en la Sección VII del Régimen del Buen Vivir. Dentro de este capítulo señala las obligaciones de las

---

<sup>34</sup> Carta magna vigente en la República del Ecuador, ***Constitución del Ecuador 2008***. Montecristi Manabí: Asamblea Constituyente.

<sup>35</sup> Carta magna vigente en la República del Ecuador, ***Constitución del Ecuador 2008***. Montecristi Manabí: Asamblea Constituyente.

instituciones públicas y privadas a brindar una atención de calidad en todos sus niveles y sin ningún tipo de discriminación.

Cabe recalcar que en esta sección además de mencionar que el Estado es quién garantiza el libre acceso de los servicios también cumple el rol de regulador y normas a las instituciones a fines a la red social de salud pública, por lo que algunos actores políticos consideran al Estado como un ente de supremacía, de control y autoritarismo por el que las políticas públicas a largo plazo se vuelven ineficientes.

**Art. 361.-** El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.<sup>36</sup>

Otro de los puntos a destacar dentro de este análisis es el Art. 363 que textualmente expone que:

**Art. 363.-** El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

De esta forma se puede entender entre otras cosas, la necesidad de contar con talento humano capacitado, es decir con profesionales de la salud que trabajen de forma eficiente y brindando servicio de calidad. Es por esto la importancia de reconocer que como personas racionales necesitan

---

<sup>36</sup> Carta magna vigente en la República del Ecuador, *Constitución del Ecuador 2008*. Montecristi Manabí: Asamblea Constituyente.

de estímulos para seguir ejerciendo su profesión de manera que se pueda aumentar la cobertura con programas que estén destinados a mejorar la atención hospitalaria.

De aquí se desprende la idea que consiste en que un trabajador que perciba un salario justo y además reciba incentivos por sus actividades trabajará de forma productiva en función del bien común lo que producirá niveles de vida dignos tanto por la parte que ofrece el servicio así como por la población que es quien lo demanda.

Cabe mencionar también que el Art. 366 habla acerca del financiamiento que recibirán las instituciones estatales de salud por parte del Estado para que de esa forma el gasto en salud sea oportuno, regular y suficiente, y además debe provenir del Presupuesto General del Estado.

Si bien es cierto que el gasto público ha aumentado en los últimos años, cubriendo así temas de infraestructura sanitaria no es menos cierto que la eficiencia con la que se han manejado dichos recursos también ha sido muy cuestionada.

Esto se debe principalmente a que las instituciones de salud pública, son organismos que trabajan sin generar utilidades, puesto que los servicios así como insumos, medicamentos y estudios son gratuitos para toda la población en tal sentido el Estado se convierte en un sujeto paternalista, de tal forma que las políticas públicas que se construyen deben apuntar hacia un enfoque de prevención y no de curación así el Estado se asegura que el incremento del gasto público ha servido para que la población genere la cultura de prevención frente a enfermedades que no tienen ningún riesgo en la población, sin que esto significa poner barreras o limitar el nivel de atención hospitalaria.

## ***Representación del sector salud en el Ecuador***

En este capítulo se analizó la evolución que el Ministerio de Salud Pública ha tenido en cuanto a los objetivos y el plan estratégico que se han implementado para el mejoramiento de los servicios sanitarios. Es así como se estudió la inversión que el Estado ha realizado en obras de infraestructura, recuperación de hospitales y áreas de salud, implantación de unidades móviles a nivel nacional, creación de programas y servicios sociales dignos así como también el incremento de la jornada laboral para los profesionales de la salud de cuatro a ocho horas diarias y el aumento salarial. Además es importante mencionar la creación de incentivos para que la atención hospitalaria en todos sus niveles sea óptima y eficiente, tales incentivos son: bonos geográficos, bonos de residencia y bonos por eficiencia.

Es importante además señalar que el Ministerio de Salud Pública cuenta con una nueva estructura orgánica lo que ha permitido el fortalecimiento de políticas públicas implementadas por el actual Gobierno. De tal forma que la inversión o el aumento en el gasto público pueda ser distribuido y re distribuido de acuerdo a las necesidades que presenta cada provincia en virtud de la situación geográfica.

En tal sentido, se realizó una breve descripción de lo que ha sido el servicio de salud pública en años anteriores sin políticas de equidad y eficiencia; contrastar el estudio con el crecimiento importante que se ha dado en el sector salud del Ecuador en los últimos cuatro años.

Cabe resaltar la importancia que tiene para la presente investigación el incremento salarial para el talento humano y para así mejorar los niveles de calidad de vida, generando mayor crecimiento económico en el país.

### ***Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 - 2013***

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, ha sido elaborado a través de la orientación técnica y metodológica de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), en coordinación con los equipos técnicos de los distintos Ministerios y Secretarías de Estado y sobre todo con los aportes de ciudadanas y ciudadanos ecuatorianos. La aprobación del Plan en el Consejo Nacional de Planificación constituye un hito en la aplicación de la Constitución, así como también para la consolidación de la democracia participativa.<sup>37</sup>

Dicho plan contempla la revolución constitucional y democrática para sentar las bases de una sociedad más igualitaria, justa, diversa, intercultural y soberana con miras a construir una sociedad más estabilizada a través de la implementación de políticas públicas y de la transformación del Estado. Dentro de este contexto se busca garantizar la transparencia de los procesos, la rendición de cuentas y el control social como ejes fundamentales para la construcción de relaciones sociales que posibiliten el reconocimiento mutuo entre las personas y la confianza colectiva.

---

<sup>37</sup> SENPLADES, Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013. Documento Electrónico, <http://www.senplades.gob.ec/web/senplades-portal/plan-nacional-para-el-buen-vivir>

Se persigue una revolución económica y productiva para superar modelos obsoletos heredados por gobiernos anteriores que lo único que buscaban era su propio interés, de tal forma que se pueden canalizar los recursos del Estado hacia la educación, salud, vivienda, alimentación, investigación científica, trabajo y reactivación productiva, para esto es necesario la democratización de los bienes públicos, es decir garantizar el libre acceso.

Se pretende lograr una revolución social para que el Estado garantice los derechos fundamentales y de esa forma ofrecer oportunidades de inserción socioeconómica y fortalecer las capacidades de las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y grupos de atención prioritaria para atender necesidades de suma importancia.

Con el Plan Nacional del Buen Vivir además se busca la revolución por la dignidad, una lucha por la soberanía e integración latinoamericana para de esta forma consolidar una América Latina y el Caribe y tratar de insertar al país de manera estratégica en el mundo.

Para los objetivos de esta investigación, es necesario definir el Buen Vivir de tal forma que ayude a encontrar respuestas a las preguntas planteadas anteriormente. El Buen Vivir es un cambio, que se construye mediante visiones más amplias y que supera los estrechos márgenes cuantitativos, apuntando hacia un sistema más que no concentre sus actividades en la acumulación material, sino que promueva una estrategia económica incluyente, sustentable, sin barreras, con igualdad de oportunidades, sin discriminación y democrática. Es decir, una visión que incorpore concepto como la redistribución, la equidad, la eficiencia, una visión más justa.

Esta ruptura conceptual que se propone tiene orientaciones éticas y principios que marcan el camino hacia un cambio radical para la construcción de una sociedad justa, libre y democrática. Las orientaciones éticas se expresan en cinco dimensiones: la justicia social y económica, la justicia democrática y participativa, la justicia intergeneracional e interpersonal, la justicia transnacional y la justicia como imparcialidad<sup>38</sup>. A su vez, propone desafíos que se pueden sintetizar en:

- Construir una sociedad que reconozca la unidad en la diversidad.
- Reconocer al ser humano como ser gregario que desea vivir en sociedad.
- Promover la igualdad, la integración y la cohesión social como pauta de convivencia.
- Garantizar progresivamente los derechos universales y la potenciación de las capacidades humanas.
- Construir relaciones sociales y económicas en armonía con la naturaleza.
- Edificar una convivencia solidaria, fraterna y cooperativa.
- Consolidar relaciones de trabajo y de ocio liberadores.
- Reconstruir lo público.
- Profundizar la construcción de una democracia representativa, participativa y deliberativa.
- Consolidar un Estado democrático, pluralista y laico.

---

<sup>38</sup> SENPLADES. Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013 <http://www.senplades.gob.ec/web/senplades-portal/plan-nacional-para-el-buen-vivir>

Con estos fundamentos, el Plan Nacional del Buen Vivir asume doce objetivos principales para cumplir lo ya planteado anteriormente. Para efectos del presente estudio, se ampliará solamente el segundo y tercer objetivo.<sup>39</sup>

### ***Objetivo 2. Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.***

Para el desarrollo de capacidades y potencialidades ciudadanas se necesita implementar acciones armónicas e integrales en cada ámbito.

Uno de los principales es la atención adecuada y oportuna en la salud, se garantiza la disponibilidad de la máxima energía vital para buscar un crecimiento económico; una educación de calidad favorece la adquisición de saberes para la vida y fortalece la capacidad de logros individuales; a través de la cultura, se define el sistema de creencias y valores que configura las identidades colectivas y los horizontes sociales.

Además se requiere una visión preventiva de la salud, en la que el elemento básico sea la adecuada nutrición de la población, en particular, desde la gestación hasta los cinco primeros años.

Sin embargo, más allá de la nutrición, en el ámbito de las políticas de salud pública, es necesario empezar a entender a la enfermedad como el “amigo a comprender”, más que como el “enemigo a atacar”. De ese modo, las estrategias y políticas públicas que se originen en este campo podrán ser orientadas hacia el conocimiento y la solución de las causas que originan la sintomatología.

Para la construcción y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades de las personas y las colectividades es un eje estratégico del desarrollo nacional y una condición indispensable para la consecución del Buen Vivir, respetando así lo que señala la Carta Magna.

A través de las propuestas constitucionales podrán hacerse efectivas solamente a través de políticas públicas que garanticen la nutrición equilibrada y suficiente de la población; la generación de infraestructura y la prestación de servicios de salud; el mejoramiento de la educación en todos sus niveles, incluida la formación y capacitación de funcionarios públicos, así como la implantación de orientaciones y acciones para el desarrollo de la actividad física y del deporte de calidad.

### ***Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población***

El objetivo 3, se relaciona directamente al Buen Vivir en todos los aspectos de las personas, pues está fundamentado en la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas. Visto de otra manera, tiene que ver con el fortalecimiento de las capacidades y potencialidades de los individuos y de las colectividades, en su afán por satisfacer sus necesidades y construir un proyecto de vida común, que beneficie a la colectividad.

---

<sup>39</sup> SENPLADES. Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013 <http://www.senplades.gob.ec/web/senplades-portal/plan-nacional-para-el-buen-vivir>

En este concepto se integran factores estrechamente relacionados con la salud pública, la educación, el bienestar, la felicidad y la satisfacción individual y colectiva, que dependen de relaciones sociales y económicas solidarias, sustentables y respetuosas de los derechos de las personas y de la naturaleza. Bajo esta perspectiva se establecen políticas y acciones responsables, integrales e integradas, con la participación activa de las distintas comunidades desde todos los territorios del país. Este aspecto es esencial puesto que aún persisten barreras y desigualdades inaceptables en la calidad de los servicios, en el consumo de bienes, y en la práctica de los valores esenciales para sobrellevar la vida en condiciones adecuadas, especialmente por parte de los sectores rurales, indígenas y afroamericanos.

En este objetivo se proponen acciones públicas, con un enfoque intersectorial y de derechos, que se concretan a través de sistemas de protección y prestación de servicios integrales e integrados. Los aspectos sociales, económicos, ambientales y culturales se emiten con el objetivo de garantizar los derechos del Buen Vivir, con énfasis en los grupos de atención prioritaria, los pueblos y nacionalidades.

El mejoramiento de la calidad de vida es un proceso multidimensional y complejo, determinado por aspectos decisivos relacionados con la calidad ambiental, los derechos a la salud, educación, alimentación, vivienda, ocio, recreación y deporte, participación social y política, trabajo, seguridad social, relaciones personales y familiares. La calidad de las instituciones públicas, tienen incidencia directa en la calidad de vida, entendida como la justa y equitativa re-distribución de la riqueza social.

## ***Ministerio de Salud Pública del Ecuador***

En el año del 1908, después de la revolución liberal se constituye la Junta de Asistencia Pública y en el año de 1936 el gobierno encarga las actividades de Sanidad, Higiene, y Materno-Infantil, al Ministerio de Previsión Social.

El 25 de octubre del 1948, el Congreso dicta un decreto creando el Ministerio de Salud Pública, que es objetada por el ejecutivo por considerar que las actividades creadas no eran suficientes y no justificaban tal creación por lo que La Junta de Asistencia Pública se transforma en Junta de Asistencia Social.

No es sino hasta el 16 de junio de 1967 que se publicó en el registro Oficial y entró en vigencia el decreto promulgado por la Asamblea Nacional Constituyente el día 6 del mismo mes y año a través del cual se creó el Ministerio de Salud Pública.

Entre los múltiples objetivos que tiene el Ministerio de Salud Pública (MSP), es el fortalecimiento en la atención hospitalaria en todos sus niveles a través de la innovación y capacitación a los profesionales de la salud, de tal forma que se pueda crear una red de salud pública eficiente y que cubra las necesidades de la población en el país.

## Valores<sup>40</sup>

- **Respeto.**- Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.
- **Inclusión.**- Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.
- **Vocación de servicio.**- Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.
- **Compromiso.**- Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.
- **Integridad.**- Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento.
- **Justicia.**- Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.

## Misión<sup>41</sup>

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud.

## Visión<sup>42</sup>

El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

Dentro de los principales objetivos del Ministerio de Salud Pública se encuentran<sup>43</sup>:

- Incrementar los mecanismos para la implementación del Modelo de Gestión en el Ministerio de Salud Pública.

---

<sup>40</sup> Ministerio de Salud Pública, *“Planificación Estratégica”*, versión electrónica disponible en el sitio <http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>.

<sup>41</sup> Ministerio de Salud Pública, *“Planificación Estratégica”*, versión electrónica disponible en el sitio <http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>

<sup>42</sup> Ministerio de Salud Pública, *“Planificación Estratégica”*, versión electrónica disponible en el sitio <http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>

<sup>43</sup> Ministerio de Salud Pública, *“Planificación Estratégica”*, versión electrónica disponible en el sitio <http://www.salud.gob.ec/objetivos/>

- Incrementar las capacidades y competencias del talento humano.
- Incrementar la eficiencia, eficacia y calidad de las actividades operativas del Ministerio de Salud Pública.
- Incrementar la eficiencia y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Reducir la brecha de acceso universal a la salud.
- Incrementar el desarrollo de la ciencia y tecnología en el ámbito de la salud.
- Incrementar los niveles de seguridad de los productos de consumo humano.
- Incrementar la vigilancia, control, prevención y la promoción de la salud.

### ***Ejes estratégicos***

Es importante explicar que los procesos del Ministerio de Salud Pública se ordenan y se clasifican en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de la misión institucional.

- Los Procesos Gobernantes orientan la gestión institucional a través de la formulación de políticas, directrices, normas, procedimientos, planes, acuerdos y resoluciones para la adecuada administración y ejercicio de la representación legal de la institución.
- Los Procesos Agregadores de Valor son los encargados de generar y administrar los productos y servicios destinados a usuarios internos y externos y permiten cumplir con la misión institucional y los objetivos estratégicos.
- Los Procesos Habilitantes de Asesoría y de Apoyo generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para sí mismos, apoyando y viabilizando la Gestión Institucional.
- Los Procesos desconcentrados generan productos y servicios destinados a los usuarios finales acercándolos al territorio<sup>44</sup>.

Cabe señalar que el Ministerio de Salud Pública ha venido trabajando en los últimos dos años en un proceso de reforma y reestructuración para de esta forma poder cumplir y hacer cumplir los diferentes procesos que lleva cada Coordinación y cada Dirección del MSP.

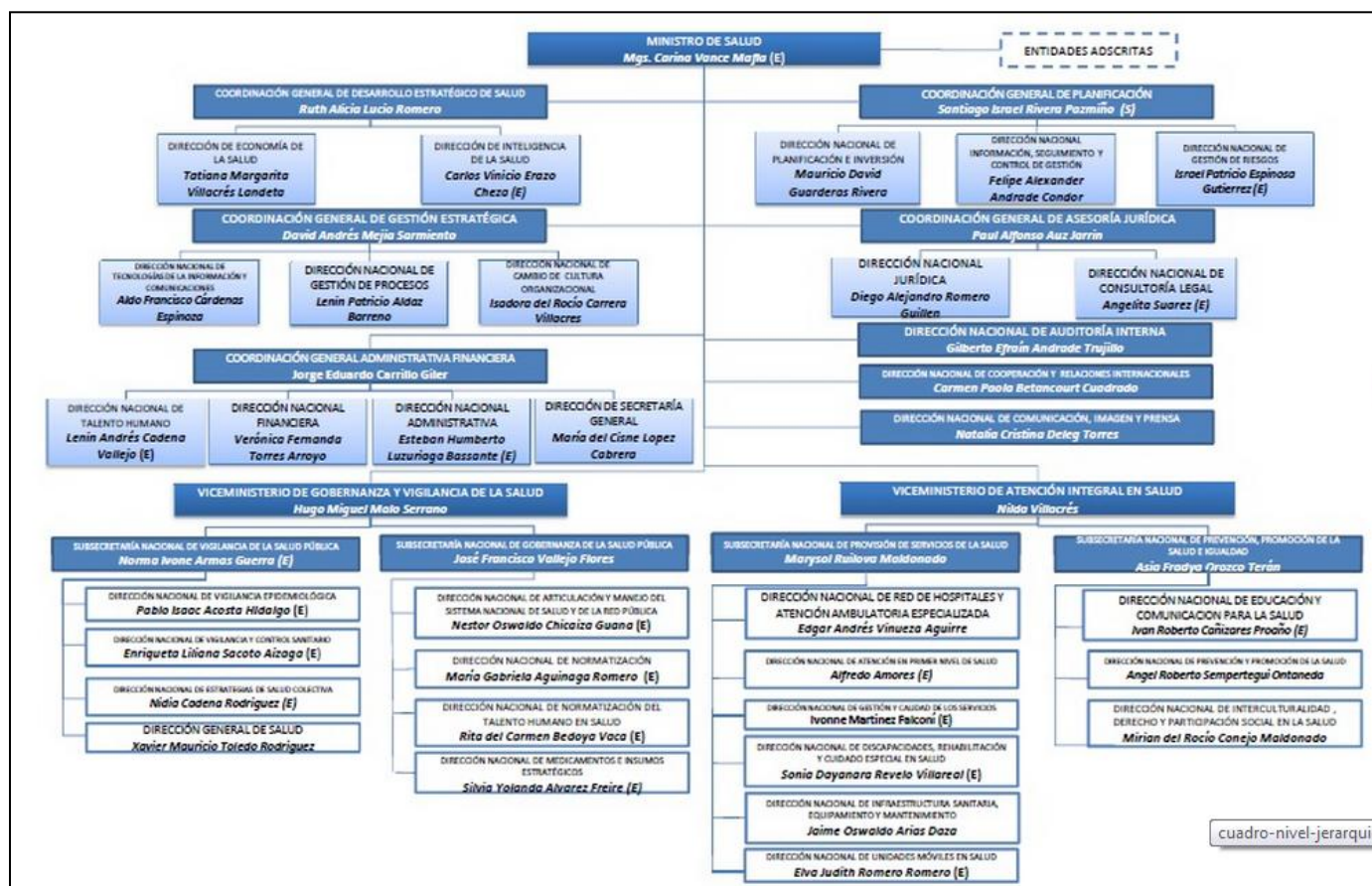
Entre los cambios más destacables se encuentra la creación de dos nuevos Viceministerios. El Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud y el Viceministerio de atención Integral en la Salud. De esta forma se han podido desconcentrar procesos que han sido ejecutados con mayor eficiencia, además de crear nuevos programas que benefician a la población pues tienen la capacidad de brindar servicios de calidad, de forma gratuita e inmediata.

A continuación se presenta la Ilustración N°. 5 que contiene el nuevo organigrama del Ministerio de Salud Pública.

---

<sup>44</sup> Ministerio de Salud Pública, “Planificación Estratégica”, versión electrónica disponible en el sitio <http://www.salud.gob.ec/ejes-estrategico/>

**Ilustración N° 5. Organigrama del Ministerio de Salud Pública**



**Fuente:** Ministerio de Salud Pública (2012)  
**Elaboración:** Ministerio de Salud Pública (2012)

Como se puede observar en la Ilustración N° 5, el Ministerio de Salud ha experimentado una etapa de reestructuración, en la Planta Central, así como en las diferentes unidades a nivel nacional, este proceso se lo realizó en el período 2011-2012 y que ha servido para fomentar la creación de un Modelo de Gestión Pública más ordenado y eficiente.

### **Red Nacional de Salud Pública en el Ecuador**

La red nacional de salud pública en el Ecuador está compuesta por dos sectores: público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional).

El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades por su parte cuentan con programas y servicios de establecimientos de salud en los que se brinda atención

a la población no asegurada a la seguridad social. Esto debido que las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada, como es el Instituto de Seguridad Social.

El sector privado por otra parte cuenta con entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada).

Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren en un 3% a la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Existen al menos 10 000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población debe realizar pagos directos para poder ser atendidos sea cual fuera el caso.<sup>45</sup>

Partiendo de la legislación, se tiene que el Estado garantizará el derecho al acceso a la salud pública y de esa forma asegurar el buen vivir de la población, en ese sentido el MSP cuenta con la provisión más amplia de servicios del país, 47% de unidades ambulatorias y hospitalarias así como los hospitales de referencia nacional más grandes del país que cubren alrededor del 51% de la población ecuatoriana<sup>46</sup>.

Además el gasto en salud ha crecido considerablemente en los últimos años, de 4,2% del PIB aumentó a 5,9% al 2008, también el gasto per cápita en salud aumentó de 202 dólares en el año 2000 a 474 dólares para el año 2008. El gasto público se incrementó del 31,2% del gasto total en salud a 39,5%.<sup>47</sup> El gasto en seguros privados representó tan solo el 4,8% del gasto privado total en salud, lo que indica que el Estado debe preocuparse por aumentar los niveles de oferta de servicios de salud y además mejorar la atención en todos sus niveles puesto que hay un alto índice de la población ecuatoriana que tiene acceso a la red de salud pública del Ministerio de Salud.

En el Ecuador, se tiene registrados 3 847 establecimientos de atención a la salud, de los cuáles el 80% pertenecen al sector público. El MSP concentra 47% de las unidades y el IESS otro 24%, En lo que corresponde a la red de salud el MSP cuenta con 1674 establecimientos de salud ambulatorios y 125 hospitales de los cuáles son: 28 hospitales generales, 79 hospitales cantonales y 18 hospitales de especialidad.<sup>48</sup>

En lo que se refiere al talento humano para la prestación de los servicios, entre el 1996 al 2010 se incrementó la cantidad de trabajadores, dentro del sistema de salud se reflejó aproximadamente un crecimiento del 21% pero pese a esto se mantiene un déficit relativo en cuanto a médicos y enfermeras que se agrava debido a un sistema de contratación laboral en el sector que mantiene al esquema horario de cuatro, seis y ocho horas, dependiendo de la localización geográfica, el tipo de hospital y en general de la misma demanda en cada entidad operativa desconcentrada.

Esta modalidad de atención por parte de los profesionales de salud es lo que ha generado una falta de atención en sectores fundamentales de la población, impidiendo así el desarrollo de sectores económicos claves para el crecimiento del país. Es por esto que el análisis fundamental de esta

---

<sup>45</sup> LUCIO, Ruth. Modelo de salud en Ecuador. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2010.

<sup>46</sup> LUCIO, Ruth. Modelo de salud en Ecuador. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2010.

<sup>47</sup> LUCIO, Ruth. Modelo de salud en Ecuador. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2010.

<sup>48</sup> LUCIO, Ruth. Modelo de salud en Ecuador. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2010.

investigación centra sus principales objetivos en el proyecto de 8 horas diarias de jornada laboral para médicos y empleados de la salud de la red de salud pública. Además cabe indicar que el cambio de la jornada laboral implica un aumento en la remuneración para que de esta forma se generen los incentivos necesarios que son fundamentales para el mejor desempeño de las actividades laborales.

El Gobierno, es el encargado de establecer los parámetros para la equitativa distribución de los recursos y el Ministerio de Finanzas es el organismo ejecutor, responsable de la recolección y distribución de los recursos fiscales, ingresos de petróleo, préstamos y donaciones de organismo multilaterales y organizaciones multilaterales, es por esta razón que los procesos de control interno tienen que ser ejecutados con la mayor precaución posible.

Cabe mencionar que la Dirección Nacional de Talento Humano del Ministerio de Salud Pública ha trabajado en la creación de incentivos adicionales como: bonos geográficos, bonos de residencia y bonos por eficiencia que son entregados a los profesionales de salud que trabajan diariamente para el fortalecimiento del sector.

Como se ha explicado anteriormente, la Constitución de la República señala la necesidad de recuperar la regulación del Estado e indica que al MSP le corresponde el ejercicio de la rectoría en salud. Actualmente, está en vigencia el Nuevo Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública dentro del cual establece parámetros para la descentralización de procesos además de la distribución de funciones institucionales.

Dentro del nuevo modelo se crearon 9 Coordinaciones Zonales que se encargan del control y el cumplimiento de las políticas y normativas del sector salud. Además se crearon 139 Direcciones Distritales mismos que se encargan de otorgar permisos de funcionamiento, registro de títulos, autenticación de certificados médicos que en su conjunto ayudan al fortalecimiento de la planificación y desconcentración de procesos como se puede observar en la Ilustración N°. 6.

**Ilustración N°. 6 Nuevo Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública.**

<b>NIVEL</b>	<b>COMPETENCIA</b>
PLANTA CENTRAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Rectoría</li> <li>•Regulación</li> <li>•Planificación</li> <li>•Coordinación</li> <li>•Control</li> </ul>
9 COORDINACIONES ZONALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Planificación</li> <li>•Coordinación</li> <li>•Control</li> </ul>
139 DIRECCIONES DISTRITALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Planificación</li> <li>•Coordinación</li> <li>•Control</li> <li>•Gestión</li> </ul>
GOBIERNOS MUNICIPALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación y gestión de infraestructura de forma concurrente con MSP</li> </ul>

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública (2012)

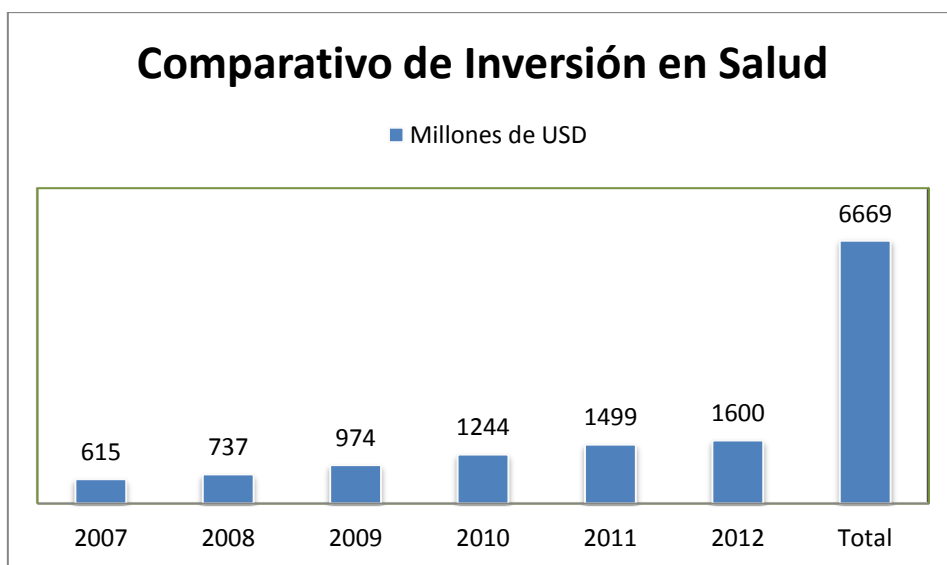
**Elaboración:** Ministerio de Salud Pública (2012)

La creación de las Direcciones Distritales a nivel nacional tiene por objetivo el estudio territorial de variable demográficas, económicas y culturales interrelacionadas con indicadores de salud, identificando cual es la localización óptima de unidades de salud, para de esta forma poder eliminar las brechas entre oferta y demanda.

**Situación Actual: La inversión pública en salud**

Si bien es cierto, todas las políticas del sector salud están enfocadas en elevar los estándares de atención y calidad que se brindan en los hospitales y áreas de salud, las políticas del Gobierno de turno han ayudado a incrementar la eficiencia con la que los recursos fiscales han sido manejados, invirtiendo en infraestructura y desarrollo humano.

Ilustración N° 7.



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Año 2012

Elaboración: Andrés Egas

Ilustración N° 8.

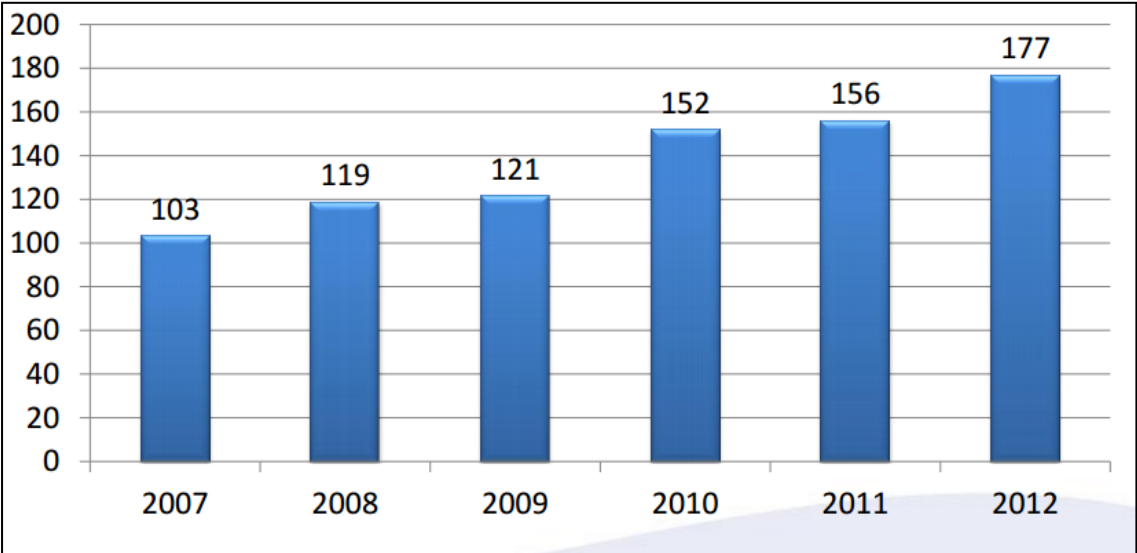


Fuente: Ministerio de Salud Pública, Año 2012

Elaboración: Andrés Egas

La inversión histórica en el sector salud para alcanzar niveles de gratuidad en la atención hospitalaria, control y tratamiento, se justifica mediante el aumento significativo en el presupuesto, lo que permitió avances notorios. El Gobierno del Presidente Rafael Correa incrementó el gasto público en salud de USD 615 millones en el 2007 a USD 1600 millones en el 2012, es decir que incremento en 2,6 veces, como se observa en la Ilustración N°. 7, lo que demuestra que cuando la inversión en este sector aumenta, la producción de mismo tiende a incrementar de manera proporcional.

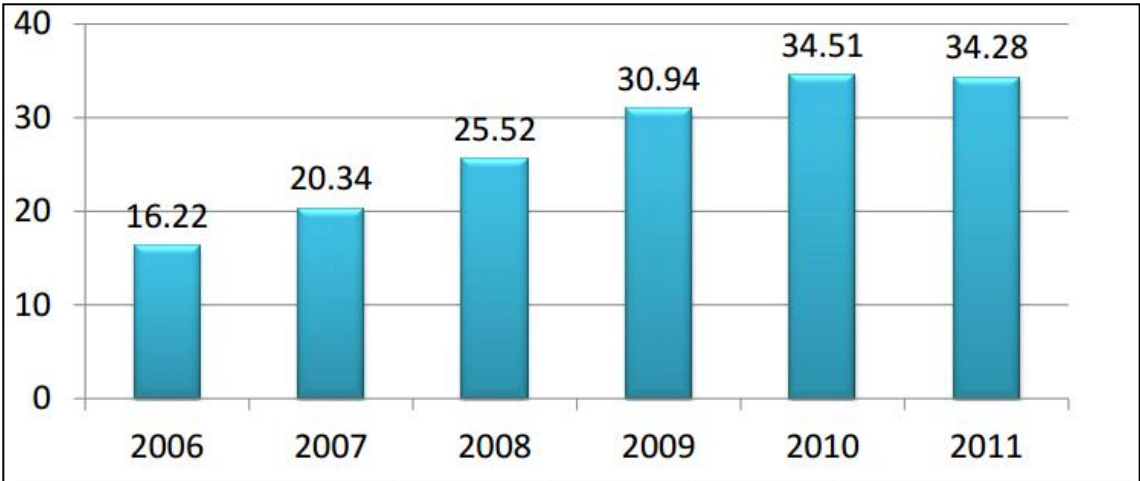
**Ilustración N° 9. Presupuesto Invertido en Medicinas (en millones USD)**



**Fuente:** Ministerio de Salud Pública  
**Elaboración:** Andrés Egas

De la misma forma se puede apreciar en la ilustración N° 9, que la inversión en insumos o medicamentos ha crecido pasando de los USD 103 en el año 2007 a USD 177 en el 2012, lo que significa poder asegurar el tratamiento completo previo al diagnóstico del médico.

**Ilustración N° 10. Total de Consultas (En Miles)**



**Fuente:** Producción de establecimiento de Salud 2006-2011, Dirección de Información, Seguimiento y Control de Gestión del Ministerio de Salud Pública

**Elaboración:** Andrés Egas

Como se puede apreciar en la ilustración N° 10, el número de consultas diarias a nivel nacional en promedio, también tuvo un incremento significativo comparado con años anteriores, esto obedece a la desconcentración de procesos y al incremento de profesionales de salud complementado con el incremento de las horas efectivamente laboradas por parte de los mismos, para cubrir de mejor manera la demanda generada por la población.

De acuerdo a lo que señaló el Ministro de Finanzas, Patricio Rivera, la proforma presupuestaria para el 2012 ascendió a \$ 26.109 millones de dólares, el sector salud contó con \$ 1.775 millones de dólares de los cuales 891 se utilizaron para gastos del personal ya que los médicos pasaron a laborar de 4 a 8 horas diarias, de tal forma que esto permite aumentar la prestación de servicios, la cobertura y aumentar el servicio a la ciudadanía<sup>49</sup>.

Además del incremento en el gasto público al sector salud, en infraestructura se buscó mejorar los horarios de atención para así poder cubrir las necesidades de la población, para lo que se emprendió el plan del fortalecimiento de talento humano dirigido hacia los profesionales de la salud.

En este sentido se crearon políticas de regulación conjuntamente con el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Ministerio de Relaciones Laborales, Ministerio de Finanzas y el Ministerio de Salud Pública para regular la jornada laboral de los profesionales de la salud que prestan sus servicios en la red integral del Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Relaciones Laborales, mediante Resolución No. MRL-2011-000033, establece entre otros puntos que:

Las jornadas de trabajo para las entidades, instituciones, organismos y personas jurídicas señaladas en artículo 3 de la Ley Orgánica de Servicio Público (LOSEP), son aquellas jornadas ordinarias en la que se cumple por 8 horas diarias efectivas continuas<sup>50</sup>.

La misma LOSEP establece en el Art. 51, la competencia del Ministerio de Relaciones Laborales para ejercer la rectoría en materia de remuneraciones del sector público. Es así que la Resolución No. MRL-2011-000033, establece que:

**Art. 2.-** Emitir la escala de valoración de los puestos de profesionales médicos, odontólogos, obstetras, psicólogos clínicos, enfermeras, tecnólogos médicos de los servicios de salud pública, profesionales en química y farmacia, bioquímica y farmacia y química que trabajan en los laboratorios y farmacias de los servicios de la salud pública y profesionales médicos con jornadas de 8 horas diarias. (Ver Anexo D).

---

<sup>49</sup>Ecuador Inmediato, Entrevista a Ministro de Finanzas, Dirección Electrónica, [http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news\\_user\\_view&id=161184&umt=proforma\\_presupuestaria\\_para\\_2012\\_asciende\\_a\\_26109\\_millones\\_asegura\\_ministro\\_finanzas\\_audio](http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=161184&umt=proforma_presupuestaria_para_2012_asciende_a_26109_millones_asegura_ministro_finanzas_audio)

<sup>50</sup> Ley Orgánica de Servicio Público (LOSEP), Pág. 22.

De esta forma se puede comprobar que el aumento en gasto público no se debe solamente al mejoramiento en la infraestructura del sector salud, sino que además tiene por finalidad el fortalecimiento del talento humano, es decir ofrecer salarios competitivos a los profesionales de salud de la red del MSP incentivando al mejoramiento en la calidad del servicio y duplicando las jornadas laborales.

### Programas del Ministerio de Salud

La jornada laboral para los profesionales de salud ha sido un reto para el Ministerio de Salud Pública, en conjunto con el Ministerio de Finanzas, Ministerio de Relaciones Laborales y sobre todo el respaldo del Gobierno Nacional, es de esta forma que en el año 2012 se logró implementar a nivel nacional la jornada ordinaria de trabajo de 8 horas diarias para los profesionales de salud. De acuerdo a los datos proporcionados por la dirección nacional de Talento Humano del MSP, se requirió de una inversión de USD 43'636.207,00, puesto que en el afán de garantizar estabilidad laboral a las y los servidores públicos se inició con el proceso de concurso abierto de merecimientos y oposición, lo que significó la creación y lanzamiento a concurso de 15.000 partidas presupuestarias, mismas que estaban divididas en personal administrativo y profesionales de la salud con remuneraciones competitivas. Cabe señalar que para el año 2012, el Ministerio de Salud Pública, logró contratar a más de 704 médicos a nivel nacional, 506 enfermeras divididas en unidades móviles y centros de atención de primer nivel así como 119 odontólogos para centros y subcentros, de esta forma se pudo cubrir la brecha entre oferta y demanda.<sup>51</sup>

Los profesionales de salud, que ingresan al MSP, pueden llegar a ganar hasta un máximo de USD 3.997,12, puesto que la remuneración es fraccionada cuando por necesidad institucional la servidora o servidor público debe desplazar su domicilio hacia otro lugar en virtud de ofrecer los servicios de salud. Este incremento en la remuneración provoca que la masa salarial anual se haya incrementado a USD 77'662.494,00, incremento que ha sido justificado con el mejoramiento en los servicios sanitarios a nivel nacional.

**Ilustración N° 11: Jornada Laboral 8 horas diarias**



**Fuente:** Ministerio de Salud Pública (Dirección Nacional de Normatización de Talento Humano, 2012)

**Elaboración:** Ministerio de Salud Pública (Dirección Nacional de Normatización de Talento Humano, 2012)

<sup>51</sup> Ministerio de Salud Pública (Dirección Nacional de Normatización de Talento Humano, 2012)

El plan retorno impulsado por la Dirección Nacional de Normatización del MSP, es otro de los retos que se ha propuesto para el año 2012-2013, y plantea la posibilidad de repatriar a 4.880 profesionales de salud de países como: Cuba, Chile, Rusia y Venezuela, esto en virtud de la necesidad de médicos que se hayan especializado en las distintas ramas de la medicina y que son necesaria en el Ecuador.

**Ilustración N° 12: Plan Retorno de Profesionales de la Salud**



**Fuente:** Ministerio de Salud Pública (Dirección Nacional de Normatización de Talento Humano, 2012)

**Elaboración:** Ministerio de Salud Pública (Dirección Nacional de Normatización de Talento Humano, 2012)

Otro punto a destacar es que, con el apoyo y convenios con la Senescyt, el Ministerio de Salud Pública ha logrado obtener 1000 becas para la formación de médicos familiares, cuenta con el apoyo de 170 especialistas a nivel nacional y la formación de 479 médicos residentes para obtener la especialidad y poder seguir sirviendo en las distintas Unidades Hospitalarias.

**Ilustración N° 13: Metas MSP 2012**



**Fuente:** Ministerio de Salud Pública (Dirección Nacional de Normatización de Talento Humano, 2012)

**Elaboración:** Ministerio de Salud Pública (Dirección Nacional de Normatización de Talento Humano, 2012)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, posee hospitales y unidades operativas que ofertan servicios profesionales, médicos y administrativos generando oferta en función de la demanda existente.

**Cuadro N° 9: Número de unidades operativas por provincia (Julio 2012)**

No.	PROVINCIAS	AREA	HE	HES	HG	HB	CS 24	CS	SCU	SCR	PS	UM	UF	UQ*	UO**	TOTAL	CAMAS
1	Azuay	10	1	0	1	5		14	14	58	14	5	0			113	390
2	Bolivar	4	0	0	1	2	3	1	7	26	14	1	0			55	128
3	Cañar	3	0	0	1	2	1	5	10	29	27	2	0			77	230
4	Carchi	4	0	0	1	2	1	1	5	25	24	1	0			60	160
5	Cotopaxi	6	0	0	1	4	2	1	5	40	12	1	0			66	247
6	Chimborazo	6	1	0	1	4		4	11	29	56	1	0	1		108	429
7	El Oro	9	1	0	1	7	1	4	27	32	34	2	0	1		110	474
8	Esmeraldas	9	0	0	1	6	3	4	13	64	22	1	0			114	291
9	Guayas	28	5	0	2	10	7	37	68	77	2	2	0	1	1	212	1400
10	Imbabura	4	0	0	1	3		1	13	36	9	1	0			64	271
11	Loja	13	0	0	1	7	2	4	20	48	50	1	0			133	363
12	Los Rios	6	0	0	1	5	1	0	39	28	9	4	0			87	283
13	Manabí	12	0	0	4	6	8	13	73	80	5	2	0			191	940
14	Morona Santiago	7	0	0	1	5	1	2	7	29	42	1	1			89	103
15	Napo	2	0	0	1	3		1	4	17	9	1	1			37	147
16	Paztaza	2	0	0	1	1		1	5	15	25	1	0			49	55
17	Pichincha	22	6	1	2	5	3	19	83	65	7	2	0		1	194	2300
18	Tungurahua	7	0	0	1	3		5	9	40	32	2	0			92	440
19	Zamora Chinchipe	3	0	0	1	2		0	7	9	33	1	1			54	87
20	Galápagos	2	0	0	1	1		0	1	2	4	0	0			9	30
21	Sucumbios	2	0	0	1	1		1	9	20	18	1	0	1		52	55
22	Orellana	3	0	0	1	1	2	0	1	34	9	1	2			51	53
23	Santa Elena	4	0	0	1	3		1	4	18	0	0	0			27	165
24	Tsachilas	2	0	0	1	0		2	10	14	0	1	0	1		29	141
<b>TOTAL</b>		<b>170</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>88</b>	<b>35</b>	<b>121</b>	<b>445</b>	<b>835</b>	<b>457</b>	<b>35</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2073</b>	<b>9182</b>

Simbología	
HES:	Hospital de especialidades
HE:	Hospital especializado
HG:	Hospital general
HB:	Hospital básico
CS:	Centro de salud
CS 24:	Centro de salud 24 horas
SCU:	Subcentro de salud urbano
SCR:	Subcentro de salud rural
PS:	Puesto de salud
UM:	Unidad móvil
UF:	Unidad fluvial
UA:	Unidad aérea
UQ:	Unidad Quirúrgica
UO:	Unidad oncológica

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública (Desarrollo Organizacional)

**Elaboración:** Andrés Egas

Como se puede apreciar en el Cuadro N°. 9, las provincias de Guayas y Pichincha son las que presentan mayor número de unidades operativas y de camas para la atención, mismo que se explica por la concentración de usuarios externos en dichas provincias, además los servicios de salud y la oferta que se presentan en la actualidad solo logran mantener una cobertura del 30% de la

población, lo que representa 4'292,063 habitantes. La brecha que se genera de la demanda insatisfecha será cubierta con la creación de 64 Unidades Hospitalarias a nivel nacional.<sup>52</sup>

Sin embargo el problema se agrava debido a falta de infraestructura ya existente a nivel nacional, prueba de eso es que la OMS (Organización Mundial de la Salud) recomienda que todos los organismos de salud especializados tienen que contar con al menos 4 camas de atención por cada 1000 habitantes, pues las instituciones que forman parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador cuentan con una tasa 1.6 camas por cada 1000 habitantes como se lo detalla en el cuadro N° 10 a continuación:

**Cuadro N° 10: Número de camas por provincia (Enero 2012)**

Provincias del Ecuador	Población en miles (datos censo /INEC)	Nº de camas (sector salud)	Camas cada 1000 habitantes
Azuay	702893	390	1,39
Bolívar	182744	128	1,75
Cañar	223563	230	2,57
Carchi	165659	160	2,41
Cotopaxi	406798	247	1,52
Chimborazo	452352	429	2,37
El Oro	588546	474	2,01
Esmeraldas	520711	291	1,40
Guayas	3573003	1400	0,98
Imbabura	400359	271	1,69
Loja	446743	363	2,03
Los Ríos	765274	283	0,92
Manabí	1345779	940	1,75
Morona Santiago	147866	103	1,74
Napo	104047	147	3,53
Pastaza	84329	55	1,63
Pichincha	2570201	2300	2,24
Tungurahua	500755	440	2,2
Zamora Chinchipe	91219	87	2,38
Galápagos	22770	30	3,29
Sucumbíos	174522	55	0,79
Orellana	137848	53	0,69
Santo Domingo Tsachilas	365965	165	1,13
Santa Elena	301168	141	1,17
*Zonas no Delimitadas*	31762	-	-
<b>Total</b>	<b>14'306.876</b>	<b>9.182</b>	

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública (Desarrollo Organizacional)

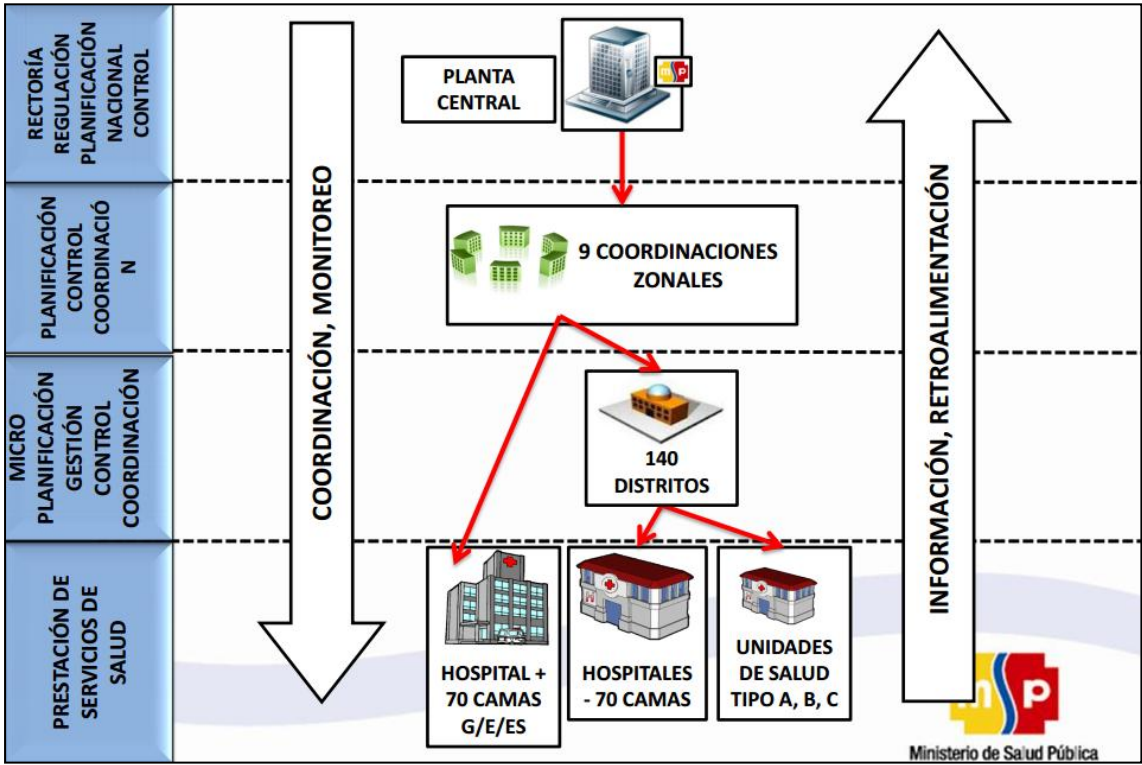
**Elaboración:** Andrés Egas

<sup>52</sup> Producción de establecimiento de Salud 2006-2011, Dirección de Vigilancia y Control Sanitario, Seguimiento y Control de Gestión del Ministerio de Salud Pública.

Si se mantiene la tendencia promedio de 1,6 camas por cada mil habitantes, se refleja una cobertura del 45.4% del total de la cobertura sobre las necesidades de atención por parte de la ciudadanía demandante de los servicios hospitalarios en cada provincia.

En síntesis, si se refleja una demanda efectiva de 7'868.782 de habitantes, de los cuales solamente 4' 292.063 son atendidos por la parte oferente (Instituciones y organismos públicos de salud) se refleja de esta manera una demanda insatisfecha de 3'576.719 habitantes que equivalen al 25% de la población nacional, mismos que no tendrían la asistencia de salud necesaria y óptima lo cual se pretende mitigar con el Modelo de Gestión en Salud Pública que descentraliza los procesos a nivel nacional y devuelve la rectoría del MSP en materia de sanidad, mismo que se detalla de la siguiente manera.

**Ilustración N° 14: Modelo de Gestión Pública (2012)**



**Fuente:** Ministerio de Salud Pública (Proyecto de Reforma y Reestructura, 2012)  
**Elaboración:** Ministerio de Salud Pública (Proyecto de Reforma y Reestructura, 2012)

Como se puede apreciar en la Ilustración N° 14, las 9 Coordinaciones Zonales creadas a nivel nacional servirán de nexo con el MSP y las demás Entidades Operativas Desconcentradas a nivel nacional así como los 140 Distritos, de tal forma que las Unidades tengan mayor control sobre las actividades que realizan diariamente, y sobre todo para conocer el momento exacto en la que se generan brechas entre oferta y demanda.

Las unidades de tipo A, B y C, son unidades hospitalarias consideradas de atención primaria, es decir está conformada por centros y subcentros de salud, mismos que sirven de referencia para desconcentrar a la población de esta forma un Hospital de Especialidades puede dedicarse a realizar la función para la cual es creada, trabajando con la capacidad instalada para la que fue creada y un centro de salud puede ofrecer los servicios de atención preventiva a población, generando mayor desconcentración y aumentando la calidad de los servicios que se ofrecen como se explican en la Ilustración N°. 15

Es importante que se entienda que el Modelo de Gestión Pública implementado en el período 2011-2012, tiene por objetivo servir de punto de partida para la creación de un modelo en materia sanitaria, es decir es el motor de arranque que da paso para que el sistema de salud se acople a las necesidades actuales y que sea sostenible en el tiempo.

**Ilustración N° 15: Desconcentración de Procesos**



Fuente: Ministerio de Salud Pública

Elaboración: Andrés Egas

## Progreso en la calidad de los servicios de la salud desde la percepción de los beneficiarios

Para explicar el progreso que se ha obtenido en la calidad de los servicios, con la desconcentración territorial debido a la reestructuración del MSP, es necesario tomar en cuenta las opiniones que a diario los usuarios externos de estos servicios manifiestan, así como es necesario revisar las deficiencias de este sector.

## Deficiencias del sector

Entre las carencias que este sector presentaba a pesar de tener políticas establecidas para el desarrollo y el crecimiento del mismo se encuentra la falta de un modelo netamente dedicado a la salud pública, con metas y objetivos claros respecto de la atención hospitalaria, que genere conciencia social respecto de generar un enfoque preventivo y no un enfoque solamente curativo del paciente. Para esto, el Modelo de Gestión Pública que maneja el Ministerio de Salud, ha diseñado una estructura donde los procesos son manejados de forma desconcentrada de tal forma que cada unidad ejecutora realiza programas sociales a nivel nacional con el fin de que la población entienda la necesidad de crear una cultura en salud y que ha sido el inicio para generar y desarrollar un Modelo de Atención Integral de la Salud como propuesta a la deficiente administración que existía anteriormente.

## Población Objetivo

Con el proyecto de reforma institucional que ha sido implementada a nivel nacional por el Ministerio de Salud Pública en el período 2011-2012, se ha conseguido identificar a la población objetivo que es la principal beneficiaria a través de programas en los que priorice la atención sanitaria. El objetivo ha sido dirigir la atención al 30% de la población que no cuentan con una asistencia sanitaria (equivalente a 3'576.719 habitantes) en esta medida, es necesario comprender que el porcentaje de población atendida por edades según el último censo poblacional, respondiendo a las especificaciones que se exponen en el cuadro Nº 11 y a su vez el cuadro Nº 12 que expone el porcentaje de atención en salud según la autodefinición racial por parte de los habitantes del país; factor a tomar en cuenta ya que sobre esta división es necesario trabajar con el objetivo de reducir los comportamientos de discriminación en atención sanitaria.

**Cuadro Nº 11: Atención sanitaria por edad poblacional (Año 2011)**

Edades	Número de personas	Porcentaje
0 – 4	221.757	6,2%
5 – 9	375.555	10,5%
10 – 14	307.598	8,6%
15 – 19	350.518	9,8%
20 - 64	1.766.899,19	49,4%
65 y más	554.391,45	15,5%
<b>Total</b>	<b>3'576.719</b>	<b>100%</b>

Fuente: INEC (2011), *CENSO Poblacional*

Elaboración: Andrés Egas

**Cuadro N° 12: Atención sanitaria por auto definición racial (Año 2012)**

Etnia	Número de personas	Porcentaje
Indígena	250.370	7%
Afroecuatoriano / a	150.222	4,2%
Negro/a	35.767	1%
Mulato/a	67.958	1,9%
Montubio/a	264.677	7,4%
Mestizo/a	2.571.661	71,9%
Blanco/a	218.180	6,1%
Otro/a	17.884	0,4%
<b>Total</b>	<b>3.576.719</b>	<b>100%</b>

Fuente: INEC (2011), *CENSO Poblacional*

Elaboración: Andrés Egas

Identificada la población objetivo, como se mencionó anteriormente se priorizaron los recursos a fin de que este grupo sea beneficiado mediante programas de control sanitario, vigilancia epidemiológica, la prestación de servicios de salud públicos y prevención de enfermedades. Dentro del alcance de la política sanitaria destacan varios componentes a fin de lograr determinar el óptimo funcionamiento de los servicios de salud entre los cuáles se tienen:

**Gratuidad**, a través de la eliminación de barreras económicas que se generaban para restringir el acceso al sistema de salud; brindando asistencia de calidad que sea ejecutada por un personal eficiente y altamente preparado.

**Interculturalidad**, generando el respeto a la diversidad racial que mantiene el país mediante la educación y aceptación que se imparta a la población sobre la distinción entre los pueblos y nacionalidades; aplicando una ampliación en la cobertura y el mejoramiento en cuanto a la calidad de la atención sanitaria.

**Universalidad**, con respecto al fortalecimiento de la salud pública en todos sus niveles de gestión, que brinda servicios óptimos, equitativos e inclusivos que permitan la continuidad del desarrollo del sistema sanitario, así como del país en general; con la finalidad de que cada uno de los habitantes tenga acceso y pueda gozar del derecho que por ley se otorga, sobre la prestación de servicios públicos.

Para garantizar que la salud pública del Ecuador se encuentra fundamentada y expresada en el **marco lógico**<sup>53</sup> del proyecto y del Plan Nacional del Buen Vivir, erradicando las desigualdades económicas, políticas, sociales y culturales; el gobierno ha declarado a la salud como un sector altamente afectado por los anteriores mandatos ejecutivos, por lo que ha procedido a generar proyectos de inversión donde el Estado intervenga de manera ágil y oportuna en las comunidades

<sup>53</sup> Instrumento definido por SENPLADES como óptimo para establecer actividades debidamente justificadas (mediante una matriz de competencias) para la implementación de un proyecto que genera impacto social.

empleando el buen uso de los recursos fiscales. A raíz de esto, la inversión en el sector de la salud ha incrementado gradualmente en los últimos tiempos, registrando aumentos anuales del 0,8% de los recursos del PIB. Es así que para el año 2001 a penas se destinó el 2,30% del PIB referente al 30% de la población objetivo, mientras que para el año 2012 se obtuvo un aumento hasta llegar al 6,95% del PIB, generando un incremento en los servicios de salud.

### **Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad**

El proyecto de fortalecimiento de la red de servicios de salud, está siendo impulsado por la autoridades del MSP a nivel nacional y tiene como misión principal fortalecer las Unidades de primer nivel de atención tipo A, B, C contando con infraestructura y equipamiento estandarizado según la norma sanitaria, de esta forma se podrá garantizar la calidad en la atención y satisfacción del usuario, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad en base a los principios de solidaridad, equidad, inclusión y gratuidad.

El fortalecimiento es el pilar esencial de este proyecto ya que se tiene programado construir 934 unidades operativas nuevas y de reemplazo tipo A, B, C, desde el año 2012 hasta el año 2021, según información proporcionada por el Dirección de Talento Humano del MSP, así como repotenciar (remodelación, mejoramiento) 200 unidades operativas existentes y concluir 10 obras de arrastre (obras inconclusas de años anteriores y nuevas), del primer nivel de atención desde el año 2012 hasta el año 2021.

Sin embargo el Ministerio de Salud Pública ha encontrado la necesidad fundamental que parte de los usuarios externos que a diario son atendidos a nivel nacional en las distintas unidades ejecutoras. De tal forma se ha realizado un monitoreo a través de pequeñas encuestas que ayuden a conocer la realidad que se vive desde la percepción de los usuarios externos.

### **Metodología y recopilación de la información**

El Ministerio de Salud Pública está conformado por 9 Coordinaciones Zonales a nivel nacional, dentro de las cuales se evalúa constantemente el servicio que otorgan las unidades hospitalarias, sobre todo las aquellos hospitales que tienen más impacto en la sociedad. En este sentido se ha tomado la muestra a nivel nacional de las encuestas realizadas en el año 2012 por cada Coordinación Zonal en los hospitales más representativos de las diferentes provincias, es así que se ha obtenido una muestra de 57 hospitales, incluidas entidades adscritas como son el Instituto Nacional de Higiene y el Servicio Nacional para la erradicación de la Malaria, mismas que tienen su planta central en la Provincia de Guayas.

Cabe indicar que las consultas realizadas por el MSP han sido homologadas a nivel nacional para poder recopilar de mejor manera la información y tener resultados óptimos y han sido realizadas a las y los usuarios en su conjunto por lo que no discrimina el género.

A continuación se muestran los principales indicadores con los que trabaja el Ministerio de Salud Pública y que han servido de referencia para mejorar la atención y la calidad del servicio que ofrece:

### Pregunta No. 1

Durante su permanencia en el establecimiento, ¿Cómo lo trataron?

**Tabla N° 1.**

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>BIEN</b>	54	95%
<b>MAL</b>	1	2%
<b>NO CONTESTA</b>	2	4%
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Control y Seguimiento

**Elaboración:** Andrés Egas

De los resultados observados, se puede concluir que el 95% de las personas han sido tratados de una forma adecuada.

### Pregunta 2

¿Considera que durante la consulta médica se le realizó un examen completo?

**Tabla N° 2**

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>SI</b>	47	82%
<b>NO</b>	9	16%
<b>NO CONTESTA</b>	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Control y Seguimiento

**Elaboración:** Andrés Egas

Del análisis realizado se puede observar que a nivel nacional la satisfacción respecto a la consulta médica y los exámenes realizados es del 82%.

### Pregunta 3

Si se le otorgó receta médica, ¿Están escritas en forma clara para Usted?

**Tabla N° 3**

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>SI</b>	52	91%
<b>NO</b>	4	7%
<b>NO CONTESTA</b>	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Control y Seguimiento

**Elaboración:** Andrés Egas

Del análisis realizado se puede determinar que efectivamente las indicaciones son perfectamente claras para un 91% de la población a nivel nacional.

### Pregunta 4

El tiempo que Usted esperó para ser atendido fue:

**Tabla N° 4.**

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>MUCHO</b>	15	26%
<b>ADECUADO</b>	27	47%
<b>POCO</b>	15	26%
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Control y Seguimiento

**Elaboración:** Andrés Egas

Del análisis realizado se puede observar que un 47% de la población a nivel nacional atendida en alguna unidad ejecutora de la Red de Salud Pública, considera que el tiempo de espera fue adecuado.

## Pregunta 5

¿Qué le disgusta de los servicios actuales de los centros de salud?

Tabla N° 5.

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESORGANIZACIÓN	22	39%
FALTA DE INTERÉS	19	33%
MALA ATENCIÓN	4	7%
NINGUNO	1	2%
NO CONTESTA	11	19%
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Control y Seguimiento

**Elaboración:** Andrés Egas

Del análisis realizado se puede observar que a un 39% de la población atendida a nivel nacional le disgusta la desorganización de la unidad hospitalaria, seguida de un 33% de la población que considera que existe falta de interés, lo que implica que los usuarios deben asistir en más de una ocasión a las unidades hospitalarias, generando mayor desgaste en la salud de los mismos y congestionando el sistema de salud pública.

## Pregunta 6

¿Qué le gustaría que se oferte o que se adicione además de los servicios ofrecidos actualmente?

Tabla N° 6.

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MAYOR RAPIDEZ	28	49%
BUEN SERVICIO	8	14%
MEJOR INFORMACIÓN	14	25%
VENTILACIÓN	1	2%
NO CONTESTA	6	11%
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Control y Seguimiento

**Elaboración:** Andrés Egas

Del análisis realizado el 49% de la población considera, que deben realizarse los servicios con mayor rapidez y además un 25% de la población expresó que debe entregarse mejor información al usuario. Se debe tomar en cuenta que la muestra proviene de las unidades hospitalarias más emblemáticas en el país y que por ende son las unidades que más usuarios externos reciben a diario por lo que los datos mostrados anteriormente sirven para aproximarse a lo que sucede en las unidades a nivel nacional.

El principal problema en las unidades hospitalarias sigue siendo la falta de eficiencia al momento de recibir la atención directa, puesto que ocasiona confusión entre los mismos usuarios y el personal que labora en los centros de atención lo que afecta de forma directa al momento de entregar medicinas y seguir un tratamiento médico establecido.

### **Diagnóstico de la calidad del servicio**

Es importante mencionar que durante el desarrollo de esta investigación se han mostrado los cambios en el mejoramiento del servicio de salud otorgado por la Red Pública del MSP, que han ayudado a mejorar la calidad de vida de la población que es atendida a diario en las áreas, centros y subcentros de salud, así como en hospitales especializados.

El mejoramiento y fortalecimiento en infraestructura ha sido evidente y esto ha conllevado al desarrollo del talento humano, las capacitaciones realizadas a profesionales de la salud y en general el estudio de las necesidades de los usuarios internos como externos ha mejorado el grado de satisfacción respecto a la prestación de servicios de salud.

Dentro de este ámbito se ha encontrado algunas deficiencias como son: el elevado tiempo de espera en algunas unidades, originado principalmente por la escasez de profesionales de salud, prevaleciendo el personal de apoyo y el personal administrativo.

Cabe mencionar que justamente para reducir la brecha que existe para cubrir la oferta demandada por parte de la población, el Ministerio de Salud Pública ha sido el promotor en el programa del Plan Retorno, mismo que anteriormente fue explicado.

Las oportunidades como las ofertas de programas de profesionalización y de intercambio del Ministerio de Salud Pública servirán para fomentar el uso de los servicios en las unidades ejecutoras ante el crecimiento poblacional y la proliferación de las unidades médicas privadas.

### **Calidad Percibida del Sistema de Salud Pública**

Para comprender el crecimiento que ha tenido este sector es importante analizar los antecedentes respecto a la atención otorgada en períodos anteriores, es así que el perfil de atención en las unidades públicas de salud, detectado en los estudios realizados por la Dirección Nacional de Control y Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud Pública para el año 2007, más del 56 por ciento de atenciones son materno infantiles, característica del modelo de atención imperante en el país para ese período, quedando por lejos las atenciones a otros grupos sociales de la población.

Examinado el funcionamiento de los servicios públicos de atención de salud se obtuvo que la atención médica era fundamentalmente de 8h00 a 12h00 a.m. de lunes a viernes.

La duración de la consulta duraba de 10 minutos en la mayoría de casos, (32 por ciento), seguidas por consultas de 5 minutos (19 por ciento), de 15 minutos (18 por ciento) y de 20 minutos (13 por ciento), de acuerdo a la información proporcionada por el MSP en años anteriores. Esto da cuenta que en al menos el 50 por ciento de las consultas no se cumple con la norma promedio establecida por la Organización Mundial de Salud de 15 minutos.

Con respecto a la percepción del usuario sobre el trato de los profesionales de la salud y de apoyo en el subsistema de atención público, se planteaba que para el caso del médico, la mayor parte calificó de “buen y muy buen trato”, sin embargo la unidad hospitalaria recibió el porcentaje más elevado en “muy mal servicio”, lo que explica que la atención que recibía el usuario externo hasta el momento de ser atendido era de baja calidad.

Es notorio también una fuerte opinión en “no informa”, resultado que tiene que ver con que la población no recibió el servicio del profesional en cuestión, esto es claro en el caso de psicólogo, trabajador social, obstetrix, estudiantes de medicina y áreas de apoyo, generado principalmente por la deficiente provisión de profesionales de la salud a nivel nacional en los servicios públicos de salud.

Respecto a los temas relacionados con calidad de la atención directa del profesional, el 5 por ciento y el 8 por ciento de los usuarios expresó inconformidad e insatisfacción por algún factor clave, como la falta de coherencia entre diagnóstico, argumento y tratamiento.

## ***Avances en la calidad de los servicios de salud de la Red Pública***

Para determinar los efectos sociales, económicos y culturales que ha generado la reforma institucional es importante señalar las propuestas que han dado inicio al cambio en la concepción del enfoque preventivo en salud y como el Gobierno ha implementado programas de mejoras desde el punto de vista de los usuarios externos así como también de los profesionales de la salud y personal administrativo del MSP que han trabajado para que el servicio otorgado sea de mejor calidad en todos sus niveles, mejorando la calidad de vida de la población a nivel nacional.

### **Estrategias de la Red Pública de Salud (2011-2012)**

Como se ha explicado anteriormente, el Nuevo Modelo de Gestión Pública, implementado por el MSP en el período 2011-2012, ha servido como partida inicial para la reestructuración del sistema sanitario a nivel nacional ya que permite la desconcentración de procesos y señala al MSP como el organismo rector en materia de salud a nivel nacional.

Las estrategias claves que este modelo ha presentado son las siguientes:

- Optimizar y ejecutar el proceso de traspaso técnico y administrativo progresivo de las actividades operativas del nivel central hacia niveles locales desconcentrados.

- Fortalecer la red pública de servicios de salud en función de un modelo de atención ciudadana que se enmarque en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud con base en la atención primaria, familiar, comunitaria e intercultural.
- Impulsar la capacitación y formación multidisciplinaria del personal vinculado al sector salud en función de las necesidades que la población requiera.
- Redistribuir al personal de salud, según necesidades y ubicación geográfica; diseñando e implementando un sistema de incentivos que promueva la equidad, la evaluación del desempeño y el cumplimiento de metas.
- Fortalecer la calidad de los servicios con profesionales de la salud altamente preparados gracias a las capacitaciones y becas que el MSP ha otorgado a nivel nacional.
- Incentivar a los profesionales de salud a integrar la Red Pública gracias a la promoción de incentivos económicos como bono de residencia, bono geográfico y pago por eficiencia.
- El programa del “Plan Retorno” impulsado directamente por la Presidencia de la República en conjunto con otras instituciones del país han logrado disminuir la brecha entre oferta y demanda generada principalmente por la falta de profesionales especialistas médicos que en su momento abandonaron el país por falta de oportunidades.
- En la actualidad el Ministerio de Relaciones Laborales trabaja conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública en el fortalecimiento de la calidad de los servicios a través del programa “Servicios Dignos” mismo que contempla la realización de inspecciones, control y seguimiento de la atención y servicios que reciben los usuarios en el ámbito social. El objetivo es garantizar a las y los ciudadanos servicios sociales dignos, en un ambiente de atención cálida, con modernas infraestructuras, mediante un trato cordial y eficiente por parte de empleados y funcionarios de entidades públicas y privadas.

Como se puede apreciar de lo explicado el Nuevo Modelo de Gestión Pública ha fortalecido no solamente la administración de las unidades hospitalaria, además implementa el desarrollo del talento humano que garantiza el acceso de los usuarios a los servicios de salud a nivel nacional.

## ***Modelo de Atención Integral de la Salud como propuesta al mejoramiento en la calidad de la atención hospitalaria***

En este capítulo se estudia la sostenibilidad del fortalecimiento de los servicios a largo plazo a través de la distribución adecuada de los recursos presupuestarios que son otorgados por el Gobierno Central para los proyectos de reestructura, salarios, equipamiento, infraestructura hospitalaria e incentivos económicos otorgados al personal que labora para la Institución.

En este sentido se exponen las necesidades de contar con una adecuación y construcción de infraestructura de las unidades hospitalarias, como también se tratará sobre la importancia de dotarlas de equipamiento; argumentando al mismo tiempo la necesidad de establecer una planificación territorial óptima al momento de requerir nuevas instituciones.

Como parte esencial de la investigación, se propusieron los parámetros fundamentales sobre los cuáles el MSP debe trabajar en conjunto con otras instituciones a fin de que el Nuevo Modelo de Gestión Pública sea productivo en el tiempo generando expectativa en la población y de esa forma asegurar la calidad del servicio otorgado y los beneficios que se pretende obtener con este nuevo modelo.

A través del apoyo del Gobierno Central que ha incrementado la inversión con respecto al sector social en el Ecuador incluyendo de forma prioritaria al sector salud, se ha evidenciado que el presupuesto invertido tiende a incrementar para el año 2008 con respecto al 2007 y que requiere incrementos adicionales de recursos para el 2009, 2010, 2011 y 2012 progresivamente como lo muestra se muestra en el Cuadro N°. 13

Hay que considerar factores determinantes al momento de hablar de sostenibilidad económica de largo plazo, sobre todo en al área de salud pública, por ejemplo, el cambio del perfil epidemiológico en la población y el incremento de las expectativas conforme a la esperanza de vida de cada persona, son factores que pueden incidir en gran medida respecto a las necesidades económicas del sector; por ello es que para poder determinar los beneficios que se lograrían obtener a través de la prestación de los servicios sanitarios, se debe empezar señalando el presupuesto fiscal que se asigna por año conforme al porcentaje poblacional y el costo estimado con el que se incide para cubrir las necesidades por cada habitante; tal como lo indica el cuadro N°. 13

Adicionalmente es importante mencionar nuevamente que el 30% de los ecuatorianos es la porción de población objetivo que se atiende por la oferta de servicios que brinda el sector sanitario para que los mismos puedan acceder a los servicios procurando disminuir la brecha existente entre oferta y demanda.

**Cuadro N° 13: Presupuesto invertido en salud respecto al porcentaje poblacional del MSP**

<u>Años</u>	<u>USD Devengado</u>	<u>% PIB</u>	<u>Población</u>	<u>Costo salud por habitante USD</u>	<u>30% de la población</u>	<u>Costo de población efectivamente atendida USD</u>
2001	152,000,000.00	2.30	12'479.924	12.18	37.439,77	40.60
2002	311,000,000.00	5.30	12'660.728	24.56	37.982,18	81.88
2003	373,000,000.00	5.80	12'842.578	29.04	38.527,73	96.81
2004	387,000,000.00	5.20	13'026.891	29.71	39.080,67	99.03
2005	438,000,000.00	5.30	13'215.089	33.14	39.645,27	110.48
2006	561,000,000.00	4.55	13'408.271	41.84	40.224,81	139.47
2007	615,000,000.00	4.29	13'605.484	45.20	40.816,45	150.67
2008	737,000,000.00	7.04	13'805.095	53.39	41.415,28	177.95
2009	974,000,000.00	5.08	14'005.448	69.54	42.016,34	231.81
2010	1,244,000,000.00	5.85	14'306.876	86.95	42.920,63	289.84
2011	1,499,000,000.00	6.04	15'007.343	94.00	49717.89	339.25
2012*	1,600,000,000.00	6.95	15'997.343	98.00	65717.89	430.05

**Fuente:** Ministerio de Salud (2011). *Coordinación de Presupuesto MSP.*

**Elaboración:** Andrés Egas

A medida que incrementa la cobertura de la salud, ante pequeños incrementos en el PIB, mejoran los procesos y en consecuencia hay una mejora considerable de la calidad del gasto público, es decir se convierte en gasto productivo, pues actúa como un detonante que afecta a la sociedad de forma económica, cultural y social, es por ello que tiende a incrementar aún más la proporción de la cobertura del sector conforme pasan los años, generando un efecto multiplicador en que se ve reflejado en el incremento salarial, el nivel de ocupación y el grado de bienestar en la sociedad.

Los efectos de la reestructura institucional se deben mantener de conformidad a las diferentes etapas, en este sentido se asignará el siguiente presupuesto fiscal para su ejecución que tendrá plazo de dos años como lo indica el cuadro N° 14:

**Cuadro N° 14: Presupuesto para reestructura del MSP por año de ejecución (2012-2013)**

<b>Año</b>	<b>Presupuesto USD</b>
2012	12,731,900.00
2013	9,424,900.00
<b>TOTAL</b>	<b>22,156,800.00</b>

**Fuente:** MSP, Dirección Nacional Financiera, Coordinación de Presupuesto (2012)

**Elaboración:** Andrés Egas

## **Descripción del Impacto Social**

El Modelo de Salud se debe a nuevos retos, éstos son alcanzar y demostrar que con la gestión y atención brindada se puede alcanzar resultados de Impacto Social en sus zonas de responsabilidad.

Por definición, los resultados institucionales tienen que ver con el enfoque integral de la atención y la productividad de los servicios como número de atenciones, número de fichas familiares, coberturas obtenidas en las estrategias o intervenciones normadas por Ministerio de Salud Pública, así como asegurar la calidad de atención en los servicios de salud.

Los resultados de impacto social a nivel distrital y zonal se refieren a:

- Mejorar las condiciones de salud de la población adscrita, los mismos que deben ser medibles y verificables, por ejemplo:
- Reducción de muertes y discapacidades prevenibles;
- Disminución de la muerte materna e infantil,
- Disminución de enfermedades prevalentes,
- Potenciación de condiciones, estilos de vida y espacios saludables, entre otros

Estos resultados deberán estar alineados a los objetivos 1, 2, 3, 7, 9 y 12 del Plan Nacional de Desarrollo 2009-2013 y deberán estar claramente asumidas e interiorizadas por los equipos de salud ya que esto dará la lógica a su trabajo.

Para producir impacto social se requiere la participación plena de la población y la coordinación con los otros sectores e instituciones como: Educación, Trabajo, Vivienda, Ambiente, Policía, Gobiernos Locales, entre otros.

A continuación se detallan las metas establecidas en el Plan Nacional del Buen Vivir y su relación con los problemas de salud los cuales deben ser enfrentados por los equipos de salud y los actores sociales.

### Ilustración N° 20: Objetivos Plan Nacional del Buen Vivir

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir en 35% la mortalidad materna al 2013</li> <li>• Reducir en 25% el embarazo adolescente al 2013</li> <li>• Aumentar al 70% la cobertura de parto institucional público al 2013</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir en un 35% la mortalidad neonatal precoz al 2013</li> <li>• Disminuir al 3,9% el bajo peso al nacer en niños y niñas al 2013 (OBJ. 2)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir a la tercera parte la tasa de mortalidad por enfermedades causadas por mala calidad del agua al 2013</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir en un 18% la tasa de mortalidad por neumonía o influenza al 2013</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir en un 25% la tasa de mortalidad por SIDA al 2013</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir al 2% la tasa de mortalidad por tuberculosis al 2013</li> <li>• Erradicar la incidencia de tuberculosis en las cárceles al 2013. (OBJ. 9)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir a 4 la razón de letalidad del dengue hemorrágico al 2013.</li> <li>• Reducir la incidencia de paludismo en un 40% al 2013</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir en un 45% la desnutrición crónica al 2013 (OBJ. 2)</li> <li>• Reducir al 5% la obesidad en escolares al 2013.</li> <li>• Garantizar un consumo kilo calórico diario de proteínas mínimo de 260 Kcal. /día al 2013. (OBJ. 2)</li> <li>• Aumentar a 4 meses la duración promedio de lactancia materna exclusiva al 2013 (OBJ. 1)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triplicar el porcentaje de la población que realiza actividad física más de 3.5 horas a la semana al 2013.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de la muerte por causas oncológicas a través de la detección oportuna</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revertir la tendencia creciente de los delitos hasta alcanzar el 23% al 2013.</li> <li>• Disminuir la tasa de homicidios en un 50% al 2013. . (OBJ. 7)</li> <li>• Reducir la violencia contra las mujeres: (OBJ 9)</li> <li>• 8% Física</li> <li>• 5% Psicológica</li> <li>• 2% Sexual</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir en un 20% la mortalidad por accidentes de tránsito al 2013. (OBJ. 7)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar al menos a 7 la percepción de calidad de los servicios públicos (OBJ 12)</li> <li>• Aumentar a 7 la calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública al 2013</li> <li>• Disminuir en un 33% el porcentaje de hogares que viven en hacinamiento al 2013</li> <li>• Alcanzar el 80% de las viviendas con acceso a servicios de saneamiento al 2013.</li> <li>• Disminuir a 35% el porcentaje de hogares que habitan en viviendas con características físicas inadecuadas al 2013.</li> <li>• Disminuir a 60% el porcentaje de viviendas con déficit habitacional cualitativo al 2013.</li> <li>• Aumentar a 7 la calidad del servicio de la Policía Nacional según los usuarios al 2013</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcanzar el 40% en la tasa de ocupación plena en personas con discapacidad al 2013</li> </ul>

Fuente: SENPLADES, Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013

En respuesta a los objetivos señalados en el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, el MSP da como respuesta la creación del Nuevo Modelo de Gestión Pública o Modelo de Atención Integral, basado en la planificación territorial, la desconcentración de procesos y el mejoramiento en la calidad del servicio otorgado.

Cabe señalar que en el Ecuador, el Gobierno Nacional durante los 5 últimos años ha aumentado la inversión en salud de USD 438 millones a USD 1,600 millones de dólares, según el departamento de Estadística del MSP.

También, parte de la inversión que se ha generado está destinada para la creación y ejecución de proyectos que están enmarcados en los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir con enfoque en la salud, pues los USD 22'156,800.00 que se verán invertidos en el proyecto de reforma tienen como finalidad alcanzar un impacto social y también económico, ejecutando el uso de los recursos de la mejor manera posible.

Para garantizar la promoción en servicios de salud, el Modelo de Atención Integral propone ejes fundamentales para el desarrollo económico y social como son:

- **La eficiencia:** Garantizando mejorías en todas las instituciones de la salud, donde las actividades de atención se deben realizar en función del menor costo empleado, con la finalidad de poder satisfacer a toda la población; sobre todo a la porción de la población que menor recursos económicos posee.
- **La calidad:** Toda la población ecuatoriana debe mantener a su entera disposición servicios clínicos seguros adecuados, así como también una infraestructura e instalaciones óptimas; personal idóneo y capacitado; insumos y medicamentos esenciales.
- **Igualdad:** Los recursos de la salud deben distribuirse equitativamente de forma que no existe discriminación o se niegue el acceso a los servicios primarios de la salud, independientemente de su condición social.
- **Sustentabilidad:** El sistema de salud que se desenvuelve en el país, puede alcanzar sus metas mediante el recurso disponible que sea generado y entregado por los organismos financieros del gobierno.

Además se plantea que la percepción de la ciudadanía respecto a la calidad de los servicios de salud pública a nivel nacional mejorará en al menos un 80%. Si bien los objetivos a cumplirse son de largo plazo el proceso ya ha empezado y se han evidenciado cambios a nivel nacional como es la recuperación de Hospitales Públicos tales como: Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, Hospital “Delfina Torres de Concha, Hospital “Verdi Cevallos”, Hospital Provincial “José María Velasco Ibarra de Tena”, Hospital del Niño “Francisco Ycaza Bustamante”.

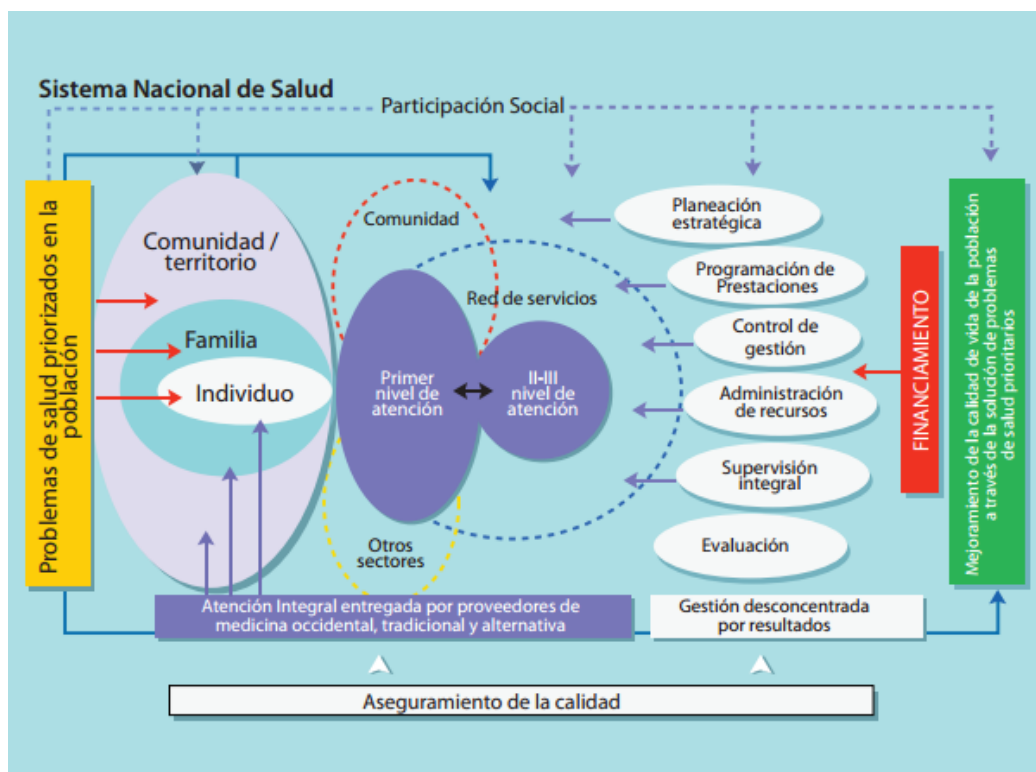
Es evidente la evolución que han tenido los servicios públicos de salud a nivel nacional, la investigación realizada presenta indicadores que evidencian que la gestión de los últimos años ha servido como el inicio para un desarrollo social, y también gracias a las políticas implementadas por

el gobierno de turno. Sin embargo, se debe entender que es un proceso y como todo proceso necesita tiempo para que se puedan confirmar los verdaderos cambios gracias al Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud.

## Propuesta del Modelo de Atención Integral de Salud Pública

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAISFCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad (el entorno), permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.

**Ilustración N° 17: Sistema Nacional de Salud (2012)**



**Fuente:** MSP, Sistema de Gestión de Salud  
**Elaboración:** Andrés Egas

El modelo del MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de la salud y la comunidad para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones de manera integral a las necesidades y problemas de salud de la población en su conjunto y contribuyendo a mejorar la calidad de vida.

### Propósito del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural

Este modelo tiene como propósito fundamental orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas

del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

### **Objetivos Estratégicos del Modelo de Atención Integral (MSP)**

- Reorientar el enfoque curativo centrado en la enfermedad y el individuo, hacia un enfoque de producción y cuidado preventivo de la salud, con enfoque intercultural, generacional y de género.
- Acercar los servicios de la salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutoria del primero y segundo nivel de salud.
- Fortalecer la organización territorial basándose en la reestructuración del MSP y con el apoyo de la nueva estructura orgánica del mismo.
- La excelencia en la prestación de servicios de calidad, en los tres niveles de atención, con talento humano capacitado, garantizando el cumplimiento en los estándares de calidad en la atención y gestión.
- Fortalecer la planificación e intervención intersectorial que permita intervenir sobre los determinantes de la salud, una actuación dinámica y potenciada del desarrollo integral de los territorios.
- Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto se define como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen el uso adecuado y un mayor rendimiento de los recursos.

### **Niveles de Atención**

El MSP como autoridad Sanitaria Nacional y con el objetivo de articular la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria, homologa la tipología de los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, que rige para todo el sector salud del país.<sup>54</sup>

La organización de los servicios de salud en niveles de atención, permite organizar la oferta de servicios para garantizar la capacidad resolutoria y continuidad requerida para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población. El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se organizan de acuerdo al tipo de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para

---

<sup>54</sup> Tomado Del Acuerdo Ministerial 1203 Tipología De Establecimientos

garantizar continuidad y el acceso escalonado de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud.

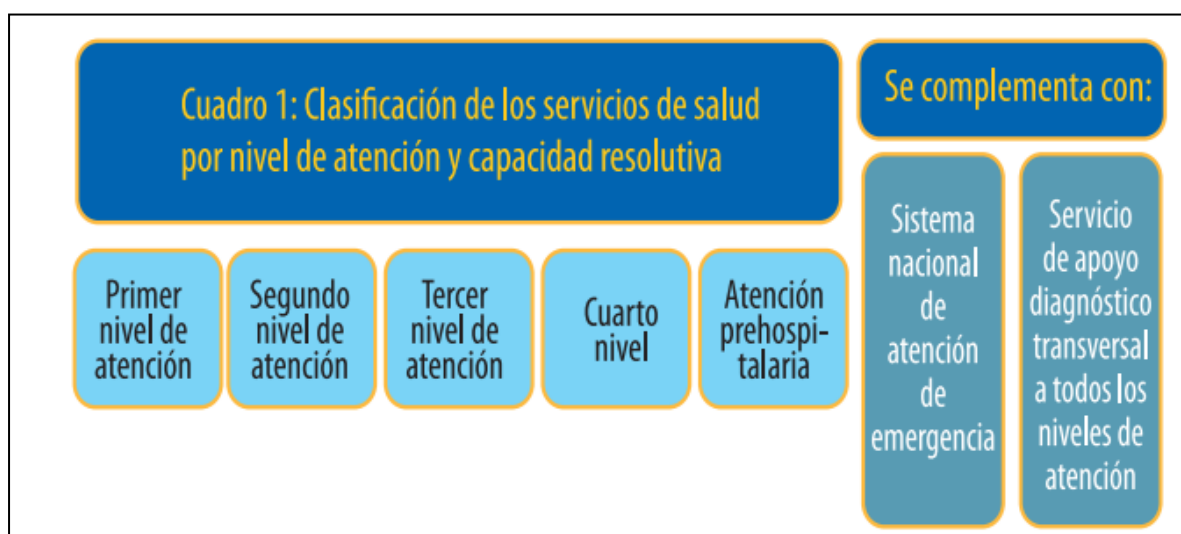
El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada y debe resolver el 80% de las necesidades de salud de la población y a través del sistema de referencia y contrareferencia se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema. El sistema de referencia y contrareferencia es el mecanismo por el cual el Ministerio de Salud, en el marco de sus procesos de descentralización de procesos y recursos, genera estrategias que permitan garantizar a la población en general el acceso a los servicios de salud.

El Acuerdo Ministerial No 0.01203 establece que en todos los establecimientos de salud se aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud acorde a las necesidades de la población. Establece también que el sector salud representado por el Ministerio de Salud Pública, promoverá la investigación científica, y su integración con la actividad asistencial y docente en todas las unidades de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, y orientará al abordaje de los problemas de salud prioritarios. Señala que el flujo del usuario se regirá estrictamente según la normativa del Sistema de Referencia y Contrareferencia emitida por el Ministerio de Salud Pública.

Las implicaciones principales que genera dicho acuerdo son medidas para descongestionar los centros pres hospitalarios, los hospitales de especialidades, las unidades que conforman el sistema nacional de atención de emergencia, generando mayor eficiencia en la calidad del servicio y promulgando una cultura de prevención.

Por otro lado, los centros de atención de primero y segundo nivel son los responsables de evaluar a los usuarios y brindar la información necesaria previo a emitir cualquier tipo de autorización de atención hospitalaria por lo que se recomienda una constante capacitación y supervisión de la autoridad sanitaria a nivel nacional.

**Ilustración N° 18: Niveles de Atención**



**Fuente:** Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública (2012)

**Elaborado por:** Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública (2012)

El primer nivel de atención, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención.

### **El segundo nivel de atención**

Comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio).

El ingreso al II nivel se lo realizara a través del primer nivel de atención exceptuándose los casos de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno. Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles.

### **El tercer nivel de atención**

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley.

### **El cuarto nivel de atención**

El IV nivel de atención es el que concentra la experimentación clínica, preregistro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad. Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).

### **El nivel de Atención Prehospitalaria**

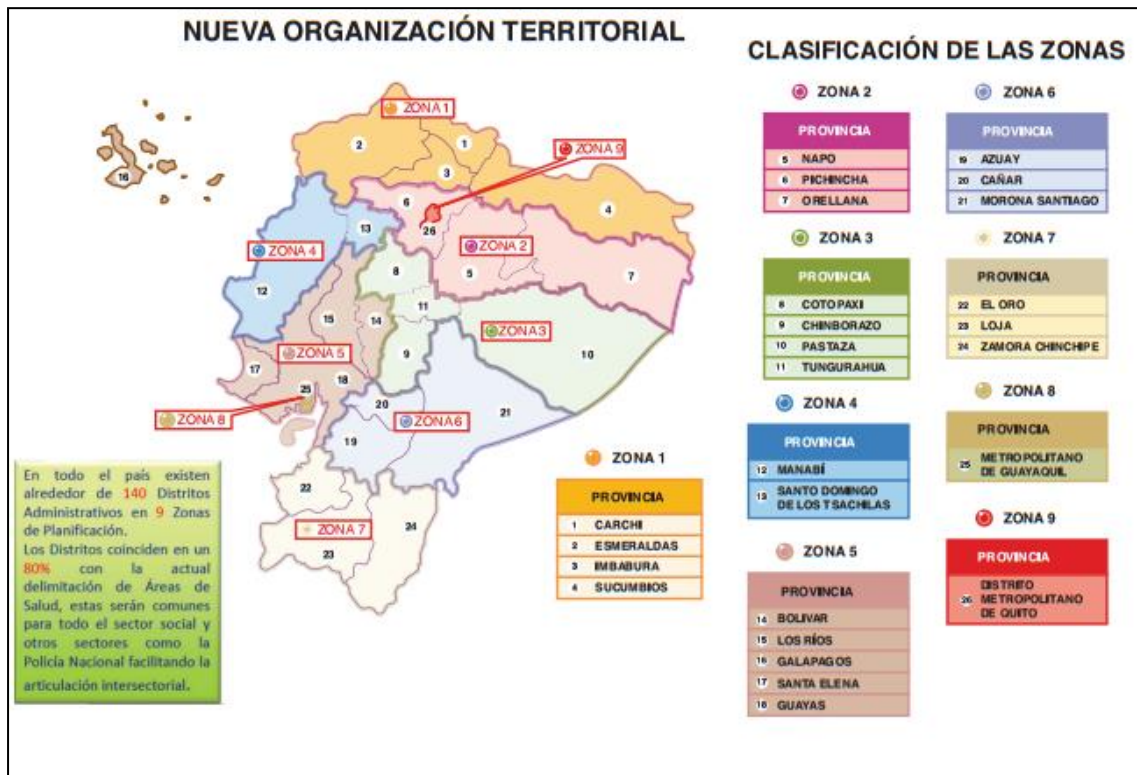
Es el nivel de atención autónomo e independiente de los servicios de salud, que oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia, u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutive sea la adecuada.

### **La articulación territorial de la red pública y complementaria de salud en zonas, distritos y circuitos de acuerdo a la nueva estructura orgánica del MSP**

La estructuración de las redes y micro redes territoriales de salud, responde a la nueva organización territorial desconcentrada y descentralizada implementada a nivel nacional, para la planificación territorial y la gestión de los servicios públicos, que establece 9 zonas de planificación, 140 distritos y 1134 circuitos.

La organización territorial de la red de servicios de salud permite responder de manera adecuada a la realidad y necesidades de la población y activar los espacios de coordinación intersectorial y participación comunitaria en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población.

**Ilustración N° 19: Reestructuración Orgánica a Nivel Nacional del MSP**



**Fuente:** Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública

**Elaborado por:** Andrés Egas

### Componente de gestión del Modelo de Atención Integral de la Salud

Por componente de gestión se entienden todos los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud, para el logro de resultados sanitarios dentro del Nuevo Modelo de Atención Integral.

Como fundamento teórico y práctico se toma la desconcentración que se sustenta en la nueva división político-administrativa del país, dada por SENPLADES, y se orienta a reorganizar y fortalecer la capacidad de gestión de las nuevas unidades administrativas, el traspaso de competencias y recursos de acuerdo a los requerimientos del MAIS-FC.

Esta nueva visión de la gestión implica generar condiciones para una articulación intersectorial en función del logro del desarrollo integral y el cuidado de la salud a nivel territorial, el reconocimiento de la diversidad y la implementación de herramientas gerenciales.

Se debe entender que la gestión sanitaria es desconcentrada y por resultados. Desconcentrada por la transferencia de competencias del nivel central a los niveles zonales y distritales y por resultados orientados a la obtención de resultados de impacto social. Cada Entidad Operativa maneja su propio presupuesto y por lo tanto es responsable de planificar la ejecución del gasto.

### **Control de la calidad del servicio sanitario en el Modelo Integral de Salud**

Tanto la Red Pública e Integral de Salud, como la Complementaria deberán garantizar las normas y procedimientos de atención y gestión definidos por el MSP. El sistema de control de garantía de la calidad incluye:<sup>55</sup>

- Gerencia estratégica, de proceso y de calidad de los establecimientos de salud, que comprende la organización efectiva y eficiente para mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones integrales de salud con criterios de calidez y costo-efectividad.
- Definición de perfiles para cargos técnicos y de gestión de los servicios de salud, implementación de concursos de oposición y merecimientos y el registro de profesionales a través de un proceso de certificación y recertificación.
- Levantamiento de procesos para la gestión de los servicios de salud y de apoyo administrativo.
- La formulación y revisión periódica de guías de práctica clínica y terapéutica basada en evidencia científica.
- Implementación de Auditoria Integral en Salud.
- Procesos de licenciamiento, certificación, acreditación de las unidades de la red pública e integrada.
- Control de calidad de insumos y productos farmacéuticos.
- Un sistema de capacitación continua en gestión y gerencia de los servicios de salud y de gestión clínica.
- Sistema de fármaco vigilancia.
- Implementación de mecanismos para la veeduría y control social de la gestión y atención de los establecimientos de salud.

---

<sup>55</sup> MSP. Estatuto Orgánico de Gestión por Procesos del Ministerio de Salud Pública, 2011

## Componente del Financiamiento del Sistema Nacional de Salud

El componente del financiamiento del Sistema Nacional de Salud permitirá asegurar la obtención de los recursos necesarios para el cumplimiento de:

- Planes Estratégicos nacionales, zonales, distritales, provinciales y en circuitos.
- Proyectos en salud de las organizaciones que forman el SNS.
- Conjunto de prestaciones.
- Plan Nacional de Inversión en Infraestructura y Equipamiento del sector público.

Los elementos para el desarrollo de este componente son:

- Definición de las fuentes de financiamiento
- Definición de la forma de asignación de recursos
- Definición de los mecanismos de pago

Para el financiamiento de los Planes Estratégicos y Proyectos sus fuentes provienen de los diferentes presupuestos de las instituciones involucradas en el SNS. El financiamiento del Régimen de Prestaciones Garantizadas y el Plan Nacional de Inversión en equipamiento e infraestructura sus fuentes provienen de las instituciones del sector Salud que forman la red pública: Ministerio de Salud, IESS, Fuerzas Armadas, Policía. El sector privado lo realiza con fondos propios.

Normalmente la asignación de recursos a las unidades ejecutoras está basada en gastos históricos y capacidad de gasto, en función de estos dos insumos se asignan los recursos cada año.

El país está dentro de un proceso de Transformación Democrática cuyo objetivo es llegar a un “profundo rediseño institucional del Estado en la búsqueda de su rol regulador y planificador, la modernización de las empresas públicas y los sectores estratégicos, la modernización del servicio civil, la profesionalización de la función pública y la reorganización territorial del Estado”.

Como se indicó en el componente de Gestión, el Ministerio de Salud Pública es considerado una Institución de Tipología 2 es decir altamente desconcentrada con baja descentralización, propendiendo entonces generar competencias desconcentradas a nivel regional, distrital y local, surgiendo de igual manera dinámicas propias de cada sector que permitan la prestación de servicios públicos desde el nivel local a través de distritos administrativos.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> SENPLADES, Esquema metodológico para la Revisión de matriz de Competencias y modelos de Gestión, Subsecretaría de reforma Democrática del estado e Innovación de la gestión Pública, 2009.

## **Conclusiones**

La intervención estatal en el sector salud ha sido primordial para el desarrollo del Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, puesto que a través de políticas sanitarias ha fortalecido la rectoría que debe ejercer el Ministerio de Salud Pública a nivel nacional y sobre todo en determinar las competencias que tiene a su cargo. Es así que el MSP toma como iniciativa fundamental la reestructuración del MSP mediante la creación de las Coordinaciones Zonales y las Direcciones Distritales desconcentrando los procesos y garantizando el fiel cumplimiento de las directrices emitidas por el nivel central.

El modelo planteado además destaca la necesidad de contar cada día con nuevos profesionales y se enfrenta ante el problema de la escasez en cuanto a profesionales de salud se refiere, es así que el MSP ha implementado incentivos económicos con la finalidad de cubrir la brecha generada entre oferta y demanda. Dichos incentivos han sido evaluados por el Ministerio de Relaciones Laborales en conjunto con el Ministerio de Finanzas a fin de determinar los valores techos y de acuerdo a escalas remunerativas a los que los profesionales de la salud pueden acceder.

Mediante la emisión de la Resolución No. MRL-2011-000033, se reformó las jornadas laborales para los médicos y demás profesionales de salud que prestaban sus servicios para el MSP, indicando entre otras, la necesidad de laborar una jornada ordinaria de 8 horas diarias o 40 horas semanales, de esa forma los horarios de atención en centros y unidades hospitalarias incrementó el número de consultas que se tenía diariamente, lo que condujo al mejoramiento en la atención a la población y además generando tratamientos de largo plazo para los usuarios que así lo necesiten.

Es importante indicar que el programa del “Plan Retorno”, a través del cual muchos especialistas médicos pueden regresar al país ha generado que Hospitales de Especialidades a nivel nacional puedan mantenerse funcionando las 24 horas del día.

El impacto social que se espera por parte del MSP a través de la implementación del Modelo de Atención Integral sostiene la evolución y el desarrollo en la oferta sanitaria a nivel nacional y de forma sostenible a través del tiempo en concordancia con los la visión de desarrollo del Gobierno Nacional del Ecuador, de esta perspectiva se tiene que se han dado paso importantes orientados al fortalecimiento de las unidades de salud del MSP en cuanto a infraestructura, equipamiento, recursos humanos y todo esto sumado a la política progresiva de gratuidad de los servicios en todos sus niveles de atención.

En cinco años la inversión del Ministerio de Salud Pública pasó de menos de 600 millones de dólares en el año 2006 a 1.600 millones de dólares en el 2012. La gratuidad de los medicamentos también incremento sustancialmente el número de recetas entregadas a las y los usuarios de las unidades del MSP. La inversión en medicamentos desde el 2008 al 2012 se incrementó en aproximadamente 58 millones de dólares. De igual manera, los exámenes de laboratorio que se incrementaron en un 134%, las cirugías en un 47% y los egresos hospitalarios en un 43%.

El modelo de atención desarrolla en el primer nivel de atención un proceso planificado y organizado que permite articular varios elementos: la demanda en salud de la comunidad, la experiencia y el conocimiento de la realidad del área geográfica – poblacional, epidemiológica que poseen los

equipos de salud, las normas de atención y los Programas Sociales impulsados por las instituciones gubernamentales, GADS y organizaciones no gubernamentales y de la comunidad.

El fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades con enfoque intersectorial y deben ser accionadas en conjunto con la población y las unidades hospitalarias.

El Modelo de Atención Integral, prioriza intervenciones en problemas de salud y muertes evitables, en los grupos poblacionales en situación de riesgo y/o vulnerabilidad, considerando las barreras de acceso económicas, geográficas y culturales, garantizando además el servicio de calidad por parte de los profesionales de salud y las y los servidores de la parte administrativa.

A través del programa de “Servicios Dignos” formado por brigadas del Ministerio de Relaciones Laborales, se realiza el control y vigilancia a nivel nacional de todas las unidades hospitalarias que el MSP tiene a su cargo a fin de constatar el buen funcionamiento de los servicios, la calidad en la atención al usuario externo y la salubridad de los centros de atención.

El beneficio social que genera la implementación del Nuevo Modelo de Gestión Pública, son resultados muy optimistas para la población objetivo que son todos los ecuatorianos y ecuatorianas del país; ya que al fortalecer las políticas del sistema, los servicios que se brindan en el país serán de mayor calidad y eficiencia, teniendo como resultado una potenciada articulación institucional entre los niveles desconcentrados del MSP generando un óptimo acceso a la salud sin limitaciones ni barreras.

La desconcentración de los procesos producto de la reestructuración del MSP ha sido la puerta de entrada para la administración trabaje de forma más eficiente disminuyendo la brecha generada entre oferta y demanda, a pesar de esto no existe forma que las unidades hospitalarias puedan cubrir el 100% de los servicios sanitarios a nivel nacional, puesto que la oferta de servicios de salud en el país es muy fraccionado lo que origina que cada familia pueda acceder a la prestación de servicios de salud de acuerdo al nivel de ingresos.

La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención. La organización local se constituye en la contraparte de veeduría del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios. La sostenibilidad dependerá en gran medida de las administraciones futuras y principalmente de las políticas Gubernamentales así como la adecuada asignación de recursos fiscales generando gasto productivo para el desarrollo social y económico del país.

## ***Recomendaciones***

Mientras dura la transición del modelo anterior de salud es necesario capacitar de manera permanente a las unidades ejecutoras sobre los objetivos y las metas propuestas por el nuevo modelo de Gestión Pública, así cuando la desconcentración de los procesos este en marcha se reducirá al máximo la falta de respuesta inmediata que deberán tener a nivel nacional.

El fortalecimiento de la infraestructura y el equipamiento con la que cuenta las unidades hospitalarias debe ser acorde a los estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud de conformidad al nivel de atención que prestan cada unidad, es por ello que es fundamental que parte de la inversión que el Gobierno destina a este sector sea para el financiamiento de las redes hospitalarias.

Se deberá conformar equipos técnicos que se encarguen del seguimiento y control, para de esa forma garantizar el libre acceso de la población a servicios de calidad, promulgando la gratuidad en todos los niveles de atención, para esto es necesario fortalecer la brigada del Ministerio de Relaciones Laborales con el programa de “Servicios Sociales Dignos”.

Se recomienda formar a Técnicos de Atención Primaria en Salud que apoyarán y serán parte del equipo integral de salud con personas de la comunidad, los mismos que desarrollarán actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades o complicaciones y notificará al equipo cuando determine un riesgo potencial. Desarrollaran también actividades para el fortalecimiento de la participación comunitaria.

Las actividades y metas propuestas deben corresponder con las inscritas en los proyectos locales de salud, que como proceso de corto, mediano y largo plazo deberán contribuir a generar Resultados de Impacto Social, es importante tener en cuenta que se deben realizar planificaciones mensuales a fin de que SENPLADES pueda financiar el costo que exige el nuevo modelo del MSP.

Se recomienda evaluar periódicamente el impacto de los servicios en la situación de salud de los usuarios externos a través de indicadores usuales o de estudios e investigaciones locales, en cuyo caso es recomendable la participación y apoyo de la Jefatura de DISTRITO respectiva.

Para el fortalecimiento de la Red Pública del MSP, es necesario que los fondos que sean asignados para la realización de proyectos, sean destinados a la obtención de equipos necesarios para la funcionalidad de las unidades hospitalarias.

El Modelo de Atención Integral será sostenible en el tiempo, a medida que los recursos que se inyecten a fortalecer el mismo se acorde a las necesidad que vayan surgiendo en el tiempo, es decir no solamente debe existir recursos de inversión, sino se lo debería financiar a través de otras fuentes, tales como proyectos BID, que inyectan recursos financieros importantes para la creación de nuevos proyectos en el MSP.

## **Referencias Bibliográficas**

Asamblea Constituyente (2008) **Constitución de la República del Ecuador**. Ecuador: Asamblea Constituyente.

Escobar, Pablos y Valiño, Laura (2000) **Economía del Gasto Público**. Barcelona, Editorial Cívitas, 2000.

Estatuto Organizacional (2011) **Procesos del Ministerio de Salud Pública**, Ecuador. Ministerio de Relaciones Laborales.

Gottfried, Von (1990) **La teoría del "multiplicador" de Keynes: Una crítica metodológica**. Purkersdorf. <http://isis.faces.ula.ve/computacion/emvi/11/El%20consumo%20publico.htm> (Acceso, noviembre 2011)

Hidalgo, Páez y Héctor, Hernán (2001) **Intervención del Estado en la economía**. México: GestioPolis, <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/eco/interv.htm> (Acceso, enero 2012).

Kaplan, Robert (2010) **Atención de salud**. New York: Harvard Business Review Magazine.

Marmot, Col (1992) **Condicionantes económicos y sociales de la salud**. Honduras: UNAH.

Ministerio de Salud Pública (2011) **Ley Orgánica de Salud**. Ecuador.

Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. **Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural**. Documento original. 2008

Norma Modelo de Atención Integral en Salud SEPSS - MSP 2010

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **Renovación de la Atención primaria de salud**. OPM/OMS/ Washington D: C: 2007

Peacock y Wiseman (1961) *The growth of public expenditure*, Netherlands, Kluwer Academic.  
<http://www.springerlink.com/content/r605811u81703353/> (Acceso enero 2012)

Plan nacional del buen vivir (2009 – 2013), <http://www.senplades.gob.ec/web/senplades-portal/plan-nacional-para-el-buen-vivir>

Pinto Saavedra, Juan Alfredo (1995) *Formación de capital humano*. Santafé de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD (1997) *Informe sobre desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Nueva York: PNUD.

Suárez, Julio (2008) *Desarrollo de sistemas y servicios de salud: OPS*. Ecuador.

Stiglitz, Joseph (1998) *La Economía del Sector Público*, España. Antoni Bosch editor S.A.

# Anexos

## Anexo A

### Acuerdo Ministerial No. 00001162



Ministerio de Salud Pública  
No 00000725

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA, ENCARGADA

#### CONSIDERANDO:

- Que:** la Constitución de la República del Ecuador manda:  
"Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. ...";
- "Art. 361. El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.";
- Que:** la Ley Orgánica de Salud ordena:  
"Art. 4. La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.";
- "Art.- 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: ... 5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; ... 14. Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes.";
- Que:** mediante Acuerdo Ministerial No. 00001162 de 8 de diciembre de 2011, se aprueba el documento denominado "MANUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, MAIS";
- Que:** con Acuerdo Ministerial No. 0001034 de 1 de noviembre de 2011, se emite el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, razón por la cual es necesario actualizar la denominación de la instancia competente para la ejecución del Acuerdo Ministerial No. 00001162 de 8 de diciembre de 2011; y,
- Que:** mediante memorando No. 0238, SNGSS 10-2012 de 13 de abril de 2012, el Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud Pública solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.



00000725

Ministerio de Salud Pública

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTICULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y EL ARTÍCULO 17 DEL ESTADO DE RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

**ACUERDA:**

Reformar el Acuerdo Ministerial No. 00001162 de 8 de diciembre de 2011, en la siguiente forma:

**Art.1.-** Luego del Art. 2 insertar un artículo que diga:

"Art. 3.- los anexos del presente Acuerdo Ministerial serán publicados en la página web [www.msp.gob.ec](http://www.msp.gob.ec) del Ministerio de Salud Pública del Ecuador."

**Art. 2.-** Sustituir el Art. 3 por el siguiente:

"Art. 4. De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública."

**Art. 3.-** El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encárguese a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE QUITO, a

03 MAYO 2012

Carina Vance Maffa  
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA, ENCARGADA



## Anexo B

### Aprobación del Modelo Integral de la Salud



Ministerio de Salud Pública

No. 00001162

#### EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

##### CONSIDERANDO:

- QUE;** la Constitución de la República del Ecuador ordena:  
"Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. ...";  
"Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.";
- QUE;** la Ley Orgánica de Salud manda:  
"Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.";  
"Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: ... 5.- Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; ... 14.- Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes.";
- QUE;** mediante **Acuerdo Ministerial No. 0000553 de 13 de mayo del 2004**, se aprueba y autoriza la publicación del Modelo de Atención Integral, basado en la Atención Primaria de Salud;
- QUE;** mediante **Acuerdo Ministerial No. 00343 de 3 de Julio del 2007** y publicado en el Registro Oficial No. 132 de 23 de Julio del mismo año, se crea la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud de esta Cartera de Estado (SEPSS);



Ministerio de Salud Pública

00001162

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DE RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA.

**ACUERDA:**

Art.1.- Aprobar el documento denominado "MANUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, MAIS".

Art. 2.- Difundir el mencionado Manual para que sea aplicado obligatoriamente en todas las DIRECCIONES ZONALES Y DISTRITOS DEL SECTOR SALUD.

Art.3.- De la ejecución, del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su suscripción sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a,

08 DIC 2011

Dr. David Chiriboga Allnutt  
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA



## Anexo C

### Oficio No. SENPLADES-SGDE-2011-0059



República del Ecuador

SENPLADES  
Sistema Nacional de Planeación y Gestión

09-03-2011

Oficio No. SENPLADES-SGDE-2011-0059

Quito, 03 de marzo de 2011

*Ministerio de Salud Pública  
15 MARZO 2011*

Señor Doctor  
David Eduardo Chiriboga Almutt  
Ministro  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Presente.

*SENPLADES-SGDE-2011-0059*

De mi consideración:

En referencia a sus Oficios Nos. SAC-10-2010-001056 del 25 de enero y SAC-10-2011-001533 del 02 de febrero de este año, mediante los cuales el Ministerio de Salud Pública, remite las matrices de competencias y los modelos de gestión correspondientes a esta Cartera de Estado, a la Agencia de Control de los Establecimientos de Salud (ACES), al Instituto de Salud Pública e Investigación (INSPI) y al Instituto Nacional de Donación y Transplante (INDOT); y, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Ejecutivo No. 1577 ( R.O. No. 535 de 25 de Febrero de 2009), me permito señalar lo siguiente:

1.- El Ministerio de Salud Pública ha presentado los siguientes productos correspondientes a su Cartera de Estado, a la Agencia de Control de los Establecimientos de Salud (ACES), al Instituto de Salud Pública e Investigación (INSPI) y al Instituto Nacional de Donación y Transplante (INDOT):

- Matriz de competencias, atribuciones y productos.
- Modelo de Gestión ajustado a la tipología correspondiente al Ministerio de Salud Pública (Tipo 2: Alta Desconcentración baja descentralización).
- Estructura Orgánica (Central y Desconcentrada)
- Plan general de implementación

*Señor Ministro de Salud Pública  
15 MARZO 2011*

2.- Se considera que los productos remitidos guardan armonía con los lineamientos y metodología trabajada para el proceso de desconcentración y reestructuración de las entidades de la Función Ejecutiva en el marco de la transformación del Estado. Sin embargo, con el fin de garantizar la institucionalidad óptima para el sector, se considera que es necesario desarrollar y planificar con más detalle el plan y el proceso de implementación de la Agencia de Control de Establecimientos de Salud (ACES), considerando su rol estratégico para el sector.

3.- Es importante indicar que los niveles jerárquicos establecidos en las estructuras orgánicas para todas las instituciones del sector deberán ser analizados por el Ministerio de Relaciones Laborales.



República del Ecuador



Oficio No. SENPLADES-SGDE-2011-0059

Quito, 03 de marzo de 2011

Por lo expuesto, de conformidad con el Art. 5 literal e) del Decreto Ejecutivo No. 1377 anteriormente mencionado, la SENPLADES **emite informe favorable**, conforme anexo, a fin de que el Ministerio de Salud Pública continúe con la implementación de las reformas planteada para el Ministerio, la Agencia de Control de los Establecimientos de Salud (ACES), el Instituto de Salud Pública e Investigación (INSPI) y el Instituto Nacional de Donación y Transplante (INDOT), a través del Ministerio de Relaciones Laborales y el Ministerio de Finanzas.

Reitero nuestro compromiso en seguir apoyando la implementación de los procesos de reestructuración organizativa de su sector, así como, la desconcentración territorial del mismo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

POR DELEGACIÓN.

Atentamente,

Antrop. Ana María Larrea  
SUBSECRETARIA GENERAL DE DEMOCRATIZACIÓN DEL ESTADO

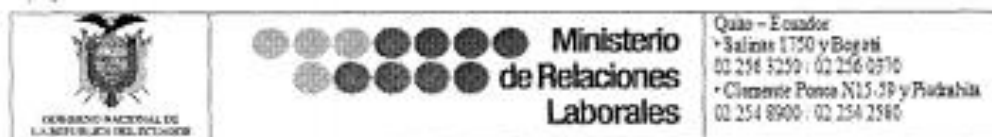
Adjunto: Informe técnico

C.C.:  
Sector Economista  
Jannette Sánchez  
Ministra  
MINISTERIO DE COORDINACIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
Sector Ingeniero  
Richard Gonzalo Espinosa Guzmán  
Ministro  
MINISTERIO DE RELACIONES LABORALES

at/m/imp

## Anexo D

### Resolución No. MRL-2011-000033



RESOLUCIÓN No. MRL-2011 000033

EL MINISTRO DE RELACIONES LABORALES

#### CONSIDERANDO:

- Que, el Art. 25 de la Ley Orgánica del Servicio Público establece las jornadas de trabajo para las entidades, instituciones, organismos y personas jurídicas señaladas en el artículo 3 de esta Ley, en el cual señala que la jornada ordinaria es aquella que se cumple por ocho horas diarias efectivas y continuas;
- Que, el Art. 51 de la Ley Orgánica del Servicio Público establece entre las competencias del Ministerio de Relaciones Laborales ejercer la rectoría en materia de remuneraciones del sector público;
- Que, el Art. 61 de la citada Ley señala que "El subsistema de clasificación de puestos del servicio público es el conjunto de normas estandarizadas para analizar, describir, valorar y clasificar los puestos en todas las entidades, instituciones, organismos o personas jurídicas de las señaladas en el Artículo 3 de esta Ley";
- Que, la citada Ley Orgánica, en la Ley de Federación Médica Ecuatoriana promulgada en el Registro Oficial No. 876 de 17 de julio de 1979 y sus reformas derogó en el artículo 32 las palabras "4HD", en el artículo 33 las palabras "cuatro horas diarias máximo" y las palabras "seis o más horas diarias solo es permitido con la docencia universitaria a medio tiempo o tiempo parcial"; y la Disposición General Quinta; en la Ley de Ejercicio Profesional de Enfermeras promulgada en el R.O. 261 de 19 de febrero de 1998, derogó la letra c) del artículo 13; en la Ley de Escalafón de Médicos, promulgada en el R.O. 984 de 22 de julio de 1992 y sus reformas, suprimió los artículos 10 y 11;
- Que, el Estado Ecuatoriano garantiza el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de los programas y acciones de la salud pública y la posibilidad de que la ciudadanía tenga acceso permanente e ininterrumpido a estos servicios, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia;
- Que, el Gobierno Nacional considera prioritaria la atención al ciudadano por parte de las entidades públicas que generen servicios de salud, utilizando de manera óptima los recursos, equipos e infraestructura de salud;
- Que, el Ministerio de Finanzas, mediante oficio No. MF-SP-DPPR-2011-0306, de 1 de febrero de 2011, de conformidad con la competencia que le otorga la letra c) del artículo 132 de la Ley Orgánica del Servicio Público, ha emitido el dictamen presupuestario favorable; y
- En ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 51 de la Ley Orgánica de Servicio Público;

#### RESUELVE

Art. 1.- Se considerará que los trabajos peligrosos son los realizados por los médicos radiólogos y radioisótopos considerando la característica y naturaleza de sus atribuciones y responsabilidades y en virtud del inciso cuarto del Art 25 de la Ley Orgánica del Servicio Público podrán ser horas en actividades radiológicas acorde a su puesto y las otras 4 horas adicionales podrán realizar





**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

Quito - Ecuador  
• Salinas 1750 y Bogotá  
02 256 3350 / 02 258 0370  
• Clemente Paes N13-39 y Piedra Blanca  
02 254 8900 / 02 254 2580

actividades que no estén sujetas a exposición radiológica, para lo cual se acogerán al Art. 2 de la presente resolución.

**Art. 2.-** Emitir la escala de valoración de los puestos de profesionales médicos, odontólogos, obstétricos, psicólogos clínicos, enfermeras, tecnólogos médicos de los servicios de salud pública, profesionales en química y farmacia, bioquímica y farmacia y química que trabajan en los laboratorios y farmacias de los servicios de salud pública y profesionales médicos con jornadas de trabajo de 8 horas diarias; de la siguiente manera:

ESTRUCTURA Y VALORACION DE PUESTOS DE MÉDICOS 4 HORAS DIARIAS (H4D)			ESTRUCTURA Y VALORACION DE PUESTOS DE MÉDICOS 8 HORAS DIARIAS (H8D)		
SITUACION ACTUAL			SITUACION PROPUESTA		
GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU	GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU
SERVIDOR PÚBLICO 7	13	1960	SERVIDOR PÚBLICO 12	18	2808
SERVIDOR PÚBLICO 6	12	1340	SERVIDOR PÚBLICO 11	17	2345
SERVIDOR PÚBLICO 5	11	1150	SERVIDOR PÚBLICO 9	15	1920
SERVIDOR PÚBLICO 4	10	1030	SERVIDOR PÚBLICO 7	13	1680

ESTRUCTURA Y VALORACION DE PUESTOS DE ODONTÓLOGOS 4 HORAS DIARIAS (H4D)			ESTRUCTURA Y VALORACION DE PUESTOS DE ODONTÓLOGOS 8 HORAS DIARIAS (H8D)		
SITUACION ACTUAL			SITUACION PROPUESTA		
GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU	GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU
SERVIDOR PÚBLICO 7	13	1980	SERVIDOR PÚBLICO 11	17	2345
SERVIDOR PÚBLICO 6	12	1340	SERVIDOR PÚBLICO 10	16	2190
SERVIDOR PÚBLICO 5	11	1150	SERVIDOR PÚBLICO 8	14	1670
SERVIDOR PÚBLICO 4	10	1030	SERVIDOR PÚBLICO 7	13	1680
SERVIDOR PÚBLICO 3	9	915	SERVIDOR PÚBLICO 6	12	1530





**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

Quito - Ecuador  
• Salinas 1750 y Bogotá  
02 254 3250 | 02 258 0370  
• Clemente Ponce N15-59 y Paduaña  
02 254 8900 | 02 254 2580

OBSTETRICES 4 HORAS DIARIAS (4HD)			OBSTETRICES 8 HORAS DIARIAS (8HD)		
SITUACION ACTUAL			SITUACION PROPUESTA		
GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU	GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU
SERVIDOR PUBLICO 7	13	1590	SERVIDOR PUBLICO 10	16	2190
SERVIDOR PUBLICO 6	12	1340	SERVIDOR PUBLICO 9	15	1930
SERVIDOR PUBLICO 5	11	1150	SERVIDOR PUBLICO 8	14	1670
SERVIDOR PUBLICO 4	10	1030	SERVIDOR PUBLICO 7	13	1590
SERVIDOR PUBLICO 3	9	935	SERVIDOR PUBLICO 6	12	1340
SERVIDOR PUBLICO 2	8	855	SERVIDOR PUBLICO 5	11	1190

PSICOLOGOS CLINICOS 4 HORAS DIARIAS (4HD)			PSICOLOGOS CLINICOS 8 HORAS DIARIAS (8HD)		
SITUACION ACTUAL			SITUACION PROPUESTA		
GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU	GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU
SERVIDOR PUBLICO 7	13	1590	SERVIDOR PUBLICO 10	16	2190
SERVIDOR PUBLICO 6	12	1340	SERVIDOR PUBLICO 9	15	1930
SERVIDOR PUBLICO 5	11	1150	SERVIDOR PUBLICO 8	14	1670
SERVIDOR PUBLICO 4	10	1030	SERVIDOR PUBLICO 7	13	1590
SERVIDOR PUBLICO 3	9	935	SERVIDOR PUBLICO 6	12	1340
SERVIDOR PUBLICO 2	8	855	SERVIDOR PUBLICO 5	11	1150





**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

Quito - Ecuador  
- Salinas 1750 y Bogotá  
02 256 3250 / 02 256 0370  
- Clemente Paazo N15-59 y Piedraíta  
02 254 8900 / 02 254 2580

ENFERMERAS/OS E HORAS DIARIAS (8 HD)			ENFERMERAS/OS E HORAS DIARIAS (8 HD)		
SITUACION ACTUAL			SITUACION PROPUESTA		
GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU	GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU
SERVIDOR PUBLICO 7	13	1590	SERVIDOR PUBLICO 9	15	1930
SERVIDOR PUBLICO 6	12	1340	SERVIDOR PUBLICO 7	13	1590
SERVIDOR PUBLICO 5	11	1150	SERVIDOR PUBLICO 6	12	1340
SERVIDOR PUBLICO 4	10	1030	SERVIDOR PUBLICO 5	11	1150
SERVIDOR PUBLICO 3	9	935	SERVIDOR PUBLICO 4	10	1030
SERVIDOR PUBLICO 2	8	855	SERVIDOR PUBLICO 3	9	935

TECNOLOGOS MEDICOS 4 HORAS DIARIAS (8 HD)			TECNOLOGOS MEDICOS CON TITULO DE TERCER NIVEL 4 HORAS DIARIAS (8 HD)		
SITUACION ACTUAL			SITUACION PROPUESTA		
GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU	GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU
SERVIDOR PUBLICO 7	13	1590	SERVIDOR PUBLICO 9	15	1930
SERVIDOR PUBLICO 6	12	1340	SERVIDOR PUBLICO 7	13	1590
SERVIDOR PUBLICO 5	11	1150	SERVIDOR PUBLICO 6	12	1340
SERVIDOR PUBLICO 4	10	1030	SERVIDOR PUBLICO 5	11	1150
SERVIDOR PUBLICO 3	9	935	SERVIDOR PUBLICO 4	10	1030
SERVIDOR PUBLICO 2	8	855	SERVIDOR PUBLICO 3	9	935



PROFESIONALES EN QUÍMICA Y FARMACIA, BIOQUÍMICA Y FARMACIA Y QUÍMICA QUE TRABAJAN EN LOS LABORATORIOS Y FARMACIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA					
SITUACIÓN ACTUAL (A, 8 HD)			SITUACIÓN PROPUESTA (B HD)		
GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU	GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU
SERVIDOR PÚBLICO 7	13	1590	SERVIDOR PÚBLICO 10	16	2190
SERVIDOR PÚBLICO 6	12	1340	SERVIDOR PÚBLICO 9	15	1930
SERVIDOR PÚBLICO 5	11	1150	SERVIDOR PÚBLICO 8	14	1670
SERVIDOR PÚBLICO 4	10	1030	SERVIDOR PÚBLICO 7	13	1520
SERVIDOR PÚBLICO 3	9	935	SERVIDOR PÚBLICO 6	12	1340
SERVIDOR PÚBLICO 2	8	865	SERVIDOR PÚBLICO 5	11	1190

MÉDICOS SALUBRISTAS 8 HORAS DIARIAS (8HD)					
SITUACIÓN ACTUAL			SITUACIÓN PROPUESTA (8 HD)		
GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU	GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU
SERVIDOR PÚBLICO 7	13	1590	SERVIDOR PÚBLICO 10	16	2190
SERVIDOR PÚBLICO 6	12	1340	SERVIDOR PÚBLICO 9	15	1930
SERVIDOR PÚBLICO 5	11	1150	SERVIDOR PÚBLICO 8	14	1670
SERVIDOR PÚBLICO 4	10	1030	SERVIDOR PÚBLICO 7	13	1520

**Art. 3.-** A partir de la presente Resolución, en los Servicios de Salud Pública, para los puestos de profesionales médicos, odontólogos, enfermeras/os, tecnólogos médicos, obstétricas, psicólogos clínicos y profesionales en química y farmacia, bioquímica y farmacia y química se crearán únicamente partidas de 8 horas diarias y los contratos de servicios ocasionales que se realicen serán con jornadas laborales de 8 horas diarias con remuneraciones de 8 horas, los cuales se sujetarán a los turnos de trabajo que establezcan las autoridades, salvo excepciones previamente estudiadas y determinadas por las máximas autoridades de las instituciones, entidades, organismos y empresas del Estado y aprobadas por el Ministerio de Relaciones Laborales, las cuales deberán impulsar de manera planificada atención continua, días a la semana para consulta externa. Además se debe garantizar la atención en emergencias y hospitalización las 24 horas al día de lunes a domingo.





**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

Quito - Ecuador  
+ Salas: 1750 y Bogotá  
02 254 3250 / 02 254 0570  
+ Círculo Pisco N15-39 y Piedadita  
02 254 8900 / 02 254 2580

En el caso de las partidas vacantes, estas deberán ser modificadas en los distributivos de remuneraciones a una jornada de 8 horas diarias.

**Art. 4.-** Los profesionales que prestan sus servicios en las instituciones del Sector Público con funciones administrativas, seguirán cumpliendo una jornada laboral de 8 horas diarias o 40 semanales y mantendrán el grado de valoración en el que se encontraban ubicados previo a esta Resolución.

**Art. 5.-** Las instituciones del Estado, a través de la Unidad de Administración del Talento Humano, realizarán los ajustes técnicos a la clasificación de los puestos de acuerdo a esta Resolución, estudios que requerirán de los dictámenes favorables previos del Ministerio de Relaciones Laborales y del Ministerio de Finanzas.

Para la aplicación de la presente valoración de puestos se deberá considerar el grado de valoración actual de los puestos de los Servicios de Salud Pública en concordancia con el grado establecido en el Art. 2 de la presente Resolución.

**Art. 6.- DEL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN OBLIGATORIA DEL TRABAJO DE 8 HORAS Y LAS REMUNERACIONES ESTABLECIDAS EN ESTA RESOLUCIÓN.-** Los Ministerios de Salud Pública y Relaciones Laborales implementarán esta Resolución progresivamente por hospital o grupo de hospitales cumpliendo lo siguiente:

- a) Una vez que cada grupo de hospitales, o áreas de salud se reestructuren, se implementará obligatoriamente el sistema remunerativo propuesto en el artículo 2 de la presente Resolución, conforme el Acuerdo Ministerial del Ministerio de Salud Pública en donde se determinarán los hospitales y áreas de salud, que cuentan con la infraestructura y facilidades de trabajo para todos los servidores de la salud que obligatoriamente tendrán una jornada laboral de 8 horas.
- b) El Ministerio de Salud Pública deberá revisar conjuntamente con el Ministerio de Relaciones Laborales los contratos de servicios ocasionales a fin de verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos para el puesto y ubicarlos en el grado remunerativo que les corresponda; de existir modificaciones en el grado de valoración remunerativo, se firmará un nuevo contrato asegurando que cumpla con todos los requisitos establecidos para el puesto que ocupen los servidores de la salud, previo a la implementación de esta Resolución.
- c) El Ministerio de Salud determinará el sistema de turnos y horarios de trabajo.

#### DISPOSICIONES GENERALES

**Primera.-** Cumplido el procedimiento establecido en el artículo 6 de esta resolución, previo la coordinación con el Ministerio de Relaciones Laborales, el Ministerio de Finanzas emitirá el dictamen presupuestario para la implementación de esta resolución en cada hospital o grupo de hospitales.

**Segunda.-** Para la implementación de la presente Resolución deberá remitirse el proyecto de lista de asignaciones al Ministerio de Relaciones Laborales para la emisión de la Resolución correspondiente.

**Tercera.-** Los profesionales de salud que ya vienen cumpliendo 8 horas laborales se mantendrán con las mismas remuneraciones hasta cumplir con el procedimiento establecido tanto para nombramientos como para contratos.





**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

Quito - Ecuador  
• Salinas 1750 y Bogotá  
02 254 5250 / 02 254 0370  
• Clemente Ponce N15-59 y Piedrahíta  
02 254 8900 / 02 254 2580

**Cuarta.-** Una vez cumplido con el proceso establecido en el artículo 6 de esta resolución y en las disposiciones generales primera, segunda y tercera, se procederá a las labores de 8 horas y al pago establecido en el artículo 2 de esta resolución.

Deróguese las Resoluciones No. SENRES-2009-00090 y MRL-2010-000106, publicadas en los Registros Oficiales Nos. 587 y 169 de 11 de mayo de 2009 y 12 de abril de 2010, respectivamente, y la Resolución No. SENRES-2005-000022 publicada en el Registro Oficial No. 50, de 30 de junio de 2005.

La presente Resolución entrará en vigencia a partir de 1 de febrero de 2011.

Dado en la ciudad de San Francisco de Quito, Distrito Metropolitano a 02 FEB. 2011

  
Richard Espinosa Guzmán B.A.  
MINISTRO DE RELACIONES LABORALES



Acción	Nombre	Firma	Cargo	
Elaborado por	Paola Maldonado		Analista de F.L.	sig
Revisado por	Juan Rosero M.B.A. Roberto Cal Torpe		Director de F.L. Subsecretario Técnico de Parlatrabistas	1-02-2011
Aprobado por	Mg. Juan Fernando Salazar		Vicepresidente del Servicio Público	

## Anexo E

### Cuadro de Niveles de Atención del Modelo Integral de Salud

NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORÍA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
NIVELES DE ATENCIÓN	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	NOMBRE
Primer nivel de atención	1° nivel	I-1	Puesto de salud
	2° nivel	I-2	Consultorio general
	3° nivel	I-3	Centro de salud = A
	4° nivel	I-4	Centro de salud = B
	5° nivel	I-5	Centro de salud = C
Segundo nivel de atención	AMBULATORIO		
	1° nivel	II-1	Consultorio de especialidad (es) clínico = quirúrgico médico u odontológico
	2° nivel	II-2	Centro de especialidad
		II-3	Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	HOSPITALARIO		
	3° nivel	II-4	Hospital Básico
	4° nivel	II-5	Hospital General
Tercer nivel de atención	AMBULATORIO		
	1° nivel	III-1	Centros especializados
	HOSPITALARIO		
	2° nivel	III-2	Hospital especializado
	3° nivel	III-3	H. de Especialidades
Cuarto nivel de atención	1° nivel	IV-1	Centro de experimentación por registro clínico
	2° nivel	IV-2	Centro de alta Subespecialidad
Nivel de Atención Prehospitalario	1° nivel	APH-1	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital básico
	2° nivel	APH-2	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital avanzado
	3° nivel	APH-3	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital especializado

## Anexo F

### Detalle del Impacto Presupuestario

ACTO ADMINISTRATIVO	NO.	FECHA	GASTO	VALOR MENSUAL	MASA SALARIAL	DETALLE
Normativa bono de residencia	250	ene-12	corriente	\$ 194.775,00	\$ 2.337.300,00	Se pagará residencia a 250 profesionales de la salud que se integran por medio del Plan Ecuador Saludable
Contratación de médicos por factura	250	feb-12	corriente	\$ 830.760,00	\$ 8.307.600,00	Se contratará 250 médicos por contrato civil de prestación de servicios
Creación partidas ganadores concurso de 4 años	1500	mar-12	corriente	\$ 2.196.000,00	\$ 19.945.019,16	Se creará partidas para 1500 ganadores de concurso
Aumento Sueldo Especialistas y Subespecialistas	2600	abr-12	corriente	\$ 1.182.020,00	\$ 17.917.059,16	Aumento sueldo de especialistas y subespecialistas a SP12 y SP13
Epidemiólogos puesto estratégico	112	may-12	corriente	\$ 28.750,00	\$ 404.268,13	Aumento de sueldo a SP 8, SP 9, no incluye la creación de nuevas partidas o contrataciones futuras para cerrar brecha.
Creación Partidas Directores Distritales Fase I	21	jun-12	corriente	\$ 53.466,00	\$ 756.971,63	Se crearán 40 partidas de directores distritales
Creación Partidas Directores Distritales Fase II	98	jul-12	corriente	\$ 249.508,00	\$ 2.438.192,18	Se crearán 80 partidas de directores distritales
Creación Partidas Directores Distritales Fase III	20	ago-12	corriente	\$ 50.920,00	\$ 385.922,68	Se crearán 80 partidas de directores distritales
Creación de partidas Directores en Zonas	81	sep-12	corriente	\$ 206.226,00	\$ 2.693.620,90	Se crearán 90 partidas de directores en zonas
Reclasificación Gerentes de Hospital	37	oct-12	corriente	\$ 50.917,00	\$ 715.969,40	Se reclasificará las partidas gerentes de Hospital mayores a 70 camas
Reclasificación Directores Asistenciales	37	nov-12	corriente	\$ 29.341,00	\$ 412.578,47	Se reclasificará las partidas directores de hospital menores a 70 camas
Reclasificación Directores Hospitalarios I fase	39	dic-12	corriente	\$ 31.122,00	\$ 437.622,00	Se reclasificará las partidas directores de hospital mayores a 70 camas
Reclasificación Directores Hospitalarios II fase	74	ene-13	corriente	\$ 59.052,00	\$ 830.359,70	Se reclasificará las partidas directores de hospital mayores a 70 camas
Creación Partidas Directores Administrativos de Hospitales	17	feb-13	corriente	\$ 14.790,00	\$ 193.179,59	
Creación partidas especialistas y subespecialistas,	500	mar-13	corriente	\$ 4.450.500,00	\$ 48.370.259,25	Se crearán 500 partidas de especialistas que nos ayuda a cubrir la brecha (ecuador saludable, sector privado)
Creaciones otros profesionales de la salud/ cierre de brecha Fase I	100	abr-13	corriente	\$ 180.000,00	\$ 2.351.070,00	Se crearán 500 partidas para otros profesionales
Creaciones otros profesionales de la salud/ cierre de brecha Fase II	100	may-13	corriente	\$ 180.000,00	\$ 2.351.070,00	Se crearán 500 partidas para otros profesionales
Creaciones otros profesionales de la salud/ cierre de brecha Fase III	100	jun-13	corriente	\$ 180.000,00	\$ 2.351.070,00	Se crearán 500 partidas para otros profesionales
Creaciones otros profesionales de la salud/ cierre de brecha Fase IV	100	jul-13	corriente	\$ 180.000,00	\$ 2.351.070,00	Se crearán 500 partidas para otros profesionales
Implementación Estatuto Orgánico y Manual de Puestos I nivel	3839	ago-13	corriente	\$ 4.499.031,42	\$ 23.797.626,68	Es necesario aprobar el manual para poder realizar el análisis ocupacional y evaluación del personal para ser implementado posterior

Implementación de Manual de Puestos de Hospitales (II nivel y II nivel)	3660	sep-13	corriente	\$ 456.338,45	\$ 2.413.802,25	Es necesario aprobar el manual para poder realizar el análisis ocupacional y evaluación del personal para ser implementado posterior
Implementación Estatuto Orgánico III nivel	1031	oct-13	corriente	\$ 304.710,17	\$ 1.611.764,42	Es necesario aprobar el manual para poder realizar el análisis ocupacional y evaluación del personal para ser implementado posterior
Implementación en Planta Central (incluye médicos salubristas)	-506	nov-13	corriente	\$ (272.226,00)	\$ (2.036.931,05)	Es necesario aprobar el manual para poder realizar el análisis ocupacional y evaluación del personal para ser implementado posterior (unicamente a los médicos salubristas se reclasificará en el mes de mayo)
Implementación en Zonales (administrativo)	649	dic-13	corriente	\$ 1.803.524,47	\$ 9.539.742,68	Es necesario aprobar el manual para poder realizar el análisis ocupacional y evaluación del personal para ser implementado posterior (unicamente a los médicos salubristas se reclasificará en el mes de mayo)
Implementación en Distritos (administrativo)	4898	ene-14	corriente	\$ 6.490.528,00	\$ 34.331.647,86	Es necesario aprobar el manual para poder realizar el análisis ocupacional y evaluación del personal para ser implementado posterior (unicamente a los médicos salubristas se reclasificará en el mes de mayo)
Jefaturas de Area en transición	-6986	feb-14	corriente	\$ (5.763.406,04)	\$ (30.485.536,25)	Es necesario aprobar el manual para poder realizar el análisis ocupacional y evaluación del personal para ser implementado posterior (unicamente a los médicos salubristas se reclasificará en el mes de mayo)
Direcciones distritales tipo A	2030	mar-14	corriente	\$ 2.834.580,00	\$ 14.993.510,91	Es necesario aprobar el manual para poder realizar el análisis ocupacional y evaluación del personal para ser implementado posterior (unicamente a los médicos salubristas se reclasificará en el mes de mayo)
Direcciones distritales tipo B	1672	abr-14	corriente	\$ 2.321.440,00	\$ 12.279.256,88	Es necesario aprobar el manual para poder realizar el análisis ocupacional y evaluación del personal para ser implementado posterior (unicamente a los médicos salubristas se reclasificará en el mes de mayo)
Direcciones distritales tipo C	1196	may-14	corriente	\$ 1.640.236,00	\$ 8.676.028,32	Es necesario aprobar el manual para poder realizar el análisis ocupacional y evaluación del personal para ser implementado posterior (unicamente a los médicos salubristas se reclasificará en el mes de mayo)
Direcciones Provinciales en Transición	-2434	jun-14	corriente	\$ (1.792.855,30)	\$ (9.483.308,11)	Es necesario aprobar el manual para poder realizar el análisis ocupacional y evaluación del personal para ser implementado posterior
<b>TOTAL</b>				<b>\$ 23.630.053,51</b>	<b>\$ 181.187.806,83</b>	
					\$ 111.752.290,90	Ha este valor se disminuye aquellos valores que se encuentran financiados actualmente con contratos.

## Anexo G

### Detalle de Reforma para la implementación del Modelo de Atención Integral

UNIDAD	TOTAL SERVIDOR	TOTAL MASA SALARIAL ACTUAL ANUAL	FUNCIONARIOS PROYECTADOS	INCREMENTO EN MASA SALARIAL ANUAL	MASA SALARIAL ACTUAL (C) + INCREMENTO POR REFORMA (E)	COSTO IMPLEMENTACION REFORMA (C+E-I)	TOTAL VACANTES	COSTO VACANTES	INCREMENTO MASA SALARIAL RESTANDO VACANTES
	TRABAJADORA CTUAL								
<b>III NIVEL</b>	<b>8951</b>	<b>131.748.097,46</b>	<b>9982</b>	<b>15.181.131,02</b>	<b>146.929.228,48</b>	<b>\$ 135.404.619,44</b>	<b>663</b>	<b>\$ 11.524.609,04</b>	<b>\$ 3.656.521,98</b>
HOSPITALES DE ESPECIALIDADES	3244	47.257.263,76	3561	4.617.926,21	51.875.189,97	\$ 46.263.025,37	369	\$ 5.612.164,60	-\$ 994.238,39
HOSPITALES ESPECIALIZADOS	5707	84.490.833,70	6421	10.563.204,81	95.054.038,51	\$ 89.141.594,07	294	\$ 5.912.444,44	\$ 4.650.760,37
<b>II NIVEL</b>	<b>18965</b>	<b>257.461.029,84</b>	<b>21594</b>	<b>35.417.532,16</b>	<b>292.878.562,00</b>	<b>\$ 262.937.091,28</b>	<b>1288</b>	<b>\$ 29.941.470,72</b>	<b>\$ 5.476.061,44</b>
HOSPITALES GENERALES	11382	158.859.329,72	12674	18.032.529,78	176.891.859,50	\$ 153.541.801,30	876	\$ 23.350.058,20	-\$ 5.317.528,42
HOSPITALES BÁSICOS	7583	98.601.700,12	8920	17.385.002,38	115.986.702,50	\$ 109.395.289,98	412	\$ 6.591.412,52	\$ 10.793.589,86
<b>I NIVEL</b>	<b>13460</b>	<b>207.179.171,92</b>	<b>17299</b>	<b>58.829.460,53</b>	<b>266.008.632,45</b>	<b>\$ 261.167.548,93</b>	<b>326</b>	<b>\$ 4.841.083,52</b>	<b>\$ 53.988.377,01</b>
CENTROS TIPO A	3208	48.183.777,04	4402	17.926.227,52	66.110.004,56	\$ 65.316.099,00	61	\$ 793.905,56	\$ 17.132.321,96
CENTROS TIPO B	4270	66.133.350,78	5774	23.286.063,91	89.419.414,69	\$ 87.792.778,91	109	\$ 1.626.635,78	\$ 21.659.428,13
CENTROS TIPO C	4676	72.197.969,06	5817	17.617.169,10	89.815.138,16	\$ 87.788.401,98	132	\$ 2.026.736,18	\$ 15.590.432,92
PUESTOS DE SALUD	85	1.417.948,00	85	-	1.417.948,00	\$ 1.390.648,00	3	\$ 27.300,00	-\$ 27.300,00
N/D	1221	19.246.127,04	1221	-	19.246.127,04	\$ 18.879.621,04	21	\$ 366.506,00	-\$ 366.506,00
<b>TOTALES</b>	<b>41376</b>	<b>596.388.299,22</b>	<b>48875</b>	<b>109.428.123,71</b>	<b>705.816.422,93</b>	<b>659.509.259,65</b>	<b>2277</b>	<b>\$ 46.307.163,28</b>	<b>\$ 63.120.960,43</b>

UNIDAD	TOTAL FUNCIONARIOS ACTUAL LOSEP	TOTAL FUNCIONARIOS ACTUAL CÓDIGO	TOTAL FUNCIONARIOS	TOTAL MASA SALARIAL ACTUAL	TOTAL FUNCIONARIOS PROYECTADO LOSEP	TOTAL FUNCIONARIOS PROYECTADO CÓDIGO	TOTAL FUNCIONARIOS PROYECTADO	TOTAL MASA SALARIAL PROYECTADO	DIFERENCIA FUNCIONARIOS LOSEP	DIFERENCIA FUNCIONARIOS CÓDIGO	DIFERENCIA FUNCIONARIOS	DIFERENCIA MASA SALARIAL MENSUAL	DIFERENCIA MASA SALARIAL ANUAL
PLANTA CENTRAL	1061	144	1205	\$ 1.402.966	611	88	699	\$ 1.048.094	-450	-56	-506	\$ -354.872	\$ 4.613.336
DIRECCIONES PROVINCIALES ACTUAL	1945	633	2578	\$ 1.941.805	96	48	144	\$ 148.920	-1.849	-585	-2434	\$ -1.792.885	\$ 23.307.509
JEFATURAS DE ÁREA	4297	2689	6986	\$ 5.763.406	0	0	0	0	-4.297	-2.689	-6986	\$ -5.763.406	\$ 74.924.279
COORDINACIONES ZONALES	61	46	107	\$ 90.642	666	90	756	\$ 1.124.361	605	44	649	\$ 1.033.718	\$ 13.438.340
DISTRITOS	0	0	0	0	4102	796	4898	\$ 6.490.528,00	4102	796	4898	0	0
DIRECCIONES DISTRITALES TIPO A	0	0	0	\$ -	1680	350	2030	\$ 2.708.020	1.680	350	2030	\$ 2.708.020	\$ 35.204.260
DIRECCIONES DISTRITALES TIPO B	0	0	0	\$ -	1408	264	1672	\$ 2.217.776	1.408	264	1672	\$ 2.217.776	\$ 28.831.088
DIRECCIONES DISTRITALES TIPO C	0	0	0	\$ -	1014	182	1196	\$ 1.564.732	1.014	182	1196	\$ 1.564.732	\$ 20.341.516
<b>TOTALES</b>	<b>7364</b>	<b>3512</b>	<b>10876</b>	<b>\$ 9.198.819</b>	<b>5475</b>	<b>1022</b>	<b>6497</b>	<b>\$ 8.811.903</b>	<b>-1.889</b>	<b>-2.490</b>	<b>-4379</b>	<b>\$ -386.917</b>	<b>\$ 5.029.919</b>