

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

**Efectos de la Política de Gratuidad en la Sobredemanda de los
Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública en el Periodo 2008-
2015 del Ecuador**

Yira Johanna Felizzola Bohórquez

Ramiro Echeverría, MD, MPH

Director de Trabajo de Titulación

**Trabajo de Titulación presentado como requisito para la obtención del título de
Especialista en Gerencia de Salud**

Quito, 13 de Diciembre del 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACION

**Efectos de la Política de Gratuidad en la Sobredemanda de los
Servicios de Salud en el Ministerio de Salud Publica en el Periodo
2008-2015 del Ecuador**

Yira Johanna Felizzola Bohórquez

Ramiro Echeverría, MD. MPH

Tutor del Trabajo de Titulación

Ramiro Echeverría, MD.

Director de la Especialización en Gerencia de Salud

Jaime Ocampo Trujillo, MD., PhD.

Decano Escuela de Salud Pública

Hugo Burgos, PhD.

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, 13 de Diciembre del 2016

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombre: Yira Johanna Felizzola Bohórquez

Código del estudiante: 00132912

C.I.: 0956027254

Lugar, Fecha: Quito, 13 de Diciembre del 2016

DEDICATORIA

A Dios por abrir puertas delante de mí que nadie puede cerrar y llenarme de fortaleza en cada paso que avanzo.

A mis padres María y Manuel, que son mi motor, ejemplo de amor constancia y dedicación.

A mi hermano Manuel Fernando, que ha sido siempre mi consentido y un motivador innato.

A mis pacientes, que me han permitido conocer su realidad y he aprendido tanto de ellos tanto, como ningún libro puede enseñar.

AGRADECIMIENTOS

La salud es un largo camino que a veces parece inescrutable, con segmentos inexpresables, cambiantes, que pueden revolucionar la vida de los seres humanos.

Agradezco a la Universidad San Francisco de Quito, por haberme abierto sus puertas y guiarme a través de sendas de conocimiento, en medio de las que he adquirido nuevas habilidades y una nueva visión en cuanto a la Salud en el Mundo.

Agradezco al Dr. Ramiro Echeverría por su admirable y contagiosa pasión a la salud pública, por su paciente y sabia guía a través de este proyecto.

A mis padres y a mi hermano que han sido siempre fuentes incondicionales de amor y dedicación a pesar de la distancia.

A todas las personas que me rodean y me impulsan a seguir adelante, sin importar las adversidades, son edificadores natos.

A mis pacientes, que me han permitido, ejercer el arte fascinante de la medicina. A través de las personas, he aprendido mucho más, de lo que he podido entregarles.

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
1. INTRODUCCION	9
1.1 Antecedentes	10
1.2 Planteamiento Del Problema	12
1.3 Preguntas De La Investigación	16
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	18
2.1 Marco Histórico	18
2.2 Marco Legal	18
2.3 Marco Referencial	21
2.4 Marco Conceptual	29
3. JUSTIFICACIÓN	32
4. HIPOTESIS Y DETERMINACION DE VARIABLES	34
4.1 Hipótesis	34
4.2 Determinación De Variables	34
4.3 Operacionalización De Variables	35
5. OBJETIVOS	37
5.1 Objetivo general	37
5.2 Objetivos específicos	37
6. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	38
6.1 Tipo De Estudio	38
6.2 Lugar Del Estudio Y Periodo De Tiempo	40
6.3 Universo Y Muestra	42
6.4 Criterios de Inclusión y Exclusión:	43
6.4.1. Criterios de Inclusión:	43
6.4.2. Criterios de Exclusión:	44
6.5 Fuentes e Instrumentos De Recolección De Datos	45
7. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS	48
8. RESULTADOS ESPERADOS	50
9. CRONOGRAMA GENERAL	52
10. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	53
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

RESUMEN

La salud es un derecho de todos los ecuatorianos, un componente fundamental en la calidad de vida, han existido importantes cambios en cuanto a salubridad en el país, entre ellos, el más importante en los últimos años, podríamos mencionar, es política de Gratuidad de los Servicios de Salud establecida por el Estado Ecuatoriano.

El concepto, en cuanto a salud-enfermedad, se ha convertido en una noción amplia que involucra la interrelación de varios ámbitos del ser humano como: educación, espacios, hábitos y demás. La correcta utilización de los recursos disponibles es vital para brindar un mejor estado de salud a nuestra sociedad y lograr cambios profundos en nuestros indicadores y determinantes de salud.

Como efecto de la Política de Gratuidad, se ha observado, un lógico incremento en la solicitud de los servicios de salud, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, así como también, la sobredemanda de asistencia médica y de algunas prestaciones de servicios. Esto ha ocasionado gastos innecesarios, congestiónamiento de los centros asistenciales y cambios en la percepción de la calidad, continuidad y oportunidad de los servicios sanitarios, lo que nos deja entrever que, a través de la implantación de la política de gratuidad de los servicios estatales de salud, han habido falencias en los procesos previos de planificación, organización y gestión eficiente de los recursos disponibles.

Consecuentemente es importante la regularización del sector salud en nuestro país basado en prácticas clínicas seguras, que permitan la identificación temprana de morbilidades y prevención de complicaciones, para ello es necesario el establecimiento de precedentes epidemiológicos actuales y la máxima utilización de la tecnología médica disponible, a fin de mejorar, la calidad de vida de los ecuatorianos y que el derecho a la salud sea ejercido plena y justamente.

En el presente estudio, podremos observar el análisis de la situación actual de salud del Ecuador y la comparación con los países latinoamericanos en cuanto a la prestación de servicios, mediante el análisis sistemático de datos estadísticos en el periodo 2008 – 2015, podremos analizar los efectos de la gratuidad en el congestiónamiento de las prestaciones sanitarias a la población ecuatoriana, para ello, serán utilizados datos de fuentes de información oficiales tales como: INEC, MSP, Organización Panamericana de la Salud y Banco Mundial.

Demostraremos a través de este estudio, que las políticas públicas de salud y gasto 0 de bolsillo para el país, han originado como consecuencia, sobre demanda de servicios y recursos sanitarios valiosos, disminuyendo notablemente la calidad de la prestación de los mismos. De allí deriva la importancia de establecer normas de regularización, vinculadas a protocolización de prácticas clínicas seguras, priorizando vulnerabilidades y morbilidades, que indiquen el número de atenciones máximas de acuerdo a las características demográficas de los distintos sectores del país, de esta forma lograremos alcanzar mejores indicadores de salud, educación ciudadana y concientización frente al consumo.

ABSTRACT

Health is a right of all Ecuadorians, a fundamental component in the quality of life, have changed important in terms of health in the country, among them, more important in recent years, it may be mentioned, is policy of Gratuity of The Health Services established by the Ecuadorian State.

The concept, in terms of health and illness, has become a broad notion involving the interrelation of various areas of human beings such as education, spaces, habits and so on. The correct use of available resources is vital to provide a better health status to our society and to achieve profound changes in our indicators and determinants of health.

As a result of the Gratuity Policy, there has been an increase in the request for health services, both at an outpatient and hospital level, as well as the overdemanding of medical care and some services. This has caused unnecessary expenses, the congestion of health care centers and changes in the perception of the quality, continuity and timeliness of health services, which shows us that, through the implementation of the policy of free The state health services, there have been shortcomings in the previous processes of planning, organization and efficient management of available resources.

Consequently, it is important to regularize the health sector in our country based on safe clinical practices, which allow the early identification of morbidities and the prevention of complications, for which it is necessary to develop current epidemiological and maximum use of available medical technology, a End to improve, the quality of life of Ecuadorians and that the right to health sea fully and fairly.

In the present study, we will be able to observe the analysis of the current health situation in Ecuador and the comparison with the Latin American countries regarding the provision of services, through the systematic analysis of the statistical data in the period 2008-2015, Effects Of the gratuitousness in the congestion of the sanitary prescriptions to the Ecuadorian population, for this, the data of official sources of information as: INEC, MSP, Pan American Health Organization and World Bank were used.

We will demonstrate through this study that the public health policies and out-of-pocket costs for the country have, as a consequence, resulted in a demand for valuable health services and resources, significantly reducing the quality of health care delivery. Hence the importance of establishing norms of regularization, linked to the protocolization of safe clinical practices, prioritizing vulnerabilities and morbidities, indicating the number of maximum care according to the demographic characteristics of the various sectors of the country, in this way. Health, citizen education and consumer awareness.

1. INTRODUCCION

La demanda de servicios de salud por parte de la población ecuatoriana, ha ido ascendiendo a lo largo del establecimiento de la política de Gratuidad en el país a mediados del 2008, si bien es cierto, en la medicina moderna experimentamos grandes cambios, en donde los usuarios tienen participación activa en cuanto a su salud, debemos dirigir esta cooperación, a través de la justificación médica de las prestaciones, dejando a un lado las exigencias infundadas de los usuarios.

Como proveedores de servicios altamente costosos y con gran implicación ética, es necesario otorgar a cada paciente lo que necesita de acuerdo a su patología, optimizando la utilización de recursos, con el fin de que cada uno obtenga lo que necesita en el momento que se necesita.

La percepción no debe ser cauta solamente desde la perspectiva del usuario, sino también desde la visión del profesional de salud, la capacitación correcta, la estandarización de procedimientos y la protocolización de investigación clínica son esenciales para un buen direccionamiento de los recursos sanitarios.

El fortalecimiento de sectores importantes del subsistema de salud como: ratificar la importancia de la primera consulta, la continuidad de los servicios, el funcionamiento adecuado del sistema de referencia y contra referencia y el uso óptimo de la tecnología médica disponible, son factores determinantes en el uso racional de servicios sanitarios(Organización Mundial de la Salud, 2010).

1.1 Antecedentes

En el Ecuador durante los últimos años, más exactamente desde mediados del 2008, se han aplicado importantes reformas en el ámbito de la salud pública, de las cuales, la más relevante ha sido la gratuidad de los servicios de salud, en donde todos los ciudadanos en igualdad de condiciones pueden acceder a libremente a las casas de salud, de acuerdo a sus necesidades, sin ningún costo directo o gasto de bolsillo por parte del usuario.

A lo largo de este proceso, se han evidenciado, dificultades en cuanto a la distribución de dichos servicios, subjetividad en la percepción de las necesidades de salud y problemas de operatividad en las áreas de asistencia, lo que ha generado consecuentemente, congestiónamiento y enlentecimiento en las atenciones, errores diagnósticos e imposibilidad de identificación adecuada de necesidades sanitarias poblacionales, por consiguiente, disminución de la calidad de la atención a los usuarios.

Previo a la implementación de la política de gratuidad en el país hubieron algunos intentos, de aseguramiento parcial de la población ecuatoriana, a fin de mejorar las prestaciones de salud, pero además del gasto directo de bolsillo, se vivían situaciones e irregularidades operativas, en cuanto al talento humano y los colaboradores de salud, por ejemplo, inconsistencias en los horarios de los profesionales, es decir, no laboraban a tiempo completo en muchas de las unidades de salud, lo que repercutía enormemente en la cantidad y tipo de atenciones facilitadas a los Ecuatorianos. A partir del 2012 se realizaron las regularizaciones correspondientes a las jornadas laborales de los profesionales de la salud a 40 horas semanales, tal como se indica en las publicaciones de talento humano del MSP.

Todos estos factores intervinientes entre la oferta y la demanda de salud han influenciado las tendencias de consumo en nuestro país, y es de suma importancia el análisis sistemático junto con el establecimiento de la política de gratuidad y la disminución de la calidad de los servicios.

El desconocimiento del impacto, de los problemas en la accesibilidad efectiva a la atención primaria de salud en nuestra población, dificulta la realización de intervenciones para la regulación del uso de prestaciones de salud y tecnologías sanitarias. En la actualidad, podemos observar, múltiples deficiencias en la distribución de los servicios, entre los diferentes grupos etarios y algunos otros limitantes tales como: la idiosincrasia y la orientación de las prestaciones de salud, los cuales, en sumatoria, entorpecen la vigilancia epidemiológica y el seguimiento sanitario para aquellos que lo requieren, además de imposibilitar una adecuada planificación estratégica a fin de que las políticas públicas de salud puedan mantenerse en el tiempo.

La gratuidad de los servicios ha tenido también un alto costo o sobre costo podríamos mencionar, porque pese a que, al paso del tiempo, se ha incrementado significativamente la inversión en el sector salud, los indicadores de resultado en las coberturas y en el nivel de atención no parecen congruentes con los esfuerzos realizados. A pesar de las altas transformaciones en equipamiento, infraestructura y adecuación de unidades de salud en los distintos niveles de atención, el gasto de bolsillo en salud sigue siendo alto con respecto a los países de la región. (Camilo Cid Pedraza, Noviembre de 2013).

1.2 Planteamiento Del Problema

De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2014) en el Ecuador el 41% de la población aporta a algún tipo de seguro de salud, sea privado o público. Esto nos dejaría entrever que quienes deberían acceder a la red estatal de salud (Ministerio de Salud Pública) son aquellos que no poseen ningún tipo de cobertura (59% de la población).

Gran parte de los ciudadanos indistintamente de la cobertura de salud con la que cuentan, hacen uso de los servicios sanitarios (prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento), sin ningún tipo de regulación, es decir, cualquier persona puede acceder a los servicios estatales de salud, las veces que considere necesarias, sin importar si es medicamente justificado o no, ejecutando el derecho a la salud tal como se estableció en la constitución del 2008.

También, podríamos mencionar que cualquier ciudadano en el ejercicio de su derecho a la salud podría solicitar los exámenes de laboratorio e imágenes y demás complementarios, pasando incluso por encima del criterio clínico.

El problema radica en que, tras la implementación de la gratuidad, se ha concebido, desorganización en la utilización de los recursos disponibles y una sobredemanda de consumo de servicios en las dependencias de las casas asistenciales, lo cual afecta directamente a la población en general y disminuye considerablemente la calidad en la atención del usuario, generando: inseguridad en el paciente, aumentando

errores diagnósticos y sub - diagnosticando muchas patologías que azotan nuestra población.

La calidad en salud va en función de la efectividad de la atención, la población no solo necesita ser atendida, sino también merece tener asistencia sanitaria útil, fundamentalmente: diagnósticos oportunos, tratamientos acertados y circunstancias que permitan la adherencia y el cumplimiento de los planes terapéuticos. En el proceso de atención en salud, además del acto médico y el proceso de investigación clínica, al cual se someten los usuarios. Debe complementarse la formación y orientación del beneficiario, capaces de causar cambios favorables en los núcleos familiares, orientados a la prevención e identificación temprana de morbilidades.

Los beneficiarios del subsistema estatal de salud, también deben ser instruidos, para concientizarse frente al costo de los servicios adquiridos, puesto que al momento de utilizarlos no representan gasto de bolsillo, pero su naturaleza en sí, representa altos costos. Cada usuario debería poder identificar sus necesidades de salud y acceder a atención sanitaria en casos justificados, de acuerdo a sus factores de riesgo y morbilidades.

Si bien es cierto, la gratuidad o el gasto 0 de bolsillo rompe la barrera del acceso a la salud, puesto que, tras una necesidad sanitaria, se puede acceder libremente a las unidades de la red estatal (Ministerio de Salud Pública), pero si no se cuenta con una capacidad de respuesta acorde a la población (cantidad de unidades asistenciales, equipamiento, profesionales de salud, protocolos de asistencia de acuerdo a las vulnerabilidades, entre otros.), se genera el congestionamiento y enlentecimiento de las

diferentes unidades de atención, especialmente ambulatorias, muchas veces se efectúan gastos innecesarios y consumos de tecnología sanitaria valiosa, sin los suficientes criterios clínicos, en función de la satisfacción del consumidor, es decir, no hay límites en cuanto a la atención, basados en que la salud es un derecho y como ciudadanos ecuatorianos podemos solicitar las cantidades de atenciones, exámenes complementarios y demás servicios sin ningún tipo de restricción.

De acuerdo a datos de Salud del Ministerio de Salud Pública 2000-2010, hubo un incremento significativo de las atenciones preventivas, en el 2010 se contaron con 9.192.510, frente al 2005 previo a la gratuidad 7.008.344, valdría la pena analizar cuántas de estas consultas de prevención tras la implementación de la gratuidad fueron subsecuentes y justificadas.

Otro dato significativo en cuanto a exámenes de laboratorio y rayos x, de acuerdo a Datos de Salud del MSP, se han incrementado significativamente entre el 2013 y el 2015, superando el promedio. Es importante analizar estos indicadores en una curva histórica y observar si tras la gratuidad, los exámenes complementarios han sido usados razonablemente.

Una vigilancia de la salud inadecuada, no solo genera incrementos en los costos monetarios, sino que también concibe costos sociales no cuantificables como la calidad de la atención y seguridad del paciente, se multiplican los efectos adversos en los procesos realizados, que a la larga se ven reflejados en una población no saludable, es decir, poco productiva, con calidad de vida inadecuada, con alta prevalencia de

enfermedades prevenibles, muertes prematuras y complicaciones de enfermedades potencialmente curables.

Adicionalmente, la gratuidad puede ocasionar el sobre diagnóstico y la ocupación de recursos y tecnologías de manera excesiva en casos no justificados por la percepción de los funcionarios y de los usuarios de gasto 0, cuando en realidad al proponer gratuidad se reduce, el gasto de bolsillo al momento de adquirir o hacer uso de servicios, pero los costos siguen siendo altos.(Juan A. Gimeno - José R. Repullo - Santiago Rubio., 2005)

La amplitud de la cartera de servicios, las múltiples especialidades, patologías, diagnósticos y demás factores intervinientes complejizan la atención en salud de manera abrumadora, es necesario tener líneas de referencia, es decir, protocolizar las atenciones, para disminuir la cantidad de errores y estandarizar la práctica clínica, para que la atención en salud sea realmente efectiva para la población.

Identificando los puntos claves del consumo de servicios y la garantía de la calidad de los mismos, podría realizarse una verdadera planificación estratégica y limitar así, los errores de los diversos procesos en el curso de la atención sanitaria, es decir, si se da a cada uno lo que realmente necesita, probablemente podríamos obtener salud para todos, eficiente y eficaz, en resumen, efectiva, evitando complicaciones clínicas y mejorando representativamente nuestros indicadores el ámbito de la salud.

1.3 Preguntas De La Investigación

PRINCIPALES

1. ¿En qué consiste la sobre-demanda de servicios de salud generada por el acceso incrementado como efecto de la política de gratuidad?
2. ¿Cuáles son las razones que explican la congestión en las unidades operativas, especialmente hospitalarias desde que empieza a aplicarse la política de gratuidad?

SECUNDARIAS

3. ¿Cuántas consultas médicas preventivas se consideran necesarias en promedio al año para evitar enfermedades prevenibles?
4. ¿Porque la política de gratuidad no ha incentivado las acciones de promoción de la salud para llevar un estilo de vida saludable?
5. ¿Cuántos exámenes complementarios de laboratorio clínico y de imágenes se consideran necesarios por cada consulta de acuerdo a su grupo etario por año en promedio?
6. ¿Cuáles son los factores que han incidido en la sobredemanda de los servicios de salud del MSP como efecto de la política de gratuidad?
7. ¿Se cumplen los estándares de práctica clínica establecidos de acuerdo a los niveles de atención?
8. ¿Se ha capacitado a los profesionales de salud en cuanto a políticas públicas establecidos y la óptima utilización de recursos?
9. ¿Cuántos pacientes atendidos por el Ministerio de Salud Publica poseen otro tipo de cobertura de salud?

10. ¿Qué percepción tienen los usuarios en cuanto a la calidad y el costo de los servicios de salud?
11. ¿Qué percepción tienen los profesionales de salud en cuanto a la calidad y el costo de los servicios de salud ofertados?

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Marco Histórico

Antes del 2008, Ecuador atravesó por varias reformas político – administrativas, infructuosas en el sector salud. Los continuos cambios de gobiernos, incluso cambios de moneda y algunos otros factores, dificultaron la provisión de servicios de salud a los ecuatorianos. Entre el 1995 - 2005 se tomaron iniciativas con enfoques de aseguramiento parcial, así como también, se dieron los primeros pasos en cuanto a la desconcentración y descentralización de la salud, pero las diversas situaciones gubernamentales a nivel nacional, dificultaron la implementación de políticas de salud pública efectivas. Pese al incremento sostenido del presupuesto destinado a los servicios sanitarios, los indicadores de salubridad, tales como, la tasa de Mortalidad Infantil y Mortalidad Materna estuvieron ubicadas entre las más altas de Latinoamérica. (Organización Panamericana de la Salud, © 2008)

2.2 Marco Legal

Mediante la Constitución Política del Ecuador 2008, la salud fue incorporada como un derecho para los ciudadanos y pasó a ser una responsabilidad del Estado según lo establecen los siguientes artículos:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los

principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al

Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.(Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

(Constitución de la República del Ecuador, 2008).

2.3 Marco Referencial

Varios países, en Suramérica, establecen la salud como un derecho fundamental, tal es el caso de Bolivia, Venezuela y Ecuador, los cuales recientemente han realizado profundas reformas constitucionales, haciendo hincapié en la salud como responsabilidad del estado y actuando como facilitadores de la accesibilidad y continuidad en la prestación de servicios.(Organización Panamericana de la Salud, 2010)

De manera general, en el Ecuador el sector salud está conformado por varios subsistemas que corresponden a: Un sector del seguro social para la población formal trabajadora, un sector público (MSP) que cubre a las personas en situación de pobreza y demás vulnerabilidades y un sector privado utilizado por las personas de más altos ingresos a través del pago de primas de seguros particulares, medicina prepagada o gasto directo de bolsillo.(Organización Panamericana de la Salud, 2010).

A partir del 2008 en el Ecuador se realizaron profundas reformas a la legislación nacional, siendo la salud una responsabilidad de Estado y un derecho para la ciudadanía en general, rompiendo barreras de accesibilidad y habilitando la cobertura para todos. Esta política en salud marcó un cambio en la historia del país, puesto que se le dio un nuevo enfoque a la salubridad, se contempló como un componente fundamental del estilo de vida.(Organización Panamericana de la Salud, © 2008)

Al paso del tiempo se han realizado avances importantes, mejoras continuas de infraestructura, equipamiento y certificación de centros asistenciales, así como también se han implementado políticas de promoción y prevención, que han contribuido a tratar

de implantar una nueva percepción de la salud, una concepción del ser humano de manera integral.

A través de los sistemas de información pública, pudimos obtener algunos datos importantes que citamos a continuación:

- INEC en el 2011 se reportaron 27.148.066 consultas de emergencia en establecimientos de salud del país y 22.478.497 consultas de morbilidad.
- INEC en el 2012 se registraron 35.052.138 consultas de emergencia en establecimientos de salud del país y 26.027.316 de morbilidad.
- INEC en el 2013 se registraron 39.873.437 consultas de emergencia en establecimientos de salud en el país, y 33.655.528 consultas de morbilidad.
- INEC en el 2014 se registraron 30.957.968 consultas de emergencia y 25.564.267 de morbilidad.
- INEC en el 2015 no se dispone de datos oficiales publicados en la página de Censos y Estadísticas de Ecuador.

A partir de estos breves datos podemos observar que el número de consultas por morbilidades en nuestro país ha aumentado sostenidamente en el tiempo, luego de implantada la política de gratuidad. Y esto sin considerar las consultas de prevención, que han aumentado mucho más. Así mismo como aumentan el número de atenciones, también ha aumentado el consumo de áreas de servicio específicas, tales como Exámenes diagnósticos: de laboratorio, rayos x y demás.

PRESUPUESTO EN SALUD ECUADOR

2008	879.442.956
2009	920.981.567
2010	1.152.571.554
2011	1.307.040.681
2012	1.718.000.000
2013	2.158.000.000
2014	2.394.000.000
2015	2.570.000.000

(Ministerio de Salud Pública, 2015)

Como podemos apreciar en la información anterior, el presupuesto general en cuanto a salud, ha aumentado considerablemente al paso de los años, contribuyendo ampliamente al mejoramiento de los servicios públicos estatales. La salud, tras la amplia inversión, las reformas continuas y la implementación de programas y políticas en pro del beneficio de la población, no reflejan estos grandes esfuerzos en los indicadores de salud.

En el año 2007 el gasto en salud per cápita fue USD 213.178 en el año 2014 se alcanzó USD 579.192, lo que nos deja entrever que la preocupación por la salud en el país ha sido real, pero no parecería ser lo efectivamente esperada. (Banco Mundial, 2016). Los indicadores de salud con respecto a los países de la región siguen siendo altos, como ya mencionamos, no reflejan los grandes esfuerzos realizados. Podemos citar algunos ejemplos: la tasa de mortalidad infantil es de 19. 8, el gasto de bolsillo corresponde al 51, 38 estas son unas de las más altas de la región. (Maceira, 2014).De

ahí podemos inferir que la gratuidad ha aumentado el número de consumidores tal vez innecesariamente, puesto que no se han mejorado la salud de la población en general.

Es necesario para obtener una salud efectiva la estandarización de la práctica clínica y establecer regulaciones justas en cuanto a la calidad de los servicios, buscando una práctica sanitaria efectiva, que evite el desperdicio de recursos sanitarios disponibles, a fin de que la política de gratuidad instaurada, sea sostenible al paso del tiempo. La provisión de servicios sanitarios supera los conceptos tradicionales de enfermedad y bienestar, son un conjunto de procesos complejos que involucran conceptos personales, tecnológicos, interrelacionamiento entre cultura organizacional, social, además de logística perfectamente sincronizada.

De acuerdo a la OPS, (Organización Panamericana de la Salud, 2010) el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, incrementa innecesariamente los costos de producción y disminuye la satisfacción de los usuarios frente a los servicios recibidos. La fragmentación de los servicios de salud trae como una de sus principales consecuencias, la duplicación de servicios y falta de coordinación entre los niveles de atención, en nuestro medio a través de los años hemos podido observar que la política de gratuidad y el establecimiento de la salud como un derecho poblacional ha funcionado como un escudo para la sociedad Ecuatoriana, y ha contribuido al desperdicio de recursos tecnológicos y humanos valiosos en el ámbito de la salud. Generando incongruencia en servicios prestados y necesidades de salud de los usuarios.

Es necesario tener en cuenta las características culturales y demográficas en los grupos de edades para determinar adecuadamente las intervenciones higiénico -

sanitarias a seguir esta también es una consecuencia de la fragmentación en los sistemas de salud de las Américas.(Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Las personas cada día demandan servicios de mayor calidad en función de sus preferencias asistenciales es necesario concientizar a la población en general con respecto a la utilización de servicios sanitarios y racionalizar su uso en función de la integración adecuada de los niveles de atención, estableciendo procesos operativos encaminados a mejorar los determinantes de salud. Muchos de los inconvenientes en la utilización de servicios sanitarios se fundamentan en la percepción de los usuarios frente a los servicios propiamente dichos. En el ámbito de la salud de 20 al 40 % de los recursos de la salud se malgastan,(Organización Mundial de la Salud, 2010), en nuestro país no tenemos datos disponibles frente al despilfarro, se ha prestado mayor atención al uso irracional de medicamentos, relacionado con tres de las causas más comunes de ineficiencia, pero se ha dado a un lado el uso de servicios como atención médica periódica en distintas unidades asistenciales y exámenes complementarios.

De acuerdo a la OMS, las recomendaciones para evitar la dilapidación de los recursos, corresponden a las siguientes:

- Sacar el máximo partido a las tecnologías y los servicios sanitarios
- Motivar al personal sanitario
- Mejorar la eficiencia hospitalaria
- Conseguir la asistencia correcta la primera vez, reduciendo los errores médicos
- Eliminar el despilfarro y la corrupción
- Evaluar críticamente cuáles son los servicios necesarios.

El uso adecuado de los recursos sanitarios podría permitirnos ahorrar hasta un 5% del gasto en salud. Obtener la asistencia adecuada a la primera consulta podría ser una de las alternativas útiles en el mejoramiento continuo de la calidad en salud y la efectivización de los servicios prestados. (Organización Mundial de la Salud, 2010)

Actualmente los servicios electrónicos en salud (denominados también *eSalud*) pueden ser entendidos también como la aplicación de Internet y otras tecnologías de la información, relacionadas en la industria de la salud para mejorar el acceso, la eficiencia, la eficacia y calidad de los procesos clínicos y empresariales utilizadas por las organizaciones de salud, médicos, pacientes y consumidores en un esfuerzo por mejorar el estado de salud de los pacientes. Se cuentan con sistemas avanzados la tecnología integrada a la medicina moderna, que permiten amplios programas de vigilancia epidemiológica que puede incluir geolocalización e identificación de perfiles epidemiológicos en tiempo real.

Las tecnologías de la información y comunicación observan el comportamiento poblacional, y a través del aprovechamiento de las nuevas tecnologías sanitarias, podríamos establecer estándares locales, que permitan intervenciones efectivas en el ámbito de la salud pública. A través de la Encuesta nacional de Salud 2012 tenemos aproximaciones en cuanto a las necesidades de salud de nuestra población más vulnerable, a partir de estos datos, es necesario, el análisis del consumo de servicios y la sobredemanda de los mismos a partir de la política de gratuidad en la provisión de servicios de salud (Organización Panamericana de La Salud, 2016).

En algunos países del mundo se ha implantado el estudio Grossman para analizar la demanda sanitaria, como es el caso de Argentina, tomando los factores que promueven a las personas a buscar asistencia médica, sin embargo, hay algunas inconsistencias en cuanto a aleatoriedad y alteración de resultados en cuanto a las variaciones de los atributos, lo que imperfecciona el modelo y no permite una estimación real de la situación. (Temporelli, 2009).

Aun las personas más pobres del mundo, no tienen acceso a servicios básicos de salud de con estándares mínimos de calidad. En tanto que los altos costos, por el uso de los servicios sanitarios, dificultan el acceso de los usuarios, las unidades de atención con déficit de equipamiento también constituyen un determinante en la calidad de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2010). Por lo tanto, el debate sobre las ventajas y desventajas de las cuotas de los usuarios de los servicios de salud está en curso. La base de pruebas sobre las intervenciones de política en los países de bajos ingresos es limitada, y la calidad de la evidencia con respecto a tarifas a los usuarios de los servicios de salud aún no se ha revisado sistemáticamente. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Una revisión sistemática, de los factores que inciden en el consumo de salud, revelo que la eliminación de la cuota de acceso (gasto 0 de bolsillo), aumentaba súbitamente el consumo de servicios y este aumento se sostenía en el tiempo, pero a su vez como consecuencia inmediata disminuía la calidad de los servicios. (Palmer, 2008).

Si bien es cierto que el acceso universal a los servicios de salud estatales en nuestro país, ha dado una nueva visión en cuanto a salud pública, es necesario el aseguramiento de la calidad y la regularización del sistema, evitando el sobreconsumo y la malversación de los fondos invertidos en salud; para que la política de gratuidad de los servicios estatales de salud sea sostenible y además nuestros indicadores y determinantes de salud mejoren competitivamente frente a los países de la región.

2.4 Marco Conceptual

- **Accesibilidad:**

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos.

La accesibilidad presenta cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica, acceso a la información. (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

- **Acceso:**

Acción de llegar o acercarse. Entrada o paso.(Diccionario de la Lengua Española).

- **Calidad:**

Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Adecuación de un producto o servicio a las características especificadas. (Diccionario de la Lengua Española).

- **Cobertura:**

Cantidad o porcentaje abarcado por una cosa o actividad. Extensión territorial que abarca diversos servicios (Diccionario de la Lengua Española).

- **Demanda:**

Pedido de mercancías o bienes sujeto al pago de una cantidad determinada. (WordReference).

- **Fuentes Secundarias de Información:**

Son el resultado de las operaciones que componen el análisis documental (descripción bibliográfica, catalogación, indización, y a veces, resumen). Es decir, alguien ha trabajado sobre el contenido de las mismas. Permiten el

conocimiento de documentos primarios, a partir de diversos puntos de acceso. (Cabrera Méndez, 2010).

- **Fuentes Primarias de Información:**

Son aquellas que contienen información nueva y original, que no ha sido sometida a ningún tratamiento posterior.(Cabrera Méndez, 2010).

- **Gratuidad:**

Calidad de gratuito, que se consigue sin pagar. (WordReference).

- **Grupos Focales:**

Los grupos focales son una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador (Jazmine Escobar, y Francy Ivonne Bonilla-Jiménez).

- **Indicador de salud:**

Un indicador de salud es una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo).(Organización Mundial de la Salud, 1998).

- **Investigación Histórica:**

Trata de la experiencia pasada, no solo se aplica no solo a la historia sino también a las ciencias de la naturaleza, al derecho, la medicina o cualquier otra disciplina científica. La investigación histórica se presenta como una búsqueda crítica de la verdad, que sustenta los acontecimientos del pasado. (Tamayo, 2009).

- **Oportunidad:**

Momento o circunstancia oportunos o convenientes para algo.(Diccionario de la Lengua Española).

- **Política sanitaria:**

Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (especialmente del Gobierno) que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas. (Organización Mundial de la Salud, 1998).

- **Salud para Todos:**

La consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas una vida social y económicamente productiva.(Organización Mundial de la Salud, 1998).

- **Salud pública:**

La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.(Organización Mundial de la Salud, 1998).

Conjunto de condiciones mínimas de salubridad de una población determinada, que los poderes públicos tienen la obligación de garantizar y proteger.(Diccionario de la Lengua Española).

- **Salud:**

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (Organización Mundial de la Salud, 1948).

3. JUSTIFICACIÓN

Es importante conocer los determinantes que inciden en el sobreconsumo de servicios de salud en nuestro país y su relación con la política de gratuidad aplicada desde el año 2008. El desconocimiento de los índices de frecuencia hospitalarios y de servicios ambulatorios, no permite visualizar la dimensión real de las necesidades de salud y la cobertura de la mismas, es trascendental, establecer la cantidad de consultas médicas asistenciales promedio que debe tener cada ciudadano y cuantos exámenes complementarios básicos de rutina requiere al año, de acuerdo a perfiles epidemiológicos, que incluyan parámetros como edad, sexo, raza, ubicación geográfica y factores de riesgo, para tasar las necesidades de demanda de servicios que podríamos enfrentar año a año.

De esta manera se podría estimar, fidedignamente las necesidades en las diferentes áreas asistenciales, permitiendo la maximización la cobertura, efectividad y continuidad en los servicios. En nuestro país hasta el momento no se ha logrado evaluar las necesidades reales de salud que tenemos, por lo que cada día se consumen más recursos con resultados infructuosos, reflejados en los indicadores de salud comparados con los países latinoamericanos.

La gratuidad, ha roto barreras en cuanto a gastos de las familias menos favorecidas, pero también, se han favorecido quienes tienen amplia cobertura de salud de manera privada, ampliando la brecha de inequidad. Es necesario investigar si realmente las personas sin ninguna cobertura de salud, son las realmente beneficiadas tras la política

de acceso universal, pues, de acuerdo a las comparaciones de los sistemas de salud en América Latina, nuestro gasto de bolsillo en salud es uno de los más altos de la región.

Actualmente contamos con una agencia de regulación, control y vigilancia sanitaria (ARCSA), que se dedica en mayor medida a la supervisión y consumo de medicamentos, lo cual constituye una parte fundamental del problema de la falta de normalización en el consumo de servicios, pero además de medicamentos y dispositivos médicos, hay muchos más factores determinantes e interrelacionados con el consumo de salud. La no utilización correcta de recursos nos ha llevado a continuar con profundos problemas de salud pública, pese a grandes inversiones y esfuerzos realizados.

4. HIPOTESIS Y DETERMINACION DE VARIABLES

4.1 Hipótesis

La política de gratuidad establecida en el Ecuador desde el 2008, ha traído como consecuencia sobredemanda de los servicios de salud, generado una percepción negativa de la calidad de atención en los usuarios y a la vez, despilfarro de los recursos de salud en el país.

4.2 Determinación De Variables

- **Variable Independiente:** La Política De Gratuidad
- **Variables Dependientes son:**
 - Sobredemanda de los servicios de salud.
 - Congestionamiento y baja calidad de la atención en salud.
 - Insatisfacción de los usuarios.
- **Variables Intervinientes:**
 - Horarios de los profesionales de salud antes y después de establecida la política de gratuidad en el país.
 - Reformas de infraestructura, equipamiento y talento humano durante la implementación de la reducción del gasto de bolsillo.

4.3 Operacionalización De Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN
La Política De Gratuidad	Es una política de salud pública implementada en el país desde el 2008, que consiste en la reducción de gasto de bolsillo a 0, como estrategia fundamental para romper la barrera de accesibilidad a la salud	Sistema de documentación de en la actualidad.	Cobertura Poblacional	<p>Funcionamiento de la Política de gratuidad</p> <p>Aplicación De Normativas</p> <p>Mantenimiento De la política de gratuidad</p>	<p>Línea histórica de inversión en salud anual</p> <p>Línea histórica de exámenes diagnósticos.</p> <p>Línea histórica de consultas de morbilidades y prevención.</p> <p>Línea histórica comparativa entre los indicadores de salud del Ecuador (mortalidad materna, mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, gasto de bolsillo en salud, etc.) y los países de Latinoamérica.</p>
Sobredemanda de los servicios de salud.	Se refiere a la sobrecarga de prestaciones de salud por los usuarios de manera injustificada.	Situación actual de la demanda de Servicios de Salud.	Cantidad De Trabajo	<p>Volumen Adecuado Al Nivel De Atención</p> <p>Sobre volumen al Nivel De Atención</p>	Definición de los indicadores de frecuencia hospitalaria y línea comparativa frente al consumo desde el establecimiento de la política de gratuidad
Congestionamiento y baja calidad de la atención en salud.	Lentitud en la atención, prolongación de los tiempos de espera.	Nivel De Atención	Demanda De Los Servicios De Salud	<p>Gran Capacidad Resolutiva</p> <p>Moderada Capacidad Resolutiva</p> <p>Poca Capacidad Resolutiva</p>	<p>Línea Histórica de Egresos e Indicadores Hospitalarios para evaluar la capacidad resolutiva.</p> <p>Definición del tiempo promedio de atención al usuario.</p>
Insatisfacción de los usuarios.	Inconformidad de los usuarios al recibir asistencia médica, bajo la consideración subjetiva de sus necesidades de salud.	Sistema De Atención	Calidad De Los Servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfecho • Insatisfecho 	Grupos focales para evaluar la percepción del usuario y del profesional de la salud en cuanto la calidad de prestaciones de servicios de salud.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN
Variables Intervinientes	Reformas en el talento humano y tecnologías sanitarias en el sector público de salud	Atención sanitaria.	Cumplimiento de las obligaciones sanitarias a través de los recursos disponibles.	Cumplimiento de los perfiles óptimos por parte profesionales de salud Aplicación de tecnologías sanitarias en la atención	Línea histórica horas hombre trabajadas en cuanto a profesionales de salud en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador periodo 2008 - 2015

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

- Analizar los efectos que ha tenido la política de gratuidad en la sobredemanda de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el periodo 2008-2015.

5.2 Objetivos específicos

- Determinar la evolución de las coberturas de atención ambulatoria y hospitalaria en los servicios del MSP
- Analizar el balance entre atenciones preventivas y curativas según grupos programáticos.
- Identificar los servicios que han sido sobre demandados en función de indicadores de uso promedio por persona y por año.
- Definir los índices de frecuencia hospitalaria en nuestro país.
- Valorar la percepción de calidad de la atención de los usuarios de los servicios de salud del MSP y la opinión de los profesionales que brindan asistencia sanitaria.

6. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Tipo De Estudio

El presente estudio se llevará a cabo en dos fases: una cuantitativa y otra cualitativa.

La primera fase de este estudio es de tipo descriptivo, se basa en la recolección histórico-documental de datos estadísticos sobre el acceso y cobertura de las principales prestaciones de servicios de salud, recopilados a través de fuentes oficiales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, Banco Mundial, Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud.

A través de esta investigación de carácter histórica, se analizarán e interpretarán las diversas características de la población en cuanto a las tendencias de consumo en salud. Consistirá en un proceso sistemático de búsqueda de información y revisión bibliográfica, respecto a la utilización de servicios de salud, sus determinantes y el presupuesto invertido en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador desde el año 2008 - 2015.

Cuantitativamente, se podrá establecer la relación entre el número de atenciones, el tipo y cantidad de servicios utilizados y por consiguiente, el impacto de la política de gratuidad en salud, implementada desde el año 2008 a través de la comparación y análisis de dichos datos, estableciendo las series estadísticas correspondientes entre el periodo de tiempo determinado, con el fin de identificar los servicios que han sido sobre demandados a través de indicadores: uso promedio por persona, por año. Además, se lograrán definir los índices de frecuencia hospitalaria en nuestro país de acuerdo al grupo etario, factores de riesgo y comorbilidades.

La segunda fase, corresponderá a un estudio cualitativo, mediante la técnica de grupos focales, donde estimaremos ideas y puntos de vista de los usuarios del MSP, frente a la calidad de las prestaciones de salud recibidas durante la política de gratuidad. Además indagaremos, también los puntos de vista frente a la oferta de servicios médicos en relación a la gratuidad, a través de una guía de entrevista a Profesionales de Salud tales como: Directores de Unidades Asistenciales, Jefes de Servicio y Médicos Operativos, los cuales constituyen actores claves en el proceso de atención a lo beneficiarios del sector público.

Esta investigación se llevará a cabo, utilizando dos fuentes de datos:

- **Investigación en fuentes secundarias:** Donde se analizarán los efectos que ha tenido la política de gratuidad en el acceso y la sobredemanda de los servicios de salud, en El Ministerio De Salud Pública del Ecuador, periodo 2008-2015, de manera cuantitativa mediante la recopilación histórica de datos y el procesamiento sistemático de los mismos.
- **Investigación en fuentes primarias:** A través de 6 grupos focales, los cuales, nos permitirán estimar la satisfacción de los beneficiarios frente a los servicios estatales de salud. Con esta modalidad podremos identificar cualitativamente la percepción de consumo de los usuarios del ministerio de salud pública y también la opinión de los profesionales que brindan asistencia sanitaria a través de una guía de entrevista.

6.2 Lugar Del Estudio Y Periodo De Tiempo

Primera fase: El estudio *cuantitativo* será realizado considerando los datos nacionales de acceso y cobertura, en un periodo de 8 años, correspondientes a: Junio del 2008 y diciembre del 2015, para lo cual se establecerán las series estadísticas y tendencias correspondientes, empleando fuentes oficiales tales como: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, Banco Mundial, Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud.

Segunda Fase: El estudio *cualitativo* se desarrollará en tres niveles asistenciales: primer nivel de atención, segundo nivel de atención y tercer nivel de atención, realizando en cada unidad asistencial un grupo focal, conformado por 8 -10 usuarias de estos servicios. con el objetivo de conocer la percepción que tienen frente a la calidad de la atención recibida, en relación con la política de gratuidad. En cada casa asistencial seleccionada, se realizaran a la vez, entrevistas guiadas a informantes clave (Directivos, Jefes del área de atención ambulatoria - hospitalaria y médicos operativos) sobre el proceso de atención en relación con la política de gratuidad.

Serán tomadas en cuenta las Provincias de Guayas y Pichincha, escogiendo una unidad de primer nivel de atención en ambas provincias, una unidad de segundo nivel de atención en cada una de las provincias y otra unidad de tercer nivel de atención en cada una de las provincias, de la siguiente manera:

- Unidad de primer nivel de atención Guayas:
 - *Centro De Salud El Recreo II*, Código: 000850, Zona 8, Distrito: 09A17
Dirección Cdla, El Recreo: Teléfono: 042672013. Unidad de primer nivel de atención Pichincha:

- *Centro de Salud Puengasi 1*, Código:001634 Zona 9, Distrito 17D04,
Dirección: Prudencio Salazar S/N, Teléfono: 02260373.
- Unidad de segundo nivel de atención Guayas:
 - *Hospital General Guasmo Sur*, Código: 038666, Zona 8, Distrito: 09A01,
Dirección: Av. Cacique Tomalá Y Callejón Eloy Alfaro. Teléfono: 04-3803600
- Unidad de segundo nivel de atención Pichincha
 - *Hospital Básico De Nanegalito*, Código: 001791, Zona 9, Distrito 17D01,
Dirección: Calle Eloy Alfaro S/N Y Guayaquil. Teléfono: 022116180.
- Unidad de tercer nivel de atención Guayas:
 - *Hospital Gineco Obstétrico Mariana De Jesús*. Código: 000916, Distrito 09D04, Dirección: La 27 Ava. Y Rosendo Avilés. Teléfono: 043709190.
- Unidad de tercer nivel de atención Pichincha:
 - *Hospital De Atención Integral De Salud Del Adulto Mayor*. Código:001786, Zona 9, Distrito: 17A10, Dirección: Ángel Ludeña Oe7-113 Y Pedro Alvarado. Teléfono: 022291201.

Para la entrevista dirigida serán tomadas en cuenta los siguientes profesionales de salud

(Informantes clave) de cada unidad operativa:

- Director de la Casa Asistencial
- Médico Operativo

Jefe del área servicios médicos ambulatorios - hospitalarios.

6.3 Universo y Muestra

Primera fase:

Recolección histórica de datos estadísticos sobre las coberturas de atención en los servicios ambulatorios y hospitalarios del MSP a nivel nacional en el periodo de análisis de la política de gratuidad (2008-2015), mediante los datos recopilados se elaborarán cuadros y gráficos con series estadísticas año a año, que nos permitirán observar las tendencias de cobertura a lo largo de tiempo correspondiente. Por ser un análisis documental – estadístico, no será necesario establecer muestras de las unidades operativas o de los grupos de población de usuarios de los servicios del MSP.

Segunda fase:

Para esta fase cualitativa del estudio en curso, no se definirá una muestra de usuarios de los servicios de salud a nivel nacional, dada la naturaleza de la investigación descriptiva y exploratoria inicial. En lugar de ello, se elegirán pequeños grupos de 8 - 10 personas en cada una de las unidades señaladas anteriormente, por niveles de atención en las dos provincias con mayor volumen de población en el país.

Adicionalmente se tomarán en cuenta informantes claves de las unidades operativas para la entrevista dirigida, que identificará aspectos relevantes de la percepción los profesionales de salud en la oferta de servicios (actitud de los usuarios, tiempos de espera, promoción de salud, investigación clínica, entre otros).

6.4 Criterios de Inclusión y Exclusión:

6.4.1. Criterios de Inclusión:

Primera Fase:

Se incluirán todas las estadísticas nacionales de fuentes oficiales de información tales como: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, Banco Mundial, Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud.

Segunda Fase:

Integrantes de Grupos Focales: Serán tomadas en cuenta usuarias de los servicios del Ministerio de Salud Pública de los distintos niveles de atención con las siguientes características: Madres de hijos/as menores de 5 años, que hayan utilizado los servicios de salud de las unidades operativas seleccionadas, mayores de 18 años y que acepten voluntariamente participar en el grupo focal.

Informantes Clave: Se incluirán Profesionales de salud: Directores, Jefes de áreas de servicios ambulatorios y hospitalarios y médicos operativos, que por su vivencia y experiencia en el ámbito de la salud, pueden brindarnos información valiosa y oportuna en este proyecto de investigación.

Moderador y entrevistador: Para la realización de la Técnica de Grupos Focales es necesario que el cuestionario sea ejecutado por un Moderador, ajeno a la investigación y que no sea profesional de la salud, ni que haya trabajado antes en este ámbito, con experiencia en el área de Educación, que pueda manejar adecuadamente los grupos de personas, llevará a cabo también las entrevistas guiadas a los informantes claves de las distintas unidades de atención.

Anotador: Se incluirá, un estadístico que pueda captar la mayor cantidad de datos posibles durante la recopilación de datos en la fase exploratoria, que haya trabajado en el sector salud.

6.4.2. Criterios de Exclusión:

Primera Fase:

Se excluirán de la recopilación Histórica – documental, los datos de fuentes especificadas que no correspondan al Ministerio de Salud Pública del Ecuador en cuanto a las tendencias de consumo. Solo se tendrán en cuenta datos globales oficiales para establecer comparaciones entre los países de la Región.

Segunda Fase:

Se excluirán del estudio exploratorio todas las personas que tienen además de la cobertura de salud del MSP, algún otro tipo de seguro médico, también los beneficiarios del MSP, que no correspondan a las características establecidas para la aplicación de la técnica de grupos focales. Serán excluidos también Profesionales de Salud que no correspondan al Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

6.5 Fuentes e Instrumentos De Recolección De Datos

Primera Fase: Constituye un proyecto de investigación bibliográfico, puesto que se recurrirá a fuentes secundarias oficiales de información: Banco de Datos, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud.

Una vez recolectados los datos podrán establecerse las mediciones para determinar los valores de las variables: sobredemanda y congestión de los servicios de salud, para ello determinaremos las series estadísticas correspondientes a través de:

- Línea histórica de inversión en salud anual.
- Línea histórica de exámenes diagnósticos.
- Línea histórica de egresos e indicadores hospitalarios.
- Línea histórica de consultas de morbilidades y prevención (primera vez y subsecuentes).
- Línea histórica de horas hombre – trabajadas en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador desde el establecimiento de la Política de Gratuidad.
- Línea histórica comparativa entre los indicadores de salud del Ecuador (mortalidad materna, mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, gasto de bolsillo en salud, etc.) y los países de Latinoamérica.

Segunda Fase:

Realizaremos la determinación cualitativa de la percepción de consumo de servicios sanitarios, desde la perspectiva de los usuarios guiados a través de la técnica de grupos

focales, donde se registrarán las percepciones de calidad de servicios de salud. Se realizará el siguiente cuestionario durante la recopilación de los datos.

CUESTIONARIO - GRUPO FOCAL USUARIOS MSP
1. ¿Cuánto tiempo debe esperar para ser atendido al llegar a la unidad de Salud? ¿Por qué?
2. ¿En qué horarios prefiere acudir? ¿Por qué?
3. ¿Los servicios de salud recibidos han curado su enfermedad y/o las de su familia? ¿Por qué?
4. ¿El profesional de salud que lo atiende es amable y atiende sus necesidades? ¿Por qué?
5. ¿Cada cuanto tiempo considera que debería acudir al médico al año para evitar enfermarse? ¿Por qué?
6. ¿Cada cuanto tiempo considera que debería realizarse exámenes complementarios (laboratorio e imágenes)? ¿Por qué?
7. ¿Está satisfecho por los servicios recibidos? ¿Por qué?

Se llevarán a cabo entrevistas a informantes clave, de las distintas unidades operativas señaladas, teniendo como visión fundamental, recopilar información acerca de los aspectos más importantes del servicio durante la oferta.

GUIA DE ENTREVISTA PARA INFORMANTES CLAVE

1. Los usuarios son amables y entienden cuando el personal de salud está ocupado con otro paciente? ¿Por qué?

2. ¿Si el centro asistencial donde Ud. Labora está lleno de personas solicitando atención, que medidas toma para agilizar la atención? ¿Por qué?

3. ¿Las personas acuden realmente enfermas? ¿Por qué?

4. ¿Ud. cree que es mejor no contender con el usuario y suplir las necesidades de salud que ellos consideran? ¿Por qué?

5. ¿Ud. Cree que es necesario enviar exámenes complementarios a todos los pacientes para mejorar la atención? ¿Por qué?

6. ¿Ud. Tiene el tiempo suficiente para enseñarles a los usuarios las medidas generales, cuidados y posología de la receta de acuerdo a la patología? ¿Por qué?

7. ¿Está Satisfecho con los servicios ofertados? ¿Por qué?

8. ¿Ha recibido el personal de salud de su institución capacitación en políticas públicas y optimización de recursos? ¿Por qué?

9. ¿Los profesionales de salud de su centro asistencial tienen exceso de trabajo? ¿Por qué?

¿Cómo podrían estandarizarse las practicas clínicas en su unidad de atención?

7. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS

Primera Fase: Para la realización de este proyecto es necesario un equipo multidisciplinario conformado por profesionales de salud expertos en salud pública, gerencia en salud y distintas especialidades médicas, antropólogos y economistas. Donde pueda integrarse el ámbito médico, financiero y social, que son las esferas que incluyen los servicios sanitarios.

Los datos se obtendrán de las fuentes documentales señaladas anteriormente, utilizando guías de registro o cuadros de salida, los cuales serán ingresados en un programa que nos permita realizar el procesamiento de funciones estadísticas (Excel), con el fin de graficar las características cuantitativas del consumo de servicios de salud en nuestro país desde el año 2008 hasta el 2015. El análisis se realizará basado en los siguientes criterios:

- La comparación analítica y progresiva de las coberturas y el gasto en salud desde el inicio de la política de gratuidad, el mejoramiento de los indicadores de acceso con respecto a los países de la región a lo largo del periodo de estudio.
- La definición del número de consultas promedio anuales de acuerdo a la edad y morbilidades prevalentes en nuestro medio, tomando en cuenta la capacidad del personal sanitario y la disponibilidad de los centros asistenciales.

Segunda Fase

El análisis de la percepción de consumo de servicios sanitarios de los usuarios del MSP, y la visión de la oferta por parte de los profesionales de salud, será efectuada mediante la recopilación de datos, podrá realizarse en un día laborable, en cada unidad operativa. Posteriormente los datos serán procesados y analizados por el grupo de investigación de acuerdo al cronograma establecido.

8. RESULTADOS ESPERADOS

A través de esta investigación, pretendemos, obtener y analizar las tendencias de utilización de los servicios de salud, tras el establecimiento de la política de gratuidad en los servicios de salud estatales en el Ecuador desde el 2008.

A partir de los resultados podremos aproximarnos a los índices de frecuencia hospitalaria de nuestra población y demostrar a través de un estudio histórico-documental que el acceso universal de salud, requiere de regularización frente al consumo de servicios y que la estandarización de la práctica clínica es indispensable para el aseguramiento del acceso y la calidad a los servicios de salud pública.

Con este estudio, podremos demostrar también, que la política de gratuidad estatal de servicios de salud, ha sido una buena medida para romper barreras de accesibilidad, pero la falta de la regularización en las prestaciones, ha ocasionado sobredemanda de dichos servicios, baja calidad de atención en salud y despilfarro de recursos sanitarios disponibles.

Además, estimar la perspectiva de consumo de los beneficiarios del subsistema de servicios estatales de salud, el cual constituye un factor determinante en las tendencias de utilización de asistencia sanitaria.

Es importante el análisis crítico de nuestra situación actual de salud en el país, frente a las políticas públicas implementadas y la enorme inversión que se ha hecho en los últimos años. La utilización adecuada de los recursos es un determinante de sostenibilidad de estas políticas a lo largo de tiempo.

Teniendo líneas de referencia en cuanto a las necesidades de salud de nuestra población, podremos establecer estándares que reduzcan la aleatoriedad en la salud de nuestra población, estimando de manera adecuada cuanta infraestructura, tecnología sanitaria, personal de salud y demás insumos, son necesarios para mejorar nuestros indicadores de salud de manera efectiva.

9. CRONOGRAMA GENERAL

El presente estudio está diseñado para ser ejecutado en 6 meses calendario, puesto que se basa en selección, tabulación y análisis de datos históricos ya recopilados en el país.

ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6
Diseñar y gestionar la recopilación de datos	X					
Formulario con Datos claves de la Investigación		X				
Tabulación de Datos			X			
Línea Histórica con Indicadores y Mediciones 2008 – 2015				X		
Implementación de Grupos focales en unidades operativas de distintos niveles de atención.					X	
Análisis, Conclusiones e Informe Final						X

10. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

PRESUPUESTO GENERAL PARA 6 MESES	
PERSONAL:	
INVESTIGADOR	\$ 2000
COLABORADORES:	
SALUBRISTA	\$ 1.000
EPIDEMIOLOGO	\$ 1.000
ECONOMISTA	\$ 500
ESTADISTICO	\$ 500
EQUIPOS:	
COMPUTADORA	\$ 1.200
INTERNET	\$ 180
IMPRESORA MULTIFUNCION	\$ 250
PAPEL	\$ 20
VIAJES:	
Viáticos Moderador Y Anotador (6 Días En Guayas, 6 Días En Pichincha)	\$ 500
Transporte	\$100
OTROS: (snacks para los participantes de grupos focales e imprevistos)	\$ 250
TOTAL DEL PROYECTO	\$8500

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- INEC. (2010). (*INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS*). Obtenido de www.ecuadorencifras.gob.ec.
- Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria. (s.f.). <http://www.controlsanitario.gob.ec/>.
- Alicia Hamui-Sutton, Margarita Varela-Ruiz. (10 de 09 de 2012). Metodología de Investigación en Educación Médica. *La Técnica de Grupos Focales*. Mexico: Inv Ed Med 2013;2(1):55-60.
- Álvarez., H. R. (2005). Consumo en Salud. *Análisis Mercadológico del comportamiento del consumidor sanitario*. tesis doctoral.
- Andres F., R.B, Jhon F, M.G, & Gonzalo, N. B. (2015). *CARACTERIZACIÓN DE LA GESTIÓN METROLÓGICA EN ENTIDADES PRESTADORAS DEL SERVICIO DE SALUD*. . Revista Ingeniería Biomédica, 9(18), 57-64. .
- Andres F., R.B, Jhon F, M.G, & Gonzalo, N. B. (2015). *CARACTERIZACIÓN DE LA GESTIÓN METROLÓGICA EN ENTIDADES PRESTADORAS DEL SERVICIO DE SALUD*. . Revista Ingeniería Biomédica, 9(18), 57-64. .
- Banco Mundial. (2016). Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales). <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP?locations=EC>.
- Cabrera Méndez, M. (2010). Introducción a las fuentes de información. Universidad Politécnica de Valencia.
- Camilo Cid Pedraza, P. P. (Noviembre de 2013). *Gasto de Bolsillo en Salud y Rol del Gasto Público en Países de América del Sur*. Santiago de Chile.
- Campos, Ana Cristina Viana; Borges, Carolina Marques; Leles, Cláudio Rodrigues; Vargas, Andréa Maria Duarte; Ferreira, Efigênia Ferreira. (s.f.). *Indicadores socioeconômicos e de saúde da*. e. Arq Cent Estud Curso OdontolUnivFed Minas Gerais; 48(1): 6-12, 2012. Tab.
- Christopher Lovelock, Jochen Wirtz. (2015). Marketing de Servicios Personal, Tecnología y Estrategia. *Séptima Edición*. Mexico: Pearson. www.pearsonenespañol.com ISB 978-607-32-2932-6.
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf.
- Díaz-Grajales, Constanza, Zapata-Bermúdez, Yolanda, & Aristizábal-Grisales, Juan Carlos. . (2015). Acceso y satisfacción con servicios curativos: análisis de casos en afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado en un

barrio estrato 2- Cali, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de salud*, 14(29), 155-178.

Diccionario de la Lengua Española. (s.f.). *Real Academia Española*. <http://dle.rae.es/>.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. (s.f.).
<http://dle.rae.es/?id=X7MRZku>.

Duque Oliva, Edison Jair. (Enero-junio de 2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. . *INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, vol. 15, núm. 25, pp. 64-80.

Fajardo-Dolci, Germán, Gutiérrez, Juan Pablo, y García-Saiso, Sebastián. . (2015). *Acceso Efectivo a los Servicios de Salud: Operacionalizando La Cobertura universal de salud en Salud Pública de México*. 57(2), 180-186.

Fontini Santos, F. T. (2015). El sobre diagnóstico y sus implicaciones en la ingeniería clínica. *Revista Bioética*, 23(3), 535-541. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233090>.

Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfi eld B, Adair CE, Mc Kendry R. . (2003). *Continuity of care: a multidisciplinary review*. *BMJ* 2003;327(7425):1219–1221.

INEC. (2014). Cobertura de Salud. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>.

Jazmine Escobar,y Francy Ivonne Bonilla-Jiménez. (s.f.). *GRUPOS FOCALES: UNA GUÍA CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA*. CUADERNOS HISPANOAMERICANOS DE PSICOLOGÍA, Vol. 9 No. 1, 51-67.Universidad El Bosque.

Juan A. Gimeno - José R. Repullo - Santiago Rubio. (2005). *Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica. Economía de la Salud Fundamentos*. diazdesantos, ISBN: 84-7978-747-3.

Lagarde, Mylene, & Palmer, Natasha. (2008). *The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries*. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(11), 839-848C.<https://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862008001100013>. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.1590/S>.

M. en C. Roberto Coronado-Zarco, M. e.-M. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. . *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 25(1), 26-33.

Maceira, D. (2014). Cuadrantes de Análisis de Sistemas de Salud de América Latina. *Indicadores Socioeconómicos y Sanitarios Circa, 2012*. UNICEF.

Ministerio de Salud Pública. (2015). Rendición de Cuentas.
http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/03/ppt_rc_29.04.15.pdf.

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. . (s.f.). *Datos esenciales de salud 2000- 2010*.
www.salud.gob.ec/wp-content/plugins/download-monitor/download.php?id...0.
- Organización Mundial de la Salud. (7 de 4 de 1948). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la Salud.
WHO/HPR/HEP/98.1.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). La atención primaria de Salud, mas necesaria que nunca. Ginebra Suiza: ISSN 1020-6760.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo, LA FINANCIACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD El camino hacia la cobertura universal*,. Suiza,ISBN 978 92 4 068482 9 (versión electrónica).
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo, LA FINANCIACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD El camino hacia la cobertura universal*,.
- Organización Panamericana de la Salud. (© 2008). “Perfil de Sistema de Salud: Ecuador monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma”. ISBN: 978-92-75-32944-3 (*Impreso*), 978-92-75-33267-2 (*Electrónico*). Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”. (*Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4*), ISBN: 978-92-75-33116-3. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (Diciembre de 2015). Salud y Derechos Humanos. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/.
- Organización Panamericana de La Salud. (2016). *La eSalud en la Región de las Américas: derribando las barreras a la implementación Resultados de la Tercera Encuesta Global de eSaludde la Organización Mundial de la Salud*. Washington, D.C.: Ops- ISBN 978-92-75-31925-3.
- Palmer, M. L. (2008). The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence? Bulletin of the World Health Organization | November 2008.
- Roqué MV, Macpherson I, Gonzalvo Cirac M. . (10 de 1 de 2015). *El principio de precaución y los límites en biomedicina*. . pers.bioét. 2015; 19(1):129439. DOI:10.5294/pebi.2015.19.1.10.
- Senior, S. L. (Julio de 2009). Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. Centro de Gestión Hospitalaria.viasalud, número 48, 21.

Tamayo, M. T. (2009). *El Proceso de La Investigación Científica*. Limusa, Noriega Editores, Cuarta Edición .

Temporelli, K. L. (2009). *ANALISIS DE LA DEMANDA SANITARIA: UTILIDAD DEL MÉDICO COMO DETERMINANTE. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR . ARGENTINA.*

WordReference. (s.f.). Online Language Dictionaries. <http://www.wordreference.com/>.