



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN FINANZAS Y ECONOMÍA EMPRESARIAL

TRABAJO DE TITULACIÓN:

“ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL
HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE LA CIUDAD DE MACHALA
A PARTIR DE JUNIO DE 2015”

Previa a la obtención del Grado Académico de Magíster en Finanzas y
Economía Empresarial

ELABORADO POR:

GRACIELA MARIBEL FAJARDO AGUILAR

TUTOR:

EC. JOHN ALEXANDER CAMPUZANO VÁSQUEZ. MGS

Guayaquil, a los 25 días del mes de enero de 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Ing. Com. Graciela Maribel Fajardo Aguilar como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magíster en Finanzas y Economía Empresarial.

Guayaquil, a los 25 días del mes de enero de 2017

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Econ. John Alexander Campuzano Vásquez. Mgs

REVISORES

Lcdo. Walter Vélez Delgado Mae.

Lcdo. Renato Garzón Jiménez Mgs

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María Teresa Alcívar Avilés, PH.D



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, GRACIELA MARIBEL FAJARDO AGUILAR

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación “Análisis de Sostenibilidad Financiera del Hospital Teófilo Dávila de la Ciudad de Machala a partir de junio de 2015” previa a la obtención del Grado Académico de Magíster, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 25 días del mes de diciembre del 2017

LA AUTORA

Ing. Graciela Maribel Fajardo Aguilar



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN

Yo, Graciela Maribel Fajardo Aguilar

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación de Maestría titulada: “Análisis de Sostenibilidad Financiera del Hospital Teófilo Dávila de la Ciudad de Machala a partir de junio de 2015”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 25 días del mes de enero del 2017

LA AUTORA

Ing. Graciela Maribel Fajardo Aguilar

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado, también a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por haberme aceptado y ser parte de ella.

Agradezco también a mi Asesor de Tesis el Eco. John Campuzano por haberme brindado la oportunidad de recurrir su capacidad y su conocimiento científico.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	3
MARCO REFERENCIAL	3
1.1. Antecedentes	3
1.2. Planteamiento del problema	4
1.2.1. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo General	6
1.3.2. Objetivos Específicos	7
1.4. Delimitación del problema	7
1.5. Justificación	7
CAPÍTULO II	10
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	10
2.1. Marco teórico conceptual	10
2.1.1. Actores y roles dentro de un sistema de salud.	11
2.1.2. Componentes de un sistema de salud	11
2.1.3. Modelo de Gestión	12
2.1.4. Modelo de financiamiento	13
2.1.5. Modelo de atención	15
2.1.6. El gerente de hospital. Las funciones del gerente de hospital	16
2.1.7. Personal médico	18
2.1.8. Indicadores de capacidad, productividad y eficiencia hospitalaria	18
2.1.9. Importancia de la logística hospitalaria	20

2.1.10.	Objetivos de la información financiera	20
2.1.11.	Importancia de los estados financieros	21
2.1.12.	Empleo de razones financieras	22
2.1.13.	Análisis económico y financiero	23
2.1.14.	Análisis de datos financieros	24
2.2.	Marco teórico contextual	26
2.2.1.	Hospital Teófilo Dávila	26
2.2.2.	Atención hospitalaria años 2014-2015	31
2.2.3.	Gestión de la calidad	32
2.2.4.	Estructura orgánica	32
2.2.5.	Organización interna	33
CAPÍTULO III		36
METODOLOGÍA		36
3.1.	Introducción	36
3.2.	Contextualización general del problema de investigación	37
3.3.	Elección del diseño de la investigación	40
3.4.	Diseño de la investigación	40
3.4.1.	Diseño transversal y longitudinal.	40
3.5.	Técnicas de encuesta	41
3.5.1.	Cuestionario estructurado.	41
3.6.	Diseño de muestreo	41
3.6.1.	Técnica de muestreo	42
3.6.2.	Cálculo de la muestra	42
3.6.3.	Procedimiento metodológico	43
CAPÍTULO IV		44

ANÁLISIS DE RESULTADOS	44
4.1. Nivel de fiabilidad	44
4.1.1. Kunder Richardson KR20	44
4.2. Análisis descriptivo	46
4.2.1. Datos generales	46
4.2.2. Preguntas sobre percepción	47
4.2.3. Tablas cruzadas	50
4.3. Conclusiones	52
CAPÍTULO V	53
ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	53
5.2. Indicadores financieros	55
5.3. Indicadores hospitalarios	56
5.4. Propuesta de indicadores	58
5.4.1. Promedio diario de consulta	58
5.4.2. Otros indicadores del hospital Teófilo Dávila	61
5.4.3. Situación financiera actual	62
5.4.4. Presupuesto asignado	64
5.4.5. Sostenibilidad financiera	65
5.5. Conclusiones	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Presupuesto histórico 2008 - 2013 MSP (USD) Hospital Teófilo Dávila	14
Tabla 2. Definiciones del análisis de estados financieros	25
Tabla 3. Sexo de los pacientes del Hospital Teófilo Dávila	46
Tabla 4. ¿Ha recibido ofrecimiento de alternativas de solución ante problemas de atención médica?	47
Tabla 5. ¿Ha recibido información clara y oportuna sobre la atención que recibe?	47
Tabla 6. ¿Existe la preocupación por parte del hospital de resolver las quejas y reclamos que plantean los usuarios?	48
Tabla 7. ¿Hay disponibilidad de medios y facilidades para que el usuario pueda evaluar la calidad de servicio entregado por el hospital?	48
Tabla 8. ¿Existe un sistema de educación y orientación al usuario para que haga un buen uso de los servicios hospitalarios?	48
Tabla 9. ¿Existe un sistema permanente de seguimiento individualizado post atención que se interese en la salud del usuario y en la continuidad de sus tratamientos?	49
Tabla 10. ¿El hospital cuenta con señalizaciones suficientes y adecuadas que orienten al usuario en el interior del recinto hospitalario?	49
Tabla 11. ¿Considera que hay mejoras en la infraestructura del hospital (edificaciones, salas de atención, corredores o pasillos, estacionamientos, etc.) que permiten una atención de mejor calidad para el usuario	50
Tabla 12. Edad agrupada vs infraestructura	50
Tabla 13. Dotación normal de camas en el HTD	57
Tabla 14. Producción ambulatoria por diagnósticos: por tipo de atención, MSP 2014-2015	58
Tabla 15. Descripción de indicadores	62
Tabla 16. Evolución de los estados financieros 2014 - 2015	62
Tabla 17. Presupuesto del HTD 2013 -2015 (en dólares)	64
Tabla 18. Variación porcentual del presupuesto por principales partidas	64

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Evolución del presupuesto de inversión HTD.....	15
<i>Figura 2.</i> Producción morbilidad: por tipo de atención años 2014 -2015	32
<i>Figura 3.</i> Estructura organizativa HTD	32
<i>Figura 4.</i> Relación inversión-presupuesto total hospital Teófilo Dávila	55

RESUMEN

Para la investigación de la sostenibilidad financiera del hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, se utilizó el análisis longitudinal y transversal de los estados financieros, así como la evolución del presupuesto general, este análisis permitió proponer indicadores desde la teoría en salud que hace referencia al manejo que deben tener los hospitales en algunos países como Colombia y España principalmente. Además, mediante la aplicación de un cuestionario se procedió a encontrar relaciones entre el servicio que perciben los usuarios y lo que se manifiesta de manera presupuestaria, llegando a encontrar que los hospitales públicos no tienen indicadores de sostenibilidad, más bien solo tienen indicadores de atención con lo que no tienen claridad en el efectivo uso del presupuesto asignado.

Palabras clave: Análisis financiero, hospitales, presupuesto, indicadores.

ABSTRACT

The longitudinal and transverse analysis of financial statements and changes in the general budget was used for investigation of the financial sustainability of Teófilo Dávila hospital in the city of Machala, this analysis allowed to propose indicators from theory health referred the management that should have hospitals in some countries like Colombia and Spain mainly. In addition, by applying a questionnaire proceeded to find relationships between the service received by users and what manifests budgetary way, reaching find that public hospitals do not have sustainability indicators, rather only they have indicators Attention they do not have clarity on the effective use of the budget.

Keywords: financial analysis, hospitals, budget, indicators.

INTRODUCCIÓN

Los constantes reclamos sobre la calidad de la atención en hospitales públicos, sumado a los constantes incrementos de los costos de servicios de salud en el Ecuador, llevan a reflexionar sobre la eficiencia del manejo de los recursos financieros que se entregan.

Estamos presenciando un aumento de la demanda de atención médica por el modelo de salud que se aplica en el gobierno actual del presidente Rafael Correa Delgado, lo que impone una carga pesada a los presupuestos institucionales los que no pueden reaccionar dinámicamente como lo hace el incremento de servicios hospitalarios, esta carga lleva a pensar en mecanismos de que orienten sobre el uso eficiente del dinero, la calidad y los costos de atención médica.

Es así como determinar la sostenibilidad financiera de hospitales se convierte en una de las soluciones a los problemática de salud pública en Ecuador teniendo énfasis en hospitales considerados como base, que es el caso del Teófilo Dávila el más grande de la provincia dentro del sistema público. Hay que considerar que las fuentes de información y la capacidad de análisis y gestión de recursos se han venido ubicando solo en el manejo de los gastos corrientes, con poca información sobre costos de atención médica, por lo que hacer una propuesta de indicadores que mencionen estos valores es una necesidad impostergable.

Para el presente estudio se planteó como objeto de trabajo la determinación de la sostenibilidad financiera proponiendo indicadores financieros en salud, que no son algo habitual en centros de atención médica. El hilo conductor de la investigación propone revisar conceptualmente literatura sobre la aplicación de técnicas de análisis financiero a hospitales, para adaptar la información encontrada a la realidad sanitaria del Ecuador con el caso de hacerlo como propuesta para el hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala.

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1. Antecedentes

El hospital Teófilo Dávila es un hospital público perteneciente al ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) con 102 años de funcionamiento, está dedicado a la atención primaria y especializada en sus distintas áreas, atendiendo a cientos de ciudadanos del cantón Machala, y de la provincia de El Oro, está ubicado en la parroquia urbana de la Providencia entre las calles Buenavista y Boyacá. El hospital presta servicios de emergencia y de atención general, así como es categorizado como un hospital base en cuidados de salud en la provincia.

El hospital Teófilo Dávila (HTD) a lo largo de sus años no ha dejado de tener problemas de toda naturaleza, algunos propios de la estructura sanitaria del país y otros por el mal manejo interno asumido por la intromisión política en la dirección del nosocomio. Se pueden citar presupuestos bajos, escasez de personal especializado, problemas sindicales, desabastecimiento de medicinas, malos tratos de servidores, inestabilidad en sus jerarquías, etc.

Estos problemas han hecho que las críticas se multipliquen por parte de los usuarios en los medios de comunicación local, a tal punto de tener en algunos casos que ser intervenido por parte de las autoridades de salud del país para paliar el descontento de las personas que hacen uso de sus instalaciones. En los actuales momentos, producto del ejercicio del gobierno nacional, el HTD ha sido remodelado en su infraestructura y en su estructura organizacional actualmente cuenta con un gerente administrativo cuya función es eminentemente de control de las actividades operacionales, cargo que no existía en el pasado.

En el marco de un nuevo modelo de gestión implantado desde el Ministerio de Salud Pública (MSP), se han implementado muchos cambios; sin embargo, todavía es notorio la existencia de problemas en atención y en abastecimiento de insumos médicos, lo que configura un problema a solucionar bien sea desde la parte financiera y/o administrativa, o si es un problema que sobrepasa la capacidad de gestión interna.

1.2. Planteamiento del problema

Uno de los graves problemas que afronta los hospitales públicos del Ecuador es poder sostener con altos estándares de calidad los servicios que prestan, sabiendo que el sector público de salud en Ecuador tiene unas dinámicas especiales que hacen que no sea fácil de administrar el aumento de pacientes, la falta de especialistas, de medicinas, de equipos, en algunos casos son una demostración de estos problemas; es por ello, que determinar la sostenibilidad financiera del HTD, puede dar luces sobre el manejo de sus recursos y de las decisiones tomadas desde la alta administración, considerando si hay una buena relación entre los recursos que se reciben y el uso en función de las atenciones y servicios que se prestan.

Estos problemas como se enunció, están presentes en la mayoría de centros de atención hospitalaria pública del país, aunque en el sector privado se pueden resolver de mejor forma al tener programaciones presupuestarias flexibles sin obstáculos reglamentarios como en el público. Por lo que es necesario considerar adicionalmente al uso de los recursos, el tipo modelo de gestión, y si este es el que crea la diferencia financiera y de atención, o es posible mejorar desde la visión pública de atención.

1.2.1. Formulación del problema

En el sector salud se identifican algunos problemas que son casi permanentes en funcionamiento, los cuales se pueden señalar a continuación:

- Atención deficiente en los hospitales públicos del Ecuador, áreas de atención colapsadas y problemas en la calificación del personal.
- Para Menéndez (1985) :“en toda sociedad el Modelo Médico cumple cuatro funciones básicas: a) curativo-preventiva; b) normatizadora [*sic*]; c) de control y d) de legitimación. La primera función, la curativo-preventiva es la que aparece generalmente como la única, o por lo menos como la reconocida como más importante y relevante. Y en cierta medida así lo es; en el nivel manifiesto y aparente la curación y secundariamente la prevención aparecen como las funciones más frecuentes, como aquellas con las cuales se identifica la práctica médica” (Párr. 17). Por lo que se puede señalar que estas dos funciones son las que rigen la actividad de los hospitales públicos sin ser el HTD la excepción.
- En este sentido, los sistemas de salud del siglo pasado configuran una desregulación de la atención médica que responde a un modelo liberal desde organizaciones internacionales, que reduce el tamaño del estado dando paso a iniciativas privadas, reordenamiento de presupuestos y otras medidas que ayudan a desmejorar la atención, que muy bien señala Merhy (2000, p. 97) al decir, que “la salud deja de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir”
- Lo que lleva a recuperar ese derecho universal, con los cambios radicales en una estructura adaptada a décadas de manejo limitado en lo presupuestario con claro énfasis en lo privado, en detrimento de lo

público. Y es así que en los actuales momentos el sistema de salud tiene cambios radicales, con aumentos salariales importantes y otros con la implantación de jornadas completas de ocho horas, algo impensable de aplicar, que demanda a su vez mayores recursos y gestión del talento humano altamente efectiva.

Es por eso que un estudio de sostenibilidad financiera de una empresa social del estado como es el hospital Teófilo Dávila, debe abordar el tema desde las ópticas externa e interna y eso es precisamente lo que se intenta hacer en esta investigación.

En primer lugar se determinará la viabilidad financiera sin desconocer la parte técnica de su funcionamiento, como es el número de pacientes que tiene, la planta administrativa y de servicios, la planta médica, las especialidades con que cuenta, etc.

Para el primer abordaje, se identificará los instrumentos y las herramientas de gestión hospitalaria que tiene el HTD para luego realizar un diagnóstico del deber ser.

Para determinar la sostenibilidad financiera es necesario responder a cuestiones como las siguientes: ¿Cuántos servicios es capaz de ofrecer el hospital? ¿Cuál es su capacidad instalada total? ¿Cuál es su capacidad productiva real? ¿Cuál es su mercado potencial de pacientes? ¿Cuánto de sus servicios están acorde con el mercado privado, como referencia de sus costos?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la sostenibilidad financiera del hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Analizar los estados financieros de manera transversal y longitudinal considerando relaciones importantes entre partidas.
- Determinar la evolución del gasto mediante presupuestos y estados financieros del hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala.
- Identificar relaciones financieras y de atención que permitan un mejor desempeño técnico – financiero en el hospital Teófilo Dávila.

1.4. Delimitación del problema

El problema de investigación se delimita al Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, en su área financiera - contable, entendiendo que esta se constituye en el centro de la acción hospitalaria, y al no existir un efectivo manejo de los recursos asignados al HTD la gestión hospitalaria se vuelve ineficiente o de poco impacto en los usuarios de los servicios que esta institución presta.

1.5. Justificación

La preocupación por la eficiencia en el manejo de recursos presupuestados en hospitales públicos está orientada a identificar de mejor manera la forma de asignar los recursos disponibles con el fin de entregar al mayor número de individuos servicios médicos en condiciones de calidad y equidad, o lo que se ha venido denominando como “calidad y calidez” en la atención a los pacientes del sector público por parte del modelo de atención que impulsa el gobierno nacional.

García Álvarez (2007) evaluando al sector hospitalario en Colombia, define indirectamente la situación en Ecuador, indica que:

La crisis del sector hospitalario en parte se debe a las fisuras y vacíos que ha dejado la reforma del sistema de salud en Colombia, la que se implementó a

partir de los años noventa. En este sentido, todas las reformas afirman que se dan producto de la necesidad de modernizar el Estado para alcanzar mayor eficiencia del gasto público y en la calidad de los servicios públicos. El estado colombiano a decir del García Álvarez ha abocado transformaciones tendientes a redefinir su papel en un entorno cambiante e incierto que trata de mantener una menor participación del estado en favor del sistema de mercado. La incertidumbre, la rapidez con que suceden los cambios y la complejidad del entorno obligan a las organizaciones estatales a desarrollar competencias que eran aparentemente propias del sector privado tales como, la flexibilidad, la capacidad para interpretar las señales del entorno, la velocidad de respuestas a las situaciones que se presentan y la adaptación a los cambios (p. 145).

Un trabajo en 2008, de Chicaíza-Becerra & García-Molina, tomando como modelo la atención primaria en salud (APS) consideran el análisis de costo efectividad para comparar los costos con los resultados alcanzados que aunque con algunas deficiencias según los autores, ofrece la posibilidad de servir de instrumento para tomar decisiones sobre asignación de recursos, algo que es vital en hospitales.

Hay que tomar en cuenta que: “existe gran diferencia en los costos fijos de las empresas sociales del estado donde se tiene alta carga prestacional, otorgadas a través de convenciones colectivas, lo que genera alta burocracia administrativa y un deficiente control interno; razón por la cual debe replantearse su estructura administrativa para dar paso a instituciones eficientes y sostenibles en el tiempo y para esto los costos juegan un papel importante en la toma de decisiones”. (Inés, Torres, & Medina, 2014, p.123).

Para Bueno Ortiz, Gascón Cánovas, & Saturno Hernández (2002), los profesionales sanitarios deciden en base a sus años y conocimientos, qué es lo mejor para el paciente y que con el actuar apegados a las normas sanitarias se brinda un servicio de calidad. Manifiestan, que la idea de la calidad se extiende aún más aunque no siempre es suficiente, para satisfacer las necesidades sentidas y las expectativas de los pacientes. Si bien es cierto que la decisión de trabajar de un médico profesional está regida por la ética, esta debe ser complementada con los equipos, instrumentos, y servicios auxiliares que contribuyen a ese servicio de calidad que manifiestan estos autores.

Como se puede ver, es necesario tener no solo criterios de calidad en función del servicio sin considerar costos y beneficios para los centros de salud, es un todo integrado, sin recursos la eficiencia en la atención se verá perjudicada aunque exista el recurso humano preparado y dispuesto a dar lo mejor de sí, por ello, se justifica hacer un análisis de la sostenibilidad financiera del hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala en perspectiva de poder atender con eficiencia y efectividad a los pacientes que son derivados o acuden directamente a sus instalaciones y consultas.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. Marco teórico conceptual

Con la intención de brindar un panorama de lo que ha sido la evolución de los hospitales en el mundo, es necesario hacer un breve recorrido por lo que ha sido la historia del desarrollo de este tipo de institución. El siglo XIX se caracterizó por una etapa de beneficencia, en la que los hospitales se encontraban en poder de órdenes religiosas y fundaciones. Durante esta etapa los hospitales se caracterizaban por el espíritu caritativo hasta el punto de poder considerarse literalmente como “almacenes de enfermos” y se denominaban sanatorios.

Esta condición de los hospitales existió hasta mediados siglo XX, cuando el estado asigna presupuestos públicos a dichas instituciones con la intención de garantizar las atenciones sanitarias a los pobres y a trabajadores menos remunerados.

Esta asignación de presupuestos públicos le concedía al estado la posibilidad de intervenir en las decisiones en cuanto a recurso humano y calidad de la atención. En la segunda mitad del siglo XIX se desarrolla la seguridad social y aparecen otros recursos de financiación de los hospitales a través de las cotizaciones obreras, aportes patronales y del estado. Los trabajadores, ahora mejor remunerados, comenzaban a ver la salud como un derecho y a exigir calidad en la asistencia sanitaria.

Esto llevó a un ejercicio más liberal de la medicina aunque todavía distaba mucho de ser corporativa (Africano, 2011). En las décadas de los cincuenta a setenta del siglo XX aparece el hospital privado. Grupos de mayor solvencia

acuden al mercado privado de seguros y se desarrolla el concepto de clínicas (Africano, 2011).

2.1.1. Actores y roles dentro de un sistema de salud.

Un sistema de salud implica un conjunto de actores que desempeñan roles y asumen objetivos propios. En la búsqueda de esos objetivos particulares se realizan acciones que establecen flujos de servicios (de salud) y de recursos (financieros, físicos y humanos). Hay un sistema complejo de roles y actores. Es importante destacar que los objetivos de los actores no siempre están vinculados con la situación o estado de salud de la población y las acciones pueden llegar a ir en detrimento de ellos (Tobar, 2000).

2.1.2. Componentes de un sistema de salud

En estudios dedicados a sistemas de salud, identifican diferentes componentes. Se puede mencionar, cuando se privilegia una visión socio - política se visibilizan componentes jurídicos, organizativos, grupos de interés, etc. Por lo que es necesario analizar un sistema de salud hospitalaria desde una perspectiva económica y administrativa. Entonces cuales serían los componentes de un sistema de salud en este caso del hospital Teófilo Dávila. Todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes (Tobar, 2000): a) político, b) económico y c) técnico.

Todos estos modelos responden a diferentes concepciones, desde lo político que define el modelo de gestión que adquiere o se impone, la forma de manejar recursos o la obtención del financiamiento y el modelo técnico, que es una mezcla de los dos anteriores, que no debe olvidar la forma de brindar servicio de manera profesional con excelente trato humano.

Tres modelos que permiten entender el funcionamiento de un sistema de salud macro o micro, dependiendo del análisis que se plantee.

2.1.3. Modelo de Gestión

En esencia, un modelo es una representación simplificada y simbólica de un conjunto de relaciones causa-efecto de una realidad compleja que se intenta abarcar y comprender. Cuando se le añaden los complementos de negocio o empresarial estamos tratando de representar el conjunto de las relaciones comerciales o corporativas de dichos modelos en su conjunto, es decir, a través de su cadena de valor (Freire, 2010).

La problemática del modelo de gestión se puede entender en función de las prioridades que se identifican, que son las que ayudarán a la toma de las decisiones desde la alta dirección del sistema de salud.

Por lo que se pueden distinguir en sistemas de salud dos cuestiones centrales de un modelo de gestión: a) Por un lado la línea ideológica que asume valores y principios como rectores del sistema, b) por el otro el rol que debe cumplir el Estado en salud.

Cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros, por ejemplo, unos se preocupan más por la atención prioritaria y otros por la universalidad de la cobertura, sin despreciar la efectividad de la atención médica (su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos).

Cada sistema de salud involucra determinadas formas de participación del estado en la resolución de los problemas de salud de la población. Esta participación puede variar en cantidad y calidad. De hecho no es totalmente imposible pensar en un sistema de salud con total ausencia del Estado (Tobar, 2000). Sin embargo, las funciones del Estado desde lo político en salud,

consistiría en delinear las informaciones deben ser entregadas a la población, qué servicios debe proveer directamente el Estado, cuáles y cómo debe comprar el Estado al sector privado y por último, cómo se debe reglamentar a las prestadoras de salud privada.

En síntesis, desde la perspectiva del modelo de gestión del sistema es importante detectar en cada país cuales son los principios y valores que guían el sistema, cuáles son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema, quién las toma y cómo se toman, porque una vez en claro el modelo, este fluye hacia abajo en las provincias y en las ciudades que tienen hospitales de atención masiva como es el Teófilo Dávila en la ciudad de Machala.

Es básico entonces, tener claro el modelo de gestión que permita conocer servicios que debe prestar, comprar y cuáles son las regulaciones que se deben seguir, estos modelos de gestión son los que han dado paso a la creación de un gerente administrativo para los hospitales públicos, tal vez, pensando en la división de actividades como medio para mejorar la eficiencia de los servicios que entrega una institución de salud pública.

2.1.4. Modelo de financiamiento

Tal vez el aspecto central en esta investigación, es el modelo de financiamiento como elemento clave para el funcionamiento integral del hospital Teófilo Dávila que es el sujeto de la investigación. Para Tobar (2000), la problemática del modelo de financiación involucra un conjunto de cuestiones tales como:

- I. ¿Cuánto debe destinar un país en salud pública?
- II. ¿De dónde provienen los recursos?
- III. ¿Cómo asignar los recursos?

Sin duda que estas cuestiones definen la eficiencia del sistema, la primera cuestión de cuánto se debe gastar en salud, siempre ha sido un tema de polémica, al comparar sistemas nacionales con otros de mayor cobertura como los de países europeos o de Norteamérica, teniendo como resultado la opinión de que las asignaciones dadas siempre resultan insuficientes, aunque no se tenga una valoración de los servicios prestados.

Ahora bien como se mencionó anteriormente los modelos de financiamiento han cambiado en el tiempo, desde el financiamiento central por parte del estado hasta la autogestión como corriente neoliberal del siglo pasado, en donde se cobraba por determinados servicios para financiar otros a los usuarios, discriminando entre los que tienen como hacerlo, frente a los que carecen de recursos debiendo recibir los servicios médicos completamente gratis, a un modelo en donde el estado tiene un especial énfasis en atender y brindar servicios, lo que dependerá de la política que se tenga en los gobiernos para este sector.

Tabla 1. Presupuesto histórico 2008 - 2013 MSP (USD) Hospital Teófilo Dávila

Presupuesto devengado por tipología

Tipo	Tipología	2012	2013	2014	2015	Total general
CORRIENTE	HOSPITAL GENERAL	14,970,114	11,797,369	20,239,300	6,338,998	94,592,946
INVERSIÓN	HOSPITAL GENERAL	2,762,569	2,192,434	261,327	8,865	12,461,419
TOTAL GENERAL		17,732,683	13,989,803	20,500,627	6,347,863	107,054,365

FUENTE: eSIGEF Ministerio de Finanzas

ELABORACIÓN: MSP

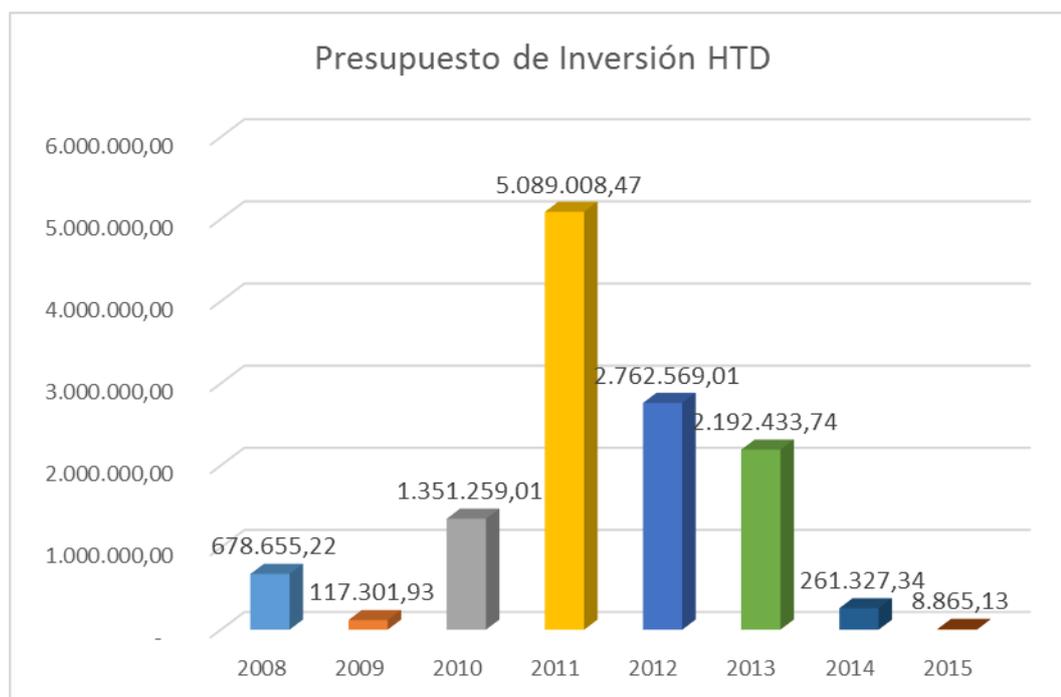


Figura 1. Evolución del presupuesto de inversión HTD

FUENTE: eSIGEF Ministerio de Finanzas

ELABORACIÓN: Graciela Fajardo

Se puede apreciar que no existe un nivel constante o predecible de asignación de recursos para inversión, más bien se puede estimar que los recursos fluyen desordenadamente, es así, que los años desde el 2010 al 2013 la inversión en el HTD aumenta sustancialmente para luego estancarse, lo que a priori puede deberse a la falta de planificación de necesidades que termina en un flujo inconstante de recursos.

2.1.5. Modelo de atención

Los criterios que establecen cómo se organiza y divide el trabajo médico, corresponden a decisiones de política de salud desde las instancias ministeriales, por lo que las instituciones de salud deben seguir las directrices nacionales, mencionar que las atenciones deben responder: ¿Qué cubrir? ¿Qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se debe brindar a la población?

¿Qué cubrir? Genera un debate en torno a enfermedades denominadas catastróficas que exigen de muchos recursos, que no siempre pueden ser brindados para la atención integral del o de los pacientes, lo que puede ocasionar una imagen pobre frente a la comunidad. Además el modelo de atención debe considerar: ¿Cómo prestar? ¿Qué prestadores? ¿Con cuales criterios o padrones? ¿Dónde prestar? ¿En qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta? ¿Qué criterios de referencia y contrareferencia se deben adoptar?

Todas estas preguntas son parte del modelo, qué prestadores permite saber los servicios que deben ser cubiertos por otras instituciones, debido a la falta de equipos o de personal especializado, la gestión integral del modelo, conduce a crear una imagen de excelencia o de resistencia por parte de los usuarios, de ahí la importancia que los modelos estén integrados para alcanzar éxito en la sostenibilidad de los servicios que pueden dar los hospitales públicos del país.

2.1.6. El gerente de hospital. Las funciones del gerente de hospital

Las responsabilidades de un director de hospital, tal como se describen en el programa de exámenes de la dirección de la asociación de hospitales americanos, son éstas:

- a) Someter para su aprobación un plan de organización para la realización de la operación del hospital, y recomendar los cambios, cuando éstos sean necesarios.
- b) Preparar un plan para el logro de los objetivos específicos del hospital, y su revisión y valoración periódica.
- c) Seleccionar, emplear, controlar y despedir a todos los empleados.
- d) Presentar para su aprobación un presupuesto anual, en el que aparecen los ingresos y los gastos previstos.

- e) Recomendar las tarifas a percibir por los servicios del hospital.
- f) Tener la responsabilidad de la custodia de todos los fondos operativos de la corporación.
- g) Representar al hospital en sus relaciones con otras instituciones de sanidad.
- h) Servir como enlace y canal de comunicaciones entre la junta de gobierno o sus comités y el personal médico.
- i) /) Ayudar al equipo médico en sus problemas de organización y médico-administrativos, y otras responsabilidades.
- j) Presentar a la junta de gobierno informes que muestren los servicios profesionales y la experiencia fiscal del hospital, y someter los informes especiales que le sean pedidos por la junta de gobierno.
- k) Aconsejar a la junta de gobierno sobre las materias de formulación de normas.

Además, la asociación de hospitales americanos añade en un *post scriptum* a este catálogo de responsabilidades, que se espera que el director o sus delegados asistan a todas las reuniones de la junta de gobierno y sus comités, y aconseje y mantenga a «la junta de gobierno informada al día sobre las tendencias significativas que permitan capacitarla para llevar a cabo sus funciones de formulación de normas... (incluyendo) información (sobre) y explicación de:

- 1) los factores sociales, económicos y legislativos significativos que influyen en el campo hospitalario en general y en este hospital en particular;
- 2) las actividades de organizaciones locales, estatales y nacionales, que están relacionadas con el programa de servicio del hospital;

3) las condiciones dentro del hospital que pueden requerir acción por parte de la junta de gobierno; y

4) los progresos técnicos y científicos en el campo sanitario» (Rowland & Rowland, 1984)

- Además, para De Marco & Suárez (2015, p.87), los desafíos a los que se enfrentan los directivos y el equipo de gestión del hospital son:
- Limitaciones presupuestarias.
- Evaluación de la calidad de las nuevas tecnologías.
- Información y papel activo de los pacientes.
- Definición de los distintos niveles de atención.
- Gestión: indicadores de eficiencia.
- Trabajo en equipo.
- Comunicación.

2.1.7. Personal médico

El personal médico tiene la responsabilidad global sobre la calidad de todos los cuidados médicos facilitados a los pacientes, y de la conducta ética y las prácticas profesionales de los médicos, individualmente. Debe rendir cuentas a la junta de consejeros, lo mismo que lo hace el director. El personal médico puede estar en una relación lineal con la junta de gobierno, o puede trabajar en línea con el director. En muchas organizaciones, el personal médico sirve en capacidad asesora o de equipo con el director, pero en dependencia lineal de autoridad, solamente con la junta de gobierno (Rowland & Rowland, 1984).

2.1.8. Indicadores de capacidad, productividad y eficiencia hospitalaria

Para el recurso cama, los hospitales calculan varios indicadores relacionados con la productividad y la eficiencia hospitalaria, entre ellos tenemos: porcentaje de ocupación, promedio de estancia, índice de rotación e intervalo de sustitución.

Las instituciones hospitalarias calculan porcentajes de ocupación en función de la capacidad de su recurso cama.

Para De Marco & Suárez (2015), el proceso de elección de indicadores hospitalarios adecuados para el seguimiento de las diferentes actividades se requiere de una serie de etapas. En primer lugar es necesario definir las actividades, cuáles y cómo son. En segundo lugar, bajo qué estándar se realiza el seguimiento de la actividad para analizar el resultado obtenido. Posteriormente se debe escoger el tipo de indicador más adecuado, así como su fórmula de cálculo teniendo en cuenta lo que se quiere medir.

Los indicadores persiguen valorar y hacer un seguimiento de la ejecución en cuanto a la consecución de un objetivo concreto o realizar una actividad determinada. Se concentran en aspectos relacionados con la economía y eficiencia. Relacionan inputs soportados frente a recursos previstos, vinculan la prestación de los servicios efectuados y recursos utilizados, miden el funcionamiento, y resultados específicos sobre el objetivo establecido (De Marco & Suárez, 2015, p.88).

Las principales dificultades de los indicadores son:

- Dificultad para medir el producto hospitalario.
- Dificultad para fijar y cuantificar determinados objetivos de gestión en hospitales.
- La imposibilidad a veces de medir los resultados de la gestión.

- Dificultad para medir el impacto que sobre la población puede tener un determinado proyecto o programa sanitario.

Como se puede analizar, estas dificultades deben ser tomadas en cuenta en el análisis de la sostenibilidad financiera del hospital Teófilo Dávila, ya que muchas actividades en la medición del “producto hospitalario” como definen De Marco y Suárez, no solo responden a recursos sino pueden ser producto de otras variables no identificadas.

2.1.9. Importancia de la logística hospitalaria

En el presupuesto de un hospital, como en el de la mayoría de las empresas de servicios, los gastos de personal suponen casi dos tercios de la totalidad del presupuesto. Estos gastos tienen un componente, salario, que normalmente viene fijado en convenios de ámbito externo; y, otro componente, horas trabajadas, que es poco flexible, por la misma razón y por los costes económicos y políticos de la aplicación de medidas de ahorro. Por ello, la capacidad de maniobra sobre este importe es muy reducida, o bien, tiene que ser ordenada desde organismos superiores a la propia entidad de gestión hospitalaria. Y dado que la capacidad de gestión sobre este importe es casi nula y en gran parte externa, la diferencia entre las distintas entidades viene marcada por la gestión particular que cada hospital hace del resto de los gastos de su presupuesto (Murillo & Sellera, 2012).

2.1.10. Objetivos de la información financiera

Actualmente se admite que el objetivo de la información financiera, compatible con su tradicional misión de control o rendición de cuentas, ha de ser la satisfacción de las necesidades del amplio colectivo de potenciales usuarios de la misma. Pero como los informes financieros que la empresa elabora son únicos, salvo los destinados a ciertos organismos oficiales como la Hacienda Pública (en

nuestro caso el Servicio de Rentas Internas), los usuarios habrán de analizarlos e interpretarlos en función de sus intereses concretos (Merchante & Jiménez, 2002).

Al tratar aspectos sanitarios, el primer paso a la hora de hacer una evaluación económica-financiera, es definir con claridad el problema clínico (condición clínica a la cual se refiere la evaluación) o cuestión que se plantea. Este punto puede parecer obvio, pero es de gran importancia puesto que va a condicionar el estudio posterior. En este sentido, la realización de una evaluación económica-financiera puede plantearse simultáneamente a la evaluación de la eficacia o la efectividad y la seguridad de una intervención frente a sus alternativas, o posteriormente.

En este segundo caso, solo tendría sentido realizar la evaluación económica cuando se haya generado información suficiente sobre el balance entre el beneficio y el riesgo de una determinada tecnología o intervención, en comparación con otras tecnologías alternativas, lo que se entiende como la adopción de un procedimiento tecnológico que mejora los servicios sanitarios o de cambios en el uso de sus recursos (López Bastida et al., 2010, p.157).

2.1.11. Importancia de los estados financieros

Los estados financieros cuya preparación y presentación es responsabilidad de los administradores del ente, son el medio principal para suministrar información contable a quienes no tienen acceso a los registros de un ente económico. Mediante una tabulación formal de nombres y cantidades de dinero derivados de tales registros, reflejan, a una fecha de corte, la recopilación, clasificación y resumen final de los datos contables (Ocampo, 2015).

En este sentido se puede decir que los estados financieros proporcionan para el caso de organizaciones sin fines de lucro como hospitales la siguiente información:

- a. La eficacia de la dirección en la utilización de los recursos que le han sido encomendados.
- b. El comportamiento económico y financiero de la entidad durante un período concreto de tiempo.
- c. La situación económica y financiera de la entidad, y la composición y valoración de sus recursos económicos y financieros.

2.1.12. Empleo de medidas analíticas

El análisis de medidas analíticas comprende métodos de cálculo e interpretación de estas medidas que consideran recursos financieros y humanos con el fin de determinar el desempeño y posición de una organización. Los elementos básicos para el análisis de razones financieras son el estado de resultados y el balance general de los períodos por analizar, que en el caso de esta investigación también se usan pero con un enfoque diferente.

No obstante, para Ocampo (2015) es necesario examinar primero las partes interesadas y los tipos de comparaciones que implica el análisis de razones, que se quiere mostrar y cuáles son las mejores medidas a considerar.

Para Santos Cebrián (2004), los indicadores financieros son limitados en sus señales informativas dado que sólo explican las consecuencias del pasado de la organización, y, por tanto, sólo permiten gestionar a futuro los acontecimientos, es decir, miden resultados y no causas. Las medidas financieras, en contadas ocasiones, proporcionan a los directores toda la información que necesitan para tener éxito en las decisiones estratégicas. Dependier únicamente de indicadores

financieros implica, en la mayoría de los casos, adoptar un enfoque basado en el corto plazo y, por tanto, puede obstaculizar el reconocimiento de las oportunidades a largo plazo o el enfrentamiento a las amenazas del futuro. Para poder gestionar en el entorno actual en el que se desenvuelven las empresas, es preciso disponer de indicadores que informen “a priori” de lo que más tarde reflejarán los indicadores financieros.

Quizás, la mayor dificultad que deben afrontar las organizaciones que apuestan por utilizar herramientas de gestión estratégica, se produce en el momento de poner en práctica la estrategia previamente formulada. En primer lugar, la búsqueda de consenso en la interpretación de la estrategia es difícil, dado que concretar una idea general que nace de la formulación de la estrategia en objetivos determinados puede estar sujeto a múltiples opiniones y puntos de vista diferentes cuando se trata de responder al “qué, cómo y quién” dentro del ámbito operativo, incluso teniendo una dificultad adicional como es no contar con el talento humano apropiado, el mismo que debe entrar en preparación para ejecutar las estrategias decididas.

En este sentido es necesario a partir de los indicadores financieros encontrar relaciones causa-efecto en el modelo de gestión para llegar a un consenso de cómo alcanzar los objetivos. De esta forma, se consigue el compromiso de toda la organización, dado que todas las personas que la integran dirigen sus esfuerzos en la misma dirección y no dejen el trabajo aislado.

2.1.13. Análisis económico y financiero

La importancia del análisis financiero radica en que permite identificar los aspectos económicos y financieros que muestran las condiciones en que opera la empresa con respecto al nivel de liquidez, solvencia, endeudamiento, eficiencia,

rendimiento y rentabilidad, facilitando la toma de decisiones gerenciales, económicas y financieras en la actividad empresarial (Rosillón & Alejandra, 2009, p.607).

Los mismos autores precisan, que el análisis financiero debe ser aplicado por todo tipo de empresa, sea pequeña o grande, e indistintamente de su actividad productiva. Empresas comerciales, petroleras, industriales, metalmecánicas, agropecuarias, turísticas, constructoras, entre otras, deben asumir el compromiso de llevarlo a cabo; puesto que constituye una medida de eficiencia operativa que permite evaluar el rendimiento de una empresa.

2.1.14. Análisis de datos financieros

Para establecer el ámbito propio de esta disciplina y diferenciarla de otras materias afines, es preciso delimitar su contenido y funciones, esto es, identificar los elementos más significativos que intervienen en el proceso de análisis financiero —objeto material y objeto formal—, así como los objetivos y fines perseguidos (Merchante & Jiménez, 2002, p. 44).

Para ello Merchante & Jiménez, recogen algunas con particularidades en los objetivos y fines perseguidos, en todas ellas están presentes, de manera implícita o explícita, los elementos esenciales en todo proceso de análisis, a saber y que se detallan en tabla 2:

Los inputs o informaciones objeto de evaluación e interpretación.

- Las herramientas o métodos analíticos susceptibles de ser utilizados por el analista.
- La interpretación de la información examinada, como paso previo imprescindible para la formulación de un juicio o diagnóstico.
- La emisión de una opinión.

La opinión final del analista, que se materializará en un documento o informe de análisis, incluirá las recomendaciones y predicciones alcanzadas, que han de sustentarse en hipótesis razonables y suficientemente explícitas.

Asimismo, en todo proceso de análisis será necesario identificar claramente a los distintos agentes implicados: la entidad analizada, el analista y el decisor o destinatario de la opinión. Como prototipo de decisor suele señalarse el amplio colectivo de usuarios externos —proveedores, entidades bancarias y otros acreedores—, quienes, por lo general, carecen de autoridad para influir en la elaboración de la información publicada por la entidad analizada, y que en el caso que concierne serían los usuarios de los servicios y los directivos provinciales del ministerio de Salud.

Tabla 2. Definiciones de medidas y modelos analíticos

Autores	Objeto material ¿Qué?	Objeto formal ¿Cómo?	Objetivos y fines ¿Para qué? ¿Por qué?
Urías (1991; p.179)	Información contable	Ciertas técnicas	Investigar y enjuiciar las causas y efectos que expliquen la situación actual.
			Predecir, dentro de ciertos límites, el desarrollo futuro.
			Facilitar la toma de decisiones
González Pascual (1992; p.30)	Información contable	Instrumentos y procedimientos	Conocer la situación patrimonial, económica y financiera de la empresa.
			Determinar las causas que han motivado la situación actual.
			Aconsejar situaciones concretas.
Amat (1994; p.16)	Estados financieros	Conjunto de técnicas	Diagnosticar la situación y perspectivas de la empresa.
			Conseguir decisiones adecuadas.
Rodríguez y Román (1999; pp.60 y 64)	Estados financieros e información complementaria	Técnicas adecuadas	Evaluar el equilibrio financiero (cumplimiento puntual de pagos).
			Evaluar el equilibrio económico (si las tasas de rentabilidad son satisfactorias).

Gonzalo, Pérez y Serrano (2000; pp. 42 y 43)	Información contable externa y otros datos (del sector bursátil, etc.)	Medidas y modelos analíticos	Estudiar las causas de la evolución en el tiempo de los indicadores calculados.
			Simular y proyectar los valores de las variables, bajo determinadas hipótesis.
			Determinar el valor de la entidad a partir de los datos proyectados.
Jiménez, García-Ayuso y Sierra (2002; Cap.1)	Información financiera	Proceso no estructurado	Investigar dos factores fundamentales: rentabilidad y riesgo.
			Transformación de datos en opiniones.
			Formulación de opiniones esencialmente predictivas.
			Asignación eficiente de recursos.

Fuente: Tomado de Merchante y Jiménez 2002

2.2. Marco teórico contextual

2.2.1. Hospital Teófilo Dávila

(Molina, Chu, Solano, & Salinas, 2015) en el documento que contiene la planificación institucional del HTD señalan que:

El 23 de abril de 1884, el Dr. José María Plácido Caamaño decreta la creación de la provincia de El Oro y en la sesión solemne que por este acontecimiento se realizó, el primer Gobernador de la provincia hizo ver la necesidad de tener un hospital en razón de las características del clima y la insalubridad reinante han favorecido la aparición de enfermedades tropicales como infecciones respiratorias, paludismo, disenterías, parasitosis, fiebre amarilla y otras como la tuberculosis. En ese entonces, los enfermos eran socorridos por los padres Jesuitas en la iglesia parroquial mencionándose a los padres Samaniego, Enderica y Espinoza.(p.4).

Recogiendo esa necesidad, el gobierno del Ecuador presidido por el Dr. Luis Cordero, a través del Congreso de la República expide el decreto N° 158, dictado

el 8 de agosto de 1892, asignando la cantidad de 5.000,00 sucres anuales, para la construcción y mantenimiento del hospital y se dispone que la dirección estuviera bajo mandato de las Hermanas de la Caridad (Molina et al., 2015).

En 1893 se presenta en Machala una epidemia de fiebre amarilla y ante la falta de hospital, apremiados por la necesidad; la municipalidad de Machala dona una manzana de terreno Municipal ubicado al extremo norte de la ciudad, cerca del cementerio antiguo, colindando con un muro de protección que tenía la ciudad para resguardarse de las crecientes invernales del río Jubones, manzana que fue destinada para la construcción de un hospital, que actualmente está circunscrita por las calles Boyacá, Buenavista, Guabo y Tarqui y se encarga al padre Teófilo Dávila la construcción en forma urgente de un local rudimentario donde se pueda prestar atención a los enfermos. Desde entonces, el padre Dávila con enorme espíritu de sacrificio y con la ayuda del pueblo, de hacendados y religiosas como las “Hijas de la Caridad” inician, continúan e impulsan la construcción del hospital (Molina et al., 2015, p.4).

El 29 de Agosto de 1894, el Congreso de la República, considerando que el gobierno no ha cumplido la asignación de \$5.000,00 anuales, mediante decreto N° 069, establece un impuesto al aguardiente a nivel provincial en beneficio de la construcción del hospital, más la asignación presupuestaria.

La construcción del hospital se da inicios en 1903 y por gestiones del Gral. Manuel Serrano se obtuvo nuevas asignaciones de dinero para el hospital.

Cuando en 1910, se presenta el conflicto internacional con el Perú, el presidente Gral. Eloy Alfaro, viene desde Quito y ordena la agilización de la construcción del hospital, pero sin aportar con recursos económicos.

El tesón del padre Dávila y el esfuerzo del pueblo machaleño, acicateados por la necesidad y las epidemias tienen sus frutos y el 13 de enero de 1913, se pone al servicio de la comunidad oreense el Hospital, que por disposición del municipio de Machala se lo denomina “Hospital Teófilo Dávila”, ilustre cuencano, reverendo, doctor en teología que llegó a Machala el 26 de abril 1898.

El 1 de diciembre de 1923 se gestionó el gabinete de cirugía cuyo equipo llegó al país el 17 de abril de 1924. Ese mismo año, siendo presidente municipal don Rafael González Rubio se obtuvo del Dr. Isidro Ayora, presidente de la república, la ampliación del edificio con lo que se cortó definitivamente la calle Colón.

El primer director del HTD fue el Dr. Pomerio Cabrera.

El 6 de junio 1967 mediante decreto N° 084 publicado en el Registro Oficial N° 149 se crea el ministerio de Salud Pública que luego de efectuar una evaluación de la planta física, instalaciones y equipamiento se concluyó que resultaban insuficientes para prestar una adecuada atención medica - por lo que - considerando el incremento de la población y consecuentemente sus demandas así como el desarrollo tecnológico y científico dentro del campo de la medicina, se decidió dotar de un nuevo hospital con capacidad para 220 camas, con equipamiento moderno, para el efecto luego de los procedimientos legales, en el año de 1975 contrato con la empresa INARQ la construcción de la obra civil en los terrenos donados por la municipalidad de Machala.

La firma INARQ inicio la construcción en el año 1975, con un avance del 60% aproximadamente, pero por incumplimiento de esta y luego de procedimientos legales se rescindió el contrato en el mes de enero de 1984 asumiendo la terminación de la construcción el Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (IEOS) concluyendo en 1986. Para el equipamiento mediante decreto supremo N°

480 publicado en el registro oficial N° 117 de 28 de Junio de 1978, se faculta al Ministerio de Salud

Pública, que previa a disposiciones legales la contratación del equipamiento necesario y se suscribe contratos con las firmas OMNIA-PROMEDICO, DIPE, HOSPITALAR S.A y HOSPITALARIA INTERNACIONAL, habiendo puesto en funcionamiento esta nueva unidad en el mes de Mayo de 1986, cuya infraestructura se mantiene hasta el momento en que se realizan trabajos de remodelación por parte del Instituto de Contratación de Obras (ICO).

Mediante decreto supremo N° 232 del 14 de Abril de 1972, publicado en el registro oficial N° 48 del mismo mes y año se crea la Dirección General de Salud y se suprimen las juntas de asistencias sociales con sus respectivos patrimonios, derechos y obligaciones y se establecen las regiones de salud y que posteriormente fueron suprimidas, quedando conformadas con las Jefaturas Provinciales de Salud (hoy Direcciones Provinciales de Salud) de quienes pasan a depender jerárquicamente los hospitales en sus respectivas provincias y en el caso del hospital “Teófilo Dávila” de Machala, de la Dirección Provincial de Salud de El Oro.

En los actuales momentos, la demanda de servicios supera la oferta hospitalaria, principalmente por el crecimiento poblacional y por ser la única unidad operativa en la provincia que brinda a la comunidad servicios integrales de salud las 24 horas del día y los 365 días del año.

Ante esta sensible situación, el gobierno nacional en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, mediante registro oficial No. 400 - Jueves 10 de Marzo de 2011 incluyó al nuestro en el grupo de los 11 hospitales nacionales intervenidos por el estado de excepción sanitaria que contempla la intervención

administrativa –organizacional, la intervención en los aspectos técnicos – sanitarios, la dotación de recursos humanos, el mejoramiento, la ampliación y la optimización de la infraestructura, el equipamiento necesario de acuerdo a nuestro nivel de complejidad, la adquisición y dispensación de medicamentos e insumos médicos, la infraestructura eléctrica e hidrosanitaria, los aspectos técnicos – administrativos - organizacionales, entre otros.

MISIÓN.

- Brindar atención integral de salud con talento humano especializado, humanista y experimentado, con calidad, responsabilidad y trabajo en equipo, tecnología e infraestructura acorde a su nivel de complejidad, y con apertura a la docencia e investigación.

VISIÓN.

- Para el año 2017 ser un hospital acreditado, con infraestructura moderna y funcional, tecnología de punta, talento humano calificado y proactivo, gestión transparente y eficiente, formador y generador de conocimientos vinculado con la comunidad.

VALORES.

Respeto por la vida y la dignidad humana: Todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que respetará su dignidad y atenderá sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento sus derechos.

Compromiso Social: Invertir al máximo las capacidades técnicas y personales en todo lo encomendado.

Trabajo en equipo: Talento humano que colabora de manera sinérgica a fin de alcanzar los objetivos planteados y conseguir la visión del hospital.

Responsabilidad: Dedicación en brindar asistencia en salud bajo los principios de ética y compañerismo con la comunidad.

Solidaridad: Capacidad de sentir empatía por otra persona y ayudarla en los momentos difíciles, es un sentimiento de unidad en el que se buscan metas e intereses comunes

Respeto: Reconocimiento en los intereses y valores de las personas en las relaciones. Trato cordial con los compañeros.

Vocación de servicio: La labor diaria se cumplirá con entrega incondicional y satisfactoria.

Integridad: Demostrar una actitud proba e intachable en cada acción encargada.

2.2.2. Atención hospitalaria años 2014-2015

Se puede observar que en el análisis comparativo, que hay un incremento de las atenciones médicas en el año 2015, de 18,769 consultas que se pueden explicar por la tendencia de las personas a acudir de manera inmediata al hospital en lugar de hacerlo en los subcentros de salud, el comportamiento es similar en atención psicológica y odontológica.

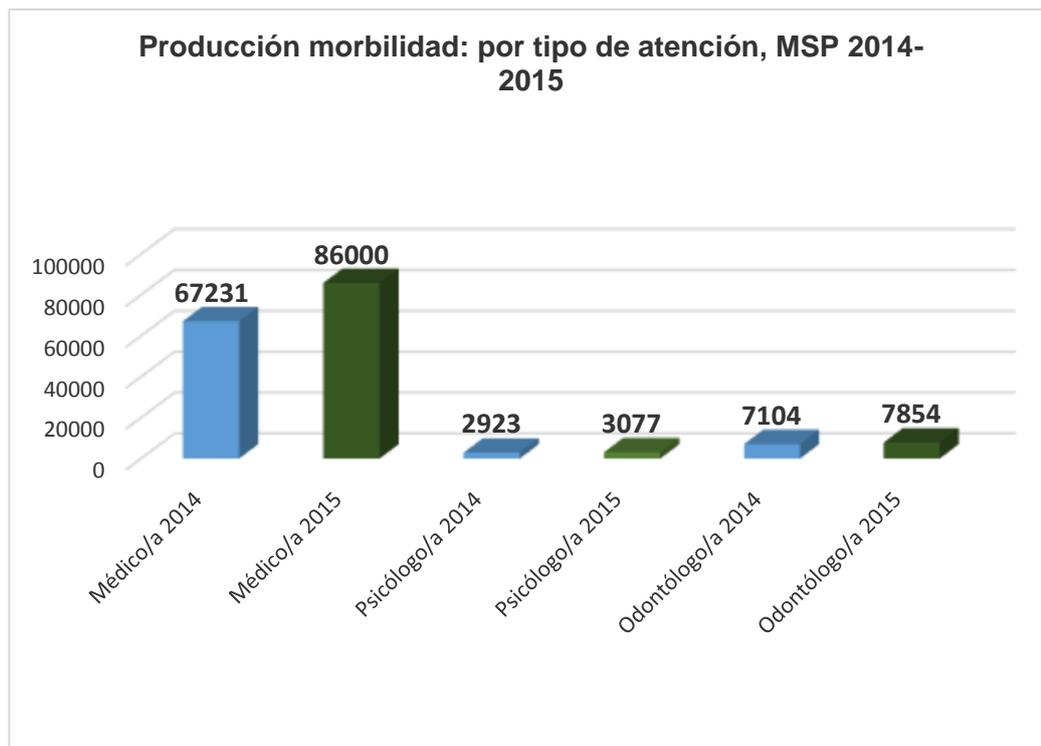


Figura 2. Producción morbilidad: por tipo de atención años 2014 -2015

Fuente: MSP El Oro Distrito 07D02

Elaboración: Propia

2.2.3. Gestión de la calidad

El HTD se encuentra implementado un sistema de gestión de la calidad, como una herramienta para identificar y mejorar sus procesos internos, tanto en lo administrativo como en lo operativo, que le permitan obtener una acreditación internacional.

Se tiene los siguientes documentos elaborados:

- a. Plan de seguridad del paciente HTD
- b. Hoja de cirugía segura
- c. Decreto de aplicación de la lista de cirugía segura
- d. Protocolo de identificación de pacientes
- e. Manual técnico de lavado de manos – OMS

- f. Protocolo de prevención de caídas
- g. Protocolo de prevención y atención de úlceras por presión
- h. Protocolo de prevención de enfermedad tromboembólica

2.2.4. Estructura orgánica

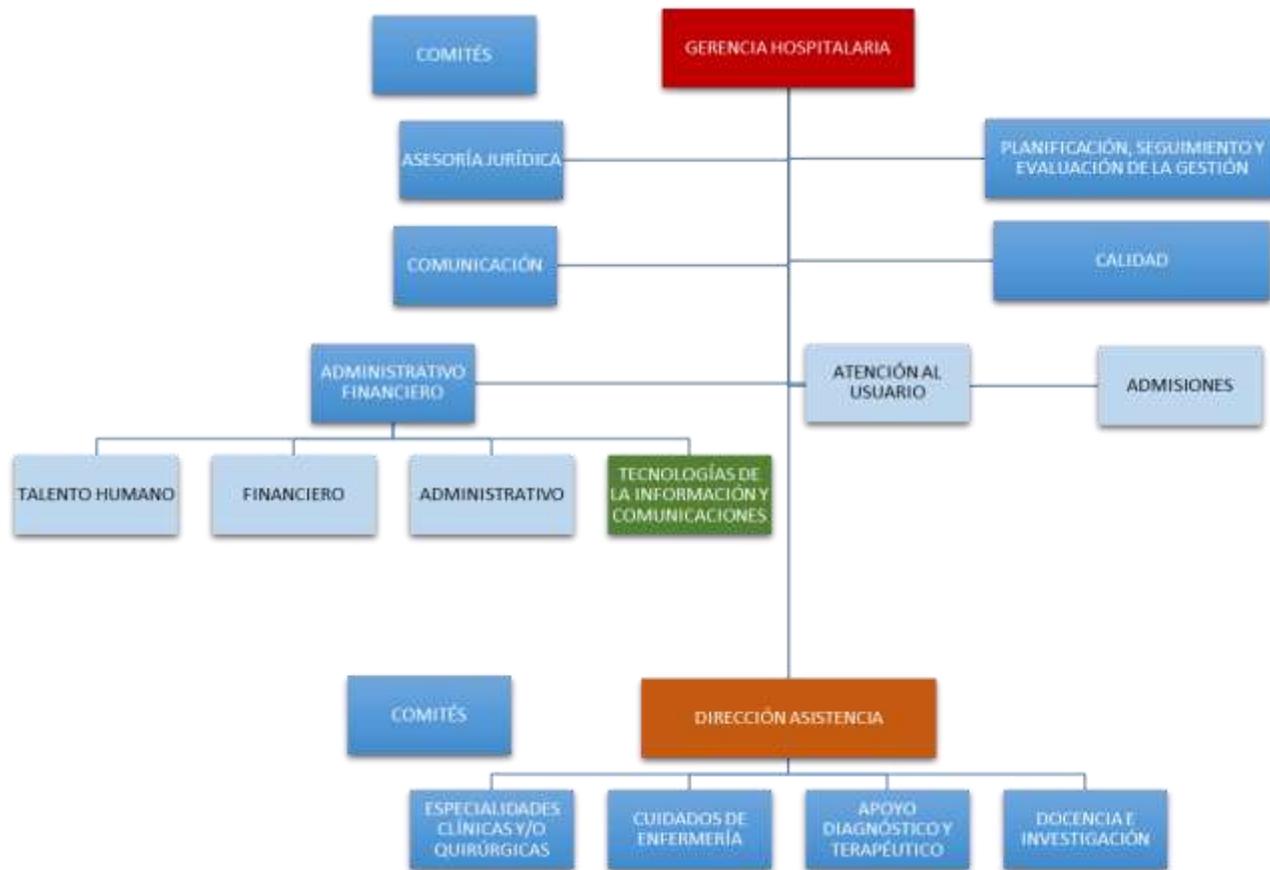


Figura 3. Estructura organizativa HTD

Elaboración: HTD

2.2.5. Organización interna

El hospital Teófilo Dávila se rige con el estatuto orgánico de gestión organizacional por proceso de los hospitales, bajo acuerdo ministerial No. 1537 publicado en el registro oficial edición especial 339 de fecha 25 de septiembre de 2012 (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Este documento tiene cinco Títulos:

- Título I
 - De la gestión organizacional por procesos
 - Art 1. Misión y visión de los hospitales del ministerio de Salud Pública
 - Art 2. Objetivos estratégicos
- Título II
 - De la estructura organizacional de la gestión por procesos
 - Art 3. Estructura organizacional de gestión por procesos
 - Art 4. Procesos de los hospitales del ministerio de Salud Pública.
- Título III
 - De los puestos directivos
 - Art 5. Puestos directivos
- Título IV
 - Estructura básica de los hospitales del ministerio de Salud Pública
 - Art 6. Estructura básica alineada a la misión
 - Art 7. Representaciones gráficas
- Título V
 - Orgánica descriptiva

- Capítulo I
 - Art 8. Estructura orgánica descriptiva
 1. PROCESO GOBERNANTE
 - 1.1. Direccionamiento Estratégico del Hospital
- Capítulo II
 2. PROCESOS AGREGADORES DE VALOR
 - 2.1. Gestión asistencial
 - 2.1.1. Gestión de especialidades clínicas y/o quirúrgicas.
 - 2.1.2. Gestión de cuidados de enfermería
 - 2.1.3. Gestión de apoyo diagnóstico y terapéutico
 - 2.1.4. Gestión de docencia e investigación
- Capítulo III
 3. PROCESOS HABILITANTES DE ASESORÍA
 - 3.1. Gestión de Planificación, seguimiento y evaluación de la gestión.
 - 3.2. Gestión de asesoría jurídica
 - 3.3. Gestión de comunicación
 - 3.4. Gestión de Calidad
- Capítulo IV
 4. PROCESOS HABILITANTES DE APOYO
 - 4.1. Gestión de atención al usuario
 - 4.2. Gestión de admisiones
 - 4.3. Gestión administrativa y financiera
 - 4.3.1. Gestión de talento humano

4.3.2. Gestión financiera

4.3.3. Gestión administrativa

4.3.4. Gestión de tecnologías de la información y comunicaciones.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Introducción

El objeto de estudio de la presente investigación es realizar un análisis de sostenibilidad financiera para el hospital Teófilo Dávila para lo cual se toman como referencia los presupuestos del nosocomio desde los años 2013 al 2015, este corte temporal permitirá encontrar relaciones significativas en términos de cambios en la posición de las partidas en este trienio, tratando de determinar la sostenibilidad del financiamiento de los servicios, el impacto de los gastos corrientes y de las inversiones como una aproximación a un servicio de calidad.

Para Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio (2006) es más adecuado definir la medición como: "el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos", el cual se realiza mediante un plan explícito y organizado para clasificar (y con frecuencia cuantificar) los datos disponibles (los indicadores), en este caso, se toman las cédulas presupuestarias con las cuales se esperan sacar conclusiones sobre los dineros que se manejan en el HTD y ayudan a medir y cuantificar los recursos recibidos a lo largo de estos tres años.

Para muchos investigadores un buen instrumento de investigación es aquel que permite hacer una adecuada medición de las variables que el investigador define para su estudio. En términos cuantitativos: capturo verdaderamente la "realidad" que deseo analizar (Hernández-Sampieri et al., 2006).

En virtud de lo mencionado con antelación, el presente capítulo ofrecerá los principales lineamientos del diseño metodológico aplicado para el desarrollo de la tesis, para lo cual se contextualizará el problema de investigación, tanto desde una perspectiva general como específica identificándose desde esta última perspectiva

la justificación del enfoque, utilizando como instrumento el análisis documental apoyado en el análisis financiero del mismo valorando la pertinencia de los indicadores utilizados para verificar la sostenibilidad del hospital.

3.2. Contextualización general del problema de investigación

La evaluación económica financiera en hospitales públicos del Ecuador no es algo habitual; sin embargo, es preciso comparar el impacto de los recursos recibidos por los nosocomios públicos sobre el estado de salud de los individuos afectados (resultado) con el impacto de la entrega de recursos que se asignan en diversos departamentos, áreas sometidas a comparación. El análisis de los recursos consumidos constituye precisamente una importante referencia para la estimación de los costos atribuibles a la presencia del estado por medio de las asignaciones presupuestarias. Así, en la evaluación económica financiera de servicios de salud en hospitales, los costos no siempre se visualizan con claridad ya que se menciona que servicios públicos.

Vale plantear una pregunta que guía este análisis, ¿cuáles son los recursos que pueden ser objeto de valoración en la evaluación económica financiera en servicios sanitarios de hospitales? El impacto de las intervenciones sanitarias sobre los recursos consumidos se puede clasificar potencialmente en 3 grupos: los costos sanitarios, los costos no sanitarios y el costo de las transferencias.

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del sector salud, existe un marcado interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoreo, y la aplicación de encuestas

de opinión a proveedores y usuarios, entre otros (Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar, & Nigenda-López, 1998, p.2).

Una realidad también existente en Ecuador con la creación de los comités de atención a usuarios, “Comité de Usuarías de Vigilancia de la Ley de Maternidad Gratuita”. Por lo que la palabra evaluación por parte del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible mediante entrevistas obtener un conjunto de percepciones asociadas en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

Las entrevistas representan una forma rápida de evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Con estas se puede documentar los niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención, que es algo muy comentado por los especialistas de la salud.

Para nadie es desconocido que los costos por servicios de salud se han incrementado producto de la misma dinámica económica que vive el país, y el desborde de la atención médica producto de la apertura del gobierno nacional a aumentar la cobertura demanda de muchos recursos adicionales a los recibidos por las casas de salud, con lo que los planificadores se ven abocados a tomar decisiones las que deben ser basadas en indicadores de desempeño. Teniendo en

claro, que la demanda de servicios médicos no disminuye, se incrementa y diversifica, con lo que es necesario trabajar con eficiencia en costos médicos.

Hay que considerar que los costos de producción de servicios de salud se convierten en uno de los problemas de análisis de cualquier estudio en donde se aborde la problemática de salud pública manifiesta (Arredondo, Damían E., & de Icaza, 1995). Estos autores, concuerdan que la gestión de recursos no ha crecido en igual proporción que los fenómenos de salud, por lo que la atención que se le ponga a la generación de costos de atención médica se convierte en una necesidad impostergable.

Estos costos se pueden describir, como costos sanitarios los que comprenden los costos relacionados con la misma actividad de prestación del servicio. Entre los que se pueden citar el tiempo del médico, tiempo del paciente, fármacos, pruebas diagnósticas, entre otros (Puig-Junoy, Ortún-Rubio, & Pinto-Prades, 2001)

Los costos no sanitarios incluyen costos como los de los servicios sociales, el desplazamiento y el tiempo de los pacientes, estos costos se pueden clasificar en: costos a cargo de otros presupuestos públicos por cuidados informales, costos de transporte de pacientes, otros gastos monetarios a cargo del paciente, costo del tiempo del paciente empleado para recibir la atención, etc. El costo de transferencia a decir de los autores no debe ser considerado para una evaluación al ser parte de otros presupuestos públicos como es el caso de pensiones de invalidez temporal o subsidios por enfermedad.

De esta manera se tiene claro que la evaluación económica y financiera no es fácil de realizar en hospitales, ya que se tendría de tener precios referenciales para compararlos con lo público, en servicios, atención médica de especialistas, etc., es

por ello, que lo que se pretende hacer es identificar los rubros más fuertes dentro del presupuesto y la percepción de su uso con los pacientes.

Vale señalar que los intentos de evaluación económica de servicios sanitarios se han convertido en Europa en una herramienta de mucha ayuda para quienes hacen gerencia o dirección sanitaria al momento de trabajar estrategias de asignación de recursos sanitarios y de adopción de nuevas tecnologías (López Bastida et al., 2010, p.1).

3.3. Elección del diseño de la investigación

La presente investigación tiene un diseño descriptivo, ya que describe las características del manejo presupuestario, las realidades de su funcionamiento y de lo que piensa los usuarios del servicio médico. En la investigación se utilizaron encuestas, las mismas que tenían interrogantes sustentadas en modelos de atención médica de hospitales, con lo que se obtuvieron datos numéricos para la elaboración de indicadores.

3.4. Diseño de la investigación

3.4.1. Diseño transversal y longitudinal.

La investigación utilizó un diseño transversal y longitudinal, con la primera se obtuvo información por una sola vez sobre la percepción de los pacientes en tres aspectos importantes, y para ello, se toma una muestra que se calcula considerando la cantidad de pacientes que se atienden mensualmente, escogiendo un día de mayor atención y de demanda de servicios que es el día sábado. Para medir la dimensión de resultado, fueron seleccionados un indicador principal y dos complementarios:

1. Percepción general de la calidad de la atención.
2. Percepción de los cambios en el estado de salud después de la consulta.

3. Motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar.

En cuanto al diseño de investigación longitudinal, se manifiesta que al revisar la situación presupuestaria durante varios años, este análisis exige una comparación a través del tiempo, con lo que revisaron documentos de varios años que estaban disponibles en el hospital.

3.5. Técnicas de encuesta

3.5.1. Cuestionario estructurado.

Se desarrollará un estudio de carácter descriptivo al tener la finalidad describir las percepciones de los pacientes atendidos en el hospital. En este tipo de estudios, la encuesta constituye el método más habitual de obtener información. (Aguilar-Barojas, 2005; Mestre, 2011) Se usará un cuestionario cerrado con dos opciones.

Cabe destacar, que el método utilizado en esta investigación para el procesamiento de los datos comprendió la presentación (tabulación y graficación) y el análisis (interpretación) de la información recopilada, para lo cual se utilizaron técnicas de análisis estadísticos como distribución de frecuencias y diagramas circulares

3.6. Diseño de muestreo

La población meta que se muestreará es de 118,282.00 usuarios comprendidos en cuatro servicios: médico, psicología, odontológico y otros, información obtenida del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

	Médico/a 2015	Psicólogo/a 2015	Odontólogo/a 2015	Otros 2015	Total general
Primeras morbilidad	32870	1878	956	0	35704
Subsecuentes morbilidad	53130	1199	6898	0	61227
Total morbilidad	86000	3077	7854	0	96931
Primeras preventivas	4332	83	506	75	4996
Subsecuentes preventivas	12273	110	3972	0	16355
Total preventivas	16605	193	4478	75	21351

Total consultas	102605	3270	12332	75	118,282
------------------------	---------------	-------------	--------------	-----------	----------------

Fuente: MSP El Oro Distrito 07D02

Elaboración: Propia

3.6.1. Técnica de muestreo

Para Aguilar-Barojas (2005):

El resultado del cálculo de una muestra debe considerarse como orientativo, ya que se fundamenta en supuestos que pueden ser incorrectos y que en el momento de introducirlos numéricamente en las fórmulas, afectan la viabilidad del estudio, el costo y hasta los aspectos éticos. Por otro lado, un estudio con una muestra insuficiente, puede afectar la precisión y la sensibilidad para detectar diferencias entre los grupos y conducir a conclusiones falsas (pág.1).

La elección de la técnica de muestreo para la investigación, es el muestreo probabilístico, con la técnica de muestreo aleatorio simple, técnica que concede las mismas oportunidades de contestar a los usuarios, para este muestreo no se han usado números aleatorios, ya que la selección se hizo sin distinción alguna, se hizo una estimación de los resultados esperados en función de los recursos asignados a la atención de los usuarios.

3.6.2. Cálculo de la muestra

Se plantea la siguiente fórmula

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{E^2 N + Z^2 * p * q}$$

Dónde: n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población (118,282.00)

Z= Corresponde al valor dado del nivel de confianza del 95% que es igual a

1.96

p = Proporción de éxito en la población (50% = 0,5)

E = Error en la proporción de la muestra (0.09)

Hay que considerar que el error que se planteó del 9 por ciento, es producto que las personas habitualmente no están dispuestos a dar información de sus enfermedades o del porqué de su visita al hospital, con ello, la muestra fue de 118.44 personas.

3.6.3. Procedimiento metodológico

Para la presente investigación se empleó el método del Coeficiente KR-20 (Kuder-Richardson), que sirve para pruebas con respuestas dicotómicas y estima la confiabilidad de una medición de un instrumento previamente determinado y validado.

$KR_{20} = (K/K-1) [(St^2 - \sum (PiQi/St^2))]$ donde:

K : es el número de ítems preguntas.

St^2 : es la desviación estándar.

Pi : es la proporción de respuestas afirmativas.

Qi : es la proporción de respuestas negativas.

$$KR_{20} = K/K-1 (1 - \sum p.q/St^2) * 100$$

La confiabilidad se determinó calculando un coeficiente de confiabilidad, las cuales varían entre 0 y 1. Se aplicó el instrumento escogido a la muestra se 119 personas. A los datos que se obtuvieron se les aplicó la fórmula de Kuder Richardson o KR20 con el software Stata.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Nivel de fiabilidad

4.1.1. Kuder Richardson KR20

Es el estimado de homogeneidad usado para instrumentos que tienen formatos de respuestas dicotómicas, (Si - No o Falso - Verdadero), la técnica se establece en una correlación que es basada sobre la consistencia de respuestas a todos los ítems de un test que es administrado una vez. El mínimo aceptable del puntaje de KR-20 es 0.70 (Barón, 2010)

El nivel de fiabilidad de las preguntas es del 60.52 por ciento, lo que es considerado como muy alto, por lo que el cuestionario es confiable, se puede apreciar que las preguntas 14 y 15 que se refieren a si el hospital cuenta con señalizaciones suficientes y adecuadas que orienten al usuario en el interior del recinto hospitalario y si creen los usuarios si hay mejoras en la infraestructura del hospital (edificaciones, salas de atención, corredores o pasillos, estacionamientos, etc) que permiten una atención de mejor calidad para el usuario, tienen un efecto significativo con 0.4937 y 0.5218 por ciento, pudiendo descartar las preguntas 1 y 2 para ver el efecto en la confiabilidad del cuestionario.

Kuder-Richarson coefficient of reliability (KR-20)

Number of items in the scale = 10

Number of complete observations = 119

Item	Obs	Item difficulty	Item-rest variance	Item-rest correlation
pregunta1	119	0.6723	0.2203	0.0628
pregunta2	119	0.6303	0.2330	0.0292

pregunta5	119	0.6387	0.2308	0.3098
pregunta7	119	0.6134	0.2371	0.2063
pregunta8	119	0.5630	0.2460	0.2926
pregunta9	119	0.5630	0.2460	0.3998
pregunta10	119	0.5798	0.2436	0.2258
pregunta11	119	0.5630	0.2460	0.2410
pregunta14	119	0.6303	0.2330	0.4937
pregunta15	119	0.6471	0.2284	0.5218

-----+-----				
Test		0.6101		0.2783

KR20 coefficient is 0.6052

Al realizar este procedimiento, y proceder a eliminar las preguntas 1 y 2 el coeficiente mejora y sube a 69.63, hay que aclarar que este procedimiento a su vez castiga el cuestionario por eliminar preguntas que no tienen un peso importante sobre las respuestas que dan los informantes.

Kuder-Richarson coefficient of reliability (KR-20)

Number of items in the scale = 8

Number of complete observations = 119

	Item	Item	Item-rest	
Item	Obs	difficulty	variance	correlation
-----+-----				
pregunta5	119	0.6387	0.2308	0.3024
pregunta7	119	0.6134	0.2371	0.2231
pregunta8	119	0.5630	0.2460	0.3425
pregunta9	119	0.5630	0.2460	0.4468
pregunta10	119	0.5798	0.2436	0.3227
pregunta11	119	0.5630	0.2460	0.2609
pregunta14	119	0.6303	0.2330	0.5831

pregunta15 | 119 0.6471 0.2284 0.5989

-----+-----

Test | 0.5998 0.3851

KR20 coefficient is 0.6963

4.2. Análisis descriptivo

4.2.1. Datos generales

Se encontró que el sexo de los usuarios tiene cierta equidad en el uso de los servicios del hospital, la diferencia es el 7.6% entre hombres y mujeres, los hombres constituyen el 53.8% de las consultas y el 46.2% las mujeres. Vale mencionar que en la encuesta no se consideró a los niños que acuden a servicios de pediatría.

Tabla 3. Sexo de los pacientes del Hospital Teófilo Dávila

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	55	46,2	46,2	46,2
	Hombre	64	53,8	53,8	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en la encuesta a usuarios del HTD

Con respecto a la edad se procedió a crear intervalos de edad con un ancho de 5 pudiendo evidenciar, que el 75.6% de los encuestados están entre los 15 y 50 años, y el restante 24.4% con edades mayores, con lo que se puede concluir que el uso de los servicios es mayoritariamente joven.

		Edad (agrupado)			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<= 15	1	,8	,8	,8
	16 - 20	7	5,9	5,9	6,7
	21 - 25	10	8,4	8,4	15,1
	26 - 30	13	10,9	10,9	26,1
	31 - 35	10	8,4	8,4	34,5
	36 - 40	14	11,8	11,8	46,2
	41 - 45	14	11,8	11,8	58,0
	46 - 50	21	17,6	17,6	75,6
	51 - 55	8	6,7	6,7	82,4
	56 - 60	13	10,9	10,9	93,3

61 - 65	7	5,9	5,9	99,2
66+	1	,8	,8	100,0
Total	119	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en la encuesta a usuarios del HTD

El cuestionario buscó tener una percepción de lo que perciben los usuarios de la gestión como un avance de la necesidad de plantear la sostenibilidad de los servicios del HTD. Para ello, en base al análisis de confiabilidad se escogieron 8 preguntas.

4.2.2. Preguntas sobre percepción

La pregunta 5 al referirse a los problemas de atención médica y las alternativas de solución se visualiza que el 63.9 por ciento de las personas si cree que recibe una solución.

Tabla 4. ¿Ha recibido ofrecimiento de alternativas de solución ante problemas de atención médica?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	43	36,1	36,1	36,1
	SI	76	63,9	63,9	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en la encuesta a usuarios del HTD

Pregunta 7 al ser consultados sobre la información clara y oportuna sobre la atención que reciben, se puede decir que tanto médicos como personal están haciendo una buena labor de comunicación al tener un 61.3 por ciento de aprobación, lo que puede ser resultado de la implementación del sistema de calidad que viene trabajando toda la comunidad del hospital.

Tabla 5. ¿Ha recibido información clara y oportuna sobre la atención que recibe?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	46	38,7	38,7	38,7
	SI	73	61,3	61,3	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en la encuesta a usuarios del HTD

La pregunta 8 consulta sobre la preocupación en la resolución de quejas y reclamos que plantean los usuarios, tiene un porcentaje superior al cincuenta por ciento, se ubica en 56.3%, siendo un elemento que es parte del sistema de implementación de la calidad que tiene en las quejas y reclamos un indicador importante del cambio de gestión.

Tabla 6. ¿Existe la preocupación por parte del hospital de resolver las quejas y reclamos que plantean los usuarios?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	52	43,7	43,7	43,7
	SI	67	56,3	56,3	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en la encuesta a usuarios del HTD

La pregunta 9 indaga la disponibilidad de medios y facilidades para evaluar el servicio que entrega el hospital, tiene un 56.3% como indicador positivo, con lo que se confirma el trabajo para alcanzar la calidad, sin embargo, este porcentaje debe ser incrementando si se quiere alcanzar altos estándares de calidad como lo definen las normas ISO que implementa el HTD.

Tabla 7. ¿Hay disponibilidad de medios y facilidades para que el usuario pueda evaluar la calidad de servicio entregado por el hospital?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	52	43,7	43,7	43,7
	SI	67	56,3	56,3	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en la encuesta a usuarios del HTD

Pregunta 10 consulta la existencia de un sistema educación y orientación al usuario, en esta pregunta hay 58% de aceptación, sin embargo sigue habiendo un porcentaje alto de personas que no saben o no tienen claro sobre este indicador.

Tabla 8. ¿Existe un sistema de educación y orientación al usuario para que haga un buen uso de los servicios hospitalarios?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	50	42,0	42,0	42,0
	SI	69	58,0	58,0	100,0
Total		119	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en la encuesta a usuarios del HTD

Pregunta 11, a decir de los encuestados ellos perciben que se hace un seguimiento individualizado de post atención, preguntando en la salud del usuario y en sus tratamientos algo moderno que de igual manera se empata al sistema de la calidad que viene implementando el HTD, el 56.3% afirma que si tiene buena impresión y el 43.7% no, todos estos porcentajes negativos deber ser analizados en busca de su reducción.

Tabla 9. ¿Existe un sistema permanente de seguimiento individualizado post atención que se interese en la salud del usuario y en la continuidad de sus tratamientos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	52	43,7	43,7	43,7
	SI	67	56,3	56,3	100,0
Total		119	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en la encuesta a usuarios del HTD

Pregunta 14 escruta las señalizaciones que debe tener un hospital para que los usuarios puedan orientarse, en este sentido el 63% de las personas consultadas indican que se orientan muy bien, pero es necesario que haya un porcentaje mayor, ya que poder conducirse por las instalaciones de un hospital debería ser algo muy fácil, es lo que se conoce como la señalética, que también es parte de los procesos de gestión de la calidad.

Tabla 10. ¿El hospital cuenta con señalizaciones suficientes y adecuadas que orienten al usuario en el interior del recinto hospitalario?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	44	37,0	37,0	37,0

SI	75	63,0	63,0	100,0
Total	119	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en la encuesta a usuarios del HTD

Pregunta 15, considera a la infraestructura como un indicador de la atención que reciben los usuarios, el 64.7% la ve con mejoras, aunque sigue existiendo un 35.3% que cree que no. Lo que puede deberse por un lado a falta de información o a la persistencia de obras aisladas que mejoran ciertos servicios, pero que no actúan de manera integral.

Tabla 11. ¿Considera que hay mejoras en la infraestructura del hospital (edificaciones, salas de atención, corredores o pasillos, estacionamientos, etc.) que permiten una atención de mejor calidad para el usuario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	42	35,3	35,3	35,3
	SI	77	64,7	64,7	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en la encuesta a usuarios del HTD

4.2.3. Tablas cruzadas

Se procedió a construir tablas cruzadas con la edad de los encuestados y se aplicó la prueba de independencia de Chi cuadrado para determinar si hay relación en la respuesta con la edad, es decir, si las personas si relacionan las obras a un mejor servicio, los datos encontrados son los siguientes resultados:

Tabla 12. Edad agrupada vs infraestructura

		¿Considera que hay mejoras en la infraestructura del hospital (edificaciones, salas de atención, corredores o pasillos, estacionamientos, etc) que permiten una atención de mejor calidad para el usuario		Total
		NO	SI	
Edad (agrupado) <= 15	Recuento	0	1	1
	% dentro de Edad (agrupado)	0,0%	100,0%	100,0%
16 - 20	Recuento	3	4	7

	% dentro de Edad (agrupado)	42,9%	57,1%	100,0%
21 - 25	Recuento	2	8	10
	% dentro de Edad (agrupado)	20,0%	80,0%	100,0%
26 - 30	Recuento	2	11	13
	% dentro de Edad (agrupado)	15,4%	84,6%	100,0%
31 - 35	Recuento	5	5	10
	% dentro de Edad (agrupado)	50,0%	50,0%	100,0%
36 - 40	Recuento	6	8	14
	% dentro de Edad (agrupado)	42,9%	57,1%	100,0%
41 - 45	Recuento	5	9	14
	% dentro de Edad (agrupado)	35,7%	64,3%	100,0%
46 - 50	Recuento	9	12	21
	% dentro de Edad (agrupado)	42,9%	57,1%	100,0%
51 - 55	Recuento	1	7	8
	% dentro de Edad (agrupado)	12,5%	87,5%	100,0%
56 - 60	Recuento	6	7	13
	% dentro de Edad (agrupado)	46,2%	53,8%	100,0%
61 - 65	Recuento	2	5	7
	% dentro de Edad (agrupado)	28,6%	71,4%	100,0%
66+	Recuento	1	0	1
	% dentro de Edad (agrupado)	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	42	77	119
	% dentro de Edad (agrupado)	35,3%	64,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	10,289 ^a	11	,505
Razón de verosimilitud	11,525	11	,400
Asociación lineal por lineal	,866	1	,352
N de casos válidos	119		

a. 15 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,35.

La tabla chi-cuadrado presenta en su prueba de dos colas, una significación de 0.505 o un $p > 5\%$ con lo que se acepta la hipótesis nula de independencia entre la edad y la percepción de la infraestructura como indicador de calidad en la atención, por lo que nada tendría que ver la edad frente a los cambios que se

hayan realizado. Además, se puede apreciar que las edades tienen diferentes percepciones sobre la calidad, en ciertos rangos están de acuerdo y en otros no, por lo que no se puede establecer una relación causal.

4.3. Conclusiones

Se puede concluir que existe una implementación medianamente buena de indicadores de calidad, que se pueden visualizar en la infraestructura, señalética, seguimiento de pacientes, entrega de información, etc.

Hay una muy buena confiabilidad del cuestionario, lo que hace que las preguntas puedan indicar con cierta confianza lo que opinan los usuarios de los servicios que ofrece el HTD.

Hay independencia entre la edad de los usuarios frente a los cambios que se están dando en la infraestructura.

Hay mucha decisión de aplicar indicadores de calidad en la gestión, que ayuden a la sostenibilidad financiera y de servicios médicos del HTD.

Hay un aumento de usuarios del HTD, lo que demuestra que sigue siendo el primer centro público de atención hospitalaria en la provincia de El Oro.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

5.1. Introducción

Las reformas al sistema de salud del Ecuador en estos últimos años del gobierno del presidente Rafael Correa Delgado, han provocado que los sistemas de salud pública deban recibir más pacientes de los que normalmente han sido atendidos. El indicador del acceso a la salud primaria, ha venido incidiendo para que el gobierno deba aumentar inversiones en el sector si quiere alcanzar logros de cobertura y atención de calidad.

En cuanto a la aplicación de reformas en los sistemas de salud, es necesario mencionar que dentro del Plan Nacional del Buen Vivir se considera como tema principal el reposicionamiento del sector social y la salud como eje fundamental del desarrollo y bienestar a través de la recuperación de lo público, para ello existe una reforma estructural al MSP que implementa el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) cuya orientación es garantizar el derecho a la salud para toda la población, con un enfoque comunitario, familiar, pluricultural y de género, basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) (Ministerio de Salud Pública, 2016, párr. 1).

Esta reforma requiere apoyo en varios componentes entre ellos infraestructura, equipamiento y tecnología para lo cual se requiere financiamiento. Los criterios se basan en líneas de acción basadas en el territorio para la dotación de servicios considerando criterios para su aplicación como densidad poblacional,

características geográficas y perfil epidemiológico que definen la planificación territorial en salud.

Por lo que hay necesidades de intervención en construcción, remodelación y repotenciación, tanto para los bienes de infraestructura como para el equipamiento. Hay que agregar que un problema presente en los hospitales públicos es la demora en las transferencias de recursos, más aun en estos últimos años en donde los ingresos del Estados han caído a niveles críticos.

El hospital Teófilo Dávila al ser el mayor centro de atención en la provincia de El Oro, recibe a pacientes que son remitidos de subcentros o de hospitales que no tienen servicios especializados, y eso, termina afectando la capacidad instalada para prestar una oportuna y eficiente atención, por lo que es posible que sea afectado por una situación de insostenibilidad financiera si es que no se suministran los recursos necesarios, o no se hacen las inversiones necesarias.

Al calcular el coeficiente de inversión sobre presupuesto total como se detalla en la figura 1, se observa como desde el 2009 al 2011 se tiene una relación creciente en el porcentaje que va desde el 1.1% al 32% en estos tres años, para luego caer bruscamente al 1.27% en el 2014, con lo que se presume que no hay una línea constante de inversión en mejoras internas y externas que contribuyan a los procesos de atención, compras en medicamentos, o renovación de equipos y otras inversiones en activos fijos que son comunes en grandes hospitales públicos y privados.



Figura 4. Relación inversión-presupuesto total hospital Teófilo Dávila

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas del MSP

5.2. Medidas y modelos analíticos

El diagnóstico financiero es una herramienta efectiva que permite evaluar el desempeño económico y financiero de una empresa a lo largo de un ejercicio específico y para comparar sus resultados con los de otras empresas del mismo ramo que estén bien gerenciadas y que presenten características similares (Rosillón & Alejandra, 2009, p.607).

La identificación de aspectos económicos y financieros que muestran las condiciones en que opera la empresa, usa indicadores que se basan en la liquidez, solvencia, endeudamiento, eficiencia, rendimiento y rentabilidad, que son complicados de analizar en organizaciones públicas sin fines de lucro como los hospitales.

En consideración a lo anterior, es probable encontrar en clínicas y hospitales privados indicadores tales como: a) alta morosidad (cartera); b) endeudamiento financiero; c) endeudamiento con proveedores; d) pasivo prestacional y e) provisiones por el difícil cobro de la cartera vencida (Cárdenas G. & Velasco B., 2014, p.18).

Estos síntomas pueden producirse para Cárdenas G. & Velasco B. (2014) por tres factores:

- a) alto índice en cuentas por cobrar (cartera) a los clientes,
- b) alto índice de endeudamiento para cancelar obligaciones financieras, laborales y proveedores y,
- c) el no pago oportuno de la cartera y falta de políticas de cobro; lo que puede llevar a la falta de sostenibilidad financiera, lo que no ocurre en una entidad de salud pública como es el HTD, ya que los servicios son prestados de manera gratuita (p.18)

5.3. Indicadores hospitalarios

Los indicadores hospitalarios no son fáciles de determinar, sin embargo, estos deben reflejar los productos y/o servicios que entregan versus los recursos recibidos. En este sentido hay dificultades en medir el producto y/o servicios hospitalarios, o la imposibilidad de medir los resultados de la gestión al margen de solo números fríos (De Marco & Suárez, 2015).

Pina & Torres (1995) hacen una propuesta sobre indicadores de resultados para el análisis de la eficiencia de las entidades no lucrativas presentan la siguiente clasificación que es válida para hospitales. Los que se centran en la producción o

servicios realizados por una unidad hospitalaria, entre los que se pueden citar: demanda de servicios, número de habitaciones como puntos de referencia, oferta de servicios, con los que se analiza la capacidad del hospital frente a la demanda y los servicios ofrecidos por el centro hospitalario.

Indicadores de impacto, son fundamentales para conocer el resultado final o el beneficio que le reporta al paciente los servicios a los que ha sido sometido. Hay algunas ideas sobre indicadores, entre las cuales se pueden enunciar:

frecuentación (número medio de consultas por habitante) y presión asistencial (número medio de consultas por profesional por día hábil), indicadores poblacionales y de nivel de actividad de los centros de salud que representan el tamaño de la población que deben atender y las características sanitarias del ámbito en que operan (Pina & Torres, 1995, p.14).

Los indicadores de entrada que sugieren Pina y Torres son: gasto de personal y gasto en farmacia o medicinas, que representan el porcentaje más importante del presupuesto, y resto del gasto, debido a las dificultades existentes para determinar el consumo exacto de otros factores.

Tabla 13. Dotación normal de camas en el HTD

DOTACIÓN NORMAL DE CAMAS		
DESCRIPCIÓN	# DE CAMAS	OBSERVACIONES
Camas pediátricas	38	(Clínica, cirugía, traumatología)
Camas de adultos	60	
Camas de obstetricia	45	
Salas de parto		7 camillas de recuperación
UCI neonatal	4	
UCI pediátrica	0	
UCI adultos	4	
UC intermedios neonatal	12	
UC intermedios pediátricos	0	
UC intermedios adultos	0	
Salas quirúrgicas		10 camillas
Salas quirúrgicas especializadas	0	
Salud mental		

Sala de observación para adultos	11	camas
Sala de observación pediátrica	7	camas
Quirófano de emergencias		
Sala de recuperación		
Sala de quemados	5	
		DOTACIÓN NORMAL: 220
TOTAL DE CAMAS	186	CAMAS.DISPONIBLES 181

5.4. Propuesta de indicadores

5.4.1. Promedio diario de consulta

Es un cociente entre el total de números de consultas por especialidad sobre los días de atención, lo cual da un promedio diario de pacientes que se atienden por especialidad. Se lo calcula de la siguiente forma:

Promedio Diario de Consultas = N° de Consultas por Especialidad / Días de Atención

Para realizar estos cálculos se tomará la información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública para el hospital Teófilo Dávila, que indica que en atención externa existen 44 médicos.

Tabla 14. Producción ambulatoria por diagnósticos: por tipo de atención, MSP 2014-2015

	Médico/a 2014	Médico/a 2015	Psicólogo/a 2014	Psicólogo/a 2015	Odontólogo/a 2014	Odontólogo/a 2015	Otros 2014	Otros 2015	Total general
Primeras morbilidad	27502	32870	1972	1878	1886	956	0	0	39562
Subsecuentes morbilidad	39729	53130	951	1199	5218	6898	0	0	67396
Total morbilidad	67231	86000	2923	3077	7104	7854	0	0	106958
Primeras preventivas	3731	4332	232	83	1286	506	2	75	6516
Subsecuentes preventivas	9068	12273	197	110	1660	3972	52	0	18264
Total preventivas	12799	16605	429	193	2946	4478	54	75	24780
Total consultas	80030	102605	3352	3270	10050	12332	54	75	131738

Fuente: Elaboración propia a partir de información del MSP

Promedio diario de consultas totales (2014) = 93,486 consultas/ 44 médicos en total = 2,125 consultas

Las que al dividírselas para 240 días laborables considerando atención de lunes a viernes da un promedio diario de 8.85 consultas diarias o 9 por médico, hay que tener en cuenta que los médicos pasaron de jornadas de cuatro horas o seis a jornadas de ocho horas diarias según la disposición transitoria novena (LOSEP, 2010).

Este indicador en el 2014 puede considerarse como bajo, ya que si se toma un promedio de 30 minutos por paciente, el promedio de atención debería estar en 16 atenciones diarias.

Promedio diario de consultas totales (2015) = 118,282 consultas/ 44 médicos en total = 2.688 consultas,

Las que al dividírselas para 240 días laborables considerando atención de lunes a viernes da un promedio diario de 11 consultas diarias, mejorando el nivel de atención.

Promedio diario de consultas psicología (2014) = 3,352 consultas/ 5 médicos en total = 671 consultas,

Las que al dividírselas para 240 días laborables considerando atención de lunes a viernes da un promedio diario de 2.79 consultas diarias, o 3 por médico con lo que se puede evidenciar que no hay un excedente de atención en el HTD.

Promedio diario de consultas psicología (2015) = 3,270 consultas/ 5 médicos en total = 654 consultas,

Las que al dividírselas para 240 días laborables considerando atención de lunes a viernes da un promedio diario de 2.75 consultas diarias o 3 por médico, no habiendo cambios significativos de un año al otro.

Promedio diario de consultas odontología (2014) = 10,050 consultas/ 6 médicos en total = 1,675 consultas

Las que al dividírselas para 240 días laborables considerando atención de lunes a viernes da un promedio diario de 6.98 consultas diarias o 7 por médico, según el detalle proporcionado por el HTD los odontólogos tienen tareas específicas tales como: profilaxis, obturación, exodoncia, endodoncia, restauración y cirugía.

Promedio diario de consultas odontología (2015) = 12,332 consultas/ 6 médicos en total = 2,055.33 consultas,

Las que al dividírselas para 240 días laborables considerando atención de lunes a viernes da un promedio diario de 8.56 consultas diarias o 9 por médico, habiendo un aumento de 2 consultas de un año al otro, por debajo del promedio de 16 que se debería atender si se poner como base 30 minutos de atención por paciente.

Promedio diario de consultas otros médicos (2014) = 80,030 consultas/ 33 médicos en total = 2,425.15 consultas,

Las que al dividírselas para 240 días laborables considerando atención de lunes a viernes da un promedio diario de 10.10 consultas diarias o 10 por médico, según el detalle proporcionado por el HTD existen 18 especialidades: medicina interna, cardiología, gineco-obstetricia, gastroenterología, pediatría, diabetología, otorrinolaringología, oftalmología, psiquiatría, dermatología, alergología, neurología, traumatología, audiología, atención a discapacitados, nefrología, urología y cirugía vascular.

Promedio diario de consultas odontología (2015) = 102,605 consultas/ 33 médicos en total = 3,109.24 consultas,

Las que al dividírselas para 240 días laborables considerando atención de lunes a viernes da un promedio diario de 12.95 consultas diarias o 13 por médico, habiendo un aumento de 3 consultas de un año al otro, por debajo del promedio de

16 que se debería atender si se poner como base 30 minutos de atención por paciente.

Estos resultados demuestran que el personal médico del HTD está trabajando por debajo de los promedios mínimos durante su jornada de trabajo, hay que considerar que al trabajar con promedio, hay que considerar que no todos los pacientes pueden tener este tope de tiempo de 30 minutos, sin embargo, no todos los días se pueden tener agendadas las 16 consultas. Estos cálculos pueden variar en función de las necesidades de la casa de salud, extendiendo horarios que deberían estar apoyados por recursos presupuestarios.

Además, es necesario tratar de hacer salud preventiva ya que las consultas odontológicas, y especializadas están por debajo del promedio sugerido, con lo que la sostenibilidad financiera puede mejorar al usar al máximo el recurso humano que está siendo remunerado.

5.4.2. Otros indicadores del hospital Teófilo Dávila

Hay otros indicadores importantes de la gestión del hospital que se pueden resumir en la siguiente tabla tomada del ministerio de Salud Pública (MSP) y que resumen el trabajo de este centro de atención sanitaria. Lamentablemente el portal del Ministerio de Salud no tiene la información para el año siguiente, ni el HTD informa sobre el comportamiento del año 2015.

Se pueden ver un importante número de altas hospitalarias que guarda concordancia con su calificación como hospital provincial, el número de defunciones 233, representa menos del uno por ciento de los pacientes que recibe, considerando que atiende a cerca de 300000 habitantes aproximadamente. Su nivel de días cama disponibles es muy alto, lo mismo los días de estada, indicadores de interés en cuanto a cobertura de atención.

Tabla 15. Descripción de indicadores

Año 2014	
Altas	11,248
Total Defunciones	233
Total Egresos	11,481
Interconsulta	10,402
Autopsias	-
Total días estada	52,070
Total días paciente	61,561
Días cama disponibles	65,257
Partos hospitalarios	2,733
Dotación normal de camas	220

Fuente: MSP El Oro Distrito 07D02

5.4.3. Situación financiera actual

La situación financiera del Teófilo Dávila en los dos años objeto del análisis es buena, a tal punto que su activo crece 21.06% desde el 2014, entendiendo que las dinámicas del análisis no son siempre comparables con el de una empresa privada por el mismo hecho de no tener fines de lucro. Las inversiones en proyectos tienen un incremento moderado del 8.58%, los activos que se relacionan con la liquidez y solvencia, del 2014 al 2015 aumentan en un 21.06%.

Los pasivo crecen hasta alcanzar un 162.98% de crecimiento, aunque la deuda pública del hospital cae en -9.95%. El patrimonio del centro sanitario crece en el orden del 29.53% pasando de 61 a 80 millones aproximadamente, con lo que el hospital mantiene una solvencia muy fuerte en términos patrimoniales, ya que al ser un hospital público el gobierno nacional es su respaldo automático, además se observa en el año 2015 el cobro de tasas y contribuciones en un valor cercano a los 238 mil dólares, mientras que estos rubros eran cero el 2014.

Tabla 16. Evolución de los estados financieros 2014 - 2015

1	ACTIVOS	18,870,277.31	22,843,885.06
1.1	OPERACIONALES	343,504.22	564,551.73

1 1 1	Disponibilidades	0.06	0.06
1 1 2	Anticipos de Fondos	343,504.16	563,791.29
1 1 3	Cuentas por Cobrar	0	760.38
1 2	INVERSIONES FINANCIERAS	1,054,911.99	511,674.11
1 2 4	Deudores Financieros	1,037,856.79	463,843.64
1 2 5	Inversiones diferidas	17,055.20	47,830.47
1 3	INVERSIÓN PARA CONSUMO PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN	1,460,488.81	4,826,576.59
1 3 1	Existencias para Consumo Corriente	1,460,488.81	4,826,576.59
1 4	INVERSIONES DE LARGA DURACIÓN	9,313,770.11	9,668,627.10
1 4 1	Bienes de administración	9,269,899.94	9,668,627.10
1 4 4	Bienes de Proyectos	0	0
1 5	INVERSIONES EN OBRAS EN PROYECTOS Y PROGRAMAS	6,697,602.18	7,272,455.53
1 5 1	Inversiones en Obras en Proceso	1,446,625.91	1,758,352.18
1 5 2	Inversiones en Programas en Ejecución	5,250,976.27	5,514,103.35
1 5 2 91	Depreciación Bienes de Inversión	54	54
1 5 2 92	Acumulación de Costos de Inversión en Programas en Ejecución	5,098,465.70	5,098,465.70
2	PASIVOS	1,104,498.53	2,904,563.13
2 1	DEUDA FLOTANTE	435,895.53	2,302,517.90
2 1 2	Depósitos y Fondos de Terceros	435,895.53	775,000.47
2 1 3	Cuentas por Pagar	0	1,527,517.43
2 2	DEUDA PUBLICA	668,603.00	602,045.23
2 2 4	Financieros	668,603.00	602,045.23
6	PATRIMONIO	61,839,774.19	80,099,512.50
6 1	PATRIMONIO ACUMULADO	61,839,774.19	61,027,582.57
6 1 1	Patrimonio Publico	12,078,965.71	61,026,812.73
6 1 8	Resultados de Ejercicios	49,760,038.64	0
6 1 9	Disminución Patrimonial	769.84	769.84
6 2	INGRESOS DE GESTION	0	238,237.18
6 2 3	Tasas y Contribuciones	0	227,058.97
6 2 3 01	Tasas Generales	0	227,058.97
6 2 9	Actualizaciones y Ajustes	0	11,178.21
6 3	GASTOS DE GESTION	0	19,310,167.11
6 3 3	Remuneraciones	0	16,094,809.64
6 3 4	Bienes y Servicios de Consumo	0	1,802,586.95
6 3 5	Gastos Financieros y Otros	0	24,138.36
6 3 6	Transferencias Entregadas	0	253,572.26
6 3 7	Obligaciones no Reconocidas de Ejercicios anteriores	0	19,541.53
6 3 8	Costo de Ventas y Otros	0	628,105.60

Fuente: Elaboración propia en base a los estados financieros proporcionados por el HTD.

5.4.4. Presupuesto asignado

El presupuesto del hospital Teófilo Dávila tiene una pequeña variación a lo largo de tres años de análisis, en la tabla 17 se puede observar como el presupuesto total ha crecido desde el 2013 al 2015 solo un 6%, siendo los gastos corrientes y gastos de personal los que más peso tienen de este crecimiento 105 y 27 por ciento en estos tres años.

Tabla 17. Presupuesto del HTD 2013 -2015 (en dólares)

PRESUPUESTO	ENE-DIC 2013	ENE-DIC 2014	ENE-JUN 2015	VARIACIÓN 2013-
				2015
510000 GASTOS EN PERSONAL	12,875,624.22	14,381,242.37	16,384,612.03	27%
530000 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	4,769,350.67	5,357,735.15	3,676,246.20	-23%
570000 OTROS GASTOS CORRIENTES	25,643.59	37,628.87	52,668.23	105%
580000 TRANSFERENCIAS Y DONACIONES CORRIENTES	222,976.73	228,958.12	250,000.00	12%
710000 GASTOS EN PERSONAL PARA INVERSION	672,407.25	69,491.25	114,439.72	-83%
730000 BIENES Y SERVICIOS PARA INVERSION	209,117.29	21,065.12	50,809.85	-76%
840000 BIENES DE LARGA DURACION	1,525,123.16	328,145.06	1,013,941.18	-34%
990000 OTROS PASIVOS	48,834.31	86,358.50	8,070.99	-83%
TOTAL	20,349,077.22	20,510,624.44	21,550,788.20	6%

Fuente: Elaboración propia en base a ejecución presupuestaria del HTD

Tabla 18. Variación porcentual del presupuesto por principales partidas

PRESUPUESTO	ENE-DIC 2013	ENE-DIC 2014	ENE-JUN 2015
510000 GASTOS EN PERSONAL	63%	70%	76%
530000 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	23%	26%	17%
570000 OTROS GASTOS CORRIENTES	0%	0%	0%
580000 TRANSFERENCIAS Y DONACIONES CORRIENTES	1%	1%	1%

710000	GASTOS EN PERSONAL PARA INVERSION	3%	0%	1%
730000	BIENES Y SERVICIOS PARA INVERSION	1%	0%	0%
840000	BIENES DE LARGA DURACION	7%	2%	5%
990000	OTROS PASIVOS	0%	0%	0%
TOTAL		100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a ejecución presupuestaria del HTD

En la tabla 18 se pueden sacar algunas conclusiones interesantes desde lo presupuestario, la incidencia del gasto en personal se ha ido elevando hasta llegar a representar las tres cuartas partes o el 76% del presupuesto, si a esto se suma el 17% de bienes y servicios de consumo, solo queda en el 2015 un 7%, en el año 2014 estas dos partidas llegaron a representar 96% del presupuesto con lo que queda poco espacio para poder realizar inversiones fuertes en equipos o maquinarias sabiendo de la importancia de este centro hospitalario, quedando supeditado a la intervención del gobierno central como regente de la política de salud a través del ministerio de Salud Pública.

5.4.5. Sostenibilidad financiera

Sostenibilidad financiera de la empresa está dada por la capacidad para operar y crecer, buscando mantener el equilibrio de sus activos y pasivos en un entorno interno y externo garantizando su rentabilidad y liquidez (Cárdenas G. & Velasco B., 2014). En este sentido, el hospital Teófilo Dávila no tiene las características de una empresa con fines de lucro, volviéndose dependiente del presupuesto central que le es asignado en función de las directrices del Ministerio de salud Pública, por lo que es complicado plantear la rentabilidad y liquidez del hospital, con lo que obtener las ganancias antes de intereses, impuestos, amortizaciones y depreciaciones es imposible (EBITDA).

Es necesario por ello, que los hospitales públicos hagan un esfuerzo para no solo mostrar una buena ejecución presupuestaria, como indicador del uso de los dineros asignados. Sino, como se puede mostrar que estos están logrando los objetivos de atención de calidad y calidez con un buen manejo financiero que les permita supervivencia, sostenibilidad y un buen manejo de sus activos fijos. A lo que se puede añadir que la capacidad de endeudamiento de los hospitales públicos debe calcularse no solo desde lo que se adeuda a proveedores, sino la capacidad de generar ingresos para responder a una posible inversión

Incorporar los conceptos de rentabilidad y eficiencia financiera y operativa, demanda que los nosocomios se adhieran al análisis desde lo privado, entendiendo que ellos responden a la contabilidad gubernamental, la que desde lo público tienen otra concepción que no se enfoca a competir con otros hospitales, sino a dar cobertura y atención en salud a las personas que no tienen recursos para su atención en instituciones sanitarias privadas.

5.5. Conclusiones

Finalmente, con los resultados de la investigación se puede manifestar que el hospital cuenta con las condiciones del entorno para su desarrollo, tanto por su infraestructura, aunque debe reordenar su presupuesto, ya que este está orientado a sueldos y salarios y bienes de consumo en más del 90 por ciento, la presencia de gerentes hospitalarios en los actuales momentos puede ser una fortaleza para que estos realicen indicadores financieros muy cercanos a los que tienen los hospitales y clínicas privadas, además de proponer estrategias que aumenten recursos, aprovechando cambios en el sistema de seguridad privada una buena oportunidad externa. Por lo tanto el hospital Teófilo Dávila deberá: Consolidar su fuerza financiera (FF), mediante alianzas estratégicas con la red de salud privada,

compañías de atención sanitaria y seguros, y además con empresas nacionales e internacionales proveedoras de bienes y servicios.

En los actuales momentos al analizar la atención promedio diaria de pacientes se observa que hay una atención por debajo de lo que se esperaría (16 pacientes diariamente atendidos) y se puede observar que los médicos especialistas pueden estar por debajo de 4 pacientes diarios, con lo que se configura subocupación de la fuerza médica del hospital. Hay una limitada inversión en los últimos ocho años, la cual llega al 10.44 por ciento en promedio, teniendo años en donde es casi inexistente, considerando que este tipo de hospitales por su tamaño demanda constantes inversiones en equipos e instalaciones.

El hospital revisando sus cifras, puede auto sostenerse mediante la venta de servicios médicos a terceros, dejando de lado la dependencia del gobierno central, con lo que podría mejorar su cobertura y el aprovechamiento de los salarios que se pagan a los especialistas que actualmente pertenecen al hospital.

Es necesario además, que el hospital pueda contar con indicadores tales como: gasto promedio de medicinas por pacientes, gasto promedio de pruebas de laboratorio por pacientes, gasto promedio en alimentación por pacientes, no solo desde lo que se entrega en recursos desde el Ministerio de Finanzas, sino desde la realidad que lleve a altos estándares de calidad en atención de salud.

Hay que precisar que los resultados en salud se van a poder medir de diferentes formas, existiendo distintos tipos de estudios según se evalúen: análisis de minimización de costos (AMC), análisis de costo-efectividad, análisis de costo-utilidad (ACU) y análisis de costo-beneficio (ACB) (Catalá-López, 2009). Por lo que las autoridades de salud deberán analizar la conveniencia de empezar a utilizar cualquiera de estos métodos para medir la efectividad del hospital o de

todos los centros de salud que tengan las mismas características del Teófilo Dávila.

Bibliografía

- Africano, J. (2011). Estudio de Viabilidad Técnica y Financiera. ESE hospital Regional de Bolívar. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud En Tabasco*, 11(1–2), 333–38. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711206>
- Arredondo, A., Damían E., T., & de Icaza, E. (1995). Una aproximación al estudio de costos de servicios de salud en México. *Salud Pública Méx*, 37(5), 437–445. Retrieved from <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002844>
- Barón, L. (2010). *Confiabilidad y validez de constructo del instrumento “habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas que viven en situación de enfermedad crónica.”* Universidad Nacional de Colombia.
- Bueno Ortiz, J. M., Gascón Cánovas, J. J., & Saturno Hernández, P. J. (2002). La otra perspectiva.
- Cárdenas G., M., & Velasco B., B. M. (2014). Incidencia de la morosidad de las cuentas por cobrar en la rentabilidad y la liquidez: estudio de caso de una Empresa Social del Estado prestadora de servicios de salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 32(1), 16–25.
- Catalá-López, F. (2009). Cuidados de salud basados en la eficiencia. Conceptos generales en evaluación económica de intervenciones sanitarias. *Enfermería Clínica*, 19(1), 35–42. <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2008.10.001>
- Chica, L. A., & Garc, M. (2008). Evaluación económica y sostenibilidad financiera del Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) en la localidad de Suba de Bogotá – Colombia Economic Evaluation and Financial

- Sustainability of the Primary Health Care Model in the locality of Suba in Bog, 7(14), 110–124.
- De Marco, M., & Suárez, E. (2015). Indicadores de gestión en hospitales en San Miguel de Tucumán.
- Freire, F. C. (2010). Los nuevos modelos de gestión de las empresas mediáticas. *Estudios Sobre El Mensaje Periodístico*, 16, 13–30. <http://doi.org/>-
- García Álvarez, C. M. (2007). The hospital as an enterprise: new practices, new workers. *Universitas Psychologica*, 6(1), 143–154.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2006). *Análisis de los datos cuantitativos. Metodología de la investigación*.
- Inés, G., Torres, V., & Medina, Y. C. (2014). Información financiera y costos utilizados para el sector salud en el municipio de Florencia. *Revista FACCEA*, 4 (2).
- López Bastida, J., Oliva, J., Antoñanzas, F., García-Altés, A., Gisbert, R., Mar, J., & Puig-Junoy, J. (2010). Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 154–170. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.07.011>
- LOSEP. (2010). Ley Orgánica de Servicio Publico.
- Menéndez, E. (1985). Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médico Sociales.*, 33, 3–34.
- Merchante, A., & Jiménez, E. (2002). *Análisis de Estados Financieros*. Universidad de Educación a Distancia.
- Merhy, E. (2000). La atención gerenciada en América Latina . Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma Managed care in Latin America : transnationalization of the health sector in a context

of reform, *16*(1), 95–105.

Mestre, M. (2011). Aplicación de la investigación de mercados al análisis de problemas de marketing, 339–360.

Ministerio de Salud Pública. Estatutoorganico.pdf (2012).

Ministerio de Salud Pública. (2016). Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad | Ministerio de Salud Pública. Retrieved from <http://www.salud.gob.ec/fortalecimiento-de-la-red-de-servicios-de-salud-y-mejoramiento-de-la-calidad/>

Molina, R., Chu, A., Solano, D., & Salinas, P. (2015). *Planificación Institucional* (Vol. 593).

Murillo, D., & Sellera, R. (2012). La apertura de un hospital, 404. Retrieved from <https://books.google.com/books?id=CmIWBQAAQBAJ&pgis=1>

Ocampo, E. (2015). *Administración Financiera* (2nd ed., Vol. 1). Nueva Legislación. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Pina, V., & Torres, L. (1995). Indicadores de “output” para el análisis de eficiencia de las entidades no lucrativas. Aplicaciones en el sector público español. *Revista Española de Financiación*, *XXIV*(85), 969–989.

Puig-Junoy, J., Ortún-Rubio, V., & Pinto-Prades, J. (2001). Los costes en la evaluación económica de tecnologías sanitarias. *Atención Primaria*, *27*, 186–189. [http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78795-1](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78795-1)

Ramírez-Sánchez, T. D. J., Nájera-Aguilar, P., & Nigenda-López, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, *40*(1), 03–12. <http://doi.org/10.1590/S0036-36341998000100002>

Rosillón, N., & Alejandra, M. (2009). Análisis financiero: Una herramienta clave

para una gestión financiera eficiente. *Revista Venezolana de Gerencia*, 14(48), 606–628.

Rowland, H., & Rowland, B. (1984). *Gerencia de Hospitales. Organización y funciones de sus departamentos*. Díaz de Santos.
<http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Santos Cebrián, M. (2004). Un análisis de la flexibilidad del cuadro de mando integral (CMI) en su naturaleza de las organizaciones. *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*, 4.

Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud *, 1–33.

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Análisis de Sostenibilidad Financiera del Hospital Teófilo Dávila de la Ciudad de Machala a partir de junio de 2015		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Graciela Maribel Fajardo Aguilar		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Campuzano Vásquez, John Alexander; Vélez, Walter, Garzón, Renato		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Finanzas y Economía Empresarial		
GRADO OBTENIDO:	Master en Finanzas y Economía Empresarial		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	5 de enero de 2017	No. DE PÁGINAS:	86
ÁREAS TEMÁTICAS:	Estados Financieros		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Análisis Financiero, hospitales, presupuesto, indicadores		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Para la investigación de la sostenibilidad financiera del hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, se utilizó el análisis longitudinal y transversal de los estados financieros, así como la evolución del presupuesto general, este análisis permitió proponer indicadores desde la teoría en salud que hace referencia al manejo que deben tener los hospitales en algunos países como Colombia y España principalmente. Además, mediante la aplicación de un cuestionario se procedió a encontrar relaciones entre el servicio que perciben los usuarios y lo que se manifiesta de manera presupuestaria, llegando a encontrar que los hospitales públicos no tienen indicadores de sostenibilidad, más bien solo tienen indicadores de atención con lo que no tienen claridad en el efectivo uso del presupuesto asignado.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 2793409	E-mail: gfajardo@utmachala.edu.ec mary_fajardoag@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Econ. María Teresa Alcívar Avilés		
	Teléfono: +593-4-2206950-51 2209-210 ext 5065		
	E-mail: teresaalcivar@yahoo.com		

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Fajardo Aguilar Graciela Maribel**, con C.C: #**0704643527** autor(a) del trabajo de titulación: Análisis de Sostenibilidad Financiera del Hospital Teófilo Dávila de la Ciudad de Machala a partir de junio de 2015, previo a la obtención del grado de **MASTER EN FINANZAS Y ECONOMÍA EMPRESARIAL** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 25 de enero de 2017

f. _____
Nombre: Fajardo Aguilar Graciela Maribel
C.C: 0704643527