



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

## **ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMEDICA**

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

**Evaluación financiera del centro de salud “Anconcito”, Puerto  
Anconcito, Santa Elena, distrito 24d02 zona 5, i nivel de atención 2014**

*TRABAJO DE TITULACION*

**AUTOR:** Vera Mejía, Carlos Fernando.

**DIRECTORA:** Buele Maldonado, Norita Angelita.

**CENTRO UNIVERSITARIO SALINAS**

2017



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2017

## **APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACION**

Dra. Buele Maldonado, Norita Angelita.

### **DOCENTE DE LA TITULACION**

### **CERTIFICA:**

Que el presente trabajo colaborativo titulación titulado Evaluación Financiera del Centro de Salud "Anconcito" Puerto Anconcito – Santa Elena - Distrito 24D02 Zona 5 - I Nivel De Atención – 2014, *realizado* por el Md. Vera Mejía, Carlos Fernando ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja, por lo que autorizo su presentación.

Loja, Marzo 2017

---

Buele Maldonado, Norita Angelita.

## DECLARACIONES DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHO

Yo, Vera Mejía, Carlos Fernando, declaro ser Autor del presente trabajo de titulación Evaluación Financiera del Centro de Salud “Anconcito” Puerto Anconcito – Santa Elena - Distrito 24D02 Zona 5 - I Nivel De Atención – 2014, de la Titulación en Magíster, siendo la Dra. Buele Maldonado, Norita Angelita 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, conceptos, 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 trabajo de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

---

Autor: Vera Mejía, Carlos Fernando.

C.I.: 0920730983

# CERTIFICADO DE LA INSTITUCIÓN



Ministerio  
de Salud Pública



COORDINACION ZONAL 5 – SALUD  
DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 24D02 LA LIBERTAD – SANTA ELENA

Memorando Nro. MSP-CZS5-SE-24D02-2014-2266-M

La Libertad, 22 de octubre de 2014

**PARA:** Sr. Dr. Carlos Fernando Vera Mejia  
**Médico General del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor**

**ASUNTO:** Autorización para realizar el proyecto Evaluación de la Gestión Financiera de las unidades del primer nivel para obtener la maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo local.

De mi consideración:

Reciba cordiales saludos de la Dirección Distrital 24D02 La Libertad - Salinas - Salud, permitiéndome por medio del presente en atención a su solicitar autorización para efectuar el trabajo de titulación denominado EVALUACION DE LA GESTION FINANCIERA para maestría en Gerencia en Salud; informar a usted lo siguiente:

Su investigación la puede desarrollar en el centro de Salud Anconcito, perteneciente al cantón Salinas para lo cual se requiere la presentación del proyecto de investigación para proceder con el análisis respectivo por parte de los Analista Distritales de Calidad de Servicios de Salud de éste distrito.

Particular que remito a usted, para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Galo Steven Tutiven Galvez  
**DIRECTOR DISTRITAL DE SALUD 24D02 LA LIBERTAD - SALINAS,  
ENCARGADO**



Referencias:  
- MSP-CZS5-SE-24D02-VUUAU-2014-0102-E

Anexos:  
- 0102-E\_29-09-2014.pdf



## **DEDICATORIA**

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. A mi familia quienes por ellos soy lo que soy. Para mi Esposa y mi Madre por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos. A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar esta meta.

## **AGRADECIMIENTOS**

El presente trabajo de tesis primero me gustaría agradecer a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado. A la UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional. A mi director de tesis. Por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

Le agradezco a mi esposa por ser parte principal en mi vida y quien gracias a su esfuerzo y comprensión pude seguir adelante con mis estudios brindándome siempre su apoyo para alcanzar cada meta que me he propuesto. Por su amor incondicional y por su paciencia.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional y me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones. Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

## ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACION.....	1
DECLARACIONES DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHO .....	II
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTOS.....	V
ÍNDICE GENERAL .....	i
INDICE DE TABLAS.....	ii
INDICE DE GRÁFICOS.....	iii
INDICE DE ILUSTRACIONES.....	iv
RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMATIZACIÓN .....	4
JUSTIFICACIÓN .....	5
OBJETIVOS .....	6
Objetivo general .....	6
Objetivos específicos.....	6
CAPÍTULO I .....	7
MARCO TEÓRICO.....	7
1.1. Marco institucional.....	8
1.1.1. Aspectos geográficos del lugar .....	8
1.1.2. Características climáticas de Anconcito. ....	8
1.1.3. Accesibilidad del territorio. ....	9
1.1.4. Extensión territorial de la parroquia Anconcito .....	9
1.1.5. Dinámica poblacional .....	11
1.1.6. Análisis situacional del Centro de Salud de Anconcito. ....	13
1.1.7. Misión del Centro de Salud de Anconcito .....	14
1.1.8. Misión del Centro de Salud de Anconcito .....	14
1.1.9. Valores del Centro de Salud de Anconcito .....	15
1.1.10. Objetivos del Centro de Salud de Anconcito .....	15
1.1.11. Organización administrativa del Centro de Salud de Anconcito.....	16
1.1.12. Servicios que presta el Centro de Salud de Anconcito .....	17
1.1.13. Características geofísicas del Centro de Salud de Anconcito.....	17
1.1.14. Políticas del Centro de Salud de Anconcito.....	17
1.2. Marco conceptual .....	18
1.3. Modelo de atención de Salud Integral (MAIS).....	19

1.4. Red Pública Integral de Salud .....	20
1.5. Niveles de Atención de Salud.....	21
1.5.1. Primer nivel .....	22
1.5.2. Segundo nivel de atención .....	23
1.5.3. Tercer nivel de Atención .....	23
1.5.4. Cuarto nivel de Atención.....	23
1.6. Costos en Salud .....	24
1.7. Eficiencia, Eficacia y Calidad .....	24
1.8. Gestión productiva de la Unidad de Salud .....	25
1.9. Sistema de Información Gerencial en Salud .....	25
1.10. Financiamiento del Sistema de Salud.....	26
CAPITULO II .....	27
DISEÑO METODOLÓGICO .....	27
2.1. Matriz de involucrados del problema .....	28
2.2. Árbol de problemas .....	29
2.3. Árbol de objetivos .....	30
2.4. Matriz de Marco Lógico .....	31
2.5. Actividades .....	32
CAPÍTULO III .....	34
RESULTADOS .....	34
3.1. Resultado 1. Servicios de salud costeados.....	35
3.1.1. Actividad 1.1 Socialización del proyecto.....	35
3.1.2. Actividad 1.2 Taller de inducción al proceso de costos.....	36
3.1.3. Actividad 1.3 Recolección de información .....	37
3.1.4. Actividad 1.4 Generación de Resultados de Costos.....	42
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES.....	68
BIBLIOGRAFÍA .....	69

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Índices demográficos generales .....	11
Tabla 2: Población, tasa de crecimiento, extensión y densidad.....	11
Tabla 3: Población rural de la parroquia Anconcito .....	12
Tabla 4: Población Anconcito.....	12
Tabla 5: Población según sexo e índice de masculinidad.....	12

Tabla 6: Población según grupos de edad .....	12
Tabla 7: Población rural de la parroquia Anconcito .....	13
Tabla 8: Características geofísicas del Centro de Salud .....	17
Tabla 9: Matriz de Involucrados .....	28
Tabla 10: Matriz del marco lógico.....	31
Tabla 11: Cronograma de actividades.....	32
Tabla 12: Resultado de la encuesta del nivel de satisfacción al Taller de Introducción al proceso de costos .....	37
Tabla 13: Costo de atención promedio anual .....	43
Tabla 14: Costo per cápita de la población .....	43
Tabla 15: Costos directos anuales de los servicios en relación al costo total anual	44
Tabla 16: Costos indirectos anuales de los servicios .....	44
Tabla 17: Costo integral anual de los servicios .....	45
Tabla 18: Costos fijos anuales .....	46
Tabla 19: Costos variables anuales .....	47
Tabla 20: Atención médica por edades de enero a diciembre 2014 .....	51
Tabla 21: Número de Atenciones por tipo de consulta de enero a diciembre 2014 centro de Salud Anconcito .....	51
Tabla 22: Tabla de referencias.....	52
Tabla 23: Resumen de la planeación anual de las prestaciones de salud en 2014	54
Tabla 24: Cálculo del punto de equilibrio 2014.....	56
Tabla 25: Monitoreo de los productos de los equipos de salud de primer nivel .....	59
Tabla 26: Estándares generalmente aceptados para el tiempo de prestación de los servicios .....	60
Tabla 27: Indicadores de monitoreo y evaluación .....	61
Tabla 28: Evidencias de los resultados alcanzados con el proyecto .....	65

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Mapa de ubicación de la parroquia Anconcito .....	8
Gráfico 2: Red vial de la parroquia Anconcito .....	9
Gráfico 3 Acantilados de Anconcito .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Gráfico 4: Índices de pobreza .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Gráfico 5: Perfil ocupacional del sector.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Gráfico 6. Resumen de la planeación mensual de las prestaciones de salud en 2014 .....	53
Gráfico 7: Resumen de la planeación prestaciones de servicios de salud en 2014 .....	54

## INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Población económicamente activa del Ecuador	<b>Error! Marcador no definido.</b>
Ilustración 2: Determinantes de la salud .....	18
Ilustración 3: Modelo de Atención Integral Nacional del MSP .....	19
Ilustración 4: Modelo de Componentes de Salud.....	20
Ilustración 5: Niveles de atención de la Red Pública Integral de Salud Ecuatoriana .....	22
Ilustración 6: Árbol de problemas .....	29
Ilustración 7: Árbol de objetivos .....	30
Ilustración 8: Instalación programa WinSig .....	42
Ilustración 9: Relación Costos y Facturación de Enero a Diciembre 2014 .....	56

## RESUMEN

Esta investigación trata sobre la evaluación financiera del Centro de Salud “Anconcito” de Puerto Anconcito de La Península de Santa Elena en 2014.

Para desarrollar la presente evaluación se elaboró un Proyecto de Investigación como parte de la Maestría en Gerencia en Salud, este está estructurado mediante el diseño de Marco Lógico, cumpliendo la siguiente secuencia lógica: primero se realizó una preparación de condiciones para lograr el compromiso e involucramiento de la administración y los trabajadores con el progreso de las actividades en conjunto, posteriormente se realizó un diagnóstico de la situación actual de la institución en cuanto a misión, visión, objetivos estratégicos, aspectos geográficos, características demográficas del sector, calidad y oportunidad de los servicios médicos que se brindan.

Se logró evaluar el componente financiero del Centro de Salud Anconcito, mediante el análisis de costos, valoración económica de las prestaciones y formulación de estrategias de mejoramiento. Se realizó costeo de los servicios de salud, se valoró económicamente las prestaciones de salud en base al tarifario del sistema nacional de salud y se formularon estrategias de mejoramiento de la gestión financiera.

**Palabras claves:** Estrategias, mejoras, tarifario, servicios, costeo

## **ABSTRACT**

This research is about the financial evaluation of the Health Center "Anconcito" of Puerto Anconcito of the Peninsula of Santa Elena in 2014.

In order to carry out this evaluation, a Research Project was developed as part of the Master in Health Management, which is structured through the Logical Framework design, following the following logical sequence: first, a preparation of conditions to achieve commitment and involvement Of the administration and workers with the progress of the activities as a whole, a diagnosis of the current situation of the institution in terms of mission, vision, strategic objectives, geographic aspects, demographic characteristics of the sector, quality and timeliness of Medical services provided.

It was possible to evaluate the financial component of the Anconcito Health Center, through cost analysis, economic valuation of benefits and formulation of improvement strategies. Cost of health services was made, health benefits were evaluated economically based on the tariff of the national health system and strategies for improving financial management were formulated.

Keywords: Strategies, improvements, tariff, services, costing

## INTRODUCCIÓN

La Salud y la Economía se armonizan y crean un duplo necesario en la administración pública, esto es debido a que las decisiones en salud tiene un impacto económico, por lo que el afán del sistema sanitario nacional es ofertar al usuario atención oportuna y efectiva.

Asegurar, apoyar y agilizar programas, planes, objetivos y proyectos gubernamentales, en la actualidad es el objetivo primordial dentro del contenido de la administración pública, por tanto el uso de las herramientas técnicas adecuadas es lo oportuno en su ejecución.

Una de las proposiciones fundamentales en la actualidad, del estado ecuatoriano es la de “buen vivir” siendo preciso se garantice una mayor optimización de los recursos. En contraposición tenemos que es frecuente encontrar que los responsables de la gestión financiera de los centros de salud optan por aplicar modificaciones que permitan garantizar el cumplimiento de las metas establecidas.

Por otra parte el nuevo modelo de gestión del Ministerio de Salud Pública, se enfoca en dar cumplimiento a las exigencias de la población, teniendo como objetivo el desarrollar organizaciones maleables con plena capacidad de garantizar la calidad de los servicios y otorgar un mejor nivel de cobertura mediante una eficiente de los recursos mejorando así los indicadores actuales.

El evaluar financieramente los centros de salud, tomando en cuenta lo expuesto en el párrafo anterior, forma parte de una herramienta importante en la toma de decisiones identificando oportunidades a partir de las debilidades y amenazas institucionales.

Éste proyecto se desarrolló exitosamente debido al alto nivel de compromiso demostrado por el personal financiero y administrativo del centro de salud Anconcito, dando las facilidades requeridas para cumplir con lo propuesto en un principio con miras al desarrollo de mejoras a través de información confiable.

La elaboración del trabajo está basada a la información hallada, posteriormente verificada a fin de asegurar un trabajo sostenible en su misma legitimidad contextual, estructurando un plan de mejoramiento para el Centro de Salud por medio de la formación de estrategias financieras alineadas a la realidad local.

## PROBLEMATIZACIÓN

Los centros de salud, e instituciones de salud ecuatorianas en general se muestran como si sus productos no asumiesen coste, ni forjaran entradas, lo que produce un mal manejo de los bienes por los pacientes externos o internos, realidad que trasciende directamente en la eficacia de las asistencias concedidas.

Al ejecutar una evaluación situacional respecto a inconvenientes económicos del centro de Salud Anconcito mostró como principal problema que inexiste una Valoración Financiera en la institución, mostrándose como componentes de causa los presentados a continuación:

1.- El centro de salud Anconcito no efectúa el coste de los servicios de salud considerando que el sistema de información no está suficientemente organizado, está fragmentario al no contar con registros ajustados por movimientos, por uso de recursos para la aplicación ni por individuo, de igual forma no hay el personal apto en coste para resolver y examinar los datos, esto ocurre por su estructura pues no fue creada para obtener costos sino información frecuente de egresos, además, inexiste cultura de costos entre el personal que son los comisionados de registrar, fiscalizar y estudiar los datos de precio, induciendo que se excluya el costo beneficio de la atención médica integral.

2.- No existe registro de las prestaciones de salud por medio de la factura debido a que el funcionario olvida el argumento de la facturación y con esto el punto de equilibrio (PE) donde los ingresos son asimiles a los egresos.

3.- Carencia de tácticas de mejoramiento de la comisión financiera a causa de ausencia de programación e inobservancia de las políticas de financiamiento, repercutiendo en una deficiente utilización de recursos fiscales.

Todo este argumento nos guía al uso impropio de los recursos económico financiero, afectando en la atención de sus usuarios internos y externos. Se establece entonces una pregunta base ¿Es factible hacer una gestión Financiera en el centro de salud Anconcito de Puerto Anconcito?

## JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación permitirá dar a conocer la utilidad que tiene en la práctica el uso de métodos y técnicas para realizar evaluación financiera de instituciones de la salud que prestan servicios médicos a la población.

Además, el proyecto trasciende los marcos del Centro de Salud “Anconcito”, debido a que los criterios que se operan son de carácter general, por tanto adaptables a otras instituciones o entidades de este sector en este tiempo y en el futuro. Un procedimiento útil para costear y proyectar los servicios de la salud en entidades públicas y privadas.

La información proveniente de la estimación financiera es legítima para la toma de decisiones enmarcando la utilización eficiente y eficaz los recursos limitados: medicamentos e insumos, equipos médicos e instalaciones; profesionales de la salud, al facilitar un balance de lo que se planeó con su cumplimiento original, pudiendo así fijar: objetivos, estrategias y operaciones enfocadas en mejorar.

Además, las capacitaciones ejecutadas a lo largo de la investigación cumplen las necesidades de información de todos los que intervinieron directa o indirectamente con éste.

Para finalizar, el presente proyecto permitirá que el autor ultime los estudios de Magister en Gerencia de la Salud, mismo que le otorgará tener un cometido superior en el accionar de su desempeño laboral.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Evaluar el componente financiero del Centro de Salud Anconcito del distrito 24D02 Zona 5, 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 específicos**

- 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.

**CAPÍTULO I**  
**MARCO TEÓRICO**

## 1.1. Marco institucional

### 1.1.1. Aspectos geográficos del lugar

La construcción del centro de salud se basa en los ideales de las necesidades de la comunidad. El comité local de salud se estructuró para trabajar en el beneficio de su comunidad en conjunto con otras instituciones.

La parroquia Anconcito perteneciente al cantón Salinas, está ubicada a 355 Km. al suroeste de Quito, a 140 km. al sureste de Guayaquil y a 15 Km. Del balneario turístico de Salinas, existiendo una sola vía de acceso Guayaquil-Salinas.



Superficie: 8.8 Km<sup>2</sup>

**Gráfico 1: Mapa de ubicación de la parroquia Anconcito**

Fuente GAD parroquial Anconcito  
Elaborado por: Autor

### 1.1.2. Características climáticas de Anconcito.

El puerto Anconcito, se presenta un clima tropical seco, ya que se encuentra ubicada en una sector pesquero de mucha afluencia de personas dedicadas al comercio de la pesca..

El terreno debido al tipo de clima se muestra árido o desértico. Su temperatura oscila, generalmente, entre los 21 a 33 grados Celsius

### 1.1.3. Accesibilidad del territorio.

La parroquia Anconcito tiene dos vías de acceso: una que viene desde la vía Guayaquil - Salinas, entrando por el acceso a la parroquia rural de Atahualpa y que pasa por la parroquia rural de Ancón; y la otra desde la intersección en la vía de Libertad a Salinas a la altura del Centro de Atención Ciudadana, hacia la zona denominada Mar Bravo camino de Punta Carnero, desde donde es parte de la ruta del Spondilus, con gran belleza escénica, y cuyo mar es considerado de alto riesgo. En este filo costero están ubicados los laboratorios acuícolas, algunos abandonados sin que se haya revertido su uso adecuadamente.

Las vías internas en la población están asfaltadas solamente en un 15% y el resto a nivel lastrado, por lo que el polvo que se genera representa un problema para la población.



**Gráfico 2: Red vial de la parroquia Anconcito**

Fuente GAD parroquial Anconcito  
Elaborado por: Autor

### 1.1.4. Extensión territorial de la parroquia Anconcito

La parroquia Anconcito se encuentra ubicada en la parte Sureste del cantón Salinas en la provincia de Santa Elena.



Ilustración 1: Extensión territorial de la parroquia Anconito

**Fuente** GAD parroquial Anconito

**Elaborado por:** Autor

La parroquia rural de Anconito, es parte del cantón Salinas, en la provincia de Santa Elena, es conocido como un importante puerto pesquero artesanal y todas las actividades económicas están relacionadas a este.

Su territorio compuesto de 18 barrios consolidados y 1 en proceso de conformación, debido a la constante migración de otros lugares del Ecuador especialmente de Manabí. También se ubica en su territorio una procesadora de productos de mar, en la que se realizan actividades industriales, así como talleres de botes de fibra de vidrio, y los laboratorios acuícolas. La comercialización de la pesca artesanal se realiza con los puertos pesqueros de Santa Rosa del cantón Salinas y con el puerto de Chanduy. Sus pescadores capturan desde Esmeraldas hasta el norte del Perú.

La población se asentó a lado del Puerto, en una playa que está ubicada entre acantilados. Al momento de elaborar el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial Parroquial se encuentra construyéndose la denominada “facilidad pesquera” que pretende mejorar la organización así como proveer de servicios a los pescadores para que puedan almacenar el producto.

### 1.1.5. Dinámica poblacional

Información demográfica

**Tabla 1: Índices demográficos generales**

Menor de un año	1 a 4 años	2 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 64 años	65 a 74 años	75 y más años
330	1.303	978	1.529	1.383	1.253	6.765	449	310
<b>Embarazadas</b>					<b>MUJERES EN EDAD FERTIL (M.E.F.)</b>			
					<b>10 a 49 años</b>		<b>5 a 49 años</b>	
203					3968		3289	

Fuente INEC. Resultados de los Censos de Población, 1990, 2001 y 2010.

Elaborado por: Autor

**Tabla 2: Población, tasa de crecimiento, extensión y densidad**

CANTÓN - PARROQUIA	POBLACIÓN 1990	POBLACIÓN 2001	POBLACIÓN 2010	TASA DE CREC. POB. INTERANUAL (1990-2001)	TASA DE CREC. POB. (2001-2010)	EXTENSIÓN (KM <sup>2</sup> )	DENSIDAD (HAB/KM <sup>2</sup> )
Salinas	32.434	49.572	68.675	3.86	38,54 %	68.7	721,6
Anconcito	5.001	8.561	11.822	4.89	38,09 %	8.8	972,8

Fuente INEC. Resultados de los Censos de Población, 1990, 2001 y 2010.

Elaborado por: Autor

**Tabla 3: Población rural de la parroquia Anconcito**

PARROQUIA	CABECERA LOCALIDAD	POBLACIÓN	%
Anconcito	Cabecera parroquial	8.487	99,1
	Resto de la parroquia	74	0,9
Total		8.561	100,0

Fuente INEC. Resultados de los Censos de Población, 1990, 2001 y 2010.

Elaborado por: Autor

**Tabla 4: Población Anconcito**

JURISDICCIÓN	POBLACIÓN 2001	POBLACIÓN 2010	VARIACIÓN %	TASA %
Anconcito	8.561	11.636	35,9	2,79

Fuente INEC. Resultados de los Censos de Población, 1990, 2001 y 2010.

Elaborado por: Autor

**Tabla 5: Población según sexo e índice de masculinidad**

AÑO	HOMBRES	MUJERES	I.M. = (H/M)*100
2001	4.465	4.096	109,0
2010	6.020	5.621	107,1

Fuente INEC. Resultados de los Censos de Población, 1990, 2001 y 2010.

Elaborado por: Autor

**Tabla 6: Población según grupos de edad**

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN	%
0 – 9	3.285	27,79
10 – 19	2.606	22,04
20 – 39	3.563	30,14
40 – 59	1.782	15,07
60 y más	586	4,95
Total	11.822	100,0

Fuente INEC. Resultados de los Censos de Población, 1990, 2001 y 2010.

Elaborado por: Autor

## Características de la migración / emigración.

En un estudio de opinión a los pescadores (2004) a propósito de la construcción del puerto pesquero, tomando como universo un total de 1693 pescadores, se identificó que el 29% de los pescadores es oriundo de esta misma parroquia, mientras que aproximadamente un 37% es oriundo de la Provincia de Manabí. El 43% de los pescadores de Anconcito nacieron en otras lugares fuera de la Provincia de Santa Elena (Manabí, Esmeraldas, Guayas, Los Ríos), al analizar este porcentaje se obtuvo que el 57.7% de ellos tiene entre 10 y 20 años viviendo en la Parroquia de Anconcito.

El 99,1 % de la población de Anconcito vive en la cabecera parroquial, muy pocos en forma dispersa o en el resto de la parroquia, Ver Cuadro #12, Población Rural de la Parroquia Anconcito.

**Tabla 7: Población rural de la parroquia Anconcito**

<i>Parroquia</i>	<i>Cabecera o localidad</i>	<i>Población</i>	<i>%</i>
<i>Anconcito</i>	<i>Cabecera parroquial</i>	<i>8.487</i>	<i>99,1</i>
	<i>Resto de la parroquia</i>	<i>74</i>	<i>0,9</i>
<i>Total</i>		<i>8.561</i>	<i>100,0</i>

**Fuente** INEC. Resultados de los Censos de Población, 1990, 2001 y 2010.

**Elaborado por:** Autor

Información que proviene de los profesores que participaron en el último Censo de Población realizado en noviembre del 2.010, permite conocer resultados anticipados del total de personas empadronadas en la parroquia Anconcito, destacándose que la población se ha incrementado en 35,9 % entre 2.001 y 2.010, lo que determinaría una tasa de crecimiento del 2,79%; Ver Cuadro # 13, Población Anconcito.

### 1.1.6. Análisis situacional del Centro de Salud de Anconcito.

Para el año de 1988, con la ayuda de personas solidarias con experiencia humanitaria y conocimientos básicos en medicina se inició las actividades de atención en salud para los habitantes del puerto pesquero Anconcito.

El 05 de agosto de 1995 bajo el apoyo del presidente Sixto Durán Ballén pasó a formar parte del PLAN NACIONAL DE SALUD, mediante la necesidad de los pobladores del sector, mediante un brote de dengue que provoco la atención del gobierno de turno.

Posteriormente mediante la estructuración del nuevo sistema sanitario nacional, se ha establecido lineamientos y bases que fomentan un cambio permanente en la atención en salud que se brinda a la comunidad.

#### **1.1.7. Misión del Centro de Salud de Anconcito**

El Centro de Salud de Anconcito brinda servicios médicos y asistenciales de acuerdo a patrones internacionales de calidad y seguridad del paciente; facilitados por profesionales con una consistente visión científica y académica permanente, actuando con sentido filántropo y responsable.

La unidad médica en estudio pertenece al Ministerio de Salud Pública, por lo tanto su plataforma estratégica debe estar afirmada absolutamente a los principios declarados por ésta cartera de estado.

“Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud”.

#### **1.1.8. Misión del Centro de Salud de Anconcito**

Como es de conocimiento general en la red nacional de salud toda unidad operativa apunta a ser el mejor Centro de Salud público; sin embargo, en el desarrollo de la investigación esta unidad operativa avizora ser un ejemplo en lo que respecta a atención médica, actividades de docencia e investigación fundadas en profesionalismo sustentado con estándares internacionales.

“El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando 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”.

### **1.1.9. Valores del Centro de Salud de Anconcito**

El servicio sanitario nacional establece para las Unidades operativas de salud el establecimiento de los siguientes 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 debe ejecutarse 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.

### **1.1.10. Objetivos del Centro de Salud de Anconcito**

Según el Manual de Atención Integral en Salud MAIS se establecen los siguientes objetivos:

**Objetivo 1:** Incrementar la eficiencia y efectividad del Sistema Nacional de Salud.

**Objetivo 2:** Incrementar el acceso de la población a servicios de salud.

**Objetivo 3:** Incrementar la vigilancia, la regulación, la promoción y prevención de la salud.

**Objetivo 4:** Incrementar la satisfacción de los ciudadanos con respecto a los servicios de salud.

**Objetivo 5:** Incrementar las capacidades y competencias del talento humano.

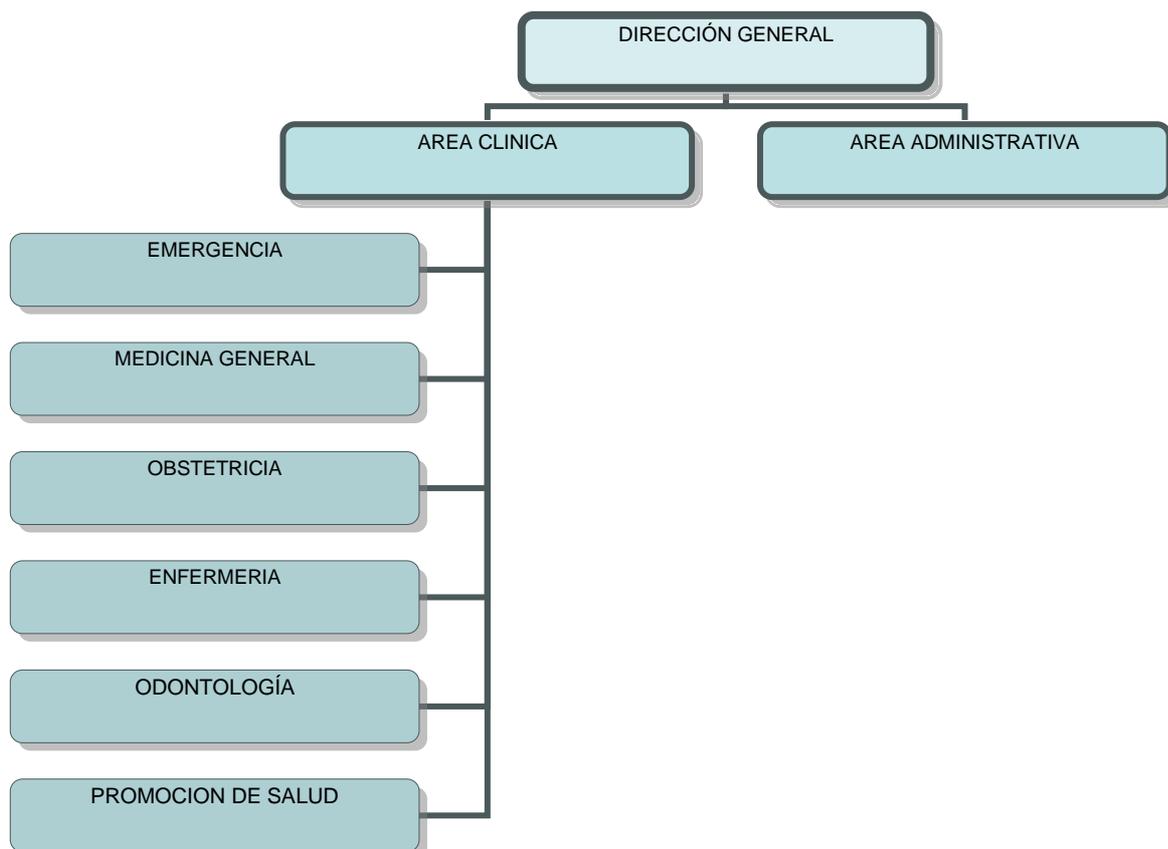
**Objetivo 6:** Incrementar el uso eficiente del presupuesto.

**Objetivo 7:** Incrementar la eficiencia y efectividad de las actividades operacionales del Ministerio de Salud Pública y entidades adscritas.

**Objetivo 8:** Incrementar el desarrollo de la ciencia y la tecnología en base a las prioridades sanitarias de la salud

### 1.1.11. Organización administrativa del Centro de Salud de Anconcito

El Centro de Salud de Anconcito se sujeta en lo administrativo al Distrito de Salud 24D02 La Libertad – Salinas, y a su vez a la Coordinación Zonal 5 Salud.



**Ilustración 2: Estructura organizativa del Centro de Salud Anconcito**

**Fuente** Levantamiento de la información

**Elaborado por:** Autor

### 1.1.12. Servicios que presta el Centro de Salud de Anconcito

El centro de Salud ofrece los siguientes servicios:

- Emergencia
- Medicina física y rehabilitación
- Medicina general
- Obstetricia
- Odontología
- Promociones de la salud
- Datos estadísticos de cobertura del Centro de Salud

### 1.1.13. Características geofísicas del Centro de Salud de Anconcito

La estructura física del Centro de Salud posee un área de recepción, una sala de emergencia, varios consultorios y área administrativa – estadística.

**Tabla 8: Características geofísicas del Centro de Salud**

ASPECTO	DETALLES
<b>Pertenencia</b>	Es prestada, perteneciente al GAD Parroquial
<b>Metraje</b>	420M <sup>2</sup>
<b>Infraestructura</b>	Buenas condiciones con mantenimiento permanente
<b>Tipo de construcción</b>	Bloque y cemento, hormigón armado y baldosa
<b>Servicios básicos</b>	Agua potable, Luz eléctrica, Telefonía fija, Alcantarillado, Recolección de basura
<b>Áreas existentes</b>	2 consultorios médicos 1 consultorio de obstetricia 1 consultorio de odontología Farmacia Estadística Recepción

Fuente Levantamiento de la información

Elaborado por: Autor

### 1.1.14. Políticas del Centro de Salud de Anconcito

A continuación se presentan las políticas del centro de salud Anconcito.

- La universalización de la atención, mejorando calidad y ampliando cobertura.
- Fortalecer los servicios estatales.
- Garantizar las prácticas ancestrales.
- Brindar cuidados especiales a los grupos de atención prioritarios.
- Asegurar acciones y servicios de salud sexual y reproductiva y garantizar salud integral de las mujeres, en particular durante embarazo, parto y postparto.
- Garantizar la disponibilidad de medicamentos de calidad, seguros y eficaces.
- Promover el desarrollo integral del personal de salud.

## 1.2. Marco conceptual

### Salud

El MAIS-FCI asume el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales (Ministerio de Salud Pública, 2012).

### Determinantes de salud

Los determinantes de salud son las variables que ocasionan el problema y las que lo protegen (HEATH, 2000).

En la siguiente ilustración se muestran ejemplos de determinantes de la salud.

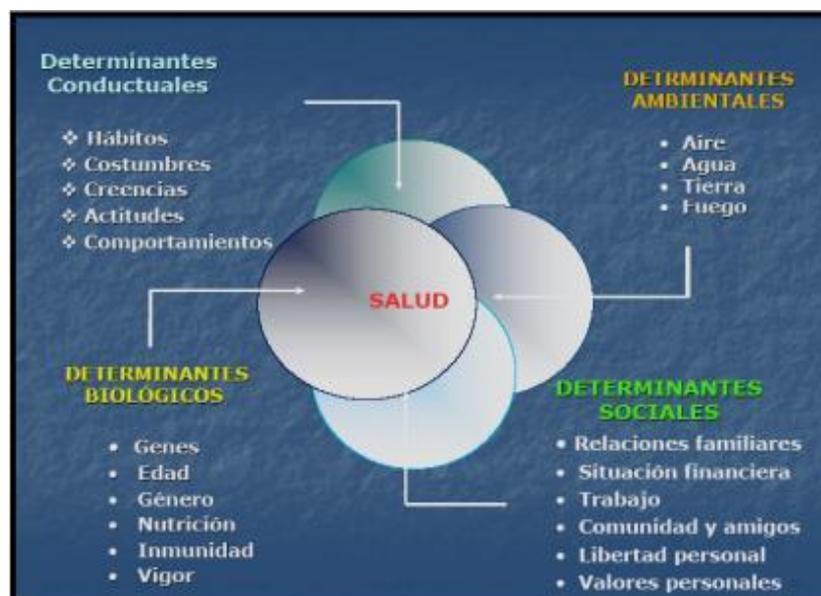


Ilustración 3: Determinantes de la salud

### 1.3. Modelo de atención de Salud Integral (MAIS)

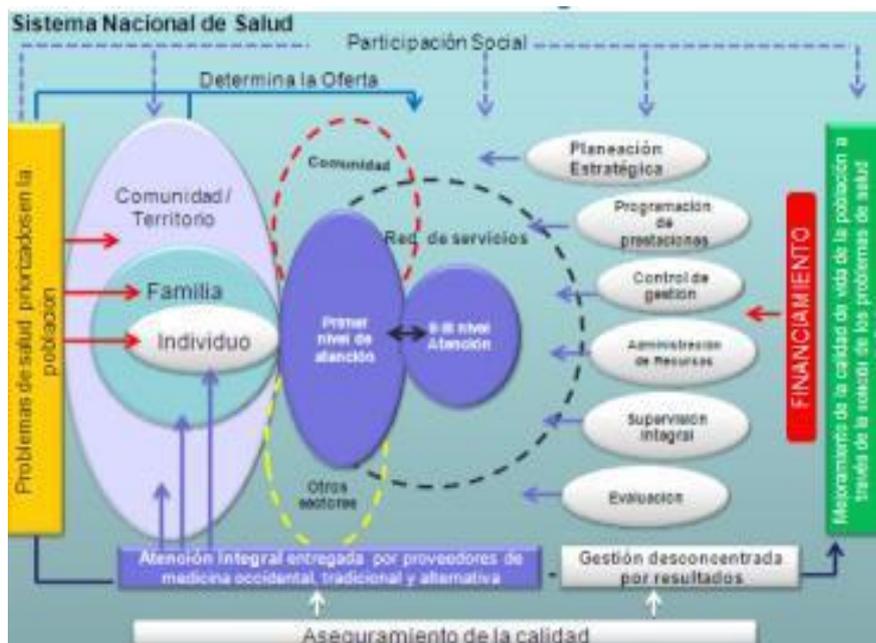


Ilustración 4: Modelo de Atención Integral Nacional del MSP

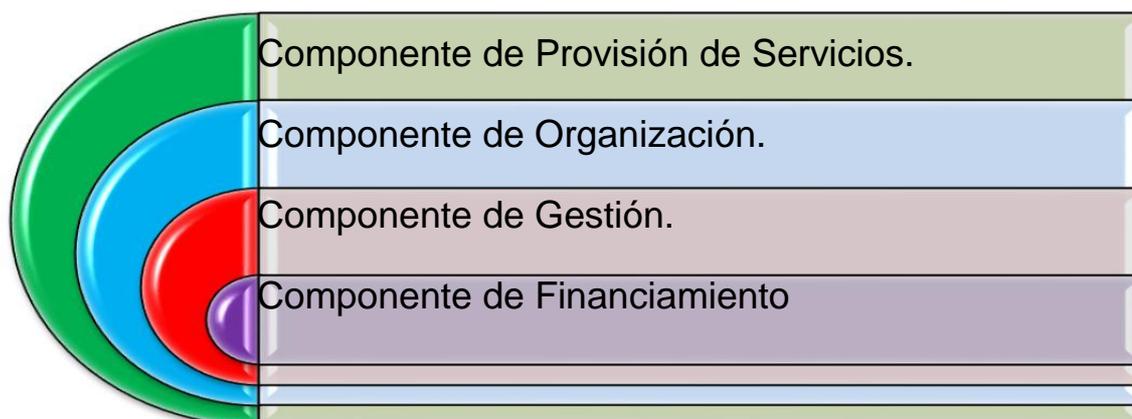
Fuente Ministerio de Salud Pública, 2012

Elaborado por: Autor

Se considera modelo de atención de salud integral, a la forma de organización que permite el desarrollo de procedimientos de gestión de salud, tanto de las enfermedades como de los indicadores que afectan la calidad de vida de la sociedad.

De acuerdo con lo que determina en la Constitución del Ecuador 2008 sección salud, artículo 358.

El estado se encuentra en la obligación de garantizar a todos los ecuatorianos una atención de salud eficiente y eficaz, gratuita y fomentada los principios de solidaridad, calidez humana, sin distinción de raza condición social o género (Constitución del Ecuador, 2008



**Ilustración 5: Modelo de Componentes de Salud**

Fuente Ministerio de Salud Pública, 2012  
 Elaborado por: Autor

#### 1.4. Red Pública Integral de Salud

Según (Ministerio de Salud Pública, 2012),

La red pública integral de salud ecuatoriana es un convenio marco e interinstitucional ente el Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y el Ministerio de Salud.

Según (Ministerio de Salud Pública, 2012),

El objetivo de este convenio es establecer mecanismos de articulación entre las instituciones públicas prestadoras de salud, y las instituciones aseguradoras de salud para establecer directrices a las que deberán sujetarse a los convenios específicos y/o cualquier instrumento jurídico que en lo adelante suscriba entre los miembros, vigente por tres años.

Dentro del componente organización del Modelo de Atención Integral de Salud el desarrollo de la Red Pública Integral de Salud y su complementariedad con el sector privado a nivel territorial es prioritaria, de tal manera que se afirma que “para el Sistema Nacional de

Salud, es un desafío la construcción de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) que se complementa con el sector privado con y sin fines de lucro, de forma complementaria y que en conjunto, en forma progresiva, estructura una red integrada de servicios de salud

Para (Ministerio de Salud Pública, 2012),

Una parte fundamental de la red se encuentra: El Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud, tanto institucionales, como profesionales, proporcionados por las instituciones de salud públicas y privadas en el marco de la red pública integral y complementaria del Sistema Nacional de Salud.

El Tarifario permite establecer el monto de pago para cada uno de los procedimientos utilizados para la atención de salud; tales como honorarios médicos, servicios institucionales ambulatorios u hospitalarios, etc., por medio de la integración de las unidades de valor relativo de los procedimientos y el factor de conversión monetario.

### **1.5. Niveles de Atención de Salud.**

Según (Álvarez, Vacarezza, Vignolio, & Sosa, 2011),

Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. “Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, si no en el de los problemas de salud que se resuelven (pág. 8).

El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se organizan de acuerdo al tipo de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para garantizar continuidad y el acceso escalonado de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud. 85

En Ecuador los establecimientos de servicios de salud, se clasifican por Nivel de Atención y de acuerdo a su capacidad resolutoria, mismos que son los que se presentan en la ilustración siguiente:



Ilustración 6: Niveles de atención de la Red Pública Integral de Salud Ecuatoriana

**Fuente** Ministerio de Salud Pública, 2012

**Elaborado por:** Autor

A continuación se explican los niveles de atención de la Red Pública Integral de Salud Ecuatoriana, expuesto Subsecretaría Nacional de Gobernanza de Pública Subsecretaría la Salud Pública en el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 86).

### 1.5.1. Primer nivel

El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada y debe resolver el 80% de las necesidades de salud de la población y a través del sistema de referencia-contrareferencia se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema.

El Acuerdo Ministerial No 0.01203 establece que en todos los establecimientos de salud se aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud acorde a las necesidades de la población.

Establece también que el sector salud representado por el Ministerio de Salud Pública, promoverá la investigación científica, y su integración con la actividad asistencial y docente en todas las unidades de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, y orientará al abordaje de los problemas de salud prioritarios. Señala que el flujo del usuario se regirá estrictamente según la normativa del Sistema de Referencia y Contra referencia emitida por el Ministerio de Salud Pública.

### **1.5.2. Segundo nivel de atención**

Comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio).

Da continuidad a la atención INICIADA en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso al II nivel se lo realizara a través del primer nivel de atención exceptuándose los caso de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno.

Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles.

### **1.5.3. Tercer nivel de Atención**

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley; se incluyen los siguientes

### **1.5.4. Cuarto nivel de Atención**

El IV nivel de atención es el que concentra la experimentación clínica, pre registro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad.

Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).

## 1.6. Costos en Salud

El conocimiento de los mismos ayuda de manera importante en la gestión de servicios de salud; puesto que es una herramienta gerencial a la hora de tomar decisiones importantes; por lo tanto se debe tener claro conceptos como:

**Costo:** para (Pesantez León, 2012), “es el gasto económico que representa la producción de un bien o la prestación de un servicio. En salud es todo el monto de recursos que se invierten en cada uno de los aspectos del proceso de atención para la salud” (pág. 48).

**Costos directos:** según (Pesantez León, 2012), “es el monto de los recursos que intervienen directamente con la producción u oferta de un servicio” (pág. 48).

**Costos indirectos:** para (Pesantez León, 2012), “es el monto que no se relaciona directamente con la producción de un servicio pero si es apoyo para la producción final” (pág. 48).

**Costo fijo:** según (Pesantez León, 2012), “son los gastos que ocurren, independientemente del volumen de producción” (pág. 48).

**Costo variable:** para (Pesantez León, 2012), “es aquel cuyo valor depende directamente del volumen de producción” (pág. 48).

**Punto de equilibrio:** según (Pesantez León, 2012), “es el punto en el cual los ingresos totales son igual a costos totales, “es el punto en el que ni se gana ni se pierde” (pág. 91).

## 1.7. Eficiencia, Eficacia y Calidad

En salud estos conceptos fueron definidos por (Pitisaca & Quizhpe, 2012, pág. 43) del siguiente modo:

**Eficiencia.-** son los resultados conseguidos con relación a los recursos consumidos. **Eficacia:** Se refiere al grado de cumplimiento de los objetivos de la organización, sin referirse al costo de los mismos. Puede ser algo imparcial porque solo analiza los objetivos alcanzados dejando de lado otros parámetros necesarios e incluyentes en los procesos. **Calidad:** Capacidad de la institución por responder en forma consistente, rápida y directa a las necesidades de los usuarios.

## **1.8. Gestión productiva de la Unidad de Salud**

La gestión productiva es un tema gerencial que ha sido enfocado por varias instituciones internacionales encargadas de la salud, para promover la organización, ocupar de la mejor manera la información obtenida en las unidades de salud estableciendo así que:

Para (Organización Panamericana de la Salud, 2010)“Su premisa es 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 en salud” (pág. 14).

Está basada en el análisis de la producción, eficiencia, recursos y costos; que cierran círculos de trabajo en el que se puede mejorar rotundamente con información verídica y basada en evidencia, con el fin de controlar y evaluar de tal manera que se pueda realizar mejora continua de la capacidad productiva de los servicios. La tecnología informática es parte esencial de esta gestión y cuenta con programas especiales para el manejo de la información.

Con todo esto se espera lograr contribuir al cambio en estilos de gestión, establecer costos de los servicios como resultado de la eficiencia en las funciones de producción, información actualizada para la gestión, evitar la improvisación y la actuación en condiciones de incertidumbre, entre otros alcances.

## **1.9. Sistema de Información Gerencial en Salud**

El sistema de información es un ordenamiento sistemático y permanente de sus distintos componentes; que en salud es imprescindible debido a que se necesita siempre de datos registrados y estandarizados por un sistema de información.

Con el sistema de información gerencial en salud, según (Gallo, 2011) “se logra la organización de la información de una institución prestadora de servicios de salud para su análisis y uso en la gestión administrativa mediante la toma de decisiones” (pág. 14).

Es así que alrededor de la función gerencial se evidencia el ciclo de la información obtenida que va a ser analizada y con lo cual prosigue toma de decisiones que terminan plasmadas en acciones que llevan a mejorar el desempeño institucional

### **1.10. Financiamiento del Sistema de Salud**

El financiamiento del Sistema de Salud es el mecanismo por el cual se abastece de fondos de diversas fuentes para la producción o compra de servicios de salud, con el fin de garantizar calidad, equidad acceso universal a los mismos.

Dicho financiamiento debe ser responsable, oportuno, eficiente y suficiente; en los últimos años se ha visto incrementado el financiamiento en el sector salud nacional, lo cual se encuentra reflejado en mejores coberturas entre otros indicadores.

Las fuentes de financiamiento para la salud generalmente son públicas, privadas y externas; las mismas que pueden usar mecanismos de financiamiento como seguro social o privado.

**CAPITULO II**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

## 2.1. Matriz de involucrados del problema

Tabla 9: Matriz de Involucrados

Grupos y/o instituciones	Intereses	Recursos y mandatos	Problemas percibidos
Director Distrital	Conseguir un buen Financiamiento	Recursos humanos Mandato: constitución política del Ecuador, Art. 359.- El sistema Nacional de Salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud	Incumplimiento de las Políticas de Financiamiento
Directora de Unidad Médica	Mejorar la eficiencia, de la atención de la Unidad	Recursos humanos Mandato: constitución política del Ecuador, Art. 359.- El sistema Nacional de Salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud	Falta de estrategias de mejoramiento de la gestión financiera
Unidad de Financiero	Conseguir un buen financiamiento.	Recursos humanos Mandato: constitución política del Ecuador, Art. 359.- El sistema Nacional de Salud comprenderá las instituciones, políticas, recursos, acciones y actores en salud	Falta de mejoramiento de gestión financiera

Fuente Cuadro 4 del WINSIG

Elaborado por: Autor

## 2.2. Árbol de problemas

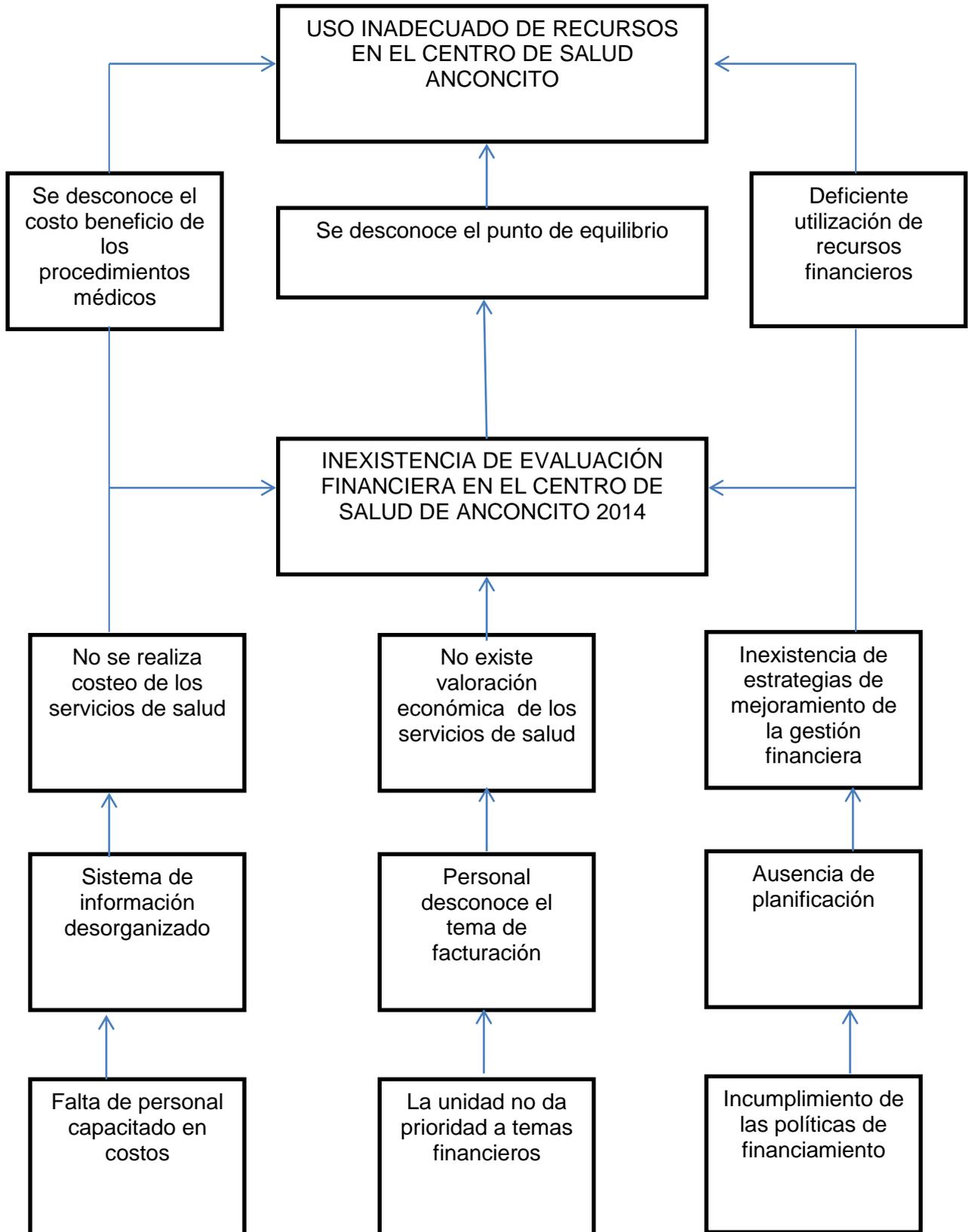
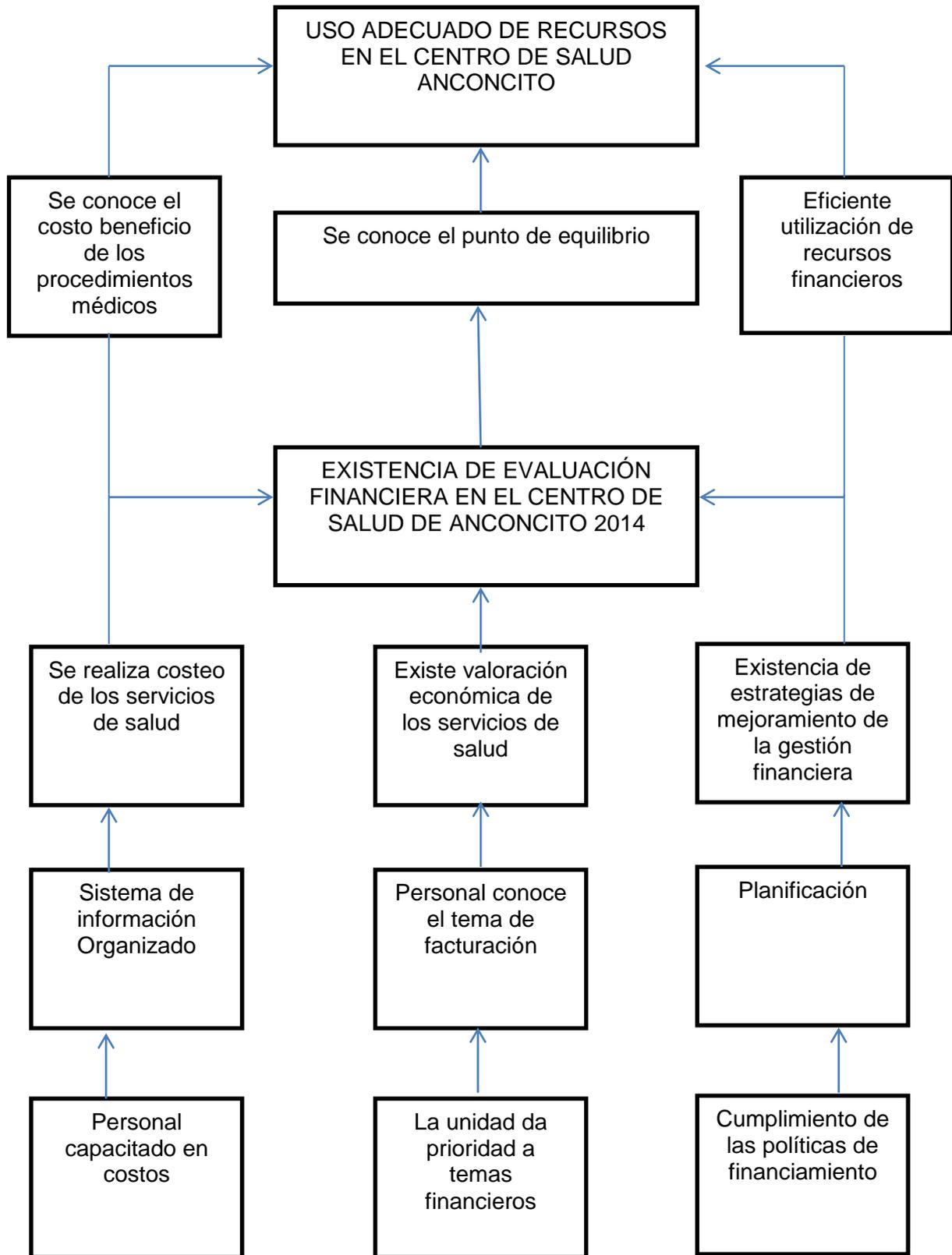


Ilustración 7: Árbol de problemas

Fuente Cuadro 4 del WINSIG  
Elaborado por: Autor

### 2.3. Árbol de objetivos



**Ilustración 8: Árbol de objetivos**

Fuente Cuadro 4 del WINSIG  
 Elaborado por: Autor

## 2.4. Matriz de Marco Lógico

**Tabla 10: Matriz del marco lógico**

Objetivo	Indicadores	Fuentes de verificación	Supuestos
FIN Contribuir Al uso Óptimo de recursos en El Centro de Salud Anconcito			Participación activa de los directivos y personal de la Unidad
PROPÓSITO Gestión Financiera de La Centro de Salud San Cristóbal evaluado	Hasta Junio del 2015 Evaluación Financiera ejecutada al 100%	Informe escrito de la evaluación financiera	Participación activa del financiero.
RESULTADOS ESPERADOS 1.-Servicios de salud costeados	100% de los servicios de Salud costeados hasta marzo 2015	Matrices para cálculo de costo llenas, fotos de taller de inducción al proceso de costo lista de asistentes, estrategias	Participación del personal del Centro de Salud
2.- Prestaciones de salud valoradas económicamente	100% de las prestaciones valoradas económicamente hasta marzo 2015	Fotos de socialización del manejo del tamaño. Lista de asistencia.	Personal de salud motivado a participar
3.-Estrategias de Mejoramiento de Gestión Financiera formuladas	El 100% De las estrategias formuladas y Socializadas hasta julio 2015	Fotos elaboradas y difundidas. Fotos de taller de socialización	Participación Del maestrante Y personal

Fuente Cuadro 4 del WINSIG

Elaborado por: Autor.

## 2.5. Actividades

Tabla 11: Cronograma de actividades

<b>RE 1. Servicios de Salud costeados</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Responsables</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Presupuesto USD</b>
1.1.Socialización del Proyecto	Maestranes UTPL, Tutores	18-22 noviembre 2014 07 de Marzo 2015	100 dólares
1.2.Taller de inducción al proceso de costos	Maestranes UTPL, Tutores	23 de Enero 2015	100 dólares
1.3. Recolección de información.	Maestranes UTPL,	08-22 Enero 2015	300 dólares
1.4. Instalación de programa winsig para Procesamiento de datos.	Maestranes UTPL, Directivos de la unidad	18 de Abril al 17 de Mayo 2015	150 dólares
1.5.Generación de resultados de costos	Maestranes UTPL, Tutores	18 de Mayo al 15 de Junio del 2015	200 dólares
<b>RE2. Prestaciones de salud valoradas económicamente</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Responsables</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Presupuesto USD</b>
2.1. Socialización del Manejo del tarifario del sistema nacional de salud.	Maestranes UTPL, Tutores	18-22 noviembre 2014 07 de Marzo 2015	200 dólares
2.2. Recolección de Información de Producción del Establecimiento de Salud	Maestranes UTPL, Srta Altamirano Ana Tutores	22 de Diciembre-07 de Enero 2015	400 dólares
2.3. Valoración Económica De las prestaciones de salud según el Tarifario del Sistema Nacional de salud actual	Maestranes UTPL, Tutores		30 dólares
<b>RE3. Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera formuladas</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Responsables</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Presupuesto USD</b>
3.1.Calculo de punto de equilibrio	Maestranes UTPL, Tutores		30 dólares
3.2.Socialización de resultados	Maestranes Directivos unidad de salud		120 dólares
3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según	Maestranes Directivos unidad de salud		250 dólares

resultados obtenidos			
3.4. Presentación de Informe final a autoridades zonales.	Maestranteros Directivos de salud	unidad	120 dólares

**Fuente** Cuadro 4 del WINSIG

**Elaborado por:** Autor

**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS**

### **3.1. Resultado 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. Actividad 1.1 Socialización del proyecto**

Considerando que la temática planteada en el proyecto es un tema completamente nuevo en el Centro de Salud "Anconcito", 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.

Se suscribió con el MSP, la carta de confidencialidad para garantizar el buen uso de la información solicitada.

Mediante quipux No.21 La Coordinación zonal 5, 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 y con el apoyo del tutor, 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:

Conocer una metodología de costeo de servicios de salud.

La posibilidad de conocer el costo de los servicios de su distrito.

Evaluar el uso de los recursos de las unidades de primer nivel a su cargo

Tener un acercamiento con el Tarifario del Sistema Nacional de Salud. Impulsar el proceso de recuperación de costos de servicios brindados en el primer nivel.

Conocer un modelo financiero que incentive la eficiencia.

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.

La dirección distrital se ha comprometido apoyar en la ejecución del proyecto, brindando las facilidades para obtener la información necesaria.

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

Con el apoyo de las direcciones zonales de provisión de servicios de salud y de calidad, el analista responsable del primer nivel de atención de la zona 5, y el apoyo técnico de especialista en costos, se mantuvo en Puerto Anconcito con fecha 26 de noviembre de 2014, sesiones de trabajo con el personal operativo responsable de Talento Humano, Financiero, Estadística del Distrito número 24D02, 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.

Al final del taller se realizó la evaluación, en la que se midió el nivel de satisfacción del personal al mismo, utilizando una encuesta obteniéndose los siguientes resultados:

**Tabla 12: Resultado de la encuesta del nivel de satisfacción al Taller de Introducción al proceso de costos**

	PREGUNTA	SI	%	NO	%	TOTAL
1.	Comprendió los temas expuestos	27	96,8%	1	3,12%	28
2.	La jornada cumplió con el objetivo propuesto	28	100%	0	0%	28
3.	Hubo dominio del tema por parte del conferencista	28	100%	0	0%	28
4.	Le pareció importante la actualización que ha recibido	28	100%	0	0%	28
5.	Han renovado sus conocimientos con los temas de exposición	28	100%	0	0%	28
6.	Los temas tratados ¿puede ponerlos en práctica?	27	96,8%	1	3,12%	28

Fuente Encuesta

Elaborado por: Autor

Como se puede observar se percibe un nivel de satisfacción con el taller de introducción al proceso de costos resultó elevado ya que tiene un nivel de aceptación de más del 96%.

### 3.1.3. Actividad 1.3 Recolección de información

Para el cumplimiento de esta actividad se llenaron las matrices de costo con la ayuda del personal involucrado quienes facilitaron la información correspondiente. Se siguieron los lineamientos entregados por la Universidad Técnica Particular de Loja,

“Procedimientos para el Cuadro 4 del WINSIG de costos en el primer nivel”, y para su efecto se utilizaron las matrices diseñadas para cada componente del costo.

Esta fase de recolección fue muy compleja ya no siempre hubo disposición para la entrega de la información.

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

**a) Mano de obra**

Se recolectaron los datos, en base al siguiente lineamiento:

Remuneraciones: Este rubro se incluye el gasto de la mano de obra del personal de planta y contratos. El valor estará compuesto además del salario mensual unificado por otros elementos como el aporte patronal, fondos de reserva, horas extras, subsidios de antigüedad y familiar, etc.; además se incluirá la parte proporcional mensual 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 dos 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, lo cual está respaldado por el Art.47 del Código del Trabajo de Ecuador que estipula la jornada máxima de trabajo, de ocho horas diarias, de manera que no excedan de cuarenta horas semanales, salvo por disposición de la ley en contrario.

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 173.20 horas en el mes.

La segunda corresponde a la remuneración de los empleados y los gastos asociados, en esta matriz se detallan los centros de costos, el talento humano que labora en estos y el tiempo de trabajo. Los cálculos se presentan mensuales y anuales. Todo esto sirvió de base para calcular el costo hora hombre que multiplicado por las horas de atención en servicio permite conocer el total del costo por concepto de mano de obra de cada centro de costo.

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 patronal y personal a la seguridad social, los salarios del decimotercero y decimocuarto mes, que cuando se suman se obtiene el gasto de total de la mano de obra, que al dividirlo por las horas trabajadas da como resultado el costo de hora hombre.

#### **b) Medicamentos e insumos médicos**

Para el efecto, se prepara la matriz, mediante la cual se recopila el consumo de medicinas, insumos o dispositivos médicos, reactivos de laboratorio y biomateriales odontológicos consumidos por la unidad operativa durante el mes, por cada uno de los centros de costo. Se aclara que se registrara datos sobre consumos reales y no por el plan.

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

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

Como se puede observar los reactivos y los biomateriales odontológicos representan el 35.49% y el 47.85% respectivamente del total de medicamentos e insumos médicos.

#### **c) Consumo de bienes**

Para el efecto, se prepara la matriz, mediante la cual se recopila el consumo de materiales de oficina, materiales de aseo, materiales de impresión y fotografía, materiales de uso informático, combustibles y lubricantes, repuesto y accesorios, lencería, mantenimiento de bienes y materiales varios consumidos por la unidad operativa durante el

mes, por cada uno de los centros de costo. Se aclara que se registrara datos sobre consumos reales y no por el plan.

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

La matriz de consumo de bienes se muestra en el anexo 4.

Los materiales para el mantenimiento de bienes con el 19.24%, los materiales de impresión y fotografía con el 16.49% y los materiales de aseo con el 15.12% son los que mayor peso específico tienen con relación al resto de los bienes consumidos.

#### **d) Depreciaciones de bienes y uso de inmueble**

Se preparó una matriz para obtener información sobre los de activos fijos tangibles 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 5.

La depreciación de los activos fijos tangibles se puede observar en el anexo 6, la cual fue calculada para los siguientes grupos:

Muebles y enseres.

Equipos de oficina y equipos médicos. Vehículos.

Equipos de cómputo.

#### **d) Gastos fijos generales**

Esta partida de gasto contempla: agua y alcantarillado, luz eléctrica propia y alumbrado público, telecomunicaciones ( Internet, call center), servicio de vigilancia con terceros, servicio de limpieza con terceros, seguros, viáticos, pasajes y otros. Los importes

aparecen en el anexo 7 y los mismos se incrementan mensualmente por el efecto de la inflación con una tasa de crecimiento del 2%.

En el proceso de recolección de datos se realizó tanto con el distrito como en el Centro de Salud.

**e) Datos de producción**

En esta partida se obtuvo información sobre el total de: consultas, procedimientos, exámenes de laboratorio y recetas despachadas. Estos datos aparecen en el anexo 8.

Par concluir con este punto se puede decir 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 se pretenden alcanzar, sin embargo se reconoce 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, del Centro de Salud y especialmente en el MSP.

Falta de información real de los distritos y del Centro de Salud evidenció la inexistencia de un sistema de información.

### 3.1.4. Actividad 1.4 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 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.



**Ilustración 9: Instalación programa WinSig**

**Fuente** Cuadro 4 del WINSIG

**Elaborado por:** Autor

Con la ayuda del programa Win Sig, se generaron los cuadros gerenciales de cada mes del año 2014. El cuadro 1 indica el costo por cada centro de costos; y el cuadro 4 informa sobre los costos totales y el porcentaje de utilización de cada centro de costo, tal como se muestra a continuación.

## 1.- Costo de atención

**Tabla 13: Costo de atención promedio anual**

Costo total Anual	Número de atenciones	Costo promedio por atención
1.032.059,32	37.260	27,69

Fuente Cuadro 4 del WINSIG

Elaborado por: Autor

Los valores se obtuvieron del cuadro gerencial 1 del winsig. En el costo total anual 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 del talento humano con un peso específico del 79.18 % del total de costos directos y el 49.49% de los costos totales.

## 2.- Costo por población asignada

**Tabla 14: Costo per cápita de la población**

Costo total Anual	Población asignada	Costo per cápita
1.032.059,32	6.673	154,66

Fuente Cuadro 4 del WINSIG

Elaborado por: Autor

La población asignada corresponde a todos los habitantes de Anconcito, para ello se tomó el Censo de Población y Vivienda del 2010 visto en el capítulo 1.

### 3. Costo de servicios

#### 3.1. Costos directos.

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

**Tabla 15: Costos directos anuales de los servicios en relación al costo total anual**

<b>Servicio</b>	<b>Costo total del Servicio</b>	<b>Costo directo del servicio</b>	<b>% del costo total</b>
CONSULTA EXTERNA	202.988,27	126.846,32	50,15
CONSULTA OBSTETRICIA	136.685,79	85.414,24	60,46
CONSULTA PSICOLOGIA	81.048,12	50.646,55	76,02
VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PREVENTIVO	318.768,06	199.196,51	75,85
VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE CURATIVO	128.507,59	80.303,73	75,83
ODONTOLOGIA	623.237,03	389.457,59	85,21
EMERGENCIA	160.337,99	100.194,38	68,52
<b>TOTAL</b>	<b>1.651.572,85</b>	<b>1.032.059,32</b>	<b>72,04</b>

Fuente Cuadro 4 del WINSIG

Elaborado por: Autor

El costo directo de los servicios contiene las siguientes partidas: gastos de personal, gastos de medicinas e insumos, gastos de bienes de consumo, gastos por el uso de la infraestructura, gastos de depreciación y servicios comprados a terceros.

El costo total de los servicios no incluye a los gastos de administración.

El costo directo representa el 72.04 % de los gastos totales y el salario es la variable de mayor peso específico con un 49.49% del total y 79.18 % de los directos.

Por otra parte la odontología tiene un porcentaje mayor porque es la que más número de profesionales posee y la que más materiales consume.

#### 3.2. Costos indirectos

**Tabla 16: Costos indirectos anuales de los servicios**

<b>Servicio</b>	<b>Costo total del Servicio</b>	<b>Costo indirecto del Servicio</b>	<b>% del costo</b>
CONSULTA EXTERNA	202.988,27	76141.95	60,49
CONSULTA OBSTETRICIA	136.685,79	51271.55	52,37
CONSULTA PSICOLOGIA	81.048,12	30401.57	40,10
VISITAS DOMICILIARIAS ENFOQUE PREVENTIVO	318.768,06	119571.55	40,24
VISITAS DOMICILIARIAS ENFOQUE CURATIVO	128.507,59	48203.86	40,26
ODONTOLOGIA	623.237,03	233779.44	32,87
EMERGENCIA	160.337,99	60143.61	46,02
<b>TOTAL</b>	<b>1.651.572,85</b>	<b>619513.53</b>	<b>43,24</b>

Fuente Cuadro 4 del WINSIG

Elaborado por: Autor

Los costos indirectos son los gastos incurridos en los centros de costos siguientes: Promoción de la salud, Procedimiento, Laboratorio, Farmacia y Administración. Estos fueron distribuidos al costo directo de los productos a través de la estructura porcentual de los costos directo, siempre que hayan hecho uso de ellos.

El costo total de los servicios no incluye a los gastos de administración. Los costos indirectos tienen un peso específico en el costo total de 43.24%, siendo el salario y los gastos asociados a este el que más influencia tienen.

### 3.3. Costo integral de los servicios

**Tabla 17: Costo integral anual de los servicios**

<b>Actividades</b>	<b>Costo total del Servicio actividad</b>	<b>Costo por integral</b>	<b>Costo neto</b>
CONSULTA EXTERNA	202.988,27	46.10	30.87
CONSULTA OBSTETRICIA	136.685,79	29.27	19.73
CONSULTA PSICOLOGIA	81.048,12	33.85	26.20
VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PREVENTIVO	318.768,06	46.11	34.56
VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE CURATIVO	128.507,59	55.53	42.46
ODONTOLOGIA	623.237,03	52.17	42.66
EMERGENCIA	160.337,99	34.69	25.15
<b>COSTO TOTAL</b>	<b>1.651.572,85</b>		

Fuente Cuadro 4 del WINSIG

Elaborado por: Autor

El costo integral o total absorbe todos los costos y gastos que ocurren en un período, por tanto incluye los costos directos, los indirectos y los de administración

El costo neto se calcula a través de la siguiente fórmula  $CN = CT - CNA$

Donde:

CN: costo neto. CT: costo total.

CNA: costos no admisibles.

Los costos no admisibles corresponden a los gastos de promoción de ventas, comercialización y de servicio posterior a la venta; por tanto esos gastos no existen en este Centro de Salud y reflejaría el mismo valor del costo total.

### 3.4. Costos fijos

**Tabla 18: Costos fijos anuales**

<b>ITEM</b>	<b>TOTALES</b>	<b>% EN RELACIÓN AL TOTAL</b>
Personal	765.183.70	99.46%
Uso de infraestructura	1,052.00	0.13%
Depreciación	3,397.16	0.41%
<b>TOTAL COSTOS FIJOS</b>	<b>821,752.44</b>	

n

**Fuente** Cuadro 4 del WINSIG

**Elaborado por:** Autor

Los costos fijos representan el 94.83 % del costo total acogiendo gastos de personal, consumo de bienes, uso de infraestructura, depreciaciones y los costos indirectos relacionados con los servicios de apoyo y los gastos de administración. El gasto que tiene mayor relevancia es el de mano de obra que representa el 99,46% del costo fijo total.

### 3.5. Costos variables.

**Tabla 19: Costos variables anuales**

<b>TIPO DE COSTO</b>	<b>MONTO</b>	<b>% EN RELACION AL TOTAL</b>
Costo Total	1,651,572.85	100.00%
Costo Fijo	821.752,44	49.75%
<b>TOTAL COSTO VARIABLE</b>	<b>829.820.41</b>	<b>50.25%</b>

Fuente Cuadro 4 del WINSIG

Elaborado por: Autor

Los costos variables anuales representan el 0.89% del costo integral e incluye el total de medicinas e insumos tales como: medicinas, insumos y/o dispositivos médicos, reactivos de laboratorio y biomateriales odontológicos. Se consideran variables porque son los únicos gastos que varían con el nivel de actividad del Centro de Salud, siendo el costo total puesto en manifiesto en la tabla 25 de producción, rendimientos y costos consolidada de enero -diciembre 2014.

### **3.2. Resultado 2. Prestaciones de salud planillados**

#### **3.2.1. Actividad 2.1 Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud**

Con el apoyo de las autoridades de la Coordinación Zonal 5, 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 3 de octubre de 2014 en la ciudad de Puerto Baquerizo con la siguiente temática:

Programa de capacitación sobre el tarifario del sistema nacional de salud

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.

Consulta externa.

Consulta obstetricia

Consulta psicología

Visitas domiciliarias con enfoque preventivo

Visitas domiciliarias con enfoque curativo

Promoción de la salud

Odontología

Procedimientos

Emergencia

Laboratorio

3.- Ejercicios prácticos.

Tutores: Personal técnico especializado en el uso del Tarifario del Sistema Nacional de Salud de la coordinación zonal 5.

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 5 y los responsables del proceso financiero.

### **3.2.2. Actividad 2.2 Recolección de información**

Para la recolección de datos que permitan la facturación o planeación de los servicios prestados por el Centro de Salud “Anconcito”, se procedió a procesar la información de la producción, teniendo al RDACAA como fuente de información. Utilizando filtros y tablas dinámicas, fue posible obtener los siguientes datos:

#### **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.

#### **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.

#### **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

### **Resultado de la actividad.**

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, existe mucha incoherencia en los datos, no se dispone de un sistema de información técnicamente diseñado y orientado a obtener resultados esperados, sin embargo se reconoce que es muy orientador, ya que RDACAA contiene toda la producción de las atenciones, sin embargo es importante puntualizar que existe serias deficiencias en su registro.

El resto de los servicios fue valorado en base a los reportes adicionales de cada uno de ellos. Las unidades del MSP, no reportan la producción detallada de cada uno de los servicios, en los Distritos, solo se consolidan datos globales, hecho que constituye una serie limitación en el ámbito gerencial.

A continuación se muestra información sobre la producción obtenida en la entidad objeto de estudio.

**Tabla 20: Atención médica por edades de enero a diciembre 2014**

Meses	Neonatos	Lactantes	Niños	Escolares	Adolescentes	Adultos		Adulto mayor	Total
	Menores a 28 días	29 días a 11 meses	1 a 4 años	5 a 10 años	11 a 19 años	20 a 49 años	50 a 64 años	65 años y mas	
Enero	102	167	440	521	538	581	558	256	<b>3.163</b>
Febrero	81	134	384	470	408	500	578	367	<b>2.922</b>
Marzo	69	123	392	483	417	575	702	215	<b>2.976</b>
Abril	69	159	454	638	424	486	749	212	<b>3.191</b>
Mayo	79	143	417	503	448	476	880	231	<b>3.177</b>
Junio	65	124	472	570	398	527	847	150	<b>3.153</b>
Julio	70	129	478	577	447	548	739	99	<b>3.087</b>
Agosto	47	96	396	480	514	568	806	248	<b>3.155</b>
Septiembre	71	118	406	509	551	571	865	48	<b>3.139</b>
Octubre	82	131	401	473	511	555	734	95	<b>2.982</b>
Noviembre	99	94	397	453	496	596	828	187	<b>3.150</b>
Diciembre	114	173	484	497	447	565	676	209	<b>3.165</b>
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>1.591</b>	<b>5.121</b>	<b>6.174</b>	<b>5.599</b>	<b>6.548</b>	<b>8.962</b>	<b>2.317</b>	<b>37.260</b>

Fuente Cuadro 4 del WINSIG

Elaborado por: Autor

El total de pacientes atendidos en el centro de salud Anconcito en el año 2014 fue de 37.260, el mes con mayor atención de pacientes fue abril con 3.177 y el mes con menor atención fue febrero con 2.982 lo cual estuvo motivado por errores en la planeación de las vacaciones de los médicos. Como se puede observar el grupo etario que más asiste a las consultas es el de 50-64 años y el que menos asiste es el de menores de 28 días.

**Tabla 21: Número de Atenciones por tipo de consulta de enero a diciembre 2014 centro de Salud Anconcito**

Meses	Médico medicina interna	Médicos obstetras	Psicólogo	Médico familiar	Médico familiar rural	Odólogos	Médicos Medicina General	Total
Enero	399	391	205	566	202	1.000	400	3.163
Febrero	200	388	198	567	197	967	405	2.922
Marzo	200	390	204	578	212	994	398	2.976
Abril	403	386	200	589	206	1.005	402	3.191
Mayo	410	389	201	594	199	985	399	3.177
Junio	391	388	202	583	200	989	400	3.153
Julio	427	387	200	567	104	1.001	401	3.087

Agosto	396	391	197	573	201	989	408	3.155
Septiembre	404	385	199	554	193	999	405	3.139
Octubre	383	390	193	600	199	1.016	201	2.982
Noviembre	405	393	202	545	204	998	403	3.150
Diciembre	385	391	193	596	197	1.003	400	3.165
<b>Total</b>	<b>4.403</b>	<b>4.669</b>	<b>2.394</b>	<b>6.912</b>	<b>2.314</b>	<b>11.946</b>	<b>4.622</b>	<b>37.260</b>

Fuente Matrices de facturación.

Elaborado por: Autor

El mayor número de atenciones corresponde a las atenciones odontológicas con el 32,06% del total de consultas, seguido de los médicos rurales con un 18,55%. El profesional que registra el menor número de atenciones es médico general rural 6,21%.

**Tabla 22: Tabla de referencias**

Meses	1 consulta	2 consultas	3 consultas	4 consultas	5 consultas o más	Total personas atendidas
Enero	2024	633	316	127	63	<b>3163</b>
Febrero	1870	584	293	117	58	<b>2922</b>
Marzo	1905	594	298	119	60	<b>2976</b>
Abril	2042	638	319	128	64	<b>3191</b>
Mayo	2033	635	318	127	64	<b>3177</b>
Junio	2018	631	315	126	63	<b>3153</b>
Julio	1976	617	309	123	62	<b>3087</b>
Agosto	2019	631	316	126	63	<b>3155</b>
Septiembre	2009	627	314	126	63	<b>3139</b>
Octubre	1908	596	298	119	60	<b>2981</b>
Noviembre	2016	630	315	126	63	<b>3150</b>
Diciembre	2026	633	317	127	63	<b>3166</b>
<b>Total</b>	<b>23846</b>	<b>7449</b>	<b>3728</b>	<b>1491</b>	<b>746</b>	<b>37260</b>

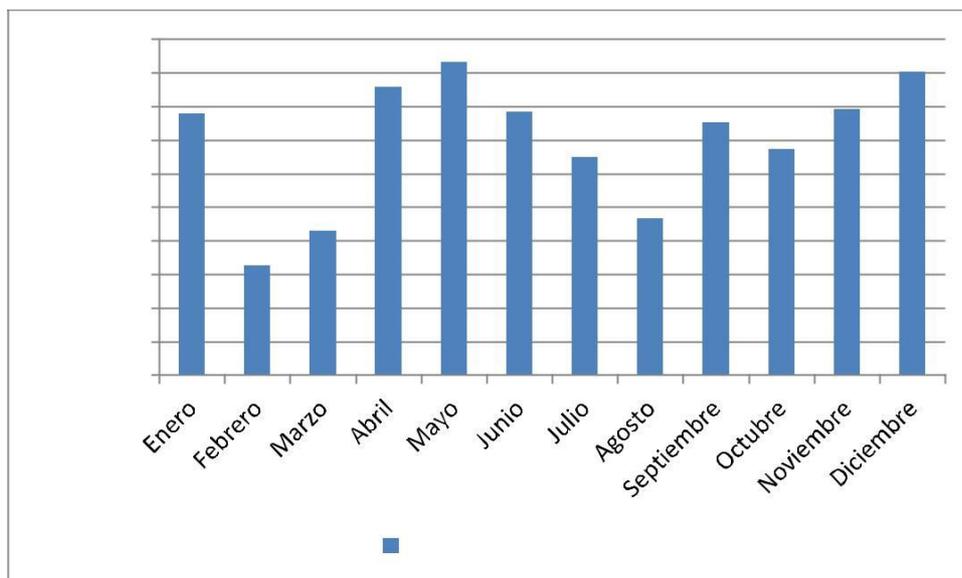
Fuente Matrices de facturación

Elaborado por: Autor

La frecuencia de uso de las consultas en el año 2014 se comportó en orden descendente de la siguiente manera: las primeras consultas 64%, las segundas 19.99%, las terceras 10.01%, las cuartas 4.0% y las quinta o más con el 2,0%.

### 3.2.3. Actividad 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 planillados de cada servicio, siendo los siguientes los resultados obtenidos:



**Gráfico 3. Resumen de la planeación mensual de las prestaciones de salud en 2014**

Fuente Matrices de facturación  
Elaborado por: Autor

**Tabla 23: Resumen de facturación de las prestaciones de salud en 2014**

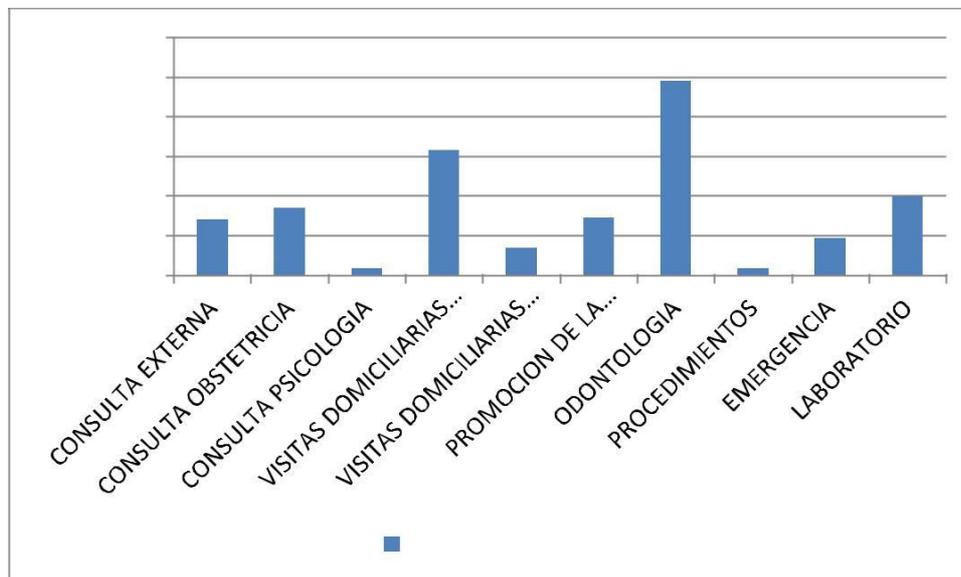
Servicios médicos	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Totales
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	6.236,85	3.177,30	3.177,30	6.346,50	6.504,12	6.221,28	6.773,88	6.355,22	6.414,41	6.086,09	6.413,16	6.156,49	69.862,60
<b>CONSULTA OBSTETRICIA</b>	7.101,04	7.044,72	7.086,60	7.012,84	7.071,16	7.052,72	7.037,28	7.114,04	7.003,40	7.099,60	7.157,92	7.114,04	84.895,36
<b>CONSULTA PSICOLOGIA</b>	723,65	698,94	720,12	706,00	709,53	713,06	706,00	695,41	702,47	681,29	713,06	681,29	8.450,82
<b>VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PREVENTIVO</b>	12.886,11	12.873,86	13.115,33	13.429,65	13.512,44	13.271,98	12.857,10	13.043,70	12.553,29	13.610,69	12.330,53	13.607,70	157.092,38
<b>VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE CURATIVO</b>	3.080,74	2.896,96	3.203,46	3.298,79	3.032,16	2.962,37	1.576,82	3.035,25	2.814,08	2.818,45	3.168,58	2.879,52	34.767,18
<b>PROMOCION DE LA SALUD</b>	6.202,91	6.148,81	6.216,03	6.192,19	6.363,59	6.380,87	5.978,19	3.129,28	6.263,29	6.216,03	6.501,27	6.495,91	72.088,37
<b>ODONTOLOGIA</b>	20.431,76	19.212,41	19.620,54	20.302,40	20.156,66	20.192,25	20.787,42	20.392,94	20.915,48	21.516,87	20.951,17	21.343,70	245.823,60
<b>PROCEDIMIENTOS</b>	680,14	678,14	676,14	674,14	672,14	670,14	668,14	666,14	664,14	653,28	643,76	642,08	7.988,38
<b>EMERGENCIA</b>	4.038,00	4.053,00	4.013,08	4.048,73	4.030,27	4.009,62	4.059,92	4.114,03	4.105,03	2.031,46	4.061,19	4.038,00	46.602,33
<b>LABORATORIO</b>	8.404,59	8.478,74	8.468,77	8.573,55	9.275,28	8.374,46	8.059,39	8.129,36	8.077,55	8.027,97	7.994,41	8.069,36	99.933,43
<b>TOTALES</b>	69.785,79	65.262,88	66.297,37	70.584,79	71.327,35	69.848,75	68.504,14	66.675,37	69.513,14	68.741,73	69.935,05	71.028,09	827.504,45

Fuente Matrices de facturación

Elaborado por: Autor

Como se observa en la ilustración los meses que más facturaron fueron mayo y diciembre, y los que menos facturaron fueron los meses de febrero y marzo.

El aporte de los servicios se puede observar con más claridad en la ilustración siguiente.



**Gráfico 4: Resumen de la facturación de prestaciones de servicios de salud en 2014**

Fuente Matrices de facturación

Elaborado por: Autor

Los servicios que más aportan al plan de ingresos en el año 2014 son: en primer lugar el servicio de odontología en segundo lugar las visitas domiciliarias con fines preventivos y en tercer lugar el laboratorio.

### 3.2.4. Elaboración del Punto de Equilibrio

Para (Hongren, Sunden, & Stratton, 2006, págs. 54-55), “**el punto de equilibrio es el nivel de ventas con el que los ingresos son iguales a los gastos y la utilidad neta es cero**” (pág. 50).

Según (Hongren, Sunden, & Stratton, 2006, págs. 54-55), este análisis se apoya en los siguientes supuestos:

1. El comportamiento de los costos y de los ingresos se ha determinado y es lineal dentro de la fluctuación adecuada de actividad. Puede usarse ese análisis aun cuando el comportamiento no sea lineal.
2. Los gastos pueden distinguirse entre variables - se convierten costos - y de operaciones (fijos).
3. Los gastos de operaciones permanecen constantes aunque se admiten variaciones.
4. Los precios de los factores y los costos son invariables aunque se permiten variaciones que son tomadas en cuenta.
5. La composición de las ventas ha de ser constante aunque el análisis admite ajustes por esa causa.
6. Los ingresos y los costos se comparan con una base común de actividad.
7. Todos los factores han sido establecidos sobre la base de negocio en marcha a la luz de las situaciones previstas.

$$PEUSD = \frac{CF}{1 - \frac{CV}{VT}}$$

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

**DONDE:**

PE = Punto de equilibrio

CV = Costos variables

CF = Costos fijos

VT = Ventas totales o facturación

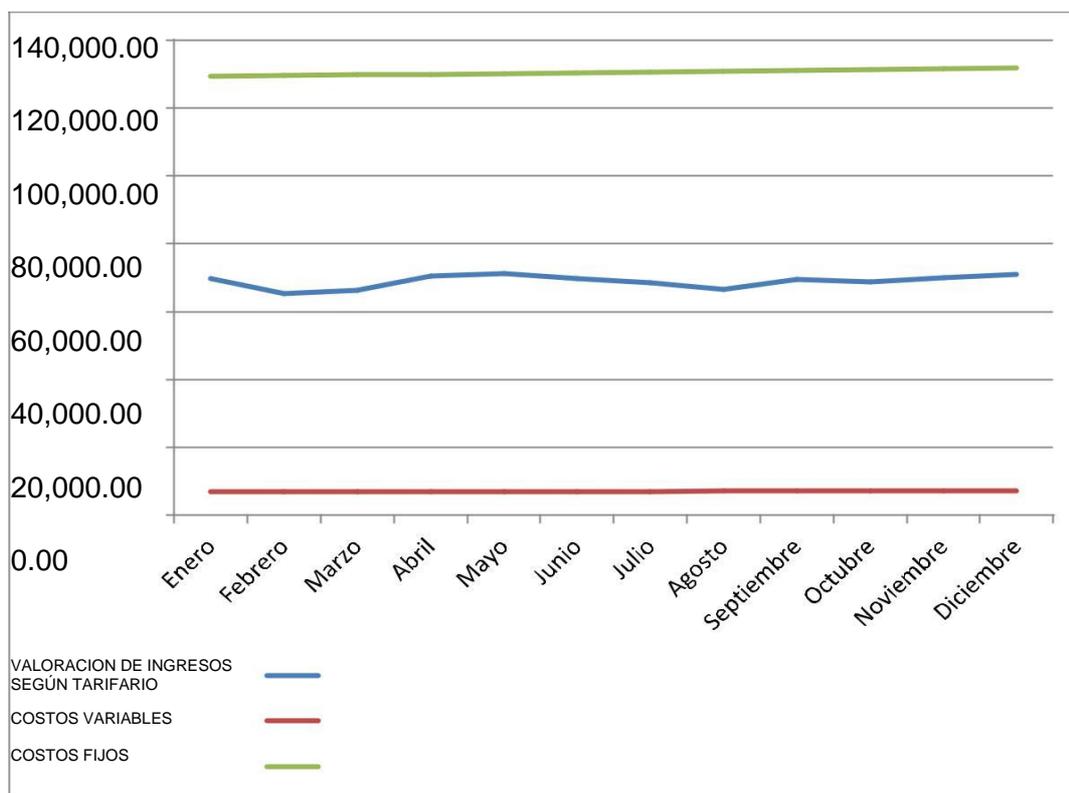
A continuación se muestra la sustitución de los datos en la fórmula para el año 2014.

**Tabla 24: Cálculo del punto de equilibrio 2014**

<b>2014</b>	
Valoración de ingresos según tarifario	827,504.45
Costos variables	14,681.05
Costos fijos	821.752,44
<b>PE USD</b>	<b>838.522,89</b>
<b>PE %</b>	<b>-1.8%</b>

Elaborado por: Autor

El punto de equilibrio indica que en el año hubo pérdida, lo que hace que el centro de salud Anconcito no pueda sostenerse financieramente.



**Ilustración 10: Relación Costos y Facturación de Enero a Diciembre 2014**

Fuente Cuadro 4 del WINSIG

Elaborado por: Autor

Como se puede observar los costos fijos son superiores a los ingresos según tarifario, esto hace que el Centro de Salud tenga pérdida en el ejercicio económico de 2014. La razón fundamental es que el gasto de salario tiene un peso específico muy elevado por estar enclavado en Anconcito.

### **3.2.5. 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 fin de motivar y sensibilizar sobre la importancia de la temática, y buscando establecer un diálogo y profunda reflexión sobre los resultados de los costos y planillaje de los servicios y su comparación con el mercado y/o con otras unidades similares. Sobre la importancia e impacto del manejo eficiente de los recursos, la importancia de mantener un sistema de información efectivo, la importancia de evaluar la productividad y rendimiento del personal de la unidad y sobre la necesidad de tener una planificación orientada a la búsqueda de la eficiencia .

Se aspira cumplir esta actividad en el mes de septiembre del presente ejercicio económico.

### **3.3. Resultado 3. Estrategias de mejoramiento**

Las actividades propuestas para el cumplimiento de este resultado fueron: diseño de estrategias de mejoramiento, y entrega de informe a las autoridades distritales.

#### **3.3.1. Actividad 3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento.**

Considerando que el sistema de información, falta de planificación y de evaluación objetiva han sido las más grandes debilidades, se propone estrategias de trabajo orientadas al mejoramiento de dichos temas, siendo lo más importante los siguientes:

##### **a) Implementar un sistema de monitoreo de la atención médica**

La producción de las unidades médicas, por médico 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 médica según diagnóstico

Procedimientos realizados en el primer nivel Referencias desde el primer nivel

Interconsultas realizadas desde el primer nivel.

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

**b) Implementar el monitoreo permanente del componente de gestión de las unidades médicas.**

Para el monitoreo del componente de gestión, relacionado con los productos que deben generar las unidades del primer nivel se ha preparado la siguiente matriz, la cual 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

**Tabla 25: Monitoreo de los productos de los equipos de salud de primer nivel**

COMPONENTES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
<b>Organización comunitaria</b>					
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					

**Fuente** Cuadro 4 del WINSIG

**Elaborado por:** Autor

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

Considerando que el 79,73% del costo de los servicios del Centro de Salud Anconcito son imputables al talento humano y que está por encima del 60% recomendado por la OMS, se diseñó una matriz que permita evaluar la producción, productividad y rendimiento del mismo, 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:

**Tabla 26: Estándares generalmente aceptados para el tiempo de prestación de los servicios**

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

Fuente Cuadro 4 del WINSIG

Elaborado por: Autor

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.

### 3.3.2. Actividad 3.4. 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.

**Tabla 27: Indicadores de monitoreo y evaluación**

**1.- INDICADORES DE ESTRUCTURA  
INDICADORES DE DISPONIBILIDAD**

<b>Indicador</b>	<b>Formula</b>	<b>Que mide</b>	<b>Valores</b>
Razón horas médico contratadas al año x habitante	No horas médico contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas médico por habitante	2,90
Razón horas odontólogo contratadas al año x habitante	No horas odontólogo contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas odontólogo por habitante	0,26
Razón horas enfermera contratadas al año x habitante	No horas enfermera contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas enfermera por habitante	2,90
<b>INDICADORES DE ACCESIBILIDAD</b>			
% de cumplimiento de Citas	Citas asignadas/total de consultas	Acceso a servicios de salud	No información
% De referencias Solicitas por la unidad	Número de referencias médicas solicitadas a nivel superior/total de atenciones médicas	Capacidad resolutive de la unidad	No información
<b>2.- INDICADORES DE PROCESO</b>			
<b>INDICADORES DE EXTENSIÓN DE USO</b>			
% 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	2,55%
% 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	4,28%
% 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	13,74%
% de consultas de 5 a 10 años	Total de consultas a menores de 5 a 9 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en escolares	16,56%
% de consultas de 11 a 19 años	Total de consultas a menores De 10 a 19 años/total de consultas	Uso de servicios de consulta en adolescentes	15,03%
% de consultas de 20 a 49 años	Total de consultas a personas de 20 a 49 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos	17,59%
% de consultas de 50 a 64 años	Total de consultas a personas de 50 a 64 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos mayores	24,02%

% mayores de 65 Años	Total de consultas a pacientes mayores a 65 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos mayores	6,23%
% Consultas de prevención	Total de consultas de prevención /total de consultas	Comportamiento de consultas de prevención	0,09
% consultas primeras	Total de consultas primeras/total de consultas	Comportamiento de consultas primeras	90,40%
% Consultas segundas	Total de consultas segundas/total de consultas	Comportamiento de consultas subsecuentes	4,59%
% consultas terceras	Total de consultas terceras/total de consultas	Cobertura de atención en establecimiento	3,57%
% Consultas cuartas	Total de consultas cuartas/total de consultas	Cobertura de atención en comunidad	1,02%
% Consultas quintas o más	Total de consultas quinta o más/total de consultas	Cobertura de atención en comunidad	0,41%
% visitas domiciliarias	Total de consultas brindadas en domicilio /total de consultas	Cobertura de atención en domicilio	21,38%
% De atenciones brindadas por médicos: generales, especialistas, rurales	Total de consultas a brindadas por médicos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por médico	75,54%
% De atenciones brindadas por odontólogo	Total de consultas a brindadas por odontólogos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por odontólogo	24,46%
% De atenciones brindadas por psicólogo	Total de consultas a brindadas por psicólogo /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por psicólogo	5,43%
% De atenciones brindadas por obstetricia	Total de consultas a brindadas por obstetricia /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por obstetricia	12,65%
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	1,11
Frecuencia de uso en Consulta	Número de atenciones/total pacientes atendidos	Número de veces que el paciente recibe de atención durante el semestre	0,34

Frecuencia de uso de consulta 1 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 1 vez en el semestre	21.956,00
Frecuencia de uso de consulta 2 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 2 vez en el semestre	1.116,00
Frecuencia de uso de consulta 3 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 3 vez en el semestre	868,00
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	348,00
Promedio de recetas en consulta	Total recetas despachada en consulta / No consultas	No. recetas recibidas por cada consulta	No información
<b>INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO</b>			
% cumplimiento de horas contratadas en Consulta	Horas laboradas en consulta/horas contratadas para consulta	Rendimiento de tiempo de consulta	100,00%
Productividad en consulta	No consultas / horas contratadas para consulta	Productividad de consulta por hora contratada	1,25
Productividad en consulta por hora laborada	No consultas/horas laboradas en consulta	Productividad de consulta por hora laborada	1,25
Promedio diario de Consultas	(No. consultas realizadas/total días laborados en consulta)	No. de consultas realizadas por día en la unidad	110,40
Productividad en consulta odontológica por hora	No consultas odontológicas/ horas contratadas para consulta odontológicas	Productividad de consulta odontológica por hora contratada	3,09
Rendimiento hora odontólogo	Total pacientes atendidos/total horas laboradas	No. atenciones por hora odontólogo	3,38
<b>3.- INDICADORES DE RESULTADOS</b>			
<b>INDICADORES DE EFICIENCIA</b>			
Costo por atención	Gasto total/total de atenciones	Establece costo por atención en la unidad	58,43
Costo Consulta	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica	46,07

Costo consulta externa	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica	48,05
Costo consulta obstetricia	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica	25,27
Costo consulta psicología	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica	37,94
Costo de visitas domiciliarias con enfoque preventivo	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica	50,14
Costo de visitas domiciliarias con enfoque curativo	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica	59,36
Costo de promoción de la salud	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica	36,53
Costo de odontología	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica	65,22
Costo de procedimientos	Gastos en procedimientos / No procedimientos	Establece costo por procedimiento	12,26
Costo de emergencia	Gastos en emergencia / No emergencias	Establece costo de la emergencia	41,19
Costo de laboratorio	Gastos en laboratorio / No de análisis de laboratorio	Establece costo por análisis	3,26

Fuente Cuadro 4 del WINSIG

Elaborado por: Autor

### 3.3.3. Actividad 3.5. Entrega de informes a las autoridades distritales.

Luego de culminar con todas las actividades propuestas en este trabajo de tesis y de su aprobación, se presentará el informe final a la dirección del Distrito 5, con todos los documentos anexos que evidencien el desarrollo de las actividades propuestas y los resultados obtenidos, generando el compromiso de en sus servidores y hacer extensiva esta experiencia a las otras unidades del primer nivel del sector de Anconcito.

### Análisis del indicador del resultado

El indicador que propuso en la matriz de marco lógico fue el número de indicadores de gestión financiera formuladas en la unidad de salud, una de las estrategias par disminuir el costo promedio de las consultas es preciso que se incremente la productividad de los médicos y odontólogos, por tanto como estrategia se debe exigir el cumplimiento de los horarios de atención de las primeras consultas y las consultas subsecuentes establecidas por el Ministerio de Salud Pública; para disminuir el tiempo de atención a los pacientes ya que como promedio los médicos se tardan 1,25 horas/paciente y los odontólogos 3,38 horas/paciente.

Realizar fichas de costos estándar para todos los servicios de manera que cada trabajador tenga un plan de servicio diario, semanal, mensual y anual.

### **Análisis general**

Se cumplieron los resultados previstos en el proyecto lo cual influyo en el alcance del propósito y este a su vez al FIN, lo cual se evidencia en los aspectos que se muestran a continuación:

**Tabla 28: Evidencias de los resultados alcanzados con el proyecto**

<b>RE2. Prestaciones de salud planillados</b>	
2.1 Socialización del manejo del tarifario del sistema nacional de salud	Se socializó en el Centro de Salud y se capacitó al talento humano en su uso
2.2. Recolección de información de producción del establecimiento de salud	La producción de las atenciones se obtuvo del RDACAA, sin embargo es importante puntualizar que existe serias deficiencias en su registro.
2.3. Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud actual	Se realizó el presupuesto de ingresos de cada servicio mediante la matriz de facturación, cuyos precios fueron tomados por el tarifario del MSP vigente en 2014
<b>RE3. Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera formuladas</b>	
3.1. Calculo de punto de equilibrio	El cálculo del punto de equilibrio se obtuvo de la relación entre los gastos fijos y el margen de contribución, este puso en evidencia que es preciso incrementar la productividad en los servicios para cumplir el tiempo de atención de los pacientes.
3.2. Socialización de resultados	Se socializó con la Dirección Distrital y su equipo técnico: 1. Resultados de los costos y planeación de los servicios y su comparación con el mercado y/o con otras unidades similares. 2. Importancia e impacto del manejo eficiente de los recursos 3. Importancia de mantener un sistema de información efectivo 4. Importancia de evaluar la productividad y rendimiento del personal de la unidad. 5. Necesidad de tener una planificación orientada a eficacia

	búsqueda de la eficiencia.
3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	<p>1. Indicadores de estructura. Indicadores de disponibilidad. Indicadores de accesibilidad.</p> <p>2. Indicadores de proceso. Indicadores de extensión de uso. Indicadores de intensidad de uso. Indicadores de productividad y rendimiento.</p> <p>3. Indicadores de resultado. Indicadores de eficiencia.</p>
3.4. Presentación de informe final a autoridades zonales.	Se presentó el informe final a la dirección del Distrito 5

**Fuente** Cuadro 4 del WINSIG

**Elaborado por:** Autor

## CONCLUSIONES

1. Se ha diseñado y validado el proceso de costos y planillaje de los recursos en el centro de Salud Anconcito correspondiente al año 2014.
2. El personal no genera un sistema de información confiable y completa que permita evaluar con objetividad el comportamiento de los diferentes elementos del proceso productivo. La información a más de ser limitada en ocasiones es deficiente.
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. El Distrito no evalúa el comportamiento de los diferentes recursos asignados, se genera información sin un análisis que oriente la gestión, tampoco se retroalimenta a través de observaciones y/o recomendaciones que impulsen un proceso de mejoramiento.
5. Existe informalidad en el registro de datos por parte de todo el personal generando distorsiones que no son evidenciados, como lo ocurrido en las visitas domiciliarias que reportaron un alto costo.
6. La capacitación al personal del centro de Salud Anconcito sobre el proceso de costos fue el pilar fundamental para la obtención de información en cada departamento logrando una corresponsabilidad en todos los procesos. El personal administrativo del Distrito tiene un cabal conocimiento de los requerimientos de información que demandan estos procesos.
7. No existe criterio único en la forma de generar información, ello provoca serias distorsiones en los resultados.

## RECOMENDACIONES

1. Fortalecer e institucionalizar la implementación de los procesos de costos y planillaje de los recursos en el centro de Salud Anconcito.
2. Se evidenció que el centro de salud Anconcito no alcanza el punto de equilibrio en el año; lo que hace que la unidad no sea auto sostenible Financieramente
3. Reafirmar y fortalecer los conocimientos sobre los temas de Costo y Tarifario a todo el personal de la Unidad.
4. Cumplir con las políticas de financiamiento establecidas por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador.
5. Implementar un proceso de control mensual de productividad y eficiencia para definir acciones correctivas y de mejora.
6. Establecer un tarifario según el Índice de Precio al Consumidor IPC en Anconcito que permita alcanzar el punto de equilibrio.
7. La Dirección distrital debe implementar un proceso de planificación y evaluación objetiva de los recursos asignados a sus unidades, garantizando utilizar los recursos en forma óptima, corrigiendo cualquier desviación en forma oportuna.
8. La Coordinación zonal debe implementar un sistema de rendición de cuentas público, técnicamente diseñado que estimule y fortalezca procesos que generan valor agregado.
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.
10. Crear conciencia en el personal de salud de la importancia de la calidad en los datos, la veracidad de la información, la puntualidad en los informes de producción y gastos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, C., Vacarezza, M., Vignolio, J., & Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. . Quito: Archivos de Medicina Interna.
- Carrasco, D. Navarro, A. Valencia, M. y Sánchez, J. (julio, 2009). Un modelo de cálculo de costes para los servicios públicos municipales: Hacia un sistema integral de información en la administración local. *Revista del Instituto Internacional de Costos*.55 (5).345-364.
- Congreso Nacional de Ecuador. (2006). *Dirección Nacional Jurídica*. Obtenido de Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006.: [http://www.sri.gob.ec/web/guest/bases-legales?p\\_auth=NLuS9dMh&p\\_p\\_id=busquedaBasesLegales\\_WAR\\_BibliotecaPortlet\\_INSTANCE\\_Anv7&p\\_p\\_lifecycle=1&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_busquedaBasesLegales\\_WAR\\_BibliotecaPortlet\\_IN](http://www.sri.gob.ec/web/guest/bases-legales?p_auth=NLuS9dMh&p_p_id=busquedaBasesLegales_WAR_BibliotecaPortlet_INSTANCE_Anv7&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_busquedaBasesLegales_WAR_BibliotecaPortlet_IN).
- Constitución del Ecuador. (2008). *Sección II*. Quito-Ecuador.
- Cruz, L. (2009). Costo de Atención, en el centro de especialidades médicas del Estado de Veracruz “Dr. Rafael Lucio”, y en particular por Retinopatía, asociada a Diabetes Mellitus tipo 2, en el 2008. *Revista Colecciones Educativas en Salud Pública*, 8(2), 347-374.
- Duque, M. Gómez, L. y Osorio, J. (diciembre, 2003). Sistema de Costeo basado en actividades aplicado al sector salud. *Revista Contaduría de la Universidad de Antioquia*, 43(2), 78–97.
- Duque, M. Gómez, L. y Osorio, J. (julio, 2009). Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones. *Revista del Instituto Internacional de Costos, ISSN, 1646(5)*, 496–522.
- Gallo, E. H. (2011). Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud. Washington, D.C.: OPS. HEATH. (2000). Determinantes De Salud. Canada.
- Hidalgo, A. Corugedo, I. y Del Llano, J. (2009). *Economía de la Salud*. Madrid, España: Editorial Pirámide.

- Hongren, C. T., Sunden, G. L., & Stratton, W. O. (2006). *Contabilidad Administrativa* (Decimotercera ed.). México: Pearson Educación.
- INEC. (2012). *Censo de Población y Viviendas*. San Francisco de Quito: INEC.
- INGALA. (2012). *SUPERFICVIE POR CANTONES* .
- Jiménez, J. y Bastias, G. (enero, 2010). El ámbito de la evaluación económica de intervenciones de salud. *Revista Médica Chile*, 28(2), 71–75. La Metodología de gestión productiva de los servicios de salud el WINSIG y su evolución al mundo web (s.f.). Recuperado de [http://www.paho.org/PAHO-USAID/index2.php?option=com\\_docman&task=doc](http://www.paho.org/PAHO-USAID/index2.php?option=com_docman&task=doc).
- Material docente curso del ILPES sobre “Marco Lógico, Seguimiento y Evaluación” . (s.f.).
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/>
- Ocampo, J. (2009). *Costos y evaluación de proyectos*. México DF, México: Editorial Patria.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud - Introducción y Generalidades*. Washington, D.C: OPS.
- Ortegon, E., Pacheco, J. F., & Prieto, A. (2005). *Metodología Del Marco Logico*. Chile:
- CEPAL.
- Pesantez León, M. (2012). *Guía Didáctica Economía y Salud*. Loja-Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Pitisaca, D., & Quizhpe, T. (2012). *Evaluación Presupuestaria Al Centro De Salud N° 1 De La Ciudad De Loja. Periodo 2009 – 2010* . Loja-Ecuador.: Universidad Nacional de Loja .

- Polimeni, R., Fazbozzi, F., & Alderberg, A. (1997). *Contabilidad de Costos, tercera edición*. Santa Fe de Bogotá, Colombia: Mc Graw Hill Interamericana.
- Ramíres Padilla, D. N. (2008). *Contabilidad Administrativa*. México: Mc Graw - Hill.

## **ANEXOS**

## Anexo 1.- Matrices de costos gerencial

No.	CENTROS DE COSTOS	CONSULTA EXTERNA	CONSULTA OBSTETRICIA	CONSULTA PSICOLOGIA	VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PREVENTIVO	VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE CURATIVO	ODONTOLOGIA	EMERGENCIA	TOTALES
1	Remuneración básico	5.524,00	3.774,00	1.802,00	10.564,00	3.774,00	20.816,00	3.774,00	50.028,00
2	Décimo tercer mes	460,33	314,50	150,17	880,33	314,50	1.734,67	314,50	4.169,00
3	Décimo cuarto mes	460,33	314,50	150,17	880,33	314,50	1.734,67	314,50	4.169,00
4	Aporte patronal	615,93	420,80	200,92	1.177,89	420,80	2.320,98	420,80	5.578,12
5	Fondo de reserva	460,15	314,37	150,11	879,98	314,37	1.733,97	314,37	4.167,32
6	<b>TOTAL GASTOS DE PERSONAL</b>	<b>7.520,74</b>	<b>5.138,17</b>	<b>2.453,37</b>	<b>14.382,53</b>	<b>5.138,17</b>	<b>28.340,29</b>	<b>5.138,17</b>	<b>68.111,44</b>
7	Medicinas	317,73	465,66	42,31	817,92	165,97	0,00	201,85	2.011,44
8	Insumos o dispositivos Médicos	3,18	4,66	0,14	4,09	1,66	11,25	8,07	33,05
9	Reactivos de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10	Biomateriales odontológicos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.057,50	0,00	1.057,50
11	<b>TOTAL MEDICINAS E INSUMOS</b>	<b>320,91</b>	<b>470,32</b>	<b>42,45</b>	<b>822,01</b>	<b>167,63</b>	<b>1.068,75</b>	<b>209,92</b>	<b>3.101,99</b>
12	Material de oficina	300,00	150,00	200,00	150,00	150,00	200,00	300,00	1.450,00
13	Material de aseo	330,00	165,00	220,00	165,00	165,00	220,00	330,00	1.595,00
14	Material de impresión y fotografía	360,00	180,00	240,00	180,00	180,00	240,00	360,00	1.740,00
15	Material de uso informático	270,00	135,00	180,00	135,00	135,00	180,00	270,00	1.305,00
16	Combustibles y lubricantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17	Repuestos y accesorios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	200,00	0,00	200,00
18	Lencería	240,00	120,00	160,00	120,00	120,00	160,00	240,00	1.160,00
19	Mantenimiento de bienes	420,00	210,00	280,00	210,00	210,00	280,00	420,00	2.030,00
20	Materiales varios	210,00	105,00	140,00	105,00	105,00	140,00	210,00	1.015,00
21	<b>TOTAL CONSUMO DE BIENES</b>	<b>2.130,00</b>	<b>1.065,00</b>	<b>1.420,00</b>	<b>1.065,00</b>	<b>1.065,00</b>	<b>1.620,00</b>	<b>2.130,00</b>	<b>10.495,00</b>
22	Uso de la infraestructura	12,00	9,00	6,00	6,00	6,00	30,00	18,00	87,00
23	<b>TOTAL USO DE INFRAESTRUCTUA</b>	<b>12,00</b>	<b>9,00</b>	<b>6,00</b>	<b>6,00</b>	<b>6,00</b>	<b>30,00</b>	<b>18,00</b>	<b>87,00</b>

24	Muebles y enseres	7,37	5,40	4,09	7,99	7,99	13,64	9,37	55,85
25	Equipos de oficinas y médicos	16,59	12,16	9,21	17,97	17,97	30,68	21,08	125,66
26	Vehículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
27	Equipos de cómputo	13,13	9,62	7,28	14,22	14,22	24,27	16,68	99,42
28	<b>TOTAL DEPRECIACIONES</b>	<b>37,09</b>	<b>27,18</b>	<b>20,58</b>	<b>40,18</b>	<b>40,18</b>	<b>68,59</b>	<b>47,13</b>	<b>280,93</b>
29	Agua	30,19	22,64	15,09	15,09	15,09	75,47	45,28	218,85
30	Luz eléctrica	15,09	11,32	7,55	7,55	7,55	37,74	22,64	109,44
31	Telecomunicaciones (Internet, call center)	3,77	2,83	1,89	1,89	1,89	9,43	5,66	27,36
32	Vigilancia ( Si se encuentra tercerizado)	211,32	158,49	105,66	105,66	105,66	528,30	316,98	1.532,07
33	Servicio de limpieza (tercerizado)	158,49	118,87	79,25	79,25	79,25	396,23	237,74	1.149,08
34	Seguros	13,58	10,19	6,79	6,79	6,79	33,96	20,38	98,48
35	Viáticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
36	Pasajes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
37	Otros	30,19	22,64	15,09	15,10	15,10	75,48	45,29	218,89
38	<b>TOTAL SERVICIOS COMPRADOS</b>	<b>462,63</b>	<b>346,98</b>	<b>231,32</b>	<b>231,33</b>	<b>231,33</b>	<b>1.156,61</b>	<b>693,97</b>	<b>3.354,17</b>
39	<b>TOTAL COSTO DIRECTO</b>	<b>10.483,37</b>	<b>7.056,65</b>	<b>4.173,72</b>	<b>16.547,05</b>	<b>6.648,31</b>	<b>32.284,24</b>	<b>8.237,19</b>	<b>85.430,53</b>
40	Porcentaje	12,27%	8,26%	4,89%	19,37%	7,78%	37,79%	9,64%	100,00%
41	Promoción de la salud	896,41	603,45	357,25	1.415,12	568,39	2.760,83	704,28	7.305,73
	Procedimientos	787,78	530,32	313,96	1.243,62	499,50	2.426,25	618,94	6.420,37
	Laboratorio	7.714,18	2.571,39					2.571,39	12.856,96
42	Farmacia	1.458,56	981,80	580,70	2.302,20	924,98			6.248,24
43	Administración	2.226,49	1.498,84	887,33	3.514,85	1.411,74	6.857,31	1.749,26	18.145,82
44	<b>TOTAL COSTO INDIRECTO</b>	<b>13.083,42</b>	<b>6.185,80</b>	<b>2.139,24</b>	<b>8.475,79</b>	<b>3.404,61</b>	<b>12.044,39</b>	<b>5.643,87</b>	<b>50.977,12</b>
45	<b>TOTAL COSTOS</b>	<b>23.566,79</b>	<b>13.242,45</b>	<b>6.312,96</b>	<b>25.022,84</b>	<b>10.052,92</b>	<b>44.328,63</b>	<b>13.881,06</b>	<b>136.407,65</b>
46	Porcentaje	17,28%	9,71%	4,63%	18,34%	7,37%	32,50%	10,18%	100,01%
47	Unidades de producción	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consultas	Procederes	0,00
48	Producción primaria	399,00	391,00	205,00	566,00	202,00	1.000,00	400,00	3.163,00
49	Producción secundaria								0,00

## Anexo 2.- costos por servicios facturados

Servicios médicos	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Totales
CONSULTA EXTERNA	6.236,85	3.177,30	3.177,30	6.346,50	6.504,12	6.221,28	6.773,88	6.355,22	6.414,41	6.086,09	6.413,16	6.156,49	69.862,60
CONSULTA OBSTETRICIA	7.101,04	7.044,72	7.086,60	7.012,84	7.071,16	7.052,72	7.037,28	7.114,04	7.003,40	7.099,60	7.157,92	7.114,04	84.895,36
CONSULTA PSICOLOGIA	723,65	698,94	720,12	706,00	709,53	713,06	706,00	695,41	702,47	681,29	713,06	681,29	8.450,82
VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PREVENTIVO	12.896,11	12.873,86	13.115,33	13.429,65	13.512,44	13.271,98	12.857,10	13.043,70	12.553,29	13.610,69	12.330,53	13.607,70	157.092,38
VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE CURATIVO	3.080,74	2.896,96	3.203,46	3.298,79	3.032,16	2.962,37	1.576,82	3.035,25	2.814,08	2.818,45	3.168,58	2.879,52	34.767,18
PROMOCION DE LA SALUD	6.202,91	6.148,81	6.216,03	6.192,19	6.363,59	6.380,87	5.978,19	3.129,28	6.263,29	6.216,03	6.501,27	6.495,91	72.088,37
ODONTOLOGIA	20.431,76	19.212,41	19.620,54	20.302,40	20.156,66	20.192,25	20.787,42	20.392,94	20.915,48	21.516,87	20.951,17	21.343,70	245.823,60
PROCEDIMIENTOS	680,14	678,14	676,14	674,14	672,14	670,14	668,14	666,14	664,14	653,28	643,76	642,08	7.988,38
EMERGENCIA	4.038,00	4.053,00	4.013,08	4.048,73	4.030,27	4.009,62	4.059,92	4.114,03	4.105,03	2.031,46	4.061,19	4.038,00	46.602,33
LABORATORIO	8.404,59	8.478,74	8.468,77	8.573,55	9.275,28	8.374,46	8.059,39	8.129,36	8.077,55	8.027,97	7.994,41	8.069,36	99.933,43
<b>TOTALES</b>	<b>69.785,79</b>	<b>65.262,88</b>	<b>66.297,37</b>	<b>70.584,79</b>	<b>71.327,35</b>	<b>69.848,75</b>	<b>68.504,14</b>	<b>66.675,37</b>	<b>69.513,14</b>	<b>68.741,73</b>	<b>69.935,05</b>	<b>71.028,09</b>	<b>827.504,45</b>