



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

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

**Evaluación financiera de los establecimientos de salud nivel I de atención
distrito 18D02 MSP – 2014**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Calahorrano Acosta, José Luis, MD.

DIRECTOR: Reyes Velastegui, Luis Ernesto, Dr.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctor.

Luis Ernesto Reyes Velastegui

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, denominado: Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud Nivel I de Atención Distrito 18D02 MSP - 2014, realizado por Calahorrano Acosta José Luis, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja, por lo que apruebo la presentación del mismo.

Quito, septiembre de 2016

Dr. Luis Reyes V.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Calahorrano Acosta José Luis, declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: Evaluación Financiera de los establecimientos de salud nivel I de atención, del distrito de salud 18D02 del MSP – 2014, de la Titulación Magíster en Gerencia en Salud para el desarrollo local, siendo el Dr. Luis Ernesto Reyes Velastegui director 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”

Quito, septiembre de 2016

.....

José Luis Calahorrano Acosta, MD.

CI: 1713428629

Autor

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo a mis amados hijos, la razón de que todo valga la pena; y a mi esposa, junto a quien he disfrutado de los momentos más felices que puedo recordar. Por Ustedes, cualquier sacrificio es poco.

José Luis.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más profundo Agradecimiento:

A mi familia, que siempre han estado conmigo brindándome su apoyo: mis padres; "Luis Calahorrano y María Teresa Acosta", a mis queridos hijos, "Samantha y Josué", por ser el mayor motivo para seguir adelante, a mi esposa, "Karina" por su amor, comprensión, e infinito apoyo.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por brindarme la oportunidad de crecer como profesional.

A mi apreciado tutor, Dr. Luis Reyes, por su gran ayuda, comprensión y paciencia, con las que ha guiado este trabajo.

Al Distrito Ambato por la apertura y colaboración para la realización del presente trabajo.

José Luis.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN.....	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	8
1. MARCO TEÓRICO.....	9
1.1. Marco institucional.....	9
1.1.1. Aspecto geográfico del lugar y Población.	9
1.1.2. La Misión.	13
1.1.3. La Visión.....	13
1.1.4. Valores.	13
1.1.5. Organización administrativa.....	14
1.1.6. Organigrama de la dirección distrital de salud.....	15
1.1.7. Datos estadísticos de cobertura año 2014.	15
1.1.8. Características geo-físicas de la institución.....	16
1.1.9. Políticas de la institución.....	17
1.2. Marco conceptual	18
1.2.1. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural... ..	19
1.2.2. Red Pública Integral de Salud.....	20
1.2.3. Niveles de Atención de Salud.	21
1.2.4. Atención Primaria en Salud (APS).	22
1.2.5. Costos en Salud.	22
1.2.6. Costos de calidad.	23

1.2.7.	Eficiencia, Eficacia y Calidad.	23
1.2.8.	Gestión productiva de una Unidad de Salud.	24
1.2.9.	Sistemas de Información Gerencial en Salud.....	24
1.2.10.	WINSIG - Sistema de información gerencial de la OPS.	25
1.2.11.	Financiamiento del Sistema de Salud.	25
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO		27
2.	DISEÑO METODOLÓGICO	28
2.1.	Matriz de involucrados.....	28
2.2.	Árbol de problemas	30
2.3.	Árbol de objetivos	31
2.4.	Matriz del marco lógico.....	32
2.5.	Cronograma de actividades	34
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....		35
3.	RESULTADOS.....	36
3.1.	Resultado 1.- Unidad de dirección distrital costeada	36
3.1.1.	Actividad 1.1 Socialización del proyecto.	36
3.1.2.	Actividad 1.2 Taller de inducción al proceso de costos.	37
3.1.3.	Actividad 1.3 Recolección de información.....	37
3.1.4.	Actividad 1.4 Generación de Resultados de Costos.....	38
3.1.5.	Análisis del indicador del resultado esperado I.	41
3.2.	Resultado 2.- Evaluación financiera de la ejecución presupuestaria.....	41
3.2.1.	Actividad 2.1 Socialización del proceso.	41
3.2.2.	Actividad 2.2 Recolección de información.....	42
3.2.3.	Resultado del indicador de la actividad.....	42
3.2.4.	Análisis del indicador del resultado esperado II.	43
3.3.	Resultado 3.- Estrategias de mejoramiento	43
3.3.1.	Actividad 3.1 Cálculo del punto de equilibrio.....	43
3.3.2.	Actividad 3.2 Resumen de punto de equilibrio de unidades intervenidas.	43
3.3.3.	Actividad 3.3 Socialización de resultados.	44
3.3.4.	Actividad 3.4 Diseño de estrategias de mejoramiento.....	44
3.3.5.	Actividad 3.5. Entrega de informes a las autoridades distritales.....	45

3.3.6. Actividad 3.6. Análisis con autoridades distritales.....	46
3.4. Análisis general.....	46
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXOS.....	53

RESUMEN

La implementación del nuevo modelo de atención en salud por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha demandado una reingeniería de todos sus componentes, dentro de estos la administración financiera es uno de aquellos que más atención ha requerido, especialmente en el primer nivel de atención, que es el pilar fundamental del sistema de salud.

Es así que este proyecto busca realizar la evaluación financiera del distrito de salud Ambato "18D02" de la provincia de Tungurahua, cubriendo los aspectos de: análisis de los costos, presupuesto, sostenibilidad, y en base a los anteriores plantear distintos planes de mejoramiento para la gestión financiera de la institución estudiada.

Se emplearon herramientas de evaluación financiera, dentro de las cuales principalmente se utilizó el RDACAA. Asimismo se utilizaron herramientas informáticas de gestión de información como el programa Winsig.

Los objetivos del proyecto lograron conseguirse, clarificando la situación financiera actual del distrito de salud y permitiendo plantear un plan de mejoramiento para la misma.

PALABRAS CLAVES. Gestión financiera, costos, atención salud, presupuesto.

SUMMARY

Introduction of a new health care model by Ecuador's Ministry of Public Health has demanded a re-engineering of all their components. Within these components, financial management is one of those most attention has required, especially at the primary care level. This level is the cornerstone of our health system.

Thus, this project aims to make a financial assessment of the health district Ambato "18D02" in Tungurahua province in Ecuador, covering the following aspects: cost analysis, budget, and sustainability. Based on previous items it propose improvement plans for financial management of the institution studied.

Many financial evaluation tools, within which was used mainly RDACAA, were used. Also some informatics tools, such as Winsig and Microsoft Excel programs, were used.

The project objectives were achieved, clarifying the current financial situation of the health district and allowing to propose an improvement plan for it.

KEYWORDS. Financial management, costs, health care, budget.

INTRODUCCIÓN

En la última década el sistema de salud ecuatoriano ha sufrido importantes cambios, siendo dirigido hacia un sistema universal que busca garantizar el acceso gratuito de la población a los servicios de salud e integrar a los distintos actores en una red que tiene al Ministerio de Salud Pública como ente regulador. Estrategias implementadas como el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y posteriormente la conformación de la Red Pública Integral en Salud (RPIS) son sólo un ejemplo de estos cambios. A pesar del progreso logrado en algunas de las estructuras del sistema, la gestión financiera del mismo aún constituye una tarea pendiente dentro de la reingeniería que se ha implementado de forma global.

Siendo el primer nivel de atención en salud una parte fundamental del sistema, es allí donde se centra el esfuerzo de este proyecto. El distrito de salud 18D02 se encuentra ubicado dentro de la zona 3, en el centro de la Sierra ecuatoriana, y comprende 4 parroquias urbanas y 7 parroquias rurales. El estudio fue centrado en el ente administrativo del distrito ya que las unidades de salud fueron estudiadas a nivel individual en otros trabajos. La evaluación de la gestión financiera del distrito de salud 18D02 de la provincia de Tungurahua, realizada en el periodo entre los meses de enero a diciembre de 2014, busca en un primer momento determinar los aspectos que puedan ser mejorados, con la finalidad de proponer estrategias que permitan optimizar dicha gestión.

La recolección de los datos se realizó de forma retrospectiva, en el área de estadística y en el departamento financiero del distrito de salud mencionado, siendo de gran utilidad la base de datos que comprende el RDACAA del distrito. Los datos obtenidos tanto de esta base de datos como de otros que debieron ser recopilados de las fuentes mencionadas, permitieron describir y realizar el análisis de la gestión financiera del año 2014, para lo cual las herramientas informáticas OFFICE EXCEL y WINSIG fueron de gran utilidad.

El objetivo fundamental de este trabajo, la evaluación de la gestión financiera del distrito de salud 18D02, busca al final el fortalecimiento de uno de los aspectos más importantes del funcionamiento de las unidades del primer nivel de atención, que a su vez constituye la base del sistema de salud tanto en su tamaño como en el rol que desempeña. Si bien se realiza en

apenas uno de los componentes del primer nivel, permite realizar el análisis de una muestra representativa del mismo. Esto permitirá una distribución más equitativa de los recursos, descentralizar la gestión administrativa y a su vez dará lugar a una expansión de la cobertura de los servicios de salud de acuerdo al crecimiento de la población. Estos resultados macro se podrán lograr una vez que las distintas piezas del proyecto "Puzzle" impulsado por la Universidad Técnica Particular de Loja se articulen en un extenso análisis de la gestión financiera de todos los distritos de salud estudiados.

PROBLEMATIZACIÓN

La gestión financiera de los servicios de salud experimenta una importante deficiencia en cuanto a determinar los costos que genera su funcionamiento, lo que determina la falta de estrategias dirigidas a optimizar los recursos. Esto a su vez puede dar lugar a posibles gastos elevados e innecesarios que no se reflejen en resultados en cuanto a índices de salud pública se refiere. Es esta deficiencia la que determina la necesidad de identificar las principales limitaciones que podría tener la gestión financiera que se realiza actualmente, con la finalidad de corregirlas y permitir mejorar la eficiencia de dicha gestión.

En el caso del distrito de salud 18D02, su parte administrativa se encarga de la planificación, manejo y aprovisionamiento de las unidades a su cargo, sin olvidar que su funcionamiento también genera costos que deben ser tomados en cuenta. Constituye una gran responsabilidad el lograr una adecuada distribución de los recursos a todas las unidades de salud, en base a las necesidades individuales de cada una. Es por esto que la evaluación de la gestión financiera de las unidades de salud en el primer nivel de atención se convierte en una prioridad para el sistema en su conjunto.

El Distrito 18D02, como la mayor parte de los demás distritos de salud, cuenta con un departamento financiero que si bien cumple con su propósito elemental no funciona acorde con las prácticas modernas que caracterizan a las organizaciones hoy en día. Las causas podrían estar relacionadas a aspectos como liderazgo deficiente, falta de planificación para un mejoramiento continuo, carencia de capacitación del personal y la ausencia de bases de datos que permitan retroalimentar la gestión.

Es así que la evaluación de la gestión financiera del Distrito 18D02 durante el año 2014 busca el cumplimiento de los objetivos antes mencionados, el análisis de los resultados y la formulación de estrategias de mejoramiento del manejo financiero.

JUSTIFICACIÓN

La constitución vigente de la República del Ecuador designa al Estado como el ente responsable de delinear estrategias para garantizar el acceso universal de la población a atención de salud de calidad. Varias de las estrategias ya implementadas se dirigen a fortalecer inicialmente el primer nivel de atención, que constituye la base de nuestro sistema de salud.

El primer nivel de atención, tanto por el número de unidades que comprende como por el importante papel que desempeña en las actividades de promoción y prevención de salud, es fundamental para el éxito de cualquier política de salud que sea formulada.

En virtud de ello el rol que tiene la gestión financiera en la administración de los servicios de salud es fundamental. Incide directamente en la adecuada distribución de los recursos, en las estrategias de planificación y por ende en el mejoramiento de la calidad. Lograr una adecuada gestión financiera evita gastos innecesarios y permite cubrir las obligaciones de acuerdo a prioridades. Es por esto que se vuelve necesario determinar las debilidades del manejo financiero actual de las unidades de salud, para tomar correctivos que las permitan ser sostenibles y sustentables, y de esta forma fortalecer al Sistema de forma global.

Este trabajo se propone entonces realizar la evaluación de la gestión financiera del Distrito 18D02 con la finalidad de describir su situación actual, establecer posibles defectos y anomalías, para luego proponer planes de mejoramiento. Así esperamos contribuir a una mayor eficiencia del manejo financiero de las instituciones que pertenecen al primer nivel de atención.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el componente financiero del distrito 18D02, mediante el análisis de costos de la dirección distrital, la evaluación financiera bajo una óptica presupuestaria, y formulación de estrategias direccionadas a la consecución de un mejoramiento continuo y el fortalecimiento de la gestión en salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar el costeo del componente administrativo de la dirección distrital 18D02 y su relación con las unidades de su competencia.
2. Evaluar la gestión presupuestaria del Distrito 18D02 durante enero a diciembre del año 2014.
3. Formular estrategias de mejoramiento de la gestión financiera, para lograr un uso adecuado de los recursos.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Marco institucional

1.1.1. Aspecto geográfico del lugar y Población.

El proyecto de acción fue llevado a cabo en la provincia de Tungurahua, Zona 3, área distrital de salud 18D02. Esta corresponde a la región Sierra de nuestro país.



Figura 1. Mapa de la distribución zonal Ecuador
Fuente: Informe rendición de cuentas 2014.

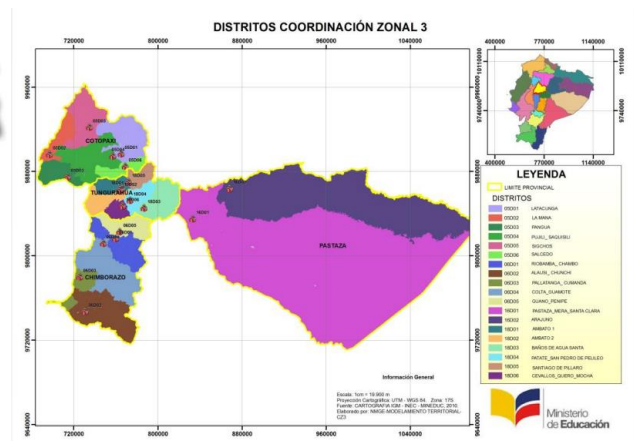


Figura 2. Mapa de la zona 3 de salud
Fuente: Sistema Nacional de Información 2010
Ministerio de Educación.

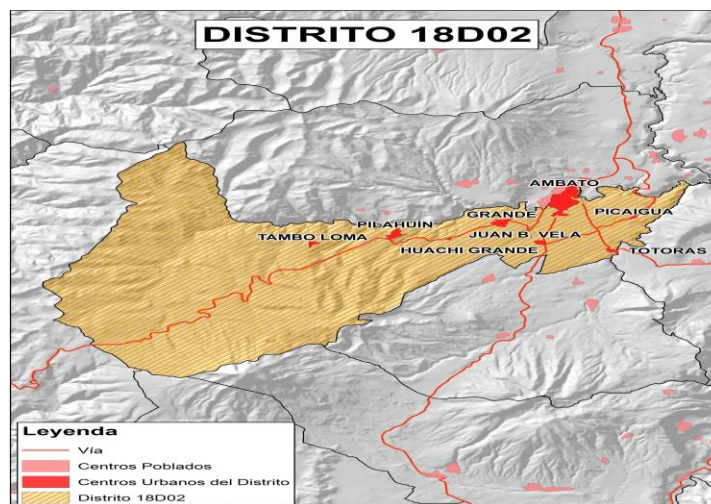


Figura 3. Mapa de la zona 3 de salud.
Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

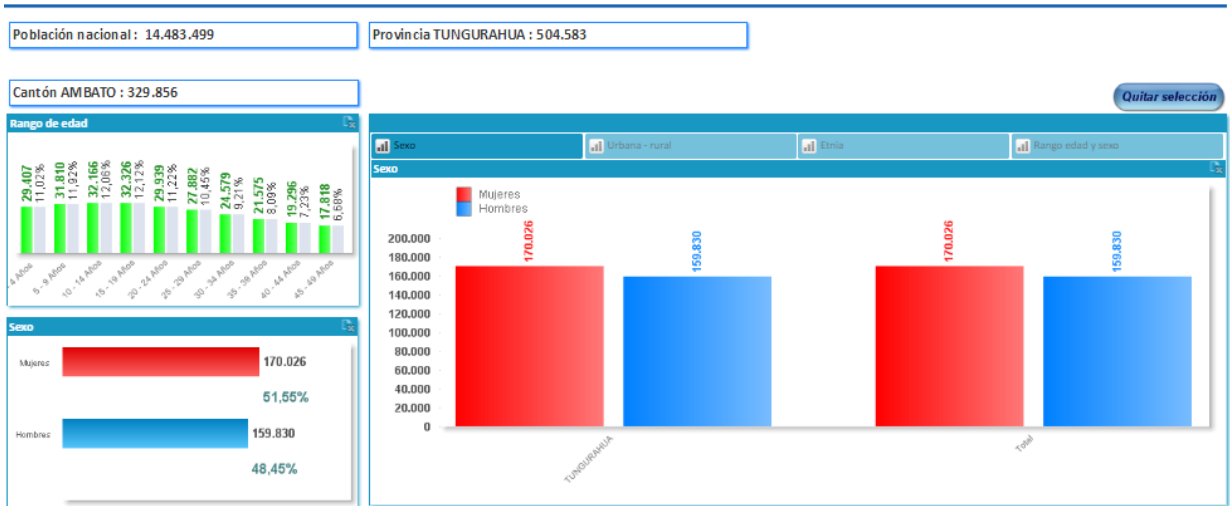


Figura 4. Indicadores demográficos.

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

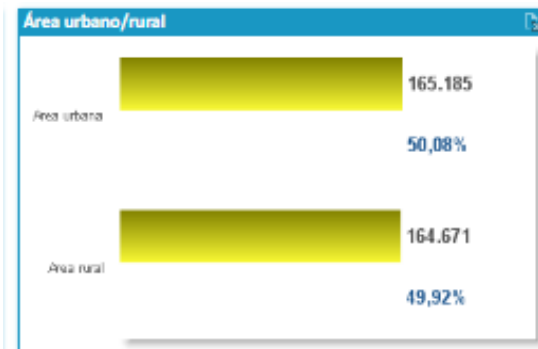


Figura 5. Distribución por área.

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

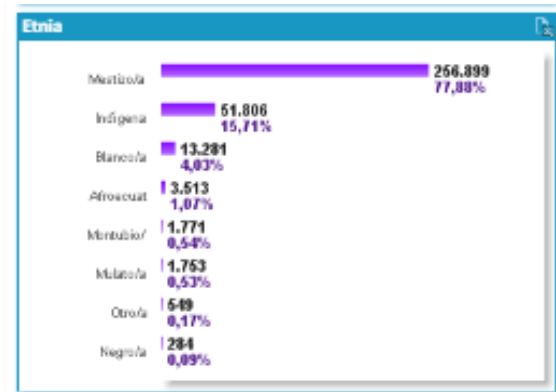


Figura 6. Distribución por etnia.

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

TABLA 1. PROYECCIÓN REFERENCIAL POR GRUPOS DE EDAD 2010 – 2020

Cantón	GRUPOS DE EDADES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
AMBATO	< 1 año	6.794	6.782	6.755	6.727	6.698	6.669	6.640	6.612	6.582	6.554	6.526
	1 - 4	27.300	27.328	27.335	27.306	27.245	27.159	27.056	26.948	26.839	26.729	26.620
	5 - 9	33.944	34.061	34.158	34.239	34.300	34.345	34.368	34.356	34.305	34.220	34.107
	10 - 14	33.093	33.220	33.353	33.494	33.640	33.779	33.899	33.998	34.080	34.144	34.190
	15 - 19	31.967	32.143	32.309	32.464	32.604	32.736	32.868	33.005	33.150	33.299	33.440
	20 - 24	30.588	30.885	31.147	31.378	31.587	31.779	31.957	32.124	32.280	32.422	32.555
	25 - 29	28.214	28.687	29.134	29.550	29.931	30.272	30.573	30.839	31.074	31.286	31.480
	30 - 34	25.220	25.800	26.369	26.922	27.452	27.955	28.431	28.880	29.299	29.682	30.026
	35 - 39	22.131	22.659	23.205	23.766	24.339	24.919	25.499	26.068	26.621	27.149	27.651
	40 - 44	19.968	20.407	20.862	21.337	21.835	22.354	22.892	23.446	24.017	24.600	25.189
	45 - 49	17.906	18.345	18.781	19.214	19.646	20.082	20.526	20.985	21.464	21.965	22.490
	50 - 54	15.374	15.817	16.266	16.713	17.159	17.602	18.042	18.479	18.911	19.340	19.770
	55 - 59	12.691	13.046	13.422	13.818	14.231	14.656	15.087	15.523	15.958	16.393	16.826
	60 - 64	10.464	10.713	10.979	11.263	11.567	11.890	12.234	12.599	12.979	13.374	13.782
	65 - 69	8.620	8.824	9.035	9.251	9.475	9.708	9.952	10.212	10.487	10.781	11.094
	70 - 74	6.633	6.780	6.942	7.116	7.297	7.482	7.675	7.872	8.074	8.281	8.495
	75 - 79	5.063	5.127	5.212	5.314	5.431	5.562	5.706	5.862	6.027	6.196	6.372
	80 y Más	6.559	6.347	6.213	6.136	6.108	6.122	6.173	6.260	6.377	6.524	6.695
	TOTAL	342.52	346.97	351.47	356.00	360.54	365.07	369.57	374.06	378.52	382.94	387.30
		9	3	7	9	4	2	8	8	3	1	9

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

TABLA 2. INDICADORES DE POBREZA					
		Año	2010		
Provincia	Cantón	Indicador	Total	Urbano	Rural
TUNGURAHUA	AMBATO	Pobreza por NBI (Hogares)	47,00	21,16	74,76
		Pobreza por NBI (Personas)	49,51	23,60	75,34

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

TABLA 3. INDICADORES DE EDUCACIÓN					
		Año	2010	2010	2010
Provincia	Cantón	Indicador	Total	Urbano	Rural
TUNGURAHUA	AMBATO	Tasa de analfabetismo	6,98	2,58	11,70

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

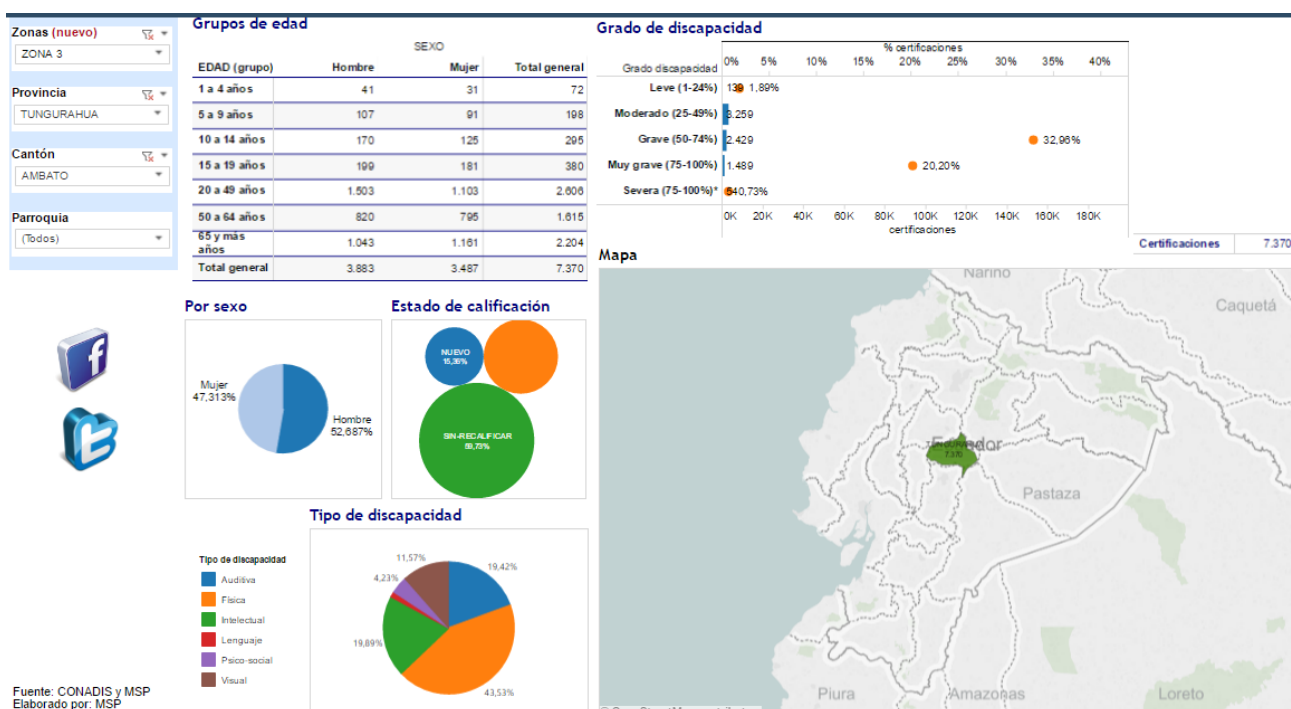


Figura 7. Calificación a personas con discapacidad, Ecuador: 2013 – 2014.

Fuente: CONADIS Y MSP. Elaborado por: MSP

1.1.2. La Misión.

“Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano, por medio de la promoción y protección de la salud, de la seguridad alimentaria, de la salud ambiental y del acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”

1.1.3. La Visión.

“Para el año 2020 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ejerce la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, modelo referencial en Latinoamérica, que garantiza la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios con la participación coordinada de Organizaciones públicas, privadas y de la comunidad”.

1.1.4. Valores.

Respeto.- Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.

Inclusión.- Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.

Vocación de servicio.- Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.

Compromiso.- Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.

Integridad.- Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento”.

Justicia.- Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.

Lealtad.- Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.

1.1.5. Organización administrativa.



Figura 8. Organigrama primer nivel. Fuente: lineamientos del MAIS y RPIS 2014

TABLA 4. ESTRUCTURA DISTRITO 18D02					
Código Distrital	Código Provincial	Provincia	Código Cantonal por Distrito	Descripción Del Distrito*	Población VII Censo 2010 INEC
18D02	18	Tungurahua	1801	Huachi Grande, Juan Benigno Vela, Montalvo, Picaigua, Pilahuin, Santa Rosa, Totoras, Celiano Monga, Huachi Chico, Huachi Loreto, Pishilata	183760

Fuente: lineamientos del MAIS y RPIS 2014

TABLA 5. PERSONAL DIRECCION DISTRITO 18D02			
	ADMINISTRACION		
1	Dr. Amaluisa Acosta Byron Rolando	12	Ing. Carrasco Jurado Ligia Guillermina
2	Dr. Galarza Lopez Carlos Fernando	13	Ing. Perez Viera Sylvia Alexandra
3	Dr. Flores Ulloa Richard Nelson	14	Ing. Espinosa Quiroga Carlos Alfredo
4	Dra. Perez Naranjo Fanny Del Rocio	15	Lcda. Sancho Ritha Susana
5	Dra. Aud. Salazar Marcial Mayra Edilma	16	Lcda. Sanchez Moreno Martha Graciela
6	Dra. Aud. Carrasco Echeverria Ana Del Rosario	17	Lcda. Ayuquina Nuñez Narciza Guadalupe
7	Dra. Aud. Flores Mancheno Silvia Maria	18	Sr. Nuñez Carrasco Wilman Geovanny
8	Dra. Adm. Viteri Tello Bertha Flor	19	Sr. Garcia Chico Wilson Estuardo
9	Dra. Aud. Viera Galarza Maritza Paola	20	Sr. Sánchez Bonilla Roberto Henry
10	Ing. Bolaños Salazar Liliana Elizabeth	21	Sr. Gómez Valencia José Abel
11	Ing. Lluglla Tubon Irene	22	Sra. Villacreses Borja Martha Cecilia

Fuente: Distrito 18D02

1.1.6. Organigrama de la dirección distrital de salud.



Figura 9. Organigrama dirección distrital.

Fuente: lineamientos del MAIS y RPIS 2014

1.1.7. Datos estadísticos de cobertura año 2014.

TABLA 6. PRIMERAS 10 CAUSAS DE MORBILIDAD EN DISTRITO 18D02.

Cie-Descripción (3C)	Hombre		Mujer		Total general	
	Totales	%	Totales	%	Total	%
J00 RINOFARINGITIS AGUDA	4.062	14,31%	5.435	9,46%	9.497	11,06%
J03 AMIGDALITIS AGUDA	3.046	10,73%	4.238	7,38%	7.284	8,49%
J02 FARINGITIS AGUDA	2.755	9,70%	4.248	7,40%	7.003	8,16%
B82 PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	3.074	10,83%	3.846	6,70%	6.920	8,06%
N76 OTRAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LA VAGINA Y DE..			4.170	7,26%	4.170	4,86%
N39 OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	364	1,28%	3.667	6,38%	4.031	4,70%
A09 DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1.829	6,44%	2.030	3,53%	3.859	4,50%
A06 AMEBIASIS	865	3,05%	1.031	1,79%	1.896	2,21%
K29 GASTRITIS Y DUODENITIS	476	1,68%	1.273	2,22%	1.749	2,04%
M54 DORSALGIA	407	1,43%	1.019	1,77%	1.426	1,66%
N30 CISTITIS	113	0,40%	1.085	1,89%	1.198	1,40%
M79 OTROS TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS NO CLASIFICADOS	335	1,18%	857	1,49%	1.192	1,39%
E66 OBESIDAD	402	1,42%	771	1,34%	1.173	1,37%
N91 MENSTRUACION AUSENTE, ESCASA O RARA			1.075	1,87%	1.075	1,25%
N72 ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL CUELLO UTERINO			967	1,68%	967	1,13%
E78 TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y DE LOS LIPIDOS	250	0,88%	601	1,05%	851	0,99%
A64 ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL NO ESPECIFICADA	8	0,03%	820	1,43%	828	0,96%

Fuente: MSP Información estadística de producción de salud – Producción 2014

1.1.8. Características geo-físicas de la institución.

El área administrativa del distrito de salud 18D02, está representada por el médico Byron Rolando Amaluisa Acosta, se encuentra ubicada en Ambato en la Avenida Atahualpa y calle Marcos Montalvo, en el segundo piso del edificio visualizado a continuación, cuenta con un área aproximada de 30m², en donde únicamente se lleva a cabo toda la labor de gestión y administración.



Figura 10. Área administrativa del distrito de salud 18D02

1.1.9. Políticas de la institución.

1.1.9.1 Plan nacional del buen vivir

Los objetivos de los centros de salud, están empatados al Plan Nacional del Buen Vivir, sobre todo con el objetivo 3 que se refiere a mejorar la calidad de vida de la población y cuenta con las siguientes políticas

- Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas
- Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud
- Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud
- Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas
- Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.
- Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población

1.1.9.2 Metas del plan del buen vivir

Además de las políticas se debe tener en cuenta las metas que están al momento en la mirada del sector salud para alcanzarlas en el mayor porcentaje posible.

- Meta 3.1. Reducir la razón de mortalidad materna en 29,0%.
- Meta 3.2. Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41,0%.
- Meta 3.3. Erradicar la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años.
- Meta 3.4. Revertir la tendencia de la incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5 a 11 años y alcanzar el 26,0%.
- Meta 3.5. Reducir y mantener la letalidad por dengue al 0,08%.
- Meta 3.6. Aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.
- Meta 3.7. Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos.

Cada una de estas metas es trabajada en la unidad operativa aunque de manera parcial, pero los diferentes programas han ayudado a ir las cumpliendo de manera paulatina.

1.2. Marco conceptual

En el mundo existen varios estudios sobre evaluación financiera en salud para los diferentes niveles de atención, acorde estén organizados en cada país, la mayor de los cuales se encuentra de esta manera, es decir en niveles, puesto que es ésta la recomendación de la Organización Panamericana de la Salud, en nuestro país el estudio sobre evaluación financiera en el primer nivel de atención nace como proyecto pionero y su función finalmente sería convertirse en una herramienta básica útil en la toma de decisiones concientes para el beneficio global.

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como: “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y siendo ésta, la salud, un derecho universal garantizado por el estado ecuatoriano y amparado en la constitución, es de suponer que todo aquello que se encamine en su beneficio debe ser apoyado y estimulado de manera que tenga todas las facilidades de realización.

El acceso a atención de salud de calidad implica que el estado debe crear las condiciones necesarias para que las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones deben incluir disponibilidad adecuada de servicios de salud, empleo suficiente y vivienda adecuada. El derecho a la salud debe entenderse como el derecho a estar bien física, mental y emocionalmente.

En procura de asegurar la universalidad del acceso a la salud, en las últimas décadas se han formulado varios acuerdo internacionales, como aquel en 1966 del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, que estipula un conjunto de directrices para lograr dicho objetivo: mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente; reducción de la mortalidad infantil y garantizar el sano desarrollo de los niños; prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud.

La Constitución de la República del Ecuador, vigente desde el año 2008, establece el acceso universal, gratuito y de calidad a la atención de salud, y es así que el artículo 358 hace referencia a implementar modelos de gestión que permitan ampliar la cobertura en salud, mejorando la calidad de vida, reconociendo la diversidad social y cultural, y logrando integrar a las distintas instituciones que conforman el sistema nacional de salud.

1.2.1. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.



Figura 11. M.A.I.S.

Fuente: Modelo de Atención Integral de Salud, MSP

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) comprende variadas directrices, estrategias, y procesos que fortalecen la salud familiar, comunitaria e intercultural; además da lugar a una reingeniería del sistema nacional de salud, permitiendo integrar a los tres niveles de atención.

El Modelo de Atención Integral en Salud, en el marco de la atención primaria de salud, se enfoca en fortalecer las actividades de promoción y prevención. Al fomentar la interacción de los miembros de la comunidad para ejecutar los planes delineados, se puede dar soluciones integrales a las necesidades de la población. Así se fortalece los distintos aspectos de la atención en salud: curación, recuperación y rehabilitación. Así se logra brindar una atención integral, ante todo de calidad, luego de respeto a los pobladores en cuanto a su diversidad.

1.2.2. Red Pública Integral de Salud.



Figura 12. Red integrada de servicios de salud

Fuente: Modelo de atención integral en salud enfoque familiar, comunitario e intercultural. MSP 2014.

Dentro de las estructuras organizacionales, la red es la expresión de vínculos que tiene un territorio y población determinados, una estructura administrativa y los componentes se relacionan entre sí en diferentes direcciones: horizontal, vertical, complementario y flexible a la realidad. Contiene aspectos de coordinación, comunicación, gestión de la información y procedimientos, definiendo las características y funcionamientos generales y particulares de cada una. Estas se adaptan a la realidad territorial de acuerdo con normativas generales.

La Red Pública Integral de Salud, en el marco de los conceptos mencionados anteriormente, está constituida por prestadores de servicios de salud pública, (Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las F.F.A.A., Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional) y pretende vincular progresivamente a actores privados, ejerciendo rectoría sobre éstos, cumpliendo la actividad de regir su funcionamiento integrado, en el marco de las leyes, políticas públicas y lineamientos estratégicos del sector. La Red Integral de Salud será la base del Sistema Nacional de Salud, de tal manera que permitirá el acceso universal de la población a servicios de salud de calidad, con estándares de gestión, desempeño e infraestructura suficientes. Dentro de dicha red la gestión financiera debe normatizar los procesos de tal manera que los costos de operación sean monitorizados de una

manera real y oportuna, y en ese contexto el Tarifario del Sistema Nacional de Salud se convierte en un instrumento muy valioso, dado que permite la homologación de costos entre lo público y lo privado, lo que a su vez brindará agilidad en la gestión administrativa. Una adecuada gestión administrativa y financiera permite la sostenibilidad y el crecimiento de todas las instituciones que conforman el sistema de salud, con una distribución equitativa y eficiente de los recursos disponibles.

1.2.3. Niveles de Atención de Salud.

Los niveles de atención de salud se correlacionan con la complejidad de las estructuras del sistema que, de acuerdo a su infraestructura y al tipo de patologías que resuelven, dan una atención más general (primer nivel) a las que dan una atención más especializada (tercer nivel). Las unidades de salud en el Ecuador se clasifican por Niveles de Atención, de acuerdo a su capacidad resolutive se dividen en:

Primer Nivel de Atención.- Puerta de entrada al sistema de Salud

- Corresponde al 80% de la población.
- Los problemas de salud requieren una atención de baja complejidad, la oferta de grandes proporciones pero necesita una menor especialización y tecnificación de los recursos.
- Se realizan actividades de promoción y prevención en salud

Segundo Nivel de Atención.-

- Este nivel ejecuta actividades de promoción, prevención y presta servicios de atención ambulatoria especializados, además de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o demanda espontánea de urgencias.

Tercer Nivel de Atención.- Capacidad resolutive de alta complejidad.

Este nivel se ubica a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad a nivel nacional y regional.

- Requiere especialistas para atención de problemas complejos, que necesiten equipos e instalaciones especializadas.
- Su propósito es el de ayudar a los usuarios más graves.
- Son prestadores de mayor complejidad.
- Desarrollan investigación y docencia.

Cuarto Nivel de Atención.- En este nivel se ubican los Centros de experimentación y los Centros de alta subespecialidad.

1.2.4. Atención Primaria en Salud (APS).

La atención primaria de salud es donde tiene lugar el primer contacto con la gente de la comunidad, para brindar la atención de salud necesaria a través de la infraestructura disponible, de manera digna, cálida y eficiente. De esta forma se constituye en la base del sistema de salud ecuatoriano, y así se vuelve también un pilar del desarrollo de la sociedad en su conjunto.

La atención primaria “nace como una política de salud pública que busca proveer atención a la población que lo requiere, adaptándose a las necesidades de cada una de las comunidades, orientándose hacia sus problemas prioritarios y brindando servicios: preventivos, curativos, y de rehabilitación.” (De Francisco, Cerón & Herrera, 2014, pp. 51-54)

1.2.5. Costos en Salud.

Costo en la teoría económica “es el gasto económico que representa la producción de un bien o la prestación de un servicio.” (Pesantez León, 2012) A su vez, costo en salud hace referencia al monto de recursos utilizados en cada uno de los aspectos del proceso de atención para la salud.

Costo directo.- constituye el monto de recursos que intervienen directamente en la producción u oferta de un servicio.

Costo indirecto.- monto que no se relaciona directamente con la producción de un servicio, pero que es apoyo para la producción final.

Costo fijo.- monto que se debe pagar, independientemente del volumen de producción.

Costo variable.- monto que depende directamente del volumen de producción.

Punto de equilibrio.- momento en el cual los ingresos totales son igual a los costos totales, “es el punto en el que ni se gana ni se pierde.” (Pesantez León, 2012)

Capacidad instalada.- capacidad con la que cuenta la institución para funcionar con un monto presupuestal dado. Dentro de ésta la capacidad ociosa es aquella que no se utiliza pero los recursos si son cubiertos.

La evaluación de los costos en salud es indispensable para la gestión de los servicios de salud. De esta forma “se convierte en un instrumento que soporta la toma de decisiones para la asignación de recursos en el sistema de salud.” (*Brommet, Lee & Serna, 2011, pp. 379-387*)

1.2.6. Costos de calidad.

Los costos de calidad son los que se realizan en el diseño, implementación, operación y mantenimiento de los sistemas de calidad de un servicio de salud. Son costos comprometidos en procesos de mejoramiento continuo de la calidad. Se conocen 2 tipos de costos de calidad:

- 1) Costos de calidad: costos de prevención (planificación y control de proceso, auditorías, capacitación, etc.) y de evaluación (inspecciones, ensayos, calibraciones).
- 2) Costos de no calidad: Costos de fallos internos y externos (desperdicios, reprocesos, materiales) y costos ocultos.

1.2.7. Eficiencia, Eficacia y Calidad.

Eficiencia es la relación entre los recursos utilizados en un proyecto y los resultados conseguidos con el mismo. Una mayor eficiencia se da cuando se utilizan menos recursos para lograr un mismo objetivo. O también cuando se logran más objetivos con los mismos o menos recursos.

Jaramillo (1988) señala que “debe considerarse la eficiencia como el máximo resultado posible de productividad que puede ser alcanzado a partir de un volumen de recursos determinado”.

Eficacia se define como la capacidad de alcanzar el efecto que se desea tras la realización de una acción, con independencia de los recursos utilizados.

En salud, la eficacia de un procedimiento o tratamiento se expresa como el grado en el que la atención/intervención ha demostrado lograr el resultado deseado o esperado.

Calidad, de acuerdo a lo que estipula el modelo de la *norma ISO 9001 (2015)*, se define como “el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”, siendo el requisito “la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria”.

Luft & Hunt (1986) definen la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”.

1.2.8. Gestión productiva de una Unidad de Salud.

La Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS) fue desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como un conjunto de directrices para dar respuesta a los enfoques y prácticas emergentes en el manejo de los servicios de salud y que persigue una organización y gestión óptimas de los servicios que forman parte de sistemas de salud basados en APS.

Ésta brinda los elementos necesarios para realizar el análisis de aspectos como pertinencia, eficiencia y calidad de la producción, de la negociación y del control de los acuerdos de gestión. Así da lugar a la generación de una cultura organizacional orientada a la racionalización de costos y la mejora de la productividad. En síntesis, la MGPSS constituye un proceso analítico que sirve para la toma de decisiones soportadas por evidencia, que no genera necesidad de nueva y/o mayor información sino que procesa selectivamente la información existente para ofrecer una visión estratégica de la gestión de los servicios de salud.

Es una metodología gerencial que se orienta a la productividad y permite realizar una rendición de cuentas transparente, ya que expone la realidad de la institución o red bajo conceptos claros de eficiencia y calidad de la atención. Su objetivo fundamental es por tanto “apoyar al gerente de servicios de salud a tomar decisiones informadas que permitan optimizar la productividad y el uso racional de los recursos, contribuyendo a mejorar el acceso y la calidad de la atención.” (*Organización Panamericana de la Salud, OPS 2007*).

1.2.9. Sistemas de Información Gerencial en Salud.

Los sistemas de información son instrumentos por medio de los cuales se recopila, clasifica, procesa, interpreta y resume datos, lográndose formular conclusiones que se informarán a las personas pertinentes en la organización, y de esta forma orientar la toma de decisiones.

La información – recolección de datos es la base fundamental de la toma de decisiones, a su vez, éstas permiten generar información más valedera. La relevancia de la información para las instituciones puede ser entendida en el marco de su finalidad principal que es la de lograr

aumentar el conocimiento del usuario o reducir las incertidumbres generadas. Finalmente los miembros de la organización pueden interpretar la información disponible para adoptar las medidas que permitan lograr las metas propuestas.

1.2.10. WINSIG - Sistema de información gerencial de la OPS.

WinSIG® es la versión para Windows del Sistema de Información Gerencial (SIG) desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con la finalidad cubrir las necesidades de la gestión de los servicios de salud específicamente orientados a la eficiencia con calidad. WinSIG ofrece funciones para facilitar el análisis de la pertinencia, eficiencia y calidad de la producción, de la negociación y de control de los acuerdos de gestión y la facturación de costos, al agregar módulos para procesar la morbilidad atendida, protocolos de atención, definir grupos de diagnósticos y costear los servicios prestados. WinSIG constituye “una herramienta analítica para la toma de decisiones, enmarcada en los procesos de gerencia productiva de los sistemas de salud de la Región de las Américas.” (OPS, 2015)

1.2.11. Financiamiento del Sistema de Salud.

El financiamiento del sistema de salud es el proceso por el cual el sistema recibe de fondos de diversas fuentes, cubriendo los costos de operación, para garantizar la producción o provisión de servicios de salud, con el fin de asegurar la calidad con la que éstos se proveen. Su rol es primordial el funcionamiento global del sistema.

Tejada considera que “la financiación de la salud se ha convertido en un problema cada vez más importante para la población y para los gobiernos en todo el mundo. En muchos países, las barreras financieras excluyen a los pobres de los servicios, y los costos de la atención son causa de graves problemas financieros para los pacientes y sus familias.” (Tejada de Rivero, 2013, pp. 283-287)

En el Ecuador el financiamiento de los servicios de salud es potestad del Estado, es así que el artículo 366 de la *Constitución de la República del Ecuador (2008)* estipula: “El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones

estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado”.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

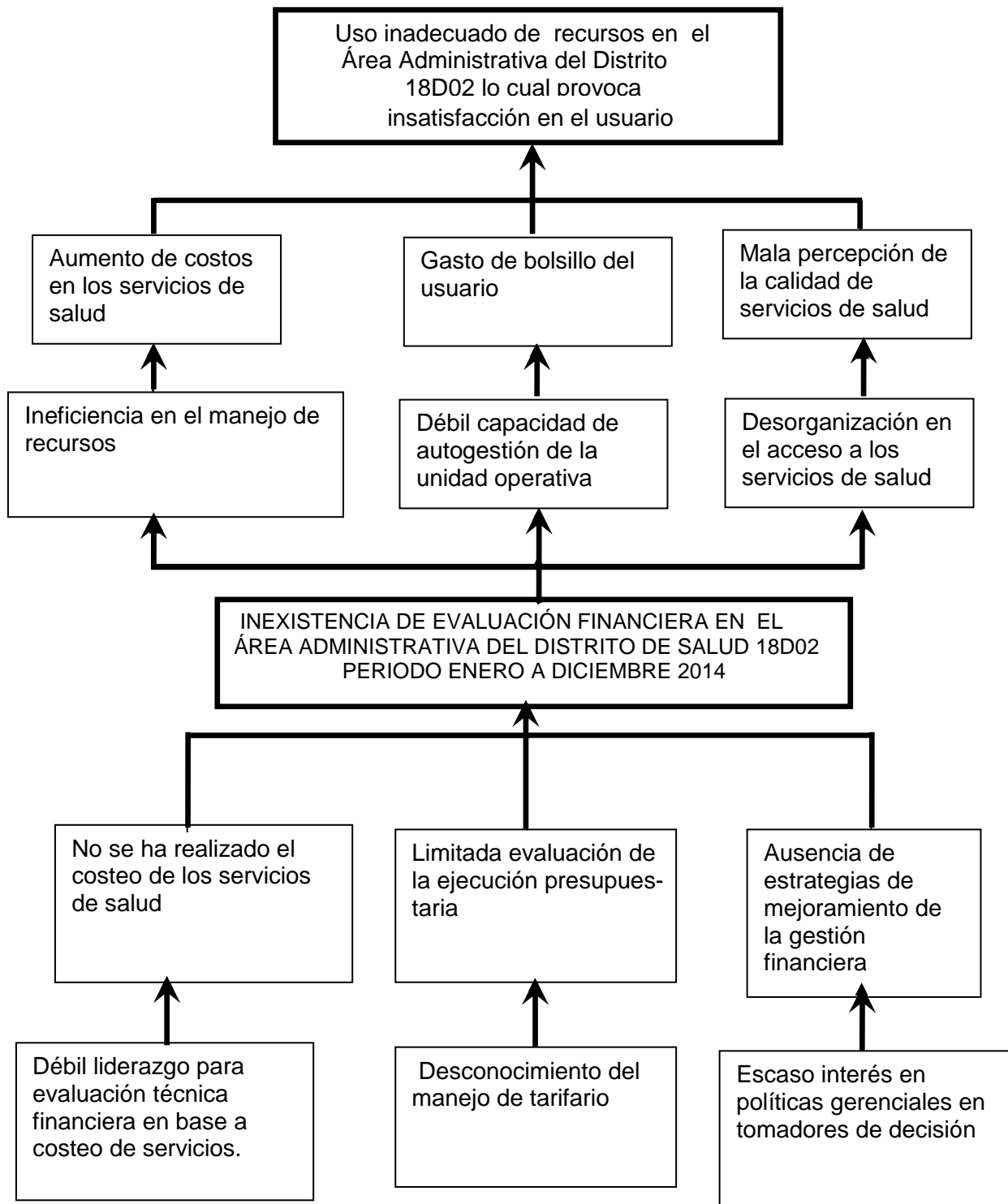
La realización del presente proyecto emplea la metodología de Marco Lógico la cual es una herramienta de diseño conciso y lógico, en este componente debe fundamentar las bondades de diseñar el proyecto de acción, describiendo el por qué táctico y operativo; ofrece ayuda para formular los planes operativos anuales así como presupuestos, y establece acciones de seguimiento y evaluación con las siguientes herramientas:

2.1. Matriz de involucrados

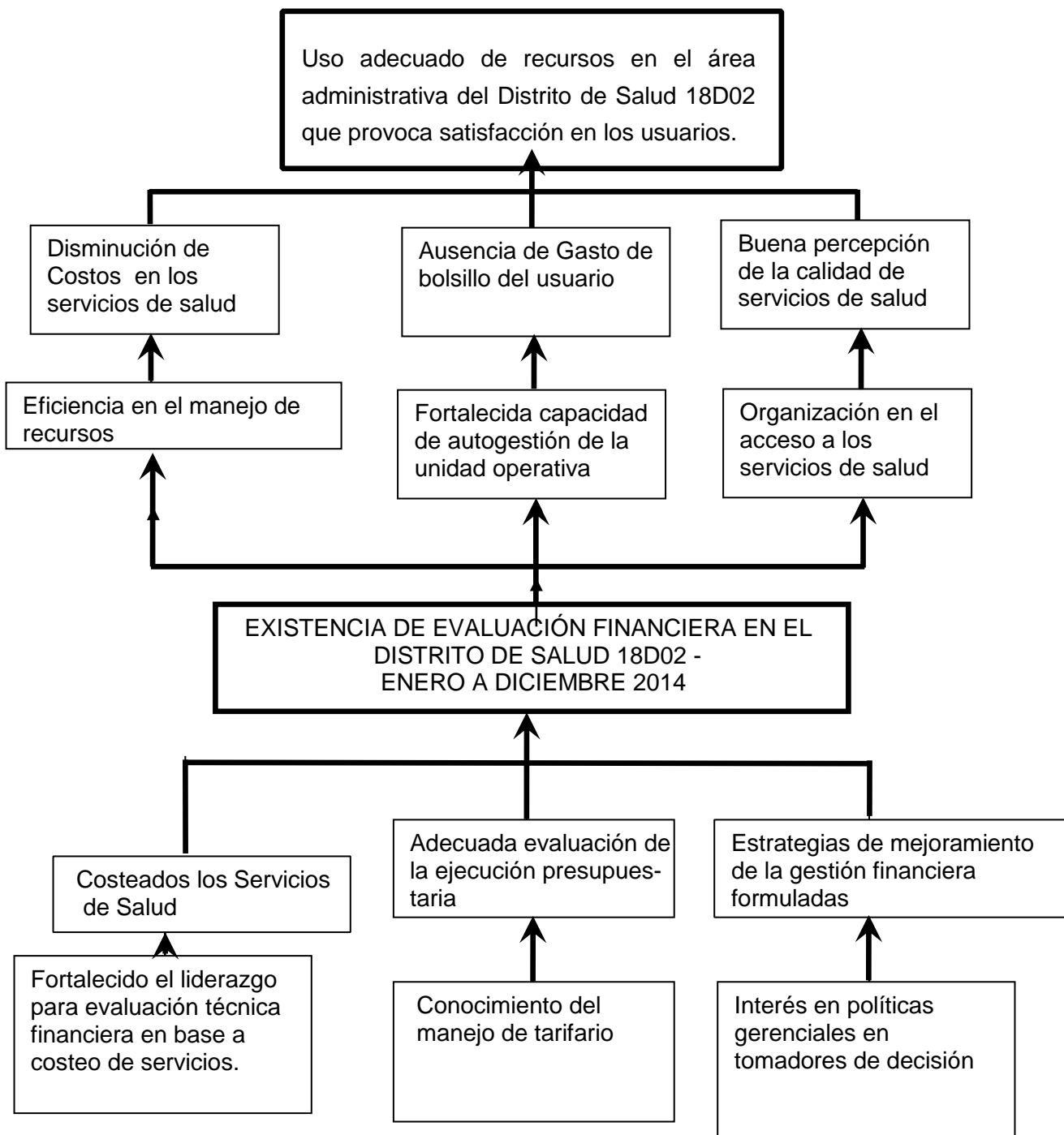
GRUPOS O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Director Distrital	Contar con información y respaldos para la evaluación financiera y toma de decisiones	Dirigir y controlar la gestión de recursos financieros con eficiencia y eficacia. Recursos humanos. Recursos materiales	Inexistencia de evaluación financiera.
Unidad Financiera	Trabajar como equipo para poder obtener información y resultados reales del estado	Certificar e implementar una estructura de gestión de costos.	Falta de evaluación financiera en la unidad Médico del MSP

	financiero.	Recursos humanos. Recursos materiales.	
Personal de la Unidad	Trabajan por la mejora de la calidad de salud de los funcionarios.	Servicios de salud con calidad, calidez eficiencia. Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de análisis para conocer si sus prestaciones son eficientes y efectivas
Egresado de la Maestría	Proponer el plan para evaluación financiera del departamento médico del Ministerio de Finanzas	Contribuir a consolidar la estructura de análisis de gestión financiera en la unidad de salud. Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de coordinación interinstitucional y comunicación entre las áreas.

2.2. Árbol de problemas



2.3. Árbol de objetivos



2.4. Matriz del marco lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Contribuir con el uso adecuado de recursos administrativos en el área distrital 18D02.	Niveles de productividad de los servicios de salud: Alto => 80% Medio = 60 y 80% Bajo < 60%	Informe de producción del distrito de salud	Alto compromiso del nivel directivo para facilitar los recursos en la ejecución de las actividades.
PROPOSITO: Evaluación de la ejecución presupuestaria 2014 del área distrital 18D02.	100% Evaluación financiera realizada.	Informe presentado de la evaluación financiera	Apoyo político, técnico para obtener información y realizar el estudio.
RESULTADOS ESPERADOS			
Unidad de dirección distrital costeada.	100% de servicios administrativos distritales de salud costeados de enero a diciembre 2014	Informe de las prestaciones costeadas	Entrega de información necesaria y oportuna

Evaluación de la ejecución presupuestaria 2014 del área distrital 18D02.	100 % de presupuesto evaluado 2014	Informe presupuestario MSP	Reporte de información requerida
Estrategias de mejoramiento de gestión financiera.	N° de indicadores de gestión financiera formuladas en la unidad de salud.	Informes de indicadores de gestión financiera presentados	Apoyo de los directores de la unidad para su implementación

2.5. Cronograma de actividades

Actividades	Responsables	Cronograma	Presupuesto \$
RE 1. Servicios de Salud costeados.			
1.1. Socialización del Proyecto	Maestranteros UTPL, Tutores	07 de marzo de 2015	35 dólares
1.2. Taller de inducción al proceso de costos	Maestranteros UTPL, Tutores	15 de abril de 2015	45 dólares
1.3 Recolección de información.	Maestranteros UTPL	04 de mayo de 2015	55 dólares
1.4 Instalación de programa Winsig para procesamiento de datos.	Maestranteros UTPL, Tutores	05 de junio de 2015	15 dólares
1.4 Generación de resultados de costos	Maestranteros UTPL, Tutores	17 de agosto 2015	40 dólares
Re2. Análisis gestión presupuestaria			
2.1 Socialización del proceso	Maestranteros UTPL, Tutor	09 de marzo de 2015	40 dólares
2.2. Recolección de datos de la gestión presupuestaria	Maestranteros UTPL, Tutor	17 de abril de 2015	50 dólares
2.3. Evaluación de la gestión presupuestaria	Maestranteros UTPL, Tutor	28 de mayo de 2015	30 dólares
Re3. Estrategias de mejoramiento de gestión financiera formuladas			
3.1. Socialización de resultados	Maestranteros directivos US	septiembre de 2016	40 dólares
3.2. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	Maestranteros directivos US	septiembre de 2016	30 dólares
3.3. Presentación de informe final a autoridades zonales.	Maestranteros directivos US	septiembre de 2016	50 dólares

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1. Resultado 1.- Unidad de dirección distrital costeada

Para poder establecer el resultado 1, fue necesario realizar cronológicamente las actividades propuestas en el plan de desarrollo, las mismas que tuvieron las siguientes actividades:

3.1.1. Actividad 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:

- 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.
- La Coordinación zonal 3, 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 de agosto de 2014 y con el apoyo del tutor, mantuvimos 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.
 - o Evaluar la oferta y demanda de los servicios de primer nivel dentro de su competencia.
 - o Propuestas de mejoramiento de la gestión.
- En este caso y para el presente trabajo, el director distrital, Dr. Álvaro Nicolay Astudillo se comprometió a apoyar la ejecución del proyecto, brindando las facilidades para obtener la información necesaria, así como para obtener datos correspondientes a dicha dirección.

3.1.2. Actividad 1.2 Taller de inducción al proceso de costos.

- Con el apoyo del Director zonal 3 de Provisión de servicios de salud, Director zonal 3 de calidad, Analista responsable del primer nivel de atención de la zona 3 y apoyo técnico de especialista en costos, se mantuvo en la ciudad de Ambato, sesiones de trabajo con el personal operativo responsable de Talento Humano, Financiero y Estadística del Distrito No 18D02, responsables administrativos.

3.1.3. Actividad 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 mes, de enero a diciembre del año 2014, en el área correspondiente a Administración.

a) 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 que labora en el área distrital del presente proyecto. 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 mensualizada 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 informa que este proceso de construcción sufrió serios inconvenientes por la falta de información ordenada, completa y precisa de parte de la Dirección Distrital.

b) Material de oficina, aseo, imprenta etc.

Para el efecto, se prepara la matriz, misma que pretende recopilar 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 pues la Dirección Distrital no posee con exactitud estos rubros y se basa en históricos previos no documentados.

c) Depreciaciones de bienes y uso de inmueble.

Igualmente se prepara una matriz que pretenda tener información sobre los inventarios de activos de toda la dirección distrital 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.

d) Gastos fijos generales

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

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.

3.1.4. Actividad 1.4 Generación de Resultados de Costos.

Se validó la información y se ingresaron los datos al programa Winsig®, herramienta desarrollada 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 dirección.



Figura 13. WinSIG.
Fuente: Programa WinSig.
Elaborado por: Maestrante

a.- Costo administrativo de la dirección distrital

TABLA 7. COSTO PROMEDIO POR SERVIDOR SEDE ADMINISTRATIVA DISTRITO 18D02		
Costo anual de dirección distrital	Número de Servidores del distrito	Costo promedio Servidor Distrito mensual
205.969,11	22	780,18

Fuente: Área Financiera del Distrito 18D02.
Elaborado por: Autor.

El resultado demuestra que el costo anual de la dirección distrital es 205969,11. Así, el costo mensual relativo por servidor es de \$ 780,18.

b.- Costo por población asignada

TABLA 8. COSTO PER CAPITA			
Distrito	Costo total	Población asignada	Costo por habitante
18D02	205.969,11	203.377,00	1,01

Fuente: Área Financiera del Distrito 18D02.
Elaborado por: Autor.

El resultado demuestra que el costo del funcionamiento de la dirección distrital que corresponde a cada individuo de esta población en el año 2014 es de \$ 1,01.

c.- Costos directos

TABLA 9. COSTOS DIRECTOS DE SERVICIOS			
Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
Remuneraciones	198.753,53	198.753,53	99,81
Material de oficina	382,7	382,7	0,19
TOTAL	199.136,23	199.136,23	100,00

Fuente: Área Financiera del Distrito 18D02.
Elaborado por: Autor.

El resultado demuestra que en el Distrito 18D02 como sede Administrativa, el 99,81% del costo directo corresponde a remuneraciones del personal, y el 0,19% al material de oficina.

d.- Costos indirectos

TABLA 10.COSTOS INDIRECTOS DE SERVICIOS			
Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo directo
Servicios básicos	443,62	443,62	6,49
Depreciación	5856,84	5856,84	85,72
Material de aseo	485,98	485,98	7,11
Uso de edificio	46,44	46,44	0,68
TOTAL	6.832,88	6.832,88	100,00

Fuente: Área Financiera del Distrito 18D02.
Elaborado por: Autor.

El resultado demuestra que los costos indirectos del funcionamiento de la dirección distrital el 6,49% corresponden a los servicios básicos, 85,72% a la depreciación, 7,11% al material de aseo, y el 0,68% al uso del edificio.

e.- Costos netos

Como sede administrativa no presenta costos por servicios de atención a pacientes, sus costos son exclusivamente administrativos.

f.- Costos fijos

TABLA 11. COSTOS FIJOS		
DIRECCIÓN DISTRICTAL 18D02		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Remuneraciones	198.753,53	96,91
Servicios básicos	443,62	0,22
Depreciaciones	5.856,84	2,86
Uso edificio	46,44	0,02
Total	205.100,43	100,00

Fuente: Área Financiera del Distrito 18D02.
Elaborado por: Autor.

Del presente cuadro se evidencia que el 96,91% de costos fijos están destinados para las remuneraciones del personal, el siguiente coste con el 2,86% corresponde a las depreciaciones, seguido por los servicios básicos que corresponden al 0,22% y el 0,02% pertenece al uso del edificio.

g.- Costos variables.

TABLA 12. COSTOS VARIABLES		
DIRECCIÓN DISTRITAL 18D02		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Material de oficina	382,70	44,06
Material de aseo	485,98	55,94
Total	868,68	100,00

Fuente: Área Financiera del Distrito 18D02.
Elaborado por: Autor.

Los costos variables de la Dirección Distrital 18D02 está conformado por los materiales de oficina y aseo cuyos montos son prácticamente similares con un ligero mayor porcentaje en los materiales de aseo, correspondiendo al 44,06 y 55,94% respectivamente.

3.1.5. Análisis del indicador del resultado esperado I.

Del indicador propuesto en la Matriz de Marco Lógico se logró completar con el 100% de la actividad propuesta.

3.2. Resultado 2.- Evaluación financiera de la ejecución presupuestaria

3.2.1. Actividad 2.1 Socialización del proceso.

Con el apoyo de las autoridades de la Coordinación Zonal 3, se procedió a convocar al Director Distrital y responsable financiero del distrito, a fin de socializar sobre la estructura y manejo del proceso de costos de la dirección distrital.

Se realizó una reunión de trabajo, de la que se pudo concluir que la dirección distrital maneja información de tipo presupuestario, lo que consiste en la generación de cédulas presupuestarias

en forma mensual, mismas que son trasladadas a la Coordinación zonal para su respectiva consolidación.

Fue entonces necesario incluir en el presente proyecto una evaluación de la gestión presupuestaria, intentando evaluar la calidad del gasto, asociándolo con la producción de la unidad y otros elementos.

Se concluye con el equipo de trabajo, que la generación de cédulas presupuestarias únicamente no permite evaluaciones objetivas de la calidad del gasto, ni es el mecanismo apropiado de asignación de recursos, razón por la cual se propondrán algunos mecanismos alternativos.

3.2.2. Actividad 2.2 Recolección de información.

La evaluación de la ejecución presupuestaria compete principalmente al director distrital. Este proyecto se diferencia del resto de trabajos porque enfoca su aspecto financiero en el coste que representa la Dirección Distrital 18D02, la cual en contraste con otros distritos, pero acorde lo estipula el Modelo de Atención Integral en Salud, cuenta con su edificación y personal específico, ajeno así pero a la vez yuxtapuesto a los servicios que brindan las Unidades de Salud, favoreciendo de esta manera que el personal operativo no se vea obligado a disminuir sus horarios de atención al cliente externo por cumplir con labores administrativas.

3.2.3. Resultado del indicador de la actividad.

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta.

Del análisis de la información, podemos concluir que la Dirección Distrital de Salud tiene en sus haberes costes correspondientes a costos directos, indirectos, fijos y variables. Por la peculiaridad de este trabajo los datos de facturación son provenientes del presupuesto anual asignado al distrito. Se trata pues en este caso de un proyecto que únicamente valida los datos de funcionamiento de la dirección distrital de salud, la misma que por razones obvias no puede realizar un planillaje de servicios, pues esta función no fue contemplada en el Tarifario Nacional de Prestaciones de Servicios de Salud.

3.2.4. Análisis del indicador del resultado esperado II.

El indicador que propuso en la Matriz de Marco Lógico, se completó en un 100% de lo esperado.

3.3. Resultado 3.- Estrategias de mejoramiento

3.3.1. Actividad 3.1 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.

$PEUSD = \frac{CF}{1 - \frac{CV}{VT}}$	Donde:
	PE = Punto de Equilibrio
	CF = Costos Fijos
	CV = Costos Variables
	VT = Ventas Totales – Facturación

3.3.2. Actividad 3.2 Resumen de punto de equilibrio de unidades intervenidas.

PUNTO DE EQUILIBRIO: 18D02	
COSTOS FIJOS	205.100,43
COSTOS VARIABLES	868,68
COSTOS TOTALES	205.969,11
VALORACION DE INGRESOS SEGÚN TARIFARIO	205.969,11
PE USD	205.969,11
PE %	0,00

Gracias al punto de equilibrio calculado podemos concluir que la dirección distrital 18D02 es sostenible pero no es sustentable por sí misma, dado que los ingresos del presupuesto asignado son iguales a la suma de los costos. Sin embargo otro análisis, que podría ser tema de un futuro trabajo, podría incluir los datos de las 17 unidades que pertenecen al distrito, para ser los gastos de la dirección distrital distribuidos en relación con ingresos y egresos de todas las unidades.

3.3.3. Actividad 3.3 Socialización de resultados.

Los resultados del presente proyecto una vez aprobados deberán ser socializados en la Dirección Distrital 18D02 para su correcto juicio, difusión y búsqueda conjunta de estrategias de mejoramiento en lo que corresponde a un análisis financiero y en relación además con el resto de trabajos presentados, los cuales complementan el mismo.

3.3.4. Actividad 3.4 Diseño de estrategias de mejoramiento.

Si reflexionamos que los datos obtenidos y estudiados en el presente estudio, no pertenecen a una realidad exacta y aunque son de suficiente ayuda y acorde al contexto que hoy por hoy viven nuestras unidades de salud, pues la falta de planificación y un adecuado análisis gerencial no ha permitido que estos sean registrados de la manera más adecuada lo cual permita en el momento necesario hacer uso de los mismos de forma eficaz, directa y oportuna.

3.3.4.1. 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 considerados 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

COMPONENTES	18D02
ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	
Comités de salud local funcionando	X
COMITES DE USUARIOS O GRUPOS ORGANIZADOS Y FUNCIONANDO	
Grupos de adultos mayores	X
Grupos de diabéticos	X
Grupos juveniles	
Grupos de personas con discapacidad	
Otros especifique HTA y madres adolescentes	
DIAGNOSTICOS SITUACIONAL INICIAL	X
DIAGNOSTICOS DINAMICOS	X
SALA SITUACIONAL IMPLEMENTADA Y ACTUALIZADA	X
PLANES DE SALUD LOCAL FORMULADOS DE ACUERDO A NORMATIVA Y HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN ESTABLECIDAS POR EL MSP	
COMPROMISOS DE GESTIÓN	X
ACCIONES DE SALUD MONITOREADAS Y EVALUADAS	X

3.3.5. Actividad 3.5. 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.

El informe tendrá los componentes del proyecto.

3.3.6. Actividad 3.6. Análisis con autoridades distritales.

Análisis del indicador del resultado esperado III.

Este resultado con su indicador propuesto en la matriz de marco lógico, está pendiente de ejecución hasta que el proyecto sea aprobado, presentado y defendido en la UTP.

3.4. Análisis general

Los resultados han sido completados casi en su totalidad y excepto por su socialización con el área distrital estudiada, lo cual está aplazado de culminación hasta cumplir con los requisitos previos a su realización, condición sin ecua no carece de la importancia que reviste el presente proyecto.

Además es importante destacar que el proyecto finalizado y expuesto es de gran valor investigativo, social, económico y gerencial para la toma de decisiones, pues constituye una apreciable herramienta gerencial que permita alcanzar con mayor objetividad y base real las metas propuestas en el plan del buen vivir.

CONCLUSIONES

1. Se ha diseñado y validado el proceso de costos del área administrativa distrital 18D02.
2. Como sede administrativa no presenta costos por servicios de atención a pacientes, sus costos son exclusivamente administrativos.
3. Se reconoce que la información obtenida es limitada y aunque cercana a la realidad no es exacta.
4. Está clara la inexistencia de una herramienta gerencial útil que permita una evaluación financiera adecuada, no solo en lo que corresponde al primer nivel de salud, si no que se corresponde con todo el sistema de salud.
5. Se evidencia que ciertas áreas distritales como la de la actual disertación, cumplen ya con el requerimiento de separar el Trabajo Administrativo del Operativo, tal y como lo contempla el Modelo de Atención Integral en Salud.
6. Hay sin embargo que reconocer que la implementación de esta estrategia no es general.
7. No hay evidencia clara, concisa y planificada de las actividades a realizarse, así como las características propias del área administrativa.
8. El Director distrital no dispone de información estratégica para toma de decisiones y esto se debe en parte importante a la ausencia de un sistema adecuado de recolección de información.
9. La coordinación zonal y distrital cumple funciones administrativas que no son contempladas en el tarifario nacional de prestaciones del Sistema de Salud, lo cual hace que estas ocupaciones no generen réditos ya que no se consideran como prestación de servicios de acuerdo al tarifario.
10. Se desconoce si la separación del área administrativa de la operativa es una ventaja.
11. El costo mensual promedio por servidor es de \$ 780.18, considerando sólo el funcionamiento de la dirección distrital.
12. El costo del funcionamiento de la dirección distrital que corresponde a cada individuo de esta población en el año 2014 fue de \$ 1,01.
13. En el Distrito 18D02 como sede Administrativa, el 99,81% del costo directo corresponde a remuneraciones del personal, y el 0,19% al material de oficina.

14. De los costos indirectos del funcionamiento de la dirección distrital el 6,49% corresponden a los servicios básicos, 85,72% a la depreciación, 7,11% al material de aseo, y el 0,68% al uso del edificio.
15. El mayor porcentaje de costos fijos de la dirección distrital 18D02 están destinados para las remuneraciones del personal, correspondiendo al 96,91% del total.
16. Los demás costos fijos tienen un mínimo porcentaje, 2,86% corresponde a las depreciaciones, 0,22% a servicios básicos y el 0,02% pertenece al uso del edificio.
17. Los costos variables de la dirección distrital 18D02 incluyen materiales de oficina y aseo cuyos montos son prácticamente similares, correspondiendo al 44,06 y 55,94% respectivamente.
18. La dirección distrital 18D02 es sostenible pero no es sustentable por sí misma, dado que los ingresos (presupuesto asignado) fueron iguales a la suma de los costos.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer e institucionalizar la implementación de los procesos de costos, y crear una facturación para los recursos de la Dirección Distrital 18D02.
2. Implementar un sistema de información sólido, completo, oportuno y orientado a la toma de decisiones.
3. Implementar un proceso de planificación y evaluación objetiva de los recursos asignados, garantizando utilizar los recursos en forma óptima, corrigiendo cualquier desviación en forma oportuna.
4. Implementar un sistema de rendición de cuentas público, técnicamente diseñado que estimule y fortalezca procesos que generan valor agregado.
5. Es necesario que se confirme apropiadamente las ventajas y desventajas de una labor administrativa apartada de la operativa y se defina si se trata de una estrategia benefactora.
6. Se requiere que el Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, contemple como parte de la prestación de servicios el área administrativa.
7. Crear en base al presente trabajo una herramienta gerencial útil que permita una evaluación financiera adecuada para el sistema de salud.
8. Implementar paulatinamente y a la brevedad posible las estrategias contempladas en el Modelo Integral de Atención en Salud.
9. Planificar las actividades a realizarse y definir las características propias de cada componente del área distrital.
10. Estimular el mejoramiento en la eficiencia de la mano de obra como principal forma de lograr la sostenibilidad y sustentabilidad de los distritos de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Armijos, N. (2009). Guía Didáctica de Planificación Estratégica. Loja Ecuador. Universidad Técnica Particular de Loja.
2. Asamblea Constituyente 2008. Constitución de la República del Ecuador. Ciudad Alfaro 2008.
3. Brommet, A., Lee, J., & Serna, J. A. (2011). Atención primaria: Una estrategia renovada. *Colombia Médica*, 42(3), 379-387.
4. (2016) Recuperado 18 mayo 2016, de <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion#tabs2>
5. Corella JM. La Gestión de servicios de salud. Cap 11. Madrid, Díaz de Santos; 1996.
6. De Francisco, V. C., Cerón, Y., & Herrera, J. A. (2014). Salud familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria. *Colombia Médica*, 26(2), 51-54.
7. (2016) Recuperado 07 junio 2016, de <http://definicion.de/eficacia/#ixzz3bluJmwwi>
8. Donaldson C. The state of the art of costing health care for economic evaluation. *Community Health Studies* 1990; 14(4):341-56.
9. Evaluación económica de Medicamentos. Madrid, Editores Médicos S.A; 1995.
10. Fernández Hatre, Alfonso. "Implantación de un sistema de calidad. Norma ISO 2001 – 2000. IFR Asturias. Digital
11. (2016) Recuperado 15 Mayo 2016, de <http://Geosalud.msp.gob.ec>
12. Gillezcan B, Patricia, Romero Samuel, "Sistemas de costo de calidad como proceso de mejoramiento continuo".pdf.1992
13. Grupo de Trabajo sobre Terminología. Glosario de Términos frecuentemente utilizados en Fármaco economía. Anexo A. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J eds.
14. Informe Mundial de la Salud 2008 - La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
15. Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2010). Censo de población y vivienda. Ecuador
16. Jaramillo J. Gerencia y administración de servicios médicos y hospitales. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, Editora Nacional de Salud y Seguridad Social; 1998.
17. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la OPS. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, 2007.

18. Luft HS, Hunt SS. Evaluating individual hospital quality through outcome statistics. JAMA 986; 255:2780.
19. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, 2008.
20. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). Manual Del Modelo De Atención Integral Del Sistema Nacional De Salud Familiar Comunitario E Intercultural (MAIS-FCI). Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Quito-Ecuador: MSP
21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. Quito-Ecuador: MSP
22. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). Tipología para homologar los Establecimientos de Salud por Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud. Quito-Ecuador: MSP.
23. Ministerio de Salud Pública. (2013). Información estadística de producción de salud. Ecuador. MSP.
24. Ministerio de Salud Pública. (2014). Planificación Estratégica. Ecuador. MSP. (2016) Recuperado 05 mayo 2016, de <http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>
25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014). Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Quito-Ecuador: MSP.
26. (2016). Recuperado 11 Junio 2016, de <http://www.monografias.com/trabajos98/atencion-primariasalud/atencion-primaria-salud.shtml#ixzz3bETw TnEz>
27. MSP, INEC Indicadores Básicos de Salud, 2010
28. Organización Mundial de la Salud (1946). Documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud. Actas Finales de la Conferencia Sanitaria, N°2, p100-153.
29. Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la Salud en el mundo. La atención primaria de Salud, más necesaria que nunca. Ginebra-Suiza: Ediciones de la OMS.
30. Organización Panamericana de la Salud. (2010). Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud - Introducción y Generalidades. Washington, D.C.: OPS.
31. Pesantez León, M. (2012). Guía Didáctica Economía y Salud. Loja-Ecuador: Universidad Técnica particular de Loja.

- 32.** Piedra, M., Buele, N. (2011). Diseño Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud. Loja-Ecuador. Universidad Técnica Particular de Loja.
- 33.** Puig-Junoy J, Ortún-Rubio V, Pinto-Prades JL. Los costes en la evaluación económica de tecnologías sanitarias. Aten Primaria. 2001.
- 34.** Salud en las Américas 2007. Vol. I. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud.
- 35.** Sistema Nacional de Información (2010). Indicadores básicos de población. (2016) Recuperado 25 mayo 2016, de <http://indestadistica.sni.gob.ec>
- 36.** Tejada de Rivero, D. A. (2013). Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 30(2), 283-287.

ANEXOS

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
MATERIALES DE OFICINA	25,28	29,26	27,74	26,22	27,36	24,42
MATERIALES DE ASEO	39,18	40,617	42,408	35,046	42,417	38,75
SERVICIOS BASICOS	22,28	28,97	33,97	33,35	27,15	29,08

	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
MATERIALES DE OFICINA	26,14	28,63	48,15	42,28	39,04	38,28	160,28
MATERIALES DE ASEO	44,22	37,19	42,85	43,22	39,15	41,75	238,418
SERVICIOS BASICOS	47,32	45,52	43,84	43,97	40,09	48,98	174,8

USO DEL INMUEBLE

SERVICIO	m2	Costo metro cuadrado	Total avalúo	USO ANUAL	USO MENSUAL
SERVICIO	m2	Costo metro cuadrado	Total avalúo	USO ANUAL	USO MENSUAL
CONSULTA MEDICINA GENERAL			0	0,00	0
CONSULTA ESPECIALIZADA			0	0,00	0
CONSULTA OBSTETRICIA					
CONSULTA PSICOLOGIA			0	0,00	0
VISITAS DOMICILIARIAS			0	0,00	0
PROMOCION DE LA SALUD			0	0,00	0
ODONTOLOGIA			0	0,00	0
VACUNAS			0	0,00	0
PROCEDIMIENTOS			0	0,00	0
EMERGENCIA			0	0,00	0
LABORATORIO			0	0,00	0
IMAGEN			0	0,00	0
ATENCION DE PARTO			0	0,00	0

REHABILITACION/MEDICINA FISICA			0	0,00	0
AMBULANCIA			0	0,00	0
FARMACIA			0	0,00	0
ADMINISTRACION	30	85,92	2577,6	46,40	3,8664
OTROS BAÑOS					
Total	30		2.577,60		3,87

DEPRECIACIÓN

MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE MUEBLES Y ENSERES						
No.	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL		
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL		0,00	0,00		
2	CONSULTA ESPECIALIZADA			0,00		
3	CONSULTA OBSTETRICIA					
4	CONSULTA PSICOLOGIA			0,00		
5	VISITAS DOMICILIARIAS			0,00		
6	PROMOCION DE LA SALUD			0,00		
7	ODONTOLOGIA		0,00	0,00		
8	VACUNAS		0,00	0,00		
9	PROCEDIMIENTOS		0,00	0,00		
10	EMERGENCIA		0,00	0,00		
11	LABORATORIO		0,00	0,00		
12	IMAGEN			0,00		
13	ATENCION DE PARTO		0,00	0,00		
14	REHABILITACION/MEDICINA FISICA		0,00	0,00		
15	AMBULANCIA			0,00		
16	FARMACIA	0	0,00	0,00		
17	ADMINISTRACION	7900	711,00	59,25		
	Total	7900	711	0		

MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE EQUIPOS DE OFICINA y EQUIPO MEDICO

	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL		0,00	0,00
2	CONSULTA ESPECIALIZADA		0,00	0,00
3	CONSULTA OBSTETRICIA		0,00	0,00
4	CONSULTA PSICOLOGIA		0,00	0,00
5	VISITAS DOMICILIARIAS		0,00	0,00
6	PROMOCION DE LA SALUD		0,00	0,00
7	ODONTOLOGIA		0,00	0,00
8	VACUNAS		0,00	0,00
9	PROCEDIMIENTOS		0,00	0,00
10	EMERGENCIA		0,00	0,00
11	LABORATORIO		0,00	0,00
12	IMAGEN		0,00	0,00
13	ATENCION DE PARTO		0,00	0,00
14	REHABILITACION/MEDICINA FISICA		0,00	0,00
15	AMBULANCIA		0,00	0,00
16	FARMACIA		0,00	0,00
17	ADMINISTRACION	3876,19	348,86	29,07
	Total	3876,19	348,86	29,07

MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE EQUIPOS DE COMPUTO

	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL		0,00	0,00
2	CONSULTA ESPECIALIZADA		0,00	0,00
3	CONSULTA OBSTETRICIA		0,00	0,00
4	CONSULTA PSICOLOGIA		0,00	0,00
5	VISITAS DOMICILIARIAS		0,00	0,00
6	PROMOCION DE LA SALUD		0,00	0,00
7	ODONTOLOGIA		0,00	0,00
8	VACUNAS		0,00	0,00
9	PROCEDIMIENTOS		0,00	0,00
10	EMERGENCIA		0,00	0,00
11	LABORATORIO		0,00	0,00

12	IMAGEN		0,00	0,00	
13	ATENCION DE PARTO		0,00	0,00	
14	REHABILITACION/MEDICINA FISICA		0,00	0,00	
15	AMBULANCIA		0,00	0,00	
16	FARMACIA		0,00	0,00	
17	ADMINISTRACION	5300	477,00	39,75	
	Total	5300	0	39,75	39,75

Establecimiento : DISTRITO 18D02

Período : 01-2014 al 12-2014

Cuadro #1. Producción, Rendimientos y Costos

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo	
			Servicio	Unitario
ADMINISTRACION	#Servs.	0,00	205.969,11	

Establecimiento : DISTRITO 18D02

Período : 01-2014 al 12-2014

Cuadro #4: Costos de operación

	ADMINISTRACION	Total	Porcentaje
REM.PERSO.PLANTA	198.753,53	198.753,53	96,50
Total GASTOS DE PERSONAL	198.753,53		
MAT. OFICINA	382,70	382,70	0,19
MATE. ASEO LIMPIEZA	485,98	485,98	0,24
Total BIENES D USO/CONSUMO	868,68		
SERVICIOS BASICOS	443,62	443,62	0,22
Total SERVICIOS BASICOS	443,62		
DEPRECIACIONES	5.856,84	5.856,84	2,84
Total DEPRECIACIONES	5.856,84		
COSTO USO EDIFICIO	46,44	46,44	0,02
Total COSTO USO EDIFICIO	46,44		
Total c. directo	205.969,11	205.969,11	100,00