



FACULTAD DE POSGRADOS

PROPUESTA DE GESTIÓN CON BASE EN EL ANÁLISIS DE LAS ATENCIONES PARA
REALIZACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE IMAGEN A PACIENTES
DERIVADOS DESDE UNIDADES MÉDICAS DEL MSP HACIA INSTITUCIONES
PERTENECIENTES A LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA DE LA
COORDINACIÓN ZONAL 9 – SALUD, ENTRE ENERO A JUNIO DE 2016

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Especialista en Administración de Instituciones de Salud

Profesora Guía

MSc. Susana Janneth Larrea Cabrera

Autor

Md. Jhonathan Arturo Ortega Santillán

Año

2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con Md. Jhonathan Arturo Ortega Santillán, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

Susana Janneth Larrea Cabrera
Magíster en Economía
C.I.: 1709576597

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Lidia Margarita Romo Pico
Magíster en Gestión Empresarial
CI:1703714087

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Md. Jhonathan Arturo Ortega Santillán
C.I.:171497692-3

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por el apoyo brindado.

A mis profesores, tutores, amigos y compañeros por los conocimientos y vivencias compartidas durante esta hermosa experiencia.

A la UDLA por las facilidades y calidad del programa.

DEDICATORIA

A mi esposa e hija.

RESUMEN

La Constitución de la República del Ecuador del año 2008 estipula una reestructuración del modelo de salud en el país, la conformación de un Sistema Nacional de Salud, constituido por dos grandes pilares de instituciones de salud, la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y Red Privada Complementaria (RPC).

Estas dos grandes redes de salud, interactúan, se articulan y mantienen una relación público-privada de prestaciones de salud, con el único fin de garantizar el acceso, la atención adecuada y el derecho a la salud de quien lo necesita.

Una vez que la prestación es brindada, y cumpliendo con los requisitos estipulados en la norma de relacionamiento, el prestador de salud solicita a la Coordinación Zonal de Salud a la cual pertenece, la cancelación de los valores correspondientes al pago por los servicios prestados.

El presente estudio trata uno de los componentes de prestaciones de salud, la realización de exámenes complementarios de imagen, realizados entre enero a junio de 2016 por prestadores de la RPC que pertenecen a la Coordinación Zonal 9 - Salud. Los expedientes reposan físicamente en el departamento de archivo y de forma digital se registran en la plataforma Registro Archivo Control (RAC) de la institución.

Se revisaron un total de 3064 prestaciones de imagen, obteniéndose un total de 3713 exámenes realizados, de los cuales un 59% correspondían a resonancia magnética, 19% a tomografía axial computarizada, 15% a radiografía, 5% a varios especiales y por último 2% a ecografías.

Los resultados del estudio corresponden a la determinación de los costos promedio de los exámenes realizados, siendo de \$303,74 USD por examen y \$368,08 USD por paciente. En total en el periodo estudiado se ha solicitado por

concepto de liquidación de estas prestaciones dadas un total de \$1'127.798,25 USD.

Para la disminución de las prestaciones innecesarias, duplicadas o que no deben ser cubiertas por el MSP, se propone la implementación de medidas de control previo a la derivación de pacientes.

Para futuros estudios se podría considerar la comparación de costos de compra de servicios a instituciones privadas y los de realización de exámenes en las instituciones de salud públicas.

ABSTRACT

The Constitution of the Republic of Ecuador in 2008 stipulates a restructuring of the health model in the country. As a result, the creation of a National Health System, constituted by two major pillars in the health institutions; the Red Pública Integral de Salud (RPIS) and Red Privada Complementaria (RPC).

These two large health networks interact, articulate and maintain a public-private relationship of health benefits, with the sole purpose of guaranteeing access, adequate care, and the right of health to those who need it.

Once the benefit is provided, and by complying with the requirements stipulated in the relationship norm, the health care provider requests to the Coordinación Zonal de Salud to which it belongs, the cancellation of the values corresponding to the payment for the services rendered.

The present study deals with one of the components of health benefits, the carrying out of complementary imaging testing, performed between January and June of 2016 by RPC providers belonging to the Coordinación Zonal 9 - Salud. The files physically rest in the archive department, and they are digitally recorded in the platform of the Registro Archivo Control (RAC) of the institution.

A total of 3064 imaging services were reviewed, resulting in a total of 3713 examinations performed, of which 59% corresponded to magnetic resonance imaging, 19% to computerized axial tomography, 15% to radiography, 5% to special tests and finally 2% ultrasounds.

The results of the study correspond to the determination of the average cost of the examinations performed, being \$303.74 USD per test and \$368.08 USD per patient. Overall, during the time of the study, a total of \$1,127,798.25 USD were requested for the settlement of these benefits.

For the reduction of unnecessary benefits, duplicated or benefits that should not be covered by MSP, it is proposed the implementation of control measures prior the referral of patients.

For future studies it could be consider the comparison of costs between purchasing services from private institutions and those conducting examinations in public health institutions.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS.....	2
Objetivo General.....	2
Objetivos específicos.....	2
1. CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Razones por las cuales se escogió el tema.....	4
1.3 Planteamiento del problema o situación a investigar	5
1.4 Pertinencia del tema a desarrollar.....	5
1.5 Metodología que se propone para la realización de la tesina	6
1.6 Resultados esperados	6
1.7 Conclusiones del capítulo	6
2. CAPÍTULO II. PRESTACIONES DE SALUD	8
2.1 Estudios similares que se hayan diseñado, analizado y/o puesto en práctica previamente	8
2.1.1 Antecedentes	8
2.2 Estudio.....	10
2.3 Revisión de la literatura pertinente.....	13
2.3.1 La constitución de la república del ecuador y el sistema nacional de salud	13
2.3.2 El nuevo modelo de atención integral de salud	16
2.3.3 El nacimiento del sistema nacional de salud	17
2.3.4 Economía de la salud en el ecuador	19
2.3.5 El modelo de gestión	20
2.3.6 Plantear una alternativa al modelo de gestión.....	21
2.4 Conclusiones del capítulo	22

3. CAPÍTULO III. PROPUESTAS DE GESTIÓN	24
3.1 Análisis de los resultados.....	24
3.2 Propuesta de gestión	26
3.2.1 Fortalecimiento de las medidas de control de derivaciones	26
3.2.2 Historia clínica única digital	29
3.2.3 Consulta de derechos, afiliación y aseguramiento privado.....	30
3.3 Conclusiones del capítulo	31
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
4.1 Conclusiones.....	32
4.2 Recomendaciones	33
REFERENCIAS	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Número de expedientes de prestaciones ambulatorias de imagen en el periodo entre enero a junio de 2016 de la Coordinación Zonal 9 – Salud	11
Tabla 2. Número de exámenes realizados por tipo y el total de los mismos....	11
Tabla 3. Promedio de exámenes por paciente, los costos en dólares americanos por examen y por paciente.	13

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución geográfica de las Coordinaciones Zonales y provincias que las conforman.....	9
Figura 2. Porcentaje de tipo de exámenes según el total de exámenes realizados.....	12
Figura 3. Algoritmo de derivaciones.....	27
Figura 4. Lista de chequeo para derivaciones.....	29

INTRODUCCIÓN

La salud pública en el Ecuador nace como una subsecretaria creada en 1963, bajo la dirección del Ministerio de Previsión Social y Trabajo. Recién en el año de 1967 y por decreto de la asamblea constituyente, se decreta la creación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, durante el gobierno del Dr. Otto Arosemena.

Desde su creación como Ministerio de Salud, ha sufrido varios cambios, muchos de ellos por fines políticos de los gobiernos de turno más que por seguir una orientación lógica y ordenada. Conjuntamente con estos cambios burocráticos, han existido varios modelos de salud implementados, unos más que otros carentes de previsión y organización. Tratando de emular a modelos de atención de otros países, sin embargo con realidades sociales, geográficas y económicas muy distintas, por ende no aplicables al contexto nacional.

En la última década, con el gobierno del Economista Rafael Correa, se ha rediseñado el modelo de salud con la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS, el cual contempla un cambio estructural importante como la descentralización de la administración, formando 9 zonas geográficas en todo el territorio nacional, con la dirección de una Coordinación Zonal en cada una de ellas, esto implica una redistribución de facultades, presupuestos, trámites, entre otras.

La Constitución de la República del Ecuador de 2008, por medio del modelo de atención MAIS, plantea la creación de un único y universal Sistema Nacional de Salud, que incluye a todas las instituciones que su fin de ser es el de brindar atenciones relacionadas con la salud, sean estas instituciones públicas, privadas o de la seguridad social. Garantizando el derecho de recibir atención de salud integral a todos los ecuatorianos y extranjeros que se encuentren de manera legal en el territorio nacional.

OBJETIVOS

Objetivo General

Cuantificar el número de atenciones de exámenes complementarios de imagen brindadas por Instituciones de Salud pertenecientes a la Red Privada Complementaria de la Coordinación Zonal 9 – Salud a pacientes derivados de las unidades del MSP entre enero a junio de 2016, para apreciar de forma clara y real el costo de estas prestaciones para el MSP.

Objetivos específicos

1. Analizar el número de atenciones de exámenes complementarios de imagen brindadas por cada una de las Instituciones de Salud Privadas que pertenecen a la Red Privada Complementaria de la Coordinación Zonal 9 – Salud a pacientes derivados de las unidades MSP entre enero a junio de 2016.
2. Cuantificar los rubros que el MSP ha cubierto por concepto de exámenes complementarios de imagen realizados a pacientes derivados a las Instituciones de Salud Privadas que pertenecen a la Red Privada Complementaria de la Coordinación Zonal 9 – Salud, en el periodo propuesto.
3. Proponer alternativas de gestión para evitar derivaciones innecesarias, duplicación de exámenes y pago por coberturas no pertenecientes al MSP, para de esta manera optimizar el gasto del MSP por concepto de prestaciones privadas para realización de exámenes complementarios de imagen.

1. CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de Instituciones de Salud tanto públicas como privadas que se encuentran establecidas en el Ecuador, esto en obediencia a lo establecido en la Constitución de la República. Este Sistema se encuentra dividido en la Red Pública Integral de Salud (RPIS), cuyos integrantes son todas las instituciones de salud estatales, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y de seguridad social como Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de Policía Nacional (ISSPOL). Y por otra parte la Red Privada Complementaria (RPC), que comprende todas las instituciones privadas de salud establecidas en el territorio nacional. (Asamblea Nacional, 2008)

La conformación de la RPIS obedece a un proceso histórico llevado a cabo por el Ministerio de Salud Pública en el año 2012, el cual se inició con la firma del Convenio Marco Interinstitucional entre sus integrantes. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

De la mano con este proceso, se evidenció necesario la creación de una normativa para el relacionamiento y funcionamiento de la naciente RPIS y RPC, dando como fruto el Instructivo 001-2012, publicado en mayo del mismo año. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Con la conformación del Sistema Nacional de Salud y guiado en el Instructivo 001-2012, se hace necesario la creación de un documento que norme los precios por las prestaciones de servicios de salud para su facturación y posterior liquidación, el Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

Con la publicación de las normativas para las prestaciones de salud, entra en funcionamiento el Sistema Nacional de Salud de la mano con el proceso de referencia y contra referencia interinstitucional, cuyo objetivo es regular y organizar las derivaciones y transferencia de pacientes de una institución de salud a otra cuando la capacidad resolutive de la primera se encuentra superada ya sea por nivel de complejidad del cuadro de salud del paciente o por limitación de infraestructura o equipamiento de la misma.

Una vez resuelta la situación producto de la transferencia del paciente, la institución o unidad de salud receptora realiza un proceso de facturación por los servicios, honorarios, procedimientos e insumos utilizados en la prestación de servicios. La institución responsable de la transferencia, en este caso el MSP, receipta la documentación enviada por el prestador como constancia del servicio brindado (historia clínica, resultados de exámenes de laboratorio e imagen, registros de administración de medicación, bitácoras, entre otros documentos que respalden el cobro de los rubros planillados).

El MSP por medio de la Coordinación Zonal de salud de la división geográfica a la que corresponda, realiza en el Departamento de Gobernanza de la Salud el proceso de Control Técnico Médico de estos documentos, para la liquidación y pago a la unidad prestadora.

1.2 Razones por las cuales se escogió el tema

Desde la formación e inicio del funcionamiento del nuevo Sistema Nacional de Salud, la Coordinación Zonal 9 – Salud, ha cumplido con el proceso de Control Técnico Médico y el posterior pago a los prestadores de servicios de salud, sean estos, emergencias, hospitalarios o ambulatorios, de estos últimos servicios, se dividen en consulta externa de especialidad, exámenes complementarios de imagen y de laboratorio. Si bien se cuenta con un archivo de estos servicios prestados, no se ha realizado un estudio de cuantificación del número de atenciones diferenciadas por el tipo de servicio prestado y los

costos de las mismas que se han cubierto por servicio, para magnificar el costo real y acumulado de estas derivaciones.

Con estos datos, se podrá hacer un análisis, de posibles propuestas a la gestión pública en la manera que mejor beneficios presente al MSP.

1.3 Planteamiento del problema o situación a investigar

El presente estudio plantea analizar el número y costo de las derivaciones para estudios complementarios de imagen cuando los profesionales de la salud de las unidades médicas públicas se ven en la necesidad de transferir pacientes a una institución médica privada, por no disponer de los equipos o los insumos necesarios para la realización de los estudios de imagen en las propias instalaciones públicas. Además cabe mencionar, aunque no serán objeto de este estudio, que estas derivaciones contribuyen a incrementar los tiempos de resolución de los cuadros clínicos, por ende una mayor tasa de complicaciones y también incrementan los costos finales de las atenciones médicas, por un lado por las mismas complicaciones, como por los costos anexos a estas prestaciones que no se magnifican directamente como son uso de ambulancias, mayor necesidad de personal administrativo que gestione estos trámites, mayor tiempo de hospitalización, entre otros. Todo esto en el contexto de una serie de factores que influyen en la subutilización o desabastecimiento de insumos, en fin, una deficiente gestión.

1.4 Pertinencia del tema a desarrollar

A la fecha en la Coordinación Zonal 9 – Salud, no se cuenta con un estudio de cuantificación del número de atenciones diferenciadas por el tipo de servicio prestado y los costos de las mismas que se han cubierto por servicio, para magnificar el costo real de estas prestaciones. Estos resultados podrán servir de base para plantear posibles propuestas de gestión que magnifiquen los beneficios para el MSP identificando las posibles fallas en modelo actual o en

alguno de sus componente y de esta manera proponer las mejoras pertinentes, buscando con esto una gestión más eficiente, un gasto público por estas prestaciones más justo y realmente necesario.

1.5 Metodología que se propone para la realización de la tesina

Al ser una investigación de tipo documental, de diseño no experimental, con una población comprendida por los pacientes derivados para realización de exámenes complementarios de imagen desde unidades médicas del MSP hacia instituciones privadas pertenecientes a la Red Privada Complementaria de la Coordinación Zonal 9 – Salud, en el periodo comprendido entre enero a junio de 2016, se plantea como técnica para la recopilación de datos el análisis documental de los archivos de dichas prestaciones que reposan en físico y digital en el departamento de Archivo de la Coordinación Zonal 9 – Salud.

1.6 Resultados esperados

Evidenciar de forma clara y real la magnitud de la inversión que el Ministerio de Salud Pública realiza por concepto de las derivaciones de sus pacientes para la realización externa de exámenes complementarios de imagen a instituciones privadas.

Con base en los resultados encontrados proponer alternativas de gestión para optimizar el uso de los recursos destinados a estas prestaciones de salud.

1.7 Conclusiones del capítulo

Con el nuevo modelo del Sistema Nacional de Salud que contempla la interacción y articulación de sus dos grandes pilares, la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, se realizan derivaciones de pacientes entre estos actores, teniendo las instituciones públicas que apoyarse en las privadas para la prestación de servicios, una de ellas que es objeto de este

estudio, las derivaciones para realización de exámenes complementarios de imagen, estudios indispensables en la práctica médica, pero que muchas de las veces no se las puede realizar en las propias instituciones públicas, ya sea por falta de infraestructura, equipos o de los insumos necesarios para el funcionamiento de estos.

Con estas derivaciones se hace necesario cuantificar el número y costo de estas prestaciones de servicios para, de ser necesario, proponer alternativas a la gestión pública con el objetivo de optimizar los recursos estatales destinados por este concepto.

2. CAPÍTULO II. PRESTACIONES DE SALUD

2.1 Estudios similares que se hayan diseñado, analizado y/o puesto en práctica previamente

2.1.1 Antecedentes

Como se ha expresado en el capítulo 1, el nuevo Sistema Nacional de Salud nace a partir de la Constitución de la República del Ecuador de 2008, como el conjunto de Instituciones de Salud tanto públicas como privadas que se encuentran constituidas en todo el territorio nacional, pero de forma dividida, por un lado la Red Pública Integral de Salud (RPIS), y por otra parte la Red Privada Complementaria (RPC).

Este proceso histórico de conformación del Sistema Nacional de Salud se llevó a cabo por parte del Ministerio de Salud Pública, como autoridad sanitaria nacional, en el año 2012. En este mismo año y de la mano con la creación del nuevo Sistema Nacional de Salud, se implementa un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual planteó, entre otros cambios, una reestructuración geográfica de Distritos de Salud y Coordinaciones Zonales que abarcan una mayor población y permite descentralización y autonomía de la autoridad sanitaria a nivel local y regional según la distribución descrita en la Figura 1.



Figura 1. Distribución geográfica de las Coordinaciones Zonales y provincias que las conforman.

Tomado de: <http://www.buenvivir.gob.ec/agendas-zonales>

El Departamento de Gobernanza de la Salud de cada Coordinación Zonal es el encargado de todos los aspectos referentes a las derivaciones de pacientes, con el equipo de Gestión de Pacientes, prestaciones de salud y el pago por las mismas, a cargo del equipo de Auditoría de la Calidad de la Facturación con el proceso de Control Técnico Médico y liquidación de cuentas.

En la Coordinación Zonal 9 – Salud, desde 2012, no se han realizado estudios, en forma general o por tipos de prestaciones, sobre derivaciones, atenciones y costos por los servicios brindados por prestadores privados.

2.2 Estudio

El presente estudio plantea la realización de una revisión documental de los datos que reposan en formato digital en el archivo institucional de la Coordinación Zonal 9 – Salud, como respaldo de los pagos por prestaciones brindadas por instituciones de salud privadas.

Según los datos encontrados en el sistema digital de archivo de la Coordinación Zonal 9 – Salud, denominado RAC (Registro Archivo Control) desde enero de 2012 hasta el 30 de diciembre de 2016, se encontraron un total de 7346 trámites de prestaciones de salud por parte de instituciones de salud tanto de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) como de la Red Privada Complementaria (RPC), de las cuales 73 trámites corresponden al periodo del presente estudio, es decir, de enero a junio de 2016, considerando todos los tipos de servicios de derivaciones posibles como emergencia, hospitalario y ambulatorio.

El tema objeto de estudio son las prestaciones para realización de exámenes complementarios de imagen, las mismas que se enmarcan dentro del tipo de servicio ambulatorio, por lo que los expedientes de este componente en el periodo descrito se explican en la Tabla 1.

Tabla 1.

Número de expedientes de prestaciones ambulatorias de imagen en el periodo entre enero a junio de 2016 de la Coordinación Zonal 9 – Salud

TOTAL PRESTACIONES DE IMAGEN	
NÚMERO DE EXPEDIENTES	19
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	3064
VALOR SOLICITADO	1'127.798,25

Tomado de: información ingresada en la plataforma digital Registro Archivo Control (RAC).

Estos 19 trámites corresponden a 4 prestadores pertenecientes a la Red Privada Complementaria, de los mismos, 3 de ellos tienen como su cartera de servicios exclusivamente exámenes de imagen y el restante prestador presenta una cartera mixta entre exámenes de imagen e intervencionismo guiado por imagen.

A los 3064 pacientes derivados, se les realizaron un total de 3713 exámenes, divididos en diferentes tipos como radiografía, ecografía, tomografía, resonancia magnética y varios especiales, como se detallan en la Tabla 2 y Figura 1.

Tabla 2.

Número de exámenes realizados por tipo y el total de los mismos.

TOTAL DE EXÁMENES REALIZADOS					
RADIOGRAFÍA	ECOGRAFÍA	TOMOGRAFÍA	RESONANCIA	ESPECIALES	TOTAL
545	66	719	2200	183	3713

Tomado de: información ingresada en la plataforma digital RPIS-MSP.

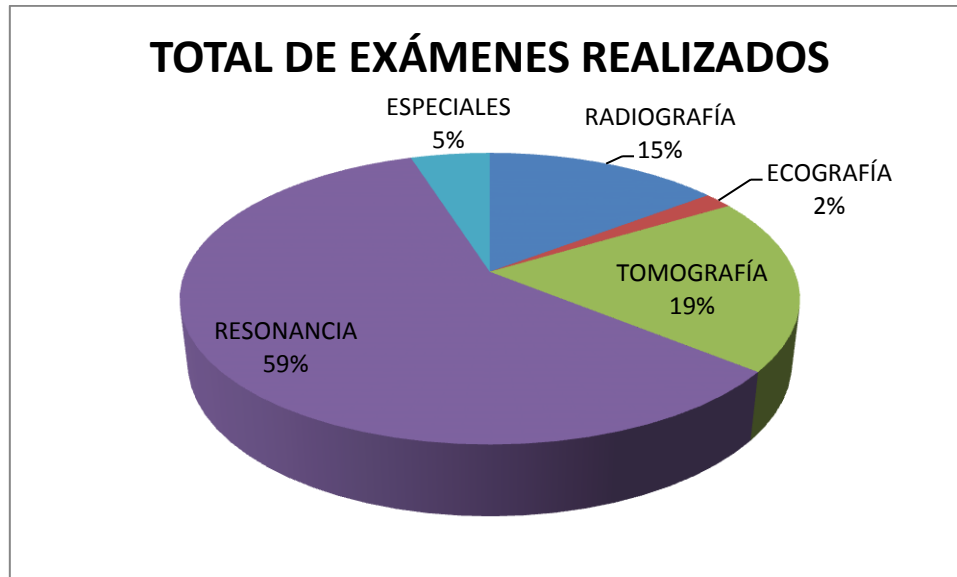


Figura 2. Porcentaje de tipo de exámenes según el total de exámenes realizados.

Las principales derivaciones se realizaron para la realización de exámenes complementarios de imagen de resonancia magnética, seguido de tomografías, los cuales son los de mayor valor económico y complejidad de realización. Las radiografías realizadas corresponden a series especiales con uso de contraste o de control durante la realización de procedimientos invasivos. Las ecografías igualmente corresponden en su gran mayoría, a procedimientos invasivos de drenaje de abscesos y toma de muestras de biopsias con aguja guiados por ecografía. Entre los procedimientos varios especiales destacan las colangiografías retrogradas endoscópicas y variantes especiales de resonancia magnética como la espectroscopia y tractografía.

De los datos analizados resalta que las derivaciones se realizaron por exámenes complejos y especiales, los cuales no se realizan en la mayoría de hospitales públicos ya sea por falta de los equipos, insumos o de recursos humanos especializado y capacitado para la realización de este tipo de exámenes.

Con los valores encontrados se evidencia que el costo promedio de una prestación para la realización de un examen complementario de imagen es de 303,74 dólares americanos como lo detalla la Tabla 3.

Tabla 3.

Promedio de exámenes por paciente, los costos en dólares americanos por examen y por paciente.

PROMEDIOS	
3.713	# de exámenes realizados
3.064	# de pacientes derivados
1'127.798,25	dólares planillados
1,2	# exámenes por paciente
303,74	dólares por examen
368,08	dólares por paciente

Tomado de: información ingresada en la plataforma digital RPIS-MSP.

2.3 Revisión de la literatura pertinente

Como todas las instituciones del estado, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador tiene como marco legal y normativo en primer lugar la Constitución, en ella se plasman los deberes, razón de ser y los alcances de las actividades a cumplir como una normativa macro, de esta se desprenden o derivan las funciones definidas de la institución, la misma que se basa en normativas, protocolos, acuerdos Ministeriales, convenios interinstitucionales, entre otros documentos para ejecutar las acciones pertinentes.

2.3.1 La constitución de la república del ecuador y el sistema nacional de salud

Según la constitución de la República del Ecuador de 2008, en la sección séptima sobre salud expresa:

“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 Nacional, 2008)

Indicando el derecho garantizado por el Estado a la salud que poseemos todos los ecuatorianos, de la mano con el ejercicio de otros derechos y con acceso permanente, oportuno, universal y de calidad.

Igualmente en el artículo 359 da las pautas para la creación del Sistema Nacional de Salud, expresando lo siguiente:

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

El artículo 360 expresa la conformación de la Red Pública Integral de Salud y los integrantes de la misma:

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

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.”
(Asamblea Nacional, 2008)

El ministerio de salud pública del Ecuador es el ente rector de la salud en el territorio nacional como lo indica el artículo 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 Nacional, 2008)

Los artículos 362 y 363 indican las características de los servicios de salud y las responsabilidades del Estado ecuatoriano sobre la salud:

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

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.” (Asamblea Nacional, 2008)

“Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.

5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.

8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.” (Asamblea Nacional, 2008)

2.3.2 El nuevo modelo de atención integral de salud

Con relación a la reorganización que ha sufrido el modelo de atención en salud, el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS es el documento que proporciona la información sobre el nuevo modelo de salud que se implementa en el Ecuador desde el año 2012. Históricamente es un modelo revolucionario

con respecto a los modelos anteriores, donde la salud era fragmentada y desarticulada como lo expresa el capítulo 1 del manual como antecedentes.

“En el país el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, otra de sus características ha sido la preeminencia del enfoque biologista - curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria.” (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Como lo indica esta cita, en modelos de salud anteriores el enfoque de era direccionado de forma directa a modelos curativos y no se consideraba a la promoción ni a la prevención de salud como ejes fundamentales de sus gestiones.

La organización por niveles de atención y las reestructuradas organizaciones y divisiones geografías territoriales que son parte fundamental del Sistema Nacional de Salud se contemplan en el MAIS.

Además describe el componente de salud Intercultural y Ancestral. Es decir este documento es la estructura misma del nuevo sistema de salud.

2.3.3 El nacimiento del sistema nacional de salud

El Sistema Nacional de Salud del Ecuador nace con la firma del convenio marco interinstitucional el 10 de abril de 2012, entre las autoridades de los subsistemas públicos de salud como son el Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas y Seguridad Social de la Policía Nacional, todos ellos como Red Pública Integral de Salud, como se evidencia en el Convenio Marco:

“Las partes, conscientes de la necesidad social y del deber estatal de organizar un sistema de prestadores y aseguradores de servicios de salud, compatibles y complementarios entre sí, debidamente

coordinados y accesibles a toda la población a través de las unidades de salud pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud, en adelante RPIS...” (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Como existe una red pública, obviamente conformada por todas las instituciones de salud con vínculos o dependencia del Estado, todas las instituciones privadas forman una red distinta pero que presta sus servicios de manera conjunta, la Red Privada Complementaria. Juntas estas dos redes forman el Sistema Nacional de Salud.

Conjuntamente con la formación del Sistema Nacional de Salud se emiten por parte del ente rector, el Ministerio de Salud Pública, el documento base del relacionamiento interinstitucional llamado, “NORMA DEL PROCESO DE RELACIONAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES Y RECONOCIMIENTO ECONÓMICO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA”. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Este documento tiene el fin de normar los procedimientos administrativos de este relacionamiento con el fin de facilitar el acceso de los usuarios a las prestaciones de salud de forma universal, oportuna y equitativa.

En la normativa para el relacionamiento se definen los derechos y obligaciones, los procedimientos, los documentos necesarios y habilitantes y el proceso a seguir para el reconocimiento económico por las prestaciones de salud, es decir esta norma es la base misma para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Este documento se actualiza en diciembre de 2016 bajo el nombre de “NORMA TÉCNICA DE RELACIONAMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE

SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA, Y SU RECONOCIMIENTO ECONÓMICO”. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Con la aplicación de la normativa de relacionamiento y para poder cumplir con el reconocimiento económico, se emite el TARIFARIO DE PRESTACIONES PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, en el cual se consideran los servicios institucionales, procedimientos médicos, honorarios médicos, hotelería y alimentación, todos ellos diferenciados de acuerdo al nivel de atención institucional, complejidad del cuadro clínico y capacidad resolutive.

2.3.4 Economía de la salud en el Ecuador

Como se cuestionan Ruth Lucio y colaboradores en su artículo, Sistema de salud de Ecuador de 2011.

“¿a cuánto asciende el gasto en salud?”

El gasto en salud en Ecuador ha crecido consistentemente en los últimos 10 años. De 4.2% del PIB pasó a 5,9% en 2008. El gasto per cápita en salud aumentó de 202 dólares en 2000 a 474 dólares en 2008. El gasto público se incrementó de 31.2% del gasto total en salud a 39.5 por ciento. El gasto privado en salud en 2008 representó 60.5% del gasto total. El grueso de este gasto es de bolsillo. El gasto de seguros privados representó solo 4.8% del gasto privado total en salud.” (Lucio, 2011)

Con lo expuesto en este artículo se evidencia el incremento del gasto público destinado a salud, de igual manera deja relucir las falencias del sistema de salud el cual era en su gran mayoría de gasto de bolsillo privado y que no tiene una porción importante de cobertura el seguro privado.

Con la RPIS casi la totalidad de los costos de la salud pública los asume el Estado, lo que incrementa aún más el gasto público para salud, siendo el Estado el financiador y distribuidor de los recursos económicos por medio del Ministerio de Finanzas.

2.3.5 El modelo de gestión

Para plantear una alternativa al modelo de gestión de una institución, primero debemos conocer el actual, con todas sus fallas y fortalezas, con sus logros y también con sus nudos críticos. Para esto es necesario hacer un análisis exhaustivo al mismo.

Tal como (Zimmermann, 2000), ya lo explica, el Estado tiene varios retos para reestructurar sus funciones y servicios, implementando nuevos modelos, buscando diferenciación y descentralización de los poderes.

Lo más importante es entender que no todas las instituciones son iguales, como no son iguales sus funciones ni los servicios que estas brindan. Ni siquiera en instituciones que se dedican a lo mismo, cada una tiene realidades distintas y muy propias.

Por eso lo principal y como se cuestiona el autor, para plantear un cambio de modelo de gestión propio a medida de institución, con los problemas encontrados, con las dificultades que se producen en el diario andar, con un análisis profundo y consciente de lo que se vive en la institución.

Para plantear cambios del modelo de gestión debemos empezar con hacer un análisis al actual, preguntándose, ¿qué productos o servicios estamos brindando actualmente?, ¿a quién va dirigido esto?, ¿el producto o servicio es de calidad y satisface las necesidades de quién lo necesita?, ¿con quién trabajamos, quienes son nuestros aliados externos y qué características diferentes a la institución tienen ellos? y por último, ¿Qué costos están involucrados directa e indirectamente, se puede ser más eficiente?

Conociendo las respuestas a las interrogantes anteriores, tendremos una visión más clara y más propia de la realidad de la institución y de esas respuestas partir para plantear un modelo de gestión propio y apegado a las reales necesidades. Enfocados en cuatro niveles o puntos principales como son:

1. Los productos o servicios brindados
2. Los prestadores externos
3. Desarrollar las herramientas de cooperación de los prestadores
4. Identificar y modificar los reglamentos, normativas, acuerdos y cualquier documento que de manera directa o indirecta afecte con la fluidez del proceso. Permitiendo un cambio en los procesos internos.

El cuarto punto en las instituciones públicas es el que mayor problema y resistencia al cambio presenta por varios factores como corrientes políticas, burocratización de los trámites, socialmente acostumbramiento y resistencia al cambio, entre otros.

Muchas de las veces el problema no es la no identificación de las fallas en los procesos, sino más bien que siendo estos identificados, reportados, analizados y habiendo seguido todos los órganos regulares para su corrección, estos trámites se pierden en la tan institucionalizada burocracia que no logran tener el impacto deseado.

2.3.6 Plantear una alternativa al modelo de gestión

Como lo expone (García, 2007) Isabel García en su documento, La nueva gestión pública: evolución y tendencias de 2007.

“Podríamos resumir que la nueva gestión pública persigue la creación de una administración eficiente y eficaz, es decir, una administración que satisfaga las necesidades reales de los ciudadanos al menor coste posible, favoreciendo para ello la introducción de mecanismos de competencia que permitan la elección de los usuarios y a su vez promuevan el desarrollo de servicios de mayor calidad. Todo ello rodeado de sistemas de control que otorguen una plena transparencia de los procesos, planes y resultados, para que por un lado, perfeccionen el sistema de elección, y, por otro, favorezcan la participación ciudadana.”

Una de las dificultades para plantear una alternativa más eficiente en la gestión pública es la mirada tradicionalista de la misma, en donde se busca únicamente la generación de productos o servicios según la necesidad general, no individualizada, de los usuarios y al costo económico, humano o social que sea necesario, sin darle importancia a factores tan determinantes para la mejora del modelo como son los conceptos de eficacia y eficiencia.

Los modelos de gestión de las instituciones públicas no son ni eficaces, mucho menos eficientes. No pueden ser eficaces porque no en todos los casos se logra satisfacer las necesidades de los usuarios, porque no se individualiza sus requerimientos. Además que por una concepción errónea y una falsa perspectiva de gratuidad de los servicios públicos, estos se brindan al costo que sea sin ver a la gestión de las instituciones públicas como una gestión empresarial en donde se busca el mejor producto o servicio, al menor precio y con el mayor margen de ganancia, entiendo que en el sector público no se busca una ganancia expresada en términos de ingresos de dinero, sino más bien “ganancia” en términos de menor gasto innecesario, ahorro, eficiencia.

2.4 Conclusiones del capítulo

Las derivaciones para realización de exámenes complementarios de imagen son necesarias cuando la unidad de salud solicitante no puede realizar el examen solicitado, sin embargo hay que tener claro el costo real que esta derivación representa. Lo ideal sería contar con un estudio de costos de la realización e implementación de estos exámenes en el sector público para de esta manera confrontar la factibilidad de inversión en las unidades médicas públicas o continuar con la compra de servicios a terceros.

Del análisis de los datos tenemos como resultado que en promedio los exámenes complementarios de imagen tienen un costo cubierto por el Ministerio de Salud de 368,08 dólares por cada paciente.

Una alternativa al modelo de gestión debe ser propuesto cuando en primer lugar se conoce a profundidad el actual, con sus fallas, fortalezas y nudos críticos, en teniendo que no todas las instituciones son iguales, cada una tiene realidades distintas y muy propias.

Por eso al plantear un cambio de modelo de gestión, este debe ser propio y a medida de institución, con los problemas y dificultades encontrados en su diario andar. Tomando en cuenta además que en la mayoría de las veces el problema no es la no identificación de las fallas en los procesos anteriores, sino más bien, su corrección, estos trámites se dificultan y dilatan por los procedimientos burocratizados que se han implantado en el sector público.

Se debe plantear una nueva gestión eficiente y eficaz, logrando satisfacer las necesidades de forma individualizada y al menor costo posible, logrando un gasto público inteligente, realmente necesario y con servicios de calidad.

3. CAPÍTULO III. PROPUESTAS DE GESTIÓN

Análisis de los resultados

Conforme a los resultados encontrados en el capítulo anterior, obtuvimos que se derivaron un total de 3064 pacientes desde una unidad de salud pública hacia uno de los 4 principales prestadores de salud privados cuya cartera de servicios son exclusivamente la realización de exámenes complementarios de imagen y que están ubicados en la ciudad de Quito por ende pertenecen a la jurisdicción de la Coordinación Zonal 9 – Salud.

A estos 3064 pacientes se les realizó un total de 3713 exámenes, en algunos casos se derivaron por exámenes solicitados desde los servicios de consulta externa, emergencia u hospitalización y en otros por exámenes que son realizados durante un procedimiento invasivo para control y guía del mismo como el caso de las biopsias o drenajes de abscesos en los que se guía el procedimiento por medio de imágenes de ecografía y controles por radiografía.

La distribución de los tipos de exámenes realizados es variada, pero destacan por mucho la realización de resonancia magnética con 2200 exámenes realizados de este tipo, seguido de tomografía axial computarizada con 719 resultados, siendo bastante marcada la diferencia con respecto al examen anterior. En menor número se realizaron 545 imágenes de radiografía, 66 de ecografía y varios especiales en 183 ocasiones.

En el periodo producto del estudio realizado, entre enero a junio de 2016, se solicitaron 1'127.798,25 dólares como pago por la realización de exámenes complementarios de imagen, en 19 trámites presentados por 4 prestadores de salud de la Red Privada Complementaria. El precio promedio de la realización de un examen de imagen según los datos encontrados es de 303,74 dólares.

Sabiendo los datos y costos de los exámenes complementarios de imagen realizados por prestadores particulares, se vuelve indispensable en primer

lugar conocer la cartera de servicios de las instituciones públicas del MSP así como realizar un estudio de costos por cada tipo de servicios para realizar una comparación con la capacidad de acuerdo con la demanda y la conveniencia de la repotenciación de los servicios de imagen de los hospitales públicos del MSP o la compra de servicios de las instituciones de la Red Privada Complementaria.

Uno de los puntos fundamentales que se debe tomar en cuenta en la realización de un estudio de costos es además de los costos de los equipos e insumos, los atribuibles a personal capacitado, mantenimiento, depreciación de equipos, gastos administrativos, entre otros factores que influyen en el precio final del examen pero que en el sector público la mayoría de las veces no son determinados y no se sabe un costo real de los mismos.

En sector público donde al no haber un fin de lucro, muchas de las veces no se maximizan los recursos y no se busca una rentabilidad, y al ser todos los servicios asociados a la salud gratuitos en todo el país, esta percepción de que la gratuidad es igual a ningún costo por parte tanto de usuarios como de personal de salud, promueve a que no se dé un uso priorizado, economizado y racional de los estudios e insumos, lo que conlleva a elevar los costos generales con respecto a otras instituciones.

A diferencia de lo anterior expuesto en la salud pública, las instituciones privadas por su razón misma de ser buscan maximizar sus utilidades, esto lo consiguen con un control mayor del uso de equipos e insumos, inversión en mantenimiento preventivo y menores costos operacionales que en volumen de operación produce mayores beneficios.

La gestión pública no debería ser vista de forma ajena o diferente a la privada. Se debería pensar en una gestión pública empresarial, que si bien no busca ganancia económica, si busque maximizar los beneficios, minimizar los costos, optimizar los recursos y mejorar los productos.

3.2 Propuesta de gestión

3.2.1 Fortalecimiento de las medidas de control de derivaciones

Como se menciona brevemente en el capítulo 2, el Ministerio de Salud Pública ha dado varias disposiciones administrativas que contribuyen en el control de las derivaciones de pacientes para la realización de exámenes complementarios de imagen, dependiendo de la situación de salud del paciente si esta fuese de emergencia, urgencia o de consulta externa, o de la capacidad de realización del examen en la institución que pretende la derivación, como que el pedido para la realización del examen así como el formulario de referencia sean realizados por un médico especialista tratante, o en su defecto en caso de emergencia este pedido realizado por otro profesional tenga el aval del director médico o el médico jefe de guardia de turno.

En periodos anteriores que no son objeto de este estudio, las derivaciones se hacían en mayor número y muchas de ellas sin justificación evidente. Con estas medidas de control se ha logrado disminuir las derivaciones por exámenes medicamente no justificados o innecesariamente derivados cuando en las instituciones públicas si se cuenta con la capacidad de realizarlos, tal vez con un tiempo de espera mayor pero no justificada la derivación según la condición del paciente. Por lo expuesto es necesario fortalecer estas y otras medidas de control para garantizar el correcto uso de estas prestaciones.

Para entender el proceso de derivación, y sus nudos críticos, se explica con la figura 2.

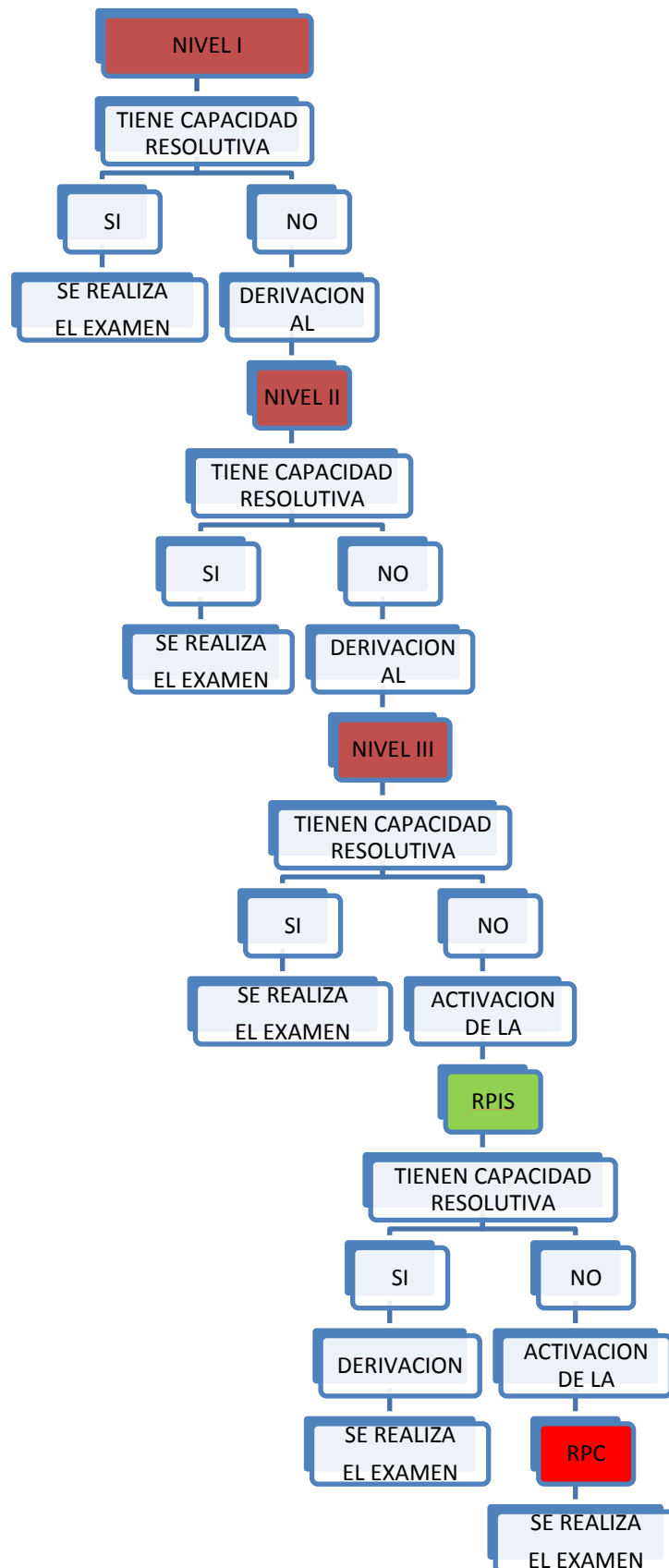


Figura 3. Algoritmo de derivaciones.

Se ha identificado que los nudos críticos del proceso de derivación de pacientes se presentan en la fase de preparación de los documentos habilitantes para el proceso, los cuales muchas de las veces no cumplen con los requisitos mínimos y en consecuencia de ellos se producen transferencias innecesarias.

Como medida de control al inicio de cada proceso de derivación se plantea la creación y uso de un formulario, disponible digitalmente en conjunto con la historia clínica única en una misma plataforma informática, el cual contenga una lista de chequeo con los requisitos básicos e indispensables, con el fin de controlar, depurar o evitar una derivación no justificada. Evaluando que se tenga la documentación necesaria y validada, que la necesidad de realizar el examen sea médicamente justificada, que realmente no se cuente con otra alternativa, además de la posibilidad de re direccionar la prestación o que esta no se dé por ser improcedente.

Al cumplir este requisito, no se busca entorpecer el trámite o burocratizarlo con un nuevo requisito, sino más bien simplificar las acciones, evitando duplicar los trámites, las gestiones, los pedidos y que esto conlleve a duplicar los exámenes, con el valor monetario directo e indirecto que ello implicaría. Buscando con esto optimizar el uso de los recursos destinados para estos procedimientos en fin y que se haga lo justa y completamente necesario únicamente para el bienestar de los pacientes pero de forma eficiente. Figura 3.

Lista de Chequeo para la derivación de exámenes complementarios de imagen

- Documentos habilitantes completos
- Datos del paciente completos
- El examen solicitado aporta sustancialmente al diagnóstico
- Pedido y formularios con firma y sello de médico tratante
- El examen no se puede realizar en la unidad

TIPO DE PACIENTE:	NIVEL DE ATENCIÓN PARA REALIZACION DE EXAMEN:	DISPONIBILIDAD DE REALIZACION EN RPIS O RPC:
<input type="checkbox"/> EMERGENTE	<input type="checkbox"/> 1er	<input type="checkbox"/> MSP
<input type="checkbox"/> URGENTE	<input type="checkbox"/> 2do	<input type="checkbox"/> IESS
<input type="checkbox"/> AMBULATORIO	<input type="checkbox"/> 3er	<input type="checkbox"/> ISSFA
<input type="checkbox"/> AUTORREFERIDO		<input type="checkbox"/> ISSPOL
		<input type="checkbox"/> RPC

Figura 4. Lista de chequeo para derivaciones.

3.2.2 Historia clínica única digital

Otro inconveniente que se ha evidenciado es la duplicación de exámenes, por ejemplo, si un paciente es atendido en segundo nivel de atención, es decir un hospital general, y el médico especialista según su criterio solicita la realización de determinado examen de imagen, una vez que cuenta con los resultados de dicho examen, como son el informe médico de imagen y las placas, valora al paciente y decide su transferencia a un hospital de tercer nivel para la resolución del cuadro por las limitaciones propias de su nivel de atención, el paciente al ser transferido y valorado en el nuevo hospital ya acude con un diagnóstico presuntivo y con evidencia de exámenes previamente realizados, pero lo que ocurre frecuentemente es que estos resultados y sus placas se archivan en el hospital que lo atendió en primer lugar y el profesional que recibe al paciente no cuenta con ellos para su apoyo diagnóstico por lo que tiene que repetir el mismo examen y así duplicar costos. Sería de gran importancia contar con un sistema de historia clínica única digital donde se

pueda revisar todos los datos de atenciones brindadas al usuario en cualquier institución de salud del MSP así como las imágenes e informes de todos los exámenes realizados.

3.2.3 Consulta de derechos, afiliación y aseguramiento privado

Si bien el MSP es el principal prestador de salud del país, sabemos que el Sistema Nacional de Salud es la macro red público-privada de prestadores de salud, donde el MSP es uno de los actores dentro de la RPIS y que participa con otros subsistemas aseguradores como IESS, ISSFA e ISSPOL, además de seguros obligatorios y de medicina pre pagada como son el Sistema Público para Pago de Accidentes de Tránsito SPPAT y planes de aseguradoras de salud privadas respectivamente.

Dentro de los costos finales de una prestación de salud, el MSP cubre los rubros que no son cubiertos por otros subsistemas o seguros, es decir el MSP es el último pagador cuando todas las demás coberturas se han agotado, y si el MSP desembolsó recursos que tuvieron que ser cubiertos por otro sistema es necesario realizar un cruce de cuentas para la devolución de esos rubros. La consulta de derechos de las instituciones de la RPIS se lo realiza en un portal web destinado para este fin ya que cada institución cuenta con las bases de datos de sus afiliados y derechohabientes de forma individual.

El principal inconveniente para la aplicación de este cruce de cuentas es sobre todo con instituciones privadas, ya que no se cuenta con las herramientas para determinar si una persona posee o es afiliada a un plan de medicina pre pagado o seguro de accidentes personales. Por lo expuesto se requiere de la implementación de una herramienta que permita la consulta de estos derechos, así como la disposición por parte de la autoridad sanitaria sobre la obligación de cobertura por parte de las aseguradoras privadas en estos casos.

3.3 Conclusiones del capítulo

De los 3713 exámenes realizados en total, el 59,25% corresponden a resonancias magnéticas, 19,36% a tomografías computarizadas, 14,68% a radiografías, 1,78% a ecografías y 4,93% a otros.

El costo promedio de la realización de un examen complementario de imagen según los datos analizados en el presente estudio es de 303,74 dólares por un prestador privado de salud de la Red Privada Complementaria. No se conocen estudios de costos realizados en las instituciones públicas del MSP para poder comparar estos valores.

En el sector público se debería pensar con un enfoque empresarial, que si bien no busca un fin de ganancia económica, si busque maximizar los beneficios con una disminución de los costos operativos, optimizando los recursos existentes y finalmente logrando mejorar los productos a bajos costos.

Las propuestas planteadas contribuirían, de ser aplicadas, a disminuir el gasto general en prestaciones por exámenes complementarios de imagen, no de manera directa disminuyendo los costos de los mismos, sino más bien disminuyendo el número total de prestaciones al reducir las derivaciones innecesarias por ser medicamente no justificadas, evitando la duplicación de exámenes con un sistema de historia clínica única en la que desde cualquier unidad de salud del MSP se pueda acceder a la información de los informes e imágenes realizadas y finalmente con el pago de los servicios de salud por el sistema asegurador correcto y en última instancia el MSP cuando todas las otras coberturas de IESS, ISSFA, ISSPOL y aseguradoras privadas se hayan agotado según el caso que corresponda.

Según la Constitución de la República del Ecuador vigente, la salud es un derecho universal y gratuito para todos los ecuatorianos y extranjeros que se encuentren en el territorio nacional de manera legal, sin embargo los recursos públicos no son ilimitados y deben ser controlados, optimizados y responsablemente invertidos. (Asamblea Nacional, 2008)

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

La Red Privada Complementaria se constituye en un apoyo fundamental y necesario cuando la Red Pública Integral de salud, por medio de la articulación normada entre ellas para el reconocimiento económico por las prestaciones brindadas, logrando un apoyo, vinculación e interacción público-privada con el único fin de garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios de salud para todos los ecuatorianos.

Las prestaciones de salud objeto del presente estudio, son las que corresponden a la realización de exámenes complementarios de imagen, que se derivan desde una institución del MSP cuando en la unidad médica de origen no se puede realizar dicho examen, ya sea por falta del equipo necesario, por la complejidad del examen de acuerdo al nivel de atención del hospital, por daño del equipo o por falta de insumos o saturación de los servicios de imagen de las instituciones públicas.

De los datos registrados en el archivo digital de la Coordinación Zonal 9 – Salud, 3064 prestaciones corresponden a derivaciones para la realización de exámenes complementarios de imagen en el periodo entre enero a junio de 2016, realizándose 3713 exámenes en total, de los cuales el 59,25% corresponden a resonancias magnéticas, 19,36% a tomografías computarizadas, 14,68% a radiografías, 1,78% a ecografías y 4,93% a otros. Los datos encontrados nos dan un valor promedio de 368,08 dólares por cada paciente y 303,74 dólares por examen.

En el periodo estudiado se solicitaron 1'127.798,25 dólares como pago por las prestaciones dadas por parte de cuatro de las instituciones privadas pertenecientes a la RPC y cuya cartera de servicios es la de servicios de imagen. No se conocen estudios de costos realizados en las instituciones públicas del MSP para poder comparar estos valores.

Se plantean propuestas de gestión como el fortalecimiento de las medidas de control de derivaciones, la implementación de la historia clínica única digital y una base de datos única de consulta de derechos, afiliación y aseguramiento privado que contribuirán a disminuir el gasto general en prestaciones por exámenes complementarios de imagen, no de manera directa disminuyendo los costos de los mismos, sino disminuyendo el número total de prestaciones, al reducir las derivaciones innecesarias, medicamente no justificadas o la duplicación de exámenes que ya fueron realizados en otra institución, teniendo acceso a las imágenes/o informes de las mismas en una plataforma digital de historia clínica, además garantizando que las prestaciones sean cubiertas por la institución o asegurador que corresponda, según el derecho o afiliación del beneficiario y únicamente cuando estas coberturas se hayan agotado o se verifique su inexistencia, los rubros sean cubiertos por el MSP.

La gestión pública debe considerar como su razón de ser al manejo responsable de los recursos del estado, buscando constantemente la multiplicación de los beneficios, reducción de costos y mejorar los productos.

4.2 Recomendaciones

Próximos estudios podrían considerar la realización de una comparación entre los costos de compra de servicios a instituciones privadas y el de realización de exámenes en las instituciones de salud públicas, de esta manera identificar lo más conveniente para la gestión pública.

Otros temas a considerar para futuros estudios, podrían ser de los otros tipos de prestaciones de salud que brindan las instituciones de la RPC a pacientes derivados de la RPIS, como son hemodiálisis, consulta externa, laboratorio, hospitalización y emergencia.

De ser aplicadas las propuestas de gestión, evaluar en un periodo determinado el impacto de las mismas para los fines de disminución de las prestaciones innecesarias, duplicadas o cubiertas por MSP cuando el paciente es beneficiario de aseguramiento o afiliación a otro pagador.

REFERENCIAS

- Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi: Asamblea Nacional.
- García, I. (2007). La nueva gestión pública: evolución y tendencias. *Presupuesto y Gasto Público*, 36-64.
- Lucio, R. V. (2011). *Sistema de Salud de Ecuador* (Vol. Volumen: 53). (S. P. México, Ed.) México.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Convenio Marco Interinstitucional*. Obtenido de <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Instructivo 001-2012.NORMA DEL PROCESO DE RELACIONAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES Y RECONOCIMIENTO ECONÓMICO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito : Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud*. (Vol. 2da. Edición). (D. N. Salud., Ed.) Quito : Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *NORMA TÉCNICA DE RELACIONAMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA, Y SU RECONOCIMIENTO ECONÓMICO*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Zimmermann, A. (2000). *Gestión del Cambio Organizacional*. Quito: ABYA-YALA.