



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

CARRERA DE ECONOMÍA

TÍTULO:

VARIABLES DETERMINANTES DEL GASTO PÚBLICO EN
SALUD EN EL ECUADOR, PERIODO 1995 – 2014

AUTORES:

SUAREZ AGUIRRE, GIMABEL GIOMARA
YUNES MOGROVEJO, REBECA NARCISA

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ECONOMISTA

TUTOR:

Econ. Guzmán Segovia, Guillermo Xavier, MSc.

Guayaquil, Ecuador

2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

CARRERA DE ECONOMÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por: Gimabel Giomara Suarez Aguirre y Rebeca Narcisa Yunes Mogrovejo, como requerimiento parcial para la obtención del Título de: Economista.

TUTOR

f. _____

Econ. Guzman Segovia, Guillermo Xavier, MSc.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Ing. Carrillo Mañay, Venustiano, MSc.

Guayaquil, marzo del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
CARRERA DE ECONOMIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, Suarez Aguirre Gimabel Giomara y Yunes Mogrovejo Rebeca
Narcisa

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación “Variables determinantes del gasto público en salud en el Ecuador, periodo 1995-2014” previa a la obtención del Título de: Economista, ha sido desarrollado 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 nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, marzo del 2017

LAS AUTORAS

f. _____

Suárez Aguirre, Gimabel Giomara

f. _____

Yunes Mogrovejo Rebeca Narcisa



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
CARRERA DE ECONOMÍA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, Suárez Aguirre, Gimabel Giomara y Yunes Mogrovejo, Rebeca
Narcisa

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación “Variables determinantes del Gasto Público en Salud en el Ecuador, periodo 1995-2014”, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, marzo del 2017

LAS AUTORAS

f. _____

Suárez Aguirre, Gimabel Giomara

f. _____

Yunes Mogrovejo Rebeca Narcisa

REPORTE URKUND

TUTOR

f. _____

Econ. Guzman Segovia, Guillermo Xavier, MSc.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por haberme dado la fortaleza para culminar con mi carrera universitaria, a mis padres porque son y han sido lo fundamental en mi vida sin ellos no hubiese podido llegar hasta donde estoy, su apoyo siempre fue incondicional, a mi hermano porque él siempre estuvo escuchándome, dándome consejos y motivándome en cada problema, finalmente y no menos importante a mi mejor amiga que estuvo en las buenas y malas, decían que en la universidad no se encuentran verdaderas amistades pues yo tuve la suerte de encontrar a una excelente amiga y compañera de estudio, empezamos un largo camino juntas y hoy lo estamos culminando.

Gimabel Suárez Aguirre

Agradezco a Dios, mi madre, mi abuelita, mi familia y por ultimo pero no menos importante a mi mejor amiga. Estas personas han sido mi apoyo para llegar hasta aquí.

Rebeca Yunes Mogrovejo

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis a mi familia, ellos han sido mi motor, mi fortaleza, siempre confiaron en mí así que este trabajo es para ellos.

Gimabel Suarez Aguirre

Este trabajo va dedicado en especial a mi madre y mi abuelita por haber sido un apoyo para mí en toda mi carrera universitaria y por haber creído siempre en mí.

Rebeca Yunes Mogrovejo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

CARRERA DE ECONOMÍA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

ECON. GUZMAN SEGOVIA, GUILLERMO XAVIER, MSC.
TUTOR

f. _____

ECON. CARRILLO MAÑAY, VENUSTIANO, MSC.
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

ECON. AREVALO AVECILLAS DANNY XAVIER, MGS.
COORDINADOR DE AREA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

CARRERA DE ECONOMÍA

CALIFICACION

f. _____

ECON. GUZMAN SEGOVIA, GUILLERMO XAVIER
TUTOR

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS.....	22
OBJETIVO GENERAL.....	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
CAPITULO I.....	23
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	23
1.1.1 Antecedentes políticos.....	33
1.1.2 Antecedentes Económicos.....	34
1.1.3 Antecedentes Sociales.....	35
1.1.4 Estructura del sistema de salud del Ecuador.....	35
1.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	38
1.3 MARCO LEGAL.....	55
1.4 FUNDAMENTOS EMPIRICOS.....	59
1.5 IDENTIFICACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS TÉRMINOS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	72
1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	76
1.7 CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	77
CAPITULO II.....	78
2.1 MÉTODOS DE NIVEL TEÓRICO.....	79
2.2 MÉTODOS DE NIVEL EMPÍRICO.....	83
2.3 MÉTODOS ESTADÍSTICO MATEMÁTICOS.....	85
2.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	88

2.5	ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	91
2.6	NOVEDAD DE LO QUE SE INVESTIGA.....	92
2.7	SIGNIFICACIÓN SOCIAL Y PERTINENCIA	92
2.8	SIGNIFICACIÓN PRÁCTICA.....	94
CAPITULO # 3.....		95
3.1	DIAGNÓSTICO DEL ESTADO ACTUAL DE LA PROBLEMÁTICA. ...	95
3.2	RESUMEN ESTADÍSTICO.....	96
3.3.	EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS	106
3.4	INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	109
3.5.	PREDICCIONES	113
3.6	PROPUESTA DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA	118
CONCLUSIONES		120
RECOMENDACIONES.....		121
REFERENCIAS		122
APÉNDICE.....		128

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de las variables	76
Tabla 2: Categorización de las variables.....	77
Tabla 3: Eficiencia promedio (Gasto en salud pública / esperanza de vida)	105
Tabla 4: Comparativa de modelos MCO combinados de Ecuador, CEPAL y OCDE.	108
Tabla 5: Comparativo del gasto en Salud Pública mediante proyección de PIB per cápita Chile – Ecuador.....	116
Tabla 6: Comparativo del gasto en Salud Pública mediante proyección de PIB per cápita Polonia – Ecuador.....	116
Tabla 7: Comparativo del gasto en Salud Pública mediante proyección de PIB per cápita Uruguay - Ecuador.	117
Tabla 8: Comparativo del gasto en Salud Pública mediante proyección de PIB per cápita Francia - Ecuador.....	118

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1: Gasto Público en Salud (% del PIB) desde 1970 al 1985	25
Figura 2: Gasto Público en Salud (% del PIB) desde 1986 al 2000	29
Figura 3: Gasto Público en Salud (% del PIB) desde 2001 al 2014.....	30
Figura 4: Comparación del gasto en salud pública per cápita 2014.....	96
Figura 5: Comparación PIB per cápita 1995 - 2014	97
Figura 6: Promedio del % de población con acceso a salud publica 1995 - 2014	98
Figura 7: Porcentaje de crecimiento poblacional 1995 - 2014	99
Figura 8: % de población de Ecuador mayor a 65 años y menor a 14. 1995 - 2014.....	100
Figura 9: Comparación del porcentaje de desempleo. 1995 - 2014.....	101
Figura 10: Tasas de mortalidad y fertilidad Ecuador 1995 - 2014.....	102
Figura 11: Evolución de la tuberculosis en el Ecuador 1995-2014	103
Figura 12: Comparación del Gasto en salud privada per cápita. 1995 - 2014	104
Figura 13: Eficiencia de salud pública (Gasto en salud pública / Esperanza de vida)	105

RESUMEN

Este trabajo analiza los determinantes del gasto público en salud en el Ecuador, usando una base de datos con series de tiempo anuales desde 1995 al 2014. En este trabajo para obtener un resultado más preciso de los determinantes ya mencionados se han tomado en cuenta también modelos con países de la OCDE Y CEPAL con la misma longitud de años, pero el análisis para estas se dio con datos de panel. Este estudio analiza la importancia entre diferentes variables sociales y económicas y el gasto en salud público usando las primeras diferencias de logaritmos de cada variable con el modelo de mínimos comunes ordinarios. La otra parte de esta investigación se basó en estimar cuando el sistema de salud pública del Ecuador alcanzaría diferentes países importantes calculando una predicción a 200 años del PIB Per Cápita del Ecuador.

En esta investigación se concluye que las variables PIB per cápita, desempleo total y tasa de fertilidad afectan positivamente al gasto público de salud del Ecuador mientras que el crecimiento poblacional tiene un efecto negativo en el gasto de salud pública.

Palabras claves: Gasto de Salud Pública, Ecuador, variables, series de tiempo, datos de panel, predicción

ABSTRACT

This paper analyzes the determinants of public health expenditure in Ecuador, using a database with annual time series from 1995 to 2014. In this work we have also taken into account models with OECD and ECLAC countries with the same length Years to obtain a more precise result of the determinants already mentioned, but the analysis for these was given with panel data. This study analyzes the importance of different social and economic variables and expenditure on public health using the first logarithmic differences of each variable with the ordinary common minimum (OLS) model. The other part of this research was based on estimating when Ecuador's public health system would reach different important countries by calculating a prediction of 200 years of Ecuador's Per Capita GDP.

In this research we conclude that the variables GDP per capita, total unemployment and fertility rate positively affect public health expenditure in Ecuador, while population growth has a negative effect on public health expenditure.

Keywords: Public Health Expenditure, Ecuador, variables, time series, panel data, prediction.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de tesis tiene como línea de investigación la parte de la concentración económica, trata sobre el análisis del gasto público en salud dentro del Ecuador como esto ha ido evolucionando a través de los años, cuáles han sido los problemas - causas y a su vez como ha afectado en el Ecuador para lo que se realizará la comparación del gasto público en salud de Ecuador entre otros países miembros de la CEPAL y de la OCDE.

Los datos se obtuvieron del Banco Mundial en un rango de años de 1995 al 2014 en Ecuador, CEPAL y OCDE, de esa forma se consiguió cada una de las variables: Gasto en salud Público Per Cápita (% del PIB real per cápita de paridad de poder de adquisición) como variable dependiente y como variables independientes: Esperanza de vida (años), PIB Per cápita PPA, Crecimiento de la Población (% anual) Mejora de las Instalaciones Sanitarias (% de personas con acceso), Población de 65 años de edad y más (% del total), Población entre 0 y 14 años de edad (% del total), Desempleo Total (% de la población activa total), Tasa de Mortalidad menores de 5 años (por cada mil), Nacimientos por cada mujer (tasa de fertilidad), Incidencia de Tuberculosis por cada 100000 personas, Gasto en salud privado Per Cápita (% del PIB real per cápita de paridad de poder de adquisición) y la Tendencia Política, cabe recalcar que las variables seleccionadas son respaldadas con papers y artículos económicos para afirmar cada una de las teorías económicas.

La salud como uno de los valores básicos es el fundamento de la calidad de la vida humana, el bienestar de la propia familia y también de la sociedad en su conjunto. Una sociedad sana es la base para una economía productiva y eficiente y el desarrollo de un país. El rápido crecimiento del gasto en salud se ha convertido en una gran preocupación tanto para los hogares como para los gobiernos.

La relación entre el estado de salud y el crecimiento económico ha sido muy Investigado en la literatura. Los resultados de varios estudios parecen sugerir que existe una asociación positiva entre el estado de salud y el desarrollo económico.

Durante varias décadas, Ecuador luchó entre la utopía de la eficiencia económica y el deterioro real de las condiciones sociales, económicas, políticas, de salud y de calidad de vida de los ecuatorianos. El nuevo marco jurídico y político del país ha logrado definitivamente liberarse del antagonismo entre la eficiencia económica y la inversión en el sector social, reafirmando el papel del Gobierno, la soberanía y la autodeterminación en la formulación de políticas públicas participativas y en el diseño de programas inclusivos locales; Impulsores de la salud y la vida, además de asegurar el acceso progresivo de toda la población a los servicios e infraestructuras sanitarias, erradicando la inequidad, la exclusión y la discriminación.

La salud recupera su estatus como un derecho humano jugando un papel en la construcción del bienestar como un esfuerzo colectivo. Las políticas y programas implementados tienen que abordar problemas como la inequidad en la salud, la desigualdad y la exclusión. Para tal efecto, el sector de la salud debe esforzarse por garantizar la universalización de la cobertura, eliminando todas las barreras de acceso.

El presente trabajo de investigación está estructurado por tres capítulos en los cuales abarca lo que es el antecedente y problemática de lo que se investiga en este caso serían las Determinantes de Gasto Público en Salud. Otra de las cosas que abarca el trabajo es todo con respecto al marco metodológico, los niveles teóricos que serán empleados en el presente tema, de investigación por otra parte el nivel empírico que el tema requiera, asimismo los métodos estadísticos que se necesitará para realizar los respectivos análisis y predicciones. Por último se tendrá todo correspondiente a los modelos econométricos de la OCDE, CEPAL y Ecuador, con estos

resultados se procederá a la interpretación de los datos además se realizarán predicciones como ya antes se mencionó.

En el capítulo # 1 como se explicó anteriormente, se recopilará toda la información en referencia a la problemática y a los antecedentes de las Determinantes de Gasto Público en Salud, como ha ido evolucionando a través del tiempo y como se proyectará de aquí a un futuro, tomando en cuenta las hipótesis que se desean constatar, cual es el objetivo y cual sería las recomendaciones para alcanzar un sistema sanitario óptimo en Ecuador, para realizar todo este estudio fueron seleccionadas las variables ya antes mencionadas formando una línea de tiempo desde el año 1995 al 2014, esta información se obtuvo del Banco Mundial. Cada una de las variables elegidas están apoyadas con los fundamentos teóricos que nos permitirán métricas con mayor precisión.

El capítulo # 2 es amplio por lo que engloba todo el marco metodológico de esta investigación. Por una parte, se tienen los métodos del nivel teórico, aquí se realizarán referencias sobre los métodos que se ajustan al estudio y a su vez saber cuál ha sido la vía que se ha seguido para recopilar información teórica acerca del tema. Como segundo punto se tiene el método de nivel empírico, en este método se describe como los resultados de la investigación influyen en prácticas profesionales o estudios futuros en el caso como se ha desarrollado y como se seguirá desarrollando el sistema sanitario en el país. Como tercer punto están los métodos estadísticos matemáticos aquí se realizó la recopilación y análisis de datos y se probó las hipótesis, este método ayuda a describir las regresiones econométricas.

Además, de describir los tres métodos que se utilizarán en el tema de tesis. Por otro lado, está el tipo de investigación esto ayudará a contextualizar los hallazgos dentro del cuerpo más grande la investigación en otras palabras a la comparación entre Ecuador, CEPAL y OCDE, la investigación bien conducida es vital para el éxito de los esfuerzos de salud global en el caso de estos tres modelos que se muestra, no sólo la investigación es la base del desarrollo de programas y las políticas en todo el mundo, sino que también

puede traducirse en programas de salud globales eficaces. Dentro de este marco también hay lo que es el alcance de la investigación en esta parte de nuestro estudio de investigación se dirá exactamente lo que se hizo y específicamente de donde se obtuvo la información. El tipo de información que se incluirá en el alcance de este proyecto de investigación incluirá teorías sobre el tema de estudio.

En el capítulo 3 se muestra cada una de las variables de estudio y a su vez se diagnosticó sobre el estado actual de la problemática que se investiga. La metodología de este estudio empieza desde lo que es la recopilación de la información, el desarrollo del estudio, por otra parte, también se realizará lo que son las proyecciones y finalmente los resultados obtenidos luego de haber corrido los modelos econométricos, en este caso se usó lo que es Gretl.

Para tal efecto, como primer paso se realizó la recopilación de datos, esta información fue sacada del Banco Mundial. Antes de hacer el estudio de las variables posteriormente ya mencionadas se constató que la información de dichas variables este completa en el caso que estén todos los años desde 1995 al 2014 para que en el desarrollo que se obtenga de este tema de estudio no haya inconvenientes por la falta de información. Como segundo paso, luego de la recopilación y filtración de los datos por lo que no son todos los países, se espera obtener los resultados de cada una de las variables seleccionadas para ver si son significativas o no y realizar las respectivas interpretaciones de los resultados que arroja el diagnóstico, no obstante, cada una de estas variables están respaldadas por teorías económicas.

Como tercer paso, al realizar las interpretaciones y dar cada uno de los análisis con respecto a Ecuador, OCDE Y CEPAL se procedió a las proyecciones en este punto se analiza y proyecta en que año podría Ecuador tener un sistema sanitario óptimo, se insiste en este punto que Ecuador si se ha desarrollado en lo que es el sistema sanitario si ha venido creciendo a través de los años, pero que aún le falta en comparación a otros países por parte de América como lo son Chile y Uruguay y por el lado de la Unión Europa a Francia.

Luego de haber obtenido los resultados de las variables seleccionadas y haber realizado las proyecciones de Ecuador con Chile, Uruguay y Francia se ratificó que la fuente de veracidad fue la del Banco Mundial, de esta fuente se obtuvo todos los datos necesarios que fueron de gran utilidad como data para luego usarla de acuerdo a nuestras determinaciones que en este caso es el Gasto Público en Salud. Cabe señalar que la base de datos está anualmente.

Consecuentemente, luego de haber formado la base de datos en Excel, se utilizó el programa estadístico de Gretl para lograr los modelos econométricos y así dar a conocer las conclusiones y cuales serían las recomendaciones para que el Ecuador promueva la mejora de la eficiencia en el sector sanitario.

Por último se encuentran las respectivas conclusiones y recomendaciones

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A través de los años el sistema público de salud del Ecuador ha ido evolucionando e implementándose en referencia a los años anteriores, debido al interés que se le ha tomado a este sector. En años pasados el sector de salud no tenía la atención respectiva que se deberían dar a las personas por tal motivo los recién nacidos, los adultos y ancianos fallecían, por la ausencia de centros médicos y por el poco conocimiento de los doctores acerca de las enfermedades y prevenciones que deberían dar a las personas.

Al paso de los años poco a poco comenzaron a habilitar centros de salud, hospitales para que todas las personas acudan y así tengan el cuidado necesario y recomendaciones de los doctores, gracias a eso la tasa de mortandad y enfermedades ha disminuido en el Ecuador.

Sin embargo, el gasto público en salud desempeña un papel crucial en el crecimiento económico. Por lo tanto, la naturaleza más sana de la población determinó su capacidad de contribuir al rendimiento económico. Según Babatunde (Babatunde, 2012, p. 75) afirmó que una mejor salud permite una mejor capacidad de ganancias para los trabajadores y las empresas, lo que a su vez mejora la base fiscal del gobierno que conduce a una mejor postura fiscal. Estas interacciones, todas las cosas iguales, conducirán a un mejor rendimiento económico. Así, la forma en que se comparte el crecimiento también influye en la tasa de reducción de la pobreza.

La salud es uno de los factores importantes que determinan la calidad del capital humano, que es un factor necesario para el crecimiento económico. Sobre la base de este paradigma, los países en desarrollo han intentado mejorar el capital humano a través del gasto público en salud, así como del gasto público en educación y otros servicios sociales.

(AlYesufy, 2000, p. 7) y (Lawson, 2009, p. 123) señalaron que la educación, la atención de la salud, la capacitación y la inversión en servicios sociales mejoran y mejoran la capacidad humana que tiene un efecto sobre el crecimiento económico.

A pesar de estas mejoras el Ecuador aún no cuenta con un sistema de salud público óptimo por lo que se quiere saber cuál de las determinantes que se analizarán son más significativa o si todas lo son por igual para así identificar cual es el efecto de las mismas en el gasto de salud pública del Ecuador haciendo una comparación de un período de 20 años con demás países del mundo que si han llegado o se han aproximado a un nivel de salud eficaz.

La salud como uno de los valores básicos es el fundamento de la calidad de la vida humana, el bienestar de la propia familia y también de la sociedad en su conjunto. Una sociedad sana es la base para una economía productiva y eficiente en el desarrollo de un país. El rápido crecimiento del gasto en salud se ha convertido en una gran preocupación tanto para los hogares como para los gobiernos.

Segun (Graffian & Mckinley, 1992, pag. 13) revelaron que la mayoría de los países en desarrollo sufren de gastos deficientes en atención de salud y la mayoría del gasto público en atención hospitalaria y atención médica costosa que benefician a una pequeña minoría de la población que vive en las ciudades. Una gran proporción de los pobres está lejos de este servicio, especialmente los que viven en las zonas rurales. Por lo general, se basan en los remedios caseros y la medicina tradicional.

Todo el mundo es afectado por la salud y los servicios de salud personal de manera importante. Su salud afecta su disfrute de la vida, su capacidad de contribuir al bienestar de su familia y ser un miembro productivo de la fuerza de trabajo y, más temprano en su vida, su capacidad para ser productivo en la escuela.

La mayoría de las personas reciben al menos un servicio de atención médica personal anualmente. A mediados de la vida, y ciertamente más tarde en la vida, el consumo de servicios de salud personales tiende a ser mucho mayor que para los adultos más jóvenes.

En Ecuador, hay un alto gasto en salud, pero no toda la población está cubierta. Es necesario un amplio enfoque sectorial para hacer frente a estos problemas. Para que esto sea efectivo es necesario comprender los determinantes del gasto en atención de salud en Ecuador. Este estudio utiliza el contexto local para iluminar esto y se quiere responder a la pregunta

¿Cuáles son las variables determinantes que influyen en el gasto público en salud del Ecuador?

PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS

Las variables demográficas y económicas influyen en el gasto público en salud per cápita de Ecuador.

OBJETIVO GENERAL

Identificar cuáles son las variables determinantes que influyen en el gasto público en salud del Ecuador mediante el análisis bibliográfico y de registros estadísticos oficiales para elaborar un modelo econométrico de los determinantes del gasto en salud pública del Ecuador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar los factores determinantes del gasto público en salud mediante el estudio bibliográfico para determinar las variables exógenas de posible inclusión en el estudio.
- Aplicar el método estadístico descriptivo mediante el uso de base de datos de fuentes confiables para asociar la relevancia de las variables seleccionadas con el gasto público en salud.
- Establecer un modelo econométrico mediante el análisis de los resultados empíricos y teóricos para identificar las variables que inciden en el gasto público en salud del Ecuador.

CAPITULO I

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

El sistema público de salud del Ecuador ha ido mejorando a lo largo de los años junto a la inversión del Estado hacia este sector. La esperanza de vida al nacer ha aumentado, se ha extendido el suministro de infraestructura sanitaria y la tasa de mortalidad de muchas enfermedades ha disminuido. A pesar de estas mejoras aun a Ecuador le queda un largo camino para alcanzar un sistema sanitario óptimo. A continuación, se analizó las tendencias y situación del Ecuador con respecto a gasto en salud pública desde el año 1970.

En los años 70 estaba en el poder el régimen militar primero con el Gral. Guillermo Rodríguez Lara 1972-1976 el cual fue reemplazado por el Consejo supremo de gobierno hasta el año 1979. En estos años el país no contaba con unas buenas condiciones en el sector de salud pública, los ecuatorianos tenían que pagar altos costos si querían ser atendidos en alguna entidad de salud privada, costos que no podían ser afrontados por la mayoría de los habitantes lo cual provocaba que se de paso a las personas que realizaban curaciones empíricas que eran de menor costo pero no era lo necesario para la mayoría de los casos por lo que la tasa de mortalidad en este tiempo era alta y la esperanza de vida al nacer baja.

Otra razón por la que la situación era mala en estos años a nivel sanitario era la existencia de un solo hospital en las ciudades importantes lo que hacía que la gente de la periferia tenga que trasladarse desde sus lugares de origen hasta el hospital existente en el cual había mucha gente que se quedaba sin atención por la gran demanda y algunos no lograban llegar al lugar por consecuencia de las largas distancias, malos caminos, falta de transporte y largos tramos de caminata.

Con lo dicho anteriormente se podría decir que, en el Ecuador, las políticas de salud pública no son una excepción a la tendencia de que los recursos disponibles para el sector de la salud se destinen en gran medida a las zonas

urbanas, donde los más favorecidos se benefician más de los subsidios públicos y de los proyectos de salud.

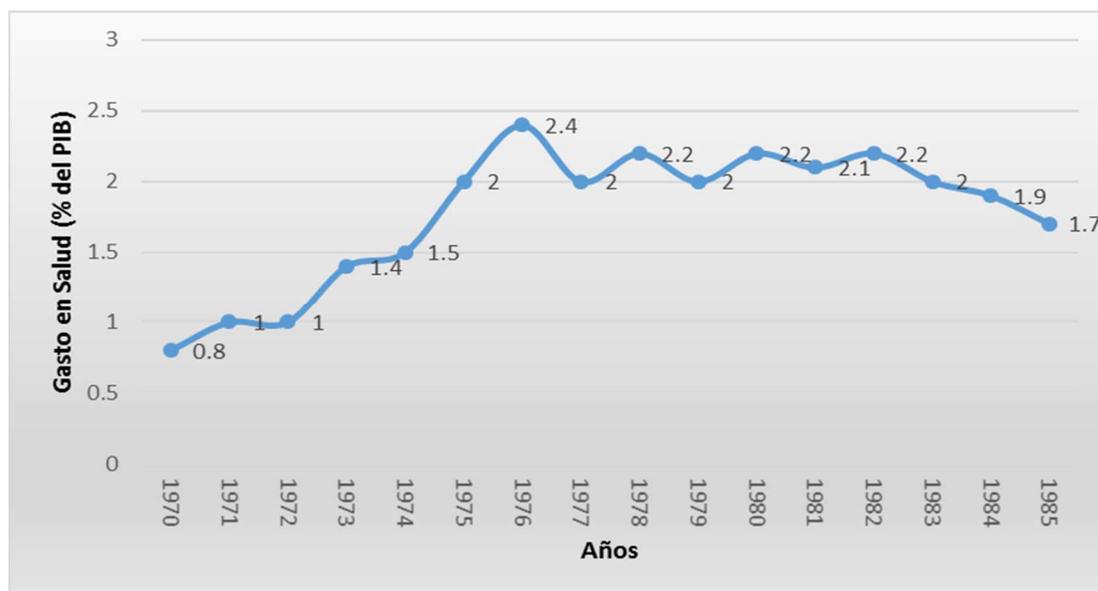


Figura 1: Gasto Público en Salud (% del PIB) desde 1970 al 1985

Fuente: Banco Mundial. (2016). *Gasto en salud, sector público (% del PIB) Ecuador*. Recuperado el 9 de enero de 2017, del sitio web:

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.ZS?locations=EC>

Elaborado por: Autoras

En la figura 1 se muestra que en el año de 1976 hubo un aumento en el gasto de salud con respecto al PIB que fue el mayor que se dio en el periodo de 1970 - 1985, esto se dio porque en este año el presidente Guillermo Rodríguez Lara fue relevado de la presidencia por el consejo supremo del gobierno el cual en su primer año de mandato si tuvo una inversión sobresaliente en comparación a años pasados, pero no fue una mejora permanente ya que en los años siguientes la inversión volvió a caer.

De 1979 a 1981 hay una mejoría un poco más sostenida la cual se da por la nueva presidencia de Jaime Roldos en la cual fijó un plan para alcanzar objetivos en el área de salud, la esencia de ese plan era disminuir la desnutrición en niños y madres, alcanzar el 90% de suministro de agua potable en las zonas urbanas y el 25% en zonas rurales, atención medica

especialmente para niños menores de 5 años y embarazadas e invertir en más infraestructura de salud como hospitales, clínicas y sub-centros.

De 1982 a 1985 existe una caída del gasto público en salud, esto se dio por la muerte del presidente Jaime Roldos, lo cual provocó que se ponga a cargo Osvaldo Hurtado quien no tuvo un periodo presidencial muy bueno debido a que se le presentaron conflictos internos y externos los cuales no dejaron que se llevase a cabo el plan propuesto inicialmente.

Tanto el sector público como el privado proporcionaron servicios de salud. La mayor parte de la atención de salud pública estuvo bajo la égida del Ministerio de Salud Pública, aunque también contribuyeron las fuerzas armadas, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y otras agencias autónomas. El Ministerio de Salud cubrió alrededor del 80 por ciento de la población y el IESS otro 10 por ciento.

El Ministerio de Salud Pública organizó un sistema de cuatro niveles de atención de la salud. El personal auxiliar de atención de salud tenía puestos de trabajo que atendían pequeños asentamientos rurales de menos de 1.500 habitantes. Los centros de salud atendidos por profesionales de la salud atendían comunidades de entre 1.500 y 5.000 habitantes. Los centros urbanos cuidaban de las grandes capitales provinciales. Los hospitales provinciales y nacionales estaban ubicados en las ciudades más grandes. A principios de los años ochenta, había aproximadamente 2.100 establecimientos de salud en todo el país; El Ministerio de Salud Pública corrió más de la mitad. Tanto el número limitado de profesionales de la salud como su falta de capacitación dificultaron la atención de la salud pública. Estas deficiencias fueron más evidentes con respecto a especialistas médicos, técnicos y enfermeras.

Las estimaciones de la tasa de mortalidad infantil a principios de los años ochenta oscilaban entre 70 y 76 por cada 1.000 nacidos vivos, con proyecciones del gobierno de 63 por 1.000 nacidos vivos para el período de 1985 a 1990. Aunque estos índices eran una mejora significativa de la cifra de muertes de 140 registrada en 1950, seguían siendo una preocupación seria. La mortalidad infantil varió significativamente según la región y el estatus socioeconómico. Las encuestas en áreas urbanas mostraron un rango de 5 a 108 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos, mientras que en áreas rurales variaron de 90 a 200. Las enfermedades intestinales y las enfermedades respiratorias (incluyendo bronquitis, enfisema, asma y neumonía) causaron aproximadamente tres cuartas partes de todas las muertes infantiles.

La mortalidad infantil (muertes entre los de uno a cuatro años) disminuyó a 9 por 1.000 a mediados de los años ochenta después de las campañas de inmunización y de algunos intentos de controlar las enfermedades diarreicas. Las infecciones respiratorias agudas representaron un tercio de todas las muertes en este grupo de edad. La mejora de la tasa de mortalidad infantil exigió ampliar el programa de inmunización, aumentar la disponibilidad de terapia de rehidratación oral, mejorar la nutrición y controlar las enfermedades respiratorias.

Las pruebas precisas y detalladas sobre el estado nutricional de los niños siguen siendo limitadas y contradictorias. El gobierno llevó a cabo una encuesta nacional en 1959 y siguió esto con estudios más limitados a finales de los años sesenta y setenta. A finales de los años sesenta, el 40 por ciento de los niños en edad preescolar mostraba algún grado de desnutrición. Entre los niños menores de 12 años de edad, 30 por ciento estaban desnutridos y 15 por ciento anémicos.

Las principales causas de muerte entre los adultos a mediados de los años ochenta fueron accidentes automovilísticos, enfermedades coronarias,

enfermedades cerebrovasculares, cáncer y tuberculosis. A mediados de los años ochenta, la mortalidad materna se mantuvo elevada: 1,8 por 100.000 nacidos vivos. Al igual que en el caso de la mortalidad infantil, los promedios nacionales de mortalidad materna enmascararon una considerable variación regional, con una tasa casi tres veces mayor en algunas áreas. Estos porcentajes más altos reflejaban el acceso limitado que muchas mujeres rurales tenían a la atención médica. A principios de los años 80, más del 40 por ciento de todos los embarazos no fueron monitoreados; La mayoría de los nacimientos fueron desatendidos por personal médico moderno.

El Instituto Ecuatoriano del Seguro Social, una agencia autónoma que opera bajo el Ministerio de Bienestar Social, ofreció a sus miembros beneficios de vejez, sobrevivientes e invalidez, cobertura de enfermedad y maternidad y subsidios por lesiones laborales y desempleo. En 1982, sin embargo, el sistema cubrió sólo aproximadamente el 23 por ciento de la población económicamente activa (21 por ciento de los hombres y 33 por ciento de las mujeres). La cobertura varió ampliamente según la residencia urbana o rural, así como el sexo.

Las mujeres urbanas tenían las tasas más altas de cobertura (42 por ciento), mientras que los hombres rurales tenían el más bajo (9 por ciento). Los empleados de la banca, la industria, el comercio y el gobierno, y los profesionales independientes tenían cobertura para la mayoría de los beneficios. Los trabajadores agrícolas estaban cubiertos por lesiones laborales y prestaciones por desempleo y se iban incorporando gradualmente a los fondos de pensiones ya los subsidios de supervivencia y muerte.

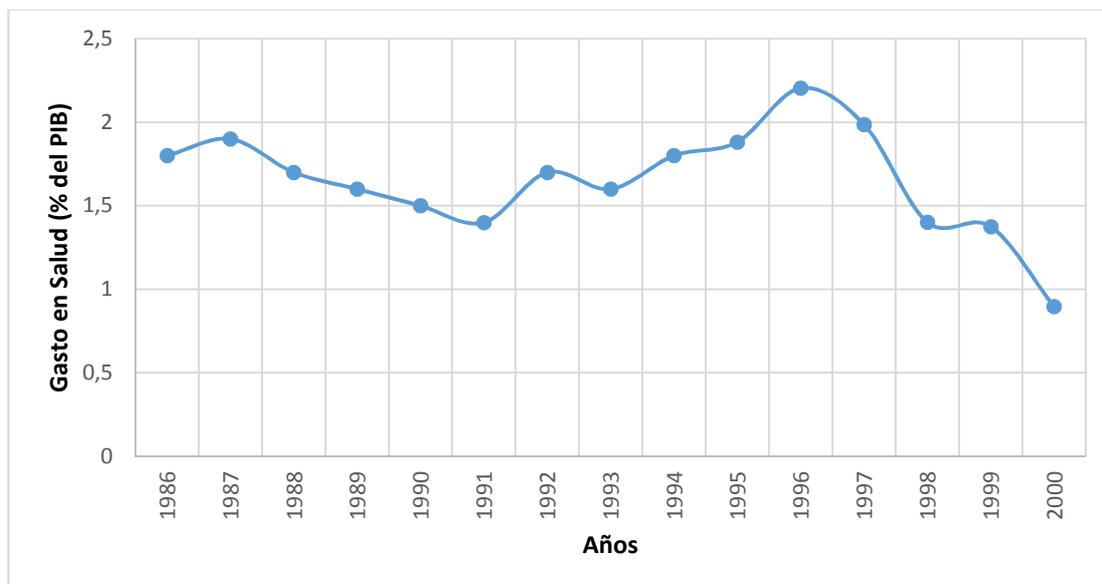


Figura 2: Gasto Público en Salud (% del PIB) desde 1986 al 2000

Fuente: Banco Mundial. (2016). *Gasto en salud, sector público (% del PIB) Ecuador*. Recuperado el 9 de enero de 2017, del sitio web:

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.ZS?locations=EC>

Elaborado por: Autoras

Las políticas de salud rara vez se basan en la evidencia que surge de la investigación. Las políticas cambian después de cada cambio de Ministro de Salud o Gobierno Central y la investigación mencionada como importante para enfrentar mejor las necesidades de salud rara vez se lleva a cabo.

En el tramo de 1986 al 2000, durante el período que va de 1995 a 1997, el Dr. Alfredo Palacio propuso una política para la reforma de la salud, incluyendo diferentes áreas de cambio en el sistema de salud. De acuerdo con esta propuesta, se debía fomentar la investigación en salud con el fin de aumentar el conocimiento sobre las causas y las intervenciones eficaces sobre las enfermedades pertinentes.

También se consideró importante la evaluación de los servicios de salud como una forma de probar proyectos de demostración dirigidos a la modernización y la gestión autónoma de los hospitales públicos. Se puede observar que en el año 1996 hubo una variación positivamente significativa y esto se dio debido a que se invirtió en compra de 1.740.000 vacunas contra el sarampión ya que esta enfermedad ya había afectado gravemente en años anteriores a la población y no se quería que vuelva a ocurrir lo mismo.

Desafortunadamente, estos propósitos se mantuvieron como una declaración política después del cambio de gobierno en el cargo. Después de 1998, se declararon nuevas políticas que subrayaban la necesidad de implementar proyectos demostrativos de modelos de salud y la importancia de definir prioridades y promover la investigación y el desarrollo tecnológico en los campos de la medicina clínica y la epidemiología.

La otra variación significativa que se dio en este periodo fue la del año 2000 pero esta vez fue negativa, dando un porcentaje de gasto Público de 0.896, esto ocurrió ya que de 1999 se vivió una fuerte crisis bajo el mando de Jamil Mahuad con el feriado bancario y la dolarización, lo cual fue un desequilibrio total para el país y le costó un retroceso en áreas como educación y salud.

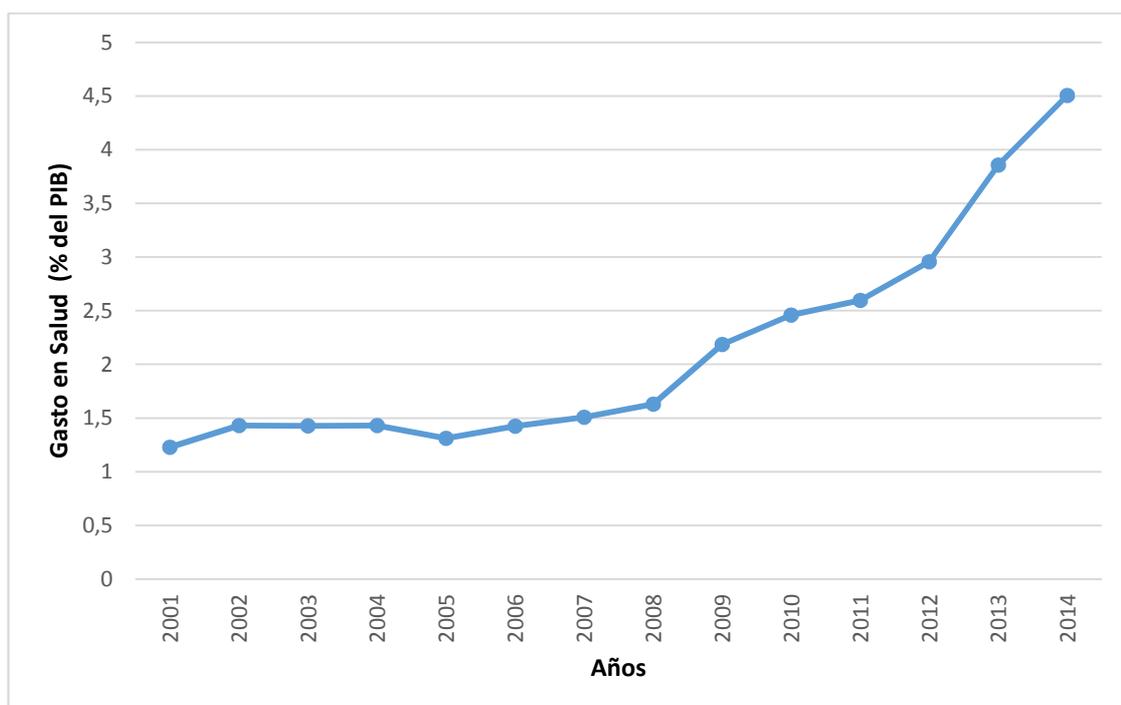


Figura 3: Gasto Público en Salud (% del PIB) desde 2001 al 2014

Fuente: Banco Mundial. (2016). *Gasto en salud, sector público (% del PIB) Ecuador*. Recuperado el 9 de enero de 2017, del sitio web:

En el periodo del 2001 al 2014 ya la economía del país se fue estabilizando tras la dolarización y se observa que la tendencia en este periodo es creciente, pero se notó un crecimiento más notorio desde el año 2009 en el cual comenzó a ejercer el cargo de presidente Rafael Correa quien desde el principio definió su plan de gobierno con inversiones importantes para los sectores de salud y educación pública.

Las inversiones en salud del gobierno han sido muy notorias especialmente en infraestructura ya que se han construido un sin número de centros de salud, hospitales, clínicas y el servicio del seguro social ya está más descentralizado, el acceso de las personas a las instalaciones sanitarias ha mejorado significativamente y las tasas de mortalidad han disminuido. A pesar de la mejora del sistema de salud pública aún nos falta mucho para llegar a ser como los grandes países de la Unión Europea o algunos importantes países miembros de la CEPAL.

En la actualidad con respecto a la situación demográfica se tiene que de acuerdo con el INEC la población del Ecuador es de 16.503.569 de los cuales el 50.1% es de género masculino, es decir 8.263.815 y el 49.9% es de sexo femenino es decir 8.239.755. De este total de población el 62.87% es decir 10.376.190 viven en el área urbana y 37.13% es decir 6,127,379 viven en el área rural. En el área urbana hay una densidad de población de 52.3 habitantes por km². La estructura demográfica refleja una gran cantidad de población por debajo de los 15 años de edad, aproximadamente el 30% de la población total es joven. (INEC, 2014, p. 16)

Con respecto a la situación social los problemas mayores que afectan a la salud son los altos niveles de pobreza y extrema pobreza. Un incremento de estos factores se dio en los años 90 cuando se pasó de 39% en 1995 a 52% en 1999, esto se dio como causa del fenómeno del niño en 1998, la crisis

bancaria en 1999 y la crisis mundial. Por el año 2005 el país vivió una reducción de la pobreza y la extrema pobreza, la causa de esta no fueron las políticas públicas o generación de empleos, las verdaderas razones para este efecto fueron el incremento del precio del petróleo y las remesas.

Hoy en día con el actual gobierno se han construido nuevos hospitales públicos y clínicas mientras se han mejorado las instalaciones existentes. Se ha adquirido equipo de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología, que antes no se encontraba disponible incluso en hospitales privados, y se ha contratado un gran número de médicos, entre ellos algunos especialistas de España y Cuba.

La pobreza, la desigualdad, las deficiencias del mercado y otras externalidades negativas existentes crean la necesidad de la participación del gobierno en las principales disposiciones de servicios públicos, como la atención de la salud, en particular en los países en vías desarrollo (Banco Mundial, 1993, p. 36). El sector de la salud debe considerarse junto con las características sociales, económicas y demográficas de la economía. Por lo tanto, no sólo los cambios biológicos y ambientales, sino también económicos, sociales y demográficos afectan las decisiones de gasto sanitario y de salud a nivel nacional.

Antes del gobierno actual, la inversión social no ha sido priorizada y una cantidad considerable del presupuesto del gobierno se utilizó para pagar la deuda externa. Como resultado, el gobierno ecuatoriano no logró garantizar el derecho a la salud.

El sistema de salud pública de Ecuador ha sufrido una histórica carencia de inversión que tuvo un impacto negativo en la capacidad del estado para ofrecer acceso universal a la salud. Por otra parte, sólo hay una pequeña parte

de la población que puede acceder a los seguros sociales públicos (alrededor del 30%) e incluso una porción menor que puede acceder al seguro médico privado.

El disfrute del más alto nivel posible de salud es un derecho humano fundamental. Por esta razón, los Estados que han ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales deben tomar medidas para garantizar progresivamente el derecho a la salud (PIDESC, 1981, p. 10).

Ecuador ratificó el PIDESC en 1976, lo que implica que el gobierno debe tomar medidas para otorgar acceso a la salud de acuerdo con 3 principios básicos (PIDESC, 1981, p. 11): no discriminación, progresividad y pleno aprovechamiento de los máximos recursos disponibles.

Existe un aumento significativo en el número de centros de salud dentro de la esfera del Ministerio de Salud Pública (MSP). La tasa de crecimiento ha invertido la tendencia registrada en los últimos 15 años, lo que evidenció una mala administración del gobierno en el campo de la salud. Sólo en 2010 se crearon 132 unidades de salud, 497 fueron remodeladas, 362 unidades de monitoreo y realización de visitas de salud promocionales, 13 hospitales fueron ampliados, remodelados y equipados (Ministerio de Coordinación y Desarrollo Social, 2011, p. 9)

1.1.1 Antecedentes políticos

En los últimos 20 años, el escenario político del país se ha caracterizado por una inestabilidad institucional significativa y altos niveles de conflicto social, que han llevado a una profunda crisis de gobernabilidad. Entre 1992 y

2006, hubo ocho gobiernos diferentes. Esto condujo a problemas de gobernabilidad y violencia social, así como a una mayor corrupción, inestabilidad administrativa y falta de continuidad en la administración pública.

Estos problemas afectaron la dinámica del sector de la salud y sus reformas. Los repetidos cambios de autoridad (nueve ministros de salud entre 2001 y 2005) y la introducción de los planes y programas de cada administración debilitaron la Autoridad Sanitaria Nacional, lo que ha impedido el desarrollo y la sostenibilidad de procesos coherentes de cambio.

El actual gobierno propuso nuevos modelos de organización desde el 2007 hasta la actualidad que han eliminado en gran proporción la fragmentación y promueven vínculos entre las funciones institucionales y sectoriales.

En lo que respecta a la gestión, se han tomado medidas para garantizar la viabilidad y viabilidad de la descentralización de las finanzas nacionales, mejorar la disponibilidad y la eficiencia de los recursos económicos nacionales; En el cuidado de la salud, los planes han promovido un modelo integral e integral de atención de salud que proporciona servicios apropiados, compasivos y de alta calidad a través de una red de atención médica plural.

1.1.2 Antecedentes Económicos

Como consecuencia de la crisis económica de 1999, Ecuador adoptó el dólar estadounidense como moneda oficial en el año 2000. Entre 2001 y 2005, la economía nacional registró una tasa de crecimiento promedio del 4,9%.

El desempeño económico se tradujo en un aumento del producto interno bruto (PIB) per cápita, que aumentó un 3,5% anual durante este período, llegando a US \$ 2.743 en 2005. La inflación también se desplomó de un promedio anual de 40.26% en 2001 a 2.28%. Se registró un incremento promedio del 10% del salario mínimo, en términos reales, entre 2001 y 2005.

Como resultado de la crisis económica de 1999 a 2000, aproximadamente un millón de personas huyeron del país entre 2001 y 2005 en busca de mejores condiciones de vida y oportunidades económicas.

En 2005, más de US \$ 1.700 millones ingresaron a la economía en forma de remesas. Esta expansión económica se produjo en el contexto de la inestabilidad política interna. Hubo tres presidentes durante este período, aunque el término presidencial habitual es de cuatro años.

1.1.3 Antecedentes Sociales

Los principales problemas sociales que afectan el estado de salud son los altos niveles de pobreza y el aumento significativo de la pobreza extrema. A finales de los años noventa se observó un aumento de la pobreza y la extrema pobreza; 39% en 1995 a 52% en 1999, respectivamente. Esto se atribuyó principalmente al efecto "El Niño" en 1998, a la crisis bancaria de 1999 y a la crisis financiera mundial.

1.1.4 Estructura del sistema de salud del Ecuador

Ecuador tiene un sistema mixto de salud compuesto por los sectores público y privado. El sector público comprende el Ministerio de Salud Pública

(MSP), con sus proveedores institucionales y actores del Sistema Nacional de Seguridad Social, orientados al mercado laboral formal, conformado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que incluye el Seguro Social Rural, El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, que está dentro del ámbito del Ministerio de Defensa Nacional y el Instituto Nacional de Seguridad Social de la Policía, dentro del ámbito del Ministerio del Interior.

Desde 2009, el Fondo Obligatorio de Seguro de Accidentes de Tránsito (FONSAT), garantiza la cobertura universal y es responsable de compensar y brindar protección a las víctimas de accidentes de tránsito. El Consejo de Administración de la FONSAT agrupa entre sus miembros representantes de los Ministerios de Transporte y Obras Públicas, Salud Pública, Interior y la Unidad de Seguros Técnicos, organismo adscrito a la Presidencia de la República.

Como prestación de servicios sanitarios se tienen cuatro niveles de cuidado bien diferenciados los cuales son:

- Primer nivel de cuidado

Está más cerca de la población, racionalizando y coordinando el flujo de pacientes dentro del sistema, asegurando una referencia y contra-referencia adecuada y asegurando un cuidado longitudinal continuo. Promueve acciones de salud pública en conformidad con las directrices de la Autoridad Sanitaria. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta duración, convirtiéndose en la puerta obligatoria de acceso al Sistema Nacional de Salud. Este nivel cuenta con el siguiente tipo de instalaciones:

1. Puestos de Salud
2. Consultorios generales
3. Centros de salud rural
4. Centros de salud urbanos
5. 12 horas de centros de salud urbanos

6. Centros de salud urbanos de 24 horas

- Segundo nivel de cuidado

Comprende todas las acciones y servicios especializados de atención ambulatoria, así como los que requieren hospitalización, y es la instancia de referencia inmediata del primer nivel. En este nivel se desarrollan nuevas modalidades de atención que no son exclusivamente de cama hospitalaria, como la cirugía ambulatoria y el centro de atención al mismo día. Cuenta con los siguientes tipos de instalaciones:

1. Consultorio clínico-quirúrgico especializado
2. Centro de Especialistas
3. Centro quirúrgico ambulatorio (mismo día)
4. Hospital básico
5. Hospital General

Tanto el primer como el segundo nivel de atención tienen un área geográfica específica y una cobertura poblacional definida. Se debe aplicar una estrategia de atención primaria de acuerdo con las necesidades de la población en todos los centros de salud.

- Tercer nivel de cuidado

Se compone de ambulatorios y hospitales especializados y centros de atención especializada. Los hospitales son centros nacionales de referencia, proporcionan atención de alta complejidad, están equipados con tecnología de vanguardia, realizan procedimientos quirúrgicos de alta severidad, trasplantes, proporcionan cuidados intensivos y sub-especializaciones legalmente autorizadas. Incluyen lo siguiente:

1. Centro especializado

2. Hospital especializado

- Cuarto nivel de cuidado

En el cuarto nivel de atención se encuentra la cobertura de enfermedades catastróficas, a las que se le ha otorgado el estatus de política estatal; Su tratamiento debe ser financiado por el Gobierno para garantizar la cobertura gratuita. Este programa, denominado Programa de Protección Social para la Salud (PPS), está a cargo del Ministerio de Inclusión Económica y Social, y hasta ahora abarca las malformaciones congénitas.

1.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El gasto público es un gasto hecho por el gobierno de un para satisfacer las necesidades y deseos colectivos, tales como pensión, provisión, infraestructura, etc. Hasta el siglo XIX, el gasto público era limitado ya que las filosofías laissez faire suponían que el dinero que se dejaba en manos privadas podría traer mejores retornos. En el siglo 20, John Maynard Keynes discutió acerca del rol del gasto público en la determinación de los niveles de ingresos y distribución en la economía. Desde entonces, los gastos del gobierno han mostrado una tendencia creciente.

Brenan y Buchanan (2008, p. 13) resumieron los temas centrales de Buchanan de esta manera: "Hay dos mensajes que emergen de este trabajo: uno es que un sentido propio de la magnitud del fracaso del mercado, en lugar de su mera presencia, es relevante en todos los casos; La otra es que la "corrección" de tal fracaso del mercado es a menudo un negocio multidimensional complejo que no es capturado por la provisión pública directa a precio cero y que no implica necesariamente la expansión de la producción del mercado".

Según Smith (1776, p. 78) mencionó que el gobierno debe restringir sus actividades para defensa en contra de agresiones extranjeras, mantener la paz y el orden interno y para el desarrollo de trabajo público.

Todas las otras funciones además de éstas se consideraban fuera del alcance del estado y los gastos en ellos eran tratados como injustos y derrochadores, pero ha habido una expansión espectacular en las funciones del Estado y esto se tradujo en un aumento fenomenal en el gasto público.

El pensamiento macroeconómico keynesiano que en algún momento se llama el lado de la demanda de la economía postula que el gasto público puede contribuir positivamente al crecimiento económico. Por lo tanto, es probable que un aumento del gasto público conduzca al mismo aumento proporcional del empleo, la rentabilidad y la inversión mediante el efecto multiplicador sobre la demanda agregada. Basándose en este antecedente, el gasto gubernamental augura la demanda agregada, lo que provoca aumentos en la producción dependiendo del multiplicador del gasto (Saaded & kalakech, 2009, p 47).

Sin embargo, Barro y Sala (1992, p. 247) en su investigación de convergencia clasifican el gasto público como productivo e improductivo y la hipótesis de que los gastos productivos como el gasto en educación, salud, carreteras entre otros influyen directamente en la tasa de crecimiento económico mientras que el gasto improductivo Salario, alquiler, etc. tienen efecto indirecto o nulo.

Sin embargo, el gasto público en salud desempeña un papel crucial en el crecimiento económico. Por lo tanto, la naturaleza más sana de la población determinó su capacidad de contribuir al rendimiento económico. Según Babatunde (2012, p. 75) afirmó que una mejor salud permite una mejor

capacidad de ganancias para los trabajadores y las empresas, lo que a su vez mejorar la base fiscal del gobierno que conduce a una mejor postura fiscal. Estas interacciones, todas las cosas iguales, conducirán a un mejor rendimiento económico. Así, la forma en que se comparte el crecimiento también influye en la tasa de reducción de la pobreza.

La salud es uno de los factores importantes que determinan la calidad del capital humano, que es un factor necesario para el crecimiento económico. Sobre la base de este paradigma, los países en desarrollo han intentado mejorar el capital humano a través del gasto público en salud, así como del gasto público en educación y otros servicios sociales. Varios autores como (AlYesufy, 2000, p. 7) y (Lawson, 2009, p. 123) señalaron que la educación, la atención de la salud, la capacitación y la inversión en servicios sociales mejoran y mejoran la capacidad humana que tiene un efecto sobre el crecimiento económico.

Los gastos de salud pública consisten en gastos recurrentes y de capital de los presupuestos del gobierno, préstamos externos y donaciones (incluyendo donaciones de organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales) y fondos de seguro social (u obligatorio). Si bien, el gasto total en salud es la suma de los gastos públicos y privados de salud. Cubre la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos) de actividades de planificación familiar, actividades de nutrición y ayuda de emergencia destinadas a la salud, pero no incluye la provisión de agua y saneamiento (OMS, 2010, p.15).

Según Graffian y Mckinley (1992, pag. 13) revelaron que la mayoría de los países en desarrollo sufren de gastos deficientes en atención de salud y la mayoría del gasto público en atención hospitalaria y atención médica costosa que benefician a una pequeña minoría de la población que vive en las ciudades. Una gran proporción de los pobres está lejos de este servicio,

especialmente los que viven en las zonas rurales. Por lo general, se basan en los remedios caseros y la medicina tradicional.

La literatura identifica cuatro enfoques alternativos para determinar el gasto general; La contabilidad de costos, el argumento de demanda, los factores del lado de la oferta y la teoría del desarrollo (Ayanwu, 1998). El enfoque de contabilidad de costos involucra programas gubernamentales, incluyendo salud, educación y seguridad social, y separa los efectos de la influencia demográfica, los cambios en la cobertura y el aumento de los beneficios reales (Sanders & Klau, 1984, pag. 59).

Según Anyanwu (1998, p. 47), el enfoque de la demanda incluye la Ley de Wagner, las explicaciones basadas en la preferencia y las teorías de la elección pública. En primer lugar, se argumenta que el precio o el costo unitario de la producción gubernamental afecta el crecimiento del gasto público. En segundo lugar, la ley de Wagner postuló que hay tendencias inherentes entre los crecimientos de las actividades económicas y gubernamentales, con el resultado de que el sector gubernamental crece más rápido que la economía. Esto implica que a medida que aumenta el ingreso, la demanda de gobierno aumenta más que en proporción, primaria debido a los requerimientos tecnológicos de la industrialización y la urbanización que lo acompaña, es decir, los efectos de ingreso.

La literatura mundial sobre salud ha reconocido que el gasto público en salud es esencial para combatir las principales enfermedades y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Kleiman (1974, p. 350) llegó a la conclusión de que si la elasticidad-ingreso del gasto en atención médica entre países excede a uno, entonces los países con alto gasto, la unidad marginal de atención médica es más probable que produzca mejoras en los llamados componentes subjetivos de la salud, Alivio de la ansiedad y diagnósticos más precisos, en lugar de mejoras en las tasas de morbilidad y mortalidad.

Newhouse (1977, p. 322), examinó el grado en que esta discrepancia en el gasto en salud se explica por los ingresos de un país. El enfoque se mantuvo para examinar la magnitud de la elasticidad ingreso del gasto en salud. La salud se describe como un bien de lujo si la capacidad de respuesta es sensible al cambio de ingreso (es decir, si la elasticidad > 1) y como un bien necesario si la respuesta es insensible al cambio de ingreso (es decir, si la elasticidad < 1).

La mayor parte de la literatura empírica en este campo abarca a los países de la OCDE y ha utilizado ampliamente la base de datos de la OCDE sobre salud. Sin embargo, una corriente similar de literatura ha probado la misma hipótesis de la interrelación entre los gastos agregados de salud y los ingresos en los países en desarrollo (Dunlop & Martins, 1995, p. 6). En el caso de los países en desarrollo, sin embargo, la disponibilidad de datos es mucho más limitada, así como la capacidad de utilizar un gran número de indicadores que describen los atributos de los diferentes sistemas de salud. Al mismo tiempo, el desarrollo de los datos sobre el gasto en salud en el mundo en desarrollo ha sido menos exitoso (Murray, 1994, p. 63).

La investigación empírica en los países en desarrollo utiliza casi exclusivamente los datos de los hogares en lugar de los agregados. Esto, en principio, permite examinar de cerca los determinantes del gasto sanitario sin las simplificaciones realizadas por los datos agregados. Por lo tanto, muestras transversales de encuestas sobre el gasto de los hogares a mediados de la década de 1960 encontraron que las elasticidades-ingreso de la demanda de atención sanitaria eran mayores que la unidad para Kenya y Uganda (Massell & Heyer, 1969, p.73). El estudio sobre el financiamiento de la salud en Asia por Griffin (1992, p. 51) ha calculado la elasticidad del gasto sanitario con respecto al PIB per cápita para la región en su conjunto superar la unidad. Sin embargo, el autor no especifica cómo se estima esta cifra, qué países están incluidos en el conjunto de datos o el período al que se aplica la cifra. Según (Musgrove, 1983, p. 32) las estimaciones adicionales encontraron una

elasticidad de ingreso que oscila entre 1,5 para diez ciudades de América Latina para 1968 y 1,17 para Brasil para 1974.

Estos resultados han sido apoyados por otro estudio (Murray, 1994, p. 81) usando datos transversales para 138 países se agruparon en ocho grupos. Los datos provienen de la base de datos de la OMS para la salud para todos, que se basa en los países individuales para informar de los datos. El análisis se centró en la relación entre el PIB per cápita y el gasto en salud pública, donde se encontró una elasticidad de ingresos superior a la unidad. También se estableció que los gobiernos que consumían una mayor proporción del PIB en total también tenían un mayor gasto en salud.

Adolph Wagner, economista alemán, realizó un estudio en profundidad sobre el aumento del gasto público a finales del siglo XIX. La ley de Wagner establece que "la economía se desarrolla con el tiempo, las actividades y las funciones del gobierno aumentan".

Desde la década de los 80 representó un período en el que el ingreso per cápita en muchos países menos desarrollados (PMA) disminuyó, una hipótesis es que los gastos de salud en estos países también pueden haber disminuido más que proporcionalmente, particularmente entre las partes menos acomodadas de la población. (Banco Mundial, 1990, p. 55).

La evidencia de varios países sugiere que este es el caso (Banco Mundial, 1993), y que el descenso se produce tanto en los gastos de los hogares privados como en los gastos del gobierno para los servicios de salud, en respuesta a las caídas en los ingresos y los ingresos fiscales. En los países del Pacífico Sur del Banco Mundial, los gastos reales de salud per cápita disminuyeron hasta un 75 por ciento durante los años ochenta. También se registraron disminuciones similares en África, el Caribe y América Latina (Musgrove, 1987, p. 40).

Con respecto a la diferencia entre el nivel macro y microeconómico parece haber una discrepancia entre el enfoque macroeconómico (o agregado) y el enfoque microeconómico (o familiar). Si bien la mayoría de los estudios a nivel macroeconómico en los países desarrollados han demostrado una elasticidad-ingreso de la demanda superior a la unidad, la mayoría de los estudios a nivel microeconómico (hogares) en países desarrollados y en desarrollo no muestran este resultado. De hecho, se ha encontrado que la elasticidad-ingreso de la demanda de salud entre los hogares es bastante baja en los países desarrollados.

Según Adolph Wagner (1917, p. 104), "Comparaciones comprensivas de diferentes países y diferentes épocas demuestran que entre los pueblos progresistas (sociedades), con los cuales sólo nos preocupamos, se produce un aumento regular en la actividad tanto del gobierno central como de los gobiernos locales. Desempeñan las funciones viejas y nuevas de manera más eficiente y más completa, de modo que las necesidades económicas de las personas, en mayor medida y de manera más satisfactoria, sean satisfechas por los gobiernos centrales y locales".

La declaración de Wagner indica los siguientes puntos

- En las sociedades progresistas, las actividades del gobierno central y local aumentan de manera regular.
- El aumento de las actividades gubernamentales es extensivo e intensivo.
- Los gobiernos asumen nuevas funciones en interés de la sociedad.
- Las funciones viejas y nuevas se realizan de manera más eficiente y completa que antes.
- El propósito de las actividades del gobierno es satisfacer las necesidades económicas del pueblo.

- La expansión e intensificación de la función y las actividades del gobierno conducen a un aumento del gasto público.

Aunque Wagner estudió el crecimiento económico de Alemania, se aplica a otros países tanto desarrollados como en desarrollo.

Las principales críticas de la ley de Wagner se refieren a su visión de la historia y de la relación entre el Estado y sus ciudadanos. Peacock y Wiseman también dudaron en que si las ideas de Wagner podían aplicarse a todas las sociedades en todo momento y sugerían que el patrón temporal del crecimiento real del gasto público no encajaba bien con la ley de Wagner.

Otra teoría es la Hipótesis de Peacock-Wiseman los cuales condujeron un nuevo estudio basado en la ley de Wagner tomando en cuenta el gasto público de U.K de 1891 a 1955. Con los resultados que obtuvieron, asignaron los siguientes puntos:

- "El aumento del gasto público depende en gran medida de la recaudación de ingresos, que a lo largo de los años el desarrollo económico ha generado ingresos sustanciales para los gobiernos, lo que permitió incrementar el gasto público".
- Existe una gran brecha entre las expectativas de la población sobre el gasto público y el nivel de tolerancia de los impuestos. Por lo tanto, los gobiernos no pueden ignorar las demandas hechas por la gente con respecto a varios servicios, especialmente, cuando la recaudación de ingresos está aumentando a tasa de impuestos constante.
- Afirieron además que, en tiempos de guerra, el gobierno aumenta aún más las tasas impositivas y amplía la estructura tributaria para generar más fondos para hacer frente al aumento del gasto en defensa. Después de la guerra, las nuevas tasas impositivas y las estructuras impositivas pueden seguir siendo las mismas, ya que la gente se

acostumbra a ellas. Por lo tanto, el aumento de los ingresos provoca un aumento del gasto público.

Otra teoría de referencia es el modelo de desarrollo de Musgrave y Roslow los cuales sugirieron que el crecimiento del gasto público podría estar relacionado con el patrón de crecimiento y desarrollo económico en las sociedades. Podrían distinguirse tres etapas del proceso de desarrollo:

- La etapa inicial de desarrollo, en la que se requieren considerables gastos en educación y en la infraestructura de la economía (también conocida como capital social) y donde el ahorro privado es insuficiente para financiar estos gastos necesarios
- La fase de rápido crecimiento en la que hay grandes aumentos del ahorro privado y la inversión pública disminuye proporcionalmente;
- Sociedades de altos ingresos con mayor demanda de bienes privados que necesitan inversiones públicas complementarias.

La creciente necesidad en las sociedades de altos ingresos de mano de obra calificada hace que la educación se convierta cada vez más en un bien de inversión para la sociedad en su conjunto. El aumento de los movimientos de población lleva al desarrollo de barrios marginales urbanos. Estos factores y otros conducen una vez más al aumento del gasto público en relación con la producción total.

Estas opiniones son interesantes en relación con las teorías del crecimiento y el desarrollo, pero son demasiado generales como para proporcionar una gran parte de una guía de la experiencia reciente en los países industrializados desarrollados.

Otra teoría económica es la hipótesis del límite Crítico en la cual se refiere al nivel de tolerancia de impuestos, fue enunciado por el economista británico Colin Clark inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial. El análisis de los datos empíricos de varios países occidentales para el período de entreguerras da como resultado la hipótesis de límite crítico de que

cuando los impuestos del sector público y otros ingresos superan el 25 por ciento de las actividades económicas agregadas, necesariamente surge la inflación incluso cuando el presupuesto es equilibrado.

Clark establece que:

1. Cuando el sistema tributario del gobierno libera proporciones cada vez mayores de ingresos adicionales de los contribuyentes cuyos incentivos son perjudicados y cuya productividad disminuye.
2. Las personas se vuelven menos resistentes a los métodos inflacionarios de financiación gubernamental. Mientras que la demanda agregada se expande como resultado de técnicas de financiación inflacionaria, la oferta agregada cae debido a la pérdida de incentivos y, por lo tanto, a los resultados de la inflación.

Una teoría importante en la presente investigación es la Economía de salud el cual es un campo creciente dentro de la disciplina de la economía. Según (Andargie, 2008, p. 156) La economía de la salud se ocupa de cuestiones relacionadas con la financiación y la prestación de servicios de salud y el papel de tales servicios y otras decisiones personales en la contribución a la salud personal.

Todo el mundo es afectado por la salud y los servicios de salud personal de manera importante. Su salud afecta su disfrute de la vida, su capacidad de contribuir al bienestar de su familia y ser un miembro productivo de la fuerza de trabajo y, más temprano en su vida, su capacidad para ser productivo en la escuela. La mayoría de las personas reciben al menos un servicio de

atención médica personal anualmente. A mediados de la vida, y ciertamente más tarde en la vida, el consumo de servicios de salud personales tiende a ser mucho mayor que para los adultos más jóvenes.

El estudio de Barro (Citado por Battiglini & Coate, 2006, p. 1), nos dice que la teoría se basa en el conocido enfoque de suavización fiscal de la política fiscal iniciado. Este enfoque predice que los gobiernos usarán los superávits y déficits presupuestarios como un amortiguador para evitar que las tasas impositivas cambien demasiado bruscamente. Por lo tanto, los gobiernos tendrán déficits en tiempos de altas necesidades de gasto público y excedentes cuando las necesidades son bajas. El enfoque subyacente son los supuestos de que los gobiernos son benevolentes, las necesidades de gasto fluctúan con el tiempo y que los costos de peso muerto de los impuestos sobre la renta son una función convexa de la tasa impositiva.

Pomp y Vujic (2008, p. 33) en su estudio sobre el aumento del gasto en salud, la nueva tecnología médica y el efecto Baumol, señalaron que el aumento del gasto en salud como proporción del PIB en la mayoría de los países de la OCDE es posiblemente causado por el llamado efecto Baumol. Si la productividad del trabajo en la atención sanitaria crece más lentamente que en la economía en general. Si además la demanda de atención de la salud es inelástica, entonces la proporción del gasto en salud en el PIB aumentará con el tiempo. Su estudio estimó el efecto Baumol en el gasto en salud, utilizando un conjunto de datos de países de la OCDE.

El efecto Baumol es un factor importante para el crecimiento de los gastos de atención de la salud, pero no necesariamente para sus niveles, aunque parece natural asumir que los costos de la atención de la salud serán altos en altas economías. Sin embargo, el efecto Baumol es un fenómeno que afecta principalmente a las economías desarrolladas y parece lógico no incluirlo en estudios sobre países en desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud (2010, p. 10), un sistema de salud en cada país comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir acciones de salud. Una acción de salud se define como cualquier esfuerzo, ya sea en la atención de la salud personal, servicios de salud pública o mediante iniciativas intersectoriales, en las que su propósito primordial es promover, restaurar, mantener o mejorar la salud.

El concepto de sistema de salud definido por la OMS demuestra que el gobierno en cada país juega un papel vital para asegurar que el sistema de salud del país alcance el estándar requerido que incluye proporcionar una mejor calidad de vida para el ciudadano.

La buena gobernanza promoverá el crecimiento económico y una mayor productividad económica. Sin embargo, el aumento del gasto público puede no mejorar los resultados de desarrollo como resultado de la ineficiencia en el gasto público y la gobernanza. En consecuencia, el gasto público conduce a la exclusión de la provisión del sector privado en el cuidado de la salud.

Además, la infraestructura necesaria para acceder a la atención de la salud puede no existir, haciendo ineficaz el aumento del gasto en atención médica.

Según Scott, Solomon y McGowan (2001, p. 282) algo importante en el campo de salud es el patrón oro de los mecanismos de asignación de recursos, la comprensión de las condiciones sociales que afectan la asignación de recursos está en el corazón del pensamiento económico. La economía tiene lo que se puede llamar un "patrón oro" de los mecanismos de asignación de recursos - el mercado perfectamente competitivo, que tiene las siguientes características:

1) muchos compradores y vendedores sin ningún agente económico que influyen en el intercambio de bienes entre participantes del mercado;

2) un producto homogéneo o estandarizado (es decir, bienes que los productores individuales no pueden alterar o diferenciar para cobrar un precio más alto);

3) no existen obstáculos para el movimiento de las empresas dentro o fuera del mercado;

4) información perfecta sobre las condiciones del mercado que está disponible para todos los participantes en el mercado; Y 5) un sistema de derechos de propiedad totalmente definido en el cual se asigna la propiedad de todos los productos y recursos productivos.

Este mecanismo permite a los productores y consumidores interactuar libremente; y de esta interacción, las preferencias del consumidor sobre el producto se revelan, así como la cantidad que los productores están dispuestos a suministrar a varios precios. La curva de demanda muestra que los consumidores compran mayores cantidades de un bien a medida que el precio disminuye, mientras que la curva de oferta muestra que los productores producirán mayores cantidades de un bien a medida que el precio del producto aumenta. A medida que los participantes del mercado interactúan, un nivel de precios de equilibrio surgirá de manera que la cantidad demandada al precio PE por los consumidores sea igual a la cantidad que los productores suministrarán a precio PE. PE se convierte en el precio de mercado porque en ningún otro nivel de precios la cantidad demandada por los consumidores coincide con la cantidad proporcionada por los proveedores. Los precios superiores a este nivel darán lugar a un exceso de oferta; Los precios por debajo de este nivel resultan en un exceso de demanda.

Los precios en un mercado perfectamente competitivo actúan como un mecanismo de retroalimentación para los participantes del mercado. Los

precios reflejan simultáneamente el valor del producto para los consumidores y proporcionan una señal a los proveedores de si deben cambiar la cantidad de producto que deben producir en relación con los cambios en la demanda de los consumidores.

El mercado de los antibióticos proporciona un ejemplo de cómo los precios comunican las preferencias en el mercado. Existe un debate sobre la medida en que los precios de los antibióticos estimulan el desarrollo y la producción de nuevos agentes para combatir la resistencia a los antibióticos. Un economista evaluaría esta cuestión examinando el precio de mercado de los antibióticos para determinar si los precios están comunicando a los productores que los nuevos medicamentos son necesarios para satisfacer las demandas futuras. Si los precios no proporcionan la "retroalimentación" apropiada, un economista identificaría las características del mercado (por ejemplo, el número de productores, las barreras a la entrada o salida al mercado) responsables de la distorsión en la señal de precios para los proveedores del mercado.

Según Scott, Solomon, & McGowan (2001, p. 283) con lo que respecta a la asignación de recursos en la atención de la salud, el examen de la asignación de recursos en la industria sanitaria es complicado porque las características del mercado difieren de las de un mercado perfectamente competitivo. Además, los autores señalan que el mercado de los servicios de salud es considerado un mercado imperfecto debido a que:

- 1) El cuidado de la salud es un producto heterogéneo, ya que el paciente puede experimentar una gama de resultados.

- 2) Los pacientes que están asegurados tienen terceros pagadores que cubren sus gastos médicos directos.

3) Falta un "precio de mercado", es decir, no existe un mecanismo de retroalimentación que refleje el valor de los recursos utilizados en el cuidado de la salud.

Mientras que las perspectivas de los consumidores, los productores y la sociedad convergen en un mercado perfectamente competitivo, los costos de los pacientes hospitalarios en el mercado de la salud son diferentes para los pacientes (consumidores), proveedores de servicios de salud (proveedores), compañías de seguros (terceros pagadores), Y la sociedad. Los impactos económicos del dolor y el sufrimiento son de interés para el paciente y la sociedad, pero pueden no ser relevantes para un análisis puramente económico de los costos desde la perspectiva de los proveedores de atención médica o de terceros pagadores. (Scott, Solomon, & McGowan, 2001, p. 283)

Independientemente de la perspectiva, el pensamiento económico proporciona un objetivo común: la eficiencia, o aprovechar al máximo los recursos disponibles. Un administrador del hospital, por ejemplo, se enfrenta al reto de organizar recursos para cumplir con los objetivos de la organización. La relación entre la gama de insumos productivos utilizados y los productos producidos puede caracterizarse por una función de producción que muestra la cantidad máxima de producto que puede obtenerse de cualquier combinación específica de recursos (o insumos) utilizados en la producción de un producto (o producción) . Al identificar la relación entre el producto y los insumos, se puede encontrar la combinación de insumos y producción que maximiza el retorno económico.

La función de producción clásica de la teoría económica sigue una curva estándar que demuestra la relación entre una entrada y una salida. Esta curva implica una entrada variable en oposición a una entrada fija. Los cambios en la cantidad de insumos variables causarían variación en la cantidad de producto producido (por ejemplo, aplicación variable de un fertilizante a un

cultivo). Las entradas fijas son aquellas que deben estar en su lugar antes de que la producción pueda comenzar y no varíen con los niveles de salida (por ejemplo, edificios). Esta curva encarna la noción de rendimientos marginales decrecientes. A medida que se aumenta una entrada, se alcanza un punto en el que la producción adicional producida por la adición de otra unidad de entrada comienza a hacerse cada vez más pequeña, lo que finalmente conduce a una disminución en la producción total producida. La entrada fija se extiende demasiado por la producción ampliada. Por ejemplo, la adición de demasiados fertilizantes a un cultivo puede comprometer la calidad del suelo y provocar una disminución de la producción.

Según Wagstaff (1986, p. 3) la salud tiene una función de producción, los individuos ejercen un grado relativamente alto de control sobre su salud en virtud del hecho de que pueden influir en sus patrones de consumo que afectan la salud, su utilización de la atención de la salud y su entorno. Esta suposición puede expresarse con mayor precisión utilizando el concepto de "función de producción de la salud". En economía se habla de empresas que "producen" sus productos combinando "factores de entrada", principalmente trabajo y máquinas. La relación que une estas entradas con la salida final se conoce como la "función de producción". El enfoque de "demanda de salud" utiliza estas ideas y concibe que el individuo "produce" su salud combinando "insumos de salud". La atención médica es un ejemplo de aporte de salud, pero, como se enfatizó anteriormente, es sólo un ejemplo de un determinante de la salud. Como en el caso de las actividades de consumo, es útil hablar en términos de un "paquete" de insumos de salud que comprenden alimentos, calefacción, atención de la salud y otros insumos

Otra teoría económica importante en el contexto de salud según Santerre y Neun (2010, p. 19) es la teoría de costos neoclásica que en condiciones de certeza perfecta, asume que las empresas producen lo más eficientemente posible y poseen información perfecta sobre las demandas de sus servicios.

Con base en la teoría subyacente, los costos a corto o largo plazo de producir un nivel dado de producción pueden determinarse observando el punto relevante en la curva de costos apropiada. Sin embargo, cuando se aplica a las empresas médicas, este tipo de análisis de costos puede ser engañoso por dos razones. En primer lugar, algunas empresas médicas, como hospitales o hogares de ancianos, no son entidades con fines lucrativos o son reembolsadas con un costo más o ambos.

Por lo tanto, ellos no pueden enfrentar los incentivos apropiados para producir tan barato como sea posible y, en consecuencia, pueden operar más arriba que en una curva de costos dada. En segundo lugar, las empresas médicas pueden enfrentar una demanda incierta por sus servicios. Las enfermedades médicas ocurren de manera irregular e impredecible, por lo que las empresas médicas, como los hospitales, nunca podrán conocer realmente la demanda de sus servicios hasta que se produzcan los hechos.

En consecuencia, las empresas médicas pueden producir con cierta cantidad de capacidad de reserva en el caso de que se produzca un aumento inesperado de la demanda. Estas dos consideraciones son modificaciones que pueden y deben ser incorporadas al análisis de costos cuando sea posible. De hecho, es necesario un fuerte fundamento en el análisis neoclásico de costos bajo condiciones de certeza perfecta antes de que cualquier análisis o extensiones de modelos sofisticados puedan ser conducidos y entendidos apropiadamente.

Un área que ha recibido poca atención en la literatura reciente sobre la teoría del crecimiento es la interacción de dos vías entre la salud y el crecimiento económico. Dos esfuerzos preliminares en esta dirección son Ehrlich y Lui (1991, p. 274) y Meltzer (1995, p. 57). Además, el trabajo empírico de Barro (1996, p. 14) y otros sugieren que el estado de salud, medido por la esperanza de vida o por indicadores agregados análogos, es

un factor importante para el crecimiento posterior. De hecho, la salud inicial parece ser un mejor predictor que la educación inicial del crecimiento económico posterior.

Otro modelo que hace referencia al tema de salud de nuestro estudio es el de salud y crecimiento económico según (Barro, 2013, p.327), El modelo incluye un impacto directo de la salud en la productividad. Es decir, para cantidades dadas de horas de trabajo, capital físico y educación y experiencia de los trabajadores, una mejora en la salud aumenta la productividad de un trabajador.

Además, de este efecto directo, una mejora en la salud disminuye las tasas de mortalidad y enfermedad y por lo tanto disminuye la tasa efectiva de depreciación del capital humano; Es decir, la escolaridad y la salud misma. A través de este canal, un aumento de la salud aumenta la demanda de capital humano y, por lo tanto, tiene un efecto positivo indirecto adicional sobre la productividad. En el escenario inicial, la salud es vista como un bien puramente privado que se financia en privado. En este contexto, se puede pensar en gastos de salud como la participación de visitas pagadas a un médico, las compras no subvencionadas de la medicina, el tiempo y el dinero gastado en el ejercicio y la nutrición, y así sucesivamente. Las secciones subsiguientes permiten financiamiento público y efectos de desbordamiento o externalidades que hacen de la salud un bien público.

1.3 MARCO LEGAL

La Asamblea nacional en la constitución del Ecuador (Asamblea Constituyente, 2008) establece algunos artículos vinculados a la relación que tiene el Estado con el gasto en salud público y las obligaciones del mismo, se han tomado los artículos más importantes que influyen y ayudan en el desarrollo de nuestro proyecto y estos son los siguientes:

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes. (Asamblea Constituyente, 2008, p. 9).

En este artículo la Constitución señala que uno de los deberes primordiales del Estado es garantizar la salud a toda la población del país sin discriminación alguna es decir, que debe haber igualdad sin importar raza, nivel de educación o nivel social. Desde este artículo se observa que el Estado es el ente controlador del derecho de salud y el que toma decisiones y políticas para garantizar el mismo a todos los habitantes del Ecuador.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Asamblea Constituyente, 2008, p.17)

Este artículo menciona la forma en la que el Estado debe garantizar el derecho de salud para todos los habitantes del Ecuador incluyendo las políticas económicas y sociales para así cada día cubrir más población que ha estado desatendida con respecto a servicios de salud y que el acceso a la salud del país alcance el 100%.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas. (Asamblea Constituyente, 2008, p. 19)

Este artículo de la Constitución es fundamental para la presente investigación debido a que una de las variables a evaluar es la población mayor a 65 años ya que entre más población de estas edades haya, mayor será el gasto en salud pública ya que el Estado está en la obligación de proveerles atención de salud pública y medicinas gratis y estas personas ya no tienen un ingreso mensual del cual se dirige un porcentaje para salud pública, sino que esto ya sale netamente del Estado.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector. (Asamblea Constituyente, 2008, p. 111)

En este artículo señala que la responsabilidad total que tiene el estado en el sistema sanitario ya que este es el cual regula cada entidad que brinda servicios de salud pública a nivel nacional es decir que depende de este dar

un servicio sin discriminación con el personal adecuado y las instalaciones óptimas para servir de la mejor forma a las personas.

El Art. 363 de la constitución (Asamblea Constituyente, 2008, p. 111), señala que el Estado será responsable de:

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

Este último artículo es preciso ya que engloba muchas responsabilidades que tiene el Estado las cuales en si son dar un sistema de salud público de calidad tanto a nivel de infraestructura como de fuerza laboral atendiendo a toda la población sin discriminación alguna y lo más eficazmente posible.

1.4 FUNDAMENTOS EMPIRICOS

Como antecedente al problema del gasto en salud publica existe una gama variada de investigaciones en las cuales se investiga esta variable en función a distintos factores, las más importantes han sido seleccionadas como antecedentes del presente proyecto y serán nombradas a continuación.

En el artículo Recent Developments in Public Health Spending and Outlook for the Future. (FMI, 2013) el autor destaca que desde el año 2009 al 2013 el gasto en salud pública ha decrecido significativamente a nivel mundial, esto se ha dado porque debido a la crisis algunas naciones como las que integran la Unión Europea y demás han optado en generar ahorros a corto plazo y estos lo han conseguido con recortes en los presupuestos de salud pública pero lo que no han previsto es que estos ahorros a corto plazo no disminuyen los gastos del país, más bien en el largo plazo lo aumentan debido al deterioro en salud de la población. Como conclusión el autor menciona que la disminución del gasto de salud pública que se ha dado en este periodo pasara de ser de corto plazo a ser de largo plazo, este también en países cuyas economías han sido golpeadas fuertemente por la gran recesión como Grecia, Portugal, España están proyectados a crecer solo en $\frac{3}{4}$ % de su PIB reflejando la presión fiscal (desempleo, crecimiento económico, deuda pública) y las débiles condiciones económicas en estas economías.

Esta información no es de gran utilidad para debido a que la situación en la que se encuentran sistemas de salud pública de países mucho mayores a nivel económico que el Ecuador y nos sirve en el momento de la comparación con los mismos.

En el artículo *Public healthcare expenditure in Spain: Measuring the impact of driving factors* de Blanco, Urbanos y Thuissard (2013), se tiene como objetivo evaluar el impacto de la demografía, el estado de la salud, los costos relacionados en muertes y algunas variables económicas en la evolución del gasto en salud simulándolo hasta el año 2060. Entre las variables estudiadas se encuentran la mortalidad, costo de muerte, elasticidad de ingresos y productividad. La metodología que se utilizó fue la de escenarios para plantear situaciones futuras en la salud pública.

El gasto futuro en salud se calcula sobre la base de los perfiles de gasto de salud por edad y sexo los cuales son un elemento básico para las proyecciones. Los perfiles de gastos se han estimado para grupos de población de cinco años de edad, distinguiendo entre hombres y mujeres y el gasto público en salud se dividió en 7 grupos. Como resultado el perfil de gastos muestra un elevado total de costos en servicios de salud para niños menores a 5 años justo a la categoría de pacientes internados en los cuales el número se eleva cuando se trata de niños menores a un año. En el caso de personas mayores a 65 años, el costo es mayor en mujeres que en hombres.

Esta investigación tiene una aportación valiosa debido a los escenarios presentados y grupos de estudio llegando a conclusiones precisas y certeras.

En el paper *Determinants of public expenditure on health in india: the panel data estimates* de Shailender (2015) se fija como objetivo examinar si el gasto en salud crece con los ingresos del estado, si las variaciones del gasto en salud son dadas por los ingresos del estado, si los países con niveles de ingresos parecidos siguen la misma tendencia de gasto en salud y cuáles son los factores que influyen en el crecimiento del sector de salud pública. Para realizar este estudio las variables se escogió el Gasto en salud, Ingresos, Capacidad fiscal, Características demográficas, prioridad del estado a la salud y participación política. La metodología que se usó fueron los datos de panel. Los resultados muestran que los ingresos de los estados desempeñan un papel importante en la influencia del gasto público en salud en el estado de la

India, sin embargo, el valor del coeficiente de ingresos del Estado salió menor a uno lo que significa que en India la salud es una necesidad mas no un lujo.

Esta investigación si nos es útil para el presente trabajo debido a que se utilizó una metodología similar con los datos y algunas de las variables de este paper también han sido elegidas en esta investigación, es decir, que con los resultados que se obtengan de los determinantes del gasto público en salud en India servirá de guía y comparación en caso que el resultado sea similar para el caso ecuatoriano.

¿En el paper What determine the public health expenditure in Pakistán? Urbanization, Income and Unemployment de Shamsi y Waqas (2016) se define como objetivo explorar las determinantes del gasto en salud publica referente a Pakistán aplicando las diferentes variables socioeconómicas. Para el análisis se utilizaron los datos de series de tiempo del periodo comprendido entre 1980 y 2009. La metodología que se utilizó fue primeramente un modelo estocástico estimando una forma funcional del modelo log-log para explorar el impacto de diferentes variables en el gasto público en salud. Por otro lado, se utilizó el análisis de datos de series de tiempo, se aplicó la prueba de raíz unitaria de Dickey- Fuller para verificar la estacionariedad de las variables estimando el modelo usando la regresión de mínimos cuadrados ordinales y por último se aplicó la prueba de Granger para verificar la causalidad entre las variables. Los resultados de la prueba de raíz unitaria aumentada de Dickey-Fuller muestran que las variables tienen orden diferente de integraciones. Los resultados de la MCO mostraron que los ingresos, la matriculación en la escuela primaria y la población urbana tienen un impacto positivo en los gastos de salud pública, mientras que la tasa de desempleo tiene un impacto negativo en el gasto público en salud, el modelo indico que un aumento en los ingresos de un 1% causa un aumento de 0.18 en el gasto de salud pública, no es el mismo caso con el desempleo ya que aquí un aumento de 1% causa una disminución del 0.012% del gasto en salud pública.

Este paper es de gran ayuda para esta investigación debido a las situaciones similares con las de Pakistan en comparación con Ecuador y en

esta investigación se usan métodos estadísticos como son el de Dickey Fuller y el de MCO. Otro punto importante es que las variables que se tratan casi todas son las mismas que en esta investigación y hay unos resultados guías como por ejemplo en el caso de los ingresos que un aumento en 1% de estos puede causar un aumento del 0.18 en el gasto público. Es decir, que en el estudio, la relación que debe existir entre esas variables debe ser positiva, pero en el caso de desempleo ya con esto se puede saber que la relación que se va a obtener al finalizar este estudio con el Gasto público en salud es negativa.

En el paper *Government Health Expenditure and Public Health Outcomes: A Comparative Study among 17 Countries and Implications for US Health Care Reform* de Kim y Shannon (2013) se tiene como objetivo analizar empíricamente la relación entre gasto público en salud y resultados nacionales de salud entre países desarrollados. Los datos fueron recogidos de 17 países de la OECD, se escogieron dos indicadores de resultado de salud pública como variables dependientes los cuales fueron Mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer. Para analizar los datos de panel de todos los países se utilizó un modelo de efectos mixtos. Como resultado se obtuvo que existe una relación negativa entre la mortalidad infantil y el gasto público de gobierno ya que, si aumenta el gasto de gobierno en un 1%, la mortalidad infantil disminuirá en 0.77. En el caso de la esperanza de vida como variable dependiente la relación de esta con el gasto público en salud tiene una relación directa ya que, si el gasto público en salud aumenta un 1%, la esperanza de vida al nacer también aumentara en un 0.026. En conclusión, los autores postulan que aumentar el gasto público en salud es una estrategia eficiente para mejorar la calidad de vida y salud de los ciudadanos de una nación.

Este paper nos es de gran ayuda debido a que uno de los modelos que se va a correr es solamente con los países de la OCDE y dentro de las 13 variables de estudio están la esperanza de vida y la tasa de mortalidad. En los modelos, con los países se usó datos de panel como en este paper aunque

no se utilizó el modelo de efectos mixtos sino el de mínimos cuadrados ordinarios.

Por su parte, Samadi y Rad (2013) con su estudio *Determinants of Healthcare Expenditure in Economic Cooperation Organization (ECO) Countries: Evidence from Panel Cointegration Tests*, los autores tienen como objetivo examinar los determinantes de los gastos en salud en los países de la Organización de Cooperación Económica (ECO). Con respecto a la metodología se utilizaron métodos econométricos para datos de panel, para análisis a largo plazo se utilizó la prueba de dependencia transversal de Pesaran seguida de pruebas de raíz unitaria de panel para demostrar si las variables eran estacionarias o no. Luego de demostrar que ninguna variable era estacionaria se utilizó la prueba de cointegración de panel de Westerlund con el fin de demostrar si existe relación a largo plazo entre las variables. Como resultado se encontró una relación a largo plazo entre los gastos de salud per cápita y el PIB per cápita, la proporción de población menor de 15 años y mayor de 65 años, el número de médicos y la urbanización. Además, todas las variables tenían relación a corto plazo con los gastos de salud, excepto la proporción de la población mayor de 65 años. Con este análisis y debido a que se obtuvo un resultado inferior a uno en el modelo pudieron concluir que la salud es un bien necesario en los países de la ECO y que se debe prestar la debida atención para distribuir equitativamente los servicios de salud entre las regiones de un país.

Por lo tanto, profundiza la relación de la variable dependiente Gasto en salud público y las variables independientes Población mayor a 65 años y población menor a 15 años las cuales son dos de las variables elegidas para el estudio de la variable dependiente en el Ecuador.

El estudio realizado por Abbas y Hiemenz (2011) acerca de *Determinants of Public Health expenditures in Pakistan* se observa que una cantidad de información muy valiosa para esta investigación ya que es la aplicación del mismo tema en el país de Pakistan y con los resultados y con la metodología utilizada por los autores mencionados, sirve de guía para ver

si los resultados son similares. El objetivo del estudio de fue analizar los determinantes macroeconómicos del gasto en salud en un contexto amplio utilizando datos de series cronológicas de Pakistán sobre variables económicas, demográficas, sociales y políticas. La metodología que se utilizó fue un modelo estocástico tomando como variable dependiente el gasto en salud per cápita y como variables independientes factores sociales, económicos, personales, servicios en salud, demográficos usando la prueba de Dickey Fuller. Como resultados se obtuvo que la urbanización afecta de manera inversa los gastos de salud pública ya que es costoso proveer servicios de salud a áreas remotas. Por lo tanto, es necesario que la planificación a largo plazo tenga en cuenta el proceso de urbanización. A corto plazo, la variable de urbanización no fue significativa, lo que indica que la migración de las zonas rurales a las urbanas no es un fenómeno de corto plazo y que las personas necesitan un período bastante largo para establecerse en las zonas urbanas. En segundo lugar, la infraestructura relativamente bien desarrollada en las zonas urbanas reduce los costos de transporte, lo que puede causar la relación negativa con los gastos de salud del gobierno. El desempleo tiene un impacto significativamente negativo a largo plazo en los gastos de salud per cápita. Esto se debe a que los recursos humanos están mal utilizados lo cual reduce los ingresos a nivel individual, local y nacional.

Este artículo analiza las variables sociales, económicos, personales y demográficos los cuales determinan el gasto en salud pública per cápita que en este paper al igual que en esta investigación es la variable dependiente. Los resultados de este, sirve de referencia para comparar los resultados obtenidos con los cuatro modelos diferentes a realizarse.

En el paper Gasto farmacéutico en atención primaria: variables asociadas y asignación de presupuestos de farmacia por zonas de salud de Garcia y Peiro (2016) se tiene como objetivo explorar los factores determinantes de las variaciones en inversión de gasto farmacéutico utilizando variables independientes las cuales son demografía y gastos; estas variables son filtradas por regiones de la ciudad de Valencia. La metodología

utilizada en este estudio primeramente fue la recolección de datos en fuentes confiables de la ciudad de Valencia y con estos datos se procedió a realizar una regresión lineal múltiple teniendo como variable dependiente el gasto farmacéutico per cápita y como variables independientes la población menor a 4 años, población mayor a 65 años, población de sexo femenino, número total de habitantes según el censo, tasa de mortalidad, tasa de analfabetismo. Los resultados de este estudio mostraron que la mayoría de las variables tienen un alto grado de correlación con la variable dependiente es decir el gasto farmacéutico es decir que la mayoría de las variables dependientes afectan de manera positiva o negativa dependiendo del caso a la variable dependiente. Este estudio muestran variables que si son significativas en el sector de salud, las cuales nos ayudan a elegir las variables ideales para formar la base de datos y hacer el análisis en Ecuador.

Este paper tiene similitudes para la investigación presente desde la recolección de los datos en fuentes confiables de los 44 países elegidos, es decir, en el Banco Mundial y también se tienen variables en común como la población mayor a 65 años y tasa de mortalidad. La diferencia de este caso se trata de buscar los determinantes del gasto farmacéutico per cápita mientras que en este estudio busca los determinantes del gasto en salud publica per cápita.

En la investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010, los autores Borrel y Malmusi (2010) se tiene como objetivo determinar cuáles son los factores que afectan directamente a la salud en España y cuáles son las políticas que se deben tomar para disminuir la desigualdad en salud. Esta investigación es muy importante como referencia debido a que en Ecuador se notó mucho la desigualdad en salud debido a que las personas que viven en la periferia les cuesta más tener acceso a centros de salud a pesar que en los últimos años se ha tratado de descentralizar estas entidades públicas de salud, aun una gran parte de la población en zonas rurales no puede aprovechar de manera óptima los beneficios de la salud pública. Los modelos que se utilizan en la investigación

de Borrel y Malmusi para identificar la desigualdad son el de Dalghren y Whitehead, el de la OMS y el de Krieger. Como conclusión se llegó que se debe mejorar la inversión en salud en el país concentrándose en la equidad para disminuir la desigualdad y así habrá un mayor bienestar en la población en general.

Por su parte, Aguado et al (2011) en el estudio Distribución del gasto sanitario en atención primaria según edad y sexo: un análisis retrospectivo se tiene como meta determinar cuáles son las variables que definen el gasto sanitario en atención primera per cápita en España filtrando los datos según la edad y el sexo de la población. Para este estudio se usó una estadística descriptiva y se analizó los egresos públicos para mejorar el sistema sanitario primario, se tomaron en cuenta egresos constantes como egresos variables e imprevistos. Como resultado se obtuvo que la población mayor a 74 años utiliza más los servicios de salud pública, en el caso infantil se obtuvo que los que usan más los servicios pediátricos son los niños menores a 2 años.

En el paper de Crecimiento económico y gasto de salud pública en Kenia 1982 – 2012 deyamwange (2012) se examina el efecto del producto interno bruto per cápita (PIB per cápita) en el Gasto Público Sanitario (GPS) en Kenia. En este estudio se realizó estimaciones de la recurrencia pública y desarrollo (1982 – 2012), así como la encuesta económica y los resúmenes estadísticos de los mismos años. El análisis es una estimación de la serie temporal del efecto del producto interno bruto per cápita en Gastos de salud, con el fin de explicar el monto mínimo de financiamiento que el gobierno debe directamente al gasto sanitario público dado las predicciones futuras del PIB per cápita por instituciones como Banco Mundial. Este estudio emplea la regresión de MCO y comprueba la cointegración a largo plazo Relación entre GPS y PIB per cápita, así como otras pruebas de causalidad de Granger, raíz unitaria Presencia y estacionalidad. Con este estudio se intenta determinar las propiedades de la asistencia sanitaria en Kenia, y Considera que la asistencia sanitaria en Kenia es un bien necesario y tiene una elasticidad del 0,024% al PIB per cápita. Esto significa que para cada aumento del 1% en el PIB per cápita, el GPS debería aumentar en 0.024%.

El aporte de este paper ayuda a las predicciones de Ecuador con países que tienen mayor desarrollo en el Gasto Público en Salud, por la parte de Europa el de mayor desarrollo tomando como modelo a Francia, por la parte de América a Uruguay y por parte de América del Sur a Chile y con esos resultados realizar análisis y saber en qué tiempo los países más desarrollados con la finalidad de detallar cuales sería el importe que el gobierno debería tener proyectado al gasto sanitario público y así tener un sistema de salud óptimo.

En el paper Determinantes del gasto en atención de salud pública en Nigeria de Ilori (2015) se tiene como objetivo analizar empíricamente los determinantes del gasto público utilizando datos de series de tiempo que abarcan desde 1982 – 2014 para evaluar los factores que influyen en el gasto de salud en Nigeria, estos resultados muestran que la demanda de salud en Nigeria es de precio inelástico, muestran que la población total, la tasa de desempleo y la tuberculosis son las principales determinantes del gasto en salud en Nigeria, por otro lado el producto interno bruto per cápita, la anemia falciforme y el virus de inmunodeficiencia humana son insignificantes. Con este fin, el estudio recomienda que el gobierno establezca un gasto adecuado en salud a todos los niveles (institución primaria, secundaria y terciaria). La asignación presupuestaria al sector de la salud debería aumentarse para prescribir el 15% de su asignación presupuestaria anual al sector de la salud. Esto hará que el gasto público en salud tenga un efecto sólido en la salud de los nigerianos. El estudio también recomendó que haya necesidad de que el gobierno tome en cuenta la creciente población de sus ciudadanos, tasa prevalente de enfermedades mortales, la tasa de desempleo en el gasto sanitario y las políticas de asignación de tal forma se satisfaga la demanda de los nigerianos.

En este caso, está información es de gran aportación ya que las variables seleccionadas son muy semejantes a la de este artículo y estas facilitarán de alguna manera evaluar las determinantes de mayor relevancia y a su vez las de mínima significancia, por otro lado, también será práctico

porque como se observó en este artículo su metodología fue a través de series de tiempo con determinados años esto hace que sea factible porque si se selecciona una cantidad de años considerables mayor podrá ser el estudio y ver los factores carentes en cada año dependiendo el país.

Por su parte, Angko (2013) con su tema *The Determinants of Healthcare Expenditure in Ghana*, el objetivo está motivado por la convicción de que estudios anteriores sobre los determinantes del gasto per cápita en salud se basan principalmente en comparaciones internacionales. Este documento examina los determinantes macroeconómicos de la demanda de los gastos de salud financiados con fondos públicos en Ghana. Utilizando la metodología datos de series temporales anuales de Ghana entre 1970 y 2006 y un modelo de corrección de errores que captura las relaciones de corto y largo plazo; El análisis refleja claramente los factores de tamaño de la demanda que motivan la decisión de asignar recursos financieros al sector de la salud. El principal hallazgo destaca los dominantes del ingreso per cápita (PIB per cápita) y otros factores macroeconómicos como el estado de salud de la población y la estructura por edades de la población al influir en la decisión de invertir en salud. Por lo tanto, esto sugiere que, para cumplir con los requisitos mínimos de gasto con la salud, el ingreso per cápita en Ghana debería incrementarse considerablemente. Específicamente, el coeficiente del PIB per cápita se encuentra muy por debajo de la unidad a largo plazo y por encima de la unidad en el corto plazo. Una de las principales implicaciones de este resultado es que la asistencia sanitaria en Ghana es una necesidad a largo plazo y un lujo a corto plazo. Esto podría ser una indicación de que la prestación de servicios de salud es uno de los temas más importantes para los formuladores de políticas de Ghana.

En el paper *¿Cuáles son los determinantes de los gastos de atención médica?* Resultados empíricos de los países asiáticos (MUNIR, 2001) el objetivo de este artículo también es estudiar empíricamente las determinantes del gasto sanitario, pero en este caso de 12 países asiáticos (Camboya, China, Indonesia, Japón, Laos, Malasia, Mongolia, Filipinas, Corea del Sur, Singapur, Tailandia y Vietnam), la metodología que fue empleada fueron los

datos de panel para de esa forma estructurar procesos de estimación e inferencia. Los resultados empíricos indicaron que sólo dos variables independientes como lo son el PIB Per Cápita y el Porcentaje de población de 65 años tienen una relación significativa con el gasto en salud en estos países. Estas dos variables están positivamente correlacionadas con el monto del gasto en salud. En otras palabras, cuando los ingresos de los países son mayores, el monto del gasto en atención médica es mayor. Cuando la proporción del envejecimiento de la población en la población total es mayor, nuevamente la cantidad de gasto en atención de salud es mayor.

La aportación de este artículo fue con respecto las variables que tienen significancia en relación al PIB Per Cápita y el Porcentaje de población de 65 años son las mismas que fueron seleccionadas para el presente estudio, en efecto se compara y a su vez sintetizar cuales son las causas por las cuales el sistema sanitario de Ecuador no está en completo desarrollo.

En el paper Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires de Lago, Moscoso, Elorza y Ripari (2012) el objetivo en este documento es analizar que tan equitativo está Argentina con referencia a la salud pública, esto se realizó a través de una investigación recopilada de forma cuantitativa, la metodología empleada fue la descriptiva y cuantitativa, se obtuvo como resultado que existe la desigualdad que tienen la mayoría de habitantes en Argentina al no poseer trabajo en consecuencia a eso es la falta de accesibilidad hacia los centros de salud médica por otro lado también se señala la enorme diferencia que hay en los gastos que se designa a los habitantes que no tienen la atención médica necesaria en su población.

Por su parte, Mays et al. (2006) tiene como objetivo que aunque un creciente número de pruebas demuestran que la disponibilidad y calidad de los servicios esenciales de salud pública varía ampliamente entre las comunidades, se sabe relativamente poco sobre los factores que dan lugar a estas variaciones. Se examinó la asociación de características institucionales, financieras y comunitarias de los sistemas locales de

prestación de servicios de salud pública y el desempeño de los servicios esenciales. Se recolectaron medidas de desempeño de los sistemas locales de salud pública en 7 estados y se combinaron con fuentes de datos secundarias. La metodología que se utilizó fueron modelos de regresión multivariable lineal y no lineal para estimar las asociaciones entre las características del sistema y el desempeño de los servicios esenciales.

Resultados El desempeño varió significativamente con el tamaño, los recursos financieros y la estructura organizacional de los sistemas locales de salud pública, con algunos servicios de salud pública que parecen más sensibles a estas características que otros. Los niveles de personal y las características de la comunidad también parecían estar relacionados con el desempeño de determinados servicios. Las conclusiones la reconfiguración de la organización y el financiamiento de los sistemas de salud pública en algunas comunidades mediante la consolidación y el fortalecimiento de la coordinación intergubernamental- puede ser prometedora para mejorar el desempeño de los servicios esenciales.

En el documento de revista Pierre Ouellette (1999) revisa la relación entre el gasto en atención médica y los resultados de salud. Aunque, los investigadores anteriores encontraron difícil establecer esta relación basada en comparaciones internacionales, los resultados basados en datos provinciales específicos de cada provincia, bastante homogéneos, muestran que un menor gasto en atención médica se asocia con un aumento estadísticamente significativo de la mortalidad infantil y una disminución de la esperanza de vida en Canadá. Esta relación es independiente de varios factores económicos, sociodemográficos, nutricionales y de estilo de vida, así como la especificidad provincial o la tendencia temporal. Se basa en datos anuales obtenidos de las diez provincias canadienses a lo largo de 15 años.

Por su parte, Hitiris y Posnett (1992) con su tema *The Determinants and effects of health expenditure in developed countries*, Estudios previos de las diferencias internacionales en el gasto en salud se han limitado al uso de muestras relativamente pequeñas de datos transversales. El objetivo aquí es reexaminar los resultados de trabajos previos utilizando una muestra de 560

series de tiempo agrupadas y observaciones transversales. Los resultados confirman la importancia del PIB como determinante del gasto en salud, con una elasticidad estimada del ingreso en torno a la unidad o alrededor de ella, pero también sugieren que los países de la OCDE no deben ser considerados como un grupo homogéneo. También se confirma la importancia de algunas variables no relacionadas con el ingreso, aunque el efecto directo de estos factores parece ser pequeño.

En este paper *The Impact of public spending on health: does money matter?* (The impact of public spending on health: does money matter?, 1999) se utilizaron datos transnacionales para examinar el impacto del gasto público en factores de salud y no relacionados con la salud (económico, educativo, cultural) en la determinación de la mortalidad infantil (menor de 5 años) y la mortalidad infantil. Hay dos conclusiones sorprendentes. En primer lugar, el impacto del gasto público en salud es bastante pequeño, con un coeficiente típicamente numéricamente pequeño y estadísticamente insignificante a niveles convencionales. La variación independiente en el gasto público explica menos de un séptimo del 1% de las diferencias observadas en la mortalidad entre países. Las estimaciones implican que para un país en desarrollo en los niveles de ingresos medios el gasto público real por muerte de niño evitado es de \$ 50,000-100,000. Esto contrasta con la gama típica de estimaciones de la rentabilidad de las intervenciones médicas para evitar las mayores causas de mortalidad infantil en los países en desarrollo, que es de 10-4000 dólares. Se esbozaron tres posibles explicaciones para esta divergencia del potencial real y aparente del gasto público. En segundo lugar, mientras que el gasto en salud no es un poderoso determinante de la mortalidad, el 95% de la variación nacional de la mortalidad puede explicarse por el ingreso per cápita de un país, la desigualdad en la distribución del ingreso, la extensión de la educación femenina, la fragmentación étnica y la religión predominante.

1.5 IDENTIFICACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS TÉRMINOS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

Desarrollo económico. - Progreso en una economía, o la medida cualitativa de esto. El desarrollo económico por lo general se refiere a la adopción de nuevas tecnologías, la transición de la agricultura a la economía basada en la industria, y la mejora general de los niveles de vida. (Castillo, 2011, p.32).

Economías desarrolladas. - La economía desarrollada se refiere a un país con un nivel relativamente alto de crecimiento económico y seguridad. Los criterios comunes para evaluar el grado de desarrollo de un país son el ingreso per cápita o el producto interno bruto (PIB), el nivel de industrialización, el nivel de vida general y la cantidad de infraestructura generalizada. Los factores no económicos, como el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que cuantifica los niveles de educación, alfabetización y salud de un país en una sola cifra, también pueden ser incluidos en la evaluación de la economía o el grado de desarrollo de un país. (Castillo, 2011, p.33).

Índice de Desarrollo Humano (IDH). - fue desarrollado por las Naciones Unidas como una métrica para evaluar los niveles de desarrollo social y económico de los países. Se usan cuatro áreas principales de examen para clasificar a los países: años medios de escolaridad, años de escolaridad esperados, esperanza de vida al nacer e ingreso nacional bruto per cápita. Este índice permite seguir los cambios en los niveles de desarrollo a lo largo del tiempo y comparar los niveles de desarrollo de los diferentes países. (Feres & Mancero, 2010, p. 63).

Política económica. - Las medidas tomadas por un gobierno para influir en su economía. Los tipos de acciones de política económica pueden incluir la fijación de las tasas de interés a través de una reserva federal, la regulación del nivel de gastos gubernamentales, la creación de derechos de propiedad privada y la fijación de tasas impositivas. (Castillo, 2011, p.33).

Política pública. - Es un curso deliberado y coherente de acción producido como respuesta a un problema percibido por un electorado, formulado por un proceso político específico y adoptado, implementado y ejecutado por un organismo público. (Castillo, 2011, p. 30).

Derechos Humanos. - Los derechos fundamentales que los seres humanos tienen por el hecho de ser humanos, y que no son creados ni pueden ser abrogados por ningún gobierno, estos incluyen derechos culturales, económicos y políticos, como el derecho a la vida, la libertad, la educación y la igualdad ante la ley y el derecho de asociación, Creencia, libertad de expresión, información, religión, movimiento y nacionalidad. La promulgación de estos derechos no es vinculante para ningún país, pero sirven como un estándar de preocupación para las personas y constituyen la base de muchas constituciones nacionales modernas. (Nino, 1989, p. 151).

Seguro social. - Es un programa gubernamental que brinda asistencia económica a las personas que sufren desempleo, discapacidad o edad, financiado mediante la evaluación de empleadores y empleados. (International Labour Office, 2001, p. 7).

Salud. - es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia. (The World Health, 2008, p.3).

Gasto. - La cantidad total de dinero que un gobierno, organización o persona gasta durante un período de tiempo determinado. (Galí, López-Salido, & Vallés, 2004, p. 26).

Gasto en salud total. - El gasto total en salud mide el consumo final de bienes y servicios de salud y la inversión de capital en la infraestructura de salud. Incluye el gasto de fuentes públicas y privadas (incluyendo hogares) en bienes y servicios médicos, en programas de salud pública y prevención, y en administración. (The World Health, 2008, p. 3).

Fuente de fondos. - las fuentes de fondos de gasto en salud muestran quién financia el gasto en bienes y servicios de salud, en lugar de quién realmente incurre en el gasto. Las fuentes de financiamiento más amplias son el gobierno y las entidades no gubernamental como por ejemplo fondos privados de seguro de salud, individuos, aseguradoras de indemnización por lesiones y otros no gubernamentales. (Pearson, 2012, p.7).

Área de gastos. - Los datos para áreas individuales de los gastos de salud, tales como hospitales públicos, servicios médicos y salud de la comunidad. (Vandierendonck, 2014, p. 51).

Unión europea. - Asociación económica de más de dos docenas de países europeos que buscan crear un mercado unificado y sin barreras para productos y servicios en todo el continente, así como una moneda común con una autoridad unificada sobre esa moneda. La Unión Europea fue establecida en 1993 por el Tratado de Maastricht y se basó en la Comunidad Económica Europea. La UE está formada por tres áreas o pilares: la Comunidad Europea, la Política Exterior y de Seguridad Común y la Cooperación Policial y Judicial en Materia Penal. (Vandierendonck, 2014, p. 5).

CEPAL. - Abreviatura de Comisión Económica para América Latina y el Caribe es una organización de las Naciones Unidas que apoya el comercio y el crecimiento económico en América Latina y el Caribe. (CEPAL, 2015, p. 2).

Variable independiente. - Una variable que es intencionalmente cambiada para observar su efecto en la variable dependiente. (Morales, 2012, p. 11).

Variable dependiente. - Una variable dependiente es la variable que se está probando en un experimento científico. (Morales, 2012, p. 11).

Producto Interno Bruto. - El PIB es el valor final de los bienes y servicios producidos dentro de los límites geográficos de un país durante un período de tiempo especificado, normalmente un año. La tasa de crecimiento del PIB es

un indicador importante del desempeño económico de un país. (Guillén Romo, 2004, p. 33).

Producto interno Bruto Per Cápita. - El PIB per cápita es una medida de la producción total de un país que toma el producto interno bruto (PIB) y lo divide por el número de personas en el país. El PIB per cápita es especialmente útil cuando se compara un país con otro, porque muestra el desempeño relativo de los países. Un aumento del PIB per cápita indica crecimiento en la economía y tiende a reflejar un aumento de la productividad. (Guillén Romo, 2004,, p.33).

Esperanza de vida. - El número probable de años que quedan en la vida de un individuo o clase de personas determinadas estadísticamente, afectadas por factores como la herencia, la condición física, la nutrición y la ocupación. (Estadísticas Sanitarias Mundiales , 2005, p. 14).

Tasa de mortalidad infantil. - La tasa de mortalidad infantil es el número de muertes de niños menores de un año se producen entre los nacidos vivos en un área geográfica determinada durante un año determinado, por cada 1.000 nacidos vivos que ocurren entre la población de la zona geográfica determinada durante el mismo año. (Estadísticas Sanitarias Mundiales , 2005, p. 14).

Tendencia política. - para propósitos de este estudio es la dirección que ejercía el partido político dirigente de cada país en los años correspondientes la cual puede ser de derecha o izquierda. (Murakami, 2008, p. 35).

Crecimiento de la población. – Es un aumento en el número de personas que residen en un país, estado, condado o ciudad. Las empresas y los organismos gubernamentales utilizan esta información para hacer determinaciones sobre la inversión en ciertas comunidades o regiones. (Torrado, 2008, p. 63).

Mejora de las instalaciones sanitarias. – Construcción o remodelación de infraestructura destinada para la salud pública. (Estadísticas Sanitarias Mundiales , 2005, p. 37).

Desempleo. - El desempleo es un fenómeno que ocurre cuando una persona que está buscando activamente un empleo es incapaz de encontrar trabajo. El desempleo se utiliza a menudo como una medida de la salud de la economía. La medida más frecuente del desempleo es la tasa de desempleo, que es el número de desempleados dividido por el número de personas empleadas. (Izquierdo & León, 2006, p. 73).

Series de tiempo: Una serie de tiempo es una secuencia de puntos de datos numéricos en orden sucesivo. (Aneiros, 2008, p. 4).

1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1: Operacionalización de las variables

Variable	Indicadores	Dimensionalidad	Tipo de variable
Gasto en salud público Per Cápita (% del PIB real per cápita de paridad de poder de adquisición)	PIB Gasto en salud Pública Per Cápita	Multidimensional	Continua
Esperanza de vida (años)	Edad	Unidimensional	Continua
PIB per cápita PPA	PIB Número población	Multidimensional	Continua
Crecimiento de la población (% anual)	Número población	Unidimensional	Continua
Mejora de las instalaciones sanitarias (% de personas con acceso)	Número Población Número de instalaciones sanitarias	Multidimensional	Continua

Población de 65 años de edad y más (% del total)	Población mayor a 65 años Población total	Multidimensional	Continua
Población entre 0 y 14 años de edad (% del total)	Población menor a 14 años Población total	Multidimensional	Continua
Desempleo	Población desempleada Población empleada	Multidimensional	Continua
Tasa de mortalidad	Bebés nacidos Bebés fallecidos	Multidimensional	Continua
Tasa de fertilidad	Nacimientos por cada 10000 mujeres	Unidimensional	Continua
Incidencia de Tuberculosis	Población total Población con tuberculosis	Multidimensional	Continua
Gasto en salud privado Per Cápita (% del PIB real per cápita de paridad de poder de adquisición)	PIB Gasto en salud Privado Per Cápita	Multidimensional	Continua
Tendencia Política	1 si es derecha 2 si es izquierda	Unidimensional	Discreta Nominal

Fuente: Adaptado de Banco Mundial (2016). Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web: <http://datos.bancomundial.org/indicador>

Elaborado por: Autores

1.7 CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Tabla 2: Categorización de las variables

Variable	Categorización
Gasto en salud público Per Cápita (% del total de gasto público per cápita)	Cuantitativa, dependiente
Esperanza de vida (años)	Cuantitativa, independiente
PIB per cápita PPA	Cuantitativa, independiente
Crecimiento de la población (% anual)	Cuantitativa, independiente
Mejora de las instalaciones sanitarias (% de personas con acceso)	Cuantitativa, independiente
Población de 65 años de edad y más (% del total)	Cuantitativa, independiente
Población entre 0 y 14 años de edad (% del total)	Cuantitativa, independiente
Desempleo	Cuantitativa, independiente
Tasa de mortalidad	Cuantitativa, independiente
Tasa de fertilidad	Cuantitativa, independiente
Incidencia de Tuberculosis	Cuantitativa, independiente
Gasto en salud privado Per Cápita	Cuantitativa, independiente
Tendencia Política	Cualitativa, Dicotómica

Fuente: Adaptado de Banco Mundial (2016). Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web: <http://datos.bancomundial.org/indicador>

Elaborado por: Autores

CAPITULO II

2.1 MÉTODOS DE NIVEL TEÓRICO

El presente trabajo de investigación se utilizaron varios métodos. El primero fue el método **analítico - sintético** por lo que su desarrollo está conformado de datos desconocidos como lo fueron la CEPAL y UNION EUROPEA a los datos conocidos en este caso los de ECUADOR.

El caso del método analítico, es fundamentalmente diferente en el sentido de que el investigador tiene que utilizar hechos o información ya disponible y analizarlos para hacer una evaluación crítica del material, quiere decir que se examina y estudia el problema para conocer las relaciones. Si la parte analítica se basa en cada una de las variables seleccionadas la parte sintética procede a agrupar los diferentes datos que fueron recopilados desde el año 1995 al 2014 para de esa forma llegar al objetivo que sería conseguir los resultados totales de la CEPAL, OCDE y ECUADOR.

A partir de eso se realiza un análisis global para saber cuáles han sido las determinantes que han faltado dentro del Ecuador en comparación de los otros países más desarrollados en la que los gastos públicos en salud han logrado importantes mejoras en la esperanza de vida ya que es una parte integral del desarrollo y a su vez supervivencia de las personas que de una u otra forma requieren ser mejorados continuamente.

Otro método que fue utilizado es el **lógico-histórico** la lógica objetiva es una línea general, la regularidad de desarrollo de un objeto en este caso como ha ido evolucionando el gasto público en salud en el Ecuador cuales han sido las falencias, como ha sido el desarrollo de la sociedad moderna ya que han ido evolucionando sus estructuras de población, con un acrecentamiento de personas mayores, jóvenes, adultos y niños. Hay que tomar en cuenta que la mala salud y la poca inversión en el gasto público de salud disminuye la eficiencia del capital humano.

Ahora por la parte histórica es la expresión concreta de una regularidad determinada de la ley en toda la diversidad de sus manifestaciones específicas y singulares quiere decir la historia concreta de nuestro país en comparación de los otros países cuales han sido sus causas y efectos. Por lo que el sector de salud debe ser tomado en conjunto con las características sociales y económicas ya que esto también afectan las decisiones de gasto en salud y atención médica a nivel nacional.

Por otro lado, se utilizó el **método comparativo** ya que es una herramienta fundamental de análisis. Esta mejora el poder de descripción y juega un rol central en la formación de conceptos sacando a relucir similitudes y contrastes entre casos. El método comparativo es normalmente usado en las pruebas de hipótesis, y este puede contribuir al descubrimiento inductivo de nueva hipótesis y a crear teorías. Aplicando este método este tema de investigación se utilizó al comparar nuestros datos con los otros países de la UNION EUROPEA y la CEPAL.

También se utilizó el **método inductivo** por lo que se comenzó con las observaciones y el análisis, estas a su vez proponen teorías al final del proceso de la investigación como es el resultado de observaciones. En la investigación inductiva fue implicada la búsqueda de patrón de la observación y el desarrollo de explicaciones – teorías – para esos patrones a través de las hipótesis.

Es importante enfatizar que el enfoque inductivo no implica que se ignoren las teorías cuando se formulan preguntas y objetivos de investigación. Este enfoque pretende generar significados a partir del conjunto de los datos que se recopilaron con el fin de identificar patrones y relaciones para construir una teoría; Sin embargo, el enfoque inductivo no impide que el investigador utilice la teoría existente para formular la pregunta de investigación a explorar.

Dentro de estos métodos otro que también se utilizó fue el **método deductivo** por lo que fue desarrollada una hipótesis (o hipótesis) basadas en

la teoría investigada luego de eso, diseñar una estrategia de investigación para que se pruebe dicha hipótesis. Se sostiene que deductivo significa razonar desde lo particular hasta lo general. Esto quiere decir que, si una relación o relación causal parece estar implícita en una teoría o en un caso particular, podría ser cierto en muchos casos.

El enfoque deductivo se puede explicar por medio de las hipótesis establecidas, estas pueden derivarse de las proposiciones de la teoría. En otras palabras, el enfoque deductivo se refiere a la deducción de las conclusiones de las premisas o proposiciones.

El enfoque de la investigación deductiva explora una teoría o fenómeno conocido y prueba si esa teoría es válida en determinadas circunstancias. En este caso es un fenómeno ya que las determinantes del gasto público en salud están establecidas desde el comienzo de los años, se puede detallar y a su vez estudiar cuales han sido las dificultades por las cuales no se ha llegado a un nivel sanitario óptimo en Ecuador.

Se observó que el enfoque deductivo sigue más de cerca el camino de la lógica. El razonamiento comienza con una teoría y conduce a una nueva hipótesis. Esta hipótesis está a prueba al confrontarla con observaciones que llevan a una confirmación o a un rechazo de la hipótesis. Por lo que en general, los estudios que utilizan el enfoque deductivo siguen una secuencia en la que primero se deduce la hipótesis de la teoría, segundo se formula la hipótesis en términos operacionales y se propone la relación entre dos variables específicas, tercero se hace la prueba de la hipótesis con la aplicación de métodos relevantes, cuarto se examina el resultado de la prueba y así se sabe si la teoría se confirma o se rechaza por último se realiza la modificación de la teoría en casos en que la hipótesis no se confirme.

También fue utilizado el **método hipotético** también llamado método hipotético deductivo el cual es un procedimiento para la construcción de una teoría científica que contó los resultados obtenidos mediante la observación directa y la experimentación. Este hace inferencia en una investigación, predice efectos que pueden ser verificados o desaprobados por evidencia empírica derivada de otros experimentos.

Este método es uno de los pilares en la investigación científica y a menudo es considerado como el único método de investigación científica verdadero.

Sobre las bases de las ideas expuestas en el método hipotético el presente tema está conformado por una investigación en las cuales se determinarán 13 variables, 1 independiente y los 12 restantes dependientes de ECUADOR, CPAL y UNIÓN EUROPEA, con dichas variables se tiene un soporte para realizar el estudio y poder dar a conocer cuáles han sido las complicaciones por lo que Ecuador no ha tenido una mejora en el sistema sanitario a tal punto de alcanzar a países desarrollados, por otra parte en el capítulo 3 muestra en las predicciones, en que año Ecuador alcanzará el nivel de los países en máxima potencia con respecto a su sistema sanitario para la población y de esa forma tener el bienestar para todos los habitantes.

En conclusión, este método implica los pasos tradicionales de observar el tema con el fin de elaborar sobre un área de estudio. En este caso nos permitió generar una hipótesis comprobable y realista.

Por último otro método utilizado fue el de **análisis cualitativo** el cual se basó en darle valores numéricos a variables cualitativas en el caso de esta investigación la variable es tendencia política la cual fue definida como 1 para la derecha política y 0 para la izquierda política lo cual ayuda al momento de hacer el análisis estadístico de las variables y poder identificar si existe

correlación o no entre ellas, es decir medir características para las cuales no hay una escala numérica natural.

Además, es necesario hacer referencia a los hallazgos de la revisión bibliográfica llevados a cabo en las primeras etapas del proceso de investigación para reflejar los puntos de vista de otros autores sobre las causas de la insatisfacción del gasto público en salud en el Ecuador en comparación de los otros países, de esta forma se integraron los datos secundarios que serían CEPAL y OCDE dentro de discusiones y su análisis de forma lógica y parcial.

2.2 MÉTODOS DE NIVEL EMPÍRICO

En el presente trabajo se utilizaron los siguientes métodos de estudio de nivel empírico:

- **Investigación para la acción.** - Generalmente, las investigaciones de acción se pueden dividir en tres categorías: positivista, interpretativa y crítica. El enfoque positivista de la investigación-acción, también conocida como "investigación-acción clásica", percibe la investigación como un experimento social y, en consecuencia, la investigación-acción aceptada como un método para probar hipótesis en un entorno real. La investigación-acción interpretativa, también conocida como "investigación-acción contemporánea", percibe la realidad empresarial como socialmente construida y se centra en las especificaciones de los factores locales y organizacionales al conducir la investigación-acción.

La investigación de acción crítica es un tipo específico de investigación de acción que adopta un enfoque crítico hacia los procesos de negocio y apunta a mejoras.

Con respecto a los métodos empíricos, la investigación para la acción está dividida en tres categorías positivista, interpretativa y crítica. En este tema de estudio lo que utilizó fue la de enfoque positivista de la investigación – acción, si bien es cierto son datos reales que fueron sacados del Banco Mundial desde el año 1995 al 2014 son cifras que se han ido proyectado a lo largo de los tiempos.

Con esos datos verídicos se ha procedido a realizar los estudios con la finalidad de saber los problemas -causas que se ha tenido en el ECUADOR, CEPAL y UNION EUROPA con el sistema sanitario ya que el gasto en salud se ha convertido en una gran preocupación no solo para cada uno de los habitantes sino también para cada gobierno en su país.

- **Observación.** - La observación, como su nombre indica, es una forma de recopilar datos mediante la observación. La observación puede ser estructurada o no estructurada. En la observación estructurada o sistemática, la recopilación de datos se realiza utilizando variables específicas y de acuerdo con un programa predefinido. La observación no estructurada, por otra parte, se lleva a cabo de manera abierta y libre en un sentido en el que no habría variables ni objetivos predeterminados. Las ventajas del método de recogida de datos primarios de observación incluyen el acceso directo a fenómenos de investigación, altos niveles de flexibilidad en términos de aplicación y generación de un registro permanente de fenómenos a los que se hará referencia más adelante si surge una necesidad.

Al mismo tiempo, el método de observación está en desventaja con mayores requerimientos de tiempo, altos niveles de sesgo observador y el impacto del observador en los datos primarios, de tal manera que la presencia de observar puede influir en el comportamiento de los elementos del grupo de muestra. Es importante señalar que el método

de recolección de datos de observación puede estar asociado con ciertas cuestiones éticas.

Con esa finalidad, el método empírico utilizado la observación, esta se empleó en este estudio ya que como bien se ha nombrado, se utilizaron trece variables, doce independientes y una dependiente mediante esas variables se realizó la recopilación de datos y toda la información necesaria.

Cabe recalcar que dichas variables son específicas y el programa utilizado es GRTL así que al correr nuestros modelos se mostrará cuáles han sido las falencias en cada uno de los países, para poder responder a los objetivos en específico del estudio y este a su vez dar sus recomendaciones sobre el ritmo de crecimiento del gasto en salud que es diferente para los países de diversos niveles de desarrollo económico.

2.3 MÉTODOS ESTADÍSTICO MATEMÁTICOS

El primer método estadístico matemático que se utilizó en esta investigación es la recolección de datos la cual en si es la recopilación de datos que están publicados en libros, revistas o portales en línea, en este caso en portales en línea como lo es el Banco Mundial. Ahí se encontró una gran cantidad de datos los cuales fueron filtrados dependiendo de las necesidades o el área que este siendo analizada.

Por lo tanto, la aplicación de un conjunto adecuado de criterios para seleccionar los datos secundarios utilizados en el estudio juega un papel importante en términos de aumentar los niveles de validez y fiabilidad de la investigación.

Por otro lado, se usó el método de investigación cuantitativo que describe y mide el nivel de ocurrencias en la base de números y cálculos. Los métodos cuantitativos hacen hincapié en las mediciones objetivas y en el análisis estadístico, matemático o numérico de los datos recogidos mediante datos estadísticos preexistentes en nuestro caso.

La investigación cuantitativa se centra en la recopilación de datos numéricos y su generalización a través de grupos de personas o para explicar un fenómeno particular. En esta investigación se utilizó este método para recoger alrededor de 15000 datos correspondientes a 44 países con respecto a cada una de las variables seleccionadas siendo la dependiente Gasto de Salud Público Per Cápita, todas las variables siguen el método cuantitativo excepto la de tendencia política que está representada por dos números, pero en realidad es una variable cualitativa.

Otro método estadístico matemático utilizado en esta investigación fue el análisis de regresión el cual es un método de investigación estadístico cuantitativo el que consiste en modelar y analizar varias variables, donde la relación incluye una variable dependiente y en nuestro caso 12 variables independiente. En esta investigación este método juega un rol importante debido a que el fin de este trabajo es definir las determinantes del gasto público en salud del Ecuador por lo que usando la técnica de la correlación muestra las variables afectadas tanto la dependiente como las independientes sea positiva o negativamente.

Para que dependiendo del resultado se puedan proponer estrategias que afecten directamente a las variables más significativas y así optimizar el sistema sanitario en el Ecuador como en los países desarrollados de la Unión Europea y CEPAL los cuales también serán estudiados en esta investigación utilizando plataformas como Excel y GRTL.

Otro método empleado fue la estadística descriptiva la cual se utiliza para describir las características básicas de los datos en un estudio en este

tema de estudio sería las Determinantes del Gasto Público en Salud, éstos proporcionarán resúmenes simples sobre la muestra y las medidas. Junto con el análisis gráfico simple, que forman la base de prácticamente todos los análisis cuantitativos de los datos.

Las estadísticas descriptivas se utilizan para presentar descripciones cuantitativas en una forma manejable. En un estudio de investigación se obtienen varias medidas o se mide un gran número de personas en cualquier medida. Además, ayudan a simplificar grandes cantidades de datos de una manera sensible. Cada estadística descriptiva reduce los lotes de datos en un resumen más simple. Para este estudio se utilizó la estadística descriptiva para mostrar datos históricos del tema en el que enfocado de este trabajo de titulación y también para describir las variaciones que han ocurrido en el Gasto en salud público del Ecuador utilizando como herramienta también grafico de barras y de dispersión.

Además, en esta investigación se apoyó de la estadística inferencial Para la realización de esta investigación también se utilizó la estadística inferencial también en esta investigación y fue para alcanzar conclusiones que provienen de la data inmediata actual. Este método es útil en el diseño de la investigación experimental y cuasi experimental o en la evaluación del resultado de un programa, en nuestro caso Excel y GRETL.

Dentro del método de estadística inferencial se utilizó las variables Dummies las cuales son unas numéricas utilizadas en el análisis de regresión para representar grupos de la muestra de estudio. Estas variables ficticias son útiles porque nos permiten usar una sola ecuación de regresión para representar múltiples grupos, esto significa que no se necesitaron escribir modelos de ecuaciones por separado para cada subgrupo. Las variables Dummies actúan como interruptores que activan y desactivas los diferentes parámetros en una investigación.

2.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por otra parte, el tipo de investigación del presente trabajo de titulación tuvo dos partes la primera fue la cuantitativa, se dice que la investigación cuantitativa describe, infiere y resuelve problemas usando números. Se hace hincapié en la recopilación de datos numéricos por lo que se investigaron todos los datos necesarios para formar nuestra base de datos en Excel luego traspasar esa base de datos a Gretl y obtener el modelo requerido, con esos resultados fueron seleccionados los datos de mayor significación y magnitud por último se procede a la gráfica de inferencias a partir de los datos y de esa forma proceder hacer los análisis correspondientes.

Sin embargo, también estuvo la parte cualitativa que es la que se basa en palabras, términos, dicción y otros elementos no numéricos y no cuantificables. Se ha observado que la información se considera de naturaleza cualitativa si no puede analizarse por medio de técnicas matemáticas. Esta característica también puede significar que un incidente no se produce con suficiente frecuencia para permitir la recopilación de datos confiables, como fue la parte histórica en efecto a la carencia de datos se procedió a la búsqueda de la historia del Ecuador donde se determinaba como fue el Gasto en Salud Pública en años remotos.

Asimismo, otro tipo de investigación que se utilizó fue la investigación aplicada, es la que busca encontrar una solución para un problema inmediato que enfrenta una sociedad, en este caso Ecuador referente al Gasto Público en Salud, las conclusiones de la investigación aplicada pueden adaptarse a cuestiones conexas quiere decir que está vinculado todo referente al tema de estudio.

De igual forma, otro tipo de investigación que se empleó fue el fundamental también conocida como investigación básica o investigación pura, generalmente no genera resultados que tengan aplicaciones inmediatas en un nivel práctico. La investigación fundamental es impulsada por la curiosidad y el deseo de ampliar los conocimientos en el área de investigación específica.

Este tipo de investigación hace una contribución específica al cuerpo académico de conocimiento en el área de investigación.

Los estudios fundamentales tienden a hacer generalizaciones sobre el fenómeno, y la filosofía de este tipo de estudios puede ser explicada como "recopilar conocimiento por el conocimiento". Las investigaciones fundamentales apuntan principalmente a responder a las preguntas de por qué, qué o cómo y tienden a aportar el fondo de conocimientos fundamentales en el área de investigación.

En oposición a la investigación fundamental se aplica la investigación que tiene como objetivo resolver problemas específicos, por lo tanto, los resultados de la investigación aplicada tienen implicaciones prácticas inmediatas.

Tomando en cuenta la investigación aplicada con la investigación fundamental o básica existe una diferencia entre ambas y es que las conclusiones de la investigación aplicada pueden aplicarse a cuestiones conexas, mientras que los estudios fundamentales se utilizan simplemente para explorar determinadas cuestiones y elementos. Además, de la diferencia entre la investigación aplicada y la básica pueden dividirse en tres grupos:

- Diferencias en el propósito. El propósito de los estudios aplicados está estrechamente asociado con la solución de problemas específicos, mientras que el propósito de los estudios fundamentales se relaciona con la creación de nuevos conocimientos o la expansión del conocimiento actual sin ninguna preocupación por la aplicabilidad.

En este punto el tema de investigación propuesto está relacionado con los estudios fundamentales. A su vez, se relaciona con la creación de nuevos conocimientos o a la profundización del conocimiento que se tiene actualmente por lo que es primordial conocer cuáles son los factores que influyen en el sistema sanitario y de esa forma poder dar recomendaciones para que el sistema sanitario ecuatoriano se siga implementando y creciendo a través del tiempo y teniendo como ejemplos a los otros países que tienen un sistema sanitario muy alto a comparación del Ecuador.

- Diferencias de contexto. En los estudios aplicados los objetivos de investigación son establecidos por los clientes o patrocinadores como una solución a los problemas específicos que se enfrentan. Por otra parte, los estudios fundamentales suelen ser auto iniciados para ampliar los niveles de conocimiento en ciertas áreas.

Algo muy semejante ocurre con el presente tema de estudio tomando en cuenta que se analizarán las determinantes de gasto público en salud para realizar el presente estudio se fijaron los objetivos, primero caracterizar los factores determinantes del gasto público en salud, luego aplicar un método cuantitativo con la finalidad de poder analizar cada una de las variables seleccionadas y cómo influyen estas en el gasto público de salud por último poder realizar un modelo econométrico que representará el comportamiento de dichas variables en el gasto público en salud a través de los años. Cabe recalcar que un modelo econométrico en este estudio es de mucha importancia porque ayuda a lidiar con problemas o datos históricos de bases de datos muy amplias.

- Diferencias en los métodos. La validez de la investigación representa un punto importante que se debe abordar en todos los tipos de estudios. Sin embargo, los estudios aplicados suelen estar más relacionados con la validez externa, mientras que la validez interna puede ser especificada como el principal punto de preocupación para los investigadores fundamentales.

Por otra parte, las diferencias en los métodos también es un punto importante en este estudio, porque existe una variedad de enfoques para el análisis, así que se tomó en cuenta el objetivo al que se desea llegar, en el presente caso es el análisis de cada una de las variables ya nombradas en el capítulo uno conocer si son significantes o no y cómo éstas afectan en el Ecuador, todo esto se realizó con el propósito de una evaluación de nuestro sistema sanitario.

2.5 ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

El alcance del estudio parte de una investigación exploratoria debido a que explorar un problema o un tema. Es particularmente útil para ayudar a identificar un problema, aclarar la naturaleza de un problema o definir las cuestiones involucradas. Puede usarse para desarrollar proposiciones e hipótesis para investigaciones posteriores, para buscar nuevas ideas o para llegar a una mayor comprensión de un tema.

Por lo tanto, el problema que se exploró es el del gasto en salud público y se investigó las cuestiones involucradas es decir las determinantes del mismo mediante comprobación de hipótesis.

También, la presente investigación tiene un alcance explicatorio ya que la investigación explicatoria responde preguntas de por qué pasa algo, para sacar fundamentos entre comparaciones y llegar a una conclusión, así se puede llegar a una explicación causal.

Por lo tanto, la presente investigación se vuelve explicatoria al momento de comparar a Ecuador con diferentes países y responder la pregunta de por qué el sistema de salud pública ecuatoriano no se compara con el de países desarrollados y cuáles serían las estrategias que se deberían poner en práctica para mejorar el nivel de Ecuador en este campo.

Por último otro alcance que tiene la presente investigación es el correlacional, el método correlacional es utilizado para determinar que tanto están relacionadas dos o más variables entre sí. En la investigación correlacional no se influencia ninguna variable, solo se las mide y se observan relaciones entre ellas.

En este caso el método se usa al momento de analizar los datos de Ecuador y de los demás países en los cuales hay una variable dependiente la cual es el Gasto en Salud Pública y se contó con 12 variables independientes, con este método se observó ver cuál de estas 12 variables tiene una relación importante con la variable dependiente es decir cual le afecta ya sea positiva o negativamente.

2.6 NOVEDAD DE LO QUE SE INVESTIGA.

Lo interesante y nuevo de esta investigación es que el estudio se lleva a cabo tomando datos desde 1995 hasta el 2014 lo cual es un buen rango de datos, pero no solamente se enfoca en los datos de Ecuador, sino que hay alrededor de 44 diferentes países miembros de la Unión Europea e integrantes de la CEPAL los cuales también van a ser analizados uno a uno.

Lo mencionado anteriormente le dará a la investigación un valor agregado debido a que en investigaciones similares realizadas alrededor del mundo, solo se han basado en el país de estudio y han sacado las conclusiones pertinentes pero en el estudio será más completo y con un análisis de cada uno de los diferentes países elegidos, después de este análisis se comparó los resultados con los de Ecuador y se observa qué es lo que nos falta o las estrategias que se deberían elegir para lograr la comparación con grandes potencias o países desarrollados de Europa y América.

2.7 SIGNIFICACIÓN SOCIAL Y PERTINENCIA

Esta investigación tiene una significación social muy importante debido a que en un país tener un sistema sanitario óptimo es un factor determinante para el desarrollo del mismo, en Ecuador muchas personas se quejan del sistema de salud pública por falta de eficiencia, por dificultad para el acceso, por mala atención, entre otros; esto causa malestar en la población a pesar de que si se ha mejorado el sistema sanitario en los últimos años aún no se ha conseguido optimizarlo.

Esta investigación propuso un estudio de 20 años del sistema de salud pública no solo de Ecuador sino también de grandes países con sistemas sanitarios óptimos.

Esto tiene una significación social alta debido a que con este estudio se verán cuáles son las falencias del sistema sanitario ecuatoriano con respecto a los otros países y cuáles serían las políticas que se deberían tomar para llegar a alcanzar el nivel óptimo en servicio de salud público.

Esta investigación no solo ayudaría al área de salud público sino también brindaría un bienestar social porque las personas contarían con un buen servicio de salud y serían atendidas cuando sea de su necesidad lo cual es un derecho humano.

Teniendo una mejora en el Bienestar también se llegaría a un desarrollo económico del país ya que esta comprobado en algunas investigaciones que el sistema sanitario si influye en el desarrollo económico, es por esto que esta investigación no solo abarca un área sino que es un tema controversial hoy en día el cual si se mejorara sería un avance muy importante para el país el cual significaría mucho en todas las áreas ya sea económicas, sociales, culturales del mismo, esa es la propuesta en esta investigación, dar estrategias para mejorar el sistema sanitario y así provocar un desarrollo en el país.

2.8 SIGNIFICACIÓN PRÁCTICA

Este proyecto beneficiará a la población de Ecuador en general para que el sistema sanitario alcance un nivel óptimo de servicio y calidad. Por otro lado, beneficiará al desarrollo del país y al bienestar del mismo y también mejorará la imagen del Ecuador a nivel mundial.

CAPITULO # 3

3.1 DIAGNÓSTICO DEL ESTADO ACTUAL DE LA PROBLEMÁTICA.

El rápido crecimiento del gasto en salud se ha convertido en una gran preocupación tanto para los hogares como para los gobiernos. Existe una extensa literatura sobre los determinantes del gasto en salud en los países de la OCDE, pero el caso de los países en vía de desarrollo es el contrario. Ecuador es un país en vías de desarrollo que experimenta lo mismo

En Ecuador, en los últimos años se ha dado un incremento considerable en el gasto en salud pública per cápita, pero sin embargo aún no toda la población goza de estos servicios es decir no se ha llegado al punto óptimo.

Existe la necesidad de un enfoque sectorial amplio para tratar estos problemas. Para que esto sea efectivo es necesario comprender los determinantes del gasto público en salud de Ecuador, por lo tanto, el objetivo de este estudio es responder a la pregunta ¿cuáles son los determinantes del gasto en salud pública en Ecuador?

3.2 RESUMEN ESTADÍSTICO

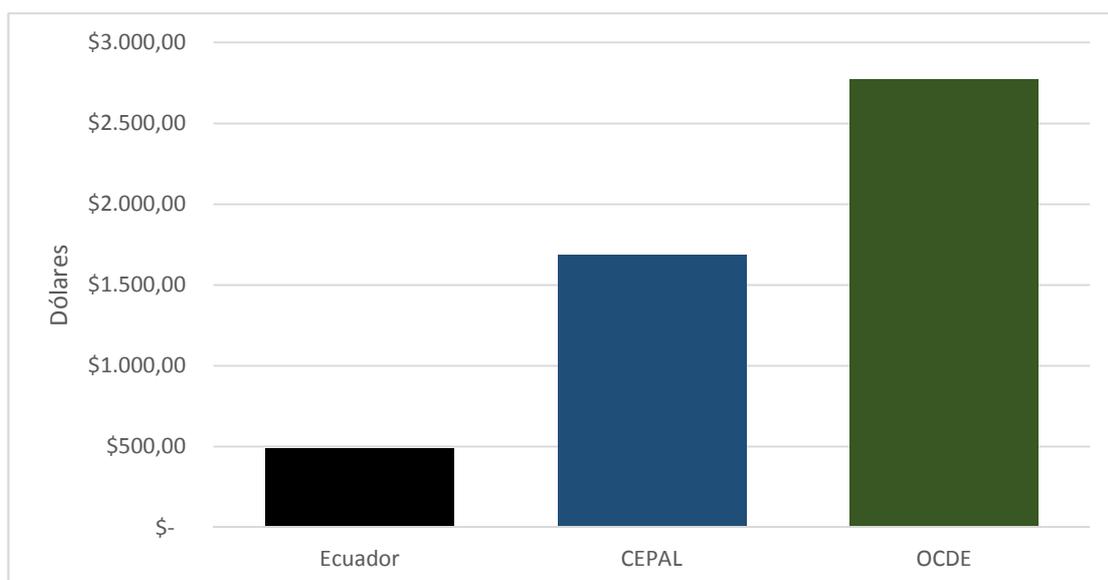


Figura 4: Comparación del gasto en salud pública per cápita 2014. Adaptado del Banco Mundial (2016). Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP.PP.KD>

Elaborado por: Autoras

El gasto en salud pública per cápita es una variable muy importante en este estudio ya que es la variable dependiente, la figura 4 nos muestra la comparación de esta variable en el año 2014 en el caso de Ecuador, OCDE Y CEPAL. La tendencia creciente del gasto en salud pública per cápita del Ecuador ha sido muy significativo ya que se comenzó con \$145.37 por persona destinado a la salud pública y en el 2014 se destinó \$492.42 por persona.

Este incremento ha sido muy importante en el país, pero sin embargo no se iguala a los sistemas sanitarios de países de la Unión Europea y de América en los cuales se destina más dinero y se puede decir que tienen un sistema sanitario óptimo. Se observa en la figura 4, Ecuador tiene un gasto en salud pública per cápita baja en comparación al de la CEPAL Y OCDE cogiendo como referencia el año 2014.

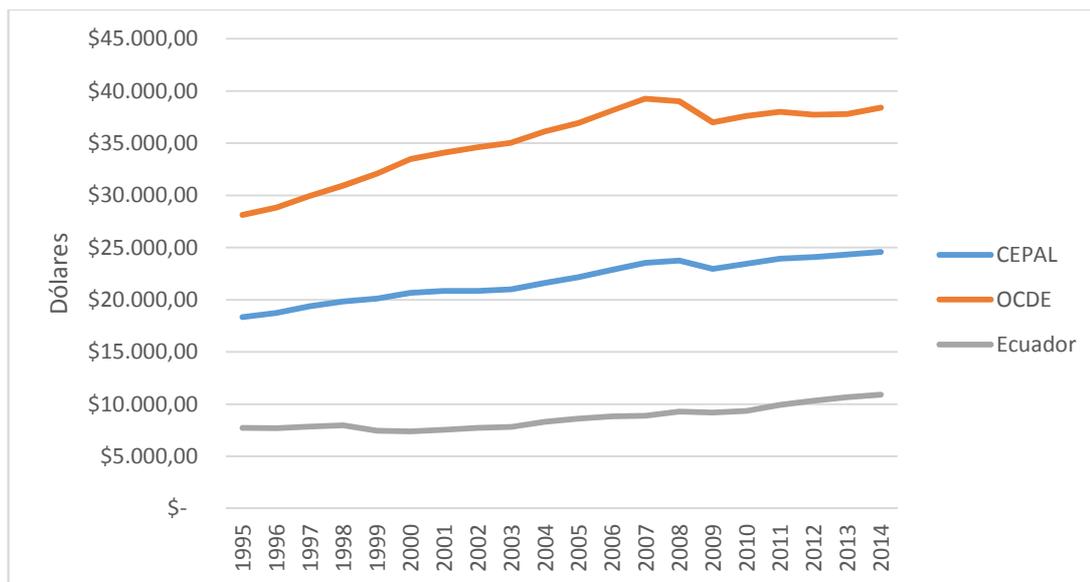


Figura 5: Comparación PIB per cápita 1995 – 2014. Adaptado del Banco Mundial (2015). Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web:

<http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.PP.CD>

Elaborado por: Autoras

En la figura 5 se puede ver que los ingresos de cada persona medidos como el PIB per cápita también se han incrementado significativamente con una tendencia similar a la del gasto público per cápita en el caso de Ecuador, esto es importante debido a que lo que se destina al gasto en salud per cápita es obtenido del PIB per cápita de cada persona por lo tanto a medida que una variable incrementa, la otra también lo hace en una proporción similar.

En la figura 5 no solo se observa la tendencia de Ecuador sino también la de la CEPAL y la OCDE. Además, el PIB per cápita de Ecuador es más bajo que la CEPAL y más aún que la OCDE a pesar de que los 3 casos tienen una tendencia similar.

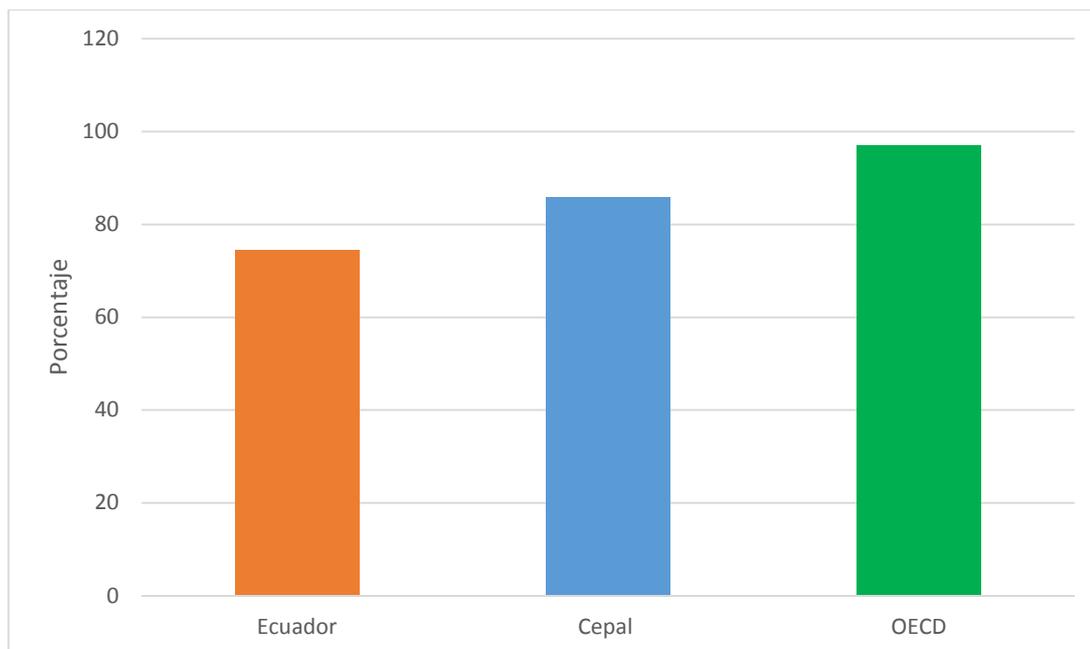


Figura 6: Promedio del % de población con acceso a salud pública 1995 – 2014. Adaptado del Banco Mundial (2015). Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web:

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.ACSN?view=chart>

Elaborado por: Autoras

En la figura 6 muestra que el acceso al sistema sanitario en Ecuador si ha mejorado en los últimos 20 años, pero aun no llega al 100% es decir que aun en el año 2014 el 15.3% de la población en el Ecuador no cuenta con acceso y beneficios de la salud pública, este porcentaje es muy grande y preocupante, pero analizando los determinantes del gasto público en salud se pueden proponer soluciones para alcanzar este 100%.

A pesar de esto hay que recalcar que las mejoras del sistema sanitario en Ecuador estos años han sido muy notables ya que en 1995 el 36.5% de la población estaba sin acceso al servicio Público sanitario, es decir que hasta el 2014 se cubrió un total del 21.2% de población que estaba sin beneficios de salud en años anteriores.

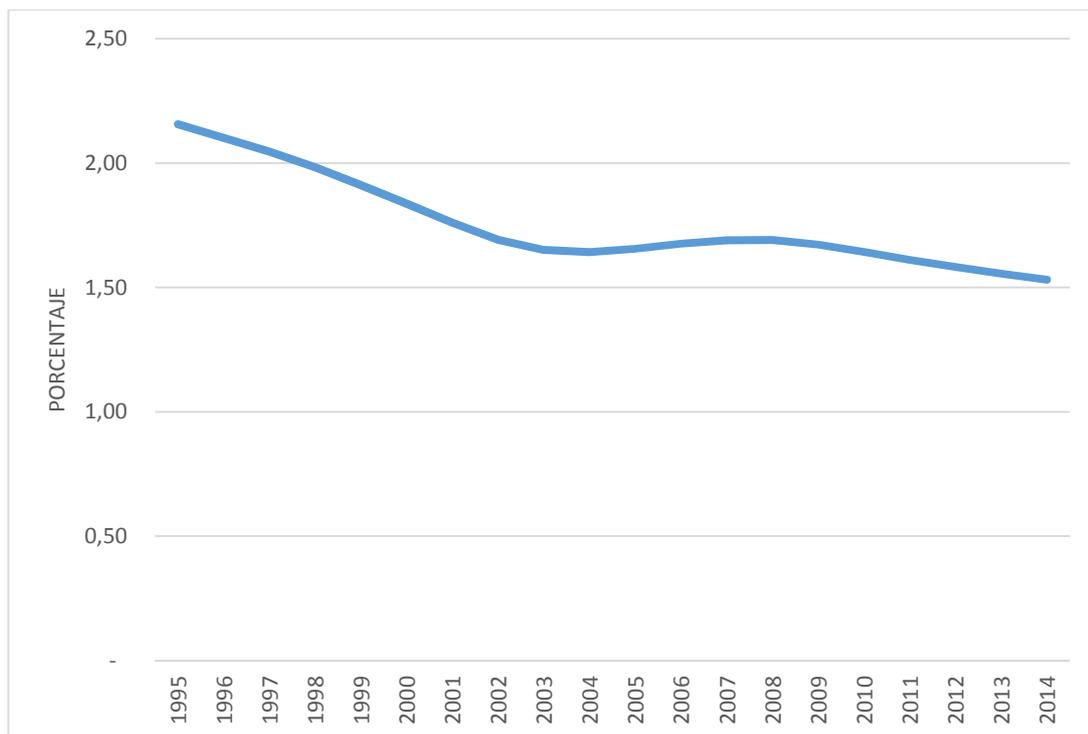


Figura 7: Porcentaje de crecimiento poblacional de Ecuador 1995 – 2014. Adaptado del Banco Mundial (2015). Recuperado el 09 de enero del 2017 en el sitio web: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.GROW>

Elaborado por: Autoras

El crecimiento poblacional desde 1995 al 2014 como se ve en la figura 7 ha disminuido es decir que en la actualidad la población solo crece un promedio de 1.53% por año que es el 0.63% menos de lo que crecía en 1995, es decir que el crecimiento ha sufrido una desaceleración lo cual tiene efectos buenos y malos para un país.

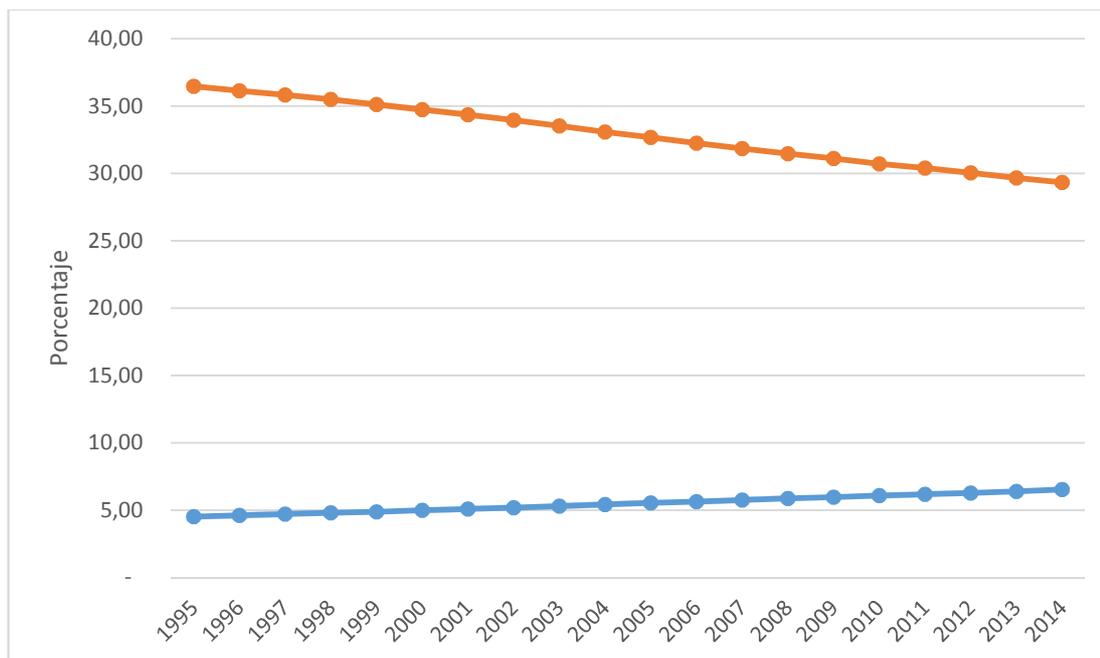


Figura 8: % de población de Ecuador mayor a 65 años y menor a 14. 1995 – 2014. Adaptado del Banco Mundial (2015). Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>
Elaborado por: Autoras

En el caso de la población del Ecuador desde 1995 se observa en la figura 9, la población mayor a 65 años tiene una tendencia positiva es decir que cada vez hay más personas mayores a 65 años, esto es importante para estudiar los determinantes de salud pública ya que a más personas de la tercera edad hay mayor demanda de servicios sanitarios públicos.

En el caso de la población entre 0 y 14 años muestra en la figura 8 también, la tendencia es negativa es decir, una disminución en población entre ese rango de edad y esto también es importante para saber los determinantes de salud pública ya que los neonatos y los menores de edad en general son principales demandantes de los servicios de salud pública, y un aumento o disminución nos puede guiar a ver la efectividad del sistema sanitario del país.

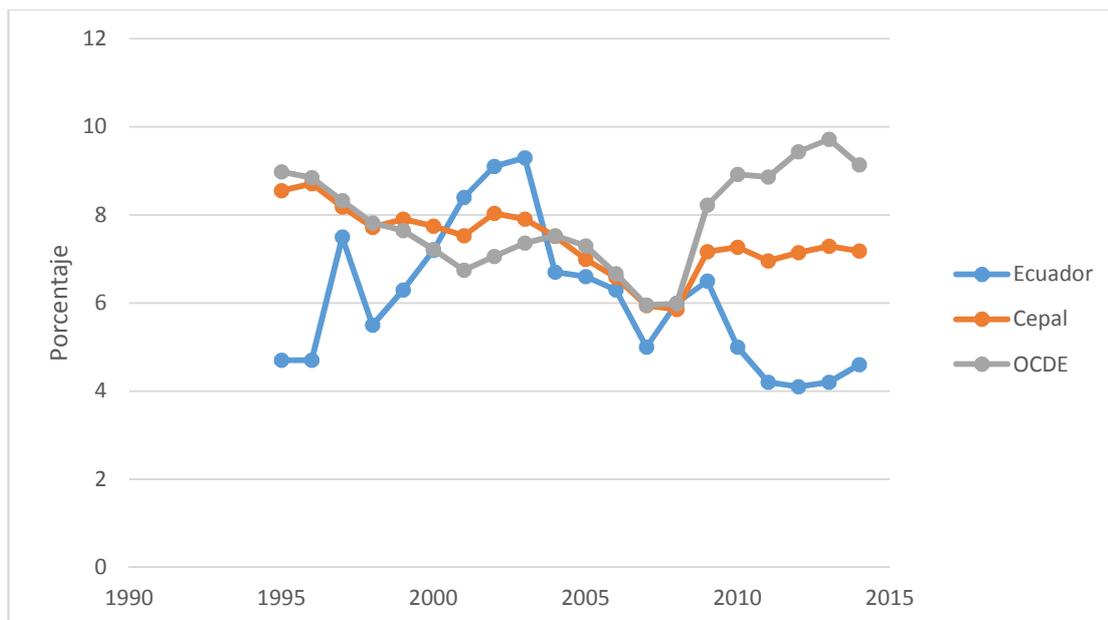


Figura 9: Comparación del porcentaje de desempleo. 1995 – 2014.
 Adaptado del Banco Mundial (2015). Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web:
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SL.UEM.TOTL.ZS>
Elaborado por: Autoras

El desempleo en el Ecuador según en la figura 9, ha tenido una tendencia muy fluctuosa desde 1995 al 2014, pero en el 2014 ha alcanzado el porcentaje más bajo, esta variable es importante en este estudio ya que al tener más personas desempleadas no cuentan con los recursos necesarios para obtener los servicios de salud pública y aparte su PIB per cápita sería 0 lo cual significa que no se destinará nada a la salud pública de cada uno.

Al momento de comparar la tendencia de desempleo de Ecuador con la CEPAL Y OCDE muestra que la tendencia es parecida aunque Ecuador tiene una tasa de desempleo mucho menor.

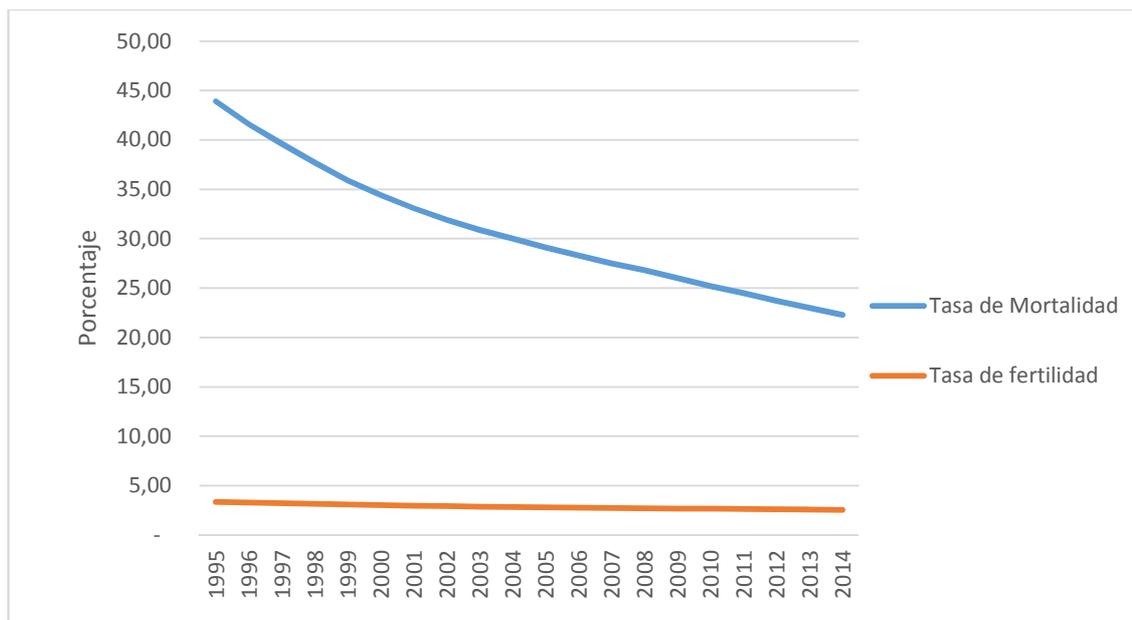


Figura 10: Tasas de mortalidad y fertilidad Ecuador 1995 – 2014. Adaptado del Banco Mundial (2015), Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT?locations=EC>
Elaborado por: Autoras

Con respecto a la tasa de mortalidad en Ecuador se observa en la figura 10 que también ha tenido un decrecimiento a lo largo de estos 20 años de un total del 21.6%, esta variable es importante porque dependiendo de la efectividad de los servicios sanitarios o de la inversión en los mismos se puede disminuir la mortalidad, en este estudio se probará si esta disminución realmente se debió a las mejoras en los servicios sanitarios.

La tasa de fertilidad como se ve en la figura 10 también esta medida por los nacimientos de cada mujer, la tendencia de esta ha sido negativa como se observa en 1995 eran en promedio 3.36 nacimientos por mujer y en el 2014 solo se tienen en promedio 2.5 nacimientos por cada mujer. Esto va de la mano con la tabla del crecimiento poblacional y muestra que ambos tienen tendencia parecida.

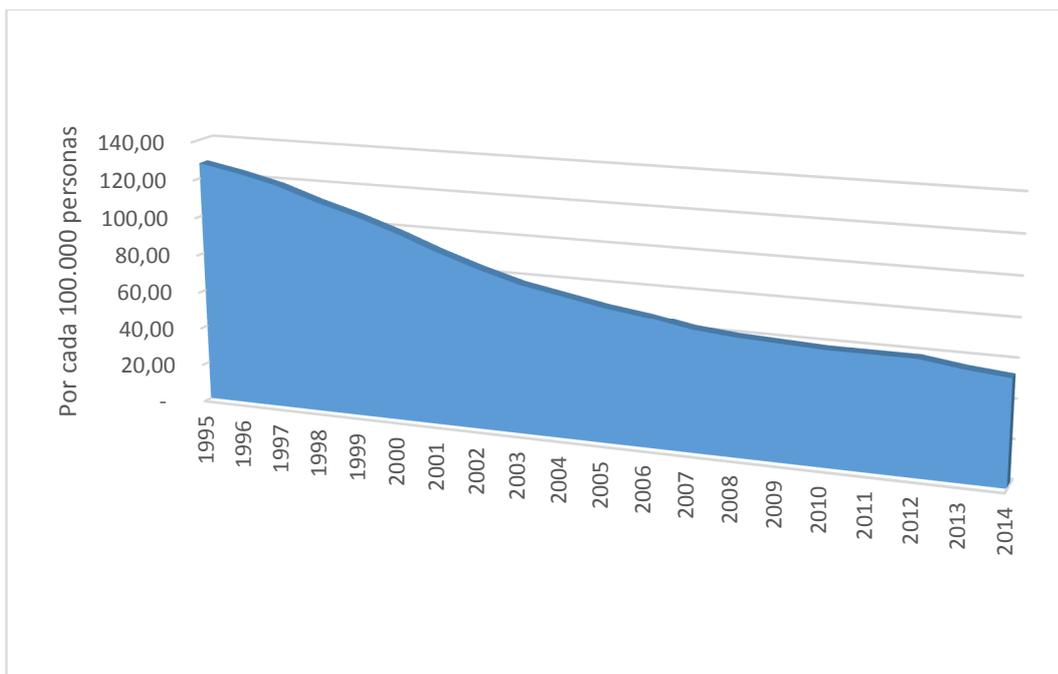


Figura 11: Evolución de la tuberculosis en el Ecuador 1995-2014

Adaptado del Banco Mundial (2015). Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.TBS.INCD?locations=EC>

Elaborado por: Autoras

La tuberculosis es un importante problema de salud pública. En 2003, fue una de las principales causas de morbilidad y la décima causa de mortalidad total en el 54,5% de las provincias del país. En 2006, la tasa de incidencia fue de 32,9 por 100.000 habitantes, lo que supone una notable mejora con respecto a la tasa de 67,9 estimada en 1990. Sin embargo, varias provincias están por encima de la media nacional.

El fortalecimiento del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis a través de la estrategia DOTS ha facilitado el manejo adecuado de las personas con tuberculosis. La estrategia destaca la observación directa del tratamiento, el monitoreo y seguimiento del paciente de corta duración, el suministro de fármacos con regímenes completos y el diagnóstico basado en la microscopía de frotis de esputo

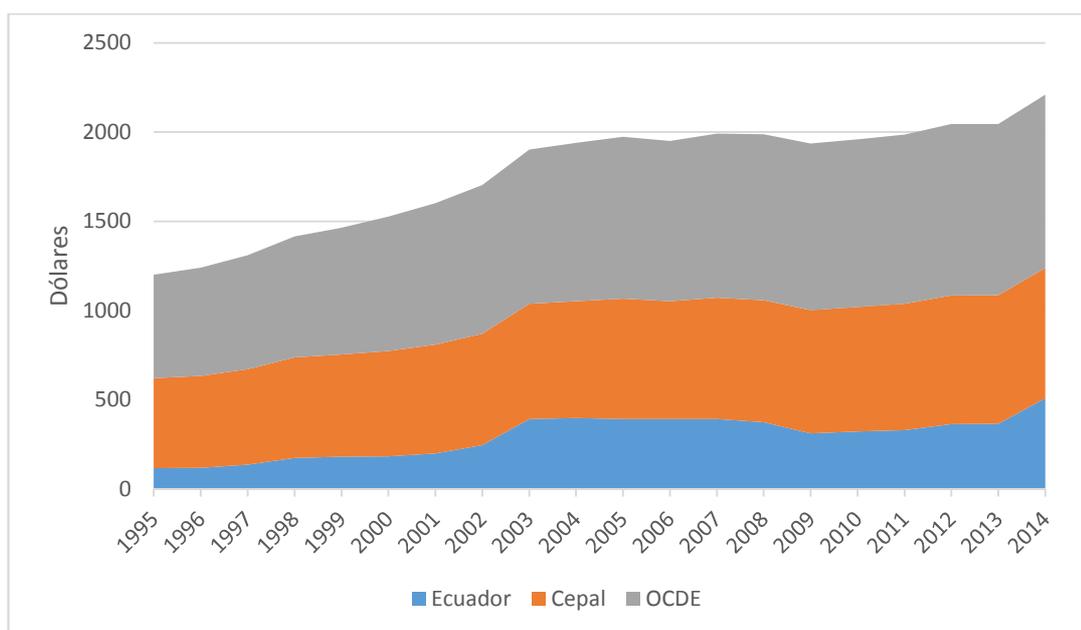


Figura 12: Comparación del Gasto en salud privada per cápita. 1995 - 2014
 Adaptado del Banco Mundial (2015). Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web:
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PRIV.ZS>

El gasto en salud privada per cápita es otra variable independiente en el estudio, en la figura 11 muestra el gasto en salud privada per cápita de Ecuador desde 1995 hasta el 2014, en la actualidad que se ha dado un incremento en el mismo es decir más personas han destinado sus ingresos para la salud privada, esto nos es de mucha ayuda en este estudio para conocer los determinantes del gasto en salud pública.

En el caso de la CEPAL Y OCDE también se ha dado un incremento, pero en estos países es mucho más significativo ya que lo invertido en salud privada es mucho mayor que lo de Ecuador. A pesar de esto la tendencia entre los 3 casos es parecida, aunque la de Ecuador es la más fluctuante.

Tabla 3: Eficiencia promedio (Gasto en salud pública / esperanza de vida)

	ECUADOR	CEPAL	OCDE
PROMEDIO DE EFICIENCIA	2.43	17.53638	29.55567

Fuente: Adaptado del Banco mundial (2016)

Elaborado por: Autoras

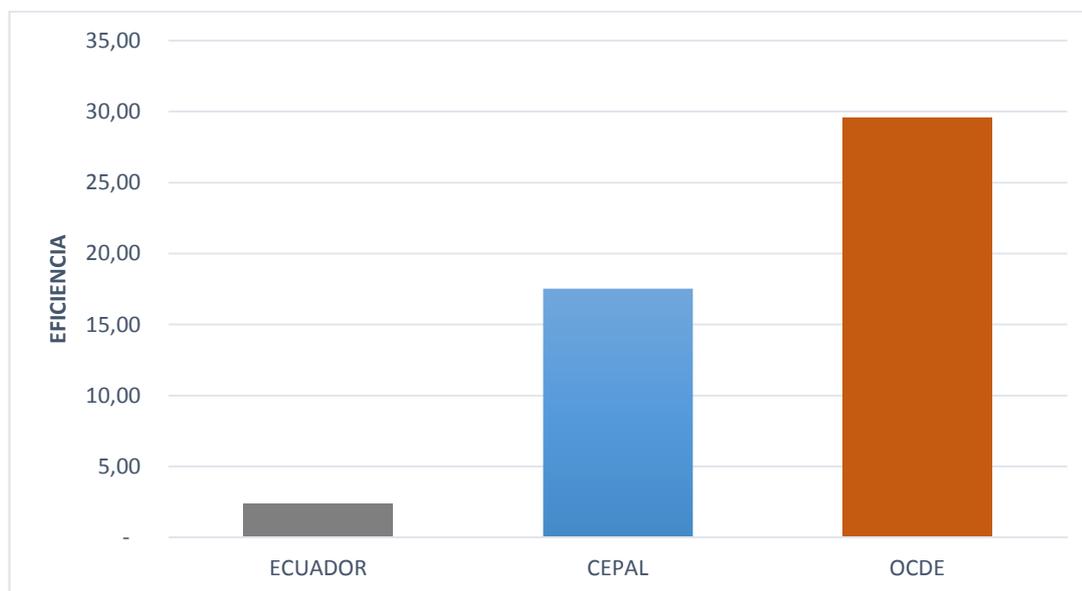


Figura 13: Eficiencia de salud pública (Gasto en salud pública / Esperanza de vida)

Fuente: Adaptado del Banco Mundial (2015). Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>

Elaborado por: Autoras

Como se observa en el gráfico y en la tabla obtenida después de sacar el promedio de eficiencia que fue dada por la división de la variable dependiente gasto en salud pública para la esperanza de vida, que la OCDE tiene mayor eficiencia, es un dato entendible ya que los países miembros de ella son países desarrollados en su gran mayoría, los mismos que tienen un sistema sanitario muy bueno en comparación a Ecuador.

La CEPAL en cambio también obtuvo una eficiencia mayor que Ecuador, pero menor que la OCDE, esto quiere decir que lo que invierten en gasto de salud pública surge más efectos positivos en la población de la OCDE que en la CEPAL y en Ecuador.

En el caso de Ecuador, su eficiencia es mucho menor en comparación a los dos grupos mencionados, que a Ecuador le falta mucho para alcanzar un nivel de eficiencia óptimo, pero si puede ser posible si se aplican políticas apropiadas.

3.3. EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Esta sección presenta el modelo empírico analizado y los resultados dispuestos comparativamente. Los datos brutos se codificaron, evaluaron y tabularon para representar claramente los resultados del estudio sobre los determinantes del gasto público del Ecuador teniendo como variables el gasto en salud pública per cápita (variable dependiente), esperanza de vida, PIB per cápita, crecimiento poblacional, acceso a la salud pública, Población mayor a 65 años, población entre 0 y 14 años, Desempleo total, Tasa de mortalidad, tasa de fertilidad, incidencia de tuberculosis, tendencia política y gasto en salud privada per cápita.

Para llegar a cabo la estimación del modelo fueron utilizadas 4 bases de datos, obtenidos de las bases de datos del Banco Mundial, Eurostat, y CEPAL, comprendidas con datos anuales entre los años 1995 a 2014, la primera fue una con un total de 44 países miembros de la OCDE y de la CEPAL, la segunda base de datos fue solamente compuesta de los países de la OCDE los cuales eran 25, la tercera base de datos fue de países de la CEPAL y la cuarta y última base de datos fue exclusivamente de Ecuador.

Todas las Bases de datos fueron analizadas con las mismas variables dependiente e independientes, la diferencia fue que solamente la base de datos de Ecuador fue analizada como serie de tiempo mientras que las otras bases de datos fueron analizadas como datos de panel.

Para realizar el modelo se obtuvo las diferencias de logaritmos de todas las variables excepto la de tendencia política debido a que esta es una variable Dummy, y con estas se corrió el modelo de Mínimos Cuadrados Ordinarios

(MCO) para establecer los determinantes del gasto en salud pública, obteniendo los resultados mostrados en la tabla 1.

Por lo tanto, los modelos fueron especificados de la siguiente forma de ecuación:

$$Id_GSPP = \beta_1 + \beta_2 Id_EV + \beta_3 Id_PP + \beta_4 Id_CP + \beta_5 Id_AS + \beta_6 Id_P65 + \beta_7 Id_P14 + \beta_8 Id_DT + \beta_9 Id_TM + \beta_{10} Id_TFER + \beta_{11} Id_TUB + \beta_{12} Id_GSPRIVP + \beta_{13} TendPol + \varepsilon$$

en donde:

Id: Diferencias logarítmicas

GSPP: Gasto de salud pública per cápita PPA

EV: Esperanza de vida

PP: PIB per cápita real PPA

CP: Crecimiento poblacional

AS: Acceso a la salud

P65: Población mayor a 65 años

P14: Población entre 0 y 14 años

DT: Desempleo Total

TM: Tasa de mortalidad

TFER: Tasa de fertilidad

TUB: Incidencia de tuberculosis

GSPRIVP: Gasto en salud privada per cápita PPA

TendPol: Tendencia Política

ε : Error

Tabla 4: Comparativa de modelos MCO combinados de Ecuador, CEPAL y OCDE.

Largura de la serie temporal: 1995 - 2014
Variable dependiente: Diferencias de logaritmos de Gasto Salud Publica Per Cápita
Desviaciones típicas robustas (HAC)

	ECUADOR		PAISES CEPAL		PAISES OCDE	
	Coefficiente		Coefficiente		Coefficiente	
const	-0.159577		0.0126397		0.0206239	***
ld_Esperanza Vida	196.957		1.66627		1.48822	
ld_PIB per capita	2.62839	**	0.521091	***	0.336812	***
ld_Creci Poblaci	-11.0004	**	-0.0011107		0.00185889	
ld_Acceso a salud	46.5751		1.31636	***	1.76349	*
ld_Pob > 65	4.4186		-0.146306		-0.421167	
ld_Pob <14	15.1831		-1.08654	**	-0.468071	
ld_Desempleo Total	0.25943	**	0.0685139	**	0.0336253	
ld_Tasa Mortalidad	-23.3359		0.157749		0.0165544	
ld_Tasa Fertilidad	111.616	**	0.412263	*	0.130799	
ld_Tuberculosis	-4.99585		-0.0664303		0.0252809	
ld_Gasto Priv Percap	-0.13204		0.135307		0.0549228	*
Tendencia Política	-0.113728		-0.0147528		-0.0005768	

NOTA: Fuente: Adaptado del Banco mundial (2016). Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web: <http://datos.bancomundial.org/indicador>
 *valores significativos con el 99% de confianza; **valores significativos con el 95% de confianza; ***valores significativos con el 99% de confianza

Elaborado por: Autoras

3.4 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el modelo solo con países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) se puede observar que las variables determinantes en ese caso son el PIB per cápita y el acceso a la salud pública.

En el caso de los países de la CEPAL se observa que las variables determinantes del gasto en salud pública son el PIB per cápita real PPA, el acceso a la salud, la población entre 0 y 14 años, el desempleo total y la tasa de fertilidad.

En el caso exclusivo de Ecuador los determinantes significativos del gasto en salud pública son el PIB per cápita real, el crecimiento poblacional, el desempleo total y la tasa de fertilidad.

Analizando variable por variable incluyendo las que no son significantes, la esperanza de vida a pesar de no ser una variable significativa en los tres modelos, tiene un impacto positivo en el gasto de salud público es decir que si la esperanza de vida aumenta también aumentará el gasto en salud pública, esto se da porque la esperanza de vida mide la edad máxima promedio la cual viven las personas en un país y mientras una persona tiene más edad, utiliza más los servicios de salud pública en especial cuando son mayores de 65 años.

En el caso de la variable PIB per cápita real paridad de poder adquisitivo (PPA) es significativa en los tres modelos analizados, y su importancia en el modelo causa una misma reacción en el gasto de salud pública ya que el efecto es positivo en los tres casos y es un determinante importante para explicar el gasto en salud pública esto se da debido a que al aumentar el PIB per cápita aumenta el gasto en salud pública, la explicación de eso es que el PIB per cápita en si es el ingreso anual de cada persona habitante de un país, al aumentar sus ingresos puede destinar más cantidad de dinero a los gastos en salud pública.

El crecimiento poblacional tiene un efecto positivo en el gasto en salud pública en el modelo de los países de la OCDE, aunque no es significativo como para determinar el gasto público en salud en dicho modelo, de igual forma entre más crece la población, más incrementa el gasto en salud público ya que al haber más población se invierte más en el gasto público en salud para garantizar una mayor calidad de vida para la población.

En el caso de los modelos analizados de países de la CEPAL y Ecuador, esta variable tienen una relación inversa y en el caso de Ecuador si es un determinante para el gasto de salud pública, esto se da debido a que la disminución del crecimiento poblacional provoca un incremento en el gasto en salud publica per cápita debido a que el gasto en salud publica total es repartido para menos habitantes por lo que a cada uno le toca una proporción mayor al haber un crecimiento menor de la población.

El Acceso a la salud es otra de las variables utilizadas la cual tiene una relación directa positiva en la variable dependiente y es de gran importancia, es decir, determinante significativo del gasto en salud publica en el modelo de los países de la OCDE y de los países de la CEPAL; en el caso de Ecuador se puede observar que la relación es la misma mas no tiene igual importancia que en las otras bases de datos.

El efecto de esta variable se da debido a que si se aumenta acceso de personas a los servicios de salud también aumentara el gasto publico debido a que se invierte en infraestructura y suplementos para que más sectores de un país que están sin servicios básicos de salud pública sean cubiertos con el mismo.

La variable de Población mayor a 65 años no es un determinante significativo en ninguno de los tres modelos, pero en cierta forma en el caso de Ecuador afecta directamente al gasto en salud pública ya que si se incrementa la población de 65 años incrementará el gasto en salud publica debido a que habrá más personas de la tercera edad los cuales son unos de los mayores demandantes de los servicios de salud pública.

Esta variable en los modelos de la OCDE y la CEPAL tuvo un impacto muy diferente ya que su relación fue inversa es decir a más población mayor a 65 años, menor gasto en salud pública per cápita, esto se da debido a que una población mayor a ese rango de edad normalmente ya no cuenta con ingresos ganados por su trabajo, más bien sus ingresos dependen de jubilaciones en general, estas jubilaciones son proporcionadas por el estado por lo que entre más personas hay mayores a 65 años, el gasto en salud pública per cápita se disminuye.

Otra de las variables es la de población entre 0 y 14 años la cual resulto no significativa en todos los modelos excepto el de la CEPAL en el cual si se considera como una variable determinante importante de la variable dependiente, sin embargo, la relación de estas dos variables es inversa es decir cuando la población entre 0 y 14 años aumenta, el gasto en salud pública disminuye, esto se da porque al aumentar la población entre 0 a 14 años no se destina dinero para la salud sino para otros servicios como la educación.

El desempleo total es una de las variables determinantes del gasto público según el modelo de Ecuador y de la CEPAL; en el caso de la OCDE no resultó significativo pero al igual que los demás la relación con la variable dependiente es positiva directa es decir que en todos los casos a medida que el Desempleo total aumenta, también aumenta el gasto público, este resultado es muy sorprendente ya que era de esperarse una relación inversa entre las dos variables, pero lo que nos muestra este hallazgo es que un aumento en el desempleo produce una mayor cantidad de demanda en salud pública lo cual puede ser causa de depresión por estar desocupado o por accidentes domésticos que son muy comunes en la actualidad.

Otra variable es la tasa de mortalidad con una relación directa positiva con el gasto en salud per cápita en el caso del modelo de la OCDE y CEPAL a pesar de no ser significativa para ninguno de los dos. Es decir, a mayor tasa de mortalidad aumenta el gasto en salud per cápita, este también fue un resultado curioso debido a que se hubiera esperado que la dirección sea

inversa, sin embargo, en los países de estudio en estas bases totales, al aumentar la tasa de mortalidad provoca que los gobiernos tomen medidas para aumentar también el gasto público en salud y mejorarlo.

El caso de Ecuador con esta variable es totalmente diferente ya que en este país la tasa de mortalidad no es un determinante significativo del gasto en salud pública pero su incidencia en el mismo a diferencia de los otros modelos, es inversa es decir a menor tasa de mortalidad, mayor inversión en gasto en salud pública, esto se da porque en el país se ha querido mejorar cada año más el sistema sanitario para seguir disminuyendo la tasa de mortalidad.

La tasa de fertilidad es una variable que influye significativamente en los modelos de Ecuador y CEPAL, en el caso de la OCDE la tasa de fertilidad no es significativa. Por lo tanto, en los tres modelos la variable tiene una relación directa positiva con el gasto en salud pública per cápita en todos los casos, es decir que si aumenta la tasa de fertilidad que es medida mediante nacimientos por cada mujer, aumenta el gasto en salud público, esto se da porque al haber más partos y nacimientos por mujer, se demanda más los servicios de salud pública

Con respecto a la incidencia de tuberculosis, esta variable es medida por cada 100.000 personas y en ninguno de los tres modelos analizados obtuvo un nivel alto de significancia es decir no es determinante del gasto de salud pública, pero su relación con la variable dependiente es inversa en todos los casos excepto el de los países de la OCDE es decir que una disminución en la incidencia de tuberculosis provoca un aumento en el gasto en salud pública. Esto se da debido a que al aumentar el gasto en salud pública se invierte más en este y esto hace que se cuenten con más recursos para combatir enfermedades como la tuberculosis que afectan de gran manera en zonas desprotegidas por los beneficios públicos de salud. En el caso de los países de la OCDE la relación es positiva es decir que el aumento en la incidencia de la tuberculosis en la población de un país provocará un incremento en el gasto de salud pública per cápita PPA.

Otra variable significativa en el modelo de los países de la OCDE, mas no en los otros modelos fue el gasto en salud privada per cápita PPA el cual tiene una relación directa positiva con la variable dependiente es decir a mayor gasto en salud privada per cápita, mayor gasto en salud pública. En el caso de Ecuador a pesar de no ser significativa esta variable, la relación con la variable dependiente es inversa a diferencia de los otros modelos, es decir que en Ecuador una disminución en la salud privada per cápita produce un aumento en la salud pública lo cual es lógico ya que, al disminuir la inversión de las personas en sistemas de salud privada, aumenta la demanda para el sistema de salud sanitaria público.

La variable tendencia política no fue significativa en ninguno de los modelos, pero la relación con la variable dependiente es la misma. Es decir, que si un gobierno tiene una tendencia de derecha o izquierda afecta al gasto en salud per cápita público pero en este caso al ser una variable Dummy significa que si la tendencia del gobierno es de derecha es decir 1, disminuye el gasto en salud pública pero, si la tendencia de gobierno es de izquierda, aumenta el gasto público, esto se da porque la tendencia de izquierda es socialista, preocupándose de gran manera en factores que den bienestar social a un país en donde la salud pública juega un papel muy importante.

3.5. PREDICCIONES

Ecuador es un país que ha mejorado bastante su sistema de salud pública pero aún le falta para alcanzar un sistema público sanitario óptimo con respecto a otros países tanto de América como de Europa, es por esto que para analizar en qué momento nuestro país alcanzará el nivel de sistema sanitario de países como Chile, Uruguay, Francia y Polonia, manteniendo

igual el porcentaje del PIB per cápita que actualmente es destinado para el gasto en salud pública per cápita se hizo una predicción de PIB per cápita real paridad de poder adquisitivo del Ecuador hasta el año 2215 en el programa GRETL (ver figura 14).

Se escogió los países de Chile y Uruguay por parte de América porque tienen uno de los mejores sistemas sanitarios del continente. Por parte de la Unión europea se eligió el país con el peor sistema sanitario el cual fue Polonia y el país con el mejor sistema sanitario el cual fue Francia.

Ecuador con respecto a su PIB per cápita real paridad de poder adquisitivo, destina el 4.51% al gasto en salud pública per cápita lo cual se colocó constante en la predicción es decir se buscó en que año el PIB per cápita real PPA llegue a un nivel en el que el 4.51% del mismo sea igual al gasto en salud pública actual de los cuatro países mencionados anteriormente y los resultados fueron unos más desmotivadores que otros, teniendo en cuenta que este escenario se da si es que no se toma ninguna medida más eficaz para mejorar el sistema sanitario público y se mantiene tal cual como se está actualmente.

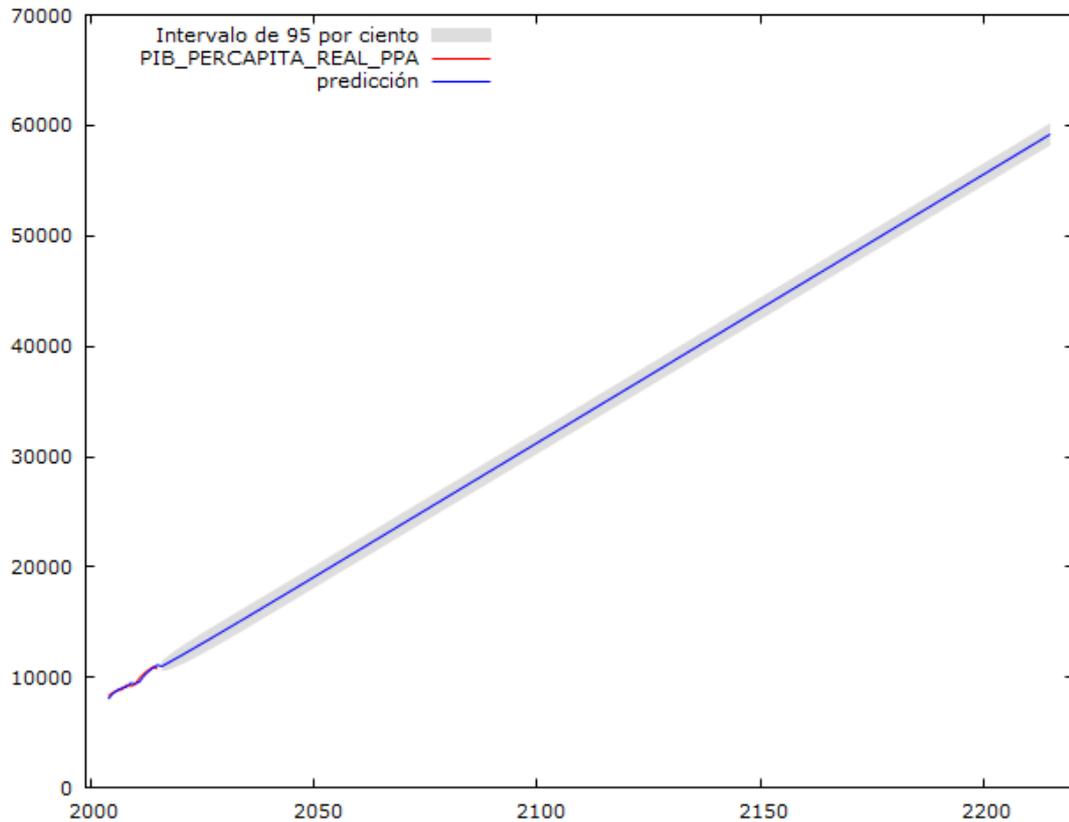


Figura 13: Predicción PIB per cápita real PPA Ecuador 1990 - 2215

Fuente: Adaptado del Banco mundial (2016). Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.PP.CD>

Elaborado por: Autoras

En la tabla 4 muestra la predicción para igualar al sistema sanitario de Chile. En la actualidad Chile invierte un 3.85% de su PIB per cápita real PPA en el gasto de salud pública per cápita, es decir que, el porcentaje en Chile invierte un menor porcentaje que Ecuador, pero de todas formas es mucho más debido a que el PIB per cápita real PPA de Chile es el doble que el de Ecuador por lo que al hacer la predicción se buscó en que año el PIB per cápita real PPA de Ecuador llegaba a una cantidad que logre igualar al gasto de salud pública per cápita de Chile con el 4.51% y se encontró que en el año 2032 lo logrará con un PIB per cápita PPA a precios constantes de \$18,686.90 y un Gasto en salud pública per cápita PPA de 842.43, sin aplicar ninguna política para aumentar la inversión en el gasto público.

Tabla 5: Comparativo del gasto en Salud Pública mediante proyección de PIB per cápita Chile – Ecuador

	CHILE	ECUADOR	PRONOSTICO	
PIB PER CAPITA PPA	\$ 21,923.39	\$ 10,922.96	\$ 18,686.90	AÑO 2032
Gasto en salud Per Capita PPA	\$ 844.34	\$ 492.42	\$ 842.43	
% destinado al Gasto en salud publica per cápita	3.85%	4.51%	4.51%	

Fuente: Adaptado del Banco mundial (2006) Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.GX.ZS>

Elaborado por: Autoras.

En la tabla 5 se observa la predicción de Ecuador para alcanzar a Polonia que es el país con peor sistema sanitario de la Unión Europea, en la actualidad Polonia tiene un PIB nominal per cápita PPA de \$24,346.21 el cual es más del doble que Ecuador ya que este tiene uno de \$10,922.96, es por eso que aunque si bien es cierto el porcentaje destinado para el gasto de salud pública de Ecuador y Polonia es el mismo, Polonia destina mucha más cantidad de dinero para la salud publica per cápita que Ecuador siendo el peor sistema sanitario de la UE.

El pronóstico realizado dio como resultado que en el año 2044 Ecuador podrá igualar a Polonia debido a que en esta fecha se tendrá un PIB Per cápita real PPA de 24,080.30 y el gasto en salud publica alcanzará un total de \$1,085.58.

Tabla 6: Comparativo del gasto en Salud Pública mediante proyección de PIB per cápita Polonia – Ecuador

	POLONIA	ECUADOR	PRONOSTICO	
PIB PPA PER CAPITA	\$ 24,346.21	\$ 10,922.96	\$ 24,080.30	AÑO 2044
Gasto en salud Per Capita PPA	\$ 1,097.44	\$ 492.42	\$ 1,085.58	
% destinado al Gasto en salud publica per cápita	4.51%	4.51%	4.51%	

Fuente: Adaptado del Banco mundial (2006) Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.GX.ZS>

Elaborado por: Autoras

Como se observa en la tabla 6, se eligió el país de Uruguay como modelo para predecir cuándo se analizaría su sistema público sanitario ya que es el país con mejor sistema sanitario en América, se observa que de igual manera el PIB real per cápita PPA de Uruguay es casi el doble que el de Ecuador, pero también el porcentaje que va dirigido a la salud pública PPA es casi 2% más que Ecuador.

Para poder alcanzar el mismo total invertido en gasto público que Uruguay según la predicción sería en el año 2050 debido a que ahí el PIB per cápita real PPA sería 26,812.50 y con un porcentaje de 4.51% se destinará a salud pública 1,208.75 lo cual es casi igual que lo que destina Uruguay en la actualidad.

Tabla 7: Comparativo del gasto en Salud Pública mediante proyección de PIB per cápita Uruguay - Ecuador.

	URUGUAY	ECUADOR	PRONOSTICO	
PIB PPA PER CAPITA	\$ 19,827.74	\$ 10,922.96	\$ 26,812.50	AÑO 2050
Gasto en salud Per Capita PPA	\$ 1,211.77	\$ 492.42	\$ 1,208.75	
% destinado al Gasto en salud publica per cápita	6.11%	4.51%	4.51%	

Fuente: Adaptado del Banco mundial (2006) Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.GX.ZS>

Elaborado por: Autoras

Por último en la tabla 8 muestra la comparación con Francia, actualmente el PIB nominal per cápita de este país europeo es de \$37,451.38, la diferencia con el PIB per cápita de Ecuador es más del triple y también el porcentaje destinado al gasto en salud pública tiene una diferencia del 5% por lo que según nuestro pronóstico y la predicción del PIB per cápita real PPA realizada, llegará a tener un gasto en salud pública per cápita igual que el de Francia en el 2154, claro está que manteniendo el porcentaje de destino igual

al de la actualidad sin aplicar ninguna política que ayude a acelerar la mejora del sistema sanitario público.

Tabla 8: Comparativo del gasto en Salud Pública mediante proyección de PIB per cápita Francia - Ecuador

	FRANCIA	ECUADOR	PRONOSTICO	
PIB PPA PER CAPITA	\$ 37,451.38	\$ 10,922.96	\$ 74,695.30	AÑO 2154
Gasto en salud Per Capita PPA	\$ 3,379.80	\$ 492.42	\$ 3,367.38	
% destinado al Gasto en salud publica per cápita	9.02%	4.51%	4.51%	

Fuente: Adaptado del Banco mundial (2006) Recuperado el 9 de enero del 2017 del sitio web: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.GX.ZS>

Elaborado por: Autoras

3.6 PROPUESTA DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA

Es importante señalar que si el cuidado de la salud es una necesidad, como es el caso de Ecuador, es imperativo que los gobiernos tengan un papel más importante en la asignación y dirección de los recursos públicos a la atención de la salud. Esto no sólo evita los costos asociados con una mejor formación de capital humano, sino que también ayuda a contribuir positivamente a la economía, ya que la productividad está ligada a la salud pública.

El gobierno debería priorizar el establecimiento de un grupo de trabajo para evaluar los gastos de atención de la salud gastados en el trabajo de desarrollo y no del desarrollo y determinar el impacto de recursos escasos que de otra manera podrían ser utilizados de manera más eficaz y eficiente.

Debe darse prioridad a las políticas que promuevan un mayor acceso a los servicios de salud, especialmente para las madres y los niños. Es válido establecer más facilidades de salud para mejorar el acceso a la población en

general. Los resultados sugieren que el gasto en salud en general no crece más rápido que el PIB después de tener en cuenta otros factores. Estos factores van desde los factores demográficos hasta las características del sistema de salud.

Por lo que es fundamental que estas tendencias divergentes se aborden con urgencia, tanto a través del aumento de la financiación fiscal de los servicios del sector público y los esfuerzos para promover la mejora de la eficiencia en dicho sector.

CONCLUSIONES

La salud es un factor importante del crecimiento económico, la desigualdad en el sistema de salud puede ser alarmante. Este estudio demuestra que el gasto en salud pública no es independiente de las políticas de gobierno en Ecuador. Es por esto que el gobierno debería adoptar algunas políticas para incrementar el gasto de salud pública y la disponibilidad de facilidad de acceso hacia los centros de salud en las áreas rurales.

El modelo realizado tuvo un total de trece variables las mencionadas anteriormente, estas variables fueron investigadas mediante fuentes confiables bibliográficas, estas variables determinaron el modelo estudiado y a su vez fueron significativas, pero también es importante mencionar las demás variables como la esperanza de vida, acceso a salud, población mayor a 65 años, desempleo total y tasa de fertilidad las cuales a pesar de no ser significativas tienen un impacto positivo en el gasto de salud pública. Las otras variables fueron la población entre 0 y 14 años, la incidencia de tuberculosis, el gasto privado per cápita y la tendencia política que a pesar de no haber dado un resultado significativo afecta al gasto de salud pública negativamente. Otra variable que es determinante clave según el modelo utilizado el crecimiento poblacional, pero en este caso los efectos en la variable dependiente son negativos. La otra variable que también determina significativamente el gasto en salud pública en el Ecuador la tasa de mortalidad y el efecto en la variable dependiente es inversa.

En este estudio el método empleado que nos permitió relacionar la relevancia de las variables socioeconómicas con la variable endógena que es

el gasto público en salud fue a través de series de tiempo y datos de panel. En el caso de las series de tiempo se usó al analizar las variables solamente de Ecuador desde el año 1995 al 2014 en el caso de los datos de panel se utilizaron para analizar las variables entre distintos países miembros de la OCDE Y CEPAL incluyendo a Ecuador todos desde 1995 al 2014.

El modelo econométrico establecido en el tema de estudio fue el modelo de regresión de mínimos cuadrados ordinales para examinar la relación entre el gasto de salud pública y las otras variables independientes utilizando como herramienta para el modelo la conversión de todas las variables en su primera diferencia logarítmica. Los resultados de la regresión de mínimos cuadrados ordinales en el caso de Ecuador mostró que el PIB per cápita tiene efectos positivos en el gasto en salud pública y esta variable es un determinante clave del mismo. A parte de realizar el modelo econométrico para hallar los determinantes del gasto en salud pública se hizo predicciones para comparar el estado actual a nivel público sanitario en comparación a Polonia, Francia, Uruguay y Chile, los resultados son alarmantes ya que para alcanzar el nivel sanitario de Chile que es el país más accesible deberán de pasar 22 años y para alcanzar al país más óptimo en salud pública como lo es Francia deberán pasar 181 años si es que no se toman medidas y se mantiene el ritmo actual.

Finalmente, se concluye que las diferentes variables tanto sociales y económicas utilizadas para estudiar la relación de las mismas con el Gasto en salud pública si influyen en el mismo es decir que son significativas, por lo tanto, se llegó a esta conclusión realizando cada uno de los objetivos específicos y aunque algunas de las variables escogidas no tienen una gran significancia todas afectan positiva o negativamente al gasto en salud pública.

RECOMENDACIONES

Para futuras investigaciones acerca de este tema se podrían utilizar nuevas variables para tener un campo más amplio de conocimiento acerca de los determinantes del gasto en salud público.

El marco de política gubernamental debe orientarse hacia la mejora del ingreso per cápita de la economía. El estudio recomienda que el gobierno no sólo debe utilizar los gastos de salud pública para explicar el estado de salud de la población, sino también utilizar otros gastos relacionados con la salud, especialmente por las organizaciones privadas.

Uno de los problemas que se encontraron al realizar este trabajo fue que no se contaba con información importante o de mayor antigüedad lo cual hubiera sido de gran ayuda por lo que también se recomienda para futuras investigaciones tener unos datos de mayor amplitud ya que así se pueden disminuir errores y los resultados serán más precisos.

Por último como recomendación en políticas para salud podemos decir que se debería definir los recursos óptimos para salud en el Ecuador, aumentando en la mayoría de ellos la asignación de recursos para salud como porcentaje del PIB y en dólares per cápita, de modo de aumentar la cobertura y reducir las desigualdades existentes, para lograrlo se debería revisar subsidios con el fin de eliminar lo que no tengan un beneficio significativo para toda la población y ese dinero se direccionarlo al sector de salud pública. Otra opción es aplicar mayores impuestos en ciertas cosas que no benefician en nada a la salud de una persona como por ejemplo las bebidas azucaradas, alcohólicas y el tabaco. Este dinero recaudado en estos impuestos sería invertido en el sector de salud pública. Y por último se deberían iniciar campañas de programas para que todos reciban educación en salud preventiva ya que con esto se busca involucrar a las personas a que se mantengan ellos mismos en una buena condición ya sea física, psicológica o emocional, así se ahorraría gran cantidad en gasto de salud

REFERENCIAS público.

- Abbas, F., & Hiemenz, U. (2011). Determinants of Public Health expenditures in Pakistan. *Discussion Papers on Development policy*.
- Aguado, A., Rodriguez, D., Flor, F., Sicras, A., Ruiz, A., & Prados, A. (2011). Distribución del gasto sanitario en atención primaria según edad y sexo: un análisis retrospectivo . *ELSEVIER DOYMA*.
- Andargie, G. (2008). Introducción a la economía de la salud. *Carter Center*.
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Ecuador.
- Azpiazú Garrido, M., & García Olmos, L. (2002). *Factores condicionantes del gasto en farmacia en los centros de atención primaria de un área de salud*.
- Babatunde, A. (2012). Estrés ocupacional. 73-80.
- Banco Mundial. (1993). Informe sobre el desarrollo mundial. 24.
- BANCO MUNDIAL. (2016). *GRUPO BANCO MUNDIAL*. Obtenido de <http://datos.bancomundial.org/>
- Banco Mundial. (2017). *SH.XPD.PUBL.ZS*.
- Barro, R. (2013). Salud y crecimiento económico. 307-342.
- Barro, R. J., & Sala-i-Martin, X. (1992). Convergence. *Journal of Political Economy*, 223-251.
- Battiglioni, M., & Coate, S. (2006). Una teoría dinámica del gasto público, la fiscalidad y la deuda.
- Blanco, A., Urbanos, R., & Thuissard, I. (2013). Public healthcare expenditure in Spain: Measuring the impact of driving factors. *ELSEVIER*.
- Borrel, C., & Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SEESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*.
- Brenan, G., & Buchanan, J. (2008). La razón de las reglas. 1-15.

- Casasnovas Lopez, G. (2014). *La crisis económica española y sus consecuencias sobre el gasto social. Informe SESPAS 2014*. Gaceta Sanitaria.
- Castillo, P. (2011). POLÍTICA ECONÓMICA: CRECIMIENTO ECONÓMICO, DESARROLLO ECONOMICO. *Revista Internacional del Mundo Económico y del Derecho* .
- Chandra, A., Gruber, J., & McKnight, R. (2014). *The impact of patient cost-sharing on low-income populations: Evidence from Massachusetts*. Journal of health Economics.
- Comision Economica para America Latina y el Caribe. (2017). *CEPAL ORGANIZATION*. Obtenido de CEPALSTAT: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/
- Costa, R., Barbosa, R., & Zucchi, P. (2015). *Expenditures in the health care system in Brazil: the participation of states and the Federal District in financing the health care system from 2002 to 2013*. Clinics.
- Del Vecchio, M., Fenech, L., & Prenestini, A. (2015). *Private health care expenditure and quality in Beveridge systems: Cross-regional differences in the Italian NHS*. Health Policy.
- Dunlop, D., & Martins, J. (1995). *Una evaluación internacional de la financiación de la asistencia sanitaria*. Washington D.C.
- Ehrlich, I., & T. Lui, F. (1991). Corrupción burocrática y crecimiento económico endógeno. *Diario de Economía política*.
- Eurostat. (2017). *Eurostat*. Obtenido de European Comission: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Feres, J. C., & Mancero, X. (2010). La medición del desarrollo humano: elementos de un debate. *CEPAL*.
- FMI. (2013). Recent Developments in Public Health Spending and Outlook for the future. *Fiscal monitore: Taxing time, 50-57*.

- Garcia, A., & Peiro, S. (2016). Gasto farmacéutico en atención primaria: variables asociadas y asignación de presupuestos de farmacia por zonas de salud . *Gaceta sanitaria*.
- Haizhen, M. (2013). *The political economy of the public–private mix in health expenditure: An empirical review of thirteen OECD countries*. Health Policy.
- Hiteres, T., & Posnett, J. (1992). The determinants and effects on health expenditure in developed countries. *Journal on health Economics*.
- Ifanti, A., Argyriou, A., Kalofonou, F., & Kalofonos, H. (2013). *Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care*. Health Policy.
- INEC. (2014). Cifras estadísticas poblacionales. *Compendio estadístico*, 16.
- Kim, T. K., & Shannon, L. (2013). Government Health Expenditure and Public Health Outcomes: A Comparative Study among 17 Countries and Implications for US Health Care Reform. *American International Journal of Contemporary Research* , 8-13.
- Liang, L.-L., & Mirelman, A. J. (2014). *Why do some countries spend more for health? An assessment of sociopolitical determinants and international aid for government health expenditures*. Social Science and medicine.
- Liaropoulos, L., & Tragakes, E. (1998). *Public/private financing in the Greek health care system: Implications for equity*. Health Policy.
- Lu, W., Lee, W., Chen, L., & Hsiao, F. (2015). *Comparisons of annual health care utilization, drug consumption, and medical expenditure between the elderly and general population in Taiwan*. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics.
- Mays, G., McHugh, M., Shim, K., Perry, N., Lenaway, D., Halverson, P., & Moonensinghe, R. (2006). Institutional and economic determinants of public health system performance. *American Journal of public health*.

- Mello-Sampayo, F., & de Sousa-Vale, S. (2014). *Financing health care expenditure in the OECD countries: Evidence from a heterogeneous, cross-sectional dependent panel*. Panoeconomicus.
- Ministerio de Coordinación y Desarrollo Social. (2011). Informe de rendición de cuentas. 1-10.
- Miñana, S. (2012). *El gasto sanitario en España, 2002-2008: ¿empieza el rescate presupuestario de la atención primaria?*
- Musgrove, p. (1983). Roles públicos y privados en la salud.
- Nino, C. S. (1989). *Ética y derechos humanos*. Buenos Aires.
- Parkin, D. (2009). *Principios de la Economía de la salud*.
- Pérez, G., Rodríguez-Sanz, M., Domínguez-Berjón, F., Cabeza, E., & Borrell, C. (2014). *Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014*. Gaceta Sanitaria.
- PIDESC. (1981). PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. 10.
- Pierre, O., & Pilon, C. (1999). Health care spending as determinants of health outcomes. *Economics of health care systems*.
- Pomp, M., & Vujić, S. (2008). Aumento del gasto en salud, nueva tecnología médica y el efecto de Baumol. *Paper de discusion*.
- Qian, D., Lucas, H., Chen, J., Xu, L., & Zhang, Y. (2010). *Determinants of the use of different types of health care provider in urban China: A tracer illness study of URTI*. Health Policy.
- Randall P, E., Denzil G, F., Meliyanni, J., & Jones, G. (2013). *EXPLAINING HEALTH CARE EXPENDITURE VARIATION: LARGE-SAMPLE EVIDENCE USING LINKED SURVEY AND HEALTH ADMINISTRATIVE DATA*. Health Economics.

- Samadi, A., & Rad, H. (2013). Determinants of Healthcare Expenditure in Economic Cooperation Organization (ECO) Countries: Evidence from Panel Cointegration Tests. *Int J Health Policy Manag.*
- Sans, M., & Magarolas, G. (1991). *Exploración de los factores determinantes del gasto en un sector sanitario.* Gaceta Sanitaria.
- Santerre, R., & Neun, S. (2010). *Economía de la salud, teorías y estudios de industrias.*
- Scott, D., Solomon, S., & McGowan, J. (2001). Aplicación de principios económicos a la atención de la salud. 282-285.
- Shailender, K. (2015). Determinants of public expenditure on health in India: the panel data estimates. *Working paper.*
- Shamsi, N., & Waqas, M. (2016). What Determine the Public Health Expenditure in Pakistan? Urbanization, Income and Unemployment. *World Applied Sciences Journal.*
- Smith, A. (1776). *Wealth of Nations.*
- Social Science and medicine. (1999). The impact of public spending on health: does money matter? *Social Science and medicina.*
- Urbanos Garrido, R., & Puig-Junoy, J. (2014). *Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014.* Gaceta Sanitaria.
- Wagstaff, A. (1986). *La demanda de salud.* Revista de Epidemiología y Salud Comunitaria.

APÉNDICE

APÉNDICE 1: Determinantes del Gasto en Ecuador.

Año	COD ECUADOR	EV	PIB PERCAPITA PPA	CP	ACCESO_S	P_65	P_14	DT	TM	TFER	TUBERC	Tend_pol	GSPRIV PER CAPITA PPA	GSPUB TOTAL PER CAPITA PPA
1995	15	71.23	7,726.20	2.16	63.50	4.53	36.49	4.70	43.90	3.36	128.00	1	117.22	145.37
1996	15	71.60	7,696.58	2.10	64.80	4.62	36.16	4.70	41.60	3.29	124.00	1	118.28	169.65
1997	15	71.96	7,867.06	2.05	66.00	4.71	35.83	7.50	39.60	3.23	119.00	1	136.07	156.36
1998	15	72.31	7,964.48	1.98	67.20	4.80	35.50	5.50	37.70	3.16	112.00	1	173.44	111.56
1999	15	72.64	7,443.34	1.91	68.50	4.90	35.14	6.30	35.90	3.09	106.00	1	181.17	102.36
2000	15	72.94	7,387.62	1.84	69.70	4.99	34.74	7.20	34.40	3.03	99.00	1	183.41	66.19
2001	15	73.23	7,550.26	1.76	70.80	5.09	34.38	8.40	33.10	2.97	91.00	1	198.53	92.75
2002	15	73.49	7,727.72	1.69	72.00	5.20	33.97	9.10	31.90	2.91	84.00	1	246.24	110.42
2003	15	73.73	7,808.19	1.65	73.10	5.31	33.53	9.30	30.90	2.87	78.00	0	393.38	111.32
2004	15	73.94	8,311.70	1.64	74.20	5.42	33.10	6.70	30.00	2.83	74.00	0	397.96	118.80
2005	15	74.14	8,607.77	1.66	75.30	5.54	32.69	6.60	29.10	2.79	70.00	0	392.78	112.75
2006	15	74.32	8,837.37	1.68	76.40	5.64	32.25	6.30	28.30	2.76	67.00	0	391.81	125.81
2007	15	74.50	8,879.62	1.69	77.40	5.75	31.86	5.00	27.50	2.74	63.00	0	393.43	133.75
2008	15	74.67	9,285.84	1.69	78.50	5.87	31.49	6.00	26.80	2.71	61.00	0	374.21	151.39
2009	15	74.84	9,183.53	1.67	79.60	5.99	31.12	6.50	26.00	2.68	60.00	0	311.18	200.81
2010	15	75.03	9,352.34	1.64	80.70	6.10	30.73	5.00	25.20	2.66	59.00	0	321.98	230.01
2011	15	75.23	9,926.95	1.61	81.70	6.20	30.40	4.20	24.50	2.63	59.00	0	329.36	257.84
2012	15	75.43	10,322.29	1.58	82.80	6.30	30.05	4.10	23.70	2.60	59.00	0	363.56	305.26
2013	15	75.65	10,665.62	1.56	83.80	6.40	29.68	4.20	23.00	2.57	56.00	0	365.67	411.52
2014	15	75.87	10,922.96	1.53	84.70	6.54	29.34	4.60	22.30	2.54	54.00	0	508.24	492.42

APÉNDICE 2: Modelos de series temporales.

Modelo 1: MCO combinados, utilizando 664 observaciones

Se han incluido 38 unidades de sección cruzada

Largura de la serie temporal: mínimo 4, máximo 19

Variable dependiente: ld_GSPUBTOTALPERCAPITAPPA

Desviaciones típicas robustas (HAC)

	<i>Coefficiente</i>	<i>Desv. Típica</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>valor p</i>	
const	0.0174365	0.0089496	1.9483	0.0590	*
ld_EV	1.60211	0.898716	1.7827	0.0828	*
ld_PIBPERCAPIT APPA	0.494005	0.129851	3.8044	0.0005	***
ld_CP	0.00189026	0.00808678	0.2337	0.8165	
ld_ACCESO_S	1.19589	0.3049	3.9223	0.0004	***
ld_P_65	-0.116623	0.265232	-0.4397	0.6627	
ld_P_14	-0.519161	0.320644	-1.6191	0.1139	
ld_DT	0.0582462	0.0257237	2.2643	0.0295	**
ld_TM	0.155986	0.0899329	1.7345	0.0912	*
ld_TFER	0.245935	0.127027	1.9361	0.0605	*
ld_TUBERC	-0.0329464	0.056851	-0.5795	0.5657	
ld_GSPRIVPERC APITAPPA	0.136932	0.0710762	1.9266	0.0617	*
Tend_pol	-0.0105341	0.00682206	-1.5441	0.1311	
Media de la vble. dep.	0.033558	D.T. de la vble. dep.	0.093246		
Suma de cuad. residuos	5.362685	D.T. de la regresión	0.090761		
R-cuadrado	0.069734	R-cuadrado corregido	0.052586		
F(12, 37)	10.39693	Valor p (de F)	1.57e-08		
Log-verosimilitud	657.6722	Criterio de Akaike	-1289.344		
Criterio de Schwarz	-1230.867	Crit. de Hannan-Quinn	-1266.684		
rho	-0.135294	Durbin-Watson	2.177758		

Contraste de heterocedasticidad de White -

Hipótesis nula: No hay heterocedasticidad

Estadístico de contraste: LM = 39.3725

con valor p = $P(\text{Chi-cuadrado}(23) > 39.3725) = 0.0180515$

Modelo 2: MCO combinados, utilizando 388 observaciones
 Se han incluido 23 unidades de sección cruzada
 Largura de la serie temporal: mínimo 4, máximo 19
 Variable dependiente: Id_GSPUBTOTALPERCAPITAPPA

	<i>Coefficiente</i>	<i>Desv. Típica</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>valor p</i>	
const	0.0206239	0.0065445	3.1513	0.0018	***
Id_EV	1.48822	0.999613	1.4888	0.1374	
Id_PIBPERCAPI	0.336812	0.128957	2.6118	0.0094	***
T					
Id_CP	0.00185889	0.0060879	0.3053	0.7603	
Id_ACCESO_S	1.76349	1.01871	1.7311	0.0843	*
Id_P_65	-0.421167	0.257976	-1.6326	0.1034	
Id_P_14	-0.468071	0.301687	-1.5515	0.1216	
Id_DT	0.0336253	0.0220793	1.5229	0.1286	
Id_TM	0.0165544	0.117427	0.1410	0.8880	
Id_TFER	0.130799	0.108607	1.2043	0.2292	
Id_TUBERC	0.0252809	0.0632398	0.3998	0.6896	
Id_GSPRIVPER	0.0549228	0.0311852	1.7612	0.0790	*
C					
Tend_pol	-0.000576822	0.0048792	-0.1182	0.9060	
Media de la vble. dep.	0.031060	D.T. de la vble. dep.		0.048278	
Suma de cuad. residuos	0.824109	D.T. de la regresión		0.046879	
R-cuadrado	0.086363	R-cuadrado corregido		0.057126	
F(12, 375)	2.953949	Valor p (de F)		0.000601	
Log-verosimilitud	643.4166	Criterio de Akaike		-1260.833	
Criterio de Schwarz	-1209.340	Crit. de Hannan-Quinn		-1240.417	
rho	0.061478	Durbin-Watson		1.777913	

Contraste de heterocedasticidad de White -

Hipótesis nula: No hay heterocedasticidad

Estadístico de contraste: LM = 135.052

con valor p = P(Chi-cuadrado(89) > 135.052) = 0.00119236

Modelo 3: MCO combinados, utilizando 474 observaciones

Se han incluido 26 unidades de sección cruzada

Largura de la serie temporal: mínimo 8, máximo 19

Variable dependiente: Id_GSPUBTOTALPERCAPITAPPA

Desviaciones típicas robustas (HAC)

	<i>Coficiente</i>	<i>Desv. Típica</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>valor p</i>	
const	0.0126397	0.0136037	0.9291	0.3617	
Id_EV	1.66627	1.37868	1.2086	0.2381	
Id_PIBPERCAPI	0.521091	0.167304	3.1146	0.0046	***
T					
Id_CP	-0.0011107	0.0132025	-0.0841	0.9336	
Id_ACCESO_S	1.31636	0.444248	2.9631	0.0066	***
Id_P_65	-0.146306	0.361084	-0.4052	0.6888	
Id_P_14	-1.08654	0.468778	-2.3178	0.0289	**
Id_DT	0.0685139	0.0329716	2.0780	0.0481	**
Id_TM	0.157749	0.104814	1.5050	0.1448	
Id_TFER	0.412263	0.217867	1.8923	0.0701	*
Id_TUBERC	-0.0664303	0.0894576	-0.7426	0.4647	
Id_GSPRIVPER	0.135307	0.100419	1.3474	0.1899	
C					
Tend_pol	-0.0147528	0.00920944	-1.6019	0.1217	
Media de la vble. dep.	0.034277	D.T. de la vble. dep.	0.105601		
Suma de cuad. residuos	4.929624	D.T. de la regresión	0.103409		
R-cuadrado	0.065417	R-cuadrado corregido	0.041090		
F(12, 25)	6.085032	Valor p (de F)	0.000073		
Log-verosimilitud	409.5520	Criterio de Akaike	-793.1040		
Criterio de Schwarz	-739.0083	Crit. de Hannan-Quinn	-771.8289		
rho	-0.143336	Durbin-Watson	2.199465		

Contraste de heterocedasticidad de White -

Hipótesis nula: No hay heterocedasticidad

Estadístico de contraste: LM = 26.9165

con valor p = $P(\text{Chi-cuadrado}(23) > 26.9165) = 0.259536$

Modelo 4: MCO, usando las observaciones 1996-2014 (T = 19)
 Variable dependiente: Id_GSPUBPERC
 Desviaciones típicas HAC, con ancho de banda 2 (Kernel de Bartlett)

	<i>Coefficiente</i>	<i>Desv. Típica</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>valor p</i>	
const	-0.145438	1.09806	-0.1325	0.8990	
Id_GSPRIVPER	-0.119123	0.217195	-0.5485	0.6032	
Id_EV	196.957	382.554	0.5148	0.6251	
Id_PPERREAL	1.82594	1.72115	1.0609	0.3296	
Id_CP	-10.9666	3.49542	-3.1374	0.0201	**
Id_ACCESO_S	52.1628	42.1773	1.2368	0.2624	
Id_P_65	6.48104	13.3296	0.4862	0.6441	
Id_P_14	4.77387	105.563	0.0452	0.9654	
Id_DT	0.196037	0.147026	1.3333	0.2308	
Id_TM	-4.8811	29.6996	-0.1643	0.8749	
Id_TFER	127.745	43.7347	2.9209	0.0266	**
Id_TUBERC	-4.28032	3.8998	-1.0976	0.3145	
Tend_pol	-0.0342562	0.234964	-0.1458	0.8889	
Media de la vble. dep.	0.064214	D.T. de la vble. dep.	0.198196		
Suma de cuad. residuos	0.361161	D.T. de la regresión	0.245344		
R-cuadrado	0.489213	R-cuadrado corregido	-0.532360		
F(12, 6)	77.89319	Valor p (de F)	0.000014		
Log-verosimilitud	10.68745	Criterio de Akaike	4.625106		
Criterio de Schwarz	16.90281	Crit. de Hannan-Quinn	6.702981		
rho	-0.467231	Durbin-Watson	2.850487		

Contraste de heterocedasticidad de Breusch-Pagan -

Hipótesis nula: No hay heterocedasticidad

Estadístico de contraste: LM = 19.0715

con valor p = P(Chi-cuadrado(12) > 19.0715) = 0.0868171

APÉNDICE 3. Predicción PIB per cápita real de Ecuador hasta el año 2215.

Para intervalos de confianza 95%, $t(23, 0.025) = 2.069$

Observaciones	PPERREAL PPA	predicción	Desv. Típica	Intervalo de 95%
2016	indefinido	10995.6	212.514	(10556.0, 11435.2)
2017	indefinido	11217.1	285.483	(10626.6, 11807.7)
2018	indefinido	11440.9	332.775	(10752.5, 12129.3)
2019	indefinido	11666.7	366.422	(10908.7, 12424.7)
2020	indefinido	11894.2	391.400	(11084.6, 12703.9)
2021	indefinido	12123.4	410.397	(11274.4, 12972.4)
2022	indefinido	12354.1	425.065	(11474.7, 13233.4)
2023	indefinido	12586.0	436.510	(11683.0, 13489.0)
2024	indefinido	12819.1	445.506	(11897.5, 13740.7)
2025	indefinido	13053.2	452.614	(12116.9, 13989.5)
2026	indefinido	13288.3	458.253	(12340.3, 14236.3)
2027	indefinido	13524.2	462.741	(12567.0, 14481.5)
2028	indefinido	13760.9	466.321	(12796.3, 14725.6)
2029	indefinido	13998.3	469.181	(13027.7, 14968.8)
2030	indefinido	14236.2	471.470	(13260.9, 15211.5)
2031	indefinido	14474.7	473.303	(13495.6, 15453.8)
2032	indefinido	14713.7	474.774	(13731.6, 15695.9)
2033	indefinido	14953.2	475.953	(13968.6, 15937.8)
2034	indefinido	15193.0	476.900	(14206.5, 16179.5)
2035	indefinido	15433.2	477.661	(14445.1, 16421.3)
2036	indefinido	15673.7	478.272	(14684.3, 16663.1)
2037	indefinido	15914.5	478.763	(14924.1, 16904.9)
2038	indefinido	16155.5	479.158	(15164.3, 17146.7)
2039	indefinido	16396.8	479.476	(15404.9, 17388.6)
2040	indefinido	16638.2	479.731	(15645.8, 17630.6)
2041	indefinido	16879.9	479.936	(15887.1, 17872.7)
2042	indefinido	17121.7	480.102	(16128.5, 18114.9)
2043	indefinido	17363.7	480.234	(16370.2, 18357.1)
2044	indefinido	17605.8	480.341	(16612.1, 18599.4)
2045	indefinido	17848.0	480.427	(16854.1, 18841.8)
2046	indefinido	18090.3	480.496	(17096.3, 19084.3)
2047	indefinido	18332.7	480.552	(17338.6, 19326.8)
2048	indefinido	18575.2	480.597	(17581.0, 19569.4)
2049	indefinido	18817.8	480.633	(17823.5, 19812.1)
2050	indefinido	19060.5	480.662	(18066.1, 20054.8)
2051	indefinido	19303.2	480.685	(18308.8, 20297.5)
2052	indefinido	19545.9	480.704	(18551.5, 20540.3)
2053	indefinido	19788.8	480.719	(18794.3, 20783.2)
2054	indefinido	20031.6	480.731	(19037.1, 21026.1)
2055	indefinido	20274.5	480.741	(19280.0, 21269.0)

2056	indefinido	20517.5	480.749	(19522.9, 21512.0)
2057	indefinido	20760.4	480.755	(19765.9, 21754.9)
2058	indefinido	21003.4	480.760	(20008.9, 21998.0)
2059	indefinido	21246.5	480.764	(20251.9, 22241.0)
2060	indefinido	21489.5	480.767	(20495.0, 22484.0)
2061	indefinido	21732.6	480.770	(20738.0, 22727.1)
2062	indefinido	21975.7	480.772	(20981.1, 22970.2)
2063	indefinido	22218.8	480.774	(21224.2, 23213.3)
2064	indefinido	22461.9	480.775	(21467.3, 23456.4)
2065	indefinido	22705.0	480.776	(21710.5, 23699.6)
2066	indefinido	22948.2	480.777	(21953.6, 23942.7)
2067	indefinido	23191.3	480.778	(22196.8, 24185.9)
2068	indefinido	23434.5	480.779	(22439.9, 24429.1)
2069	indefinido	23677.7	480.779	(22683.1, 24672.2)
2070	indefinido	23920.9	480.779	(22926.3, 24915.4)
2071	indefinido	24164.0	480.780	(23169.5, 25158.6)
2072	indefinido	24407.2	480.780	(23412.7, 25401.8)
2073	indefinido	24650.4	480.780	(23655.9, 25645.0)
2074	indefinido	24893.6	480.780	(23899.1, 25888.2)
2075	indefinido	25136.9	480.781	(24142.3, 26131.4)
2076	indefinido	25380.1	480.781	(24385.5, 26374.6)
2077	indefinido	25623.3	480.781	(24628.7, 26617.9)
2078	indefinido	25866.5	480.781	(24872.0, 26861.1)
2079	indefinido	26109.7	480.781	(25115.2, 27104.3)
2080	indefinido	26353.0	480.781	(25358.4, 27347.5)
2081	indefinido	26596.2	480.781	(25601.6, 27590.8)
2082	indefinido	26839.4	480.781	(25844.9, 27834.0)
2083	indefinido	27082.7	480.781	(26088.1, 28077.2)
2084	indefinido	27325.9	480.781	(26331.3, 28320.5)
2085	indefinido	27569.2	480.781	(26574.6, 28563.7)
2086	indefinido	27812.4	480.781	(26817.8, 28807.0)
2087	indefinido	28055.6	480.781	(27061.1, 29050.2)
2088	indefinido	28298.9	480.781	(27304.3, 29293.4)
2089	indefinido	28542.1	480.781	(27547.5, 29536.7)
2090	indefinido	28785.4	480.781	(27790.8, 29779.9)
2091	indefinido	29028.6	480.781	(28034.0, 30023.2)
2092	indefinido	29271.9	480.781	(28277.3, 30266.4)
2093	indefinido	29515.1	480.781	(28520.5, 30509.7)
2094	indefinido	29758.3	480.781	(28763.8, 30752.9)
2095	indefinido	30001.6	480.781	(29007.0, 30996.2)
2096	indefinido	30244.8	480.781	(29250.3, 31239.4)
2097	indefinido	30488.1	480.781	(29493.5, 31482.7)
2098	indefinido	30731.3	480.781	(29736.8, 31725.9)
2099	indefinido	30974.6	480.781	(29980.0, 31969.2)
2100	indefinido	31217.8	480.781	(30223.3, 32212.4)
2101	indefinido	31461.1	480.781	(30466.5, 32455.7)
2102	indefinido	31704.3	480.781	(30709.8, 32698.9)
2103	indefinido	31947.6	480.781	(30953.0, 32942.2)
2104	indefinido	32190.8	480.781	(31196.3, 33185.4)
2105	indefinido	32434.1	480.781	(31439.5, 33428.7)

2106	indefinido	32677.3	480.781	(31682.8, 33671.9)
2107	indefinido	32920.6	480.781	(31926.0, 33915.2)
2108	indefinido	33163.8	480.781	(32169.3, 34158.4)
2109	indefinido	33407.1	480.781	(32412.5, 34401.7)
2110	indefinido	33650.3	480.781	(32655.8, 34644.9)
2111	indefinido	33893.6	480.781	(32899.0, 34888.2)
2112	indefinido	34136.9	480.781	(33142.3, 35131.4)
2113	indefinido	34380.1	480.781	(33385.5, 35374.7)
2114	indefinido	34623.4	480.781	(33628.8, 35617.9)
2115	indefinido	34866.6	480.781	(33872.0, 35861.2)
2116	indefinido	35109.9	480.781	(34115.3, 36104.4)
2117	indefinido	35353.1	480.781	(34358.5, 36347.7)
2118	indefinido	35596.4	480.781	(34601.8, 36590.9)
2119	indefinido	35839.6	480.781	(34845.0, 36834.2)
2120	indefinido	36082.9	480.781	(35088.3, 37077.4)
2121	indefinido	36326.1	480.781	(35331.5, 37320.7)
2122	indefinido	36569.4	480.781	(35574.8, 37563.9)
2123	indefinido	36812.6	480.781	(35818.0, 37807.2)
2124	indefinido	37055.9	480.781	(36061.3, 38050.4)
2125	indefinido	37299.1	480.781	(36304.6, 38293.7)
2126	indefinido	37542.4	480.781	(36547.8, 38536.9)
2127	indefinido	37785.6	480.781	(36791.1, 38780.2)
2128	indefinido	38028.9	480.781	(37034.3, 39023.5)
2129	indefinido	38272.1	480.781	(37277.6, 39266.7)
2130	indefinido	38515.4	480.781	(37520.8, 39510.0)
2131	indefinido	38758.6	480.781	(37764.1, 39753.2)
2132	indefinido	39001.9	480.781	(38007.3, 39996.5)
2133	indefinido	39245.1	480.781	(38250.6, 40239.7)
2134	indefinido	39488.4	480.781	(38493.8, 40483.0)
2135	indefinido	39731.6	480.781	(38737.1, 40726.2)
2136	indefinido	39974.9	480.781	(38980.3, 40969.5)
2137	indefinido	40218.1	480.781	(39223.6, 41212.7)
2138	indefinido	40461.4	480.781	(39466.8, 41456.0)
2139	indefinido	40704.7	480.781	(39710.1, 41699.2)
2140	indefinido	40947.9	480.781	(39953.3, 41942.5)
2141	indefinido	41191.2	480.781	(40196.6, 42185.7)
2142	indefinido	41434.4	480.781	(40439.8, 42429.0)
2143	indefinido	41677.7	480.781	(40683.1, 42672.2)
2144	indefinido	41920.9	480.781	(40926.3, 42915.5)
2145	indefinido	42164.2	480.781	(41169.6, 43158.7)
2146	indefinido	42407.4	480.781	(41412.8, 43402.0)
2147	indefinido	42650.7	480.781	(41656.1, 43645.2)
2148	indefinido	42893.9	480.781	(41899.3, 43888.5)
2149	indefinido	43137.2	480.781	(42142.6, 44131.7)
2150	indefinido	43380.4	480.781	(42385.9, 44375.0)
2151	indefinido	43623.7	480.781	(42629.1, 44618.2)
2152	indefinido	43866.9	480.781	(42872.4, 44861.5)
2153	indefinido	44110.2	480.781	(43115.6, 45104.8)
2154	indefinido	44353.4	480.781	(43358.9, 45348.0)
2155	indefinido	44596.7	480.781	(43602.1, 45591.3)

2156	indefinido	44839.9	480.781	(43845.4, 45834.5)
2157	indefinido	45083.2	480.781	(44088.6, 46077.8)
2158	indefinido	45326.4	480.781	(44331.9, 46321.0)
2159	indefinido	45569.7	480.781	(44575.1, 46564.3)
2160	indefinido	45812.9	480.781	(44818.4, 46807.5)
2161	indefinido	46056.2	480.781	(45061.6, 47050.8)
2162	indefinido	46299.5	480.781	(45304.9, 47294.0)
2163	indefinido	46542.7	480.781	(45548.1, 47537.3)
2164	indefinido	46786.0	480.781	(45791.4, 47780.5)
2165	indefinido	47029.2	480.781	(46034.6, 48023.8)
2166	indefinido	47272.5	480.781	(46277.9, 48267.0)
2167	indefinido	47515.7	480.781	(46521.1, 48510.3)
2168	indefinido	47759.0	480.781	(46764.4, 48753.5)
2169	indefinido	48002.2	480.781	(47007.6, 48996.8)
2170	indefinido	48245.5	480.781	(47250.9, 49240.0)
2171	indefinido	48488.7	480.781	(47494.1, 49483.3)
2172	indefinido	48732.0	480.781	(47737.4, 49726.5)
2173	indefinido	48975.2	480.781	(47980.7, 49969.8)
2174	indefinido	49218.5	480.781	(48223.9, 50213.0)
2175	indefinido	49461.7	480.781	(48467.2, 50456.3)
2176	indefinido	49705.0	480.781	(48710.4, 50699.6)
2177	indefinido	49948.2	480.781	(48953.7, 50942.8)
2178	indefinido	50191.5	480.781	(49196.9, 51186.1)
2179	indefinido	50434.7	480.781	(49440.2, 51429.3)
2180	indefinido	50678.0	480.781	(49683.4, 51672.6)
2181	indefinido	50921.2	480.781	(49926.7, 51915.8)
2182	indefinido	51164.5	480.781	(50169.9, 52159.1)
2183	indefinido	51407.7	480.781	(50413.2, 52402.3)
2184	indefinido	51651.0	480.781	(50656.4, 52645.6)
2185	indefinido	51894.3	480.781	(50899.7, 52888.8)
2186	indefinido	52137.5	480.781	(51142.9, 53132.1)
2187	indefinido	52380.8	480.781	(51386.2, 53375.3)
2188	indefinido	52624.0	480.781	(51629.4, 53618.6)
2189	indefinido	52867.3	480.781	(51872.7, 53861.8)
2190	indefinido	53110.5	480.781	(52115.9, 54105.1)
2191	indefinido	53353.8	480.781	(52359.2, 54348.3)
2192	indefinido	53597.0	480.781	(52602.4, 54591.6)
2193	indefinido	53840.3	480.781	(52845.7, 54834.8)
2194	indefinido	54083.5	480.781	(53088.9, 55078.1)
2195	indefinido	54326.8	480.781	(53332.2, 55321.3)
2196	indefinido	54570.0	480.781	(53575.5, 55564.6)
2197	indefinido	54813.3	480.781	(53818.7, 55807.8)
2198	indefinido	55056.5	480.781	(54062.0, 56051.1)
2199	indefinido	55299.8	480.781	(54305.2, 56294.4)
2200	indefinido	55543.0	480.781	(54548.5, 56537.6)
2201	indefinido	55786.3	480.781	(54791.7, 56780.9)
2202	indefinido	56029.5	480.781	(55035.0, 57024.1)
2203	indefinido	56272.8	480.781	(55278.2, 57267.4)
2204	indefinido	56516.0	480.781	(55521.5, 57510.6)
2205	indefinido	56759.3	480.781	(55764.7, 57753.9)

2206	indefinido	57002.5	480.781	(56008.0, 57997.1)
2207	indefinido	57245.8	480.781	(56251.2, 58240.4)
2208	indefinido	57489.0	480.781	(56494.5, 58483.6)
2209	indefinido	57732.3	480.781	(56737.7, 58726.9)
2210	indefinido	57975.6	480.781	(56981.0, 58970.1)
2211	indefinido	58218.8	480.781	(57224.2, 59213.4)
2212	indefinido	58462.1	480.781	(57467.5, 59456.6)
2213	indefinido	58705.3	480.781	(57710.7, 59699.9)
2214	indefinido	58948.6	480.781	(57954.0, 59943.1)
2215	indefinido	59191.8	480.781	(58197.2, 60186.4)



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Suarez Aguirre Gimabel Giomara con C.C: # 0931006613 autora del trabajo de titulación: Variables determinantes del gasto público en salud en el Ecuador, periodo 1995-2014, previo a la obtención del título de Economista 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 titulación 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 titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, marzo del 2017

f. 

Nombre: Suarez Aguirre Gimabel Giomara

C.C: 0931006613



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Yunes Mogrovejo Rebeca Narcisa, con C.C: 0918384504 autora del trabajo de titulación: Variables determinantes del gasto público en salud en el Ecuador, periodo 1995-2014, previo a la obtención del título de Economista 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 titulación 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 titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, marzo del 2017

f. Rebeca Yunes M.

Nombre: Rebeca Narcisa Yunes Mogrovejo

C.C: 0918384504



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Variables determinantes del gasto público en salud en el Ecuador, periodo 1995-2014		
AUTOR(ES)	Suarez Aguirre Gimabel Giomara; Yunes Mogrovejo Rebeca Narcisa		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Guillermo Xavier Guzmán Segovia		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas		
CARRERA:	Economía		
TITULO OBTENIDO:	Economista		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	Marzo del 2017	No. DE PÁGINAS:	123
ÁREAS TEMÁTICAS:	Economía, Econometría, Macroeconomía		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Gasto de Salud Público, Ecuador, variables, series de tiempo, datos de panel, predicción		
RESUMEN/ABSTRACT :	<p>Este trabajo analiza las determinantes del gasto público en salud en el Ecuador, usando una base de datos con series de tiempo anuales desde 1995 al 2014. En este trabajo para obtener un resultado más preciso de las determinantes ya mencionadas se ha tomando en cuenta también modelos con países de la OCDE Y CEPAL con la misma longitud de años, pero el análisis para estas se dio con datos de panel. Este estudio analiza la importancia entre diferentes variables sociales y económicas y el gasto en salud público usando las primeras diferencias de logaritmos de cada variable con el modelo de mínimos comunes ordinarios. La otra parte de esta investigación se basó en estimar cuando el sistema de salud pública del Ecuador alcanzaría diferentes países importantes calculando una predicción a 200 años del PIB Per Cápita del Ecuador.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2364182 - +593-4-2215986	E-mail: ggsa92@hotmail.com ; rbkyunes@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Guzmán Segovia, Guillermo		
	Teléfono: +593-4- 2200804 ext.1609		
	E-mail: guillermo.guzman@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			