

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**Análisis de los indicadores básicos de salud en el Ecuador a través de
las asignaciones presupuestarias periodo 2010 – 2020.**

AUTORA:

Stay Medina Ximena Stefanía

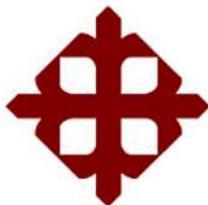
**Previo a la obtención del grado Académico de:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTORA:

Econ. Lapo Maza María del Carmen, Ph.D.

Guayaquil, Ecuador

2023



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Médico** Ximena Stefania Stay Medina, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de Salud**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Econ. María del Carmen Lapo Maza, Ph.D.

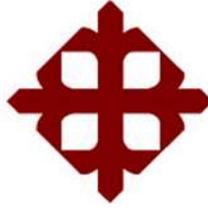
REVISORA

Ing. Kathyuska Díaz Aveiga, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María de los Ángeles Núñez Lapo, Mgs

Guayaquil, a los 09 días del mes de marzo del año 2023



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Ximena Stefanía Stay Medina**

DECLARO QUE:

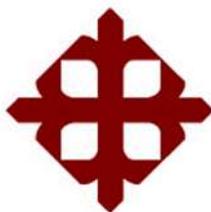
El Proyecto de Investigación “**Análisis de los indicadores básicos de salud en el Ecuador a través de las asignaciones presupuestarias periodo 2010-2020**” previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 09 días del mes de marzo del año 2023

LA AUTORA

Ximena Stefanía Stay Medina



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, Ximena Stefania Stay Medina

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: “**Análisis de los indicadores básicos de salud en el Ecuador a través de las asignaciones presupuestarias periodo 2010-2020**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 09 días del mes de marzo del año 2023

LA AUTORA

Ximena Stefania Stay Medina

Índice General

| | |
|---|----|
| Introducción | 1 |
| Problema de investigación | 3 |
| Formulación del problema | 5 |
| Preguntas de Investigación..... | 5 |
| Justificación..... | 6 |
| Objetivos | 7 |
| Objetivo general | 7 |
| Objetivos específicos | 8 |
| Capítulo I..... | 9 |
| Marco Teórico y Conceptual..... | 9 |
| Teorías del Gasto Público | 9 |
| Calidad del gasto Público..... | 10 |
| Teorías de Planificación | 11 |
| Planificación basada en la teoría clásica de la administración..... | 12 |
| Planificación basada en la teoría de sistemas..... | 12 |
| Planificación para el desarrollo..... | 13 |
| Planificación prospectiva | 13 |
| Fases del Proceso de Planificación | 14 |
| Teorías de la Evaluación | 15 |
| Teorías de la Economía de Salud | 18 |
| Indicadores de Desempeño y de Eficiencia | 20 |
| Indicadores Básicos de Salud..... | 21 |
| Capítulo II | 27 |
| Marco Referencial..... | 27 |
| Planificación Pública de la Salud en el Ecuador..... | 40 |
| Plan Nacional de Desarrollo | 42 |
| Asignaciones Presupuestarias del Sector Salud | 47 |
| Eficiencia del Gasto Público | 50 |

| | |
|---|-----|
| Capítulo III | 55 |
| Marco Metodológico | 55 |
| Enfoque de la Investigación | 55 |
| Diseño de la Investigación | 55 |
| Alcance de la Investigación | 56 |
| Tipo de Investigación | 56 |
| Método de Investigación | 57 |
| Población, Muestra y Muestreo | 57 |
| Población..... | 57 |
| Muestra..... | 57 |
| Muestreo..... | 58 |
| Técnica e Instrumento | 58 |
| Procesamiento de Datos | 60 |
| Resultados | 61 |
| Análisis de Resultados | 101 |
| Capítulo IV | 108 |
| Propuesta | 108 |
| Objetivos | 108 |
| Objetivo general | 108 |
| Objetivos específicos | 108 |
| Justificación..... | 108 |
| Actividades..... | 109 |
| Análisis y políticas públicas para la salud..... | 109 |
| Guía para la elaboración de planes y programas sanitarios | 115 |
| Materiales y Recursos | 117 |
| Cronograma..... | 119 |
| Conclusiones | 120 |
| Recomendaciones..... | 123 |
| Referencias | 124 |

Índice de Tablas

| | |
|--|-----|
| Tabla 1 Datos a recabar para análisis de resultados | 59 |
| Tabla 2 Indicadores sociodemográficos de Ecuador..... | 63 |
| Tabla 3 Actividades y recursos de salud a nivel nacional..... | 64 |
| Tabla 4 Producción de establecimientos de salud en atenciones ambulatorias 2010-2017..... | 66 |
| Tabla 5 Atenciones ambulatorias por características varias del paciente 2014-2017. | 67 |
| Tabla 6 Producción hospitalaria MSP 2010-2017 | 71 |
| Tabla 7 Las principales causas de morbilidad 2016-2020 | 74 |
| Tabla 8 Egresos hospitalarios 2010-2020 | 76 |
| Tabla 9 Indicadores de mortalidad 2010-2020..... | 78 |
| Tabla 10 Estadísticas de salud, salud reproductiva y nutrición 2018 | 80 |
| Tabla 11 Situación del VIH/Sida 2010-2020 | 82 |
| Tabla 12 Situación del VIH/Sida por características periodo 2016-2020..... | 82 |
| Tabla 13 Patologías en adultos mayores | 86 |
| Tabla 14 Indicadores de oferta 2010-2019 | 88 |
| Tabla 15 Descripción de rubros de producción de industrias características de salud a precios constantes 2010-2019 | 90 |
| Tabla 16 Descripción de rubros de consumo intermedio industrias características salud precios constantes 2010-2019..... | 92 |
| Tabla 17 Descripción de rubros de VAB industrias características salud precios constantes 2010-2019..... | 94 |
| Tabla 18 Indicadores de demanda en valores corrientes 2010-2019 | 97 |
| Tabla 19 Otros indicadores en valores corrientes 2010-2019..... | 100 |
| Tabla 20 Resumen de indicadores de salud 2010-2020..... | 107 |
| Tabla 21 Organización de la mesa intersectorial | 110 |
| Tabla 22 Planificación de las jornadas de capacitación..... | 114 |
| Tabla 23 Oportunidades para iniciativas de salud..... | 115 |
| Tabla 24 Recursos de la propuesta..... | 118 |
| Tabla 25 Cronograma 2022-2023 | 119 |

Resumen

El trabajo investigativo tuvo como objetivo general analizar las asignaciones presupuestarias al sector salud en los indicadores básicos de salud en el Ecuador durante el periodo 2010 – 2020. Para lograrlo, se utilizó una metodología de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo, tipo longitudinal, se recopiló información para el análisis de los fondos públicos en el sector de la salud por medio de la revisión documental. A pesar de haber una serie de indicadores se tomaron los más destacados que fueron los egresos hospitalarios por cada 1,000 habitantes obtuvieron una tendencia a la baja del 28.65%; el VIH tuvo una variación negativa del 27.42% entre el año 2010 y 2020, mientras que, la producción de la salud respecto al PIB en 2010 fue del 4.2% y en 2019 a 6.2%, siendo estos los últimos datos del INEC sobre este criterio. En conclusión, las asignaciones presupuestarias del sector salud mostraron una tendencia al alta, lo que demuestra una mayor inversión en el sector siendo las actividades ambulatorias del MSP las que mostraron mayor crecimiento. Esto se corrobora con el incremento de establecimientos de salud y de profesionales, así como, la reducción de egresos hospitalarios. Los datos disponibles sugieren que la situación de la salud en Ecuador se ha mejorado en los últimos años, aunque aún hay mucho por hacer.

Palabras clave: Indicadores de salud, Asignaciones presupuestarias, Políticas públicas, Fondos públicos, Presupuesto.

Abstract

The general objective of the investigative work was to analyze the budget allocations to the health sector in the basic health indicators in Ecuador during the period 2010 - 2020. To achieve this, a methodology of quantitative approach, descriptive scope, longitudinal type was changed, information was collected for the analysis of public funds in the health sector through documentary review. Despite having a series of indicators, the most outstanding were hospital discharges per 1,000 inhabitants, which changed a downward trend of 28.65%; HIV had a negative variation of 27.42% between 2010 and 2020, while the production of health with respect to GDP in 2010 was 4.2% and in 2019 it was 6.2%, these being the latest INEC data on this criterion. In conclusion, the budgetary allocations of the health sector showed an upward trend, which shows a greater investment in the sector, with the outpatient activities of the MSP showing the greatest growth. This is corroborated by the increase in health establishments and professionals, as well as the reduction in hospital discharges. The available data shows that the health situation in Ecuador has improved in recent years, although there is still much to be done.

Key words: Health indicators, Budget allocations, Public policies, Public funds, Budget.

Introducción

En el presente trabajo de investigación se pretende analizar la incidencia de las asignaciones presupuestarias en el sector salud sobre los indicadores básicos de salud (IBS) en el Ecuador, durante el periodo del año 2010 hasta el año 2020. En el Ecuador, a partir de la Constitución de 2008, uno de los deberes primordiales del Estado ecuatoriano es garantizar el goce de los derechos, entre otros, el de salud, mediante políticas públicas y acceso permanente, oportuno y sin exclusión a los servicios de atención integral de salud que se regirán por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Asamblea Constituyente, 2008). Para el efecto, cumplir las políticas públicas de salud, el presupuesto general del estado considera asignaciones presupuestarias que deben alcanzar al menos el 4% del Producto Interno Bruto (PIB) (Anón, 2008). Para evaluar estas políticas públicas de salud se utilizan componentes de monitoreo, evaluación y control. La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, MSP, cuya misión es normar, regular y controlar las actividades realizadas por entidades públicas y privadas que se vinculan con la salud, por ende, resulta el principal agente evaluador del sistema de salud. Periódicamente, el MSP publica ciertos indicadores de salud. Por su parte, el Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social, al cual pertenece el MSP, monitorea los programas del área social y de la salud, y evalúa los resultados mediante indicadores de cobertura, calidad y eficiencia, a partir de los cuales se puede determinar la eficacia y reevaluar las políticas públicas para orientar la consecución de los objetivos del desarrollo en materia de salud.

El gasto en salud es uno de los temas que ha sido un punto crítico de contener para la economía de los Estados, incluido el Estado Ecuatoriano; el Ministerio de Salud como ente rector garantiza, a partir de la política establecida en La Constitución y del Plan Nacional de Desarrollo, lo que podría incluso ocasionar consecuentemente aumento de la inversión en este sector y en ciertos casos representar la reducción del gasto en otras áreas prioritarias como son educación, obras públicas, entre otros.

Con el resultado de esta investigación se pueden obtener premisas para orientar la toma de decisiones claves en cuanto a asignaciones presupuestarias en el sector salud. El presente trabajo está compuesto por cuatro capítulos, empezando con el marco teórico-conceptual donde se verifica las bases científicas acerca de las teorías de administración pública, gasto público y los indicadores básicos de la salud. En el apartado dos se revisa el marco referencial que contiene los diversos artículos y publicaciones antes efectuadas sobre el tema de estudio realizadas por autores del ámbito internacional y nacional, así como, el marco legal.

En el tercer capítulo se ubica el marco metodológico que contiene los métodos, diseño, enfoque, alcance y tipos de investigación que se aplicó con el fin de lograr recolectar información relevante para el estudio, al igual que, la población, muestra y muestreo empleado, seguido de la técnica e instrumento de recolección y se finaliza con la presentación de sus resultados. El apartado cuatro corresponde a la propuesta en la que se expresa las estrategias empleadas para dar solución a la problemática, la cual fue constituida en secciones empezando con los objetivos, la justificación, el detalle de las actividades, seguido de los materiales y recursos para terminar con el cronograma.

Problema de investigación

Durante décadas el Ecuador fue reconocido por contemplar instituciones públicas que demostraban desempeño deficiente de sus gestiones, con procesos ineficientes, ineficaces, sin planificación, coordinación o estructura administrativa, obteniendo como efecto carencia de transparencia y calidad de las gestiones. Dicha situación también se contemplaba en el sector Salud; el Ministerio de Salud como ente rector y custodio del bienestar de la sociedad debió ser reformado y alineado al Plan Creación de Oportunidades, enfocando su misión a los objetivos nacionales con políticas que garanticen la eficiencia del gasto público.

Los indicadores básicos de salud al ser considerados como un panorama de la vigilancia de salud pública, indicando la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento que guarde relación con la salud de la población, así como también factores asociados a salud en una población específica; y permite captar el estado de salud general de un país, sintetizando información relevante sobre este y sobre el desempeño del sistema nacional de salud. Por lo que, se interpreta como un reflejo de la situación sanitaria de un país.

En el estudio llevado a cabo por Mesías, Reza y León (2020) se analizó ciertos indicadores de la salud de 16 países de Latinoamérica, entre ellos estuvo la esperanza de vida al nacer en años y en menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos y se lo comparó con el gasto promedio en salud en relación al PIB, de cuya revisión se obtuvo el 100% de eficiencia en los países de Perú, Argentina, Panamá, México y Chile, mientras que, el 99% de eficiencia lo consiguieron los países de Costa Rica, Brasil y Uruguay.

Aparte de la mortalidad se necesita una visión más inclusiva del concepto de salud y sus determinantes poblacionales por lo que se consideró necesario analizar otros aspectos como morbilidad y discapacidad, y determinantes no biológicos como acceso a servicios de salud, calidad de la atención, condiciones de vida, factores ambientales, entre otros, con el propósito de realizar un examen objetivo a la situación de salud poblacional y para documentar la capacidad de las personas de funcionar física, emocional y socialmente.

La presente investigación tiene un carácter importante, puesto que, la falta de recursos impide que se mejore el panorama de la salud de un país, tal como se aprecia en el estudio efectuado por Espitia et al. (2018), en el que se halló que el gasto en salud apenas representa el 5.4% del PIB, lo que refleja que el coste por persona es de \$964 anuales estando por debajo de lo que invierten países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que es de \$4,003 en promedio, lo cual ocasiona la insuficiencia e inadecuada atención en salud que permita cubrir las necesidades de la población.

Asimismo otros autores suelen evaluar la evolución del talento humano en el sector de salud y las atenciones comparándolas con las asignaciones presupuestarias, como el trabajo de Carpio, Pablo, y Solano (2021) en donde se encontró que la cantidad de atenciones y de personal de salud tuvieron un aumento significativo durante el intervalo 2010-2019, así como, un alza en el presupuesto de salud pública con un crecimiento anual del 17%. Estos cambios han generado que el número de atenciones médicas por cada profesional se reduzca de 2,281 a 551, lo cual permitió una mejor distribución de la atención. Además, la asignación per cápita del

presupuesto con respecto a la cantidad de atenciones demostró que se proporcionaba apenas \$33 por paciente en 2010 y en 2019 este subió a \$66.89.

A pesar de todos los esfuerzos en instaurar la cultura de la calidad del gasto público, es recurrente escuchar que la atención en salud progresaría con mayor presupuesto, sin embargo el Ecuador ha atravesado varios escenarios financieros desde el 2000, incrementando cada año el presupuesto del estado asignado al sector salud, por lo cual, es necesario analizar la evolución de las asignaciones presupuestarias con el fin de determinar si el aumento de estas se ve reflejado en una mejora de los indicadores básicos de salud ; o al menos en los que se considerara que son más sensibles a las varianzas presupuestarias.

Por lo expuesto, este proyecto de tesis plantea investigar la incidencia de las asignaciones presupuestarias en los resultados de los indicadores básicos de salud del Ecuador y la interpretación de la situación sanitaria nacional. Con el objetivo final de utilizar este análisis para la toma de decisiones sobre inversión del presupuesto asignado a salud.

Formulación del problema

¿Cuál es la evolución de las asignaciones presupuestarias al sector salud en los indicadores básicos de salud en el Ecuador, en el periodo 2010 - 2020?

Preguntas de Investigación

1. ¿Qué revisión bibliográfica se necesita para redactar el marco teórico conceptual de gasto público, planificación, evaluaciones, indicadores y asignaciones presupuestarias?

2. ¿Cuáles son los estudios internacionales que se requiere analizar para el marco referencial?
3. ¿Cuál es la metodología adecuada para analizar la evolución de las asignaciones presupuestarias en los indicadores del sector de salud?
4. ¿Qué propuesta se podría elaborar para mejorar los indicadores del sector de la salud?

Justificación

En el artículo 227 de la Constitución de la República del Ecuador se determina que la administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, planificación, transparencia y evaluación.

La carta Iberoamericana de calidad en la Gestión Pública establece que la gestión pública se orientará a la calidad cuando se encuentre referenciada a los fines y propósitos últimos de un Gobierno Democrático, esto es, cuando se constituya en una gestión pública centrada en el servicio al ciudadano y una gestión pública por resultados.

El segundo inciso del artículo 15 del Decreto Ejecutivo N° 726, publicado en el Registro Oficial N° 433 de 25 de abril de 2011, establece que la Secretaría Nacional de la Administración Pública realizará el control, seguimiento y evaluación de la gestión de los planes, programas, proyectos y procesos que se encuentran en ejecución. Además, el control, seguimiento y evaluación de la calidad de la gestión de estos, como también, el impulso de los procesos de transparencia y mejora de la gestión institucional, procesos e innovación del Estado.

El Plan de Creación de Oportunidades expresamente establece en la política 4.1 como prioridad el gasto público para la seguridad, educación y salud, el cual esté centrado en los derechos humanos; en su objetivo 4.3 indica el incrementar la eficiencia de las instituciones públicas enfocadas en la rentabilidad social y económica, así como, en el criterio de calidad (Secretaría Nacional de Planificación, 2021).

Considerando estos antecedentes y respondiendo a la orientación investigativa de los Maestros en Gerencia en Servicios de Salud, el presente trabajo corresponde a la línea de conocimiento del programa al ser un análisis de costo – efectividad en salud. Siendo el Ecuador un país con recursos económicos limitados en la actualidad, se considera necesario analizar la evolución de las asignaciones presupuestarias al sector salud en los indicadores básicos de salud en el Ecuador; permitiendo a través de este tratado la apertura al estudio de un tema que podría resultar álgido para un profesional de salud, pero que se ha evidenciado es una perspectiva interesante sobre la gestión administrativa de las instituciones públicas.

El beneficio de esta investigación consiste en que permite analizar los indicadores básicos de salud en el Ecuador a través de las asignaciones presupuestarias, lo cual es útil para conocer cómo se están utilizando sus recursos, así como, planificar y mejorar el funcionamiento de las instituciones de salud, al igual que, garantiza una atención y servicio de calidad para los usuarios.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la evolución de las asignaciones presupuestarias al sector salud en los indicadores básicos de salud en el Ecuador durante el periodo 2010 – 2020.

Objetivos específicos

1. Revisar las teorías de gasto público, planificación, evaluación de indicadores y asignaciones presupuestarias.
2. Analizar los estudios internacionales que se requieren para su comparación con la situación del sector de salud en el Ecuador.
3. Determinar la metodología adecuada para el análisis descriptivo de la evolución de las asignaciones presupuestarias en los indicadores básicos por la Organización Mundial de la Salud entre los periodos fiscales de 2010 a 2020.
4. Elaborar una propuesta para identificar los sectores prioritarios de inversión en salud a fin de mejorar los indicadores básicos de salud en el Ecuador.

Capítulo I

Marco Teórico y Conceptual

El Marco teórico del presente trabajo está orientado a establecer el enfoque de las políticas públicas de salud basado en los derechos humanos. La gestión del Estado para generar soluciones de salud de la población, teniendo como centro de su accionar a las personas, supone tratamiento igualitario, inclusivo, sin discriminación, con equidad; a partir de la universalidad e inalienabilidad, interdependencia e interrelación, del servicio público en el marco del estado de derechos.

Teorías del Gasto Público

El modelo Keynesiano que se dio a conocer en 1936 propone la participación del estado en la distribución de la riqueza mediante el gasto público para aumentar el empleo. La demanda agregada de los hogares, empresas y el gobierno, aumenta el consumo que incrementa la producción y esto impulsa el crecimiento económico. Este postulado corresponde a una política económica propuesta por John Maynard Keynes que da origen al intervencionismo estatal como mecanismo macroeconómico para estimular la demanda y regular la economía. Este intervencionismo estatal o estatismo permite, además de regular el mercado, la prestación de servicios de educación, salud, ayuda social, entre otros. Por lo tanto, el gasto público es una componente importante de la política económica en tanto resulta una herramienta para promover el crecimiento y el desarrollo social sostenible. El keynesianismo dominó las formas de gobierno de muchos países hasta la década de 1970, superando el modelo liberal cuya política económica, por el contrario, promueve la reducción del poder del Estado, a lo mínimo posible para que domine el libre mercado, reducir las funciones del estado a la seguridad, justicia y obras públicas; impulsa la reducción

de impuestos y la reducción de las regulaciones sobre el comercio, producción; a favor de la ganancia personal. Corresponde al anti-estatismo. Las versiones actuales de neoliberalismo, adoptado por ciertos países occidentales, a partir de 1970, plantea la reducción del gasto público, privatizaciones, desregularización financiera (Pizarro, 2020).

Otra teoría asociada al gasto público es la Ley de Wagner, esta considera una relación entre desarrollo económico y crecimiento del gasto público. En función del nivel de desarrollo de la sociedad las relaciones resultan más complejas y se producen mayores conflictos, por lo que, se requiere mayor intervención del Estado en la economía para garantizar los servicios públicos. El economista afirmó que a medida que el ingreso per cápita y el ingreso agregado aumentan, el tamaño del sector público también se incrementa. Según Wagner (1994), el gasto público es una variable endógena por lo que no incide en el crecimiento. Este enfoque se denomina industrialismo (Campo & Mendoza, 2018).

Calidad del gasto Público

La calidad del gasto público comprende el uso eficaz y eficiente de los recursos públicos, con la finalidad de mejorar el crecimiento económico y la equidad distributiva (ILPES, 2012). En este sentido, se plantea el presupuesto orientado a resultados, incorporando sistemas de monitoreo y evaluación del desempeño. Para evaluar la calidad del gasto público y evitar las influencias de la administración pública de un gobierno, para mostrar resultados, tal vez sesgados para fortalecer su gestión, se hace necesario utilizar estándares elaborados por organismos supranacionales que permiten comparar entre países la consecución de resultados, transparencia, eficiencia, etc (Huanca, 2019).

Es necesario diferenciar la calidad de servicios respecto al bienestar, la primera, de los servicios, es desarrollada mediante mediciones objetivas del sector público; la segunda, del bienestar, dirigida a la atención de necesidades de ciertos grupos de personas, depende de juicios de valor de esa población atendida

Teorías de Planificación

El Estado, como conjunto interdependiente de instituciones y organizaciones, ejerce el gobierno del territorio. En principio, para desarrollar crecimiento económico de la población y justicia social entre los actores económicos, en un marco de soberanía. Sin embargo, comprende también las relaciones sociales entre los grupos de poder que utilizan el Estado como un instrumento de dominación de la sociedad (Isuani, 2020).

Entre las funciones del Estado, posiblemente la más importante para alcanzar el crecimiento económico y procurar la justicia social, es la administración pública, con los órganos administrativos para implementar las políticas públicas del gobierno a partir del mandato expreso de los ciudadanos. La administración pública posee los recursos para implementar las políticas públicas, los programas de gobierno, las acciones y proyectos. Para dicha implementación se basa en la normativa y el derecho público. En este contexto, la política pública es un instrumento de la planeación por cuanto establece los objetivos a ser alcanzados y con ellos realizar una Planificación Estratégica, de Gestión y de Procesos para conseguirlos (Solano, 2018).

La planificación es un proceso que pretende alcanzar objetivos evaluando la disponibilidad de recursos y necesidades para cambiar una situación actual insatisfactoria para llegar a un estado deseado. La teoría de la planeación moderna tiene fuentes multidisciplinarias; las teorías administrativas, de sistemas, de la

información, la teoría política, teoría del desarrollo, entre las principales. Así mismo, se tienen varias escuelas de planificación como son: la administrativa, de sistemas, de desarrollo y la prospectiva. La planificación moderna comprende la aplicación del método científico para determinar un modelo que permita predecir el comportamiento del objeto que se está planificando; debe ser racional, es decir que sometida a cualquier tipo de evaluación debe ser óptima (Burdiles, Castro, & Simian 2019).

Planificación basada en la teoría clásica de la administración

Este enfoque considera la planificación como una etapa del proceso administrativo para definir metas y determinar los medios para alcanzarlos. Se la llama también Escuela de diseño, basada en herramientas de diagnóstico FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) que separa el entorno externo (Oportunidades y Amenazas) del entorno interno (Fortalezas y Debilidades), herramientas de análisis como la matriz de crecimiento – participación de The Boston Consulting Group (1960). Estas herramientas carecen de rigor científico, el análisis FODA no es aplicable al sector público ni al gasto público porque este sector no presenta amenazas ni oportunidades ya que se trata de servicio público dirigido por el gobierno.

Planificación basada en la teoría de sistemas

Este enfoque considera el objeto de la planificación como un sistema con relaciones internas y de contexto, es más que solamente preparar un plan, comprende la definición de metas y la racionalización de medios, diseño de planes, selección de alternativas, instrumentación del plan y la retroalimentación. Es un proceso continuo y participativo, articulado por un equipo multidisciplinar que permite evaluar las relaciones causales de cada uno de los actores. La planeación estratégica está ligada

al enfoque de sistema, se la puede definir como un proceso de gestión que permite visualizar de manera integrada los resultados de las decisiones, no como un ente cerrado, sino en relación con el medio en que se desenvuelve (González & Rodríguez 2019).

Planificación para el desarrollo

Este planteamiento se relaciona con el crecimiento equilibrado y sostenido de la producción de bienes y servicios que garantiza la distribución justa y equitativa de la riqueza sin afectar el equilibrio ecológico, en un ambiente de interdependencia y autodeterminación. Es decir que debe estar vinculada la política económica con la política social y ecológica en un contexto participativo y democrático (Arboleda, 2020).

Planificación prospectiva

En esta corriente la planificación se utiliza para construir un futuro deseado, para diseñar nuevos futuros. Utiliza métodos determinísticos cuando analiza las tendencias históricas o métodos probabilísticos cuando diseña escenarios para el futuro que alteren las tendencias no satisfactorias de los modelos predictivos. Esta corriente está muy asociada con la innovación (Martínez et al., 2021).

En la planificación prospectiva se deben lograr acuerdos entre los involucrados para plantear acciones que permitan alcanzar el futuro deseado, logrado en consenso, articulando compromisos y estrategias para conseguirlo, con visión conjunta de la sociedad. La planificación prospectiva implica realizar cambios estructurales y cualitativos en el objeto a ser modificado para producir cambios relevantes y respuestas organizadas que permita alcanzar un futuro deseable (Asitimbay et al., 2020).

Fases del Proceso de Planificación

Para el presente estudio se consideran las siguientes etapas del proceso de planificación:

Diagnóstico: es un proceso de análisis de los problemas que afectan al objeto del estudio, una actividad, institución, sistema, así como sus perspectivas a futuro si no se realiza ninguna intervención. Describe el estado del objeto, recursos que utiliza, qué resultados está produciendo, el medio en que opera, contexto físico-geográfico, socio-cultural. Determina cuantitativamente las relaciones entre recursos y resultados obtenidos, básicamente en un modelo causal (causa – efecto) y los principales factores que afectan el comportamiento de las variables, a fin de pronosticar la tendencia del desenvolvimiento observado, considerando que no cambian las relaciones identificadas. Además, evalúa el comportamiento con relación a un modelo normativo (deber ser). Es necesario una delimitación temporal tanto retrospectivo o histórico como un límite de proyección o de pronóstico (Olalla, 2019).

Formulación de alternativas: en esta etapa se establecen los objetivos y metas, selección de prioridades de intervención, asignación de recursos, elaboración de planes, programas o proyectos con calendarios o cronogramas y distribución de las actividades en el tiempo. Las alternativas plantean soluciones para modificar la tendencia del modelo causal con soluciones que permitan alcanzar los objetivos y metas propuestas, inventar soluciones y prever los resultados. Así mismo, deben establecer las estrategias para implementar las soluciones propuestas, definir claramente las funciones de las partes intervinientes y los resultados esperados y el tiempo en que se espera alcanzarlos (Peñañiel et al., 2020).

Discusión – decisión: se plantea una socialización de las alternativas entre los grupos técnicos y administrativos, autoridades políticas y representantes de los grupos sociales afectados y/o beneficiados por la intervención (Freire et al. 2019).

Selección de alternativa: la selección de alternativa plantea un método de valoración y ponderación de sus componentes, principalmente la estrategia como elemento fundamental de cada alternativa. Esta etapa debe considerar que no se trata de escoger la alternativa óptima si no la más satisfactoria luego de la discusión (De la Paz 2019).

Implementación: Para implementar la alternativa seleccionada se requiere una coordinación dinámica y eficaz para alcanzar los objetivos, siguiendo las estrategias, procurando fomentar la colaboración y corresponsabilidad y evitar conflictos, burocratismo, autoritarismo, etc (Freire et al. 2019).

Evaluación: Esta etapa permite verificar el estado que tiene el proceso o una actividad, se determina el nivel de logro de los objetivos y metas, aplicando criterios e indicadores comúnmente aceptados con anterioridad. De esta actividad se desprende la retroalimentación, el monitoreo y control (Peñañiel et al. 2020).

Teorías de la Evaluación

La evaluación como disciplina científica se refiere al estudio y aplicación de procedimientos objetivos y sistemáticos para comprender los resultados de una intervención, determinando el grado de cumplimiento de los objetivos. Identifica, obtiene y proporciona información útil y descriptiva del valor y mérito de las metas y/o del objeto evaluado, para servir de guía en la toma de decisiones. Utiliza metodologías cuantitativas y cualitativas, basadas en datos y en juicios. La selección de una metodología u otra dependerá principalmente de los propósitos de la

evaluación y los recursos disponibles. Para evaluar las políticas, programas y proyectos elaborados antes y después de aplicarlos a la población de un país, por lo general requieren métodos cuantitativos de evaluación, atendiendo los propósitos, las circunstancias y contextos en los que se desarrollan estos programas (Moyon et al., 2020).

El paradigma causal determina la teoría descriptiva de la evaluación, con ello, proporciona información sobre el impacto generado por el programa y cómo fueron generados, permite conocer las debilidades de los mecanismos causales y los factores contextuales que facilitan o dificultan los procesos del programa. Al establecer la relación causal, permite sugerir estrategias para introducir cambios en cada una de las variables (Rodríguez et al., 2018).

Los programas sociales asociados al gasto público están orientados por las políticas públicas para generar valor público en la población, los principales: educación, salud, erradicación de la pobreza, etc., buscan ser más eficaces y eficientes, más efectivos, más sustentables. La evaluación como aprendizaje social permite conocer los resultados de estas prácticas, las experiencias para mejorar las prácticas, sus políticas y programas. La evaluación de resultados corresponde a una evaluación ex-post, de carácter retrospectivo. Se plantean modelos de evaluación denominados de efectividad, estos son: de consecución de objetivos, de medición de impacto, y el cualitativo participativo (Pinazo & Tutistar, 2020).

La evaluación de consecución de objetivos plantea determinar si los resultados de un programa corresponden a los objetivos propuestos para su implementación. Se inicia con la definición de los objetivos y metas, luego se analizan los resultados mediante evidencias concretas, como indicadores específicos o fuentes directas que

permitan establecer un diagnóstico. Este tipo de evaluación utiliza métodos estadísticos descriptivos para analizar los datos; sin embargo, no determinan si los resultados están relacionados con el programa (Coronel, Narváez, y Erazo, 2020).

La evaluación de impacto, por su parte, plantea determinar si los resultados son atribuibles al programa implementado, establecer la causalidad, o relación causal, entre la realidad y la intervención ya que puede haber resultados que no se relacionen al programa implementado, como efectos colaterales o efectos no esperados de la intervención. Básicamente, se requiere un modelo causal con las variables significativas que permitan evaluar el impacto del programa. En estas evaluaciones se puede recurrir a escenarios contrafactuales en los que se proyecta lo que se espera si es que no se implementa el programa (escenario no hacer nada). Este tipo de evaluación mide el impacto neto determinando si el programa logró los efectos deseados y si estos efectos son atribuibles al programa (Instituto Andaluz de Administración Pública, 2019).

El modelo cualitativo participativo es un método que pretende conocer la perspectiva de las personas a las que se orienta el programa, la población beneficiaria y otros actores que participan en el programa. Indaga sobre los resultados esperados, si fueron percibidos por la población, los resultados no esperados que se presentan en la implementación del programa. Esta metodología cualitativa puede complementar el análisis cuantitativo cuando adopta indicadores; pero también, permite conocer la estratificación de la muestra y analizar el marco social, económico, cultural y político en que se desarrolla el programa. La data se obtiene mediante observación directa o mediante entrevistas.

Teorías de la Economía de Salud

La economía de la salud es una rama de la economía que se centra en el estudio de cómo los recursos se utilizan para mejorar la salud y el bienestar de la población. Se interesa tanto en el impacto económico del sector sanitario como en la eficiencia y el equilibrio en el uso de los recursos para la atención médica. Esta teoría se trata de estudiar el proceso de salud y enfermedad, los programas, servicios y sistemas sanitarios, utilizando los conceptos y herramientas del análisis económico. Esto significa que, se enfoca en la optimización de recursos y la eficiencia de los procesos con el objetivo de optimizar la calidad de vida de los habitantes. Esta teoría cuenta con una gran relevancia, porque ayuda a comprender la forma más eficiente de utilizar los recursos, facilita el entendimiento del efecto económico de la salud en la sociedad y ayuda a tomar decisiones más informadas sobre el uso de recursos (Restrepo & Ramírez, 2020).

La economía de la salud tiene una perspectiva macroeconómica y aborda los factores que afectan el nivel de salud de la sociedad y del individuo. Estos factores incluyen la estructura productiva, la política, la cultura, la educación, el componente sanitario, la dimensión ecológica, lo socioeconómico y lo geográfico. El análisis económico ayuda a la toma de decisiones en el sector de la salud tanto a nivel macroeconómico (planes y programas), logrando una optimización de recursos y una mejora en la calidad de los servicios; al igual que, microeconómico (calcular costos) que permita optimizar los recursos con los que cuentan y se evalúe los beneficios de salud generados por los programas preventivos (Segura, 2018).

Modelo de eficiencia de gasto

El modelo de eficiencia de asignación de recursos en salud Data Envelopment

Analysis (DEA) fue desarrollado por Charnes, Cooper y Rhodes (1978), denominado DEA-CCR en homenaje a sus autores y ha sido ampliamente utilizado desde entonces en una variedad de áreas, incluyendo la economía, la gestión de la producción y la ingeniería. El objetivo del modelo DEA es ayudar a las empresas a mejorar su eficiencia y reducir sus costos. Es posible utilizar este modelo para analizar cualquier área de la operación de una empresa, conteniendo la producción, el marketing, la financiación y la gestión de recursos humanos. Las limitaciones del modelo DEA incluyen su complejidad y el hecho de que requiere una gran cantidad de datos para su uso. Es importante tener en cuenta que no es perfecto y puede no ser capaz de capturar toda la eficacia de un procedimiento (Sanmartín et al., 2019).

DEA es un modelo de optimización de programación lineal que se utiliza para medir la eficiencia relativa de una unidad de producción, como una empresa o una fábrica que es denominada *Decision Making Units* (DMU). La eficiencia relativa se define como la capacidad de una unidad de producción para producir una determinada cantidad de *outputs* utilizando un número específico de *inputs*. Este modelo se basa en el análisis de las cantidades de input y output de una DMU, y usa estos datos para asignar una puntuación de eficiencia a cada unidad. Dichas puntuaciones se pueden emplear para comparar la eficiencia de diferentes DMU, y también para identificar aquellas que tienen el potencial de mejorarlo (Cabezas, Pérez, & Eiros, 2022).

El modelo DEA trata del análisis de las actividades económicas y el impacto que estas tienen en el bienestar de la población. Se basa en el principio de que todas las actividades económicas tienen un efecto en el bienestar de los habitantes, el cual puede medirse utilizando un modelo matemático. Además, permite a los economistas

analizar el impacto de diferentes políticas y medidas económicas sobre el bienestar de la ciudadanía, por lo cual, se centra en la evaluación de la eficiencia de los recursos utilizados por las instituciones de salud, incluyendo hospitales, clínicas, y programas de salud pública. El modelo se basa en el análisis de la producción de bienes y servicios de salud, y utiliza un enfoque de optimización para determinar la eficiencia de las organizaciones (Moscoso et al., 2018).

Indicadores de Desempeño y de Eficiencia

Se consideran los indicadores de desempeño como herramientas o instrumentos que permiten medir procesos, resultados, efectos de los proyectos y programas; mediante recopilación, análisis e información de datos obtenidos de manera sistemática y adecuada. Los indicadores de desempeño representan las oportunidades que tiene la población a mejorar su estado respecto a la prestación de un servicio público, permiten demostrar los resultados y adoptar medidas correctivas para mejorar la prestación de dichos servicios públicos, en el ámbito del gasto público. Los indicadores pueden reflejar los vínculos entre aspectos cuantitativos y cualitativos, pero también se puede construir indicadores compuestos que reflejen la relación entre aspectos cuantitativos y cualitativos. Para cada indicador de desempeño se debe considerar el gasto incurrido en esa finalidad; por lo tanto, la relación entre los indicadores de desempeño y los de gasto, en cada objetivo, constituye un indicador de eficiencia (Porto, Garriga, & Rosales, 2018).

La eficiencia resulta de gran importancia cuando se evalúa el gasto público, se determina por la relación entre resultados de las acciones y sus costos. El desempeño estudia el impacto de las políticas públicas y las acciones del gobierno, sus resultados, sin considerar el costo. El desempeño resulta una visión parcial, útil como

una apreciación inicial de la prestación del servicio, se incrementó o no el indicador de desempeño; sin embargo, esta apreciación nos podría llevar a recomendar continuar las acciones o tal vez intensificarlas, pero no apreciar si son ineficientes, por lo que es necesario determinar un indicador de eficiencia en la prestación del servicio (Ibarra, 2021).

La efectividad del servicio público con el que se evalúa el gasto resulta también importante, el grado de cumplimiento de la política pública y sus objetivos, comprende los aspectos de pertinencia si el servicio atiende las necesidades de la población, accesibilidad al servicio para grupos prioritarios y accesibilidad física hacia las instalaciones que prestan el servicio, y finalmente la calidad del servicio público (Porto et al., 2018).

Indicadores Básicos de Salud

No se evidencia una definición descrita por algún organismo oficial sobre el concepto de indicador, sin embargo, para este trabajo se consideran adecuadas las siguientes interpretaciones.

Un indicador es una herramienta cuantitativa o cualitativa que muestra indicios o señales de una situación, actividad o resultado; brinda una señal relacionada con una única información, lo que no implica que ésta no pueda ser reinterpretada en otro contexto (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2014). Es decir un indicador es un dato específico que puede ser aplicado de diferentes formas según el contexto al cual se desea aplicar.

“Un indicador es una expresión cuantitativa observable y verificable que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad. Esto se logra a través de la medición de una variable o una relación entre variables”

(Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2014). Este concepto se enfoca en una característica imprescindible de los indicadores que es la medición, para que los indicadores puedan ser denominados así deben ser medibles y van a representar la realidad de la situación de estudio.

Los indicadores son herramientas para clarificar y definir, de forma más precisa, objetivos e impactos, son medidas verificables de cambio o resultado diseñadas para contar con un estándar contra el cual evaluar, estimar o demostrar el progreso con respecto a metas establecidas, facilitan el reparto de insumos, produciendo productos y alcanzando objetivos (Pérez, 2002). Esta conceptualización enfatiza el hecho de que un indicador es la síntesis de un análisis previamente realizado y que su importancia radica en que permiten el monitoreo de una actividad.

Los indicadores para poder cumplir con su objetivo deben presentar ciertas características como son: ser específicos, es decir estar directamente relacionados con la situación que pretende evaluar; para que se cumpla esta característica se debe de contar con metas y objetivos claros. Otra característica que deben de cumplir es ser explícitos; es decir su nombre debe expresar claramente lo que se desea expresar a través de este. A su vez los indicadores deben cumplir con la característica de disponibilidad, con el objetivo de a futuro poder ser comparables y así observar algún cambio en el comportamiento de la situación de estudio (Mondragón, 2002).

Los indicadores deben ser claros y fácilmente comprensibles para permitir la interpretación para la población en general, deben ser relevantes y oportunos, es decir estudiar fenómenos que realmente permitan el análisis para la futura toma de decisiones. La reproducción también es una característica del indicador, esto quiere decir que la información de la cual nace el indicador puede ser recolectada

nuevamente, de la misma manera y bajo situaciones similares a través del tiempo. También debe de ser confiable, sensible a los cambios de la situación que analiza y como se mencionó anteriormente deben ser medibles (Mondragón, 2002). Es importante que para la elaboración de un indicador sea claro cómo se realizará la medición de este, la frecuencia de medición y revisión así como también por quien serán realizadas estas actividades (Universidad de Granada, 2007).

Los indicadores según su función y su ámbito de desempeño se clasifican en 3 tipos: los indicadores de gestión cuyo objetivo es medir los insumos y las actividades desempeñadas ya que es donde se debe priorizar para mejorar la eficiencia del proceso productivo; estos indicadores se formulan en la etapa de planeación y se ejecutan cuando inicia el cronograma de implementación. Los indicadores de producto evalúan los bienes o servicios producidos, cumpliendo con los estándares propuestos y son la consecuencia de la transformación de insumos a través del proceso de producción; existen dos subtipos de indicadores de producto: los de oferta y los de demanda. Los indicadores de resultado son los que evalúan los efectos obtenidos a través de la intervención pública y por factores externos (Universidad de Granada, 2007).

La importancia del indicador radica en ser una herramienta gerencial que refleja la situación de una institución y que permite valorar el desempeño de una organización o institución en relación a las metas u objetivos establecidos.

Las iniciativa de Indicadores Básicos de Salud manifiesta la formación de un sistema que compile los datos básicos en salud para monitorear el alcance de metas en salud y el cumplimiento de mandatos adoptados por OPS/OMS y sus Estados Miembros en la Región de las Américas (MinSalud, 2013). Los indicadores de salud

son mediciones sintetizadas de información relevante sobre distintas situaciones y dimensiones del estado de salud y del desempeño de los sistemas de salud; su monitoreo facilita una base para determinar cuáles son los grupos de población prioritaria, las situaciones que más favorecen al desarrollo de una enfermedad, y las áreas críticas que más necesitan que el Sistema de Salud actúe de forma eficiente y oportuna.

En la salud pública existen diferentes niveles de información: el dato es la unidad primaria que genera un indicador; que posterior a analizarlo genera información y que interpretada genera conocimiento (MinSalud, 2013). Los indicadores básicos de salud están compuestos por 109 indicadores, compuestos por 405 datos básicos; información recopilada de los 48 países de las Américas desde 1990. Existen 40 indicadores de Mortalidad, 28 indicadores de morbilidad, 12 indicadores socio- económicos, 12 indicadores demográficos y 20 indicadores de factores de riesgo, oferta de servicios y determinantes de salud (MinSalud, 2013).

Esta tipificación de indicadores de salud establecidos por la OPS/OMS se podría considerar que radica en su utilidad y limitaciones, de esa primicia parte la necesidad de detallar cual es el objetivo de estudio de cada tipo de indicador. Los indicadores de morbilidad tienen el objetivo de calcular la ocurrencia de enfermedades, lesiones y discapacidades de la población, a través de la medición de la incidencia o la prevalencia. Para la realización de este cálculo es necesario la observación directa y la notificación epidemiológica de enfermedades tanto a nivel hospitalario como comunitario. Existen múltiples factores que pueden amenazar la exactitud de estos indicadores entre los que se pueden mencionar: la calidad de los datos que podría dificultar la interpretación; la validez de los instrumentos de

medición, la gravedad de la enfermedad que en sus formas menos severa podría ser subdiagnosticado y por ende no notificado, normas culturales propias de la cultura latinoamericana, el deseo de confidencialidad por parte de los pacientes que provocaría una subnotificación de patologías con trasfondo social como es el VIH y ausencia de sistemas de información de salud que garanticen la exactitud de los datos (OPS & OMS, 2018b).

Los indicadores de mortalidad son una fuente primordial de información demográfica, geográfica y específicamente de causa de muerte. Esta referencia se utiliza para identificar los principales problemas de salud, así como para revalorar las prioridades en salud. Para la obtención de esta información la Organización Mundial de la Salud ha sugerido variables que deben ser incluidas en los certificados de defunción de todos los países de Latinoamérica. Así como en los indicadores de morbilidad diversos factores pueden modificar la exactitud de la medida: leyes nacionales que ordenen la emisión de certificado de defunción, la exactitud del diagnóstico médico, las normas culturales y el deseo de confidencialidad de los pacientes ambas relacionadas porque pueden ocasionar omisiones de algunos eventos en el certificado de defunción y el incorrecto llenado del certificado de defunción por desconocimiento (OPS & OMS, 2018b).

Los indicadores de factores de riesgos comportamentales son indicadores que monitorean comportamientos de riesgo con el fin de tener una visión futura del comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles; los cuales están relacionados con estilos de vida, razón por la cual pueden ser modificados mediante campañas de promoción de la salud y prevención de enfermedades desde el primer nivel de atención. Los principales comportamientos de riesgo son; el consumo de

tabaco, el sedentarismo, la alimentación poco saludable y el consumo excesivo de alcohol y son considerados los hábitos de los cuales parten las principales causas de muerte en la región (OPS & OMS, 2018b). Los indicadores de servicios de salud básicamente se refieren a la calidad de los servicios y las inequidades en salud de la población, considerando como evaluación de la calidad de los servicios el esquema antes mencionado de “estructura, proceso, resultado.

La evaluación de los indicadores debe ser realizada relacionando la producción, el análisis e interpretación de los datos, ya que, la importancia de los indicadores básicos de salud radica en: orientar la conducción político-estratégica, facilitar el establecimiento de prioridades para la acción en el sector salud. Asimismo, fortalecer la evaluación y el ajuste de la cooperación técnica de cada país y programa, redefiniendo sus prioridades, estrategias de acción y asignación de recursos, apoyar a los países en la preparación de estrategias de inversión o de programas especiales orientados al desarrollo de políticas o servicios de salud. Al igual que, facilitar la movilización de recursos financieros, orientar la definición de prioridades de investigación y divulgar periódicamente informes sobre las tendencias de la situación de salud en cada uno de los países y en la Región.

Por lo antes expuesto se considera adecuado analizar el impacto de las asignaciones presupuestarias del sector salud en los indicadores básicos de Salud del Ecuador en el periodo comprendido entre el 2010 – 2020, utilizando como variables los indicadores de mortalidad y morbilidad que según múltiples autores pueden ser interpretados como representación fiel de la calidad del gasto público de una nación (MinSalud, 2013).

Capítulo II

Marco Referencial

En un recorrido de la revisión y análisis de evidencias científicas, en esta investigación se destacan algunos estudios relacionados con la eficiencia del gasto en salud, evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales de salud, análisis de los indicadores sanitarios, entre otros.

El artículo “Eficiencia del Gasto Total en Salud: análisis no paramétrico en una muestra amplia de países” Geri et al. (2017) establece como objetivo medir la eficiencia del gasto en salud sobre el estatus de salud en una muestra de 190 países, así como, también identificar las razones de tal eficiencia. Dicho estudio publicado en el 2017 realiza un análisis de datos del año 2009, para estimar la frontera de eficiencia. La técnica utilizada es: envolvente de datos; las variables estudiadas son el gasto total en salud per cápita, sobre mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer. El modelo que se utilizó para el análisis fue Tobit.

El mencionado artículo está impulsado debido a la presunción de existe una correlación positiva del gasto total en salud sobre el estatus de salud poblacional, esta hipótesis puede ser debatida, ya que, se evidencia que países con cantidades similares de inversión en salud presentan resultados significativamente diferentes. Esta premisa incita a estudiar la eficiencia en la ejecución del recurso financiero. A su vez explica que el estudio de medida de eficiencia fue realizado a través de un análisis de frontera, cuya metodología se basa en la construcción de una relación entre múltiples insumos y productos (Geri et al., 2017).

Mediante el análisis envolvente de datos se evaluó el desempeño de las unidades de toma de decisiones, que en el caso de este estudio fueron los 190 países

de la muestra; permitiendo definir las unidades de toma de decisiones que fueron eficientes. Los datos de insumos y productos fueron obtenidos de la base de datos de la Organización Mundial de Salud del año 2009, considerando como insumo el Gasto Total en Salud per cápita expresado en dólares de Paridad de Poder Adquisitivo, y como productos la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil. Posterior al análisis se obtuvieron los estimadores de eficiencia, definidos como: estimador de eficiencia técnico-asignativa con rendimientos constantes a escala, estimador de eficiencia técnico-asignativa con rendimientos variables, y estimador de eficiencia de escala (Geri et al., 2017).

Utilizando dichos indicadores se dividieron a los países en tres grupos: países con rendimientos constantes a escala, con rendimientos crecientes a escala y países con rendimiento decrecientes a escala. Una vez calculados los estimadores de eficiencia se analizaron las diferentes variables que podrían explicar los valores obtenidos en cuanto a eficiencia técnico-asignativa. Las variables explicativas seleccionadas fueron: porcentaje de Gasto Total en Salud por parte de las aseguradoras privadas, índice de percepción de la corrupción, variable dummy para los países africanos en la cual se asignaba un valor únicamente cuando se trataba de un país del continente mencionado, con el fin de observar si existían particularidades asociadas a las características culturales, ambientales y sociopolíticas que poseen estos países; y el nivel de urbanización (Geri et al., 2017).

Los resultados obtenidos a través de este estudio es que Eritrea es el único país con rendimientos constantes a escala, debido a su bajo Gasto Total en Salud per cápita, 1,6% del Gasto Total en Salud promedio mundial y teniendo como productos una tasa de mortalidad infantil 7 puntos sobre el promedio mundial y una esperanza

de vida al nacer 3 años menor al promedio mundial. Existen nueve países con eficiencia técnico-asignativa y rendimientos decrecientes del gasto, seis de ellos corresponden a países de altos ingresos. El financiamiento de salud de estos nueve países proviene de varias fuentes en proporciones distintas, algunos con casi total fuente pública como es en el caso de Cuba y otros con financiamiento del sector privado o con gasto de bolsillo como es el caso de Singapur. De los que presentaron ineficiencia técnico-asignativa y de escala, 52 países con rendimientos crecientes y 129 países con rendimientos decrecientes del Gasto Total de Salud (Geri et al., 2017).

En conclusión, el trabajo en mención evidencia que existen diferencias marcadas en el nivel de eficiencia del Gasto Total en Salud, países con resultados semejantes en su estatus de salud poseen diferentes niveles de gasto, reflejando que podría existir un más eficiente uso de los recursos financieros que poseen. Luego del análisis realizado se identifican dos puntos claros: que los países que presentan bajos ingresos poseen rendimientos crecientes de Gasto Total en Salud, lo que podría indicar que su desempeño en salud podría potenciarse con incremento de asignaciones presupuestarias; y que los países de grandes ingresos poseen rendimientos decrecientes del Gasto Total en Salud. Este rendimiento decreciente observado en la mayoría de los países estudiado empíricamente podría representar que luego de haber alcanzado un nivel específico de calidad de vida, tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer, el presupuesto asignado al sector salud no impacta significativamente el estado de salud de la población. De igual manera se concluyó que el porcentaje de financiamiento privado es significativo para explicar la eficiencia técnico-asignativa y de escala (Geri et al., 2017).

El trabajo analizado posee una gran fortaleza, la cual es el número de su muestra. Es evidente que al realizar el estudio en 190 países permite obtener resultados reales, sin embargo, se considera una limitación que haya sido realizado analizando un año; con el análisis de más años se podría observar también el comportamiento de estos países basado en la modificación de los presupuestos asignados. Este estudio posee relación con el presente trabajo de titulación al considerar indicadores básicos de salud para evaluar la calidad del gasto en salud, sin embargo, difiere en que utiliza el Gasto Total y no el presupuesto asignado por el Estado (Geri et al., 2017).

El artículo Eficiencia del gasto público en educación y salud en América Latina estipula que en la evaluación de los recursos públicos utilizados en la provisión de programas de protección social como son educación y salud se deben considerar dos temas relevantes como son: el impacto de los mencionados programas sobre el bienestar de los grupos tratados y la eficiencia en el uso de dichos recursos (Mesías, Reza, & León, 2020).

Este estudio hace referencia a que en América Latina existe la vital necesidad de analizar la eficiencia del uso de recursos públicos en el gasto social pues no se trata de gastar más, sino de gastar mejor; con el objetivo de evitar el gasto despilfarrador e ineficiente y contribuir al crecimiento sin agudizar la desigualdad. También se hace mención de que si bien es cierto que los gobiernos deben otorgar los recursos basándose en las políticas públicas, se debe focalizar cuan eficiente está siendo la gestión del gasto social para que la población de mayor vulnerabilidad posea una buena calidad de vida; a través de la implementación y evaluación de

indicadores de eficiencia para de esta forma garantizar la consecución de objetivos (Mesías et al., 2020).

Este trabajo de investigación utiliza el análisis envolvente de datos como metodología para el análisis de eficiencia del gasto público, se utilizó información estadística de 16 países de América Latina de fuentes oficiales como son la Comisión Económica para América Latina y El Caribe y el Banco Mundial estudiando un periodo de 2000 – 2017. Las variables incluidas en la base de datos fueron: gasto promedio en salud como porcentaje de PIB, esperanza de vida al nacer, esperanza de vida en menores de 5 años, porcentaje de niños menores de 1 año que han recibido la vacuna contra el sarampión, gasto promedio en educación, inscripción escolar en el nivel secundario, tasa de alfabetización total de adultos (Mesías et al., 2020).

Posterior al análisis de las variables de salud para determinar el nivel de eficiencia en la asignación del gasto en salud a través de dos alternativas bajo la hipótesis de que los países pueden ser más eficientes en la asignación de recursos para unos programas que para otros. En la primera se analizó el gasto destinado a salud y los resultados obtenidos en los distintos indicadores de manera conjunta; en tanto que la otra alternativa considerada fue efectuar el análisis entre el gasto destinado a salud y cada uno de los indicadores considerados de forma separada (Mesías et al., 2020).

Obteniendo como resultado que Chile, con un gasto promedio, durante el periodo 2000-2017, equivalente al 7,01% del PIB, es el país más eficiente considerando el gasto en salud y los indicadores seleccionados, en cambio, Costa Rica es el país más eficiente en la asignación del gasto en salud, pues con una

inversión promedio, durante el periodo 2000-2017, equivalente al 7,42% del PIB mejoró sus indicadores de salud de manera individual.

Al analizar el nivel de eficiencia de los 16 países seleccionados con respecto a la asignación del gasto en salud y los resultados obtenidos, se evidencia que Chile, Panamá, Argentina, México y Perú, alcanza el 100% de eficiencia en la combinación de variables; esto quiere decir que, con el gasto en salud, promedio, durante el periodo 2000-2017, realizado por dichos países, lograron alcanzar excelentes resultados en los indicadores seleccionados. En este grupo también se encuentran Uruguay, Brasil, Costa Rica, que alcanzan el 99% de eficiencia (Mesías et al., 2020). Este estudio posee relación con el presente trabajo de titulación al considerar indicadores básicos de salud para evaluar la eficiencia del gasto público en salud, sin embargo, difiere en las variables escogidas para su efecto.

En el artículo “Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva” desarrollado en México, se realiza un análisis comparativo para medir el desempeño de unidades de un sistema de salud de carácter descentralizado. En este texto se menciona el interés que se ha observado en los sistemas de salud de numerosos países para realizar análisis de desempeño, con el fin de utilizarlo como instrumento para potencializar la gestión de las instituciones descentralizadas. México desde el año 2001 ha desarrollado una metodología para evaluación comparativa del desempeño de las instituciones, expuestos es informes anuales en los cuales se utilizan indicadores sobre recursos invertidos, beneficios obtenidos y efectos alcanzados (Lozano et al., 2007)..

El modelo de evaluación comparativa del desempeño planteado por la Secretaría de Salud se basa en la valoración de la cobertura efectiva del sistema

estatal de Salud; dicha cobertura efectiva se estima a través de tres condiciones: “la medición de la cobertura de las acciones en salud, la demanda de la atención y los accesos a los servicios” Las intervenciones que fueron seleccionadas para el desarrollo de esta investigación son: vacunación contra el sarampión, vacunación DPT3, vacunación BCG, atención prenatal, atención especializada de parto, servicios prestados a recién nacidos prematuros, tratamiento de infecciones respiratorias agudas en niños, tratamiento de diarrea en niños, detección de cáncer de mama, detección de cáncer cervico-uterino, tratamiento de los problemas de agudeza visual, trastornos de asma, tratamiento de angina de pecho, tratamiento de artritis, tratamiento de diabetes, tratamiento de hipertensión arterial, tratamiento de hipercolesterolemia y vacunación contra la influenza en adultos; datos obtenidos de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005 – 2006 (Lozano et al., 2007).

Los resultados de este estudio reflejan que de las 14 intervenciones analizadas, ocho de estas están relacionadas con salud materno-infantil y que los valores alcanzados difieren mucho entre sí. Se observó que en general las intervenciones de salud materno infantil poseen niveles de cobertura altos y no difieren significativamente entre estados, y que las intervenciones no relacionadas a aquellas poseían niveles de cobertura efectiva bajos y directamente relacionados con el ingreso per cápita. Se determinó que el Distrito Federal presentó el nivel más alto de cobertura efectiva con 61,5% y Chiapas presentó el nivel más bajo con el 54%, obteniéndose una diferencia menor a lo estimado a pesar de presentar niveles socioeconómicos significativamente desiguales (Lozano et al., 2007).

La relación que guarda la cobertura efectiva con el gasto en salud nos permite observar un panorama de los resultados alcanzados con los recursos invertidos, las conclusiones que se obtuvieron al establecer esta relación son que el Estado de México que rodea el Distrito Federal posee menor gasto per cápita, sin embargo posee una cobertura efectiva alta, este suceso se podría explicar ya que una gran proporción de sus habitantes laboran en Distrito Federal y podrían recibir atención médica en el área. Baja California Sur es el segundo distrito con más gasto público per cápita; sin embargo, posee una cobertura efectiva baja, esto se podría explicar debido a la lejanía que presenta con los demás estados de México y por ende el costo de sus unidades aumenta. El Distrito Federal posee tanto el nivel de cobertura efectivo más alto, así como también el mayor nivel de gasto. El nivel de cobertura en Salud Materno Infantil ha alcanzado una priorización entendible hace 30 años por el perfil epidemiológico del país sin embargo en la actualidad la mayor carga del sistema de salud mexicano son las enfermedades crónicas no transmisibles. Concluyendo en que existe una diferencia significativa en la eficiencia en el uso del recurso económico asignado a las entidades y que es necesario realizar ajustes en la asignación de recursos a los diferentes programas de salud incrementando el nivel de cobertura a otras áreas y no solo a Salud Materno Infantil (Lozano et al., 2007).

El presente estudio enfatiza que la cobertura efectiva es una forma directa de la evaluación del gasto público en salud; sin embargo, en las áreas con diferentes niveles de gasto per cápita existen también variaciones significativas en el nivel de cobertura efectiva. También se recalca que en la relación entre el gasto público en salud per cápita y la cobertura efectiva es trascendental optimizar la calidad del gasto per cápita en los estados con menos recursos. Expuesto esto se puede apreciar el

interés común de este artículo con el del presente trabajo de investigación al evaluar la calidad del gasto público, la diferencia radica en que se utilizaron intervenciones específicas de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, mientras que en este trabajo se utilizaron los indicadores básicos de salud como herramienta para evaluar. Razón por la cual se considera una limitación del artículo la calidad de la información que analizó, así como los años de estudio.

El artículo “Tendencia del presupuesto cubano en salud en el periodo 2004 – 2010” Marrero y Gálvez (2013) define como su objetivo describir el comportamiento del presupuesto cubano en salud y el de indicadores de servicio y resultados sanitarios seleccionados durante el periodo 2004 – 2010.

Este estudio observacional descriptivo de la tendencia del presupuesto del sector salud en el periodo antes mencionado, utiliza como fuente información secundaria, revisión bibliográfica y documental, así como también estadísticas emitidas por la Oficina Nacional de Estadística e Información. Las variables escogidas fueron el presupuesto de salud pública y su relación con el presupuesto local, gasto público e indicadores de servicio y resultados seleccionados por los autores, como son: cantidad de unidades de servicio, cantidad de consultas y de médicos, cantidad de habitantes por médicos, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en niños menores de 5 años, índice de niños con bajo peso al nacer y tasa de mortalidad materna (Marrero & Gálvez, 2013).

Entre los pasos metodológicos utilizados fueron descritos los siguientes: descripción concreta del comportamiento del presupuesto en salud, tabular y graficar información a través de programa informático, determinación del porcentaje de asignación al sector salud respecto al presupuesto total, y exposición del

comportamiento de las unidades de servicios, la cantidad de médicos, consultas médicas, ingresos hospitalarios y demás indicadores de salud (Marrero & Gálvez, 2013).

El resultado obtenido al analizar el presupuesto de salud en Cuba y su relación al presupuesto total y gasto público refleja la intención del gobierno por priorizar este sector, se observó también una disminución del gasto en el sector salud acompañado de una mejoría en el nivel de actividad y de los indicadores estudiados, esto reveló la capacidad de gestión que permitió buscar las reservas de eficiencia para mantener y mejorar los principales indicadores sanitarios. Este artículo plantea la recomendación de valorar la inclusión en estudios futuros de la evaluación de la calidad de los servicios brindados y la satisfacción de los usuarios, ya que son elementos que tienden a modificarse más rápidamente ante situaciones de limitación de recursos (Marrero & Gálvez, 2013).

Este artículo aporta en el presente trabajo de investigación, en el objetivo de examinar las asignaciones presupuestarias y determinar los indicadores de calidad necesarios para la evaluación de la prestación del servicio, al aplicar una metodología descriptiva observacional de la conducta del presupuesto asignado al sector de salud y de la conducta de los indicadores, aunque estos no sean considerados en el presente estudio como reflejo fidedigno de la calidad de atención.

En el artículo “Análisis de los indicadores sanitarios chilenos” Huerta, Leyton y Espinoza (2019) el objetivo planteado es evaluar los indicadores de salud en el periodo correspondiente al 2010-2014 a través de un estudio descriptivo de 75 indicadores básicos de salud. Los indicadores sanitarios suelen formar parte de un plan estratégico de la institución o país, y son de vital ayuda para valorar el nivel de

cumplimiento de metas u objetivos, así como el monitoreo de los avances. Chile al momento se encuentra ejecutando una Estrategia Nacional de Salud propuesta por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud con el fin de medir el alcance de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020, los cuales se basan en; mejorar el estado de salud de la población, disminución de las desigualdades en salud, incrementar la satisfacción de la población en relación con los servicios que reciben y garantizar la calidad de las intervenciones sanitarias.

Los indicadores, aunque son la expresión abreviada de forma cuantitativa del desempeño de un proceso, el artículo sugiere que no es apropiado analizar múltiples indicadores, sino enfocarse en indicadores claves para la evaluación de la gestión. Razón por la cual el Ministerio de Salud chileno establece un modelo de gestión estratégico compuesto por 3 etapas: análisis estratégico que implica diagnosticar la situación actual del país y posibilidades futuras, la incorporación de las estrategias nacionales y finalmente la presentación de los indicadores de resultado sanitario. El presente artículo pretende analizar si los resultados de los indicadores básicos es el esperado por el Sistema Nacional de Salud chileno (Huerta et al., 2019).

Para la realización de este artículo se utilizó información de bases de datos públicas del Ministerio de Salud Chileno y los objetivos planteados son los estipulados en los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020; se utilizaron 75 Indicadores Básicos de Salud, los cuales se calificaron según alcanzaran o no los objetivos determinados. Dicho estudio incluyó las 15 regiones de Chile. Posterior a la calificación y análisis de los datos se obtuvo que en el 57% de las regiones chilenas los indicadores demográficos alcanzaron el objetivo planteado, mientras que el 38% de las regiones alcanzaron los objetivos de estadísticas vitales. De igual forma el 47%

de las regiones presentaron indicadores de acceso a la atención iguales o superiores a los objetivos trazados y por último en el 53% de las regiones chilenas los indicadores de riesgo para la salud alcanzaron los resultados esperados. Según el análisis 6 de los Indicadores Básicos de Salud de todas las regiones del país se comportaron como se esperaba, mientras que 7 tuvieron un comportamiento opuesto al esperado. El estudio refleja que aproximadamente el 50% de los Indicadores Básicos de Salud se comportaron de forma similar a la proyectada, esta variación podría atribuirse a la gestión de cada región, así como a las variables externas relacionadas al ámbito geográfico (Huerta et al., 2019).

La importancia del análisis de los indicadores facilita la elaboración de estrategias sanitarias y evaluación de políticas sanitarias públicas. En dicha premisa radica la relación que posee con el presente trabajo de investigación, ya que se ha establecido múltiples veces la relevancia de los indicadores y como pueden reflejar las políticas sanitarias de un país, incluido el aspecto económico de las mismas.

En el artículo “Gasto Público en Salud en el Ecuador” Carriel (2012) se realiza un análisis del presupuesto asignado al Sector Salud en el año 2012, y enfatiza el aumento que ha presentado este gasto social a través de los años como proporción del Producto Interno Bruto, así como el gasto en salud per cápita de los ecuatorianos. Y reconoce que estos aumentos presupuestarios no se reflejan en los indicadores de salud del país, y expone que además del aumento del recurso se necesita esfuerzos bien gerenciados.

Se trata de un artículo realizado bajo metodología descriptiva, el cual analiza un año en el cual el Ecuador poseía un Gobierno que priorizaba el sector social; durante el año 2012 el Sector Salud se encontraba entre las mayores asignaciones

presupuestarias según el Ministerio de Finanzas. Realizando un análisis de las estadísticas que poseía el Ecuador, hasta el 2010 se poseía indicadores de salud de morbi-mortalidad por encima del promedio en la región, como era el caso de nacidos vivos, mortalidad materna, enfermedades relacionadas con el embarazo, casos de tuberculosis, entre otras. En cuanto al Gasto Público en Salud el Ecuador ha presentado aumentos significativos del recurso asignado observándose en el año 2000 una asignación correspondiente al 0,6% del Producto Interno de Bruto que aumentó hasta 2,5% en el año 2012, en el mismo año según el Ministerio de Finanzas el gasto de salud per cápita fue de \$121,61, el más alto en más de una década (Carriel, 2012).

Las reflexiones que este artículo aporta son que, aunque en el periodo del año 2000 al 2006 se observó un incremento en las asignaciones presupuestarias al sector salud, este valor no superaba el 1,17% del Producto Interno Bruto. Es a partir del 2007 cuando se aprecian tendencias crecientes significativas en la asignación de presupuesto, sin embargo, expone el hecho de que dicha potenciación no representa necesariamente una mejora en el estatus de salud de la población. E indica que para que el país mantenga la sostenibilidad y el financiamiento para garantizar el acceso a salud universal por parte de la población es necesario que se formulen estrategias que aumenten el Producto Interno Bruto y sobre todo contar con un direccionamiento estratégico para alcanzar los objetivos planteados (Carriel, 2012).

Este artículo posee relación con el trabajo de investigación ya que intenta analizar el presupuesto asignado al sector salud y su sostenibilidad, sin embargo, menciona influencias de dicho presupuesto en el estado de salud general de la población, pero la información no es sustentada con el análisis de indicadores de

salud que puedan reflejar realmente cual ha sido la evolución de la inversión, considerando también una limitación el sesgo por los años utilizados para el análisis.

Posterior a examinar profundamente la bibliografía disponible a nivel internacional se puede determinar que no existe un estudio que analice las variables propuestas en el presente trabajo; principalmente existen observaciones independientes de presupuesto de salud y de indicadores de salud, mas no la relación existente entre ambos por lo que el desarrollo de este trabajo de investigación es un aporte relevante para la gestión de la salud en el Ecuador y que puede ser reproducible en la región.

Planificación Pública de la Salud en el Ecuador

La planificación es una función propia del ser humano en la cual se realizan deliberaciones, cálculos y especulaciones de forma metódica con el objetivo de intervenir en un hecho y alcanzar una meta propuesta. Los objetivos de la salud pública son proteger, promover y restaurar la salud de las personas mediante acciones colectivas, comprende desarrollar las políticas de salud para contribuir a la construcción de respuestas sociales para garantizar la prestación del servicio de salud eficiente, sostenible, con equidad y solidaridad. La salud tiene un carácter multidimensional que depende de factores sociales, culturales, ambientales e individuales.

La planificación gestiona los recursos para determinar cómo alcanzar un objetivo, cuando ha sido formulado. En sentido prospectivo busca la realización de un futuro deseable, a partir de la situación actual. Es un proceso multidisciplinario que involucra a todos los agentes con capacidad de obtención de los resultados deseados, es de carácter temporal y espacial, está influido por el contexto social y económico en

que se desarrolla. Así mismo, es un proceso dinámico y continuo que requiere definir el ámbito normativo (¿qué hacer?), el plan estratégico (¿cómo hacer?), el plan táctico o estructural (¿cuándo y dónde?). Luego de su ejecución se pueden evaluar resultados para hacer un proceso de retroalimentación y volver a programar para un nuevo periodo de análisis. Por lo tanto, requiere de técnicas, conocimientos y actitudes coherentes con el plan (Planificación y gestión en salud, flexibilidad metodológica y gestión comunicativa, 2006).

En el Ecuador, la salud es un derecho que garantiza el Estado mediante políticas económicas, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud. Así mismo, la Constitución establece en su Artículo 280 que El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la asignación de los recursos públicos (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

La planificación de la salud, a partir de objetivos políticos a largo y mediano plazo, establece el marco de referencia de todas las actividades, define prioridades de acción mediante un Plan Estratégico de salud, determinando recursos humanos, materiales y financieros para las actividades y servicios necesarios para la consecución de los objetivos donde la población es el centro del proceso (Uribe & Artmann 2006). Los pasos sugeridos a las instituciones para realizar su planificación estratégica se podrían resumir en identificar los problemas de salud y conocer las necesidades de la población, establecer el orden las prioridades, desarrollar programas y proyectos ideados, evaluar la evolución de estos en la población, e

implementar medidas de mejora encaminadas a alcanzar los objetivos planteados. Por lo cual la planificación sectorial e institucional del sector salud posee como misión gestionar los procesos y distribuir los recursos destinados a este sector orientadas en las políticas nacionales y a las metas sanitarias propuestas por el Gobierno.

Plan Nacional de Desarrollo

La Constitución del Ecuador en su Art 280 indica que “el Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; la inversión y la asignación de los recursos públicos; y coordinar las competencias exclusivas entre el Estado central y los gobiernos autónomos descentralizados.”

La fortaleza del Plan Nacional de Desarrollo (2021) es que se acompaña de un método de monitoreo y evaluación de la gestión pública para valorar su calidad y eficiencia; además, que sirva como herramienta para la toma de decisiones. En su objetivo cuatro, se detallan varias metas a conseguir orientadas a garantizar la administración transparente y sostenible de las finanzas públicas, destacando el literal 4.1 que expresa la necesidad de priorizar el gasto público para seguridad, educación y atención en salud que debe estar basado en los derechos humanos. Asimismo, en el numeral 4.3 se manifiesta que es indispensable incrementar la eficiencia de las empresas públicas centrándolo en la rentabilidad tanto social como económica, así como, en la calidad.

Además, en el objetivo seis que se refiere al derecho a la salud de calidad, gratuita e integral, que debe ser garantizada por el Estado, de donde se resalta el literal 6.1 en el que se asegura que es indispensable mejorar las condiciones del derecho a la salud integral, para lo cual, es pertinente que se abarque la promoción y

prevención, dándole prioridad a aquellos grupos en situación de vulnerabilidad, adultos mayores, mujeres, personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuales (LGBTI), niños y adolescentes e individuos con discapacidad. A su vez, se destaca el punto 6.5 que comprende el modernizar el sistema de salud pública con el fin de asegurar a la población servicios de calidad con transparencia y eficiencia (Consejo Nacional de Planificación, 2021).

Sin lugar a dudas el inicio de una gestión socialmente consciente generó en las instituciones públicas una ideología de gasto responsable, dirigido a alcanzar los resultados propuestos, al igual que la iniciativa de garantizar la universalidad de la salud sentó un precedente en el Sistema Nacional de Salud. Se emplearon estrategias como el Gobierno por Resultados, entre otras sin embargo en su ejecución se observó dificultades que entorpecieron el proceso.

En conclusión, en este apartado del estudio se resalta la importancia de la planificación pública en salud y su papel en la gestión de presupuestos del Estado; se reconocen nuevas estrategias que faciliten el alcance de los objetivos propuestos; el concepto de calidad del gasto público y universalidad de la salud. Finalmente se expone los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025, considerado el principal sistema de planificación del Estado.

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto articulado y coordinado de los servicios de salud administrados por el Estado y los pertenecientes a las entidades autónomas; que en su totalidad representan todas las funciones sanitarias de un país. El Sistema Nacional de Salud del Ecuador ha sido modificado a través de las tres últimas Constituciones, sobre todo debido a las transformaciones del modelo económico del país. La Constitución de la República del Ecuador vigente en su

Artículo 32 dispone que “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” (Asamblea Nacional Constituyente, 2008), indicando que el Estado Ecuatoriano posee la plena responsabilidad de garantizar este derecho a través de diferentes políticas, proyectos y programas multidisciplinarios e integrales tanto de promoción, prevención y curación.

El Art 361 de La Constitución otorga al estado la rectoría absoluta del sistema de salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional y por ende le encarga la responsabilidad de la formulación de políticas nacionales de salud, y control de las actividades e instituciones relacionadas con este sector (Constitución de la República del Ecuador, 2008). Por lo cual a partir de dicha designación el Estado a través del Ministerio de Salud Pública dirigirá los programas y proyectos de salud así como regulará las instituciones tanto públicas como privadas que presten este servicio o servicios afines al mismo.

El Sistema Nacional de Salud ha presentado cambios significativos en su estructura organizacional desde el 2006, direccionados al alcance de los objetivos planteados en los diferentes Planes Nacionales de Desarrollo establecidos por los gobiernos de turno. Convirtiéndose así en un país que ha invertido su mayor esfuerzo y recurso en aumentar el alcance de los servicios de salud y planteándose la meta de la universalidad de la atención médica gratuita, situación que hasta el momento no se ha logrado a cabalidad, sin embargo, continúa fortaleciendo el sector público de salud con dinámicas interesantes que merecen ser analizadas, todo esto con el fin de garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos.

La Constitución de la República establece que el Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos; y coordinar las competencias exclusivas entre el Estado Central y los gobiernos autónomos descentralizados. Su observancia será de carácter obligatorio para el sector público e indicativo para los demás sectores. Por lo tanto es necesario regular la aplicación de los principios de sujeción y coordinación establecidos constitucionalmente (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Que, el artículo 285 de la Constitución de la República establece como objetivos específicos de la política fiscal el financiamiento de servicios, inversión y bienes públicos, la redistribución del ingreso por medio de transferencias, tributos y subsidios adecuados, la generación de incentivos para la inversión en los diferentes sectores de la economía y para la producción de bienes y servicios, socialmente deseables y ambientalmente aceptables; Que, el artículo 286 de la Constitución de la República dispone que las finanzas públicas, en todos los niveles de gobierno, se conduzcan de forma sostenible, responsable y transparente, y procurarán la estabilidad económica (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Que, el artículo 292 de la Constitución de la República establece que el Presupuesto General del Estado es el instrumento para la determinación y gestión de los ingresos y egresos del Estado, con excepción de los pertenecientes a la seguridad social, la banca pública, las empresas públicas y los gobiernos autónomos descentralizados. Lo que conlleva la necesidad de establecer los instrumentos e instancias de coordinación que permitan garantizar la sostenibilidad de las finanzas públicas, el manejo eficiente del ahorro público y la preservación del patrimonio

nacional y el bien público como fin último de la administración presupuestaria (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

El Presupuesto General del Estado es la herramienta a través de la cual se establecen y gestionan los ingresos y egresos de las instituciones del sector público, excluyendo la banca pública, la seguridad social, las empresas públicas y los Gobiernos Autónomos Descentralizados (Ministerio de Economía y Finanzas, 2019). Los ingresos percibidos provienen de los ingresos permanentes, no permanentes y financiamiento identificado, como es el caso de financiamiento público, ventas anticipadas, saldos disponibles, cuentas por cobrar y recuperación de inversiones; mientras que los egresos se originan de los egresos permanentes, no permanentes y requerimientos de financiamiento como son la amortización de la deuda pública, obligaciones por venta anticipada de petróleo y por convenios con entidades públicas, y otros pasivos. Su importancia radica en que a partir de la planificación que realizan cada una de las instituciones que forman parte del sector público se adoptan políticas económicas que contribuirán a alcanzar los objetivos anuales determinados en el Plan Nacional de Desarrollo (Ministerio de Economía y Finanzas, 2019).

Dichas instituciones tienen la responsabilidad de realizar un plan de trabajo u hoja de ruta donde se detallen sus objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo adjuntando la planificación del recurso necesario para lograrlo; así como también remitir un informe de la ejecución presupuestaria. Dicha responsabilidad se realiza a través de la institución responsable de la planificación, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.

El Ministerio de Finanzas como ente rector de las finanzas públicas debe realizar la proforma presupuestaria con la asignación de recursos públicos para su

posterior aprobación en la Asamblea Nacional, en esta etapa se podrán realizar observaciones y proponer opciones alternativas en la distribución de los recursos sin alterar el monto total de la proforma, esto se denomina Presupuesto Inicial Aprobado. Durante la etapa de ejecución todas las instituciones públicas ponen en práctica lo programado en el presupuesto, en esta etapa se realizan denominaciones según la fase que este atravesando, existe el presupuesto inicial que es el monto de arranque que posee una entidad, el presupuesto codificado que es el presupuesto inicial más las modificaciones realizadas durante la ejecución, presupuesto comprometido que son recursos comprometidos por el estado a través de convenios, presupuesto devengado que es el recurso utilizado por las instituciones por bienes o servicios recibidos, y presupuesto pagado que es el pago efectivo realizado a los proveedores por dichos bienes o servicios recibidos. Posterior a esto inicia la etapa de evaluación y seguimiento realizado por el Ministerio de Finanzas con el fin de realizar correcciones y sugerencias sobre el proceso (Ministerio de Finanzas del Ecuador, 2010).

Asignaciones Presupuestarias del Sector Salud

Según la Constitución de la República del Ecuador en su artículo 286 indicó que las finanzas públicas, se coordinarán de forma sostenible, responsable y transparente; y procurarán la estabilidad económica. Los egresos permanentes se financiarán con ingresos permanentes (Constitución de la República del Ecuador, 2008). En el art 366 de la mencionada Constitución se manifestó que el financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades del estado

(Constitución de la República del Ecuador, 2008). En su Disposición Transitoria Vigésimosegunda se establece que el Presupuesto General del Estado destinado al financiamiento del sistema nacional de Salud, se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al 0,5% del Producto Interno Bruto (PIB), hasta alcanzar al menos el 4% (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Acerca de estas garantías que asegura la Constitución, el Estado posee la plena responsabilidad de otorgar al sector salud el recurso necesario para su funcionamiento ininterrumpido y en las condiciones adecuadas. No existe posibilidad de disminuir la carga que posee el Estado respecto a la garantía de este derecho, sobre todo porque el derecho a la salud y por ende, el gasto público en salud no debe respetarse únicamente cuando las condiciones financieras del país lo permiten, sino debe ser obligación del Estado el ejercicio sostenido de este derecho.

Analizando la información obtenida a través del Ministerio de Finanzas y el Banco Central del Ecuador se determina que dicha disposición en cuanto al aumento del presupuesto de salud en el porcentaje indicado no se habría respetado, sin embargo, es la segunda razón de gasto público posterior al gasto en educación; siendo ambos considerados como gastos sociales del Presupuesto General del Estado; y teniendo como objetivos la disminución de la pobreza extrema a nivel nacional, mejoramiento del estilo de vida de la población, mejorar la calidad en los servicios de salud, entre otros.

Otra clasificación del gasto público es la que se evidencia en el artículo 79 del Código Orgánico de Planificación y Finanzas donde clasifica los egresos en permanentes que son los necesarios para la realización eficiente de las actividades administrativas y operativas de las instituciones públicas, como es el caso de las

remuneraciones; y los egresos no permanentes que son destinados a actividades extraordinarias como es el caso de proyectos de inversión (Ministerio de Finanzas del Ecuador, 2010).

La inversión pública del sector salud se conforma directamente del recurso proveniente del Presupuesto General del Estado, recurso que proviene de muchas fuentes como ya fue mencionado, y que se potencia de las donaciones realizadas por instituciones internacionales, entidades no gubernamentales como apoyo a estrategias de salud mundiales . Se consideran gastos en salud a los egresos que se producen por la prestación de servicios preventivos y curativos a la totalidad de la población, más los gastos colaterales que impliquen. Razón por la cual se considera el presupuesto público del sector salud como un gasto necesario e imprescindible, que necesita apoyo total del Estado con el fin de garantizar a la población ecuatoriana acceso directo a la atención médica independientemente del espacio geográfico donde se encuentre y aumento de la cobertura de las instituciones del Ministerio de Salud Pública.

Debido al interés en determinar que las asignaciones presupuestarias del sector salud estaban correctamente dirigidas a los diferentes servicios y productos de este campo. En el año 2003, se inició la elaboración de las Cuentas Satélites de los servicios de salud que se sustentan en información estadística de registros administrativos, encuestas, oferta y demanda de servicios tanto públicos como privados y cuentas de los sectores institucionales elaboradas por la Contabilidad Nacional del Ecuador. Esta metodología fue creada con el objetivo de conocer la oferta y demanda de servicios de salud, así como los principales agregados económicos del Sector Servicios de Salud de la economía nacional. Por lo cual las

Cuentas Satélites se consideran un instrumento importante para la creación e implementación de políticas de Salud para aumentar la eficiencia en la distribución del presupuesto público y a su vez mejorar la salud de la ciudadanía ecuatoriana (INEC, 2017b).

La Organización Mundial de la Salud expresa que “La insuficiencia de financiamiento y la ineficiencia en la asignación y el uso de los recursos disponibles para la atención de la salud representan retos importantes para el avance hacia la equidad y la protección financiera.” (OPS & OMS 2018a). Dicha aseveración destaca que no solo es imprescindible un aumento de las asignaciones presupuestarias al sector salud sino la optimización de esos recursos para alcanzar los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y una inversión sustentable en este sector social. En la mencionada publicación la OPS indica que “Una asignación eficiente del gasto público es una condición necesaria para reducir las inequidades”; en la actualidad se ha implementado un modelo de atención enfocado en la comunidad y la atención primaria y preventiva por lo que es necesario la asignación de los recursos eficientemente y de forma prioritaria en dichos sectores de los servicios de salud.

Eficiencia del Gasto Público

El gasto público según Ahumada (1992) es considerado como la erogación monetaria realizada por la autoridad competente en virtud de una autorización legal y destinada a fines de desarrollo nacional que se estima como interés colectivo y efectivamente es un pago que realiza el Estado con el fin de satisfacer las necesidades de la colectividad. Sin embargo, no debe ser considerado como únicamente el desembolso de recursos sino es la conversión de las rentas del Estado en servicios

públicos que satisfacen las necesidades de la colectividad y orientados hacia los objetivos de desarrollo del gobierno de turno. De la Guerra (2016) expresó que el gasto público tiene un margen de expansión que está dado por la capacidad contributiva de los ciudadanos. Esta afirmación confirmaría que el gasto público es una conversión de los recursos privados en recursos públicos destinados a la satisfacción de las necesidades de la población. He ahí la importancia del análisis de costo – beneficio, en el gasto público este análisis se refiere al cálculo de los beneficios sociales derivados del dicho gasto; en otros términos, la calidad del gasto público.

La calidad del gasto público garantiza el uso eficaz y eficiente de los recursos del Estado con la finalidad del crecimiento económico y social del país. La eficiencia del gasto público no es un término desconocido, en La Constitución de la República del Ecuador vigente en su artículo 288 dispone que se cumplirán con ciertos criterios de eficiencia, transparencia, calidad, responsabilidad ambiental y social (Asamblea Nacional Constituyente, 2008), lo que significaría que el Estado plenamente ordena que las instituciones públicas tienen la obligatoriedad de realizar la planificación adecuada de su presupuesto, la compra responsable de sus bienes y servicios; y por ende la ejecución consciente del presupuesto asignado. Obteniendo resultados acordes a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.

El gasto responsable aunque es obligación de las instituciones públicas sería un modelo a seguir por parte de las instituciones privadas siendo una estrategia organizacional más eficiente en gasto y por lo tanto más sostenible.; De la Torre y Maruri (2019) sostienen que

El sector público puede y debe asumir un papel protagonista como líder y motor del desarrollo de la responsabilidad social, incorporando los criterios éticos, sociales y ambientales en las decisiones de compra y contratación, lo que además, impulsaría la adopción de dichos criterios por parte de las empresas contratadas o proveedores e incluso por los licitadores privados (p. 7).

La valoración de la eficiencia del gasto público está relacionada al alcance de los objetivos macroeconómicos., así como también a los de la política fiscal a través de la gestión pública. A partir de esto concepto se pueden seleccionar indicadores como instrumento para la medición de la eficiencia del gasto. Para realizar el análisis de la calidad de las finanzas públicas se constató la publicación efectuada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2014) en su texto “Calidad del gasto público y reformas institucionales en América Latina” en el que afirmó que se necesitan indicadores de política y de desempeño; los indicadores de política simbolizan las opciones en cada dimensión de las finanzas públicas mientras que los indicadores de desempeño relacionan la política con los resultados obtenidos por la misma. La finalidad de la utilización de estos indicadores es para fomentar la toma de decisiones que coadyuven a mejorar la calidad del gasto público.

Un instrumento útil para la medición de la eficiencia del gasto público en salud son los indicadores básicos de salud definidos por la OMS; en los casos que se utiliza el presupuesto basado en resultados aunque sería útil para valorar ciertos aspectos del gasto público, se aprecian limitaciones en dicho sistema de evaluación debido a que se centran en números “fríos” y no se incluye la calidad de vida de los ciudadanos, ni

la satisfacción percibida al recibir un servicio de salud, los cuales si son considerados en los indicadores básicos.

Mostajo (2000) señaló que la calidad del gasto público es el punto angular en la calidad del financiamiento público, exponiendo que la forma más efectiva de medir este alcance es a través del coeficiente de Gini, como indicador de desigualdad, o mediante la medición de vida larga, salud y esperanza de vida. Los cuales son indicadores básicos de salud que se usarán en el desarrollo de este trabajo.

Según la OPS (2018) en su texto Financiamiento de la Salud en las Américas estableció que existe eficiencia en la asignación de recursos en un sistema de salud cuando se logra una combinación óptima de reducción de la morbilidad y la mortalidad y de aumento en la protección financiera de los hogares, que permita el acceso equitativo a los servicios de salud con los recursos dados. En este caso, los esfuerzos están destinados a producir lo que la sociedad necesita y espera, en términos de salud y bienestar.

Dichos valores son expresados en los indicadores básicos de salud que serán explicados más adelante y razón por la cual serán parte de las variables analizadas en este trabajo de titulación.

Se necesita que la asignación de los recursos públicos logre una optimización de los insumos utilizados en el sector salud lo cual es considerado como la eficiencia técnica, y para que la eficiencia técnica se transforme en eficiencia productiva es necesario que con los recursos asignados se alcance el mayor grado posible de logro de los objetivos antes señalados.

El indicador de desempeño en salud contiene información acerca de la mortalidad infantil y la esperanza de vida. Son indicadores conocidos de reflejan

relativa igualdad de acceso y alta calidad a los servicios de salud entre la población (Reinhard & García 2016). Esta aseveración coincide con la opinión de autores antes mencionados en que los indicadores de mortalidad y morbilidad, esperanza de vida pueden ser interpretados como representación fiel de la calidad del gasto público de una nación.

Capítulo III

Marco Metodológico

El marco metodológico es una parte de la investigación que describe los métodos utilizados para llevar a cabo la investigación. Además, proporciona una visión general de los enfoques utilizados para abordar el problema de investigación y describe el alcance y los límites del estudio. En esta parte del documento se establece el método de investigación, la población, la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, así como el plan de procesamiento y análisis de datos.

Enfoque de la Investigación

El enfoque cuantitativo es una metodología de investigación que se centra en el uso de datos numéricos y métodos estadísticos para analizar y responder a preguntas de investigación. A su vez, este enfoque se basa en la medición y el análisis de datos numéricos, se utiliza para describir y predecir el comportamiento de un grupo, al igual que, para hacer inferencias estadísticas (Ñaupas et al. 2019).

En el estudio se determinó aplicar el enfoque cuantitativo, puesto que este permite usar técnicas estadísticas para analizar los datos disponibles acerca de los indicadores básicos de la salud en el Ecuador durante el periodo 2010-2020. Esto se efectúa con el fin de examinar la evolución que tienen las asignaciones presupuestarias en estos, así como hacer comparaciones de la salud en los periodos mencionados con el propósito de verificar su evolución.

Diseño de la Investigación

El diseño no experimental es un tipo de diseño de investigación en el que los investigadores no tienen control sobre las variables y no pueden manipularlas de ninguna manera. En lugar de ello, simplemente observan y registran los datos. De

igual forma, es útil para estudiar fenómenos naturales o para hacer inferencias sobre el comportamiento humano (Hernández et al. 2018).

Se optó por aplicar el diseño no experimental en el trabajo, dado que, se procedió a analizar los indicadores básicos de la salud mediante la revisión de datos secundarios obtenidos de fuentes confiables como el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) y el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Alcance de la Investigación

El alcance descriptivo es el conjunto de características y elementos que se estudian y analizan mediante un proceso metodológico para describir una realidad particular. A su vez, se trata de una descripción detallada de las características de un objeto o fenómeno, incluyendo datos cuantitativos y cualitativos que el investigador se propone analizar para comprender mejor un fenómeno (Hernández y Mendoza, 2018).

Para el estudio de los indicadores básicos de salud en el Ecuador, se aplica el alcance descriptivo para considerar las asignaciones presupuestarias como un factor que puede influir en el estado de salud de la población. Esto significa que se describen las características de las asignaciones presupuestarias para la salud y los indicadores básicos de salud en la población, con el fin de identificar patrones o tendencias.

Tipo de Investigación

El diseño longitudinal es un método de investigación en el que se recolectan datos sobre un mismo conjunto de sujetos en intervalos de tiempo regulares. Además, permiten estudiar cambios en las variables de interés a lo largo del tiempo (Argimon y Jiménez, 2019).

En este trabajo se optó por elegir la investigación de tipo longitudinal, dado que es posible comprender mejor cómo los cambios en las asignaciones presupuestarias tienden a afectar la salud de la población.

Método de Investigación

El método deductivo es una forma de razonamiento que se basa en la lógica formal, se trata de un método de análisis en el que se establecen conclusiones a partir de un conjunto de premisas. Esto significa que si las premisas son verdaderas, entonces la conclusión también lo será (Tiberius, 2020).

En este proyecto se usó el método deductivo para estudiar los indicadores básicos de salud en el Ecuador, debido a que permite analizar de manera sistemática y lógica los datos disponibles y llegar a conclusiones precisas sobre el tema en cuestión. Es decir, analizar de manera clara y precisa la evolución de las políticas públicas en la salud de la población.

Población, Muestra y Muestreo

Población

La población es el conjunto de personas, objetos, eventos o elementos que presentan una característica común y que se considera relevante para una investigación (Solíz, 2019). La población objeto de estudio son los indicadores básicos de salud y asignaciones presupuestarias de 2010 a 2020 proporcionadas por las instituciones de salud encargadas.

Muestra

Una muestra es un grupo de personas, objetos o cosas seleccionadas de un grupo mayor para que representen al conjunto en su totalidad. Se selecciona una muestra de tal forma que esta sea lo más representativa posible de la población

(Baeza et al., 2020). En esta investigación, se tomó como muestra los indicadores sanitarios tales como los sociodemográficos, cobertura de servicios de salud, morbilidad, mortalidad, factor de riesgo y sistema de salud.

Muestreo

El muestreo de conveniencia es un método de selección de muestras en el que el investigador decide elegir a los participantes de la muestra basándose en la facilidad de acceso a ellos. Esto significa, que el investigador simplemente seleccionará a las personas que estén disponibles y que no requieran ningún esfuerzo especial para contactarlas (Castro, 2019). Se decidió elegir el muestreo por conveniencia, ya que se revisó datos sobre los principales indicadores básicos de la salud que se encuentran disponibles por medio de fuentes fidedignas tratando de cubrir el periodo de estudio 2010-2020.

Técnica e Instrumento

La revisión documental en una investigación es el proceso de examinar los documentos existentes para obtener información relevante para el tema de estudio. Estos documentos pueden incluir libros, artículos de revistas, informes, documentos gubernamentales, entre otros. Su propósito es encontrar datos que se puedan utilizar para responder a preguntas de investigación y comprender mejor un tema (Sánchez, Fernández, & Díaz, 2021).

La revisión documental se aplicó en el estudio, porque proporciona un análisis detallado de la forma en que se han gastado los fondos públicos en el sector de la salud. Además, esto permite evaluar la influencia de las políticas públicas en la salud de la población y determinar si se están utilizando de manera eficiente los recursos disponibles.

Tabla 1
Datos a recabar para análisis de resultados

| Variable | Dimensiones | Ítems |
|------------------------------|---|--|
| Indicadores básicos de salud | Sociodemográfico | Demográficos |
| | | Socioeconómicos |
| | Cobertura de servicios de salud | Recursos humanos |
| | | Capacidad instalada de establecimientos |
| | Morbilidad | Egresos hospitalarios |
| | | Principales causas de morbilidad |
| | | VIH |
| | | Adultos mayores |
| | Mortalidad | General |
| | | Por sexo |
| | | Tasas de mortalidad |
| | | Tasa defunciones hospitalarias |
| | Factor de riesgo | Lactancia materna |
| | | Salud en niñez |
| Nutrición y desnutrición | | |
| Salud sexual y reproductiva | | |
| Comportamiento de riesgo | | |
| Sistema de salud | Producción de establecimientos de salud | |
| | Atenciones ambulatorias | |
| | Producción hospitalaria | |
| Asignaciones presupuestarias | Indicadores de oferta | Producción de industrias características de la salud |
| | | Consumo intermedio de las industrias características de la salud |
| | | VAB de las industrias características de la salud |
| | Indicadores de demanda | Gasto de consumo final total en salud |
| | Otros indicadores | Valor promedio de producción |

Procesamiento de Datos

La estadística descriptiva es el conjunto de métodos y técnicas que se utilizan para recopilar, ordenar, analizar y presentar los datos de una muestra o población. A su vez, permite describir de forma resumida las características principales de un conjunto de datos. Los principales elementos de la estadística descriptiva son las tablas (Herbas y Rocha, 2018). En la investigación se adoptó la estadística descriptiva, ya que proporciona una descripción detallada de los datos recopilados, análisis de forma objetiva y precisa de los datos disponibles con el fin de identificar los problemas de salud más comunes en el país, establecer prioridades en la asignación de recursos y así poder tomar decisiones adecuadas en el futuro.

La tabla de datos es una forma de organizar y presentar información en forma de cuadros, estos pueden contener datos numéricos, texto, oraciones o incluso imágenes; mientras que las tablas de frecuencia muestran la cantidad de veces que ocurre un valor en un conjunto de datos (Pastor et al., 2020). Se utilizó la tabla de datos para organizar la información recaba mediante la revisión documental, lo cual ayuda a interpretarla y de esta forma conocer el gasto en salud en el Ecuador. De esta forma, su pertinencia radica en evaluar la eficacia de la inversión en salud en el país, así como para identificar áreas en las que se necesita mejorar el gasto en salud.

Para el desarrollo de este trabajo se inició con la revisión de los documentos disponibles en las páginas web de las entidades gubernamentales que fueron Banco Central del Ecuador, MSP, INEC, así como de entidades internacionales como el Banco Mundial. Lo primero fue revisar los indicadores sociodemográficos mediante el INEC donde se tomó las proyecciones poblacionales del periodo 2010 al 2020. De aquí se procedió a revisar la población por edad y sector para con ello estimar el

porcentaje que correspondía a la población por año. Luego se analizó la economía del país mediante el Producto Interno Bruto (PIB), la tasa de crecimiento del PIB y el índice de Gini.

Después, se verificaron las actividades y recursos de salud del país, permitiendo conocer la capacidad en infraestructura que dispone la nación, por sector y tipo de atención, así como la cantidad de recursos humanos. Además, se analizó la producción de establecimientos de salud en atenciones ambulatorias desde el año 2010 y dichas cifras en relación con el sexo, edad, grupo prioritario y autoidentificación. Asimismo, la producción hospitalaria del MSP conseguida mediante sus registros, al igual que, los egresos hospitalarios. Sin embargo, a pesar de revisar diversos medios no se logró hallar todos los indicadores hasta el año 2020, en algunos casos se encontró hasta el 2017, 2018 o 2019. En cuanto a los indicadores de oferta, demanda y otros se la obtuvo de los datos publicados en el registro estadístico de camas y egresos hospitalarios publicados por el INEC.

Con respecto a la situación del VIH/Sida a nivel nacional se la consiguió a través del Boletín anual VIH/SIDA y expuestos perinatales año 2019, encontrando varios índices en el periodo 2010 al 2019. En cuanto a la información del adulto mayor, esta se revisó en la Encuesta de salud y bienestar del adulto mayor publicada por el INEC encontrando las patologías que tienen, sus hábitos y datos específicos de ellos.

Resultados

Los hallazgos que se lograron recabar para la variable Indicadores Básicos de Salud estuvieron dentro del año 2010 a 2020, algunos aspectos no se lograron encontrar para todos los años de estudio, por lo cual se colocó hasta la fecha que se

dispone de información. En la tabla 2, se aprecia que los indicadores demográficos presentan la cantidad de individuos que viven dentro del territorio nacional que en 2010 era de 15'012,228 personas y que para el 2020 se proyectó en 17'510643 lo que refleja una variación de 16.64%.

Además, la población urbana fue del 62.70% en 2010 llegando en 2020 a comprender el 63.97%, en el caso de los niños menores de cinco años ocupaban un 32.45% de la población y esta incrementó a 33.42%, mientras que, los adultos mayores eran el 6.57% y en 2020 la cantidad aumentó consiguiendo representar al 8.73% de la ciudadanía. En los indicadores socioeconómicos se verificó que el PIB del 2010 comparado con el del 2020 tuvo una variación de 42.77%.

De igual forma, se constató que el crecimiento del PIB del 2010 al 2014 fue incrementando, pero en 2015 hubo un retroceso de -2.39% llegando a recuperarse en 2016 con un aumento de 0.65% y manteniendo su alza hasta el año 2019, puesto que en 2020 a causa de la pandemia la economía del país se vio afectada llegando a tener un decrecimiento de -8.16%. En cambio, el coeficiente de Gini durante el periodo de estudio se ha mantenido cambiante con altas y bajas, lo cual ha generado una variación de los años establecidos de -3.07%.

Tabla 2
Indicadores sociodemográficos de Ecuador

| Sociodemográficos | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Variación (2010- 2020) |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------------------|
| Demográficos | | | | | | | | | | | | |
| Población | 15'012,228 | 15'266,431 | 15'520,973 | 15'774,749 | 16'027,466 | 16'278,844 | 16'528,730 | 16'776,977 | 17'023,408 | 17'267,986 | 17'510,643 | 16.64 |
| Población urbana | 9'412,612 | 9'596,628 | 9'780,650 | 9'963,884 | 10'145,875 | 10'326,384 | 10'505,180 | 10'682,148 | 10'857,208 | 11'030,216 | 11'201,131 | 19.00 |
| Población rural | 5'599,616 | 5'669,803 | 5'740,323 | 5'810,865 | 5'881,591 | 5'952,460 | 6'023,550 | 6'094,829 | 6'166,200 | 6'237,770 | 6'309,512 | 12.68 |
| % P. urbana | 62.70 | 62.86 | 63.02 | 63.16 | 63.30 | 63.43 | 63.56 | 63.67 | 63.78 | 63.88 | 63.97 | |
| Población < 5 años (%) | 32.45 | 32.68 | 32.89 | 33.05 | 33.19 | 33.29 | 33.37 | 33.41 | 33.44 | 33.44 | 33.42 | 2.99 |
| Población 65 años y más (%) | 6.57 | 6.68 | 6.82 | 6.99 | 7.18 | 7.39 | 7.62 | 7.87 | 8.14 | 8.42 | 8.73 | 32.88 |
| Socioeconómicos | | | | | | | | | | | | |
| Producto Interno Bruto (PIB) | 69'545,367 | 79'276,664 | 87'964,544 | 95'129,659 | 101'726,331 | 99'290,373 | 99'937,696 | 104'295,862 | 107'562,008 | 108'108,009 | 99'291,124 | 42.77 |
| Crecimiento anual del PIB % | | 13.99 | 10.96 | 8.15 | 6.93 | -2.39 | 0.65 | 4.36 | 3.13 | 0.51 | -8.16 | |
| Coefficiente de Gini | 48,8 | 45,9 | 46,1 | 46,9 | 45 | 46 | 45 | 44,7 | 45,4 | 45,7 | 47,3 | -3,07 |

Tomado de *Proyecciones Poblacionales*, por INEC, (2022b); Producto Interno Bruto Trimestral, por BCE, (2022); Índice de Gini Ecuador, por Banco Mundial, (2022); Resultados del Censo 2010 de la población y vivienda en el Ecuador, por INEC, (2010).

Tabla 3
Actividades y recursos de salud a nivel nacional

| Actividades y recursos de salud | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Variación 2010-2020 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------------------|
| Número de establecimientos de salud | 3,981 | 4,032 | 4,015 | 4,223 | 4,139 | 4,081 | 4,201 | 4,168 | 4,165 | 4,148 | 4.19 |
| Tipo con internación | 743 | 753 | 735 | 765 | 742 | 665 | 729 | 730 | 626 | 631 | -15.07 |
| Tipo sin internación | 3,238 | 3,279 | 3,280 | 3,458 | 3,397 | 3,416 | 3,472 | 3,438 | 3,539 | 3,517 | 8.62 |
| Sector público | 3,203 | 3,261 | 3,269 | 3,443 | 3,380 | 3,418 | 3,423 | 3,364 | 3,321 | 3,305 | 3.18 |
| Sector privado | 576 | 583 | 565 | 607 | 597 | 517 | 603 | 616 | 614 | 620 | 7.64 |
| Sector privado sin fines de lucro | 202 | 188 | 181 | 173 | 162 | 146 | 175 | 188 | 230 | 223 | 10.40 |
| Ambientes físicos de establecimientos de salud | | | | | | | | | | | |
| Sala de operaciones | 1,405 | 1,413 | 1,400 | 1,433 | 1,370 | 1,330 | 1,426 | 1,513 | 1,543 | 1,524 | 8.47 |
| Sala de cuidados intensivos | 326 | 329 | 317 | 357 | 318 | 297 | 352 | 389 | 371 | 492 | 50.92 |
| Sala de cuidados intermedios | 349 | 477 | 407 | 356 | 352 | 321 | 360 | 368 | 466 | 515 | 47.56 |
| Sala de partos | 763 | 769 | 732 | 790 | 806 | 753 | 799 | 780 | 801 | 791 | 3.67 |
| Recursos humanos | | | | | | | | | | | |
| Número de médicos | 19,344 | 21,174 | 24,302 | 26,000 | 27,007 | 29,374 | 33,925 | 37,293 | 39,908 | 40,230 | 107.97 |
| Número de odontólogos | 2,729 | 3,397 | 3,459 | 3,752 | 4,170 | 4,335 | 4,902 | 5,027 | 5,318 | 5,597 | 105.09 |
| Número de psicólogos | 340 | 377 | 580 | 751 | 918 | 1,063 | 1,285 | 1,452 | 1,582 | 1,642 | 382.94 |
| Número de enfermeras | 9,994 | 11,600 | 13,554 | 15,232 | 15,715 | 16,355 | 19,076 | 21,633 | 24,751 | 25,900 | 159.16 |
| Número de obstétricas | 1,459 | 1,769 | 2,029 | 1,900 | 2,038 | 2,019 | 2,071 | 2,138 | 2,296 | 2,327 | 59.49 |
| Numero de auxiliares | 14,615 | 15,481 | 16,798 | 17,630 | 17,205 | 17,675 | 17,872 | 17,427 | 17,350 | 17,506 | 19.78 |

Tomado de *Actividades y recursos de salud 2019*, por INEC, (2020a).

En la tabla 3 se aprecia las actividades y recursos de salud durante el intervalo de tiempo del 2010 al 2019, no se colocó cifras del 2020 por no haber dichos datos en la base de datos del INEC. No obstante, en dicho cuadro se muestra que la cantidad de establecimientos sanitarios ha ido en aumento, ya que en 2010 existían 3,981 y en 2019 un total de 4,148, lo que demuestra una variación de 4.19%, habiendo mayor presencia de instituciones sin internación, es decir ambulatoria con un alza del 8.62%. Además, hay mayor número de establecimientos en el sector público con 3,203 en 2010 y terminando en 2019 con 3,305, lo cual, demuestra una variación del 3.18%. En los ambientes físicos, se evidenció un aumento de sus rubros que son la sala de operaciones con el 8.47%, la sala de cuidados intensivos con el 50.92%, la sala de cuidados intermedios con el 47.56% y la sala de partos con el 3.67%.

En cuanto a los recursos humanos, este se ha visto incrementado considerablemente siendo la profesión de psicología la que dispone de mayor cantidad de especialistas en el sistema de salud, que en 2010 era de 340 psicólogos y en 2019 llegó a 1,642 profesionales, demostrando un aumento del 382.94%. Luego se encuentra el personal de enfermería con un alza del 159.16%, ya que, en 2019 alcanzó los 25,900 trabajadores. Los médicos tuvieron un incremento de 107.97% al conseguir en 2019 de 40,230 profesionales, seguido de los odontólogos con una variación del 105.09% que comprende a 5,597 especialistas. Por último, las profesiones con menor incremento fueron las obstétrices con un aumento del 59.49%, puesto que hasta el año 2019 se logró disponer de 2,327 obstetras; mientras que, el personal auxiliar demostró un incremento del 19.78%, dado que en 2019 se alcanzó una cantidad de personal asistencial de 17,506.

Tabla 4

Producción de establecimientos de salud en atenciones ambulatorias 2010-2017

| Producción total establecimientos de salud | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Variación (2010 y 2017) |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------------------------|
| Nivel de atención | 34'492,059 | 35'074,327 | 40'559,890 | 39'273,005 | 39'208,319 | 42'499,340 | 50'098,477 | 28'320,270 | -17.89 |
| Primer nivel | 22'893,397 | 23'211,537 | 29'012,769 | 29'061,781 | 29'269,320 | 32'662,852 | 39'999,523 | 23'322,275 | 1.87 |
| Segundo nivel | 9'481,409 | 9'444,111 | 8'685,128 | 7'513,318 | 7'237,341 | 7'085,799 | 7'355,327 | 3'860,101 | -59.29 |
| Tercer nivel | 1'844,719 | 2'041,928 | 2'504,638 | 2'380,993 | 2'269,723 | 2'300,195 | 2'362,487 | 1'122,545 | -39.15 |
| Unidades móviles | 272,534 | 376,751 | 357,355 | 316, 913 | 431,935 | 450,494 | 381,140 | 15,349 | -94.37 |
| Por complemento | | | | | | | | | |
| Emergencias | 4'381,419 | 4'635,602 | 5'301,838 | 5'966,469 | 5'745,842 | 5'986,470 | 6'543,999 | 4'011,778 | -8.44 |
| Morbilidad | 15'488,166 | 15'112,914 | 17'610,891 | 18'734,132 | 17'978,137 | 18'871,189 | 22'193,284 | 11'481,315 | -25.87 |
| Odontológicas | 5'921,081 | 6'133, 301 | 7'108,984 | 5'233,116 | 6'484,154 | 6'798,413 | 8'126,301 | 4'676,831 | -21.01 |
| Preventivas | 8'701,393 | 9'192,510 | 10'538,177 | 8339,288 | 9'000,186 | 10'843,268 | 13'234,893 | 8'150,346 | -6.33 |
| Consultas MSP | 34'492,059 | 36'074,327 | 40'559,890 | 39'273,005 | 39'208,319 | 42'499,340 | 45'829,972 | 25'148,368 | -27.09 |
| Consultas Red Pública Integral de Salud (RPIS) | 34'492,059 | 35'074,327 | 40'559,890 | 39'273,005 | 39'208,319 | 42'499,340 | 50'098,477 | 28'320,270 | -17.89 |

Tomado de *Producción de atenciones y consultas ambulatorias MSP 2016*, por MSP, (2017); *Producción de atenciones y consultas ambulatorias 2006-2017*, por MSP, (2018).

En la tabla 4, se verificó que la producción de los establecimientos de la salud con respecto con a las atenciones ambulatorias durante el año 2010 llegó a 34'492,059 consultas y en 2017 alcanzó las 28'320,270, lo que demuestra una reducción de -17.89%. Tal como se había mencionado con anterioridad, hubo datos que no se hallaron actualizados, por lo cual, se tomó la información necesaria de las fechas que se encontraron para formar la base de datos, como en este caso que se partió del 2010 al 2017. El servicio proporcionado por nivel de atención tuvo mayor cantidad de atenciones el primer nivel con un incremento de 1.87% al tener en 2010 un total de 22'893,397 consultas y en 2017 subió a 23'322,275. En este mismo aspecto se comprobó que se redujo la atención por medio de unidades móviles con un decrecimiento del -94.37% al cubrir en el año 2010 una cantidad de 272,534 consultas y en 2017 apenas 15,349.

El mismo panorama presentaron el segundo y tercer nivel con variaciones de -59.29% y -39.15% respectivamente. En lo que se refiere a las atenciones de acuerdo con el complemento, se evidenció que las atenciones por emergencia, morbilidad, odontológicas, preventivas, consultas del MSP y las de RPIS demostraron una tendencia a la baja llegando a conseguir en la comparación de las consultas del 2010 con las del 2017 un decrecimiento de -8.44%, -25.87%, -21.01%, -6.33%, -27.09% y -17.89% respectivamente.

Tabla 5

Atenciones ambulatorias por características varias del paciente 2014-2017

| Atenciones | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Variación (2014 y 2017) |
|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------------------|
| Consultas | 32'807,630 | 35'824,900 | 33'578,921 | 18'223,905 | -44.45 |
| Sexo | | | | | |
| Hombres | 10'580,036 | 11'419,194 | 11'717,138 | 6'469,064 | -38.86 |
| Mujeres | 22'227,594 | 24'405,243 | 21'844,984 | 11'745,301 | -47.16 |
| Intersexual | 0 | 463 | 16,799 | 9,540 | |

| Edad | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Menores de 1 mes | 236,989 | 224,385 | 212,253 | 109,217 | -53.91 |
| 1 a 11 meses | 1'254,781 | 1'301,871 | 1'262,067 | 632,225 | -49.61 |
| 1 a 4 años | 3'568,890 | 3'883,638 | 3'731,491 | 1'879,618 | -47.33 |
| 5 a 9 años | 3'951,032 | 4'188,208 | 4'003,197 | 2'156,017 | -45.43 |
| 10 a 14 años | 2'652,646 | 2'940,595 | 2'774,258 | 1'425,958 | -46.24 |
| 15 a 19 años | 2'783,213 | 2'700,869 | 2'595,172 | 1'544,498 | -44.51 |
| 20 a 49 años | 12'481,166 | 13'347,215 | 12'146,256 | 6'838,530 | -45.21 |
| 50 a 64 años | 3'099,051 | 3'784,066 | 3'643,813 | 1'880,446 | -39.32 |
| 65 a 120 años | 2'775,578 | 3'453,759 | 3'210,414 | 1'757,375 | -36.68 |
| No específica | 4,284 | 294 | 0 | 21 | -99.51 |
| Por grupo prioritario | | | | | |
| Personas con discapacidad | 469,753 | 445,249 | 505,403 | 265,918 | -43.39 |
| Enfermedades catastróficas y raras | 68,544 | 65,792 | 89,239 | 41,906 | -38.86 |
| Embarazadas | 1'415,917 | 1'633,725 | 1'844,545 | 1'016,168 | -28.23 |
| Víctimas de violencia | 23,467 | 24,300 | 23,749 | 12,576 | -46.41 |
| Violencia física | 6,909 | 6,823 | 7,010 | 3,808 | -44.88 |
| Violencia psicológica | 11,739 | 12,080 | 10,807 | 5,894 | -49.79 |
| Violencia sexual | 4,819 | 5,397 | 5,932 | 2,874 | -40.36 |
| Por nacionalidad | | | | | |
| Ecuador | 3'260,081 | 35'609,368 | 33'419,160 | 33'419,160 | 925.10 |
| Colombia | 147,292 | 154,364 | 108,279 | 108,279 | -26.49 |
| Perú | 24,693 | 27,669 | 19,247 | 19,247 | -22.05 |
| Cuba | 7,218 | 10,377 | 6,184 | 6,184 | -14.33 |
| Otros | 27,556 | 23,122 | 26,051 | 26,051 | -5.46 |
| Por autoidentificación | | | | | |
| Mestizo | 18'572,556 | 31'338,008 | 29'034,433 | 20'563,110 | 10.72 |
| Morbilidad | 18572,556 | 19'221,420 | 14'800,857 | 7'771,929 | -58.15 |
| Preventivas | 10',186 | 12'116,588 | 8'531,360 | 5'329,548 | 52,222.29 |
| Indígena | 1'260,540 | 2'226,008 | 2'196,189 | 1'620,980 | 28.59 |
| Morbilidad | 1'260,540 | 1'306,186 | 1'294,236 | 669,763 | -46.87 |
| Preventivas | 767,534 | 919,822 | 728,361 | 450,957 | -41.25 |
| Montubio | 408,630 | 663,621 | 946,033 | 784,182 | 91.91 |
| Morbilidad | 408,630 | 406,074 | 505,293 | 319,148 | -21.90 |
| Preventivas | 214,623 | 257,547 | 246,975 | 172,074 | -19.82 |
| Afroecuatoriano/afrodescendiente | 264,859 | 411,767 | 356,833 | 266,839 | 0.75 |
| Morbilidad | 210,667 | 231,905 | 172,059 | 87,090 | -58.66 |
| Preventivas | 149,282 | 179,862 | 120,575 | 81,887 | -45.15 |
| Negro | 210,667 | 317,556 | 264,292 | 174,495 | -17.17 |
| Morbilidad | 157,479 | 177,657 | 127,159 | 57,453 | -63.52 |
| Preventivas | 105,744 | 139,899 | 7,9205 | 51,323 | -51.46 |
| Blanco | 157,479 | 218,800 | 190,535 | 124,553 | -20.91 |
| Morbilidad | 127,743 | 146,653 | 104,834 | 51,031 | -60.05 |
| Preventivas | 57,171 | 72,147 | 42,954 | 25,788 | -54.89 |
| Mulato | 127,743 | 168,185 | 145,554 | 97,708 | -23.51 |
| Morbilidad | 91,991 | 98,789 | 76,086 | 37,611 | -59.11 |
| Preventivas | 55,587 | 69,396 | 29,669 | 24,829 | -55.33 |
| No sabe/no responde/no definido | 91,991 | 434,954 | 245,234 | 175,180 | 90.43 |
| Otros | 25,429 | 46,001 | 199,820 | 146,411 | 475.76 |

Tomado de *Producción de atenciones y consultas ambulatorias 2006-2014*, por MSP, (2015);

Producción de atenciones y consultas ambulatorias 2015, por MSP, (2016); *Producción de atenciones*

y consultas ambulatorias MSP 2016, por MSP, (2017); *Producción de atenciones y consultas ambulatorias 2006-julio 2017*, por MSP, (2018).

En la tabla 5, se aprecia las atenciones ambulatorias que se efectuaron durante el año 2014 al 2017 en relación con las características de los pacientes. Entre los hallazgos se apreció que en el año 2014 las atenciones de acuerdo con el sexo fueron mayores en las mujeres con 22'227,954 consultas y en hombres de 10'580,036, cuyos valores para el año 2017 decrecieron para ambos sexos en -47.16% y -38.86% correspondientemente.

Por otro lado, en cuanto a la edad se verificó mayor cantidad de pacientes en aquellos que tienen de 20 a 49 años que en el año 2010 era de 12'481,166 personas y que en 2017 tuvo un retroceso de -45.21% al llegar a atender apenas a 6'838,530 individuos. No obstante, existe una superior variación en las atenciones en los casos de infantes menores de un mes con una reducción del -53.91%, seguido de los pacientes entre uno y once meses que fue del -49.61%. En cambio, las atenciones con menor porcentaje de decrecimiento fueron los individuos de 65 a 120 años con una reducción del -36.68%.

De igual manera, se revisaron las consultas por grupo prioritario escogiendo las más usuales donde las personas con discapacidad atendidas durante el año 2014 eran de 469,753, cifra que fue disminuyendo hasta llegar al 2017 con un total de 265,918 atenciones que representa un decrecimiento del -43.39%. Asimismo, la consulta efectuada a las personas con enfermedades catastróficas y raras se vio con un retroceso del -38.86%, mientras que las embarazadas mostraron una reducción del -28.23%. En lo que respecta a las víctimas de violencia, en el año 2014 llegaron a 23,467 consultas, cuyo valor ha cambiado considerablemente al lograr atender en

2017 a 12,576 personas con una variación del -46.41%. Dentro de este rubro se constató que la mayor cantidad de casos de violencia eran las psicológicas que en 2014 fue de 11,739 y que se ha visto en decrecimiento en 2017 en un -49.79%, seguida de la violencia física con una disminución del -44.88% y la violencia sexual en -40.36%.

Las consultas en relación con la nacionalidad fueron superiores en pacientes ecuatorianos con un incremento de estas de 925.10% al pasar de 3'260,081 en 2014 a 33'419,160 en el 2017. A su vez, se pudo comprobar que las atenciones a personas colombianas, peruanos, cubanos y otros estuvieron en retroceso con una variación del -26.49%, -22.05%, -14.33% y -5.46% correspondientemente. Por último, en las atenciones de acuerdo con la autoidentificación se logró verificar que se atiende en mayor proporción a mestizos llegando a tener un incremento del 10.72%, seguido de la población indígena que mostró un aumento del 28.59%. Luego están los montubios con un alza de 91.91%, los afroecuatorianos o afrodescendientes no han logrado un incremento significativo, ya que este fue de 0.75%, mientras que, la raza negra reflejó una baja del -17.17%

Tabla 6
Producción hospitalaria MSP 2010-2017

| Producción Hospitalaria | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Variación (2010 y 2017) |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------------|
| Emergencias | | | | | | | | | |
| Total emergencia (ingresos y atenciones) | 4'381,419 | 4'635,602 | 5'301,838 | 5'966,469 | 5'330,084 | 5'986,470 | 6'695,284 | 6'695,284 | 52.81 |
| Atenciones de emergencia | 4'018,008 | 4'246,788 | 4'842,710 | 5'540,159 | 5'330,084 | 5'590,034 | 6'134,554 | 6'257,355 | 55.73 |
| Ingresos por emergencia | 363,411 | 388,814 | 459,128 | 426,310 | 415,758 | 396,436 | 409,445 | 437,929 | 20.51 |
| Internación | | | | | | | | | |
| Altas | 481,907 | 498,052 | 527,610 | 524,334 | 502,167 | 499,865 | 509,079 | 532,378 | 10.47 |
| Defunciones | 8,857 | 7,823 | 8,463 | 9,006 | 8,224 | 8,669 | 8,477 | 8,999 | 1.60 |
| Menos de 48 horas | 3,233 | 2,276 | 2,308 | 2,443 | 2,381 | 2,334 | 2,387 | 2,381 | -26.35 |
| Más de 48 horas | 5,624 | 5,547 | 6,155 | 6,563 | 5,843 | 6,335 | 6,090 | 6,618 | 17.67 |
| Total egresos | 490,764 | 505,875 | 536,073 | 533,340 | 510,391 | 508,534 | 517,556 | 541,379 | 10.31 |
| Total días de estada | 1'975,824 | 2'100,573 | 3'023,408 | 2'182,058 | 2'290,341 | 2'365,843 | 2'228,337 | 2'352,685 | 19.07 |
| Días camas disponibles | 2'915,743 | 2'974,525 | 3'033,659 | 3'005,605 | 3'051,148 | 3'121,155 | 3'100,296 | 3'310,715 | 13.55 |
| Gineco-obstetricia | | | | | | | | | |
| Partos total | 153,987 | 161,216 | 159,722 | 148,059 | 149,287 | 151,534 | 159,540 | 177,258 | 15.11 |
| Nacimientos | 154,755 | 161,998 | 160,495 | 148,809 | 149,848 | 152,320 | 160,424 | 178,219 | 15.16 |
| Nacidos vivos | 152,881 | 160,395 | 159,076 | 147,381 | 148,401 | 150,940 | 158,873 | 176,584 | 15.50 |
| Nacidos muertos | 1,874 | 4,777 | 3,905 | 3,839 | 1,447 | 1,380 | 1,551 | 1,635 | -12.75 |
| Abortos | 25,930 | 25,316 | 24,424 | 23,286 | 20,812 | 18,062 | 18,407 | 20,005 | -22.85 |
| Tipos de parto | | | | | | | | | |
| Partos normales | 106,098 | 107,281 | 104,591 | 93,973 | 93,804 | 95,343 | 100,268 | 109,653 | 3.35 |
| Partos complicados | 3,386 | 1,603 | 1,419 | 1,428 | 4,382 | 4,487 | 6,020 | 10,012 | 195.69 |
| Partos por cesárea | 44,503 | 49,158 | 51,226 | 50,247 | 51,103 | 51,704 | 53,252 | 57,593 | 29.41 |
| Anestesiología e intervenciones quirúrgicas | | | | | | | | | |
| Intervenciones | 198,487 | 210,803 | 239,859 | 247,976 | 242,266 | 237,294 | 246,725 | 258,929 | 30.45 |
| Electivas | 112,265 | 123,444 | 144,760 | 143,974 | 137,952 | 127,847 | 127,781 | 133,890 | 19.26 |
| De urgencia | 86,222 | 87,359 | 95,099 | 104,002 | 104,314 | 109,447 | 118,944 | 125,039 | 45.02 |
| Anestesiología | 198,894 | 209,017 | 238,148 | 244,465 | 238,063 | 232,443 | 241,847 | 255,069 | 28.24 |
| Generales | 86,600 | 89,157 | 101,140 | 106,372 | 99,527 | 94,185 | 99,242 | 102,386 | 18.23 |
| Conductivas y otras | 112,294 | 119,860 | 137,008 | 138,093 | 138,536 | 138,258 | 142,605 | 152,683 | 35.97 |

Tomado de *Producción hospitalaria MSP serie 2006-2017*, MSP, (2018b).

En la tabla 6, se puede revisar la producción hospitalaria del MSP durante el año 2010 al 2017, que paso por el mismo inconveniente de falta de información actualizada para llenar la base de datos. A pesar de ello, aquí se aprecia que las atenciones por emergencia que se realizaron en el año 2010 fueron de 4'381,419, cifra que en 2017 alcanzaron 6'695,284 con un incremento del 52.81%. De igual manera, en el área de internación se verificó el aumento de altas en un 10.47%, dado que estas fueron en 2010 de 481,907 y que en 2017 llegó a 532,378. Otro aspecto para constatar son las defunciones que apenas han tenido una variación del 1.60%, las que son menores de 48 horas tuvieron un decrecimiento del -26.35% y las de más de 48 horas un aumento de 17.67%. Además, el total egresos obtuvo un alza del 10.31%, al igual que, los días de estadía con 19.07% y días camas disponibles que fue del 13.55%. En cuanto a la producción gineco-obstetricia, se corroboró que el total de partos en 2010 fue de 153,987 y en 2017 fue de 177,258 con un aumento del 15.11% y los nacimientos con un incremento del 15.16%.

De esta cifra, se incluye a 152,881 nacidos vivos y 1,874 nacidos muertos en 2010; mientras que en 2017 estos valores fueron de 176,584 y 1635 con variaciones de 15.50% y -12.75%, en cambio, los abortos estuvieron a la baja con -22.85%. Por otro lado, las atenciones por tipo de parto mostraron una tendencia al alza en los partos normales, complicados y por cesárea con una variación de 3.35%, 195.69% y 29.41%, siendo los más frecuentes los partos normales que en el 2010 fue de 106,098 y en 2017 de 109,653. Por último, la producción de anestесias e intervenciones quirúrgicas dieron a conocer que durante el año 2010 las intervenciones fueron de 198,487 y en 2017 de 258,929 con un alza del 30.45%, siendo la más frecuente las electivas con un aumento del 19.26%, mientras que, las de urgencias tuvieron una

variación superior de 45.02%. En cambio, en la anestesia el incremento fue del 28.24% al disponer en 2010 de 198,894 y en 2017 de 255,069, de estas cifras predominaron las conductivas y otras con un aumento de 35.97% y las generales de 18.23%.

En lo que respecta a los indicadores de morbilidad, en la tabla 7 se puede constatar las principales causas de morbilidad a nivel nacional entre el año 2010 a 2020. Primero, se encuentra el COVID-19 que es un virus que apareció a finales del 2019 y provocó en el 2020 una pandemia, por ese motivo no hay datos que antecedan a las cifras registradas en dicho año con un total de 55,076 personas. En segundo lugar, se aprecia la colelitiasis que en 2010 afectó a 29,985 individuos y en 2020 a 29,700 con una variación de -0.95%. Luego, se encuentra la apendicitis aguda que en el 2010 generó morbilidad en 25,634 personas y en 2020 a 29,135 con una reducción del 13.66%.

En la actualidad, la neumonía, organismo no específico ocupa el cuarto lugar al tener en 2010 una cantidad de 33710 pacientes y en 2020 descender a 15,490 sujetos que corresponde al -54.05%. En cuanto a los trastornos del sistema urinario las cifras en 2010 eran de 11,466 y en 2020 fue de 11,622 con un incremento del 1.36%, mientras que, otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto y puerperio tuvieron un total de 4,499 mujeres durante el 2010 y en 2020 llegó a 10,994 casos con un alza del 144.37%.

Tabla 7
Las principales causas de morbilidad 2016-2020

| Causas de morbilidad | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Variación (2010-2020) |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------------------|
| COVID-19 virus identificado y no identificado (U07) | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 55,076 | |
| Colelitiasis (K80) | 29,985 | 3,312 | 33,868 | 34,906 | 36,147 | 35,434 | 36,234 | 36,522 | 37,186 | 43,673 | 29,700 | -0.95 |
| Apendicitis aguda (K35) | 25,634 | 27,946 | 29,604 | 33,949 | 35,566 | 38,060 | 39,576 | 38,533 | 41,355 | 35,546 | 29,135 | 13.66 |
| Neumonía, organismo no especificado (J18) | 33,710 | 37,209 | 34,925 | 35,400 | 29,994 | 27,643 | 32,041 | 30,004 | 31,335 | 29,066 | 15,490 | -54.05 |
| Otros trastornos del sistema urinario (N39) | 11,466 | 13,784 | 12,576 | 14,860 | 17,183 | 18,956 | 18,736 | 19,320 | 19,513 | 21,053 | 11,622 | 1.36 |
| Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O99) | 4,499 | 7,090 | 5,803 | 5,927 | 6,856 | 6,794 | 6,963 | 7,712 | 10,224 | 15,277 | 10,994 | 144.37 |
| Infección de las vías genitourinarias en el embarazo (O239; 2010-2014) | 9,689 | 311 | 11,325 | 11,440 | 12,957 | 12,911 | 13,223 | 13,544 | 15,062 | 16,010 | 10,522 | 8.60 |
| Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre (O349; 2010-2014) | 10,049 | 37 | 14,296 | 12,285 | 12,241 | 10,796 | 9,224 | 8,199 | 11,118 | 12,608 | 10,488 | 4.37 |
| Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado (A09; 2010-2014) | 37,393 | 32,106 | 30,732 | 30,492 | 30,269 | 28,131 | 30,031 | 25,762 | 21,241 | 23,574 | 9,873 | -73.60 |

Tomado de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2010, por INEC, (2011); Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2011, por INEC, (2012); Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2012, por INEC, (2013); Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2013, por INEC, (2014); Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2014, por INEC, (2015); Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2015, por INEC, (2016); Estadísticas *Hospitalarias Camas y Egresos 2016*, por INEC, (2017a); *Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios 2017*, por INEC, (2018); *Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios 2018*, por INEC, (2019b); *Boletín técnico. Camas y egresos hospitalarios*, por INEC, (2021).

Asimismo, se verificó como otra causa de morbilidad la infección de las vías genitourinarias en el embarazo que en 2010 fue de 9,689 afectados y en 2020 de 10,522 con un aumento del 8.60%. Al igual que, la atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre que tuvo en 2010 una cantidad de 10,049 casos y en 2020 alcanzó los 10,488 con una variación del 4.37%. Por último, otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado que fue de 37,393 en 2010 y de 9,873 en 2020 con una disminución de - 73.60%.

Tabla 8
Egresos hospitalarios 2010-2020

| Egresos hospitalarios | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Variación (2010-2020) |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|--------------------------|
| Egresos | | | | | | | | | | | | |
| Egresos por 1000 habitantes | 72.6 | 74.3 | 74.5 | 74.7 | 74.4 | 71.3 | 68.2 | 68.2 | 68.4 | 69.2 | 51.8 | -28.65 |
| Por sexo | | | | | | | | | | | | |
| Hombre | 363,524 | 378,734 | 389,837 | 411,139 | 417,961 | 412,377 | 402,323 | 402,976 | 410,092 | 427,408 | 322,365 | -11.32 |
| Mujer | 726,739 | 754,822 | 766,400 | 767,850 | 774,788 | 748,667 | 725,681 | 740,784 | 754,566 | 767,902 | 585,150 | -19.48 |
| Por sector | | | | | | | | | | | | |
| Sector público | 663,730 | 688,085 | 733,497 | 726,255 | 737,085 | 735,558 | 752,316 | 780,208 | 807,245 | 825,459 | 587,495 | -11.49 |
| Sector privado | 426,533 | 445,471 | 422,740 | 452,734 | 455,664 | 425,486 | 375,688 | 363,557 | 357,414 | 369,852 | 320,020 | -24.97 |
| Condición del egreso | | | | | | | | | | | | |
| Altas (vivos) | 1'074,964 | 1'118,335 | 1'141,254 | 1'163,877 | 1'172,893 | 1'142,731 | 1'108,691 | 1'123,188 | 1'145,301 | 1'175,677 | 879,118 | -18.22 |
| Fallecido en < 48h | 3,933 | 3,747 | 3,472 | 3,328 | 4,969 | 3,782 | 4,218 | 4,254 | 4,160 | 4,092 | 6,139 | 56.09 |
| Fallecido en 48 h y más | 11,366 | 11,474 | 11,511 | 11,784 | 14,887 | 14,531 | 15,095 | 16,323 | 15,198 | 15,542 | 22,258 | 95.83 |
| Número de camas disponibles | | | | | | | | | | | | |
| Camas disponibles | 23,784 | 24,545 | 23,138 | 23,667 | 24,634 | 24,770 | 22,821 | 23,452 | 23,803 | 24,054 | 23,212 | -2.40 |
| Camas por 1000 habitantes | 1.6 | 1.6 | 1.5 | 1.5 | 1.5 | 1.5 | 1.4 | 1.4 | 1.4 | 1.4 | 1.3 | -18.75 |
| Días de estada | | | | | | | | | | | | |
| Promedio días de estada | 4.1 | 4.4 | 4.7 | 4.3 | 4.3 | 4.4 | 4.3 | 4.3 | 4.4 | 4.4 | 4.6 | 12.20 |
| Defunciones hospitalarias | | | | | | | | | | | | |
| Tasa defunciones hospitalarias (1000 habitantes) | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.2 | 1.1 | 1.2 | 1.2 | 1.1 | 1.1 | 1.6 | 60.00 |

Tomado de *Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios*, por INEC, (2022).

La tabla 8 demuestra los egresos hospitalarios durante el año 2010 a 2020, donde los egresos por cada 1,000 habitantes que se dio durante el año 2010 fue de 72.6 y en 2020 subió a 51.8 con un decrecimiento del -28.65%. Los egresos de acuerdo con el sexo se dieron con mayor frecuencia en las mujeres que en el 2010 hubo 726,739 egresos y en 2020 fue de 585,150, lo cual demostró una reducción del -19.48% y en los hombres fue del -11.32%. En el caso de los egresos conforme al sector, hubo un predominio en el sector público con un decrecimiento del -11.49% al haber egresado en el 2010 a 663,730 pacientes y en 2020 a 587,495; mientras que el sector privado tuvo una baja del -24.97%.

A su vez, se cercioró de los egresos de acuerdo con su condición, en el que las altas fueron de 1'074,964 en el 2010 y de 879,118 durante el 2020, lo cual reflejó una variación del -18.22%, los egresos por fallecimiento menor a 48 horas tuvieron un aumento de 56.09 donde el año 2010 era de 3,933 y en 2020 de 6,139. En cambio, los que tienen 48 horas y más mostró una variación de 95.83%, lo cual se debió a que en 2010 hubo 11,366 defunciones y en 2020 esta cifra tuvo un alza llegando a 22,258.

Por otra parte, la cantidad de camas disponibles sufrió un decrecimiento del -2.40%, debido a que en el año 2010 había 23,784 y en 2020 está bajó a 23,212. En cuanto al promedio de días de estadía en 2010 fue de 4.1, mientras que, en 2020 ascendió a 4.6 con un aumento del 12.20%. Por último, la tasa de defunciones hospitalarias por cada 1,000 habitantes mostró un alza de 60.00% al empezar en 2010 con una tasa de 1.0 y en 2020 llegar a 1.6.

Tabla 9
Indicadores de mortalidad 2010-2020

| Mortalidad | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Variación % |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------------|
| Defunciones | 61,681 | 62,304 | 63,511 | 64,206 | 63,788 | 65,391 | 68,304 | 70,144 | 71,982 | 74,439 | 115,516 | 87.28 |
| Por sexo | | | | | | | | | | | | |
| Hombre | 4.7 | 4.7 | 4.6 | 4,5 | 4.4 | 4.5 | 4.6 | 4.6 | 4.6 | 4.8 | 7.8 | 65.96 |
| Mujer | 3.5 | 3.5 | 3.6 | 3,6 | 3.5 | 3.6 | 3.7 | 3.7 | 3.7 | 3.8 | 5.4 | 54.29 |
| Tasas | | | | | | | | | | | | |
| Tasa bruta mortalidad | 4.11 | 4.08 | 4,09 | 4.07 | 3.98 | 4.02 | 4.13 | 4.18 | 4.17 | 4.25 | 6.60 | 60.58 |
| Tasa mortalidad infantil (1000 nacidos vivos) | 9.32 | 8.90 | 8,82 | 8.79 | 8.47 | 8.95 | 9.18 | 9.87 | 10.17 | 10.09 | 7.70 | -17.38 |
| Razón de mortalidad materna (100000 nacidos vivos) | 59.04 | 70.44 | 59,90 | 46.30 | 49.16 | 44.58 | 39.67 | 42.78 | 41.40 | 37.00 | 57.60 | -2.44 |
| Tasa de mortalidad neonatal (1000 nacidos vivos) | 5.3 | 5.40 | 4,6 | 4.7 | 4.6 | 5.2 | 5.2 | 5.7 | 6.1 | 6.1 | 4.6 | -13.21 |
| Tasa de mortalidad de la niñez (1000 nacidos vivos) | 12.6 | 12.00 | 11,7 | 11.8 | 11.0 | 11.4 | 11.6 | 12.0 | 12.3 | 12.4 | 9.5 | -24.60 |

Tomado de *Registro estadístico de defunciones generales 2020*, por INEC, (2021b).

Los indicadores de mortalidad del periodo 2010 al 2020 son posible apreciarlos en la tabla 9. Primero, la cantidad de defunciones en el Ecuador ha venido presentando un incremento constante con una variación del 87.28%, ya que en 2010 la mortalidad fue de 61,681 y en 2020 fue de 115,516. Al verificar las defunciones de acuerdo con el sexo se vio un predominio de hombres con un aumento significativo del 65.96%, dado que en 2010 la tasa fue de 4.7 y en 2020 subió a 7.8; mientras que, las mujeres consiguieron un alza del 54.29%, donde tenían en 2010 una tasa de 3.5 y en 2020 llegó a 5.4.

Además, se verificó que la tasa bruta de mortalidad ha mantenido un aumento permanente que inició en 2010 con 4.11 y que alcanzó en 2020 a 6.60, lo cual refleja un alza del 60.58%. La tasa de mortalidad infantil evaluada en relación con 1,000 nacidos vivos obtuvo un decrecimiento del -17.38%, lo que se debió a que en el año 2010 las defunciones de infantes eran de 9.32 y fueron de subida constante hasta el 2019 donde alcanzó una tasa de 10.09, pero en 2020 está bajó a 7.70.

De igual forma, se apreció la razón de mortalidad materna en relación con 100,000 nacidos vivos donde tuvo una baja del -2.44%, porque las defunciones maternas en 2010 eran de 59.04 que fue aumentando y decreciendo con los años hasta que en 2020 se ubicó en 57.60. En el caso de la tasa de mortalidad neonatal, esta se comprobó en función de cada 1,000 nacidos vivos, sufrió una reducción del -13.21%, esto se dio porque en 2010 este indicador fue de 5.3 y en 2020 bajó a 4.6. Por último, la tasa de mortalidad de la niñez por cada 1000 nacidos vivos consiguió un aminoramiento del 24.60%, cuya cifra se dio a causa de que en 2010 la tasa de muertes en niños fue de 12.6 y que con los años tuvo altos y bajos llegando en 2020 a obtener este indicador un valor de 9.5.

Tabla 10
Estadísticas de salud, salud reproductiva y nutrición 2018

| Salud, Salud reproductiva y Nutrición | 2018 |
|--|-------------|
| Lactancia materna | |
| Lactancia materna exclusiva | 62.11 |
| Lactancia materna continua | 61.8 |
| Inicio temprano de la lactancia materna menor a 1 año | 71.76 |
| Salud en niñez | |
| Porcentaje de niños menores de 5 años, cuyas madres recibieron al menos 5 controles prenatales durante el embarazo | 83.28 |
| Porcentaje de mujeres que recibieron control post parto antes de los siete días | 7.02 |
| Enfermedad diarreica aguda (EDA) para niños/as menores de 5 años | 10.75 |
| Infección respiratoria aguda (IRA) para niños/as menores de 5 años | 34.22 |
| Nutrición | |
| Desnutrición crónica menores de 5 años | 23.01 |
| Sobrepeso en niños de 5 a 11 años | 20.58 |
| Obesidad en niños de 5 a 11 años | 14.8 |
| Sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años | 35.38 |
| Sobrepeso en adolescentes de 12 a 19 años | 22.53 |
| Obesidad en adolescentes de 12 a 19 años | 7.04 |
| Sobrepeso y obesidad en adolescentes de 12 a 19 años | 29.57 |
| Bajo peso en adultos de 19 a 59 años | 1.11 |
| Peso Normal en adultos de 19 a 59 años | 34.21 |
| Sobrepeso en adultos de 19 a 59 años | 41.3 |
| Obesidad en adultos de 19 a 59 años | 23.38 |
| Sobrepeso y obesidad en adultos de 19 a 59 años | 64.68 |
| Desnutrición | |
| Atenciones de niños menores de 2 años con desnutrición crónica | 383,672 |
| Salud sexual y reproductiva | |
| Mujeres en edad Fértil casadas o unidas que utilizan métodos anticonceptivos modernos | 92.76 |
| Tasa global y específica de fecundidad | 2.19 |
| Tasa de fecundidad (15-19) | 0.07 |
| Edad promedio al primer nacimiento | 20.53 |
| Comportamiento de riesgo | |
| Prevalencia de consumo de vida de tabaco de 10 a 17 años | 4.34 |
| Prevalencia de consumo actual de tabaco de 10 a 17 años | 0.91 |

Tomado de *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018*, por INEC, (2019a)

Otro punto de gran relevancia son las estadísticas de salud, salud reproductiva y nutrición que se puede verificar en la tabla 10, cuyos resultados corresponden a la última encuesta efectuada en 2018. Se encontró que la lactancia materna exclusiva se dio en el 62.11% de las madres, la lactancia continua se mantuvo en el 61.8% y el inicio temprano de la lactancia materna menor a un año se realizó en el 71.76%. En relación con la salud de los niños, los datos indican que el 83.28% de los niños durante la gestación sus madres recibieron al menos cinco controles prenatales y

apenas el 7.02% de las mujeres recibieron control post parto antes de los siete días. En el caso de los niños con Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años fue del 10.75% y los casos de Infección Respiratoria Aguda (IRA) en los menores de cinco años fue del 34.22%.

Por otra parte, el tema de nutrición se verificó conforme a la edad, en donde se halló que el 23.01% de los niños menores de cinco años presentan desnutrición, el 20.58% de los niños de cinco a 11 años tienen sobrepeso y el 14.8% obesidad. En cambio, el 22.53% de los niños de 12 a 19 años presentan sobrepeso y el 7.04% obesidad. No obstante, el 1.11% de las personas de 19 a 59 años disponen de un bajo peso, el 34.21% presentan un peso normal, el 41.3% tiene sobrepeso y el 23.38% obesidad. Por lo contrario, se apreció que hubo en el 2018 un total de 383,672 atenciones en niños menores de dos años con desnutrición crónica.

Con respecto a la salud sexual y reproductiva, se comprobó que el 92.76% de las mujeres en edad fértil unidas o casadas utilizan métodos anticonceptivos modernos, la tasa de fecundidad global y específica fue de 2.19, la tasa de fecundidad en jóvenes de 15 a 19 años fue de 0.07, así como, la edad promedio al primer nacimiento fue de 20.53. Por otra parte, el comportamiento de riesgo que se logró constatar en la población encuestada fue que la prevalencia de consumo de vida de tabaco en personas de 10 a 17 años fue de 4.34, del consumo actual de tabaco fue de 0.91 y del consumo actual de alcohol de 26.21.

Tabla 11
Situación del VIH/Sida 2010-2020

| VIH | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Variación % |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Número de casos | 5,267 | 5,011 | 3,593 | 2,951 | 3,470 | 3,294 | 4,862 | 3,553 | 4,077 | 4,320 | 3,823 | -27.42 |
| Mortalidad relacionada al Sida | 727 | 662 | 710 | 762 | 828 | 797 | 796 | 813 | 877 | 786 | 830 | 14.17 |
| Tasa de mortalidad | 4.84 | 4.34 | 4.57 | 4.91 | 5.19 | 4.93 | 4.73 | 5.02 | 4.83 | 4.55 | 4.8 | -0.83 |

Tomado de *Boletín anual VIH/SIDA y expuestos perinatales año 2019*, por MSP, (2020); *Boletín Anual de VIH/sida Ecuador 2020*, por MSP, (2021).

Uno de los indicadores de morbilidad más preocupantes es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), cuyos datos se pueden verificar en la tabla 11. El número de nuevos casos de VIH durante el 2010 fue de 5,267, cuya cifra con los años ha ido mostrando altos y bajos, llegando en 2013 a tener la menor cantidad de contagios por conseguir 2,951 nuevos pacientes infectados, luego volvió a incrementarse y reducirse llegando a registrar 3,823 nuevos casos en 2020, lo cual refleja una baja del -27.42%.

A pesar de esto, la mortalidad relacionada al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha tenido un crecimiento con el paso del tiempo. Puesto que, en 2010 las defunciones eran de 727 personas y en 2020 estas incrementaron a 830, lo que la convierte en la más alta cantidad de muertes superando a las 828 del año 2014, aspecto que refleja un aumento del 14.17%. Estos valores mencionados corresponden a una tasa de mortalidad de 4.84 para el 2010 y de 4.8 para el 2020, lo que significa una variación negativa de 0.83%.

Tabla 12
Situación del VIH/Sida por características periodo 2016-2020

| Casos VIH/Sida | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Variación (2016-2020) |
|------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------------------|
| Por sexo | 4,862 | 3,533 | 4,077 | 4,320 | 3,823 | -21.37 |
| Hombre | 3,183 | 2,350 | 2,880 | 3,126 | 2,760 | -13.29 |
| Mujer | 1,679 | 1,183 | 1,197 | 1,194 | 1,063 | -36.69 |
| Concentración en provincias | | | | | | |
| Guayas | 2,446 | 1,101 | 751 | 1,314 | 1,211 | -50.49 |
| Pichincha | 494 | 825 | 758 | 906 | 631 | 27.73 |
| Manabí | 309 | 173 | 175 | 289 | 229 | -25.89 |
| Santo Domingo de los Tsáchilas | 99 | 68 | 117 | 179 | 224 | 126.26 |
| El Oro | 251 | 203 | 180 | 257 | 220 | -12.35 |

| Incidencia | | | | | | |
|---|---------|---------|-----------|-----------|---------|--------|
| Incidencia del VIH (1000 hab) | 0.18 | | 0,22 | 0,3 | 0,22 | 22.22 |
| Razón | | | | | | |
| Razón hombre-mujer | 2,58:1 | 2:1 | 2:1 | 3:1 | 2:1 | |
| Coinfección | | | | | | |
| Coinfección VIH-TB | 675 | | | 493 | 522 | -22.67 |
| Tamizaje VIH | | | | | | |
| Tamizaje población general | | 965,735 | 1'290,684 | 1'508,406 | 777,120 | |
| Tamizaje en embarazadas | 417,778 | 496,800 | 600,349 | 661,248 | 451,321 | 8.03 |
| Transmisión materno-infantil | | | | | | |
| Gestantes con VIH | 307 | 433 | 430 | 577 | 572 | 86,32 |
| Prevalencia de VIH en embarazadas | 0.16 | | | 0.17 | 0.25 | 56.25 |
| Tasa de transmisión materno infantil del VIH | 2.07 | | | 2.07 | 2.8 | 35.27 |
| Expuestos perinatales | 493 | 518 | 440 | 486 | 456 | -7.51 |
| Niños con VIH | 13 | | | 10 | 13 | 0.00 |
| Viven con VIH | | | | | | |
| Personas que viven con VIH | | 36,544 | 33,473 | 47,206 | 42,503 | |
| Por provincia | | | | | | |
| Guayas | | 1101 | 15,396 | 16,710 | 18,655 | |
| Pichincha | | 825 | 4,546 | 5,452 | 5,265 | |
| Los Ríos | | 172 | 2,753 | 2,945 | 3,054 | |
| Manabí | | 173 | 2,282 | 2,571 | 3,162 | |
| Esmeraldas | | 263 | 1,581 | 1,876 | 2,209 | |
| Tratamiento | | | | | | |
| Personas viviendo con VIH con tratamiento antirretroviral | 22,589 | | 26,427 | 27,304 | 33,829 | 49.76 |
| Personas viviendo con VIH con supresión viral | | | 17,767 | 22,312 | 27,264 | |

Tomado de *Informe GAM Ecuador monitore global del SIDA*, por MSP, (2017a); *Producción hospitalaria MSP serie 2006-2017*, por MSP, (2018a); *Boletín anual VIH/SIDA y expuestos perinatales año 2018*, por MSP, (2019); *Boletín anual VIH/SIDA y expuestos perinatales año 2019*, por MSP, (2020); *Boletín Anual de VIH/sida Ecuador 2020*, por MSP, (2021).

A su vez, se incorporó información del VIH/Sida con respecto a algunas características partiendo del año 2016 al 2020 disponible en las fuentes gubernamentales y que se expresan en la tabla 12. Como se puede apreciar no se dispuso de datos anteriores del 2016, ya que, estos no se hallaron en las bases de datos del MSP, por lo cual se revisó aquella información disponible. Primero se revisó los casos de VIH/Sida por sexo encontrando que los hombres son quienes tienen un mayor contagio al presentar en 2016 un total de 3186 casos nuevos, mientras que las mujeres representaron 1,679 infectadas. A pesar de pasar varios años aun en 2020 se mantiene la gran diferencia entre el sexo masculino con 2,760 casos a diferencia con el femenino que fue de 1,063 contagios, demostrando con ello una

reducción para ambos sexos, siendo la mujer la de mayor decrecimiento con 36.69% y el hombre con 13.29%.

En lo que respecta a la concentración de casos por provincias, se constató que en el año 2016 la provincia del Guayas era la de mayor cantidad de casos nuevos con 2,446 contagios, seguida de Pichincha con 494 infectados, Manabí con 309, Santo Domingo 99 y El Oro 251. Al pasar los años estos valores han ido en aumento y disminución en ciertas provincias, lo cual generó que Guayas obtenga una reducción de casos en un 50.49% al registrar 1,211 infectados en el año 2020, Pichincha presentó un incremento del 27.73%, siendo la segunda en subir sus cifras al estar por debajo de Santo Domingo de los Tsáchilas que tuvo un acrecentamiento del 126.26%, mientras que Manabí y El Oro fueron a la baja con 25.89% y 12.35% respectivamente.

Otros indicadores que se verificaron fue la incidencia del VIH por cada 1,000 habitantes que en 2016 fue de 0.18 y en 2020 de 0.22, lo que representa un aumento del 22.22%. En cuanto a la razón hombre-mujer, en 2016 fue de 2.58:1 y en 2020 de 2:1. En lo que se refiere a la coinfección VIH- Tuberculosis (TB) en 2016 se evidenció 675 casos valor que tuvo un retroceso y se ubicó en 2020 en 522 personas con una disminución de 22.67%.

Una de las acciones implementadas por el Estado, desde años antes que apareció esta enfermedad fue el tamizaje del VIH, que en 2016 se realizaron 417,778 a embarazadas, sin disponer de cifras generales, pero en 2017 refleja que el tamizaje a la población general fue de 965,735, mientras que en las gestantes fue de 496,800. En los años 2018 y 2019 la prueba de VIH en la población general superó el millón alcanzando en 2019 1'508,406, cifra que se vio disminuida en 2020 a causa de la

pandemia logrando un tamizaje de 777,120 cifra inferior a la que se efectuó en 2017. En cambio, la prueba de VIH en las embarazadas demostró un incremento de 8.03% al conseguir en 2020 un total de 451,321 tamizajes.

Por otra parte, se verificó que las gestantes con VIH durante el año 2016 fueron 307 mujeres, sin embargo, con los años fue incrementándose hasta llegar en 2020 a 572, lo que refleja una variación de 86.32%. La prevalencia de la enfermedad en las gestantes en 2016 fue de 0.16 y en 2020 alcanzó 0.25 demostrando con esto un aumento de 56.25%. Además, la tasa de transmisión materno infantil del VIH en 2016 fue de 2.07 y en 2020 subió a 2.8 con un aumento del 35.27%. En cambio, se constató que los expuestos perinatales durante el 2016 eran de 493 casos, siendo este valor cambiante en los años y terminando en 2019 con 456 casos, lo cual demuestra una variación de -7.51%. Inclusive, en el año 2016 se corroboró que hubo 13 niños/as con VIH, siendo esta cantidad similar a la del 2020, por lo cual no existe variación.

En lo que se refiere a las personas que viven con VIH, se comprobó que en 2017 habían 36,544, cantidad que ha subido hasta alcanzar en 2020 un total de 42,503 sujetos. Las provincias en donde ellos viven con VIH son Guayas que en 2018 era de 15,396 y en 2020 es de 18,655, con un incremento de 21.17%, en segundo lugar, estaba Pichincha con 4,546 personas que aumentó a 5,265 con un alza de 15.82%. En cambio, las personas que viven con VIH y siguen tratamiento antirretroviral en 2016 era de 22,589 y en 2020 llegó a 33,829 sujetos, mientras que, los individuos que tienen supresión viral durante el año 2018 era de 17,767 y se incrementó a 27,264 personas en 2020.

Tabla 13
Patologías en adultos mayores

| Sexo/ Edad | Presión alta | | | Diabetes | | | Enfermedad pulmonar o crónica | | | Enfermedad del corazón | | | Tuberculosis | | | Derrame cerebral | | | Artritis, reumatismo | | | cáncer | | |
|-----------------------|--------------|------------|-----------|------------|--------------|-----------|-------------------------------|--------------|----------|------------------------|--------------|-----------|--------------|--------------|----------|------------------|--------------|----------|----------------------|------------|-----------|-----------|--------------|----------|
| | Sí | No | No sabe | Sí | No | No sabe | Sí | No | No sabe | Sí | No | No sabe | Sí | No | No sabe | Sí | No | No sabe | Sí | No | No sabe | Sí | No | No sabe |
| Hombre | 390 | 659 | 15 | 108 | 941 | 13 | 76 | 986 | 3 | 116 | 947 | 2 | 17 | 1,043 | 4 | 63 | 999 | 0 | 224 | 827 | 14 | 23 | 1,040 | 2 |
| 41-60 | 3 | 9 | 0 | 2 | 10 | 0 | 1 | 11 | 0 | 1 | 11 | 0 | 1 | 11 | 0 | 0 | 12 | 0 | 1 | 11 | 0 | 0 | 12 | 0 |
| 61-70 | 190 | 334 | 9 | 62 | 463 | 7 | 35 | 498 | 1 | 48 | 485 | 1 | 7 | 524 | 3 | 25 | 506 | 0 | 97 | 427 | 10 | 11 | 523 | 0 |
| 71-80 | 114 | 211 | 4 | 29 | 295 | 5 | 22 | 306 | 1 | 37 | 291 | 1 | 6 | 322 | 0 | 23 | 306 | 0 | 71 | 256 | 2 | 8 | 319 | 2 |
| 81-90 | 73 | 92 | 2 | 15 | 151 | 1 | 13 | 153 | 1 | 25 | 142 | 0 | 3 | 163 | 1 | 10 | 157 | 0 | 45 | 121 | 1 | 3 | 164 | 0 |
| 91-101 | 10 | 13 | 0 | | 22 | 0 | 5 | 18 | 0 | 5 | 18 | 0 | 0 | 23 | 0 | 5 | 18 | 0 | 10 | 12 | 1 | 1 | 22 | 0 |
| Mujer | 680 | 605 | 21 | 202 | 1,084 | 20 | 110 | 1,189 | 7 | 297 | 2,062 | 13 | 17 | 1,284 | 6 | 71 | 1,232 | 3 | 541 | 749 | 17 | 46 | 1,256 | 5 |
| 41-60 | 3 | 7 | 0 | 1 | 9 | 0 | 0 | 10 | 0 | 3 | 19 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 10 | 0 | 1 | 9 | 0 | 0 | 10 | 0 |
| 61-70 | 321 | 311 | 10 | 113 | 517 | 12 | 54 | 582 | 6 | 127 | 1039 | 11 | 11 | 626 | 6 | 27 | 612 | 3 | 258 | 375 | 10 | 26 | 612 | 5 |
| 71-80 | 225 | 182 | 6 | 61 | 346 | 6 | 34 | 379 | 0 | 102 | 639 | 1 | 5 | 408 | 0 | 24 | 389 | 0 | 177 | 233 | 3 | 14 | 399 | 0 |
| 81-90 | 114 | 88 | 5 | 25 | 180 | 2 | 22 | 184 | 1 | 57 | 316 | 1 | 1 | 206 | 0 | 14 | 193 | 0 | 91 | 112 | 4 | 5 | 202 | 0 |
| 91-101 | 17 | 17 | 0 | 2 | 32 | 0 | 0 | 34 | 0 | 8 | 49 | 0 | 0 | 34 | 0 | 6 | 28 | 0 | 14 | 20 | 0 | 1 | 33 | 0 |
| Seguro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IESS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 849 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IESS seguro campesino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 478 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seguro privado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 104 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ISSFA o ISSPOL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seguro Municipal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 62 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ninguno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3717 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alcantarillado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2548 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2687 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tomado de *Encuesta de salud. Bienestar del adulto mayor*, por INEC, (2022a).

De acuerdo con la información presentada en la tabla 13, la cual especifica información del adulto mayor. Primero, se aprecia las diferentes patologías que presenta esta parte de la población de acuerdo con el sexo y edad, resaltando que las mujeres presentan mayor frecuencia de contraer enfermedades superando a los hombres en todas las patologías revisadas. En la presión alta, el sexo femenino estuvo conformado por 680 casos y el masculino de 390 casos, siendo la edad de 61 a 70 años la que predominó en ambos sexos. En cuanto a la diabetes mellitus, las mujeres con esta enfermedad fueron 202 y los hombres 108, en donde hubo mayor frecuencia de padecimiento en las personas de 61 a 70 años en ambos casos, aspecto que se repitió en las demás enfermedades.

Con respecto a la enfermedad pulmonar o crónica, las féminas con esta patología fueron de 110 y en los caballeros de 76 casos. La cantidad de adultos mayores con enfermedad del corazón en las mujeres fue de 297 y en hombres de 116, mientras que, los individuos con tuberculosis ambos sexos obtuvieron la misma cantidad de 17 casos. Por otro lado, en las personas que habían sufrido derrame cerebral, el sexo femenino consiguió mayor frecuencia con 71 y el masculino con 63, también, se constató sujetos con artritis, reumatismo que predominó en las mujeres con 541 casos y en hombre fue de 224. Por último, en los adultos mayores que padecían de cáncer, se encontró mayor parte de los casos en las mujeres con 46 y en hombres de 23.

Tabla 14

Indicadores de oferta 2010-2019

| Producción de las industrias características de la salud | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Variación (2010-2019) |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------------------|
| Producción de la salud respecto al PIB | 4.2% | 4.5% | 4.9% | 5.0% | 5.0% | 5.6% | 5.7% | 5.8% | 6.3% | 6.2% | 47.88 |
| Por sector (miles \$) | 2'923,096 | 3'532,449 | 4'272,425 | 4'785,991 | 5'132,735 | 5564166 | 5664107 | 6021754 | 6754818 | 6718582 | 129.84 |
| Producción sector público | 1'821,184 | 2'162,619 | 2'594,878 | 3'015,370 | 3'210,687 | 3356904 | 3498935 | 3992778 | 4526296 | 4310020 | 136.66 |
| Producción sector privado | 1'101,912 | 1'369,830 | 1'677,547 | 1'770,621 | 1'922,048 | 2207262 | 2165172 | 2028976 | 2228522 | 2408562 | 118.58 |
| Consumo intermedio de las industrias características de la salud | | | | | | | | | | | |
| Consumo intermedio de la salud respecto al PIB | 1,6% | 1,7% | 1,8% | 1,9% | 2,0% | 2,0% | 1,9% | 2,0% | 2,2% | 2,1% | 33.47 |
| Por sector (miles \$) | 1'105,117 | 1'365,290 | 1'598,596 | 1'842,756 | 2'042,689 | 1'964,073 | 1'939,767 | 2'041,131 | 2'383,156 | 2'292,474 | 107.44 |
| Consumo intermedio sector público | 524,160 | 707,563 | 820,421 | 999,866 | 1'122,188 | 1'009,437 | 1'015,719 | 1'171,237 | 1'422,679 | 1'250,634 | 138.60 |
| Consumo intermedio sector privado | 580,957 | 657,727 | 778,175 | 842,890 | 920,501 | 954,636 | 924,048 | 869,894 | 960,477 | 1'041,840 | 79.33 |
| Valor agregado bruto (VAB) de las industrias características de la salud | | | | | | | | | | | |
| VAB de la salud respecto al PIB | 2,6% | 2,7% | 3,0% | 3,1% | 3,0% | 3,6% | 3,7% | 3,8% | 4,1% | 4,1% | 56.64 |
| Por sector (miles \$) | 1'817,979 | 2'167,159 | 2'673,829 | 2'943,235 | 3'090,046 | 3'600,093 | 3'724,340 | 3'980,623 | 4'371,662 | 4'426,108 | 143.46 |
| VAB sector público | 1'297,024 | 1'455,056 | 1'774,457 | 2'015,504 | 2'088,499 | 2'347,467 | 2'483,216 | 2'821,541 | 3'103,617 | 3'059,386 | 135.88 |
| VAB sector privado | 520,955 | 712,103 | 899,372 | 927,731 | 1'001,547 | 1'252,626 | 1'241,124 | 1'159,082 | 1'268,045 | 1'366,722 | 162.35 |

Tomado de *Cuentas satélite de salud 2007-2019*, por INEC, (2020b).

En la tabla 14, se puede apreciar los indicadores de oferta del periodo 2010 al 2019, por ser estos los más actuales en las bases de datos del INEC. Dicho indicador está encabezado por la producción de las industrias características de la salud, que en función del PIB demostró que en 2010 representó el 4.2% y que aumentó en 2019 a 6.2%, demostrando una variación del 47.88%. En relación con el sector hubo un predominio del sector público con \$1'821,184 en comparación al privado con \$1'101,912. Es indiscutible, que los valores se incrementaron llegando en 2019 a producir \$4'310,020 y \$2'408,562, lo que refleja un alza de 136.66% y 118.58%.

En el caso del consumo intermedio de estas industrias, se verificó que este en relación con el PIB fue en 2010 de 1.6% y en 2019 fue de 2.1%, lo que significa que este ha incrementado en 33.47%. Asimismo, se corroboró este indicador de acuerdo con el sector siendo el público el de mayor valor con \$524,160 en 2010 y alcanzando en 2019 los \$1'250,634, mientras que, el privado tuvo \$580,957 de consumo intermedio y en 2019 este valor llegó a \$1'041,840, lo que corresponde a un alza del 79.33%.

En cambio, el Valor Agregado Bruto (VAB) de las industrias de la salud se lo revisó en función del PIB, en donde obtuvo en 2010 el 2.6% y en 2019 el 4.1% con un aumento del 56.64%. Además, se lo corroboró en relación con el sector demostrando que durante el 2010 el sector público consiguió \$1'297,024 y en privado \$520,955, cifras que fueron creciendo y reflejando en el 2019 valores de \$3'059,386 y \$1'366,722 respectivas, cuyas cifras representan un aumento de 135.88% y 162.35% correspondientemente.

Tabla 15

Descripción de rubros de producción de industrias características de salud a precios constantes 2010-2019

| Industrias | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Variación (2010-2019) |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------------|
| Producción Industrias características de la salud | 2'512,111 | 2'918,767 | 3'355,128 | 3'545,611 | 3'632,372 | 3'840,542 | 3'756,064 | 3'757,592 | 3'970,313 | 4'077,342 | 62.31 |
| Regulación de las actividades de organismos que prestan servicios de salud | 259,237 | 307,396 | 305,103 | 328,898 | 264,510 | 235,438 | 200,594 | 206,859 | 220,677 | 183,429 | -29.24 |
| Actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria | 7,054 | 11,388 | 12,959 | 17,383 | 16,416 | 22,301 | 30,308 | 41,915 | 26,628 | 24,018 | 240.49 |
| Actividades de hospitales privados | 448,742 | 519,158 | 633,399 | 676,091 | 698,615 | 797,147 | 686,621 | 617,407 | 637,012 | 673,227 | 50.03 |
| Actividades de hospitales públicos (MSP) | 489,318 | 477,102 | 562,447 | 609,832 | 736,088 | 753,844 | 727,745 | 764,406 | 801,710 | 808,133 | 65.15 |
| Actividades de hospitales públicos (IESS) | 371,352 | 478,836 | 519,754 | 589,781 | 593,525 | 657,577 | 679,008 | 688,606 | 751,319 | 776,331 | 109.06 |
| Actividades de hospitales públicos (otro sector público) | 54,603 | 71,440 | 73,527 | 73,522 | 88,599 | 76,749 | 66,393 | 73,216 | 67,228 | 60,967 | 11.66 |
| Actividades de centros ambulatorios del sector privado | 358,689 | 451,680 | 487,414 | 431,104 | 438,302 | 469,453 | 487,245 | 456,286 | 511,560 | 539,875 | 50.51 |
| Actividades de centros ambulatorios del sector público (MSP) | 244,045 | 269,702 | 379,159 | 409,321 | 418,221 | 463,240 | 502,761 | 517,006 | 531,260 | 559,185 | 129.13 |
| Actividades de centros ambulatorios del sector público (IESS) | 113,849 | 154,945 | 170,620 | 181,115 | 136,953 | 148,308 | 158,642 | 168,645 | 182,373 | 190,963 | 67.73 |
| Actividades de centros ambulatorios del sector público (otros sector público) | 30,294 | 32,349 | 32,863 | 33,169 | 29,541 | 25,240 | 23,903 | 26,167 | 22,598 | 23,188 | -23.46 |
| Otras actividades relacionadas con la salud humana privados | 132,667 | 142,860 | 175,405 | 193,121 | 209,844 | 190,127 | 191,942 | 197,079 | 217,948 | 238,026 | 79.42 |
| Otras actividades relacionadas con la salud humana públicos | 2,261 | 1,911 | 2,478 | 2,274 | 1,758 | 1,118 | 902 | 0 | 0 | 0 | |
| Industrias conexas de la salud | 1'230,595 | 1'372,510 | 1'468,049 | 1'537,269 | 1'686,495 | 1'729,938 | 1'640,518 | 1'732,977 | 1'732,522 | 1'621,298 | 31.75 |
| TOTAL | 3'742,706 | 4'291,277 | 4'823,177 | 5'082,880 | 5'318,867 | 5'570,480 | 5'396,582 | 5'490,569 | 5'702,835 | 5'698,640 | 52.26 |

Tomado de *Cuentas satélite de salud 2007-2019*, por INEC, (2020b).

Es posible apreciar en la tabla 15 los rubros correspondientes a la producción de industrias características de salud en precios constantes en el intervalo del 2010 al 2019, por ser el más actual de la base de datos del INEC, cuya cifra en 2010 fue de \$2'512,111 y que con los años fue incrementándose hasta alcanzar en 2019 el valor de \$4'077,342 con una variación del 62.31%. Sin embargo, este campo lo conforman la regulación de las actividades de organismos que prestan servicios de salud que sufrió un retroceso del -29.24%, las actividades de planes de seguridad social de afiliación con un aumento del 240.49%. Al igual que, las actividades de hospitales privados con el 50.03%, hospitales públicos (MSP) el 65.15%, hospitales públicos (IESS) el 109.06% y hospitales públicos (otro sector público) el 11.66%. Además, de las actividades de centros ambulatorios del sector privado con el 50.51%, sector público (MSP) el 129.13%, sector público (IESS) el 67.73% y el sector público (otro sector público) con el -23.46%.

Asimismo, otras actividades relacionadas con la salud humana privados con el 79.42% y públicos sin una cifra de variación al pasar este ítem con valores de cero durante los años 2017 a 2019. No obstante, la producción contiene industrias conexas de la salud que provocaron en 2010 un valor de \$1'230,595 en precios constantes y que en 2019 alcanzó a \$1'621,298, lo que refleja un aumento del 31.75%. Este ramo de la salud está conformado por las actividades de servicios de medicina prepagada privada y seguros de enfermedad y accidentes privados. A su vez, de la fabricación de productos químicos, farmacéuticos y medicamentos, equipo médico y quirúrgico y de aparatos ortopédicos, instrumentos de óptica y equipo fotográfico, así como, la construcción de infraestructura hospitalaria y comercio de productos de la salud.

Tabla 16

Descripción de rubros de consumo intermedio industrias características salud precios constantes 2010-2019

| Industrias | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Variación (2010-2019) |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------------|
| Consumo intermedio Industrias características de la salud | 953,874 | 1'103,945 | 1'248,034 | 1,418,307 | 1'551,994 | 1'634,251 | 1'637,338 | 1'641,517 | 1'735,150 | 1'796,467 | 88.33 |
| Regulación de las actividades de organismos que prestan servicios de salud | 72,298 | 94,194 | 89,406 | 90,128 | 54,269 | 56,703 | 40,463 | 45,019 | 50,647 | 34,918 | -51.70 |
| Actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria | 752 | 2,878 | 1,912 | 3,479 | 8,947 | 13,460 | 19,500 | 20,600 | 12,245 | 10,720 | 1,325.53 |
| Actividades de hospitales privados | 232,235 | 241,859 | 280,812 | 318,662 | 337,224 | 358,798 | 330,808 | 309,346 | 323,251 | 353,617 | 52.27 |
| Actividades de hospitales públicos (MSP) | 98,335 | 122,437 | 163,699 | 229,172 | 275,588 | 282,235 | 272,464 | 286,191 | 300,157 | 302,562 | 207.68 |
| Actividades de hospitales públicos (IESS) | 148,593 | 210,291 | 214,101 | 294,144 | 300,281 | 332,687 | 343,529 | 348,385 | 380,114 | 392,768 | 164.32 |
| Actividades de hospitales públicos (otros sector público) | 24,255 | 33,414 | 35,439 | 36,059 | 49,128 | 42,012 | 35,431 | 39,729 | 37,733 | 28,200 | 16.26 |
| Actividades de centros ambulatorios del sector privado | 179,378 | 202,699 | 224,559 | 219,749 | 242,746 | 246,384 | 268,971 | 256,369 | 281,065 | 302,773 | 68.79 |
| Actividades de centros ambulatorios del sector público (MSP) | 75,537 | 63,011 | 84,888 | 57,651 | 127,220 | 140,914 | 152,936 | 157,269 | 161,604 | 170,099 | 125.19 |
| Actividades de centros ambulatorios del sector público (IESS) | 41,728 | 56,275 | 67,978 | 77,154 | 56,205 | 60,865 | 65,106 | 69,211 | 74,845 | 78,371 | 87.81 |
| Actividades de centros ambulatorios del sector público (otros sector público) | 4,493 | 6,537 | 7,686 | 8,506 | 10,288 | 13,332 | 11,606 | 12,089 | 10,271 | 11,301 | 151.52 |
| Otras actividades relacionadas con la salud humana privados | 75,767 | 69,904 | 77,080 | 83,182 | 89,774 | 86,688 | 96,386 | 97,309 | 103,218 | 111,138 | 46.68 |
| Otras actividades relacionadas con la salud humana públicos | 503 | 446 | 474 | 421 | 324 | 173 | 138 | 0 | 0 | 0 | |
| Industrias conexas de la salud | 541,255 | 581,247 | 592,790 | 625,994 | 672,983 | 690,492 | 681,731 | 712,738 | 735,977 | 673,930 | 24.51 |
| TOTAL | 1'495,129 | 1'685,192 | 1'840,824 | 2'044,301 | 2'224,977 | 2'324,743 | 2'319,069 | 2'354,255 | 2'471,127 | 2'470,397 | 65.23 |

Tomado de *Cuentas satélite de salud 2007-2019*, por INEC, (2020b).

En la tabla 16, se aprecia el rubro consumo intermedio industrias características de salud durante el periodo 2010-2019, por ser las cifras más actuales del INEC, que en 2010 obtuvo un valor de \$953,874 en precios constantes que aumentó con el tiempo y alcanzó en 2019 el \$1'796,467 con un incremento del 88.33%. Dentro de este ramo, está la regulación de las actividades de organismos que prestan servicios de salud con una reducción del 51.70%, las actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria consiguieron un incremento del 1,325.53%. A esto se suma, las actividades de hospitales privados con el 52.27%, públicos (MSP) el 207.68%, públicos (IESS) el 164.32% y públicos (otro sector público) el 16.26%. En cambio, las actividades de centros ambulatorios del sector privado mostraron un alza de 68.79%, sector público (MSP) el 125.19%, sector público (IESS) el 87.81% y sector público (otro sector público) el 151.52%.

A su vez, se encuentran las industrias conexas de la salud que en el 2010 tuvieron un consumo intermedio de \$541,255 en precios constantes y que fue aumentando hasta que en 2019 logró una cifra de \$673,930, demostrando un alza de 24.51%. Los ítems con mayor consumo intermedio lo conforman la fabricación de productos químicos, farmacéuticos y medicamentos con \$176,320 en 2010 y que en 2019 fue de \$239,554 con un aumento del 35.86%, seguido de la fabricación de equipo médico y quirúrgico y de aparatos ortopédicos que en 2010 era de \$145,734 y en 2019 tuvo un decrecimiento del -9.45%. No obstante, la mayor variación se apreció en la construcción de infraestructura hospitalaria que en 2010 era de \$30,176 y en 2019 fue de \$82,043 con un aumento del 171.88%.

Tabla 17

Descripción de rubros de VAB industrias características salud precios constantes 2010-2019

| Industrias | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Variación (2010-2019) |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------------------|
| VAB Industrias características de la salud | 1'558,237 | 1'814,822 | 2'107,094 | 2'127,304 | 2'080,378 | 2'206,291 | 2'118,726 | 2'116,075 | 2'235,163 | 2'280,875 | 46.38 |
| Regulación de las actividades de organismos que prestan servicios de salud | 186,939 | 213,202 | 215,697 | 238,770 | 210,241 | 178,735 | 160,131 | 161,840 | 170,030 | 148,511 | -20.56 |
| Actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria | 6,302 | 8,510 | 11,047 | 13,904 | 7,469 | 8,841 | 10,808 | 21,315 | 14,383 | 13,298 | 111.01 |
| Actividades de hospitales privados | 216,507 | 277,299 | 352,587 | 357,429 | 361,391 | 438,349 | 355,813 | 308,061 | 313,761 | 319,610 | 47.62 |
| Actividades de hospitales públicos (MSP) | 390,983 | 354,665 | 398,748 | 380,660 | 460,500 | 471,609 | 455,281 | 478,215 | 501,553 | 505,571 | 2931 |
| Actividades de hospitales públicos (IESS) | 222,759 | 268,545 | 305,653 | 295,637 | 293,244 | 324,890 | 335,479 | 340,221 | 371,205 | 383,563 | 72.19 |
| Actividades de hospitales públicos (otros sector público) | 30,348 | 38,026 | 38,088 | 37,463 | 39,471 | 34,737 | 30,962 | 33,487 | 29,495 | 32,767 | 7.97 |
| Actividades de centros ambulatorios del sector privado | 179,311 | 248,981 | 262,855 | 211,355 | 195,556 | 223,069 | 218,274 | 199,917 | 230,495 | 237,102 | 32.23 |
| Actividades de centros ambulatorios del sector público (MSP) | 168,508 | 206,691 | 294,271 | 351,670 | 291,001 | 322,326 | 349,825 | 359,737 | 369,656 | 389,086 | 130.90 |
| Actividades de centros ambulatorios del sector público (IESS) | 72,121 | 98,670 | 102,642 | 103,961 | 80,748 | 87,443 | 93,536 | 99,434 | 107,528 | 112,592 | 56.12 |
| Actividades de centros ambulatorios del sector público (otros sector público) | 25,801 | 25,812 | 25,177 | 24,663 | 19,253 | 11,908 | 12,297 | 14,078 | 12,327 | 11,887 | -53.93 |
| Otras actividades relacionadas con la salud humana privados | 56,900 | 72,956 | 98,325 | 109,939 | 120,070 | 103,439 | 95,556 | 99,770 | 114,730 | 126,888 | 123.00 |
| Otras actividades relacionadas con la salud humana públicos | 1,758 | 1,465 | 2,004 | 1,853 | 1,434 | 945 | 764 | 0 | 0 | 0 | |
| Industrias conexas de la salud | 689,340 | 791,263 | 875,259 | 911,275 | 1,013,512 | 1,039,446 | 958,787 | 1,020,239 | 996,545 | 947,368 | 37.43 |
| TOTAL | 2'247,577 | 2'606,085 | 2'982,353 | 3'038,579 | 3'093,890 | 3'245,737 | 3'077,513 | 3'136,314 | 3'231,708 | 3'228,243 | 43.63 |

Tomado de *Cuentas satélite de salud 2007-2019*, por INEC, (2020b).

En la tabla 17, se muestra el VAB de industrias características de la salud en precios constantes en el intervalo del 2010-2019, debido a que fueron los datos más actuales del INEC. En el 2010 alcanzó el \$1'558,237 llegando en 2019 a un valor de \$2'280,875, que representa un aumento del 46.38%. Este campo lo conforman varios ítems empezando con la regulación de las actividades de organismos que prestan servicios de salud con una cifra de \$186,939 en 2010 y en 2019 de \$148,511, demostrando una disminución del -20.56%. Las actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria en 2010 fueron de \$6,302 y en 2019 de \$13,298 que corresponde a un incremento del 111.01%.

Además, se encuentran las actividades de hospitales privados consiguiendo en 2010 un VAB de \$216,507 y en 2019 de \$319,610, lo que muestra un alza del 47.62%. En el caso de las actividades de hospitales públicos (MSP) se halló un VAB de \$390,983 y en 2019 de \$505,571 generando un aumento del 29.31%. A su vez, las actividades de hospitales públicos (IESS) que reflejaron un VAB de \$222,759 y en 2019 de \$383,563 que muestra un incremento del 72.19%, mientras que públicos (otro sector público) obtuvo en 2010 \$30,348 y en 2019 de \$32,767 conllevando a un alza del 7.97%.

De igual manera, las actividades de centros ambulatorios del sector privado obtuvieron un VAB de \$179,311 en 2010 y en 2019 de \$237,102 que representa una variación de 32.23%, de sector público (MSP) fue en 2010 de \$168,508 y en 2019 de \$389,086 con un alza del 130.90%. Asimismo, las actividades de centros ambulatorios del sector público (IESS) con un VAB de \$72,121 en 2010 y de \$112,592 en 2019 que deja a la vista un aumento del 56.12%, al igual que, público

(otro sector público) en donde se consiguió una VAB de \$25,801 en 2010 y de \$11,887 en 2019, lo que generó una reducción del 53.93%.

Otros aspectos que conforman el VAB de esta industria son otras actividades relacionadas con la salud humana privados que en 2010 alcanzó una cifra de \$56,900 y en 2019 fue de \$126,888 que corresponde a un alza de 123.00%. Por último, las otras actividades relacionadas con la salud humana públicos que en 2010 obtuvo un valor de \$1,758, la cual con los años decreció hasta quedar en \$0.00 en 2017 y se ha mantenido hasta 2019. Otro punto que conforma el VAB son las industrias conexas de la salud que durante el año 2010 fue \$689,340 y en 2019 ascendió a \$947,368 logrando un aumento del 37.43%.

Los ítems que conforman este campo son las actividades de servicio de medicina prepagada privados con un incremento de 196.95%, las actividades de seguros de enfermedad y accidentes privados con una variación del 79.15% y la fabricación de productos químicos, farmacéuticos y medicamentos con un alza del 65.34%. Sin embargo, se encontró reducciones en la fabricación de equipo médico y quirúrgico y de aparatos ortopédicos con el 60.02% y de instrumentos de óptica y equipo fotográfico de 60.18%. Otros puntos con incrementos fueron la construcción de infraestructura hospitalaria con el 153.97% y el comercio de productos de la salud con el 23.58%.

Tabla 18

Indicadores de demanda en valores corrientes 2010-2019

| Gasto de consumo final total en salud | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Variación (2010-2019) |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------------------|
| Gasto de consumo final total respecto al PIB | 6.1% | 6.5% | 6.8% | 6.8% | 6.7% | 7.5% | 7.3% | 7.4% | 7.8% | 7.7% | 26.23 |
| Gasto de consumo final total | 4'246,382 | 5'135,069 | 5'945,675 | 6'440,345 | 6'833,560 | 7'438,305 | 7'275,401 | 7'700,905 | 8'361,187 | 8'331,106 | 96.19 |
| De los hogares | 2'207,720 | 2'634,139 | 2'844,639 | 2'707,185 | 2'539,502 | 3'029,391 | 2'731,645 | 2'828,908 | 2'913,597 | 2'959,821 | 34.07 |
| Individual del gobierno | 1'694,590 | 2'084,368 | 2'662,072 | 3'225,008 | 3'833,534 | 3'958,357 | 4'114,778 | 4'411,462 | 4'973,607 | 4'945,356 | 191.83 |
| Colectivo del gobierno | 277,621 | 346,316 | 361,116 | 414,654 | 352,329 | 323,809 | 299,304 | 329,333 | 330,932 | 276,573 | -0.38 |
| Instituciones Privadas Sin Fines de Lucro al Servicio de los Hogares (ISFLSH) | 66,451 | 70,246 | 77,848 | 93,498 | 108,195 | 126,748 | 129,674 | 131,202 | 143,051 | 149,356 | 124.76 |
| Gasto nacional en servicios de salud del gobierno general | | | | | | | | | | | |
| Gasto de consumo final público en salud respecto al PIB | 2.8% | 3.1% | 3.4% | 3.8% | 4.1% | 4.3% | 4.4% | 4.5% | 4.9% | 4.8% | 70.35 |
| Gasto de consumo final público en salud | 1'972,211 | 2'430,684 | 3'023,188 | 3'639,662 | 4'185,863 | 4'282,166 | 4'414,082 | 4'740,795 | 5'304,539 | 5'221,929 | 164.78 |
| Gasto de consumo final privado en salud | 2'274,171 | 2'704,385 | 2'922,487 | 2'800,683 | 2'647,697 | 3'156,139 | 2'861,319 | 2'960,110 | 3'056,648 | 3'109,177 | 36.72 |
| Gasto de bolsillo de los hogares | | | | | | | | | | | |
| Gasto de bolsillo de los hogares respecto al gasto de consumo final total en salud | 47.8% | 46.8% | 43.5% | 38.5% | 33.5% | 36.4% | 33.3% | 32.7% | 30.9% | 31.4% | -34.40 |
| Gasto de Bolsillo de los Hogares | 2'030,813 | 2'404,814 | 2'584,822 | 2'479,740 | 2'289,191 | 2'707,690 | 2'423,019 | 2'521,783 | 2'586,216 | 2'613,594 | 28.70 |
| Gasto de consumo final efectivo en salud | | | | | | | | | | | |
| Consumo final efectivo en salud | 4'246,382 | 5'135,069 | 5'945,675 | 6'440,345 | 6'833,560 | 7'438,305 | 7'275,401 | 7'700,905 | 8'361,187 | 8'331,106 | 96.19 |
| De los hogares en salud | 3'968,761 | 4'788,753 | 5'584,559 | 6'025,691 | 6'481,231 | 7'114,496 | 6'976,097 | 7'371,572 | 8'030,255 | 8'054,533 | 102.95 |
| Del gobierno en salud | 277,621 | 346,316 | 361,116 | 414,654 | 352,329 | 323,809 | 299,304 | 329,333 | 330,932 | 276,573 | -0.38 |
| Gasto consumo final del gobierno general en salud | | | | | | | | | | | |
| Gasto de consumo final del gobierno general en salud respecto al PIB | 2.8% | 3.1% | 3.4% | 3.8% | 4.1% | 4.3% | 4.4% | 4.5% | 4.9% | 4.8% | 70.35 |
| Del gobierno central y local en salud | 1'227,544 | 1'363,315 | 1'722,473 | 2'066,496 | 2'379,016 | 2'452,379 | 2'472,727 | 2'800,248 | 3'022,395 | 2'901,060 | 136.33 |
| De los fondos de seguridad social en salud | 744,667 | 1'067,369 | 1'300,715 | 1'573,166 | 1'806,847 | 1'829,787 | 1'941,355 | 1'940,547 | 2'282,144 | 2'320,869 | 211.67 |

Tomado de *Cuentas satélite de salud 2007-2019*, por INEC, (2020b).

En la tabla 18, se presentan los indicadores de demanda durante el periodo 2010-2019, dado que son las cifras más actuales del INEC, empezando con el gasto de consumo final total en salud, el cual con respecto al PIB en 2010 fue de 6.1% y en 2019 de 7.7% con un aumento del 26.23%. Además, el consumo final en salud fue mayor el de los hogares que en 2010 era de \$2'207,720 y en 2019 de \$2'959,821 con un incremento del 34.07%. No obstante, el rubro que obtuvo mayor alza fue el individual del gobierno que en 2010 era de \$1'694,590 y en 2019 este llegó a \$4'945,356 dejando a la vista un aumento del 191.83%.

Por otra parte, en cuanto al gasto nacional en servicio de salud del gobierno general, este ítem fue revisado en relación con el PIB encontrando que en el año 2010 era del 2.8% y en 2019 de 4.8% con un alza del 70.35%. En cambio, este rubro en función del sector demostró que en 2010 predominó el público con \$1'972,211 y en 2019 llegó a \$5'221,929 con un incremento de 164.78%; mientras que, el privado en 2010 fue de \$2'274,171 y en 2019 fue de \$3'109,177 que corresponde a un aumento de 36.72%.

Otro punto importante que se puede verificar es el gasto de bolsillo de los hogares, el cual durante el año 2010 fue de \$2'030,813 y en 2019 de \$2'613,594 con un aumento del 28.70% y este en relación con el gasto de consumo final total en salud en 2010 fue del 47.8% y en 2019 del 31.4% demostrando un descenso del 34.40%. El gasto de consumo final efectivo en salud está conformado por el consumo final efectivo en salud que en 2010 fue de \$4'246,382 y en 2019 de \$8'331,106 que refleja un alza del 96.19%.

El consumo de los hogares en salud en 2010 fue de \$3'968,761 y en 2019 de \$8'054,533 generando con ello un alza de 102.95% y el consumo del gobierno en

salud que fue de \$277,621 en 2010 y de \$276,573 en 2019 con una reducción de 0.38%. Asimismo, el gasto consumo final del gobierno general en salud, el cual en relación con el PIB fue del 2.8% en el 2010 y en 2019 de 4.8%, lo que demuestra un aumento del 70.35%. Al igual que, el consumo del gobierno central y local en salud en 2010 fue de \$1'227,544 y en 2019 de \$2'901,060, lo que significa un crecimiento de 136.33%; en cambio, el consumo de los fondos de seguridad social en salud en 2010 fue de \$744,667 y en 2019 de \$2'320,869, lo que provocó un alza de 211.67%.

En cambio, en la tabla 19 se evidencia el valor promedio de producción por egreso hospitalario que en 2010 fue de \$939 y en 2019 de \$2,100 con un alza de 123.55%, siendo los servicios con internación en hospitales y clínicas del sector público las de mayor frecuencia que en 2010 fue de \$632,093 y en el privado de \$391,891. Estas cifras incrementaron en 2019 a \$1'685,946 y \$823,752, lo que refleja un alza de 166.72% y 110.20%.

Tabla 19
Otros indicadores en valores corrientes 2010-2019

| Valor promedio de producción | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Variación (2010-2019) |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------------------------|
| Valor promedio de producción por egreso hospitalario | 939 | 1,054 | 1,256 | 1,435 | 1,605 | 1,809 | 1,844 | 1,927 | 2,160 | 2,100 | 123.55 |
| Servicios con internación en hospitales y clínicas del sector público | 632,093 | 721,039 | 851,035 | 1'003,071 | 1'176,943 | 1'214,925 | 1'285,915 | 1'487,272 | 1'751,553 | 1'685,946 | 166.72 |
| Servicios con internación en hospitales y clínicas del sector privado | 391,891 | 474,057 | 601,232 | 688,858 | 737,447 | 885,547 | 794,059 | 716,555 | 763,683 | 823,752 | 110.20 |

Tomado de *Cuentas satélite de salud 2007-2019*, por INEC, (2020b).

Análisis de Resultados

Entre los resultados más relevantes que corresponden a los indicadores básicos de la salud, se logró verificar en los datos sociodemográficos que la población del país tuvo un crecimiento en un 16.64% entre 2010 y 2020, siendo más de la mitad representada por el sector urbano. En cuanto a la cobertura de servicios de salud, dentro de este rubro se constató que el número de profesionales sanitarios ha ido en aumento logrando un alza superior al doble en los médicos, odontólogos, psicólogos y enfermeras, pero la cantidad de obstetras apenas ha incrementado. De igual manera, sucede con el número de establecimientos de salud que han mostrado una variación positiva del 4.19% y un crecimiento en la cantidad de salas de cuidados intensivos e intermedios de casi la mitad. Esto demuestra, que con el tiempo se ha logrado una mayor accesibilidad a los servicios de salud, a pesar de que, aún se debe trabajar en la capacitación y contratación de más profesionales para cubrir la demanda de la población.

En los indicadores de morbilidad, se encontró que los egresos hospitalarios por cada 1,000 habitantes obtuvieron una tendencia a la baja del 28.65%, en donde el sexo femenino predominó. Además, fueron atendidos en su mayoría en instituciones del sector público, siendo el alta la condición del egreso con más frecuencia, así como, el grupo etario de 30 a 64 años y la etnia mestiza. Por consiguiente, los egresos hospitalarios han disminuido en el período de estudio, lo cual puede deberse a los avances en la medicina, el mejoramiento de los servicios de salud, el acceso a estos, el control de enfermedades, la educación de las personas, entre otros.

A su vez, se analizó las principales causas de morbilidad en el 2020, en donde se halló que el COVID-19 fue la más frecuente, dado que el brote de esta patología

inició en dicho año. No obstante, hubo otras afecciones que se manifestaron, pero con menor regularidad como la coleditiásis y neumonía que experimentaron una baja al comparar los datos del año 2010 y 2020. La apendicitis aguda, otros trastornos del sistema urinario, otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, la infección de las vías genitourinarias en el embarazo y la atención materna por anomalías conocidas o presuntas obtuvieron un aumento. Es evidente, que la incidencia de los padecimientos tuvo una reducción a causa de la pandemia, ya que durante el confinamiento se cerraron algunos establecimientos de la salud para dar prioridad a las personas con COVID-19, exceptuando la apendicitis y la neumonía que ya estaban en caída.

Por otra parte, los casos nuevos de VIH han presentado una tendencia bajista con una variación negativa del 27.42% entre el año 2010 y 2020, mientras que, la mortalidad relacionada al Sida ha sufrido un incremento. Esta afección suele darse con mayor repetición en los hombres, concentrándose en las provincias del Guayas y Pichincha. En el caso de la transmisión materno infantil existe un aumento considerable de las gestantes con VIH y una disminución de los expuestos perinatales mínima. Es decir, que aunque el VIH es una enfermedad que ha mostrado una tendencia a la baja, la mortalidad relacionada al Sida ha sufrido un crecimiento, y aunque la cantidad de gestantes con VIH aumentó, la cantidad de bebés expuestos al virus disminuyó.

Uno de los grupos prioritarios para la atención de salud son los adultos mayores, siendo ellos quienes suelen padecer diversas patologías, siendo las más frecuentes tales como presión alta, la artritis y reumatismo, enfermedades del corazón, renal o crónica y diabetes mellitus. Es necesario acotar, que en cada una de

las patologías mencionadas las mujeres predominaron, al igual que, el grupo etario de 61 a 70 años. En otras palabras, los adultos mayores son la población más vulnerable, especialmente las féminas por lo que se requiere de una mejor atención por parte de los órganos gubernamentales y administrativos que se encargan de atenderlos. Con respecto a la mortalidad, las defunciones han mostrado un incremento paulatino, al igual que, la tasa de defunciones hospitalarias, dándose con más regularidad en el sexo masculino, apreciando una tasa bruta de mortalidad en alza y aminorándose la infantil, neonatal y de la niñez. Por lo tanto, a pesar de ser el sexo femenino las que se enferman con más frecuencia, son los hombres quienes tienen una superior tasa de muerte.

Por otra parte, en el factor de riesgo se apreció que la lactancia materna exclusiva en 2018 apenas pasaba la mitad de la población de gestantes, casi similar a la cantidad de féminas que iniciaron la lactancia materna temprano. En lo que respecta a la salud en la niñez, hubo bastantes niños menores de cinco años en donde sus madres al menos recibieron cinco controles prenatales durante el embarazo, pero fue muy bajo el número de mujeres con control post parto antes de los siete días. Esto demostró, un pequeño porcentaje de niños menores de cinco años que presentaron EDA y una cifra algo superior en los niños con IRA. Es decir que, aún existen muchos factores de riesgo en el embarazo y en la niñez, por lo cual, se debe trabajar para mejorar los indicadores, ya que pese a los esfuerzos que se han realizado, aún hay muchos niños en riesgo.

Además, en cuanto a la nutrición se evidenció que por debajo de la cuarta parte de niños menores de cinco años manifestaron desnutrición crónica, mientras que, los niños de cinco a once años con sobrepeso tuvieron valores inferiores y

mucho menos los que tenían obesidad. En los niños de 12 a 19 años, los datos fueron un tanto mayor para los casos con sobrepeso en comparación a los infantes, aunque inferior en los que tienen obesidad. No obstante, las personas de 19 a 59 años mostraron sobrepeso en cerca de la mitad de su población, casi una cuarta parte tuvieron obesidad y apenas uno por ciento presentaron bajo peso. Evidentemente, en el país existe un problema de salud pública de sobrepeso y obesidad, cuyas cifras son alarmantes, pero sobre todo en la población adulta. De igual manera, el comportamiento de riesgo de los individuos de 10 a 17 años registra una prevalencia de consumo de vida de tabaco es inferior a cinco y el consumo actual por debajo de uno; mientras que, el consumo actual de alcohol apenas supera la cuarta parte. Es decir, que el comportamiento de riesgo en el consumo de alcohol en los niños y adolescentes es un poco superior, comparado con el tabaco, aunque sigue siendo un porcentaje bajo en general.

Por último, dentro del sistema de salud se constató la producción total de los establecimientos que en 2010 cubrió a 34'492,059 personas, que con los años tuvo altos y bajos hasta que en 2017 decreció en un 17.89%. Esto se debió a la baja de atenciones en las unidades móviles, así como, del segundo y tercer nivel, pese a que la mayoría de las consultas se debieron a atenciones por morbilidad que sufrieron una disminución de la cuarta parte en 2017, al igual que las emergencias, preventivas y odontológicas, pero con porcentajes menores de variación. Dichos datos reflejan un decrecimiento de la prestación de servicios médicos en casi todos los niveles de la salud exceptuando el primer nivel que consiguió un mínimo incremento, lo que puede deberse a la falta de acceso a estas unidades por parte de la población a causa de la mala calidad de los servicios, por lo que prefieren acudir a establecimientos privados.

Por otro lado, las asignaciones presupuestarias se revisan bajo los indicadores de oferta donde se pudo reconocer que la producción de la salud respecto al PIB en 2010 fue del 4.2% y en 2019 aumentó en casi la mitad, predominando la del sector público que obtuvo un incremento de más del doble en 2019. Dicha variación positiva, se debió a las actividades del MSP, IESS y otros sectores públicos, así como a las actividades de centros ambulatorios del MSP e IESS. Es decir, que existe un incremento significativo en la producción de salud por parte de los sectores públicos, lo cual se puede deber a una mayor conciencia de la importancia de la salud en la población y de inversión por parte del Estado. No obstante, estas diferencias fueron similares en el consumo intermedio y el VAB, siendo este último en relación con el PIB del 2.6% en 2010 y creció en un poco más de la mitad para el 2019, siendo el sector público el que posee un valor superior, en donde las causas son semejantes a las antes vistas.

En cambio, en los indicadores de demanda se constató que el gasto de consumo final total en salud en 2010 con respecto al PIB fue del 6.1% con una variación algo superior a la cuarta parte. Esto se debía, en gran parte al gasto de los hogares durante el 2010, sin embargo, esta situación cambió con los años al conseguir en 2019 que el gasto individual del gobierno incremente en casi el triple. Por lo tanto, el Gobierno asumió una mayor responsabilidad de la salud de los ciudadanos gracias a la inversión en esta área permitiendo que el gasto de los hogares en salud se reduzca en una gran proporción. Otros indicadores como el valor promedio de producción por egreso hospitalario que tuvo un aumento de más del doble de variación, en donde predominaron los servicios con internación en hospitales y clínicas del sector público que desde el 2010 ha tenido un crecimiento constante que supera en más del doble

hasta el 2019. Estos datos solo demuestran que las personas son cada vez más dependientes de los servicios de salud del Gobierno, es decir, que existe una superior cantidad de egresos hospitalarios y cada egreso cuesta más dinero.

En la tabla 20 que se presenta a continuación, se muestra un resumen de los principales indicadores de salud. Primero es necesario recordar que el presupuesto para salud mostró un crecimiento de 62.31% durante el 2010-2019, lo cual se logra constatar en la inversión pública realizada a la infraestructura con un aumento del 4.19%. Asimismo, durante el mismo intervalo de tiempo incrementó la contratación de recursos humanos con una variación de 92.24%, lo cual ha facilitado ampliar la cobertura de atención. Cabe mencionar, que estos aspectos han permitido que el egreso hospitalario disminuya en 28.65%, al igual que, la tasa de mortalidad infantil -17.38%, neonatal -13.21%, de la niñez -24.60% y del VIH/Sida -0.83%.

Del mismo modo, se ha reducido el número de casos de VIH/Sida en -27.42%, así como, la morbilidad por colelitiasis -0.95% y neumonía -54.05%. No obstante, se vio un aumento de las defunciones en un 87.28% lo que dio lugar a una tasa de defunciones hospitalarias del 60.0%, y de mortalidad del 60.58%. A su vez, en las morbilidades más frecuentes se apreció una subida en otras enfermedades maternas clasificables en otra parte que fue de 144.37%, otros trastornos del sistema urinario 1.36% y apendicitis aguda 13.66%.

Tabla 20

Resumen de indicadores de salud 2010-2020

| Indicadores de salud | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Variación |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|-----------|
| Producción Industrias características de la salud | 2'512,111 | 2'918,767 | 3'355,128 | 3'545,611 | 3'632,372 | 3'840,542 | 3'840,542 | 3'757,592 | 3'970,313 | 4'077,342 | | 62.31 |
| Actividades de hospitales públicos (MSP) | 489,318 | 477,102 | 562,447 | 609,832 | 609,832 | 753,844 | 727,745 | 764,406 | 801,710 | 808,133 | | 65.15 |
| Actividades de hospitales públicos (IESS) | 371,352 | 478,836 | 519,754 | 589,781 | 593,525 | 657,577 | 679,008 | 688,606 | 751,319 | 776,331 | | 109.06 |
| N° establecimientos de salud | 3,981 | 4,032 | 4,015 | 4,223 | 4,139 | 4,081 | 4,201 | 4,168 | 4,165 | 4,148 | | 4.19 |
| Recursos humanos | 48,481 | 53,797 | 60,722 | 65,265 | 67,053 | 70,820 | 79,130 | 84,970 | 91,205 | 93,202 | | 92.24 |
| Egresos por 1000 habitantes | 72.6 | 74.3 | 74.5 | 74.7 | 74.4 | 71.3 | 68.2 | 68.2 | 68.4 | 69.2 | 51.8 | -28.65 |
| Tasa de defunciones hospitalarias (1000 hab.) | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.2 | 1.1 | 1.2 | 1.2 | 1.1 | 1.1 | 1.6 | 60.00 |
| Defunciones | 61,681 | 62,304 | 63,511 | 64,206 | 63,788 | 65,391 | 68,304 | 70,144 | 71,982 | 74,439 | 115,516 | 87.28 |
| Tasa bruta mortalidad | 4.11 | 4.08 | 4.09 | 4.07 | 3.98 | 4.02 | 4.13 | 4.18 | 4.17 | 4.25 | 6.60 | 60.58 |
| Tasa mortalidad infantil (1,000 nv) | 9.32 | 8.90 | 8.82 | 8.79 | 8.47 | 8.95 | 9.18 | 9.87 | 10.17 | 10.09 | 7.70 | -17.38 |
| Razón de mortalidad materna (100,000 nv) | 59.04 | 70.44 | 59.90 | 46.30 | 49.16 | 44.58 | 39.67 | 42.78 | 41.40 | 37.00 | 57.60 | -2.44 |
| Tasa de mortalidad neonatal (1000 nv), | 5.3 | 5.40 | 4.6 | 4.7 | 4.6 | 5.2 | 5.2 | 5.7 | 6.1 | 6.1 | 4.6 | -13.21 |
| Tasa de mortalidad de la niñez (1,000 nv) | 12.6 | 12.00 | 11.7 | 11.8 | 11.0 | 11.4 | 11.6 | 12.0 | 12.3 | 12.4 | 9.5 | -24.60 |
| Número de casos de VIH/Sida | 5,267 | 5,011 | 3,593 | 2,951 | 3,470 | 3,294 | 4,862 | 3,553 | 4,077 | 4,320 | 3,823 | -27.42 |
| Tasa de mortalidad VIH/Sida | 4.84 | 4.34 | 4.57 | 4.91 | 5.19 | 4.93 | 4.73 | 5.02 | 4.83 | 4.55 | 4.8 | -0.83 |
| Causas de morbilidad | | | | | | | | | | | | |
| COVID-19 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 55,076 | |
| Colelitiasis | 29,985 | 3,312 | 33,868 | 34,906 | 36,147 | 35,434 | 36,234 | 36,522 | 37,186 | 43,673 | 29,700 | -0.95 |
| Apendicitis aguda | 25,634 | 27,946 | 29,604 | 33,949 | 35,566 | 38,060 | 39,576 | 38,533 | 41,355 | 35,546 | 29,135 | 13.66 |
| Neumonía | 33,710 | 37,209 | 34,925 | 35,400 | 29,994 | 27,643 | 32,041 | 30,004 | 31,335 | 29,066 | 15,490 | -54.05 |
| Otros trastornos sistema urinario | 11,466 | 13,784 | 12,576 | 14,860 | 17,183 | 18,956 | 18,736 | 19,320 | 19,513 | 21,053 | 11,622 | 1.36 |
| Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio | 4,499 | 7,090 | 5,803 | 5,927 | 6,856 | 6,794 | 6,963 | 7,712 | 10,224 | 15,277 | 10,994 | 144.37 |

Capítulo IV

Propuesta

En la presente sección, se presenta un marco de estrategias en torno a la salud pública como uno de los indicadores más notables para medir el bienestar de la población ecuatoriana; con el fin de resolver el problema expuesto. Por ello se diseña una iniciativa con tres objetivos clave y sus respectivas actividades, los materiales y recursos a utilizar, al igual que el presupuesto estimado para la consumación del plan propuesto y el cronograma.

Objetivos

Objetivo general

Elaborar una propuesta para los sectores prioritarios que requieren de inversión en salud para que mejoren los indicadores básicos de salud en el Ecuador.

Objetivos específicos

- Elaborar una guía para la elaboración de planes y programas sanitarios.

Justificación

La salud es un sector clave para el desarrollo económico y social del país, por lo que la inversión en salud es esencial para mejorar la calidad de vida de la población y reducir la pobreza. Análogamente, es uno de los indicadores más relevantes para medir el bienestar, por lo tanto, es necesario contar con un análisis detallado de los sectores que requieren inversión para mejorar dentro del marco propositivo. En consecuencia, es importante tener un guía para la toma de decisiones en cuanto a este tema en salud en Ecuador, así como una propuesta de asignación presupuestaria según los sectores de interés y diseñar políticas públicas efectivas para el mejoramiento de la salud de la población. En este sentido, los beneficiarios de la

propuesta serán el Ministerio de Salud Pública y la población en general que se atiende en sistema nacional de salud; ya que se contará con una herramienta que permita analizar la situación sanitaria del país y orientar las políticas públicas en función de garantizar el acceso a la salud, medicamentos, atención prioritaria y mejorar la calidad de vida de los ecuatorianos.

Actividades

Análisis y políticas públicas para la salud

La inserción de la salud en todas las políticas es una respuesta a una variedad de problemas complejos y, a menudo, firmemente vinculados, como la epidemia de enfermedades, la creciente desigualdad e iniquidades en aspectos sanitarios, el aumento de los costos de atención médica, el envejecimiento de la población, el cambio climático y las amenazas relacionadas con los recursos naturales y la falta de estrategias eficientes para lograr las metas gubernamentales con insumos cada vez más reducidos. Estos problemas o líos sociales son extremadamente desafiantes y abordarlos requiere soluciones innovadoras, un nuevo paradigma político y estructuras que rompan la naturaleza aislada del gobierno para promover el pensamiento transdisciplinario e intersectorial.

Las soluciones innovadoras propuestas para sistema sanitario ecuatoriano incluyen mejorar la coordinación entre los sectores de salud y fomentar el pensamiento transdisciplinario e intersectorial a través de la creación de estructuras específicas. En este sentido, las estructuras propuestas para promover dicho pensamiento incluyen la creación de una Mesa Intersectorial para el mejoramiento de los indicadores básicos de la Salud, que tendrá como objetivo coordinar el trabajo de los diferentes sectores involucrados en la salud, así como fomentar el diálogo y el

intercambio de ideas entre los mismos. Con ello, se busca integrar este sector social en todas las decisiones y acciones gubernamentales en lo nacional, provincial y municipal. Por tanto, se espera que conduzca a una mayor eficacia y eficiencia en la asignación de recursos, un mejor uso de los ya existentes y una mayor articulación de acciones.

En tanto que el nuevo paradigma gubernamental en Ecuador es el enfoque en salud en todo el sistema estatal. Este enfoque reconoce que la salud es una cuestión de importancia nacional y que debe estar integrada en todas las decisiones y acciones gubernamentales. El enfoque también reconoce la necesidad de una mayor coordinación entre los sectores para asegurar que se está haciendo todo lo posible para mejorar la salud de la población, lo que significa que todas las decisiones políticas deben tener en cuenta la evolución que pueden tener en la salud de la población. En lo que respecta a la creación de las Mesa Intersectorial para el mejoramiento de los indicadores básicos de la Salud, se invitará a participar a los ministerios de Salud, Economía y Finanzas, Educación, Producción, Comercio Exterior, Inversiones y Pesca, Inclusión Económica y Social, la Secretaria Nacional de Planificación y actores sociales involucrados en la promoción de la salud. A continuación, se describen el objetivo y las funciones de la mesa intersectorial para el territorio nacional.

Tabla 21

Organización de la mesa intersectorial

Objetivo de la mesa intersectorial

Constituir un modelo de trabajo y coordinación interinstitucional del sector social y económico, para el mejoramiento de los indicadores de salud, acatamiento de las

políticas públicas y desarrollo de planes nacionales, así como fomentar el diálogo y el intercambio de ideas entre los sectores involucrados.

Funciones

- Definir una visión compartida del problema a resolver alineado con los objetivos organizacionales.
- Analizar la salud territorial provincial y municipal.
- Promover la organización de operaciones intersectoriales a nivel distrital.
- Elaborar planes y programas acorde a los datos del análisis previo y recursos disponibles en territorio.
- Presupuestar los planes y programas para su respectiva asignación presupuestaria.
- Delinear acciones a fin de actuar sobre los determinantes e indicadores de la salud.
- Monitorear el cumplimiento de los planes, programas y acciones.
- Comunicar las acciones y resultados de los planes, programas.
- Motivar canales de diálogo continuos que permitan transmitir las experiencias y aprendizajes territoriales sobre salud individual, familiar y comunitaria.
- Fomentar la educación social sobre los indicadores básicos sanitarios, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

| Tiempo de instauración de la mesa intersectorial | Frecuencia de reuniones | Duración de reuniones | Responsable coordinador |
|---|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Seis meses | Semanales | Ocho horas | MSP |

Las reuniones iniciales de la mesa intersectorial deberán estar enfocadas en desarrollar una comprensión común de los problemas en cuestión; identificar cómo el trabajo de cada sector se conecta con los problemas de salud pública; establecer una visión compartida y metas ambiciosas para un sistema sanitario saludable; explorar y desarrollar expectativas, compromisos y parámetros para la toma de decisiones.

Particularmente, cinco actividades deberán ejecutarse en este proceso: el desarrollo de

un marco comunitario saludable, fijación de metas, indagación de causa raíz de problemas, elaboración de informes de política conjuntos e involucrar a los sectores.

En cuanto al desarrollo de un marco comunitario saludable, en la primera reunión del grupo, se preguntará ¿qué le viene a la mente? a los miembros de la mesa de trabajo sobre cuando escuchan las palabras comunidad saludable y al mismo tiempo piensan en su salud, la de su familia y sus hijos. Anticipadamente, las respuestas demostrarán que los miembros entenderán intuitivamente que la salud ocurre en las escuelas, los vecindarios y los lugares de trabajo, y que los entornos dan forma a sus propios comportamientos de salud. Después de varias rondas de revisión y perfeccionamiento, la mesa de trabajo adoptará un marco de comunidades saludables, el cual es fundamental en la creación de un mapa para los esfuerzos relacionados con la salud.

A propósito, en la creación de metas, los miembros del grupo de trabajo desarrollarán objetivos como una forma de construir una visión cohesiva. En la primera reunión del grupo de trabajo, el personal proporcionará dos objetivos de muestra para enmarcar la discusión y, en las reuniones posteriores, el grupo desarrollará un total de seis objetivos. En alineación con el marco de comunidades saludables, los objetivos se enfocan en áreas con un nexo muy claro entre el trabajo del MSP y las entidades cuyos representantes forman parte de la mesa intersectorial. En ese sentido, es necesario utilizar un lenguaje simple de los objetivos a fin de facilitar que el personal, otras entidades y el público entiendan y compartan una visión con la mesa. Juntos, el marco de comunidades saludables y las metas servirán como un punto de partida para hablar sobre los determinantes sociales de la salud y la necesidad de generar políticas.

Respecto al mapeo de causa raíz, los miembros del equipo de trabajo utilizarán un ejercicio de causa-efecto para ayudar a dilucidar la complejidad de los determinantes interrelacionados de la salud y delinear la necesidad de las políticas a desarrollarse. El grupo de trabajo completo revisará y discutirá cada uno de los mapas (dibujados simultáneamente en pliegos de papel Bond por grupos pequeños), y luego cada participante anotará lugares en el mapa donde la entidad que representa podría tener una función. Este proceso ayudará a los miembros a visualizar la complejidad de los problemas que enfrentan la sociedad, la necesidad y la promesa de la colaboración intersectorial para lograr objetivos comunes.

En relación con la elaboración de informes de política conjuntos, el personal de la mesa intersectorial, y expertos clave en políticas, desarrollarán resúmenes de políticas que explorarán los vínculos entre la salud y las áreas de responsabilidad de los ministerios y entidades que conforman la mesa intersectorial. Este proceso ayudará al personal y a los miembros del grupo de trabajo a comprender mejor las relaciones entre la salud y otros sectores, proporcionando al personal una mejor comprensión de cómo las agencias gubernamentales ven su propio trabajo y ayudando al personal a apreciar más plenamente la importancia del trabajo intersectorial. Trabajar en los resúmenes también proporcionará muchos recordatorios sobre la importancia de abstenerse de usar la jerga de la salud pública o de enmarcar cada problema exclusivamente desde una perspectiva de salud.

Finalmente, involucrar a las partes interesadas implicará que en los primeros cuatro meses de instaurada la mesa intersectorial, el personal realizará alrededor de quince reuniones individuales con expertos en políticas y nuevos sectores. Estos serán esenciales para construir relaciones y recopilar información que dará forma a las

recomendaciones. Por otro lado, una vez instalada la mesa intersectorial, se planificará una capacitación en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades, incluyendo a exposición de los indicadores básicos sanitarios del país actualizados. Dicha actividad se llevará a cabo en conjunto con los GAD municipales en las zonas urbanas y con los GAD parroquiales en las áreas rurales del país.

Tabla 22

Planificación de las jornadas de capacitación

| Temas de la capacitación | | |
|--|---|--|
| 1. La importancia de la salud en todas las políticas. | | |
| 2. El enfoque de salud en todas las políticas. | | |
| 3. Indicadores de salud. | | |
| 4. Promoción de la salud | | |
| 5. Prevención de enfermedades estacionarias y crónicas | | |
| Frecuencia | Una sola vez por cada GAD | |
| Tiempo | Tres horas | |
| Metodología | Organización | |
| La capacitación se desarrollará en forma de conferencia, con una presentación seguida de un panel de expertos, más una sesión de preguntas y respuestas. | 9:00 a.m. - 9:15 a.m. | Apertura |
| | 9:15 a.m. - 10:15 a.m. | Presentación |
| | 10:15 a.m. - 11:00 p.m. | Panel de expertos |
| | 11:00 a.m. - 12:00 p.m. | Sesión de preguntas y respuestas, conclusiones |
| | 12:00 p.m. - 12:15 p.m. | Cierre y refrigerio |
| Recursos y materiales | Responsables | |
| 1. Una presentación que explique los tópicos enumerados anteriormente. | La capacitación será dictada por un panel de expertos | |
| | Lugar | |

| | |
|--|--|
| 2. Un panel de expertos que puedan responder preguntas y ofrecer consejos sobre prevenir enfermedades. | Auditorios de GAD municipales y parroquiales |
| 3. Folletos de promoción de la salud | |
| 4. Materiales de apoyo, como videos o artículos | |

Guía para la elaboración de planes y programas sanitarios

Las entidades gubernamentales participan continuamente en procesos que ofrecen oportunidades para incorporar una perspectiva de salud, fomentar nuevas relaciones interseccionales, hacer recomendaciones para la acción intersectorial o embarcarse en un enfoque más estructurado de salud. Por ejemplo, las entidades desarrollan informes, patrocinan conferencias y eventos educativos, desarrollan programas de subvenciones, escriben propuestas para obtener nuevos fondos, participan en procesos de acreditación y planificación estratégica, responden a desastres naturales y, en algunos casos, desarrollan y proponen reglamentos y legislación. La siguiente tabla describe algunas funciones gubernamentales y brinda ejemplos de cómo frente a cada una de ellas se puede señalar ventanas de oportunidad a fin de emprender nuevas asociaciones para apoyar políticas o programas específicos, o lanzar una iniciativa de salud incluyente.

Tabla 23

Oportunidades para iniciativas de salud

| Mecanismo de gobierno | Oportunidad | Posibles acciones |
|------------------------------|--|---|
| Datos e información | Las dependencias gubernamentales recopilan, estandarizan y difunden datos e información. Compartir | Incluir indicadores relacionados con los determinantes sociales de la |

| | | |
|--------------------------|---|---|
| | datos o estandarizar elementos de datos entre agencias puede garantizar una colaboración más efectiva. | salud (ingresos, empleo, vivienda y transporte) en los informes del departamento de salud. |
| Educación e información | Las agencias educan e informan a la población sobre temas relevantes para individuos, organizaciones, comunidades y empresas. | Incorporar mensajes sobre la importancia de la actividad física en distintos materiales de promoción. |
| Empleador | Las políticas de los empleados pueden fomentar comportamientos saludables y también establecer un ejemplo positivo para las empresas privadas. | Proporcionar alojamiento para la lactancia (lactarios) para apoyar la lactancia materna. |
| Fondos públicos | Las subvenciones y subsidios pueden utilizarse para fomentar acciones de promoción de la salud. Esto incluye el pago de servicios de promoción de la salud. | - Ofrecer subsidios para el cuidado de niños para apoyar a los trabajadores con niños. - Diseñar un programa de seguro social específico para la población discapacitada, sumada al seguro social. |
| Guía y mejores prácticas | Las pautas se pueden utilizar para alentar a las comunidades a implementar las mejores prácticas o metodologías comprobadas. | Incorporar estrategias que promuevan la salud de la comunidad en planes integrales de uso de la tierra o de acción climática comunitaria. |
| Regulaciones | Las entidades pueden agregar, eliminar o cambiar regulaciones, mejorar la aplicación o cambiar los | Desarrollar un reglamento para aplicar un análisis de salud a las decisiones |

| | | |
|-----------|--|---|
| | mecanismos de quejas para el público. | presupuestarias y legislativas. |
| Impuestos | El gobierno puede agregar nuevos impuestos, cambiar o abolir los impuestos existentes, o cambiar la base impositiva para financiar los servicios necesarios. | Aumentar los impuestos sobre los cigarrillos y destinar los ingresos para pagar los servicios de atención médica y desalentar su consumo. |

En este sentido, el Estado ecuatoriano necesita mejorar el sistema de salud público orientando sus políticas bajo el enfoque colaborativo para contribuir a la salud de todas las personas al incorporar consideraciones sanitarias en la toma de decisiones en todos los sectores y áreas de políticas. Esto, con el objetivo de garantizar que todos los responsables de la toma de decisiones estén informados sobre las consecuencias para la salud, la equidad y la sostenibilidad de varias opciones de políticas durante el proceso de desarrollo de las mismas. En esencia, representa un enfoque para abordar los determinantes sociales de la salud, que son los impulsores clave de los resultados de salud y las inequidades en salud.

Materiales y Recursos

Para el desarrollo de esta propuesta, es imprescindible contar con el recurso humano para trazar cada uno de los lineamientos establecidos en las estrategias planteadas. En esa línea, el recurso humano hace referencia a ocho representantes de cada una de las seis entidades gubernamentales por invitar a formar parte de la mesa intersectorial más doce actores de otras organizaciones involucradas con la promoción de la salud y expertos en política sanitaria.

Tabla 24

Recursos de la propuesta

| Estrategias | Recursos | Costo |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| Conformación de mesa intersectorial | Oficinas de trabajo | Logística interna del MSP |
| | Proyector | Logística interna del MSP |
| | Internet | Logística interna del MSP |
| | Laptops | Gestión personal |
| | 60 Sillas | \$15.00 |
| | 10 Mesas | \$20.00 |
| | Almuerzos | \$180.00 |
| | Suministros de oficina | \$50.00 |
| | Subtotal 1 | \$215.00 |
| Capacitación de comunidades | Auditorios GAD | Logística interna |
| | 100 Folletos de promoción de la salud | \$50.00 |
| | 100 Refrigerios | \$150.00 |
| | Subtotal 2 | \$200.00 |

Al respecto, es necesario mencionar que la tabla de recursos únicamente presenta subtotales debido a que las reuniones para la mesa intersectorial se desarrollarán durante seis meses, mientras que las capacitaciones corresponden a los 221 Gobiernos Autónomos Descentralizados Municipales del Ecuador. Sin embargo, representa una proyección para la asignación presupuestaria del Ministerio de Salud Pública a medida que se desarrollen las actividades en las respectivas zonas jurisdiccionales.

Conclusiones

En cuanto al primer objetivo específico, las teorías identificadas sobre el gasto público, planificación, evaluación de indicadores y asignaciones presupuestarias tuvieron en común la idea de que los objetivos deben establecerse de forma clara y precisa, y que luego se debe trazar un plan para alcanzar esos objetivos; por lo tanto, los planes deben ser cambiados y ajustados según sea necesario para asegurar que se cumplan los objetivos. En este sentido, la planificación basada en la teoría de sistemas se centra en el hecho de que todos los elementos de un sistema están interconectados y que cualquier cambio en un elemento puede tener un efecto en el resto del sistema. En cambio, en la planificación para el desarrollo se establecen objetivos a largo plazo para una región o país, y se trazan planes para alcanzar esos objetivos, mientras que la planificación prospectiva involucra la recopilación de información, el análisis de esa información y el diseño de planes para enfrentar las tendencias identificadas. Con base en ello, se concluye que es muy importante evaluar los resultados mediante el análisis de datos para comprobar si se están alcanzando los objetivos establecidos.

En relación con el segundo objetivo específico, los estudios internacionales permitieron inferir que los países con bajos ingresos tienen un potencial de mejora en su estado de salud si se les asignan más recursos, mientras que los países con grandes ingresos no necesariamente mejorarán su estado de salud con más asignaciones presupuestarias. Sin embargo, deben mantener actualizados sus sistemas sanitarios para prevenir enfermedades y promover la salud. La relevancia de esto radica en que el coeficiente de Gini y la medición de vida larga, salud y esperanza de vida son indicadores básicos de salud que se usarán en el desarrollo las políticas de los países

indistintamente su nivel de economía. Esto permite tener una idea más clara de la calidad del financiamiento público y cómo éste afecta la calidad de vida de las personas.

Referente al tercer objetivo específico, se descubrió que la mejor manera de analizar la evolución de las asignaciones presupuestarias en los indicadores básicos de salud es a través de un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y alcance descriptivo; método con el cual se pueden obtener resultados objetivos y medibles. De esta forma, se pudieron establecer las características de las asignaciones presupuestarias y los indicadores básicos de salud, aportando una mayor transparencia en el proceso de toma de decisiones y mejorando la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos públicos. Los principales resultados permitieron reconocer que los egresos hospitalarios por cada 1,000 habitantes han disminuido en un 28.65%, teniendo mayor atención el sector público. A su vez, se ha visto un decrecimiento del 27.42% en los nuevos casos de VIH en el período analizado; sin embargo, la mortalidad en este rubro ha crecido. Se identificó que el sexo femenino y el rango etario de 61 a 70 años es el que muestra mayores patologías como hipertensión, diabetes mellitus, artritis, reumatismo, enfermedades del corazón, renales o crónicas. Por otro lado, el gasto de consumo final total en salud a valores corrientes mostró una variación del 96.19% notándose el incremento de la inversión en salud en el período establecido.

Finalmente, el último objetivo específico de la presente investigación se logró a través de la elaboración de una propuesta para identificar los sectores prioritarios de inversión en salud a fin de mejorar los indicadores básicos de salud en el Ecuador. Estos sectores corresponden a los mecanismos de gobierno: datos e información,

educación e información, empleador, fondos públicos, guía y mejores prácticas, regulaciones e impuestos. En conclusión, la identificación de estos sectores es fundamental para la elaboración de políticas públicas efectivas, así como para la toma de decisiones en el área de salud. Además, es importante considerar la evolución de las estrategias adoptadas, ya que la marca de estas medidas sobre los indicadores de salud debe medirse y evaluarse continuamente.

Recomendaciones

Mejorar la calidad de los servicios de salud, de manera que el sistema nacional de salud sea más eficiente y eficaz en la prestación de sus servicios, considerando que Ecuador necesita mejorar la calidad de sus servicios de salud, especialmente en lo que respecta a la atención médica primaria.

Aumentar la inversión en investigación y desarrollo, para la generación de conocimiento médico que habilite la competencia para fomentar una industria farmacéutica nacional, dado que en Ecuador es materia urgente la inversión en investigación y desarrollo para mejorar sus servicios de salud y reducir la dependencia de los medicamentos importados.

Mejorar la educación en salud, ya que así se podrá tener una población con mayor conocimiento sobre cómo prevenir enfermedades y cuidar de su salud. Esto se puede lograr a través de campañas de concientización y educación en los medios de comunicación, así como también en las escuelas y organizaciones comunitarias.

Finalmente, el Estado ecuatoriano necesita mejorar el sistema de salud público orientando sus políticas bajo el enfoque colaborativo para mejorar la salud de todas las personas al incorporar consideraciones de salud en la toma de decisiones en todos los sectores y áreas de políticas.

Referencias

- Ahumada, G. 1992. *Tratado de Finanzas Públicas*. Buenos Aires.
- Anón. 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Vol. Registro Oficial 449 de 20-oct.2008.
- Arboleda, Germán. 2020. *Planeación y desarrollo*. Alpha Editorial.
- Argimon, Josep, y Josep Jiménez. 2019. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Elsevier Health Sciences.
- Asamblea Nacional Constituyente. 2008. *Constitución de la República del Ecuador*.
- Asitimbay, Jenny, Juan Erazo, Moises Matovelle, y Ivonne Narváez. 2020. «Planeación Estratégica Prospectiva en las Organizaciones del sector público». *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía* 5(Extra 3):835-64.
- Baeza, Miguel, Mónica Arnal, Francisco Claros, y María Rodríguez. 2020. *Nociones matemáticas elementales: aritmética, magnitudes, geometría*. Madrid: Paraninfo S.A.
- Banco Mundial. 2022. «Índice de Gini Ecuador». Recuperado (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=EC>).
- BCE. 2022. «Producto Interno Bruto Trimestral». Recuperado (<https://sintesis.bce.fin.ec/BOE/OpenDocument/2109181649/OpenDocument/pendoc/openDocument.faces?logonSuccessful=true&shareId=0>).
- Burdiles, Patricio, Magdalena Castro, y Daniela Simian. 2019. «Planificación y factibilidad de un proyecto de investigación clínica». *Revista Médica Clínica Las Condes* 30(1):8-18. doi: 10.1016/j.rmclc.2018.12.004.
- Cabezas, Carlos, Alberto Pérez, y José Eiros. 2022. «Análisis de la eficiencia de los hospitales de Castilla y León». *Rev Esp Salud Pública* 96:1-12.
- Campo, Jacobo, y Henry Mendoza. 2018. «Gasto público y crecimiento económico: un análisis regional para Colombia, 1984-2012». *Lecturas de Economía* enero-junio 2018(88):77-108. doi: 10.17533/udea.le.n88a03.
- Carpio, Carlos, Joseph Pablo, y Bianca Solano. 2021. «La incidencia de la inversión pública en el sistema de salud del Ecuador período 2010 – 2019». *Compendium: Cuadernos de Economía y Administración* 8(2):145-64. doi: 10.46677/compendium.v8i2.956.
- Carriel, Jorge. 2012. «Gasto público en salud en el Ecuador». *Gasto público en salud en el Ecuador*, 53-60.

- Castro, Magdalena. 2019. «Bioestadística aplicada en investigación clínica: conceptos básicos». *Revista Médica Clínica Las Condes*, enero 1, 50-65.
- Charnes, A., W. Cooper, y E. Rhodes. 1978. «Measuring the efficiency of decision making units». *European Journal of Operations Research*, 429-44.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2014. «Calidad del gasto público y reformas institucionales en América Latina». Recuperado 28 de julio de 2022 (https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37012/S1420450_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. 2014. «Manual para el diseño y la construcción de indicadores». Recuperado (https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/MANUAL_PARA_EL_DISENO_Y_CONSTRUCCION_DE_INDICADORES.pdf).
- Consejo Nacional de Planificación. 2021. *Plan Nacional de Desarrollo 2021,2025*.
- Coronel, Erika, Cecilia Narváez, y Juan Erazo. 2020. «Evaluación del proceso de planificación y del ciclo presupuestario para los Gobiernos Autónomos Descentralizados». *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía* 5(10):63-91.
- De la Guerra, Eddy. 2016. «Presupuesto, gasto público y compra pública responsable en Ecuador». *Foro: Revista de Derecho* (25):57-84.
- De la Paz, María. 2019. «La planificación estratégica como base para el éxito de empresas familiares en Paraguay». *Ciencia Latina*, 166-85.
- De la Torre, Carlos, y Itziar Maruri. 2019. «Las Claves de las Compras Públicas responsable». Recuperado (https://foretica.org/wp-content/uploads/2019/01/guia_practica_compra_publica_responsable.pdf).
- Espitia, Jorge, César Ferrari, Jorge González, Isidro Hernández, Luis Carlos Reyes, Alejandra Romero, Carlo Tassara, David Varela, Jario Villabona, y Gustavo Zafra. 2018. «El gasto público en Colombia. Reflexiones y propuestas». *Revista de Economía Institucional* 21(40):291-326. doi: 10.18601/01245996.v21n40.11.
- Freire, Veronica, Juan Rocha, Cesar Esquetini, y Edilberto Llanes. 2019. «Análisis de la planificación estratégica para la gestión de las universidades particulares. Una alternativa exitosa». *Revista ESPACIOS* 40(02).
- Geri, Milva, Pablo Monterubbianesi, Fernando Lago, y Nebel Moscoso. 2017. «Eficiencia del Gasto Público en Salud: Análisis no paramétrico en una muestra amplia de países». *Revista de Salud Pública*, 79-85.

- González, José, y Miryam Rodríguez. 2019. *Manual práctico de planeación estratégica*. Ediciones Díaz de Santos.
- Herbas, Boris, y Erick Rocha. 2018. «Metodología científica para la realización de investigaciones de mercado e investigaciones sociales cuantitativas». *Revista Perspectivas*, 123-60.
- Hernández, Arturo, Marcos Ramos, Barbara Placencia, Blanca Indacochea, Alex Quimis, y Luis Moreno. 2018. *Metodología de la investigación científica*. 3Ciencias.
- Hernández, Roberto, y Christian Mendoza. 2018. *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw-Hill.
- Huanca, Marilu. 2019. «Gestión del presupuesto por resultados y su influencia en la calidad del gasto público en la municipalidad distrital de Chaglla - Pachitea». *Gaceta Científica* 5(1):36-38. doi: 10.46794/gacien.5.1.432.
- Huerta, Patricia, Carolina Leyton, y Iván Espinoza. 2019. «Análisis de los indicadores sanitarios chilenos». *Horizonte sanitario*, 149-58.
- Ibarra, Luis. 2021. «El sistema de evaluación del gasto público en México en los proyectos de Presupuesto de Egresos de la Federación 2018 y 2021: avances y retrocesos». *The Anáhuac Journal* 21(1):ágs. 94-116. doi: 10.36105/theanahuacjour.2021v21n1.04.
- INEC. 2010. «Resultados del Censo 2010 de la población y vivienda en el Ecuador». Recuperado (https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/capitulo_educacion_censo_poblacion_vivienda.pdf).
- INEC. 2011. «Estadísticas Hospitalarias camas y Egresos 2010». Recuperado (<https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/584>).
- INEC. 2012. «Estadísticas Hospitalarias camas y Egresos 2011». Recuperado (https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/608/get_microdata).
- INEC. 2013. «Estadísticas Hospitalarias camas y Egresos 2012». Recuperado (https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/609/get_microdata).
- INEC. 2014. «Estadísticas Hospitalarias camas y Egresos 2013». Recuperado (<https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/555>).
- INEC. 2015. «Estadísticas Hospitalarias camas y Egresos 2014». Recuperado (<https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/561>).
- INEC. 2016. «Estadísticas Hospitalarias camas y Egresos 2015». Recuperado (<https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/574>).

- INEC. 2017a. «Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2016». Recuperado (<https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/595>).
- INEC. 2017b. «Metodología de las Cuentas Satélites de los Servicios de Salud del Ecuador». Recuperado (https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Cuentas_Satelite_Salud/3_Metodologia_CSS_2007_2014.pdf).
- INEC. 2018. «Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios 2017». Recuperado (https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2017/Presentacion_CEH_2017.pdf).
- INEC. 2019a. «Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018». Recuperado (<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>).
- INEC. 2019b. «Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios, 2018». Recuperado (https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2018/Boletin-tecnico%20ECEH.pdf).
- INEC. 2020a. «Actividades y recursos de salud 2019». Recuperado (<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>).
- INEC. 2020b. «Cuentas satélite de salud 2007-2019». Recuperado (<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/cuentas-satelite-de-salud/>).
- INEC. 2021a. «Boletín técnico. Camas y egresos hospitalarios 2019-2020». Recuperado (https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2020/Bolet%20C3%ADn%20t%20C3%A9cnico%20ECEH_2020.pdf).
- INEC. 2021b. «Registro estadístico de defunciones generales 2020». Recuperado (https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/2021-06-10_Principales_resultados_EDG_2020_final.pdf).
- INEC. 2022a. «Encuesta de salud. Bienestar del adulto mayor». Recuperado (<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-salud-bienestar-del-adulto-mayor/>).
- INEC. 2022b. «Proyecciones Poblacionales». Recuperado (<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>).

- INEC. 2022c. «Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios 2021». Recuperado (<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>).
- Instituto Andaluz de Administración Pública. 2019. «Bases para la evaluación de impacto de políticas públicas». Recuperado (https://www.juntadeandalucia.es/institutodeadministracionpublica/publico/annexos/evaluacion/Bases_Evaluacion_Impacto.pdf).
- Isuani, Aldo. 2020. «El concepto de Estado: ¿entendemos lo mismo?» *Estado abierto*, 13-49.
- Lozano, Rafael, Patricia Soliz, Emmanuela Gakidou, Jesse Abbou, Dennis Feehan, Cecilia Vidal, Juan Ortiz, y Christopher Murray. 2007. «Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva.» *Salud Pública de México*.
- Marrero, Martha, y Ana Gálvez. 2013. «Tendencia del presupuesto cubano en salud en el periodo 2004 - 2010». *Revista Cubana de Salud Pública*, 2119-2028.
- Martínez, Rafael, Mario Sánchez, Leonardo Hernández, y Ángel Tolentino. 2021. *Planeación Para El Desarrollo Municipal: (Manual)*. Palibrio.
- Mesías, R. E. Reza, y L. León. 2020. «Eficiencia del gasto público en educación y salud en América Latina.» *Revista Cumbres*, 35-52.
- Mesías, Rita, Edíson Reza, y Lady León. 2020. «Eficiencia del gasto público en educación y salud en América Latina». *Cumbres* 6(2):35-52. doi: 10.48190/cumbres.v6n2a3.
- Ministerio de Economía y Finanzas. 2019. «Directrices para la elaboración de proforma del presupuesto general del Estado 2020 y Programación presupuestaria cuatrienal 2020-2023». Recuperado (<https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/2019/10/2-Directrices-Proforma-2020-y-PPC-2020-2023.pdf>).
- Ministerio de Finanzas del Ecuador. 2010. *Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas*.
- MinSalud. 2013. «Guía Metodológica. Sistema Estandar de Indicadores Salud en Colombia». Recuperado (https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/IBS_001.PDF).
- Mondragón, Angélica. 2002. «¿Qué son los indicadores?» *Revista de información y análisis*, 52-58.

- Montajo, Rossana. 2000. «Gasto Social y Distribución del Ingreso: Caracterización e Impacto Redistributivo en Países Seleccionados de América Latina y el Caribe». Recuperado (<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/7603>).
- Moscoso, Nebel, Milva Geri, María Arnaudo, y Fernando Lago. 2018. «Eficiencia en el uso de mamógrafos públicos en una región de Argentina». *Revista Cubana de Salud Pública* 44(1):123-40.
- Moyon, L., D. Gallegos, M. Barba, y G. Robalino. 2020. «Evaluación de las asignaciones presupuestarias de proyectos de inversión pública del área urbana del cantón Riobamba y su incidencia en el desarrollo local, período 2015-2016». *VI Congreso Internacional De La Ciencia, Tecnología, Emprendimiento E Innovación 2019* 187-205. doi: 10.18502/keg.v5i2.6235.
- MSP. 2015. «Producción de atenciones consultas ambulatorias 2006-2014». Recuperado (https://public.tableau.com/app/profile/andres.hualca8739/viz/CONSULTAS_RDACAA_2014_V2/Presentacin).
- MSP. 2016. «Producción de atenciones consultas ambulatorias 2015». Recuperado (https://public.tableau.com/views/ProduccindeatencionesyconsultasambulatoriasMSP2015V3COMPLETO/Men?%3Aembed=y&%3AshowVizHome=no&%3Adisplay_count=y&%3Adisplay_static_image=y&%3AbootstrapWhenNotified=true).
- MSP. 2017a. «Informe GAM Ecuador monitore global del SIDA». Recuperado (https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ECU_2017_countryreport.pdf).
- MSP. 2017b. «Producción de Atenciones y Consultas Ambulatorias MSP 2016». *Tableau Software*. Recuperado 9 de junio de 2022 (https://public.tableau.com/views/ProduccindeatencionesyconsultasambulatoriasMSP2016/Historia1?%3Adisplay_static_image=y&%3AbootstrapWhenNotified=true&%3Aembed=true&%3Alanguage=en-US&publish=yes&:embed=y&:showVizHome=n&:apiID=host0#navType=0&navSrc=Parse).
- MSP. 2018a. «Producción de atenciones y consultas ambulatorias 2006-julio 2017». Recuperado (https://public.tableau.com/views/ProduccindeatencionesyconsultasambulatoriasMSP2017/Historia1?%3Aembed=y&%3AshowVizHome=no&%3Adisplay_count=y&%3Adisplay_static_image=y&%3AbootstrapWhenNotified=true).
- MSP. 2018b. «Producción hospitalaria MSP serie 2006-2017». Recuperado (<https://public.tableau.com/app/profile/tatya/viz/ProduccinHospitalaria2006-2017/Historia1>).

- MSP. 2019. «Boletín anual VIH/SIDA y expuestos perinatales año 2018». Recuperado (https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/gaceta_vih_2018.pdf).
- MSP. 2020. «Boletín anual VIH/SIDA y expuestos perinatales año 2019». Recuperado (https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/11/gaceta_vih_2019-1.pdf).
- MSP. 2021. «Boletín Anual de VIH/sida Ecuador 2020». Recuperado (<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-anual-VIH-Ecuador-2020.pdf>).
- Ñaupas, Humberto, Marcelino Valdivia, Jesús Palacios, y Hugo Romero. 2019. *Metodología de la Investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis*. Ediciones de la U.
- Olalla, Alex. 2019. «Herramientas MICMAC y MACTOR para un diagnóstico estratégico en la elaboración del plan de desarrollo de ordenamiento territorial». *Revista Científica ECOCIENCIA*, 1-19.
- OPS. 2018. «Financiamiento de la salud en las Américas». Recuperado 28 de julio de 2022 (https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=financiamiento-de-la-salud-universal).
- OPS, y OMS. 2018a. «Financiamiento de la Salud en las Américas». Recuperado ([https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-financing-es.html#:~:text=En%20efecto%2C%20el%20promedio%20de,a%20esta%20partida%20\(%203%2C%204\)](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-financing-es.html#:~:text=En%20efecto%2C%20el%20promedio%20de,a%20esta%20partida%20(%203%2C%204))).
- OPS, y OMS. 2018b. «Indicadores de Salud. Aspectos Conceptuales y Operativos». Recuperado (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49058>).
- Pastor, Dionisio, Esther Mayoral, Andrea Pastor, y Francisco Ruiz. 2020. *Temario pruebas de acceso a ciclos formativos de grado medio. Ámbito científico-tecnológico. Matemáticas y Tecnología*. Ediciones Paraninfo, S.A.
- Peñañiel, Gonzalo, Jorge Acurio, Luis Manosalvas, Betty Burbano, Gonzalo, Jorge Acurio, Luis Manosalvas, y Betty Burbano. 2020. «Formulación de estrategias para el desarrollo empresarial de la constructora Emanuel en el cantón La Maná». *Revista Universidad y Sociedad* 12(4):45-55.
- Pinazo, Pablo, y Diana Tutistar. 2020. «Evaluación de procesos de planificación y gestión territorial: un aporte metodológico desde una revisión de enfoques». *Cuadernos de Geografía* 104:59-86. doi: 10.7203/CGUV.104.17304.
- Pizarro, Roberto. 2020. «Un paso más allá de la Covid-19». *El trimestre económico* 87(348):1033-57. doi: 10.20430/ete.v87i348.1174.

- Porto, Alberto, Marcelo Garriga, y Walter Rosales. 2018. «Medidas de desempeño y eficiencia del gasto en el sector público descentralizado. El caso de Bolivia». *Revista de análisis económico* 33(1):121-55. doi: 10.4067/S0718-88702018000100121.
- Reinhard, Peter, y Mauricio García. 2016. «Fiscalización del Gasto Público en América Latina y el Caribe.» Recuperado (<https://www.olacefs.com/wp-content/uploads/2017/04/Calidad-del-gasto-publico-WEB.pdf>).
- Restrepo, Jairo, y Laura Ramírez. 2020. «Dos décadas de economía de la salud en Colombia». *Cuadernos de Economía* 39(79):249-78. doi: 10.15446/cuad.econ.v39n79.73067.
- Rodríguez, Xavier, Mercedes Regalado, Karina Villacreses, Ruth Sumba, y Vanessa Plúa. 2018. «Seguimiento y evaluación de la planificación estratégica y su incidencia en el desarrollo institucional, caso: Universidad Estatal del Sur de Manabí». *Revista Científica Ciencia y Tecnología* 18. doi: 10.47189/rcct.v18i17.142.
- Sánchez, Maream, Mariela Fernández, y Juan Díaz. 2021. «Técnicas e instrumentos de recolección de información: análisis y procesamiento realizado por el investigador cualitativo». *Revista Científica UISRAEL* 8(1):107-21. doi: 10.35290/rcui.v8n1.2021.400.
- Sanmartín, Daysi, Maria Henao, Yair Valencia, y Jairo Restrepo. 2019. «Eficiencia del gasto en salud en la OCDE y ALC: un análisis envolvente de datos». *Lecturas de Economía* (91):41-78. doi: 10.17533/udea.le.n91a02.
- Secretaría Nacional de Planificación. 2021. «Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025». Recuperado (https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan-de-Creaci%C3%B3n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado_compressed.pdf).
- Segura, Omar. 2018. «Economía de la salud y salud pública: situación global y perspectivas locales». *Biomédica* 38(2):141-43. doi: 10.7705/biomedica.4596.
- Solano, Vicente. 2018. «La relación entre funciones del Estado». *Revista IURIS*, 87-102.
- Solíz, Desiderio. 2019. *Cómo Hacer Un Perfil Proyecto De Investigación Científica*. Palibrio.
- Tiberius, José. 2020. *El Método Científico Global*. Molwick.
- Universidad de Granada. 2007. «Guía para la Definición e Implementación de un Sistema de Indicadores». Recuperado (<http://www.ugr.es/~rhuma/sitioarchivos/noticias/Indicadores.pdf>).

Uribe, Francisco, y Elizabeth Artmann. 2006. *Planificación y gestión en salud, flexibilidad metodológica y gestión comunicativa*. FIOCRUZ.

Wagner, Adolph. 1994. *Three Extracts on Public Finance, 1883*. London: MacMillan.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Stay Medina Ximena Stefanía, con C.C: # 0920425766 autora del trabajo de titulación: “Análisis de los indicadores básicos de salud en el Ecuador a través de las asignaciones presupuestarias periodo 2010 – 2020” previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 09 de marzo de 2023

f.



Nombre: Stay Medina Ximena Stefanía

C.C: 0920425766



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

| | | | |
|--|---|---|-----|
| TÍTULO Y SUBTÍTULO: | Análisis de los indicadores básicos de salud en el Ecuador a través de las asignaciones presupuestarias periodo 2010 – 2020 | | |
| AUTOR(ES) (apellidos/nombres): | Stay Medina Ximena Stefania | | |
| REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres): | Ing. Díaz Aveiga Nelly Kathyuska Mgs. Econ. Lapo Maza María del Carmen, Ph.D. | | |
| INSTITUCIÓN: | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil | | |
| UNIDAD/FACULTAD: | Sistema de Posgrado | | |
| MAESTRÍA/ESPECIALIDAD: | Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud | | |
| GRADO OBTENIDO: | Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud | | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | 9 de marzo del 2023 | No. DE PÁGINAS: | 132 |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | Análisis de costo – efectividad en salud | | |
| PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS: | Indicadores de salud, Asignaciones presupuestarias, Políticas públicas, Fondos públicos, Presupuesto. | | |
| RESUMEN/ABSTRACT: | <p>El trabajo investigativo tuvo como objetivo general analizar las asignaciones presupuestarias al sector salud en los indicadores básicos de salud en el Ecuador durante el periodo 2010 – 2020. Para lograrlo, se utilizó una metodología de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo, tipo longitudinal, se recopiló información para el análisis de los fondos públicos en el sector de la salud por medio de la revisión documental. A pesar de haber una serie de indicadores se tomaron los más destacados que fueron los egresos hospitalarios por cada 1,000 habitantes obtuvieron una tendencia a la baja del 28.65%; el VIH tuvo una variación negativa del 27.42% entre el año 2010 y 2020, mientras que, la producción de la salud respecto al PIB en 2010 fue del 4.2% y en 2019 a 6.2%, siendo estos los últimos datos del INEC sobre este criterio. En conclusión, las asignaciones presupuestarias del sector salud mostraron una tendencia al alta, lo que demuestra una mayor inversión en el sector siendo las actividades ambulatorias del MSP las que mostraron mayor crecimiento. Esto se corrobora con el incremento de establecimientos de salud y de profesionales, así como, la reducción de egresos hospitalarios. Los datos disponibles sugieren que la situación de la salud en Ecuador se ha mejorado en los últimos años, aunque aún hay mucho por hacer.</p> | | |
| ADJUNTO PDF: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NO | |
| CONTACTO CON AUTOR/ES: | Teléfono: 0982858565 | E-mail: ximena.stay@cu.ucsg.edu.ec / ximenastay@gmail.com | |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: | Nombre: Núñez Lapo, María de los Ángeles | | |
| | Teléfono: 043804600 / 0997196258 | | |
| | E-mail: maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec | | |
| SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA | | | |
| Nº. DE REGISTRO (en base a datos): | | | |
| Nº. DE CLASIFICACIÓN: | | | |
| DIRECCIÓN URL (tesis en la web): | | | |