



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

**TÍTULO DE MAGÍSTER EN GERENCIA EN SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL**

**Evaluación financiera de los Centros de Salud (El Cabo, Chican , El Pan,
La Dolorosa) Paute – Azuay Distrito 01D06- I nivel de atención- 2014**

TRABAJO DE TITULACION.

AUTOR: Aguilar Gaibor, Carlos Iván, Md.

DIRECTORA: Buele Maldonado, Norita Angelita Mgs.

CENTRO UNIVERSITARIO CUENCA

2016

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Mgs.

Norita Angelita Buele Maldonado

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACION

De mi consideración

El presente trabajo de titulación denominado: "Evaluación financiera de las Unidades Operativas (El Cabo, Chican, El Pan y la Dolorosa) del Distrito de salud 01D06 de la Zona 6" realizado por: Aguilar Gaibor Carlos Iván; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo

Diciembre 2015

f.)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo Aguilar Gaibor Carlos Iván declaro ser autor del presente trabajo de titulación Evaluación financiera de las Unidades Operativas (El Cabo, Chican, El Pan y la Dolorosa) del Distrito de salud 01D06 de la Zona 6, de la Titulación En Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, siendo Norita Angelita Buele Maldonado directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art.88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional(operativo) de la Universidad.

31 de Marzo de 2016

f)

Autor: Aguilar Gaibor Carlos Iván

Cédula: 0201664109

DEDICATORIA

A Dios, a mi Esposa y a mis Padres, por todo el amor, paciencia y apoyo dedicados a lo largo de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica Particular de Loja, a la Directora, a los Profesores de todas las materias de la Maestría en gerencia en Salud para el Desarrollo Local, por los conocimientos impartidos y por el apoyo para conseguir esta Maestría.

Agradezco también al personal administrativo del Distrito de Salud N.- 01D06 , por la colaboración y apoyo para realizar este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCION.....	3
PROBLEMATIZACIÓN.....	5
JUSTIFICACION	7
OBJETIVOS.....	9
OBJETIVO GENERAL	9
Evaluar el componente financiero de las Unidades del primer nivel de Atención del El Cabo, Chican, El Pan y La Dolorosa, del distrito 01D06 Zona 6, mediante el análisis de costos, valoración económica de las prestaciones y formulación de estrategias de mejoramiento, para fortalecer la formación de Gerencia en Salud	9
OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
CAPITULO I.....	10
1.1 <i>MARCO INSTITUCIONAL</i>	11
1.1.1 Aspectos Geográficos del Lugar	11
EL CABO	11
1.1.2 Dinámica Poblacional	13
1.1.3 MISION:	14
1.1.4 VISION:	14
1.2 <i>MARCO CONCEPTUAL:</i>	19
1.2.1 Constitución del Estado y Participación en Salud	19
1.2.2 RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD	20

1.2.3	ASIGNACION DE RECURSOS SANITARIOS EFICIENCIA EQUIDAD ECONOMIA DE LA SALUD.	20
1.2.4	La atención primaria en salud	22
1.2.5	Tarifario	23
CAPITULO II		25
2.	DISEÑO METODOLOGICO	25
2.1	Matriz de involucrados	26
	INTERESES	26
2.2	Árbol de problemas	27
	Uso inadecuado de recursos limita el acceso a servicios integrales de salud provocando insatisfacción del usuario.	27
2.3	Árbol de objetivos	28
	Uso inadecuado de recursos limita el acceso a servicios integrales de salud provocando insatisfacción del usuario.	28
2.4	Matriz del marco lógico	29
Contribuir al uso óptimo de recursos en las Unidades Operativas El Pan. Chican, El Cabo, La Dolorosa		29
CAPITULO III		31
RESULTADOS		31
3.1	Resultado 1.- Servicios de salud costeados	32
3.1.1	Actividad 1.1 Socialización del proyecto	32
3.1.2	Actividad 1.2 Taller de inducción al proceso de costos	33
3.1.3	Actividad 1.3 Recolección de información	33
3.1.4	Mano de obra:	34
3.1.5	Actividad 1.4 Generación de Resultados de Costos	37
3.1.6	Análisis de resultados de procesamiento de datos de costos y de producción	37
3.1.7	Análisis del indicador del resultado esperado	45
3.2	Resultado 2. Servicios de salud valorados económicamente	45
3.2.1	Actividad: Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud	45

3.2.2	Actividad. Recolección de información	46
3.2.3	Actividad: Valoración de las prestaciones según el Tarifario del Sistema Nacional de Salud.	48
3.2.4	Análisis del indicador del resultado esperado II.....	52
3.3	Resultado 3. Estrategias de mejoramiento.	52
3.3.1	Actividad: Calculo del punto de equilibrio	52
3.3.2	Actividad: Socialización de resultados	57
3.3.3	Actividad: Diseño de estrategias de mejoramiento	57
3.3.4	Implementar un sistema de monitoreo de la atención médica.....	57
3.3.5	Implementar el monitoreo permanente del componente de gestión de las unidades médicas.	58
3.3.6	Implementar el monitoreo de la producción, productividad y rendimiento del personal profesional.....	59
3.3.7	Actividad: Cálculo de indicadores de monitoreo y evaluación.....	60
3.3.8	Actividad: Entrega de informes a las autoridades distritales.....	63
3.3.9	Actividad: Una vez aprobado por la tutora se realizará la socialización de los resultados a las autoridades de salud del Distrito 01D06.	63
4.	Análisis del indicador del resultado esperado	63
4.1	Análisis general	64
	CONCLUSIONES.....	66
	RECOMENDACIONES	68
	BIBLIOGRAFÍA.....	70
	ANEXOS.....	72

RESUMEN

Este presente proyecto de investigación es sobre la evaluación financiera de las Unidades de Salud El Cabo, Chican, El Pan, y La Dolorosa del Distrito 01D06 Zona 6 correspondientes al Ministerio de Salud Pública.

La metodología utilizada es la de Marco Lógico, y su propósito fue el de costear los servicios de salud, la valoración económica de las prestaciones de salud y elaborar estrategias de mejoramiento, para la gestión de estas unidades médicas investigadas con el fin de eliminar o minimizar los problemas detectados durante la investigación

Como resultados se presenta los resultados de cada Subcentro de Salud, entre los que se destacan: el costeo de todos los servicios, lo cual permite un mejor registro, control y análisis de los mismos, se valoraron económicamente las prestaciones de salud con el uso del tarifario del Ministerio de Salud Pública, y en base a estos resultados de elaboraron estrategias de fortalecimiento de la gestión que favorecen mejoras en la eficiencia y eficacia en su prestación.

Palabras claves.- evaluación financiera, unidades de salud, costeo, tarifario, eficacia, eficiencia.

ABSTRACT

This present research project is for the financial evaluation of the health units; El Cabo, Chican, El Pan, and The Dolorosa of District 01D06 Zone 6 the Ministry of Public Health.

The methodology used is the Logic Marc, and its purpose was to afford health services, economic valuation of health benefits and develop improvement strategies for the management of these medical units investigated in order to eliminate or minimize the problems identified during the investigation

As a result the performance of each health sub center, including stand is presented: the costing of all services, allowing better registration, control and analysis thereof are economically assessed health benefits with the use of tariff Ministry of Public Health, and based on these results developed strategies to strengthen management that favor improvements in efficiency and effectiveness in service provision.

DeCS descriptors.- financial evaluation, health units, costing, tariff, effectiveness, efficiency.

INTRODUCCION

Toda Institución de Salud debe tener como eje fundamental el poder planificar, distribuir y controlar sus recursos económicos financieros para lograr un uso eficiente, eficaz y equitativo de los mismos para alcanzar los objetivos que se proponga y mejorar su imagen institucional.

Es fundamental para una empresa, que presta servicios de salud, el llegar a conocer y analizar el costo (egresos) y la valoración económica de sus prestaciones de salud (ingresos) para obtener información para la toma de decisiones, y encaminar a su institución hacia la excelencia tales como: medidas para conocer los costos reales de los servicios versus los planificados, fijar precios de venta, y sobre todo llegar a conocer si su unidad de salud es sustentable para el modelo a nivel país. Este manejo económico sobre evaluación financiera, tiene un impacto esencial en las finanzas de la entidad, y de la administración de recursos a nivel nacional porque la integración de los costos reales con los planeados es básica en la ejecución de las actividades, inversión y financiación de la entidad.

El proyecto de investigación que se está relacionado con los dos aspectos tratados el costo de los servicios médicos que brinda a la sociedad del Cantón Paute las Unidades de Salud: El Cabo, Chican, El Pan, La Dolorosa y las estrategias para resolver esta problemática se realizaron varias acciones tales como:

- Familiarización con la entidad para conocer sus procesos y el talento humano que posee e involucrar a todos en el desarrollo de este proyecto.
- Programación de la ejecución de las subsiguientes etapas.
- Capacitación del talento humano en tendencias de la elaboración, ejecución y control del presupuesto financiero y el registro, planeación, cálculo y análisis del costo de los servicios.
- Establecimiento de responsabilidades del talento humano involucrado en el desarrollo del proyecto y determinación las fechas de cumplimiento de las distintas fases del proceso.

- Trabajo conjunto con el área administrativa, financiera, recursos humanos ; y autoridades del Distrito de Salud 01D06.

Este proyecto de investigación consta de tres capítulos: 1.- Marco teórico e Institucional en el que se conoce la realidad actual de las unidades de salud, y su problemática principal. 2.- Diseño metodológico, En la que incluye matriz de involucrados, de marco lógico, árbol de problemas y objetivos. Con el que se diseña la metodología a emplear en nuestro estudio y 3.- Resultados, Conclusiones y Recomendaciones, de acuerdo a la evaluación financiera de cada unidad; su monitoreo de costos, valoración económica de las prestaciones de salud, punto de equilibrio etc. Todo esto, enfocados a mejorar la gestión financiera mediante estrategias para la solucionar los problemas detectados.

Mediante la ejecución de esta evaluación financiera se contribuirá al uso óptimo de recursos de manera eficaz y eficiente de estas Unidades de atención de Primer Nivel de esta forma garantizar una atención con calidad y calidez a los usuarios de cada unidad operativa. La principal problemática encontrada en este estudio fue el llenado adecuado de la matriz de costos y facturación ya que no se contaba con información organizada y completa, mientras que el acceso de la base de datos de estadística se obtuvo con mayor facilidad sin embargo se debe detallar que el ingreso de datos al sistema RDACAA no fue del todo completo, no se incluyeron procedimientos y el detalle de los mismos etc. Se debe recalcar, que con la ayuda de los responsables directivos de cada departamento se obtuvo la información necesaria, oportuna y sobre todo confiable.

Es muy importante que las Unidades de atención de Primer Nivel El Cabo, Chican, El Pan, y La Dolorosa cuenten con un servicio de facturación, que es el proceso mediante el cual permite liquidar la prestación de un servicio de salud hacia el usuario en la institución independientemente de la complejidad, su lugar de atención y la condición sea esta preventiva o de morbilidad. Esto se lograría mediante un sistema que reciba y genere información de calidad, ya que de esta dependerá que los informes generados sean 100 % confiable y permita detectar problemas, tomar decisiones oportunas y evitar el desabastecimiento de insumos y medicinas.

PROBLEMATIZACIÓN

El Ministerio de Salud Pública como rector del Sistema Nacional de Salud y de acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) establece las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas. Buscando la finalidad de lograr el buen vivir, la vida plena o Sumak Kawsay, ha puesto énfasis en la Atención Primaria en Salud como el eje primordial para alcanzar estas metas

De acuerdo al ART. 32 de la Constitución del Estado: El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Tomando en consideración que las Unidades Operativas de Primer Nivel de Atención El Pan, Chican, El Cabo, La Dolorosa, pertenecen al Distrito de Salud N.- 01 D06 Zona 6, del Ministerio de Salud Pública, perteneciente al Cantón Paute, Provincia del Azuay, carecen de evaluación financiera, se ejecuta el presente proyecto de investigación-acción La misión institucional de las unidades operativas es: brindar atención de calidad, calidez y eficiencia, con enfoque intercultural, en forma ética y moral, manejando los recursos en forma honesta y oportuna.

Considerándose y basándose en el principio de equidad y universalidad la gestión de las unidades médicas se debe enfocar en el adecuado manejo de recursos, esto sumado al aumento de cobertura de atención médica durante este último periodo, que conlleva a que exista una inadecuada prestación de servicios con la insatisfacción que genera en la población. Lo que está pasando en la actualidad son varias falencias en el proceso de gestión financiera, costeos no realizados, limitado o escasa valoración económica de las prestaciones de salud, escasa recuperación de recursos,

sostenibilidad esto hace que estas Unidades Operativas desconozcan la realidad de la gestión financiera y su impacto a sus usuarios.

Al momento existe un total desconocimiento sobre el costo actual de la prestación de servicios de acuerdo a cada proceso y subproceso; la fuerte relación que existe con el presupuesto asignado por el estado situación que es primordial para poder evaluar cada Unidad Operativa y garantizar si la misma se mantendrá de manera sustentable y con esto proporcionar estabilidad institucional y por ende una mayor cobertura con eficacia y eficiencia.

El presupuesto asignado a las distintas Unidades Operativas no se encuentra ajustado de acuerdo a la realidad y cobertura de las mismas, los que, limitados por su capacidad resolutive inciden en generar desconfianza por parte de los usuarios. Siendo las Unidades Operativas las responsables de la mayoría de la cobertura de Salud en las distintas parroquias y entre sus usuarios se destacan personas que cuentan con un seguro de salud sea privado o general, por lo que es necesario contar un sistema de valoración económica de prestaciones de salud ajustada al Primer Nivel de Atención, situación que permitirá administrar y recuperar recursos para optimizar la atención al usuario.

Tomando esto en consideración se plantea la siguiente pregunta :

Es posible evaluar la gestión financiera de las Unidades de Salud de nivel I del distrito 01D06 de la zona 6 de salud?

JUSTIFICACION

El fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, (MAIS-FC) incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, por lo que las actividades estratégicas que se realiza con esta propuesta de Evaluación Financiera de las Unidades de Salud tiene como fundamento el adecuado y equitativo uso de recursos, los que servirán para fortalecer el Primer Nivel de Atención, desarrollar un proceso de autogestión financiera; con el que se garantiza la sustentabilidad y permanencia de las Unidades de Salud. Situación que conlleva a generar un ambiente armónico entre comunidad y prestadores de salud y así disminuir la brecha entre el acceso a servicios integrales de salud entre la cobertura pública y privada. Que permita recuperar recursos con el uso adecuado de costos y valoración económica de las distintas prestaciones de salud, con la venta de prestaciones a usuarios externos.

Con la implementación del proyecto se facilitara una herramienta para que el estado asigne recursos de manera responsable, con un conocimiento profundo de la realidad local de cada unidad operativa y que los futuros gerentes en salud puedan mantener cada unidad operativa y su sustentabilidad, con los recursos que la población demanda, que la misma cada vez genere más confianza en la población, satisfacción en calidad de atención en sus usuarios y que a corto plazo cada unidad operativa genere sus propios ingresos, y especialmente diseñe estrategias de mejoramiento de gestión financiera, situación que es fundamental para garantizar una adecuada prestación de servicios y consolidar el Modelo de Atención Primaria en Salud.

Los sistemas y servicios de salud de nuestro país dependen en alto grado del volumen de usuarios, la capacidad resolutive de la institución de acuerdo a nivel de complejidad y la asignación de recursos por parte del estado. Los recursos económicos de gasto corriente que recibe el MSP, están en función de techos presupuestarios establecidos por el Ministerio de Finanzas, no por el cumplimiento de metas, objetivos, resultados (ejemplo: cobertura, concentración, etc.); el criterio que justifica la asignación de recursos corrientes, se basa en la ejecución presupuestaria o “histórica”, tiene como supuesto el guardar “coherencia de la proforma presupuestaria y el escenario macroeconómico plurianual”. En tanto que los gastos de inversión y de capital, estos

están definidos por la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). (ECUADOR, 2009) En concreto no se identifica un criterio técnico que justifique la actual asignación de recursos en salud.

En este contexto, explorar la inequidad en la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención del MSP, resulta relevante y oportuno para comprender la situación del estado de salud-enfermedad de la población ecuatoriana.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el componente financiero de las Unidades del primer nivel de Atención del El Cabo, Chican, El Pan y La Dolorosa, del distrito 01D06 Zona 6, mediante el análisis de costos, valoración económica de las prestaciones y formulación de estrategias de mejoramiento, para fortalecer la formación de Gerencia en Salud

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.-Realizar costeo de los servicios de salud.
2. Valorar económicamente las prestaciones de salud en base al tarifario del sistema nacional de salud
- 3.- Formular estrategias de mejoramiento de la gestión financiera.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

CHICAN.

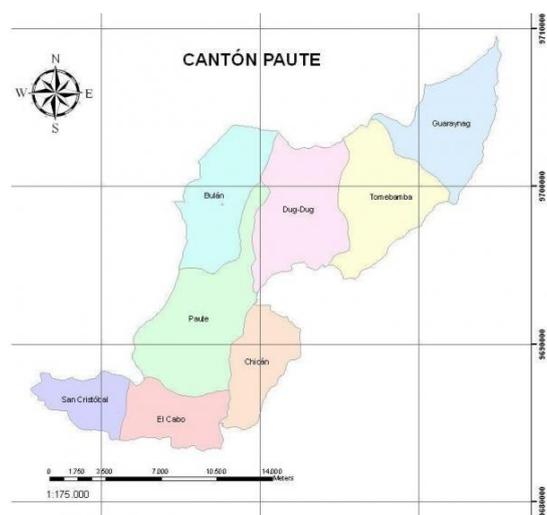
Chican forma parte del Distrito de Salud 01D06, Paute está ubicado en el Cantón Paute, perteneciente a la Provincia de Azuay . Una de las más antiguas parroquias del cantón, se encuentra a 15 km de la Ciudad de Paute, aproximadamente a 20 minutos de recorrido en vehículo a través de una vía de primer orden. Limita al Norte con el cantón paute, al sur y al oeste con paute y la parroquia EL Cabo, al oeste con el Cantón Gualaceo.

EL PAN.

El subcentro de salud de El Pan, que forma parte del Distrito de Salud 01D06, Paute, está ubicado en el Cantón El Pan, perteneciente a la Provincia del Azuay, a 500 mts de la vía Interoceánica.

LA DOLOROSA

La Dolorosa se encuentra a 79 grados de longitud norte y 2,5 longitud occidental. A 23 kilómetros de la ciudad de Cuenca, con una extensión de 205 Km2, constituye como la parroquia más extensa del cantón Paute, que nace como parroquia de Azogues pero que se incorpora al Cantón Paute en 1860. Su realidad económica y social nos demuestra que es una de las parroquias más olvidadas y su población ha sido calificada por muchos organismos, como una de las más pobres de la provincia y región.



Mapa 2.- Paute y sus parroquias.

Fuente.- <http://www.paute.gob.ec/web/paute/parroquias>

1.1.2 Dinámica poblacional.

De acuerdo al Censo 2010, el Cantón Paute presenta una población de 25494, de los cuales 7226 se encuentran en el Área Urbana y 18268 que corresponden al Área Rural.

Tabla 1: Población del Cantón Paute.

UNIDAD OPERATIVA	CODIGOS	TIPOLOGIA	POBLACION 2010	CANTON	PARROQUIA	DISTANCIA A LA		TIPO DE VIA
						KMS.	TIEMPO (Minutos)	
PAUTE -15 CAMAS	010105010	HB	9.306	PAUTE	PAUTE			
EL PAN	010112050	CS	3.220	EL PAN	EL PAN	30	60	2o ORDEN
GUACHAPALA	010114050	CS	3.714	GUACHAPALA	GUACHAPALA	15	25	2o ORDEN
GUARAINAG	010105250	SCR	1.313	PAUTE	GUARAINAG	30	60	3er. ORDEN
SAN CRISTOBAL	010105251	SCR	2.618	PAUTE	SAN CRISTOBAL	30	60	3er. ORDEN
LAZUL	010105252	SCR	1.033	PAUTE	DUG-DUG	15	90	2o ORDEN
DUGDUG	010105253	SCR	1.263	PAUTE	DUG-DUG	17	90	2o ORDEN
SEVILLA DE ORO	010113250	SCR	2.279	SEVILLA DE ORO	SEVILLA DE ORO	60	100	2o ORDEN
AMALUZA	010113251	SCR	1.399	SEVILLA DE ORO	AMALUZA	70	120	3er. ORDEN
PALMAS	010113252	SCR	2.542	SEVILLA DE ORO	PALMAS	50	90	2o ORDEN
BULAN	010105254	SCR	2.692	PAUTE	BULAN	15	15	1er ORDEN
CHICAN	010105255	SCR	3.957	PAUTE	CHICAN	15	15	1er ORDEN
EL CABO	010105256	SCR	3.421	PAUTE	EL CABO	10	10	1er ORDEN
TOMBAMBA	010105257	SCR	1.855	PAUTE	TOMBAMBA	30	30	2o ORDEN
LA MERCED	010105258	SCR		PAUTE	SAN VICENTE	35	35	1er ORDEN
LA DOLOROSA	010105259	SCR		PAUTE	SAN CRISTOBAL	40	50	3er. ORDEN
SAN VICENTE	010112450	PS	2.386	EL PAN	SAN VICENTE	35	75	2o. ORDEN
TOTAL AREA		17	41.046					

Fuente : M.S.P. Sistema Común de Información - proyección de población por cantones y parroquias 2010

Tabla 2: Dinámica poblacional del Cantón Paute.

PAUTE	POBLACIÓN	URBANA	RURAL
TOTAL	25494	7226	18268
PORCENTAJE	100%	28,3%	71,6%

Fuente.- SISTEMA COMUN DE INFORMACION - PROYECCION DE POBLACION POR CANTONES Y PARROQUIAS 2010

EL CABO

3.421 Habitantes. Representa el 12.5% del total de la Población del Cantón Paute. (CENSO 2010); su densidad poblacional es de 148.81

CHICAN

3957 Habitantes. Representa el 14.1% del total de la Población del cantón Paute (CENSO 2010), su densidad poblacional es de 138.4

EL PAN

El pan es un Cantón de la Provincia del Azuay, cuenta con una población de 3220 habitantes, de los cuales 1489 son hombre (46,24%) y 1731 son mujeres (53,75%) habitantes según proyecciones estadísticas del INEC: El 8,6% de su población, reside en el centro cantonal; se caracteriza por ser una población joven, ya que el 46,24% se encuentra dentro del grupo de edad menor 70 años.

LA DOLOROSA

Actualmente la población de la parroquia se encuentra distribuida en 21 comunidades, con un total de 2.618 habitantes según proyección para el año 2015; divididas en 2 partes: **Comunidades de la parte alta y las Comunidades de la parte Baja**, las mismas que se encuentran separadas por una franja de territorio que comprende a la provincia del Cañar (San Miguel de Porotos).

1.1.3 Misión.

La Dirección Distrital de Salud N.- 01D06 es una Institución Pública que brinda atención de calidad, calidez y eficiencia, con enfoque intercultural, en forma ética y moral, **manejando los recursos en forma honesta y efectiva.**

1.1.4 Visión.

Para el año 2014 la Dirección Distrital de Salud N.- 01D06 sea reconocida como una organización solidaria, participativa y comprometida con la población y sus necesidades, priorizando a los grupos más vulnerables, con capacidad física, talento humano, y servicios modernizados capaces de satisfacer la demanda de la población. Dirigido por líderes con alta capacidad gerencial, quienes apliquen valores institucionales, trabajando en equipo, en un ambiente de armonía y comunicación. Queremos ser innovadores en la gestión y en permanente búsqueda de la mejora de sus resultados.

1.1.5 Organización administrativa.

La organización administrativa de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel de atención es a través de los Procesos Agregadores de Valor, mediante la administración técnica, con la gestión de servicios integrales de salud que están conformados por el equipo de atención integral en salud que son los encargados de brindar atención intra-mural y extra-mural mediante diferentes actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos; y el Proceso Habilitante de Apoyo que se encarga de la gestión de admisiones y de atención al usuario encargados de brindar información al usuario como: información general de los establecimientos de salud, de los servicios que presta, programación de agendas de atención al paciente, entre otras.

1.1.6 Servicios que presta.

Los servicios que ofrecen estos cuatro establecimientos de salud se encuentra la Atención Integral en Salud, mediante la atención al individuo, familia y comunidad de acuerdo a los ciclos de vida con acciones de promoción, prevención, curación, recuperación y cuidados paliativos con diferentes actividades como consulta, visitas domiciliarias, a establecimientos y a la comunidad, detección temprana e intervención integral de factores de riesgo y fundamentalmente la referencia de los pacientes a centros de mayor complejidad cuando la condición del paciente requiera el tratamiento de especialidad.

El Cabo, Chican, La Dolorosa, consta con consulta externa de Medicina general , odontología, actividades intra y extramurales de prevención y atención médica, y servicio de enfermería, El Pan consta igual además de un especialista en Medicina Familiar que coordina el adecuado funcionamiento de esta unidad, de laboratorio clínico que entiende 8h diarias de lunes a viernes.

1.1.7 Datos estadísticos de cobertura.

La Unidad de Salud de Primer Nivel de atención de **El Cabo** tiene una cobertura de 3064 atenciones en el establecimiento con un porcentaje de cobertura del 89.5% ya que el total de la población de la Unidad de Salud es de 3421; la atención extramural

que incluye atención escolar, visitas domiciliarias, comunidad y promoción fueron de 166 correspondiente al 5.4% En el Subcentro de Salud **Chican**, tiene una cobertura de 2965 atenciones con un porcentaje de cobertura es del 74.9% en año, la atención extramural que incluye atención escolar, visitas domiciliarias, comunidad y promoción fueron de 532 correspondiente al 17.9%. La Unidad de Salud de Primer Nivel de atención de **El Pan** tiene una cobertura de 2893 atenciones en el establecimiento con un porcentaje de cobertura del 89.8% ya que el total de la población de la Unidad de Salud es de 3220; la atención extramural que incluye atención escolar, visitas domiciliarias, comunidad y promoción fueron de 133 correspondiente al 4.5% En el Subcentro de Salud **La Dolorosa**, tiene una cobertura de 1674 atenciones con un porcentaje de cobertura es del 63.9% en año, con una población de 2618 habitantes, la atención extramural que incluye atención escolar, visitas domiciliarias, comunidad y promoción fueron de 289 correspondiente al 17.2%

1.1.8 Características geofísicas de la institución.

El distrito de Salud 01D06, del Cantón Paute dispone de 17 unidades operativas ubicadas estratégicamente en distintas parroquias con atención del área urbana y rural; con actividades intramurales y extramurales de prevención, promoción y morbilidad tanto de consulta externa como de odontología.

EL Puesto de Salud del Cabo, está ubicado en las Instalaciones de la planta baja de la Junta Parroquial, en el centro parroquial del Cabo, con una extensión de 160 mts cuadrados, cuenta con 1 consultorio médico, 1 consultorio odontológico y una habitación más, que funciona como sala de estadística, toma de signos vitales y vacunación. Cuenta con los servicios básicos de luz, agua, internet.

La Unidad operativa Chican, cuenta con aproximadamente 120 mts cuadrados de construcción. Tiene un consultorio médico, uno odontológico, sala de enfermería, sala de vacunación y una de espera. No consta con vivienda para médico. Cuenta con servicios básicos. Luz, agua potable, teléfono.

El Pan cuenta con aproximadamente 200 mts cuadrados de los cuales 130 son de construcción. Tiene dos consultorios médicos, uno odontológico, una sala de enfermería, y una de vacunación, además de una oficina para el inspector de Salud y

un laboratorio. Anexo a las instalaciones médicos se encuentra la casa del Médico. Cuenta con servicios básicos luz, agua entubada, teléfono.

La Dolorosa cuenta con una unidad operativa con 120 mts cuadrados de construcción de los cuales forman parte un consultorio médico, un odontológico, dos salas de enfermería, una bodega para farmacia, y otro para estadística, con una sala de espera. Cuenta además con luz, agua entubada, teléfono.

1.1.9 Política institucional.

1.- Implementar en terreno las estrategias del MAIS-FCI con las herramientas e instrumentos diseñados para el análisis de la demanda, la oferta, e identificación de problemas prioritarios de salud del espacio-población asignado (análisis de situación en salud, mapa de actores, sala situacional, mapa parlante, ficha familiar, visita domiciliaria etc.).

2.- Participar en la planificación operativa de la unidad de salud, con la elaboración del portafolio de intervención (planificación de actividades) a ejecutar a partir de los problemas prioritarios.

3.- Brindar atención integral (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación) de salud a las personas, familia y comunidad en los diferentes entornos (educativo, laboral, los servicios de salud, comunitario) por ciclos de vida.

4.- Identificar quién requiere de atención y oportunamente decidir la acción inmediata a realizar: la cual puede ser atenderlo o remitirlo (transferir, referir) a otro nivel, coordinando con la red de servicios de salud (primero, segundo o tercer nivel) y las redes sociales existentes.

5.- Recolectar y registrar información local pertinente para el sistema de información en salud nacional que permita analizar la cobertura, continuidad (procesos) e impactos con indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad y calidad definidos para adecuar y reorientar las acciones en la planificación operativa.

6.- Participar en investigaciones operativas y/o investigación acción a partir de las necesidades planteadas con el fin de orientar los procesos a nivel local.

7.- Promover y participar en los procesos de planificación, ejecución y evaluación de las estrategias desarrolladas a nivel local con amplia participación social y comunitaria.

8.- Diseñar y ejecutar programas de información, educación y comunicación a partir de los problemas y necesidades detectados y de esta manera modificar hábitos, conocimientos, actitudes y prácticas que faciliten la promoción social de la salud

9.- Datos poblacionales: para esta información envíe los datos poblacionales del área de los últimos 3 años con la finalidad de que conozcan el incremento poblacional que se ha dado en los grupos programáticos.

1.2 Marco conceptual.

La organización mundial de la salud (OMS) en 1946, conceptualizó a la salud como un completo estado de bienestar físico, mental, social, espiritual y emocional, y no solamente la ausencia de enfermedad. (Pezantes, 2011) Art. 42. El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43. Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. (449, 2008)

1.2.1 Constitución del estado y participación en salud.

En la región ha prevalecido un concepto de equidad que privilegia el papel de estado en el cuidado de la salud de la población y la gratuidad en la prestación de servicios. Como consecuencia de ello el usuario interpreta la prestación sanitaria como un derecho carente de un costo específico cuantificable y palpable. (Albuquerque, Artaza, Antunes, & Arteaga, 2001) **La eficiencia** se refiere a una serie de procesos, cualitativos y cuantitativos, que definen la racionalidad de la gestión global de la organización de salud, que no se pueden captar por la contabilidad de costos, aun cuando ejercen en efecto directo en la demanda de recursos y por consiguiente en los costos. (Albuquerque, Artaza, Antunes, & Arteaga, 2001)

Entendemos por eficacia la probabilidad de que un individuo, en una población definida, se beneficie de la aplicación de una tecnología sanitaria a la resolución de un problema de salud determinado, bajo condiciones ideales de intervención.

La efectividad mide la probabilidad de que un individuo en una población definida se beneficie de la aplicación de una tecnología sanitaria, pero en este caso bajo condiciones reales de aplicación, por lo que su determinación no tendrá validez universal. **Y la eficiencia** le definiríamos como los resultados conseguidos con relación a los recursos consumidos (Albuquerque, Artaza, Antunes, & Arteaga, 2001)

1.2.2 Red pública integral de salud.

El Sistema de Salud Ecuatoriano, como muchos de los países de nuestra región, ha sido un sistema fragmentado compuesto por servicios de salud públicos del MSP (Ministerio de Salud Pública), del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y algunos servicios de menor cobertura de gobiernos locales y otros ministerios, cada uno funcionando de manera autónoma, con su propio sistema de financiamiento, política de recursos humanos, compras, etc. Además de la existencia de una oferta de servicios privados cuyo crecimiento ha sido directamente proporcional al deterioro de los públicos.

Si bien, en inicios de los 2000 hubo algunos avances hacia la construcción del SNS, como La Ley del Sistema Nacional de Salud (2002) (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Ley N° 80. Registro Oficial 670, (25 septiembre, 2002) y luego la Ley Orgánica de Salud en el 2006 ⁽¹⁷⁾, sin el respaldo político necesario estos marcos jurídicos tuvieron muy baja implementación. Luego, en el 2008, la propia Constitución recoge estos avances estableciendo en el artículo 360 que: *La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado.* (Miguel Malo-Serrano, 2014) La conformación y el funcionamiento de la RPIS implican un avance en la construcción del SNS, que hasta el momento presenta algunos logros por destacarse.

1.2.3 Asignación de recursos sanitarios eficiencia equidad economía de la salud.

Los gobiernos tienen la responsabilidad de asegurar que todos los proveedores, públicos y privados, funcionen correctamente y se ocupen del costeo de las necesidades de los pacientes con eficacia y eficiencia. También deben garantizar que se disponga de una variedad de servicios, en función de la población, centrada en la prevención y la promoción. Asimismo, son responsables de garantizar que todos puedan obtener los servicios que necesiten y estén protegidos de los riesgos financieros asociados con su uso. Esto puede entrar en conflicto con el camino hacia la eficiencia, debido a que la manera más eficiente de utilizar los recursos no siempre es la más equitativa. Por ejemplo, normalmente es más eficiente ubicar los servicios

en las zonas pobladas, pero para que las personas pobres de las zonas rurales tengan acceso a estos servicios, habrá que ubicarlos cerca de ellos (Christopher Dye, 2013)

Puesto que los recursos son siempre escasos, es imprescindible que los profesionales de la salud y de las finanzas entiendan la importancia de trabajar mancomunadamente y complementar su labor a fin de alcanzar los objetivos de salud considerando que el componente financiero es clave para el éxito. La financiación de los sistemas de salud es el proceso mediante el cual se recaudan ingresos de fuentes primarias y secundarias, se acumulan en fondos mancomunados y se asignan a las actividades de prestación de servicios (Luis Wilson1, 2009).

El MAIS define la interacción de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades y problemas de la comunidad. Además, reorienta los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la participación organizada de los sujetos sociales, también fortalece la curación, recuperación, rehabilitación de la salud para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y entorno.

Una de las estrategias para lograr el acceso de los usuarios a los servicios de salud y, por tanto, al ejercicio de su derecho a la salud consagrado en la Constitución de la República del Ecuador, constituye la estructuración e implementación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y su relacionamiento con la Red Privada Complementaria (RPC), cuyo objetivo es mejorar el acceso de los usuarios a servicios de salud sin barreras geográficas, organizacionales, institucionales, económicas en el punto de pago o de cualquier otra índole, de manera que los ciudadanos y ciudadanas ejerzan plenamente el derecho a la salud. Con este fin y con la rectoría del MSP las instituciones públicas del sector salud, establecieron los criterios administrativos y técnicos para el proceso de referencia y recepción de pacientes entre unidades de salud de la RPIS; y el proceso de derivación hacia las de la RPC, así como el mecanismo de reconocimiento económico y el proceso de validación de las cuentas médicas previo a dicho reconocimiento de las mismas que se constituyen en el Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud y el Instructivo 001-2012 para la Viabilidad de la Atención en Salud en Unidades de la Red Pública Integral de Salud

y en la Red Privada (Complementaria) de Prestadores de Servicios de Salud, publicado en el Registro Oficial 289 de 24 de mayo de 2012, norma obligatoria para el sector público y para las unidades del sector privado que se relacionen con la RPIS (Pública, 2013)

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (4), en el artículo 2 señala como se constituye el Sistema Nacional de Salud y que la articulación funcional del Sistema se da a través de principios, políticas y normas comunes. El numeral 1 del artículo 3 de esta Ley garantiza el acceso equitativo y universal a los servicios de salud que se organizan en una red de servicios. El artículo 11 de esta misma Ley, en el literal (g) dice “La celebración de convenios o contratos de gestión entre las entidades del Sistema para complementar la atención, con mecanismos de pago interinstitucionales basados en protocolos comunes, de acuerdo al reglamento correspondiente.”

1.2.4 La atención primaria en salud.

La Atención Primaria de Salud (APS) concebida como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud y el desarrollo de los sistemas de salud, toma renovada fuerza con el reconocimiento cada vez más creciente de que los sistemas de salud basados en la APS resultan más equitativos y obtienen mejores resultados en salud. (OPS, 2010)

Es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, en forma que resulta aceptable y proporcional a sus recursos y necesidades. El análisis económico –cuya premisa fundamental reside en la racionalización de las decisiones cuando los recursos son escasos– podría enriquecer este debate, mejorando la eficiencia del sistema y ayudando a una toma de decisiones integral. (García-Altés, 2007)

Se necesita el apoyo de todos los sistemas en salud para que las comunidades puedan beneficiarse de los conocimientos técnicos, útiles, y eficaces que por la complejidad o el elevado costo de su aplicación no podría aprovecharse normalmente. Esto supone que el sistema de salud en su totalidad ha de aceptar el objetivo social de poner al alcance de todos la asistencia sanitaria indispensable por lo que la consecuencia de aquello debe ser la asignación preferente de recursos a los sectores de la periferia social con el fin de satisfacer sobre todo y ante todo sus necesidades esenciales en materia de atención en salud. Porque la experiencia ha demostrado que la mejora general de la situación sanitaria de un país depende de las mejoras conseguidas en el estado de salud de esos sectores de esa población.

Los niveles de atención son una forma organizada de organizar los recursos en tres niveles de atención. Se señala como niveles de complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma. (VIGNOLO, VACAREZZA, & ALVAREZ, 2011)

1.2.5 Tarifario.

La Autoridad Sanitaria Nacional, liderando un proceso participativo de construcción con los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud, ha coordinado el desarrollo de un instrumento técnico que permita regular el sistema de compensación económica por los servicios de salud que se intercambian entre los subsistemas, el mismo que se apoya en el marco constitucional vigente, en el Plan Nacional del Buen Vivir y en otras leyes y reglamentos del sector. Se ha definido como una prioridad del país, el desarrollo de la red de servicios de salud y una de las herramientas para operativizar tanto la red pública integral como la red complementaria, es el presente tarifario; mismo que permitirá estandarizar y normalizar la compensación económica de los servicios que sean proporcionados por las instituciones de salud, favoreciendo la interacción entre instituciones públicas y entre éstas y las instituciones de salud privadas. Este instrumento es producto de las experiencias y el trabajo conjunto de las instituciones del sector salud; esfuerzo que tiene sus inicios en el año 2009, habiéndose concluido el tarifario en diciembre 2011 (MSP., 2013)

El sistema de costeo basado en la actividad permite fraccionar la información de costos de muchas maneras, lo que permite determinar en forma detallada cuáles actividades se desarrollan con cada parte de la empresa y cómo actúan con el consumo de recursos o en la generación de ingresos. El concepto fundamental radica en que todos los costos son variables y depende de la actividad que los consume; el análisis de los costos mediante sistemas permite conocer los orígenes de la variabilidad de los costos y explicar las posibles decisiones que se puedan tomar para aminorar los recursos utilizados en la ejecución de dichas actividades (OCAMPO, 2011)

Los gestores de establecimientos y servicios de atención por otro lado, enfrentan situaciones igualmente críticas y falencias en su capacidad gerencial que afectan la eficiencia, eficacia y efectividad de los servicios. Se destacan entre ellos, el pobre uso de la información gerencial para la toma de decisiones y la falta de competencias críticas para el análisis, la ejecución de acciones anticipatorias o correctivas, la evaluación del desempeño y la gestión del cambio en instituciones que evolucionan y se transforman moldeadas por las realidades externas, las demandas y nuevas exigencias de una sociedad globalizada. Este estado de cosas exige que la visión de los servicios de salud se re-orienten a nuevos modelos de organización que den respuesta a los problemas generados por la fragmentación, y a modelos de atención centrados en las personas y que coloquen el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad bajo estrategias de Atención Primaria en Salud y en pro de la equidad. Estos modelos necesariamente deberán responsabilizar a las redes de servicios de salud por el cuidado de la salud de una población asignada, de proveer un manejo integral del cuidado de sus usuarios en el lugar más adecuado descentralizando la prestación del servicio de la institución hospitalaria, de integrar los servicios de salud en redes con equipos multidisciplinarios, de gestionar la garantía de la calidad y el mejoramiento continuo de las instituciones, de garantizar la participación comunitaria y gestionar el autocuidado en un entorno de responsabilidad compartida con otros sectores de la economía. (OPS, 2010)

El proceso de facturación se define como aquella actividad en la cual interviene como mínimo dos sujetos (personas jurídicas o Naturales), que mediante una relación, se negocia un producto, ya sea un bien o servicio, debe activarse en el momento que el usuario solicita el servicio, seguir con su atención y finalizar con su egreso. (Marun Reyes, 2008)

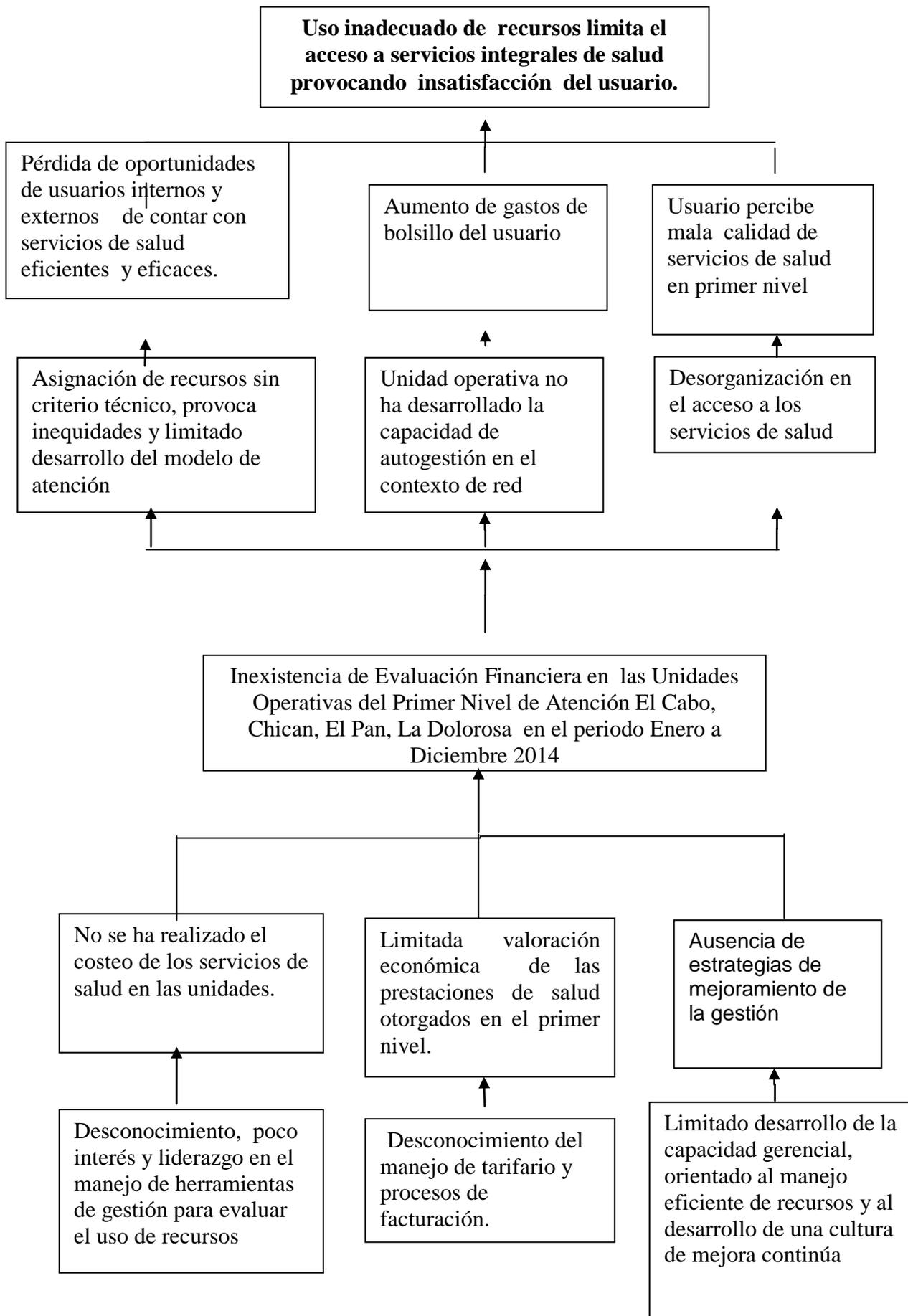
CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

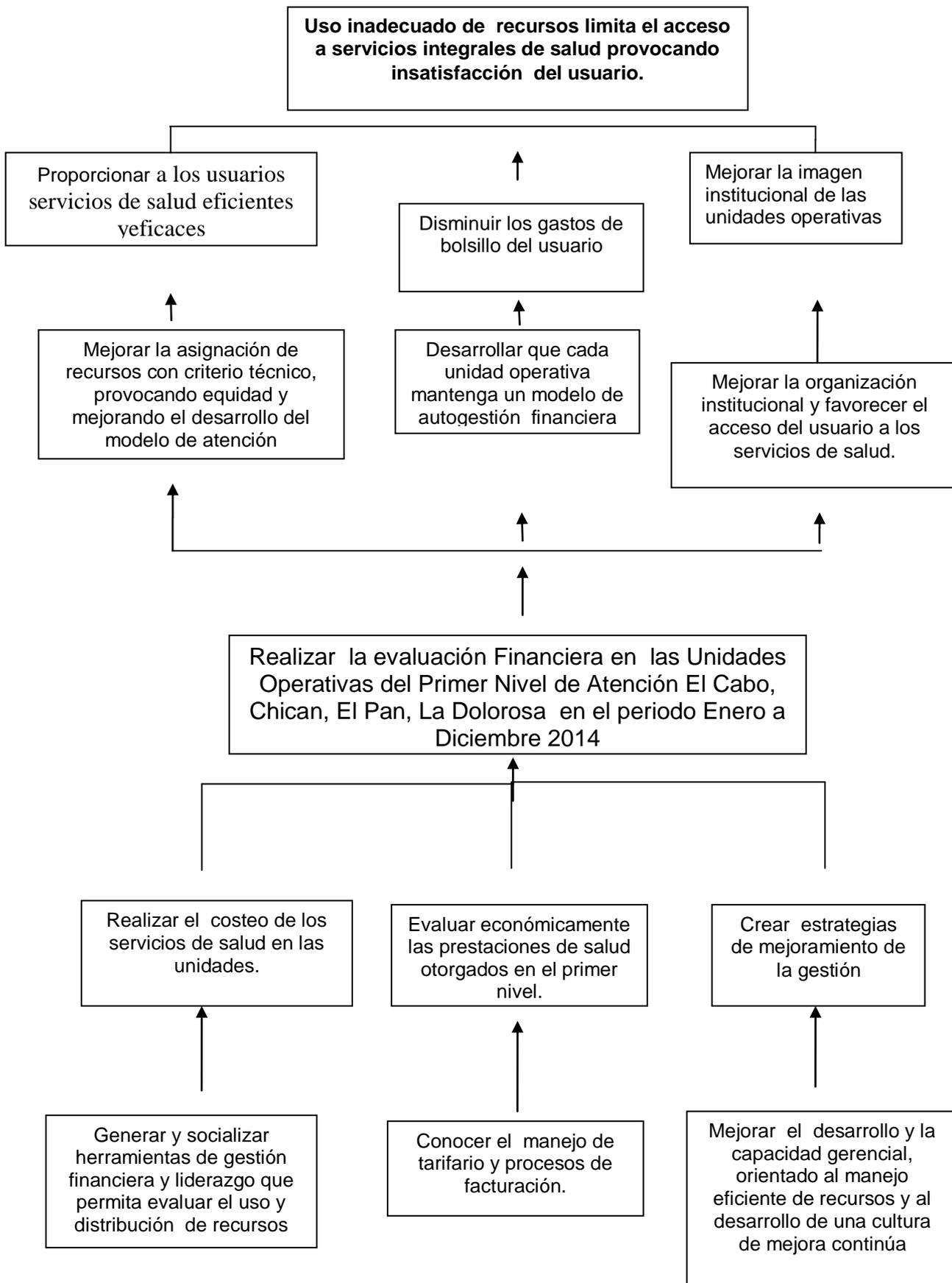
2.1 Matriz de involucrados.

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Director de la Unidad Medica	Contar con un Sistema de Evaluación Financiera que le permita mejorar su autogestión Evitar el desabastecimiento de medicinas e insumos.	Recursos Humanos Recursos Materiales. Tecnológico MANDATO. Cumplir con la Constitución Política de la República del Ecuador en su Art., 42, garantizar el derecho a la salud conforme a principios de equidad, solidaridad, calidad y eficiencia.	La información proporcionada del Sistema RDACAA no es confiable 100 % Contar con personal capacitado en gestión financiera Tener un sistema de control que garantice el ingreso y egreso de medicinas e insumos.
Unidad Financiera	Costear las unidades operativas y conocer la realidad Información segura	Recursos Humanos. Recursos Materiales. MANDATO Aplicar el tarifario	Existe poca información para realizar el costeo de servicios de salud Falta de una evaluación financiera global que determine la situación actual de las Unidades de Salud.
Usuarios de la unidad	Obtener una calidad de atención en cada unidad operativa	Recursos Humanos . Recursos Materiales MANDATO Obtener una atención con calidad y equidad	Poca confianza en acudir a los servicios de salud.
Dirección distrital	Conocer la realidad financiera de cada unidad operativa	Recursos Humanos Recursos materiales MANDATO Distribución equitativa de recursos	Descoordinación por subprocesos
Egresado/a de la Maestría	Aportar herramientas financieras a las unidades operativas para optimizar su calidad de gestión.	Recursos Humanos Recursos Materiales. MANDATO Contribuir a mejorar la calidad de la atención al usuario apoyándose en los conocimientos adquiridos en el proceso de formación de la Maestría en Gerencia de la salud para el Desarrollo local	Poca colaboración interinstitucional. Tiempo escaso Ausencia de estándares de medición de calidad. Desmotivación y poco conocimiento sobre finanzas en el personal

2.2 Árbol de problemas.



2.3 Árbol de objetivos.



2.4 Matriz del marco lógico.

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Contribuir al uso óptimo de recursos en las Unidades Operativas El Pan. Chican, El Cabo, La Dolorosa			Alto compromiso de los directivos para facilitar los recursos en la ejecución de las actividades
PROPOSITO Evaluación Financiera de la Unidades Operativas El Pan. Chican, El Cabo, La Dolorosa ejecutada.	Cada Unidad operativa evaluada financieramente hasta Diciembre de 2014	Informe escrito de la evaluación financiera.	Participación de autoridades zonales y distritales para obtener información y realizar el estudio
RESULTADOS ESPERADOS			
Servicios de Salud costeados.	100 % de servicios de salud costeados a diciembre 2014	Matrices de Costos Cuadro 1 y 4 del Winsig	Entrega de información necesaria y oportuna
Prestaciones de salud valoradas económicamente en base a tarifario del SNS	100 % de prestaciones de salud valoradas económicamente a diciembre 2014	Matrices de facturación Cuadro totalizador de facturación	Entrega de información requerida
Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera formuladas	Formular 3 estrategias de Autogestión en el distrito de Paute	Documento físico de propuestas de mejoramiento de la evaluación financiera	Apoyo de los directores de la Unidad para su implementación
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO \$
RE 1. Servicios de Salud costeados.			
1.1.Socialización del Proyecto	Autor del Proyecto. Directora de Distrito. Jefe financiero Jefe estadístico	<u>Marzo 2015</u>	100 usd.
1.2.Taller de inducción al proceso de costos	Autor del Proyecto. Directora de Distrito. Jefe financiero Jefe estadístico	Marzo 2015	100 usd.
1.3Recolección de	Autor de proyecto	Mayo de 2015	300 usd.

información.			
1.4 Instalación de programa winsig para procesamiento de datos.	Autor de Proyecto UTPL informático	Junio de 2015	150 usd
1.4 Generación de resultados de costos	Autor de Proyecto UTPL informático Director de tesis	Octubre de 2015	100 usd
RE2. Prestaciones de salud valoradas económicamente			
2.1 Socialización del manejo del tarifario del sistema nacional de salud.	Autor de Proyecto Directivos de las Unidades Operativas	Julio 2015	200 usd
2.2. Recolección de información de producción del establecimiento de salud	Autor de proyecto	Julio 2015	400 usd
2.3. Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud actual	Autor de proyecto	Julio 2015	200 usd
RE3. Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera formuladas			
3.1. Cálculo de punto de equilibrio	Autor de proyecto Informático de UTPL	Octubre 2015	200 usd
3.2. Socialización de resultados	Autor de Proyecto Jefes distritales	Noviembre 2015	200 usd
3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	Autor de Proyecto Jefes distritales	Noviembre 2015	200 usd
3.4. Presentación de informe final a autoridades zonales.	Autor de Proyecto Jefes distritales	Noviembre 2015	200 usd

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1 Servicios de salud costeados.

Para el cumplimiento del resultado 1, fue necesario realizar cronológicamente las actividades propuestas en el plan, las mismas que tuvieron el siguiente desarrollo:

3.1.1 Socialización del proyecto.

Considerando que la temática planteada en el proyecto es un tema completamente nuevo en las unidades de primer nivel del Sistema Nacional de Salud, fue necesario solicitar el apoyo del nivel central y zonal para socializar el proyecto en la institución, para el efecto se realizaron las siguientes acciones:

- Mediante quipux No 154 La viceministra de salud socializo con las coordinaciones zonales, la suscripción del convenio con la UTPL para el desarrollo de proyecto denominado Evaluación financiera de los establecimientos del primer nivel.
- Suscribimos con el MSP, la carta de confidencialidad para garantizar el buen uso de la información solicitada.
- Mediante quipux No.21 La Coordinación zonal 8, socializa con los Directores distritales el alcance del proyecto, y solicita el apoyo del personal de los distritos para el desarrollo del mismo.
- Con la carta y oficio de la viceministra, con fecha 18 de Noviembre de 2014, se realizó una sesión de trabajo con la Dirección Distrital, a fin de explicar el proyecto, sus objetivos, alcances, resultados esperados, metas, despertando gran expectativa e interés a nivel directivo por el impacto del mismo y fundamentalmente por:
 - o Conocer una metodología de costeo de servicios de salud.
 - o La posibilidad de conocer el costo de los servicios de su distrito.
 - o Evaluar el uso de los recursos de las unidades de primer nivel a su cargo
 - o Tener un acercamiento con el Tarifario del Sistema Nacional de Salud.
 - o Impulsar el proceso de recuperación de costos de servicios brindados en el primer nivel.
 - o Conocer un modelo financiero que incentive la eficiencia.
 - o Evaluar la gestión frente a las demandas impuestas en el Modelo Integral de Salud MAIS.

- Evaluar la oferta y demanda de los servicios de primer nivel dentro de su competencia.
- Propuestas de mejoramiento de la gestión.

El director de la unidad y/o distrital se ha comprometido apoyar en la ejecución del proyecto, brindando las facilidades para obtener la información necesaria.

3.1.2 Taller de inducción al proceso de costos.

Con el apoyo del Director zonal de provisión de servicios de salud, y de calidad, Analista responsable del primer nivel de atención de la zona 8, y apoyo técnico de especialista en costos, se mantuvo en la ciudad de Paute con fecha 26 de Noviembre de 2014, sesiones de trabajo con el personal operativo responsable de Talento Humano, Financiero, Estadística del Distrito No01D06 responsables administrativo de la gestión de las unidades médicas intervenidas.

Se socializó en ellos la metodología de costeo, con énfasis en los siguientes componentes:

- Conceptualización general de la economía de la salud, su importancia, alcance.
- Beneficios de contar con costos de los servicios médicos
- Conceptos generales de costos, gasto, costo fijo, costo variable, costo directo, costos indirectos.
- Características de los centros de costos o centros de gestión.
- Explicación amplia de los componentes de costos
- Importancia de un sistema de información adecuado
- Explicación de cómo llenar las matrices que se utilizaran para recolectar la información para el costeo, de manera especial: Mano de obra, uso de medicamentos, insumos, materiales, servicios básicos, depreciación de bienes, uso de infraestructura, producción, etc.
- Se suscribieron compromisos de entrega de información en los plazos previstos

3.1.3 Recolección de información.

Con el apoyo técnico del tutor, se inició el proceso de recolección de información, para lo cual se siguieron los lineamientos planteados en el documento suscrito con el MSP

“Procedimientos para levantamiento de información de costos en el primer nivel”, para el efecto se utilizaron las matrices diseñadas para cada componente del costo.

Se llenan las matrices por cada unidad y por cada mes, de enero a diciembre del año 2014

3.1.4 Mano de obra.

Se recolectaron los datos, en base al siguiente lineamiento:

“Remuneraciones.- Este rubro vamos a utilizar para calcular el gasto de la mano de obra del personal de planta y contratos. Este valor estará compuesto además de la remuneración o salario mensual unificado otros rubros tales como el aporte patronal, fondos de reserva, horas extras, subsidios de antigüedad y familiar, etc; además se incluirá la parte proporcional por mes del décimo tercero y cuarto sueldo Es importante recalcar que la principal fuente de información para estructurar mensualmente el gasto de la mano de obra son el distributivo presupuestario y rol de pagos.”

Se utilizaron 2 matrices para el efecto.

La primera distribuye el tiempo del personal en los diferentes centros de gestión, haciendo el seguimiento durante una semana de trabajo, utilizando para el efecto los estándares propuestos por la OPS para jornadas de 8 horas con sus respectivas variaciones.

Se trabaja con el apoyo de talento humano y coordinación médica del Distrito.

La matriz de distribución del tiempo se puede observar en el anexo 1.

En ella se destaca que todos los cargos trabajan 8 horas diarias de lunes a viernes, para un total semanal de 40 horas y 173.2 horas en el mes.

La segunda, una matriz en la cual se detallan los centros de gestión, el personal que labora en cada uno de ellos, con sus respectivos tiempo y la valoración de todos los componentes de la remuneración anual, por mes y luego calculando el costo hora hombre, mismo que multiplicado por las horas de atención en servicio nos permite

conocer el total del costo que por concepto de mano de obra se contabiliza en cada centro de gestión.

La matriz de las remuneraciones está en el anexo 2, en ella se puede observar de cada empleado: las horas contratadas en el mes, las horas asignadas al servicio, el salario devengado, el aporte personal y patronal a la seguridad social, los salarios del décimo tercer y cuarto mes, que cuando se suma se obtiene el gasto total de la mano de obra, que al dividirlo por las horas trabajadas da como resultado el costo de hora hombre.

Se informa que este proceso de construcción sufrió serios inconvenientes por la falta de información ordenada, completa y precisa y muchas veces la negativa de entregar información de parte de la Dirección Distrital.

a) Medicamentos e insumos médicos, material de oficina, aseo, imprenta etc.

Para el efecto, se prepara la matriz, misma que pretende recopilar el consumo de medicamentos e insumos médicos, material de oficina, aseo etc. consumidos por la unidad operativa durante el mes, por cada uno de los centros de gestión. Se aclara que se registrara datos sobre consumos reales y no requerimientos.

Se advierte que existen limitaciones de recolectar la información por centros de gestión, ya que las unidades únicamente mantienen un control del consumo mensual general, como reporte y documento para justificar la nueva requisición.

La matriz de los medicamentos e insumos médicos se muestra en el anexo 3.

Como se puede observar los reactivos y biomateriales odontológicos representan con un valor de 14195.44\$ el **38.5%** respectivamente del total 36853.6\$ de medicamentos e insumos médicos.

b) Depreciaciones de bienes y uso de inmueble.

Igualmente se prepara una matriz que pretenda tener información sobre los inventarios de activos de todos los centros de costo, su valor residual y depreciación mensual.

En caso de inmuebles, se demanda el total de metros cuadrados por centro de gestión, con el valor del avalúo actualizado y su depreciación mensual. Esto se puede ver en el anexo 4

c) Gastos fijos generales

Se solicita información de gastos de servicios básicos, servicios, vigilancia, aseo, combustibles, y otros gastos operativos que tenga la unidad.

En el proceso de recolección de datos se trabaja tanto con el distrito como con las respectivas unidades médicas.

Al obtener la información en el departamento financiero se reúne la misma y se tabula mensualmente. Y se presenta en el anexo 5

d) Datos de producción

Para concluir con este punto se puede mencionar que se cumplió el 100% de la actividad propuesta, recalcando que la información entregada no es lo suficientemente completa ni se encuentra con la especificidad que el proyecto demanda, ya que no se dispone de un sistema de información técnicamente diseñado y orientado a obtener resultados como los que pretendemos alcanzar, sin embargo reconocemos que es muy orientador, ya que el 80% aproximadamente de la carga del costo está en mano de obra, información que si fue posible obtener.

Sin lugar a dudas, este fue el proceso más complejo que se tuvo que enfrentar, por las siguientes limitaciones:

- Limitado interés sobre el impacto del presente proyecto por parte de algunos directivos y especialmente del personal operativo.
- Poco compromiso de autoridades zonales, distritales y de unidades especialmente en el MSP
- Falta de información real de los distritos y unidades se evidenció la inexistencia de un sistema de información.

3.1.5 Generación de resultados de costos.

Para el procesamiento de datos, se inició con la sistematización de la información, utilizando las directrices preparadas por la universidad en el documento Procedimientos para levantamiento de costos en el primer nivel, adicionalmente se procesó información en una matriz que fue preparada para validar la información.

Se validó la información y se ingresaron los datos al programa winsig, herramienta desarrollado por la OPS, para la obtención de los datos relacionados con los costos de los servicios, para el efecto se contó con el apoyo de profesional informático para la instalación del programa como para la parametrización del mismo en función de la realidad de la unidad.

El programa nos permitió alcanzar la siguiente información:

- Costos total de los servicios
- Costo unitario de la unidad de producción de cada servicio
- Costos fijos y variables
- Costos directos e indirectos
- Costo total de la unidad.

Con los datos del programa, se sistematiza la información en una matriz que nos permite definir:

- Costos integrales de los servicios
- Costos netos.

Para enlazar el costo de los servicios y poder evaluar con objetividad el comportamiento del uso de los recursos, fue necesario procesar los datos de producción constantes en el RDACAA, utilizando para el efecto una matriz orientada a conocer el comportamiento de las siguientes variables:

3.1.6 Análisis de resultados de procesamiento de datos de costos y de producción

Del procesamiento de datos de la unidad operativa El Pan, Chican, El Cabo, La Dolorosa durante el ejercicio económico 2014, se concluyen los siguientes resultados:

1.- Costo de atención

Tabla 3: Costo de atención promedio anual

UNIDAD OPERATIVA	Costo total anual	Número de atenciones	Costo promedio por atención
EL CABO			
TOTAL	72370.12	4579	15.8
CHICAN			
TOTAL	87565.13	4714	18.57
EL PAN			
TOTAL	158788.51	4175	38.03
LA DOLOROSA			
TOTAL	54097.27	2258	23.9

Fuente : levantamiento de la información

Elaborado por Carlos Aguilar 2014

El costo anual se obtuvo de la matriz de costos y gastos y el número de atenciones de RDACAA 2014 del distrito de salud 01D06 Paute. En este no se incluyen los gastos de administración.

El costo anual contiene todos los gastos que incurre la entidad, sin hacer distinción entre fijos y variables. El costo que mayor relevancia tiene es el de talento humano con un peso especificado de 80% con relación al costo total. El costo total anual del Centro de Salud de El Cabo es mayor que la Consulta Odontológica, se debe en una parte a la mayor remuneración de los médicos en relación a los odontólogos, y por otra parte que las atenciones médicas son mayores en odontología, por lo general procedimientos menores, lo que refleja la diferencia en el costo promedio de atención

2.- Costo por población asignada

Tabla 4: costo per cápita de la población

UNIDAD OPERATIVA	Costo total anual	Población asignada	Costo per cápita
EL CABO	72370.12	3421	21.16
CHICAN	87565.13	3957	22.14
EL PAN	158788.51	3220	49.3
LA DOLOROSA	54097.27	2618	20.6

Fuente: levantamiento de la información

Elaborado por Carlos Aguilar 2014

La población asignada corresponde a todos los habitantes de las Unidades Operativas mencionadas que pertenecen al distrito 01D06; para ello se tomó en censo de Población y Vivienda 2010. En el centro de salud El Cabo se invierte \$21.16 por persona para una población de 3421 habitantes. Chican invierte \$22.14 con una población similar a El Cabo 3957 habitantes.

El Pan invierte por cada habitante \$49.3 con una población de 3220 habitantes este dato no concuerda con las anteriores unidades, puede ser por la distancia que se encuentra y el menor número de habitantes.

La Dolorosa presenta un costo por habitante de \$20.6 con una población de 2618 habitantes; situación que se encuentra con valores similares a las dos unidades anteriores.

3. Costos Por Servicio

Tabla 5: Costo de servicios de El Cabo, Chican, El Pan, La Dolorosa.

COSTO TOTAL	COSTO POR SERVICIO	
	Consulta externa	Odontología
El Cabo	37.853.20	13519.22
Chican	41.992.98	19791.91
El Pan	53347.94	23689.89
La Dolorosa	24648.74	14766.48

Fuente: Programa Winsig.

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

El costo total de la consulta externa de las unidades de salud de El Pan y Chican es mayor que el costo de las Unidades de El Cabo y La Dolorosa, dato que tiene similitud en relación a la Consulta de Odontología.

Tabla 6: Componentes del costo de servicios de El Cabo, Chican, El Pan, La Dolorosa.

COMPONENTES	EL CABO	CHICAN	EL PAN	LA DOLOROSA
Personal	58717.78	70.092.52	139445.97	44923.39
Materiales de oficinas	106	131	137.91	102.68
Material de aseo	134.10	65	244.46	109.8
Servicios básicos	271.31	407.76	450.09	232.29
Depreciaciones	2541.31	2712.86	5590.44	1843.93
Medicinas	6148.76	7513.08	4569.23	3918.8
Biomateriales odontológicos	2749.7	5316.04	3761.89	2103.3
Insumos médicos odontológicos	908.7	651.16	1026.30	570.10

Fuente: Programa Winsig.

Elaborado por: Aguilar Carlos , 2014

En las cuatro unidades de salud el mayor costo está representado por la remuneración del talento humano ya que en su mayoría son médicos generales y odontólogos que representa aproximadamente 82 % del costo total

4.- Costos directos.

Del procesamiento de datos, se determinan que los costos directos de los servicios son:

Tabla 7: Costo directo de EL CABO

Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
Consulta Externa	37.853.20	30.738.56	81.2%
Odontología	13519.22	12396	91.7%
Visita Domiciliaria	12572.77	11537.86	91.8%

Fuente: Programa Winsig.

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

Tabla 8: Costo directo de CHICAN

Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
Consulta Externa	41992.98	33426.9	79.6%
Odontología	19791.91	17607.58	88.9%
Visita Domiciliaria	15796.84	14068.96	89%

Fuente: Programa Winsig

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

Tabla 9: Costo directo de EL PAN

Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
Consulta Externa	100670.41	47322.47	47%
Odontología	23689.89	22598.52	95.3%
Visita domiciliaria	25863.58	24686.04	95.4%

Fuente: Programa Winsig.

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

Tabla 10: Costo directo de LA DOLOROSA

Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
Consulta Externa	24648.74	20231	82.%
Odontología	14766.48	14278.02	96.6%
Visita domiciliaria	5189.4	5016.55	96.6%

Fuente: Programa Winsig.

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

El servicio de odontología de El Pan , Chican, San Cristóbal, y Las Dolorosa tiene un porcentaje superior al 90% del costo directo, que son los que intervienen directamente con el proceso de producción: mano de obra, equipos, materiales e insumos. En el servicio de consulta externa el porcentaje del costo directo oscila alrededor de 80%.

En las cuatro Unidades de Salud los costos directos superan a los costos indirectos, ya que los costos directos están representados principalmente por la remuneración del personal de salud.

5. Costo indirecto

Tabla 11: Costo indirecto de EL CABO

Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo indirecto
Consulta Externa	37.853.20	7114.64	18.8%
Odontología	13519.22	1123.22	8.3%
Visita domiciliaria	12572.77	1034.91	8.2%

Fuente: Programa Winsig.

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

Tabla 12: Costo indirecto de CHICAN

Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo indirecto
Consulta Externa	41992.98	8566.08	20.4%
Odontología	19791.91	2184.33	11.1%
Visita domiciliaria	15796.8	1727.88	10.9%

Fuente: Programa Winsig

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

Tabla 13: Costo indirecto de EL PAN

Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo indirecto
Consulta Externa	100670.41	53347.94	52.9%
Odontología	23689.89	1041.3	4.3%
Visita domiciliaria	25863.58	1177.54	4.5%

Fuente: Programa Winsig.

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

Tabla 14: Costo indirecto de LA DOLOROSA

Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo indirecto
Consulta Externa	24648.74	4417.1	8%
Odontología	14776.48	498.2	3.6%
Visita domiciliaria	5189.4	172.8	3.6%

Fuente: Programa Winsig.

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

El servicio de consulta externa y odontología de El Cabo, Chican. El Pan, La Dolorosa el porcentaje del costo indirecto es menor que el costo directo ya que los costos indirectos son los que apoyan al producto final, como administración y servicios generales; este porcentaje se debe a que estas unidades de salud no cuentan con servicio de administración ni servicios generales y se coordina entre el personal para desempeñar estas funciones.

Tabla 15: Costos netos de El Cabo, Chican, El Pan , La Dolorosa.

Servicio	Costo integral		Costo neto	
	Consulta externa	Odontología	Consulta externa	Odontología
EL CABO	14.38	7.59	8.2	6.33
CHICAN	17.26	11.32	9.38	8.8

EL PAN	36.4	18.4	14.3	16.7
LA DOLOROSA	17.8	25.3	11.2	23.6

Fuente: Programa Winsig

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

En El Cabo la consulta externa tiene un costo neto de 8.2, el costo neto de Chican es de 9.38, de El Pan es de 14.30 y del La Dolorosa 11.2 comparado con el costo tarifario que es de 11.83 encontramos que El Cabo tiene un costo menor al de tarifario, seguido de Chican y La Dolorosa pero El Pan tiene un costo neto de 14.30 con \$2.47 de diferencia con relación al valor del tarifario de 11.83.

6. Costo fijo

Tabla 16: Costos fijos de El Cabo, Chican, El Pan, La Dolorosa.

Unidades	Mano de obra	Depreciación	Servicios Básicos	Uso edificio	Valor	% con respecto a costo total.
EL CABO	58717.78	2541.31	271.31	841.5	62371.9	86.1%
CHICAN	70092.52	2712.86	407.76	751.5	73964.64	84.3%
EL PAN	139445.97	5590.44	450.09	398.86	145885.36	91.8%%
LA DOLOROSA	44923.39	1843.93	232.29	324	47323.61	87.4%

Fuente: Matrices del proyecto

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

El costo fijo de El Cabo representa 86.1%, Chican el 84.3%, El Pan el 91.8%, La Dolorosa representa el 87.4%%, siendo su mayor componente la remuneración del talento humano. La remuneración de El Pan es mayor debido a que esta unidad tiene servidores públicos.

Tabla 17: Costos variables El Cabo, Chican, El Pan, La Dolorosa

Unidades	Valor	% con respecto a costo total.
EL CABO	10047.1	13.9%
CHICAN	13676.28	15.70%
EL PAN	12903.15	8.2%
LA DOLOROSA	6804.7	12.60%

Fuente: Matrices del proyecto

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

El costo variable de El Cabo representa el 13.9%, Chican el 15.7%, El Pan 8.20% y La Dolorosa el 12.6%, este costo está representado por medicación e insumos, y constituye menos de la quinta parte de la atención al paciente.

3.1.7 Análisis del indicador del resultado esperado

Terminada la recolección de datos en las matrices y luego de alimentar la base de datos del programa Winsig se procedió al análisis costos, obteniendo la generación del 100% de los costos de las Unidades de Salud de El Cabo , Chican, El Pan y la Dolorosa.

El Pan tiene un costo total anual mayor que las otras unidades, con un menor número de atenciones que genera un costo promedio de atención de 14,3 el cual es superior al tarifario y contrasta con el valor de las otras unidades en la que son menores los costos en relación al tarifario, por lo tanto mayor costo en la atención de un menor número de beneficiarios.

Se logró cumplir con el 100%de lo propuesto. Con el resultado de costos de los servicios que prestan estas Unidades durante el período comprendido entre enero – diciembre del 2014.

3.2 Servicios de salud valorados económicamente.

3.2.1 Socialización de tarifario del sistema nacional de salud.

Con el apoyo de las autoridades de la Coordinación Zonal 6, se procedió a convocar al Director Distrital, Director Médico, Responsable Financiero del Distrito, a fin de socializar sobre la estructura y manejo de Tarifario del Sistema Nacional de Salud.

Dicha capacitación se realizó el 27 de Marzo del 2015 en la ciudad de Cuenca con la siguiente temática:

- 1.- Aspectos generales y conceptuales básicos: Tarifario, objetivo, alcance, Unidades relativas de valor, factor de conversión.
- 2.- Estructura y reglas básicos del manejo de tarifario del Sistema Nacional de Salud

- El tarifario de honorarios médicos en Unidades de Primer Nivel
- Tarifario de servicios institucionales.
- Tarifario de visitas domiciliarias
- Tarifario de acciones de prevención y promoción de la salud
- Tarifario de monitoreo
- Hotelería hospitalaria
- Laboratorio
- Imagen
- Rehabilitación y medicina física
- Ambulancias

Ejercicios prácticos.

Tutores: Personal técnico especializado en el uso del Tarifario del Sistema Nacional de Salud de la Coordinación Zonal 6. Tiempo de duración: 6 horas. El evento se realizó con normalidad, despertando gran interés en los participantes, fue un taller colectivo, en el que se contó con la presencia de los Directores Distritales de toda la Zona 6 y los responsables del proceso financiero. (Ver Anexo 9).

3.2.2 Recolección de información.

Para la recolección de datos que permitan la valoración económica de los servicios prestados por la Unidad Médica, procedimos a procesar la información de la producción, teniendo al RDCAA como fuente de información. Utilizando filtros y tablas dinámicas, fue posible obtener los siguientes datos:

a) Honorarios médicos

- Consultas de morbilidad, clasificadas en primeras, subsecuentes y por ciclos de vida
- Consultas de prevención, clasificadas en primeras, subsecuentes y por ciclos de vida
- Consultas primeras y subsecuentes, clasificadas por el lugar de la atención
- Visitas domiciliarias seleccionadas por tipo de atención.
- Procedimientos médicos realizados por personal médico.

b) Acciones de promoción y prevención

- Se solicitó a la Unidad reporte de todos los eventos realizados durante el año de estudio que sirvieron como promoción y prevención de la salud, debidamente clasificados por el tiempo de duración de los mismos.

c) Servicios institucionales

- Se solicitaron reportes mensuales de la producción detallada por cada prueba de las determinaciones de laboratorio, tipo de exámenes de imagen, tipo de terapias brindadas en servicio de rehabilitación.

Con la producción de los diferentes servicios, se valoró de acuerdo al Tarifario del Sistema Nacional de Salud vigente en el 2014, utilizando el siguiente esquema, con los siguientes criterios:

- Consultas morbilidad:
 - Primeras: 20 minutos
 - Subsecuentes: 15 minutos
- Consultas preventivas: 30 minutos
- Consultas de control (solo para revisión de exámenes): 10 minutos
- Visita domiciliaria de 45 minutos.

Se siguió el orden establecido y se consiguió el 100 % de la actividad propuesta en relación a la recolección de la información, el valor establecido en bodega no es 100 % confiable ni completa, en algunos meses no se dispone del registro. En relación a los servicios básicos en algunas unidades estos comparten el pago con la juntas parroquiales por lo que se calculó un aproximado a la realidad. Sin embargo el valor que representa la mano de obra que corresponde al 80% del análisis de nuestra evaluación fue proporcionado de manera confiable por el departamento de talento humano y permite obtener resultados óptimos. En relación al Sistema RDACAA se obtuvo la información sin mayor inconveniente, además el aporte de estadística al proyecto fue fundamental, comentar que existe un sub registro especialmente en lo que corresponde actividades extramurales que pueden afectar los resultados de este proyecto.

3.2.3 Valoración de las prestaciones según el tarifario del sistema nacional de salud.

Utilizando la metodología señalada en la actividad 2.2, se obtuvieron los valores económicos de cada servicio, siendo los siguientes los resultados obtenidos: (Ver Anexo 11).

Tabla 18: Resumen de la valoración económica anual de las prestaciones 2014: El Cabo

PRESTACIONES DE SALUD	VALOR PLANILLADO ANUAL	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
CONSULTA POR MORBILIDAD	23226.33	20.3%
PREVENCION	27071.81	23.7%
VISITAS DOMICILIARIAS	1256.28	1.1%
ODONTOLOGIA	59053.05	51.7%
PROCEDIMIENTOS	3523.45	3%
TOTAL	114130.92	100,00%

Fuente: Matrices del proyecto

Elaborado por: Aguilar Carlos , 2014

Véase la siguiente gráfica sobre facturación anual:



Figura 1. Planillaje anual de prestaciones de salud año 2014: EL CABO

Fuente: Matrices del proyecto

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

La facturación anual de El Cabo por prevención supera a la facturación de morbilidad. La mayor atención en esta unidad de salud es intramural ya que la visita domiciliaria y promoción de la salud son poco representativas. Además la facturación en el servicio de odontología supera al de consulta externa.

Tabla 19: Resumen de la valoración económica anual de prestaciones de salud año 2014: CHICAN

PRESTACIONES DE SALUD	Valor planillado anual	% de participación.
consulta por morbilidad	21726.51	24.54
Prevención	25040.79	28.74
Procedimientos	3266.97	3.01
Odontología	40347.85	43.41
Total	90382.12	100

Fuente: Matrices del proyecto

Elaborado por: Aguilar Carlos , 2014

Prestación de salud año 2014:

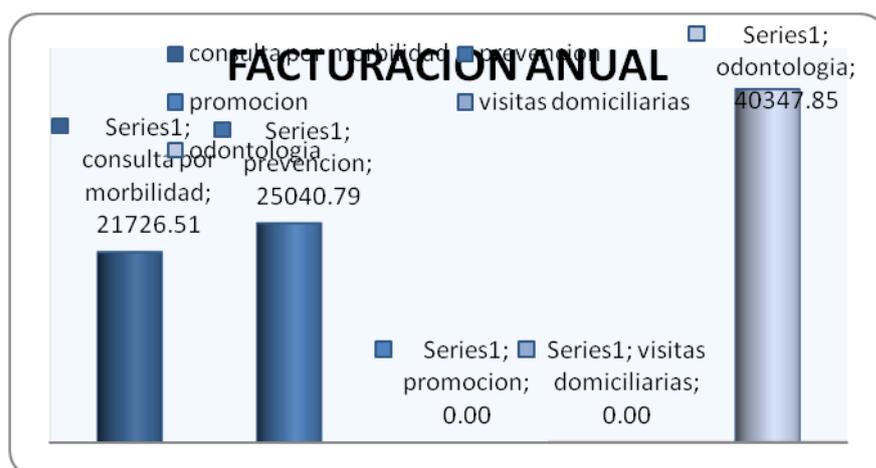


Figura 2. Planillaje anual de prestaciones de salud año 2014: CHICAN

Fuente: Matrices del proyecto

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

La facturación anual de Chican en prevención supera a la de atención por morbilidad, sin embargo los valores por actividades extramurales son muy bajos en relación a los otros parámetros. Odontología mantiene un planillaje anual elevado.

Tabla 20: Resumen de la valoración económica anual de prestaciones de salud año 2014: EL PAN

PRESTACIONES DE SALUD	TOTAL	PORCENTAJE
consulta por morbilidad	24049.26	19.71
Prevención	67997.28	55.74
Procedimientos	1941.85	1.59
Laboratorio	9690.42	0.79
Odontología	27035.20	22.16
Total	130434.83	100.00

Fuente: Matrices del proyecto

Elaborado por: Aguilar Carlos , 2014

Prestación de salud año 2014:

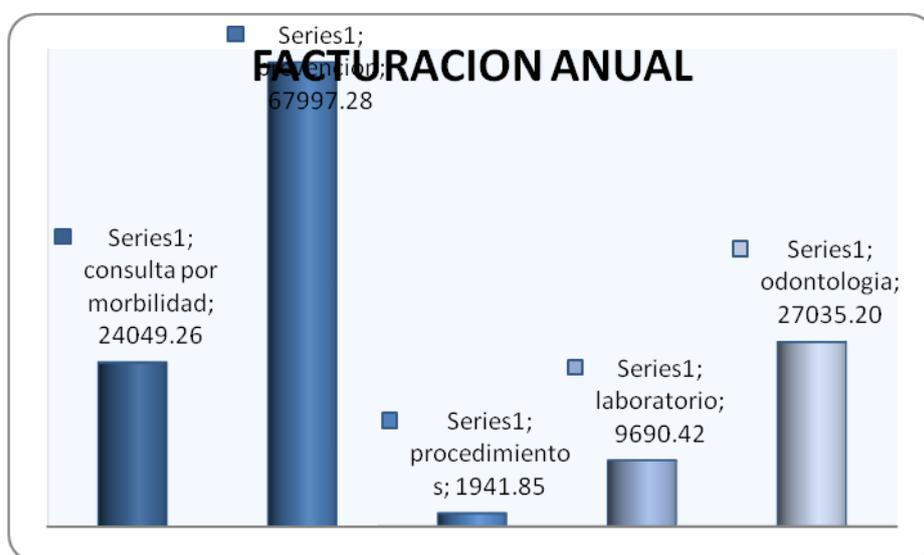


Figura 3. Planillaje anual de prestaciones de salud año 2014: EL PAN

Fuente: Matrices del proyecto

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

La facturación anual de El Pan en prevención supera a la de atención por morbilidad, sin embargo los valores por actividades extramurales son muy bajos en relación a los otros parámetros. Odontología mantiene una facturación anual mayor que la consulta

Tabla 21: Resumen de la valoración económica anual de prestaciones de salud año 2014: LA DOLOROSA

PRESTACIONES DE SALUD	TOTAL	PORCENTAJE
consulta por morbilidad	9811.44	20.57
Prevención	21779.64	45.67
Procedimientos	1941.85	4.07
visitas domiciliarias	2512.19	5.27
Odontología	11642.84	24.41
Total	47687.96	100.00

Fuente: Matrices del proyecto

Elaborado por: Aguilar Carlos , 2014

Prestación de salud año 2014:



Figura 4: Planillaje anual de prestaciones de salud año 2014: LA DOLOROSA

Fuente: Matrices del proyecto

Elaborado por: Aguilar Carlos, 2014

La facturación anual de La Dolorosa en prevención supera a la de atención por morbilidad, sin embargo los valores por actividades extramurales son muy bajos en relación a los otros parámetros. Odontología mantiene una valoración económica de las prestaciones de salud anual elevada.

3.2.4 Análisis del indicador del resultado esperado II.

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta. Se obtuvieron los resultados de la facturación de los servicios de las Unidades de Atención de Primer Nivel: El Cabo, Chican, El Pan, La Dolorosa durante el período enero- diciembre 2014.

En el Cabo el valor de planillado anual es superado por odontología, seguido de atención en consulta externa y de aquí se enfoca en prevención con el segundo valor de planillaje seguido de morbilidad. Situación similar sucede en **Chican**, en la que el planillaje de odontología supera a la de medicina general. En la Dolorosa el valor que predomina de planillaje es en relación a la prevención, seguido de la atención en odontología y por la atención de morbilidad.

3.3 Estrategias de mejoramiento.

3.3.1 Actividad: cálculo del punto de equilibrio.

Siguiendo con la metodología propuesta, se procede al cálculo del punto de equilibrio, es decir aquel punto en el cual se recupera los costos de producción, sin generar ni utilidad ni pérdida.

$$PEUSD = \frac{CF}{1 - \frac{CV}{VT}}$$
$$PE\% = 100 - \left(100 \times \left(\frac{CF}{VT - CV} \right) \right)$$

Donde:

PE = Punto de Equilibrio

CF = Costos Fijos

CV = Costos Variables

VT = Ventas Totales – Facturación

Tabla 22: Resumen de punto de equilibrio de nidades intervenidas: El Cabo

COSTOS	COSTO FIJO	COSTO VARIABLE	COSTO TOTAL.	FACTURACION	PEUSD	PE%
ENERO	5214.98	22.90	5237.88	17921.09	5221.65	70.86
FEBRERO	5226.30	1349.10	6575.40	16961.20	5677.92	66.52
MARZO	5172.40	974.01	6146.41	15869.30	5510.63	65.27
ABRIL	5177.01	879.20	6056.21	21810.70	5394.46	75.27
MAYO	5208.06	744.00	5952.06	17280.60	5442.38	68.51
JUNIO	5208.06	744.80	5952.86	7433.80	5787.96	22.14
JULIO	5213.15	28.36	5241.51	18395.40	5221.20	71.62
AGOSTO	5209.01	783.10	5992.11	7729.72	5796.23	25.01
SEPTIEMBRE	5212.70	927.30	6140.00	12190.46	5641.86	53.72
OCTUBRE	5176.90	1144.01	6320.91	19604.16	5497.72	71.96
NOVIEMBRE	5172.40	750.50	5922.90	18485.18	5391.29	70.83
DICIEMBRE	5176.87	1440.70	6617.57	14724.44	5738.33	61.03
TOTAL	62367.84	9787.98	72155.82	81943.80	154099.62	13.57

Fuente: Programa Winsig

Elaborado por: Aguilar Carlos 2014

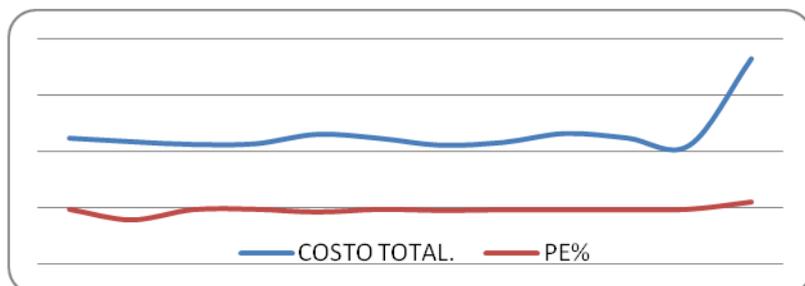


Figura 5: Histograma del punto de equilibrio y costos totales

Fuente: Matrices del proyecto

Elaborado por: Aguilar Carlos 2014

ANALISIS

Como se puede observar en siguiente gráfico el punto de equilibrio anual de El Cabo es de 67791.1 guarda estrecha relación con el costo total 67791.1, por lo que significa que las ventas de esta Unidad se encuentran sobre el punto de equilibrio con lo existe ganancia en esta Unidad

Tabla 23: Resumen de punto de equilibrio de unidades intervenidas: Chican

COSTOS	COSTO FIJO	COSTO VARIABLE	COSTO TOTAL.	FACTUTACION	PEUSD	PE%	COSTO TOTAL.
ENERO	6266.00	2611.20	8877.20	24514.50	7013.00	71.39	15796.26
FEBRERO	6289.60	1004.40	7294.00	16961.20	6685.50	60.58	15846.78
MARZO	6272.04	518.10	6790.14	15869.30	6483.72	59.14	16647.29
ABRIL	6301.60	1219.40	7521.00	21810.70	6674.78	69.40	13408.53
MAYO	6285.60	1156.30	7441.90	17280.60	6736.35	61.02	18164.41
JUNIO	6273.04	1334.20	7607.24	7433.80	7645.18	-2.84	15066.43
JULIO	6270.60	867.80	7138.40	18395.40	6581.06	64.22	15216.43
AGOSTO	6069.50	783.10	6852.60	7729.70	6753.72	12.63	22260.86
SEPTIEMBRE	5331.50	684.70	6016.20	12190.40	5648.78	53.66	15158.43
OCTUBRE	6288.07	800.70	7088.77	19604.10	6555.83	66.56	15011.43
NOVIEMBRE	5172.40	750.50	5922.90	18485.10	5391.29	70.83	15233.43
DICIEMBRE	6286.10	1644.50	7930.60	14724.40	7076.43	51.94	15251.43
TOTAL	73106.05	13374.90	86480.95	99855.85	186336.80	15.47	186352.27

Fuente: Programa Winsig

Elaborado por: Aguilar Carlos 2014

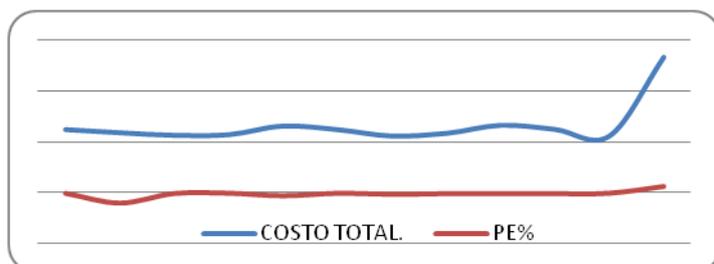


Figura 6: Histograma del punto de equilibrio y costos totales

Fuente: Matrices del proyecto

Elaborado por: Aguilar Carlos 2014

ANALISIS

En Chican el costo total es de 8760.92 y el punto de equilibrio es de 870167.2, lo que significa que en esta unidad existe una pequeña ganancia ya que se encuentra sobre el valor del punto de equilibrio ; pero la diferencia es escasa .

Tabla 24: Resumen de punto de equilibrio de unidades intervenidas: El Pan

COSTOS	COSTO FIJO	COSTO VARIABLE	COSTO TOTAL.	FACTUTACION	PEUSD	PE%	COSTO TOTAL.
ENERO	11195.50	1226.00	12421.50	5864.93	14154.30	-141.34	15796.26
FEBRERO	11158.00	635.60	11793.60	1161.00	24656.33	-2023.72	15846.78
MARZO	10405.40	890.00	11295.40	4556.40	12931.26	-183.80	16647.29
ABRIL	11149.70	267.30	11417.00	5001.60	11779.22	-135.51	13408.53
MAYO	11266.20	1852.40	13118.60	3421.05	24570.32	-618.21	18164.41
JUNIO	11212.90	1186.40	12399.30	5730.60	14140.36	-146.75	15066.43
JULIO	11156.10	0.00	11156.10	2469.50	11156.10	-351.76	15216.43
AGOSTO	11670.80	0.00	11670.80	3756.20	11670.80	-210.71	22260.86
SEPTIEMBRE	11199.90	2067.99	13267.89	5528.30	17893.31	-223.67	15158.43
OCTUBRE	11208.70	1249.30	12458.00	4775.20	15180.18	-217.90	15011.43
NOVIEMBRE	11148.30	0.00	11148.30	4948.60	11148.30	-125.28	15233.43
DICIEMBRE	23924.70	2712.30	26637.00	474.14	-5068.30	1168.95	15251.43
TOTAL	146696.20	12087.29	158783.49	170870.78	329654.27	7.61	329661.88

Fuente: Programa Winsig

Elaborado por: Aguilar Carlos 2014

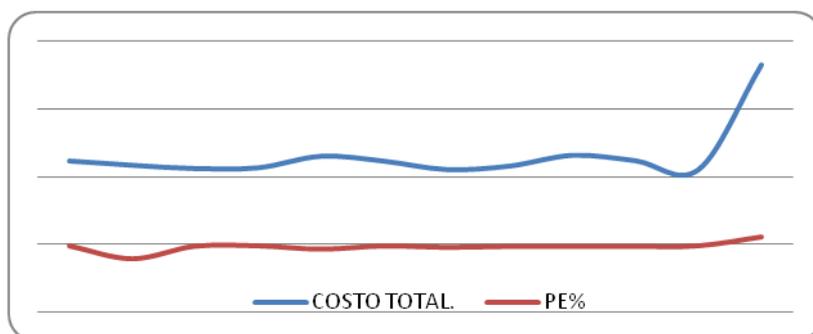


Figura 7: Histograma del punto de equilibrio y costos totales

Fuente: Programa Winsig

Elaborado por: Aguilar Carlos 2014

ANALISIS

En el Pan el costo total es de 158788.5 y el punto de equilibrio es de 158571.04, lo que significa que existe ganancias en esta unidad; ya que se encuentra con un valor de costos sobre el punto de equilibrio

Tabla 25: Resumen de punto de equilibrio de unidades intervenidas: La Dolorosa

COSTOS	COSTO FIJO	COSTO VARIABLE	COSTO TOTAL.	FACTUTACION	PEUSD	PE%	COSTO TOTAL.
ENERO	4000.69	856.10	4856.79	5864.93	4684.48	20.13	15796.26
FEBRERO	4001.85	11.56	4013.41	1161.00	4042.10	-248.16	15846.78
MARZO	4001.70	0.00	4001.70	4556.40	4001.70	12.17	16647.29
ABRIL	400.70	794.90	1195.60	5001.60	476.42	90.47	13408.53
MAYO	4000.70	794.90	4795.60	3421.05	5211.66	-52.34	18164.41
JUNIO	3991.30	11.73	4003.03	5730.60	3999.49	30.21	15066.43
JULIO	3999.50	539.40	4538.90	2469.50	5117.23	-107.22	15216.43
AGOSTO	3999.80	667.95	4667.75	3756.20	4864.91	-29.52	22260.86
SEPTIEMBRE	4001.90	821,7	4001.90	5528.30	#¡VALOR!	#¡VALOR!	15158.43
OCTUBRE	3781.60	0.00	3781.60	4775.20	3781.60	20.81	15011.43
NOVIEMBRE	3443.50	100.00	3543.50	4948.60	3514.52	28.98	15233.43
DICIEMBRE	3999.25	1295.75	5295.00	474.14	-2307.91	586.76	15251.43
TOTAL	43622.49	5072.29	48694.78	53767.07	102461.85	10.42	102472.27

Fuente: Programa Winsig

Elaborado por: Aguilar Carlos 2014

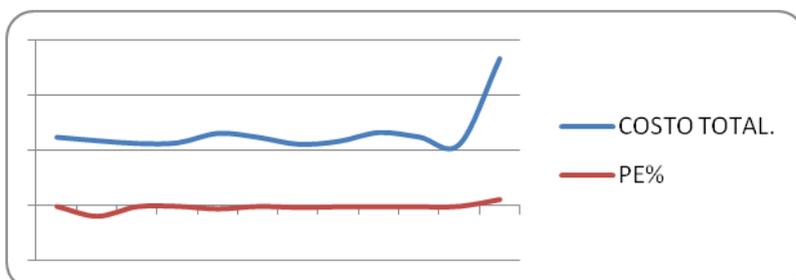


Figura 8: Histograma del punto de equilibrio y costos totales

Fuente: Matrices del proyecto

Elaborado por: Aguilar Carlos 2014

ANALISIS.

En la Dolorosa existe un costo total de 53117.65 y el punto de equilibrio es de 53662.1 lo que significa que en esta unidad existe acercamiento al punto de equilibrio en especial en los meses de Febrero y Diciembre, hacho a considerar para minimizar este riesgo

3.3.2 Actividad: Socialización de resultados.

Una vez que el presente proyecto esté revisado y sea debidamente valorado, se socializará con las autoridades de la Dirección Distrital y su equipo técnico, con el de motivar y sensibilizar sobre la importancia de la temática, y buscando establecer un diálogo y profunda reflexión sobre:

- Resultados de los costos y planillaje de los servicios y su comparación con el mercado y/o con otras Unidades similares.
- Importancia e impacto del manejo eficiente de los recursos
- Importancia de mantener un sistema de información efectivo
- Importancia de evaluar la productividad y rendimiento del personal de la Unidad.
- Necesidad de tener una planificación orientada a la búsqueda de la eficiencia

3.3.3 Actividad: Diseño de estrategias de mejoramiento.

Considerando que el sistema de información, de registro, de estandarización, la escasa planificación en relación a la distribución de talento humano y de evaluación objetiva han sido las más grandes debilidades, proponemos estrategias de trabajo orientadas al mejoramiento de dichos temas, siendo lo más importante los siguientes: Tomando en consideración que la mayoría de unidades presentan esta problemática y fundamento esta estrategias de mejoramiento.

3.3.4 Implementar un sistema de monitoreo de la atención médica

- La producción de las Unidades Médicas, por médico, Odontólogo
- La atención médica brindada por sexo y edad
- Atención médica por tipo de profesionales
- Atención médica por tipo de afiliación
- Atención médica por tipo de consulta: Prevención y morbilidad
- Atención médica por tipo de consultas: Primeras, subsecuentes
- Promedio de atención por médico
- Frecuencia de uso de consultas
- Atención médica según lugar de atención

- Atención médica según diagnóstico
- Procedimientos realizados en el Primer Nivel
- Referencias desde el Primer Nivel
- Interconsultas realizadas desde el Primer Nivel.

Para el efecto, recomendamos utilizar la matriz de monitoreo utilizada en el desarrollo de este proyecto.

3.3.5 Implementar el monitoreo permanente del componente de gestión de las unidades médicas.

Para el monitoreo del componente de gestión, relacionado con los productos que debe generar las Unidades del Primer Nivel se ha preparado la siguiente matriz, misma que recoge los elementos más importantes consideramos en el nuevo modelo de atención MAIS y relacionados con:

- Organización comunitaria
- Comités de usuarios o grupos organizados
- Diagnósticos situacionales
- Diagnósticos dinámicos
- Sala situacional
- Planes de salud
- Compromisos de gestión
- Acciones de salud monitoreadas y evaluadas

Los resultados del trabajo de monitoreo realizado en las 4 Unidades intervenidas son los siguientes:

Tabla 26. Monitoreo de los productos de los equipos de salud de primer nivel

COMPONENTES
Organización comunitaria
Comités de salud local funcionando
Comités de usuarios o grupos organizados y funcionando
Grupos de adultos mayores
Grupos de diabéticos

Grupos juveniles
Grupos de personas con discapacidad
Otros especifique HTA y madres adolescentes
Diagnósticos situacional inicial
Diagnósticos dinámicos
Sala situacional implementada y actualizada
Planes de salud local formulados de acuerdo a normativa y herramientas de planificación establecidas por el msp
Compromisos de gestión
Acciones de salud monitoreadas y evaluadas

3.3.6 Implementar el monitoreo de la producción, productividad y rendimiento del personal profesional.

Considerando que más del 80% del costo de los servicios de salud son imputables al talento humano, se diseñó una matriz que permita evaluar la producción, productividad y rendimiento del talento humano, de manera específica del personal profesional, por constituir este el motor del sistema.

Para el efecto es necesario utilizar los estándares que para el trabajo de estos profesionales son utilizados oficialmente:

Profesionales	Estándares aceptados
Consulta médica primera	20 minutos
Consulta médica subsecuente	15 minutos
Consulta odontológica	30 minutos
Consulta de psicología	60 minutos
Visita domiciliaria	40 minutos

En base a la producción de los profesionales y estándares generalmente aceptados, se evalúa el comportamiento de los profesionales de la salud, comparando las horas contratadas contra las horas laboradas y determinando su productividad y rendimiento. Para el efecto, se prepara la siguiente herramienta:

Tabla 27: Atención por médico anual

ATENCIÓN POR MEDICO 2014					
Nombre del médico	Número de días de atención	Número de atenciones	Productividad	Promedio de atención por día	Promedio de atención por Hora
EL CABO	220	2965	12,97	11.2	0,48
CHICAN	220	3064	15,50	10.66	0,44
EL PAN	200	2893	11,81	8.44,	0,56
LA DOLOROSA	220	1674	10.21	5.34	0.48

Fuente: Matrices del proyecto.

Elaborado por: Aguilar Carlos 2014

3.3.7 Actividad: Cálculo de indicadores de monitoreo y evaluación.

Con el fin contar con un sistema de evaluación coherente, sistemático y de fácil comprensión, se procedió a construir un banco de indicadores de estructura, procesos y resultados, orientados a medir el nivel de utilización de los diferentes recursos banco de indicadores.

1.- INDICADORES DE ESTRUCTURA		
INDICADORES DE DISPONIBILIDAD		
INDICADOR	FORMULA	QUE MIDE
Razón horas médico contratadas al año x habitante	No horas médico contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas médico por habitante
Razón horas odontólogo contratadas al año x habitante	No horas odontólogo contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas odontólogo por habitante
Razón horas enfermera contratadas al año x habitante	No horas enfermera contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas enfermera por habitante
INDICADORES DE ACCESIBILIDAD		
% de cumplimiento de citas	Citas asignadas/total de consultas	Acceso a servicios de salud
% de referencias solicitadas por la Unidad	Número de referencias médicas solicitadas a nivel superior/total de atenciones médicas	Capacidad resolutive de la Unidad
2.- INDICADORES DE PROCESO		
INDICADORES DE EXTENSIÓN DE USO		
% de consulta en menores de 28 días	Total de consultas a menores de 28 días/total de consultas	Uso de servicios de consulta en neonatos

% de consultas entre 29 días a 11 meses	Total de consultas de 29 días a 11 meses/total de consultas	Uso de servicios de consulta en lactantes
% de consultas de 1 a 4 años	Total de consultas a menores de 1 a 4 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en niños de 1 a 4 años
% de consultas de 5 a 9 años	Total de consultas a menores de 5 a 9 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en escolares
% de consultas de 10 a 19 años	Total de consultas a menores de 10 a 19 años/total de consultas	Uso de servicios de consulta en adolescentes
% de consultas de 20 a 64 años	Total de consultas a personas de 20 a 64 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos
% de consultas de mayores de 65 años	Total de consultas a pacientes mayores a 65 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos mayores
% de atención a mujeres	Total de consultas a mujeres/total de consultas	Uso de servicios de consulta en mujeres
% de atención a hombres	Total de consultas a hombres /total de consultas	Uso de servicios de consulta en hombres
% Consultas de prevención	Total de consultas de prevención /total de consultas	Comportamiento de consultas de prevención
% Consultas de recuperación	Total de consultas de morbilidad /total de consultas	Comportamiento de consultas de recuperación
% consultas primeras	Total de consultas primeras/total de consultas	Comportamiento de consultas primeras
% Consultas subsecuentes	Total de consultas a subsecuentes /total de consultas	Comportamiento de consultas subsecuentes
% consultas en establecimiento	Total de consultas brindadas en establecimiento /total de consultas	Cobertura de atención en establecimiento
% consultas en comunidad	Total de consultas brindadas en comunidad /total de consultas	Cobertura de atención en comunidad
% visitas domiciliarias	Total de consultas brindadas en domicilio /total de consultas	Cobertura de atención en domicilio
% de consultas en otros centros	Total de consultas brindadas en otros centros /total de consultas	Cobertura de atención en centros
% de atenciones brindadas por médicos: generales, especialistas, rurales	Total de consultas a brindadas por médicos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por médico
% de atenciones brindadas por odontólogo	Total de consultas a brindadas por odontólogos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por odontólogo
% de atenciones brindadas por psicólogo	Total de consultas a brindadas por psicólogo /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por psicólogo
% de atenciones brindadas por obstetrix	Total de consultas a brindadas por obstetrix /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por obstetrix
% de atenciones brindadas por otros profesionales	Total de consultas a brindadas por otros profesionales /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por otros profesionales

INDICADORES DE INTENSIDAD DE USO		
Concentración de consultas	Total de consultas/total primeras consultas	Veces que un paciente acudió a la Unidad por la misma enfermedad, intensidad de uso de la consulta semestral
Frecuencia de uso en consulta	Número de atenciones/total de pacientes atendidos	Número de veces que el paciente recibe atención durante el semestre
Frecuencia de uso de consulta 1 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 1 vez en el semestre
Frecuencia de uso de consulta 2 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 2 vez en el semestre
Frecuencia de uso de consulta 3 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 3 vez en el semestre
Frecuencia de uso de consulta 4 y mas	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 4 y mas vez en el semestre
Promedio de recetas en consulta	Total recetas despachada en consulta / No consultas	No. recetas recibidas por cada consulta
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO		
% cumplimiento de horas contratadas en consulta	Horas laboradas en consulta/horas contratadas para consulta	Rendimiento de tiempo de consulta
Productividad en consulta	No consultas / horas contratadas para consulta	Productividad de consulta por hora contratada
Productividad en consulta por hora laborada	No consultas/horas laboradas en consulta	Productividad de consulta por hora laborada
Promedio diario de Consultas	(No. consultas realizadas/total días laborados en consulta)	No. de consultas realizadas por día en la Unidad
Productividad en consulta odontológica por hora	No consultas odontológicas/horas contratadas para consulta odontológicas	Productividad de consulta odontológica por hora contratada
Rendimiento hora odontólogo	Total pacientes atendidos/total horas laboradas	No. atenciones por hora odontólogo
Costo por atención	Gasto total/total de atenciones	Establece costo por atención en la Unidad
Costo Consulta	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica
Costo atención Odontológica	Gastos en Odontología / No pacientes atendidos	Establece costo por atención odontológica
Costo de visita domiciliaria	Gastos vista domiciliaria /No. De visitas	Establece costo por atención domiciliaria
Costo de eventos de promoción	Gastos en eventos de promoción /No. de eventos realizados	Establece costo por evento de promoción
Costo de examen de laboratorio	Gastos Laboratorio/No. De determinaciones	Establece costo por determinación
Costo de examen de imagen	Gastos en imagen / No exámenes	Establece costo por estudio de imagen
Costo de sesión de fisioterapia	Gastos en fisioterapia / No. Sesiones	Establece costo por sesión

Costo de sesión de psicología	Gastos en psicología / No. Pacientes atendidos	Establece costo por atención
Costo de receta despachada	Gasto en farmacia / No recetas despachadas	Establece costo por receta

Los indicadores de disponibilidad, proceso y productividad se pueden obtener con la información que las unidades de salud almacenan el RDACAA, los indicadores de eficiencia son los que se tienen que implementar para conocer el costo de los servicios prestados.

Se necesitara de un técnico informático para que elabore la base de datos un programa que permita almacenar los datos que se necesitan para calcular los costos de los servicios de salud, posterior a ellos se tendrá que trabajar en un programa de capacitación al personal administrativo, medico y de enfermería para la implementación del programa.

3.3.8 Actividad: Entrega de informes a las autoridades distritales.

Luego de culminar con todas las actividades propuestas en este trabajo de tesis y luego de su aprobación, se presentará el informe final al Director del Distrito , con todos los documentos anexos que evidencien el desarrollo de las actividades propuestas y los resultados obtenidos, generando el compromiso de socializar con los servidores del Distrito y hacer extensiva esta experiencia a las otras Unidades del Primer Nivel de la zona centro del país, para lo cual se cuenta con el apoyo de la Coordinación Zonal 6. El informe tendrá los componentes del proyecto (anexo 7)

3.3.9 Actividad: Una vez aprobado por la tutora se realizará la socialización de los resultados a las autoridades de salud del Distrito 01D06.

4. Análisis del indicador del resultado esperado.

Se cumplió el 100% de las actividades propuestas en este proyecto de investigación, conociendo la realidad financiera actual de estas Unidades de Salud, su distribución de recursos humano, económico y material ya que existe mayor costo de servicios en unidades con menor número de atenciones y menor número de habitantes como es la Unidad de El Pan la que sin embargo en relación al punto de equilibrio es la única unidad que existe una leve pérdida , así de esta encontrar soluciones a los problemas encontrados. Se obtuvo el punto de equilibrio de los servicios de consulta externa, odontología de las Unidades de Salud en estudio durante el periodo de tiempo comprendido entre enero – diciembre del 2014.

4.1 Análisis general

Se logró cumplir con el 100% de los resultados esperados, los servicios de salud fueron costeados, además se dio valor a los servicios de salud prestados por El Cabo, Chican, El Pan, La Dolorosa . Finalmente se han planteado diferentes estrategias de mejoramiento que han contribuido al lograr el propósito de esta evaluación financiera para de esta manera asegurar el uso óptimo de recursos.

CONCLUSIONES

1. Se ha diseñado y validado el proceso de costos y facturación de los recursos en los Establecimientos de El Cabo, Chican, El Pan y La dolorosa del Distrito 01D06.
2. La coordinación con el personal del Distrito 01D06 de la Provincia de Azuay ha sido fundamental para la obtención de información en cada departamento.
3. Se diseñó e implementó el proceso de monitoreo, control y supervisión de los recursos, validando cada componente, se lo hizo a través del monitoreo de: productos que genera el Primer Nivel, productividad y rendimiento de los recursos humanos de manera especial profesionales de la salud e indicadores de estructura, procesos y resultados.
4. Se planearon las prestaciones de servicios, involucrando a todos los trabajadores y administrativos, lo cual facilita su defensa ante los organismos que lo aprueban y el desarrollo eficiente y eficaz de los servicios médicos
5. El Primer Nivel de atención existe grandes falencias en relación al sistema de información la misma que no es confiable y completa que permita evaluar con objetividad el comportamiento de los diferentes elementos del proceso productivo, tanto en el campo administrativo como financiero.
6. Existe poca coordinación a nivel de distrito, y el recurso humano que trabaja en cada unidad ; depende de el médico que se encuentre haciendo la rural , por lo que cada año deben capacitar a este nuevo recurso y garantizar así mejorar la calidad de información.
7. En relación a las actividades extramurales ; las mismas generan un costo alto ,sin embargo no existe un registro confiable ; del mismo por lo que esta actividad deja mucho que desear, tomando en consideración que debe ser un pilar fundamental en Modelo de atención Integral en Salud.

8. Se evidencia una falta de planificación de los recursos humanos, se evidencia algunos meses que no existen producción en alguna Unidad, por que este profesional se encuentra de vacaciones ; no existe reemplazo o es esporádico
9. El Director Distrital y Director de la Unidad no mantienen reuniones establecidas periódicas para mejoramiento solo se limitan a entregar información a la Coordinación Zonal en plazos establecidos.
10. El costo promedio de consulta del Establecimiento de Salud El Pan es mayor que El Cabo, Chican, La Dolorosa institución que presenta una mayor asignación de recursos humanos, pero el número de atenciones se mantiene similares a las otras unidades.
11. La facturación en las unidades El Cabo, Chican, El Pan , y La Dolorosa son similares y en comparación a su población ,sin embargo al analizar el punto de equilibrio, la Unidad de El Pan presenta proximidad al punto de equilibrio en los meses de febrero y diciembre por servicios ; situación que se debe tomar en cuenta, ya que a pesar de ser una diferencia pequeña , ya pone en vulnerabilidad la Unidad.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer e institucionalizar la implementación de los procesos de costos y facturación de los recursos en los Establecimientos de Salud El Cabo, Chican, El Pan , la Dolorosa, Unidades de Salud de la Dirección Distrital 01D06 y replicarlos en los demás Unidades de Salud.
2. Consolidar y mejorar la coordinación con el personal del Distrito en relación a costos, facturación, gestión.
3. Garantizar la implementación de los procesos de monitoreo, control y supervisión de los recursos, validando cada proceso y asegurando que la inversión por parte del gobierno genere un servicio de calidad, calidez, eficiencia y eficacia a sus usuarios.
4. Involucrar a todo el personal que trabaja en cada Unidad Operativa , estadísticos, administrativos a mejorar el proceso en relación a costos, facturación, y monitoreo asegurando el desarrollo de los servicios médicos
5. Regularizar que el sistema de información sea completo, oportuno y permita tomar decisiones en bien de la colectividad.
6. La Dirección Distrital debe desarrollar un proceso de planificación y evaluación objetiva de los recursos asignados a sus Unidades, la capacitación oportuna del personal rural que se hace cargo de cada unidad, y lo ideal que se cree partidas para garantizar la permanencia del personal médico que continúe periódicamente estos procesos.
7. La Coordinación Zonal, debe implementar compromisos de gestión con el Director Distrital, para sostener procesos estratégicos que impulsen el mejoramiento continuo y fundamentalmente la consolidación del modelo de atención y de gestión.

8. Mejorar mediante estrategias, la actividad extramural, de las distintas Unidades, a fin de garantizar que se lleve a cabo el modelo de atención integral en salud.

9. La Coordinación Zonal debe establecer criterios técnicos para la asignación de recursos a los diferentes Distritos, tomando los elementos del presente estudio como orientadores de esa distribución, estimulando la eficiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abad (2014). Informe de año de salud rural del subcentro de salud El Cabo
2. Silva , P. (2014). Informe de año de salud rural del subcentro de salud Chican.
3. Moreno, Y. (2014). Informe de año de salud rural del subcentro de salud El Pan
4. Arias, T. (2014). Informde año de salud rural del subcentro de salud de La Dolorosa.
5. INEC. (2015). Actividades y Recursos de Salud. Enero 24,2015, de El Instituto Nacional de Estadística y Censos Sitio web: HYPERLINK "http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/"
6. 449, R. o. (2008). *Constitución de la república del Ecuador*. Registro Oficial.
7. Alburquerque, C., Artaza, O., Antunes, E., & Arteaga, O. (2001). *La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: ISBN 927532369 0.
8. Christopher Dye, T. B. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal. *OMS*, 6-7.
9. ECUADOR, M. D. (2009). Directrices Presupuestarias para el año 2010., (págs. Oficio Circular N.- MS-SP-CDPP-1372). Quito.
10. García-Altés, A. E. (2007). Prevención en salud: ¿inversión rentable? Eficiencia económica. *Agència de Salut Pública de Barcelona*, 151.
11. Luis Wilson1, a. A. (2009). LA LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 208.
12. Marun Reyes, W. M. (2008). *Diseño de un modelo de auditoría al proceso de facturación del servicio de urgencias de la E.S.E . BOLIVAR BUCARAMANGA: CANDELARIA RIO VIEJO*.
13. Miguel Malo-Serrano, N. M.-C. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 756.
14. MSP. (2013). *NORMA TÉCNICA PARA ELPROCEDIMIENTO DE EVALUACION DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA*. Quito: MSP.
15. OCAMPO, J. (2011). *Costos y evaluación de proyectos . MEXICO: GRUPO EDITORIAL PATRIA .*
16. OPS. (2010). Metodología de gestión productiva de los servicios de salud. *METODOLOGÍA DE LA PUBLICACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD* (págs. 978-92-75-33151-4). WASHINGTON DC.: Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente.

17. ops. (2010). *metodología de gestión Productiva de los Servicios de Salud*. Washington DC: Ops.
18. Pezantes, M.(2011). Supervivencia, rentabilidad y crecimiento. *GUIA DIDACTICA UTPL*, 25.
19. Pública, M. d. (2013). Modelo de atención integral del Sistema nacional de salud. Quito.
20. VIGNOLO, J., VACAREZZA, M., & ALVAREZ, C. y. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *scielo URUGUAY, Arch Med Int*, vol.33, n.1, pp. 7-11.

ANEXOS

ANEXO 1. Autorización del proyecto de investigación.

 Ministerio
de Salud Pública
Coordinación Zonal de Salud 6
Dirección Provincial de Salud del Azuay

Paute, 9 de octubre del 2014

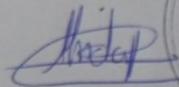
La Directora del Distrito 01D06 El Pan a Sevilla de Oro-salud (E)
Md. Alexandra García.

AUTORIZA:

Que el Md. CARLOS IVÁN AGUILAR GAIBOR con C.C. 0201664109 desarrolle un estudio de investigación, llamado Evaluación de la Gestión Financiera en las Unidades de primer nivel de atención de El Pan, Chicán, El Cabo, La Dolorosa a partir del 9 de octubre del 2014.

Es todo cuanto puedo decir en honor de la verdad, pudiendo hacer uso del presente como creyere conveniente.

Atentamente,



Md. Alexandra García
DIRECTORA DEL DISTRITO 01D06 EL PAN A
SEVILLA DE ORO-SALUD (E)



Av. Circunvalación S/N frente al Cementerio
Teléfonos: 593 (7) 2250107 / 2250065 / 2251167 / 2250573
Email: area6paute@mail.dosa.cob.ec

Anexo 2. Matriz de costo – Distribución tiempo personal Médico.

2014 TABLA MENSUAL			ENERO			FEBRERO		
Nombre del médico	Profesión	Unidad	Número de días de atención	Total de Consultas	Promedio de atención/día	Número de días de atención	Total de Consultas	Promedio de atención/día
MD.MISAEAL AGUALONGO	MEDICO	SUBCENTRO DE	12	245	20.42	0	0	#iDIV/0!
MD.SILVIA GUZMAN	MEDICO	SUBCENTRO DE	0	0	#iDIV/0!	19	84	4.42
LCDA.SONIA GARCIA GOMEZ	ENFERMERA	SUBCENTRO DE SALUD CHICAN						
ODONTOLOGO CARLOS REINOSO	ODONTOLOGO	SUBCENTRO DE	5	47	9.40	20	352	17.60
MD.LYNETTE FARAH	MEDICO	SUBCENTRO DE	0	0	#iDIV/0!	0	0	#iDIV/0!
MD.PABLO MEJIA	MEDICO	SUBCENTRO DE	16	147	9.19	18	141	7.83
ODONT.SANDRA GUANANGA	ODONTOLOGO	SUBCENTRO DE	22	129	5.86	19	590	31.05
LCDA.MARITZA ARGUDO	ENFERMERA	SUBCENTRO DE SALUD EL CABO						
DRA.ROSA MA.SANCHEZ	MEDICO	SUBCENTRO DE	14	128	9.14	15	134	8.93
MD.ANA KARINA ORDOÑEZ	MEDICO	SUBCENTRO DE	0	0	#iDIV/0!	0	0	#iDIV/0!
LCDA.RAQUEL ORELLANA	ENFERMERA	SUBCENTRO DE SALUD EL PAN						
MD.MONICA CHIMBORAZA								
MD.POSGRADISTA	MEDICO	SUBCENTRO DE	0	0	#iDIV/0!	0	0	#iDIV/0!
LCDA MARIA ISABEL SERRANO	ENFERMERA	SUBCENTRO DE SALUD EL PAN						
ODONT.ANA KARINA GARCIA	ODONTOLOGO	SUBCENTRO DE	12	105	8.75	20	220	11.00
AUX. LUBY MEJIA	AUXILIAR DE ENFERME	SUBCENTRO DE SALUD EL PAN						
OBS ESTEFHANY GONZALES	OBSTETRIZ	SUBCENTRO DE	0	0	#iDIV/0!	0	0	#iDIV/0!
ULLOA YUNGA LILIA MARISOL	TECNOLOGO MEDICO	SUBCENTRO DE SALUD EL PAN						
MD.DIANA VILLA	MEDICO	SUBCENTRO DE	12	127	10.58	0	0	#iDIV/0!
ODONT.TATIANA QUINTUÑA	ODONTOLOGO	SUBCENTRO DE	5	66	13.20	15	124	8.27
						19	200	10.53

Anexo 3. Matriz costo – Medicamentos e insumos.

PROYECTO: EVALUACION FINANCIERA DEL PRIMER NIVEL
COORDINACION ZONAL 3
DISTRITO N.

DESCRIPCION	2014												Total
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
CONSUMO INSUMOS DE MEDICAMENTOS	-	890.50	655.30	457.78	623.50	680.45	-	431.93	536.80	682.70	518.90	678.90	6,156.76
CONSUMO DE INSUMOS DE ENFERMERIA	-	189.60	89.70	67.40	97.60	109.90	-	54.70	68.90	73.60	45.90	78.90	876.20
CONSUMO DE BIOMATERIALES ODONTOLOGICOS	-	268.90	342.60	231.90	-	189.50	-	296.50	321.60	320.80	193.70	657.90	2,823.40
CONSUMO DE MATERIAL DE LABORATORIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Informe mensual de consumo de insumos

Anexo 4. Matriz costo – Depreciaciones.

MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE MUEBLES Y ENSERES				
No.	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	6840	615.60	51.30
2	ODONTOLOGIA	5730	515.70	42.98
3	LABORATORIO	0	0.00	0.00
	Total	22875.82	1131.30	94.28
MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE EQUIPOS DE OFICINA Y EQUIPO MEDICO				
No.	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	4636.9	417.32	34.78
2	ODONTOLOGIA	7520.8	676.87	56.41
3	LABORATORIO	0	0.00	0.00
	Total	301348.56	1094.19	91.18
MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE EQUIPOS DE COMPUTO				
No.	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	876.5	157.77	13.15
2	ODONTOLOGIA	876.5	157.77	13.15

Anexo 5. Matriz costos – Costos fijos

Nombre de la unidad medica	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
CONSUMO DE MATERIAL DE OFICINA	23.00	-	15.00	-	-	28.00	-	-	-	25.00	-	15.00
CONSUMO DE MATERIAL DE ASEO	-	-	34.80	-	23.70	13.90	-	-	-	41.90	-	10.00
CONSUMO DE MATERIAL DE IMPRESIÓN Y FOTOGRAFIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CONSUMO DE COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CONSUMO DE LUZ ELECTRICA	16.00	17.80	14.00	15.64	13.65	12.56	14.60	14.63	13.87	14.93	13.31	13.03
CONSUMO DE AGUA POTABLE	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00
CONSUMO DE TELEFONO	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00
ALIMENTOS Y BEBIDAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Anexo 6. Matriz de facturación – producción.

PROCEDIMIENTO	ENERO 2014			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
	NÚMERO	COSTO TARIFARIO	TOTAL	NÚMERO	COSTO TARIFARIO	TOTAL	NÚMERO	COSTO TARIFARIO	TOTAL	NÚMERO	COSTO TARIFARIO	TOTAL
CONSULTAS EN EL ESTABLECIMIENTO												
PRIMERAS	98	11.84	1160.32	81	11.84	959.04	164	11.84	1941.76	114	11.84	1349.76
SUBSECUENTES	48	11.2	537.6	55	11.2	616	52	7.48	388.96	65	7.48	486.2
TOTAL	146		1697.92	136		1575.04	216		2330.72	179		1835.96
PROCEDIMIENTO	ENERO 2014			FEBRERO 2014			MARZO 2014			ABRIL 2014		
	NÚMERO	COSTO TARIFARIO	TOTAL	NÚMERO	COSTO TARIFARIO	TOTAL	NÚMERO	COSTO TARIFARIO	TOTAL	NÚMERO	COSTO TARIFARIO	TOTAL
CONSULTAS EN CENTROS												
PRIMERAS		8.1	0	1	8.1	8.1		8.1	0		8.1	0
SUBSECUENTES		7.48	0		7.48	0		7.48	0		7.48	0
TOTAL			0			8.1			0			0
PROCEDIMIENTO	ENERO 2014			FEBRERO 2014			MARZO 2014			ABRIL 2014		
	NÚMERO	COSTO TARIFARIO	TOTAL	NÚMERO	COSTO TARIFARIO	TOTAL	NÚMERO	COSTO TARIFARIO	TOTAL	NÚMERO	COSTO TARIFARIO	TOTAL
CONSULTAS EN LA COMUNIDAD												
PRIMERAS	1	17.44	17.44	4	17.44	69.76	30	17.44	523.2		17.44	0
SUBSECUENTES		11.21	0		11.21	0	5	11.21	56.05	4	11.21	44.84
TOTAL			17.44			69.76	35		579.25			44.84

Anexo 7. Instalación del programa Winsig

Re: INSTALADOR WINSIG



Date: Sat, 25 Jul 2015 23:55:18 +0000
 From: argenyss@yahoo.es
 To: caloaguilar@hotmail.com
 Subject: INSTALADOR WINSIG

Buenas tardes.

Adjunto el instalador y la base de datos con sus unidades, por favor descarguelos, luego INSTALE el programa TEAM VIEWER para poder instalarle de forma remota.

Saludos cordiales.

CD_WINSIG.zip
 Argenys Valdiviezo ha compartido un elemento de Dropbox
Ver en www.dropbox.com Vista previa por Yahoo

Anexo 8. Análisis de resultados de procesamiento de datos de costos y de producción.

EL CABO.

CUADRO 1.-

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Indice ocupacional
			Servicio	Unitario	
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	2,632.00	37,853.19	14.38	
Subtotal	CONSULTA	2632	37,853.19	14.38	
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	140.00	12,572.78	89.81	
Subtotal	CONSULTA	140	12,572.78	89.81	
DDONTOLOGIA	CONSULTA	1,781.00	13,519.22	7.59	
	TOT	0.00		0.00	
Subtotal	CONSULTA	1781	13,519.22	7.59	
	TOT	0			
PSICOLOGIA	CONSULTA	0.00	0.00	0.00	
Subtotal	CONSULTA	0	0.00		
PROMOCION EN SALUD	EVENTOS	26.00	8,424.94	324.04	
EMERGENCIA	CONSULTA	0.00	0.00	0.00	
Subtotal	CONSULTA	26	8,424.94	324.04	
Total			72,370.12		
Apoyo					

CUADRO 4

Configuración de Cuadros Gerenciales Consulta de Cuadros Gerenciales

1 # 4

Insumos/Servicios	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PSICOL
IMAGEN	0.00	0.00	0.00	
FARMACIA	0.00	0.00	0.00	
VACUNAS	4,326.08	0.00	0.00	
PROCEDIMIENTOS	31.69	0.11	11.45	
LIMPIEZA	0.00	0.00	0.00	
MANTENIMIENTO	0.00	0.00	0.00	
TRANSPORTE	0.00	0.00	0.00	
ADMINISTRACION	2,756.87	1,034.80	1,111.77	
Total c. indirecto	7,114.64	1,034.91	1,123.22	
Total costos	37,853.20	12,572.77	13,519.22	
Porcentaje	52.27	17.36	18.67	
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT	
Producción primaria	2632	140	1781	
Producción secundaria	0	0	0	
TOTAL COSTOS DIRECTOS	72,419.16	72,370.13	Diferencia	
			49.03	

CHICAN

CUADRO 1.-

Configuración de Cuadros Gerenciales Consulta de Cuadros Gerenciales

1 # 4

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Indice ocupacional
			Servicio	Unitario	
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	2,433.00	41,992.99	17.26	
Subtotal	CONSULTA	2433	41,992.99	17.26	
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	367.00	15,796.84	43.04	
Subtotal	CONSULTA	367	15,796.84	43.04	
ODONTOLOGIA	CONSULTA	1,749.00	19,791.91	11.32	
	TOT	0.00		0.00	
Subtotal	CONSULTA	1749	19,791.91	11.32	
	TOT	0			
PSICOLOGIA	CONSULTA	0.00	0.00	0.00	
Subtotal	CONSULTA	0	0.00		
PROMOCION EN SALUD	EVENTOS	165.00	9,983.39	60.51	
EMERGENCIA	CONSULTA	0.00	0.00	0.00	
Subtotal	CONSULTA	165	9,983.39	60.51	
Total			87,565.13		
Apoyo					

CUADRO 4

Cuadros Gerenciales				
Configuración de Cuadros Gerenciales		Consulta de Cuadros Gerenciales		
		# 1	# 4	
Insumos/Servicios	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PSICOL
IMAGEN	0.00	0.00	0.00	
FARMACIA	0.00	0.00	0.00	
VACUNAS	4,381.58	0.00	0.00	
PROCEDIMIENTOS	79.19	0.00	21.86	
LIMPIEZA	0.00	0.00	0.00	
MANTENIMIENTO	0.00	0.00	0.00	
TRANSPORTE	0.00	0.00	0.00	
ADMINISTRACION	4,105.31	1,727.88	2,162.47	
Total c. indirecto	8,566.08	1,727.88	2,184.33	
Total costos	41,992.98	15,796.84	19,791.91	
Porcentaje	47.91	18.02	22.58	
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT	
Producción primaria	2433	367	1749	
Producción secundaria	0	0	0	
	TOTAL COSTOS DIRECT	SUMATORIA COSTOS TI	Diferencia	
	87,640.92	87,565.12	75.80	

EL PAN

CUADRO 1.-

Cuadros Gerenciales					
Configuración de Cuadros Gerenciales		Consulta de Cuadros Gerenciales			
		# 1	# 4		
Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Indice ocupacional
			Servicio	Unitario	
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	2,760.00	100,670.41	36.47	
Subtotal	CONSULTA	2760	100,670.41	36.47	
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	88.00	25,863.58	293.90	
Subtotal	CONSULTA	88	25,863.58	293.90	
ODONTOLOGIA	CONSULTA	1,282.00	23,689.90	18.48	
	TOT	0.00		0.00	
Subtotal	CONSULTA	1282	23,689.90	18.48	
	TOT	0			
PSICOLOGIA	CONSULTA	0.00	0.00	0.00	
Subtotal	CONSULTA	0	0.00		
PROMOCION EN SALUD	EVENTOS	28.00	8,564.63	305.88	
EMERGENCIA	CONSULTA	17.00	0.00	0.00	
Subtotal	CONSULTA	45	8,564.63	190.33	
Total			158,788.51		
Apoyo					

CUADRO 4

Cuadros Gerenciales				
Configuración de Cuadros Gerenciales		Consulta de Cuadros Gerenciales		
# 1		# 4		
Insumos/Servicios	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PSICOL
IMAGEN	0.00	0.00	0.00	
FARMACIA	7,779.18	0.00	0.00	
VACUNAS	7,432.64	0.00	0.00	
PROCEDIMIENTOS	32.69	0.00	13.41	
LIMPIEZA	0.00	0.00	0.00	
MANTENIMIENTO	0.00	0.00	0.00	
TRANSPORTE	0.00	0.00	0.00	
ADMINISTRACION	2,257.31	1,177.54	1,077.96	
Total c. indirecto	53,347.94	1,177.54	1,091.37	
Total costos	100,670.41	25,863.58	23,689.89	
Porcentaje	63.40	16.29	14.92	
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT	
Producción primaria	2760	88	1282	
Producción secundaria	0	0	0	
	TOTAL COSTOS DIRECT	SUMATORIA COSTOS TI	Diferencia	
	158,788.51	158,788.51	0.00	

LA DOLOROSA CUADRO 1.-

Configuración de Cuadros Gerenciales **Consulta de Cuadros Gerenciales**

1 # 4

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Indice ocupacional
			Servicio	Unitario	
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	1.385.00	24,648.75	17.80	
Subtotal	CONSULTA	1385	24,648.75	17.80	
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	134.00	5,189.40	38.73	
Subtotal	CONSULTA	134	5,189.40	38.73	
ODONTOLOGIA	CONSULTA	584.00	14,776.48	25.30	
	TOT	0.00		0.00	
Subtotal	CONSULTA	584	14,776.48	25.30	
	TOT	0			
PSICOLOGIA	CONSULTA	0.00	0.00	0.00	
Subtotal	CONSULTA	0	0.00		
PROMOCION EN SALUD	EVENTOS	155.00	9,482.64	61.18	
EMERGENCIA	CONSULTA	0.00	0.00	0.00	
Subtotal	CONSULTA	155	9,482.64	61.18	
Total			54,097.27		
Apoyo					

CUADRO 4.

Configuración de Cuadros Gerenciales **Consulta de Cuadros Gerenciales**

1 # 4

Insunos/Servicios	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PSICOL
IMAGEN	0.00	0.00	0.00	0.00
FARMACIA	0.00	0.00	0.00	0.00
VACUNAS	3,695.86	0.00	0.00	0.00
PROCEDIMIENTOS	24.79	0.00	0.00	6.24
LIMPIEZA	0.00	0.00	0.00	0.00
MANTENIMIENTO	0.00	0.00	0.00	0.00
TRANSPORTE	0.00	0.00	0.00	0.00
ADMINISTRACION	697.06	172.85	491.96	
Total c. indirecto	4,417.71	172.85	498.20	
Total costos	24,648.74	5,189.40	14,776.48	
Porcentaje	45.54	9.59	27.30	
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	TOT
Producción primaria	1385	134	584	
Producción secundaria	0	0	0	
	TOTAL COSTOS DIRECTOS	SUMATORIA COSTOS INDIRECTOS	Diferencia	
	54,128.30	54,097.26	31.04	

Anexo 9. Taller: Tarifario del Sistema Nacional de Salud.



Anexo 10. Consolidado anual de atención.

Nombre de la unidad	Número de profesionales que realizan consulta y reportan en RDACAA	Número de días de atención	Número de personas atendidas	Número de consultas	Hombre	Mujer	Total
SUBCENTRO DE SALUD CHICAN	4	362	2965	2965	1063	1902	2965
SUBCENTRO DE SALUD EL CABO	4	362	3064	3064	954	2110	3064
SUBCENTRO DE SALUD EL PAN	8	362	2893	2893	953	1940	2893
SUBCENTRO DE SALUD LA DOLOROSA	3	362	1674	1764	581	1093	1674

Anexo 11. Planillaje anual de prestaciones de salud año 2014.

el cabo													TOTAL
PRESTACIONES DE SALUD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
consulta por morbilidad	1715.36	1652.9	2909.9	1880.44	1557.35	1188.44	1402.2	1139.16	2090.76	2415.27	3003.05	2271.5	23226.34
prevencion	2469.24	3502.43	2287.21	2236.52	3284.42	1298.75	2024.71	1463.8	2427.57	2519.76	1617.82	1939.58	27071.81
promocion	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
visitas domiciliarias	26.7	106.92	80.19	106.92	80.19				133.65	561.33	160.38		1256.28
odontologia	2912.53	6129.21	6209.23	5664.07	5448.85	5568.94	4759.03	5286.97	3341.12	5842.31	5664.25	2226.54	59053.05
procedimientos	321.48	315.84	369.42	363.78	259.44	195.99	291.87	200.22	368.01		446.9	390.5	3523.45
	7445.31	11707.3	11855.95	10251.73	10630.25	8252.12	8477.81	8090.15	8361.11	11338.67	10892.4	6828.12	114130.92
COSTOS													TOTAL
COSTO FIJO	5214.98	5226.30	5172.40	5177.01	5208.06	5208.06	5213.15	5209.01	5212.70	5176.90	5172.40	5176.87	62367.84
COSTO VARIABLE	22.90	1349.10	974.01	879.28	744.00	744.80	28.36	783.10	927.30	1144.01	750.50	1440.70	9788.06
COSTO TOTAL	5237.90	6575.41	6146.41	6056.29	5952.86	5952.86	5241.51	5992.11	6140.00	6320.91	5922.90	6617.57	72156.73
FACTURACION	17921.09	16961.26	15869.304	21810.713	17280.639	7433.859	18395.468	7729.723	12190.467	19604.163	18485.186	14724.443	114130.92
PEUSD	5614.95	-1597.5404	-3160.46909	-3653.3321	-2788.466	-1859.89264	5774.21005	-1789.30137	-3429.93032	#DIV/0!	-7613.78643	-1924.93595	67791.1
PE%	-1646.59388	605.806864	955.521924	1104.26964	1174.80188	1048.97323	-1878.34997	993.66765	1032.02096	552.522288	1803.68906	592.941345	40.3

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
CHICAN															
PRESTACIONES DE SALUD															
consulta por morbilidad	2597.24	850.68	2030.2	1577.96	1776.48	1647.79	2028.23	1803.28	1650.1	1162.25	2286.65	2315.65	21726.51	6266	
prevencion	2821.23	1838.1	4035.54	2224.87	2118.26	1233	2302.57	2120.85	1301.58	1247.43	1718.12	2079.24	25040.79		
promocion	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		
visitas domiciliarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00		
odontologia	905.96	3885.16	3626.13	4511.43	3808.65	2011.34	1391.5	2491.94	4238.45	2697.3	5684.45	5095.54	40347.85		
procedimientos	435.69	125.49	394.8	305.97	286.23	267.9	351.09	334.17	249.57	191.76	351.09	307.38	3266.97		
	6760.12	6699.43	10086.67	8620.23	7989.62	5160.03	6073.39	6416.07	7439.7	5298.74	10040.31	9797.81	90382.12		
COSTOS															
COSTO FIJO	6266	6289.60	6272.04	6301.60	6285.60	6273.04	6270.60	6069.50	5331.50	6288.07	5172.40	6286.10	73964.64		
COSTO VARIABLE	2611.20	1004.40	518.10	1219.49	1156.36	1334.20	867.80	783.10	684.70	800.70	750.50	1644.50	13676.28		
COSTO TOTAL	8877.20	7294.00	6790.14	7521.09	7441.96	7607.24	7138.40	6852.60	6016.20	7088.77	5922.90	7930.60			
FACTURACION	24514.52	16961.26	15869.304	21810.713	17280.639	7433.859	18395.468	7729.723	12190.467	19604.163	18485.186	14724.443	90382.12		
PEUSD	-1254.89358	-898.023579	-20082.7364	-2110.62763	-2067.65344	-1576.05497	-4260.6974	1576.05497	-3057.89639	-1980.16275	-4546.6511	-1445.06209	870167.2		
PE%	388.024417	815.613658	5186.81265	789.81522	822.374818	688.299728	1313.56273	1192.06542	1325.26601	1132.62555	1395.01014	570.122353	3.57		
COSTO FIJO															
COSTO VARIABLE	22.90	1349.10	974.01	879.28	744.00	744.80	28.36	783.10	927.30	1144.01	750.50	1440.70			
COSTO TOTAL	5237.9	6575.41	6146.41	6056.29	5952.86	5952.86	5241.51	5992.11	6140	6320.91	5922.9	6617.57			
INGRESO TARIFARIO	19248	16959	15866	21808	17277	7431	18392	7728	12188	19602	18481	14722	nose		
PE USD	5614.95	-1597.5404	-3160.46909	-3653.3321	-2788.466	-1859.89264	5774.21005	-1789.30137	-3429.93032	#DIV/0!	-7613.78643	-1924.93595			

el pan													TOTAL
ACIONES DE S	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMB	OCTUBRE	NOVIEMB	DICIEMB	TOTAL
consulta por	2313.25	1346.13	2067.04	2720.67	2326.38	1726.29	1493.88	1460.12	2283.95	3111.47	2426.09	773.99	24049.26
prevencion	44186.25	1390.36	2248.90	2855.67	2370.61	1748.71	1700.88	1504.35	2637.71	3409.47	2470.32	1474.05	67997.28
promocion	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
visitas domici	0.00		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
odontologia	2415.99	2419.83	2312.21	2116.05	1784.23	4373.1	626.23	1713.07	1089.44	2966.02	2649.8	2569.23	27035.20
LABORATOR	1039.7	841.66	823.66	625.48	698.25	816.46	1039.7	841.66	823.66	625.48	698.25	816.46	9690.42
PROCEDMIEN	286.23		242.52	238.29	164.97	188.94	121.26	166.66	135.36	118.44	8244.46	5633.73	15540.86
TOTAL	50241.4	5997.98	7694.33	8556.16	7344.44	8853.50	4981.95	5685.86	6970.12	10230.88	8244.46	5633.73	130434.83
COSTO													TOTAL
COSTO FIJO	4000.69	4001.85	4001.70	4000.73	4000.73	3991.30	3999.52	3999.85	4001.92	3781.62	3443.50	3999.25	145885.36
COSTO VARIABLE	856.91	11.56	0.00	794.94	794.94	11.73	539.43	667.95	821.78	0.00	100.00	1295.75	12903.15
COSTO TOTAL	4857.60	4013.41	4001.70	4795.67	4795.67	4003.03	4538.95	4667.80	4823.70	3781.62	3543.50	5295.00	158788.51
PE USD	-2006.58	#DIV/0!	4001.70	-1712.63	-1047.67	4255.49	-1159.77	-1329.80	-789.17	3781.62	4019.10	-6812.63	158571.04
PE%	801.04	25111.56	-1550.05	818.72	735.07	-2152.30	1056.43	897.91	683.01	-3092.86	-475.60	934.41	24.10

LA DOLOROSA													
ACCIONES DE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMB	OCTUBRE	NOVIEMB	DICIEMB	TOTAL
consulta por	1385.93		1350.38	1120.49	1152.73	1111.61	607.56	853.03	641.83	410.67	835.69	341.52	9811.44
prevencion	2706.71		1744.94	2406.02	1032.59	2607.40	981.13	1894.25	2245.39	2495.47	3585.29	80.45	21779.64
promocion	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
visitas domici	133.65		320.76	80.19	588.06	534.60	213.84	427.68	106.92	80.19	26.30		2512.19
odontologia	1352.41	1161.09	897.85	1156.65	482.70	1288.05	545.76	414.64	2398.87	1670.43	274.39		11642.84
PROCEDMIEN	286.23		242.52	238.29	164.97	188.94	121.26	166.66	135.36	118.44	227.01	52.17	1941.85
TOTAL	5865	1161.09	4556.45	5001.64	3421.05	5730.60	2469.55	3756.26	5528.37	4775.20	4948.68	474.14	47687.96
COSTO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
COSTO FIJO	4000.69	4001.85	4001.70	4000.73	4000.73	3991.30	3999.52	3999.85	4001.92	3781.62	3443.50	3999.25	47222.66
COSTO VARIABLE	856.91	11.56	0.00	794.94	794.94	11.73	539.43	667.95	821.78	0.00	100.00	1295.75	5894.99
COSTO TOTAL	4857.60	4013.41	4001.70	4795.67	4795.67	4003.03	4538.95	4667.80	4823.70	3781.62	3543.50	5295.00	53117.65
facturacion	5864.93	1161.09	4556.45	5001.64	3421.05	5730.60	2469.55	3756.26	5528.37	4775.20	4948.68	474.14	47687.96
PE USD	-2006.58	#DIV/0!	4001.70	-1712.63	-1047.67	4255.49	-1159.77	-1329.80	-789.17	3781.62	6154.70	-167.77	53662.1
PE%	801.04	25111.56	-1550.05	818.72	735.07	-2152.30	1056.43	897.91	683.01	-3092.86	-2611.20	421.59	-12.9

ANEXO 12. TALLER DE SOCIALIZACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION.


Ministerio de Salud Pública

27 de Marzo 2014

TALLER DE SOCIALIZACION DE EVALUACION FINANCIERA

DR CARLOS AGUILAR

CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Karla Subela	DIRECTORA	<i>[Signature]</i>
MARCO ROCAÑO	ESTADISTICO	<i>[Signature]</i>
Alexander Garcia	Subdirector de	<i>[Signature]</i>
Ing. Lila	Registre Datos	<i>[Signature]</i>
	Recursos Humanos	<i>[Signature]</i>

Anexo 13. Certificaciones



Ministerio de Salud Pública

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL AZUAY
DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD N° 01D06
CENTRO DE SALUD HOSPITAL DE PAUTE

CONTROL DE COMUNICACIONES N°

002304

N°	FECHA ORIGINAL	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA	PLAZO DE TRÁMITE
OFICIO	09/10/2014	09/10/2014	14h28	Inmediato.
DE: <i>Ma. del Carmen Aguilar.</i>				
ASUNTO: <i>Solicita su autorización para desarrollar un estudio de investigación llamado Evaluación de la Gestión Financiera de las Unidades de Primer Nivel de Atención El Pan, Chican, San Cristóbal, El Cabo, La Dolorosa.</i>				
ANEXOS				
ENVIADO A:	ACCIÓN:	FIRMA DE RECEPCIÓN	FECHA	
<i>MD. Ger. Aguilar</i>	<i>Visto Bueno y entregar informe al final de la actividad</i>	<i>[Firma]</i>	<i>14-10-14</i>	
<i>Co. Bustos</i>	<i>Para su conocimiento</i>	<i>[Firma]</i>		
OBSERVACIONES				DESPACHO
				N°:
				Día: <i>14-10-14</i>
				Guía: <i>14-10-14</i>
				Archivado en:

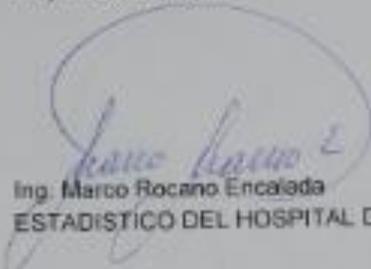
Paute 7 DICIEMBRE del 2015

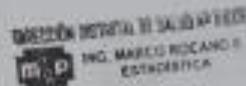
A petición de parte interesada:

CERTIFICADO

Que al Md. Carlos Iván Aguilar Gaibor, se le proporcionó la información del Departamento de Estadística del distrito de Salud 01006 EL PAN A SEVILLA DE ORO

Es todo cuanto puedo certificar al momento, autorizando al peticionario dar el uso que creyere conveniente.


Ing. Marco Rocano Encalada
ESTADÍSTICO DEL HOSPITAL DE PAUTE


DIRECCIÓN DISTRICTAL DE SALUD 01006
ING. MARCO ROCANO E.
ESTADÍSTICA

Paute, Av. Circunvalación sin frente al cementerio
Teléfonos: 593 (7) 2250107 / 2250065 / 2251116
Email: 01006@salud.gov.ec
<http://instituciones.msp.gov.ec/cel>
www.salud.gov.ec

CERTIFICACIÓN DE LA UNIDAD FINANCIERA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.



Ministerio
de Salud Pública
Coordinación Zonal de Salud 6
Dirección Provincial de Salud del Azuay

Paute, 07 de diciembre de 2015

La Doctora KARLA GISELLE SUMBA LEON, Directora del Distrito 01D06 El Pan a Sevilla de Oro Salud, a petición de la parte interesada:

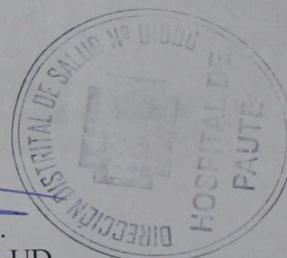
CERTIFICA

Que, el MD. **CARLOS IVAN AGUILAR GAIBOR**, con C.I. No. 020166410-9 realizo un estudio de investigación llamado "EVALUACION DE LA GESTION FINANCIERA", en la Unidades de Primer Nivel de Atención El Pan, Chican, El Cabo, La Dolorosa, por el lapso desde 15 de Octubre de 2014 – al 30 de Noviembre de 2015.

Es todo cuanto puedo certificar en honor de la verdad, pudiendo hacer uso del presente como creyere conveniente

Atentamente,

Dra. Karla Sumba León.
DIRECTORA 01D06 - SALUD



Av. Circunvalación S/N frente al Cementerio.
Teléfonos: 593 (7) 2250107 / 2250065 / 2251167 / 2250573
Email: area6paute@mail.dpsa.aob.ec