

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

**Título de la tesis: Efectos de la política de gratuidad de los servicios Salud
del MSP en el Ecuador. Periodo 2007 – 2014**

Danny Paúl Guerra Villavicencio

Ramiro Echeverría, MD, DPH, Director de Tesis

Tesis de grado presentada como requisito
para la obtención del título de Magister en Salud Pública

Quito, julio del 2016

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Postgrados

a. HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Efectos de la política de gratuidad de los servicios Salud del MSP en el Ecuador. Periodo
2007 - 2014

Danny Paúl Guerra Villavicencio.

Ramiro Echeverría, Md, DPH
Director de la tesis

Iván Borja, PhD
Miembro del Comité de Tesis

Fadya Orozco, PhD
Director del programa

Jaime Ocampo, PhD
Decano del Colegio Salud Pública

Quito, Julio del 2016

b. © **Derechos de autor**

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

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

Firma: _____

Nombre: Danny Paúl Guerra Villavicencio

C. I.: 1715760011

Lugar: Quito

Fecha: Julio del 2016

DEDICATORIA

A la memoria de mi Padre, que con su amor y dedicación me dejó el mejor legado que puedo tener, la perseverancia y constancia a mis creencias para continuar una vida de servicio.

A mi Madre, hermanos y Andrea que sin ellos este caminar no hubiese sido posible, me considero un verdadero afortunado al contar con ellos día tras día.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios por darme la oportunidad aprender y no solo terminar esta etapa sino con conocimientos sólidos empezar nuevas metas para poder servir desde mi campo de acción.

A mis padres, hermanos y Andrea por el apoyo que me han demostrado día a día, por sus consejos y ánimos para no solo crecer como profesional sino como ser humano.

A la Universidad San Francisco de Quito, por haberme brindado la oportunidad de obtener conocimientos y nuevas experiencias con la ayuda fundamental de los docentes de la escuela de Salud Pública, en especial al Doctor Jaime Ocampo - Decano del Colegio de Salud Pública, Doctora Fadya Orozco - Directora del Programa y Dr. Iván Borja – Miembro del comité de tesis, quienes han sembrado en mí a través de los años en las aulas de esta prestigiosa universidad, los conocimientos y confianza necesarios para tener un empoderamiento genuino con las actividades que desempeño en la Salud Pública.

Un agradecimiento especial y fraterno al Doctor Ramiro Echeverría, quien con su confianza y su actitud comprometida con el proceso de aprendizaje me permitió tener una perspectiva amplia de los diferentes aspectos sociales que están involucrados en este trabajo de titulación.

Finalmente un agradecimiento especial a cada uno de los profesionales de la Salud y a los usuarios del Centro N°1 de la Ciudad de Quito, que participaron y aportaron con valiosos conocimientos y experiencias para enriquecer la perspectiva del lector de este trabajo.

RESUMEN

El acceso sin restricciones es un factor que contribuye a una atención equitativa, oportuna y de calidad. Por ello la política de gratuidad que se viene aplicando en el país desde mediados del 2008 se proponía eliminar esta barrera especialmente relacionada con el factor económico. A 8 años de vigencia de esta política se hace necesario conocer los efectos que ha tenido en algunas de las variables de acceso, utilización, cobertura y resultados de la atención de salud en el Ecuador.

Dada la dificultad financiera, de tiempo y por la falta de investigaciones relacionadas con esta materia, en esta tesis se propuso realizar un primer estudio de carácter exploratorio para determinar los efectos de la política de gratuidad de los servicios del MSP en el periodo 2007-2014 utilizando fuentes secundarias con los datos publicados por el INEC, MSP y otros, así como se ha complementado con una exploración cualitativa mediante entrevistas a los actores claves del Centro de Salud N°1 del MSP ubicado en la calle Rocafuerte Oe4-27 y Venezuela de la ciudad de Quito y también se han realizado entrevistas a un grupo focal de usuarias de este servicio, sobre todo para conocer la percepción sobre la calidad de la atención recibida y los beneficios de la política de gratuidad para tener una visión más integral de este tema.

Palabras Clave: Gratuidad, Salud, servicios de salud, calidad, barreras de acceso.

ABSTRACT

Access to health services is one of the most common restrictions that hinder equitable, timely and quality care. Therefore the gratuity policy that has been applied in the country since mid 2007 is proposed to remove this barrier connected especially with the economic factor. After 7-years of this policy is necessary to know the effects it has had on some of the variables of access, utilization, coverage and results of health care in Ecuador.

Given the financial difficulty and time in this thesis intends to make a first exploratory study to determine the effects of the policy of free services of MSP in the period 2007-2013 using secondary sources with data published by the INEC, the MSP and others, also be complemented by a qualitative exploration through interviews with key actors MSP Center Health No.1 located on the street Rocafuerte Oe4-27 and Venezuela in Quito and also the realization of an interview to a focus group of users of this service, especially to know the perception of the quality of care received and the benefits of gratuity politics.

Keywords: Gratuity, Health, health services, quality.

RESUMEN	6
ABSTRACT.....	7
FIGURAS.....	10
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA.....	11
ANTECEDENTES	11
EL PROBLEMA.....	14
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	15
CONTEXTO Y MARCO TEÓRICO.....	15
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	26
<i>Acceso</i>	26
<i>Barreras de acceso</i>	26
<i>Cobertura sanitaria</i>	26
<i>Derecho a la Salud</i>	27
<i>Determinantes de la Salud</i>	28
<i>Eficiencia</i>	28
<i>Calidad de la atención</i>	29
<i>Efectividad</i>	29
<i>Sostenibilidad</i>	29
<i>Evaluación de efectos</i>	29
<i>Sistema Nacional de Salud</i>	29
JUSTIFICACION	30
OBJETIVOS.....	30
OBJETIVO GENERAL.....	30
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	30
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
INVESTIGACIÓN EN FUENTES SECUNDARIAS:	32
INVESTIGACIÓN EN FUENTES PRIMARIAS:	33
<i>a) Entrevistas a informantes clave del Centro de Salud N°1 de la ciudad de Quito</i>	33
<i>b) Técnica de Grupos Focales, conformado por madres de niños menores de 5 años usuarias del CS No 1</i>	34
<i>Descripción de participantes y lugar</i>	34
RESULTADOS	37
INVESTIGACIÓN EN FUENTES SECUNDARIAS.....	37
<i>Resultados Objetivo específico 1</i>	37
<i>Resultados Objetivo específico 2</i>	46
<i>Resultados Objetivo específico 3</i>	51
INVESTIGACIÓN EN FUENTES PRIMARIAS	56
<i>Resultados Objetivo específico 4</i>	56
IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	68
RESUMEN DE SESGOS DEL AUTOR.....	68
DISCUSIÓN	70
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	72
RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	72
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	73
RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS	73
RESUMEN GENERAL.....	74

REFERENCIAS	76
ANEXO 1: DOCUMENTOS VALIDADOS POR EL COMITÉ DE BIOÉTICA.....	80
ANEXO 2: ENTREVISTAS A GRUPO FOCAL.....	81
ANEXO 3: ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVE.....	82
ANEXO 4: LISTADO DE PROYECTOS DE INVERSIÓN 2008-2015.....	83

FIGURAS

Figura 1: Atenciones en unidades de salud del MSP.....	37
Figura 2: Porcentaje de Atenciones en unidades de salud del MSP.....	38
Figura 3: Proporciones de Atenciones por niveles de atención en el MSP (2006 - 2014).	39
Figura 4: Tasa de mortalidad Infantil (2003 - 2013).....	40
Figura 5: Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos).....	41
Figura 6: Inversión Niños, Niñas y adolescentes.....	42
Figura 7: Consultas por morbilidad en unidades de salud del MSP (2011, 2012, 2013), según grupos de edades	43
Figura 8: Seguro de Salud Público, Según Quintiles de Pobreza por Consumo (% Población)	44
Figura 9: Seguro de Salud, Según Quintiles de Pobreza por Consumo (% Población).....	44
Figura 10: Estudios diagnósticos hospitalares MSP 2013-2014-2015.....	45
Figura 11: Recetas despachadas Hospitales del MSP 2008 – 2009 – 2010 - 2013 – 2014 - 2015.....	46
Figura 12: Gasto Corriente Mensual en Salud de los Hogares	47
Figura 13: Gasto Corriente Monetario Mensual en Salud, según Quintiles de Gasto Corriente Per Cápita	48
Figura 14: Gasto de consumo monetario mensual de bienes y servicios de salud realizados por el hogar.....	49
Figura 15: Gasto de consumo monetario mensual de bienes y servicios de salud realizados por el hogar por Quintil 1 y Quintil 5.....	51
Figura 16: Presupuesto Total Ministerio de Salud Pública 2008 - 2008	52
Figura 17: Presupuesto para Salud 2008- 2014, detallado en Inversión y Gasto Corriente	53
Figura 18: Presupuesto para Salud 2008- 2014, detallado por ítems.....	54
Figura 19: Primeros 10 programas de Inversión del MSP (2008-2014).....	55

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Antecedentes

Política de Gratuidad en el Ecuador

El acceso a los servicios de salud esta mediado por diversos factores sociales, culturales, políticos y económicos, siendo este último el que más ha dificultado el acceso sobre todo de los sectores más pobres de la población.

Por ello desde que se crea el Ministerio de Salud en 1967 se ha intentado eliminar esta barrera con políticas orientadas a la gratuidad de los servicios públicos, sin embargo las limitantes económicas del sector salud no permitieron su concreción en estos primeros años.

Esta iniciativa se dio por primera vez en el gobierno de Jaime Roldós Aguilera quien mediante decreto ejecutivo declaró la gratuidad de los servicios básicos de salud del Ministerio de Salud publica en 1981, la misma que no se consolidó y más bien se revirtió en 1983 dada la crisis económica y las medidas de ajuste que se adoptaron en aquel periodo, por lo que el acceso a los servicios de salud del MSP volvió a estar mediado por cobros, tarifas que pasaron a ser un mecanismo habitual de la política de recuperación de costos, vigente hasta el mes de Abril del año 2007.

En este nuevo periodo, el gobierno nacional encabezado por el Ec. Rafael Correa emitió decretos ejecutivos (11 de marzo del 2007 el decreto N°175, 26 de marzo del 2007 el decreto N°210, 19 de abril del 2007 el decreto N° 285, 10 de mayo del 2007 el decreto N° 318 y 09 de julio del 2007 el decreto N° 470) declarando el estado de emergencia en el sector de la salud a nivel nacional por el situación en el que se encontraban los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP). Uno de los decretos ejecutivos es el N° 175, se menciona que:

Art. 1.- Declárese el estado de emergencia Sanitaria en toda la red de servicios del Ministerio de Salud Pública, en el territorio nacional

Art. 2.- Ordénese al Ministerio de Salud disponga la ejecución inmediata de las acciones que fueren indispensables para la atención de la emergencia.

El 7 de abril del 2007, por el día mundial de la salud, la entonces Ministra de Salud la Dra. Caroline Chang (*Cadena nacional por el día mundial de la Salud, 2007*) expuso que:

Se ha definido como eje estratégico de la gestión en salud la protección social en salud, que significa brindar servicios de salud ambulatorios y hospitalarios de calidad a toda la población enfatizando a las comunidades postergadas. Para el efecto y mediante la primera declaratoria de Emergencia en salud en abril del 2007 se dispuso:

1. La Contratación de 2600 recursos humanos (médicos, enfermeras, obstetricias, odontólogos, etc) y ampliación de 8 horas en el periodo de consulta en Hospitales, Centros y Subcentros de Salud.
2. Que el Gobierno garantizará que las **consultas generales, las emergencias y medicamentos genéricos sean gratuitos** (negrillas y subrayado propio)
3. Mejoramiento de infraestructura y equipamiento de los hospitales, centros y subcentros de salud
4. Adquisición de 150 ambulancias
5. Dotación de medicamentos e insumos médicos
6. Resolución de patologías represadas entre ellas: cirugías de cataratas, caderas y reconstructivas
7. Brigadas médicas en comunidades periurbanas los sábados y domingos, como complemento de servicios regulares

Para la realización de estas acciones se contaría con una inversión aproximada de 50 millones de dólares.

Y de igual forma luego de un año y por el día mundial de la salud (Abril 7 del año 2008), el Presidente de la República (*Discurso presidencial por el día mundial de la Salud, 2008*) emitió un discurso en los siguientes términos:

La salud no es una mercancía es un derecho humano, por lo tanto todos los ecuatorianos y ecuatorianas debemos reclamar que nuestro derecho a la salud este debidamente garantizado y protegida.

El gobierno de la revolución ciudadana inicia, o yo diría **continúa con un proceso de gratuidad progresivo en los servicios de salud a nivel nacional**. Iniciando como lo hemos expresado con la gratuidad en la consulta externa (negrillas propias)

A partir de hoy en los centros, subcentros de salud y hospitales del país regidos por el Ministerios de Salud Pública se realizará cirugías de vesícula, hernia, apéndices, próstata, histerectomía y otras intervenciones quirúrgicas de manera gratuita

El gobierno nacional esta trabajando de forma permanente en la formulación y el perfeccionamiento del sistema nacional de salud y en el modelo de atención de salud.

El objetivo es llegar a un sistema de salud pública único y de excelente calidad, sin discriminaciones de ninguna clase en la atención.

Enfatizar en la salud preventiva.

Vamos a tener un sistema de salud financiada con impuestos generales donde no haya ninguna discriminación, porque la salud es un derecho humano no una mercancía.

No habrá una revolución ciudadana mientras no tengamos un sistema de salud pública de acceso masivo, gratuito y de excelente calidad, mientras no haya esto no podremos decir que hay revolución ciudadana. (negrillas propias)

Como resultado, tras las declaraciones mencionadas, la política de gratuidad se plasmó en una nueva Constitución vigente desde septiembre de 2008, expresamente en el siguiente articulado:

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. (negrillas propias)

Art. 363.- El Estado será responsable de:

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

epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.

8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

El problema

En el Ecuador como en otros países latinoamericanos hasta el año 2007 aún no existía acceso universal a los servicios de salud en tanto el acceso a los mismos esta mediado por restricciones de diverso tipo. La más importante como limitante del acceso es la barrera económica sobre todo para los sectores sociales de menores recursos (Sojo, 2011).

Uno de los instrumentos de política que varios países han implementado para abolir estas barreras de acceso han sido las declaratorias de gratuidad de los servicios públicos.

Esta política que se considera una de las políticas mas importantes en la actual administración de gobierno en el sector salud fue luego ratificada por la Constitución de la república del Ecuador por la Asamblea Nacional (2008).

Sin embargo de acuerdo con la información estadística del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), si bien se observaron beneficios inmediatos con la vigencia de esta política como el incremento del acceso y cobertura de los servicios de salud preventivos y curativos, ambulatorios y hospitalarios, se ha visto también varios problemas operativos generados por la sobredemanda de la población, la falta de una planificación previa, el déficit de personal, vigencia tecnológica, materiales e insumos para atender a un mayor volumen de población y las dudas sobre una adecuada calidad de la atención.

Además a 8 años de vigencia de la gratuidad de los servicios públicos de salud no se conoce una evaluación oficial de los resultados de esta política en términos de conocer con mayor detalle, la estructura de los beneficiarios (por ejemplo: según quintil de ingresos), las prestaciones de mayor demanda (preventivas, curativas), el grado de satisfacción de los

usuarios, los cambios en la estructura del gasto familiar en salud, especialmente en medicamentos, etc.

Preguntas de investigación

De acuerdo a la descripción del planteamiento del problema surgen las siguientes preguntas para la investigación:

- a) ¿A quien ha beneficiado más la política de gratuidad de los servicios de salud del MSP?
 - ¿A las poblaciones más pobres (Q1 y Q2)?
 - ¿A las mujeres y los Niños?
- b) ¿Qué tipo de prestaciones han tenido mayor cobertura con la política de gratuidad de los servicios de salud del MSP?
 - ¿Los servicios de promoción en salud?
 - ¿Los servicios preventivos?
 - ¿La atención del parto institucional?
 - ¿Las consultas de morbilidad?
 - ¿Exámenes diagnósticos (Rayos X, Laboratorio, etc.)?
- c) ¿Que efecto ha tenido la política de gratuidad en el gasto familiar en atención de salud?
- d) ¿Que efecto ha tenido la gratuidad en el mejoramiento de la calidad percibida de la atención?
- e) ¿Qué mejoras se han producido en el modelo de atención y gestión de salud?

Contexto y marco teórico

La declaratoria de la política de gratuidad en el sector Salud en el Ecuador promulgada en el año 2007, y luego formalizada en la constitución del 2008 tiene como objetivo el de eliminar las barreras de acceso a los ciudadanos a estos servicios del Ministerio de Salud Pública en todo el país.

Según algunos estudios de Ruiz (2014), se puede evidenciar que los servicios de salud no suelen ser utilizados por generalmente personas que están enmarcados en los Quintiles 1 y 2, lo cual implica una problemática general a nivel de Latinoamérica y en países en vías de desarrollo a nivel mundial. Y como una de las razones “se encontró que los aranceles y la cobertura del servicio se convierten una barrera imposible de franquear por parte de la población pobre”. Por lo tanto se asume que las poblaciones pobres se suelen demorar más tiempo en buscar atención médica generalmente por costos adicionales al costo del servicio médico sino lo que implica en medicamentos y exámenes complementarios de diagnóstico.

En un estudio presentado recientemente por Cisternas (2013) se menciona la importancia en la región del acceso a los servicios de salud materna y la estadística de la misma como referencia en la región:

América Latina y el Caribe se caracterizan por ser una región que presenta mucha diversidad, tanto en niveles de desarrollo económico y distribución geográfica en la que existen además disparidades, entre los países y al interior de ellos, en cuanto al acceso a servicios de salud materna. El Informe del Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) afirma que el 20% de la región más pobre concentra 50% de las muertes maternas, mientras que el 20% más rico solo tienen el 5% de estas defunciones.

Aunque la mortalidad y morbilidad materna afectan a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, la CIDH advierte que un número desproporcionadamente elevado de mujeres pobres, indígenas y/o afro descendientes, que en su mayoría residen en zonas rurales, son quienes con mayor frecuencia no disfrutan plenamente de sus derechos humanos respecto de la salud materna.

Uno de los países referentes en la región sobre políticas de gratuidad en Salud es indudablemente Cuba, quien según Delgado García (1996) ha pasado por cuatro etapas para consolidar esta ideología, las mismas que corresponden a:

1. De integración del Sistema Nacional de Salud Único, que comprende 1959 y años de la década de 1960.
2. De consolidación del Sistema Nacional de Salud Único, años de la década de 1970.
3. De incorporación y desarrollo de alta tecnología médica, impulso a las investigaciones y dispensarización de acciones de salud a toda la población del país a través del médico de la familia, años de la década de 1980.

4. De lucha por la preservación de las conquistas logradas en el campo de la salud pública y por su desarrollo en condiciones de crisis económica profunda, años de la década de 1990.

Por lo tanto podemos observar, que en similitud con la declaratoria de la política de Gratuidad en el Ecuador, fue impulsado por motivaciones políticas por la realidad que en los años 50 estaba viviendo Cuba; por lo tanto como señala el autor en mención, costó alrededor de 10 años (en la tercera etapa) sentar las bases de un sistema de salud que ha generado grandes resultados para la Salud Pública de Cuba, que como claramente indica el autor, se pudo evidenciar “la medida más importante para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud Único en esta etapa lo es la implantación del tercer modelo de atención médica primaria del período revolucionario o médico de la familia, con el cual se tiende a dispensar acciones preventivas curativas y de promoción de salud a la totalidad de la población del país y el cual iniciado experimentalmente en 1984, al final de la etapa ya cubría casi la mitad de los habitantes del archipiélago cubano.” Siendo Cuba un referente mundial en Atención Primaria de la Salud, al cual también Ecuador hace alusión en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

Según Álvarez Pérez, García Fariñas, Rodríguez Salvá, and Bonet Gorbea (2007) en la Revista cubana de Higiene y Epidemiología señalan que: “La voluntad política y la acción intersectorial son premisas clave de la determinación de la salud de la población cubana. Las distintas variantes de acción intersectorial a nivel macro social adoptadas en el país en las 2 últimas décadas han devenido en una nueva dimensión de trabajo donde se han combinado la tradición de participación comunitaria en torno a la salud con la expresa acción intersectorial a favor del mejoramiento de la salud y de la calidad de vida de la población.” Lo que nos indica que el éxito del modelo de Salud Pública en Cuba depende tanto de la voluntad política como de la organización intersectorial dentro de la estructura del país.

Otro de los países que cuentan con una política de Gratuidad establecida es Venezuela, que de igual forma que Cuba y Ecuador, implementó esta política en medio de una profunda crisis social que afrontaba en los años 90, buscando así garantizar al pueblo venezolano el derecho a los servicios de Salud que desde 1999 fue financiado por el Estado.

(Feo & Curcio, 2004) en el artículo publicado en la Revista Cubana de Salud Pública, llamado “La Salud en el procesos constituyente Venezolano” hace referencia que posterior a

la aprobación de la constituyente de 1999 queda aún como tareas pendientes entre otras: “Fortalecer el papel del Estado como rector del sistema de salud y responsable del diseño de políticas intersectoriales, para intervenir sobre los diversos factores que determinan la salud de la población (...) Construir una transición progresiva, programada, con viabilidad política y financiera, hacia un sistema de salud totalmente diferente al que tenemos hoy” que brinda una perspectiva clara que a casi 5 años que el Gobierno tiene las riendas de la universalidad de la Salud, aún existen problemas organizativos y directrices claras para cumplir los objetivos planteados en Salud Pública.

Otros países como en Paraguay a diferencia de Ecuador, tomaron otras estrategias previas a la gratuidad para la población en los servicios de Salud, ya que se han ido eliminando paulatinamente ciertos aranceles cobrados por la prestación de servicio de forma progresiva para eliminar las barreras económicas y se completó en el años 2008 según el informe expuesto por Jimenez (2012). Lo cual nos indica que inicialmente se planificó esta política de gratuidad con la finalidad de cubrir las necesidades de la población.

En cuanto a su legislación la Revista de Salud Pública Paraguaya Mancuello (2011) nos da una idea clara de su constitución:

El Artículo 68 de la Constitución Nacional del Paraguay reconoce el derecho a la atención de la salud para toda la población, mientras que el Artículo 69 señala como obligatorio el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud (SNS) que debe proveer servicios sin ningún tipo de discriminación y basado en los principios de equidad, calidad, eficiencia y participación social.

Un informe realizado por Ruben (2012) del GIZ (Ministerio Federal de Cooperación económica y Desarrollo) para la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) nos describe el paso de Paraguay desde el año 1996 de la siguiente forma:

Así, el proceso de descentralización sanitaria en su etapa actual se caracteriza por la firma de un acuerdo (Acuerdo de Descentralización), instrumento por el cual el MSPBS delega ciertas potestades administrativas sobre sus establecimientos de salud a los municipios (no a los departamentos) para que estos, a través de sus respectivos Consejos Locales de Salud, administren los recursos financieros que el MSPBS les transfiere, denominados “Fondos de Equidad”. Dichos recursos, complementados con

los esfuerzos de las autoridades municipales, los gobiernos departamentales y la comunidad organizada, contribuyen a sostener el funcionamiento de los servicios de salud del MSPBS en el interior del país.

Actualmente (junio de 2011) el MSPBS tiene suscritos “Acuerdos de Descentralización” con 196 Consejos de Salud (Locales y Regionales), correspondientes a la misma cantidad de municipios (el 82% del total de municipios del país), a quienes desde el año 2008 a la fecha se le ha transferido unos 20 millones de dólares (81.943.818.701 Gs.) en concepto de “Fondos de Equidad” y en concepto de transferencias para potenciar el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

En otras palabras, la universalidad de la Salud en Paraguay ha sido un proceso progresivo, que va delegando las atribuciones de forma descentralizada a gobiernos locales, que a diferencia de Ecuador busca como objetivo eliminar la barrera económica para el acceso a la Salud pero de forma paulatina.

Un antecedente importante pero en centro América es El Salvador, y la OPS (2014) nos permite tener una perspectiva del proceso de reformas en salud en el periodo 2009 -2014 y sus impactos tanto en el estado como en el Sistema de salud:

(...) el liderazgo de la Ministra Rodríguez, se promulgó una política de salud que plantea nítidamente recuperar el rol del estado en materia de salud, frente al “prolongado y deliberado desmantelamiento del Sistema Público de Salud...” y rechazar explícitamente la mercantilización de la salud, considerándola “un bien público y derecho humano fundamental, resultante de la interacción de determinantes socio-económicos, políticos, biológicos, culturales, demográficos y ambientales que conduzcan a una plena realización humana, con vidas largas, saludables y productivas”

La Política dio lugar a la identificación, y progresivo desarrollo de la Reforma de Salud, proyectada “hacia la cobertura universal, el acceso a la atención integral y la equidad en salud”, conformada por 8 ejes:

Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud; Medicamentos y Vacunas; Sistema de Emergencias Médicas; Instituto Nacional de Salud; Participación Social y Foro Nacional de Salud; Trabajo inter e intrasectorial; Desarrollo de Recursos Humanos; Sistema Único de Información en Salud

El marco conceptual y metodológico de este reporte plantea que el análisis de progresos de la Cobertura Universal de Salud (CUS) considere, de inicio, la

identificación del sistema nacional de salud concebido como “...un todo coherente compuesto de muchas partes relacionadas entre sí, tanto sectoriales como intrasectoriales, además de la propia comunidad, y que produce un efecto combinado en la población” que cada país ha desarrollado o se plantea construir, como visión de futuro.

Conforme se señaló anteriormente, para alcanzar CUS en una perspectiva de mutua sinergia con el desarrollo de Sistema Nacional de Salud (SNS) se plantean los siguientes requisitos: Poder/Gobernanza; Financiamiento; Generación de Recursos; Organización/Gestión de Recursos; Provisión de Servicios

La Ley del Sistema Básico de Salud Integral, aprobada en el año 2005, otorga soporte para la organización y gestión de servicios de salud en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a nivel local, con énfasis en el primer nivel de atención, “a través de una red integrada de establecimientos que cubren un área territorial determinada, que atienden una población focalizada con énfasis en la población más desprotegida, en coordinación con el segundo y tercer nivel de atención”, y crea las Direcciones Regionales de Salud “estructuras administrativas desconcentradas que tienen como atribución la gestión y el control de los recursos asignados a al Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) y a los Hospitales Nacionales Generales y Regionales; a más de proporcionarles asistencia técnica, supervisión, monitoreo y evaluación.

Por lo tanto, El Salvador es un referente en cuanto a la universalidad de la Salud, pero con un enfoque progresivo y estratégico fortaleciendo la organización comunitaria y la participación social. Usando como herramienta fundamental el Modelo de atención integral en Salud con enfoque Familiar y comunitario (Ruales, 2014)

De igual forma en Centro América encontramos el caso de Nicaragua, que Muisner, Sáenz y Bermúdez (2011) describen la estructura y cobertura del sistema de Salud de Nicaragua como:

En 2007 el gobierno de Nicaragua adoptó un nuevo modelo de atención en salud llamado Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF). Los objetivos de este modelo son los siguientes: 1) construir servicios de salud eficaces, efectivos y eficientes que generen una mejora equitativa de la situación de salud de la población; 2) alcanzar mayores niveles de satisfacción de los usuarios y 3) alcanzar mejoras en el nivel de protección financiera en salud. Los pilares del modelo son la prestación de servicios integrales de salud; la gestión descentralizada y desconcentrada a través de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y otras modificaciones que incluyen la eliminación del anterior Modelo Previsional de la Salud, la reinstalación de la gratuidad de los servicios del MINSA y el cambio de nombre de

las Empresas de Medicina Previsional (EMP) del MINSA por Clínicas de Medicina Previsional (CMP). Diversos documentos señalan la necesidad de buscar fuentes financieras alternativas y atraer nuevos recursos externos a través del Fondo Nicaragüense para la Salud (FONSALUD) que se creó en 2005 con ese fin. De esta manera se pretende restituir el derecho a la protección de la salud, y reorientar la participación ciudadana de un enfoque 'utilitario' hacia uno de gestión ciudadana de la salud.

Como se puede observar, al igual que Paraguay, se ha planteado un modelo de cambio paulatino, empezando en el 2002 con la Promulgación de la Ley General de Salud para definirla con claridad en el 2008 mediante el Diseño de la Política Nacional de Salud.

Por otro lado, la política de gratuidad ha provocado en el Ecuador ciertos efectos como lo son: aumento de pacientes atendidos, como lo señala el MSP (2012) en la publicación “Datos esenciales de Salud: Una mirada a la década 2000 - 2010” donde se evidencia que del 2008 al 2011 se incrementó las consultas preventivas más del doble comparándolas con las registradas entre el 2000 y 2005, de igual forma las en las consultas de morbilidad se registra en el mismo periodo un incremento superior al 100% principalmente en el grupo de 20 a 49 años. Se evidencia que esta política elimina dos de las barreras mas importantes para el acceso a la salud especialmente para las poblaciones de escasos recursos como lo es la barrera económica y la administrativa.

Con la implementación de esta política se efectuaron ciertas acciones por parte del gobierno a través del Ministerio de Salud, como lo han sido el aumento de las horas de trabajo por parte de los médicos, la estandarización del tiempo dentro de las consultas médicas, y una de las que sobresale es la creación de la Red Pública de prestadores de servicios con la perspectiva de la creación del Sistema Nacional de Salud.

Surge una inquietud en cuanto a la sostenibilidad de esta ley de gratuidad; Agudelo (1999) nos dice que “la sostenibilidad significa conservación de oportunidades para las futuras generaciones, para generar y disfrutar como mínimo de misma clase de calidad de vida que hoy poseemos o aspiramos a poseer”. Y con este ritmo vertiginoso de inversión aparentemente sin una planificación previa, surge la incógnita de si esta política llegará a ser

sostenible, y en el mejor de los casos poder mejorar los aspectos ya trazados y que se deban cambiar.

Bitrán (2006) nos menciona en uno de los libros de la serie de “Financiamiento del desarrollo” publicado por las Naciones Unidas, que existen 5 botones importantes para cada gobierno, los mismos que son: Financiamiento, pago, organización, regulación y persuasión. Que tienen como objetivos intermedios que el sector salud sea eficiente, equitativo y con un gran nivel de acceso. Con la finalidad de que su política tenga un gran desempeño en el estado de salud de la población, satisfacción del cliente y protección contra el riesgo financiero. Es decir que su población cuente con un sistema que pueda cubrirle cualquier tipo de enfermedad mediante acciones personalizadas en su población objetivo.

Por ende, en base a estos 5 puntos o “botones” podemos tomar como referencia en cuanto a la dirección que a partir de la declaración de gratuidad en salud en el Ecuador ha venido desempeñando y nos lleva a analizar si los servicios de salud son eficientes, equitativos y con acceso a toda la población.

Las políticas nacionales relacionadas al sector salud están vinculadas directamente con los determinantes sociales de la salud, dentro de una población específica según la OPS nos dice que:

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Por lo tanto, el sistema de salud influye en las condiciones de vida de una población, siendo la política de gratuidad en el sector salud del Ecuador una iniciativa en pos de mejorar la calidad de vida de la población.

Otra perspectiva de la OPS (2013a) describe que el derecho a la salud abarca 4 elementos fundamentales que son:

disponibilidad (Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud), **accesibilidad** (Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos.),

aceptabilidad (Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.), **calidad** (Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad).

Entonces, la política de gratuidad en salud en el Ecuador busca, en base a estas definiciones de la OPS brindar a la población ecuatoriana en referencia a los servicios de salud que oferta el MSP: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad.

A través de los años, varios estudios describen a las Desigualdades en Salud, como una barrera para el acceso a los servicios donde predominan la clase social, género, territorio en relación a los colectivos menos favorables (Carme Borrella, 2004), y para el país que cuenta con una gran cantidad de culturas, y aspectos sociales diversos en sus diferentes regiones, esta política se presentaba como una alternativa válida para el desarrollo sostenible del país en el ámbito de la salud.

En cuanto a la cobertura en los servicios de salud el estado Ecuatoriano (MSP, 2012) ha venido presentado cifras alentadoras en cuanto a la cobertura de los servicios de salud que el MSP ha conseguido en estos últimos años, y viéndolo desde una perspectiva distinta Paganini (1998) nos presenta una reseña de Cobertura de los servicios de salud de la siguiente forma:

El análisis de la cobertura de los servicios de salud puede tener diversos aspectos. Por un lado existe la "cobertura financiera", es decir, la capacidad de pago o el derecho que tiene la población por pertenecer a sistemas de seguros que se hacen cargo de financiar la atención. En realidad esa cobertura financiera no se refiere a la verdadera atención recibida por la población, sino a la "capacidad" de la población de tener acceso a la atención en función de su capacidad de pago.

La cobertura también se puede analizar sobre la base de la oferta de los servicios. En este caso se relacionan el número y el tipo de servicios de atención con el tamaño de la población. El análisis de la "cobertura según la oferta de servicios" tampoco mide la verdadera utilización de los servicios, sino más bien la "capacidad" de la estructura de salud de brindarlos a la población en función de la disponibilidad y accesibilidad geográficas.

Una tercera forma de analizar la cobertura consiste en estudiar la utilización de los servicios por parte de la población, y en este caso es válido el concepto de "cobertura

verdadera". Los indicadores para la medición proceden de relacionar las necesidades de atención de una población con la verdadera utilización de servicios. Por ejemplo, en el análisis de la cobertura de inmunización se estudia la relación entre la población que necesita recibir determinado tipo de vacuna y la población que verdaderamente la recibe en el tiempo y la forma adecuados.

Por tal razón tenemos que tener en cuenta que la cobertura de los servicios de salud tienen un enfoque financiero, en base a la oferta de servicios por parte del MSP y finalmente si la población está usando los servicios ofertados. Entonces es importante conocer si existió una planificación previa para la implementación de esta política y si ha sido beneficioso para la población más necesitada del país.

Ahora bien, como se mencionó, la principal idea de la política de gratuidad era eliminar las distintas barreras de acceso a los servicios de salud. En Colombia Vargas J and Molina M (2009) describe cuales son estas barreras en un estudio realizado sobre el acceso a los servicios de salud en Colombia, como resultados muestran que existen 5 tipos de barreras las cuales son:

- Administrativas
- Geográficas
- Normativas, en un contexto político
- Económicas
- Poca oferta
- Sociales y Culturales

Es importante saber además que existe una oferta y una demanda a nivel nacional en cuanto a los servicios de salud, y para entender un poco más podemos citar a Rosero (1998) quien nos describe en un informe solicitado por la OPS lo siguiente:

- La oferta o disponibilidad de servicios se refiere al conjunto de establecimientos de salud en el país con su localización espacial y sus características, incluyendo la gama de servicios ofrecidos (cirugía, medicina general, atención primaria, etc.), tamaño (horas de consulta, número de camas, cantidad de personal) y calidad (ejemplo: congestión del servicio).
- La demanda de servicios de salud comprende las necesidades de estos servicios, las cuales en este estudio se consideran proporcionales al tamaño de la población y algunas características como la ruralidad. Para caracterizar la demanda conviene también conocer ciertos aspectos como su localización exacta, densidad, crecimiento, situación económica, nivel de salud y patrón de uso de los servicios.

Según Julien (2011), en un estudio publicado en Bolivia llamado “Factores Clave y Marco Teórico conceptual sobre cobertura Universal en Salud” señala que en Latinoamérica, en países que no cuentan con cobertura universal en Salud, cerca del 77% de la población en diferentes grados esta excluido del Sistema de Salud, principalmente por razones económicas. Por tal motivo la forma de eliminar esta barrera en especial a los quintiles 1 y 2 es la política de gratuidad promulgada por el estado ecuatoriano, pero si bien es una respuesta efectiva poder acceder a los servicios de salud, en un estudio relacionado a políticas de gratuidad en salud podemos describir procesos de inversión y planificación previos como lo describe Acosta (2010).

Lo cual puede generar preocupación ya que en los últimos años la inversión al sector salud ha evidenciado un alto crecimiento, sin embargo no ha demostrado una planificación previa o un ajuste gradual de la política para adaptarla al medio ecuatoriano.

Adicionalmente lo que ha indicado la evidencia macroeconómica es que los países con peores condiciones de salud y educación tienen más dificultades para lograr un crecimiento sostenido en comparación con los países que han superado esas deficiencias. Como lo describe Sen (2000) “ciertamente, el mejoramiento de la salud de la población debe aceptarse más o menos universalmente como uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo (...) la salud es una parte constitutiva del desarrollo”, dada la importante repercusión de las enfermedades en el desarrollo económico, invertir en salud es un componente substancial de las estrategias generales de desarrollo.

En cuanto a la política nacional de gratuidad en el Ecuador, surge una inquietud en cuanto a la sostenibilidad de la misma, que según Agudelo (1999), menciona en su estudio que “la sostenibilidad significa conservación de oportunidades para las futuras generaciones, para generar y disfrutar como mínimo de misma clase de calidad de vida que hoy poseemos o aspiramos a poseer”. Y con este ritmo vertiginoso de inversión aparentemente sin una planificación previa, surge la incógnita de si esta política llegará a ser sostenible, y en el mejor de los casos poder mejorar los aspectos ya trazados y que se deban cambiar.

Pero un aspecto importante es conocer la satisfacción de “cliente” porque el estado está brindando un servicio que ha demostrado tener un incremento en su demanda y un volcamiento de los ciudadanos a usarlos, por lo tanto es importante conocer si existe una impresión adecuada mediante la “satisfacción del servicio del consumidor”, que para Nicosia y Wilton (1990) la satisfacción del consumidor debería conceptualizarse como un proceso subjetivo multidimensional y dinámico que sigue al acto de la compra. Por ello la definen como una variable estado en el sentido específico de que un consumidor puede estar tanto en el estado del infierno (muy insatisfecho) como en el estado de nirvana (muy satisfecho)

Definición de términos

Acceso

La OPS (2013b) define al acceso a la salud como: “Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad); acceso a la información.”

Barreras de acceso

El CONASA (2007) describe a las barreras de acceso como: “Obstáculos sociales, culturales, económicos, geográficos y administrativos que dificultan a las personas y familias disponer de servicios de atención integral de la salud.”

Cobertura sanitaria

Para la Organización Mundial de la Salud (2012) la cobertura sanitaria corresponde a:

La cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos.

Para que una comunidad o un país pueda alcanzar la cobertura sanitaria universal se han de cumplir varios requisitos, a saber:

- 1 Existencia de un sistema de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento, que satisfaga las necesidades de salud prioritarias en el marco de una atención centrada en las personas (incluidos servicios de VIH, tuberculosis, paludismo, enfermedades no transmisibles, salud materno infantil) para lo cual deberá: proporcionar a las personas información y estímulos para que se mantengan sanas y prevengan enfermedades, detectar enfermedades tempranamente, disponer de medios para tratar las enfermedades, ayudar a los pacientes mediante servicios de rehabilitación.
- 2 Asequibilidad: debe haber un sistema de financiación de los servicios de salud, de modo que las personas no tengan que padecer penurias financieras para utilizarlos. Esto se puede lograr por distintos medios.
- 3 Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el diagnóstico y tratamiento de problemas médicos.
Una dotación suficiente de personal sanitario bien capacitado y motivado para prestar los servicios que satisfagan las necesidades de los pacientes, sobre la base de las mejores pruebas científicas disponibles.

Derecho a la Salud

La Ley orgánica de la Salud en el Ecuador, conforme a lo establecido por el Congreso Nacional (2006) señala lo siguiente:

Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

De igual forma en la Constitución de la República del Ecuador (2008), en la Sección Séptima correspondiente a Salud, en el artículo 32 señala que el derecho a la Salud corresponde a:

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.

Determinantes de la Salud

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, elaborado por la Subsecretaría Nacional de la Gobernanza de la Salud Pública (2012) sobre los determinantes dice:

Se denomina al conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva. Factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades.

Entre los cuales la OPS (2013c) señala como determinantes de salud a los puntos que se describen a continuación:

- Condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales.
- Condiciones de vida y de trabajo (Agricultura y producción de alimentos, Educación, ambiente laboral, desempleo, agua y saneamiento, servicios de atención en salud, vivienda).
- Redes sociales y comunitarias
- Estilos de vida del individuo
- Edad, sexo y factores físicos y genéticos

Eficiencia

Podemos describir a la eficiencia según la siguiente perspectiva, y que de igual forma señala claramente lo elementos que determinan el concepto:

Efectos o resultados alcanzados en relación al esfuerzo desplegado en términos monetarios, logísticos y de tiempo. En economía de la salud se dispone de dos acepciones para este término: 1) eficiencia distributiva y 2) eficiencia técnica. La eficiencia distributiva intenta determinar los programas de salud que generan los mayores resultados en relación a los recursos invertidos.

La eficiencia técnica intenta determinar los métodos o estrategias más adecuados para lograr un objetivo una vez que un programa ha sido priorizado; en otras palabras, minimizar los costos para un determinado nivel de resultados o maximizar los resultados para un determinado nivel de recursos (CERDA L, 2010)

Calidad de la atención

Según Jiménez Cangas, Báez Dueñas, Pérez Maza, and Reyes Alvarez (1996) calidad en la atención en salud se refiere a: Actividades encaminadas a garantizar unos servicios accesibles y equitativos; con unas presentaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida.

Efectividad

Medición de la magnitud en la cual una intervención específica, al ser puesta en acción en condiciones rutinarias, realiza lo que supuestamente debe realizar. Corresponde a la medición de los resultados de una intervención en salud (CERDA L, 2010)

Sostenibilidad

La ONU (2011) describe la sostenibilidad exige un nivel de vida decoroso que no comprometa las necesidades de las futuras generaciones.

Evaluación de efectos

Las evaluaciones del efecto de los programas examinan las repercusiones que pueden atribuirse a la participación directa de los participantes en un programa o intervención y es necesario diferenciales de otros tipos de evaluaciones de políticas públicas o seguimiento de programas. (WorldBank, 2006).

Sistema Nacional de Salud

Tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho de la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector Salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes (CONASA, 2007)

JUSTIFICACION

Este estudio de tipo exploratorio busca observar los efectos de la política de gratuidad en los siguientes aspectos: a quien a sido de mayor beneficio la política de gratuidad, que tipos de prestaciones han tenido mayor cobertura, el efecto de gratuidad para el gasto de bolsillo en salud de las familias ecuatorianas, y si existe la percepción de un mejoramiento de calidad en la atención recibida para los usuarios de estos servicios.

Así también este estudio busca motivar a la investigación de cada uno de los aspectos que se van a tratar en nuevos estudios científicos para generar mayor conocimiento y herramientas que sirvan para mejorar el diseño y la evaluación de las políticas públicas y la toma de decisiones en el sector Salud.

OBJETIVOS

Objetivo General.

Describir los efectos de la política de gratuidad de los servicios de salud del MSP en el Ecuador. Periodo 2007 - 2014

Objetivos específicos.

Como objetivos específicos de la investigación podemos describir lo siguiente:

- 1 Establecer el acceso y cobertura de la atención de salud según niveles de atención, por tipo de atención, grupos por edades, por sexo, niveles de pobreza a nivel nacional y cobertura en exámenes de diagnóstico y dispensación de recetas.

- 2 Establecer los cambios producidos en el nivel de gasto familiar en Salud, según los quintiles de ingreso.
- 3 Identificar cuales han sido las áreas que han tenido mayor inversión con la política de gratuidad de los servicios de salud del MSP.
- 4 Describir el efecto que ha tenido la política de gratuidad en la calidad percibida y las condiciones de la atención.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este es un estudio de carácter exploratorio que mediante la recolección histórica de datos se analizó en un solo periodo (2007 - 2014) los efectos de la política de gratuidad en la atención en salud de los servicios del MSP a nivel nacional, utilizando datos estadísticos de producción y resultados de fuentes secundarias oficiales. También para tener una perspectiva cualitativa se aplicó la técnica de grupos focales a un grupo de 8-12 madres con hijos menores de 5 años usuarias de un servicio de salud del MSP a nivel primario (Centro de Salud N°1 de la ciudad de Quito ubicado en la calle Rocafuerte OE4-27 y Venezuela), así como entrevistas a informantes clave de la unidad operativa donde se pudo conocer sus opiniones y expectativas en relación a la política de gratuidad.

En suma, la investigación empleó dos fuentes de datos:

Investigación en Fuentes secundarias:

Para el Objetivo Específico 1, se analizaron fuentes secundarias correspondientes a: Coberturas de atención ambulatoria, hospitalaria, preventivas y curativas en las unidades operativas del MSP en los años 2006 y 2014 (MSP-INEC) según indicadores seleccionados, datos estadísticos de producción del MSP 2006-2014 y reportes emitidos por las autoridades de turno

Primero podemos definir a la investigación de fuentes secundarias a lo descrito por Gonzalez (2003) que indica que *“investigación secundaria es aquella realizada a partir de los datos de la investigación primaria, que ha merecido cada vez mayor atención en tanto se ha ido constatando que es muy importante analizar, resumir e integrar toda la información como requisito indispensable para su divulgación y aplicación”*. Por lo tanto se han elegido de primera mano las fuentes secundarias emitidas por las entidades gubernamentales que nos representan un aporte al estudio, para identificar cada una de las características planteadas.

Para establecer los cambios producidos en el nivel de gasto familiar en Salud que hace referencia al Objetivo Específico 2, según los quintiles de ingreso se analizaron fuentes secundarias correspondientes a: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR) y datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ECV).

Finalmente en cuanto a fuentes de información secundaria establecidas en el Objetivo Específico 3, se recolectaron y analizaron los datos emitidos por la entidad antes mencionada en relación a su planificación anual de inversión, tomando en cuenta cada una de las partidas presupuestarias así como los proyectos financiados durante el periodo 2008 - 2014

Investigación en Fuentes primarias:

Ahora bien, para poder analizar el Objetivo específico 4, se realizó un estudio de campo y así describir el efecto que ha tenido la política de gratuidad en la calidad percibida y las condiciones de la atención. Para el efecto se emplearon dos técnicas cualitativas:

a) Entrevistas a informantes clave del Centro de Salud N°1 de la ciudad de Quito.

El propósito fue conocer la opinión sobre la política de gratuidad y los cambios en el modelo de atención y gestión de los servicios mediante entrevistas a los siguientes informantes clave del Centro de Salud del MSP:

- Director del Centro de Salud del MSP.
- Jefes de Atención Médica (Consultas y Emergencias)
- Jefe de Enfermeras
- Jefe de Farmacia
- Jefe Financiero

En primer lugar, se redactó una carta solicitando la autorización para realizar entrevistas a informantes clave de la Unidad de Salud.

Con la aprobación del Director del, se procedió a agendar cada entrevista a los informantes clave en su entorno de trabajo (Director de la unidad, jefe de enfermeras, jefe de

farmacias, jefe de laboratorio e imagen y director médico) en relación a la incidencia que ha tenido la política de gratuidad en relación a las condiciones de atención en los servicios de MSP aprobados en la constitución de Montecristi en el año 2008.

En cada fecha agendada y programada con cada participante se realizó la actividad que tuvo una duración aproximada de 60 minutos por participante.

b) Técnica de Grupos Focales, conformado por madres de niños menores de 5 años usuarias del CS No 1.

El propósito fue conocer la percepción de los beneficios de la gratuidad y en particular sobre la calidad de la atención. Se realizó a través de una guía de los grupos focales conformado por madres de niños menores de 7 años usuarias de este servicio.

Cerda (1999) en su artículo publicado sobre técnicas cualitativas para la investigación en Salud Pública, un grupo focal es:

(...) una conversación de un grupo pequeño y homogéneo (de 7 a 10 participantes), cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, con un guión de preguntas que van desde los más general a lo más específico en un ambiente permisivo y no directo con un moderador que sea capaz de conseguir que los participantes expresen sus puntos de vista de la forma más libre. Resulta especialmente adecuado en promoción de salud y gestión de servicios

Descripción de participantes y lugar

Se procedió a invitar a 11 participantes, las cuales fueron madres mayores de edad con hijos menores de 5 años, debido a que esta clase de usuarias acuden constantemente al Centro de Salud para los chequeos de sus hijos, vacunas respectivas, por lo tanto están constantemente relacionadas con los médicos, enfermeras, personal administrativo, etc. Finalmente aceptaron la invitación 9 personas. La reunión se realizó el mismo día de la invitación, informándoles que se busca conocer su percepción de la política de gratuidad

aprobada en la constitución de Montecristi en el año 2008 y vigente actualmente en relación a la calidad percibida de estos servicios.

Ahora bien, conforme a lo descrito por Rodríguez (2002) nos señala que es importante en un grupo focal *“definir con claridad a los sujetos típicos de cada grupo focal al que queremos estudiar tiene el objetivo de que, puesto que vamos a entrevistar a pocas personas estas compartan y parezcan lo más posible a las opiniones y experiencias de la mayoría”* por lo tanto el lugar en el cual se decidió realizar este estudio fue el Centro de Salud N°1 de la Ciudad de Quito, ya que está ubicado estratégicamente y nos brinda las siguientes características:

- El Centro de Salud está ubicado en uno de los sectores de mayor comercio de la ciudad, por lo tanto la mayoría de sus usuarios viven en diferentes barrios de la ciudad, tanto del norte, centro y sur. Por lo tanto nos brinda una perspectiva diversa de los servicios que han recibido no solo de esta unidad de salud sino de la experiencia que han recibido en diferentes unidades del MSP.
- Está ubicado en un sector populoso y es catalogado como uno de los Centros de Salud emblemáticos de la Ciudad de Quito.

Esta reunión de grupo focal se realizó en un local arrendado y cómodo fuera de las instalaciones del Centro de Salud, con sillas para cada participante y un entorno amigable para realizar las actividades. Este local arrendado para esta actividad se encuentra a unos 20 metros del Centro de Salud N°1, en la calle Rocafuerte, para comodidad de los asistentes. La reunión tuvo como tiempo límite 90 minutos, y se basó en una guía de preguntas para orientar las temáticas requeridas para la investigación cualitativa y que básicamente se refieren a los siguientes temas:

- Calidad percibida del servicio recibido en el Centro de Salud.
- Tiempo de espera previo a la atención.
- Entrega de medicamentos en el servicio de farmacia acorde a la receta despachada por los médicos del Centro de Salud.
- Agendamiento mediante “call center”

- Atención relacionada a la calidad y calidez brindada por parte de los profesionales de la salud y personal administrativo.
- Insumos médicos utilizados por parte del personal de salud dentro de la consulta.

En el Anexo 2, se encuentra la guía de esta actividad, así como las intervenciones de cada uno de los participantes.

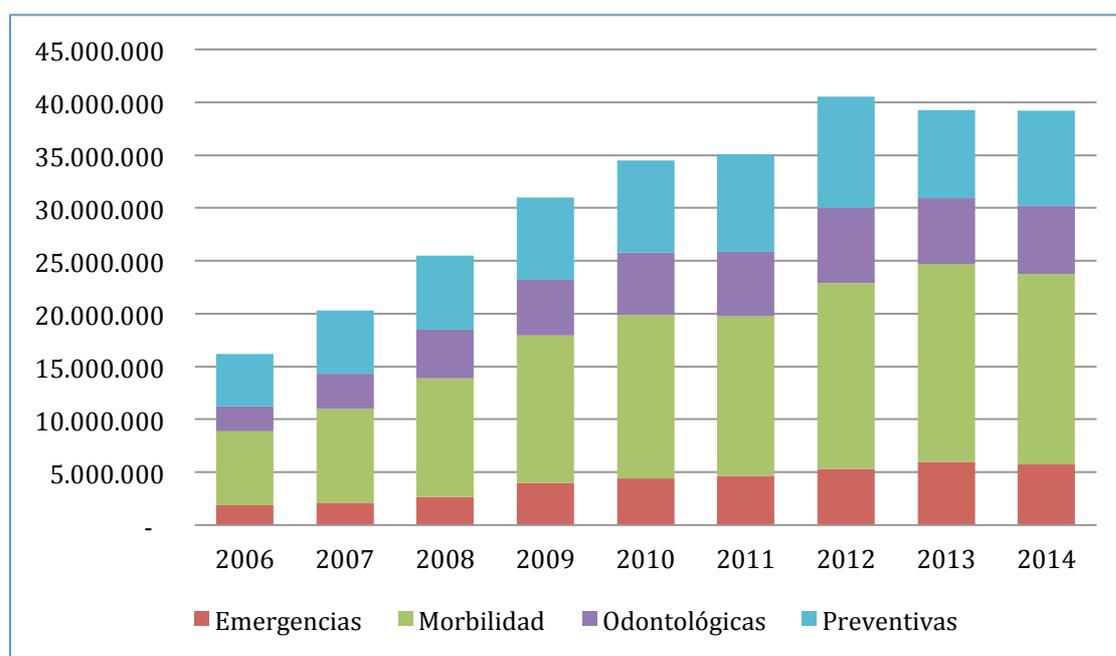
RESULTADOS

Investigación en fuentes secundarias

Resultados Objetivo específico 1

En la Figura 1 y Figura 2, podemos observar según los datos emitidos por el MSP, la estadística de las atenciones en los Centros de Salud en los últimos 9 años; está distribuido en los datos correspondientes a: Emergencias, Morbilidad, Odontológicas y preventiva.

Figura 1: Atenciones en unidades de salud del MSP.



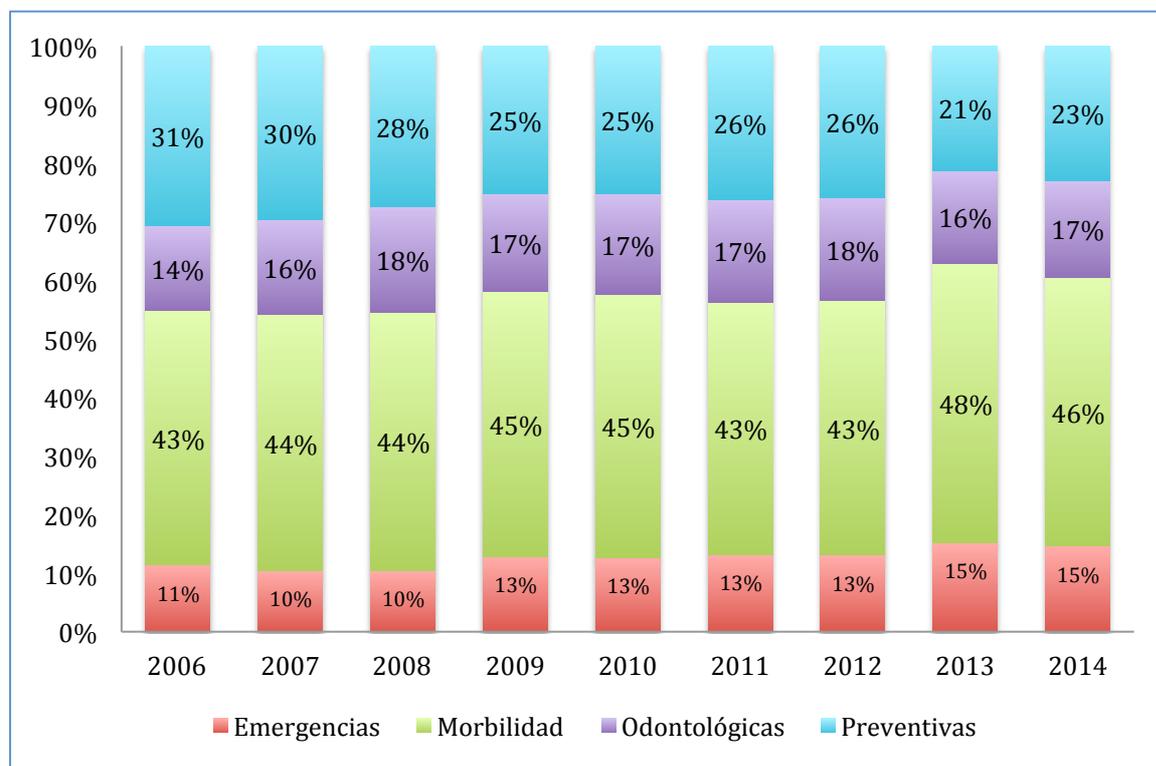
Fuente: Ministerio de Salud Pública Ecuador

Elaborado por: Danny Guerra

Como se puede observar, se ha venido presentando un aumento paulatino de las atenciones correspondientes a las realizadas por Morbilidad mientras que las atenciones correspondientes a las Preventivas han venido disminuyendo, pese a que como base fundamental planteado por el MSP mediante el Modelo de Atención Integral en Salud tiene

un enfoque prioritario en la Prevención y Promoción de la Salud, lo cual no se refleja en los resultados proporcionados por la misma institución y descritos en la Figura 2.

Figura 2: Porcentaje de Atenciones en unidades de salud del MSP.

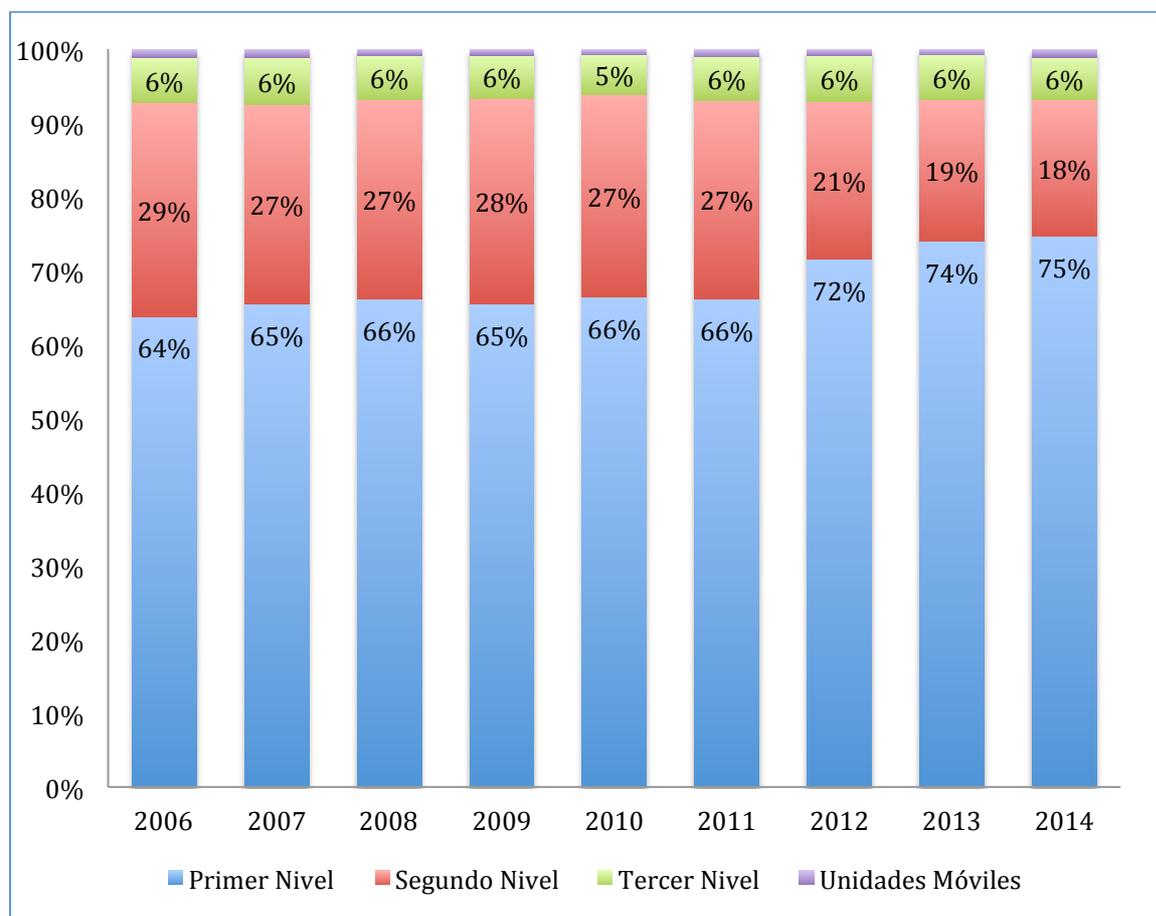


Fuente: Ministerio de Salud Pública Ecuador

Elaborado por: Danny Guerra

Ahora bien, podemos observar en la Figura 3, que se ha venido desconcentrado las atenciones realizadas en los diferentes niveles de atención en las Unidades de Salud del MSP, que a partir del 2012 ha captado un mayor número de atenciones en el Primer Nivel de Atención en Salud, evidenciando una mayor planificación en las estrategias de trabajo en los Centros de Salud en un acercamiento hacia el paciente con atenciones intra y extra murales.

Figura 3: Proporciones de Atenciones por niveles de atención en el MSP (2006 - 2014).



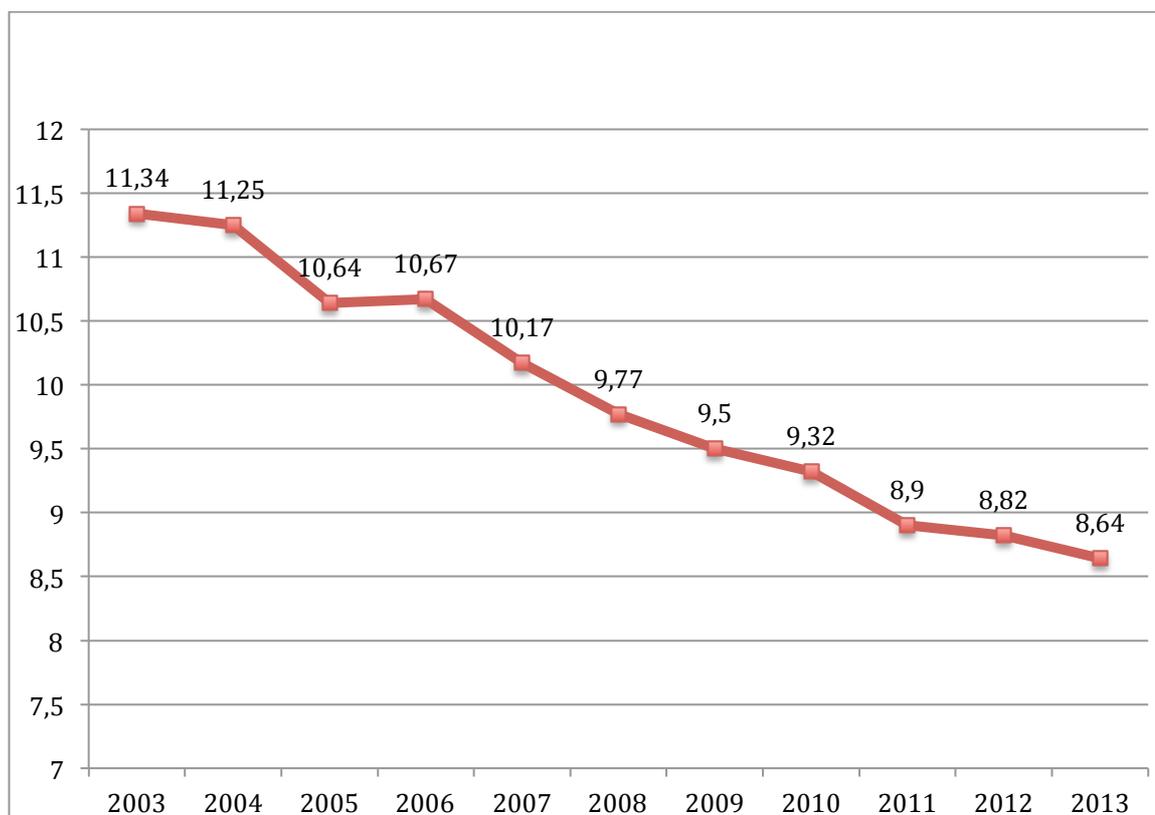
Fuente: Ministerio de Salud Pública Ecuador

Elaborado por: Danny Guerra

Por lo tanto se puede proyectar que el Primer Nivel de Atención en Salud está pronto a consolidar su porcentaje de atención al paciente que corresponde a un 80% según lo describe el MAIS (2012).

Ahora bien, podemos de igual forma podemos analizar los datos estadísticos en relación a dos grupos vulnerables, como lo son los niños de 0 a 5 años, y un indicador importante es la razón de la mortalidad infantil

Figura 4: Tasa de mortalidad Infantil (2003 - 2013)



Fuente: Avances en política pública de Salud e inversión en la niñez y adolescencia (MSP, 2014)

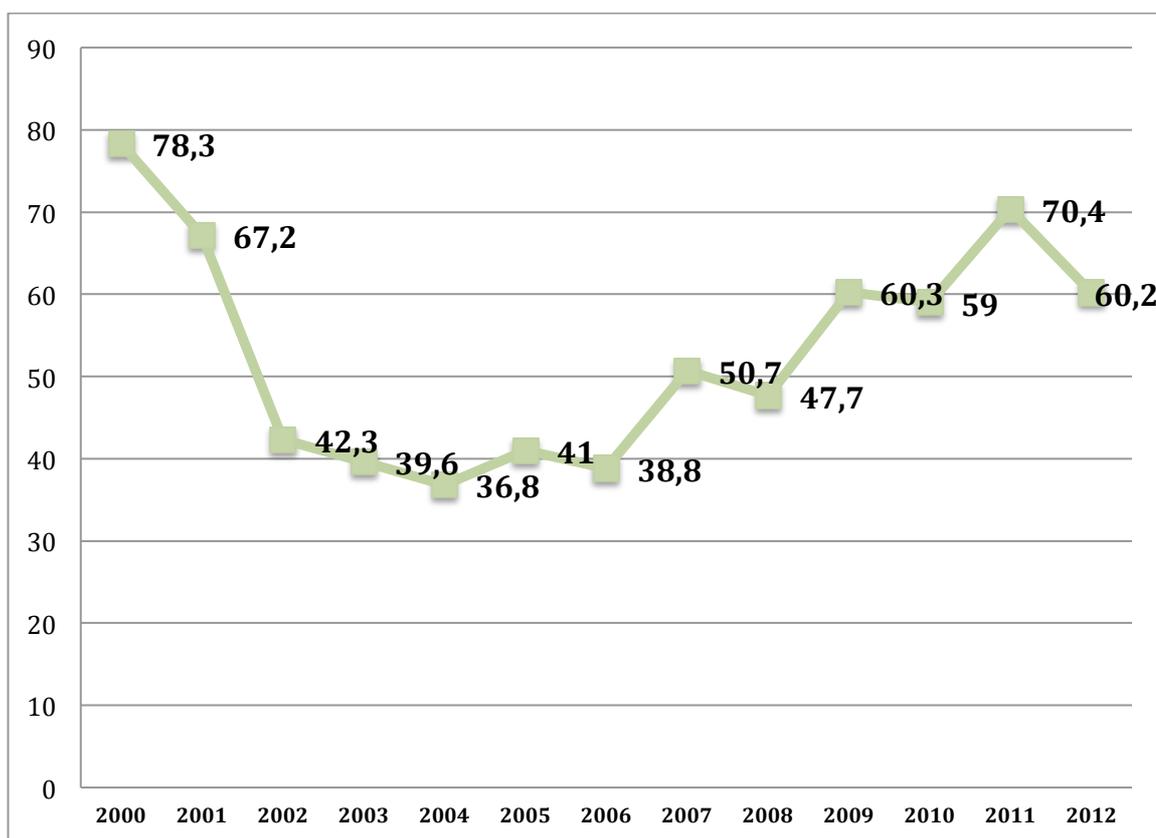
Elaborado por: Danny Guerra V

Por otro lado, la razón de mortalidad materna nos permite tener una referencia del impacto que ha tenido la Estrategia de Reducción Acelerada de Muerte Materna y Neonatal, que de igual forma el MCDS lo describe como:

El Plan de Reducción Acelerada de Muerte Materna y Neonatal tiene por objetivo mejorar el acceso, la oportunidad, la continuidad y la calidad de la atención a mujeres en edad fértil y neonatos en las redes provinciales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional, así como el conocimiento de los riesgos y las buenas prácticas familiares y comunitarias para reducir la muertes maternas y neonatales evitables.

En la figura 5 podemos observar la variación de la Razón de la mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) en el periodo del 2000 al 2012.

Figura 5: Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)

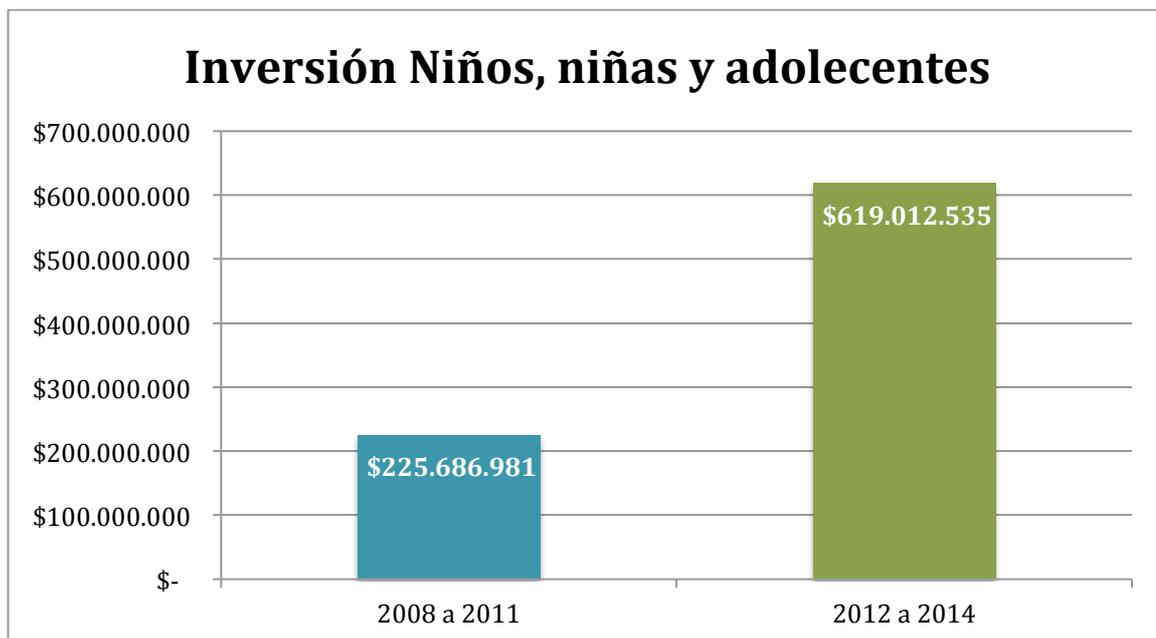


Fuente: Informe Técnico de Seguimiento del Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES, 2014)

Elaborado por: Danny Guerra

De igual manera podemos observar en el documento publicado por parte del (MSP, 2014) llamado “Avances en Política pública en Salud e inversión en la niñez y adolescencia”, como el Ministerio de Salud decide inyectar mayor inversión en Programas como ENIPLA, Nutrición y Maternidad Gratuita para beneficiar a estos grupos vulnerables como lo podemos observar en la Figura 6.

Figura 6: Inversión Niños, Niñas y adolescentes

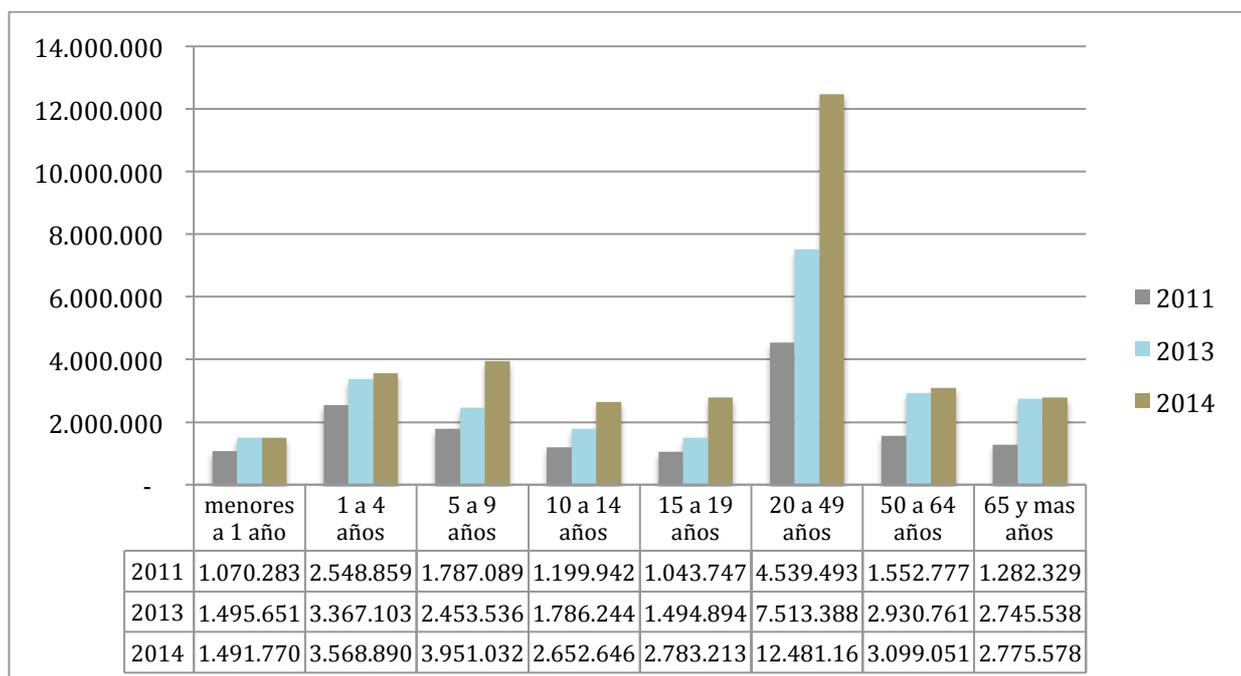


Fuente: Avances en políticas públicas en Salud e inversión en niñez y adolescencia (MSP, 2014)

Elaborado por: Danny Guerra V.

Podemos también analizar por grupos de edad en la figura 7 la cantidad de consultas por morbilidad realizadas en establecimientos de Salud del MSP durante los periodos 2011 a 2014, con la finalidad de identificar el crecimiento de atenciones conforme a edades, estos datos fueron recolectados de: Anuario de Recursos y Actividades de Salud 2011 (INEC, 2012), Anuario de Recursos y Actividades de Salud 2013 (INEC, 2014) y Producción estadística 2006-2014 del MSP (2015)

Figura 7: Consultas por morbilidad en unidades de salud del MSP (2011, 2012, 2013), según grupos de edades



Fuente: Producción estadística 2004-2014 (MSP, 2015), Anuario de recursos y actividades en Salud 2011(INEC, 2012), Anuario de recursos y actividades en Salud 2013 (INEC, 2014)

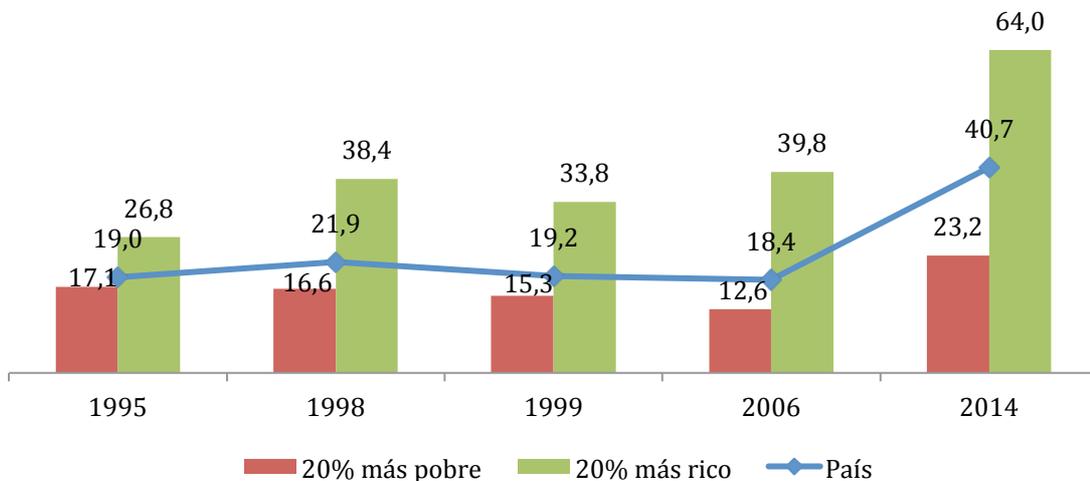
Elaborado por: Danny Guerra V

Podemos ahora relacionar la cantidad de atenciones por morbilidad realizadas en establecimientos de Salud del MSP, de igual forma publicados por el documento de producción y estadística en Salud 2006 – 2014 del MSP (2015).

Para analizar como ha beneficiado la política de gratuidad directamente al Quintil 1 y 2, podemos observar cuanto la variación por consumo de los seguros tanto públicos como privados. Lo que se pretende es observar si se ha incrementado o no el uso de los seguros tanto públicos como privados en los quintiles de análisis.

Por lo tanto en la figura 8 y 9 podemos observar como en los periodos del 2006 al 2012 tanto los seguros privados como los seguros públicos se han incrementado su consumo en los Quintiles más pobres al igual que en los Quintiles más ricos.

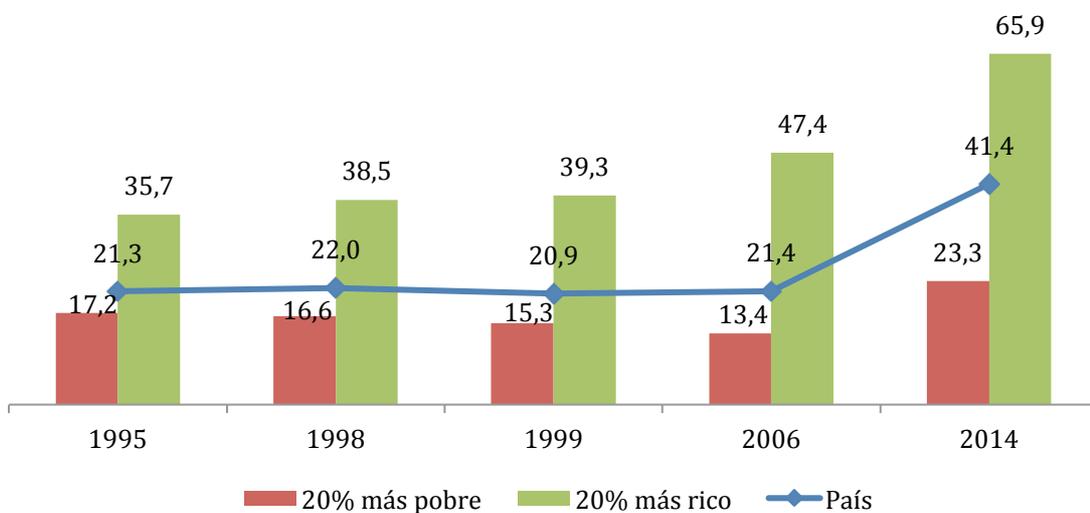
Figura 8: Seguro de Salud Público, Según Quintiles de Pobreza por Consumo (% Población)



Fuente: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, INEC (2015)

Elaborado por: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, INEC (2015)

Figura 9: Seguro de Salud, Según Quintiles de Pobreza por Consumo (% Población)

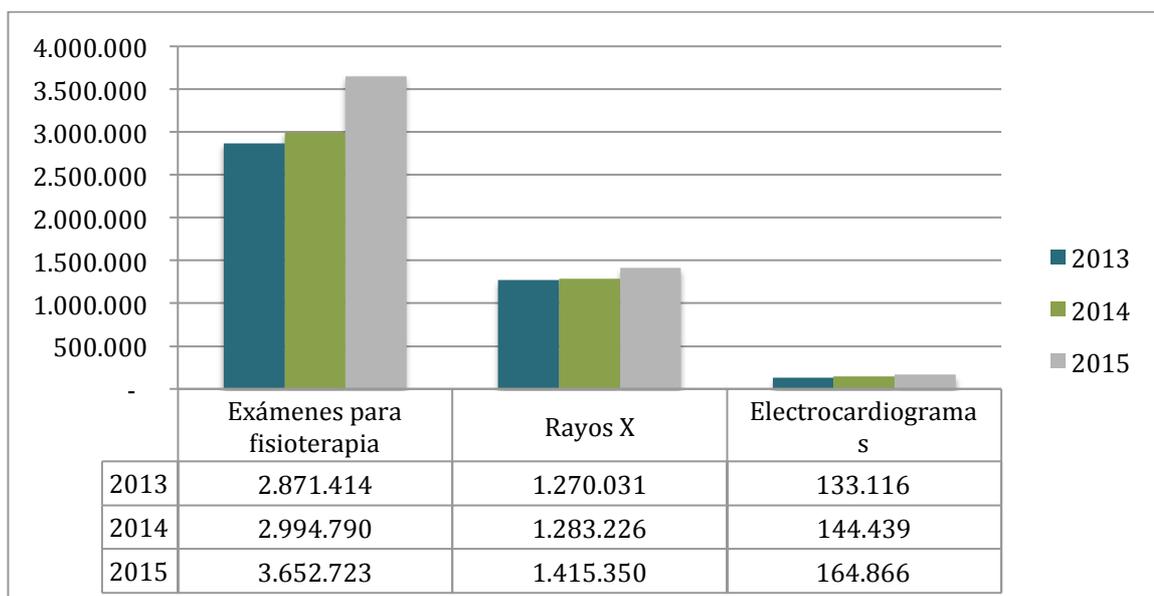


Fuente: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, INEC (2015)

Elaborado por: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, INEC (2015)

Finalmente podemos destacar el incremento continuo de los exámenes diagnósticos realizados en Hospitales pertenecientes al MSP, como lo indica la Figura 10.

Figura 10: Estudios diagnósticos hospitalares MSP 2013-2014-2015

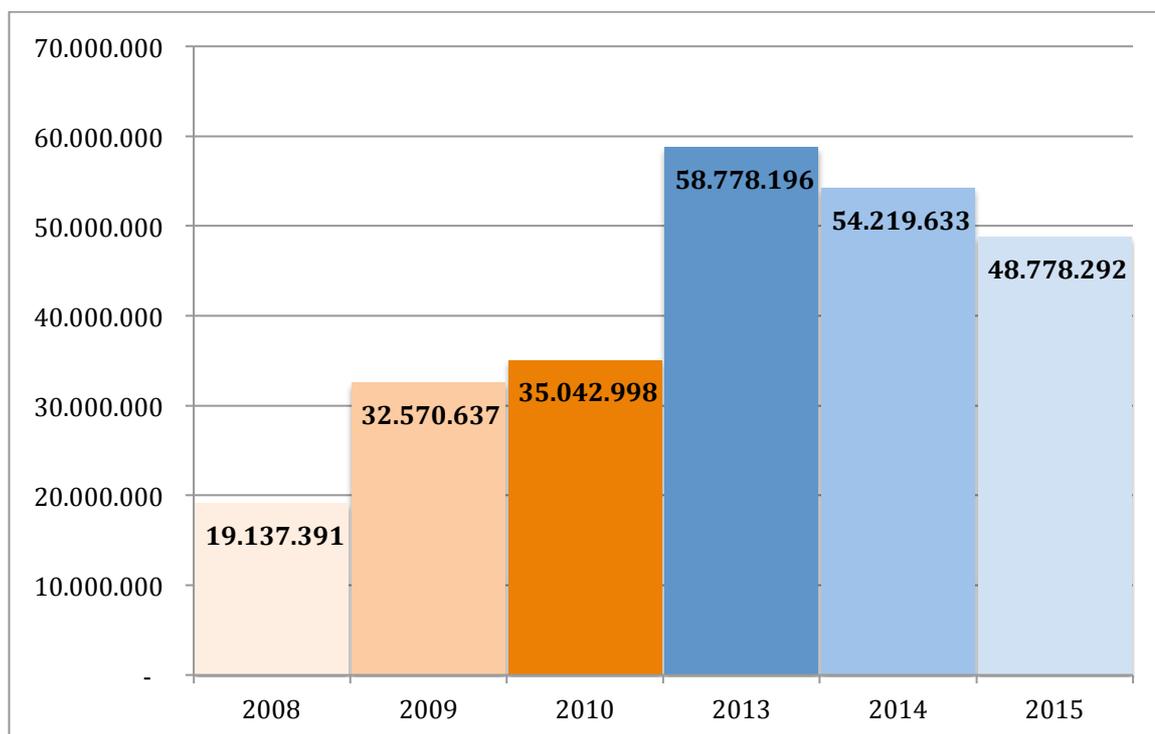


Fuente: Producción Hospitalaria MSP 2013 – 2014 – 2015 (MSP, 2016)

Elaborado por: Danny Guerra V.

Podemos destacar, como observamos en la Figura 11 como han disminuido la cantidad de Recetas despachadas en los Hospitales de MSP en los periodos 2013-2014 y 2015, en comparación al incremento vertiginoso que ocurrió en la dispensación de recetas durante los 3 primeros años de implementada la Gratuidad en los servicios de Salud del MSP.

Figura 11: Recetas despachadas Hospitales del MSP 2008 – 2009 – 2010 - 2013 – 2014 - 2015



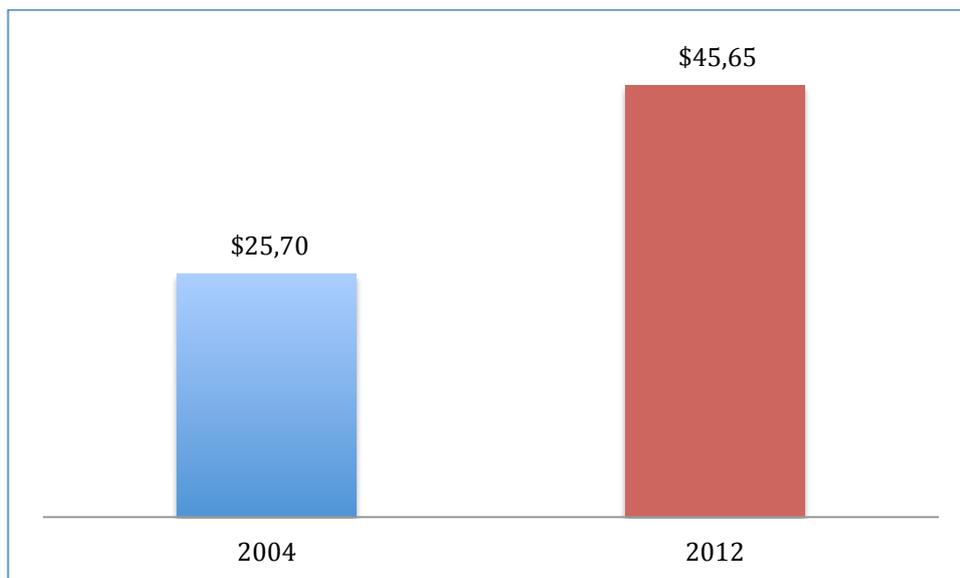
Fuente: Producción Hospitalaria MSP 2008 – 2009 – 2010 - 2013 – 2014 – 2015 (MSP, 2016)

Elaborado por: Danny Guerra V.

Resultados Objetivo específico 2

Para el objetivo de establecer los cambios producidos en el nivel de gasto familiar en Salud, según los quintiles de ingreso, vamos a analizar los datos en fuentes secundarias de fuentes oficiales de: Gasto en hogares del Ecuador en el 2004 y 2010 (INEC-ENIGHUR) así como la Encuesta de Condiciones de Vida 2013-2014.

Figura 12: Gasto Corriente Mensual en Salud de los Hogares

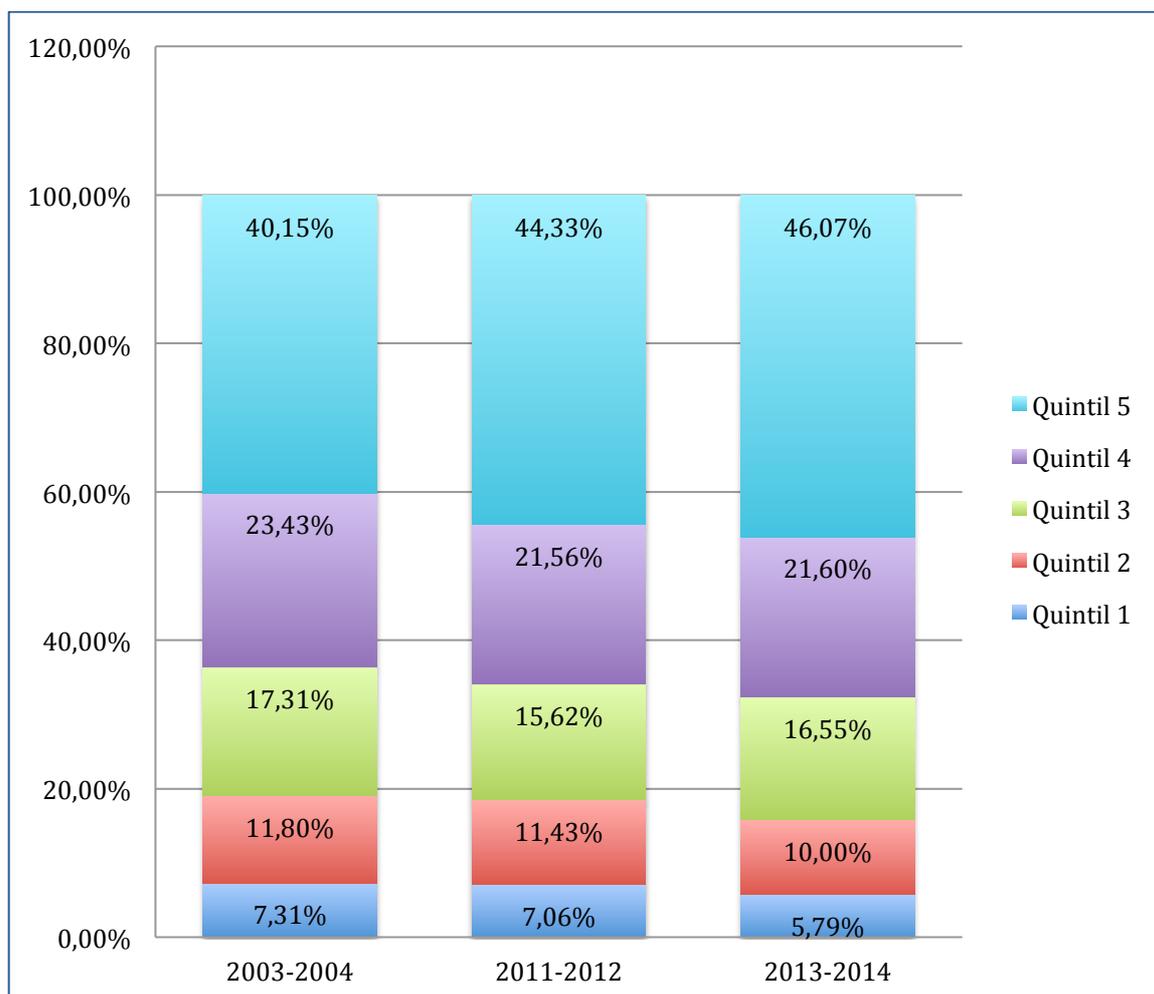


Fuente: ENIGHUR (2003-2004), ENIGHUR (2011-2012)

Elabora por: Danny Guerra V.

Y como podemos observar en la Figura 12, ha incrementado casi en un 78% el gasto corriente mensual en Salud en los Hogares ecuatorianos en comparación a lo reportado tanto en la ENIGHUR (2003-2004) como en la ENIGHUR (2011-2012)

Figura 13: Gasto Corriente Monetario Mensual en Salud, según Quintiles de Gasto Corriente Per Cápita



Fuente: ENIGHUR (2003-2004), ENIGHUR (2011- 2012), Encuesta de condiciones de vida 2013-2014

Elaborado por: Danny Guerra V.

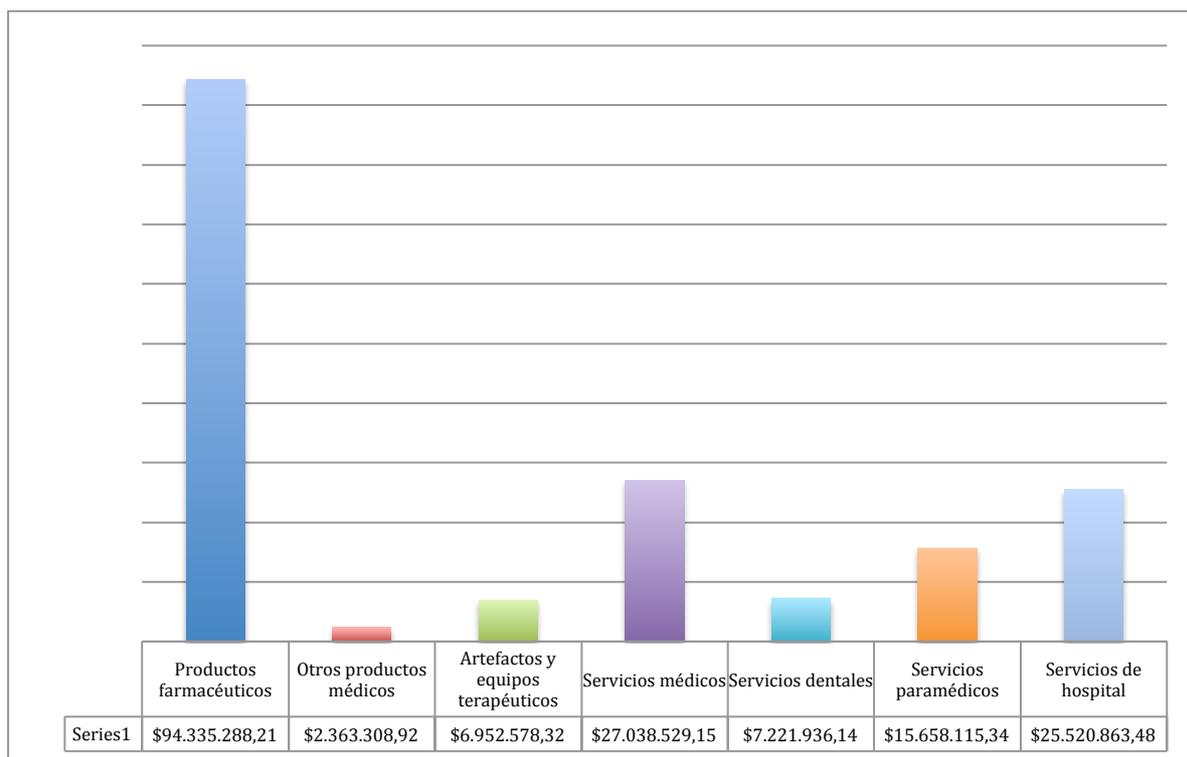
En cuanto a la proporción que se describen en la Figura 12 de variación entre los periodos descritos en la figura de referencia podemos destacar que:

- Quintil 1: ha disminuido 20.79%
- Quintil 2: ha disminuido 15.25%
- Quintil 3: ha disminuido 4.39%
- Quintil 4: ha disminuido 7.81%
- Quintil 5: ha incrementado 14.74%

Por otro lado, se observa en la Figura 13, el gasto en salud disminuyó en los Quintiles de interés como lo es el 1 y 2, mientras que hay un marcado crecimiento en el Quintil 5, lo cual nos permite entender a la Figura 12 que evidencia un incremento en el Gasto corriente en Salud, que como ahora podemos concluir, está relacionado directamente al aumento del gasto en el Quintil 5, lo que a su vez ha provocado que el gasto en salud global haya incrementado de forma sustancial desde el (2003-2004) comparado al (2011-2012)

Ahora bien, en la figura 14 vamos a detallar el desglose del Gasto de consumo monetario mensual de bienes y servicios de salud por Hogar conforme a lo publicado en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbano Rural (ENIGHUR 2011-2012) publicado por INEC (2013)

Figura 14: Gasto de consumo monetario mensual de bienes y servicios de salud realizados por el hogar



Fuente: ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES URBANO Y RURAL (ENIGHUR 2011-2012)

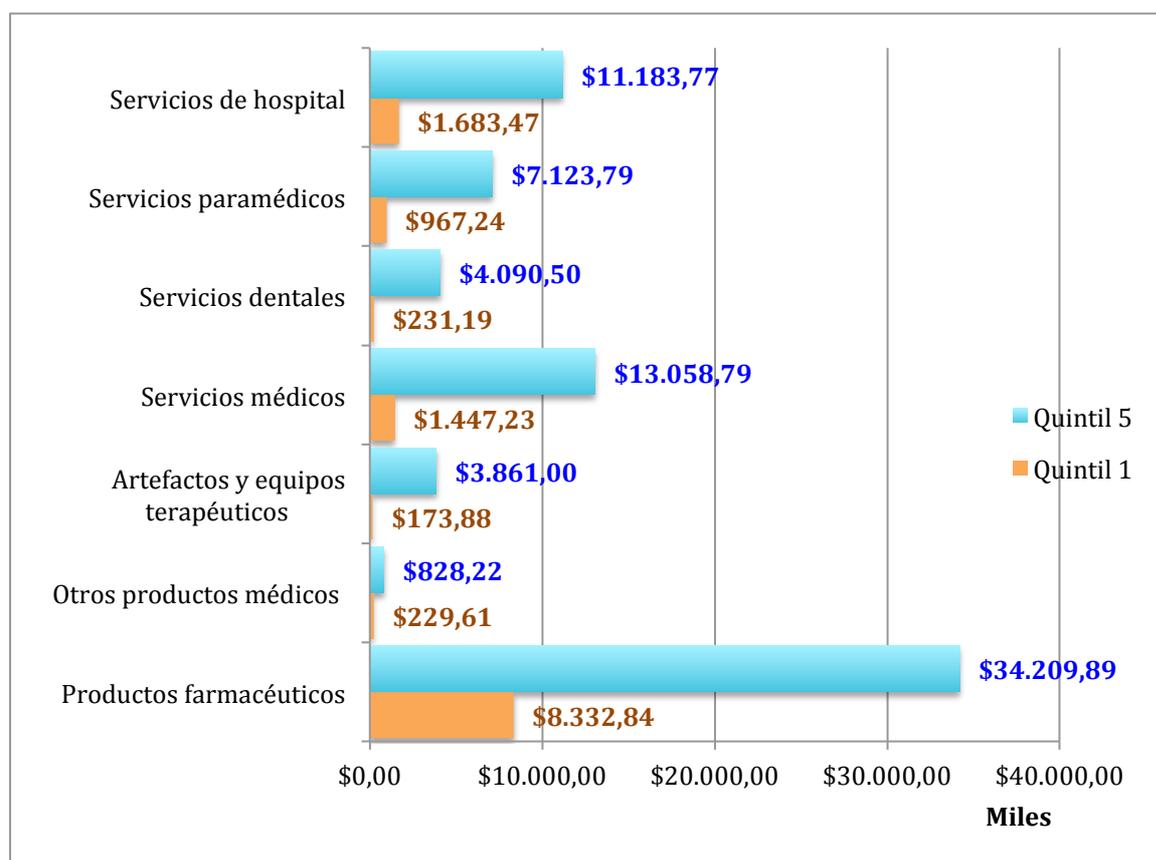
Elaborado por: Danny Guerra V.

Donde podemos describir a cada uno de los ítems mediante la características que nos señala en el documento de referencia como:

- Productos farmacéuticos: (Analgésicos ,Bicarbonato de sodio, Calcio, Vacunas, etc.)
- Otros productos médicos: (Agujas hipodérmicas y jeringas, Desinfectantes de heridas, Vendas para várices, etc.)
- Artefactos y equipos terapéuticos: (Andadores, Cinturones quirúrgicos, Sanitarios portátiles, Alquiler de sillas de ruedas, etc.)
- Servicios médicos: (Consultas a médicos especialistas, médicos en general etc.)
- Servicios dentales: (Costo de la aplicación de la dentadura postiza, Honorarios pagados a profesionales odontólogos, etc.)
- Servicios paramédicos: (Ecografías, Hemodiálisis, Servicio de ambulancia, etc.)
- Servicios de hospital: (Gastos en hospitalización, incluye servicios administrativos, básicos y médicos)

En la Figura 15 observamos un detalle del Gasto de consumo de bienes y servicios realizados por los hogares ecuatorianos a nivel nacional, distinguidos entre el Quintil 1 y Quintil 5, para contar con una referencia mucho más amplia del detalle de gastos por ítem de consumo.

Figura 15: Gasto de consumo monetario mensual de bienes y servicios de salud realizados por el hogar por Quintil 1 y Quintil 5



Fuente: ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES URBANO Y RURAL (ENIGHUR 2011-2012)

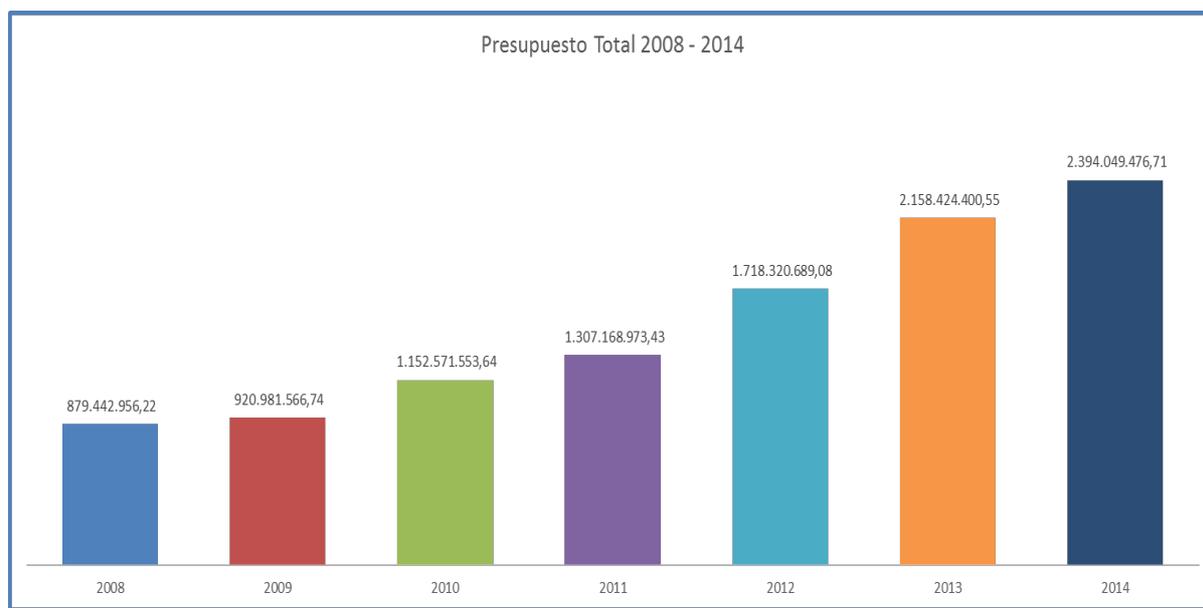
Elaborado por: Danny Guerra V.

Resultados Objetivo específico 3

En cuanto a identificar qué tipo de áreas han tenido mayor inversión con la política de gratuidad de los servicios de salud del MSP, analizaremos: Presupuestos y gastos en salud del MSP en el 2008 y 2014

En cuanto al presupuesto destinado a Salud en el periodo 2008 – 2014, la Figura 16 nos permite identificar el crecimiento progresivo en el campo de la Salud por parte del Gobierno Central

Figura 16: Presupuesto Total Ministerio de Salud Pública 2008 - 2008

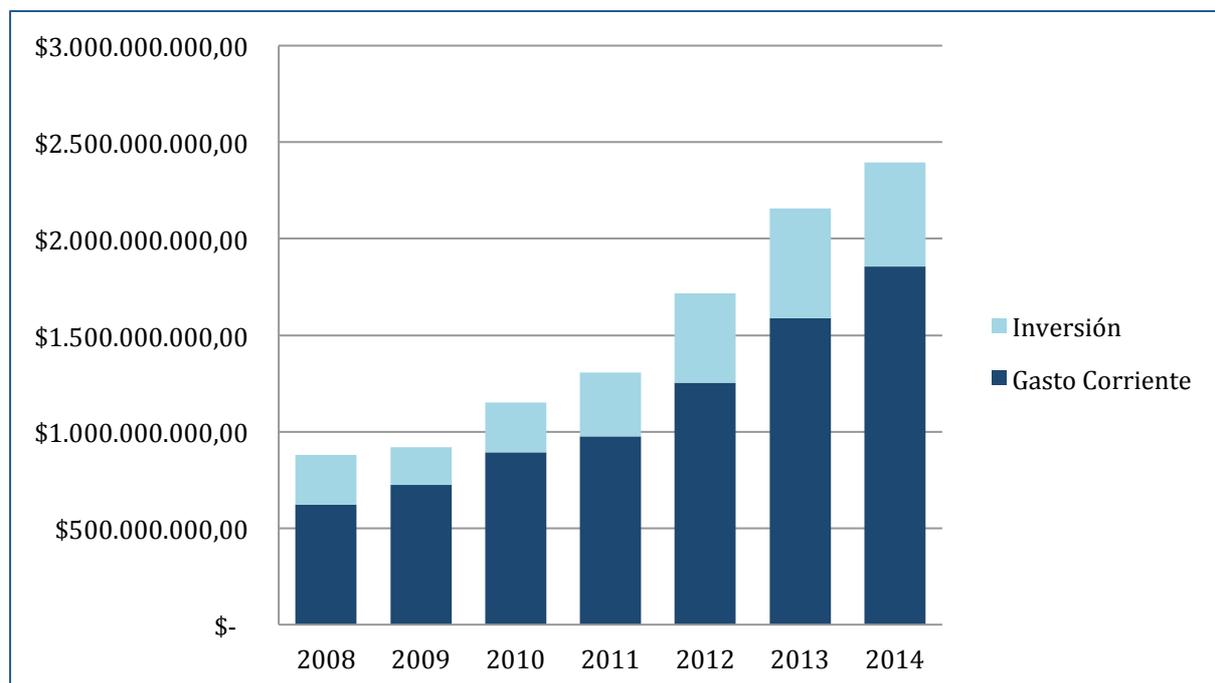


Fuente: Ministerio de Salud Pública Ecuador Presupuesto destinado a Salud 2008 -2014

Elaborado por: Danny Guerra V.

Mientras que podemos observar en la Figura 17, el incremento de la inversión versus el crecimiento del Gasto Corriente correspondiente a Salud en el periodo 2008 – 2014.

Figura 17: Presupuesto para Salud 2008- 2014, detallado en Inversión y Gasto Corriente



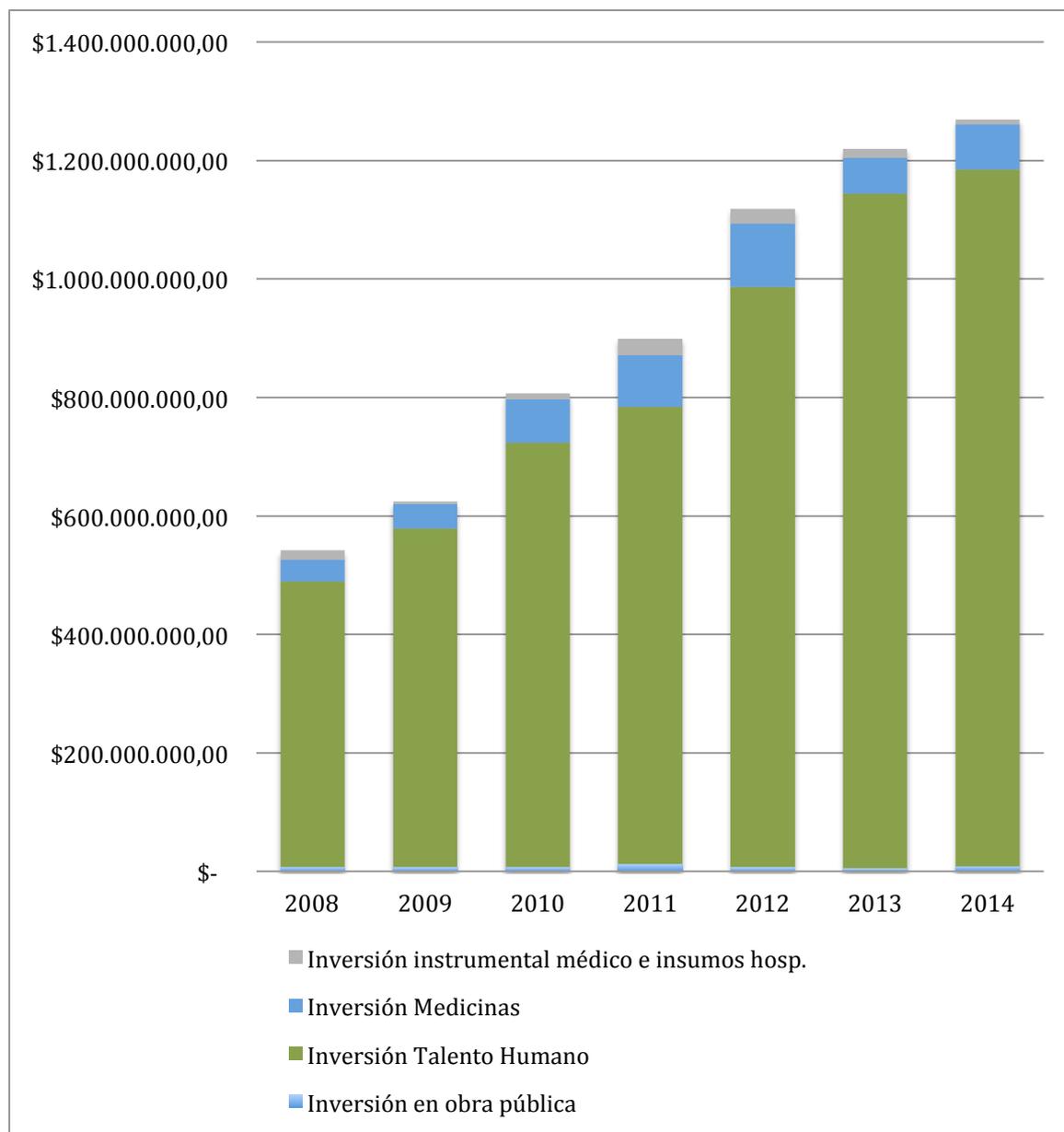
Fuente: Ministerio de Salud Pública Ecuador

Elaborado por: Danny Guerra V.

De igual forma podemos observar como el Gasto corriente entre el periodo 2008-2014 representa un 79,41% del total del presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública, mientras que la inversión representa un 20,59%.

En la Figura 18 se describen los ítems de inversión por detalle, donde se puede observar que la mayor proporción de inversión esta destinada a talento humano, tanto en las unidades operativas desconcentradas como en el ámbito administrativo

Figura 18: Presupuesto para Salud 2008- 2014, detallado por ítems

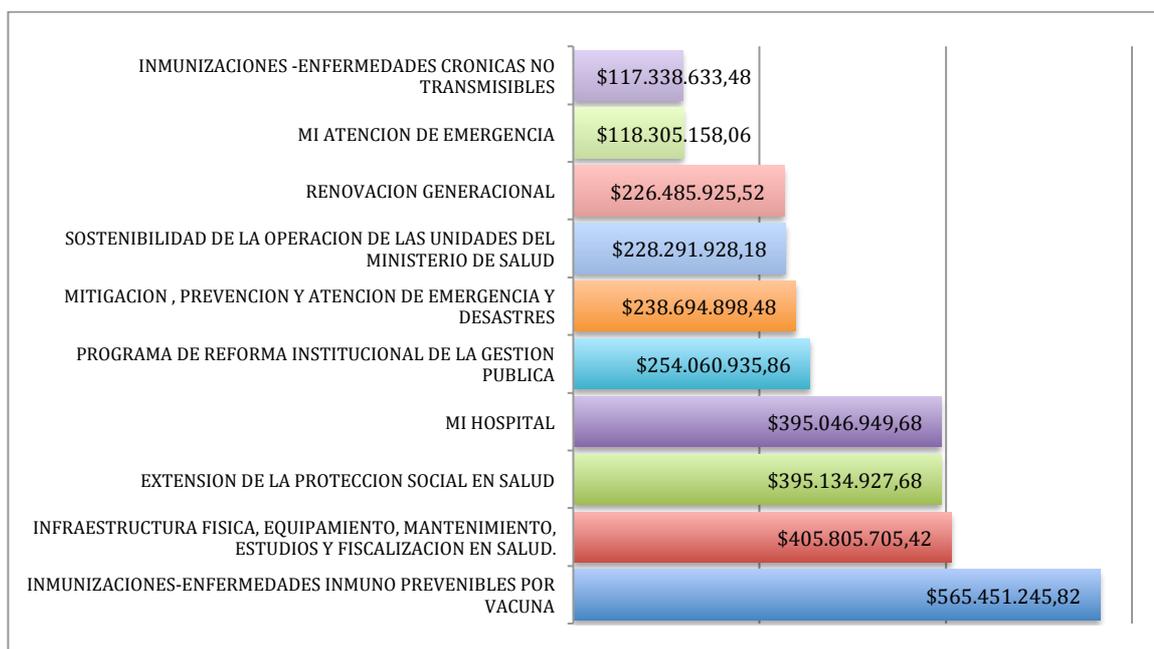


Fuente: Ministerio de Salud Pública Ecuador

Elaborado por: Danny Guerra V.

Por otro lado, podemos observar en la Figura 19 los primeros 10 programas de inversión del MSP, en relación a la cantidad de presupuesto devengado por cada uno de ellos.

Figura 19: Primeros 10 programas de Inversión del MSP (2008-2014)



Fuente: Ministerio de Salud Pública Ecuador

Elaborado por: Danny Guerra V.

En el Anexo 2 encontramos el listado de los 100 proyectos o programas de inversión que ha creado el Ministerio de Salud Pública para gestionar la inversión conforme las prioridades establecidas. Por lo cual podemos destacar los primeros 15 proyectos de inversión:

- 1 Inmunización – Enfermedades inmuno prevenibles por vacuna (Vigente)
- 2 Infraestructura física, equipamiento, mantenimiento, estudios y fiscalización en Salud (Vigente)
- 3 Extensión de la Protección social en Salud (Vigente)
- 4 Mi Hospital (Vigente)
- 5 Programa de reforma institucional de la gestión Pública (Vigente)
- 6 Mitigación, prevención y atención de emergencia y desastres (Vigente)
- 7 Sostenibilidad de la operación de las Unidades del Ministerio de Salud (Vigente)
- 8 Renovación Generacional (2012)
- 9 Mi atención de emergencia (Vigente)
- 10 Inmunizaciones – enfermedades crónicas no transmisibles (2011)

- 11 Ley de Maternidad Gratuita y atención a la infancia (Vigente)
- 12 Programa de indemnización para el desenrolamiento de los servidores públicos de las entidades que forman parte del presupuesto general del estado (2011)
- 13 Fortalecimiento de la red de servicios de salud y mejoramiento de la calidad (Vigente)
- 14 Control del Dengue (2012)
- 15 Alimentación y nutrición SIAN (2012)

Investigación en fuentes primarias

Resultados Objetivo específico 4

Para describir los aspectos que ha tenido la política de gratuidad en la calidad percibida y las condiciones de la atención observamos a continuación los resultados obtenidos en nuestro estudio de campo.

Por un lado, en relación a lo expuesto en las entrevistas a los informantes clave, fundamental para conocer la perspectiva del Servidor Público, podemos destacar los siguientes puntos:

Entrevista Director del Centro de Salud del MSP.

P1. ¿Cómo ha evolucionado la oferta en el Centro de Salud a partir del 2008?

R. Hubo mucha inversión por parte del gobierno hacia el MSP, y esa inversión realmente se ha reflejado tal vez en infraestructura pero en la zona 9 no se ha sentido mucho esa inversión (...) Siento que todavía no tenemos el peso para que las personas puedan identificar lo que implica la autogestión, ya que por ejemplo tengo que reconocer que el gobierno desde el año 2013, porque en el año 2011 y 2012 hubo prórroga de presupuesto, pero en el año 2013 y 2014 el presupuesto otorgado por el MSP ha sido muy similar al que nosotros hemos solicitado, (...) No hemos podido hacer una sola inversión en pintura para el centro de salud o para el mantenimiento del edificio. Entonces los primeros que estamos sintiendo el déficit de no generar ningún ingreso y depender totalmente de una estructura nueva, desorganizada, que no esta

implementada. Para mí el proceso de gratuidad y que no podamos hacer autogestión y que estos presupuesto no vengan dentro del presupuesto fiscal significa que nosotros no tengamos muchas capacidades, que las hayamos perdido, es decir capacidad de cambiar un equipo, capacidad de hacer mantenimiento del edificio, si se quema una computadora si se pierde lo que sea no tenemos capacidad de cambiar.

P2. ¿Existen o no a su criterio inconvenientes para completar la gratuidad en su unidad de salud?

R. O sea al momento cerrando el 2014 (agosto) cuando dejamos de ser unidad ejecutora, a partir de ahí se estableció la gratuidad, es una gratuidad total, realmente no ha tenido inconvenientes ni de talento humano ni de recursos. Lo que si veo es que esta gratuidad total que se esta manteniendo porque se unió a este tema económico del país fue una cosa casual, no es una cosa prevista entonces tampoco es estudiado el entorno para saber el impacto porque yo si solamente le hago un impacto del tema de vista político siempre las áreas sociales han sido un tema que desde el punto de vista de otros gobiernos puede ser que no sea una inversión sino mas bien un gasto.

P3. ¿En cuanto al recurso humano, que sienten en relación a la satisfacción del trabajo realizado?

R. No podemos solicitar nuevas partidas para el personal que por alguna razón sale de la institución, se tiene que acomodar conforme contemos con el personal.

P4. ¿ Cree Ud. que la cobertura se ha incrementado por la gratuidad?

R. Nuestra institución cuenta ya con un gran prestigio que nos lo hemos ganado a través de los años, y hemos visto como se ha fidelizado los pacientes, si bien posterior a la universalidad de la Salud se ha incrementado la cobertura, ese es uno de los logros que a habíamos conseguido con la comunidad del Centro Histórico con esfuerzo y dedicación a nuestro trabajo.

Entrevista a Jefe de Atención Médica (Consultas y Emergencias)

P1. ¿Como percibe el trato que reciben los pacientes dentro del centro de Salud desde que inició la política de gratuidad, tomando en cuenta antecedentes previos a 2008 y en la actualidad desde su punto de vista?

R. Desde mi punto de vista la percepción que tiene el usuario de esta Unidad es muy buena en vista de que nosotros hemos tratado en lo posible de manejarnos dentro de las políticas gubernamentales acatando las disposiciones. Con respecto a lo que es la gratuidad, se ha venido dando de una forma progresiva en el cual nosotros hemos estado inmiscuidos y hemos visto en realidad que el paciente ha sido mejor atendido se ha empoderado en el ámbito que se le den las facilidades al paciente para cumpla la totalidad del tratamiento, es decir hemos tratado de disminuir la morbilidad, también se han hecho campañas de promoción y la prevención y se ha incrementado todo lo que es factible.

P2. ¿Se abastece con todas las medicinas que se prescriben en las consultas para el usuario?

R. Dentro de lo posible la unidad se a abastecido de una forma importante para poder proveer al usuario de la medicación dentro lo que esta la normativa y los protocolos, guías de atención clínicas a todos los pacientes sin embargo ha existido una ruptura ínfima de esto cuando ha habido problemas de abastecimiento que podría ser en ámbitos de desabastecimiento, certificados de sanidad, cuando algún laboratorio ha tenido problemas en la entrega pero se ha subsanado de la manera más rápida posible, en cuanto a la medicina de estado vital siempre se ha manejado el stock suficiente para este tipo de unidad.

P3. ¿Han podido identificar el % de medicamentos que al paciente se ha entregado en la unidad de salud, y cual es el % así sea mínimo que el paciente ha tenido que adquirir fuera de la unidad?

R. El proceso de vivificación a sido mas complejo en vista que se han unido 22 unidades y el personal que comenzó a manejar ya no fue el mismo. Se han cambiado de autoridades y de cierta forma los procesos no se han suspendido pero si han sufrido una demora, razón por la cual la Unidad ha realizado ciertas estrategias para contar con esa provisión

P4. ¿Y desde que tiempo han tenido esta clase de problemas de tipo logístico?

R. En la parte logística de distritalización comenzamos en agosto del año 2014,

P5. Hablando del paciente, ¿Qué tiempo se estima que un paciente está dentro de la unidad, es decir que vienen a la consulta y salen luego de ser atendidos?

R. Por lo tanto estamos hablando que este paciente adulto mayor estaría alrededor del una hora a una hora y media que permanece en la unidad.

P6. ¿ Tomando como eje el 2008, ¿se ha notado un incremento notable de pacientes que acuden al centro desde la gratuidad progresiva o si el incremento de pacientes se ha mantenido constante?

R. Ha habido una subida importante de atención a pacientes en todos los servicios sobre todo en el servicio de emergencia
En el 2008 teníamos unas 25000 atenciones, en el 2014 acabamos teniendo 45000 atenciones

P7. Y en cuanto a recursos humanos? ¿Han tenido algún tipo de inconvenientes de déficit?

R. Bueno nosotros hemos estado incrementando personal de acuerdo a los servicios. Por ejemplo en emergencia y centro obstétrico que tiene mayor prioridad de cierta manera donde se ven las falencias se ha incrementado y actualmente contamos con profesionales de obstetricia tenemos 5 obstetricias, tenemos 6 médicos.

P8. Un poco mas general, que aspectos a su criterio Ud. podría mejorar en la Unidad para que crezca en su prestigio con la comunidad

R. En la parte administrativa dar las sugerencias y lo hemos estado dando a nivel distrital para la acertada adquisición de medicamentos e insumos a través de los comités tengan los mejores criterios técnicos tomando en cuenta las sugerencias de unidades operativas como esta.

Entrevista a Jefe de Enfermeras

P1. ¿Como percibe la satisfacción de la atención en salud de los usuarios final, tomando en cuenta antes y después de la declaratoria de gratuidad en todo el sector salud?

R. Cuando empezó la política fue muy interesante porque fue como decir abundancia en el inicio entonces la gente salía satisfecha. (...) Entonces en el principio los pacientes salían muy felices con todos los medicamentos porque tienen una comorbilidad estas personas unas tienen hipertensión tienen diabetes y una que otra situación que amerita una múltiple farmacia. Pero últimamente a habido mucho desabastecimiento mucha insuficiencia en el presupuesto y además con estas medicinas, digamos las personas tienen que utilizar toda la vida, el presupuesto es inalcanzable para satisfacer la necesidad, entonces de un presupuesto grande casi el

70% de este, tendrían que haber sido dirigido solo a pacientes crónicos dejando el resto de pacientes.

P2. ¿Desde que tiempo acá ha habido desabastecimiento?

R. Parece que es desde hace dos o tres años, ósea si hay medicamentos pero no completo y peor con esta nueva estructura ya que somos parte del distrito y ahora no tenemos autonomía financiera para realizar que antes teníamos.

P3. ¿En general cuales han sido los problemas más comunes en estos últimos 5 años en la unidad de salud?

Antes el financiero, y ahora es por la dependencia administrativa.

P4. En el paciente. Cuanto tiempo estima que el paciente permanece en la Unidad de salud cuando se viene a atender

R. Aproximadamente una hora, antes era un poco mas porque venia a pedir turno pero ahora con el call center viene con el turno.

P5. Como Ud. percibe la demanda de las personas en el centro de salud ahora comparada con la demanda de personas que venían previo a la aprobación de la política de gratuidad en el 2008.

R. La demanda si se ha incrementado por lo servicios de salud por el hecho mismo de ofrecer la gratuidad, Pero eso le digo últimamente en los últimos tres años ha venido decayendo esto la falta de presupuestos.

P6. Si pudiera mejorar alguna parámetro específico en la unidad de salud cual sería?

R. Yo eliminaría el call center a larga distancia desde Guayaquil desde alguna central de Quito que no tienen muy claro la situación real operativa.

P7. Y en la parte operativa como están organizados, Uds. ven como un inconveniente?

R. No nos a aliviado y además faltan recursos humanos tanto en la unidad como en el distrito la política actual no permite la restitución del personal que ya salió entonces ahí hay insuficiencia. Lo que a enfermería se refiere no me han restituido

absolutamente nada. Una vez que se jubilan o se retiran la política es no volver a asignar esas plazas de esta situación estamos hablando ya 4 años.

Entrevista a Jefe de Farmacia

P1. Como percibe el trato hacia el usuario en el Centro de Salud desde el momento de la política de gratuidad comparado con años anteriores al 2008

R. (...)Básicamente el principal problema que hemos tenido nosotros ha sido la afluencia de personas que hemos tenido nosotros a penas se inició la gratuidad. (...) al usuario se le entregó la mejor atención en la provisión de medicamentos pero hay algunos problemas en el abastecimiento de medicamentos que pasa más por la legislación que al orden técnico.

P2. En cuanto al trato que se la ha brindado al usuario tomando en cuenta el crecimiento de usuarios ha sido igual a disminuido o a mejorado.

R. (...)Yo estimo que la primera idea de hacer la gratuidad era la masificación de los servicios de salud para toda la población más hemos entregado mucho más cantidad pero hemos dejado de lado la calidad de la atención en lo que es servicio de farmacia por atender al usuario que viene en una afluencia bastante significativa que es lo que puedo decir en lo que es la percepción de calidad.

P3. ¿Cuentan generalmente con todos los medicamentos para despachar al usuario o han tenido inconvenientes en esto?

R. La legislación muy engorrosa en la parte pública, (...) primero tienes que ver si hay dinero o no hay dinero, segundo tienes que certificar fondos, tercero tienes que llamar a los proveedores que dentro de la legislación se llama subasta inversa o ínfima cuantía. (...) Tenemos una gran cantidad de medicamentos, en esta unidad contamos con 145 y te imaginas tener un stock de medicamentos mas o menos de 1 mes y medio más de lo que deberíamos tener y el costo que implica tener en nuestras bodegas pudiendo utilizar de forma más ágil el presupuesto si es que los tiempo de compra fueran menores. (...) Tuvimos un momento que llegamos a tener el 88% de abastecimiento y es bastante bajo porque el porcentaje de desabastecimiento debería ser del 2-3% como máximo no debe ser de más y con medicamentos que son catalogados como no esenciales.

P4. Este proceso de adquisición a variado en los últimos años?

R. (...) Como tenemos un solo proveedor, y tenía tanta demanda este proveedor no nos cumplía en el retraso del tiempo estipulado del contrato por casi dos meses sin multa y ahí radica el problema, aun que bajó el precio de los medicamentos pero al darle a un solo proveedor no tuvo la capacidad para abastecer al país en sus 4 estamentos públicos y ha provocado un deterioro en la atención que nosotros le podemos dar en calidad al usuario final en la entrega de medicamentos.

P5. Cuales son los problemas mas comunes en el abastecimiento?

R. La ley en el ámbito publico debe ser documentado y nos da algunas trabas ya que el proveedor debe cumplir con toda la documentación (...) Por ejemplo ahora se viene junio y debemos hacer la planificación para el segundo cuatrimestre lo que hacemos la compra de medicamentos mas o menos se va a demorar un mes en que llegue a la unidad lo que implica un mes de desabastecimiento y eso no es eficiencia.

P6. Como percibes tu la satisfacción del usuario final

R. En la ultima del año indica que el 83% que las necesidades son satisfechas por farmacia y cuales son las principales causas de insatisfacción es la falta de medicamentos. (...) La percepción de calidad del servicio de farmacia indica que es completamente satisfecho en un 50% y en un 90% de satisfacción.. La satisfacción del usuario no es mala pero se enfoca principalmente en si le entregan los medicamentos o no.

P7. En relación a la demanda nos puedes ampliar un poco mas tu percepción?

R. Cuando se hizo la gratuidad vino más gente pero no teníamos nosotros ningún tipo de archivo ningún dato que nos diga cuanto mismo necesitamos y por lo tanto desde el 2010 siempre ha sido deficitaria (...) También podemos notar que en el 2012 teníamos médicos que atendían solo 4 horas pero ahora atienden 8 horas (...) por lo tanto nuestra oferta de servicio se duplicó por lo tanto se duplicó la oferta y tuvimos alrededor del 33% de incremento de subscripciones del 2011 al 2012. Del 2012 al 2013 tuvimos un incremento de alrededor 25%, del 2013 al 2014 un incremento el 13%, y este año teníamos la expectativa de un crecimiento del 12% (...). Pero no estábamos preparados para la gratuidad, no estábamos preparados con el presupuesto requerido para poder entregar el servicios de medicamentos que requerían.

P8. Que parámetro si pudieras elegir uno para mejorar este proceso cual sería?

R. Mediano plazo sistemas de información específicos al igual que protocolos y guías de practica clínica estandarizados (de aquí a 5 años) a corto plazo cambio en la legislación del SERCOP que nos permita hacer compras mucho mas agiles, tal vez con compras institucionales que podamos tener 3 o 4 proveedores certificados para poder hacer adquisición de medicamentos directo a ellos y no que pasen a compra en el sector público (subasta inversa) la idea es que cuente el estado con proveedores ya calificados para adquisición

Entrevista a Jefe de Laboratorio

P1. ¿El cambio tecnológico que evidencia la unidad fue a través del estado con la declaratoria de la emergencia en el sector sanitario que invirtió una fuerte cantidad de dinero en el MSP o fue mediante autogestión o fue algún tipo de convenio?

R. Tengo que responder en dos partes: 2007 – 2008 con autogestión y en el año 2011 con apoyo tecnológico.

P2. ¿Cómo Uds. perciben la satisfacción del paciente que se atiende en este servicio?

R. Realmente yo pienso que hay incomodidad en los pacientes porque tenemos mucha afluencia, como le comentaba ahora al ser distrito, el laboratorio principal del distrito es este, y si nosotros estamos desabastecidos los otros laboratorios están en peor condición que la nuestra. (...) Entonces los pacientes deben esperar mucho tiempo para tomar un turno. (...) entonces si tenemos una gran demanda y los pacientes si deben esperar bastante tiempo

P3. En estos últimos años en que periodos ha pasado mejor abastecidos en insumos y en que periodos ha pasado menos abastecidos.

R. (...) hemos tenido el mayor desabastecimiento en el 2014 cuando empezó la distritalización, es un caos total hasta ahora no se que compraron que no compraron (...) En términos generales ahora estamos desabastecidos.

P4. Y en cuanto al personal que Uds. cuentan aquí, a su criterio es el suficiente para la cantidad de pacientes que Uds. están manejando?

R. (...) En una época bastaba los 3 tecnólogos pero ahora realmente es deficiente. Este laboratorio al estar en una unidad tipo C, y según el gobierno debe trabajar 24

horas pero no estamos preparados para eso, necesitamos infraestructura física, más equipos y una reestructura total de lo que es este laboratorio en el distrito.

P5. ¿Cuanto tiempo Ud. estima que el pacientes está en el proceso de toma de muestra y que le entregan el resultado?

R. Una hora y media está aquí el paciente y el resultado se entrega al día siguiente si es un procedimiento de rutina y en dos horas si es un procedimiento por emergencias.

P6. Si nos comenta nuevamente el tema de la demanda, y puede señalar momentos específicos donde Ud. haya notado una mayor demanda de los pacientes en el Centro de Salud.

R. El crecimiento ha sido constante, desde el 2004 con 25000 estudios al año, el tope máximo el 2007 y se nota es evidente el crecimiento cuando llegamos a 84000, 2008 (83000) y se mantuvo un crecimiento constate hasta el 2011. Un gran salto 20012 – 2013 desde que se automatizaron los procesos y un bajón terrible en el 2014 por el desabastecimiento.

P7. ¿Y en el transcurso de este año como va la expectativa?

R. Espero que con la nueva directora distrital esto cambie, ya que realmente el problema fue la administración que a mi criterio fue desastrosa que a nivel de laboratorio fue terrible, sin reactivos sin suministros para la impresora. Hacemos el pedido del cuatrimestre sin embargo cada mes nos van pidiendo “deme lo urgente, deme lo urgente” es terrible. Ojala con la nueva administración mejor.

P8. Si podría mejorar un parámetro específico para que la unidad de salud mejore ¿Qué parámetros considera Ud. que son más importantes para mejorar la unidad de salud?

R. La administración desde el distrito

P9. En cuanto a la duplicidad de resultados por la falta de historia clínica.

R. (...) Eso sale de nuestro control y no se optimizan los resultados porque quien solicita debería conocer los antecedentes y los estudios que se realizó previamente y

no volverlos a repetir, (...) entonces si yo pienso que hace falta un cambio grande en cuanto a la informática de las historias clínicas

B. GRUPO FOCAL

En cuanto a los resultados obtenidos mediante la actividad al grupo focal, las podemos analizar en cada una de las 7 “Preguntas – temáticas de estímulo” y que podemos destacar los siguientes resultados:

1. ¿Cómo perciben el trato en la atención que han recibido Uds. y sus niños/as en el centro de salud del MSP desde que se inicio la gratuidad de la atención en este centro de salud?

De las 11 personas participantes, 7 manifestaron que han recibido un buen trato, mientras que 2 participantes manifestaron que en distintos centros de salud a los que han asistido la atención no ha sido bueno. Finalmente 2 participantes se abstuvieron de contestar.

2. ¿Consideran que ahora es más fácil acudir y hacerse atender en El Centro de Salud?
¿Por qué?

De las 11 personas participantes 1 persona manifiesta que es fácil ser atendido en el Centro de Salud, 8 participantes manifestaron que es mucho mas difícil ser atendidos en el Centro de Salud, y en general se hizo referencia al tiempo de espera para las citas a través del “Call Center” y al tiempo que los médicos atienden dentro del Centro de Salud, como lo manifiesta un participante: *“solo nos dan turnos hasta las 2 de la tarde (...) fui donde una doctora y le pregunté y me dijo: -ahora mismo tenemos que hacer informes que gracias a su presidente nos toca quedarnos haciendo todas las tardes informes por eso estamos atendiendo hasta las 2 de la tarde-”*

Otra participante manifiesta que uno de los inconvenientes más complicados que le ha tocado resolver dentro de las Unidades de Salud del MSP es la falta de logística gestión interna que le ha toca realizar y manifiesta: *“Yo he tenido problemas, por ejemplo yo le hacia atender a mi hijo en otro lado y ya van 6 meses que sigo esperando la transferencia de mi*

hijo y eso no hacen de un día para el otro sino que nos hacen esperar casi un año y lo único que me dicen es “Ud. no es la única que esta esperando” y se han demorado un año o más en otros casos”

3. ¿Cuándo ha acudido con sus niño/as han tendido en el centro de salud todo lo que se necesitaban? Por ejemplo las vacunas?

Todos los participantes manifiestan que cuando han asistido al Centro de Salud no han tenido todos los implementos, que generalmente son vacunas, insumos médicos y vacunas.

4. ¿Generalmente en sus consultas, el centro de Salud le da adicionalmente todos los medicamentos de la receta?

En este caso 2 participantes se abstuvieron de contestar mientras que los 8 restantes han manifestado que no les dan el total de medicamentos que señala la receta. Uno de los participantes nos supo manifestar *“En el centro de salud del Carmen igual no tenían todos los medicamentos solo la mitad y el otro poco tenía que comprar afuera.”*

Otro participante nos supo comentar *“En mi caso no ha habido algunos medicamentos con respecto a lo que es los anticonceptivo; y aparte el trato de los que atienden en la farmacia a veces es muy déspota le dicen -bueno tenga tome- no hay esa amabilidad”*

5. ¿Cuánto tiempo estiman que permanecieron en el centro de salud desde se llegada hasta que las atendieron?

Tres participantes permanecieron 1 Hora, dos participantes permanecieron 1 Hora con 30 minutos y finalmente 4 participantes permanecieron 2 Horas en el Centro de Salud.

6. ¿Cómo Ud. percibe la afluencia de personas al centro de salud que Ud. acude regularmente?

Para estas pregunta podemos destacar que 4 participantes se refirieron a la afluencia de personas al centro de salud como “Bastante” y se destaca un comentario en el cual señala *“La atención debería ser por sectores digo yo, yo vivo en el centro entonces tengo derecho a hacerme atender acá. Vienen personas de Guamaní, el Comité del Pueblo y hay mucha aglomeración de gente, no hay comodidad”*

Mientras que para otros 4 participantes se refirieron a la afluencia de personas al Centro de Salud como “Demasiado”

7. ¿Qué recomendarían ustedes para mejorar la atención en este centro de salud?

Tres participantes recomendaron mejorar la atención haciendo alusión a algunas experiencias que les ha tocado vivirlas dentro del Centro de Salud.

Dos participantes recomendaron mejorar la organización en el Centro de Salud, como nos menciona uno de ellos “Debería ser mas organizado para que la gente no se aglomere y la atención pueda ser un poco mejor diría yo (...) en relación a los exámenes no me han ese día me hacen a los 5 o 6 días entonces yo prefiero muchas veces reunirme un poquito de dinero e irme a un médico particular”

Un participante manifiesta que esta conforme con el servicio recibido dentro de Centro de Salud y que no haría ninguna recomendación para mejorar el servicio.

Otra participante nos manifiesta que la aglomeración de la gente se debe a los pocos especialistas con los que cuentan en el Centro de Salud, recomendando que se incremente el número de profesionales en la salud para mejorar el servicio.

Finalmente una participante recomienda que se pueda planificar mejor el abastecimiento de los insumos y medicamentos para que puedan suplir la necesidad de los pacientes.

Importancia del estudio

Con este estudio se pretende impulsar la investigación en relación a la valoración del impacto que ha tenido la política de Gratuidad impulsada por el gobierno nacional, ya que no se han realizados publicaciones al respecto, por lo tanto era indispensable presentar un trabajo exploratorio para contar con la base de información que nos permita analizar los siguientes puntos de acción tomando en cuenta que la información presenta una gama amplia de posibilidades para investigar en los diferentes impactos directos e indirectos que ha producido la política antes mencionada.

A través de este estudio, podemos evidenciar una falta de planificación en la implementación de esta política, que al igual que otros países de la región han tomado esta iniciativa de derrocar la barrera económica en el acceso a la salud con la universalización de la misma, por lo que es importante tomar en cuenta los datos que se han expuesto a través de este documento para analizar cuales son las posibles alternativas de investigaciones que sirvan de herramientas para la toma de decisiones y correcciones de ser el caso en la forma y estructura en la que actualmente se esta encaminando la gobernanza y provisión de servicios por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Es importante contar con una línea base de información, la cual se quiere plasmar en este estudio, la misma que nos permita planificar las líneas de investigación, para identificar los nudos críticos que actualmente está atravesando esta idea política plasmada en la gratuidad de la Salud Pública.

Resumen de sesgos del autor

Se puede mencionar que al no contar con fuentes oficiales de evaluación de esta política, y buscar diferentes fuentes secundarias de información, puede presentar sesgos al momento de exponer los resultados, ya que dependen de la metodología de otros autores y sus métodos de cálculos y recolección de información.

De igual forma al ser el autor de este estudio un servidor publico del Ministerio de Salud Pública, representa un sesgo al estar involucrado en la organización interna lo que permite tener una perspectiva sesgada en relación a la planificación y ejecución de los programas.

DISCUSIÓN

Podemos manifestar que la política de gratuidad en vigencia desde el 2008 en el Ecuador, al igual que en países como Cuba, Venezuela, entre otros; corresponde en primera instancia a una medida motivada por fines políticos, al no evidenciar una planificación relacionada la implementación de esta medida tomando en cuenta la realidad del país y a los actores relacionados. Por lo tanto como consecuencia a una falta de planificación en la transición de la política, no se tiene puntos claros como objetivos medibles que puedan contribuir a la toma de decisiones.

De igual forma, esta falta de planificación esta plasmada en los resultados de las entrevistas a informantes clave, quienes en su criterio y experiencia ven como una traba la nueva distribución administrativa para las unidades de salud, por cuanto no se ha realizado una correcta transición de procesos; y como es evidente que esta nueva forma de administrar los servicios públicos se implementó a partir del año 2012, cuatro años posterior al inicio de la política de gratuidad, seguramente se pudieron esperar mejores resultados con una planificación adecuada

Por otro lado si bien ha disminuido el gasto corriente en salud en los quintiles de interés como lo es el 1 y 2, también se puede observar como en esos quintiles también ha incrementado el valor por consumo de seguros privados, y como respaldo podemos observar como en el Grupo Focal, varios participantes indicaron que “muchas veces prefieren ahorrar un poco de dinero para asistir a un servicio privado”, lo que viene atado a la calidad del servicio y al tiempo de espera que tienen que soportar en cada una de sus visitas a los distintos Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública.

Finalmente podemos señalar que una de las fortalezas del Modelo de Atención Integral de la Salud (MAIS) son los programas de prevención y promoción de la Salud, sin embargo como pudimos observar, las consultas preventivas han disminuido en relación a años anteriores, de igual forma la asistencia de niños menores de 5 años a programas de la primera infancia donde el MSP cumple una labora transcendental en este grupo de entidades

comprometidas con esta labor y como evidencia el Informe de los resultados parciales de los Objetivos del Milenio expuesto por la SENPLADES, juntamente con la razón de la mortalidad materna aún corresponden a metas que parcialmente no se han cumplido a un año de los resultados finales. Definitivamente un mayor impulso a estos dos ejes fundamentales (prevención y promoción de la salud) generará mayor confianza en el sistema, y por ende generará mejores resultados y beneficios directos a la población en general

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Respuestas a las preguntas de investigación

1. Como observamos en los datos antes presentados, no existen datos precisos de las atenciones por grupos prioritarios por parte del MSP, tan solo del 2013

2. Por otro lado, una de las características más importantes de la política de gratuidad es eliminar la barrera económica para el acceso a la salud, que se ha podido observar que efectivamente ha beneficiado en un porcentaje mayor en especial al Quintil 1.

3. A partir del 2012 se ha evidenciado un incremento en consultas en el Primer Nivel de Atención, sin embargo, continúa una tendencia a las atenciones por morbilidad, mientras que las preventivas tienen una tendencia a disminuir, con lo que se evidencia que tanto la promoción como la prevención de la Salud por parte del MSP no ha efectivizado sus estrategias de trabajo, al igual que un cambio cultural partiendo de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud.

4. Gracias a los datos proporcionados por el INEC a través ENIGHUR, se evidencia a nivel nacional que mientras se ha incrementado el porcentaje total del gasto familiar en salud (de 5.5% en 2004 a 7.3% en 2012) a expensas de los quintiles 3, 4 y 5, ha disminuido en los quintiles 1 y 2 (quintil 1: ha disminuido 20.79% y el quintil 2: ha disminuido 15.25%) por lo que se deduce que ha sido el segmento social más beneficiado con la política de gratuidad de los servicios de salud.

5. Se puede observar de igual forma que en los productos que se gasta con una proporción mayor en los hogares ecuatorianos en definitivamente en productos farmacéuticos, servicios médicos y equipos o dispositivos médicos.

6. En nuestro estudio destinado al Grupo Focal, en su mayoría de los participantes nos permitieron conocer muchas de las inconformidades en la calidad percibida en la atención

brindada en los distintos Centros de Salud del MSP, siendo una de las principales características la falta de calidez en atención por parte del profesional en salud, la falta de medicamentos entregados en farmacia y el tiempo de espera para las citas programadas a través del “Call Center” y las consultas subsecuentes.

7. Finalmente en relación a las entrevistas a los actores clave, podemos concluir que la falta de planificación y administración por parte de la Dirección Distrital es el principal inconveniente para su desenvolvimiento institucional, a su vez la falta de información en cuento a la planificación de la política en Salud les genera inconvenientes en su abastecimiento de insumos y medicamentos

Limitaciones del estudio

Para nuestro trabajo pudimos constatar que no se contaba con estudios preliminares, y que las estadísticas necesarias para desarrollar el tema fueron limitadas, muchas de ellas se están recopilando de forma oficial desde el año 2013, como es el caso de las atenciones por grupos prioritarios. De igual forma el MSP, INEC o cualquier otra entidad que realiza las estadísticas cuenta con la información de inversión desagregada por niveles de atención ni mucho menos relacionado en los valores de inversión en programas de prevención y promoción de la Salud.

Recomendaciones para futuros estudios

Como se ha señalado, este estudio es de carácter exploratorio e inicial sobre esta importante problemática que amerita nuevos y más profundos análisis en futuras investigaciones. Por las conclusiones obtenidas se sugiere considerar las siguientes líneas de investigación:

- a) Impacto de la política de gratuidad en la evolución de la muerte materna en los Quintiles 1 y 2.
- b) Incidencia de la política de gratuidad en programas de promoción y prevención de la Salud a nivel nacional.

c) Sostenibilidad financiera de la Política de gratuidad implementada en el Ecuador desde el año 2008.

d) Impacto de los programas de Prevención y Promoción de Salud del Ministerio de Salud Pública desde el año 2008.

e) Inequidades en Salud en el Ecuador.

f) Efectos de la política de gratuidad en los Quintiles de ingreso 1 y 2. Periodo 2008 – 2014.

Resumen general

A través del este estudio pudimos describir como la política de la gratuidad ha provocado ciertos cambios en distintos niveles relacionados a la Salud Pública de los ecuatorianos y ecuatorianas.

En primer lugar podemos observar tomando en cuenta que eliminar la barrera económica en el acceso a los servicios de salud era el objetivo primordial de esta política, como a la par que el gasto en salud del bolsillo de los ecuatorianos a nivel nacional ha incrementado su valor comparando las estadísticas presentadas de los años 2004 hasta 2012, es evidente que este aumento se debe principalmente a los quintiles 3, 4 y 5; por otro lado el beneficio real se evidencia en el Quintil 1 y 2.

Por otro lado, podemos notar que no se ha evidenciado un incremento en las atenciones preventivas en relación a las atenciones por morbilidad, tampoco un incremento en el porcentaje de niños que acuden a programas de primera infancia a nivel nacional, tomando en cuenta que ha incrementado paulatinamente la inversión tanto en talento humano como en infraestructura sanitaria, pero no se evidencia una planificación eficiente en inversión de programas y estrategias de promoción y prevención en Salud.

A su vez, en cuanto a las sensaciones por partes de los usuarios de los servicios que brinda el MSP, nos permite observar que sigue predominando el malestar por el trato por parte de los profesionales de la Salud, pese a que se ha promulgado una ideología de calidad y calidad en sus servicios. De igual forma se describen aún el problema del desabastecimiento de medicamentos el momento de solicitar las medicinas de las recetas.

Con la ayuda de las entrevistas a los informantes clave, podemos conocer un malestar por la falta de organización a nivel central del MSP, los malestares que han suscitado desde la implementación de las Coordinaciones Zonales y las Direcciones Distritales de Salud, ya que señalan no ha existido una planificación previa, lo que ha provocado incertidumbre y poca planificación en las entidades operativas desconcentradas (EOD).

Finalmente es importante mencionar que no existen datos proporcionados por el MSP u otra entidad gubernamental que haya valorado cada uno de los objetivos de esta política de gratuidad, por lo que considero que es de gran importancia realizar nuevos estudios que puedan aportar a la elaboración de una línea base de información necesarios para contribuir a una evaluación objetiva de esta política, y así contribuya a una adecuada planificación futura y una oportuna toma de decisiones políticas y estratégicas en beneficio tanto de usuarios de los servicios que brinda el Ministerio de Salud Pública como profesionales en la salud que forman parte de la institución.

REFERENCIAS

- Acosta, Sandra (2010). *Barreras y Determinantes de acceso a los servicios de salud en Colombia*. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona. Retrieved from <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebreerca/Srodriguez.pdf>
- Agudelo, Carlos. (1999). Desarrollo y Salud. *Revista de Salud Pública ISSN, 01*.
- Álvarez Pérez, Adolfo Gerardo, García Fariñas, Anai, Rodríguez Salvá, Armando, & Bonet Gorbea, Mariano. (2007). Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 45, 0-0*.
- Constitución de la República del Ecuador, 449 C.F.R. (2008).
- Bitrán, Ricardo. (2006). *Reformas Recientes en el Sector Salud en Centroamérica* (N. Unidas Ed.). Chile: CEPAL.
- Cadena nacional por el día mundial de la Salud, (2007)*.
- Carme Borrella, María del Mar García-Calventeb, José V. Martí-Boscà. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS, 18*.
- CERDA L, JAIME. (2010). Glosario de términos utilizados en evaluación económica de la salud. *Revista médica de Chile, 138, 76-78*.
- Cerda, March. (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Escuela Andaluza de Salud Pública*.
- Cisternas, Maria Soledad. (2013). SALUD GLOBAL, GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS. *Revista Enfoques, XI*.
- CONASA. (2007). *Guía metodológica para la elaboración de planes cantonales y provinciales de Salud* (pp. 64). Retrieved from http://www.conasa.gob.ec/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=11:organizacion-y-participacion-social-&Itemid=125
- Delgado García, Gregorio. (1996). Etapas del desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana. *Revista Cubana de Salud Pública, 22, 21-22*.
- Discurso presidencial por el día mundial de la Salud, (2008)*.

- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2012). *MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL (MAIS-FCI)*. Quito - Ecuador: Retrieved from http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
- Feo, Oscar, & Curcio, Pasqualina. (2004). La salud en el proceso constituyente venezolano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30, 0-0.
- Gonzalez, Javier. (2003). Búsqueda de información en pediatría basada en la evidencia (II): fuentes de información secundarias. *Revista española de pediatría*, 59.
- INEC. (2012). Anuario de Recursos y Actividades de Salud 2011.
- INEC. (2013). Encuesta Nacional de Ingresos y Egresos de Hogares Urbano Rural (ENIGHUR 2011-2012). Retrieved 03 de julio 2016 <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-presenta-resultados-de-la-encuesta-de-ingresos-y-gastos/>
- INEC. (2014). Anuario de la Estadística: Recursos y Actividades de Salud 2013.
- INEC. (2015). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (2013 - 2014).
- Jiménez Cangas, Leonor, Báez Dueñas, Rosa María, Pérez Maza, Benito, & Reyes Alvarez, Iliana. (1996). Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 22, 15-16.
- Jimenez, Edgar. (2012). INTRODUCCIÓN AL SECTOR SALUD DEL PARAGUAY. *INSTITUTO DESARROLLO*. <http://www.desarrollo.edu.py/v2/uploads/2014/04/INTRODUCCI%C3%93N-AL-SECTOR-SALUD-DEL-PARAGUAY.pdf>
- Julien, Dupuy. (2011). *Factores Claves y Marco Teórico conceptual sobre cobertura universal en Salud*. Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes Bolivia.
- Mancuello, Juliana & Cabral, María. (2011). Sistema de Salud de Paraguay. *Revista Paraguaya de Salud Pública*. <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/view/20/19>
- MSP. (2012). *Datos esenciales de salud: Una mirada a la década 2000 - 2010* M. d. S. Pública (Ed.) Retrieved from <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Datos-esenciales-de-salud-2000-2010.pdf>
- MSP. (2014). Avances en política pública de Salud e inversión en la niñez y adolescencia.
- MSP. (2015). Producción Estadística 2006 - 2014.

- MSP. (2016). Producción Hospitalaria MSP serie 2013 - 2014 - 2015. from <https://public.tableau.com/profile/andres.hualca8739#!/vizhome/SERIEPRODUCCIONHOSPITALARIA2013-2014-2015/PRINCIPAL>
- Muiser, Jorine, Sáenz, María del Rocío, & Bermúdez, Juan Luis. (2011). Sistema de salud de Nicaragua. *Salud Pública de México*, 53, s233-s242.
- Nacional, Congreso. (2006). *Ley Orgánica de Salud*. Quito: Retrieved from <http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/LEY-ORGANICA-DE-SALUD1.pdf>.
- OMS. (2012). ¿Qué es la cobertura sanitaria universal? , from http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/
- ONU. (2011). ¿Que es la sostenibilidad? *El futuro que queremos*. Retrieved from <http://www.un.org> website: <http://www.un.org/es/sustainablefuture/sustainability.shtml>
- OPS.). Determinantes Sociales de Salud. Retrieved 06 agosto del 2014, 2014, from http://www.who.int/social_determinants/es/
- OPS. (2013a). Derecha a la Salud. Retrieved 03 de septiembre del 2014, 2014, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- OPS. (2013b). Derecho a la Salud: OPS.
- OPS. (2013c). Determinantes de Salud. from http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3A2011-determinants-health&catid=3483%3Aabout&Itemid=3745&lang=es
- OPS. (2014). *El Salvador en el camino hacia la cobertura universal de salud: Logros y desafíos* Retrieved from http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fels%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D1482%26Itemid%3D99999999&ei=1SpHVLcLYbLggTE7YD4AQ&usq=AFQjCNHu-WpGUn5enGmk-QFI1CZXOh4SMg&sig2=eO3f0RfRxMGd-B7o8UN5-A&bvm=bv.77880786,d.eXY
- Paganini, José María. (1998). La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4.
- Rodriguez, Prieto. (2002). Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Escuela Andaluza de Salud Pública*.
- Rosero, Luis & Güel, Douglas. (1998). Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica:

- estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS). San Jose, Costa Rica: Instituto de Investigaciones en Salud (INISA).
- Ruales, José. (2014). *Experiencia de la Reforma de Salud en el Salvador*. <http://www.paho.org/forocoberturagt2014/wp-content/uploads/2014/09/Rectoria-Jose-Ruales.pdf>
- Ruben, Gaete. (2012). Estudio de la descentralización de los servicios esenciales para el caso del Paraguay. Paraguay: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ruiz, Felipe. (2014). *Hacia una teoría de la justicia del derecho a la salud: concepto y fundamento en perspectiva de integralidad*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Retrieved from <http://www.bdigital.unal.edu.co/39914/1/80213266.2014.pdf>
- Sen, Amartya. (2000). Reflexión Crítica - La Salud en el Desarrollo. *Organización Mundial de la Salud*, 21. https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3248/mod_resource/content/0/determinantes/lecturasprincipal/unidad_3.1lp/ud31lp_salud-desarrollo.pdf
- SENPLADES. (2014). Informe técnico de Seguimiento del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017.
- Sojo, Ana. (2011). Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Rev CS Col*, 16(6), 2673-2685.
- Vargas J, Julián, & Molina M, Gloria. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27, 121-130.
- WorldBank. (2006). Evaluación de Efectos de los Programas Sociales: Perspectiva de las Políticas Públicas.

ANEXO 1: DOCUMENTOS VALIDADOS POR EL COMITÉ DE BIOÉTICA

ANEXO 2: ENTREVISTAS A GRUPO FOCAL

ANEXO 3: ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVE

ANEXO 4: LISTADO DE PROYECTOS DE INVERSIÓN 2008-2015