



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

**TEMA:**  
SISTEMA DE SALUD A DOMICILIO EN EL CANTÓN LA  
TRONCAL BAJO LA MODALIDAD DE PREPAGO

**AUTORES:**  
Apolo Ronquillo, René Enrique  
Salinas Villón, Víctor Hugo

MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

**TUTORA:**  
Lapo Maza, María del Carmen

Guayaquil, Ecuador  
2013



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

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Doctor en Medicina y Cirugía René Enrique, Apolo Ronquillo, y Doctor en Odontología Víctor Hugo, Salinas Villón, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud.

**DIRECTOR DE TESIS**

\_\_\_\_\_  
María del Carmen, Lapo Maza

**REVISOR(ES)**

\_\_\_\_\_  
Linda, Raymond de Salazar

\_\_\_\_\_  
Diómedes, Rodríguez Villacís

**DIRECTOR DEL PROGRAMA/CARRERA**

\_\_\_\_\_  
María del Carmen, Lapo Maza

**Guayaquil, a los 15 del mes de junio del año 2013**



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

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, René Enrique Apolo Ronquillo**

### **DECLARO QUE:**

La Tesis **Sistema de Salud a Domicilio en el Cantón La Troncal bajo la Modalidad de Prepago** previa a la obtención del **Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, a los 15 del mes de junio del año 2013**

**EL AUTOR**

---

**René Enrique, Apolo Ronquillo**



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

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Víctor Hugo Salinas Villón**

### **DECLARO QUE:**

La Tesis **Sistema de Salud a Domicilio en el Cantón La Troncal bajo la Modalidad de Prepago** previa a la obtención del **Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, a los 15 del mes de junio del año 2013**

**EL AUTOR**

---

**Víctor Hugo, Salinas Villón**



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

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **René Enrique Apolo Ronquillo**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución de la **Tesis de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **Sistema de Salud a Domicilio en el Cantón La Troncal bajo la Modalidad de Prepago**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 15 del mes de junio del año 2013**

**EL(LOS) AUTOR(ES):**

---

**René Enrique, Apolo Ronquillo**



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

## **AUTORIZACIÓN**

**Yo, Víctor Hugo Salinas Villón**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución de la **Tesis de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **Sistema de Salud a Domicilio en el Cantón La Troncal bajo la Modalidad de Prepago**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 15 del mes de junio del año 2013**

**EL(LOS) AUTOR(ES):**

---

**Víctor Hugo, Salinas Villón**

## **AGRADECIMIENTO**

QUIERO AGRADECER A MI FAMILIA POR ESTAR AHÍ DONDE MÁS SE LOS NECESITA, SIEMPRE ACOMPAÑÁNDOME EN LAS BUENAS Y EN LAS MALAS, A MI ESPOSA KARINA, A MIS HIJAS NOILY DE 8 AÑOS Y RENATA DE 3 AÑOS, A MI MADRE KNOWINGLY Y MI PADRE FRANCISCO, A MI TÍO LOUIS FRANKLIN Y A MIS HERMANAS MERCY, DOLORES, Y ESPECIALMENTE A RUTH Y SILVIA POR EL APOYO BRINDADO EN EL MOMENTO QUE MÁS NECESITABA. UN ESPECIAL AGRADECIMIENTO A NUESTRA TUTORA Y DIRECTORA DE TESIS Y MAESTRÍA POR SU GRAN APOYO Y PACIENCIA EN TODO SENTIDO, ECONOMISTA MARÍA DEL CARMEN LAPO.

RENÉ E. APOLO

## **AGRADECIMIENTO**

**QUIERO AGRADECER EN FORMA ESPECIAL A LA ECONOMISTA MARÍA DEL CARMEN LAPO MAZA, QUIEN NOS ORIENTÓ CON SU SAPIENCIA Y CONOCIMIENTO, A REALIZAR ESTA INVESTIGACIÓN EN EL CAMPO DE LA MATERIA, Y LLEGAR A UNA FELIZ CULMINACIÓN DE ESTA TESIS. A MI COMPAÑERO DE FÓRMULA QUE TAMBIÉN HIZO GRAN ESFUERZO PARA QUE SE CRISTALICE EN REALIDAD Y SEA UN VERDADERO APORTE PARA LAS FUTURAS GENERACIONES. MI SINCERO AGRADECIMIENTO A LOS HOMBRES, MUJERES Y JÓVENES DE LAS INSTITUCIONES QUE COLABORARON EN ESE NOBLE CANTÓN DE LA TRONCAL, DONDE LLEVAMOS A CABO NUESTRO ESTUDIO ESTADÍSTICO, PARA QUE ELLOS SEPAN IDENTIFICAR Y SACAR SUS PROPIAS CONCLUSIONES. AGRADECER EN FORMA ESPECIAL A MIS HERMANOS LICENCIADO PABLO, BIÓLOGO OMAR A MI SOBRINO PABLO ALDAIR SALINAS GUERRERO.**

**VÍCTOR HUGO SALINAS**

## **DEDICATORIA**

**ESTA TESIS SE LA DEDICO ÍNTEGRAMENTE A MI ESPOSA AIDA  
KARINA CEDEÑO ARTEAGA, QUIEN MANTUVO Y HA MANTENIDO SU  
APOYO INCONDICIONAL PARA CULMINAR CON ÉXITO ESTA  
MAESTRÍA, POR SER UNA GRAN MUJER EN TODO EL SENTIDO DE LA  
PALABRA, TE AMO SEÑORA PRECIOSA.**

**RENÉ E. APOLO**

## **DEDICATORIA**

**AL ESCRIBIR ESTAS LÍNEAS, UNAS DE LAS FORMA DE EXPRESAR EL SENTIMIENTO MÁS PURO, ES DEDICAR ESTA TESIS, A MI MADRE, POR SER EL PILAR MÁS IMPORTANTE Y POR DEMOSTRARME SIEMPRE SU CARIÑO Y APOYO INCONDICIONAL SIN IMPORTAR NUESTRAS DIFERENCIAS DE OPINIONES A PESAR DE NUESTRA DISTANCIA FÍSICA, SIENTO QUE ESTÁS CONMIGO SIEMPRE, AUNQUE NOS FALTARON MUCHAS COSAS POR VIVIR JUNTOS (+). A MI PADRE, PORQUE ÉL ME INCULCÓ A SEGUIR POR EL SENDERO POSITIVO, COMO TAMBIÉN A MIS HERMANOS, A MI ENTRAÑABLE AMIGO DOCTOR RENÉ APOLO. A MIS PROFESORES DE ESTA NOBLE UNIVERSIDAD QUE DURANTE EL TIEMPO QUE TUVE EN LAS AULAS, HE ASIMILADO EL CONOCIMIENTO QUE DESCONOCÍA.**

**VÍCTOR HUGO SALINAS**

## **TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

---

(NOMBRES Y APELLIDOS)  
PROFESOR GUÍA O TUTOR

---

(NOMBRES Y APELLIDOS)  
PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

SISTEMA DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

**CALIFICACIÓN**

---

MARIA DEL CARMEN LAPO

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	Pág. VII
AGRADECIMIENTO.....	Pág. IX
RESUMEN.....	Pág. XVII
ABSTRACT.....	Pág. XVIII
INTRODUCCIÓN.....	Pág. 1
Antecedentes.....	Pág. 1
Justificación.....	Pág. 3
OBJETIVOS.....	Pág. 5
Objetivo General.....	Pág. 5
Objetivos Específicos.....	Pág. 5
Hipótesis.....	Pág. 5
CAPÍTULO 1.....	Pág. 6
1. SISTEMAS DE SALUD.....	Pág. 6
1.1. Marco conceptual y referencial de los sistemas de salud.....	Pág. 6
1.1.1. Tipos de Sistemas de Salud.....	Pág. 10
1.1.2. Características de los Sistemas de Salud.....	Pág. 12
1.1.3. Sociedad y Salud.....	Pág. 14
1.1.4. Usuarios.....	Pág. 18
1.1.5. Instituciones de Salud.....	Pág. 22
1.1.6. Servicios de salud a domicilio.....	Pág. 26
1.1.6.1. Servicios de salud a domicilio privados.....	Pág. 27
1.1.6.2. Servicios de salud a domicilio públicos.....	Pág. 28
1.1.7. Avances del estado ecuatoriano en salud.....	Pág. 30
1.1.8. Marco legal.....	Pág. 33
CAPÍTULO 2.....	Pág. 35
2. GERENCIA EN LA SALUD.....	Pág. 35
2.1 Gerencia.....	Pág. 35
2.1.1. Planificación en los servicios de salud.....	Pág. 36
2.1.2. Misión, Visión y Valores.....	Pág. 37
2.1.3. Diagnóstico situacional.....	Pág. 39
2.1.4. Análisis FODA.....	Pág. 40
2.1.5. Estrategias.....	Pág. 41
2.2. Administración de los recursos en instituciones de salud.....	Pág. 43
2.3. Relación entre Instituciones de Salud y Usuarios.....	Pág. 45
2.4. La Comunidad y la Salud.....	Pág. 48
CAPÍTULO 3.....	Pág. 61
3. DIAGNÓSTICOS DE SISTEMAS DE SALUD EN LA TRONCAL....	Pág. 61
3.1. Planteamiento del problema.....	Pág. 61
3.2. Hipótesis.....	Pág. 61
3.3 Métodos.....	Pág. 62
3.4. Universo y Muestra.....	Pág. 62

3.5. Instrumentos de la investigación.....	Pág. 63
3.5.1. Focus Group.....	Pág. 63
3.5.1.1. Análisis del Focus Group.....	Pág. 64
3.5.2. Encuesta.....	Pág. 65
3.5.2.1. Tabulación de los resultados de la encuesta.....	Pág. 65
3.5.2.1. Análisis de los resultados de la encuesta.....	Pág. 66
CAPÍTULO 4.....	Pág. 83
4. MODELO DE SISTEMA SALUD MODALIDAD PREPAGO.....	Pág. 83
4.1. Análisis FODA.....	Pág. 84
4.2. Empresa de salud a domicilio.....	Pág. 85
4.3. Misión de Terrasalud.....	Pág. 86
4.4. Visión de Terrasalud.....	Pág. 86
4.5. Objetivos.....	Pág. 86
4.6. Funcionamiento técnico administrativo de Terrasalud.....	Pág. 87
4.7. Estructura organizacional de Terrasalud.....	Pág. 91
4.8. Estrategias de acción de Terrasalud.....	Pág. 92
4.9. Definición de los servicios a prestar.....	Pág. 93
4.9.1. Consulta médica a domicilio.....	Pág. 93
4.9.2. Consulta médica telefónica.....	Pág. 94
4.9.3. Servicios de enfermería.....	Pág. 94
4.10. Descripción de los recursos.....	Pág. 94
4.10.1. Recursos humanos.....	Pág. 95
4.10.2. Recursos materiales.....	Pág. 96
4.10.3. Recursos financieros.....	Pág. 97
4.11. Costo del servicio.....	Pág. 98
4.12. Financiamiento.....	Pág. 98
Conclusiones.....	Pág. 111
Recomendaciones.....	Pág. 113
Referencias Bibliográficas.....	Pág. 114
Anexos.....	Pág. 117

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Recursos humanos.....	Pág. 95
Tabla 2: Recursos materiales.....	Pág. 96
Tabla 3: Recursos financieros.....	Pág. 97
Tabla 4: Balance Inicial.....	Pág. 99
Tabla 5: Salarios.....	Pág. 100
Tabla 6: Gastos anuales.....	Pág. 101
Tabla 7: Depreciación.....	Pág. 102
Tabla 8: Amortización.....	Pág. 103
Tabla 9: Proyección gastos operativos.....	Pág. 104
Tabla 10: Proyección demanda en ingresos.....	Pág. 105
Tabla 11: Flujo de Caja proyectado.....	Pág. 106
Tabla 12: Estado de Resultados.....	Pág. 107
Tabla 13: Balance General.....	Pág. 108
Tabla 14: VAN.....	Pág. 109
Tabla 15: TIR.....	Pág. 110

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: En relación al sexo.....	Pág. 67
Gráfico 2: En relación a la edad.....	Pág. 68
Gráfico 3: En relación a tipo de empresa que labora.....	Pág. 69
Gráfico 4: En relación a cuantos miembros en la familia.....	Pág. 70
Gráfico 5: En relación a la opinión sobre la atención médica.....	Pág. 71
Gráfico 6: En relación a donde se atiende cuando enferma.....	Pág. 72
Gráfico 7: En relación al número de veces que va al médico.....	Pág. 73
Gráfico 8: En relación si ha escuchado servicios salud a domicilio.....	Pág. 74
Gráfico 9: En relación a los servicios que le interesa recibir.....	Pág. 75
Gráfico 10: En relación si le gustaría que hubieran servicios a domicilio en La Troncal.....	Pág. 76
Gráfico 11: En relación si tiene presupuesto para la salud.....	Pág. 77
Gráfico 12: En relación al valor a pagar.....	Pág. 78
Gráfico 13: En relación si estaría de acuerdo en pagarlos.....	Pág. 79
Gráfico 14: En relación a la modalidad de pago.....	Pág. 80
Gráfico 15: En relación al tiempo de espera por el servicio.....	Pág. 81

## RESUMEN

En esta tesis que trata de un Sistema de Salud a Domicilio en el Cantón La Troncal bajo la modalidad de prepago, se pretendió establecer la factibilidad de un Sistema de Salud a Domicilio en el Cantón La Troncal bajo la modalidad de prepago, por medio de un estudio de la demanda realizado a través de una encuesta, la misma que arrojó los resultados que los troncaleños en su mayoría desconocen este tipo de servicios, sin embargo sí les gustaría que se implementara, con servicios de enfermería principalmente, aplicación de sueros, inyecciones, curaciones, toma de presión, glicemia, etcétera; pero que preferirían pagar con modalidad pospago, en conclusión La Troncal aún no está preparada para recibir este tipo de servicios con modalidad prepago.

**Palabras Claves:** Sistemas de Salud, domicilio, modalidad prepago, servicios, médicos, factibilidad, La Troncal, demanda.

## **ABSTRACT**

This thesis is a Home Health System in canton La Troncal in the form of pre-payment, It was intended to establish the feasibility of a Home Health System in canton La Troncal in the form of prepaid through a study of the application through a survey, which showed the same results that troncaleños in mostly are unaware of this type of service, however, they would like to be implemented, mostly nursing services, application of serums, injections, treatments, making pressure, glycemia, etc., but they would prefer to pay by payment mode, in conclusión, La Troncal is not yet ready to receive these types of services with pre-payment mode.

**Key words:** Health System, home, pre paid, system, doctors, feasibility, La Troncal, demand

# INTRODUCCIÓN

## Antecedentes

El Cantón La Troncal pertenece a la Provincia del Cañar, es un sector de clima cálido y eminentemente agrícola, tiene como cabecera cantonal la ciudad de La Troncal, con una extensión de 346,7 Km<sup>2</sup> de los cuales 18.141 hectáreas no están delimitadas por presentar un conflicto territorial con la Provincia del Guayas, el cantón se encuentra ubicado en el extremo oeste de la provincia a la cual pertenece, posee 1 parroquia urbana: La Troncal, y 2 parroquias rurales: Manuel de Jesús Calle y Pancho Negro. Según datos del censo que se realizó en el año 2011 publicado en la página web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos ([www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec)), el cantón La Troncal tiene una población de 54.389 habitantes siendo el tercer cantón más poblado de la Provincia del Cañar, detrás de los cantones Cañar y Azogues respectivamente.

La Salud está regida a través del Área 3 de Salud de La Troncal, que pertenece a la Dirección Provincial de Salud del Cañar, dependiente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en la actualidad funciona el único hospital del Área 3, Hospital Darío Machuca Palacios que fue inaugurado en el año 2006, 8 sub centros de salud, y 4 puestos de salud, además funcionan el hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), y varios sub centros del seguro campesino dependientes del IESS, todo esto en la parte de salud pública; en la parte privada laboran 2 clínicas de

mediana infraestructura, 5 policlínicos y al menos 15 consultorios médicos particulares. Además se pueden observar varios sitios donde se ofrece medicina alternativa. Esta información ha sido recabada a través de un estudio dirigido a las instituciones públicas y un estudio observacional en la ciudad de La Troncal.

En un sondeo que se realizó en Agosto de 2012, se pudo verificar que en el cantón La Troncal aún no existen servicios médicos a domicilio con modalidad prepago, ni de empresas que tienen estos servicios en otras ciudades del país, ni de empresas nuevas que hayan iniciado este tipo de actividades. Además, en el mismo sondeo, se pudo realizar preguntas dirigidas a varios profesionales, en relación a si prestan o no servicios médicos a domicilio, se confirmó que ellos prestan estos servicios de forma independiente y con modalidad pospago desde hace varios años.

Los servicios de salud en general desde el principio siempre han sido llevados de una manera tradicional, en la cual los usuarios acuden al médico, hospitales, centros de salud, puestos de salud o consultorios privados, donde reciben atención ambulatoria y posterior a esto cancelan los servicios prestados, a esto se conoce como pago por servicio, sin embargo, tiempo atrás así como otros servicios relacionados con salud o no, nuestro servicio también va evolucionando en la cual los servicios médicos, se

ofrecen y se brindan en el domicilio de los usuarios, además están muy de moda los seguros y servicios prepago. Como generalidad se puede decir que los servicios médicos prepago, aún no se prestan en zonas rurales y ciudades pequeñas del Ecuador, se considera esta situación un nicho sin explotar.

### **Justificación**

Estudiar la demanda de servicios es fundamental para implementar cualquier negocio de servicios, en este caso analizar la demanda de servicios de salud a domicilio con modalidad prepago en el cantón La Troncal, que permita cuantificar el nivel de aceptación en las variables planteadas: servicios a domicilio, modalidad prepago, en el cantón La Troncal.

El cantón La Troncal presenta una distribución poblacional dispersa, dentro de su división política existen muchos recintos, colonias, comunidades, haciendas, con diversa población, esta característica es similar en todo el país, esta dispersión hace que el derecho a la salud no se distribuya de forma similar en relación a poblaciones urbanas, por lo que conocer a través de este estudio, la demanda de los servicios propuestos para grupos poblacionales más rurales es importante para obtener resultados que validen o descarten la propuesta.

Al obtenerse resultados positivos en la investigación, que impliquen la aceptación y real beneficio de los sectores mencionados, se estaría asentando una base sólida para en el futuro implementar los servicios a domicilio con modalidad prepago. Los servicios a domicilio son comunes en ciudades grandes como Quito, Guayaquil, Cuenca, pero en ciudades pequeñas no, por lo tanto se tiene una idea original que puede ser implementada, dotando a La Troncal de un servicio novedoso y útil para su comunidad.

El justificativo más relevante para realizar este estudio cuantitativo es el personal, desde hace mucho tiempo esta idea se ha ido transformando en un proyecto, que es el de implementar a La Troncal de este tipo de servicios, y es crucial para poder llevar a cabo este proyecto, saber cuál sería la aceptación, y la probabilidad de éxito del mismo. Esta investigación es muy viable ya que se conocen todos los sitios y su accesibilidad vial, que se tomarán de manera aleatoria para la muestra. La tesis se basa principalmente en el estudio de mercado, el mismo que es muy factible realizarlo, con una planificación adecuada y anticipada que permitirá culminar de manera exitosa la misma.

## **Objetivos**

### **Objetivo General.**

Establecer la factibilidad de un Sistema de Salud a Domicilio en el Cantón La Troncal bajo la modalidad de prepago.

### **Objetivos Específicos.**

- 1) Analizar la oferta de servicios de salud a domicilio con modalidad prepago en el cantón La Troncal.
- 2) Analizar la demanda de servicios de salud a domicilio en el cantón La Troncal.
- 3) Analizar la demanda de servicios de salud con modalidad prepago en el cantón La Troncal.
- 4) Establecer la factibilidad económica de un Sistema de Salud a Domicilio en el Cantón La Troncal bajo la modalidad de prepago.

### **Hipótesis**

La factibilidad de un Sistema de Salud a Domicilio en el Cantón La Troncal bajo la modalidad de prepago responde a una demanda social de sus habitantes.

## Capítulo 1

### SISTEMAS DE SALUD

#### 1.1. Marco conceptual y referencial de los sistemas de salud.

La conformación de los primeros servicios de salud, ocurrió hace varios siglos atrás, la necesidad de crear organizaciones que se encargaran de proveer servicios de salud se dio principalmente por el crecimiento demográfico y el aumento de enfermedades en la población, lo cual determinó en primera instancia la conformación de estos. El funcionamiento que los sistemas de salud adoptaron, fue influenciado por el momento político, económico y social que el país donde se implementaron pasaba, no obstante de esto, hay características similares que se pueden ver entre ellos. El factor más importante que influye en su manera de brindar servicios es el factor político, que a su vez tiene la influencia ideológica de sus dirigentes.

Desde la antigüedad los primeros sistemas de salud comenzaron a conformarse, en la antigua Babilonia se crearon los primeros códigos legales para la práctica de cirugía, los hebreos formularon leyes dietéticas, en Grecia nombraron médicos para servir a los pobres y en Roma antigua médicos atendían a terratenientes y en ocasiones a sus esclavos. En Europa medieval, la iglesia era el poder más organizado de la época y reducto del saber médico. En las propiedades feudales se hacían uso de los servicios de los curanderos para atención del jefe y su familia. (López, 2005: 1).

*A partir del Renacimiento, el auge de las universidades -formación de médicos metódicamente- y el desarrollo de las ciudades, los médicos se apartaron de los castillos feudales y se trasladaron a las ciudades como médicos libres” (López, 2005: 1).*

Ya en época del renacimiento con el crecimiento de las ciudades, comenzó la creación de las primeras universidades, y con esto la formación metódica de los médicos, es aquí cuando el empirismo comienza a quedar de lado, vale destacar a la vez, que estos médicos de formación universitaria fueron abandonando los castillos feudales en donde laboraban, y migraron a trabajar a las ciudades como médicos para ejercer libremente su profesión.

*“Con el crecimiento de las ciudades y el desarrollo de las clases de jornaleros y artesanos, se comenzaron a conformar los gremios, entre sus funciones estaban la ayuda colectiva a los enfermos. De este modo en Europa Occidental del siglo XIX aparece el "seguro voluntario de enfermedad" (Roemer, 1980: 35).*

Ya en el siglo XIX en Europa Occidental se observa por primera vez la aparición de los seguros médicos voluntarios, en algunos países actualmente, estos seguros médicos privados son voluntarios, por ejemplo en Ecuador; en otros países, estos seguros privados, son obligatorios para las personas que están inmersas en el ámbito laboral, es el caso de las ISAPRES de Chile.

La responsabilidad social se refiere al compromiso que las organizaciones tienen sobre las sociedades en su conjunto, y los impactos que sus decisiones causan sobre ellas, antes de la primera guerra mundial, se puede decir que, las organizaciones sanitarias no estaban dirigidas a velar por la salubridad pública, sino que, solo velaban por sus intereses particulares; es entonces cuando muchos países se hacen cargo de la salud pública y por consiguiente de la seguridad social a través de nuevas leyes. (López, 2005: 2)

En el transcurso de los años más países se fueron sumando a hacerse cargo de la salud pública, empero, los servicios médicos privados siguieron conservando su estatus y cobrando de forma particular por sus servicios sin inconvenientes; instituciones de salud pasaron a manos estatales junto con el personal que ahí trabajaba, incluyendo los médicos, los estados se hicieron cargo de los salarios de los trabajadores; la principal motivación de llevar adelante estas decisiones se asentaba sobre la base de poder asegurar al 100% de la población y con ello hacer que la salud pública sea universal y equitativa. (López, 2005: 2 – 3).

En el transcurso de la historia los servicios de la salud tanto públicos como privados han ido evolucionando de distintas formas, yendo de servicios médicos exclusivos de las altas esferas y altos niveles de poder,

hasta tratar de acercar los servicios sanitarios a la población en general, esto influenciado por los distintos factores como fueron la segunda guerra mundial, las enfermedades infecciosas epidémicas, las demandas de las organizaciones médicas, situaciones ideológicas-políticas históricas, entre otros; además se puede apreciar la evolución en cuanto al conocimiento de los médicos, que fue desde nombrar personas como médicos a dedo, hasta la necesidad de especializarlos y capacitarlos de forma permanente, y con ello aumentar las especialidades, y el número de servicios a prestar. En esta evolución se ha visto también el libre trabajo profesional de los médicos, la ampliación de la red sanitaria, para tratar de acercar la salud a la población rural, y la salud a domicilio, a través de las visitas domiciliarias, que eran parte del sistema de salud público de varios países. (López, 2005: 3 - 4).

Esta mejor organización que viene acompañada de mayor infraestructura, y por consiguiente mayor número de beneficiarios, motivaron a que los propio gobiernos tomaran el control de la salud pública, preocupados por el aumento progresivo y ascendente de problemas sanitarios que se constituyeron en problemas de salud pública, difíciles de controlar, generando también que otras instituciones como son las instituciones militares y otras de índole benéfico se implementen para beneficio único de sus sectores, de esta manera los servicios sanitarios se fueron incrementando en todos los sentidos, incrementando la red sanitaria,

que en esos tiempos funcionaban aisladamente, en todo caso, la población se fue beneficiando paulatinamente con estos cambios.

Por último, cabe destacar que, *“la salud no es de ninguna manera el objetivo más elevado de ningún sistema social, ya sea capitalista-democrático, feudal-agrícola socialista estatal”* (Roemer, 1980: 35).

A pesar de que ningún sistema social, no considera la salud su objetivo más elevado, sean estos de tendencia ideológica o política feudal-agrícola socialista estatal o capitalista-democrático, cuando se trata de elecciones gubernamentales o seccionales, el tema salud forma parte importante y fundamental de la agenda proselitista y en ocasiones demagógica por parte de los políticos de turno en los diferentes países a nivel mundial.

### **1.1.1. Tipos de sistemas de salud.**

De lo anterior se sintetiza, que tipos de sistemas sanitarios existen en la actualidad, debido a la heterogeneidad de las prestaciones en cuanto a financiamiento, cobertura, prestaciones a brindar; a continuación se mencionan los tres modelos de sistemas de salud y la forma de financiarse cada uno de ellos, son reconocidos a nivel internacional y que siguen estando en vigencia.

*Modelo Universalista.*

- Cobertura universal.
- Financiamiento público a través de impuestos.
- Provisión pública de servicios a través de hospitales y médicos asalariados (Gran Bretaña, Cuba, Canadá, etc.).

*Modelo De Seguro Social (Seguridad Social O Mixto).*

- Cobertura por pertenencia laboral, nivel de ingreso y residencia, financiamiento público a través de un seguro social.
- Provisión de servicios públicos y privados o sólo privados, es el caso de Alemania, Holanda, Francia, Argentina.

*Modelo Privado.*

- Cobertura restringida.
- Financiamiento privado a través de prepago.
- Provisión privada de servicios privada. Es el caso de EE.UU. y actualmente las ISAPRES de Chile. (López, 2005: 4-5).

El seguro universalista se refiere básicamente a una de las características principales de los servicios públicos, y por ende son los servicios públicos mismos, que tratan de abarcar al mayor grupo de población, sin distingo de sexo, raza, nivel sociocultural o económico, financiando a través de fondos públicos obtenidos principalmente de los impuestos.

Parte del sistema público de salud son los seguros sociales, que tienen la particularidad de que a pesar de ser públicos, tienen implementada su red asistencial de hospitales y centros de salud para la atención exclusiva de los trabajadores de las diferentes empresas, sean estas públicas o privadas, que aporten el porcentaje que corresponde a la seguridad social.

Y el modelo privado, que se financia a través de los seguros o abonos prepago o directamente por pago por prestaciones dadas, que están disponibles para cualquier persona con capacidad económica de poder acceder a estos servicios. Los sistemas mixtos se financian una parte por ingresos públicos y otra parte por ingresos privados.

### **1.1.2. Características de los sistemas de salud.**

Los Sistemas de Salud tienen distintas características en los diferentes países, cada estado lo amolda de acuerdo a sus necesidades y realidades locales, además estas características pueden ir evolucionando con el transcurso del tiempo y pueden ser influenciadas por los factores internos y externos.

*“Los modelos de salud presentan diferentes formas, una de las maneras de clasificarlos es mediante su financiamiento, su forma de prestación y las formas de pago a los prestadores. En la mayoría de los países hay una mezcla de financiamiento pago de prestación y tipo prestación” (López, 2005: 5).*

La manera de financiar, el tipo de prestaciones, formas de pago, formas de afiliación, tipos de prestadores, son algunos de los ítems que se toman en cuenta a la hora de poder verificar las características de los sistemas de salud a nivel mundial.

Existen varias clasificaciones que diversos investigadores han realizado para encasillar los subsistemas de salud, en esta primera clasificación se mencionan, el subsistema de salud público, que tiene una forma de financiamiento obligatorio por parte de los beneficiarios, y el subsistema de salud privado, que su forma de financiamiento es voluntario por parte de los usuarios.

En la siguiente clasificación se considera 4 formas de pago a prestadores:

- *Pago directo de bolsillo por parte del consumidor del seguro*
- *Pago directo de bolsillo por parte de los consumidores sin seguro.*
- *Pago indirecto por un tercer pagador mediante contratos.*
- *Pago indirecto por un tercer pagador bajo la modalidad de presupuesto o de salarios dentro de organizaciones integradas. (Díaz-Muñoz y col, 1994: 4).*

Otra clasificación toma en cuenta la manera de administración de los subsistemas de salud, en relación a la forma que usan para financiarse, cada uno de ellos tienen sus propias características, en las siguientes líneas son mencionados sin ningún orden en particular: a) pago personal, b) caridad, c) industria, d) seguro voluntario, e) seguro social o seguridad social y f) fondos públicos. (Roemer, 1980).

Otro autor señala la existencia de tres modelos de sistemas:

- *“El De Asistencia Pública.*
- *El Seguro De Salud.*
- *El Servicio Nacional De Salud”* (Terris, 1980: 27 - 35).

### **1.1.3. Sociedad y Salud.**

Con el fin de analizar de mejor manera esta relación se analiza los términos por separado. El término sociedad proviene del latín *societas*. Sociedad no solo implica la agrupación de personas, sino también que ellas deben tener características en común, como ideología, objetivos políticos y económicos, entre otros, además deben establecerse dentro de un marco legal, geográfico o geopolítico que les permita desarrollarse de forma adecuada con la finalidad de conseguir sus metas u objetivos. (<http://definicion.de/sociedad/>).

Según la Organización Mundial de la Salud, en su creación en 1948, definió a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. De ese año a la actualidad este término ha sido definido de muchas formas.

*Cada uno de los modelos sanitarios prevalentes hoy en día en la sociedad están sustentados por una serie de posicionamientos ideológicos a los que las diferentes corrientes sociológicas y escuelas filosóficas sirven de marco de referencia para adoptar posiciones concretas respecto a la concepción de salud, enfermedad, la atención sanitaria y las interconexiones que se establecen entre la Sanidad con la totalidad social. (Mora, M., Urruela, V., 1991: 19 - 20).*

La relación entre la sociedad y la salud, ha sido es y será una relación de mucha relevancia para el ser humano, pero hoy más que nunca, y en el futuro esta relación cobra vital importancia en el contexto de la realidad actual que vive la humanidad, pues, debido al crecimiento progresivo de las sociedades, y a la vez, al cambio demográfico, con el envejecimiento poblacional, y el aumento de la esperanza de vida, pero con mala calidad, pasamos de la incidencia de las enfermedades infecciosas, a la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Además en un mundo globalizado donde la información es cada vez más accesible y universal, en donde los usuarios se empoderan de sus derechos, pero no se empoderan de sus obligaciones, tornan esta relación muy conflictiva, con usuarios reclamando sus derechos, trabajadores de la salud haciendo valer los suyos y estado-gobierno como juez y parte.

Cuando el hombre apareció en la tierra y empezó a organizarse en grupos, se conformaron las primeras sociedades, la interacción con el medio ambiente para satisfacer sus necesidades básicas en principio, y posteriormente la creación de otras necesidades no menos importantes como la salud, obligó a que las sociedades sean cada vez más organizadas. Sociedades más complejas trajeron consigo más necesidades y a la vez más enfermedades, este círculo vicioso que se lo ve actualmente, ha llevado a que la relación que hay entre la sociedad y la salud evolucione permanentemente, dependiendo de los avances tecnológicos que afectan a la salud de las sociedades, un ejemplo de esto último es, el internet ha revolucionado el mundo de la información, a la vez, muchas personas se les hace difícil desconectarse de la red, esto ha traído la aparición de nuevas enfermedades de tipo obsesivo compulsivo que antes no existían.

Factores internos y externos de las sociedades influyen en el estado de salud – enfermedad, estos factores mejoran o empeoran las condiciones de las personas en sus trabajos o en su vida, a estos factores se los conoce como determinantes sociales de la salud y se los menciona a continuación: edad, sexo y factores constitucionales propios de cada individuo; estilos de vida de las persona, redes sociales, comunitarias y sanitarias; vivienda, educación, empleo, servicios sanitarios, agua, alcantarillado, ambiente laboral, agricultura y producción de alimentos; condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales y políticas.

Desde hace dos década el concepto de determinantes sociales toma más fuerza, debido a que se plantea, si la salud es una situación de responsabilidad individual, o responsabilidad social, es decir, el rol de la sociedad en la salud hace años atrás se dejaba de lado, lo que hoy en día no sucede, y se sabe la importancia de la relación sociedad y salud, esto no quiere decir que la responsabilidad sea totalmente de la sociedad, un punto de equilibrio es que tanto los factores individuales como los factores externos, determinan sociedades saludables.

En conclusión se puede decir que el vínculo entre las sociedades y la salud se hace cada vez más fuerte, y no podemos separar estos conceptos al hablar de Salud Pública, ni ideológicamente, ni políticamente, pues las determinantes de la salud y sus factores influyentes hacen inevitable esta unión inseparable para conceptualizarla adecuadamente.

*“Wanless en Gran Bretaña (2004), se refirió a la necesidad de un nuevo equilibrio, que se mueva desde la preocupación por la atención de salud (un servicio nacional de enfermedad) hacia la salud misma y las acciones orientadas a mantenerla (un servicio nacional de salud).”*

La creación de un servicio nacional de salud, que se encargue de los temas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y a la vez la creación de un servicio nacional de enfermedad, paralelo al anterior,

que se encargue exclusivamente de las enfermedades, quizás sea una idea revolucionaria, que permita mejorar la salud de las sociedades, tan venida a menos en estos tiempos.

#### **1.1.4. Usuarios.**

El término usuario se lo puede utilizar tanto para referirnos a las personas que acceden a los servicios de salud y decir que son usuarios externos, y a los trabajadores o profesionales que brindan los servicios y decir que son usuarios internos, por lo tanto las influencias que tienen estos servicios pueden venir tanto de adentro como de afuera del sistema.

A los usuarios externos de la salud se los puede categorizar en dos tipos: los del sector público y los del sector privado. Los usuarios del sector público son el grupo mayoritario, accediendo a diferentes prestaciones que ofrece de manera general las instituciones dependientes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Los usuarios de los servicios privados se caracterizan por poder seleccionar las prestaciones brindadas por las diferentes empresas privadas de salud y que tiene un costo monetario extra, y a su vez también pueden hacer uso de los servicios públicos sin ninguna restricción. Algo en común

que se puede mencionar que tienen estos dos grupos de usuarios es que ambos se han empoderado de sus derechos y reclaman cada día con mayor fuerza por conseguir que se cumplan.

¿Que motiva a los usuarios de los servicios privados a tomar sus prestaciones? Los usuarios de servicios privados pertenecen a estratos socioculturales más elevados, usuarios que pueden pagar por los servicios, motivados por las diferentes prestaciones, por prevenir situaciones de salud catastróficas que lleven a una protección financiera, el trabajo inteligente de las empresas prestadoras que consiguen atraerlos a través del marketing; los medios de comunicación influyen además con informaciones de enfermedades epidémicas, enfermedades catastróficas, enfermedades raras, enfermedades crónicas no transmisibles, que pueden causar pánico en ciertos usuarios y esto los coacciona a buscar alternativas de protección para sentirse tranquilos.

Surge una pregunta interesante ante lo expuesto anteriormente: ¿Qué es La Protección Financiera de la Salud? La protección financiera tiene el propósito de evitar que situaciones catastróficas de salud, como el cáncer por ejemplo, puedan desbalancear la economía familiar, por lo tanto, la seguridad social, en si misma tiene como base este concepto, todos los trabajadores pagan sus impuestos a la salud, a través del porcentaje de

descuento mensual de sus salarios, con lo que quedan asegurados junto a sus familias; utilicen o no los servicios, el costo será el mismo; en todo caso se evita el gasto directo del bolsillo.

La gratuidad total de los servicios es una meta del gobierno actual, y por el momento es difícil de cumplir por falta de infraestructura, falta de profesionales capacitados, o falta de tecnología. Por este motivo los servicios privados siguen siendo una alternativa en este escenario, con lo expuesto previamente, la alternativa más económica es el prepago.

*Los Institutos de Seguridad Social son responsables de atender a la población llamada “asegurada”, la cual se conforma por todos los trabajadores públicos y privados con un empleo “formal”. Aquellos que no cuentan con un empleo formal son considerados dentro de la población “no-asegurada”. En este rubro se consideran a su vez dos subgrupos, las clases medias y altas que acuden al sector privado, ya sea a través de seguros de salud (gastos médicos mayores o gastos médicos totales) y/o pagando los servicios médicos privados de su bolsillo, situación que se ha comentado frecuentemente, como sumamente ineficiente para financiar los servicios médicos. De hecho muchos miembros de estas clases, en particular los que cuentan con un empleo formal, pagan sus contribuciones a la seguridad social, pero no la utilizan y se atienden en el sector privado. El segundo subgrupo dentro de la población “no asegurada” lo constituyen las clases más pobres, urbanas y rurales, las cuales en teoría, deben ser atendidas por la infraestructura de la Secretaría de Salud (SSA), la cual, como sabemos es insuficiente. Es importante comentar que en este subgrupo también se da con frecuencia el nocivo “pago de bolsillo” por servicios de salud privados. (Lara, 2004: 82 -83).*

Como se mencionó anteriormente, la seguridad social da protección financiera a sus asegurados, sin embargo, por ser del sector público no es bien vista en muchos países, esto debido a la menor inversión en infraestructura y tecnología en relación a los servicios privados, en todo caso el principio de protección financiera es global y cumple la misma función con las debidas diferencias entre los servicios públicos y privados.

*Las acciones de protección financiera, consecuentemente, buscan sustituir el pago de bolsillo por pagos anticipados, a través de diferentes esquemas dirigidos a segmentos de población específicos. Aunque existan diferencias sustanciales entre cada esquema, el común denominador es el pago anticipado, el fortalecimiento de la atención preventiva y la incorporación de beneficios explícitos para los afiliados a cada esquema” (Bailón, 2002: 4).*

En definitiva, la mejor forma de cubrir los gastos en salud es anticipándose a las situaciones que eviten el pago directo del bolsillo y por consiguiente el desfinanciamiento que puede llegar a ser catastrófico para las familias en situaciones imprevistas. El sector privado cuenta con distintos niveles de aseguramiento que están dirigidos a los diferentes segmentos del mercado. Existen una amplia variedad de servicios de salud con modalidad de prepago, de estos, destacan los servicios de salud a domicilio que son ofrecidos por distintas empresas que laboran en Ecuador.

### **1.1.5. Instituciones de salud.**

El sector de la salud en el Ecuador está constituido por una variedad de instituciones públicas y privadas, con y sin fines de lucro, coordinadas en base a los acuerdos y las normas establecidas por el Consejo Nacional de Salud (CONASA). La reforma política ecuatoriana ha establecido la conformación de la nueva estructura del Ministerio de Salud Pública (MSP), esto con motivo de la modernización de las entidades estatales.

Como ente rector está el MSP; asimismo, es el mayor ejecutor de prestaciones sociales de salud y posee la más amplia red de servicios, que representa más de la mitad de la infraestructura instalada en el país. La estructura del ministerio se la menciona a continuación: Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud y el Viceministerio de Atención Integral de la Salud; las Sub secretarías de Vigilancia de la Salud Pública, Gobernanza de la Salud Pública, Provisión de los Servicios de la Salud y Prevención y Promoción de la Salud e Igualdad; las Coordinaciones Generales de Desarrollo Estratégico en Salud, Planificación, Desarrollo Estratégico, Asesoría Jurídica y Administrativa Financiera; y las Direcciones Nacionales de las diferentes acciones estratégicas en Salud. La Dirección Nacional de Salud tiene a cargo las Direcciones Provinciales de Salud que son las representantes del ministerio a nivel provincial, están encargadas de la coordinación y control de los procesos sanitarios en las 24 provincias que existen en el territorio nacional ecuatoriano.

Instituciones involucradas en el tema salud en Ecuador:

*El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).*

*El Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Servicio de Sanidad de la Policía (ISSPOL).*

*El Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA).*

*Se puede considerar dentro del sector público a las instituciones que, aun siendo autónomas y de carácter privado, realizan prestaciones con finalidad social:*

*La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil.*

*La Sociedad de la Lucha contra el Cáncer (SOLCA).*

*La Cruz Roja Ecuatoriana.*

*También se considera parte del sector público de salud a la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda y a los municipios que regulan y ejecutan acciones sanitarias. (Centro de Información y Documentación Empresarial sobre Ibero América: Ecuador Perfil Demográfico y Social, 1999).*

Como se puede apreciar en el reporte previo la red de salud ecuatoriana es muy compleja y heterogénea, en donde cada institución es propietaria de su infraestructura para sus trabajadores, sin embargo esta situación va cambiando y la política gubernamental del Presidente Correa va dirigida en el sentido que todas estas instituciones pertenecen de una u otra forma al estado, y por ende al sector público, con lo que pueden y deben brindar atención al público en general.

*El sector privado se compone de organizaciones con y sin fines de lucro; dispone de establecimientos hospitalarios de diferente complejidad, consultorios y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para la población con capacidad de pago. Se considera que existen 30.634 establecimientos privados en todo el territorio nacional. (INEC, 2010).*

Las instituciones sanitarias privadas en Ecuador aportan con una gran infraestructura y con ello con mano de obra, por lo que representan un grupo empresarial importante que aporta con su grano de arena a favor de la salud de las ecuatorianas y ecuatorianos.

Hasta el 2011 según datos de la Revista Líderes, el sector de salud privado en Ecuador ha tenido un crecimiento progresivamente saludable y estable. Además según el Ministerio de Salud Pública, en el 2010 estaban registrados 718 clínicas y 25 hospitales privados.

Las instituciones privadas ofrecen a sus usuarios seguros de salud de todo tipo, incluyendo los servicios de atención a domicilio que cada día van en aumento, principalmente en las ciudades con mayor densidad poblacional del país, es así que en la ciudad de Guayaquil se identifican varias empresas que ofrecen el servicio, entre las que se mencionan: Clave Médica, Alerta Médica, Ekomovil, Cruz Verde, Ecuasanitas, etc., son empresa que se manejan básicamente con modalidad prepago, pero además ofrecen el

servicio a personas no afiliadas a costos muy elevados. Los servicios que ofrecen son: consulta médica a domicilio, emergencias médicas 24 horas, atención de enfermería y odontológica, laboratorio clínico; además cubren eventos deportivos o sociales, y consultas a través de la línea telefónica. Los planes de servicios se pueden adquirir según la conveniencia de cada cliente. Estos servicios brindan la facilidad de que, con una llamada, el cliente tiene acceso al servicio médico en su domicilio, con ventajas adicionales de recibir al menos el tratamiento inicial de su problema, o en caso de requerir traslado por presentar un problema de salud que requiera internamiento u observación intrahospitalaria, el médico según su criterio está autorizado para hacerlo y posteriormente ser llevado a donde el paciente o los familiares indiquen.

Con la implementación de las políticas del gobierno ecuatoriano actual, es posible que la brecha entre usuarios que acceden a instituciones de salud Pública, versus usuarios que acceden a instituciones de salud privada, se haga cada vez más amplia, pues por un lado se puede ver mayor accesibilidad a servicios de salud pública, tratando de evitar gastos que están fuera de su presupuesto mensual familiar, cuando algún miembro de la familia enferma, y por el otro lado, el grupo de usuarios con poder adquisitivo que prefieren el uso de los servicios de salud privada, por la comodidad y rapidez que son atendidos, en este último grupo la protección financiera juega un rol importantísimo, pues, se sabe el alto costo que tienen estos

servicios privados, cuando son prestados de forma directa con la modalidad pago por servicio, y es aquí donde las empresas aseguradoras de salud aprovechan la oportunidad de vender sus servicios con la modalidad de prepago.

#### **1.1.6. Servicios de salud a domicilio.**

A lo largo del tiempo, de una u otra forma los servicios médicos a domicilio siempre han existido, dependiendo de los sistemas de salud que en su momento imperaban, estos servicios se prestaban de forma gratuita o tenían un costo “x”; en la actualidad se puede decir que este sistema se ha mantenido y los servicios médicos a domicilio forman parte de todos los sistemas de salud vigentes.

Los servicios médicos a domicilio pueden ser agrupados en: públicos, privados y mixtos, cada una tiene sus características individuales y su manera de ser administrada, por consiguiente los usuarios de estos servicios a domicilio podrían ser diferentes o los mismos en ciertos servicios prestados y en ciertas situaciones dadas en su momento, ejemplo, en un accidente de tránsito, las ambulancia (pública o privada) que esté más cerca del evento, puede acudir tras el llamado al 911 y prestar la ayuda requerida sin saber quiénes son los afectados, en este caso los usuarios atendidos no

están obligados a realizar ningún pago por esta prestación, pues, es considerada de emergencia.

#### **1.1.6.1. Servicios Públicos De Salud A Domicilio.**

Son servicios que pertenecen a la red de atención primaria de salud; en este grupo se puede considerar a las ambulancias de las emergencias de los hospitales como servicios a domicilio. Con el fortalecimiento de la red sanitaria de atención primaria en Ecuador, se trata de acercar la salud a los usuarios a sus lugares de trabajo y vivienda, por ello, se planifican visitas domiciliarias con distintos fines: promoción y prevención, visitas a pacientes postrados, intervenciones específicas en familias de riesgo, intervenciones psicosociales, intervenciones epidemiológicas (cerco epidemiológico) etc. Estas intervenciones tratan de cambiar la modalidad de que, a los servicios de salud solo acuden personas enfermas y es unidireccional, este cambio ha hecho la comunicación bidireccional, y las intervenciones no solo son para enfermos, sino también para usuarios sanos, intentando promocionar salud y prevenir afecciones.

Todas las emergencias hospitalarias tienen ambulancias que permiten transportar pacientes desde y hacia sus servicios, o hacia otros servicios, sin costos; otras instituciones como el Cuerpo de Bomberos, La Cruz Roja, y las ambulancias privadas también están en la obligación de prestar el

servicio de transportar usuarios con riesgo vital, sin costo desde sus domicilios, o desde las calles, carreteras, hoteles, bares, discotecas, o de cualquier sitio donde se presente la emergencia, hacia las urgencias hospitalarias.

#### **1.1.6.2. Servicios Privados De Salud A Domicilio.**

Los servicios privados de salud a domicilio van en constante aumento a lo largo y ancho del país, a través de empresas aseguradoras, son servicios que se prestan principalmente bajo la modalidad de prepago, en ciertos casos pueden prestarse bajo la modalidad de pospago, previo aviso del costo del servicio por parte del prestador, las atenciones brindadas no necesariamente son emergencias, pueden ser urgencias, consultas o servicios de enfermería que según los planes pactados (cliente – empresa) están cubiertos, o pueden ser brindados a través de un copago.

Son muchas las empresas que se publicitan a través de internet, dando a conocer el tipo de servicios y los planes para poder acceder a ellos, son servicios que se prestan hace varios años atrás y no son ninguna novedad, se sabe que están en las ciudades con mayor población en los distintos países y se han extendido a ciudades medianas a medida que crecen, los requerimientos aumentan, y por ende las necesidades se hacen más notorias.

En ciudades pequeñas como La Troncal no se conoce aún empresas que estén en funcionamiento, al menos en Ecuador, en otros países con economías más fuertes estos servicios están distribuidos en todo tipo de ciudades. No se conoce ningún tipo de estudio serio realizado por investigadores, sobre las prestaciones que las empresas privadas brindan a sus clientes, tampoco se pudo encontrar literatura acerca de estos servicios y su forma de funcionar, esta información se basa en estudios observacionales y experiencias particulares.

Al hablar de salud a domicilio prepago es importante conocer ciertos términos técnicos, que se manejan como parte de los contratos que se firman previos al pago correspondiente por plan, a continuación se enlistan y describen los más importantes.

- Prepago: pago anticipado.
- Co pago: pago adicional que no cubre lo pactado.
- Domicilio: lugar donde ocurre el evento que afecta la salud.
- Eventos: situaciones de salud que ameritan atención médica.
- Contratante: titular que firma el contrato.
- Prestador: compañía que presta los servicios médicos.
- Profesionales: médicos que brindan los servicios.
- Unidad médica: vehículo que transporta al profesional.
- Consulta: evento no urgente.
- Urgencia: evento sin riesgo vital.

- Emergencia: evento con riesgo vital.
- Tiempo de espera: tiempo que demora la unidad en llegar.
- Vigencia de contrato: tiempo hasta el cual cubre el servicio.
- Cláusulas: situaciones descritas que puntualizan el servicio.
- Plan contratado: servicios contratados que cubren los eventos.
- Beneficiarios: personas que reciben el servicio.

#### **1.1.7. Avances del estado ecuatoriano en salud y los beneficios obtenidos en las poblaciones rurales.**

La inversión en salud en los últimos años en Ecuador ha sido considerablemente superior en relación a los gobiernos anteriores, el gasto público ha ido en constante aumento como lo revela los datos del banco mundial en su página web <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP> en 2008 la inversión fue de 277 millones de dólares, en 2009 fue de 298 millones de dólares, en 2010 la inversión fue de 318 millones de dólares y en 2011 la inversión total fue de 332 millones de dólares, cabe mencionar que en estas inversiones quedan incluidas las actividades de planificación familiar, actividades de nutrición y la asistencia de emergencias designadas para la salud, pero no incluyen el suministro de agua y los servicios sanitarios.

Con el incremento del presupuesto en salud en la República del Ecuador, no solamente han aumentado los salarios de los trabajadores de la salud, sino también, han aumentado los servicios a prestar, ha mejorado la infraestructura de la red sanitaria, ha aumentado la cobertura universal en salud, se ha fortalecido la Atención Primaria en Salud (APS) y sobretodo ha sido posible la implementación de la gratuidad de los servicios prestados en las instituciones dependientes del estado ecuatoriano.

Gratuidad que hace unos pocos años atrás no se daba, los pacientes debían pagar incluso por las atenciones que recibían en consulta externa y todas las atenciones que se brindan en las salas de emergencia hospitalarias. El fortalecimiento ha sido en todos los niveles de atención: primario, secundario y terciario.

Con una política dirigida a disminuir las desigualdades entre los diferentes estratos sociales, la salud es un pilar fundamental de la misma, de tal forma que el fortalecimiento de la APS ha logrado mayor accesibilidad a los servicios, destacando el enfoque de promoción y prevención; la planificación territorial equitativa, es una estrategia que se implementa a través de acciones, que permitan mejorar la gestión y la calidad de la información. En relación a la calidad de la información, incluye el sistema de

referencia y contra referencia de usuarios entre el nivel primario y secundario de atención sanitaria.

Sin duda, con todas las acciones implementadas y con procesos en desarrollo, el beneficio para la población ecuatoriana es indiscutible, y si se habla de poblaciones rurales, este beneficio es aún mayor, dado que se ha logrado fortalecer la APS con el mejoramiento de la red sanitaria, que abarca principalmente centros, sub centros y puestos de salud, esto ha mejorado el acceso a los servicios a las poblaciones más lejanas que históricamente han sido excluidas.

Todos los avances logrados en salud dan un beneficio común, es decir provecho para la población en general, sin embargo, siempre que se piensa en el bien común, deben haber sacrificios en el bien individual o en el bien de grupos más pequeños, es así que muchas clínicas pequeñas y consultorios médicos, han debido cerrar por no ser sustentables financieramente, porque el fortalecimiento de la red pública sanitaria les ha absorbido parte de los usuarios.

Por los motivos mencionados, la creación de un Sistema de Salud a Domicilio en el Cantón La Troncal, conlleva riesgo en el escenario que se

vive en la actualidad en el Ecuador, así, determinar una alternativa que permita la coexistencia del servicio privado que se plantea con el servicio público de salud muy fortalecido y en constante crecimiento, debe ser estudiado de forma planificada.

#### **1.1.8. Marco legal de los sistemas de salud a domicilio.**

Las leyes que rigen la salud en la República del Ecuador garantizan la prestación de servicios de salud, para este fin se encuentran involucradas desde la carta magna hasta reglamentos, los servicios de salud a domicilio con modalidad prepago, se rigen a través de dos tipos de leyes, las primeras que se relacionan con temas de salud directamente y las segundas relacionadas con el tema financiero, debido a que los servicios de salud prepago, se consideran dentro de los seguros. Por lo tanto se puede asegurar que, los servicios de salud a domicilio con modalidad de prepago, se encuentran amparados en la Ley, y pueden desarrollar sus actividades teniendo toda la documentación al día.

A continuación se mencionan todas las leyes involucradas en regir las prestaciones dadas por las empresas de servicios de salud a domicilio con modalidad prepago:

- Constitución de la República del Ecuador, TÍTULO II Y VII (ANEXO 1).

- Ley Orgánica de la Salud, CAPITULO 2, NUMERAL 19 (ANEXO 2).
  
- Ley General de Seguros del Ecuador (ANEXO 3).
  
- Ley que regula el funcionamiento de las empresas privadas de salud y medicina prepago en el Ecuador, LEY 98-08 (ANEXO 4).
  
- Reglamento de Servicios de Salud Privados del Ministro de Salud Pública (ANEXO 5).

## Capítulo 2

### GERENCIA EN LA SALUD

#### 2.1. Gerencia.

Durante la mayor parte del ciclo vital de las personas, pertenecen a alguna organización, al menos el 50% del tiempo lo dedican a trabajar en esta, esforzándose día a día por cumplir con las labores allí establecidas, para poder alcanzar objetivos o metas como empresa, esto no se podría lograr sin una adecuada administración, esta última palabra es un sinónimo de gerencia, y la gerencia está a cargo de un grupo pequeño de personas especializadas que tienen la tarea de crear las estrategias necesarias que los lleve a alcanzar el éxito.

La palabra gerencia tiene muchas implicaciones en el mundo moderno, no solo de los negocios sino de dirección de cualquier organización, implica mucha responsabilidad, pues se considera la cabeza de la empresa, esta palabra tiene origen griego, en la antigüedad se utilizaba la palabra estrategia, en vez de gerencia y se refería a la administración y estrategias del “*ministerio de general de las órdenes religiosas*” (Diccionario de la Real Academia Española, Edición 23, 2010). Se denomina como gerencia al grupo de empleados de alta calificación que se encarga de dirigir y gestionar los asuntos de una empresa, también se puede referir al cargo que ocupa el director o gerente general, quien cumple con distintas

funciones: coordinar los recursos internos, representar a la compañía frente a terceros y controlar las metas y objetivos.

Así como cualquier negocio requiere de técnicas gerenciales para salir adelante, en el sector salud también son de suma importancia, pero estas por si solas no son suficientes, he aquí la importancia del liderazgo de los gerentes que permitan planificar, organizar, dirigir y controlar al grupo que comandan. La gerencia en salud es particularmente sensible, pues, los resultados que se ven al final recaen sobre la salud de las personas y además con un factor adicional que puede incidir a favor o en contra del mismo, pues como se mencionaba anteriormente los usuarios actuales se han empoderado mucho de sus derechos, pero no así de sus “obligaciones” que deberían tener sobre su salud.

### ***2.1.1. Planificación En Los Servicios De Salud.***

Los gerentes estratégicos de la salud, utilizan diversas herramientas para desenvolverse mejor, una de estas herramientas es la investigación, así, investigar el proceso de salud-enfermedad, la respuesta de salud, y la epidemiología que identifica los problemas de salud y sus factores asociados, les da ventajas para planificar las acciones a seguir; estas con mayor uso e importancia para la salud pública.

En base a esto se debe realizar una planificación estratégica que es un proceso a través del cual se obtendrá un producto, para esto se requiere la elaboración de un plan; la planificación es un proceso que requiere revisión continua, para implementar cambios si fueran necesarios.

En salud como en cualquier otro campo, una buena planificación debe causar un efecto que ayude a ver a todos los integrantes de la organización, sepan a dónde quieren estar en el futuro (visión); enfrentar los obstáculos con entereza y positivismo (de los errores se aprende más que de los aciertos); estar listos para mantener el éxito cuando llegue, y no decir ayer fui exitoso unos minutos, sino, soy éxito; no perderse en el camino teniendo claro los objetivos y saber qué se debe hacer para cumplirlos; tratar los problemas siempre viendo las causales más que el efecto causado con una visión profesional, y lo más importante que no vuelva a suceder.

### ***2.1.2. Misión, Visión Y Valores.***

La misión es el motivo por el cual una empresa u organización, tiene razón de ser, teniendo claro su acción en el medio social que interactúa, como, y para quien hacerlo; la misión se puede ver influenciada por algunos factores tales como: factores internos como la tecnología, y factores externos como la legislación actual del país donde se desenvuelve la organización.

Para complementar esta definición, los autores Thompson y Strickland dijeron en 2001:

*Lo que una compañía trata de hacer en la actualidad por sus clientes a menudo se califica como la misión de la compañía. Una exposición de la misma a menudo es útil para ponderar el negocio en el cual se encuentra la compañía y las necesidades de los clientes a quienes trata de servir.*

La visión es la manera como nos vemos en el futuro, es el camino a seguir para ir alcanzando los logros que permitan hacer realidad la proyección prevista.

*Según Arthur Thompson y A. J. Strickland, el simple hecho de establecer con claridad lo que está haciendo el día de hoy no dice nada del futuro de la compañía, ni incorpora el sentido de un cambio necesario y de una dirección a largo plazo. Hay un imperativo administrativo todavía mayor, el de considerar qué deberá hacer la compañía para satisfacer las necesidades de sus clientes el día de mañana y cómo deberá evolucionar la configuración de negocios para que pueda crecer y prosperar. Por consiguiente, los administradores están obligados a ver más allá del negocio actual y pensar estratégicamente en el impacto de las nuevas tecnologías, de las necesidades y expectativas cambiantes de los clientes, de la aparición de nuevas condiciones del mercado y competitivas, etc. Deben hacer algunas consideraciones fundamentales acerca de hacia dónde quieren llevar a la compañía y desarrollar una visión de la clase de empresa en la cual creen que se debe convertir. (2001: 4).*

Los valores son los principios éticos y morales que se encuentran internalizados en los trabajadores y dirigentes de las empresas, son fundamentales para cualquier organización puesto que orientan el camino a seguir, a continuación se mencionan ciertos valores que no pueden faltar dentro de los miembros de una estructura organizacional: humanismo, tolerancia, pluralismo, respeto a las personas, libertad de expresión, cooperación, responsabilidad social, ética, excelencia, ética, moral.

### ***2.1.3. Diagnóstico Situacional.***

Es el resultado de un proceso que evalúa la situación actual de la empresa u organización, en base a la misión que se planteó al inicio. Se analiza, se describe, y se observa cómo se estuvo en el pasado (retrospectiva), y como se está, y como se avanza en el presente (prospectiva), para obtener el diagnóstico que permita realizar cambios oportunos si fuera necesario.

Una mirada dentro de la organización, y al entorno en donde se desenvuelve, ya que puede proyectar un diagnóstico inicial de cómo se está en relación a la misión que se planteó previamente; los factores que influyen en el comportamiento de la organización deben hacer predecir el futuro, es decir ver los escenarios posibles, probables o deseables y proyectarse en relación a la visión.

#### **2.1.4. Análisis FODA.**

El Análisis FODA, DAFO o también conocido como SWOT por sus siglas en inglés (Strengths, Weaknesses/Limitations, Opportunities, and Threats), es un instrumento muy utilizado por ser práctico y útil en todos los ámbitos y niveles, introducido por Albert Hemphrey entre los años 60 y 70; este acrónimo significa Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.

El análisis FODA sirve para analizar las características internas de la organización, como el entorno en el que se desarrolla las actividades. Tiene múltiples aplicaciones, se lo puede usar en todos los niveles de la organización o en los diferentes procesos internos de la misma. Los resultados obtenidos podrían ser de mucha utilidad, ya que puede detectar situaciones que puedan estar causando conflictos o problemas y por ende dar luz a soluciones posibles. Enfocar el FODA en los puntos clave de la organización es fundamental para que tenga mayor relevancia su aplicación, es decir, resaltar las fortalezas y debilidades internas, y hacer una comparación objetiva, realista y actualizada con los competidores y con las oportunidades y amenazas claves del entorno.

En el área de la salud el análisis FODA es muy utilizado como primer paso en la elaboración de proyectos de intervención principalmente, también

es muy útil para elaborar trabajos para la comunidad, proyectos internos de autocuidado, en los planes del comité de calidad y comité de gestión; a continuación un ejemplo de análisis en un proyecto “X” de sistemas a domicilio.

- Fortalezas: profesionales jóvenes, bien capacitados, y con experiencia, con muchas ganas de llevar adelante el proyecto.
- Oportunidades: no existe ninguna institución que entregue servicios médicos a domicilio en el sector a intervenir.
- Debilidades: inexperiencia en el área de seguros.
- Amenazas: políticas gubernamentales actuales.

#### **2.1.5. Estrategias.**

Las estrategias son los principios y rutas fundamentales que van a guiar el proceso administrativo para alcanzar los objetivos a los que se desea llegar. Una o varias estrategias van a mostrar la forma de poder llegar a conseguir uno varios objetivos. Dependiendo del tiempo de aplicación de las estrategias estas pueden ser de corto, mediano o largo plazo. Este

término se utiliza para visualizar las operaciones tácticas más importantes del aparato económico. Tiene una flexibilidad y adaptabilidad a los esquemas de planificación, según necesidades, diferentes situaciones o situaciones opuestas incluso. En otras palabras constituye el camino a seguir por las grandes líneas de acción que están enmarcadas en las políticas de la organización para lograr los objetivos y metas en cualquier plazo planificado.

*“Proceso que incluye la definición de los objetivos y metas de la organización, la determinación de las estrategias para alcanzarlas y el desarrollo de planes para integrar y coordinar las actividades” (Robbins, Coulter, 2000: 212)*

La planificación estratégica da ventajas porque disminuye la inseguridad de fallar, coordina el esfuerzo, previene cambios o mide sus impactos y da respuestas adecuadas a cada escenario, lo que a su vez aumenta el ahorro, ya sea evitando el desperdicio, mala utilización de recursos o estableciendo normas para su uso.

Las estrategias en el sector salud son fundamentales, pues, el desperdicio de recursos, no solo materiales, sino humanos son inimaginables, lo que se agrava con el hecho de el alto costo que significa el presupuesto de salud para cualquier estado, institución o familia de forma

particular. Se puede buscar estrategias que permitan influir sobre la mentalidad de los usuarios, de cómo queremos que vean los servicios prestados, de cómo comportarse ante situaciones de uno u otra índole, de afección de la salud de uno de los miembros de la familia. Además estrategias que influyan sobre los clientes internos de la organización que permita mejorar el rendimiento y por consiguiente mejores resultados.

## **2.2. Administración de los recursos en instituciones de salud.**

La administración es tan antigua como la misma sociedad, es más, se puede decir que la administración es parte de la sociedad. Es una disciplina que de forma acelerada se ha tornado indispensable en el manejo de las sociedades y de la humanidad. El manejo de los recursos, sean humanos o materiales, se da gracias a la administración y sus varias herramientas que han evolucionado y revolucionado el mundo poniendo la tecnología al servicio de esta.

*“Este mismo concepto está implícito en la definición "es la ciencia y el arte de conseguir que un grupo de individuos sirva y comparta un fin común, que no podría ser logrado por un individuo aislado". (Medina, Kaempffer, 2007)*

Los objetivos comunes son el motor principal para unir las sociedades, la forma de llegar a él, es a través de la administración. No hay

fórmulas para conseguir el éxito, pero el arte de administrar es clave para conseguirlo.

*La administración es el órgano específico encargado de hacer que los recursos sean productivos, esto con la responsabilidad de organizar el desarrollo económico, el cual refleja el espíritu esencial de la era moderna, es en realidad indispensable y esto explica porque una vez creada creció con tanta rapidez. (Carvallo, 2008: 5)*

Es indispensable que los administradores de los sanitarios estén capacitados en todos los sentidos, de tal forma que ellos puedan manejar herramientas y conocimientos gerenciales actualizados, que garanticen que su trabajo sea productivo y de calidad, para ello, debe existir un plan de capacitación permanente dentro de las organizaciones.

*Desarrollar la capacidad de gestión, administrativa y financiera de las empresas e instituciones de salud, adecuarlas a las exigencias dadas por los nuevos sistemas de prestación de servicios, actualizar su infraestructura y dotación donde se requiera, ajustarse a los procesos de descentralización y modernización de los servicios públicos, mejorar la prevención, promoción, diagnóstico y atención en salud, aplicar los mecanismos tendientes a mejorar la calidad, eficiencia y coberturas de los servicios en todos los niveles. El dominio de un marco conceptual y metodológico para identificar y comprender los elementos, tanto externos como internos, que influyen en el desempeño, productividad y calidad de los sistemas locales de salud. La capacidad de análisis y evaluación de los problemas locales de salud de la población. (González, et al., 2001: 83 - 84).*

### **2.3. Relación entre instituciones de salud y usuarios.**

La relación entre los usuarios de los servicios de salud y las instituciones sanitarias ha ido evolucionando hacia un cambio progresivamente lento, desde la comunicación unidireccional en años pasados donde por medio de informativos se comunicaba a los usuarios de los servicios: noticias, datos, políticas, normas, cambios, etc., hacia una comunicación bidireccional, en la cual los usuarios se han empoderado de sus derechos y junto a los directivos institucionales, plantean sugerencias, reclamos, y soluciones a circunstancias que afectan positiva o negativamente su salud. Los derechos de los usuarios de la salud cada vez más difundidos han causado un impacto importante en el empoderamiento de los usuarios sobre los mismos.

En relación a lo anterior, en muchos países se han creado leyes y reglamentos para hacer difusión adecuada de los derechos y obligaciones de los pacientes, a través de difusión radial, televisiva, prensa escrita, y paneles informativos dentro de las mismas instituciones, estos paneles que informan los derechos y obligaciones de los pacientes deben estar ubicados en sitios estratégicos, en donde los usuarios puedan verlos y leerlos.

La Oficina de Informaciones y Reclamos (OIRS) en Chile, es un organismo dentro de cada institución pública, que permite a los usuarios de

los servicios públicos en general, y en particular a los de la salud plantear solicitudes, sugerencias, reclamos, denuncias, felicitaciones; como todo evoluciona y los cambios más evidentes se dan a través de internet, la OIRS en este link: <http://soa.idbc.cl/seremi/index.jsp> pone a disposición la utilización de sus servicios en línea, con el principal propósito de recibir retroalimentación y mejorar los procesos de servicios prestados. Además cada centro asistencial de la red tiene una oficina exclusivamente para la OIRS que cuenta con una persona encargada de cumplir con las disposiciones de responder todas las inquietudes en el lapso de 20 días hábiles, todos estos procesos están normados e informados a la comunidad por lo que deben ser cumplidos por ser parte de las Garantías Explícitas en Salud (GES).

*Muchos profesionales creen que se ha iniciado una cacería del médico y que estamos asistiendo a una judicialización de la práctica asistencial, a la que hay que responder con la "medicina defensiva". Nada más equivocado, aun habiendo crecido el número de denuncias, al amparo del derecho fundamental a la tutela judicial, son muy inferiores a las de los países de nuestro entorno y esta práctica, además de ser contraria a la ética médica, de ningún modo defiende al profesional. Parece más razonable aceptar que se ha producido un cambio cultural en nuestra sociedad que exige al profesional el respeto riguroso a estos derechos. (Casares, 2001: 31 - 32)*

En la relación instituciones – usuarios, hay un tema que va en aumento progresivamente rápido, son las demandas que plantean los usuarios de los servicios sanitarios a las distintas instituciones públicas o

privadas de salud, derivadas de servicios no prestados o iatrogenias principalmente de las atenciones médicas; demandas que hacen que las instituciones o profesionales vean en los seguros una alternativa para protegerse de posibles procesos legales como medida de protección financiera.

A continuación se mencionan los derechos de los pacientes que fue adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995 y revisada su redacción en la 171ª Sesión del Consejo, Santiago, Chile, octubre 2005.

- *“Derecho a la atención médica de buena calidad*
- *Derecho a la libertad de elección*
- *Derecho a la autodeterminación*
- *Derecho a la información*
- *Derecho al secreto*
- *Derecho a la Educación sobre la Salud*
- *Derecho a la dignidad*
- *Derecho a la Asistencia Religiosa”*

(Asamblea Médica Mundial, 2005: 31 - 32).

La lista de derechos del paciente es clara, la difusión de la misma ha sido lenta debido a falta de leyes dentro de los países miembros de la Asamblea, sin embargo la tecnología del internet ha mejorado el conocimiento de estos derechos por parte de los pacientes. Dos datos importantes que vale la pena destacar en relación a los derechos de los pacientes, y que no tienen que ver mucho el uno del otro, es que, primero el rol activo que deben tener los médicos en la difusión de educación para la salud, y segundo que estos derechos son universales, y no toman en cuenta si el paciente está siendo visto en atención privada o pública.

#### **2.4. La comunidad y la salud.**

Hoy en día el uso de las palabras participación comunitaria está muy de moda, la mencionan las grandes organizaciones a nivel mundial, los políticos, los representantes de las instituciones públicas, las transnacionales, los representantes de las comunidades y las mismas personas en general, se refiere a la incursión de la comunidad en los temas que le interesan, en este caso, en salud. Sin embargo, hasta qué punto la comunidad puede influenciar en las decisiones que afectan directamente a la salud de la comunidad, o solamente es una estrategia política que oculta el verdadero motivo de su creación, se han realizado múltiples esfuerzos por incluir a la comunidad en formar parte de la toma de decisiones, pero esta entrada definitiva ha sido muy lenta y se habla de fracaso en el intento. A continuación se puede apreciar la evolución de este concepto.

*Sin embargo, la idea de que este proceso lo puedan promover agentes ajenos a la comunidad es un concepto relativamente moderno. En la década de los años 1950 se comenzó a aplicar esta idea como desarrollo de las comunidades o promoción rural, para introducir nuevas tecnologías y mejorar la calidad de la vida. Estos programas tuvieron por meta organizar y movilizar a las comunidades para ir en pos de objetivos determinados fuera de la comunidad, basados en que las comunidades acogerían las ideas, las innovaciones y las prioridades sugeridas por profesionales de la salud y del desarrollo. También se asumió que la comunidad carecía de antecedentes o de la estructura necesaria para movilizar sus propios recursos, por lo que correspondió al organismo de salud o desarrollo organizar la comunidad. Cuando inevitablemente se encontró resistencia, se hizo un esfuerzo por encontrar y convencer a las personalidades locales para de este modo movilizar a la comunidad de una manera más eficaz. Sin embargo, para fines de la década de los 60 ya era obvio que el método adoptado para el desarrollo de las comunidades no estaba produciendo los resultados esperados. (OPS, 1990: 3), (Fernández, 1997: 53-9).*

Ya en los primeros veinte años de haber introducido el concepto de participación ciudadana en los temas de salud, se vieron los primeros fracasos, tras ver lo difícil que era conseguir que la participación fuera lo suficientemente activa como para considerarla exitosa. Sin embargo ahí no terminaría el esfuerzo por tratar de mejorarla, en la década de los años setenta, el esfuerzo persistió.

*En la década de los años 70 se introdujeron nuevas estrategias para la organización y desarrollo completo e integral de las comunidades, pero aunque tuvieron resultados en algunos sectores, no se ha podido lograr la participación generalizada y sostenida de las comunidades en materias de salud” (OPS, 1995: 35).*

En los siguientes diez años, algunos pocos resultados se pudieron conseguir, sin embargo no fueron resultados esperados; esos nuevos esfuerzos aplicados, seguían siendo insuficientes, debido a los reiterados fracasos, se debía hacer algo más, algo que no se había realizado hasta ese momento, por lo que, la tarea de los siguientes años por mejorar la participación ciudadana en el tema salud, sería la de hacer un diagnóstico que aproxime a ver la forma más adecuada para promover la participación ciudadana tan esperada.

*Varios factores han influido en esta situación, entre ellos la poca comprensión de que es lo que debe incluir la participación en la salud. En lugar de promover la participación, esos modelos son, manipulados, en el sentido de que tratan que la comunidad colabore en actividades en las que no tuvo nada que ver cuando se decidió iniciarlas, o bien autoritarios, ya que dan por hecho a un usuario pasivo que está agradecido de la atención que está recibiendo, y que la considera más como un favor que como un derecho. Muy pocas veces la participación comunitaria ha sido definida y puesta en práctica como la participación en las decisiones sobre políticas, prioridades y servicios de salud. (Políticas de la República de Colombia, 1991).*

Hasta aquí no ha existido un real concepto de la participación ciudadana, ni un estudio serio que de luces el porqué de la poca motivación a participar de su propio bienestar y beneficio. En las siguientes líneas se abordan conceptos que van a clarificar el significado.

*La participación social significa que todos los actores sociales de una comunidad toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que afecta a la comunidad incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas y evaluar los resultados. Se puede definir la participación comunitaria como el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo conscientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo. (Anderg-Egg, 1992), (Linares, 1996).*

Da la impresión que en este proceso de incluir a las personas en la toma de decisiones, influye de sobremanera el hecho de que, parecería que la gente no quiere participar, recalcando el tema de no querer empoderarse de su salud; ellos ven a la participación comunitaria, como una obligación, y no como un derecho, lo que debería de ser voluntario y masivo, una generalidad es que las personas son conformistas y prefieren delegar funciones, ver resultados, sin inmiscuirse en los procesos; hoy en día, hay varias instituciones incluidas, gobiernos y organizaciones no gubernamentales que motivan a la participación comunitaria a través de postulaciones de proyectos, a los que se puede acceder, cumpliendo requisitos, entre los que incluye la presentación de un proyecto que sea sustentable.

*En el contexto actual hay que asumir la participación social en un sentido amplio ya que tiene que ver con las relaciones sociales, con la producción y usufructo de la cultura, y por ello con las relaciones de poder. Por esto estudiar y promover la participación social, parte de asumir que hay quienes no participan o quienes no lo hacen de una manera suficiente. Esto justifica impulsar procesos de participación social en la lógica del desarrollo comprendido en relación con una visión de bienestar definido por la propia comunidad (la salud incluida). La intencionalidad de la participación social se comprende así, necesariamente, en su propósito de transformar las relaciones sociales y socializar la cultura. (OPS, 1993).*

Se mencionó la colaboración de organizaciones no gubernamentales en promover la participación ciudadana, esta es una estrategia aceptable y que ha dado resultado en varios países, continuar descubriendo otras estrategias para promoverla, es la tarea que le queda a las siguientes generaciones.

*El servicio de salud, junto a la educación, son servicios a brindar y garantizar en las comunidades para satisfacer el desarrollo social de la población, pero por lo general han sido implantados por personas o instituciones que no conocen y/o no tienen relaciones con la comunidad, lo cual puede llevar a que estos servicios no tengan aceptación y no cumplan sus objetivos ya que la población al no intervenir en ello le resta efectividad a los esfuerzos que se hagan por garantizar la educación y la salud de los habitantes. Por esto la comunidad debe jugar un rol activo de autogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus problemas de salud y el alcance de los objetivos, el desarrollo de la comunidad y con ello el desarrollo social. (Morón, 1995: 374 - 378).*

Aquí la importancia de la presencia de administradores capacitados que puedan amalgamar el tema salud y educación, ambos deben ir de la mano, se requieren líderes que garanticen mejores resultados en estos procesos, además que no solo sean parte de la comunidad, sino, que se sientan parte de ella para que puedan dar lo mejor de sí.

*Con relación a esto la OMS plantea "La insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Con alta frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita un producto, la salud, que en realidad la gente debería alcanzar por sí misma. En lo posible la salud nunca debe "darse" o "facilitarse" a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud" (1990).*

Se ha tocado varias veces el tema de lo importante que significaría para la comunidad mundial, que los propios individuos puedan hacerse responsables de su salud, queda la otra parte, también pendiente, en relación a las determinantes externas de la salud, eso por el lado de los poderes ejecutivo y legislativos de muchos países en el mundo, en donde las brechas sociales son más amplias, que puedan crear leyes que disminuyan las inequidades sociales, y por consiguiente eso se vea reflejado en la salud de sus poblaciones.

*El sector salud se ve afectado por la situación actual de la región de Las Américas y por su estructura tradicional de funcionamiento, expresada casi exclusivamente a través de una atención médica curativa más que a la salud, lo que lo ha llevado a la incapacidad de proveer coberturas adecuadas y servicios de calidad aceptables. Esta situación ha creado en el sector salud la necesidad histórica de que se involucre en el liderazgo y promoción de procesos sociales amplios, de concertación para el desarrollo e impulso de la salud. Así podremos adecuarnos al hecho de tratar la salud como bienestar físico, mental y social y no simplemente como forma de vida sana por lo que para lograrla hay que ser capaz de identificar y realizar aspiraciones, de satisfacer necesidades y de adaptarse al medio ambiente y tienen que existir condiciones y requisitos tan indispensables como la paz, la educación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad; esto hace ver la salud con sus tres determinantes fundamentales; el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de los servicios de salud. (Morón, 1995), (OPS, 1986).*

Concentrarse solamente en la enfermedad, ha llevado al fracaso a los sistemas sanitarios, es imprescindible, que el enfoque prioritario esté dirigido hacia la promoción de la salud, con planes que incluyan a la participación ciudadana en estos procesos; y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, que tan de moda están, como son: la diabetes, la hipertensión, y las dislipidemias como las más importantes y con mayor prevalencia.

*Para lograr lo anteriormente expuesto, es decir, para que la comunidad pueda desempeñar un papel verdaderamente activo y consciente con relación a su salud es necesario conocer profundamente estos procesos, sus particularidades y determinantes y los elementos que en él intervienen” (OPS, 1986), (Morón, 1995), (Barrenechea, Bonino, Celiberti, Ciganda, Echenique y Echenique, 1993).*

Mientras no se realicen estudios que hagan conocer los elementos y particularidades del porqué, la participación ciudadana no termina de convertirse en un proceso verdaderamente activo y consciente por parte de la comunidad, se seguirán viendo fracasos en cada intento y el esfuerzo realizado será en vano.

Para intentar comprender los elementos que intervienen en la salud y que reflejan el papel que puede desempeñar la comunidad, autores como Morón y Rodríguez refieren que un análisis del individuo es fundamental para su comprensión, este análisis debe ser integral, es decir que tome en cuenta el nivel 1, que es el funcionamiento biológico; el nivel 2, que son las condiciones internas del sujeto que influyen en la salud; el nivel 3, que se refiere a las relaciones sujeto – sujeto (Estudio de la comunicación y relaciones interpersonales); y nivel 4, que son las relaciones hombre-medio” (Morón, 1995), (Rodríguez, 1996).

Estudios a gran escala serán necesarios para poder incorporar todas estas variables mencionadas, es decir estudios que sean realizados en grandes grupos poblacionales y además que sean integrales e integrados, con el fin de que tengan relevancia y puedan sustentar sus resultados en la evidencia científica.

*La capacidad de organizar la vida representa la síntesis reguladora de la personalidad orientada a la autorregulación en el presente que está compuesta por el estilo de vida, la reflexión personal, la posición – activa o pasiva – a los problemas y sus soluciones y el sentido ante la vida. (Morón, 1995), (Arias, 1993).*

Para algunos autores la determinante más importante es la del propio sujeto, para otros autores, lo es el ambiente en el que se desenvuelven los individuos, y el sistema político y económico que los afecta directamente en sus posibilidades de tener mejor calidad de vida y por consiguiente mejor salud, una postura más equilibrada es que el equilibrio de estos cuatro factores, determinan una mejor salud.

La organización Panamericana de la Salud (OPS) (1992-1993) refería en estos años que una manera de aproximar la ubicación del sector salud frente a la participación social, es observando las estrategias fundamentales del sector y su posición frente a aquella: Recuperación, Prevención de la enfermedad y Promoción de salud.

La salud del futuro se basará en la promoción de la salud, y la prevención de la enfermedad, en estos dos pilares se fundamentará las agendas de los ministerios de salud de los distintos países a nivel mundial,

no cabe duda que las acciones y estrategias que se tomen desarrollarán positivamente los sistemas de salud.

La estrategia de la promoción de la salud, es esencialmente participativa, pero cuando se piensa en participación social en salud, se tiende a pensar en poblaciones o grupos pequeños excluyendo su relación con las estrategias del sector salud como un todo. (Senties, 1994).

Prevenir es más barato que sanar, eso lo saben todos los administradores de la salud, el gasto total de salud de la mayoría de los gobiernos en el mundo, va creciendo de forma considerable, proponerse la meta de enfocar la salud hacia la promoción y prevención es el ideal de la salud del futuro. Este último concepto concibe la relación entre participación social y el desarrollo de la salud.

La salud de las sociedades por consiguiente se basa en la elaboración de las políticas sanas, esto es la voluntad política de sus gobernantes; la creación de ambientes favorables que permita el apoyo recíproco de los integrantes de la comunidad, protección de la comunidad, protección del medio ambiente, trabajo y ocio como fuente de salud; educación para la salud que permita interiorizar el término salud como

bienestar total; la reorientación de los servicios, cambiar el modelo curativo por el preventivo y el reforzamiento de la acción comunitaria que pretende la participación efectiva y concreta de la comunidad en la determinación de prioridades, en la toma de decisiones y en la elaboración y puesta en marcha de un plan de acción. La participación tiene que ser comunitaria, intersectorial y multidisciplinaria que permita la descentralización de recursos, se debe potenciar la acción de grupos sociales y el cambio en las condiciones sociales de la salud mediante la movilización colectiva. (CLAD, 1999).

En relación al punto número uno, vale traer a la memoria las palabras del famoso médico Rudolf Virchow en ese tiempo joven aún, que ya en el siglo XIX era un adelantado y decía que *“la medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que medicina en gran escala”*

En el presente capítulo se ha mencionado desde la historia de los servicios de salud hasta las relaciones de los componentes que intervienen en los mismos, pasando por los usuarios, instituciones y marco legal que los regula en Ecuador, analizando las formas que interaccionan entre sí, siendo la administración el lazo único e imprescindible para que puedan coexistir.

Es importante conocer la evolución de los servicios de salud a lo largo de la historia, tipo de prestaciones, si se encasillan dentro de lo pretendido, la sociedad y la salud, el comportamiento pasado y actual, que permita tomar en cuenta estos aspectos relevantes para realizar una planificación adecuada, que los administradores vean a sus trabajadores como clientes internos y a su vez, los usuarios internos se internalicen con el término de clientes para sus usuarios externos, estos dos últimos enunciados son básicos para el éxito de las organizaciones sean de cualquier tipo, usuario interno contento y conforme con su empresa brinda mejor calidad y calidez de servicio, así mismo esto repercute en el usuario externo, y por lo tanto en la empresa como negocio.

Las instituciones de salud sean públicas o privadas son parte del sistema de salud en el que se desenvuelven incluyendo las empresas de servicios de salud a domicilio, importante conocer su funcionamiento, prestaciones y beneficiarios, el sistema a implementar no reemplaza los servicios que por constitución de la república se tiene derecho, más bien se suma y es un complemento adecuado, cómodo y que beneficia en la calidad de vida de los usuarios.

Desde el punto de vista gerencial, tomando en cuenta todas las aristas que se van presentando, la planificación es el punto de partida del

negocio, la administración juega un rol fundamental tanto en la inicialización de actividades como en el funcionamiento en general, tomar las mejores herramientas que brinda la gerencia, aplicándolas de manera adecuada, haciendo retroalimentación, sabiendo que no es un proceso rígido o estable, sino más bien un proceso evolutivo, modificable, y dinámico, dependiendo de las situaciones y escenarios que puedan presentarse.

En épocas actuales donde los recursos financieros son cada día más difíciles de conseguir, la administración estratégica no solo debe plantarse la mejor forma de distribuirlos, sino la mejor forma de ahorrarlos, quizás ambas situaciones forman parte de un mismo proceso administrativo, sin embargo, la reducción, reutilización y el reciclado deben formar parte de la cultura institucional que permita mejorar los resultados económicamente hablando.

Que la comunidad como organización, reconozca en la empresa de servicios de salud, una amiga y socia del desarrollo sustentable, y mejoradora de la calidad de vida de la misma, y por el otro lado, la empresa pueda devolver con responsabilidad social corporativa los beneficios obtenidos, es decir una especie de simbiosis de la que ambos entes se beneficien mutuamente.

## **Capítulo 3**

### **DIAGNÓSTICOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL CANTÓN LA TRONCAL**

#### **3.1. Planteamiento del problema.**

La demanda de servicios médicos se puede definir como el conjunto de usuarios que de forma individual o familiar están preocupados por posibles eventos que pueden afectar la salud de uno o varios miembros de la familia, lo que motiva a tomar medidas preventivas con el objeto de realizar una protección financiera. En la actualidad en La Troncal existe una alta demanda de servicios médicos, estos se proveen de forma tradicional, siendo los usuarios los que acuden a las distintas organizaciones sanitarias a recibir las prestaciones, no hay ninguna empresa que provea servicios médicos a domicilio de manera estable ni con modalidad prepago, ni con modalidad pospago, esto último se corroboró tras un estudio observacional realizado en la ciudad de La Troncal en el año 2012. El estudio pretende demostrar la existencia de demanda de servicios de salud a domicilio en el Cantón La Troncal con modalidad prepago.

#### **3.2. Hipótesis.**

La factibilidad de un Sistema de Salud a Domicilio en el Cantón La Troncal bajo la modalidad de prepago responde a una demanda social de sus habitantes.

### 3.3. Métodos.

En este estudio de la demanda el método científico que se utilizó fue descriptivo con enfoque cuantitativo.

### 3.4. Universo y Muestra.

La población de la ciudad de La Troncal según censo INEC 2011 es de 54.389 habitantes, a través de la fórmula que se indica a continuación se obtiene una muestra de 382 personas.

El tamaño de la muestra se calculó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

En donde:

n = tamaño de la muestra

N =tamaño de la población.

Z2= nivele de confianza al cuadrado.

p =probabilidad de éxito.

q =probabilidad de fracaso.

d2= precisión al cuadrado.

### **3.5. Instrumentos de la investigación.**

Los instrumentos de la investigación son herramientas de medición que sirven para recopilar datos, depende de la calidad del instrumento que se elabore, para que los datos sean lo más confiable para probar la hipótesis planteada. Por este motivo es que entre las cualidades que deben tener los instrumentos se mencionan los siguientes: validez, confiabilidad, objetividad, amplitud, practicabilidad y adecuación. En otras palabras los instrumentos deben adecuarse a la investigación a realizar, de esta manera se evita sesgar la investigación y obtener resultados pobres o falsos.

En el presente estudio se tomaron dos herramientas para realizar la investigación: Focus Group y Encuesta.

#### **3.5.1. Focus Group.**

El Focus Group va dirigido a una muestra de 7 personas que habitan en la ciudad de La Troncal, realizado en un sitio privado, cómodo dentro de la misma ciudad, se explica la temática y forma de trabajo con la siguiente introducción: la ciudad de La Troncal no cuenta con un Sistema de Salud a Domicilio de modalidad prepago; se está realizando esta investigación para realizar una propuesta de este tipo. Se realizó un cuestionario con un total de 7 preguntas, de las cuales las primeras 6 son preguntas directas en relación a temas que se desean analizar, y la última una pregunta abierta

para que puedan emitir opiniones diversas. En el Anexo 6 se encuentra agregada la intervención realizada en el focus group casi de forma textual.

#### **3.5.1.1. Análisis del focus group.**

Los datos obtenidos con esta herramienta han sido positivos. La idea de tener un número de contacto para llamar a un médico y solucionar ciertos problemas de salud en la propia casa tuvo gran acogida, todos emitieron comentarios positivos. En la interrogante de que si han escuchado de los servicios de salud a domicilio las opiniones fueron diversas, unos si y otros no, sin embargo lo interesante fue el refuerzo positivo en relación a lo importante de tener este tipo de servicios a disposición de La Troncal. En relación al costo no hubo consenso, sin embargo se puede hacer un promedio de menos de diez dólares. En relación al servicio prepago, luego de explicarlo de forma adecuada el consenso fue que es un sistema adecuado pero debe ser de bajo costo. Sabiendo los antecedentes y la información sobre este tipo de servicios, el grupo pagaría entre 2 y 10 dólares por la mensualidad. La mayoría prefieren pagar la mensualidad, aunque piensan que ambos sistemas (prepago y pospago) son buenos, y que lo importante es contar con el servicio, y solucionar las urgencias que se puedan presentar. En la pregunta final, sobre las opiniones vertidas, todas van en el sentido que el proyecto se haga realidad pronto, lo que motiva aún más a obtener datos más concretos, que efectivamente puedan revalidar los datos obtenidos en el grupo focal.

### **3.5.2. Encuesta.**

La encuesta va dirigida a una muestra de 382 personas que habitan en el cantón La Troncal, es el sitio escogido para medir la demanda para un Sistema de Salud a Domicilio en el Cantón La Troncal bajo la modalidad de prepago. Se creó una encuesta con un total de 15 preguntas, de las cuales las primeras 7 son introductorias, y las 8 restantes más dirigidas en relación a la investigación propiamente dicha, de conocer la demanda de servicios de salud a domicilio con modalidad prepago, todas las preguntas son cerradas, y al final se incluye un pregunta abierta, en la cual se plantea conocer sugerencias adicionales de los encuestados sobre dichos servicios.

La encuesta fue aplicada en las calles de la ciudad de La Troncal, se excluyen de la encuesta a personas menores de edad, discapacitados y mayores de 70 años; por parte del encuestador se procede a explicar de qué se trata la encuesta, posterior a la aceptación del entrevistado se procedió a realizarla. En el Anexo 7 se encuentra agregada la encuesta utilizada.

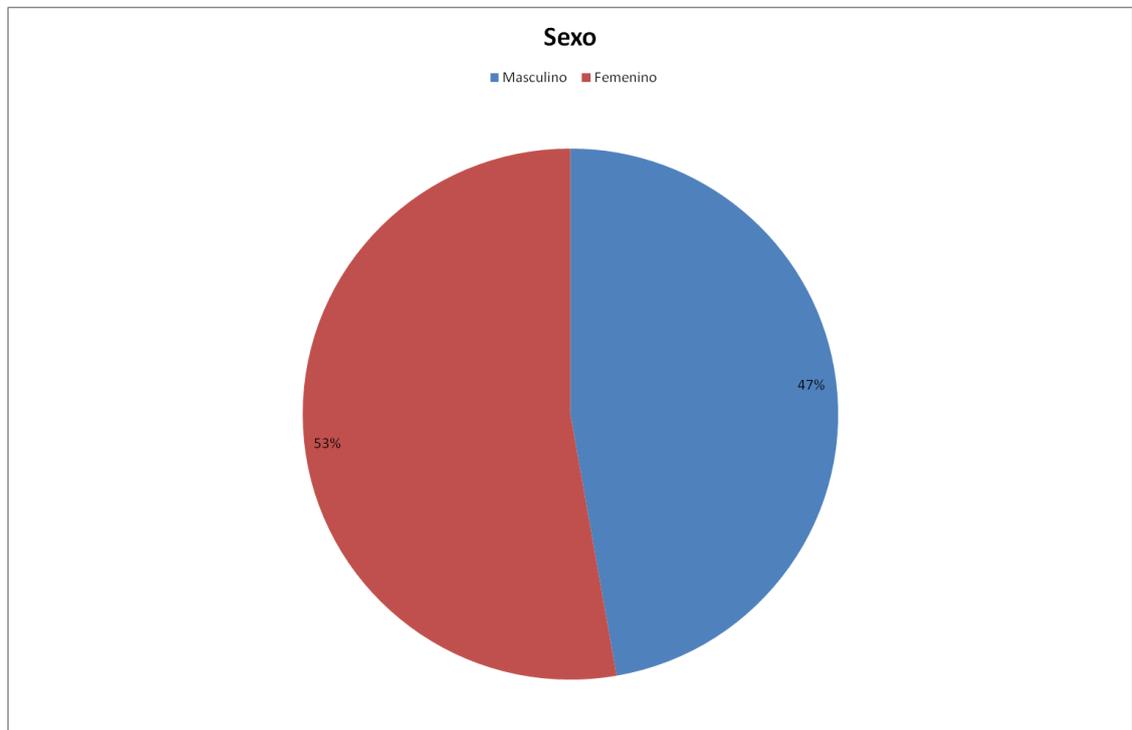
#### **3.5.2.1. Tabulación de los resultados de la encuesta.**

Se procedió a la triangulación de toda la información obtenida en la encuesta empleando un computador portátil con procesador Celeron, con un sistema operativo Windows 7. Los textos se procesaron con Word, y las tablas y gráficos se realizaron con Excel.

### **3.5.2.2. Análisis de los resultados de la encuesta.**

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la encuesta, a través de gráficos que muestran el porcentaje de cada variable planteada en las diferentes preguntas con el análisis correspondiente.

**Gráfico # 1.- En Relación Al Género Del Encuestado**

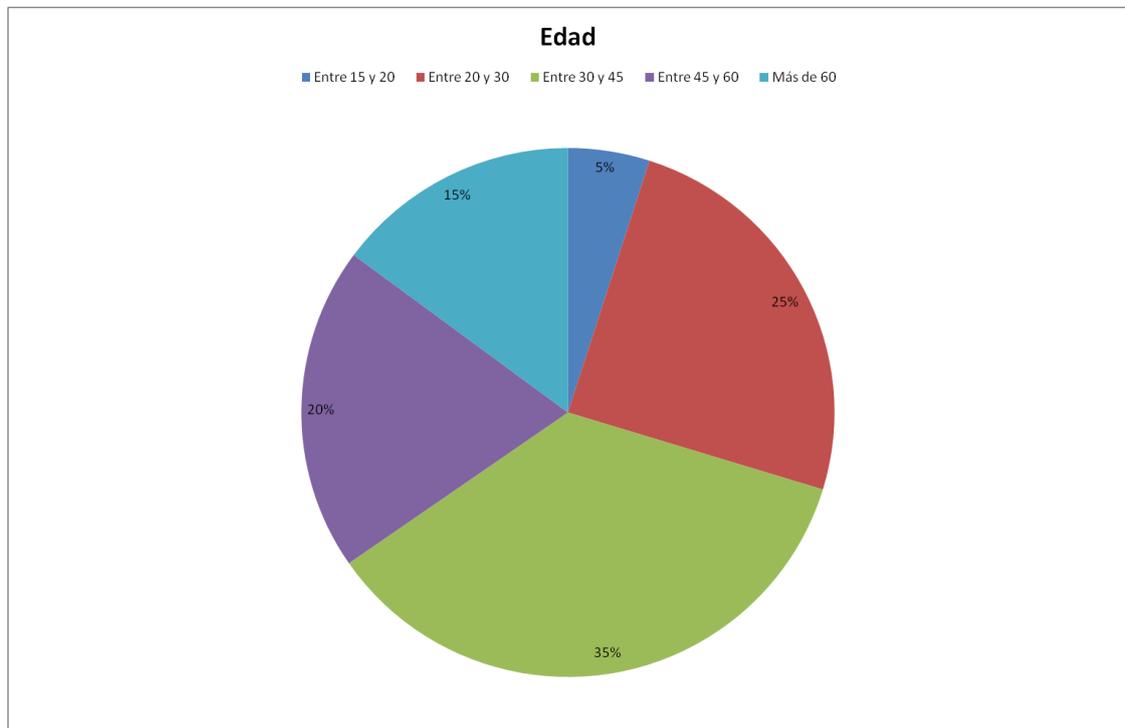


FUENTE: Encuesta servicio a domicilio en La Troncal modalidad prepago.

ELABORACIÓN: René Apolo, Víctor Salinas.

Importante incluir en la encuesta la variable de género, debido al aumento cada vez mayor de las mujeres en el campo laboral. Y más importante aún, que las féminas no simplemente entraron al mundo del trabajo remunerado, sino que en la actualidad un alto porcentaje de ellas tienen mejores ingresos que los hombres, y en muchos casos son el único soporte del hogar. Esto hace que puedan tomar decisiones que afecten su hogar en la cual puede incluir el tema de salud que va relacionado con investigación del presente trabajo.

**Gráfico # 2.- En Relación A La Edad Del Encuestado**

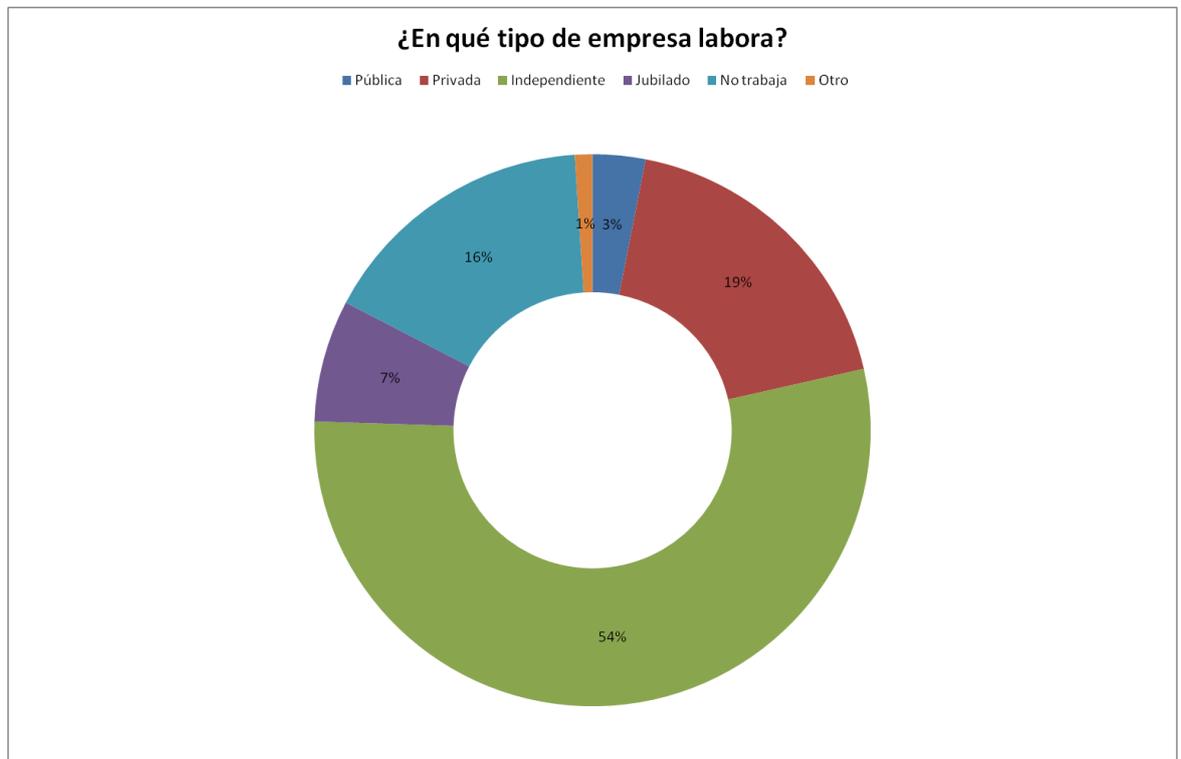


FUENTE: Encuesta servicio a domicilio en La Troncal modalidad prepago.

ELABORACIÓN: René Apolo, Víctor Salinas.

El 80% de los encuestados se encuentran entre edades activamente laborales, el 5 % en edades en las que recién se están preparando para laborar, y el 15% en la que ya están pensando en la jubilación. La variable edad siempre será importante investigarla, en general se puede decir que los ecuatorianos maduran mental y psicológicamente después de los treinta años de edad, que recién ahí se sentarían a preocuparse por el tema salud y más aún, si se trata de salud preventiva, en otras palabras seguros de salud, además que culturalmente el ecuatoriano en general, no está mentalizado para prevenir situaciones futuras.

**Gráfico # 3.- En Relación A La Empresa En Que Labora**

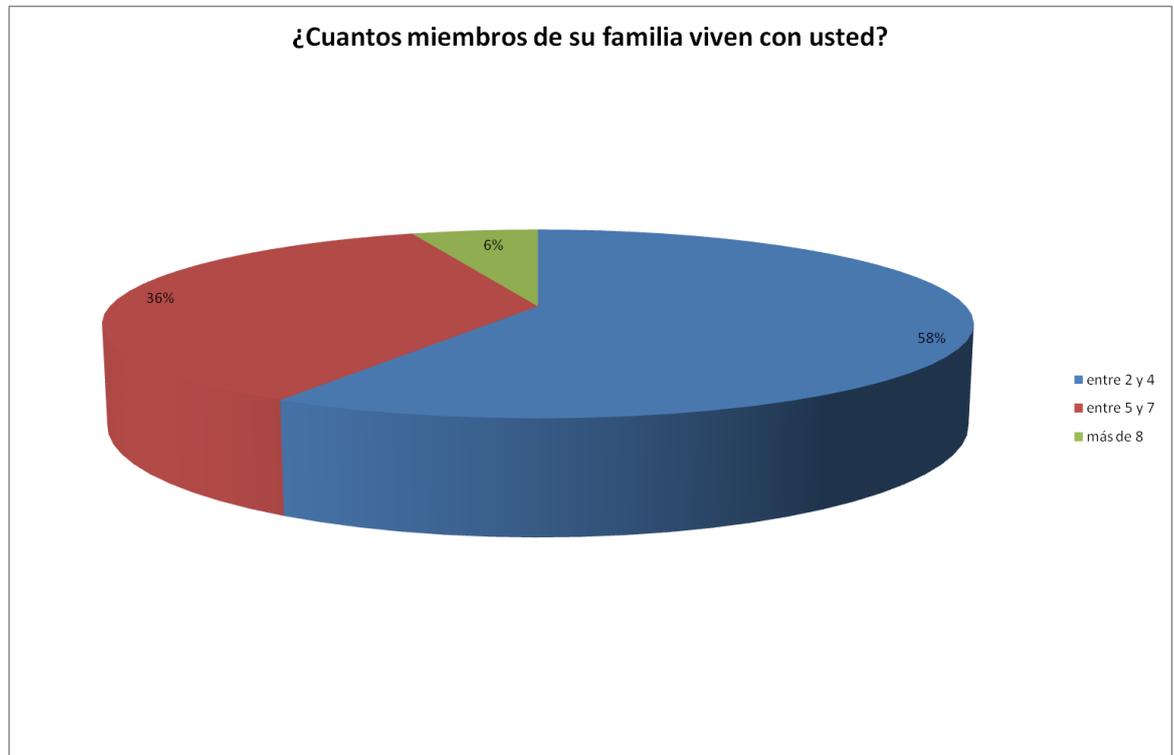


FUENTE: Encuesta servicio a domicilio en La Troncal modalidad prepago.

ELABORACIÓN: René Apolo, Víctor Salinas.

En esta variable llama la atención que un 16% de los encuestados no trabajan, siendo una cifra alta para el medio; el 54% son trabajadores independientes, lo que refleja que no tengan un sueldo estable, y por consiguiente, la posibilidad de poner en su presupuesto un seguro de salud; también vale la pena resaltar que solo el 3% trabajan en sector público, y el 19% en el sector privado; el 7% de encuestados son jubilados lo que implica que tienen asegurada la salud a través del IESS.

**Gráfico # 4.- En Relación Al Número De Miembros Que Viven Con El Encuestado**

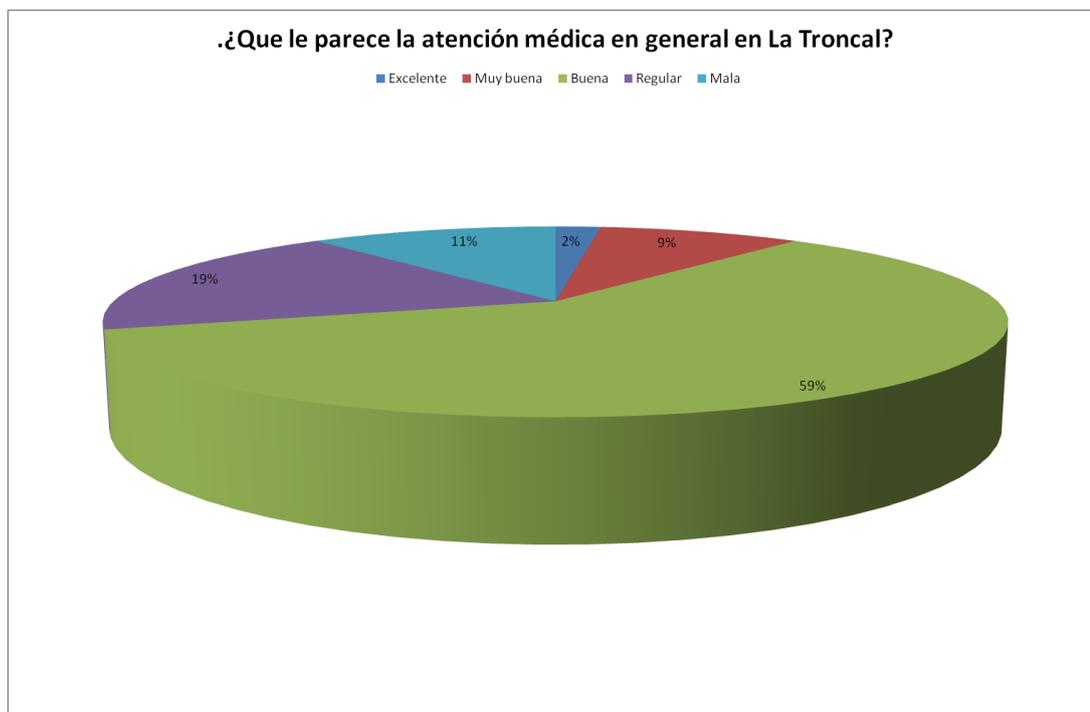


FUENTE: Encuesta servicio a domicilio en La Troncal modalidad prepago.

ELABORACIÓN: René Apolo, Víctor Salinas.

El 58% de los encuestados vive con familias pequeñas, pues vale destacar que Ecuador va hacia el cambio demográfico que se vive a nivel mundial, esto es el envejecimiento poblacional; con la tendencia actual de tener menos cantidad de hijos; familias de tamaño mediano representan el 36% y familias extensas solo un 6% que refuerza la misma tendencia de que este tipo de familias cada vez son menos. Familias más pequeñas podrían tener mayor poder adquisitivo en relación con familias de mayor tamaño.

**Gráfico # 5.- En Relación A La Atención Médica De La Ciudad De La Troncal**

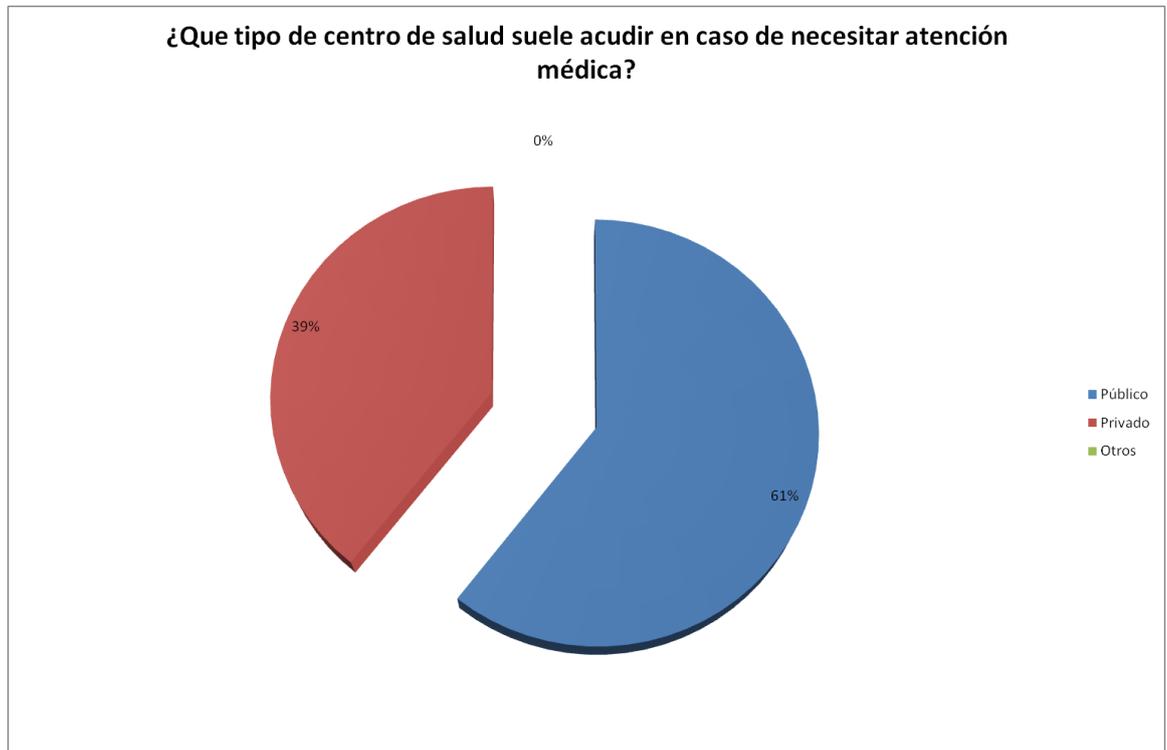


FUENTE: Encuesta servicio a domicilio en La Troncal modalidad prepago.

ELABORACIÓN: René Apolo, Víctor Salinas.

Más del 70% de los encuestados considera buena la atención médica en esta ciudad, siendo esto un alto porcentaje de aceptación tomando en cuenta que solo un 11% la considera mala. Es posible, que ese porcentaje se vea reflejado en el lugar de atención que prefieren los usuarios, al ver una buena atención acuden a las instituciones sanitarias locales y no a las instituciones provinciales de referencia más cercanas como El Triunfo, Guayaquil o Azogues.

**Gráfico # 6.- En Relación Al Tipo De Centro Salud A Donde Se Atienden**

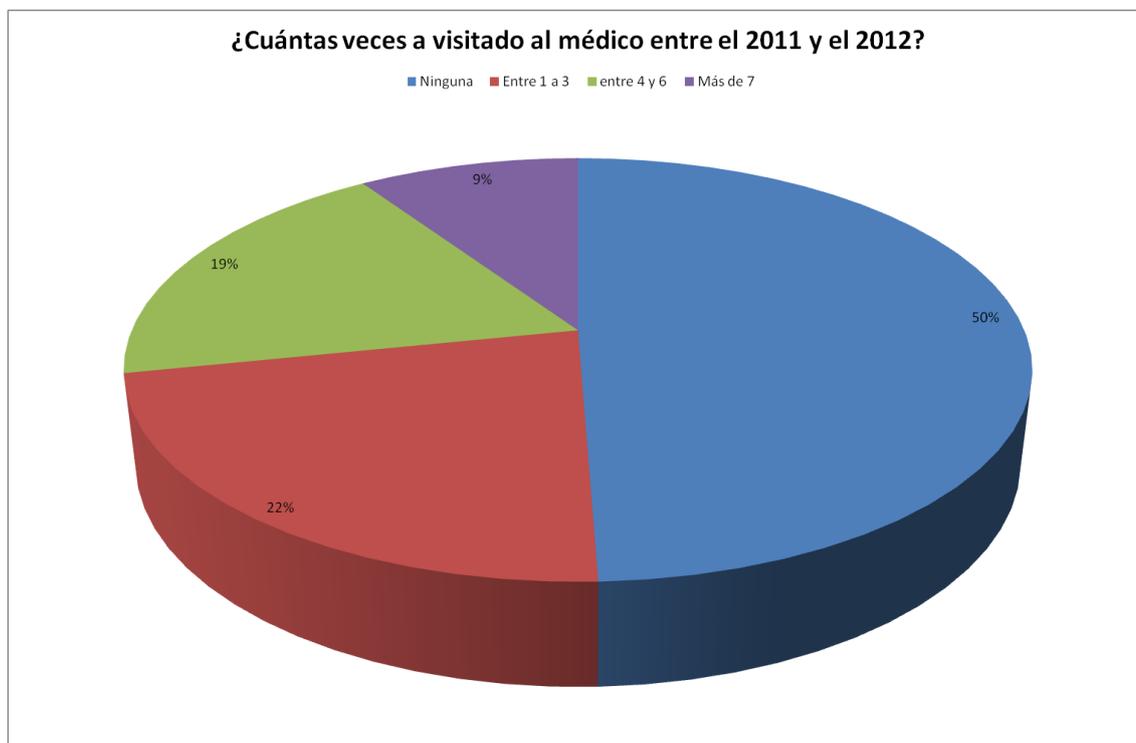


FUENTE: Encuesta servicio a domicilio en La Troncal modalidad prepago.

ELABORACIÓN: René Apolo, Víctor Salinas.

Las atenciones sanitarias se polarizan en los dos principales sectores de salud: el sector público con un 61%, un tercio más que el sector privado con el 39%. Los servicios públicos de salud son gratuitos, los servicios de salud privados suelen ser muy onerosos, incluso para problemas poco complejos, por lo que el ahorro puede ser muy importante. Existe una variedad de ofertas de servicios médicos particulares en la ciudad de La Troncal a lo que se suma los servicios médicos de la ciudad del Triunfo que se encuentra a escasos 20 minutos de tiempo.

### Gráfico # 7.- En Relación Al Número De Veces Que Ha Asistido Al Médico



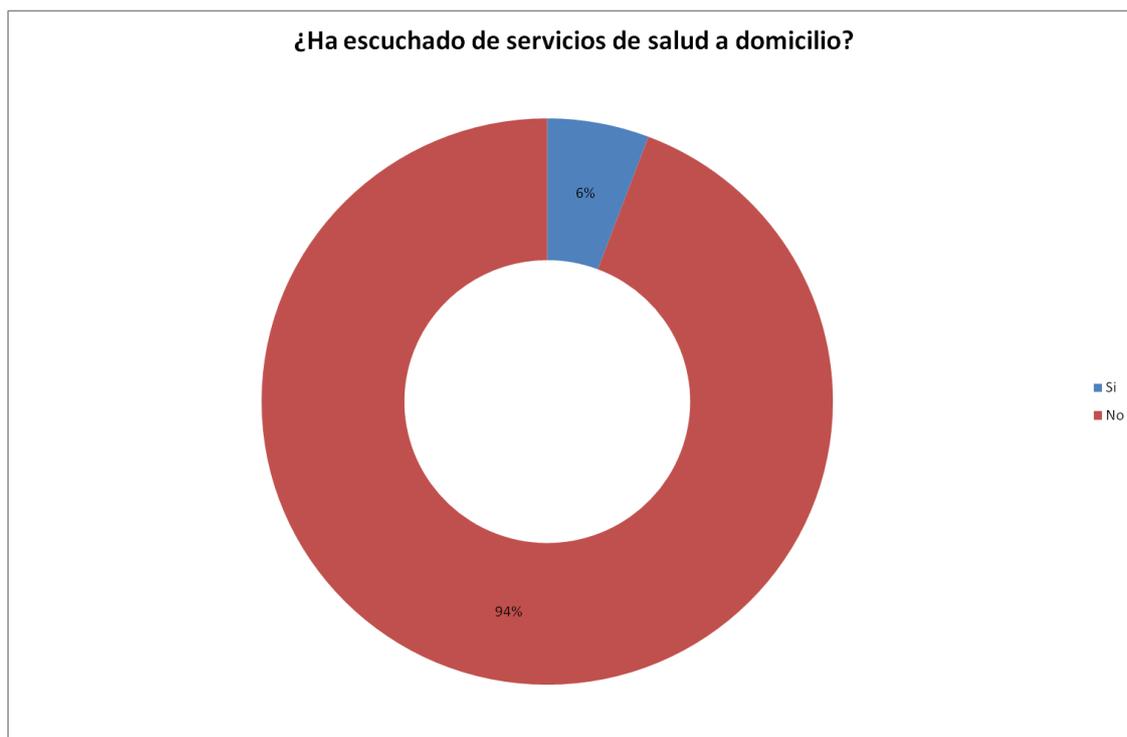
FUENTE: Encuesta servicio a domicilio en La Troncal modalidad prepago.

ELABORACIÓN: René Apolo, Víctor Salinas.

El 50% de los encuestados no han necesitado ir al médico en el lapso mayor a un año; el 22% lo han hecho entre una y tres ocasiones y el 28% son poli consultantes. Esta tendencia de 50% - 50% de personas que consultan, versus personas que no consultan en un año, muestra el alto porcentaje de la necesidad de servicios médicos en general.

Las siguientes preguntas son más dirigidas a la investigación de mercado.

**Gráfico # 8.- En Relación A Si Ha Escuchado De Servicios De Salud A Domicilio**

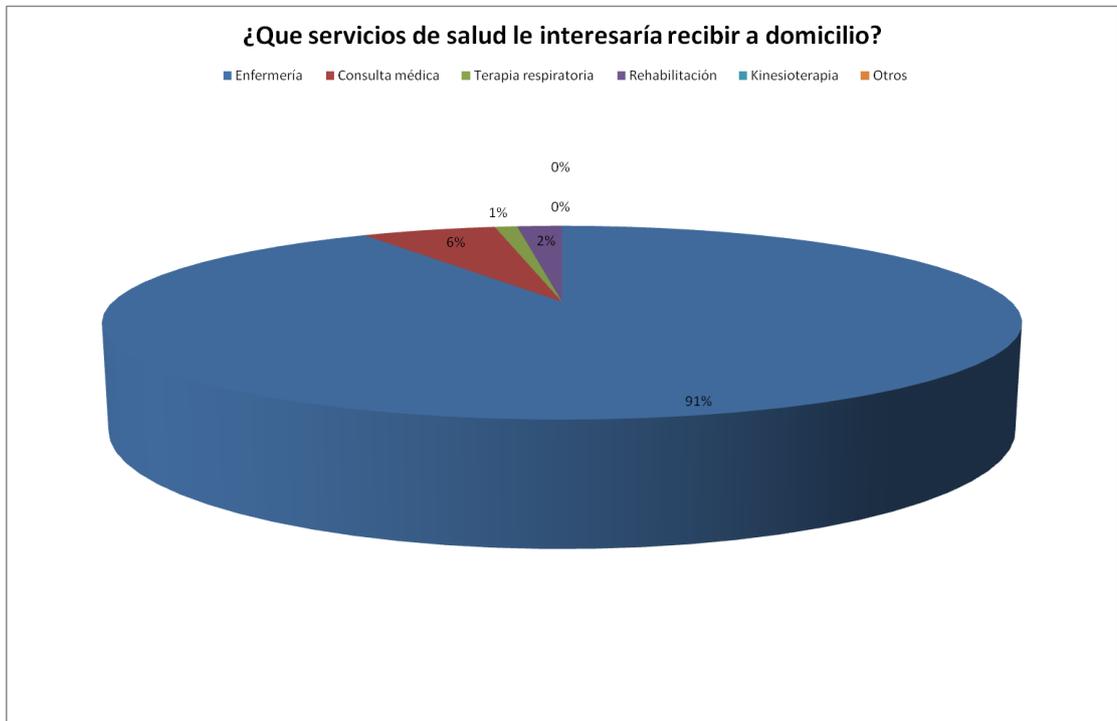


FUENTE: Encuesta servicio a domicilio en La Troncal modalidad prepago.

ELABORACIÓN: René Apolo, Víctor Salinas.

El 94% de los encuestados no ha escuchado hablar sobre servicios de salud a domicilio, solo un 6% si lo ha escuchado, el resultado llama mucho la atención, la ciudad de La Troncal está ubicada a setenta kilómetros de distancia de la ciudad de Guayaquil en donde este tipo de servicios son bastante comunes. Si se lo ve desde el lado positivo, se puede decir que por los resultados de esta pregunta hay un nicho interesante por explotar.

**Gráfico # 9.- En Relación A Si Le Interesaría Recibir Servicios De Salud A Domicilio**

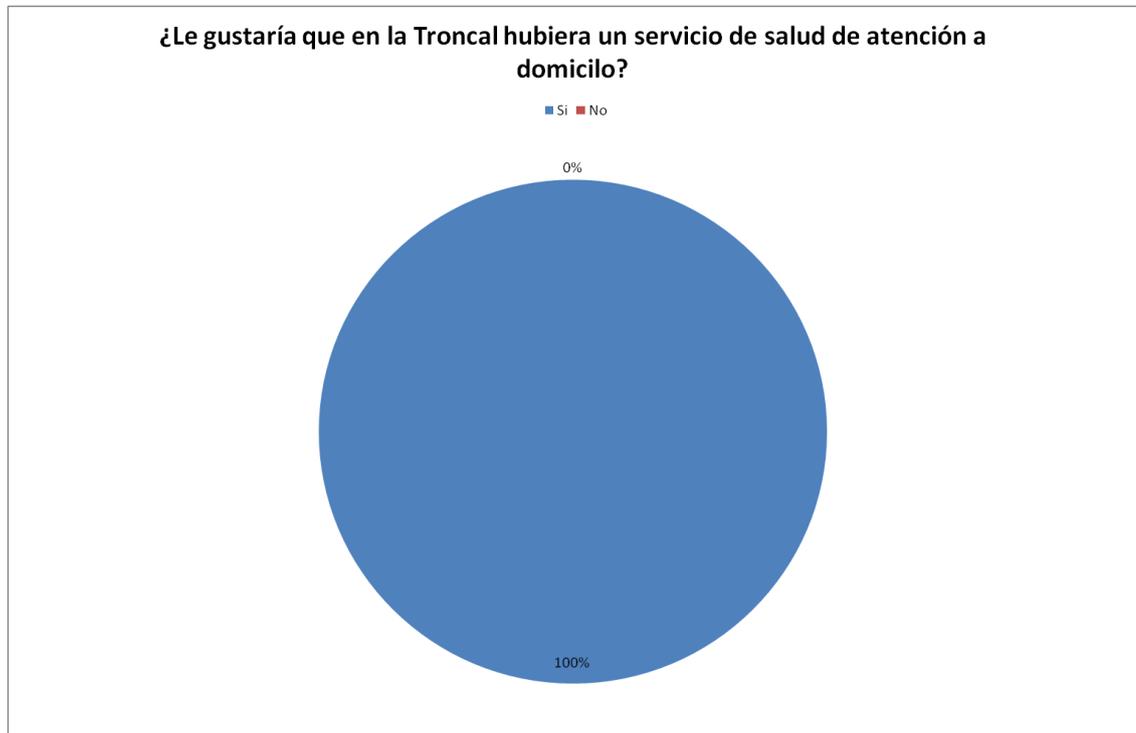


FUENTE: Encuesta servicio a domicilio en La Troncal modalidad prepago.

ELABORACIÓN: René Apolo, Víctor Salinas.

Solo el 6% de los consultados han preferido recibir la consulta médica a domicilio, el 94% preferirían recibir atención de enfermería. Los porcentajes opuestos que tienen los servicios de enfermería y los servicios médicos reflejan las costumbres e idiosincrasia, pues, como todo buen ecuatoriano primero se auto diagnostican, y después se auto medican, prefieren que les vayan a poner suero o inyecciones a casa antes de consultar con un médico.

**Gráfico # 10.- En Relación A Si Le Gustaría Recibir Servicios De Salud A Domicilio**



FUENTE: Encuesta servicio a domicilio en La Troncal modalidad prepago.

ELABORACIÓN: René Apolo, Víctor Salinas.

A todos los consultados les gustaría recibir este tipo de servicios a domicilio, lo que sugiere buena aceptación del sistema. Un cien por ciento contundente a que sí les gustaría, que por primera vez hubiera un servicio de salud a domicilio, refleja un nicho sin explotar, y a la vez un reto de trabajo, para seducir las mentes de los posibles usuarios, sin embargo el hecho de que todos quieran la existencia del servicio no significa que todos lo vayan a tomar.

**Gráfico # 11.- En Relación A Si Tiene Un Presupuesto Mensual  
Para La Salud**

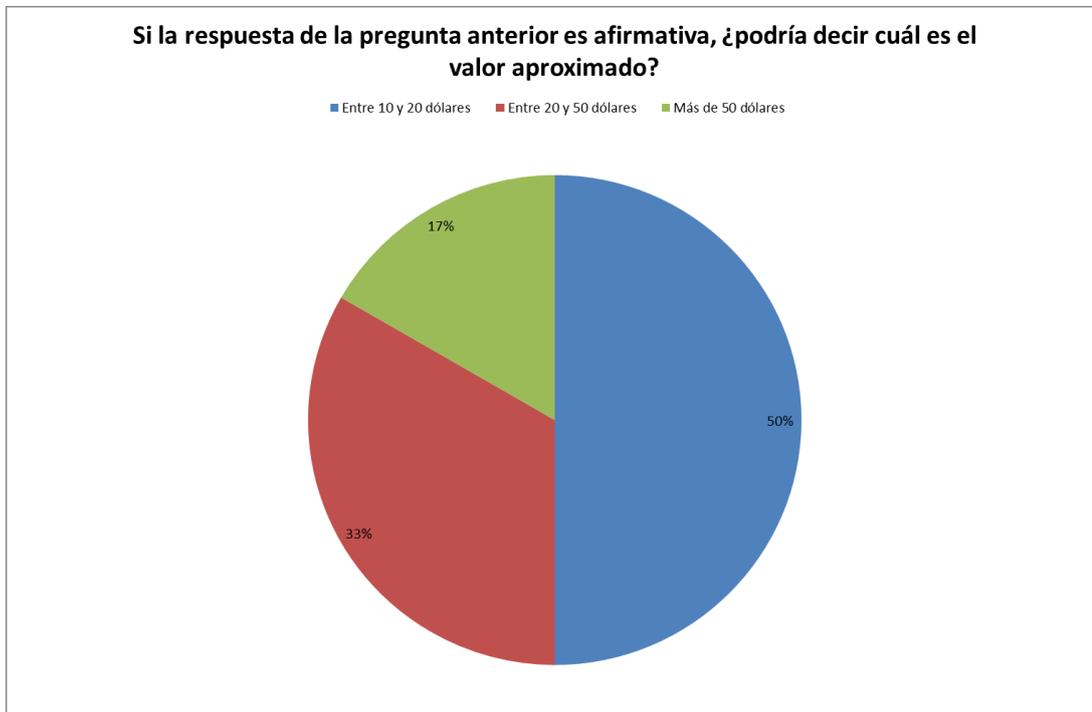


FUENTE: Encuesta servicio a domicilio en La Troncal modalidad prepago.

ELABORACIÓN: René Apolo, Víctor Salinas.

El 94% no tienen presupuesto para la salud, solo el 6 % lo tienen. Como se mencionaba en una pregunta anterior esto va en relación con la cultura, idiosincrasia y costumbres de los ecuatorianos.

### Gráfico # 12.- En Relación Al Costo Del Servicio

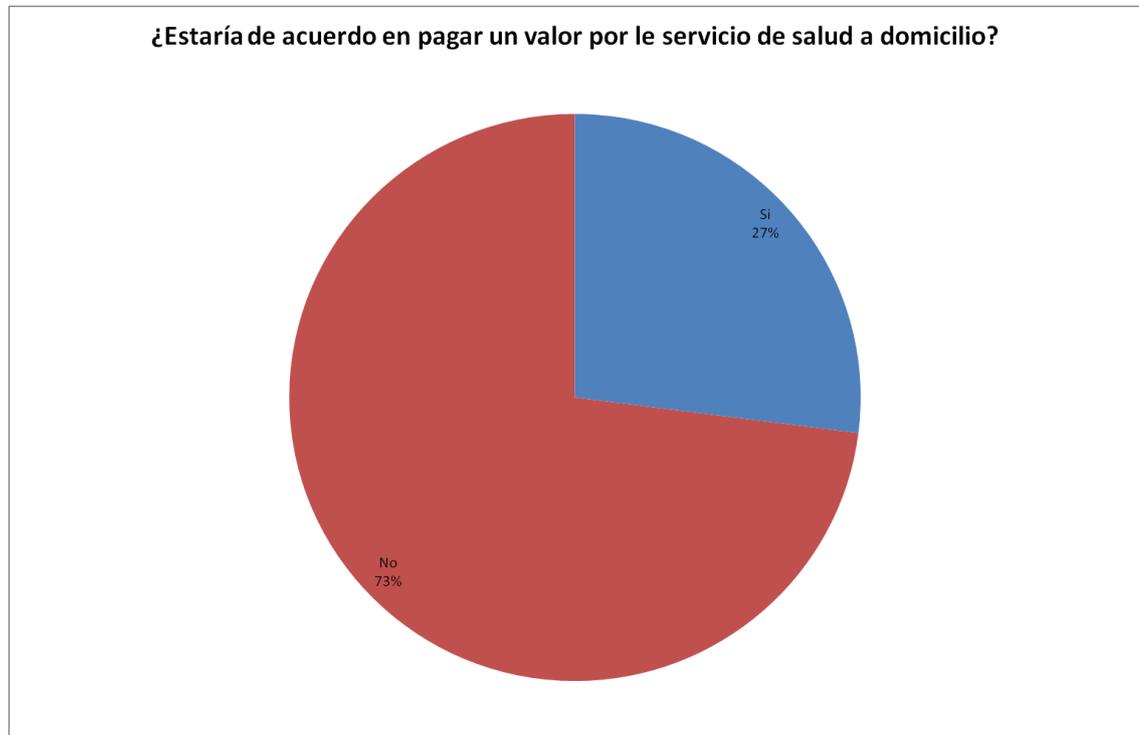


FUENTE: Encuesta servicio a domicilio en La Troncal modalidad prepago.

ELABORACIÓN: René Apolo, Víctor Salinas.

El 50% de los encuestados pagarían entre \$10 y \$20 por la mensualidad, el 33% entre \$20 y \$50, y el 17% estarían dispuestos a pagar más de \$50.

**Gráfico # 13.- En Relación Si Pagaría Por Servicios De Salud A Domicilio**

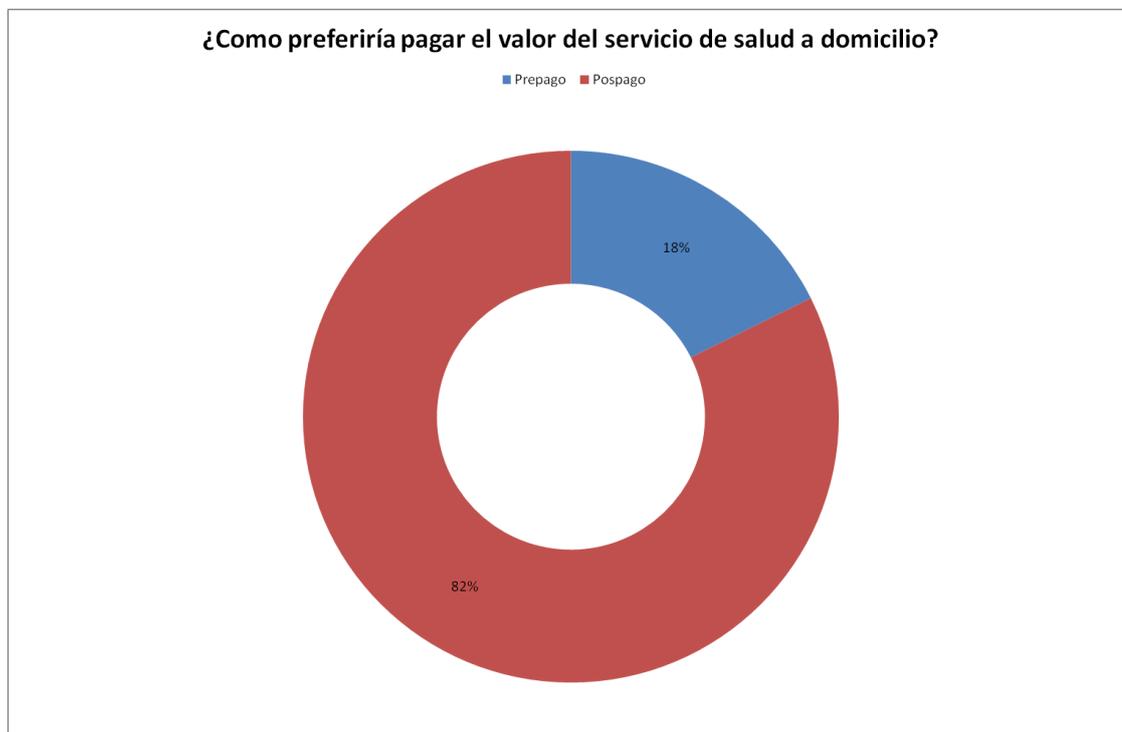


FUENTE: Encuesta servicio a domicilio en La Troncal modalidad prepago.

ELABORACIÓN: René Apolo, Víctor Salinas.

Más del 70 por ciento de los encuestados no le interesaría pagar por el servicio, a pesar de que todos estarían de acuerdo en recibirlos. Esta variable contrasta con la variable de que si le gustaría que existiera el servicio, sólo este porcentaje estaría dispuesto a pagar por el servicio, aquí el marketing juega un rol muy importante, hacer notar a las personas que les gusta el servicio, el beneficio del pago por los servicios que pueden recibir.

### Gráfico # 14.- En Relación Al Tipo De Pago

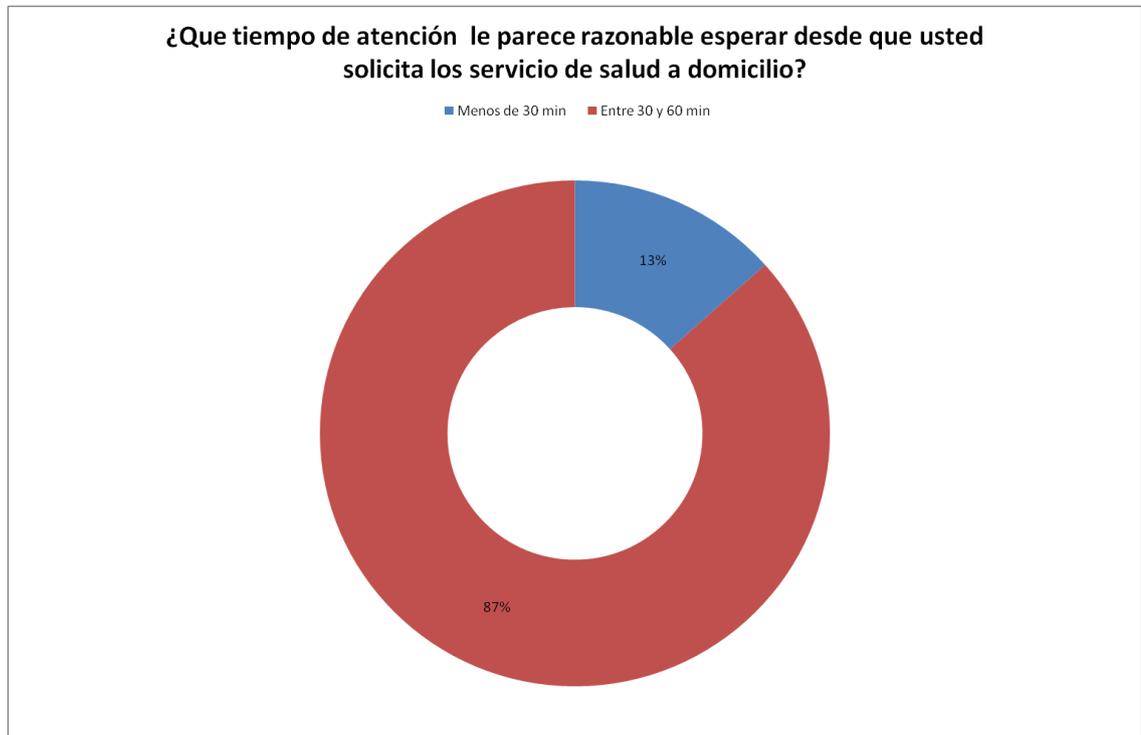


FUENTE: Encuesta servicio a domicilio en La Troncal modalidad prepago.

ELABORACIÓN: René Apolo, Víctor Salinas.

Solo el 15% estarían de acuerdo en acceder a los servicios de salud a domicilio a través de un seguro modalidad prepago, el 85% preferirían pagar por servicio prestado. La cultura influye de sobremanera en la forma como los ecuatorianos prefieren pagar por los servicios, y en esta encuesta no es la excepción, no se acostumbra a tomar ningún tipo de servicio prepago y se prefiere siempre el pago por servicio prestado.

**Gráfico # 15.- En Relación Al Tiempo De Espera Tras La Solicitud Telefónica Del Servicio De Salud**



FUENTE: Encuesta servicio a domicilio en La Troncal modalidad prepago.

ELABORACIÓN: René Apolo, Víctor Salinas.

El 87% de los encuestados les parece que menos de una hora es razonable esperar por el servicio de salud a domicilio solicitado, es importante distinguir la atención de urgencia, con la de emergencia en relación al tiempo de espera.

En la parte final de la encuesta se solicitó a los encuestados que anotaran sus sugerencias, con la finalidad de que puedan ayudar a mejorar el sistema de salud a domicilio que se propone, a continuación se detalla el porcentaje de mayor a menor de las opiniones vertidas.

1. Buena atención para el paciente	48%
2. Que sean muy profesionales	13%
3. Que no cobren muy caro	10%
4. Que siempre contesten los teléfonos	7%
5. Que es una buena idea y pronto la hagan	7%
6. Ayudar a los más necesitados	3%
7. Que no se demoren mucho en atender	3%
8. Que ayuden en las emergencias	3%
9. No sabe que responder	3%
10. Que cobren de acuerdo a la persona	3%

## **Capítulo 4**

### **MODELO DE UN SISTEMA DE SALUD A DOMICILIO BAJO LA MODALIDAD DE PREPAGO**

Tras la aplicación de dos herramientas de estudio de mercado, la primera focus group, que da resultados cualitativos y la segunda la encuesta que da resultados cuantitativos, al realizar el análisis de los resultados se puede concluir que la necesidad de servicios de salud a domicilio en la ciudad de La Troncal si existe, sin embargo, no con modalidad prepago, por este motivo se plantea a continuación, un modelo de un sistema de Salud a Domicilio con modalidad de prepago que pueda ser aplicado en otras ciudades con similares características poblacionales, demográficas, y geográficas que la ciudad de La Troncal.

#### 4.1. Análisis FODA

Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ser pionero en este tipo de servicios en ciudades pequeñas.</li> <li>✓ Equipo médico con experiencia en servicios similares.</li> <li>✓ Funcionar con capital propio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No existe competencia.</li> <li>✓ La necesidad del servicio.</li> <li>✓ Mercado virgen.</li> </ul>
Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Empezar de cero.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Políticas de salud estatales cambiantes.</li> <li>✓ Idiosincrasia de la gente.</li> <li>✓ Otros tipos de servicio de salud.</li> <li>✓ Red sanitaria pública fortalecida permanentemente.</li> </ul>

Elaborado por René E. Apolo

#### **4.2. Empresa de servicios de salud a domicilio**

La administración de esta compañía se llevará a cabo a través de una compañía limitada, previamente se realizarán los trámites de constitución de la compañía que llevará por nombre Apolo & Cedeño Cía. Ltda., una vez constituida la empresa se realiza la tramitación de los permisos de funcionamiento establecidos en la ley., el nombre comercial de la compañía será Terrasalud.

Terrasalud es una empresa de servicios de salud a domicilio con modalidad de prepago que se maneja a nivel de las ciudades pequeñas del Ecuador, brindando un servicio de calidad y calidez, llevando los servicios de salud a otro nivel, acercando la salud a los clientes, haciendo que la protección financiera sea vista como una alternativa e interiorizándola en la cultura de los clientes en general, tomando en cuenta que los servicios de salud a domicilio con modalidad prepago no se encuentran instituidos en las ciudades mencionadas.

Terrasalud, la salud en terreno, es una empresa nueva, visionaria, compañía limitada dirigida por profesionales médicos capacitados y con experiencia en el ámbito de los servicios de salud a domicilio, busca cubrir la necesidad de acercar los servicios de salud a la gente, a sus casas, a su barrio, donde trabaja, donde estudia, donde vive, donde ama.

### **4.3. Misión De Terrasalud**

Somos una empresa pionera en brindar servicios de salud a domicilio con modalidad de prepago, servicios de calidad y calidez para mejorar la salud de los habitantes del cantón La Troncal.

### **4.4. Visión De Terrasalud**

Ser la empresa líder de servicios de salud a domicilio con modalidad de prepago de bajo costo en el cantón La Troncal, manteniendo la calidad y calidez.

### **4.5. Objetivos**

#### **4.5.1. Objetivo general.**

Acercar los servicios de salud a los domicilios de nuestros afiliados.

#### **4.5.2. Objetivo específicos**

- Brindar atención médica a domicilio a los afiliados.
  
- Entregar servicios de enfermería a domicilio a los afiliados.
  
- Prestar servicio médico a través del contacto telefónico a los afiliados.

#### **4.6. Funcionamiento Técnico-Administrativo De Terrasalud**

El proceso administrativo de un sistema de salud a domicilio se caracteriza por la plasticidad con que se maneje y se adapte a las situaciones, tomando en cuenta que el servicio funciona 365 días al año, 24 horas al día; el gerente administrativo estará a cargo del personal no médico, planteará las estrategias para atraer a los usuarios, para que accedan a tomar los servicios, ya sea a través de publicidad escrita, radial, internet, televisiva, publicidad en terreno, etc., y dirigir los procesos administrativos internos de la empresa. El personal médico tendrá como gerente técnico a uno de los profesionales médicos quien estará a cargo de dirigir la unidad móvil y el servicio de llamados telefónicos. Además será responsable de la adecuada administración de los insumos médicos necesarios para el correcto funcionamiento del área técnica.

Los turnos médicos serán cubiertos por dos médicos, un médico encargado de recibir las llamadas telefónicas, y otro médico encargado de acudir a los domicilios a realizar las correspondientes atenciones médicas; los turnos médicos estarán divididos en tres jornadas diarias de 8 horas por jornada, la jornada matutina que cumplirá el horario de 7h00 a 15h00, la jornada vespertina que cumplirá con el horario de 15h00 a 23h00, y la jornada nocturna que cumplirá con el horario de 23h00 a 7h00. Las atenciones de los llamados telefónicos estarán a cargo de un médico quien podrá guiar al usuario que llama, no necesariamente se deberá enviar a la

unidad móvil en cada llamada, es posible que en ocasiones el evento pueda ser resuelto con la atención médica a través del llamado telefónico.

Una vez recibida una llamada que amerite la atención a domicilio, el móvil en un lapso menor a 30 minutos salvo excepciones, estará en el domicilio del usuario para realizar la atención, será acompañado por el conductor que a la vez es técnico paramédico, quien estará a cargo de realizar los procedimientos de toma de signos vitales, aplicación de inyecciones, realización de curaciones, colocación de vía parenteral, test de glicemia capilar, etc. Se procede a llenar la historia clínica y al finalizar la atención, el usuario firma la hoja de atención como constancia de cumplimiento, en dicha hoja consta: historia clínica de la atención, hora en que se recibió el llamado desde el domicilio, hora en que el personal de la unidad móvil llega a realizar la atención, y hora en que se da por terminada la atención.

Los conductores paramédicos realizarán turnos de 8 horas, pueden salir en el móvil a realizar atenciones de procedimientos básicos y no se requerirá la presencia del médico en estos casos. La unidad móvil de atención a domicilio es exclusivamente de traslado del equipo de salud para prestar las atenciones domiciliarias, por ningún motivo se permitirá el traslado de usuarios. La unidad móvil no es una ambulancia.

Los llamados telefónicos serán registrados en la plataforma electrónica establecida previamente, incluye datos del usuario, motivo de consulta y diagnóstico para fines estadísticos. A través de calificaciones de atención por parte de los usuarios se evaluarán a los profesionales en cuanto a la atención, el trato, la presentación, esto con el fin de incentivar a quienes resulten mejor evaluados, y cada tres meses hacerles llegar un incentivo económico para que continúen dando una atención de calidad y a la vez se esfuercen por superarse más.

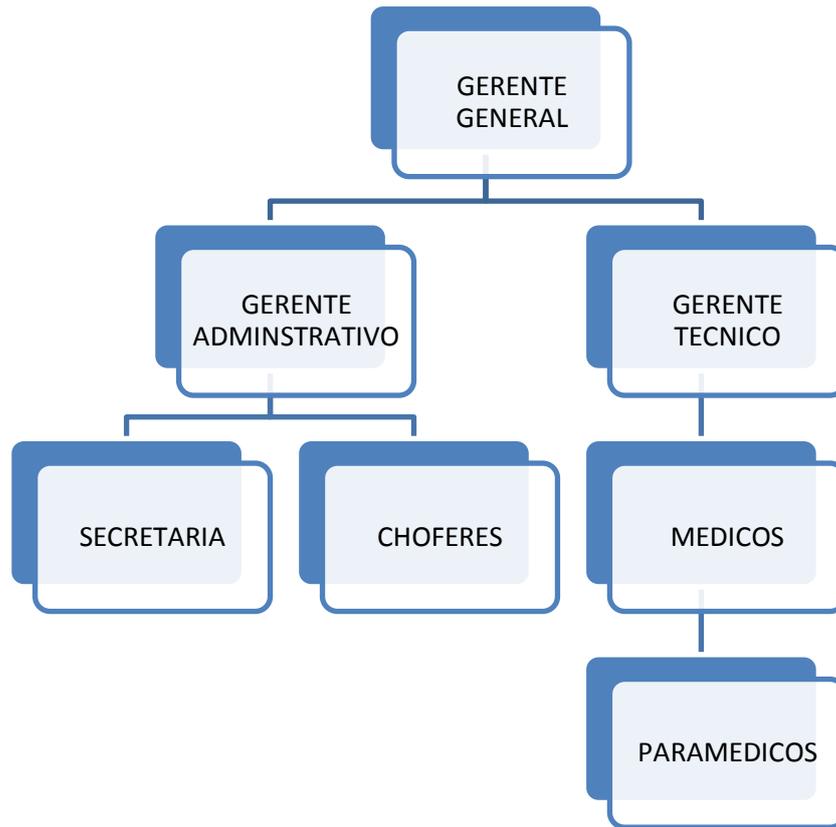
Los copagos por los servicios o servicios adicionales que no incluyen en el servicio contratado en sus respectivos planes, debe ser cobrados en el momento de la atención por parte del conductor de la unidad, quien emitirá la respectiva factura por el servicio prestado. Si un usuario no está al día en su mensualidad no tiene la opción de recibir el servicio, hasta que realice el pago correspondiente, se puede ser flexible y permitirle ponerse al día en el momento de la atención.

La afiliación al servicio tendrá un costo extra, excepto en los casos en que los afiliados cancelen planes anuales, los planes con pago mensual se debitarán de una cuenta bancaria del afiliado por debito directo, a través del correo electrónico se le hará llegar la respectiva factura. En el momento de la afiliación al servicio, se le entregará la tarjeta de afiliación con su número

correspondiente, que deberá tenerla a la mano siempre que solicite la atención domiciliaria para poder verificar que se encuentra al día en los pagos, y además que su plan está vigente.

Por medio de convenios con laboratorios clínicos y odontólogos se dará beneficios adicionales a usuarios que cancelen planes anuales, estos beneficios serán de descuentos establecidos previamente al momento de tomar el plan, estos beneficios son descuentos en la realización de exámenes que previamente se establecen en las cláusulas de los contratos y chequeos odontológicos gratuitos y descuentos en tratamientos odontológicos básicos.

#### 4.7. Estructura Organizacional De Terrasalud



Elaborado por René E. Apolo

## **4.8. Estrategias De Acción De Terrasalud**

A continuación se detallan las estrategias a seguir para llevar a cabo el funcionamiento de Terrasalud.

### **4.8.1. Marketing**

Dentro de este proceso de elaboración de estrategias, una importante es la selección del segmento del mercado al cual va dirigida Terrasalud. Esto con el fin de dirigir todas las herramientas del marketing a los segmentos de mercado seleccionados.

En relación al número de atenciones posibles de atender se analizan así: siendo ciudades pequeñas donde el traslado desde el la oficina base, hacia el sitio de la atención, no demora más de 5 a 7 minutos, y una atención no más de 20 minutos, con una unidad móvil de atención se está en capacidad de atender un promedio de 48 llamados al día, esto va depender directamente del número de afiliados con que se cuente, y por consiguiente la posibilidad de ampliar los servicios con la implementación de más unidades móviles en la medida que el negocio va creciendo.

En la captación de los usuarios es importante dar a conocer el beneficio de contar con este tipo de servicios, además brindar promociones

a los nuevos usuarios que sean atractivas, como por ejemplo descuentos del 20% del valor de los planes anuales o por el mismo valor del plan anual dar 2 meses adicionales de servicio. Es aquí donde la publicidad se vuelve fundamental y se usará todos los recursos disponibles en la actualidad como: radio, televisión, prensa escrita, dípticos, trípticos, volantes, página web, Facebook, Twitter, puerta a puerta, perifoneo.

#### **4.9. Definición De Los Servicios A Prestar**

A continuación se detallan los servicios de salud a prestar.

##### **4.9.1. Consulta médica a domicilio.**

Se reciben los llamados de los afiliados en la oficina base de Terrasalud, al número telefónico designado para atenciones de salud (triage), este teléfono siempre será respondido por un médico quien saluda atentamente, se presenta indicando su nombre y apellido, y procede solicitar la información del evento por el cual el afiliado se está comunicando, los datos son entregados al médico de turno del móvil el cual se traslada al domicilio a prestar el servicio, previa verificación en el sistema informático, para saber si el afiliado se encuentra al día en los pagos de su plan y por consiguiente cuenta con un plan vigente.

#### **4.9.2. Consulta médica telefónica.**

Para poder brindar este servicio, los afiliados tienen la opción de realizar consultas médicas a través del llamado telefónico, se recibe la llamada del afiliado, el procedimiento protocolario es el mismo que en el caso anterior, si se confirma que el evento puede ser resuelto por consulta telefónica, la llamada es trasladada a través del conmutador a otra línea telefónica preestablecida para estos casos, al finalizar la atención se procede a registrar en la plataforma informática los datos de dicha atención.

#### **4.9.3. Servicios de enfermería.**

En los planes de los afiliados están descritos todos los servicios y beneficios que se incluyen y excluyen del plan, y cuales deben realizar un copago. Entre los servicios de enfermería a prestar se mencionan los siguientes: toma de signos vitales, aplicación de inyecciones, realización de curaciones, aplicación de sueros, test de glicemia capilar, test de saturación de oxígeno, toma de muestras y cambio de sondas a usuarios postrados. Es importante recalcar que el servicio prestado no incluye traslado de ningún tipo de pacientes, menos con riesgo vital.

#### **4.10. Descripción De Los Recursos**

Toda empresa sea de cualquier rubro requiere de recursos humanos, materiales y financieros para el funcionamiento adecuado; Terrasalud,

siendo una empresa de servicios de salud requiere además de los recursos administrativos los recursos de la parte técnica lo que implica una inversión adicional inicial, a continuación se describen cada uno de los recursos requeridos para la iniciación de actividades.

#### **4.10.1. Recursos humanos.**

Se consideran a los recursos humanos, como el capital inteligente, y más importante de cualquier organización. Los servicios a domicilio requieren los siguientes recursos humanos: 6 médicos, 1 gerente administrativo, 4 conductores, 1 secretaria, 1 auxiliar administrativo, 1 ejecutivo de ventas del servicio.

**Tabla 1.- Recursos Humanos**

<b>Personal</b>	<b>Cantidad</b>
Gerente	1
Médicos	6
Conductores	4
Secretaria	1
Auxiliar administrativo	1
Ejecutivo de ventas	1

Elaborado por René E. Apolo

#### 4.10.2. Recursos materiales.

A continuación se detallan los recursos materiales necesarios para el funcionamiento adecuado de Terrasalud:

**Tabla 2.- Recursos Materiales**

Especie	#	Descripción	Valor total
1	1	Vehículo para atenciones a domicilio.	\$ 20.000,00
2	2	Computadores de escritorio	\$ 2.000,00
3	1	Computador portátil	\$ 1.000,00
4	3	Radiotransmisores	\$ 1.000,00
5	2	Celulares con líneas incluidas	\$ 200,00
6	2	Escritorios	\$ 500,00
7	2	Archivadores	\$ 300,00
8	2	Sillas gerente	\$ 200,00
9	4	Sillas oficina	\$ 120,00
10	1	Set de equipos de oficina	\$ 200,00
11	2	Termómetros digitales	\$ 60,00
12	2	Tensiómetros aneroides	\$ 250,00
13	2	Fonendoscopios	\$ 240,00
14	1	LED 32"	\$ 1.500,00
15	1	Equipo de sonido	\$ 500,00
TOTAL			\$ 28.070,00

Elaborado por René E. Apolo

#### 4.10.3. Recursos financieros.

Los recursos financieros se detallan en la siguiente tabla:

**Tabla 3.- Recursos Financieros**

Descripción	Cantidad	Valor	Observaciones
<b>Salarios</b>			
Gerente	1	\$ 1.200,00	Mensual
Médicos	6	\$ 1.200,00	Mensual
Secretaria	1	\$ 420,00	Mensual
Conductores	4	\$ 420,00	Mensual
Auxiliar servicio	1	\$ 300,00	Mensual
Vendedor	1	\$ 300,00	Mensual
<b>Otros</b>			
Móvil	1	\$ 20.000,00	Inversión inicial
Arriendo		\$ 400,00	Mensual, IVA incluido
Electricidad		\$ 50,00	Mensual
Teléfono		\$ 40,00	Mensual
Internet		\$ 30,00	Mensual
Agua		\$ 20,00	Mensual
Publicidad		\$ 300,00	Mensual
Papelería		\$ 18,00	Mensual
Insumos médicos		\$ 120,00	Mensual

Elaborado por: René E. Apolo

#### **4.11. Costo Del Servicio**

El costo del servicio será de \$65,00 (sesenta y cinco dólares americanos) por persona anual, cada plan personal anual tendrá el costo indicado.

#### **4.12. Financiamiento**

Para el financiamiento de la empresa se cuenta con capital propio para empezar con la inversión inicial requerida. Esto puede significar una ventaja, puesto que se evita tener un pago mensual con cobro de intereses adicionalmente. Si se lo ve desde otro punto de vista puede ser un riesgo de invertir la totalidad del dinero requerido en caso que el negocio no funcione y se pierda el capital invertido.

**Tabla 4.- Balance Inicial**

BALANCE INICIAL			
<b>ACTIVOS</b>		<b>PASIVOS</b>	
<b><u>ACTIVO CORRIENTE</u></b>		<b><u>PASIVO CORRIENTE</u></b>	
	\$		
CAJA	10.930,00		
	\$		
<b>TOTAL ACTIVO CORRIENTE</b>	<b>10.930,00</b>	<b>TOTAL PASIVOS CORRIENTES</b>	<b>\$ 0,00</b>
<b><u>ACTIVOS FIJOS</u></b>		<b><u>PASIVOS A LARGO PLAZO</u></b>	
	\$		
VEHICULO	20.000,00	OBLIGACIONES BANCARIAS	\$ 0,00
EQUIPOS	\$ 4.200,00		
MOBILIARIO	\$ 3.870,00		
	\$		
<b>TOTAL ACTIVOS FIJOS</b>	<b>28.070,00</b>	<b>TOTAL PASIVOS</b>	<b>\$ 0,00</b>
<b><u>ACTIVOS DIFERIDOS</u></b>		<b><u>PATRIMONIO</u></b>	
			\$
GASTOS DE CONSTITUCION	\$ 1.000,00	CAPITAL SOCIAL	40.000,00
<b>TOTAL DE ACTIVOS DIFERIDOS</b>	<b>\$ 1.000,00</b>	U.T. DEL EJERCICIO	
		U.T. RETENIDA	
	\$		\$
<b>TOTAL DE ACTIVOS</b>	<b>40.000,00</b>	<b>PASIVOS + PATRIMONIO</b>	<b>40.000,00</b>

Elaborado por René E. Apolo

**Tabla 5.- Salarios**

<b>SALARIOS</b>									
<b>CARGO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>SALARIO</b>	<b>DÉCIMO TERCERO</b>	<b>DÉCIMO CUARTO</b>	<b>FONDOS DE RESERVA</b>	<b>VACACIONES</b>	<b>APORTE PATRONAL</b>	<b>TOTAL P/P</b>	<b>ANUAL</b>
Gerente	1	\$ 1.200,00	\$ 100,00	\$ 24,83		\$ 50,00	\$ 136,20	\$ 1.511,03	\$ 18.132,36
Médicos	6	\$ 1.200,00	\$ 100,00	\$ 24,83		\$ 50,00	\$ 136,20	\$ 1.511,03	\$ 108.794,16
Contador	1	\$ 800,00	\$ 66,67	\$ 24,83		\$ 33,33	\$ 90,80	\$ 1.015,63	\$ 12.187,56
Secretaria	1	\$ 420,00	\$ 35,00	\$ 24,83		\$ 17,50	\$ 47,67	\$ 545,00	\$ 6.540,00
Conductores	4	\$ 420,00	\$ 35,00	\$ 24,83		\$ 17,50	\$ 47,67	\$ 545,00	\$ 26.160,00
Aux. de servicio	1	\$ 300,00	\$ 25,00	\$ 24,83		\$ 12,50	\$ 34,05	\$ 396,38	\$ 4.756,56
Ejecutivo ventas	1	\$ 300,00	\$ 25,00	\$ 24,83		\$ 12,50	\$ 34,05	\$ 396,38	\$ 4.756,56
<b>TOTAL ANUAL</b>									\$ 181.327,20

Elaborado por René E. Apolo

**Tabla 6.- Gastos Anuales**

<b>GASTOS ANUALES</b>						
<b>GASTOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>VALOR ANNUAL</b>	<b>AÑOS</b>				
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Gerente Administrativo	\$ 18.132,36	\$ 18.132,36	\$ 19.401,63	\$ 20.759,74	\$ 22.212,92	\$ 23.767,83
Médicos	\$ 108.794,16	\$ 108.794,16	\$ 116.409,75	\$ 124.558,43	\$ 133.277,52	\$ 142.606,95
Contador	\$ 12.187,56	\$ 12.187,56	\$ 13.040,69	\$ 13.953,54	\$ 14.930,29	\$ 15.975,41
Secretaría	\$ 6.540,00	\$ 6.540,00	\$ 6.997,80	\$ 7.487,65	\$ 8.011,78	\$ 8.572,61
Conductores	\$ 26.160,00	\$ 26.160,00	\$ 27.991,20	\$ 29.950,58	\$ 32.047,12	\$ 34.290,42
Auxiliar de servicio	\$ 4.756,56	\$ 4.756,56	\$ 5.089,52	\$ 5.445,79	\$ 5.826,99	\$ 6.234,88
Ejecutivo de ventas	\$ 4.756,56	\$ 4.756,56	\$ 5.089,52	\$ 5.445,79	\$ 5.826,99	\$ 6.234,88
Energía	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 642,00	\$ 686,94	\$ 735,03	\$ 786,48
Teléfono	\$ 480,00	\$ 480,00	\$ 513,60	\$ 549,55	\$ 588,02	\$ 629,18
Agua	\$ 240,00	\$ 240,00	\$ 256,80	\$ 274,78	\$ 294,01	\$ 314,59
Internet	\$ 360,00	\$ 360,00	\$ 385,20	\$ 412,16	\$ 441,02	\$ 471,89
Publicidad	\$ 3.600,00	\$ 3.600,00	\$ 3.852,00	\$ 4.121,64	\$ 4.410,15	\$ 4.718,87
Arriendo local	\$ 4.800,00	\$ 4.800,00	\$ 5.136,00	\$ 5.495,52	\$ 5.880,21	\$ 6.291,82
Suministros de Oficina	\$ 216,00	\$ 216,00	\$ 231,12	\$ 247,30	\$ 264,61	\$ 283,13
Permisos de funcionamiento	\$ 300,00	\$ 300,00	\$ 321,00	\$ 343,47	\$ 367,51	\$ 393,24
Insumos medicos	\$ 1.440,00	\$ 1.440,00	\$ 1.540,80	\$ 1.648,66	\$ 1.764,06	\$ 1.887,55
Depreciación	\$ 4.042,00	\$ 4.042,00	\$ 4.042,00	\$ 4.042,00	\$ 4.042,00	\$ 4.042,00
Amortización	\$ 200,00	\$ 200,00	\$ 200,00	\$ 200,00	\$ 200,00	\$ 200,00
<b>TOTAL GASTOS ADMIN.</b>	<b>\$ 197.605,20</b>	<b>\$ 197.605,20</b>	<b>\$ 211.140,62</b>	<b>\$ 225.623,53</b>	<b>\$ 241.120,23</b>	<b>\$ 257.701,71</b>
GASTOS DE PRODUCCIÓN		\$ 4.375,00	\$ 4.681,25	\$ 5.008,94	\$ 5.359,56	\$ 5.734,73
<b>TOTAL G. PRODUCCIÓN</b>		<b>\$ 4.375,00</b>	<b>\$ 4.681,25</b>	<b>\$ 5.008,94</b>	<b>\$ 5.359,56</b>	<b>\$ 5.734,73</b>
GASTOS FINANCIEROS		\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
<b>TOTAL G. FINANCIEROS</b>		<b>\$ 0,00</b>				
<b>TOTAL G. PROYECTADOS</b>		<b>\$ 201.980,20</b>	<b>\$ 215.821,87</b>	<b>\$ 230.632,47</b>	<b>\$ 246.479,80</b>	<b>\$ 263.436,44</b>

Elaborado por René E. Apolo

**Tabla 7.- Depreciación**

<b>DEPRECIACIÓN</b>							
<b>DETALLE</b>	<b>AÑOS</b>	<b>MONTO</b>	<b>AÑOS</b>				
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Vehículo	5	\$ 20.000,00	\$ 4.000,00	\$ 4.000,00	\$ 4.000,00	\$ 4.000,00	\$ 4.000,00
Muebles de Oficina	5	\$ 1.320,00	\$ 264,00	\$ 264,00	\$ 264,00	\$ 264,00	\$ 264,00
Equipos comunicación	3	\$ 1.200,00	\$ 400,00	\$ 400,00	\$ 400,00	\$ 0,00	\$ 0,00
Implementos Médicos	5	\$ 550,00	\$ 110,00	\$ 110,00	\$ 110,00	\$ 110,00	\$ 110,00
Hardware	3	\$ 3.000,00	\$ 1.000,00	\$ 1.000,00	\$ 1.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00
Eq. de entretención	5	\$ 2.000,00	\$ 400,00	\$ 400,00	\$ 400,00	\$ 400,00	\$ 400,00
<b>DEPRECIACIÓN</b>			\$ 6.174,00	\$ 6.174,00	\$ 6.174,00	\$ 4.774,00	\$ 4.774,00
<b>DEPRECIACIÓN ACUMULADA</b>			\$ 6.174,00	\$ 12.348,00	\$ 18.522,00	\$ 23.296,00	\$ 28.070,00

Elaborado por René E. Apolo

**Tabla 8.- Amortización**

AMORTIZACIÓN							
DETALLE	AÑOS	MONTO	AÑOS				
			1	2	3	4	5
Gastos de constitución	5	\$ 1.000,00	\$ 200,00	\$ 200,00	\$ 200,00	\$ 200,00	\$ 200,00
Amortización acumulada			\$ 200,00	\$ 400,00	\$ 600,00	\$ 800,00	\$ 1.000,00

Elaborado por René E. Apolo

**Tabla 9.- Proyección De Gastos Operativos**

PROYECCIÓN DE GASTOS OPERATIVOS										
CUENTA	AÑO 1		AÑO 2		AÑO 3		AÑO 4		AÑO 5	
	NÚMERO	VALOR								
COMBUSTIBLE	3500	\$ 875,00	3745	\$ 936,25	4007	\$ 1.001,79	4288	\$ 1.071,91	4588	\$ 1.146,95
INSUMOS MÉDICOS	3500	\$ 3.500,00	3745	\$ 3.745,00	4007	\$ 4.007,15	4288	\$ 4.287,65	4588	\$ 4.587,79
TOTAL EGRESOS		4375,00		4681,25		5008,94		5359,56		5734,73

Elaborado por René E. Apolo

Los costos operativos son el combustible y los insumos médicos, se proyecta una atención anual por afiliado, \$0,25 por visita en combustible y \$1,00 en insumo médico por atención. El año se toma los 365 días.

**Tabla 10.- Proyección De Demanda E Ingresos**

<b>PROYECCIÓN DE DEMANDA E INGRESOS</b>										
<b>CUENTA</b>	<b>AÑO 1</b>		<b>AÑO 2</b>		<b>AÑO 3</b>		<b>AÑO 4</b>		<b>AÑO 5</b>	
	<b>NÚMERO</b>	<b>VALOR</b>								
<b>AFILIADOS</b>	3500	\$ 227.500,00	3745	\$ 243.425,00	4007	\$ 260.464,75	4288	\$ 278.697,28	4588	\$ 298.206,09
<b>ING. ANUAL</b>	<b>3500</b>	<b>\$ 227.500,00</b>	<b>3745</b>	<b>\$ 243.425,00</b>	<b>4007</b>	<b>\$ 260.464,75</b>	<b>4288</b>	<b>\$ 278.697,28</b>	<b>4588</b>	<b>\$ 298.206,09</b>

Elaborado por René E. Apolo

El plan tiene un costo de \$65 al año por persona con incremento del 5% anual en el costo del servicio de acuerdo a la inflación, la proyección desde el segundo año en adelante se calcula con un incremento promedio anual del 7%.

**Tabla 11.- Flujo De Caja Proyectado**

<b>FLUJO DE CAJA PROYECTADO</b>						
CUENTAS	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Ventas		\$ 227.500,00	\$ 243.425,00	\$ 260.464,75	\$ 278.697,28	\$ 298.206,09
(-) Costo operativos		\$ 4.375,00	\$ 4.681,25	\$ 5.008,94	\$ 5.359,56	\$ 5.734,73
<b>UTILIDAD BRUTA</b>		<b>\$ 223.125,00</b>	<b>\$ 238.743,75</b>	<b>\$ 255.455,81</b>	<b>\$ 273.337,72</b>	<b>\$ 292.471,36</b>
(-) Gastos Administrativos		\$ 197.605,20	\$ 211.140,62	\$ 225.623,53	\$ 241.120,23	\$ 257.701,71
<b>UTILIDAD OPERATIVA</b>		<b>\$ 25.519,80</b>	<b>\$ 27.603,13</b>	<b>\$ 29.832,28</b>	<b>\$ 32.217,48</b>	<b>\$ 34.769,65</b>
(-) Gastos Financieros		\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
<b>UT. ANTES IMP. Y PART. TRAB.</b>		<b>\$ 25.519,80</b>	<b>\$ 27.603,13</b>	<b>\$ 29.832,28</b>	<b>\$ 32.217,48</b>	<b>\$ 34.769,65</b>
(-) 15% Part. Trabajadores		\$ 3.827,97	\$ 4.140,47	\$ 4.474,84	\$ 4.832,62	\$ 5.215,45
<b>UT. ANTES IMPUESTOS</b>		<b>\$ 21.691,83</b>	<b>\$ 23.462,66</b>	<b>\$ 25.357,44</b>	<b>\$ 27.384,86</b>	<b>\$ 29.554,20</b>
(-) 22% Impuestos a la Renta		\$ 4.772,20	\$ 5.161,78	\$ 5.578,64	\$ 6.024,67	\$ 6.501,92
<b>UTILIDAD NETA</b>		<b>\$ 16.919,63</b>	<b>\$ 18.300,87</b>	<b>\$ 19.778,80</b>	<b>\$ 21.360,19</b>	<b>\$ 23.052,28</b>
Depreciación		\$ 6.174,00	\$ 6.174,00	\$ 6.174,00	\$ 4.774,00	\$ 4.774,00
Amortizaciones		\$ 200,00	\$ 200,00	\$ 200,00	\$ 200,00	\$ 200,00
		\$ 23.293,63	\$ 24.674,87	\$ 26.152,80	\$ 26.334,19	\$ 28.026,28
Pago de Capital Préstamo		\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
<b>FLUJO DE CAJA NETOS</b>		<b>\$ 23.293,63</b>	<b>\$ 24.674,87</b>	<b>\$ 26.152,80</b>	<b>\$ 26.334,19</b>	<b>\$ 28.026,28</b>
Inversión Inicial	40.000,00					
Venta Inversión al fin Periodo						
Flujo de Caja Neto	40.000,00	\$ 23.293,63	\$ 24.674,87	\$ 26.152,80	\$ 26.334,19	\$ 28.026,28
Caja inicial		\$ 10.930,00	\$ 34.223,63	\$ 58.898,50	\$ 85.051,30	\$ 111.385,50
Flujo de Caja acumulado		\$ 34.223,63	\$ 58.898,50	\$ 85.051,30	\$ 111.385,50	\$ 139.411,77

Elaborado por René E. Apolo

**Tabla 12.- Estado De Resultados**

CALCULO DE RENTABILIDAD PROYECTADA						
ESTADO DE RESULTADOS - PÉRDIDAS Y GANANCIAS						
	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Ventas		\$ 227.500,00	\$ 243.425,00	\$ 260.464,75	\$ 278.697,28	\$ 298.206,09
(-) Costo de Ventas		\$ 4.375,00	\$ 4.681,25	\$ 5.008,94	\$ 5.359,56	\$ 5.734,73
<b>UTILIDAD BRUTA</b>		<b>\$ 223.125,00</b>	<b>\$ 238.743,75</b>	<b>\$ 255.455,81</b>	<b>\$ 273.337,72</b>	<b>\$ 292.471,36</b>
(-) Gastos Administrativos		\$ 197.605,20	\$ 211.140,62	\$ 225.623,53	\$ 241.120,23	\$ 257.701,71
(-) Gastos de Ventas						
(-) OTROS GASTOS (Marketing)						
<b>UTILIDAD OPERATIVA</b>		<b>\$ 25.519,80</b>	<b>\$ 27.603,13</b>	<b>\$ 29.832,28</b>	<b>\$ 32.217,48</b>	<b>\$ 34.769,65</b>
(-) Gastos Financieros						
<b>UTILIDAD ANTES DE IMP. Y PART. DE TRAB.</b>		<b>\$ 25.519,80</b>	<b>\$ 27.603,13</b>	<b>\$ 29.832,28</b>	<b>\$ 32.217,48</b>	<b>\$ 34.769,65</b>
(-) 15% Participación Trabajadores		\$ 3.827,97	\$ 4.140,47	\$ 4.474,84	\$ 4.832,62	\$ 5.215,45
<b>UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS</b>		<b>\$ 21.691,83</b>	<b>\$ 23.462,66</b>	<b>\$ 25.357,44</b>	<b>\$ 27.384,86</b>	<b>\$ 29.554,20</b>
(-) 25% Impuestos a la Renta		\$ 4.772,20	\$ 5.161,78	\$ 5.578,64	\$ 6.024,67	\$ 6.501,92
<b>UTILIDAD NETA</b>		<b>\$ 16.919,63</b>	<b>\$ 18.300,87</b>	<b>\$ 19.778,80</b>	<b>\$ 21.360,19</b>	<b>\$ 23.052,28</b>

Elaborado por René E. Apolo

**Tabla 13.- Balance General**

<b>BALANCE GENERAL</b>						
<b>ACTIVO CORRIENTE</b>	ANO 0	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5
Caja	\$ 10.930,00	\$ 34.223,63	\$ 58.898,50	\$ 85.051,30	\$ 111.385,50	\$ 139.411,77
<b>TOTAL ACTIVO CORRIENTE</b>	<b>\$ 10.930,00</b>	<b>\$ 34.223,63</b>	<b>\$ 58.898,50</b>	<b>\$ 85.051,30</b>	<b>\$ 111.385,50</b>	<b>\$ 139.411,77</b>
<b>ACTIVOS FIJOS</b>						
Vehículo	\$ 20.000,00	\$ 20.000,00	\$ 20.000,00	\$ 20.000,00	\$ 20.000,00	\$ 20.000,00
Maquinaria/Equipo	\$ 4.200,00	\$ 4.200,00	\$ 4.200,00	\$ 4.200,00	\$ 4.200,00	\$ 4.200,00
Mobiliario		\$ 3.870,00	\$ 3.870,00	\$ 3.870,00	\$ 3.870,00	\$ 3.870,00
(-) Depreciación Acumulada		\$ 6.174,00	\$ 12.348,00	\$ 18.522,00	\$ 23.296,00	\$ 28.070,00
<b>TOTAL ACT.FIJOS</b>	<b>\$ 28.070,00</b>	<b>\$ 21.896,00</b>	<b>\$ 15.722,00</b>	<b>\$ 9.548,00</b>	<b>\$ 4.774,00</b>	<b>\$ 0,00</b>
<b>ACTIVOS DIFERIDOS</b>						
Gastos de Constitución	\$ 1.000,00	\$ 1.000,00	\$ 1.000,00	\$ 1.000,00	\$ 1.000,00	\$ 1.000,00
(-) Amortización Acumulada		\$ 200,00	\$ 400,00	\$ 600,00	\$ 800,00	\$ 1.000,00
<b>TOTAL ACTIVOS DIFERIDOS</b>	<b>\$ 1.000,00</b>	<b>\$ 800,00</b>	<b>\$ 600,00</b>	<b>\$ 400,00</b>	<b>\$ 200,00</b>	<b>\$ 0,00</b>
<b>TOTAL ACTIVOS</b>	<b>\$ 40.000,00</b>	<b>\$ 56.919,63</b>	<b>\$ 75.220,50</b>	<b>\$ 94.999,30</b>	<b>\$ 116.359,50</b>	<b>\$ 139.411,77</b>
<b>PASIVOS</b>						
<b>PASIVOS CORRIENTES</b>						
<b>TOTAL PASIVOS CORRIENTES</b>	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
<b>PASIVOS A LARGO PLAZO</b>						
Obligaciones Bancarias L.P.	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
<b>TOTAL PASIVOS A LARGO P.</b>	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
<b>TOTAL PASIVOS</b>						
<b>PATRIMONIO</b>						
Capital Social	\$ 40.000,00	\$ 40.000,00	\$ 40.000,00	\$ 40.000,00	\$ 40.000,00	\$ 40.000,00
UT. Del Ejercicio		\$ 16.919,63	\$ 18.300,87	\$ 19.778,80	\$ 21.360,19	\$ 23.052,28
Utilidad acumulada			\$ 35.220,50	\$ 54.999,30	\$ 76.359,50	\$ 99.411,77
<b>TOTAL PATRIMONIO</b>						
<b>PASIVOS + PATRIMONIO</b>	<b>\$ 40.000,00</b>	<b>\$ 56.919,63</b>	<b>\$ 75.220,50</b>	<b>\$ 94.999,30</b>	<b>\$ 116.359,50</b>	<b>\$ 139.411,77</b>
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Elaborado por René E. Apolo

**Tabla 14.- Valor Actual Neto (VAN)**

<b>Cálculo del valor actual neto</b>		
Años	Flujos	
1	\$ 23.293,63	
2	\$ 24.674,87	
3	\$ 26.152,80	
4	\$ 26.334,19	
5	\$ 28.026,28	
TMAR%	8%	anual
VA (VP)	\$ 101.914,47	
Inversión	-\$ 40.000,00	
VAN(VPN)	\$ 61.914,47	
<b>ACEPTO PROYECTO</b>		

Elaborado por René E. Apolo

**Tabla 15.- Tasa Interna de Retorno (TIR)**

Cálculo de tasa interna de retorno (TIR%)		
Años	Flujos	
0	-\$ 40.000,00	
1	\$ 23.293,63	
2	\$ 24.674,87	
3	\$ 26.152,80	
4	\$ 26.334,19	
5	\$ 28.026,28	
TMAR%	8%	anual
TIR	55,03%	
<b>ACEPTO PROYECTO</b>		

Elaborado por René E. Apolo

## CONCLUSIONES

- 1) Después de realizar el recorrido histórico de los servicios de salud se puede concluir que, los servicios médicos a domicilio han existido desde que los sistemas de salud comenzaron su organización en el mundo, además no fue posible encontrar referencia bibliográfica sobre servicios de salud a domicilio modalidad prepago ni en la época antigua, ni en la actualidad, debido a la inexistencia de investigaciones sobre estos servicios.
- 2) En relación al marco legal, se concluye que están establecidas dos tipos de leyes que rigen los servicios de salud a domicilio con modalidad de prepago, las relacionadas con la salud, y las relacionadas con los seguros de salud, además estos servicios están reglamentados en las leyes ecuatorianas, por lo que pueden ser prestados por empresas privadas que posean los permisos correspondientes.
- 3) Tras un estudio observacional se concluye que en el cantón La Troncal no existen ofertas de servicios de salud a domicilio con modalidad de prepago, por lo que hay un nicho de mercado por explotar en esta ciudad.
- 4) Tras el análisis del Focus group y la encuesta, se concluye que la demanda de servicios de salud a domicilio en el cantón La Troncal sí existe, sin embargo los resultados no son concluyentes por lo que la realización de estudios cuantitativos más rigurosos son necesarios, para poder determinar la demanda real por estos servicios.

- 5) La demanda de servicios de salud con modalidad de prepago en el cantón La Troncal, no está totalmente clara, por lo que se concluye que, la realización de estudios complementarios en segmentos específicos del mercado son necesarios para determinar la real demanda de servicios de salud con modalidad de prepago.
- 6) Debido a que los resultados obtenidos en el presente trabajo investigativo, no son concluyentes, la factibilidad económica de un Sistema de Salud a Domicilio en el Cantón La Troncal bajo la modalidad de prepago estaría en duda.
- 7) Los avances en salud en el estado ecuatoriano en los últimos años son evidentemente positivos para su población, empresas de servicios de salud privados han debido cerrar sus actividades debido a la gratuidad de los servicios de salud públicos, por lo que se concluye que la creación de un sistema de salud a domicilio en ciudades pequeñas del Ecuador conlleva un riesgo adicional, con lo expuesto, investigar sobre la prestación de servicios de salud a domicilio con modalidad de prepago, en convenio con empresas públicas o privadas o convenios con las áreas de salud públicas locales o directamente con el ministerio de salud, son necesarios para visualizar una alternativa a la propuesta inicialmente planteada en esta tesis.

## **RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda realizar nuevos estudios de la demanda en segmentos del mercado con nivel socioeconómico más elevado para poder establecer la demanda de servicios de salud a domicilio con la modalidad de prepago.
2. En los nuevos estudios de la demanda se recomienda realizar cruce de las distintas variables en el análisis de datos, con preguntas más específicas en relación a servicios de salud a domicilio, y servicios de salud prepago.
3. Se recomienda la realización de un estudio que verifique la factibilidad de prestar servicios por convenio con las áreas de salud locales o ministerio de salud, que permita conocer si estos servicios pueden ser prestados de esta forma, beneficiando a los pobladores del cantón La Troncal.
4. Se recomienda analizar la demanda de servicios de salud a domicilio con modalidad de prepago, en las empresas privadas que realizan sus actividades dentro del cantón La Troncal, como otra alternativa de negocio en relación a la propuesta inicial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderg-Egg E., (1992) Reflexiones en torno a los métodos de trabajo social, México DF, Primera Edición, Editorial El Ateneo.
2. Fleitman, J., (2000) Negocios Exitosos, Primera edición, McGraw Hill, Pág. 283.
3. Robbins, S., (2000) Administración, 6ta Edición, Prentice Hall México, Pág. 212.
4. Thompson, A., Strickland, (2001) Administración Estratégica Conceptos y Casos, 11va. Edición, de A. J. III, Mc Graw Hill, Pág. 4.

## REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

5. Arias Herrera, H., (1993) La influencia de factores psicológicos y sociales en la salud, Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas de la Academia de Ciencias de La Habana, Cuba.  
Recuperado de:  
[http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)
6. Asamblea Médica Mundial, 171ª Sesión del Consejo de la, Santiago, Chile, octubre 2005. Recuperado de:  
<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5246&word=>
7. Bailón, Mauricio: Protección Financiera en Salud (2002) Año 8, Número 20. 2005.  
Recuperado de:  
<http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/hitos/ediciones/20/editorial.pdf>
8. Banco Mundial, 2012. Recuperado de:  
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP>
9. Barrenechea C, M. Bonino, A. Celiberti, E. Ciganda, E. Echenique y L. Echenique, (1993) Acción y participación comunitaria en salud, Montevideo, Editorial Nordan Comunidad.  
Recuperado de:  
[http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)
10. Carvallo, Y., (2008) Teoría Organizacional y Administrativa, Universidad de Oriente, Venezuela, Núcleo Bolívar, Post grado en Educación. Pág.5. Recuperado de:  
<http://bibhumartes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/tesis/TALC5800P652011.pdf>
11. Casares, M., (2001) Derecho de los pacientes, Tribuna Médica, Septiembre, Página 31 - 32. Recuperado de:  
[http://www.ffis.es/ups/documentacion\\_ley\\_3\\_2009/Derechos\\_Pacientes.pdf](http://www.ffis.es/ups/documentacion_ley_3_2009/Derechos_Pacientes.pdf)

12. Centro de Información y Documentación Empresarial sobre Ibero América: Ecuador Perfil Demográfico y Social (CIDEIBER, 1999) La Salud. Recuperado de:  
[http://www.oiss.org/IMG/pdf/Situacion\\_necesidades\\_y\\_demandas\\_de\\_las\\_personas\\_mayores\\_en\\_Bolivia\\_Colombia\\_Costa\\_Rica\\_Ecuador\\_y\\_Mexico\\_ampliado\\_marzo\\_2008\\_.pdf](http://www.oiss.org/IMG/pdf/Situacion_necesidades_y_demandas_de_las_personas_mayores_en_Bolivia_Colombia_Costa_Rica_Ecuador_y_Mexico_ampliado_marzo_2008_.pdf)
13. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), (1999) Hacia la implantación de modelos de la administración gerencial en Salud Pública, XII concurso de ensayos CLAD, Washington DC, OPS. Recuperado de:  
[http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)
14. Díaz-Muñoz y col. (1994) "Sistemas de salud en proceso de reforma". OPS. Buenos Aires. Recuperado de:  
[http://www.sgp.gov.ar/contenidos/inap/publicaciones/docs/politicas\\_publicas/salud.pdf](http://www.sgp.gov.ar/contenidos/inap/publicaciones/docs/politicas_publicas/salud.pdf)
15. Fernández, A. (1997) Movimientos comunitarios, participación y medio ambiente, Revista Temas (9) 53-9  
 Recuperado de:  
[http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)
16. González, M., et al. (2001) Educación permanente en salud. Gestión en los servicios de salud. Quito, Ecuador. OPS, c. 117 p. (Serie Educación Permanente en Salud, 1). Pág. 83-84. Recuperado de:  
<http://www.monografias.com/trabajos82/administracion-servicios-salud/administracion-servicios-salud.shtml>
17. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2011.  
 Recuperado de:  
<http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/main.html>
18. Lara, E., di Lauro Eduardo (2004) El modelo de salud en México, pág. 82, 83. Recuperado de:  
[bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo\\_e4.php?id=002625](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002625)
19. Linares C., (1996) Participación: ¿Solución o problema? La Habana: Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello.  
 Recuperado de:  
[http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)
20. López, S., (2005) Sistemas de salud comparados - Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90. Recuperado de:  
<http://www.monografias.com/trabajos34/sistemas-salud/sistemas-salud.shtml>
21. Medina, E., Kaempffer, A., (2007) Elemento de Salud Pública Capítulo Quinto Organización y Administración, Biblioteca Nacional de la Universidad de Chile. Recuperado de:  
<http://issuu.com/leoanrdopoma/docs/administracion-servicios-salud>

22. Mora, M., Urruela, V., (1991) Salud y Sociedad: Influencia de las Corrientes de Pensamiento en los Modelos Sanitarios, Reís 53/91 pp. 19-27. Recuperado de:  
<http://www.jstor.org/discover/10.2307/40183574?uid=3737784&uid=2&uid=4&sid=21102439246717>
23. Morón C., (1995) Políticas y estrategias para la seguridad alimentaria en el hogar, Archivos Latinoamericanos de Nutrición; 45 (1): 374-378. Recuperado de:  
[http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)
24. Organización Mundial de la Salud, (1990), La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra. Recuperado de:  
[http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)
25. Organización Panamericana de la Salud. 1986 Carta de Ottawa para la promoción de salud. Washington DC: OPS. Recuperado de:  
[http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)
26. Organización Panamericana de la Salud, (1993) Los Sistemas Locales de Salud, Washington DC. Recuperado de:  
[http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)
27. Organización Panamericana de la Salud. 1993a. La Participación Social en el Desarrollo de la Salud. Washington DC: OPS; (Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud; 26) Recuperado de:  
[http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)
28. Organización Panamericana de la Salud, (1995) La Participación Social en el Desarrollo de la Salud: Experiencias Latinoamericanas. Washington DC: OPS; (Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud; 35). Recuperado de:  
[http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)
29. Participación Social. Washington DC: OPS; (Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud; 3). Recuperado de:  
[http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)
30. República de Colombia, (1991) Políticas, estrategias y líneas de acción en participación comunitaria en salud: Versión preliminar, Santafé de Bogotá. Recuperado de:  
[http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)
31. Rodríguez Neira, T. 1996. Aprendizajes Tácitos: Comunidades, grupos y casas. Aula Abierta (68) 3-18. Recuperado de:  
[http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)
32. Roemer, M., (1980) "Perspectiva mundial de los sistemas de salud". Siglo XXI editores. México. Recuperado de:  
<http://www.faba.org.ar/fabainforma/416/Servicios.htm>
33. Revista Líderes (2011) Recuperado de:  
<http://www.elcomercio.com/negocios/salud-privada-crece-inversion0414558587.html>

34. Senties, Y., (1994) Participación comunitaria en la atención primaria de salud, Teoría y praxis, México, UNICEF.  
Recuperado de:  
[http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)
35. Terris, M., (1980) "Tres Sistema Mundiales de Atención Médica". En: Cuadernos Médico Sociales. N°14:27-35. Rosario. Recuperado de:  
[http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez\\_\\_sistemas\\_comparados\\_de\\_salud\\_.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez__sistemas_comparados_de_salud_.pdf)
36. WANLESS D. Final Report. Securing Good Health for the Whole Population. February 2004. Recuperado de:  
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### ***Constitución de la República del Ecuador.***

#### **Título II – Derechos/ Capítulo Segundo – Derechos del Buen Vivir/**

#### **Sección Séptima - Salud.**

**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.

#### **Título VII/ Régimen del Buen Vivir/ Sección segunda – Salud**

**Art. 358.-** El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la

diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

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

**Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

**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.

**Art. 365.-** Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

## **ANEXO 2.**

### ***Ley Orgánica de Salud.***

#### **Del derecho a la salud y su protección**

**Art. 1.-** La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

**Art. 2.-** Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

**Art. 3.-** La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. 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.

### **ANEXO 3.**

#### ***Ley General de Seguros del Ecuador***

**Art. 3.-** Son empresas que realicen operaciones de seguros las compañías anónimas constituidas en el territorio nacional y las sucursales de empresas extranjeras, establecidas en el país, en concordancia con lo dispuesto en la presente Ley y cuyo objeto exclusivo es el negocio de asumir directa o indirectamente o aceptar y ceder riesgos en base a primas. Las empresas de seguros podrán desarrollar otras actividades afines o complementarias con el giro normal de sus negocios, excepto aquellas que tengan relación con los asesores productores de seguros, intermediarios de seguros y peritos de seguros con previa autorización de la Superintendencia de Bancos y Seguros.

Las empresas de seguros son: de seguros generales, de seguros de vida y las que operaban al 3 de abril de 1998 en conjunto en las dos actividades. Las empresas de seguros que se constituyeron a partir del 3 de abril de 1998, sólo podrán operar en seguros generales o en seguros de vida.

4 Las de seguros generales.- Son aquellas que aseguren los riesgos causados por afecciones, pérdidas o daños de la salud, de los bienes o del patrimonio y los riesgos de fianza o garantías.

Las de seguros de vida.- Son aquellas que cubren los riesgos de las personas o que garanticen a éstas dentro o al término de un plazo, un capital o una renta periódica para el asegurado y sus beneficiarios. Las empresas de seguros de vida, tendrán objeto exclusivo y deberán constituirse con capital, administración y contabilidad propias. Las empresas de seguros que operen conjuntamente en los ramos de seguros generales y en el ramo de seguros de vida, continuarán manteniendo contabilidades separadas.

#### **ANEXO 4.**

### **Ley que regula el funcionamiento de las empresas privadas de salud y medicina prepagada**

**Art. 1.-** Las empresas de salud y medicina prepagada, son sociedades constituidas en el territorio nacional y que en virtud del pago de cotizaciones o aportaciones individuales, otorgan a sus afiliados el financiamiento para el servicio de salud y atención médica en general. La presente Ley regula la organización y funcionamiento de las empresas privadas de salud y medicina prepagada que financian la prestación de servicios de salud y, garantiza los derechos y obligaciones de los afiliados a estas empresas.

**Art. 2.-** Para efectos de esta Ley, al usuario del servicio de las empresas de salud y medicina prepagada también se lo llamará contratante, beneficiario, cotizante, afiliado o dependiente. Para estos mismos efectos a los servicios de salud y medicina prepagada, también se los denominará como sistemas o planes.

**Art. 3.-** Los planes de salud y medicina prepagada son sistemas establecidos legalmente, por los cuales el afiliado como titular del derecho, su cónyuge o conviviente legal, sus hijos, padres u otros familiares o cargas legales, que en calidad de dependientes reciben a cambio de una cotización o aportación individual, cuyo monto dependerá del plan o sistema

contratado, las prestaciones y beneficios oportunos y de calidad en centros de atención médica y de laboratorios adscritos o no al sistema, así como de provisión de medicinas. El afiliado, podrá también incorporar como beneficiarios de un plan a todos los que sin tener la condición de carga legal, sean aceptados por las empresas de medicina prepagada.

**Art. 4.-** Los servicios que ofertan las empresas de salud y medicina prepagada privadas, deberán ser prestados por sociedades anónimas, nacionales o extranjeras. Su objeto social será el financiamiento de los servicios de salud y medicina y tendrá un capital pagado mínimo de ochenta mil (80.000) UVC'S cuya aportación y pago se regirá por la Ley de Compañías vigente. El permiso de funcionamiento de las empresas de salud y medicina prepagada, será concedido por el Ministerio de Salud Pública en virtud de las condiciones y requisitos establecidos en el Reglamento General de esta Ley.

**Art. 5.-** Las empresas privadas de salud y medicina prepagada pueden prestar sus servicios de financiamiento, a través de planes abiertos, cerrados o mixtos.

**Art. 6.-** Frente a una urgencia o emergencia médica del usuario o sus dependientes contractuales, éstos podrán elegir el centro de atención médica al cual acudir. Más, si no está en condiciones de ser trasladado a una unidad de salud, podrá a su arbitrio solicitar en el lugar en donde se encuentre, la presencia de un servicio de atención de urgencias médicas ambulatorias. En ambos casos, la empresa de salud y medicina prepagada privada, deberá reembolsar los valores respectivos, de acuerdo al plan de salud contratado.

**Art. 7.-** Los planes de salud y medicina prepagada deberán estar en capacidad de ofrecer al usuario los siguientes servicios:

- a) Atención médica y profesional en las diversas especialidades, terapia intensiva, insumos médicos y quirúrgicos; y, medicamentos;
- b) Atención ambulatoria en todas las especialidades y sub-especialidades practicadas en las diferentes unidades de salud, en los consultorios y en los domicilios cuando el delicado estado de salud e imposibilidad de movilizar al paciente así lo justifique;

La atención ambulatoria está definida por todas aquellas prestaciones de salud que, de acuerdo a la práctica médica común, no requieren de hospitalización para ser atendidas;

- c) Visita médica hospitalaria, cuando el beneficiario se encuentra internado en una unidad de salud;

- d) Procedimiento de emergencia ambulatorio o médico quirúrgicas. La emergencia, calificada por un médico, debe ser entendida como una situación grave que se presenta súbitamente y amenaza la vida o la salud de una persona o de un grupo de individuos, como las catástrofes naturales o una enfermedad aguda;
- e) Ambulancia terrestre, aérea y fluvial, debida y legalmente autorizada como tal, dentro del territorio nacional, excepto en los casos expresados en el respectivo Reglamento;
- f) Todas las interconsultas profesionales, exámenes auxiliares y de diagnóstico, existentes a la fecha de promulgación de la presente Ley o que pudieran crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha del requerimiento del servicio;
- g) Atención hospitalaria a criterio del médico o profesional que atiende al beneficiario. En este derecho se incluye transporte, alimentación, habitación, terapia intensiva, insumos médicos y quirúrgicos, medicamentos, honorarios profesionales y todos los exámenes, procedimientos auxiliares de diagnóstico y terapéuticos mencionados en el artículo anterior o a criterio del médico o profesional bajo cuya responsabilidad está el contratante.
- h) Todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, curaciones y atención ambulatoria en atención al tratamiento de continuación posterior de cada enfermedad o accidente atendido;
- i) Todos los procedimientos, diagnósticos y terapéuticos, curaciones, atención ambulatoria y rehabilitación para dar cobertura a los

contratantes dentro de las especialidades y subespecialidades médicas y profesionales actuales o que pudieran crearse;

- j) Abortos no provocados, embarazos normales o complicados, controles prenatales, partos vaginales o por cesárea de productos a término o pre-término, complicaciones que se presentaren antes, durante y después del parto y alumbramiento, atención del recién nacido a término o prematuro, atención perinatal, atención en la unidad de cuidados intensivos, tanto para la madre como para el producto a término o prematuro, para lo cual se emplearán todos los procedimientos médicos necesarios, a fin de preservar la salud de la unidad madre-niño.

Se atenderá de igual manera al recién nacido que padeciere de estigmas o patologías congénitas, genéticas o hereditarias;

- k) Reconocimiento de pagos totales o parciales, según el plan contratado, por la compra de medicamentos en cualquier farmacia calificada, siempre que aquellos hayan sido prescritos por un médico. Será obligación de la empresa cubrir todos los gastos que demande el trasplante de órganos necesarios para la supervivencia del beneficiario o sus dependientes, en cuyos casos, la empresa también cubrirá los gastos en que para tal fin incurriere el donante, de acuerdo al plan contratado;
- l) Cobertura total de estudios anatomopatológicos cuando estos sean solicitados por un médico o profesional para configurar

apropiadamente el diagnóstico o evolución de la patología de un paciente;

- m) Cobertura dental total o parcial de conformidad con el plan contratado;
- y,
- n) Cobertura total de todas las enfermedades congénitas y hereditarias.

**Art. 8.-** Las empresas de salud y medicina prepagada para su funcionamiento, se financiarán por sus propios medios y no recibirán subsidios estatales por ningún concepto.

**Art. 9.-** La calidad de contratante, afiliado, usuario, beneficiario, cotizante o dependiente de un plan de salud ofertado por una empresa de salud y medicina prepagada, se lo obtiene en virtud de la suscripción de un contrato que se denominará: Contrato de Prestación de Servicios de Salud y Medicina Prepagada, que deberá ser aprobado por el Ministerio de Salud Pública y elaborado en formatos legibles y comprensibles, al cual se agregarán, previo a la suscripción del contrato, declaración jurada de salud o anamnesis, hasta el límite de su conocimiento:

## **ANEXO 5.**

### ***Reglamento de Servicios de Salud Privados del Ministro de Salud Pública***

Que, es necesario mejorar las condiciones que lleven a una óptima atención médica al, a la familia y a la colectividad, estimulando y orientado la participación del sector privado.

Que, se deben precisar a conocer y dar a conocer las diferentes normas técnicas y administrativas a las que deben sujetarse la construcción e implementación de los Servicios de Salud Privados.

Que, la expedición de las normas de organización y funcionamiento así como los procedimientos de control está a cargo del Ministerio de Salud Pública.

Que, es necesario establecer niveles de los Servicios de Salud Privados, de acuerdo al cumplimiento de los requisitos mínimas que se establezcan tanto en el área administrativa como técnica y de recursos.

Que es obligación del Ministerio de Salud Pública vigilar el cumplimiento de las normas técnicas y administrativas para que las personas reciban un servicio de atención médica acorde con el costo.

Que, es indispensable establecer aranceles de acuerdo al tipo de atención que presten; y,

Que, según disposiciones del Código de la Salud, corresponde a la autoridad respectiva, establecer las normas y requisitos que deben cumplir los establecimientos de atención médica y los procedimientos para conseguir la autorización de funcionamiento, ubicación, construcción, ampliación y remodelación de dichos establecimientos de salud.

## **ANEXO 6.**

### **Focus Group.**

La ciudad de la Troncal no cuenta con servicio médico de atención a domicilio, lo que es consulta médica y urgencias; se está realizando esta investigación para realizar una propuesta de este tipo.

#### **1.- ¿Qué le parece que usted desde su casa pueda a través de un número telefónico predeterminado solicitar la presencia de un médico para que pueda resolver una atención de salud?**

- Me parece muy bueno que uno pueda tener la opción de comunicarse a solicitar atención médica a domicilio, muchas veces no tenemos vehículo está muy lejos el hospital, me parece muy bueno, estoy de acuerdo.
- Excelente, está muy bien, es tan necesario tener la facilidad de un médico a domicilio, estoy de acuerdo.
- Me parece muy bien, tener un teléfono para poder comunicarnos con un centro médico o relacionado principalmente con la medicina, porque hay emergencias que se presentan a la media noche o en horarios que no se puede asistir a un hospital o centro médico y esta opción de llamar es muy buena, siempre y cuando los médicos estén muy bien preparados y nos atiendan como debe ser.
- Si es bueno porque se pueden resolver situaciones de enfermedad, es bueno tener un número de teléfono para llamar a un doctor especializado que le pueda dar el entendimiento necesario para esto.

- Para mi opinión es una opción muy buena tener servicio de un médico a domicilio, así las personas no perderíamos tiempo y tendríamos una mejor atención.
- La verdad yo si estoy de acuerdo, hay veces está lloviendo y se presentan casos de noche y si esta bueno eso del servicio y que tengamos para comunicarnos con un doctor, a veces a mí me ha tocado el caso de que mi niño s enferma a media noche y así con aguacero toca coger y sacarlo y si está bueno que tengamos como comunicarnos con un doctor a domicilio.

**2.- ¿Alguna persona del grupo ha escuchado alguna vez sobre este tipo de servicios, aquí o en otro sitio?**

- Creo que en las ciudades más grandes hay, Quito y Guayaquil, llamadas de emergencias donde llegan los médicos más rápido
- yo creo que aquí en la Troncal sería importantísimo.
- hay veces que los niños se enferman y uno no sabe ni como cogerlos, si es algo grave preferible no tocarlos.
- que llegue el médico sería muy bueno
- para que nos salve del agravamiento de la emergencia de algún familiar que este en la casa y no saber qué hacer.
- y sería buenísimo llamar al médico y lo vea.

**3.- ¿Cuánto piensan que sería justo pagar por este tipo de servicio en un rango de 1 a 20 dólares?**

- 10 dólares
- de acuerdo a la situación presentada
- 15 dólares
- entre 8 y 10 dólares
- 5 dólares
- entre 8 a 12 dólares
- hay gente que no tiene ni para ir al hospital.

**4.- ¿Qué opinión tiene sobre que los servicios médicos a domicilio sean servicios prepago como mensualidad?**

- Sería una buena idea que sea prepago pero de 5 dólares para bajo.
- Muy buena la idea pero también que no sea un costo muy elevado.
- Me parece bien, ¿pero las mensualidades hay que pagarlas como si estuviera pagando la empresa eléctrica?
- Está muy bien.
- Si está de acuerdo tener la prestación pagando la mensualidad.
- Me parece muy bien.
- Me parece muy bueno pagar la mensualidad, porque si se presenta un percance y en ese momento no tiene dinero puede llamar y que lo puedan atender sin ningún costo.

**5.- ¿Cuánto podrían pagar por este servicio con la modalidad prepago?**

- 2,5 dólares.
- 5 dólares.
- 5 dólares.
- 4 dólares.
- 2 dólares.
- 10 dólares.
- 3 a 4 dólares

**6.- ¿Qué prefieren o les parece mejor: Pos pago o Prepago?**

- mejor el prepago
- mejor afiliación
- mejor afiliación
- pos pago
- prefiero saber cuánto pagar
- las dos opciones son buenas.

**7.- ¿Opiniones?**

- Que se haga realidad.
- ¿Cuándo se viene esto?
- ¿Para cuándo se hará realidad este servicio?
- A las personas que están haciendo el estudio que puedan hacerlo realidad pronto.
- Le deseamos éxito.
- Que sería muy bueno para la Troncal.

**ANEXO 7.**

**Encuesta.**

1.- Sexo.

MASCULINO	
FEMENINO	

2.- Edad.

ENTRE 15-20 AÑOS	
ENTRE 20-30 AÑOS	
ENTRE 30-45 AÑOS	
ENTRE 45-60 AÑOS	
MÁS DE 60 AÑOS	

3.- ¿En qué tipo de empresa labora?

EMPRESA PÚBLICA	
EMPRESA PRIVADA	
INDEPENDIENTE	
NO TRABAJA	
JUBILADO	
OTRO:.....	

4.- ¿Cuántos miembros de su familia viven con usted?

ENTRE 2 Y 4 PERSONAS	
ENTRE 5 Y 7 PERSONAS	
MÁS DE 8 PERSONAS	

5.- ¿Qué tal le parece la atención médica en general de La Troncal?

EXCELENTE	
MUY BUENA	
BUENA	
REGULAR	
MALA	

6.- ¿Qué tipo de centro de salud suele acudir en caso de necesitar atención medica?

PRIVADO	
PÚBLICO	
OTROS:.....	

7.- ¿Cuántas veces ha visitado al médico entre el 2011 y 2012?

NINGUNA	
ENTRE 1 Y 3	
ENTRE 4 Y 6	
MÁS DE 7	

8.- ¿Ha escuchado acerca de Servicios de Salud a Domicilio?

SI	
NO	

9.- ¿Qué servicios de salud le interesaría recibir a domicilio?

ENFERMERÍA: CURACIONES, SUEROS, INYECCIONES	
CONSULTA MÉDICA	
TERAPIA RESPIRATORIA	
REHABILITACIÓN	
KINESIOTERAPIA	
OTROS	
ESPECIFIQUE:.....	

10.- ¿Le gustaría que en La Troncal hubiera un Servicio de Salud de Atención a Domicilio?

SI	
NO	
LE ES INDIFERENTE	

11.- ¿Tiene un presupuesto mensual para la salud en su hogar?

SI	
NO	

12.- Si la respuesta de la pregunta anterior es afirmativa, ¿podría decir cuál es el valor aproximado?

ENTRE 10 Y 20 DÓLARES	
ENTRE 20 Y 50 DÓLARES	
MÁS DE 50 DÓLARES	

13.- ¿Estaría de acuerdo en pagar un valor adicional por recibir estos Servicios de Salud a su Domicilio?

SI	
NO	

14.- ¿Cómo preferiría cancelar el valor del Servicio de Salud a Domicilio?

PREPAGO	
POSPAGO	

15.- ¿Qué tiempo de atención le parece razonable esperar desde que usted solicita los Servicios de Salud a Domicilio?

MENOS DE 30 MINUTOS ME PARECE BIEN	
30 – 60 MINUTOS	

Si la Troncal contara con un Centro de Salud a Domicilio que sugerencias usted propondría para que este centro pueda satisfacer sus necesidades como paciente:

---

---

---

---