



**ESPE**  
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS  
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS,  
ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO**

**CARRERA DE INGENIERÍA EN FINANZAS Y AUDITORÍA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
INGENIERA EN FINANZAS, CONTADORA PÚBLICA - AUDITORA**

**TEMA: ANÁLISIS E IMPACTO DE LA GESTIÓN PRESUPUESTARIA Y  
EL MEJORAMIENTO DE LA PRODUCTIVIDAD DE LAS UNIDADES DE  
SALUD DE LOS CANTONES BAÑOS, PELILEO Y PATATE PERIODO**

**2011 – 2016**

**AUTORAS:**

**ESPÍN VELASCO, ÁNGELA PRISCILA**

**ILLAPA TOAPANTA, JHOSELYN FERNANDA**

**DIRECTOR: ECON. PEÑAHERRERA CARRILLO, ÓSCAR ENRIQUE,  
MÁSTER.**

**SANGOLQUÍ**

**2018**

## CERTIFICADO



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS, ADMINISTRATIVAS Y DE  
COMERCIO

CARRERA DE INGENIERIA EN FINANZAS Y AUDITORIA

### CERTIFICACIÓN

Certifico que el trabajo de titulación, "**ANÁLISIS E IMPACTO DE LA GESTIÓN PRESUPUESTARIA Y EL MEJORAMIENTO DE LA PRODUCTIVIDAD DE LAS UNIDADES DE SALUD DE LOS CANTONES BAÑOS, PELILEO Y PATATE DEL PERIODO 2011-2016**" fue realizado por las señoritas *Espín Velasco, Ángela Priscila e Illapa Toapanta, Jhosselyn Fernanda* el mismo que ha sido revisado en su totalidad, analizado por la herramienta de verificación de similitud de contenido; por lo tanto cumple con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, razón por la cual me permito acreditar y autorizar para que lo sustente públicamente.

Sangolquí, 21 de febrero del 2018

Firma:

Eco. Óscar Enrique, Peñaherrera Carrillo, Máster

C. C.:0500683248

## AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS, ADMINISTRATIVAS Y DE  
COMERCIO

CARRERA DE INGENIERIA EN FINANZAS Y AUDITORIA

### AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, *Espín Velasco, Ángela Priscila e Illapa Toapanta, Jhosselyn Fernanda*, declaro que el contenido, ideas y criterios del trabajo de titulación: "**ANÁLISIS E IMPACTO DE LA GESTIÓN PRESUPUESTARIA Y EL MEJORAMIENTO DE LA PRODUCTIVIDAD DE LAS UNIDADES DE SALUD DE LOS CANTONES BAÑOS, PELILEO Y PATATE DEL PERIODO 2011-2016**" es de mi autoría y responsabilidad, cumpliendo con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, respetando los derechos intelectuales de terceros y referenciando las citas bibliográficas.

Consecuentemente el contenido de la investigación mencionada es veraz.

Sangolquí, 21 de febrero del 2018

Firma:

**Espín Velasco, Ángela Priscila**

C. C:1804430088

**Illapa Toapanta, Jhosselyn Fernanda**

C. C:1725636169

## AUTORIZACIÓN



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS, ADMINISTRATIVAS Y DE  
COMERCIO

CARRERA DE INGENIERIA EN FINANZAS Y AUDITORIA

### AUTORIZACIÓN

*Nosotras, Espín Velasco, Ángela Priscila e Illapa Toapanta, Jhosselyn Fernanda autorizo a la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE publicar el trabajo de titulación: "ANÁLISIS E IMPACTO DE LA GESTIÓN PRESUPUESTARIA Y EL MEJORAMIENTO DE LA PRODUCTIVIDAD DE LAS UNIDADES DE SALUD DE LOS CANTONES BAÑOS, PELILEO Y PATATE DEL PERIODO 2011-2016" en el Repositorio Institucional, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi responsabilidad.*

Sangolquí, 21 de febrero del 2018

Firma:

Espín Velasco, Ángela Priscila

C. C: 1804430088

Illapa Toapanta, Jhosselyn Fernanda

C. C: 1725636169

## DEDICATORIA

*A Dios, por permitirme llegar a este momento y tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorar cada día más.*

*A mi madre por ser la persona que me ha acompañado durante toda mi trayectoria estudiantil y de vida, a mis tíos quienes han velado por mí durante este arduo camino para convertirme en una profesional. A mi padre que con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional.*

*A mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo así como la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.*

**ESPÍN, ÁNGELA**

*Este trabajo es dedicado a Dios, por permitirme tener la suficiente sabiduría para afrontar las adversidades presentadas durante el transcurso de la carrera, por situar en mi camino a personas que me ayudaron a cumplir con mis metas planteadas aportando con sus conocimientos, y lo más importante por derramar sobre mí sus bendiciones.*

*A mi familia, por ser el pilar fundamental y quien permitió hacer realidad este objetivo, brindándome sus enseñanzas, dándome fuerzas en los momentos más difíciles de mi vida y por el apoyo incondicional brindado. Por permitir que la humildad y el respeto sean valores que predominen en mi vida para ir mejorando.*

**ILLAPA, JHOSELYN**

## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la Universidad de las Fuerzas Armadas “ESPE” por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional. A su vez también a mis profesores que durante toda mi carrera profesional han aportado con un granito de arena a mi formación, en especial a mi profesor de Investigación y de Tesis de Grado, Eco. Óscar Peñaherrera por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos que ayudan a formarte como persona e investigador.

Y por último a mis padres, los cuales me han motivado durante mi formación profesional. Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que les encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

**ESPÍN, ÁNGELA**

A mis padres por la su confianza depositada, misma que impulsó al logro de esta aspiración tan anhelada. Por ser mí guía y apoyo durante esta vida universitaria llena de muchas aventuras y conocimientos, siendo motivos suficientes para vivir muy agradecida con ellos.

A la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE, quien permitió compartir sus instalaciones, conocimientos científicos y lo más importante poner a disposición a todos los docentes para culminar la carrera, en especial al Economista Óscar Enrique Peñaherrera Carrillo, Máster; quien con buena disposición y buena voluntad impartió sus enseñanzas para llevar a cabo la culminación de este proyecto. Y por qué no mencionar también al Ingeniero Galo Acosta, persona que se encuentra comprometido con la superación y éxito de los estudiantes en la vida profesional.

**ILLAPA, JHOSELYN**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

CARATULA .....	i
CERTIFICADO.....	ii
AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD .....	iii
AUTORIZACIÓN .....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xii
RESUMEN .....	xiv
ABSTRACT .....	xv
CAPÍTULO I.....	1
ASPECTOS GENERALES.....	1
1.1. Introducción.....	1
1.2. Tema de investigación .....	2
1.3. Planteamiento del problema .....	2
1.4. Objetivos.....	4
1.4.1. Objetivo general.....	4
1.4.2. Objetivos específicos.....	4
1.5. Justificación .....	5
1.6. Marco contextual o situacional.....	6
1.6.1 Contexto y lugar donde se desarrollará el estudio.....	6
1.7. Marco teórico.....	10

1.7.1 Teoría de soporte.....	10
1.7.2 Marco referencial .....	16
1.7.3 Marco conceptual .....	22
CAPÍTULO II.....	34
MARCO METODOLÓGICO .....	34
2.1. Enfoque de investigación: Mixto.....	34
2.2. Tipología de investigación.....	34
2.2.1. Por su finalidad: Aplicada.....	34
2.2.2. Investigación por las fuentes de información mixta .....	35
2.2.3. Investigación por las unidades de análisis insitu .....	35
2.2.4. Investigación por el control de las variables: no experimental.....	36
2.2.5. Investigación por el alcance correlacional .....	36
2.3. Hipótesis .....	37
2.4. Instrumentos de recolección de información: varios.....	37
2.5. Procedimiento para recolección de datos Varios.....	38
2.6. Cobertura de las unidades de análisis:.....	39
2.7. Procedimiento para tratamiento y análisis de información: Varios.....	41
2.7.1. Población y muestra de los cantones Baños, Patate y Pelileo.....	41
2.8. Análisis de la información .....	44
2.8.1. Análisis e interpretación de resultados.....	44
CAPÍTULO III .....	46
RESULTADOS .....	46
3.1. Análisis de datos.....	46
3.1.1. Análisis histórico macro de la salud pública.....	46



3.1.2. Análisis de la situación de los Distritos 18D03 y 18D04. ....	68
3.2 Matriz de indicadores. ....	75
3.3 Resultados de la investigación empírica.....	77
3.4 Check list.....	77
3.5 Encuesta.....	80
3.6 Verificación de la Hipótesis .....	93
3.6.1 Frecuencias Observadas .....	94
3.6.2 Frecuencias Esperadas.....	94
3.7 Chi –Cuadrado ( $X^2$ ).....	95
3.7.1 Chi –Cuadrado Calculado ( $X^2_c$ ).....	95
3.8 Regla de decisión.....	97
3.9 Limitaciones del estudio.....	98
3.10 Comprobación de la idea a defender .....	98
3.11 Análisis del impacto económico.....	98
CAPÍTULO IV .....	101
DISCUSIÓN.....	101
4.1. Conclusiones.....	101
4.2. Recomendaciones .....	103
REFERENCIAS .....	104

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Direcciones Distritales de Salud de la Zona 3 de Tungurahua</i> .....	6
Tabla 2 <i>Descripción de zonas, provincia, código, cantones y parroquias</i> .....	7
Tabla 3 <i>Instrumentos de recolección</i> .....	37
Tabla 4 <i>Procedimientos para la recolección de la información</i> .....	38
Tabla 5 <i>Unidades de investigación</i> .....	39
Tabla 6 <i>Población de los cantones Baños, Patate y Pelileo</i> .....	40
Tabla 7 <i>Unidades de análisis</i> .....	40
Tabla 8 <i>Resumen del cálculo de la muestra</i> .....	43
Tabla 9 <i>Número de consultas en los establecimientos de salud por sector 2016</i> .....	52
Tabla 10 <i>Tipología de las unidades operativas del sistema de salud</i> .....	54
Tabla 11 <i>Presupuesto Inversión MSP</i> .....	58
Tabla 12 <i>Presupuesto Corriente MSP</i> .....	58
Tabla 13 <i>Nuevos centros de salud</i> .....	59
Tabla 14 <i>Producción MSP por zona de atención 2015-2016</i> .....	59
Tabla 15 <i>Producción de establecimientos de salud –cantones de estudio- 2016</i> .....	62
Tabla 16 <i>Presupuesto histórico de Coordinación Zonal 3-Tungurahua</i> .....	65
Tabla 17 <i>Presupuesto histórico del Distrito Salud 18D03-18D04</i> .....	67
Tabla 18 <i>Estado de Situación Financiera de los Distritos 18D03 y 18D04</i> .....	69
Tabla 19 <i>Índices Financieros y Patrimoniales</i> .....	75
Tabla 20 <i>Índices Presupuestarios</i> .....	76
Tabla 21 <i>Índices de Existencias</i> .....	76
Tabla 22 <i>Check list de los Distrito de Salud 18D03 y 18D04</i> .....	77
Tabla 23 <i>Edad en rangos</i> .....	80
Tabla 24 <i>Servicios de acuerdo al nivel de consulta</i> .....	81
Tabla 25 <i>Utilización de los servicios en las unidades de salud pública</i> .....	82
Tabla 26 <i>Gestión de trámites</i> .....	83
Tabla 27 <i>Visitas a la Unidad de Salud Pública</i> .....	84
Tabla 28 <i>Beneficios de la Unidad de Salud Pública</i> .....	85
Tabla 29 <i>Información sobre beneficios de la USP</i> .....	86

<b>Tabla 30</b>	<b><i>Utilización del servicio de la Unidad de Salud Pública</i></b>	<b>87</b>
<b>Tabla 31</b>	<b><i>Calificación del servicio de la USP</i></b>	<b>88</b>
<b>Tabla 32</b>	<b><i>Factores para mejorar la USP</i></b>	<b>89</b>
<b>Tabla 33</b>	<b><i>Contribución de las USP con el crecimiento económico</i></b>	<b>90</b>
<b>Tabla 34</b>	<b><i>Calificación de los servicios en la USP</i></b>	<b>91</b>
<b>Tabla 35</b>	<b><i>Frecuencias observadas</i></b>	<b>94</b>
<b>Tabla 36</b>	<b><i>Frecuencia esperada</i></b>	<b>94</b>
<b>Tabla 37</b>	<b><i>Tabla de contingencia</i></b>	<b>95</b>
<b>Tabla 38</b>	<b><i>Valores del Chi-Cuadrado en Tablas</i></b>	<b>96</b>
<b>Tabla 39</b>	<b><i>Matriz de valoración</i></b>	<b>98</b>
<b>Tabla 40</b>	<b><i>Ponderación</i></b>	<b>99</b>
<b>Tabla 41</b>	<b><i>Impacto económico</i></b>	<b>99</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i><b>Figura 1.</b></i> Lugar de estudio .....	8
<i><b>Figura 2.</b></i> Número de establecimientos de salud 2000-2016. ....	47
<i><b>Figura 3.</b></i> Número de establecimientos de salud por sector 2000-2016. ....	48
<i><b>Figura 4.</b></i> Tasa de médicos período 2000-2016. ....	49
<i><b>Figura 5.</b></i> Tasa de médicos por provincia 2016. ....	49
<i><b>Figura 6.</b></i> Tasa de médicos por provincia 2016. ....	50
<i><b>Figura 7.</b></i> Número de establecimientos equipados 2016.....	51
<i><b>Figura 8.</b></i> Porcentaje de consultas por sector. ....	52
<i><b>Figura 9.</b></i> Porcentaje de consultas por servicio. ....	52
<i><b>Figura 10.</b></i> Número de visitas domiciliarias por provincias del 2016. ....	53
<i><b>Figura 11.</b></i> Evolución Presupuesto MSP 2000- 2016/Devengado en millones \$. ....	55
<i><b>Figura 12.</b></i> Porcentaje de ejecución MSP 2008-2016. ....	56
<i><b>Figura 13.</b></i> Inversión de salud del 2014. ....	57
<i><b>Figura 14.</b></i> Presupuesto Inversión del 2014. ....	57
<i><b>Figura 15.</b></i> Presupuesto Corriente del 2014 .....	58
<i><b>Figura 16.</b></i> Producción de establecimientos de salud Zona 3 - 2016.....	60
<i><b>Figura 17.</b></i> Producción establecimientos de salud provincia de Tungurahua - 2016.....	61
<i><b>Figura 18.</b></i> Producción de establecimientos de salud/cantones de estudio - 2016.....	61
<i><b>Figura 19.</b></i> Producción de establecimientos de salud/Baños de Agua Santa -2016.....	62
<i><b>Figura 20.</b></i> Producción de establecimientos de salud/Patate -2016. ....	63
<i><b>Figura 21.</b></i> Producción de establecimientos de salud/San Pedro de Pelileo -2016.....	63
<i><b>Figura 22.</b></i> Presupuesto Coordinación Zonal 3-Tungurahua 2015-2016.....	66
<i><b>Figura 23.</b></i> Conformación del Total Activo. ....	73
<i><b>Figura 24.</b></i> Porcentaje de la conformación del Total Activo. ....	73
<i><b>Figura 25.</b></i> Conformación del Total Pasivo. ....	74
<i><b>Figura 26.</b></i> Porcentaje de la conformación del Total Pasivo.....	74
<i><b>Figura 27.</b></i> Total Patrimonio 2015-2016.....	75
<i><b>Figura 28.</b></i> Porcentaje de rango de edades. ....	81
<i><b>Figura 29.</b></i> Porcentaje de servicios de acuerdo al nivel de consulta. ....	82

<b>Figura 30.</b> Porcentaje de la utilización de los servicios en las USP.....	82
<b>Figura 31.</b> Porcentaje de la gestión de trámites.....	83
<b>Figura 32.</b> Porcentaje de las Visitas a la Unidad de Salud Pública.....	84
<b>Figura 33.</b> Porcentaje de Beneficios de la Unidad de Salud Pública. ....	85
<b>Figura 34.</b> Porcentaje de la información sobre beneficios de la USP. ....	86
<b>Figura 35.</b> Porcentaje de la utilización del servicio de USP. ....	87
<b>Figura 36.</b> Porcentaje de calificación del servicio de la USP. ....	88
<b>Figura 37.</b> Porcentaje de factores para mejorar la USP. ....	89
<b>Figura 38.</b> Porcentaje de contribución de las USP con el crecimiento económico.....	90
<b>Figura 39.</b> Porcentaje de calificación de los servicios en la USP. ....	92
<b>Figura 40.</b> Regiones del Chi-Cuadrado.....	97

## **RESUMEN**

Debido a la problemática que el país se encuentra atravesando por el cambio de administración, es necesario realizar un análisis sobre el impacto de la gestión presupuestaria en el sistema de salud, puesto que en el gobierno del periodo 2007-2016 se generó grandes cambios en el modelo de inversión para que el derecho constitucional irrenunciable sea brindado en óptimas condiciones, ya que este se encuentra enfocado a la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología. Esta y otras acciones más han sido cuestionadas, existiendo inconvenientes en el manejo estratégico de la inversión pública y la procura de mejora en la calidad de los proyectos de inversión pública. Según e-SIGEF-2014 se ha invertido más de ciento cincuenta millones de dólares en las direcciones distritales de salud zona 3, de las cuales veintiséis millones de dólares fueron invertidos en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en quince centros de salud nuevos, evidenciando la importancia de la gestión presupuestaria en el mejoramiento de las unidades de salud de los cantones Baños, Patate y Pelileo. Este proyecto fue desarrollado en cuatro capítulos cuyos enfoques importantes de la ejecución presupuestaria pública, tanto en el ámbito teórico como estadístico del sistema de salud, para lo cual se utilizó técnicas de investigación (análisis histórico, check list y encuestas); determinando que una sociedad saludable se desarrolle mejor y permita un crecimiento económico.

### **PALABRAS CLAVE**

- **GESTIÓN PRESUPUESTARIA**
- **DESARROLLO ECONÓMICO**
- **DESARROLLO SOCIAL**
- **GESTIÓN DE LAS UNIDADES DE SALUD**
- **FINANZAS PÚBLICAS**

## **ABSTRACT**

Due to the problems that the country is going through for the change of administration, it is necessary to carry out an analysis of the impact of budgetary management on the health system, since in the government of the period 2007-2016 great changes were generated in the investment model so that the constitutional right cannot be waived is offered in optimal conditions, as it focuses on the provision of individual care services, disease prevention, health promotion and equality, health governance, research and development of science and technology. This and other actions have been questioned, causing many drawbacks in the strategic management of public investment and seeking to improve the quality of public investment projects. According to e-SIGEF-2014, more than one hundred and fifty million dollars have been invested in district health directorates zone 3, of which twenty-six million dollars were invested in improving the quality of health services in fifteen new health centers, making it possible to highlight the importance of budget management in improving health units in the cantons of Baños, Patate and Pelileo. This project was developed in four chapters that set out important approaches to public budget execution, both in the theoretical and statistical field of the health system, using research techniques (historical analysis, checklist and survey); determining that a healthy society will develop better and allows for economic growth.

### **KEYWORDS**

- **BUDGET MANAGEMENT**
- **ECONOMIC DEVELOPMENT**
- **SOCIAL DEVELOPMENT**
- **MANAGEMENT OF HEALTH UNITS**
- **PUBLIC FINANCES**

# CAPÍTULO I

## ASPECTOS GENERALES

### 1.1. Introducción

El actual proyecto de investigación estudia varios aspectos que se relacionan con la gestión presupuestaria y el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud, las que deben ser comprendidas en sus múltiples aspectos (económico, institucional y social). Variables que permiten ratificar una de las estrategias para el crecimiento económico de un país, como es la mejora de salud, jugando un papel muy importante debido a que mientras mayor capital (humano) y trabajo desarrollan excepcionalmente la productividad reflejándose en el incremento del Producto Interno Bruto (PIB). El Estado desarrolla la economía con miras a la obtención de los recursos que le permitan satisfacer las necesidades de la sociedad mediante la prestación de servicios públicos, es por ello importante conocer que la actividad financiera “es la acción administrativa del Estado dirigida al sostenimiento de los servicios públicos” a partir del criterio de Luis Sánchez Serrano; citado por Fernández (2012) puede definirse como la actividad ejecutada por el Estado u otros entes públicos para la intención, gestión y asignación de los recursos económicos necesarios para la satisfacción de las necesidades colectivas, la cual puede y debe estar dirigida, así mismo, a la estabilidad y progreso económico y a una justa distribución de la renta y riqueza en bien del mejoramiento de la productividad de todas las unidades de gestión en salud.

Esta acotación permite desarrollar el presente proyecto de investigación, por cuanto viene hacer un baluarte de base para los actores que actúan en las direcciones financieras de las instituciones de salud, los mismos que tienen bajo su responsabilidad ejecutar proyectos de inversión pública y administrar la ejecución presupuestaria de las direcciones distritales de salud, para lo cual se ha previsto efectuar un análisis en la gestión presupuestaria y en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones Baños, Patate y Pelileo que ha efectuado durante el periodo 2011-2016. El presente estudio tiene como objetivo analizar el impacto de la gestión presupuestaria en el acceso a la salud, es decir, el beneficio que se da para que más personas hagan uso del sistema de salud pública en los cantones Baños, Patate y Pelileo en el periodo 2011-2016.



Y a su vez también permitir el mejoramiento de la ejecución en la gestión presupuestaria, dicho de otra manera disminuir y evitar la devolución del presupuesto otorgado por el Estado, en vista del problema detectado se ha previsto realizar un análisis financiero en el periodo mencionado anteriormente, con el uso de una estructura metodológica que permitirá darle un rumbo lógico y ordenado a la información primaria y secundaria que se utilizará para el logro de los objetivos planteados. El enfoque de estudio es mixto ya que se utiliza la investigación cuantitativa y cualitativa con el propósito de condensar los acontecimientos relacionados con la problemática.

Además es de suma importancia poner en práctica todos los conocimientos adquiridos en el proceso de formación académica y a la vez para hacer uso de las teorías que permitan poder comprender la aplicación de las variables de la investigación, a través de la investigación descriptiva se podrá establecer el detalle de todos los elementos que intervienen en la problemática, que estará complementada con el tratamiento de información documental la cual recoge documentos y textos de todo tipo.

## **1.2. Tema de investigación**

Análisis e impacto de la gestión presupuestaria y el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones Baños, Patate y Pelileo del período 2011-2016.

## **1.3. Planteamiento del problema**

Como es de conocimiento de la población ecuatoriana, y de acuerdo al presidente Moreno (2017), “la situación económica del país ha sido extremadamente difícil desde el año 2015, al no contar con recursos suficientes, se recurrió a financiamiento externo e interno”, según se señaló en el informe emitido en cadena de televisión y radio el viernes 28/07/2017, las medidas tomadas por el anterior gobierno no fueron medidas, poniendo en riesgo la sostenibilidad de la economía ecuatoriana. Desde ese punto de vista, en la actualidad, el país no se encuentra en capacidad de cubrir en su totalidad con recursos económicos propios, porque los ingresos del presupuesto general del estado no son suficientes para cubrir lo que necesitamos, se requiere de corresponsabilidad de ciudadanos, empresarios y gobierno para superar la crisis que atraviesa el país.

Es por ello que para garantizar el derecho irrenunciable que establece la Constitución de la República del Ecuador y que están como prioridades en el presupuesto general del estado (la educación, salud y justicia) la Subsecretaria de inversión pública ha implementado metodologías, instrumentos y normativas que resuelve la falta de planificación institucional y logren un correcto direccionamiento de la inversión pública con el objetivo de buscar un buen manejo estratégico del mismo. Estas acciones se encuentran enmarcadas dentro de la gestión presupuestaria y en la actualidad se está dando más impulso.

Debido a ello el Ministerio de Salud Pública (MSP) se encuentra conformado por 9 coordinaciones zonales descentralizadas para facilitar su gestión; cada una de ellas con la capacidad de administrar un presupuesto anual teniendo como responsabilidad cumplir los objetivos y metas del ministerio, la máxima autoridad deberá velar por el buen uso de los recursos en virtud a las asignaciones presupuestarias. Una de las coordinaciones de salud a la que se hace referencia es la zona 3, que en el año 2015 tuvo una ejecución presupuestaria del 65% en gastos del personal (remuneraciones), el 25% en bienes y servicios de consumo (gastos corrientes) y un 8% en bienes de larga duración, en lo que comprende a proyectos de inversión los recursos asignados y ejecutados se obtuvieron un promedio total de 78,40% (Coordinación de salud zona 3 Tungurahua, 2015).

Con respecto a la productividad de las unidades de salud analizadas, la coordinación general de planificación estableció que en 2014 se proporcionaron en consultas: 792.173 de primer nivel que corresponde al 20% del total y 3'129.731 de segundo y tercer nivel. En cuanto al mejoramiento de la calidad del sistema de salud se invirtieron más de 26 millones de dólares en 15 centros de salud nuevos, mientras que en la planificación territorial está previsto 14 nuevos establecimientos de salud, 129 establecimientos de salud son reemplazados y 216 establecimientos de salud funcionaran con un equipamiento de 1 unidad móvil y 14 ambulancias distribuidas. (Coordinación de salud zona 3, 2014).

Demostrando de esta manera la importancia que tiene la gestión presupuestaria en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud para cumplir con sus compromisos como: planificar y normar la administración de talento humano, recursos materiales, gestión documental y recursos financieros de manera que faciliten la consecución de los objetivos y metas establecidos en función de los requerimientos de la planificación institucional. Con las acotaciones que se presentaron anteriormente se establece la problemática enmarcada a la relación directa entre la gestión presupuestaria y el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo, interacción que debe ser cuantificada y cualificada para conocer con mayor precisión el beneficio para la sociedad.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general.**

Analizar el impacto de la gestión presupuestaria en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones Baños, Patate y Pelileo en el periodo 2011-2016.

### **1.4.2. Objetivos específicos.**

- Establecer el aporte cuantitativo de la gestión presupuestaria en las unidades de salud de los cantones Baños, Patate y Pelileo mediante un análisis financiero.
- Ejecutar el levantamiento de información de la unidad financiera del distrito de salud y de los beneficiarios de las unidades de salud de los cantones Baños, Patate y Pelileo.
- Determinar el impacto que tiene la ejecución presupuestaria en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud.

## 1.5. Justificación

Considerando que el Ministerio de Salud Pública tiene como objetivos: incrementar la eficiencia y efectividad del sistema nacional de salud, acceso de la población y la satisfacción de los ciudadanos con respecto a los servicios de salud, el uso eficiente del presupuesto y el desarrollo de la ciencia y la tecnología en base a las prioridades sanitarias de la salud (Ministerio de salud pública, 2017). Partiendo de esta acotación, existe una gran relevancia en el estudio, debido la relación que existe entre la gestión presupuestaria y el mejoramiento de la productividad (Organización, recursos humanos y materiales e insumos) de las unidades de salud de los cantones Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo.

Con lo mencionado anteriormente se espera que vuelva a tener confianza en el servicio de salud público, debido al gran cambio en los últimos años y gracias a las políticas de inclusión que han sido mejoradas en base a que la salud no es solo la ausencia de enfermedad sino ante todo el cuidado constante e integral del ser humano, de su familia y de su comunidad. La razón fundamental para realizar este estudio se centra en establecer el aporte real generado por la gestión presupuestaria en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo.

También a través de este estudio se va evidenciar la importancia de la gestión del Presupuesto General del Estado en el ámbito de la salud debido a su relevancia para cubrir las necesidades de la sociedad y tener un servicio de calidad, otra de las principales razones que llevaron al desarrollo del tema es el impacto en la ejecución presupuestaria de las direcciones distritales de salud de los cantones Baños, Patate y Pelileo de la Zona 3, por cuanto existe la necesidad de cambio, en vista de que la expansión de los proyectos de inversión pública se generan sin un debido análisis, por lo que se requiere de un adecuado proceso estratégico empleado que permita generar crecimiento de su rendimiento y de la competitividad.

## 1.6. Marco contextual o situacional

### 1.6.1 Contexto y lugar donde se desarrollará el estudio.

El Ministerio de Salud Pública del país para tener una mejor organización a nivel nacional se encuentra conformado por nueve Coordinaciones Zonales Descentralizadas, las mismas que le permitirán cumplir con sus objetivos y metas. Es por ello que para el desarrollo de este proyecto el área de estudio estará situada en la Zona 3 de la provincia de Tungurahua, constituida internamente por un total de diez y nueve (19) Direcciones Distritales, que se detallan a continuación en la siguiente tabla:

**Tabla 1**  
***Direcciones Distritales de Salud de la Zona 3 de Tungurahua***

N°	Distrito	Provincia	Total
1	Direcciones Distritales 05D01 -05D02 - 05D03 - 05F04 - 05D05 - 05D06	Cotopaxi	6
2	Direcciones Distritales 06D01 - 06D02 - 06D03 - 06D04 - 06D05	Chimborazo	5
3	Direcciones Distritales 16D01 - 16D02	Pastaza	2
4	Direcciones Distritales 18D01 - 18D02 - 18D03 - 18D04 - 18D05 - 18D06	Tungurahua	6

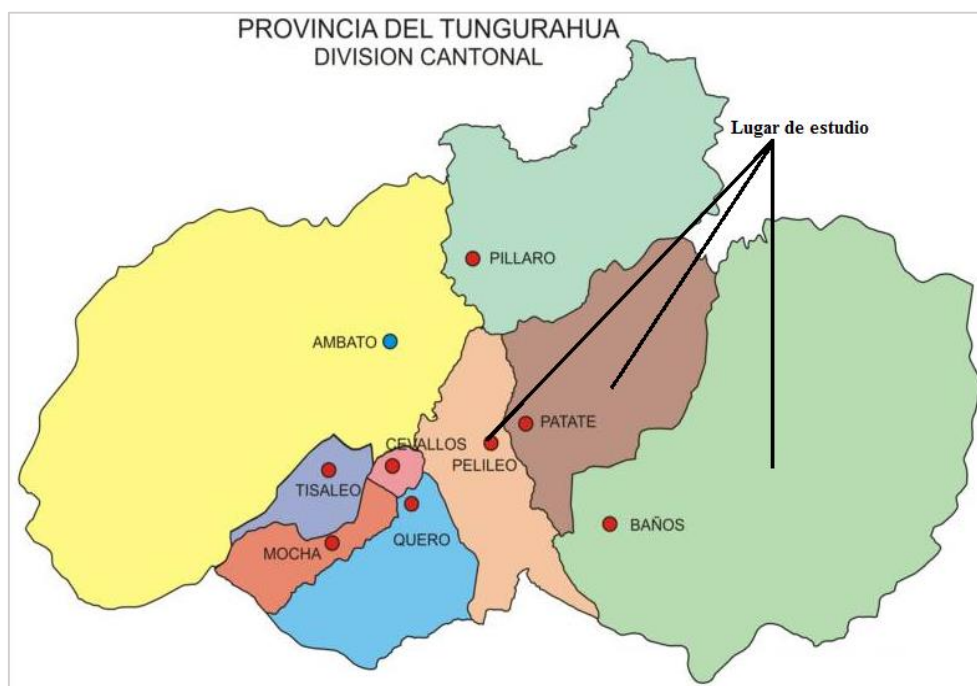
Fuente: Coordinación Zonal 3 MSP (2015)

Para su mejor estudio ha sido procedente delimitar el objeto de investigación en el campo, es por ello que se desarrollará específicamente en los Distritos 18D03 de Baños de Agua Santa y el 18D04 de Patate - San Pedro de Pelileo de la salud pública. A continuación se detalla la descripción de zonas de la Coordinación Zonal 3 de Tungurahua:

**Tabla 2**  
*Descripción de zonas, provincia, código, cantones y parroquias*

<b>Zonas Administrativas de Planificación</b>	<b>Provincia</b>	<b>Código Distrital</b>	<b>Descripción del Distrito (Cantones, parroquias urbanas y rurales)</b>	
<b>Zona 3</b>	Cotopaxi	05D01	Latacunga	
		05D02	La Maná	
		05D03	Pangua	
		05D04	Pujilí – Saquisilí	
		05D05	Sigchos	
		05D06	Salcedo	
	Chimborazo	06D01	Chambo - Riobamba	
		06D02	Alausí - Chunchi	
		06D03	Cumandá - Pallatanga	
		06D04	Colta - Guamote	
		06D05	Guano - Penipe	
	Pastaza	16D01	Pastaza - Mera - Santa Clara	
		16D02	Arajuno	
				<b>Parroquias urbanas:</b> La Península - La Merced - Atocha Ficoa - La Matriz - San Francisco.
				<b>Parroquias rurales:</b> Augusto
		18D01	Martínez - Constatino Fernández - Cunchibamba Izamba - Pasa - Quisapincha - San Bartolomé de Pinlo - San Fernando - Unamuncho - Ambatillo - Atahualpa.	
				<b>Parroquias urbanas:</b> Celiano Monge - Huachi Chico - Huachi Loreto - Pshilata.
		18D02	<b>Parroquias rurales:</b> Huachi Grande - Juan Benigno Vela Montalvo - Picaigua - Pirhuín - Santa Rosa - Totoras.	
			18D03	Baños de Agua Santa.
			18D04	Patate - San Pedro de Pelileo.
			18D05	Santiago de Pillaro.
		18D06	Cevallos - Mocha - Quero - Tisaleo.	

Fuente: Registro Oficial MSP (2012)



**Figura 1.** Lugar de estudio

Fuente: Gobierno Provincial de Tungurahua (2016)

Como se mencionó anteriormente son tres cantones en los que la investigación se llevará a cabo y para tener mejor conocimientos se detallan a continuación cada uno ellos: El cantón Baños de Agua Santa está ubicado en la provincia de Tungurahua constituyendo el 31,5% del territorio con respecto a la misma, es la puerta al Oriente ecuatoriano limitando al norte con la provincia de Napo, al sur con Morona Santiago y Chimborazo, al este con el Pastaza y al Oeste con Patate. Fue declarado cantón el 16 de Diciembre de 1994, a partir del años 1996 mediante ordenanza publicada en el Registro oficial número 990 del 17 de julio del mismo año cambió de denominación de Baños por Baños de Agua Santa.

Remontándonos a sus orígenes, la mayoría de historiadores coinciden en afirmar que Baños no tuvo fundador ni fecha alguna de fundación, se fue poblando con la llegada de pequeños grupos dispersos de indios (antes de la conquista) de españoles y mestizos que se dedicaban a comerciar productos. Inicialmente a este pueblo lo llamaron “Los Baños” debido a los pozos de aguas termales existentes en el cantón, hoy más conocida como cascada de la Virgen. (Gobierno Provincial de Tungurahua, 2015). Cuenta con 4 parroquias rurales: Lligua, Ulba, Río Verde y Río Negro.

Tiene una población de 20.018 habitantes según el censo del 2010 equivalente al 4% respecto a la provincia de Tungurahua, más del 64% de la población se encuentra en el área urbana y el 35% en el rural. La mayor concentración poblacional se localiza en la cabecera cantonal Baños con el 54,9% de la población total del cantón. (Gobierno Autónomo Descentralizado Cantón de Baños de Agua Santa, 2014)

Mientras que el cantón Patate el 3 de Julio de 1860 fue declarada parroquia civil del cantón Pelileo, condición que mantuvo hasta el 13 de septiembre de 1973, fecha en la cual el gobierno del General Guillermo Rodríguez Lara expidió el decreto de su cantonización. Patate esté ubicada en la cordillera Occidental a 4.650 m.s.n.m; a 26.6 km del sureste de Ambato. Sus límites territoriales son al norte del Cantón Píllaro, al sur los cantones Baños y Pelileo, al este con Baños y al oeste con Píllaro y Pelileo. Tiene 6720 habitantes que se dedican principalmente a la agricultura y ganadería. Actualmente está integrado por las parroquias rurales: El Triunfo, Los Andes (Poutug) y Sucre (Patate-Urcu).

Y por último el cantón San Pedro de Pelileo está ubicado en el centro del Ecuador a 2600 m.s.n.m, en la ruta de los volcanes y en la puerta de la entrada de la Amazonía, sus límites territoriales son: al norte con el cantón Píllaro, al sur con la provincia de Chimborazo, al este con los Baños y Patate y al oeste con Ambato, Cevallos y Quero. Pelileo fue fundado por Antonio Clavijo en 1570 y declarado cantón el 22 de julio de 1860. La naturaleza sorprendió a los habitantes de este lugar cuando el 5 de agosto de 1949 Pelileo fue totalmente destruido por un terremoto, aproximadamente 5.000 personas murieron dentro de los límites del cantón, la mayor parte atrapadas en las ruinas de la ciudad. Año más tarde, el 16 de agosto de 2006 el cantón fue cubierto por rocas y cenizas debido a la reactivación eruptiva del volcán Tungurahua, todas las parroquias aledañas al sector reportaron destrucción de cultivos y peligro para los animales.

Pelileo ha enfrentado grandes adversidades naturales pero el ímpetu de su gente ha permitido que hoy en día sea el segundo cantón más grande de la provincia de Tungurahua, adicionalmente posee una de las culturas étnicas mejor conservadas del Ecuador (Salasaka). Además tiene una población de 56.573 habitantes, la mayoría de ellos hablan dos idiomas que son el español y Kichwa. Sus principales actividades económicas son la ganadería y la agricultura. En la actualidad cuenta con diez parroquias: dos urbanas, Pelileo, Pelileo Grande y ocho rurales, Benítez (Pachanlica), Bolivar, Cotaló, Chiquicha, El Rosario (Rumichaca), García Moreno (Chumaqui), Huambaló y Salasaka.



Debido al enfoque que tiene el proyecto es relevante dar a conocer que la provincia de Tungurahua al momento cuenta con 7 centros de salud, con 83 unidades de salud de mayor y menor complejidad; 1 Hospital provincial y 2 unidades móviles de salud escolar, una asignada directamente a la Dirección Provincial de Salud y otra asignada al Concejo Provincial que es coordinada por esta institución. Se tamizaron a 24.314 niños y niñas, alcanzando una cobertura mayor al 81,79% de nacidos vivos en la zona 3, mientras que en la alimentación y nutrición se entregaron 2'000.198 dosis (1'963.181 chispas y 37.017 en tabletas de vitamina A) y se vacunaron a 1'118.245 personas.

Es por ello que la investigación se llevará a cabo en dichas localidades, tomando en cuenta su situación económica y social, en base de una serie de sucesos ocurridos en el período 2011-2016, dicha delimitación de tiempo y espacio permitirá un estudio sólido conforme a las variables de esta investigación (el análisis e impacto de la gestión presupuestaria y el mejoramiento de la productividad de las unidades de los cantones Baños, Patate y Pelileo).

## **1.7. Marco teórico**

### **1.7.1 Teoría de soporte.**

Vienen a ser los fundamentos que permitirán hacer el estudio, con el propósito de demostrar una correlación entre el estado actual de la problemática y las bases teóricas, estas teorías se enfocan al tratamiento de las variables de la investigación, que para este caso son la gestión presupuestaria y el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones Baños, Patate y Pelileo.

#### **1.7.1.1 Teoría de administración.**

El término administración se refiere “al proceso de conseguir las cosas con eficiencia y eficacia, mediante otras personas y junto a ellas” (Robbins & DeCenzo, 2008, pág. 5). Otros autores sostienen que: “La administración es el proceso de trabajar con las personas y los recursos para cumplir con los objetivos organizacionales; los buenos administrativos el deber es llevar a cabo estas funciones de forma eficaz y eficiente” (Beteman & Snell, 2009, pág. 19).

De igual manera otros autores definen que: “La administración es la planeación, organización, dirección y control de los recursos humanos y de otra clase para alcanzar con eficiencia y eficacia las metas de la organización” (Jones & George, 2010, pág. 5). Desde ese punto de vista los autores citados definen a la administración como un proceso de eficiencia y eficacia, en el que ser eficiente significa lograr las metas con el menor desperdicio de recursos, emplear de mejor manera el capital, los materiales y los recursos humanos; ser eficaz es la capacidad de la entidad o institución para lograr las metas organizacionales.

### **1.7.1.2 Teoría de administración científica.**

Según el autor Yuri (2012) “la administración científica recibe el nombre por aplicar métodos de ciencia a los problemas de la administración para alcanzar una gran eficiencia industrial; los principales métodos científicos al aplicar a los problemas de la administración es observar y medir”. La teoría de la administración científica surge en parte por la necesidad de elevar la productividad. Recordar a mediados del Siglo XX, en Estados Unidos que había poca oferta de trabajo, y la única manera para elevar la productividad fue elevar la eficiencia de los trabajadores; así como Frederick, W; Taylor, Henry, L; Gantt, Frank y Gilbreth, W, estos autores crearon principios que se conocen como la teoría de la administración científica.

A Taylor se le reconoce como el padre de la administración científica, probablemente ninguna otra persona tiene una repercusión mayor sobre el desarrollo inicial de la administración, sus experiencias como aprendiz, obrero, capataz, maestro y luego ingeniero, le dan una amplia oportunidad para conocer de primera mano los problemas y actitudes de los trabajadores y observar las posibilidades para mejorar la calidad de la administración.

También plantea tres elementos, el primero le denomina one best way que se enfoca a realizar el trabajo con la optimización de recursos en todas sus operaciones; el segundo elemento se proyecta a la colaboración del empleado mediante el desarrollo de un pago en la producción, es decir si genera mayor cobertura en el trabajo, a este método se le denomina como un sistema de tarifas diferenciales. Finalizando Taylor con la idea de la eficiencia que no depende de la metodología de trabajo y los incentivos, más bien de las condiciones del contexto en donde se desempeña el proceso productivo. (Koontz, Weihrich, & Cannice, 2012)

### **1.7.1.3 Teoría clásica de la administración.**

Fue creada por Henry Fayol que le conceptualiza como toda acción cotidiana, y el deber es planificar organizar, direccionar, coordinar y controlar. La teoría clásica vigila a las organizaciones como un sistema limitado sin considerar las incidencias del entorno y a la vez se afirma subjetivamente la conducta del capital humano, fundamentos y principios contradictorios; Henry Fayol divide las actividades o acciones en seis grupos, como: actividades técnicas, actividades industriales, actividades financieras, actividades contables o gerenciales. Reconocer la administración en las organizaciones es su punto clave y sobre todo en la gestión del capital humano (Koontz, Weihrich, & Cannice, 2012).

### **1.7.1.4 Teoría X e Y en administración de empresas.**

Las teorías X e Y han sido creadas por Douglas McGregor, mientras que la teoría es del japonés Ouchi; son teorías que se basan en la forma de ser y de comportarse los trabajadores en la empresa en función a lo que les presupone, en función a lo que se va a considerar su naturaleza humana; muchas empresas se establecen en algunas teorías para crear políticas y estrategias de trabajo, aunque cada vez son menos, ya que existen otras teorías.

La teoría X se establece en que las personas o colaboradores les disgusta el trabajo y demuestran pereza y a la vez evitan el trabajo si les es posible; por su pereza la gente debe estar controlada, amenazada y dirigida, esto es administrada para conseguir un correcto desempeño de ellos/as. No asumen responsabilidades, por eso mismo hay que ser autoritario ofrecer políticas, reglas u un gran control, las personas desean seguridad en el trabajo antes que otras cosas, la única forma de conseguir un correcto desempeño es ser autoritario. Los trabajadores sienten repugnancia y rechazo hacia el trabajo evitando en la medida posible, por lo que la empresa debe obligar a trabajar por medio del control, dirección, fuerza y amenazas para así desarrollar el esfuerzo necesario con el propósito de conseguir los objetivos planteados por la empresa.

La Teoría Y: se basa en que les gusta a las personas trabajar como una de las necesidades básicas de la vida; estas personas se sienten motivadas hacia el trabajo, buscan responsabilidades y son creativas, no escapan del trabajo porque les gusta hacer, por eso tienen autodirección y autocontrol; la forma en que se compromete a las personas son los objetivos de la empresa se basa en las recompensas por la realización. Los trabajadores se comprometen con los objetivos de la empresa a cambio de las compensaciones que se asocien con su logro, ya que en la realidad no les disgusta trabajar, por tanto a mayor recompensa ofrecido mayor es el grado de compromiso con lo que la empresa está direccionada. La empresa debe considerar a los trabajadores responsables y maduros, se debe pensar que el empleado al asumir un estilo de dirección democrático, participativo, basado en el autocontrol y autodirección. No es necesario un gran control externo.

La Teoría Z se diferencia estas dos teorías ya que fue ideada por el japonés Ouchi, y afirma que la producción es un tema de la administración de la persona que se puede aplicar y aplica en cualquier empresa independientemente que sea japonesa o no y que se direcciona en los valores de la intimidad, sutileza y confianza: las personas se comportan correctamente favoreciendo la confianza en los trabajadores, se espera que la gente produzca y por tanto los controles de la empresa no son muy exigentes; en este caso, el autocontrol es base, y el trabajador se acabará comportando tal cual se espera de él. La teoría se basa en que si se tiene confianza en una persona se tiene a comportar correctamente, si se tiene confianza en un trabajador tiende a rendir lo que se espera de él.

#### **1.7.1.5 Teoría de la organización y administración pública.**

Las administraciones públicas son organizaciones a las que corresponde, como es bien conocido, satisfacer los intereses generales de sus respectivas comunidades; cualquier administración pública es una organización pero también las entidades que forman parte de la misma, sean estas formalmente independientes (agencias, organismos autónomos o empresas públicas) o no (departamentales centrales) pueden considerarse organizaciones a efectos analíticos. Todo ello con independencia de que su entorno esté configurado por otras unidades administrativas y que sus objetivos y decisiones estén condicionadas por los criterios de instancias superiores.

En los años sesenta la Teoría de la organización y administración dio un salto cualitativo importante de la mano de la Teoría General de Sistemas al comprender que las organizaciones deben analizar de manera integral sin dejar de lado ninguno de sus dimensiones fundamentales, en este sentido, una organización (en este caso de una organización pública) se debe agrupar las siguientes dimensiones como el entorno, objetivos, estructura administrativa, recursos humanos, recursos tecnológicos, financieros y materiales, procesos administrativos.

Los progresos y las aportaciones de la Teoría de la Organización y Administración Pública durante las dos últimas décadas permite apreciar que las organizaciones son algo más que objetivos, estructuras, recursos humanos, es decir son algo más que un conjunto de elementos que configuran una dimensión de carácter socio técnico. Las organizaciones son también entidades sociales que poseen sus propias dinámicas políticas y que a la vez se manejan con sus propios mitos, valores e ideología, es decir realidades que tienen sus propios parámetros culturales; atendiendo a esta nueva dimensión, los análisis organizativos deben tener presente el ámbito “político cultural” de las organizaciones públicas. (Kast & Rosembeig, 2012).

Además hay que añadir un elemento implícito en cualquier análisis organizativo: las estrategias de mejora de los elementos de las organizaciones y de su rendimiento. En efecto el análisis organizativo tiene como objetivo ayudar a comprender, mejorar las pautas de funcionamiento de las organizaciones, sus debilidades y sus fortalezas y las causas de las mismas. Desear conceptos instrumento para ayudar a comprender y a detectar aciertos y desaciertos de las organizaciones pero este no es el objetivo final, o, al menos, no es el único objetivo, el deseo es identificar las fortalezas, las debilidades de las organizaciones mediante calculadas estrategias que favorezcan superar los puntos débiles y maximizar los puntos fuertes.

En definitiva, cualquier análisis organizativo comporta de forma implícita o explícita una dimensión o ámbito de control, cambio y mejora de la organización es lo que se va a buscar con el desarrollo de esta investigación. Las dimensiones de carácter político-cultural, de control y mejora se pueden tener una imagen mucho más completa y ordenada sobre los ámbitos conceptuales fundamentales que agrupa cualquier organización pública. En este sentido, una organización pública se debe articular en los tres grandes ámbitos, como: el ámbito socio técnico, político-cultural y el de control y mejora.

### **1.7.1.6 Teoría del presupuesto.**

El presupuesto público persigue reflejar los gastos y los ingresos previstos para un ámbito determinado del sector público en un período de tiempo determinado. Esto significa que mide, habitualmente para el intervalo de un año, los créditos que como máximo se destinarán a las distintas partidas de gastos, así como las previsiones de recaudación y la estimación de los fondos provenientes de otras fuentes de ingresos. El presupuesto público constituye, asimismo, un documento político que recoge la declaración de intenciones de un gobierno cuantificada monetariamente para un ejercicio anual, por tanto, sintetiza desde la perspectiva económica y financiera el plan de actuación que presidirá la gestión gubernamental y, en este sentido, deberá responder a las siguientes cuestiones: a) qué hacer: qué políticas se van a llevar a cabo, b) quién puede gastar y hasta qué límite: clasificación orgánica del gasto, c) para qué se hará el gasto: clasificación funcional y por programas del presupuesto, d) cómo se hará el gasto: clasificación económica del gasto público (Presupuestos públicos).

### **1.7.1.7 Teoría del desarrollo humano.**

La teoría del desarrollo humano tiene sus raíces en la preocupación que despiertan las críticas al enfoque economicista de los estudios del desarrollo y la búsqueda por integrar en el análisis los aspectos sociales y culturales de la población, es decir, las necesidades de los destinatarios del desarrollo. Este enfoque crítico ocurrió simultáneamente en América Latina con los trabajos de la Teoría de la Dependencia y su crítica a la Teoría de la CEPAL, y en Europa con las propuestas de organizaciones supranacionales en torno al medio ambiente, como lo fue la creación del Club de Roma<sup>1</sup> en 1968 y el enfoque del eco desarrollo presentado en 1973 por Maurice Strong director ejecutivo del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA).

### **1.7.1.8 Teoría del desarrollo local.**

El desarrollo local abarca el desarrollo de una región, es decir el crecimiento a nivel social, ambiental, cultural mediante proyectos que buscan el bienestar de toda la población. Francisco Albuquerque en su cuaderno de capacitación N.- 1 El Enfoque del desarrollo económico local menciona que el desarrollo local es un proceso de búsqueda de mejoramiento de la calidad de vida de la población por medio del crecimiento económico basado en la potencialidad territorial. (Albuquerque, 2004)

Albuquerque menciona” el desarrollo local es resultado del compromiso de una parte significativa de la población local, mediante el que se sustituye la concepción tradicional del “espacio” (como simple escenario físico) por la de un contexto social de cooperación activa (un “territorio”), lo cual precisa de cambios básicos en las actitudes y comportamientos de la sociedad local” (Paolo, 2001). Es decir que el desarrollo de local solo depende de las actitudes de los miembros de la población, y su búsqueda de opciones de mejora de su entorno.

### **1.7.2 Marco referencial**

La investigación cuenta con un marco referencial que posibilita incorporar varios estudios asociados a la problemática, consiguiendo de esta manera establecer el soporte práctico empleado a la realidad nacional de la gestión presupuestaria del país a través de ciertos parámetros ya desarrollados anteriormente.

#### **1.7.2.1 Economía Pública I: Fundamentos, Presupuesto y Gasto y Aspectos macroeconómicos.**

Según los autores: Emilio Albi Ibáñez, José Manuel González-Páramo e Ignacio Zubiri manifiestan que la economía pública estudia la intervención que la autoridad pública efectúa en una economía de mercado, fundamentalmente a través de los ingresos y gastos públicos. Trata, por tanto, de las intervenciones públicas que se llevan a cabo con ingresos y gastos, de los presupuestos donde se recogen tales gastos e ingresos, de los posibles déficit presupuestarios y de la forma de financiarlos. Los ingresos y gastos públicos implican flujos de dinero, pero a la economía pública no le interesa básicamente el medio con que se realizan tales ingresos y gastos.

La economía pública estudia la elección, puesta en práctica, y los efectos de los ingresos y gastos públicos, o de una manera más general de buena parte de las intervenciones públicas, según unos criterios básicos de eficiencia y equidad; estos criterios responden a dos grandes objetivos de los sectores públicos actuales: a) lograr una asignación eficiente de los recursos que conduzca a un crecimiento económico equilibrado, y b) redistribuir la renta y la riqueza de un país. (Ibáñez, Gonzáles, & Zumbiri, 2009, pág. 4)

El presupuesto registra necesariamente un equilibrio formal o contable, ya que no pueden realizarse gastos sin disponer de algún tipo de financiación. Desde un punto de vista económico puede afirmarse que el presupuesto registra un déficit (superávit) cuando ciertos gastos son mayores (menores) que determinados ingresos. Por lo que para iniciar un proceso sean estos de bienes y/o servicios dentro de las unidades de salud de los cantones de Baños de agua santa, Patate y San Pedro de Pelileo, deberán formular su plan operativo el que contendrá sus ingresos y gastos futuros en el año, con la finalidad de que en la gestión presupuestaria sea en óptimas condiciones. (Ibáñez, Gonzáles, & Zumbiri, 2009, pág. 5)

### **1.7.2.2 Francois Perroux: pionero olvidado de la economía del desarrollo.**

El autor Héctor Guillén Romo dice que Perroux se interesó tempranamente en los estudios del subdesarrollo y a finales de la década de los cincuenta escribe un importante artículo titulado “Tres elementos para el análisis del subdesarrollo” (1958). Su preocupación por el Tercer Mundo constituyó un desenlace natural de un pensador que buscó afanosamente entender los problemas de la desigualdad y buscar alternativas para atenuarlas. En su libro *La economía del siglo XX* (1991), sostiene que el subdesarrollo es resultado de una acción de dominación de los países más desarrollados que durante la etapa de la colonización, sus acciones de saqueo y explotación, condujeron a la desarticulación de las estructuras productivas prevalecientes en dichos países que constituyó el verdadero obstáculo al desarrollo. La manifestación más clara del subdesarrollo se expresa en un indicador profundo, complejo y global: la ausencia de cobertura de los costos del hombre. (Guillén Romo, 2002)



### **1.7.2.3 El trabajo decente: nuevo paradigma para el fortalecimiento de los derechos sociales.**

Elizabeth Gálvez Santillán, Esthela Gutiérrez Galarza y Esteban Picazzo Palencia, expresan que la teoría de Perroux de los costos del hombre permitió sentar las bases de estrategias posteriores de política de desarrollo como el enfoque de las necesidades básicas, la teoría del Desarrollo Humano de Amartya Sen y el PNUD, que a través de ellas responderían principalmente a la preocupación de Perroux, la de edificar “medidas numéricas de fenómenos sociales exteriores al funcionamiento del mercado” (Perroux, 1991, p.514). Esta visión del desarrollo centrada en el ser humano formó parte de una coyuntura histórica importante caracterizada de una expansión social de la conciencia que se manifestó en el movimiento estudiantil internacional, -destacando Francia y México-, la lucha por los derechos civiles en Estados Unidos, el rechazo a la emergencia de las dictaduras militares en el Tercer Mundo (donde los teóricos de la teoría de la dependencia fueron los críticos principales) y la compasión que provocaron las muertes por hambruna en Etiopía y Bangladesh a principios de la década de los setenta (Bustelo, 1999). (Gálvez Santillán, Gutierrez Garza, & Picazzo Palencia, 2011)

### **1.7.2.4 Nueva economía del bienestar: Justicia /Medios contra fines.**

Amartya Kumar Sen (1992, p.81) señala: “la justicia (...) no tiene que valorarse en términos de los recursos o de los bienes elementales que las personas poseen, (...) sino por las libertades de que realmente disfrutan para elegir las vidas que tienen razones personales para valorar”. Y argumenta “que las comparaciones de posesiones de medios para la libertad no pueden proporcionar las comparaciones interpersonales que constituyen una parte esencial de la (...) justicia” (1997, p.110).

### **1.7.2.5 El derecho a la salud en el contexto internacional.**

El Maestro. Esteban Picazzo Palencia da a conocer en su libro que desde 1946, con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a continuación se presentan algunas constituciones de países que han universalizado el derecho a la salud. Entre los países que en su constitución elevaron el derecho a la salud como garantía constitución y universal se encuentran:

- **España:** En 1978, la Constitución Española en su artículo 43 exterioriza: 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud; 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios; 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio, el artículo 41 de dicha constitución establece que “los poderes públicos mantendrán un régimen de seguridad social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo”. La Constitución Española y su legislación ha sido un claro ejemplo de separar el régimen del derecho a la salud del régimen de la seguridad social. Sin embargo, en lo referente a los 121 servicios que se prestan fueron integrados a finales de la década de los setenta con la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y la reordenación de la gestión institucional de la salud y de la seguridad social española en 1978.  
(Gobierno Español, 1978).
- **Grecia:** La Constitución griega en 1975, en su artículo 21, párrafo tres expone: “El Estado cuidará la salud de los ciudadanos y adoptará medidas especiales para la protección de la juventud, los ancianos, los incapacitados y para el auxilio de los necesitados.” Por otra parte, en su artículo 22 (párrafo cuarto) establece que “el Estado atenderá a la seguridad social de los trabajadores, como está previsto por la Ley”. De esta manera, se vuelve a presentar una división clara y apropiada del derecho a la salud de la población y de la base trabajadora. En este sentido, se puede observar que en Grecia se tiene claro la división de la cobertura del derecho a la salud tanto para la población trabajadora como para la que no tiene ninguna actividad laboral (EFT, 2010).
- **Francia:** En la legislación francesa no se utiliza explícitamente el concepto del derecho a la salud. Sin embargo, incluye ciertas consideraciones al respecto. En el preámbulo de su Constitución de 1946 (confirmada en 1958) dispone que el Estado francés garantizara a todos, especialmente a los niños y ancianos, la protección de la salud, generándose así uno de los mejores servicios de salud de Europa en donde la garantía universal de este derecho está protegido por un servicio de calidad y de amplia cobertura técnica y de recursos humanos (ÉLYSÉE, 2010).

- **Portugal:** En 1976, en la constitución portuguesa, en su artículo 64 se extiende el derecho a la protección de la salud a todos los ciudadanos e impone a éstos el deber de defenderla y promoverla. Este derecho se prestará a través de un servicio nacional de salud universal y gratuita. En consecuencia, al Estado incumbe garantizar una racional y eficiente cobertura médica y hospitalaria; orientar su acción para la socialización de la medicina y de los sectores médico y químico farmacéutico, y controlar la producción, comercialización y el uso de los productos químicos, biológicos y farmacéuticos (Pérez, 2007).
- **India:** En el artículo 41 de la Constitución de la India de 1963, se impone la obligación al Estado de tomar efectivas disposiciones para asegurar, entre otras cosas, la asistencia pública en caso de enfermedad y otros estados de indigencia. Asimismo, en su artículo 47 menciona que el mejoramiento de la salud pública constituye uno de los primeros deberes del Estado (Seervai, 1976).
- **Chile:** En su Constitución (1925) se estableció el deber del Estado de velar por la salud pública y el bienestar de salubridad del país, decretando que se debe destinar una cantidad suficiente para mantener el servicio nacional de salubridad del país. En 1952 se creó en Chile el Servicio Nacional de Salud, sin embargo durante el proceso militar chileno, encabezado por Gral. Pinochet en la década de los ochenta, el servicio se empezó a desintegrar y se inició un proceso de privatización de la medicina pública (Congreso Nacional de Chile, 2010).
- **Costa Rica:** La Constitución costarricense de 1949 en su artículo 73, instauró los seguros sociales y en su artículo 53 establece la protección especial de la familia por parte del Estado. En 1961, se presenta una reforma constitucional y se ordena a través del artículo 177 de dicha constitución, que la Caja Costarricense de Seguro Social universalice los seguros sociales (Constitution Society, 2010).
- **Uruguay:** En el Artículo 44 de la Constitución de Uruguay establece que el Estado se hará cargo de la salud y proporcionara gratuitamente el servicio y los medios de prevención y asistencia de higiene pública a los grupos vulnerables. “El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.” (PDBA, 2010).

- **Venezuela:** En su Constitución (1961) se extiende el derecho a la protección de salud para todos los individuos, esto está plasmado en el artículo 76, que señala: “Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos. Todos están obligados a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro de los límites impuestos por el respeto a la persona humana”. En este país, la prestación de los servicios de salud se unificó en un solo sistema desde 1971 (Tribunal Supremo de Justicia de Venezuela, 2010).
- **Panamá:** Este país es otro que extiende en su Constitución (1972) el derecho a la salud a toda la población e impone la obligación a la comunidad para conservar la salud, al establecerlo en su artículo 105: “Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.” Además señala en su constitución (artículo 107) que el Estado Panameño debe desarrollar una política nacional de medicamentos que permita promover la disponibilidad, accesibilidad, y calidad de los medicamentos para toda la población (PDBA, 2010).
- **Brasil:** En este país, a partir de su Constitución de 1988 se establece el derecho a la salud en la población brasileña. Así, en su artículo 196 plantea: “La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tiendan a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros riesgos y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”. Cabe señalar que en la legislación brasileña está regulada la participación de las empresas privadas para proveer el derecho en la salud, en donde se contempla que las instituciones privadas podrán participar de forma complementaria del sistema de salud, mediante contrato de derecho público o convenio, teniendo preferencia las entidades filantrópicas y las que no tengan fines lucrativos. (Artículo 199) (ACNUR, 2010).

- **Argentina:** Este país no ha elevado el rango constitución el derecho a la salud para toda la población, desde su Constitución de 1949 hasta la última reforma en 1994, de dicha constitución, sólo ha incorporado el régimen de seguridad social o la preservación de la salud de manera universal y obligatoria en beneficio únicamente de la clase trabajadora. Esta consideración está plasmada en el artículo 14 bis en donde se argumenta: “El trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, (...). El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio...” (Senado de Argentina, 2010).
- **México:** Aunque en la siguiente sección de este capítulo se desarrollará el derecho en la salud de la legislación mexicana de una manera más amplia, se puede señalar en forma breve que en la Constitución de México en su Artículo cuarto, a partir de 1983, consagra el “derecho a la protección a la salud”, permitiendo así que la población tuviera acceso a los servicios de salud. Con la universalización del derecho en la salud en México a partir de esta reforma se sentaron las bases para generar un Sistema Nacional de Salud que permitiera llevar a cabo el mandato constitucional (Carpizo & Madrazo, 1984).

Gracias a estas referencias tomadas en consideración se permitió determinar la relación entre la gestión presupuestaria y el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones de Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo.

### 1.7.3 Marco conceptual

Para profundización y estudio de la variable independiente (la gestión presupuestaria) y dependiente (el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los distritos 18D03 y 18D04), así como para el desarrollo de la investigación se ha visto procedente la inclusión de conceptos, definiciones, tipo y elementos teóricos de autores que a través de la historia aportan al conocimiento; y a su vez facilita la generación de nuevos estudios que se obtiene a través de la presentación de proyectos, como son: planes de inversiones o gestión, objetivos, indicadores de formulación y éstos a su vez en indicadores de línea base y marco lógico, así como de seguimiento y aquellos que sirven para medir resultados e impactos; que la deducción de los mismos facilitará el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones que se ha retomado como pilotos de estudio, por lo tanto el marco conceptual será la base de datos de conceptos condensados que en el transcurso de la investigación serán empleados.

### **1.7.3.1 Presupuesto**

Según Gastón Jéze dice que: el presupuesto es un acto administrativo-legislativo concretado en forma de ley anual, por el que se prevé, autorizan y reconocen los recursos con los cuales los gastos han de cubrirse. Mientras que el financista argentina Guiliani Fourouge dice que el presupuesto es un acto de transcendencia que regula la vida económica y social del país, con significación jurídica. Y no meramente contable; que es manifestación integral de la legislación de carácter unitario en su constitución fuente de derechos y obligaciones para la administración y productor de efectos con relación a los particulares (Domingo García Belaunde Saldías).

### **1.7.3.2 Gestión presupuestaria**

Se define como la práctica de la dirección de una empresa o administración destinada a definir en volumen y en valor las previsiones de actividad de la organización en el plazo de un año , y posteriormente a seguirlas en vías de realización mediante una permanente confrontación entre previsiones y realizaciones, se apoya en la estructuración de la organización en centros de responsabilidad (según los casos son centros de costes, de ingresos, de beneficios y de inversión), estableciéndose en cada centro un programa preventivo de actividad, de este modo la gestión presupuestaria se relaciona con el sistema de planificación, la organización contable y la estructura jerárquica de la organización. (IGEP, 2012)

### **1.7.3.3 Actividades de control**

Según el Instituto Mexicano de Contadores Públicos en su libro “Normas de auditoría para atestiguar, revisión y otros servicios relacionados” (2017) establece que: “las actividades de control son aquellas medidas y procedimientos que ayudan a asegurar que las directrices marcadas por la dirección se llevan a cabo y son un componente del control interno” (Instituto Mexicano de Contadores Públicos, 2017) .

### **1.7.3.4 Alcance de una revisión**

“Procedimientos de revisión que se estiman necesarios, en función de las circunstancias, para alcanzar los objetivos de dicha revisión” (Instituto Mexicano de Contadores Públicos, 2017).

### **1.7.3.5 Control interno**

El proceso diseñado, implementado y mantenido por los responsables del gobierno de la entidad, la dirección y otro personal, con la finalidad de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de los objetivos de la entidad relativos a la fiabilidad de la información financiera, la eficacia y eficiencia de las operaciones, así como sobre el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias aplicables. El término "controles" se refiere a cualquier aspecto relativo a uno o más componentes del control interno. (Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas, 2013)

### **1.7.3.6 Activo**

Según las Normas Internacionales de Información Financiera para PYMES establece que: “un activo es un recurso controlado por la entidad como resultado de sucesos pasados, del que la entidad espera obtener, en el futuro, beneficios económicos” (Consejo de Normas Internacionales de Contabilidad (IASB), 2009, pág. 18) .

### **1.7.3.7 Sistema de contabilidad**

Conjunto de normas y procedimientos de contabilidad que se aplican en una empresa en un ramo de explotación determinado.

### **1.7.3.8 Sistema de control interno**

Los métodos y procedimientos adoptados por el negocio para controlar sus operaciones y para proteger sus activos del desperdicio, el fraude y el hurto.

### **1.7.3.9 Utilidad**

Beneficio o ganancia que se produce una empresa o una determinada operación en particular.

### **1.7.3.10 Fondos públicos**

Son los recursos, valores, bienes y derechos propiedad del Estado, de órganos, de empresas o de entes públicos. Como se deriva de lo hasta aquí consignado, el carácter “público” de los fondos o recursos se encuentra legal y doctrinariamente relacionado al concepto de propiedad que tiene el Estado respecto del fondo o recurso.

En términos generales, el concepto de propiedad se entiende como el derecho que tiene un sujeto de gozar y disponer de una cosa con pleno dominio, con exclusión de cualquier perturbación. En resumen, se trata de un derecho real en virtud del cual una cosa se encuentra sometida a la acción y voluntad de una persona física o jurídica, que para el caso de fondos o recursos públicos lo será el Estado en sentido amplio.

### **1.7.3.11 Inversión**

Es el acto de destinar hoy, un determinado monto de dinero por un período de tiempo a fin de recibir pagos (beneficios) futuros que compensarán al inversor por: 1) el tiempo en que el dinero estará destinado a la inversión, 2) la tasa esperada de la inflación y 3) la incertidumbre de los pagos (beneficios) futuros. El inversor puede ser un individuo, una empresa o un gobierno (Reilly & Brown, 2014)

### **1.7.3.12 Inversión pública**

Es la erogación de recursos de origen público que tienen como propósito aumentar la capacidad para producir bienes o servicios destinados a satisfacer las necesidades de la población, a mejorar su calidad de vida y a incrementar la productividad nacional; como los proyectos son la unidad básica de la inversión, solo con buenos proyectos se puede garantizar la calidad de la inversión necesaria para avanzar de manera sostenible hacia estos objetivos. (Secretaría de Finanzas (SEFIN), 2015, pág. 6)

### **1.7.3.13 Inversión en salud**

“Promueve el perfil económico, debido a la inversión en infraestructura reguladora que mitiga los factores que inciden en la salud de la población” (Franco, 2004, pág. 158).

“La inversión en salud hace referencia a las estructuras administrativas y de procesos de planeación y financiamiento dirigidos al campo de la salud de la población” (Echeverry, 2006, pág. 5).

La salud de la población es un aspecto muy importante a tomar en cuenta por parte de la sociedad puesto que, a través de la institucionalidad del Estado, la sociedad puede reducir los costos que la salud conlleva. Una población saludable, mejorará la productividad nacional, lo cual incentiva el crecimiento económico en el contexto productivo y más aún en América Latina.



#### 1.7.3.14 Política económica

“Es el conjunto de instrumentos, procedimientos y medidas que se aplican en un sistema político para controlar el crecimiento económico” desde ese punto de vista cada país establece determinadas políticas para lograr sus metas, sus objetivos y sus planes estratégicos, para ello requiere de un plan económico que le permita posicionarse en el mercado nacional o internacional (Navarrete Vela, 2012, págs. 22, 10).

El encargado de implementar estas medidas es el “Poder Ejecutivo mediante los órganos Fiscales y administrativos, los cuales establecen las líneas que deben seguirse” (Rose, 2012). Otra variable que se integra en la política económica es el manejo de los recursos públicos, este elemento es crucial si el gobierno aspira a ofrecer una administración eficaz, por lo cual siempre se procura transparencia y rendición de cuentas. “El manejo de la deuda pública es importante para que gobierno realice la mayor cantidad de políticas públicas. La política económica permite a los funcionarios públicos saber hasta dónde es posible realizar acciones y establecer cuál es el límite del gasto” (Peters, 2012), desde ese punto de vista la política económica permite buscar soluciones para ingresar más recursos y diversificar su gasto. (Navarrete Vela, 2012, pág. 11)

Un instrumento importante se enfoca en el manejo de los recursos; existen dos enfoques básicos de la política económica: el que busca un mayor gasto del gobierno y el otro que intenta reducir al mínimo la responsabilidad del Estado ante los programas sociales. Para terminar este tema es pertinente mencionar que la política económica se relaciona directamente con los instrumentos de la política monetaria, es decir, del control de moneda frente a otras. “El objetivo es que la moneda local permanezca estable y no pierda su valor, lo cual podría causar una devaluación y perder competitividad en el mercado” (Shumpeter, 2012).

Otro elemento que determina la utilidad de la política económica es la cuestión fiscal del gobierno. ¿Qué significa esto?. La política fiscal ayuda al gobierno a fijar cómo obtener ingresos de parte de los ciudadanos, es lo que conoce comúnmente como impuestos. éstos permite al gobierno obtener recursos para implementar programas y políticas públicas, no obstante, el tema del alza o reducción de impuestos es un asunto sensible para cualquier partido en el gobierno.

Por otra parte, al análisis de coyuntura auxilia al funcionario a comprender el climapolítico (contexto social del momento). Con esta herramienta el analista de política económica identifica cómo afectan de manera inmediata a la población las acciones del gobierno; sin duda la ciencia política ayuda a mejorar la toma de decisiones. Finalmente la política económica está estrechamente ligada con la ciencia de políticas (políticas públicas); ésta es crucial para elaborar escenarios políticos de la aceptación de los instrumentos y políticas que el gobierno implementa. (Navarrete Vela, 2012)

### **1.7.3.15 Gestión pública**

La gestión pública, o también denominada por muchos y por años administración pública, y de acuerdo con la Constitución de la República del Ecuador en su Artículo 227 “constituye un servicio a la colectividad, que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación” (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

En la gestión pública, el manejo de los recursos tanto talento humano, como materiales, tecnológicos y por supuesto, financieros, debe estar en todo momento direccionando a la satisfacción del pueblo; por lo tanto, no se puede afirmar que la competencia de las entidades y organismos públicos, recibido del poder político, está enfocado básicamente en el interés social.

Vargas (2012), en su plan de investigación define a la gestión pública como: la evaluación de gestión en los sistemas de control interno, se refiere a medir la economía, efectividad y eficiencia de las actividades, para lo cual es necesario realizar un proceso de evaluación de los métodos que la dirección de una entidad u organismo establece en forma periódica y sistemática sobre los controles para cumplir con las normas legales, el buen uso y protección de los recursos, la identificación y cubrimiento de riesgos y la responsabilidad del funcionario en relación con unos estándares de resultados esperados proyectando acciones a futuro en busca de una mejora continua.

En lo concerniente, a las áreas que conforman la unidad administrativo financiero de las direcciones distritales de salud pública deberán obligatoriamente tener un control sobre los procesos en relación a las transacciones, financieras, económicas y humanas de manera permanente, cumpliendo los reglamentos estipulados en los órganos de control y en las políticas del MSP. Es así como la gestión pública orienta a las instituciones, por lo tanto la persona responsable deberá dar seguimiento y monitoreo, e involucrarse con las necesidades y expectativas de la colectividad en general.

### **1.7.3.16 Administración financiera**

#### *1.7.3.16.1 Generalidades*

Las finanzas, consideradas durante mucho tiempo como parte de la economía, surgieron como un campo de estudios independiente a principios de este siglo XX. En su origen se relacionaron solamente con los documentos, instituciones y aspectos de procedimiento de los mercados de capital, la Administración Financiera es una de las áreas de la administración creada dentro de una organización para los gerentes operativos, donde se deben destacar medios y técnicas que ayude a obtener los objetivos de la institución e informar de los resultados, con el fin de tomar decisiones financieras razonables y acertadas.

Los factores externos influyen cada día más en el administrador financiero, como en la: desregulación de servicios financieros, competencia entre los proveedores de capital y los proveedores de servicios financieros, volatilidad de las tasas de interés y de inflación, variabilidad de los tipos de cambio de divisas, reformas impositivas, incertidumbre económica mundial, y los problemas de financiamiento externo, excesos especulativos, conjuntamente los problemas éticos de ciertos negocios financieros. A continuación se desarrollan algunas definiciones, importancia, características, principios y campos de acción de la Administración Financiera.

#### *1.7.3.16.2 Definición de Administración Financiera*

Según Van & Wachowicz (2010) establece que: “la administración financiera se ocupa de la adquisición, el financiamiento y la administración de bienes con alguna meta global en mente”. Así, la función de decisión de la administración financiera puede desglosarse en tres áreas importantes: decisiones de inversión, financiamiento y administración de bienes.

La decisión de inversión es la más importante de las tres decisiones primordiales de la compañía en cuanto a la creación de valor, comienza con una determinación de la cantidad total de bienes necesarios para la compañía. La segunda importante de la compañía es la decisión financiera, aquí el director financiero se ocupa de los componentes del lado derecho del balance. La tercera es la decisión de administración de bienes. Una vez que se adquieren los bienes y se obtiene el financiamiento adecuado, hay que administrar esos bienes de manera eficiente. El director financiero tiene a su cargo responsabilidades operativas de diferentes grados en relación con los bienes existentes. (Van Horne & Wachowicz, 2010, pág. 3)

Según Redondo afirman lo siguiente: Es el área de dirección administrativa que tiene como objetivo elevar al máximo el valor actual de la institución, equilibrando los factores de rendimiento sobre la inversión y el riesgo, tendiente a conservar la liquidez de la empresa y obtener a la vez, el máximo aprovechamiento y rendimiento de sus recursos. (Redondo, 2012)

Es la planeación de los recursos económicos para puntualizar y establecer cuáles son las fuentes de dinero más convenientes para que dichos recursos sean aplicados en forma óptima, y así poder hacer frente a todos los compromisos económicos presentes y futuros, reduciendo riesgos e incrementando la rentabilidad (utilidades) de la empresa. (García, 2012)

Desde ese punto de vista se considera que su acepción más simple, en la administración financiera pública es el instrumento que el gobierno moviliza para la ejecución práctica de sus programas; es una entidad de servicio que se conforma a la filosofía política del Estado y que contempla al Gobierno desde el ángulo institucional y de su acción dinámica.

Para realizar un análisis de la administración financiera sobre la gestión presupuestaria es necesario descomponer un todo en sus partes para conocer cada uno de los elementos que lo integran y luego estudiar los efectos que cada uno realiza con el propósito de poder mejorar la productividad. El análisis de estados financieros en general descansa en dos bases principales de conocimiento del modelo contable y del dominio de las herramientas de análisis financiero que permite identificar y analizar las relaciones y factores financieros y operativos.

Los datos cuantitativos más importantes utilizados por los analistas son los datos financieros que se obtienen del sistema contable de las empresas que ayudan a la toma de decisiones. Su importancia radica, en que son objetivos concretos y que poseen un atributo de mensurabilidad.

### *1.7.3.16.3 Importancia de la Administración Financiera*

La Administración Financiera es muy importante, ya que su función principal es la obtención de fondos, su inversión y la administración óptima para obtener ganancias, dicho objetivo es sin duda lo que toda institución persigue. En toda empresa existe un permanente flujo de fondos y una Administración Financiera que debe ser ejecutada para alcanzar los fines planeados. Los resultados financieros deben ser evaluados para realizar una administración que busque el logro de los objetivos de la organización.

### *1.7.3.16.4 Funciones de la Administración Financiera*

Las funciones financieras claves son el análisis y planeación financiera, las decisiones de inversión y las decisiones de financiamiento; estas funciones financieras deben ser ejecutadas en todas las organizaciones desde instituciones públicas y privadas de negocios hasta unidades o agencias gubernamentales. Las funciones financieras se desarrollan a continuación:

- a) Análisis o planeación financiera:** esta función se refiere a la transformación de la información financiera de modo que puedan utilizarse para supervisar la condición financiera de la empresa, evaluar la necesidad de incrementar la capacidad productiva y determinar el tipo de financiamiento que se requerirá.
- b) Decisiones de inversión:** las decisiones de inversión determinan tanto la mezcla como el tipo de activos del balance general. La mezcla se refiere a la cantidad en dólares de activos circulantes y fijos. Una vez establecida la mezcla, se intenta mantener los niveles óptimos o más adecuados de cada tipo de activo para cumplir con los objetivos de la institución. Por eso es necesario planear las diferentes etapas de las operaciones y preparar cálculos completos de los costos de inversión y costos de operación, ordenando las etapas como: La elección del criterio de inversión, estimación de los costos de inversión, la previsión del movimiento anual de caja, calcular los beneficios financieros expresados y el cálculo del impacto.
- c) Decisiones de financiamiento:** esta función trata de las decisiones que tiene que ver con el pasivo y el capital del balance general: es necesario establecer la composición más adecuada de financiamiento a corto y a largo plazo más apropiada y luego determinar cuáles son las mejores fuentes de financiamiento en un momento específico.

### **1.7.3.17 Planificación presupuestaria**

Es la ejecución y administración del presupuesto que se inicia con la revisión de los recursos a emplearse, antes se debe establecer la respetabilidad y compromiso de cada miembro del equipo de gerencia respecto a la contribución que se espera de la gestión, se revisarán criterios básicos de administración en general, resaltando el papel de la planificación en la consecución de los objetivos, se verá el proceso de planeamiento estratégico como base de la acción o negocio para llegar al propósito del mismo en mediano y corto plazo (Quisiguiña, 2012).

### **1.7.3.18 Dirección Nacional del Presupuesto Público**

Según la Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Público, la Dirección Nacional del Presupuesto Público es el órgano rector del Sistema Nacional de Presupuesto y dicta las normas y establece los procedimientos relacionados con su ámbito, en el marco de lo establecido en Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Público, Directivas Presupuestarias y disposiciones complementarias. Las principales atribuciones de la Dirección Nacional del Presupuesto Público son:

- a) Programar, dirigir, coordinar, controlar y evaluar la gestión del proceso presupuestario;
- b) Elaborar el anteproyecto de la Ley Anual de Presupuesto;
- c) Emitir las directivas y normas complementarias pertinentes;
- d) Efectuar la programación mensualizada del Presupuesto de Ingresos y Gastos;
- e) Promover el perfeccionamiento permanente de la técnica presupuestaria; y
- f) Emitir opinión autorizada en materia presupuestal.

### **1.7.3.19 Presupuesto del sector público**

El Presupuesto del Sector Público es el instrumento de programación económica y financiera, de carácter anual y es aprobado por la Asamblea Nacional de la República. Su ejecución comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre de cada año.

### **1.7.3.20 Gastos del sector público**

Los gastos del Estado están agrupados en gastos corrientes, de capital y servicio de la deuda, que se desagregan conforme a los clasificadores correspondientes.

- a) **Gasto corriente**, son los gastos destinados al mantenimiento u operación de los servicios que presta el Estado;
- b) **Gasto de capital**, son los gastos destinados al aumento de la producción o al incremento inmediato o futuro del Patrimonio del Estado; y,
- c) **Servicio de la deuda**, son los gastos destinados al cumplimiento de las obligaciones originadas por la deuda pública, sea interna o externa.

#### **1.7.3.21 Ejecución presupuestaria**

Ejecución presupuestaria según Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas en el artículo 113.- Contenido y finalidad: Fase del ciclo presupuestario que comprende el conjunto de acciones destinadas a la utilización óptima del talento humano, y los recursos materiales y financieros asignados en el presupuesto con el propósito de obtener los bienes, servicios y obras en la cantidad, calidad y oportunidad previstos en el mismo. (Asamblea Nacional, 2010)

Además menciona el Art. 114.- Normativa aplicable.- Las disposiciones sobre la programación de la ejecución, modificaciones, establecimiento de compromisos, devengamientos y pago de obligaciones serán dictadas por el ente rector de las finanzas públicas y tendrán el carácter de obligatorio para las entidades y organismos del Sector Público no Financiero. (Asamblea Nacional, 2010)

En la ejecución de los presupuestos deberán registrarse todos los ingresos que les corresponda recibir a las instituciones, entidades y organismos por los conceptos denominados de autogestión, los que se originen en transferencias por aplicación de pre asignaciones con destino específico y las donaciones de asistencia técnica no reembolsable.

#### **1.7.3.22 Proyectos de inversión**

Es todo esfuerzo integrado y sistemático que amplía la capacidad para producir bienes o servicios, destinados a solucionar problemas específicos y a contribuir a los objetivos del desarrollo, que requiere la aplicación de recursos, en un espacio y en un tiempo determinado. Los beneficios esperados del proyecto se generan durante su vida operativa. (Secretaría de Finanzas (SEFIN), 2015, pág. 6)

### **1.7.3.23 Proyecto de inversión pública**

Se entiende por Proyecto de Inversión Pública (PIP) a toda inversión del Estado limitada en el tiempo a través de la elaboración y ejecución de un proyecto, ejecución de obras y desarrollo de actividades que utiliza total o parcialmente recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar, modernizar o restablecer la infraestructura pública, así como generar la capacidad productora de bienes o servicios; cuyos beneficios se generan durante la vida útil del proyecto y se revierten hacia la ciudadanía, creando desarrollo, impacto, calidad de vida, entre otros (Salinas, 2012).

### **1.7.3.24 Gestión de proyectos**

La gestión de proyectos es la rama de la ciencia de la administración que trata de la planificación: Planear la ejecución de un proyecto antes de su inicio y el control y seguimiento de proyectos: Medir el progreso del proyecto. Según Miranda (2005) sostiene que: La gestión de proyectos, son todas las actividades que el gestor del proyecto dedica a todas las etapas del proyecto y se refiere a: identificación, formulación, evaluación, negociación, gerencia y evaluación ex-post, este enfoque integral tiene como fin “procurar una mejor asignación y aprovechamiento de los recursos escasos, garantizando su sostenibilidad y el logro de su objetivo social”, (p.62).



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **2.1. Enfoque de investigación: Mixto**

El enfoque del estudio será mixto, debido a que se emplea la investigación cualitativa así como también cuantitativa, por cuanto se examina partidas presupuestarias codificado, comprometido, devengado, pagado, no ejecutado, por pagar, entre otros; para lograr obtener más información acertada en el análisis realizado sobre el presupuesto de salud que fue otorgado desde el 2011 hasta el año 2016. En primera instancia la investigación cuantitativa ayudó a sintetizar la información primaria y secundaria levantada en forma numérica, para a través de procesos estadísticos establecer el impacto de la gestión presupuestaria en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo. Para tener una perspectiva general, “se usa una recolección de datos para probar la idea a defender, con base al análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

#### **2.2. Tipología de investigación**

La tipología de la investigación considera la finalidad, las fuentes de información, las unidades de análisis, el control y alcance de las variables; debido a esta acotación se desarrolla a continuación cada uno de estos ítems (nieles) acorde al requerimiento del estudio.

##### **2.2.1. Por su finalidad: Aplicada**

La investigación aplicada de acuerdo a sus parámetros permitirá desarrollar el estudio en base a información obtenida. Con estas consideraciones, se llevará a la práctica la teoría y los elementos conceptuales relacionados a la gestión presupuestaria y el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud, es decir que el conocimiento adquirido como el nuevo generado en esta investigación será llevado a cabo para el logro de los objetivos planteados y para comprobar la hipótesis establecida.

Se va utilizar la investigación aplicada porque se “caracteriza en buscar los conocimientos para aplicar y organizar los resultados de la investigación que da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistémica durante el proceso para dar a conocer la realidad existente y buscar una alternativa de solución” (Vargas, 2017). Desde ese punto de vista también hay que tomar en cuenta la construcción de conclusiones y recomendaciones por cuanto es un procedimiento importante como los demás pasos que se van a realizar a lo largo de este proceso. De igual forma se requiere tomar en cuenta la rigurosidad, objetividad y concreción, así como el enfoque en el planteamiento del problema inicial. Estos y otros elementos serán prioridad en el desarrollo del presente tema de la investigación para proporcionar información a las unidades de salud de los cantones Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo.

### **2.2.2. Investigación por las fuentes de información mixta**

La investigación es documental y de campo, en primer lugar es documental por cuanto va a permitir recabar y reunir información de bases de datos, informes estadísticos, páginas web, artículos arbitrados o científicos y revistas indexadas, estas fuentes de información vendrán a ser de importancia para procesar y exponer el caso de la investigación, entre las principales bases de apoyo para compilar la información esta: Redalyc, E-libro, Google Académico, así como normas, leyes, reglamentos y resoluciones inherentes al objeto de investigación. En segundo lugar, se va aplicar un check list que va a ser dirigida a los líderes de los Procesos de Gestión y de la Unidad de Gestión de la Zona 3 de cada distrito de salud de los cantones a ser investigados; y por último se elaborará una encuesta que será aplicada a los usuarios involucrados de las unidades de salud.

### **2.2.3. Investigación por las unidades de análisis insitu**

“Mediante este tipo de investigación, se requiere la combinación de los métodos analítico y sintético, en conjugación con el deductivo y el inductivo, se trata de responder o dar cuenta de los porqué del objeto que se investiga”. (Morales, 2010, p.p. 36, 67,178). “Pretende establecer las causas de los eventos, los sucesos o fenómenos que se estudian” (Hernández, 2008, p.122).

En la investigación por las unidades de análisis en la teoría, es la que se constituye un conjunto organizado de principios, inferencias, creencias, descubrimientos y afirmaciones, por medio del cual se integra una realidad; este estudio contiene un conjunto de definiciones y de suposiciones relacionadas entre sí, de manera sistemática, estos supuestos deben ser coherentes a los hechos relacionados con el tema de estudio. Se pretende seleccionar y realizar un análisis, como: ¿Por qué ocurre? ¿En qué condiciones ocurre? “Son más estructurados y en la mayoría de los casos requieren del control en las gestiones de cada proceso, siempre manipulando las variables en un mayor o menor grado” (Hernández, 2008, p.134). Es por ello que se procede a desarrollar una investigación in situ, es decir, en campo (a los cantones: Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo), tomando en cuenta que el muestreo que se aplicara será de manera aleatoria.

#### **2.2.4. Investigación por el control de las variables: no experimental**

Sosteniendo y defendiendo a la investigación esta cuenta con variables no experimental, cuya definición se basa principalmente en el no control de los elementos o variables del estudio. Los parámetros y factores de la investigación responde a una serie de fenómenos globales y generales que limitan la participación del investigador, permitiéndole únicamente observar, inducir y analizar todo tipo de información generada a raíz de estos eventos.

#### **2.2.5. Investigación por el alcance correlacional**

El presente estudio maneja un alcance correlacional debido a que “tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 81). Con la aplicación de este tipo de investigación permite operar el impacto de la gestión presupuestaria en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones de Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo en el período 2011 a 2016, pues permite detallar y disgregar a todos los factores que intervienen en la problemática. Así entonces a través de esta descripción se logrará obtener una síntesis efectiva apegada a la realidad que consecuentemente facilitará el logro de los objetivos planteados y la comprobación de la hipótesis; además de una investigación correlacional de las variables gestión presupuestaria y el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud se encuentra inmersa un estudio como causa- efecto.

### 2.3. Hipótesis

Hi (Hipótesis inicial-alternativa)

La gestión presupuestaria tiene impacto en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones de Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo.

Ho (Hipótesis nula)

La gestión presupuestaria no tiene impacto en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones de Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo.

### 2.4. Instrumentos de recolección de información: varios

**Tabla 3**  
*Instrumentos de recolección*

Técnicas de información	Instrumentos de recolección de la información	Técnicas de recolección de la información
Información primaria	Campo-cuestionario	Observación-Check List- Encuesta
Información secundaria	Libros-artículos arbitrados, revistas-folletos e internet	Lectura científica

Fuente: (Distritos de la Zona 3 Tungurahua, 2016)

Los instrumentos de recolección de información que se utilizaron son varios, el primero de ellos es la observación científica a través de la cual se tomará mediante análisis y síntesis la realidad del entorno, se determinará la situación actual de la gestión presupuestaria de los cantones estudiados, y del mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones de Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo, además de la observación también se empleará la bibliografía, mediante esta se podrá indagar en todo tipo de documento bibliográfico que posee contenido asociada a las variables de estudio, así mismo este tipo de instrumento es factible si el tema abordado tiene un origen teórico, como es este caso con el tema de investigación.

Otro instrumento de recolección a emplearse es el cuestionario, el mismo que según Brace (2008): “consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. Debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 217). Es por ello que se aplicó un check list y una encuesta (respectivamente a cada principal involucrado).

## 2.5. Procedimiento para recolección de datos Varios

Para el procedimiento de recolección de datos se utilizará también varios tipos, el primero es la técnica documental, la cual se basa en la revisión y análisis de documentos de todo tipo, como revistas, papers, libros especializados e investigaciones similares, consecuentemente toda la información y datos recolectados serán sintetizados en un documento electrónico y físico para su mejor tratamiento. Adicionalmente se estructurará una base de datos con información cuantitativa derivada de la estadística económica obtenida del comportamiento y aporte del Ministerio de Salud, Secretaria de Planificación y Desarrollo, de la Dirección Distrital de Salud Zona 3, etc.

**Tabla 4**  
***Procedimientos para la recolección de la información***

#	Preguntas	Explicación
1	¿Para qué?	Para defender la actual investigación y lograr los objetivos propuestos.
2	¿A qué persona o sujeto?	A los líderes de la Zona 3 de Salud y colaboradores del área financiera de los Distritos 18D03 Baños de Agua Santa y 18D04 San Pedro de Pelileo-Patate.
3	¿Sobre qué aspectos?	El impacto de la gestión presupuestaria y el mejoramiento de las unidades de salud.
4	¿Quién?	Investigadoras: Ángela Priscila Espín Velasco y Jhosselyn Fernanda Illapa Toapanta
5	¿Cuándo?	Agosto a Diciembre de 2017
6	¿Lugar de recolección de información?	Unidad Financiera de la Zona 3 (distritos 18D03, 18D04)
7	¿Qué técnica de recolección	Check List-cuestionario.
8	¿Con qué?	Cuestionario (1) Encuesta (1)

Fuente: (Distritos de la Zona 3 Tungurahua, 2016)

## 2.6.Cobertura de las unidades de análisis:

La cobertura de unidades de análisis se realizará a través de escenarios, principalmente en los cuales se desarrollan las variables de la investigación como el social y el económico, pues el objetivo de la investigación es determinar si existe un impacto considerable de la gestión presupuestaria en el mejoramiento del servicio de las unidades de salud de los cantones de Baños de Agua Santa, San Pedro de Pelileo y Patate, para lo cual se aplicó un check list en la Unidad Financiera de la Zona 3 (Distrito 18D3 y 18D04) .

**Tabla 5**  
*Unidades de investigación*

<b>Unidades de Investigación</b>	<b>Unidades de Análisis</b>	<b>Frecuencia</b>
Zona 3 Administrativa de Planificación	Líderes de las unidades de gestión de los distritos de los cantones Baños, Patate, Pelileo (check list).	3
Zona 3 de Salud Técnicos del Área financiera	Personal de los procesos de gestión de los Distritos de los cantones Baños, Patate, Pelileo de Salud de la Zona 3 de la provincia de Tungurahua del área financiera (check list)	100
<b>Total</b>		<b>103</b>

Fuente: Distritos de los cantones Baños, Patate y Pelileo de la Zona 3 Tungurahua (2016)

A su vez también se aplicó una encuesta a los usuarios de las unidades de salud de los distritos anteriormente mencionado; tomando en cuenta que para delimitar la población a ser estudiada en la presente investigación se abarcó dos aspectos: En primer lugar se determinó un análisis entre los datos del Censo 2010 de población y la Proyección poblacional del 2016 que el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos elaboró, para poder establecer el segmento poblacional con el que se trabajará para el cálculo de la muestra. Mismo que para el caso de estudio se consideró que los datos de la proyección son los más actuales, permitiendo contar con información apegada a la realidad, como se evidencia a continuación:

**Tabla 6**  
*Población de los cantones Baños, Patate y Pelileo*

Unidad de análisis	Unidades de investigación	Frecuencia según Censo 2010	Frecuencia según Proyección Poblacional INEC 2016
<b>Población</b>	Cantón Baños de Agua Santa.	20.018	23.273
	Cantón Patate	6.720	15.109
	Cantón San Pedro de Pelileo	56.573	63.613
<b>Total</b>		<b>83.311</b>	<b>101.995</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2016)

Y por último para puntualizar las unidades de análisis reales con las que se trabajó en la investigación se elaboró una relación entre la población de cada cantón seleccionado y la concentración principalmente en edades de la provincia de Tungurahua, que cumplan con los requerimientos: a) Se encuentre en el rango de edades de 20 a 50 años (correspondiente al 40% de la población), b) que hayan hecho uso del servicio de las unidades de salud pública a partir del 2011 y c) que su domicilio se encuentre en los cantones de estudio, es por ello se elegirá a personas que se encuentren en lugares públicos (calles, parques, centros comerciales, mercados, etc.), así como también en las mismas unidades de salud. A continuación se detalla:

**Tabla 7**  
*Unidades de análisis*

Unidad de análisis	Unidades de investigación	Toda la Población	Población entre 20 - 50 años (40%)
		Frecuencia	Frecuencia
Población	Cantón Baños de Agua Santa.	23.273	9.309
	Cantón Patate	15.109	6.044
	Cantón San Pedro de Pelileo	63.613	25.445
<b>Total</b>		<b>101.995</b>	<b>40.798</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2016)

## **2.7. Procedimiento para tratamiento y análisis de información: Varios**

El análisis y la síntesis serán procedimientos recurrentes en el tratamiento de la información, pues ésta al ser cualitativa y cuantitativa necesita de una rápida interpretación y ajuste a la realidad económica y social de la problemática derivada del impacto de la gestión presupuestaria en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones de Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo. Por lo cual es necesario utilizar herramientas informáticas (Programa Microsoft Excel y SPSS) que facilitan el procesamiento de la información que se recolectó acompañado seguidamente de su respectivo análisis.

### **2.7.1. Población y muestra de los cantones Baños, Patate y Pelileo.**

#### **2.7.1.1. Población**

La población es el “conjunto total de individuos, objetos o medidas que poseen algunas características comunes observables en un lugar y en un momento determinado y que saben internamente desenvolverse y acatar funciones” (Wigodski, 2017). Como primer paso se procedió a ejecutar un check list para identificar la primera variable: el análisis e impacto de la gestión presupuestaria que se presenta al momento de no haber utilizado todo el presupuesto que ha sido otorgado por el Estado para atención y servicio ciudadano en los distritos de salud, en este caso se analizó al 18D03 de Baños de Agua Santa y el 18D04 de los cantones Patate y San Pedro de Pelileo, quedando como pilotos para este estudio los cantones en mención, sin dejar a un lado los conocimientos adquiridos. Seguidamente para la segunda variable sobre: el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud también se procedió aplicar una encuesta a la población citada anteriormente (usuarios).

#### **2.7.1.2. Muestra**

“Es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse o delimitarse de antemano con precisión, éste deberá ser representativo de dicha población” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 173). Considerando los dos aspectos mencionados en el numeral 2.6, se establece el cálculo de la muestra de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{Z^2 P Q + N e^2}$$



Dónde significan:

**e**= Error de muestreo (%)

**Z**= Nivel de confiabilidad

**P**= Probabilidad de ocurrencia

**Q**= Probabilidad de no ocurrencia

**N**= Población

Aplicando la formula permitió obtener los datos que a continuación se detallan:

**a) Muestra para el Cantón Baños de Agua Santa**

**e**= 0,05%

**Z**= 95% = 1,96 (95%/100\*2)

**P**= 0,5

**Q**= 0,5 (1-0,5)

**N**= 9.309

$$n = \frac{(1,96)^2 * 0,5 * 0,5 * 9.309}{(1,96)^2(0,5 * 0,5) + 9.309(0,05)^2}$$

**n= 151**

**b) Muestra para el Cantón Patate.**

**e**= 0,05%

**Z**= 95% = 1,96 (95%/100\*2)

**P**= 0,5

**Q**= 0,5 (1-0,5)

**N**= 6.044

$$n = \frac{(1,96)^2 * 0,5 * 0,5 * 6.044}{(1,96)^2(0,5 * 0,5) + 6.044 (0,05)^2}$$

**n= 150**

**c) Muestra para el Cantón San Pedro de Pelileo.**

**e**= 0,05%

**Z**= 95% = 1,96 (95%/100\*2)

**P**= 0,5

**Q**= 0,5 (1-0,5)

**N**= 25.445

$$n = \frac{(1,96)^2 * 0,5 * 0,5 * 25.445}{(1,96)^2(0,5 * 0,5) + 25.445 (0,05)^2}$$

n= 153

Para facilidad del lector, se sintetiza los cálculos de la muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 8**  
**Resumen del cálculo de la muestra**

Unidad de análisis	Unidades de investigación	Toda la población	Población entre 20 - 50 años (40%)	
		Frecuencia	Frecuencia	Muestra
	Cantón Baños de Agua Santa.	23.273	9.309	151
Población	Cantón Patate	15.109	6.044	150
	Cantón San Pedro de Pelileo	63.613	25.445	153
<b>Total</b>		<b>311995</b>	<b>40798</b>	<b>454</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2016)

### 2.7.1.3. Selección de técnicas a emplear

En esta investigación se procedió operar la técnica del check list con su herramienta el cuestionario; que de acuerdo a Gawande (2012) sostiene que “es un análisis apasionante de la complejidad en nuestras vidas y una lectura fundamental para cualquiera que se esfuerce por hacer las cosas bien”. Esta herramienta ayuda a dar continuidad en la evaluación y seguimiento, permitiendo conocer que hay mejoramiento de la productividad porque al analizar la gestión presupuestaria se puede observar el impacto que se tiene cuando no existe una verdadera planificación y empleo de proyectos de inversión pública y/o programas. Esta técnica del check list es una hoja donde viene ya cada una de estas tareas especificadas y lo único que hay que hacer es seguir la lista paso a paso para completar el proceso sin dejar al investigador/a ningún elemento por el camino que no se haya auditado (ver anexo 2).

En esta investigación también se empleó la técnica de la observación, que según (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010) “se fundamenta en el registro sistemático, válido y confiable de procedimientos o conducta”. Estas técnicas han sido de gran importancia para el desarrollo del proceso de la investigación, ya que a través de ellas se obtiene la información necesaria del análisis del problema sobre la ejecución de gestión presupuestaria (sea esta adecuada o inadecuada), permitiendo encontrar resultados y analizar e interpretar las posibles alternativas de solución que coadyuvaran a mejorar en los distritos de salud Zona 3 de los cantones Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo que se ha tomado como pilotos para este estudio, para que se opere con procesos y procedimientos en el desarrollo de los proyectos de inversión pública, y a la vez se mejore la gestión con el apoyo y monitoreo de todos sus colaboradores de las unidades y procesos de gestión del área financiera.

#### **2.7.1.4. Selección de recursos de apoyo**

Las investigadoras proponentes y de relación directa laboral en el in situ de estudio, serán las personas responsables de aplicar el check list, la encuesta y el análisis de los procesos efectuados en la ejecución del presupuesto, para la obtención de la información se apoyó en:

- ✓ Impresiones y copias de documentos obtenidos en el trabajo de campo de forma directa.
- ✓ Verificación auditada con la colaboración de los colaboradores de las unidades y procesos de Gestión Financiera.

## **2.8. Análisis de la información**

### **2.8.1. Análisis e interpretación de resultados**

- **Análisis de resultados descriptivos:** Enfatizando tendencias o recomendaciones fundamentales en alianza con el proceso de los datos alcanzados a través de la aplicación de las técnicas e instrumentos.
- **Interpretación de los resultados:** Se ha realizado el análisis a la situación financiera del presupuesto otorgado por el Estado en la Zona 3 Salud-Tungurahua en los Distritos de salud de los cantones Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo, y se aplica un Check list (in situ auditado) con el propósito de verificar las debilidades internas y una encuesta a los usuarios de las unidades de salud pública para obtener información sobre el servicio.

A la vez se ejecuta la investigación en base al marco teórico desarrollado en este proyecto, y en analogía a resultados e interpretaciones de otros informes, de titulación efectuados a nivel mundial.

- **Comprobación de la idea a defender:** El proceso del análisis efectuado año a año en la ejecución presupuestaria es verificar y mejorar la gestión en el procedimiento para evitar el reembolso del presupuesto otorgado a la Zona 3 de Salud-Tungurahua en los cantones Baños, Patate y Pelileo, y mejorar la gestión presupuestaria optimizando el proceso en la toma de decisiones de los colaboradores en las Unidades de Gestión de Salud Zona 3 Tungurahua.
- **Establecimiento de conclusiones y recomendaciones:** En el planteamiento de las conclusiones y recomendaciones se toma en cuenta a los objetivos esbozados en el Capítulo I, con la visión de obtener conclusiones y recomendación.

## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS**

#### **3.1. Análisis de datos.**

En este capítulo se analizará información extraída de fuentes primarias como: Organización Mundial de la Salud (OMS), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Ministerio de Finanzas y Ministerio de Salud Pública (MSP); y a su vez también se tomará en cuenta la información facilitada por la Coordinación de Salud Zona 3.

##### **3.1.1. Análisis histórico macro de la salud pública.**

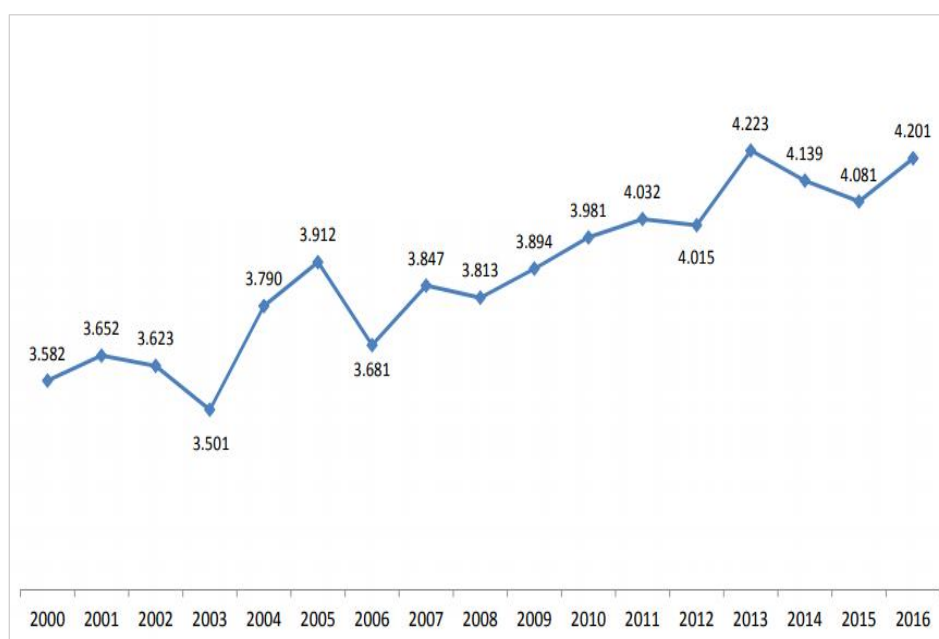
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define, en 1946, la salud desde una perspectiva multidimensional como «el completo estado de bienestar psíquico, físico y social, y no meramente como la ausencia de enfermedad». Con la declaración de la OMS se produce un giro estratégico clave en la historia de la relación entre las poblaciones humanas y las enfermedades. A esto se suma también que las desigualdades sociales han sido una condición sine qua non para el desarrollo de la sociedad. Estas desigualdades clásicas, estructurales, aunque se han objetivado habitualmente a través de indicadores socioeconómicos como la renta, el nivel de estudios, la «clase social», etc., van mucho más allá de ello; son transversales, afectando a todas las dimensiones vitales del ser humano. (Jiménez Martín, 2012)

##### **3.1.1.1. Estadísticas de la salud pública en el Ecuador.**

###### *3.1.1.1.1. Número de establecimientos de salud 2000-2016*

El Ecuador en el año 2016 con lo que respecta al número de establecimientos de salud registró un incremento de 176 unidades de salud en comparación del 2015, las mismas que se encuentra distribuidas de la siguiente manera: 40 son nuevos (de los cuales 5 pertenecen al sector público y el restante al sector privado); mientras que 136 corresponden a establecimientos reactivados; pero hay que realizar una aclaración: 56 de ellos fueron cerrados (29 públicos y 27 privados).

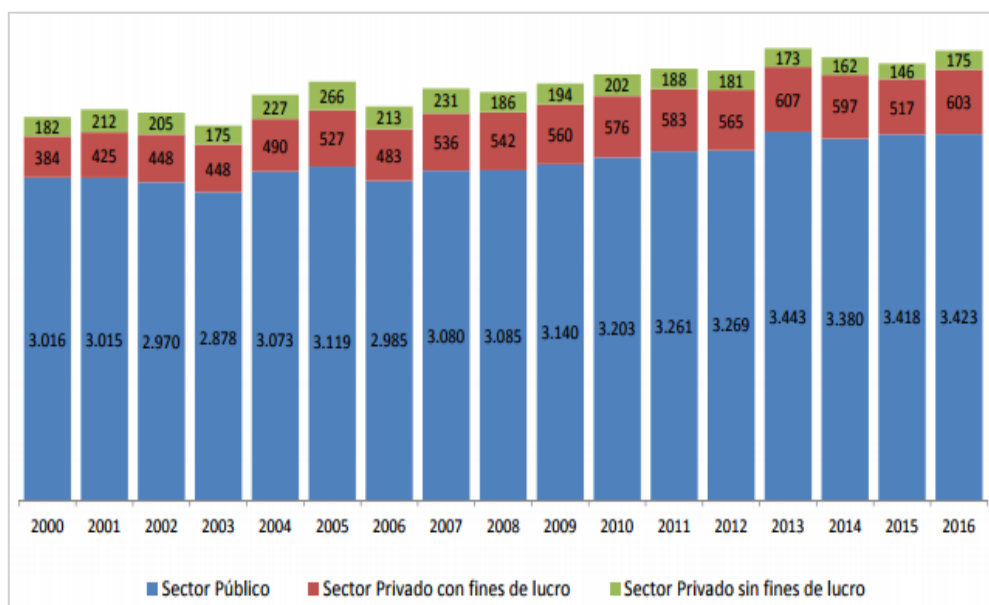
Por lo que el aumento real es de 120, del cual 61 fueron recategorizados pasando de la categoría "sin internación hospitalaria (establecimientos que no dan el servicio de hospitalización, no cuentan con camas censables)" a "con internación hospitalaria (es decir atienden las 24 horas y tienen servicio de hospitalización a los pacientes, cuentan con camas censables)". En total los establecimientos con internación a nivel nacional en el mismo año de referencia llego a 729 de 665 que hubo en el 2015, mientras que sin internación hospitalaria existen 3.472.



**Figura 2.** Número de establecimientos de salud 2000-2016.

Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016)

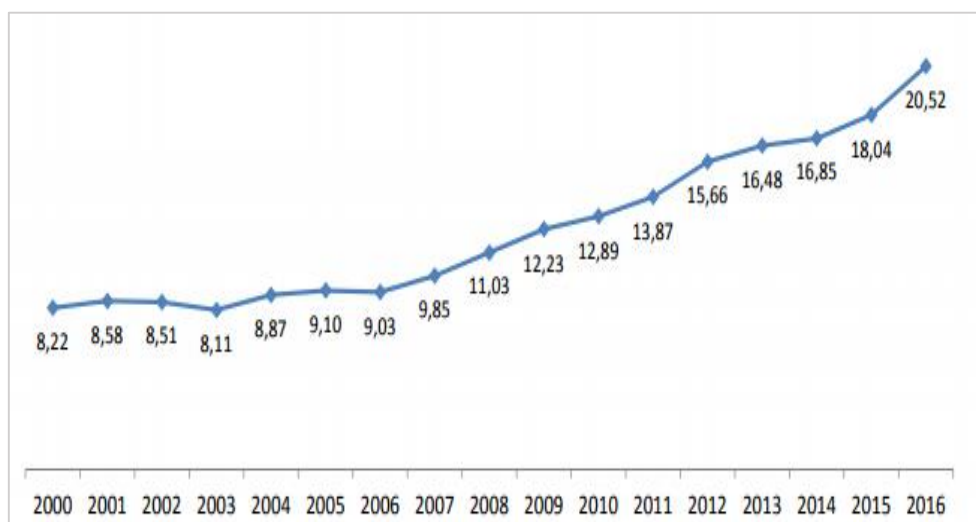
Para tener un mejor panorama del incremento de los establecimientos de salud, se los distribuye por sectores. En lo que refiere a lo público se generó un aumento de 5 establecimientos en comparación al 2015 (es decir de 3.418 a 3.423); en cuanto al privado con fines de lucro alcanzó 603 en el 2016, incrementando en 86 en concerniente al año anterior; y en cuanto al privado sin fines de lucro se obtuvo 175, creciendo en 29 en relación al 2015.



**Figura 3.** Número de establecimientos de salud por sector 2000-2016.  
Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016)

#### 3.1.1.1.2. Tasa de médicos período 2000-2016

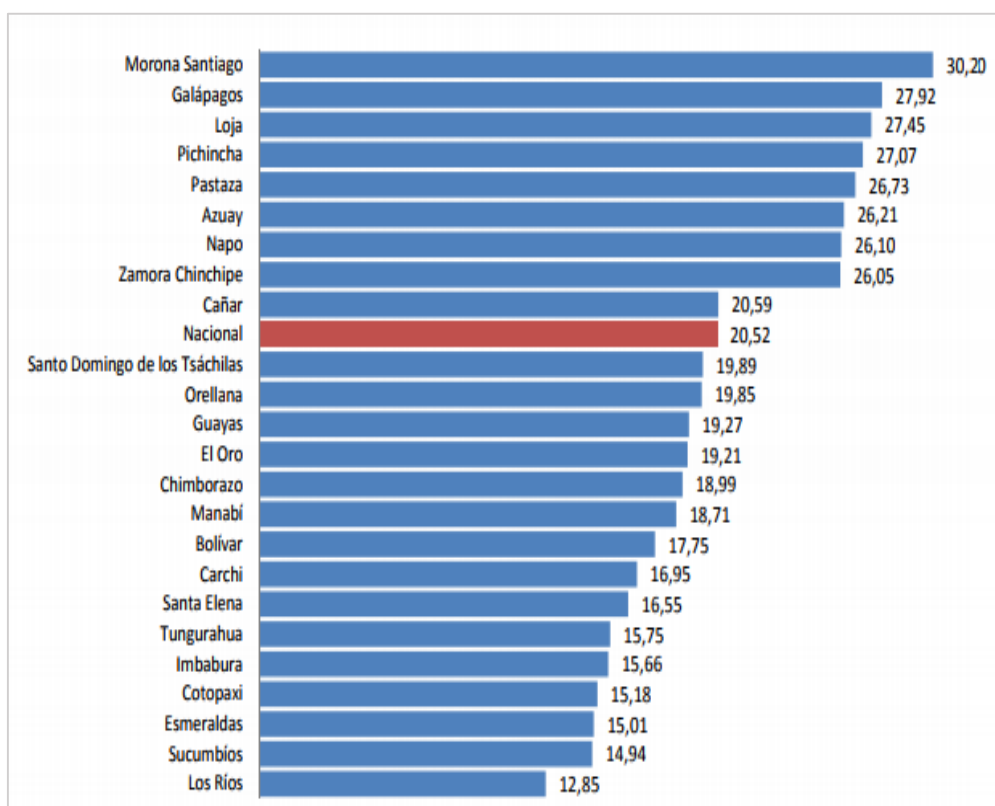
Al momento de realizar una comparación entre el período 2000-2016 se puede visualizar en la figura 4, que ha existido una tasa creciente de médicos año tras año, incrementándose aproximadamente en 12 puntos porcentuales, es decir, que en el año 2016 hay 21 médicos por cada 10.000 habitantes, así lo afirma el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Mientras que en el Anuario Estadístico para América Latina y el Caribe 2016 del CEPAL, publica para los países de la región una tasa de médicos promedio de 1,9 por cada mil habitantes (en el 2014), mientras que para Ecuador en ese año la tasa está en 1,7 por cada mil habitantes y para el 2016 se alcanzaría los 2,1 médicos por cada mil habitantes. Los médicos por habitantes se calculan a partir del cociente del número de médicos y el total de habitantes de un territorio y período dado, multiplicado por 10 000. Para el cálculo del número de habitantes por médico, basta invertir el cociente sin necesidad de realizar multiplicación alguna, puede desagregarse para cada una de las especialidades médicas (Ministerio de salud pública de Cuba, 2010).



**Figura 4.** Tasa de médicos período 2000-2016.

Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016)

Haciendo referencia a nivel de provincia, Morona Santiago cuenta con la mayor tasa de médicos, aproximadamente existe 30 por cada 10.000 habitantes, en segundo lugar se ubica Galápagos (27,92), seguido por Loja (27,45) y Pichincha con 27,07.



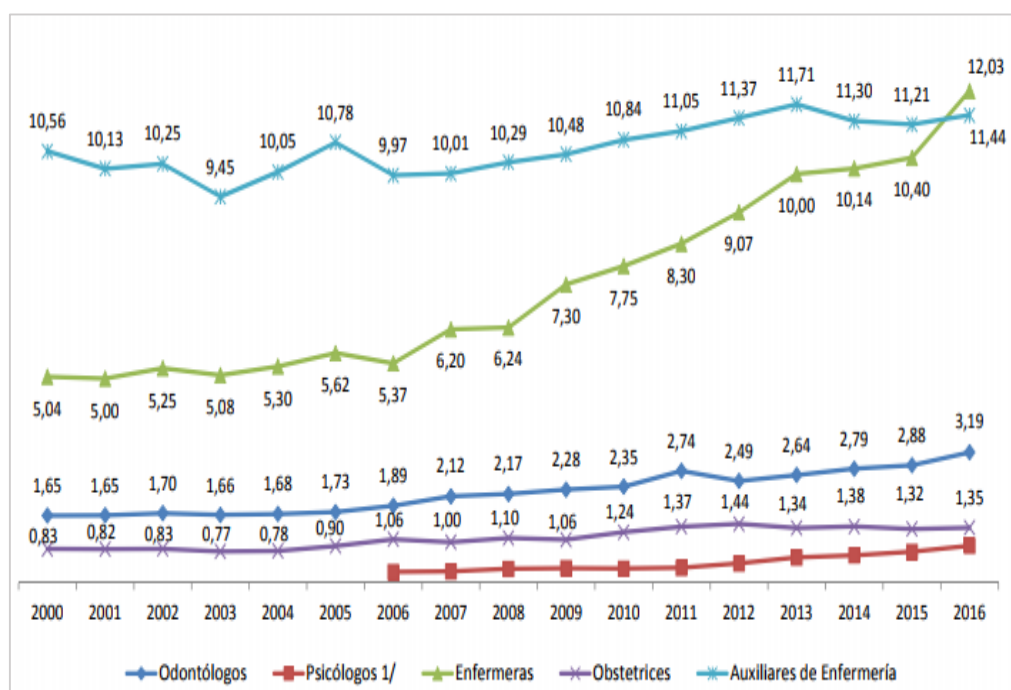
**Figura 5.** Tasa de médicos por provincia 2016.

Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016)

Nota: La tasa de médicos es por cada 10.000 habitantes.



Y no dejando de lado a los profesionales de salud, el país cuenta con odontólogos, psicólogos, enfermeras, obstétricas y auxiliares de enfermería (especialidades más representativas); en el periodo 2000-2016 a nivel nacional observamos que la tasa ha ido creciendo año tras año en las especialidades mencionadas excepto la de psicología debido a que esta fue implementada a partir del año 2006 y que a partir de ello ha conseguido mantenerse. La especialidad que más resalta en este análisis es las enfermeras llegando a un 12,03 en el año 2016 generando un incremento del 1,6 en comparación del año anterior, como se muestra a continuación:



**Figura 6.** Tasa de médicos por provincia 2016.

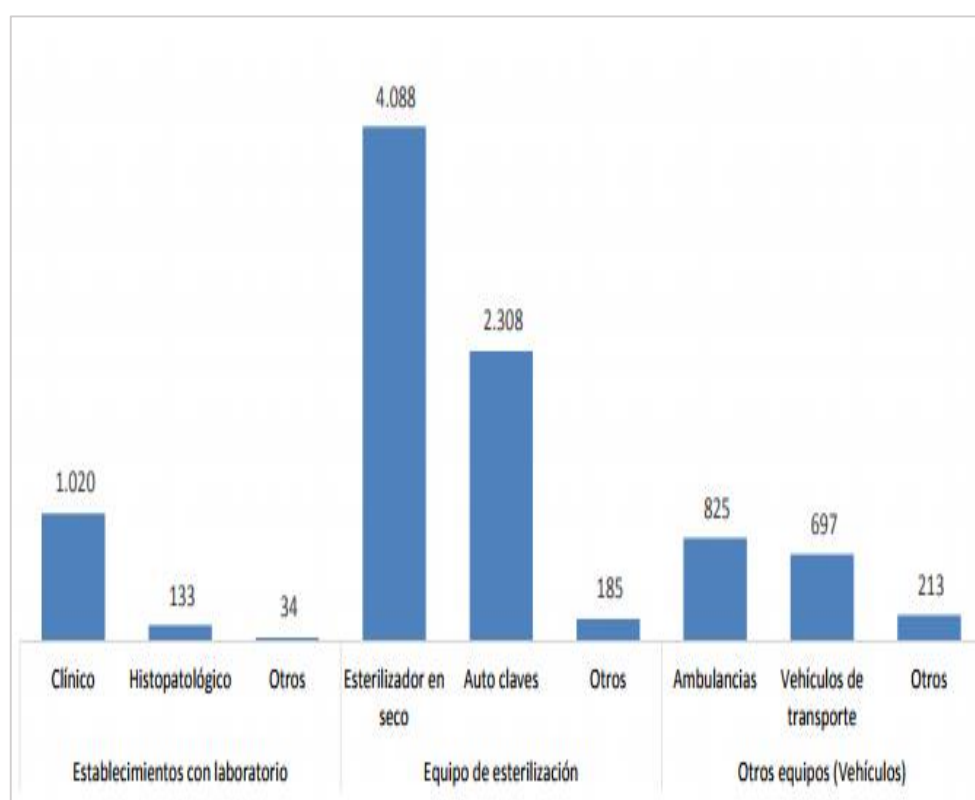
Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016)

Nota: La tasa de médicos es por cada 10.000 habitantes.

La provincia que tiene la mayor tasa de auxiliares de enfermería con un 15,20 es Guayas; mientras que Napo muestra la tasa más alta en obstétricas con 2,93; en cuanto al índice más representativo en enfermeras le corresponde a Pastaza, Morona Santiago y Napo; para la especialidad de psicología Morona Santiago, Carchi y Azuay lo lideran con 1,67, 1,49 y 1,46 respectivamente y para finalizar odontología es la más utilizada en las provincias de Amazonía excepto en Sucumbíos.

3.1.1.1.3. *Número de establecimientos con laboratorios, número de equipos de esterilización y otros equipos 2016.*

En el año 2016 los establecimientos de salud contaron con equipamientos que ayudaron a facilitar la prestación el servicio, 1.020 de ellos contaron con laboratorios clínicos y 133 tienen laboratorios histopatológicos. Mientras que 4.088 equipos de esterilizadores en seco existen a nivel nacional y a su vez también 825 ambulancias como parte de equipos de esterilización y otros equipos.



**Figura 7.** Número de establecimientos equipados 2016.

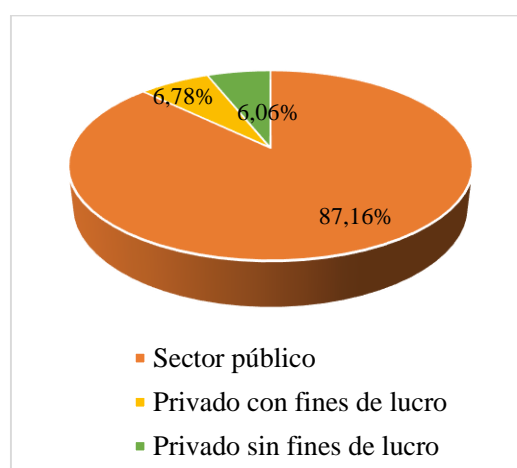
Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016)

Todo lo anterior ayudó a que los números de consultas a nivel nacional lleguen a: morbilidad 48.860.865 correspondiente al 59,52%, prevención 13.065.203 con el 15,92%, estomatología 10.006.522 representando el 12,19% y emergencia a 10.159.269 constituyendo el 12,38% en los establecimientos tanto públicos como privados (con y sin fines de lucro).

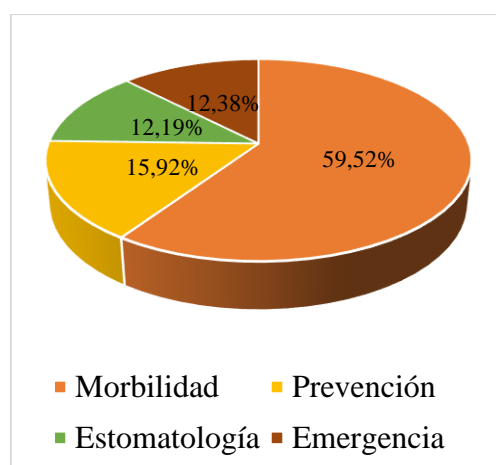
**Tabla 9*****Número de consultas en los establecimientos de salud por sector 2016***

<b>Sector</b>	<b>Total</b>	<b>Morbilidad</b>	<b>Prevención</b>	<b>Estomatología</b>	<b>Emergencia</b>
<b>Nacional</b>	<b>82.091.859</b>	<b>48.860.865</b>	<b>13.065.203</b>	<b>10.006.522</b>	<b>10.159.269</b>
Sector público	71.550.511	41.965.566	10.855.757	9.453.787	9.275.401
Privado con fines de lucro	5.567.836	3.415.172	1.278.467	308.211	565.986
Privado sin fines de lucro	4.973.512	3.480.127	930.979	244.524	317.882

Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016)

**Figura 8.** Porcentaje de consultas por sector.

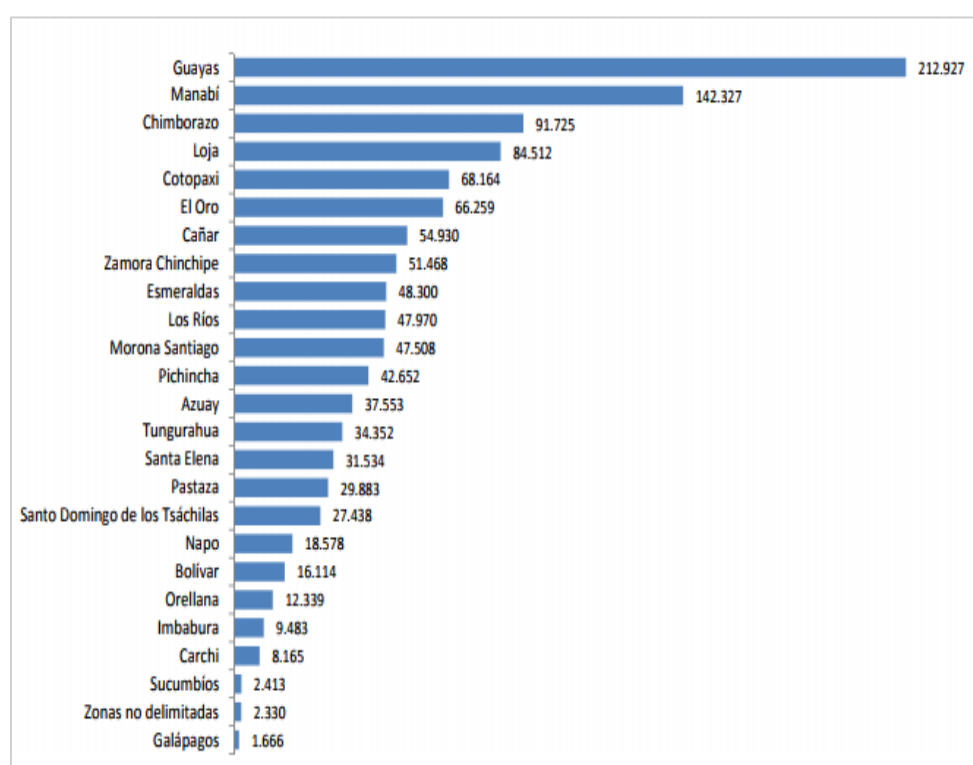
Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016)

**Figura 9.** Porcentaje de consultas por servicio.

Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016)

### 3.1.1.1.4. Número de visitas domiciliarias de médico, obstetrices y enfermeras 2016.

Al analizar las visitas domiciliarias del año 2016 que fueron efectuadas tanto de médicos, obstetrices y enfermeras, para un mejor entendimiento se lo realiza a nivel de provincia: Guayas fue la que contó con un mayor número, obtuvo 212.927 consultas domiciliarias, seguida por Manabí con 142.327 y Chimborazo con 91.725. En los últimos puestos se encuentra Sucumbíos con 2.413, Zonas no delimitadas con 2.330 y culmina Galápagos con 1.666 consultas. A continuación se muestra en la siguiente figura:



**Figura 10.** Número de visitas domiciliarias por provincias del 2016.

Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016)

Los resultados del incremento de la calidad y excelencia en el servicio se reflejan en la satisfacción de la ciudadanía, la cual fue obtenida a través de encuestas que el MSP realizó a nivel nacional, arrojando los siguientes resultados: para el primer nivel se obtiene un 86,11%, en el segundo corresponde a un 88,05% y por último en el tercer a un 90,64% de la complacencia del servicio (Ministerio de salud pública, 2017). Para tener claro cómo se encuentra conformado cada uno de los niveles mencionados, a continuación se detallan en la siguiente tabla:

**Tabla 10**  
**Tipología de las unidades operativas del sistema de salud**

Nivel de atención	Nivel de complejidad	Categoría de estable. de salud	Nombre
Primer nivel de atención	1° nivel	I-1	Puesto de salud
	2° nivel	I-2	Consultorio general
	3° nivel	I-3	Centro de salud – A
	4° nivel	I-4	Centro de salud – B
	5° nivel	I-5	Centro de salud – C
Ambulatorio			
Segundo nivel de atención	1° nivel	II-1	Consultorio de especialidad (es) clínico - quirúrgico médico u odontológico.
	2° nivel	II-2	Centro de especialidad
		II-3	Centro clínico - quirúrgico ambulatorio (hospital del día)
		Hospitalario	
3° nivel	II-4	Hospital Básico	
4° nivel	II-5	Hospital General	
Ambulatorio			
Tercer nivel	1° nivel	III-1	Centros especializados
	Hospitalario		
	2° nivel	III-2	Hospital especializado
	3° nivel	III-3	Hospital de especialidades

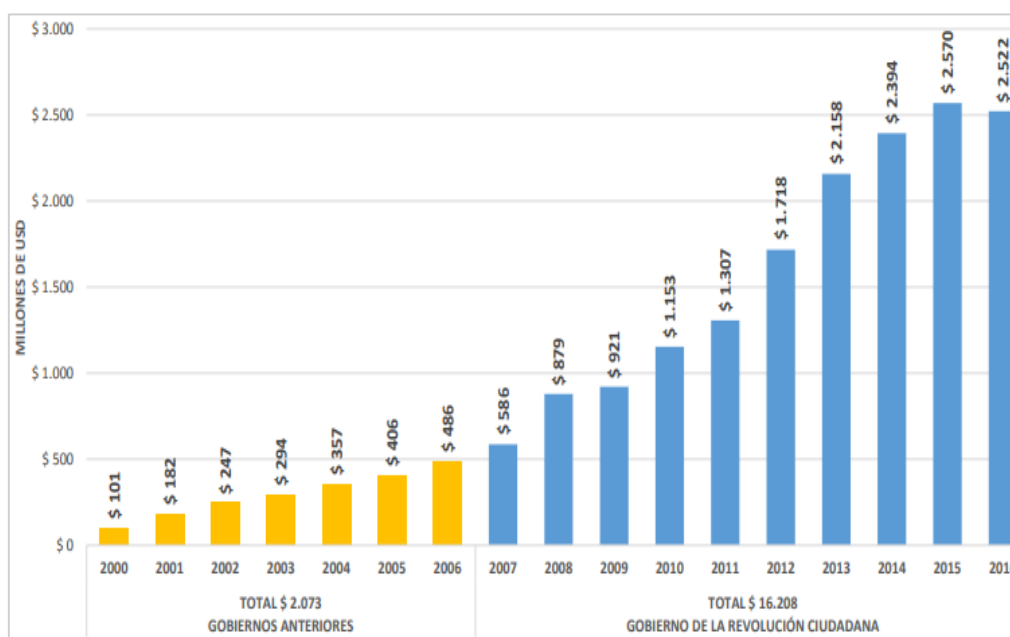
Fuente: (Ministerio de Salud Pública MSP, 2012)

### 3.1.1.2. Estadísticas del presupuesto de salud pública del Ecuador.

El sector público del Ecuador, con la nueva Constitución, ha sido objeto de transformaciones en todos sus campos, en lo legal, administrativo, fiscal y tributario; y, por ende en la administración financiera de sus unidades de gestión. Dentro de ello, existe un marco legal para la administración financiera de la herramienta informática e-SIGEF, que se encuentra interrelacionada a las actividades de planificación, presupuesto y contabilidad. Por otra parte, existen las Normas de Control Interno, emitidas por la Contraloría General del Estado y las Normas de Contabilidad Gubernamental, dictadas por el Ministerio de Finanzas, pero estas normas para su correcta aplicación y por ser generales, deben ser adaptadas a la realidad de cada entidad, sin inobservar el espíritu de las normas de mayor jerarquía.

### 3.1.1.2.1. Presupuesto histórico del Ministerio de Salud Pública.

La Asamblea Nacional de la República del Ecuador aprobó el Presupuesto General del Estado inicial del año 2016 en USD 29.835,09 millones, mientras que el codificado al mes de diciembre del mismo año llegó a 36.005,81 millones de dólares, generando como resultado un incremento de \$ 6,170.71 millones. Partiendo de esta información permite generar un análisis de la ejecución presupuestaria de acuerdo a los sectores que lo integran pero haciendo énfasis en sector de la salud.

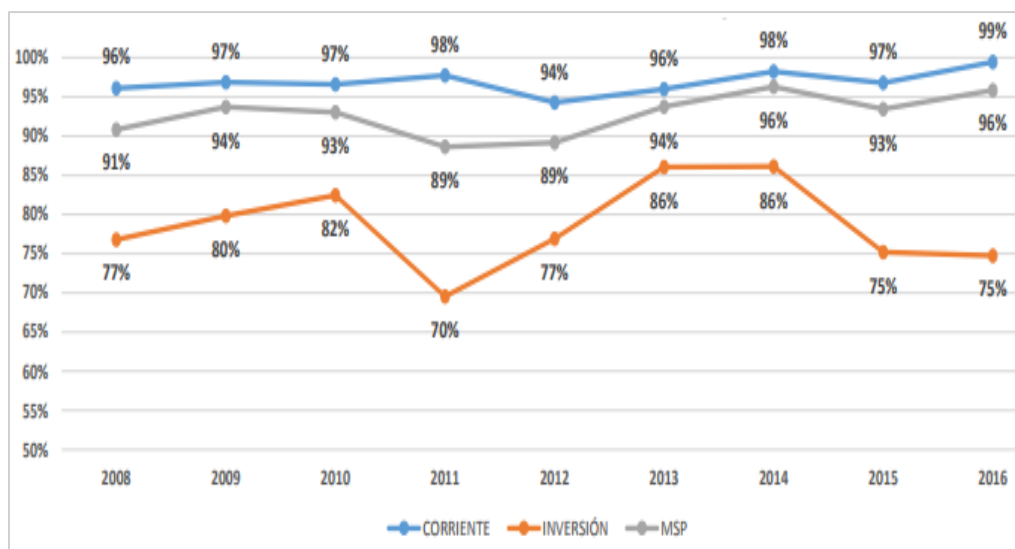


**Figura 11.** Evolución Presupuesto MSP 2000- 2016/Devengado en millones \$.

Fuente: e-SIGEP (Ministerio de salud pública, 2017)

Según los datos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública establecen que en la revolución ciudadana se ha generado una inversión de 6 veces más que en los gobiernos anteriores con un total de \$ 16.208 millones de dólares (en el periodo 2007-2016) debido a la puesta en marcha de la política pública y la responsabilidad del gobierno nacional con la sociedad para gestionar y hacer el uso eficiente de los recursos financieros asignados.

Generando como resultado para el año 2016 que el presupuesto devengado en salud llegue alcanzar niveles históricos con \$ 2.522 millones de dólares, comprende el 99,44% de ejecución presupuestaria del gasto corriente y si se compara con el 2015 esta llegó al 97% con un valor de \$ 2.570 millones, mientras que en el 2014 esta llegó al 98% de \$ 2.408 millones de dólares. Cifras que permiten decir que la ejecución presupuestaria ha ido mejorando año tras año de acuerdo a las necesidades de la colectividad.



**Figura 12.** Porcentaje de ejecución MSP 2008-2016.

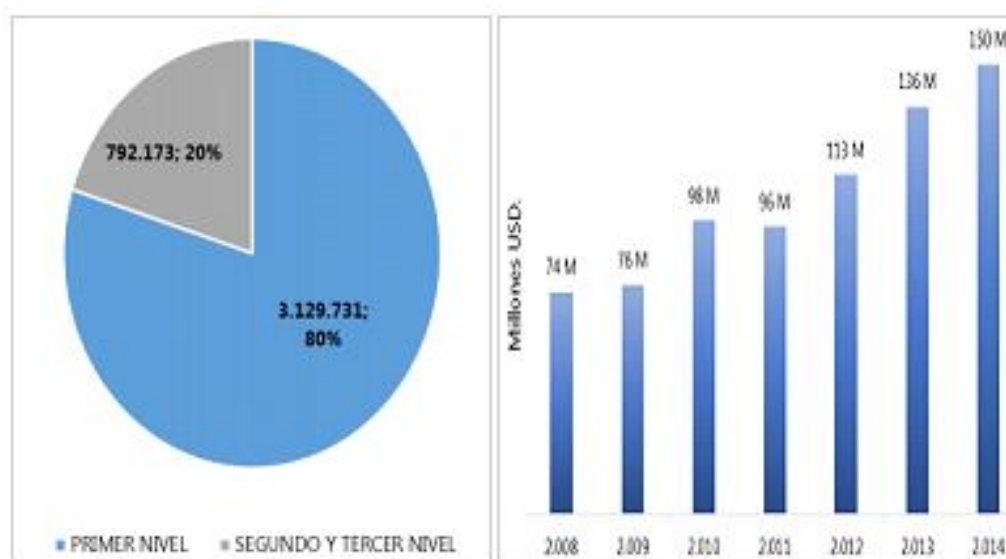
Fuente: e-SIGEP (Ministerio de salud pública, 2017)

### 3.1.1.3. Estadísticas de la salud pública en la Coordinación Zonal 3.

Debido a que la información de la Coordinación Zonal 3 del Ministerio de Salud Pública no se encuentra actualizada en lo referente a inversión de salud y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, para el presente análisis de esta sección se tomará en cuenta datos del año 2014 y a partir de ello se continúa realizando el análisis del 2016.

#### 3.1.1.3.1. Inversión en salud

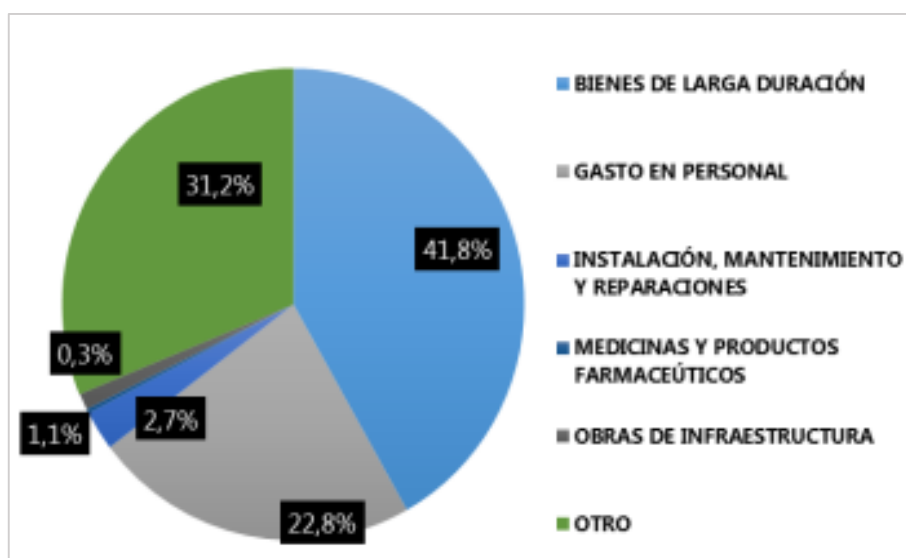
El Ministerio de Salud Pública a través de la Coordinación Zonal 3 en el año 2014 ha generado 3.921.904 consultas en los distritos conformantes, de los cuales 3.129.731 corresponde a consultas de primer nivel representando el 80% y 792.173 de segundo y tercer nivel con el 20%, que genera una inversión de 16,5 millones de dólares en medicamentos y dispositivos y 5 millones en mobiliario y equipamiento.



**Figura 13.** Inversión de salud del 2014.

Fuente: e-SIGEF (Coordinación Zonal 3 - Salud, 2014)

En cuanto al presupuesto de inversión otorgado por el Ministerio de Salud Pública a la Coordinación Zonal 3 en el mismo año, se utilizaron de la siguiente manera: el 41,8% corresponde a bienes de larga duración con un valor de 4.737.863 dólares, el 22,8% en gasto en personal por 2.584.561 USD, el 31,2% en otros gastos, siendo estos los más representativos; llegando un total de 11.326.145 dólares.



**Figura 14.** Presupuesto Inversión del 2014.

Fuente: e-SIGEF (Coordinación Zonal 3 - Salud, 2014)

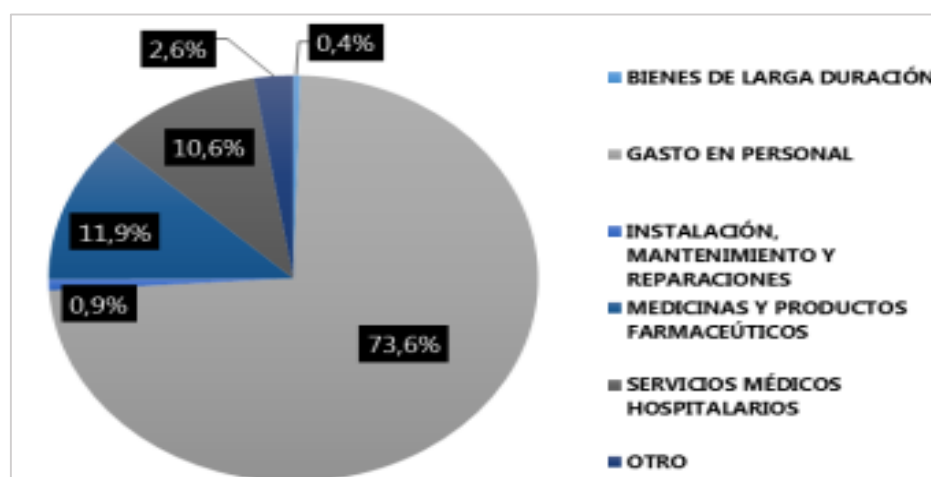


**Tabla 11**  
**Presupuesto Inversión MSP**

<b>Grupo de gasto</b>	<b>USD</b>
Bienes de larga duración.	4.737.863
Gasto en personal.	2.584.561
Instalación, mantenimiento y reparaciones.	308.148
Medicinas y productos farmacéuticos.	34.732
Obras de infraestructura.	127.622
Otros.	3.533.219
<b>Inversión</b>	<b>11.326.145</b>

Fuente: e-SIGEF (Coordinación Zonal 3 - Salud, 2014)

En lo que refiere al presupuesto corriente se observa que: el 73,6% obtuvo el gasto en personal con 102.080.361 dólares con la mayor participación; siguiéndole medicinas y productos farmacéuticos con \$ 16.528.947 dólares representando el 11,9% y equivalente al 10,6% le corresponde a los servicios médicos hospitalarios por \$ 14.653.169.



**Figura 15.** Presupuesto Corriente del 2014

Fuente: e-SIGEF (Coordinación Zonal 3 - Salud, 2014)

**Tabla 12**  
**Presupuesto Corriente MSP**

<b>Grupo de gasto</b>	<b>USD</b>
Bienes de larga duración	618.784
Gasto en personal	102.080.361
Instalación, mantenimiento y reparaciones	1.232.003
Medicinas y productos farmacéuticos	16.528.947
Servicios médicos hospitalarios	14.653.169
Otros	3.580.457
<b>Corriente</b>	<b>138.693.721</b>

Fuente: e-SIGEF (Coordinación Zonal 3 - Salud, 2014)

### 3.1.1.3.2. *Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.*

Para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud de la Coordinación Zonal 3 del año 2014 se invirtieron más de 26 millones de dólares, los mismos que fueron utilizados en 15 centros de salud nuevos que en la tabla 13 se mencionan. Y a su vez se encuentran 14 nuevos establecimientos de salud planificados, 216 a fusionarse y 120 a ser reemplazados.

**Tabla 13**  
***Nuevos centros de salud***

<b>Localidad</b>	<b>Tipo</b>
Quero	C
Panzaleo	A
Papahurco	A
Pucayacu	A
Pujilí	A
Lasso	C
Sucre	A
Triunfo	A
San Buenaventura	B
Patutan	B
Cusubamba	A
Ambatillo	A
Yatzaputzan	A
Hualcanga	A
San Miguelito	A

Fuente: (Coordinación Zonal 3 - Salud, 2014)

### 3.1.1.3.3. *Producción de establecimientos de salud.*

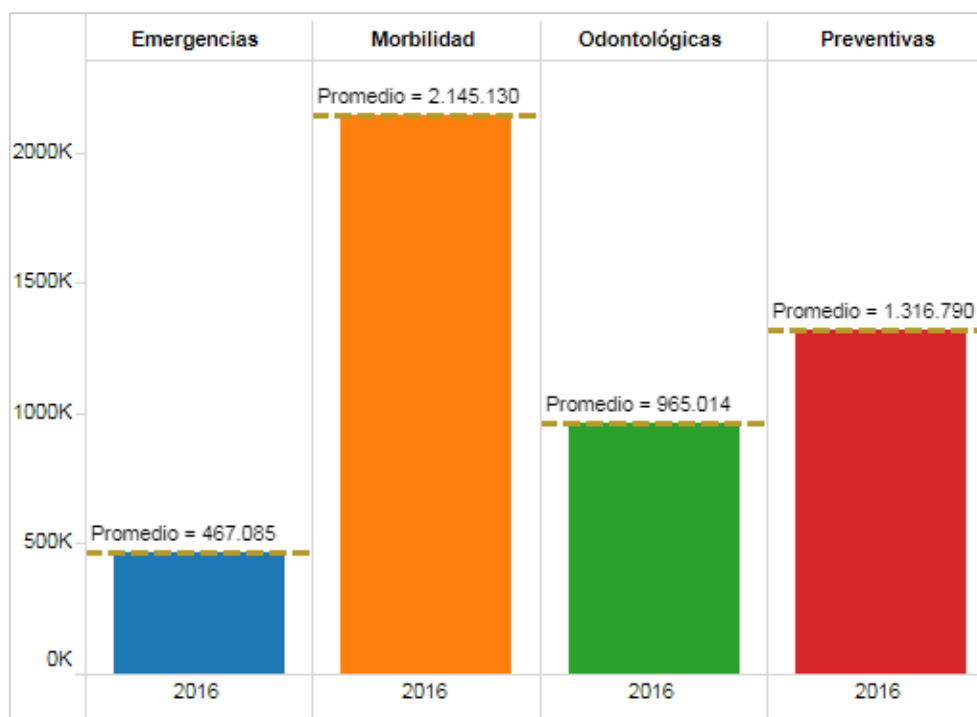
La producción en los establecimientos de salud en el año 2016 en la Zona 3 llegó a 4.894.019 consultas, generando un incremento del 11,24% en comparación al 2015 (4.399.528 consultas). Distribuidas de la siguiente manera: emergencias 467.085, morbilidad 2.145.130, preventivas 1.316.790 y odontológicas 965.014.

**Tabla 14**

**Producción MSP por zona de atención 2015-2016**

Zona	2015	2016	Tasa de variación
Zona 1	4.203.222	4.648.138	10,59%
Zona 2	2.343.565	2.601.000	10,98%
Zona 3	4.399.528	4.894.019	11,24%
Zona 4	5.183.214	6.285.376	21,26%
Zona 5	6.892.269	7.251.404	5,21%
Zona 6	4.299.775	4.609.748	7,21%
Zona 7	4.045.036	4.126.442	2,01%
Zona 8	6.123.940	5.868.970	-4,16%
Zona 9	4.898.810	5.503.327	12,34%
Zona no delimitada	109.981	41.548	-62,22%
Total	42.499.340	45.829.972	7,84%

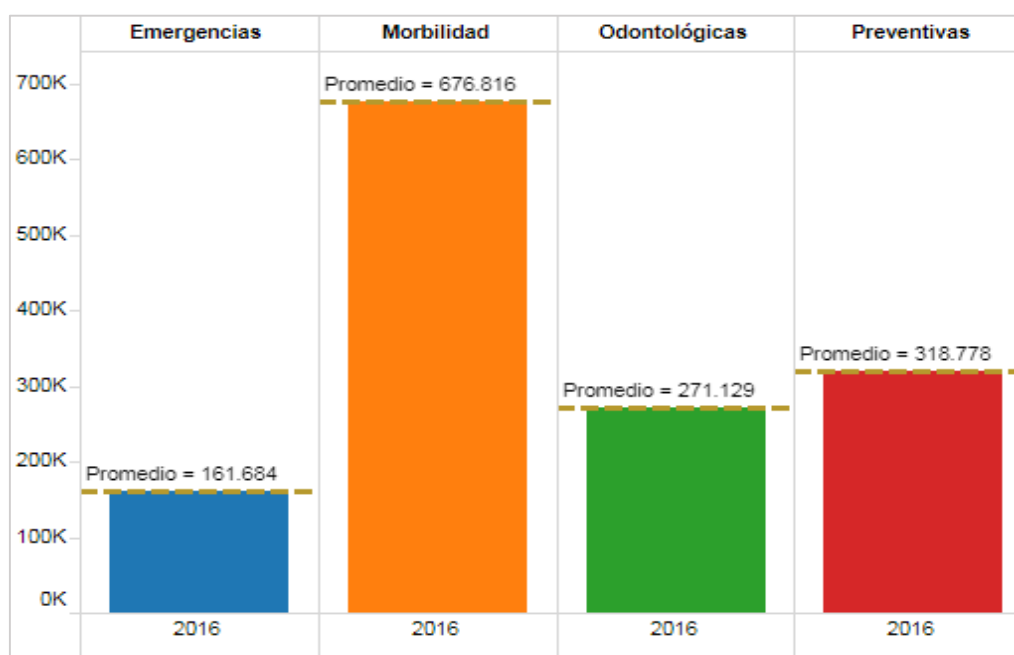
Fuente: MSP



**Figura 16.** Producción de establecimientos de salud Zona 3 - 2016.

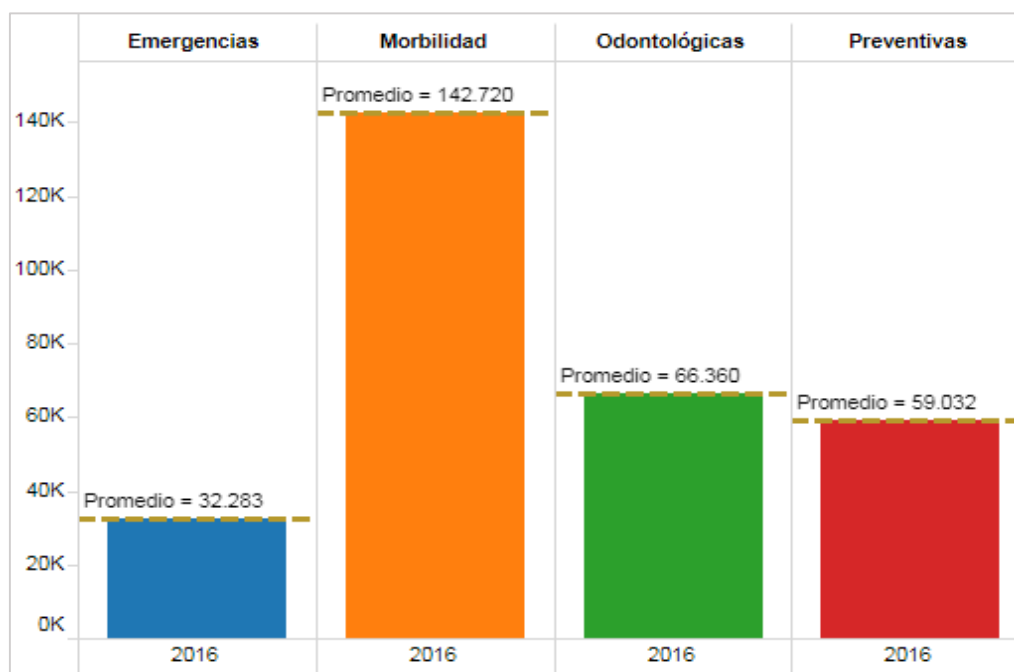
Fuente: MSP

Según la provincia de Tungurahua obtuvo 1.428.407 consultas brindadas por el Ministerio de Salud Pública, las que correspondieron a: emergencias 161.684, morbilidad 676.816, preventivas 318.778 y odontología 271.129.



**Figura 17.** Producción establecimientos de salud provincia de Tungurahua - 2016.  
Fuente: MSP

Mientras que en los cantones de estudio Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo se realizaron 300.395 consultas en el año 2016 de primer y segundo nivel (184.911 y 115.484 respectivamente), que corresponden a: emergencias 32.283, morbilidad 142.720, preventivas 59.032 y odontologías 66.360.



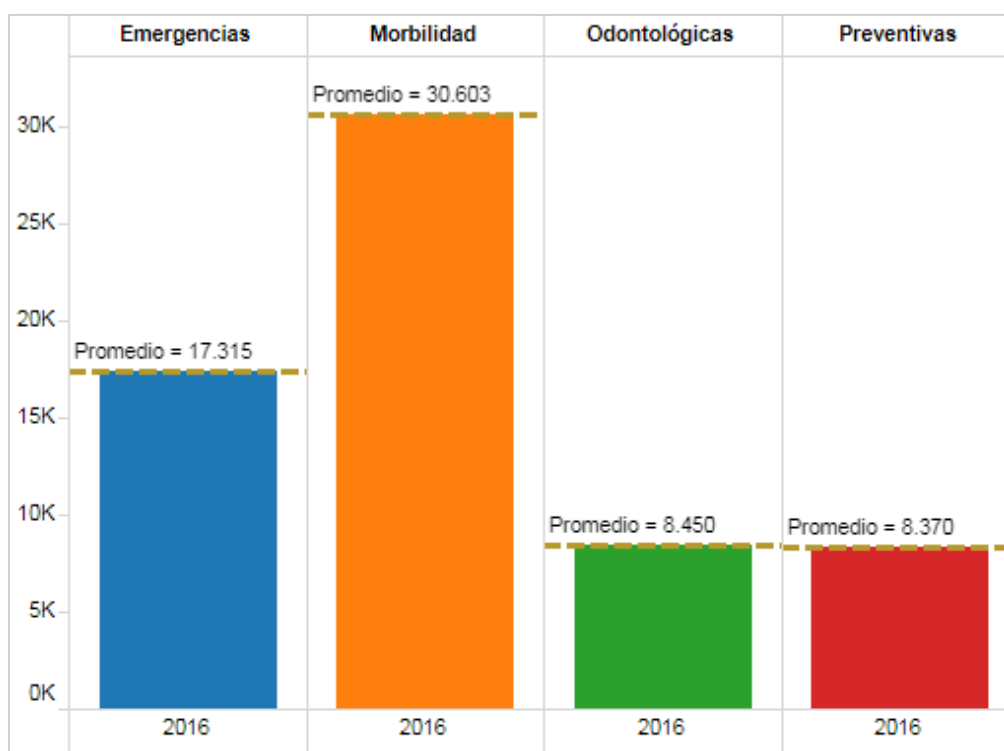
**Figura 18.** Producción de establecimientos de salud/cantones de estudio - 2016.

Fuente: MSP

**Tabla 15**  
**Producción de establecimientos de salud –cantones de estudio- 2016**

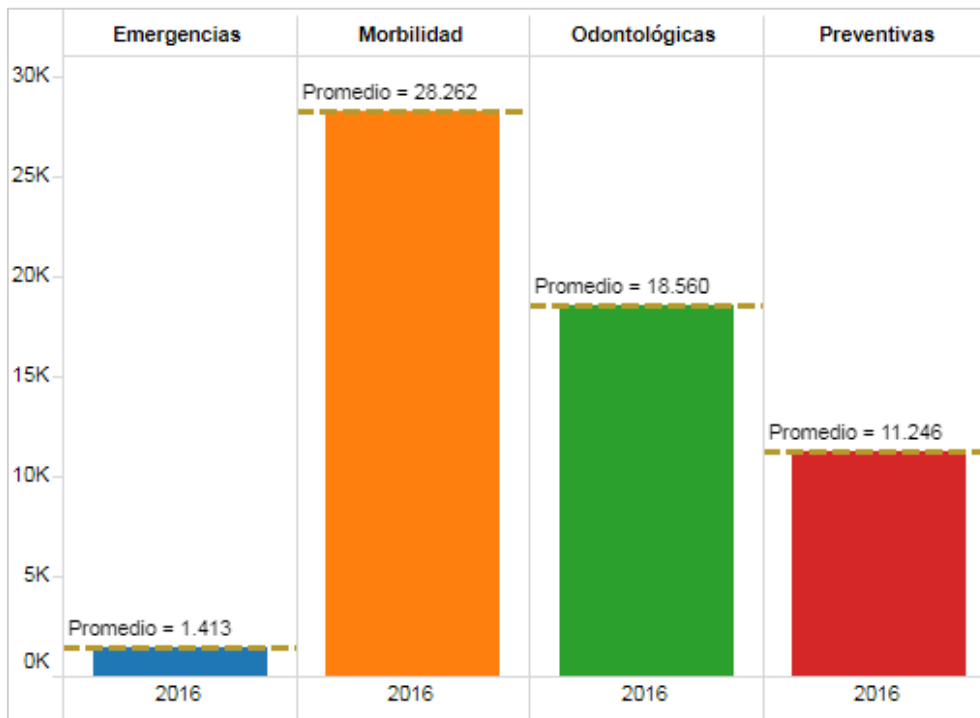
Cantones de estudio	Total	Emergencias	Morbilidad	Preventivas	Odontológicas
	<b>300.395</b>	<b>32.283</b>	<b>142.720</b>	<b>59.032</b>	<b>66.360</b>
Baños de Agua Santa	64.738	17.315	30.603	8.370	8.450
Patate	59.481	1.413	28.262	11.246	18.560
San Pedro de Pelileo	176.176	13.555	83.855	39.416	39.350

Fuente: MSP



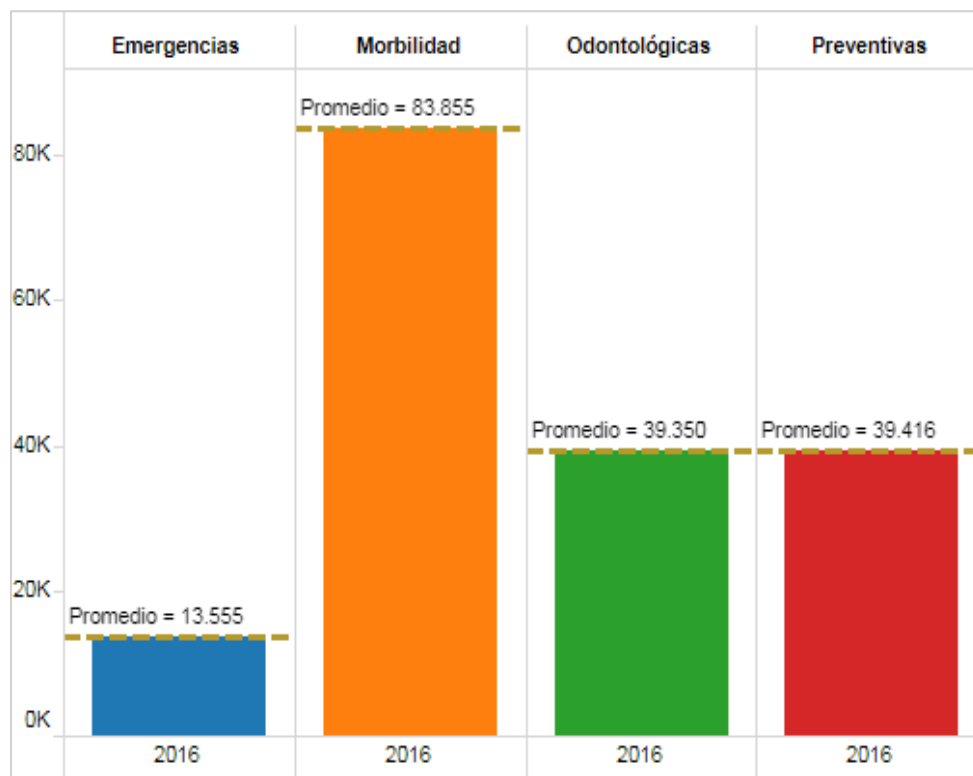
**Figura 19.** Producción de establecimientos de salud/Baños de Agua Santa -2016

Fuente: MSP



**Figura 20.** Producción de establecimientos de salud/Patate -2016.

Fuente: MSP



**Figura 21.** Producción de establecimientos de salud/San Pedro de Pelileo -2016.

Fuente: MSP

#### *3.1.1.3.4. Presupuesto de la Coordinación Zonal 3 – Tungurahua 2016.*

Así como hay avances, también existen cosas que deben ir mejorando, una de ellas es la gestión de los recursos asignados por parte del estado a las entidades, organismos, instituciones y demás entes públicos. Se tomó como ejemplo a los cantones de estudio según la información obtenida de la Coordinación Zonal de Salud 3 de la provincia de Tungurahua, existen partidas presupuestarias que se devuelven debido a que no fueron utilizadas en el periodo correspondiente, y se puede observar a continuación:

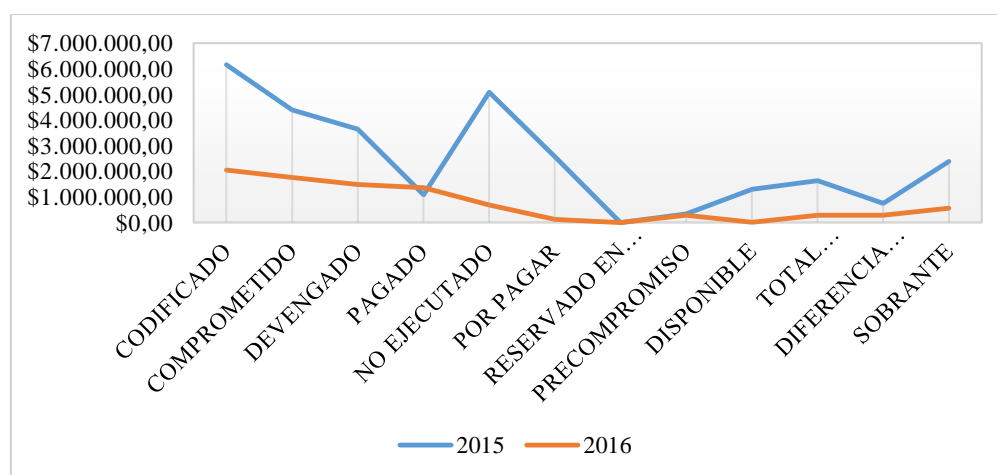
**Tabla 16**  
**Presupuesto histórico de Coordinación Zonal 3-Tungurahua**

Detalle	Año 2012	2013	% Diferencial	2014	% Diferencial	2015	% Diferencial	2016	% Diferencial
Codificado	\$ 3.728.348,02	\$ 7.943.360,35	113%	\$ 2.699.879,99	-66%	\$ 6.164.990,24	128%	\$ 2.042.166,26	-67%
Comprometido	\$ 3.546.738,23	\$ 7.432.591,54	110%	\$ 2.699.193,68	-64%	\$ 4.398.479,34	63%	\$ 1.757.586,73	-60%
Devengado	\$ 3.545.087,68	\$ 6.831.683,61	93%	\$ 2.699.130,79	-60%	\$ 3.652.376,02	35%	\$ 1.480.592,73	-59%
Pagado	\$ 3.514.106,36	\$ 6.464.157,38	84%	\$ 2.588.814,48	-60%	\$ 1.081.454,71	-58%	\$ 1.357.842,73	26%
No Ejecutado	\$ 214.241,66	\$ 1.479.202,97	590%	\$ 111.065,51	-92%	\$ 5.083.535,53	4477%	\$ 684.323,53	-87%
Por Pagar	\$ 30.981,32	\$ 367.526,23	1086%	\$ 110.316,31	-70%	\$ 2.570.921,31	2230%	\$ 122.750,00	-95%
Reservado en Negativo						\$ 0,00		\$ 0,00	
Precompromiso						\$ 336.882,44		\$ 282.358,36	-16%
Disponible						\$ 1.299.265,84		\$ 2.221,07	-100%
Total Rembolsado						\$ 1.636.148,28		\$ 284.579,43	-83%
Diferencia por Gastar						\$ 746.103,32		\$ 276.994,00	-63%
Sobrante						\$ 2.382.251,60		\$ 561.573,43	-76%

Fuente: (Coordinación Zonal de Salud 3 Tungurahua, 2017)



En el año 2016 el presupuesto codificado que manejó la provincia de Tungurahua fue \$ 2.042.166,26 dólares, valor que en comparación del 2015 disminuyó en un 67% numéricamente, pero como es de conocimiento de todos en este año el país tuvo que tomar medidas de acuerdo a la situación que se atraviesa. Pero esto no fue un impedimento para lograr los objetivos del Ministerio de Salud Pública, un ejemplo de ello es que se realizaron compras para la implementación del hospital de Baños de Agua Santa que se inauguró en el mismo año. Mientras que el presupuesto no ejecutado representó un 34% dado de la diferencia del codificado menos el pagado, significando que se invirtió el 76%. Es por ello que a continuación en la figura 21., se puede observar la variación de los dos años analizados.



**Figura 22.** Presupuesto Coordinación Zonal 3-Tungurahua 2015-2016.  
Fuente: (Coordinación Zonal de Salud 3 Tungurahua, 2017)

### 3.1.1.3.5. Presupuesto de la Coordinación Zonal 3 – Distrito 18D03 y 18D04.

En la rendición de cuentas del Ministerio de Salud Pública del 2016, el ciudadano José Veloz realizó la siguiente pregunta: Ha existido una reducción de partidas presupuestarias en el sector salud, ¿a qué se debe esto?, la cual fue contestada “la afirmación no es correcta, debido a que ha existido un incremento para las actividades de Salud, es el caso que el presupuesto se ha mantenido mediante la redistribución de los recursos presupuestarios asignados, dando mayor prioridad a las zonas afectadas; nuestro reto es garantizar la calidad del sistema y mejorar el gasto”. (Ministerio de salud pública, 2017). Partiendo de esta acotación y para comprobar esta afirmación en la tabla 17 se puede apreciar el análisis realizado por las investigadoras.

**Tabla 17**  
**Presupuesto histórico del Distrito Salud 18D03-18D04**

Detalle	2012	2013	%	2014	%	2015	%
Codificado	\$76.048,38	\$243.996,21	221%	\$244.784,54	0,3%	\$1.793.504,39	633%
Comprometido	\$75.350,38	\$224.658,01	198%	\$244.783,53	9%	\$1.259.195,47	414%
Devengado	\$74.989,62	\$140.428,87	87%	\$244.783,53	74%	\$1.259.195,47	414%
Pagado	\$74.989,62	\$140.428,87	87%	\$199.570,13	42%	\$136.644,76	-32%
No Ejecutado	\$1.058,76	\$103.567,34	9682%	\$45.214,41	-56%	\$1.656.859,63	3564%
Por Pagar	\$0,00	\$0,00		\$45.213,40		\$1.122.550,71	2383%
Reservado en Negativo						0,00	
Precompromiso						\$2.484,60	
Disponible						\$531.824,24	
Total Rembolsado						\$534.308,84	
Diferencia por Gastar						\$0,00	
Sobrante						\$534.308,84	

Fuente: (Coordinación Zonal de Salud 3 Tungurahua, 2017)

Para el presupuesto codificado de los distritos de salud 18D03 y 18D04 en el 2015 fue \$ 1.793.504,39 dólares, mismo que representó un incremento significativo en comparación del 2014. De las cuales el presupuesto devengado obtuvo \$ \$1.259.195,47 y no ejecutado con \$1.656.859,63.

### **3.1.2. Análisis de la situación de los Distritos 18D03 y 18D04.**

La transparencia de la gestión en las entidades públicas de salud ha sido y sigue siendo una demanda constante de los ciudadanos en su triple condición de electores, usuarios de servicios públicos y contribuyentes; los gestores públicos deben rendir cuentas de su gestión de una manera clara, adecuada y oportuna en el ejercicio de las responsabilidades que han contraído para evitar la inadecuada ejecución presupuestaria; y facilitar la consecución de este equilibrio inestable entre lo que los ciudadanos demandan y la demostración de responsabilidades de los gestores, los pronunciamientos contables más avanzados en el ámbito de la contabilidad pública incluye una batería de indicadores presupuestarios económicos y financieros que pueden ayudar a la interpretación de los mensajes informativos por los organismos públicos.

Los estados contables incluidos en la Cuenta General y los principios contables aplicables en la actualidad son cada vez más sofisticados y se encuentran sometidos a mayores tecnicismos contables, lo que dificulta seriamente su interpretación por unos usuarios que no tienen conocimiento a pesar de ser especialistas contables. Es precisamente en este campo en el que los indicadores pueden y deben tener un papel importante para facilitar a los usuarios la interpretación de los mensajes informativos y el conocimiento de la situación económica-financiera de las entidades públicas de que se trate. Después de esta deducción las investigadoras presenta un análisis e interpretación descriptiva de resultados, en el que se demuestra una matriz de indicadores para evidenciar el desarrollo de las variables de estudios en este caso el impacto en la ejecución presupuestaria en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de las Direcciones Distritales de Salud Zona 3 18D03 y 18D04.

### 3.1.2.1. Análisis de la situación financiera de los distritos 18D03 y 18D04

Utilizando la técnica del análisis financiero, se busca a interpretar de manera lógica y ordenada las variaciones existentes entre las diferentes cuentas de los estados financieros. Considerando esta acotación, en la tabla 17 se presenta el análisis realizado al Estado de Situación Financiera de los Distritos 18D03 y 18D04:

**Tabla 18**

***Estado de Situación Financiera de los Distritos 18D03 y 18D04***

Código	Detalle	Año 2015	Año 2016	Análisis 2015	Vertical 2016	Variación Relativa
<b>1</b>	<b>ACTIVOS</b>	<b>\$ 3.650.136,38</b>	<b>\$ 3.412.071,10</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>-7%</b>
<b>11</b>	<b>OPERACIONALES</b>	<b>\$ 90.915,90</b>	<b>\$ 124.239,36</b>	2,49%	3,64%	36,65%
<b>111</b>	<b>Disponibilidades</b>					
<b>112</b>	<b>Anticipos de Fondos</b>	<b>\$ 90.915,88</b>	<b>\$ 124.176,76</b>	<b>2,49%</b>	<b>3,64%</b>	<b>36,58%</b>
11201	Anticipos Servidores Públicos	\$ 49.076,03	\$ 47.091,48	1,34%	1,38%	-4,04%
11213	Anticipo Reposiciones-Caja Chica	\$ 800,00	\$ 600,06	0,02%	0,02%	-24,99%
11281	Anticipo Fondos SRI	\$ 41.039,85	\$ 76.485,22	1,20%	2,24%	86,37%
<b>113</b>	<b>Cuentas por Cobrar</b>	<b>\$ 0,02</b>	<b>\$ 62,60</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	
11319	Cuentas por Cobrar IVA	\$ 0,02	\$ 62,60	0,00%	0,00%	
<b>12</b>	<b>INVERSIONES FINANCIERAS</b>	<b>\$ 6.199,49</b>	<b>\$ 11.689,50</b>	0,17%	0,34%	88,56%
<b>124</b>	<b>Deudores Financieros</b>	<b>\$ 2.252,88</b>	<b>\$ 2.252,90</b>	<b>0,06%</b>	<b>0,07%</b>	<b>0,00%</b>
12482	Anticipos de Fondos de años Anteriores	\$ 2.128,47	\$ 2.128,47	0,06%	0,06%	0,00%
12483	Cuentas por Cobrar de años Anteriores Tasa y Contribuciones	\$ 124,41	\$ 124,43	0,00%	0,00%	0,02%
125	<b>Inversiones Diferidas</b>	<b>\$ 3.946,61</b>	<b>\$ 9.436,60</b>	<b>0,11%</b>	<b>0,28%</b>	<b>139,11%</b>
12531	Prepagos de Seguros Costos Financieros	\$ 3.946,61	\$ 9.436,60	0,11%	0,28%	139,11%
<b>13</b>	<b>INVERSION PARA CONSUMOS DE LA PRODUCCION</b>	<b>\$ 433.047,14</b>	<b>\$ 509.249,33</b>	11,86%	<b>14,92%</b>	<b>17,60%</b>
<b>131</b>	<b>Existencia para consumo corriente</b>	<b>\$ 433.047,14</b>	<b>\$ 509.249,33</b>	<b>11,86%</b>	<b>14,92%</b>	<b>17,60%</b>
13101	Existencia de bienes de usos y consumo corriente	\$ 433.047,14	\$ 509.249,33	11,86%		17,60%
1310101	Existencia Alimentos y bebidas	\$ 8.581,81	\$ 20.591,02	0,24%	0,60%	139,94%
1310102	Existencia de Vestuario	\$ 21.464,60	\$ 36.614,83	0,59%	1,07%	70,58%
1310103	Existencia de Combustible	\$ 1.421,28	\$ 7,50	0,04%	0,00%	-99,47%
1310104	Existencia Materiales de Oficina	\$ 17.388,35	\$ 25.947,39	0,48%	0,76%	49,22%

Fuente: Análisis de Investigación

Continúa 

1310105	Existencia Materiales de Aseo	\$ 21.512,09	\$ 24.415,05	0,59%	0,72%	13,49%
1310106	Existencia Herramientas	\$ 369,62	\$ 369,62	0,01%	0,01%	0,00%
1310107	Existencia Materiales Impresión y Fotografía	\$ 19.330,38	\$ 42.414,69	0,53%	1,24%	119,42%
1310108	Existencia Instrumental Medico	\$ 10.653,31	\$ 22.469,16	0,29%	0,66%	110,91%
1310109	Existencia Medicinas y Productos Farmacéuticos	\$ 210.071,64	\$ 202.500,40	5,76%	5,93%	-3,60%
1310110	Existencia materiales e Insumos de Laboratorio	\$ 88.339,46	\$ 26.434,00	2,42%	0,77%	-70,08%
1310111	Existencia Materiales y Suministros Plomería-Electricidad	\$ 13.555,27	\$ 12.888,99	0,37%	0,38%	-4,92%
1310112	Existencia Material Didáctico		\$ 185,82	0,00%	0,01%	-
1310113	Existencia Repuestos y Accesorios	\$ 17.237,07	\$ 15.312,59	0,47%	0,45%	-11,16%
1310119	Adquisición de Accesorios e Insumos Químicos y Orgánicos		\$ 215,04	0,00%	0,01%	-
1310120	Menaje de cocina y accesorios		\$ 209,98	0,00%	0,01%	-
1310125	Ayudas e insumos para Discapacitados	\$ 215,04	\$ 1.568,00	0,01%	0,05%	629,17%
1310126	Insumos y Procedimientos Médicos		\$ 49.831,06	0,00%	1,46%	-
1310132	Existencias y Dispositivos Odontológicos		\$ 8.584,00	0,00%	0,25%	-
1310137	Combustible y Lubricantes para vehículos		\$ 4.161,98	0,00%	0,12%	-
1310141	Repuestos y Accesorios para Vehículos		\$ 5.892,42	0,00%	0,17%	-
1310144	Repuestos y Accesorios para Maquinarias	\$ 1.568,00	\$ 7.329,64	0,04%	0,21%	367,45%
1310199	Existencia de Otros	\$ 1.339,22	\$ 1.306,15	0,04%	0,04%	-2,47%
<b>14</b>	<b>INVERSIONES BIENES LARGA DURACION</b>	<b>\$ 1.347.666,53</b>	<b>\$ 2.235.412,03</b>	<b>36,92%</b>	<b>65,51%</b>	<b>65,87%</b>
<b>141</b>	<b>Bienes de Administración</b>	<b>\$ 1.347.666,53</b>	<b>\$ 1.637.240,88</b>	<b>36,92%</b>	<b>47,98%</b>	<b>21,49%</b>
14101	Bienes Muebles	\$ 752.923,94	\$ 969.195,70	20,63%	28,40%	28,72%
1410103	Mobiliarios ( Bienes de Larga Duración)	\$ 48.343,66	\$ 124.262,26	1,32%	3,64%	157,04%
1410104	Maquinarias y equipos	\$ 393.581,77	\$ 518.717,48	10,78%	15,20%	31,79%
1410105	Vehículos	\$ 269.074,91	\$ 266.691,22	7,37%	7,82%	-0,89%
1410106	Equipos de Computo	\$ 41.923,60	\$ 59.524,74	1,15%	1,74%	41,98%
14103	Bienes Inmuebles	\$ 944.583,10	\$ 1.076.930,70	25,88%	31,56%	14,01%
1410301	Terrenos	\$ 630.404,36	\$ 829.140,06	17,27%	24,30%	31,53%
1410302	Edificios	\$ 314.178,74	\$ 247.790,64	8,61%	7,26%	-21,13%
14199	Depreciaciones	(\$ 349.840,51)	(\$ 408.885,52)	-9,58%	11,98%	16,88%
1419903	Depreciación Acumulada de Mobiliarios	(\$ 19.196,78)	(\$ 22.436,05)	-0,53%	-0,66%	16,87%
1419904	Depreciación Acumulada de Maquinarias y equipos	(\$ 211.420,91)	(\$ 215.347,01)	-5,79%	-6,31%	1,86%
1419905	Depreciación Acumulada de Vehículos	(\$ 99.838,62)	(\$ 149.772,55)	-2,74%	-4,39%	50,01%
1419907	Depreciación Acumulada de Equipos de Computo	(\$ 19.384,20)	(\$ 21.329,91)	-0,53%	-0,63%	10,04%

Continúa 

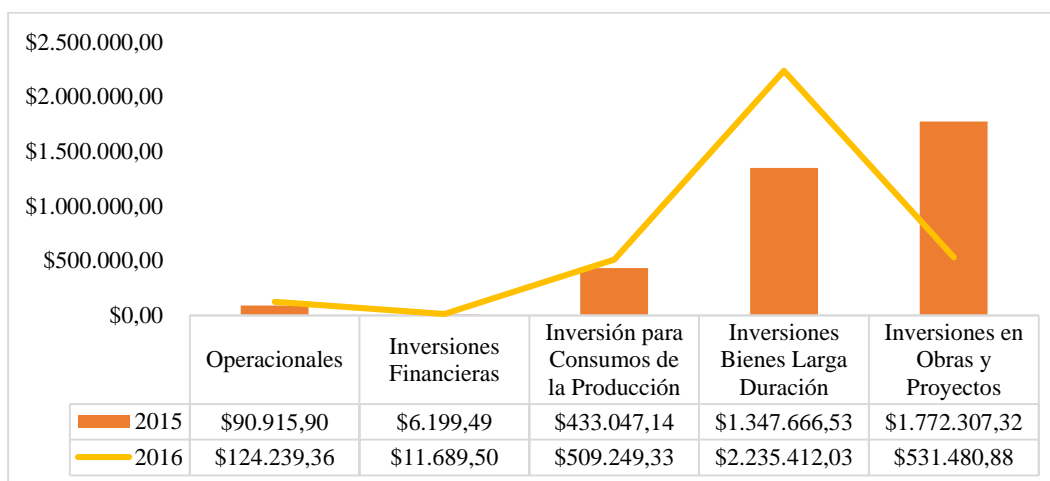
<b>143</b>	<b>Bienes-Infraestructuras</b>		<b>\$ 598.171,15</b>	<b>0,00%</b>	<b>17,53%</b>	<b>-</b>
14301	Obras de Infraestructura		\$ 66.690,27	0,00%	1,95%	-
<b>15</b>	<b>INVERSIONES EN OBRAS Y PROYECTOS</b>	<b>\$ 1.772.307,32</b>	<b>\$ 531.480,88</b>	<b>48,55%</b>	<b>15,58%</b>	<b>-70,01%</b>
<b>151</b>	<b>Inversiones en obras en Proceso</b>	<b>\$ 1.772.307,32</b>	<b>\$ 515.050,53</b>	<b>48,55%</b>	<b>15,09%</b>	<b>-70,94%</b>
15141	Bienes Muebles	\$ 1.257.256,79		36,85%	0%	-100,00%
15192	Acumulación de Costos de Inversión en Obras en Proceso	\$ 515.050,53	\$ 515.050,53	15,09%	15,09%	0,00%
<b>152</b>	<b>Inversiones en Programas en Ejecución</b>	<b>\$ 3.073.594,44</b>	<b>\$ 16.430,35</b>		<b>0,48%</b>	<b>-99,47%</b>
<b>2</b>	<b>PASIVOS</b>	<b>\$ 1.546.486,79</b>	<b>\$ 1.282.027,15</b>	<b>42%</b>	<b>38%</b>	<b>-17%</b>
<b>21</b>	<b>Deudas Flotantes</b>	<b>\$ 1.527.107,65</b>	<b>\$ 1.245.294,73</b>	<b>41,84%</b>	<b>36,50%</b>	<b>-18,45%</b>
<b>212</b>	<b>Depósito y Fondos de Terceros</b>	<b>\$ 86.691,63</b>	<b>\$ 133.778,66</b>	<b>2,38%</b>	<b>3,92%</b>	<b>54,32%</b>
21203	Fondos de Terceros	\$ 2.435,40	\$ 115.017,04	0,07%	3,37%	4623%
21240	Descuentos y Retenciones	\$ 70.302,56		1,93%	0,00%	-100%
21250	Fondos por Otorgarse	\$ 927,64		0,03%	0,00%	-100%
21281	Depósitos SRI	\$ 13.026,03	\$ 18.761,62	0,36%	0,55%	44%
<b>213</b>	<b>Cuentas por Pagar</b>	<b>\$ 1.440.416,02</b>	<b>\$ 1.111.516,07</b>	<b>39%</b>	<b>33%</b>	<b>-23%</b>
21351	Cuentas por Pagar Gastos de Personal	\$ 26.294,65	\$ 3.004,96	0,72%	0,09%	-88,57%
21353	Cuentas por Pagar Bienes y Servicios de Consumo	\$ 107.268,07		2,94%	0,00%	-100%
21357	Cuentas por Pagar Gastos	\$ 2.271,40	\$ 35.143,26	0,06%	1,03%	1447,21%
21358	Cuentas por Pagar Transferencia y Donaciones	\$ 11.164,83		0,31%	0,00%	-100%
21371	Cuentas por Pagar Gastos en Personal por Inversiones	\$ 313,00		0,01%	0,00%	-100%
21373	Cuentas por Pagar Bienes y Servicios de Inversión	\$ 148.868,83		4,08%	0,00%	-100%
21381	Cuentas por Pagar IVA	\$ 4.331,25	\$ 11.951,12	0,12%	0,35%	175,93%
21383	Cuentas por Pagar Años Anteriores IVA	\$ 17.135,47	\$ 41,89	0,47%	0,00%	-99,76%
21384	Cuentas por Pagar Inversiones Bienes Larga Duración	\$ 1.122.550,71	\$ 967.942,88	30,75%	28,37%	-13,77%
21385	Cuentas por Pagar Años Anteriores Otros	\$ 217,81	\$ 86.747,46	0,01%	2,54%	39727,12%
21399	Obligaciones por Pagar no reconocidas en los años anteriores		\$ 6.684,50	0,00%	0,20%	-
<b>22</b>	<b>Deuda Publica</b>	<b>\$ 19.379,14</b>	<b>\$ 36.732,42</b>	<b>0,53%</b>	<b>1,08%</b>	<b>89,55%</b>
<b>224</b>	<b>Financieros</b>	<b>\$ 19.379,14</b>	<b>\$ 36.732,42</b>	<b>0,53%</b>	<b>1,08%</b>	<b>89,55%</b>
22482	Depósitos y Fondos de Terceros de Años Anteriores	\$ 74,55		0,00%	0,00%	-100%
22483	Cuentas por Pagar Años Anteriores IVA	\$ 212,45	\$ 19.441,78	0,01%	0,57%	9051,23%
22485	Cuentas por Pagar Años Anteriores Bienes y Servicios	\$ 1.876,05		0,05%	0,00%	-100%
22487	Depósitos y Fondos de Terceros de Años Anteriores	\$ 17.216,09	\$ 17.290,64	0,47%	0,51%	0,43%

Continúa 

<b>6</b>	<b>PATRIMONIO</b>	<b>\$ 2.103.649,59</b>	<b>\$ 2.130.043,95</b>	<b>58%</b>	<b>62%</b>	<b>1,25%</b>
<b>61</b>	<b>Patrimonio Acumulador</b>	<b>\$ 2.103.649,59</b>	<b>\$ 2.130.043,95</b>	57,63%	62,43%	1,25%
<b>611</b>	<b>Patrimonio Publico</b>	\$ 2.103.649,59	\$ 2.130.043,95	57,63%	62,43%	1,25%
61101	Patrimonio Gobierno Central	\$ 2.151.694,63	\$ 2.151.694,63	58,95%	63,06%	0,00%
61188	Patrimonio de Donaciones de Bienes e Inmuebles	\$ 1.200,00	\$ 1.200,00	0,03%	0,04%	0,00%
61197	Donaciones Recibidas en Existencia	(\$ 10.713,23)	(\$ 22.850,68)	-0,29%	-0,67%	113,29%
61199	Donaciones Recibidas en Bienes Muebles e Inmuebles	(\$ 38.531,81)		-1,06%	0,00%	-100%
	<b>TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO</b>	<b>\$ 3.650.136,38</b>	<b>\$ 3.412.071,10</b>	100%	100%	-7%

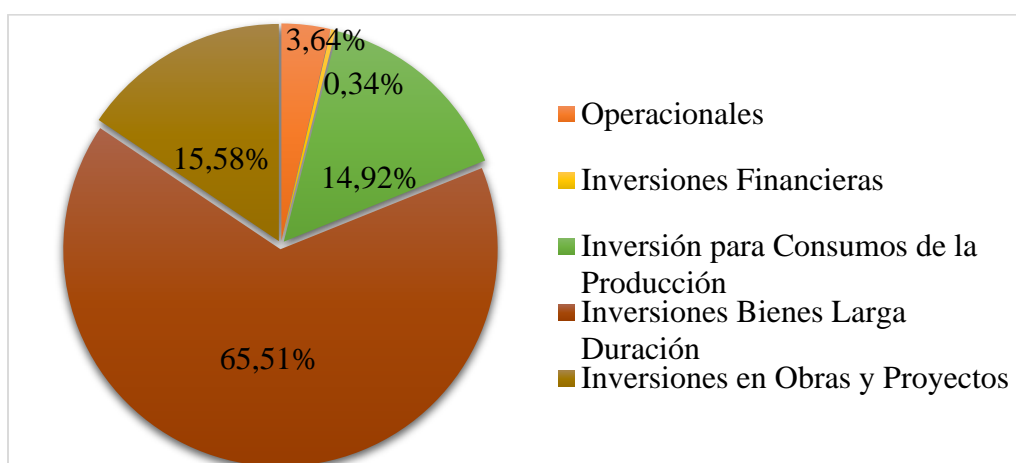
Para realizar el análisis a la situación financiera de los Distritos de Salud 18D03 y 18D04 se agrupó en un solo estado para su fácil interpretación, el mismo que arrojó la siguiente información:

**Activos:** En el año 2016 el activo se encuentra conformado con el 65,51% y con mayor representación la cuenta “14. Inversiones bienes de larga duración” con \$ 2.235.412,03 dólares, mismo que en comparación del año anterior sufrió un incremento considerable del 65,87% debido a que se realizó inversiones en bienes de administración e infraestructura para el mejoramiento del servicio de la salud y la satisfacción de los ciudadanos. Con el 15,58% le sigue “15. Inversiones en obras y proyectos” con \$ 531.480,88; la cual sufrió una variación del -70,01% (es decir \$ 1240826,44 menos) en relación al 2015, pero este valor fue suficiente para cubrir obras en proceso. Y por último le concierne a “13. Inversiones para consumo de la producción” correspondiente al 14,92% con USD 509.249,33 de manera que la existencia de bienes de uso y consumo corriente generó un incremento del 17,60% en símil al año antepuesto.



**Figura 23.** Conformación del Total Activo.

Fuente: Análisis de Investigación.

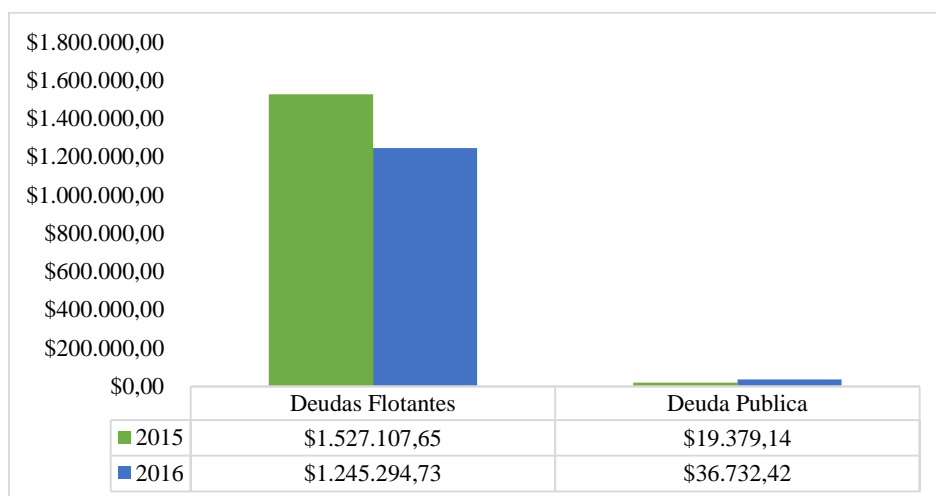


**Figura 24.** Porcentaje de la conformación del Total Activo.

Fuente: Análisis de Investigación.

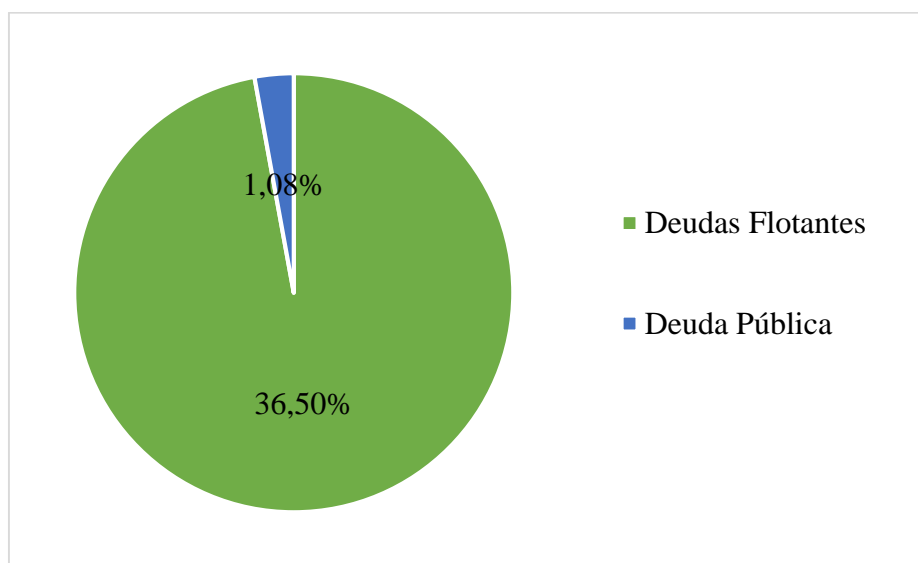
**Pasivo:** El total del pasivo cuenta con \$ 1.282.027,15 representado el 38% de deudas con terceros para el 2016, mismo que se encuentra estructurado de la siguiente manera: “21. Deudas flotantes” siendo la cuenta más representativa de este grupo con el 36,50% (es decir el 97%) por un valor de \$ 1.245.294,73 dólares, significando un buen manejo de la deuda debido a que disminuyó en un -18,45% en comparación del año 2015. Mientras que la “22. Deuda pública” llegó al 1,08% (el 3%) por el valor \$ 36.732,42.





**Figura 25.** Conformación del Total Pasivo.

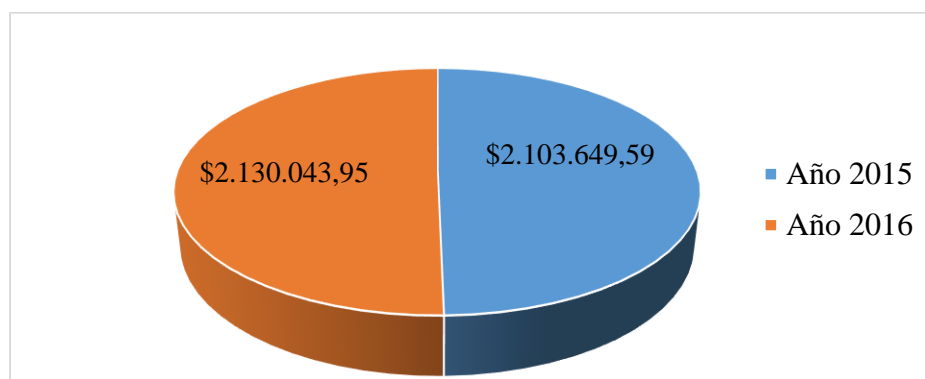
Fuente: Análisis de Investigación.



**Figura 26.** Porcentaje de la conformación del Total Pasivo.

Fuente: Análisis de Investigación.

**Patrimonio:** Se encuentra estructurada con \$ 2.130.043,95 dólares representada por el 62,43% la cuenta “61. Patrimonio acumulador”, misma que en comparación del año 2015 que generó una variación del 1,25% debido al incremento por donaciones recibidas en existencia.



**Figura 27.** Total Patrimonio 2015-2016.

Fuente: Análisis de Investigación.

### 3.2 Matriz de indicadores.

Una vez que se culminado con el análisis horizontal y vertical al estado de situación financiera, para tener una mejor visión y facilidad de interpretación a continuación se presentan indicadores que aporten a la misma:

**Tabla 19**  
**Índices Financieros y Patrimoniales**

Indicadores	Fórmula	Cálculo
Liquidez Inmediata	$\frac{\text{Fondos Líquidos}}{\text{Obligaciones Pendientes de Pago}}$	$\frac{1.757.586,73}{122750,00}$ = 14,3184255
Solvencia a Corto Plazo	$\frac{\text{Fondos Líquidos} + \text{Derechos Pendientes de Cobro}}{\text{Obligaciones Pendientes de Pago}}$	$\frac{2.441.910,26}{122.750,00}$ = 19,89336261
Cobertura Patrimonial	$\frac{\text{Activos Fijos}}{\text{Patrimonio}}$	$\frac{1.637.240,88}{2.130.043,95}$ = 0,76864183

Fuente: Análisis de Investigación.

Los distritos de salud 18D03 y 18D04 cuentan con una liquidez inmediata de 14,31 dólares para cubrir sus obligaciones a corto plazo con terceros, es decir que cuentan con el suficiente dinero para cancelar sus deudas contraídas menores a un año; la solvencia a corto plazo estas entidades cuentan con el 19,89%, mismo que ayuda hacer frente a los compromisos con su propia actividad sin ninguna otra fuente; y en cuanto a la cobertura patrimonial cuenta con el 76% de los Activos en relación al patrimonio.

**Tabla 20**  
**Índices Presupuestarios**

Indicadores	Fórmula	Cálculo
Ejecución del presupuesto de gastos	$\frac{\text{Obligaciones Reconocidas Netas}}{\text{Créditos Definitivos}}$	$\frac{1.757.586,73}{1480.592,73} = 1,18708318$
Período Medio de Pago	$\frac{\text{Obligaciones Pendientes de Pago Netas}}{\text{Obligaciones Reconocidas Netas}} * 365$	$\frac{122.750,00}{1480.592,73} * 365 = 30,2606849$
Capital neto de trabajo a activos totales	$\frac{\text{Capital de Trabajo Neto}}{\text{Activos Totales}}$	$\frac{2.130.043,95}{3.412.071,10} = 0,622426716$

Fuente: Análisis de Investigación.

En referencia a la ejecución del presupuesto de gastos corresponde de los cantones analizados el 1,87% ha sido efectuado de lo presupuestado y a su vez cuentas con 30 días de plazo promedio de pago a los proveedores. La relación de capital de trabajo Neto a Activos totales es 62,42% líquidos del 100% del rendimiento total de la entidad.

**Tabla 21**  
**Índices de Existencias**

Indicadores	Fórmula	Cálculo
Rotación de Existencias para el Consumo	$\frac{\text{Costo de Existencias Utilizadas}}{\text{Promedios de Utilizadas}}$	$\frac{509.249,33}{377.939,40} = 1,34743647$

Fuente: Análisis de Investigación.

Y para finalizar no se puede dejar el índice de existencias, mismo que arrojó que 1,34 veces al año el inventario que manejan estas instituciones rotan en beneficio de la colectividad.

### **3.3 Resultados de la investigación empírica.**

Una vez realizada la investigación insitu con la ayuda de los instrumentos de recolección de datos en los cantones Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo, se evidenció que la encuesta aplicada a los usuarios de las unidades de salud de los Distritos 18D03 y 18D04 así como el check list empleado a los líderes de la Unidad de Gestión Financiera de la Zona 3 de Salud de Tungurahua permitió obtener información sobre las variables de estudio como es el impacto de las gestión presupuestaria en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud.

La lista de verificación (check list) para fundamentar las variables de estudio y posteriormente proceder a comprobar la idea a defender planteada en la presente investigación se encuentra conformada por 5 niveles, cada uno de ellos cuentan con preguntas de acuerdo al ámbito del cuestionario; mientras que, la encuesta se estructura por 11 preguntas, misma que se puede visualizar en anexo 1. Las preguntas que fueron formuladas en los dos casos y su mayoría son de selección múltiple y cerrada. Por lo consiguiente se presentan los resultados obtenidos del segmento seleccionado.

### **3.4 Check list.**


Siguiendo el mismo parámetro que se utilizó en el análisis financiero, es decir se presentó un solo modelo de check list para los Distritos de Salud 18D03 y 18D04. A continuación se presentan los resultados de la aplicación del mismo:

### **Tabla 22**

**Check list de los Distrito de Salud 18D03 y 18D04**

#	Indicadores	PT	SÍ	NO	CT
<b>1</b>	<b>Ambiente de Control</b>	16			12
<b>1.1</b>	<b>Valores éticos y de conducta interna</b>	3			3
a.	¿Existe un Código de Ética emitido por la Coordinación Zonal 3 de Salud de Tungurahua y se ha difundido entre los colaboradores de los Distritos de las instituciones?	1	X		1
b.	¿Son comunicados estos valores a través de un documento?	1	X		1
c.	¿Los directivos predicán con el ejemplo a sus colaboradores?	1	X		1
<b>1.2</b>	<b>Competencia Profesional</b>	3			2
a.	¿Existe un manual de funciones en el área financiera de cada Distrito de Salud de la Zona 3?	1	X		1
b.	¿Se organiza programas de capacitación sobre proyectos de inversión pública y la ejecución de presupuestos?	1		X	0
c.	¿Se siente capacitado para el cargo que desempeña?	1	X		1
<b>1.3</b>	<b>Ambiente Organizacional</b>	2			2
a.	¿Existe una relación cordial entre la alta dirección administrativa y colaboradores?	1	X		
b.	¿Se organiza programas en ocasiones especiales?	1		X	0
<b>1.4</b>	<b>Estructura Organizacional</b>	3			3
a.	¿La Zona 3 Salud Tungurahua cuenta con un organigrama estructural?	1	X		1
b.	¿Los Distritos de Salud de la Zona 3 Tungurahua cuentan con estrategias de procesos de gestión para la ejecución presupuestaria?	1	X		1
c.	¿La responsabilidad asumida por los colaboradores está en función al cargo?	1	X		1
<b>1.5</b>	<b>Delegación de Autoridad</b>	2			2
a.	¿El número de colaboradores en cada área financiera de los Distritos de Tungurahua en Salud es suficiente?	1	X		1
b.	¿La asignación de autoridad se aplica de manera sistemática en toda Zona 3 de Tungurahua?	1	X		1
<b>1.6</b>	<b>Recursos Humanos</b>	3			1
a.	¿Existe un manual de reclutamiento de personal en cada Distrito de la Zona 3 de Tungurahua emitido por la misma?	1	X		
b.	¿Existe planes de capacitaciones para los colaboradores?	1		X	0
<b>2.</b>	<b>Medición y Evaluación de Riesgos en la Ejecución Presupuestaria</b>	5			4
<b>2.1</b>	<b>Objetivos de la Entidad</b>	2			1
a.	¿Existe formas de comunicación de los objetivos institucionales para la ejecución presupuestaria?	1		X	0
b.	¿Los colaboradores conocen los objetivos de la institución?	1	X		
<b>2.2</b>	<b>Riesgos Potenciales</b>	3			3

Fuente: Análisis de Investigación

Continúa 

a.	¿Se adoptan medidas para determinar el riesgo?	1	X	1
b.	¿Existen cámaras de seguridad?	1	X	1
c.	¿Las claves de cámaras tienen usuarios exclusivos?	1	X	1
<b>3</b>	<b>Actividades de Control</b>	<b>7</b>		<b>5</b>
a.	¿Cuenta la Zona 3 de Salud de Tungurahua con un Manual de Control Interno?	1	X	1
b.	¿Se obtienen los productos de los proyectos de inversión en su totalidad?	1	X	1
c.	¿Se cumple con los requisitos para el otorgamiento del presupuesto?	1	X	1
d.	¿Conocen los colaboradores de los Distritos de Salud de Tungurahua cuánto invierte la CZ3 del MSP en la adquisición de activos fijos?	1		X 0
e.	¿La comisión de vigilancia presupuestaria de la zona 3 de Salud Tungurahua compila informes presupuestales mensuales?	1	X	1
f.	¿Se realizan actualizaciones en los proyectos que no se han utilizado?	1		X 0
g.	¿En las modificaciones al presupuesto existe un seguimiento diario?	1	X	1
<b>4.</b>	<b>Información y Comunicación</b>	<b>3</b>		<b>1</b>
a.	¿Existe una persona responsable de las modificaciones presupuestarias?	1		X 0
b.	¿Conoce cuál ha sido el porcentaje de ejecución en los proyectos de inversión en el año 2015 que son liquidados de manera oportuna?	1	X	
c.	¿La Zona 3 de Salud-Tungurahua dispone de estrategias y procedimientos escritos?	1		X 0
<b>5.</b>	<b>Supervisión</b>	<b>3</b>		<b>3</b>
a.	¿El Líder de la Unidad de Gestión Financiera de la Zona 3 de Salud Tungurahua revisa y analiza los informes de los procesos de gestión del área financiera de cada Distrito?	1	X	1
b.	¿Dentro de cada expediente del proceso financiero reposa la certificación presupuestaria?	1	X	1
c.	¿El Líder de la Zona 3 de Salud revisa los Balances respectivos para ser presentados al respectivo ente regulador?	1	X	
<b>Calificación Total</b>		<b>CT</b>		<b>25</b>
<b>Ponderación Total</b>		<b>PT</b>		<b>35</b>
<b>Nivel De Confianza: NC=CT/PT X 100</b>		<b>NC</b>		<b>71%</b>
<b>Nivel De Riesgo Inherente: RI=100%-NC%</b>		<b>RI</b>		<b>29%</b>

$$\frac{N^{\circ} \text{ Procesos Finalizados}}{\text{Total de Ejecutados}} = \frac{29}{71} = 0,4084 * 100\% = 40,84\%$$

Se concluye después de aplicar el Check List, que los datos obtenidos manifestaron que los procesos de los proyectos de inversión pública se han cumplido con relación en la ejecución presupuestaria (inversión) en un 71%, y que la diferencia es decir el 29% presenta un margen de riesgo alto, debido a que no se cumple correctamente con los procedimientos establecidos en la Zona 3 del Ministerio de Salud de Tungurahua de los Distritos de Salud de los cantones, Baños, Patate y Pelileo, sin cumplirse con lo proyectado en el año por lo que los procesos son designados dentro de la proyección planificada no son ejecutados adecuadamente por parte de los colaboradores encargados en las áreas financieras públicas, según los criterios emitidos de la Zona 3 del Ministerio de Salud, estos tienen una afectación directa en la aplicación de los procesos sobre la ejecución presupuestaria para compras públicas.

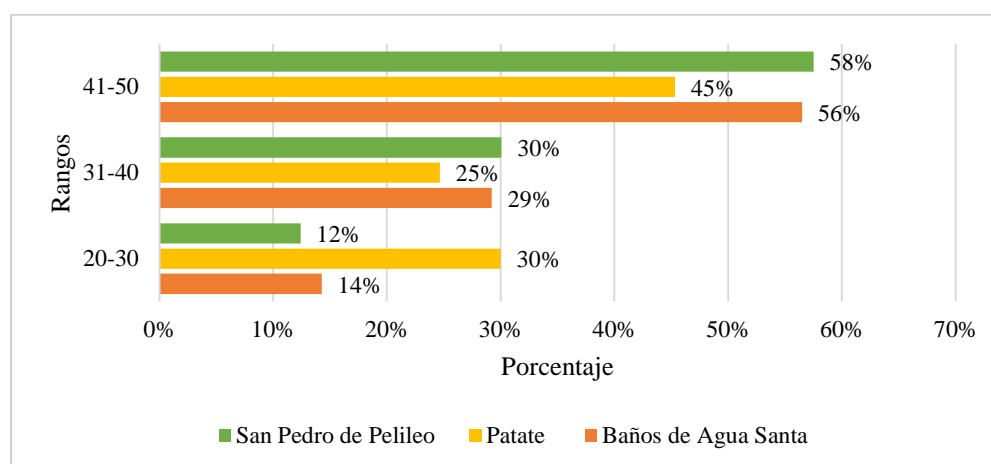
### 3.5 Encuesta.

Para poder analizar el impacto que genera la gestión presupuestaria en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo en el período 2011-2016 se efectuó otra de las técnicas para recolectar información, como es la encuesta, misma que fue aplicada a los usuarios que de acuerdo a la información arrojada, la concentración y muestra significativa de la investigación recayó en aquellos que se encuentran en el rango de edades de 41-50 años; ya que en el Distrito de Salud 18D03(cantón Baños) este rango llegó al 56%, para el Distrito 18D04 (Patate) el 45%; y, para finalizar en el Distrito 18D04 (San Pedro de Pelileo) el 58%, a continuación se lo puede visualizar.

**Tabla 23**  
***Edad en rangos***

Rango Edades	Población					
	Baños de Agua Santa		Patate		San Pedro de Pelileo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
20-30	21	14%	45	30%	19	12%
31-40	44	29%	37	25%	46	30%
41-50	85	56%	68	45%	88	58%
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas



**Figura 28.** Porcentaje de rango de edades.

Fuente: Tabla de edad en rango.

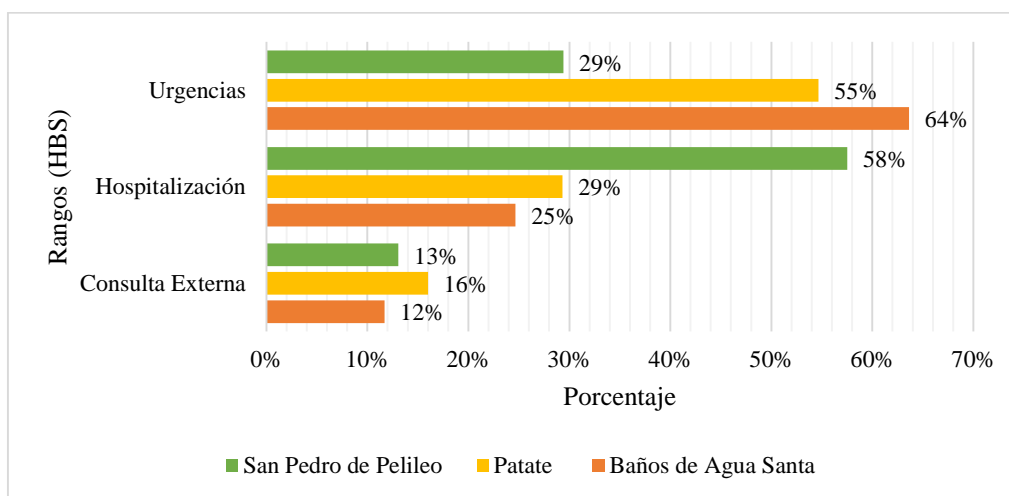
En cuanto al servicio que brinda el sistema de salud pública, los usuarios encuestados manifestaron que el nivel de consulta (primero y segundo) en el cantón Baños de Agua Santa así como también en Patate la atención a través de urgencias llegó al 64% y 55% respectivamente, siendo esta la más significativa, mientras que la hospitalización obtuvo el 58% en San Pedro de Pelileo y el 29% en Patate; y, en cuanto a la consulta externa alcanzó el 13% y 16% en los mismos cantones correspondientemente. Datos que permiten analizar que el contacto directo que el Ministerio de Salud Pública tiene con la comunidad se está reforzando de acuerdo a sus necesidades básicas y/o más frecuentes que se presentan.

**Tabla 24**  
*Servicios de acuerdo al nivel de consulta*

Tipo de servicio	Población					
	Baños de Agua Santa		Patate		San Pedro de Pelileo	
	f	%	f	%	f	%
Consulta Externa	18	12%	24	16%	20	13%
Hospitalización	37	25%	44	29%	88	58%
Urgencias	96	64%	82	55%	45	29%
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas





**Figura 29.** Porcentaje de servicios de acuerdo al nivel de consulta.

Fuente: Tabla de servicios de acuerdo al nivel de consulta.

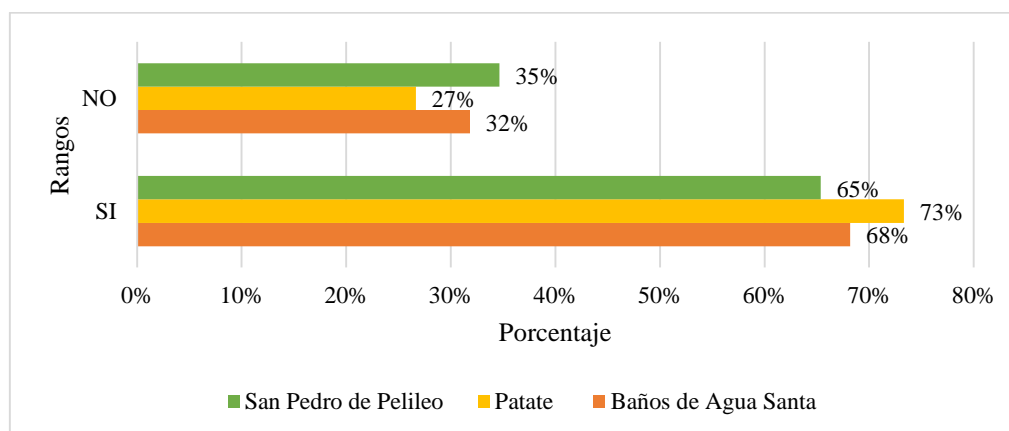
**Pregunta 1** ¿Usted ha utilizado los servicios de la Unidad de Salud Pública del cantón entre el 2011 y 2016?

**Tabla 25**

*Utilización de los servicios en las unidades de salud pública*

Rango	Población					
	Baños de Agua Santa		Patate		San Pedro de Pelileo	
	F	%	f	%	f	%
SI	103	68%	110	73%	100	65%
NO	49	32%	40	27%	53	35%
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas



**Figura 30.** Porcentaje de la utilización de los servicios en las USP.

Fuente: Tabla 24.

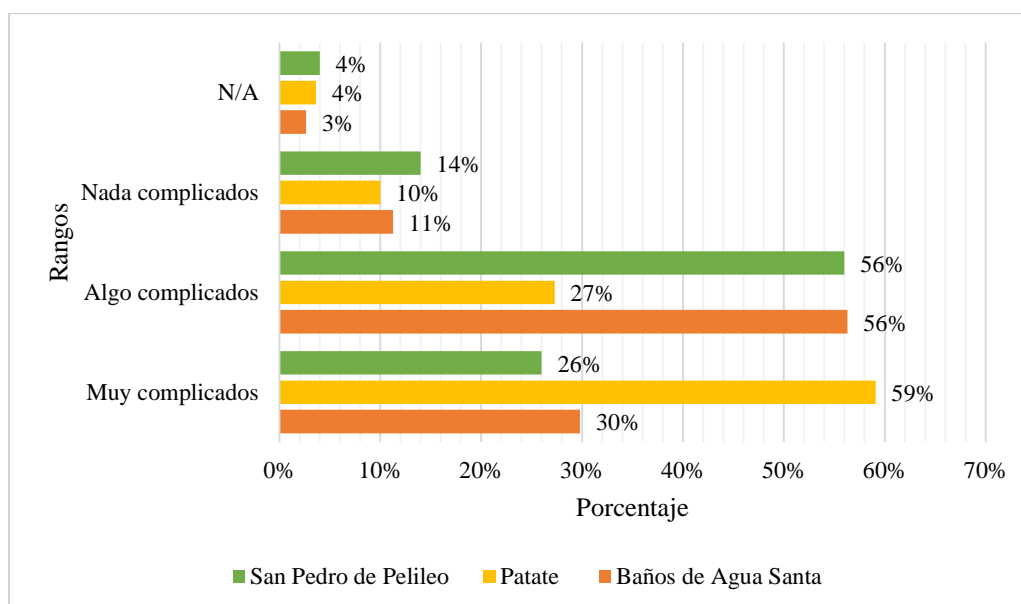
El servicio de la salud pública es indispensable para los ciudadanos, en especial para los de bajos recursos económicos; el segmento analizado, es decir, los tres cantones Baños, Patate y Pelileo en la pregunta 1 respondieron el 32%, 27% y el 35% no lo han hecho uso de la atención pública durante el periodo 2011-2016, mientras el 68%, 73% y 65% respectivamente si lo han visitado.

**Pregunta 2** ¿Al momento de registrar su información como usuario para la atención y servicio en salud los trámites le resultaron?

**Tabla 26**  
*Gestión de trámites*

Rango	Población					
	Baños de Agua Santa		Patate		San Pedro de Pelileo	
	f	%	f	%	f	%
Muy complicados	45	30%	0	59%	0	26%
Algo complicados	85	56%	0	27%	0	56%
Nada complicados	17	11%	0	10%	0	14%
N/A	4	3%	0	4%	0	4%
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas



**Figura 31.** Porcentaje de la gestión de trámites.

Fuente: Tabla Pregunta 2

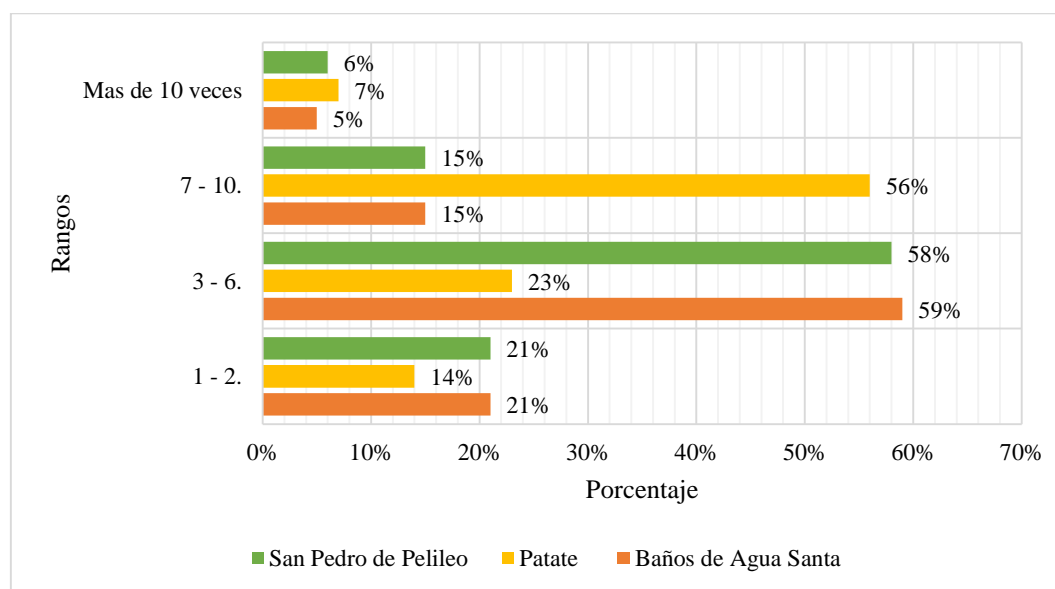
En cuestión de los trámites que los beneficiarios deben realizar al momento de percibir la asistencia consideran que son algo complicados con el 56% para el cantón Baños de Agua Santa y San Pedro de Pelileo, mientras que para Patate solamente el 27%. Un dato que permite aclarar esta situación es la que el Instituto Nacional de Estadística y Censos proporciona, en la provincia de Tungurahua el 9,38% no ha terminada la educación básica representando el 31,90% de analfabetismo en el rango de edad de 20-50 años de acuerdo al censo de población y vivienda en el Ecuador realizado en el año 2010.

**Pregunta 3** ¿Cuántas veces ha visitado la Unidad de Salud Pública del cantón entre el período 2011 y 2016?

**Tabla 27**  
*Visitas a la Unidad de Salud Pública*

Rango	Población					
	Baños de Agua Santa		Patate		San Pedro de Pelileo	
	f	%	f	%	f	%
1 - 2.	32	21%	21	14%	32	21%
3 - 6.	89	59%	35	23%	89	58%
7 - 10.	23	15%	84	56%	23	15%
Más de 10 veces	7	5%	10	7%	9	6%
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas



**Figura 32.** Porcentaje de las Visitas a la Unidad de Salud Pública.

Fuente: Tabla Pregunta 3

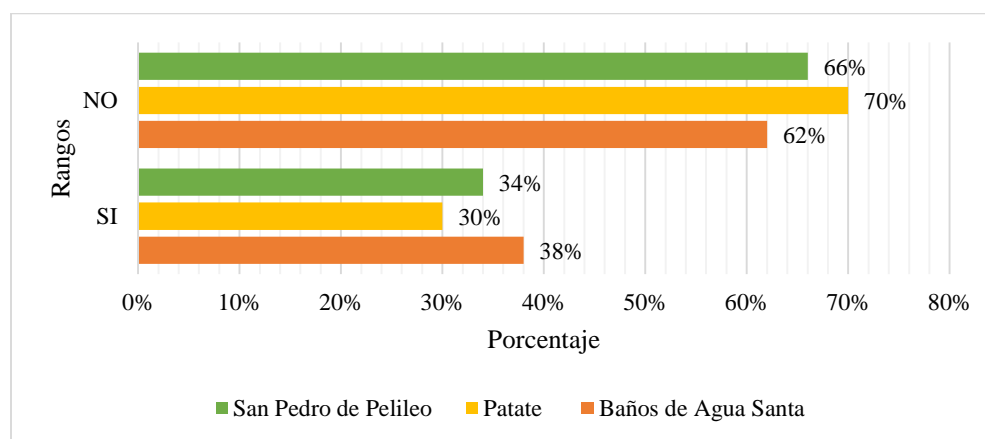
La frecuencia con la que los usuarios se hacen atender en las unidades de salud pública de acuerdo a la información obtenida, arrojó que en el cantón Baños de Agua Santa van de 3 a 6 veces representando el 50%, mientras que en Patate con el 42% visitan de 7 a 10 ocasiones y en San Pedro de Pelileo van el 48% de 3-6 veces.

**Pregunta 4** ¿Conoce los beneficios que brinda la Unidad de Salud Pública del cantón?

**Tabla 28**  
*Beneficios de la Unidad de Salud Pública*

Rango	Población					
	Baños de Agua Santa		Patate		San Pedro de Pelileo	
	f	%	F	%	f	%
SI	57	38%	45	30%	52	34%
NO	94	62%	105	70%	101	66%
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas



**Figura 33.** Porcentaje de Beneficios de la Unidad de Salud Pública.

Fuente: Tabla Pregunta N.4

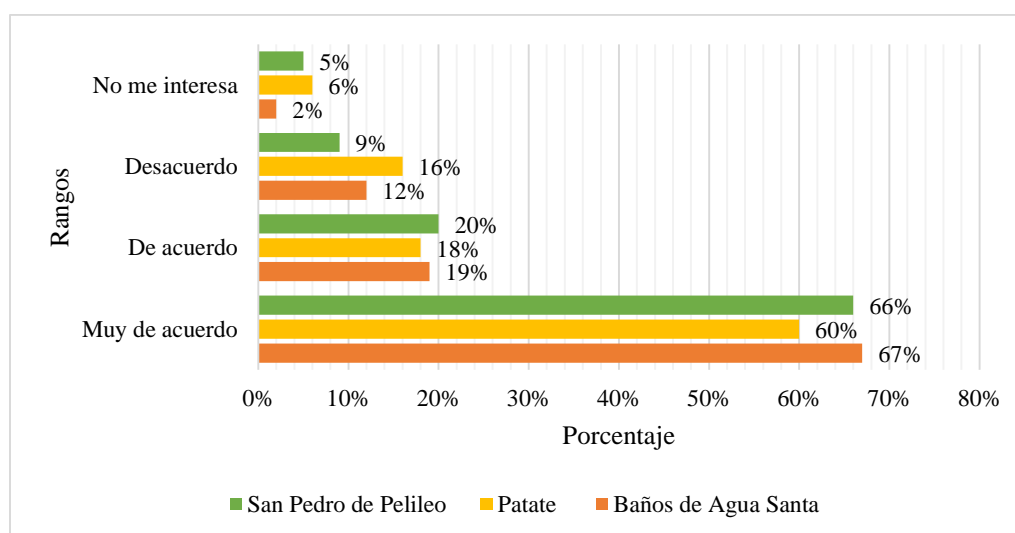
Los encuestados de los cantones Baños de Agua Santa con el 62%, Patate el 70% y San Pedro de Pelileo con el 66%, manifestaron que no conocen los beneficios que ofrece las unidades de salud pública, es decir, que los usuarios no se encuentran involucrados en su totalidad con el objetivo del Ministerio de Salud Pública (es decir, obtener el desarrollo humano sustentable), mientras los que afirmaron conocer obtuvieron un el 38%, el 30% y el 34% (en el mismo orden que se mencionó anteriormente).

**Pregunta 5** ¿Considera que debería haber más información en el cantón sobre los beneficios que facilita la Unidad de Salud Pública (USP)?

**Tabla 29**  
*Información sobre beneficios de la USP*

Rango	Población					
	Baños de Agua Santa		Patate		San Pedro de Pelileo	
	f	%	f	%	f	%
Muy de acuerdo	101	67%	90	60%	101	66%
De acuerdo	29	19%	27	18%	31	20%
Desacuerdo	18	12%	24	16%	14	9%
No me interesa	3	2%	9	6%	7	5%
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta



**Figura 34.** Porcentaje de la información sobre beneficios de la USP.

Fuente: Tabla Pregunta 5

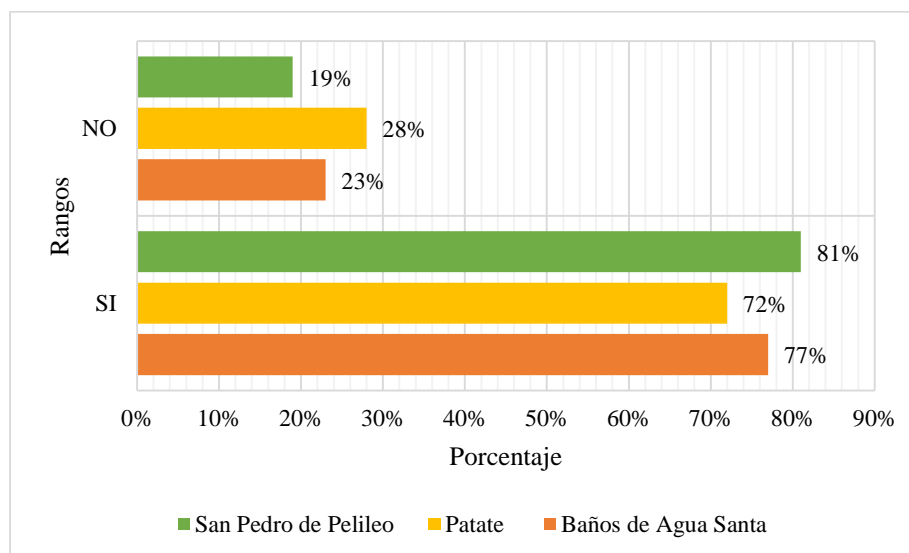
Mientras que la pregunta 5, informa que las personas de los distritos de salud analizados (18D03 y 18D04) están muy de acuerdo que exista mayor información sobre ello con el 67% para el cantón Baños de Agua Santa, el 60% para Patate y finalmente con el 66% para San Pedro de Pelileo.

**Pregunta 6** ¿Considera ocupar el servicio de la Unidad de Salud Pública de su cantón, al momento de elegir su atención médica?

**Tabla 30**  
*Utilización del servicio de la Unidad de Salud Pública*

Rango	Población					
	Baños de Agua Santa		Patate		San Pedro de Pelileo	
	f	%	F	%	f	%
SI	116	77%	108	72%	124	81%
NO	35	23%	42	28%	29	19%
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas



**Figura 35.** Porcentaje de la utilización del servicio de USP.

Fuente: Tabla Pregunta 6

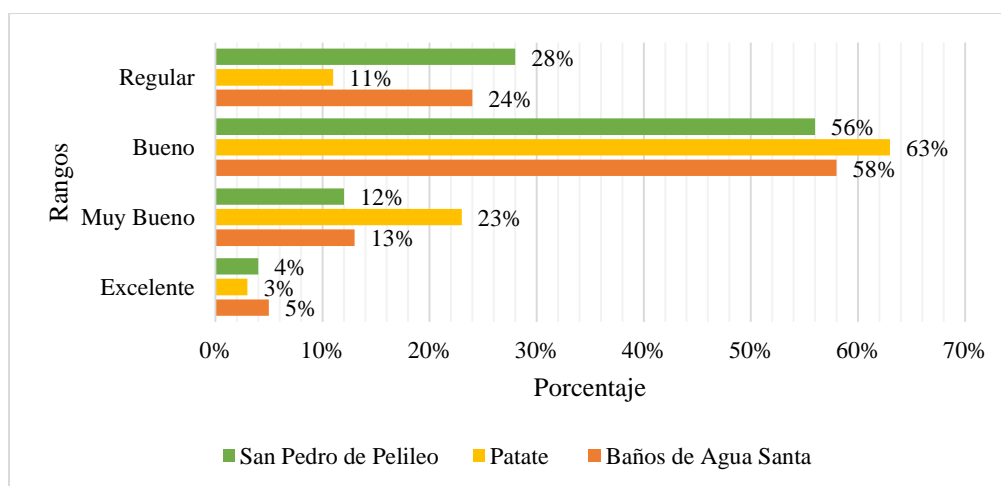
Y a su vez respaldada por la pregunta 6, los beneficiarios de los distritos de salud 18D03 (Baños de Agua Santa) y 18D04 (San Pedro de Pelileo y Patate) considerarían en un 77%, 72% y 81% respectivamente que elegiría ocupar el servicio de las USP al momento de requerir una atención médica.

**Pregunta 7** ¿Califique al servicio brindado en la Unidad de Salud Pública del cantón?

**Tabla 31**  
*Calificación del servicio de la USP*

Rango	Población					
	Baños de Agua Santa		Patate		San Pedro de Pelileo	
	f	%	f	%	f	%
Excelente	7	5%	5	3%	6	4%
Muy Bueno	20	13%	34	23%	18	12%
Bueno	88	58%	94	63%	86	56%
Regular	36	24%	17	11%	43	28%
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas



**Figura 36.** Porcentaje de calificación del servicio de la USP.

Fuente: Tabla Pregunta 7.

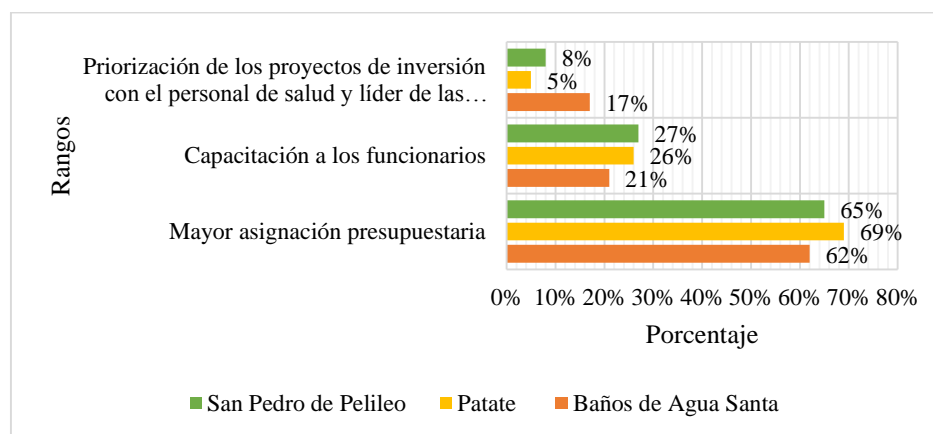
El servicio brindado en las Unidades de Salud Pública de cada cantón analizado (Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo) refleja que el 58%, 63% y 56%; respectivamente, es bueno según las consideraciones de los usuarios; acotación que permite reflejar la coherencia en la información que el Ministerio de Salud Pública indica: “la política de gratuidad y la inversión en establecimientos, incidieron en un incremento significativo de las coberturas de atención, por otro lado se ha logrado reposicionar los servicios públicos de salud como una alternativa para la resolución de sus necesidades” (Ministerio de Salud Pública MSP, 2012, pág. 25). Mientas que los que califican que es regular representan el 24%, 11% y 28% (en el mismo orden que se mencionó con anterioridad).

**Pregunta 8** ¿Señale al factor de mayor importancia que considere, para que mejore el Sistema de la Unidad de Salud Pública en su cantón?

**Tabla 32**  
**Factores para mejorar la USP**

Rango	Población					
	Baños de Agua Santa		Patate		San Pedro de Pelileo	
	f	%	f	%	f	%
Mayor asignación presupuestaria	93	62%	103	69%	100	65%
Capacitación a los funcionarios	32	21%	38	26%	41	27%
Priorización de los proyectos de inversión con el personal de salud y líder de las comunidades.	26	17%	8	5%	12	8%
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas



**Figura 37.** Porcentaje de factores para mejorar la USP.

Fuente: Tabla Pregunta 8.

Los factores de mayor importancia que consideran los beneficiarios de los Distrito de Salud 18D03 y 18D04 para que mejore el sistema de las unidades de salud pública en su cantón; coincidentemente, es que debería haber mayor asignación presupuestaria con el 62% para Baños, 69% en Patate y el 65% en San Pedro de Pelileo, en tanto el 21%, 26% y 27% señalan que debería haber capacitación a los funcionarios y en cuestión de priorizar los proyectos de inversión con el personal de salud y líder de las comunidades representan el 17%, 5% y 8% correspondientemente.

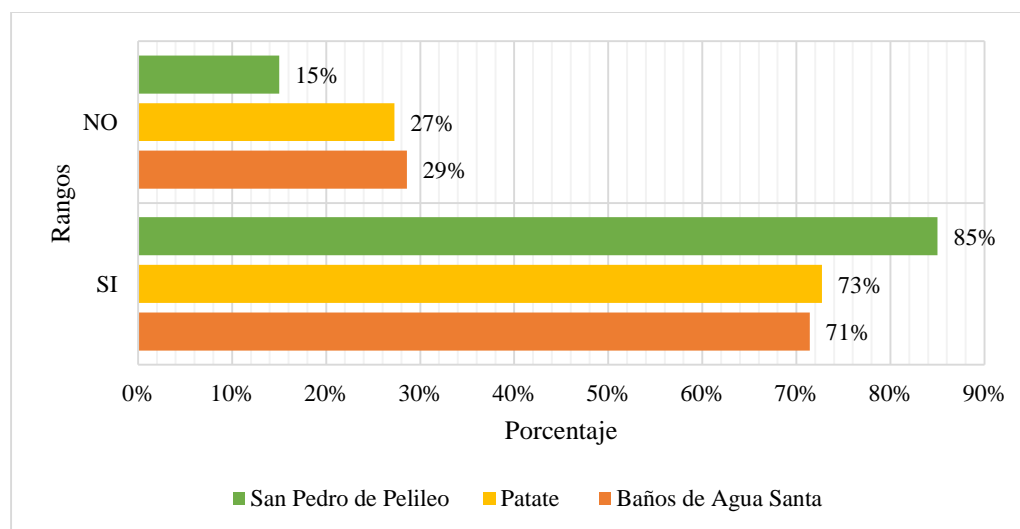


**Pregunta 9** ¿Cree que las Unidades de Salud Pública del cantón han contribuido en el crecimiento económico del mismo?

**Tabla 33**  
*Contribución de las USP con el crecimiento económico*

Rango	Población					
	Baños de Agua Santa		Patate		San Pedro de Pelileo	
	f	%	f	%	f	%
SI	107	71%	110	73%	130	85%
NO	44	29%	40	27%	23	15%
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas



**Figura 38.** Porcentaje de contribución de las USP con el crecimiento económico.

Fuente: Tabla Pregunta 9

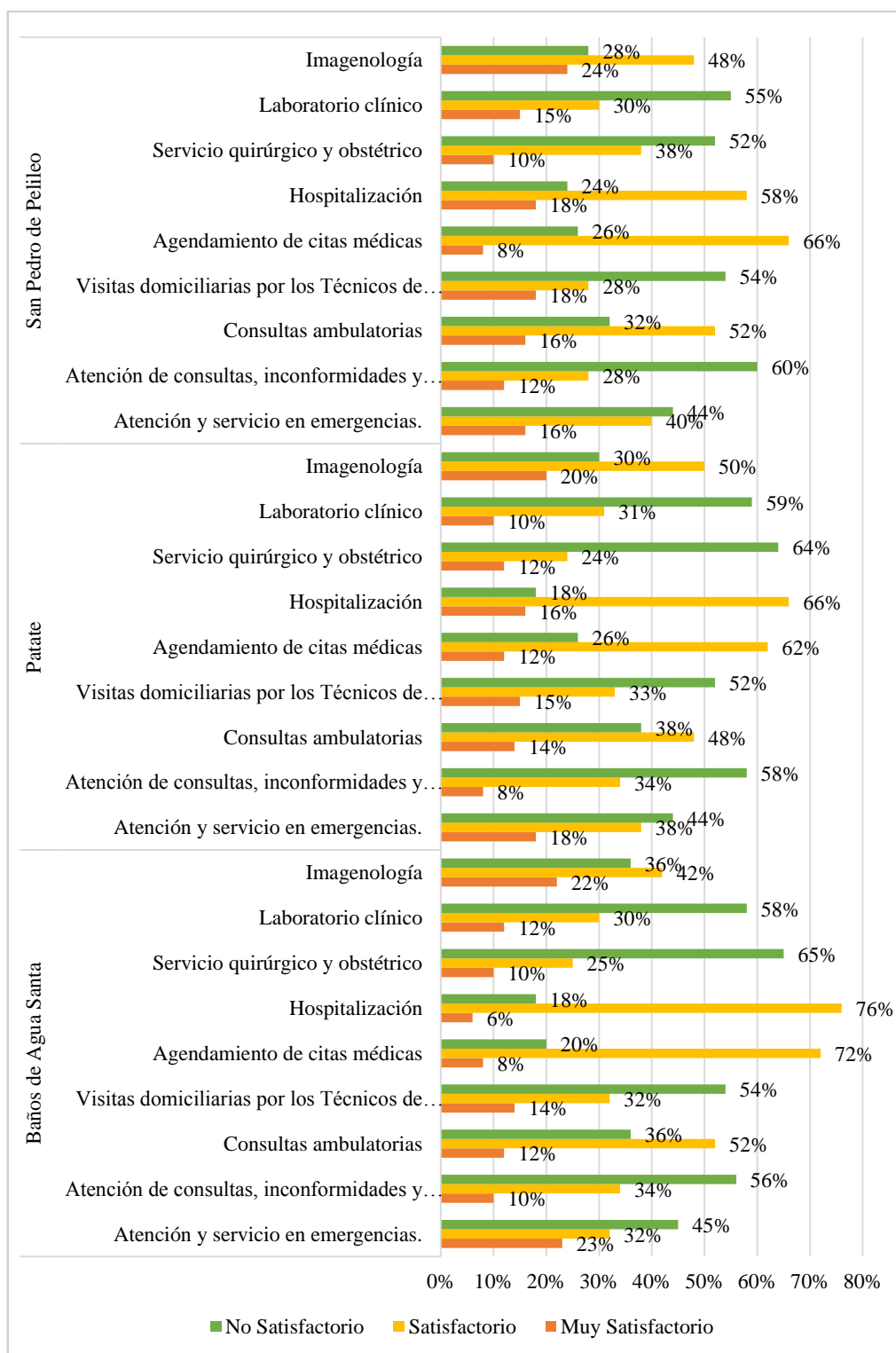
“La comunidad es el escenario inmediato donde se desarrolla la vida de las personas y las familias, donde interactúan y se procesan las condiciones sociales, económicas, ambientales.” (Ministerio de Salud Pública MSP, 2012). Partiendo de esta acotación y de los resultados arrojados, se establece que los usuarios de los cantones Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo consideran en un 71%, 74% y 85% respectivamente que las unidades de salud pública contribuyen al crecimiento económico. Al momento que una sociedad no cuente con salud automáticamente contrae el producto interno bruto (PIB) per cápita ya que se genera contracción de la productividad de la mano de obra y del tamaño relativo de la fuerza laboral.

**Pregunta 10** ¿Califique el nivel de satisfacción en cuanto al servicio recibido en la Unidad Pública de su Cantón?

**Tabla 34**  
*Calificación de los servicios en la USP*

	Rangos	Muy Satisfactorio	Satisfactorio	No Satisfactorio
<b>Baños de Agua Santa</b>	Atención y servicio en emergencias.	23%	32%	45%
	Atención de consultas, inconformidades y requerimientos ciudadanos en servicios del Ministerio de Salud Pública.	10%	34%	56%
	Consultas ambulatorias	12%	52%	36%
	Visitas domiciliarias por los Técnicos de Atención Primaria (TAPS)	14%	32%	54%
	Agendamiento de citas médicas	8%	72%	20%
	Hospitalización	6%	76%	18%
	Servicio quirúrgico y obstétrico	10%	25%	65%
	Laboratorio clínico	12%	30%	58%
	Imagenología	22%	42%	36%
<b>Patate</b>	Atención y servicio en emergencias.	18%	38%	44%
	Atención de consultas, inconformidades y requerimientos ciudadanos en servicios del Ministerio de Salud Pública.	8%	34%	58%
	Consultas ambulatorias	14%	48%	38%
	Visitas domiciliarias por los Técnicos de Atención Primaria (TAPS)	15%	33%	52%
	Agendamiento de citas médicas	12%	62%	26%
	Hospitalización	16%	66%	18%
	Servicio quirúrgico y obstétrico	12%	24%	64%
	Laboratorio clínico	10%	31%	59%
	Imagenología	20%	50%	30%
<b>San Pedro de Pelileo</b>	Atención y servicio en emergencias.	16%	40%	44%
	Atención de consultas, inconformidades y requerimientos ciudadanos en servicios del Ministerio de Salud Pública.	12%	28%	60%
	Consultas ambulatorias	16%	52%	32%
	Visitas domiciliarias por los Técnicos de Atención Primaria (TAPS)	18%	28%	54%
	Agendamiento de citas médicas	8%	66%	26%
	Hospitalización	18%	58%	24%
	Servicio quirúrgico y obstétrico	10%	38%	52%
	Laboratorio clínico	15%	30%	55%
	Imagenología	24%	48%	28%

Fuente: Encuestas



**Figura 39.** Porcentaje de calificación de los servicios en la USP.

Fuente: Tabla Pregunta 10

La calificación sobre el nivel de satisfacción en cuanto al servicio recibido en la unidad pública del cantón Baños por la atención en emergencia tenemos que el 45% no es satisfactorio el servicio; el 32% lo consideran satisfactorio y el 23% dicen que es muy satisfactorio. Para las consultas ambulatorias tenemos que el 52% estiman satisfactorio al servicio, el 36% no están satisfechos y el 12% si están muy satisfechos. Para los habitantes del cantón Patate entre los resultados obtenidos tenemos: en el área de hospitalización el 66% están satisfechos; el 18% no están satisfechos y el 16% señalan al servicio como muy satisfactorio. Y por último los habitantes del Cantón Pelileo señalan que en el área de laboratorio clínico el 55% encuentran poco satisfactorio, el 30% manifiestan que este servicio es satisfactorio y el 15% señalan como muy satisfactorio.

### **3.6 Verificación de la Hipotesis**

Para la verificación de la hipótesis, se utiliza el método de chi-cuadrado que es un estadígrafo no perimétrico o de distribución libre que permite establecer correspondencia entre valores observados y esperados, estos valores o frecuencias se las obtiene de la relación de los resultados de las encuestas aplicadas a la población de estudio de los cantones Baños, Patate, Pelileo.

#### **H<sub>1</sub>:**

**(Hipótesis inicial-alternativa)** La gestión presupuestaria tiene impacto en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones de Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo.

#### **H<sub>0</sub>**

**(Hipótesis nula)** La gestión presupuestaria no tiene impacto en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones de Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo.

### 3.6.1 Frecuencias Observadas

Las *fo*, se eligieron de la pregunta más significativa de la encuesta en relación a las variables de estudio. Para poder establecer el impacto del mejoramiento de las unidades de salud pública en los cantones de estudio, consideró la pregunta 9 sobre las unidades de salud pública han contribuido en el crecimiento económico del cantón.

**Tabla 35**  
*Frecuencias observadas*

Rango	Baños de Agua Santa	Patate	San Pedro de Pelileo	Total
SI	107	110	130	347
NO	44	40	23	107
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>150</b>	<b>153</b>	<b>454</b>

Fuente: Encuestas

### 3.6.2 Frecuencias Esperadas

Con la tabla de frecuencias observadas y con la siguiente formula se procede al cálculo de las frecuencias esperadas que se detalla en la tabla 35:

$$F_e = \frac{\text{Total de la fila (Para dicha celda)} * \text{Total de a Columna (Para dicha celda)}}{\text{Suma Total}}$$

**Tabla 36**  
*Frecuencia esperada*

Rango	Baños de Agua Santa	Patate	San Pedro de Pelileo	Total
SI	115,46	114,31	116,99	347
NO	35,54	35,19	36,01	107
<b>TOTAL</b>	<b>151,00</b>	<b>150,00</b>	<b>153,00</b>	<b>454</b>

Fuente: Tabla de frecuencias observadas.

### 3.7 Chi –Cuadrado ( $X^2$ )

#### 3.7.1 Chi –Cuadrado Calculado ( $X^2_c$ )

Una vez realizado el cálculo de frecuencia observada y la esperada, se procede al cálculo del Chi-Cuadrado aplicando la siguiente fórmula:

$$X^2_c = \sum \left[ \frac{(fo - fe)^2}{fe} \right]$$

Donde:

$X^2_c$  = Chi-cuadrado

$\sum$  = Sumatoria

$fo$  = Frecuencia Observada

$fe$  = Frecuencia Esperada o Teórica.

La misma que arrojó los siguientes datos:

**Tabla 37**  
**Tabla de contingencia**

FO	FE	FO-FE	(FO-FE) <sup>2</sup>	(FO-FE) <sup>2</sup> /E
107,21	115,5	-8,2	68,05	0,59
109,5	114,3	-4,8	23,16	0,20
130,05	117,0	13,1	170,60	1,46
43,79	35,5	8,2	68,05	1,91
40	35,2	4,8	23,16	0,66
22,95	36,0	-13,1	170,60	4,74
			<b>X<sup>2</sup> =</b>	<b>9,56</b>

Fuente: Tabla de frecuencias observadas y esperadas.

Como análisis del cálculo del chi – cuadrado visualiza que como resultado se tiene  $X^2_c$  es igual  $X^2_c = 9,56$ .

### 3.7.1.1 Chi –Cuadrado en tablas ( $X^2_t$ )

Mientras que para el cálculo del chi-cuadrado en tablas ( $X^2_t$ ), se consideraron tres aspectos importantes, los mismos que se menciona a continuación.

#### a. Selección de nivel de significación.

El nivel de significación del 0,05 (5%), que indica que hay una probabilidad del 0,95 (95%) de que la Idea nula sea verdadera.

#### b. Selección de los grados de libertad

Con la siguiente fórmula se tiene los grados de libertad utilizando los datos de la tabla de las frecuencias:

$$GL = (\text{filas}-1) (\text{columnas}-1)$$

$$GL = (2-1) (3-1)$$

$$GL = 1 * 2$$

$$GL = 2$$

#### c. Selección del Chi-Cuadrado en Tablas

**Tabla 38**

*Valores del Chi-Cuadrado en Tablas*

Grados de libertad	Probabilidad de un valor superior				
	10%	5%	2,50%	0,01%	0,005%
1	2,71	3,84	5,02	6,63	7,88
2	4,61	<b>5,99</b>	7,38	9,21	10,6
3	6,25	7,81	9,35	11,34	12,84

Fuente: Investigación

Ya realizado el análisis del chi-cuadrado en tablas, determinara que con los grados de libertad resultantes 2 y el nivel de significación del 5% se escogió un  $X^2_t = 5,99$ .

### 3.8 Regla de decisión

Si  $X^2_t > X^2_c$  se acepta la Hipótesis nula ( $H_0$ )

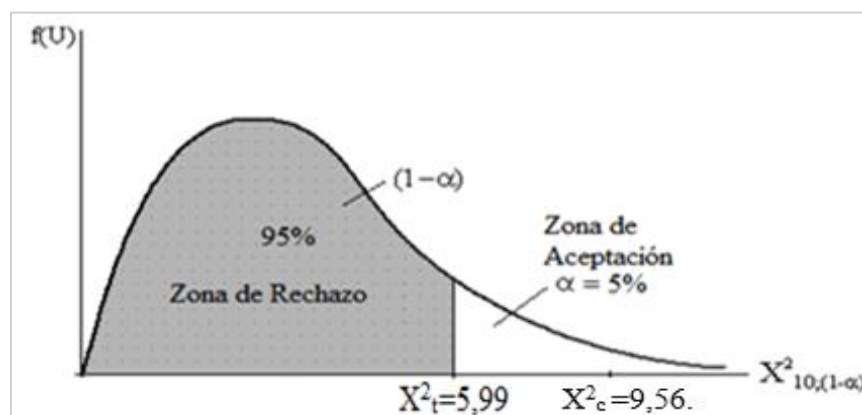
Si  $X^2_c > X^2_t$  se acepta la Hipótesis de investigación. ( $H_1$ )

Resultado:  $X^2_c=9,56 > X^2_t=5,99$

### Conclusión de Resultados de Chi – Cuadrado $X^2$

Una vez que se efectuó el debido procedimiento del cálculo del Chi-cuadrado para verificar la hipótesis arrojó los siguientes resultados: Chi cuadrado calculado ( $X^2_c=9,56$ ) y valor de Chi cuadrado en tablas ( $X^2_t=5,99$ ); con estos datos se aplicó la regla de decisión la cual arrojó como resultado que  $X^2_c > X^2_t$  dando lugar a la aceptación de la hipótesis de investigación; además se puede constatar en el gráfico de verificación que el valor del Chi-cuadrado calculado está en la región de aceptación; por lo tanto, se rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis de investigación inicial o alternativa ( $H_1$ ) que es: “La gestión presupuestaria tiene impacto en el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones de Baños de Agua Santa, Patate y San Pedro de Pelileo”.

A continuación, se puede visualizar las áreas de aceptación y rechazo del procedimiento de Chi – Cuadrado en el siguiente grafico representativo:



**Figura 40.** Regiones del Chi-Cuadrado.

Fuente: Análisis de Resultados del Chi – Cuadrado.



### **3.9 Limitaciones del estudio**

En lo referente a las limitaciones, se observó que la información relevante no se encontró elevada al portal de información de respaldo y de los documentos existentes no se encontraban suscritos, en algunos distritos de la Zona 3 de Salud de Tungurahua de los cantones Baños, Patate, Pelileo, ocasionando que no se encuentre la información. Con respecto a la presentación de los proyectos de inversión pública no se ejecuta en forma coordinada y de acuerdo a las necesidades de las instituciones, por lo tanto ciertos procesos de subasta inversa y menor cuantía fueron declarados desiertos por no presentarse oferentes, por montos que superaron el límite establecido por este mecanismos, dando lugar a que los bienes se adquieran mediante el proceso de ínfima cuantía a un solo proveedor con la presentación de diferentes facturas o proformas, en lugar del procedimiento dinámico de negociación, por lo cual no avaló la colaboración de otros oferentes.

### **3.10 Comprobación de la idea a defender**

Según, Cabada (2012) sostiene que: “Comprobar la Idea a Defender significa hallar pruebas necesarias y suficientes que la apoyen a la investigadora, la comprobación puede ser de dos tipos: demostración o comprobación lógica, y verificación o comprobación empírica, en la demostración no basta derivar las conclusiones a partir de las premisas; también es necesario dar la prueba lógica que demuestre que el argumento es válido, esto es, que las conclusiones se deduzcan correctamente a partir de las premisas”. (p.112)

### **3.11 Análisis del impacto económico**

Se considera ejecutar un análisis cuantitativo y cualitativo del impacto económico que generará la investigación, por lo que se ha realizado una Matriz de valoración, como se muestra a continuación:

### **Tabla 39**

**Matriz de valoración**

Nivel	-1	-2	-3	1	2	3	Sumatoria
<b>Indicador</b>							
<b>Total</b>							

En la matriz se señala una valoración de -3 a 3, que se califica de acuerdo a los siguientes criterios:

**Tabla 40**  
**Ponderación**

Puntaje	Significado
-3	Negativo en el nivel alto
-2	Negativo en el nivel medio
-1	Negativo en el nivel bajo
0	Ni negativo, ni positivo
1	Positivo en el nivel bajo
2	Positivo en el nivel medio
3	Positivo en el nivel alto

**Tabla 41**  
**Impacto económico**

Nivel indicador	-1	-2	-3	1	2	3	Sumatoria
Beneficios de los Distritos Zona					X		2
3 Salud							
Aporte a los sectores sociales						X	3
Cobertura de los presupuestos				X			1
Fomentar la cultura de la inversión pública en salud						X	3
<b>Total</b>				<b>1</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>9</b>

Fuente: Análisis de investigación

$$\text{Impacto económico} = 9/4 = 2,25$$

**Análisis:** El análisis cualitativo y cuantitativo del impacto económico en cuanto a la ejecución presupuestaria se concluye que los beneficios de los Distritos Zona 3 Salud de los cantones Baños, Patate y Pelileo en cuanto a proyectos de inversión pública es positivo en el nivel medio, en cuanto a los aportes a los sectores sociales es positivo en el nivel alto, en cuanto a la cobertura de los presupuestos es positivo en el nivel bajo, en igual forma se analiza el impacto que posee en cuanto a fomentar la cultura de la inversión pública en salud su valoración es positivo en el nivel alto, lo que da entender es que en este análisis el impacto económico que se generará es 2,25.

Es necesario contar con mecanismos de control financieros que contribuyan a la toma de decisiones para realizar un adecuado análisis económico financiero, este análisis representa un medio infalible para el control de los recursos y para evaluar la situación económica financiera de las entidades como eslabón fundamental de la economía, que le propiciará a los directivos lograr controles económicos ágiles con vistas a facilitar la toma de decisiones y a tener una administración eficiente en cuanto al proceso de los proyectos de inversión pública y su impacto en la ejecución presupuestaria de las direcciones distritales de salud zona 3 de los cantones Baños, Pelileo, Patate.

## CAPÍTULO IV

### DISCUSIÓN

#### 4.1. Conclusiones

A continuación, se detalla las conclusiones de acuerdo de acuerdo a los resultados actuales.

- En conformidad a lo establecido en el objetivo uno, se fundamentó teóricamente a la vez se examinó los tipos de proyectos de inversión pública que se manejan en las Direcciones Distritales de Salud Zona 3 de los cantones Baños, Patate y Pelileo, para evaluar el manejo de recursos económicos del cual se analiza que el presupuesto codificado para la provincia de Tungurahua para el año 2016 bajó a un 67% debido a que en el año 2015 se ejecutó inversiones para la implementación del Hospital de Baños que se inauguró en 2016 por tal razón actualmente existe un decrecimiento en todos los rubros. Con relación a los otros años es muy positivo que disminuya el presupuesto no ejecutado, valor que es el codificado menos el pago lo que representa un 24%; esto quiere decir que, se invirtió el 76%, quedando pendiente por cancelar un 2% a inicios del siguiente ejercicio, por cuanto todas las facturas que existieron, inmediatamente fueron ingresadas al sistema en el año correcto, para que el 2017 no se vea afectado como en otros años.
- En cuanto al segundo objetivo específico, se analizó la situación financiera de los cantones analizados para mejorar la toma de decisiones enfocado a tener una administración eficiente en cuanto al proceso de los proyectos de inversión pública y la ejecución presupuestaria de las direcciones distritales de Salud Zona 3 de los cantones Baños, Patate y Pelileo, misma que generó que en el año 2016 el activo se encuentra conformado con el 65,51% la cuenta “14. Inversiones bienes de larga duración” con \$ 2.235.412,03 dólares, mismo que en comparación del año anterior sufrió un incremento considerable del 65,87% debido a que se realizó inversiones en bienes de administración e infraestructura para el mejoramiento del servicio de la salud y la satisfacción de los ciudadanos. Con el 15,58%. El total del pasivo cuenta con \$ 1.282.027,15 representado el 38% de deudas con terceros para el 2016, mismo que se encuentra

estructurado de la siguiente manera: “21. Deudas flotantes” siendo la cuenta más representativa de este grupo con el 36,50% (es decir el 97%) por un valor de \$ 1.245.294,73 dólares, significando un buen manejo de la deuda debido a que disminuyó en un -18,45% en comparación del año 2015. Y por último el Patrimonio se encuentra estructurada con \$ 2.130.043,95 dólares representada por el 62,43% la cuenta “61. Patrimonio acumulador”, misma que en comparación del año 2015 que generó una variación del 1,25% debido al incremento por donaciones recibidas en existencia.

- Acorde a lo descrito en el tercer objetivo específico, se debe proponer una herramienta de priorización de proyectos de inversión pública que permita mejorar la ejecución presupuestaria en los distritos de salud pública de los cantones de Baños 18D03 y Patate, Pelileo 18D04 de la Coordinación Zonal 3 de Tungurahua, por cuanto no se ejecuta y no se prioriza en forma coordinada y de acuerdo a las necesidades de las instituciones los proyectos de inversión pública en salud; por lo tanto, ciertos procesos de subasta inversa y menor cuantía fueron declarados desiertos por no presentarse oferentes, por montos que superaron el límite establecido por este mecanismos, dando lugar a que los bienes que se adquirieran mediante el proceso de ínfima cuantía a un solo proveedor con la presentación de diferentes facturas o proformas, en lugar del procedimiento dinámico de negociación, por lo cual no avaló la colaboración de otros oferentes.

## 4.2. Recomendaciones

- La medición de ejecución de los proyectos de inversión pública por Distritos de la Zona 3 de los cantones Baños, Patate, Pelileo deben efectuarse en relación de la programación de metas como de recursos, lo que admitirá determinar el grado de eficiencia en la administración de inversión pública para mejorar la productividad de las unidades de salud, por eso es necesario capacitar a los colaboradores del área financiera con el propósito de ofertar conocimientos para que guarden especial atención en la operación de proyectos financiados por endeudamiento o asistencia técnica no reembolsables, puesto que los costos para el país son altos.
- Para establecer el aporte de la inversión pública a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo de Gobierno con el Buen Vivir, es importante que se vaya ejecutando un análisis e impacto de la gestión presupuestaria para el mejoramiento de la productividad de las unidades de salud de los cantones Baños, Patate y Pelileo, para generar información fidedigna desde los proyectos que han sido identificados a que contribuyan a nivel zonal, distrital y nacional, y esta información consolidada sea vista en una plataforma informática sobre los procesos de cada distrito y zona, a fin de que se facilite a las instituciones el ingreso de información de las necesidades identificadas y sobre el avance de la ejecución de los presupuestos otorgados por el Estado para el mejoramiento de las unidades de gestión en salud.
- Se recomienda el diseño de una metodología de priorización de Proyectos de Inversión Pública para el mejoramiento de la productividad y la ejecución presupuestaria en los Distritos de Salud Pública de los cantones Baños, Pelileo, Patate, de la Coordinación Zonal 3 Tungurahua.

## REFERENCIAS

- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Gestión Pública: Artículo 227*. Quito-Ecuador: Ministerio de Gobierno.
- Beteman, T. S., & Snell, S. A. (2009). *Administración. Liderazgo y colaboración en el mundo competitivo*. México: The McGraw-Hill.
- Consejo de Normas Internacionales de Contabilidad (IASB). (Julio de 2009). *Normas Internacionales de Información Financiera para PYMES*. Obtenido de Sección 2. Conceptos y principios generales: [https://www.mef.gob.pe/contenidos/conta\\_publ/con\\_nor\\_co/vigentes/niif/NIIF\\_PYMES.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/conta_publ/con_nor_co/vigentes/niif/NIIF_PYMES.pdf)
- Coordinación Zonal 3 - Salud. (2014). *Rendición de cuentas 2014*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2015/02/Rendicio%CC%81n-de-Cuentas-2014-Coordinacio%CC%81n-Zonal-3-SALUD.pdf>
- Coordinación Zonal de Salud 3 Tungurahua. (2017). *Estado de Procesos Financieros: Años 2012-2013-2014-2015-2016*. Ambato-Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Distritos de la Zona 3 Tungurahua. (2016). *Tipos de Proyecto de Inversión: Zona 3 de Tungurahua*. Quito-Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Gálvez Santillán, E., Gutierrez Garza, E., & Picazzo Palencia, E. (Enero/Marzo de 2011). *El trabajo decente: nuevo paradigma para el fortalecimiento de los derechos sociales*. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v73n1/v73n1a3.pdf>
- Gobierno Autónomo Descentralizado Cantón de Baños de Agua Santa. (15 de 11 de 2014). *Diagnóstico del Cantón Baños de Agua Santa*. Obtenido de [http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL\\_SNI/data\\_sigad\\_plus/sigadplusdiagnostico/1860000480001\\_Diagn%C3%B3stico%20GADBAS%20VF\\_16-03-2015\\_03-31-23.pdf](http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdiagnostico/1860000480001_Diagn%C3%B3stico%20GADBAS%20VF_16-03-2015_03-31-23.pdf)
- Gobierno Provincial de Tungurahua. (31 de Junio de 2015). *Baños de Agua Santa, ciudad para la vida*. Obtenido de <http://www.tungurahua.gob.ec/index.php/la-institucion-hgpt/2015-07-31-15-55-40/2015-07-31-16-30-42>
- Guillén Romo, H. (03 de 11 de 2002). *Francois Perroux: pionero olvidado de la economía del desarrollo*. Obtenido de <http://132.248.9.34/hevila/MundosigloXXI/2007-2008/no11/2.pdf>

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (10 de 8 de 2010). *Metodología de la Investigación*. México: The McGraw-Hill. Obtenido de [www://metodos-comunicación.sociales.uba.ar\(files//2014/04/Hernpandez-Sampieri-Capa-1.pdf](http://www.metodos-comunicación.sociales.uba.ar/files//2014/04/Hernpandez-Sampieri-Capa-1.pdf):  
<http://www.metodos-comunicaciónm.sociales.uba>.
- Ibáñez, E. A., Gonzáles, J. M., & Zumbiri, I. (2009). *Economía Pública I*. Valencia-España: Ariel S.A.
- Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas. (15 de Octubre de 2013). *Identificación y valoración de los riesgos de incorrección material mediante el conocimiento de la entidad y de su entorno*. Obtenido de Norma internacional de auditoría 315:  
<http://www.icac.meh.es/NIAS/NIA%20315%20p%20def.pdf>
- Instituto Mexicano de Contadores Públicos. (2017). Normas de auditoría para atestiguar, revisión y otros servicios relacionados. En I. M. Públicos. México: Gerencia Editorial.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2016). *Anuario de estadísticas salud 2016*. Obtenido de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Recursos\\_Actividades\\_de\\_Salud/RAS\\_2016/Presentacion\\_RAS\\_2016.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2016/Presentacion_RAS_2016.pdf)
- Jiménez Martín, J. M. (2012). *Salud pública en tiempos postmodernos*. Alsur, S.C.A.
- Jones, G. R., & George, J. M. (2010). *Administración contemporánea*. México: The McGraw-Hill.
- Koontz, H., Weihrich, H., & Cannice, M. (2012). *Administración. Una perspectiva global y empresarial*. México: The McGraw-Hill.
- Ministerio de salud pública. (2017). *El ministerio*. Obtenido de Objetivos:  
<http://www.salud.gob.ec/objetivos/>
- Ministerio de salud pública. (Mayo de 2017). *Rendición de cuentas 2016*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/06/Informe-de-Rendici%C3%B3n-de-Cuentas-MSP-2016-1.pdf>
- Ministerio de salud pública de Cuba. (Enero de 2010). *Indicadores básicos para el análisis del estado de salud de la población*. Obtenido de Fichas técnicas definiciones, interpretaciones, cálculo y aplicaciones: <http://files.sld.cu/dne/files/2010/03/indicadores-basicos-para-el-analisis-del-estado-de-salud.pdf>



- Ministerio de Salud Pública MSP. (12 de Diciembre de 2012). *Manual del modelo de atención integral de salud - MAIS*. Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
- Navarrete Vela, J. P. (2012). *Política económica*. Obtenido de [http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/derecho\\_y\\_ciencias\\_sociales/Politica\\_economica.pdf](http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/derecho_y_ciencias_sociales/Politica_economica.pdf)
- Robbins, S. P., & DeCenzo, D. A. (2008). *Fundamentos de administración*. México: Pearson.
- Secretaria de Finanzas (SEFIN). (Febrero de 2015). *Guía Metodológica General para la Formulación y Evaluación de Proyectos*. Obtenido de [http://www.sefin.gob.hn/wp-content/uploads/2015/08/Guia\\_Metodologica\\_General\\_Version\\_Final\\_Segunda-Edicion-2015.pdf](http://www.sefin.gob.hn/wp-content/uploads/2015/08/Guia_Metodologica_General_Version_Final_Segunda-Edicion-2015.pdf)
- Van Horne, J. C., & Wachowicz, J. J. (2010). *Fundamentos de Administración Financiera*. México: Pearson Educación.