



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA BIOLÓGICA**

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

**Evaluación financiera del Centro de Salud Urbano Tena, Distrito 15D01**

**Archidona - Carlos Julio Arosemena Tola – Tena , Zona 2 en el periodo  
enero a diciembre 2014**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**AUTORA: Aguirre Gaon Sandra Jackeline**

**DIRECTORA: Msc. Alarcón Dalgo Carmen María**

**CENTRO UNIVERSITARIO QUITO  
2015**



*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>*

2015

## **APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Msc.**

Alarcón Dalgo Carmen María

**DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

**De mi consideración:**

El presente trabajo de titulación, denominado: "Evaluación financiera del Centro de Salud Urbano Tena, Distrito 15D01 Archidona - Carlos Julio Arosemena Tola – Tena Zona 2 - 2014" realizado por la, Dra. Aguirre Gaon Sandra Jackeline, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

.....

Msc. Alarcón Dalgo Carmen María

Quito Octubre, 2015

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Aguirre Gaon Sandra Jackeline”, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Evaluación financiera del Centro de Salud Urbano Tena, Distrito 15D01 Archidona - Carlos Julio Arosemena Tola - Tena, de la Titulación de Magíster en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo Alarcón Dalgo Carmen María directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f. \_\_\_\_\_

Aguirre Gaon Sandra Jackeline

CI: 0401316138

## DEDICATORIA

A mi Padre Celestial por el milagro de la vida  
a través de mis amados Padres  
quienes con su ejemplo de lucha y sacrificio abnegado,  
han logrado darme una profesión noble,  
llena de satisfacciones diarias.  
A mi amado esposo, quien ha estado,  
presente desde el primer momento  
que se cruzaron nuestras miradas,  
regalándome a diario muchos momentos de  
amor, comprensión y felicidad  
sin él, simplemente,  
nada de esto sería posible.

La Autora

## **AGRADECIMIENTO**

Un infinito agradecimiento  
a todas las personas que hicieron posible la  
ejecución del presente trabajo.

Al personal del Distrito 15D01  
y del Centro de Salud Urbano Tena,  
quienes me dieron la oportunidad  
de conocerlos y sentir el calor de familia,  
durante el desarrollo del mismo.

Agradezco infinitamente  
a quienes realizaron la guía técnica  
de este proyecto,  
en especial a mi directora  
Msc. Carmen Alarcón.

La Autora

## ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA .....	I
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN .....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS .....	III
DEDICATORIA .....	IV
AGRADECIMIENTO .....	V
ÍNDICE CONTENIDOS .....	VI
RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMATIZACIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN .....	7
OBJETIVOS .....	8
CAPÍTULO I.....	9
1 MARCO TEÓRICO .....	10
1.1 Marco Institucional. ....	10
1.1.1 Aspecto Ubicación Geográfica de la Unidad de Salud.....	10
1.1.2 Dinámica poblacional. ....	11
1.1.3 Misión de la Unidad de Salud.....	16
1.1.4 Visión de la Unidad de Salud. ....	16
1.1.4.1 Valores. ....	17
1.1.4.2 Objetivos Estratégicos .....	17
1.1.5 Organización Administrativa de la Unidad de Salud .....	17
1.1.6 Servicios que presta la Unidad de Salud.....	20
1.1.7 Datos estadísticos de cobertura Unidad de Salud. ....	21
1.1.8 Características geofísicas de Unidad de Salud.....	23
1.1.9 Políticas de la institución. ....	25
1.2 Marco Conceptual. ....	25
1.2.1 Modelo de Atención integral de Salud.....	25
1.2.2 Red pública de salud en el primer nivel de atención.....	28
1.2.3 Niveles de Atención.....	29
1.2.4 Atención primaria de salud.....	30
1.2.5 Costos Hospitalarios.....	32
1.2.6 Eficiencia, eficacia, calidad.....	33
1.2.7 Gestión productiva de las unidades de salud.....	35

1.2.8	Tarifario del sistema nacional de salud.....	36
1.2.9	Sistema de información gerencial en salud.....	37
1.2.10	Financiamiento del sistema de salud.....	37
CAPÍTULO II.....		38
2	DISEÑO METODOLÓGICO .....	39
2.1	Matriz de involucrados. ....	39
2.1	Árbol de problemas .....	40
2.2	Árbol de objetivos.....	41
2.3	Matriz del marco lógico. ....	42
CAPÍTULO III.....		44
3	RESULTADOS.....	45
3.1	Resultado 1.- Servicios De Salud Costeados. ....	45
3.1.1	Actividad 1.1 Socialización del proyecto. ....	45
3.1.2	Actividad 1.2 Taller de inducción al proceso de costos.....	46
3.1.3	Actividad 1.3 Recolección de información.....	47
3.1.4	Actividad 1.4 Generación de Resultados de Costos. ....	49
3.2	Resultado No. 2 .- Prestaciones de salud evaluadas económicamente. Actividad	
2.1	Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud. ....	54
3.3	Resultado 3.- Estrategias de Mejoramiento. ....	57
3.3.1	Implementar un sistema de monitoreo de la atención médica. ....	59
3.3.2	Implementar el monitoreo permanente del componente de gestión de las	
unidades médicas.....		60
3.3.3	Implementar el monitoreo de la producción, productividad y rendimiento del	
personal profesional. ....		61
CONCLUSIONES.....		66
RECOMENDACIONES .....		68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		70
ANEXOS.....		72



## RESUMEN

El presente estudio analiza el proceso de gestión financiera llevado a cabo en el en el Centro de Salud Urbano Tena, que pertenece al distrito 15D01 en el periodo de enero a diciembre del 2014.

Los objetivos planteados en el proyecto se cumplieron al tener servicios de salud costeados, prestaciones de salud planilladas y estrategias de mejoramiento de gestión financiera formuladas. Los tres momentos de esta intervención fueron:

Levantamiento de la información de costos de los servicios brindados la unidad operativa, para ello se utilizo informes financieros de servicios, recursos producción y finanzas recogidos en matrices para el efecto.

Ingreso de la información al programa Winsig generando cuadros gerenciales que reflejan los costos de cada uno de los servicios de dicha unidad.

Formulación de estrategias que permitan dar sostenibilidad a la gestión en la unidad de salud y distrito.

El método utilizado fue la revisión documental del sistema RDACAA, identificación de los centros de costos y recursos para su costeo, mediante la técnica de la observación y el análisis comparativo de los costos obtenidos del programa winsig se presentaron los resultados y conclusiones.

**Palabras Claves:** Evaluación financiera, servicios de salud costeados, prestaciones de salud planilladas y estrategias de gestión financiera.

## ABSTRACT

This study analyzes the financial management process carried out in the Urban Health Center Tena, which belongs to 15D01 district in the period from January to December 2014.

The objectives set in the project were reached by having cost health services, registered health benefits and formulated strategies to improve financial management. The three moments of this intervention were:

Setting of the cost information provided by the operational services unit, for this financial reporting services, production and financial resources collected in matrices for the effect was used.

Registering data to generate management program Winsig tables reflect the costs of each service of the unit.

Formulating strategies to ensure the sustainability of management in the health unit and district.

The method used was documentary review of RDACAA system, identifying the cost centers and resources for costing, using the technique of observation and comparative analysis of the costs WinSIG program obtained results and conclusions are presented.

**Keywords:** Financial evaluation, funded health services, registered health benefits and financial management strategies.

## INTRODUCCIÓN

Desde la época republicana la sociedad ecuatoriana ha tenido pequeños esfuerzos para conformar un modelo de estado nación, esta situación no sólo corresponde al Ecuador; es una realidad palpable en toda Latinoamérica, debido a la naturaleza de las políticas públicas, sociales y económicas, en donde la gestión de lo público ha estado signada por el despilfarro de los recursos y consecuencia de ello es contar con servicios público carentes de eficiencia y eficacia. En el campo de la Salud este panorama histórico no era diferente al resto del país.

En los últimos años el actual gobierno realizo la reforma completa de la Constitución de la Republica, llevada a cabo en el año 2008, con ello se realiza una restructuración de las políticas en todas las carteras de estado; en el caso del Ministerio de Salud Pública quien en años anteriores, había fallado en implantar un Modelo de Salud, también inicia su transformación en el Sistema Nacional de Salud, mediante la aplicación del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), mismo que contempla mejorar la gestión de la salud en los diferentes niveles de atención; además la articulación del sistema público y privado con el fin de permitir un acceso mas adecuado a sus servicios y garantizar la salud de los ecuatorianos.

El enfoque del MAIS es llegar a una salud integral de acuerdo a las necesidades demográficas y epidemiológicas del país, para que la población sea atendida de acuerdo a su complejidad en el primero, segundo y tercer nivel; incorporando la atención primaria en todos ellos, de una manera estratégica, planificada y organizada.

En el momento nos encontramos en este proceso de transición al cambio, lo que implica que falta superar todas las barreras que conlleva este proceso, entre éstos encuentran la falta de: información, gestión financiera, calidad de los servicios, participación de la ciudadanía y de los profesionales de salud.

En este contexto la Universidad Técnica Particular de Loja, como ente formador de Recursos Humanos, a través de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, propone el desarrollo del proyecto de investigación- acción de Evaluación Financiera del año 2014, en los establecimientos de salud que corresponden al Primer Nivel de Atención, con el fin de fortalecer las competencias gerenciales mediante la práctica del ejercicio de sus funciones.

Evaluación Financiera de la Unidad de Salud con una visión de Empresa Social del Estado, es muy importante, cuyo valor agregado tenga una alta rentabilidad social en donde la solidaridad, eficiencia la calidad y la sostenibilidad sean los principios y el accionar de su gestión ya que al tener indicadores de gestión en los servicios de salud, éstos permitan el analizar y la toma de decisión oportuna, generando una cultura de control del gasto

El desarrollo de la intervención está organizada por capítulos, en el primer capítulo se aborda el marco institucional del Centro de Salud Urbano Tena, aspectos geográficos del lugar con su zona de influencia, dinámica poblacional y su proyección, misión, visión institucional, organización administrativa, cartera de servicios, políticas de la institución y marco conceptual sustentada en la investigación bibliográfica, recolección de información para relacionar y analizar con la experiencia profesional propia. El capítulo II contiene la fundamentación y metodológica, basada en el diseño del Marco Lógico, el método utilizado fue la revisión del “Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias” (RDACAA) de la Unidad y mediante la técnica de la observación se realizó el análisis comparativo de los costos con el tarifario del sistema nacional de salud. En el capítulo III están los resultados, análisis e interpretación de los mismos. Finalmente se incluye las conclusiones, bibliografía y anexos.

Los objetivos que se plantean contribuirán a obtener los costos de las prestaciones por servicios, la producción de cada uno de los profesionales del Centro de Salud y el planillaje de las actividades para organizar e implementar la facturación. Luego de solventar las dificultades en obtener los datos estadísticos, de facturación y económicos se definieron los tipos de productos que se ejecutan en el distrito: Gastos de personal, Uniformes, materiales de oficina, Materiales de aseo, Repuestos y accesorios, Servicios Básicos, vigilancia, Depreciaciones de equipos, Uso de edificios. Finalmente se analiza los resultados, se generan los cuadros gerenciales donde se puede observar los costos de cada uno de los centros y el planillaje de las prestaciones objeto de este estudio.

## PROBLEMATIZACIÓN

A pesar de los grandes esfuerzos en los últimos años, persisten problemas en el sector salud ecuatoriano, caracterizados por incipientes procesos de monitoreo y evaluación financiera, asignación de recursos inequitativos, históricos que no estimulan la eficiencia, acompañados de un deficiente sistema de información, que no permite una adecuada planificación y toma de decisiones para alcanzar grandes impactos expresados en la salud de la población y la efectividad de la gestión, de manera especial en el uso de los recursos.

La asignación de recursos en base a comportamiento del gasto expresado en el manejo presupuestario, no permiten gestionar estratégicamente los recursos ni medir la calidad del gasto, por el contrario son modelos limitantes que no garantizan la sostenibilidad financiera del nuevo modelo de atención, cuyo principio está sustentado en la optimización y uso racional de los recursos, orientado a la satisfacción de las necesidades de la población, principalmente de los grupos más vulnerables o en situaciones de riesgo.

A través de la autoridad sanitaria, se expide mediante acuerdo ministerial No. 00000319 de fecha 18 de marzo del 2011 el Tarifario del Sistema Nacional de Salud, instrumento técnico que permite el reconocimiento económico a los prestadores de salud, por los servicios prestados en el contexto de la red pública y complementaria, este documento fue actualizado con el acuerdo ministerial No.4928 publicado en registro oficial el 24 de diciembre del 2014, en base al monitoreo de los costos de producción de los servicios y procedimientos médicos, esta actualización demanda un conocimiento y monitoreo permanente del comportamiento de las principales variables que intervienen en el proceso, siendo esta una competencia del gerente de salud y líder de cada unidad quienes deberían encargarse de la actualización y monitoreo continuo cuyos informes orienten el manejo económico de la red nacional en forma óptima.

La política de gestión financiera sostiene que se debe implementar y utilizar los parámetros financieros en la administración y para ello se formulan los principales indicadores financieros que se deben aplicar en el control entre los principales tenemos: “la liquidez, Indicadores de eficiencia, de eficacia, Indicadores de desempeño, Indicadores de productividad. Indicadores de diagnóstico financiero, El punto de equilibrio. La práctica constante de los análisis económicos a fin de vigilar el acercamiento al punto de equilibrio coadyuva a la administración a emprender estrategias que viabilizan la eficiencia de la producción donde es vital el control como la Administración de inventarios y el control del gasto.

Por lo tanto es urgente la implementación de una herramienta de análisis financiero que le permita al equipo administrativo del Distrito, ejercer un seguimiento confiable de la gestión prestacional, medida en valores económicos, situación que en la actualidad es vital dado que la calidad de atención está interrelacionada a la efectividad y la calidad del servicio.

Por lo tanto el control financiero, es fructífero cuando se tiene un eficiente monitoreo del gasto y control de los recursos, y parte de los instrumentos que viabilizan estas acciones es el tarifario que se constituye en un instrumento técnico que permite el reconocimiento económico a los prestadores de salud, por los servicios prestados en el contexto de la red pública y complementaria, en este contexto los resultados del presente proyecto permitirán evidenciar mediante los indicadores anteriormente descritos la realidad de cada unidad operativa que compara con la realidad del tarifario permitirán tomar decisiones oportunas.

Con el propósito de determinar la línea de base, donde se observó los principales problemas que el sistema de gestión presenta, se presentan los siguientes resultados.

La unidad de salud al momento no dispone de una herramienta de Análisis Financiero de los costos que representan sus servicios e infraestructura, tampoco se elaboran informes sobre el costo de los servicios de Salud, el personal desconoce acerca del Tarifario de precios para los servicios de Salud.

Desconocen herramientas de Análisis Financiero en el Distrito, y el Presupuesto Ejecutado se retribuye en la producción de las Unidades de Salud del Distrito, no se realizan los análisis Financieros y Presupuestarios.

## JUSTIFICACIÓN

La gestión financiera en el campo de la Salud Pública se ha caracterizado por ser de la forma centralizada, no participativa, y con graves falencias de planificación, creando en el país, una cultura de desinterés con respecto al costo de los servicios de salud, este desconocimiento en el sistema público, conlleva al uso inadecuado de los recursos económicos, servicios de salud ineficientes, ineficaces, de baja calidad y reducida cobertura a costos altos que impiden su sostenibilidad.

En el sector público la carencia de evaluación financiera hace que se asignen presupuestos no acordes con la realidad a cada una de las Unidades Operativas de Salud y que desde su creación no fueron realizadas con mayor análisis estratégico por tal razón hoy en día se pueden observar Unidades de Salud muy cercanas a otras que geográficamente no justifican su presencia; es por esto que la evaluación de gestión financiera, es fundamental aplicarla a las entidades de salud con el fin de contribuir a un adecuado uso de los recursos del Estado.

Como cualquier negocio, los servicios de salud deben evaluarse financieramente, de manera constantemente y ver los posibles escenarios para evitar sorpresas en su desarrollo. Un desequilibrio entre ingresos y egresos, pone en riesgo la política institucional y la inversión del estado ecuatoriano. Por tal razón se considera importante la ejecución de este proyecto de investigación-acción, ya que a través de la práctica de una de las actividades gerenciales, como es la Evaluación financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel ayudara a los involucrados a concientizarse y evidenciar la realidad financiera, así mismo ha motivar a la reflexión sobre la gestión y las formas de accionar en este componente prioritario para la calidad de la prestación de los servicios de salud.

El desarrollo científico demanda cada vez más metodologías financieras por medio de ayudas tecnológicas amigables como el WINSIG y ahora su versión ultima el PERK, para el análisis de estados financieros básicos, balance general, estado de resultados, estado de flujo de efectivo, procesos de planeación financiera, análisis del punto de equilibrio, productividad rendimiento herramientas que permiten mejorar la eficiencia y eficacia de los procesos de los servicios de salud. Lograr alcanzar el acceso universal de la población a uno de los derechos fundamentales como es la salud, sobre todo para los más vulnerables con solidaridad y calidad, es un reto que nos permite la propuesta a través de la optimización de sus recursos, así como brindar las herramientas necesarias a los usuarios internos por medio del análisis de indicadores a fin de reducir costos, estadías, insumo, optimizar insumos y materiales para finalmente hacer más eficientes los servicios de salud.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Evaluar el componente financiero del Centro de Salud de Urbano Tena del Distrito 15D01, mediante el análisis de costos, facturación 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 de la Unidad Operativa.
2. Evaluar económicamente las prestaciones de servicios de salud brindados por la unidad de Salud de Urbano Tena, en base al tarifario del sistema nacional de salud.
3. Formular estrategias de mejoramiento de la gestión financiera en el Centro de Salud Urbano Tena.



## CAPÍTULO I

## 1 Marco teórico.

### 1.1 Marco Institucional.

El Centro de Salud Urbano Tena hace referencia a la ciudad y el lugar donde se encuentra, ya que está localizado en la parte urbana de la ciudad del Tena y cuenta con algunas características específicas que se detallan a continuación.

#### 1.1.1 Aspecto Ubicación Geográfica de la Unidad de Salud.

La nueva organización territorial del Ecuador se encuentra constituida por 9 Coordinaciones Zonales y 140 Direcciones Distritales. El Centro de Salud Urbano Tena escena del presente trabajo, corresponde a la Zona 2 que a su vez se conforma de tres provincias (Pichincha, Orellana y Napo). En la provincia de Napo se encuentran cinco cantones: Archidona, Quijos, El Chaco, Carlos Julio Arosemena Tola y finalmente Tena en el cual se ubica La Unidad Operativa en mención.

El Centro de Salud Urbano Tena pertenece a una de las 24 Unidades Operativas del Distrito 15D01 Archidona, Carlos Julio Arosemena Tola y Tena, su código es el 15181; se ubica en la parte urbana del Cantón Tena mismo que cuenta con una extensión Territorial de 5.124,8 Kilómetros cuadrados y sus límites son:

1. Norte: Cantón Archidona y Provincia de Orellana.
2. Sur: Provincia de Tungurahua, Pastaza y Cantón Arosemena Tola
3. Este: Provincia de Orellana
4. Oeste: Provincia de Cotopaxi y Tungurahua

En la figura 1 se observa la delimitación del cantón Tena y la ubicación de las unidades operativas de salud.



**Figura 1 Mapa Cantón Tena**

Fuente: <http://geosalud.msp.gob.ec/>

Elaborado: MSP

El clima del lugar es cálido tropical, las temperaturas oscilan entre 23°C y 26°C con un promedio de 25°C, se localiza en las coordenadas, a una altura media de 510 m.s.n.m., en relación a la ciudad de Quito “capital del país” se encuentra a una distancia de 186 km; además se encuentra atravesado por los ríos Tena y Pano este último desemboca en el río Misahuallí y posteriormente al río Napo.

Los accidentes geográficos del Cantón Tena se encuentran determinados por su situación Hidrográfica, en vista de que se encuentra influenciado los ríos antes mencionados. Las vías de acceso a la ciudad del Tena son de tres formas terrestre, aérea y fluvial; en la primera se puede ingresar por el norte a través de la y por el sur Baños-Puyo las calles dentro de la ciudad pertenecen a primer, segundo y tercer orden; En la segunda forma el transporte aéreo llega al aeropuerto de Jumandy ubicado a 30 minutos de la ciudad del Tena; Y la tercera forma de ingreso es el transporte fluvial teniendo como lugar de embarque el puerto de Misahuallí.

La población tiene acceso a los diferentes medios de comunicación como son: el teléfono fijo y móvil; la radio, la televisión e internet.

### **1.1.2 Dinámica poblacional.**

El nombre de la ciudad de Tena proviene del vocablo kichua “Tuna es nombre originario de este lugar” (Universidad de Cuenca, 2012), de acuerdo a la cosmovisión andina de los pueblos indígenas que habitan la zona, la población indígena es una característica particular de esta zona ya que pertenecen al segunda etnia que ocupa este territorio.

El Distrito 15D01 Archidona, Carlos Julio Arosemena Tola y Tena en el cual se encuentra el Centro de Salud Urbano Tena tiene una población rural de 10.627 habitantes y una urbana de 23.307 según proyección del MSP al año 2014, en el Anexo 1 se describe la población del Distrito 15D01 Archidona, Carlos Julio Arosemena Tola y Tena Salud por grupos de edad y sexo.

Es característica de esta población que las etnias predominantes son dos, la Mestiza con el 48,75% y la Indígena con el 43,89%, mientras que tan solo el 7,36% lo conforman el resto etnias, como se muestra en la figura 2.

Población nacional : 14.483.499

Provincia NAPO : 103.697

Cantón TENA : 60.880

Parroquia TENA : 33.934

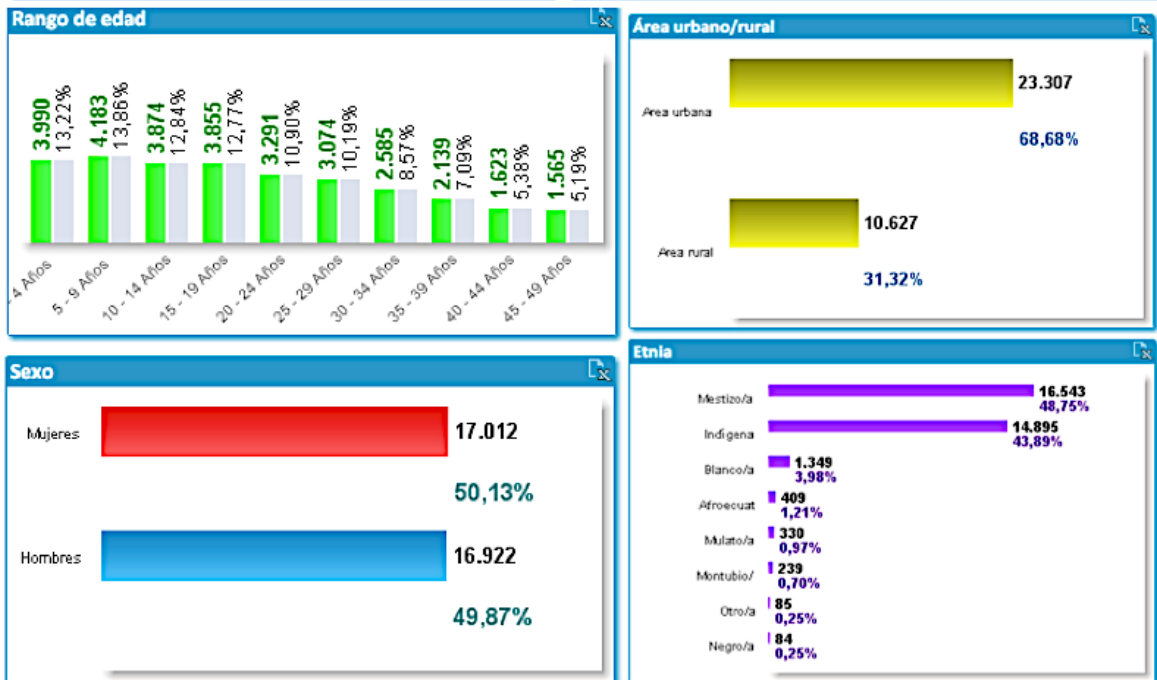


Figura 2 Indicadores básicos de población

Fuente: <http://indestadistica.sni.gob.ec>.

Elaborado: Sistema Nacional de Información

La ciudad del Tena es fundada como cantón desde el 29 de mayo de 1861 y luego en 1892 se produce el primer levantamiento indígena contra los jesuitas, produciendo un nuevo reordenamiento social. Actualmente el Cantón tena es conocido como parte de la zona petrolera y por su gran atractivo turístico debido a su riqueza en flora, fauna y cuencas hidrográficas.

Cuando el “Hospital José María Velasco Ibarra” se traslada a sus nuevas instalaciones; este lugar es asignado para que funcione la “Dirección Provincial de Salud de Napo” sin embargo, la población seguía acudiendo a este lugar en busca de atención médica, con estos antecedentes se crea el “Centro de Salud Urbano Tena” con la finalidad que cubrir la demanda de la población. Cabe indicar que dicha unidad de salud, no cuenta con información detallada de su creación, pero según información obtenida de los profesionales y registros; se data que en 1990 cuando la Dra. Gladys Rosero ocupaba el cargo de Directora Provincial de Salud del Napo es quien se encarga de realizar los trámites pertinentes en el Ministerio de Salud Pública para que Centro de Salud Urbano Tena sea reconocido como tal.

Se conoce que el Centro de salud inicia su funcionamiento con un consultorio ubicado dentro de la Dirección Provincial y que contaba con tres profesionales de salud para su atención.

- Un médico (Dr. Simón Moreno de 4 horas de la mañana).
- Una auxiliar de enfermería (Sra. Rosa Elena Grefa).
- Una auxiliar de farmacia (Sra. Tula Lastra)

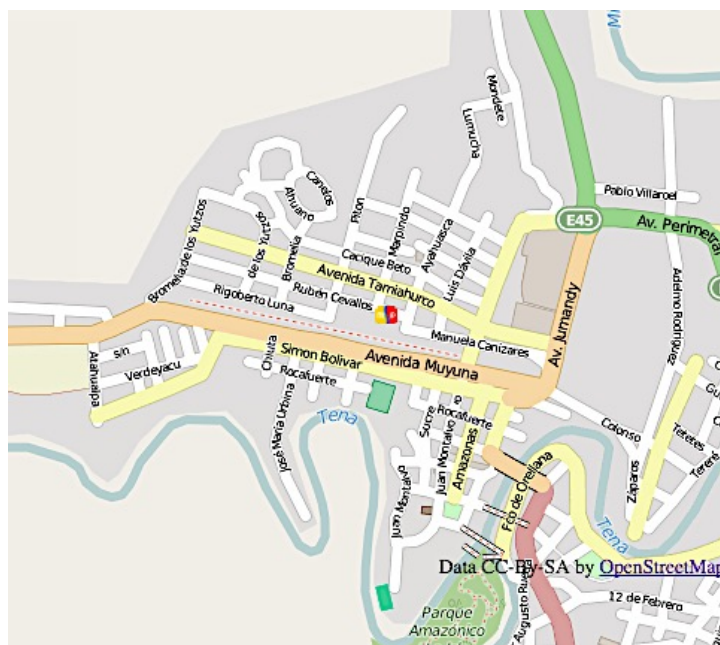
A finales del mismo año la dirección Provincial de salud asigna un espacio físico más amplio a este centro, debido a la aplicación del nuevo modelo de Salud Familiar Integral y Comunitario (SAFIC) establecido por el MSP desde 1988, En tal virtud se ve la necesidad de contratar y reorganizar el siguiente personal:

- Un director médico (Dr. Octaviano Rosero).
- Una enfermera (Lcda. Mariana Tabango).
- Un odontólogo rural (Dr. Edgar Carrera)
- Una auxiliar de odontología (Sra. Marlene Cordobilla)
- Una auxiliar de farmacia (Sra. Tula Lastra).

Con este personal se presta atención toda la población que se caracteriza por su riqueza cultural como son: los mestizos, afro ecuatorianos e indígenas; además de los extranjeros que viven o visitan la zona. Inicialmente los servicios que prestaba fueron la atención médica tanto preventiva como curativa, promoción de salud y de odontología.

En 1994 con él Dr. David Carbonell como nuevo Director Provincial de Salud, se logra separar al Centro de Salud Urbano Tena de las instalaciones de la Dirección Provincial y se traslada a un local en arrendamiento situado frente al Registro Civil durante 2 años, mientras, gracias a la intervención del Director Provincial y el Jefe de Área el Dr. Abdón Guerrero se gestiona la construcción del Centro de Salud Urbano Tena. Además del apoyo recibido por la Organización No Gubernamental (ONG) “Nueva Frontera de Italia” y el Municipio del Tena quien dona el terreno localizado en el barrio Aeropuerto 2 ubicado en la parte norte de la ciudad del Tena. Finalmente se logra levanta la infraestructura de la unidad operativa entre las calles Rubén Cevallos y Ayahuasca, ver figura 3; los linderos según su situación geografía son:

- Norte: Con el polígono de lotización Colina de las Palmas y la calle Leticia Villacís.
- Sur: Con la Avenida Muyuna.
- Este: Con las calles Ayahuasca y Morete
- Oeste: Con el polígono de la lotización de la Asociación de Empleados Municipales de Tena. (Avilez, 2012)



**Figura 3 Mapa del Centro de Salud Urbano Tena**

**Fuente:** <http://indestadistica.sni.gob.ec>.

**Elaborado:** Sistema Nacional de Información

Con estos antecedentes se realiza la inauguración del Centro de Salud Urbano Tena un 12 de abril de 1996, desde ese año se han realizado varias modificaciones y actualmente cuenta con los servicios de medicina general, obstetricia, odontología, laboratorio, farmacia, ecsonografía, enfermería y estadística; los contactos con la Unidad Operativa se los puede realizar por vía telefónica al (06) 2 887 608 y por vía electrónica al correo electrónico “csutena@hotmail.com” o a través del Sistema de Gestión Documental Quipux a nombre de “CZ2DTP UNIDAD DE SALUD URBANO TENA”.

Según el censo del INEC 2010 el cantón Tena registro una población de 60.880 habitantes (29.937 mujeres y 30.943 hombres); con una proyección poblacional para el 2014 de 69.202 habitantes y de 79.182 para el 2020. Ver tabla 1.

**Tabla 1 Proyección de población del Tena**

Proyección de la Población 2014 al 2020							
Cantón	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tena	69.202	70.845	72.499	74.158	75.826	77.502	79.182

**Fuente:** Inec Proyección poblacional.

**Elaborado por:** Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

La población asignada por el MSP al Centro de Salud Urbano Tena en el 2014 fue de 12.288, lo que significa que esta unidad operativa abarca al 17,76% del total de la proyección. A continuación se detalla la distribución de la población en grupos de edad según sexo, ver tabla 2.

**Tabla 2 Distribución de la población asignada al Centro de Salud Urbano Tena 2014**

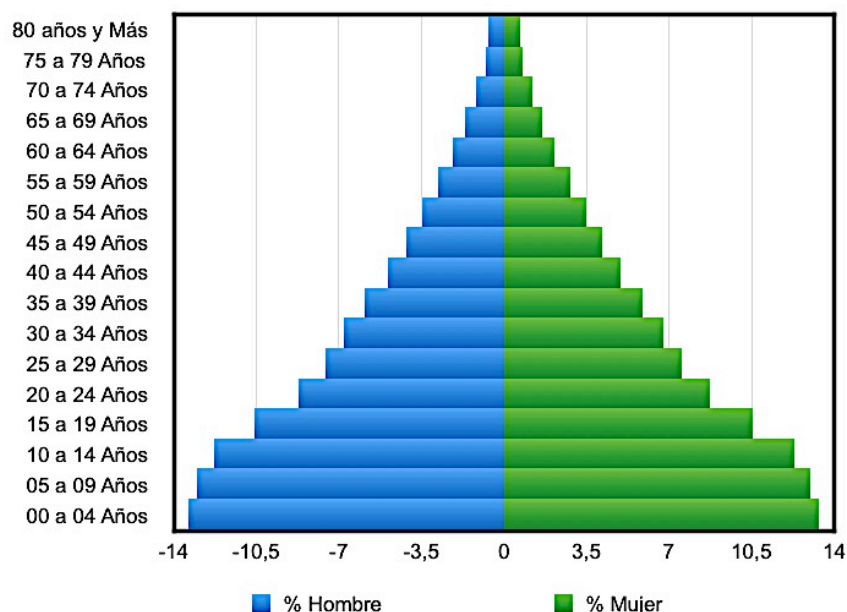
<b>Población en años</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Población Total</b>
00 a 04	836	806	1642
05 a 09	814	785	1599
10 a 14	770	742	1513
15 a 19	661	637	1299
20 a 24	545	526	1071
25 a 29	472	455	928
30 a 34	424	408	832
35 a 39	369	355	724
40 a 44	309	298	607
45 a 49	260	251	511
50 a 54	218	210	427
55 a 59	175	169	344
60 a 64	135	130	265
65 a 69	102	99	201
70 a 74	75	72	148
75 a 79	48	46	94
80 y Más	43	41	84
<b>Total</b>	<b>6258</b>	<b>6031</b>	<b>12288</b>

**Fuente:** MSP Ecuador provincias distritos unidades 2014.

**Elaborado por:** Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

En La pirámide poblacional se puede observar el gran número de personas en edades menores conforman una base es ancha y la cúspide estrecho conformada por las personas de la tercera edad, por lo tanto se trata de un pirámide expansiva, también la mayor parte corresponden al sexo masculino. Ver figura 4.

**Piramide Poblacional del Centro de Salud Urbano Tena  
por Sexo y Grupo Etareo 2014**



**Figura 4 Distribución de la Población Asignada  
del Centro de Salud Urbano Tena**

Fuente: MSP Ecuador provincias distritos unidades 2014.

Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

### 1.1.3 Misión de la Unidad de Salud

El Centro de salud no cuenta con una visión y misión personalizada, por que persigue la visión y misión establecidos por el MSP.

*“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”* (Ministerio de Salud Pública, 2013).

### 1.1.4 Visión de la Unidad de Salud.

*“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 de la comunidad”.* (Ministerio de Salud Pública, 2013).



#### **1.1.4.1 Valores.**

- Respeto: Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.
- Inclusión: Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.
- Vocación de servicio: Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.
- Compromiso: Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.
- Integridad: Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento”
- Justicia: Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.
- Lealtad: Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos. (Ministerio de Salud Pública)

#### **1.1.4.2 Objetivos Estratégicos**

- 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. (Ministerio de Salud Pública)

#### **1.1.5 Organización Administrativa de la Unidad de Salud**

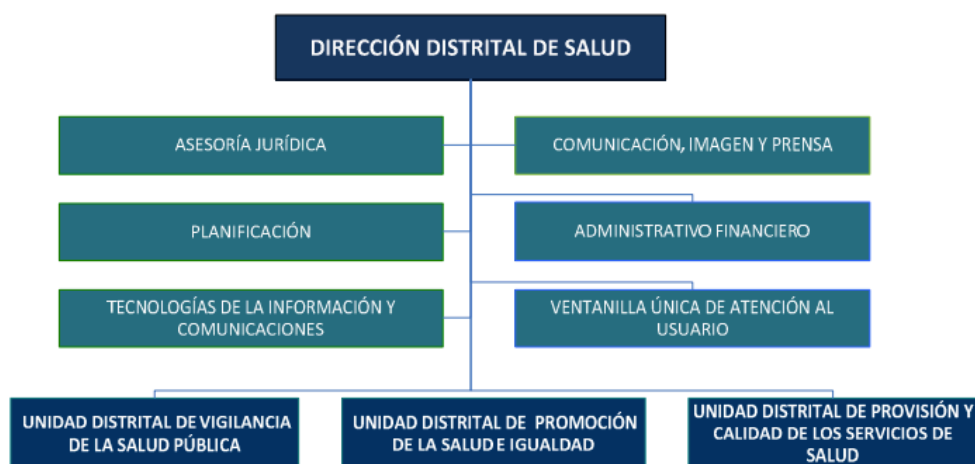
El centro de Salud Urbano Tena forma parte de la estructura organizacional del Ministerio de Salud Pública que se fundamenta en las políticas establecidas por la Constitución de la República del Ecuador, el Plan Nacional del Buen Vivir, leyes, reglamentos, acuerdos y normas vigentes. En base a los diez principios del Modelo de Atención integral de Salud (MAIS):

- Garantía de los derechos de las y los ciudadanos.

- Universalidad.
- Integralidad.
- Equidad.
- Continuidad.
- Participativo.
- Desconcentrado .
- Eficiente, eficaz y de calidad.
- Equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano.
- resultados de impacto social (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Esta cartera de estado en los últimos años ha realizado grandes cambios de organización administrativa en el campo de la salud, Como siguiente se puede observar en la figura, la “Estructura Orgánica de la Planta Central” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

Con la nueva estructura organizacional del país, en la que se considera los Ministerios, las Zonas, los Distritos y los Circuitos; como observa en la figura 5; el MSP pretende llevar acabo cinco procesos administrativos para ejecutar sus funciones de forma eficaz y eficiente: “Procesos Gobernantes, Agregadores de Valor, Habilitantes de Asesoría y de Apoyo; y Desconcentrados” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013, pp. 57-58).



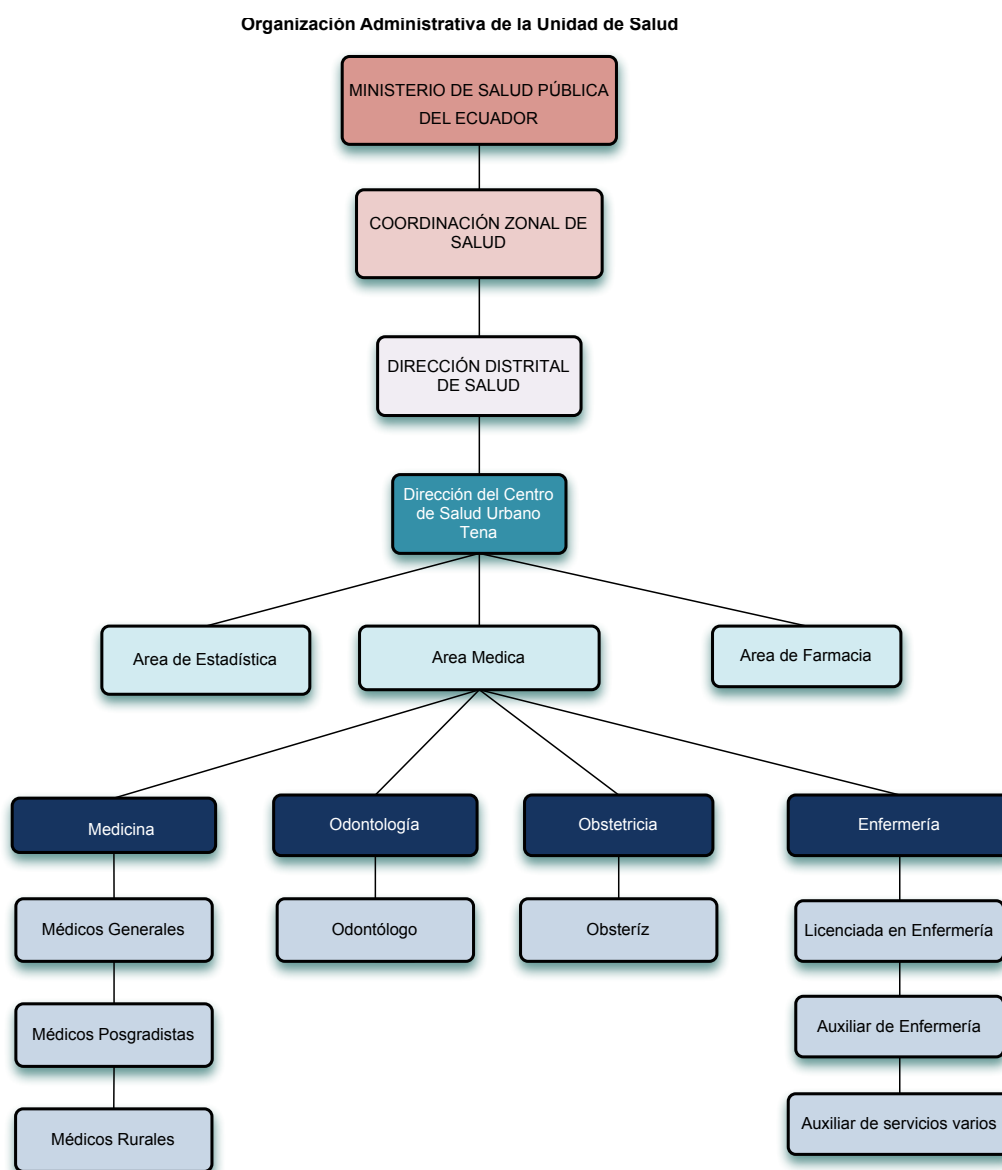
**Figura 5 Estructura Orgánica de la Dirección Distrital**

**Fuente:** Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del MSP.

**Elaborado por:** Ministerio de Salud Pública del Ecuador

El Centro de Salud Urbano Tena corresponde al primer nivel de atención del MSP de tipo B en cuanto a su capacidad resolutoria, por tanto la unidad de salud de referencia que corresponde al segundo nivel es el hospital José María Velasco Ibarra; En cuanto a la organización administrativa del centro de salud, esta se justifica las normas y mandatos del MSP.

Básicamente la estructura organizacional comprende al director del Centro de Salud Urbano Tena y las áreas estadística, médica y de farmacia. Que se encuentran bajo las directrices de la Dirección Distrital, Coordinación Zonal y Planta Central. Como se evidencia en la figura 6.



**Figura 6 Organización Administrativa del CSUT**

Fuente: Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del MSP.

Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

### **1.1.6 Servicios que presta la Unidad de Salud.**

EL MSP en cumplimiento del lo establecido en el MAIS determina que todas las Unidades Operativas de Salud realicen la siguiente provisión de servicios de acuerdo a la tipología de la Unidad. La clasificación del Centro de Salud Urbano Tena es de Tipo B en tal virtud presta los servicios de salud que corresponden al Primer Nivel de Atención, enmarcado en el modelo actual de Salud. Las actividades de trabajo son de forma intramural y extramural, cuenta con los servicios de Admisión e información, Medicina General, Obstetricia, Odontología, vacunación y farmacia, como se ver en la figura 7.

#### **Servicio de Medicina general**

- Proporcionar atención médica en consulta externa
- Proporcionar atención médica de emergencia
- Asesoría interna en temas de salud
- Salud preventiva y comunitaria
- Referencias hacia el segundo y tercer nivel de atención en salud
- Participar en campañas de salud en coordinación con salud ocupacional

#### **Servicio de obstetricia**

- Atención, control y seguimeinto preconcepcional, prenatal y postnatal
- Detección de cancer mamario y cervicouterino
- Atención de planificación familiar

#### **Servicio de Consulta odontológica**

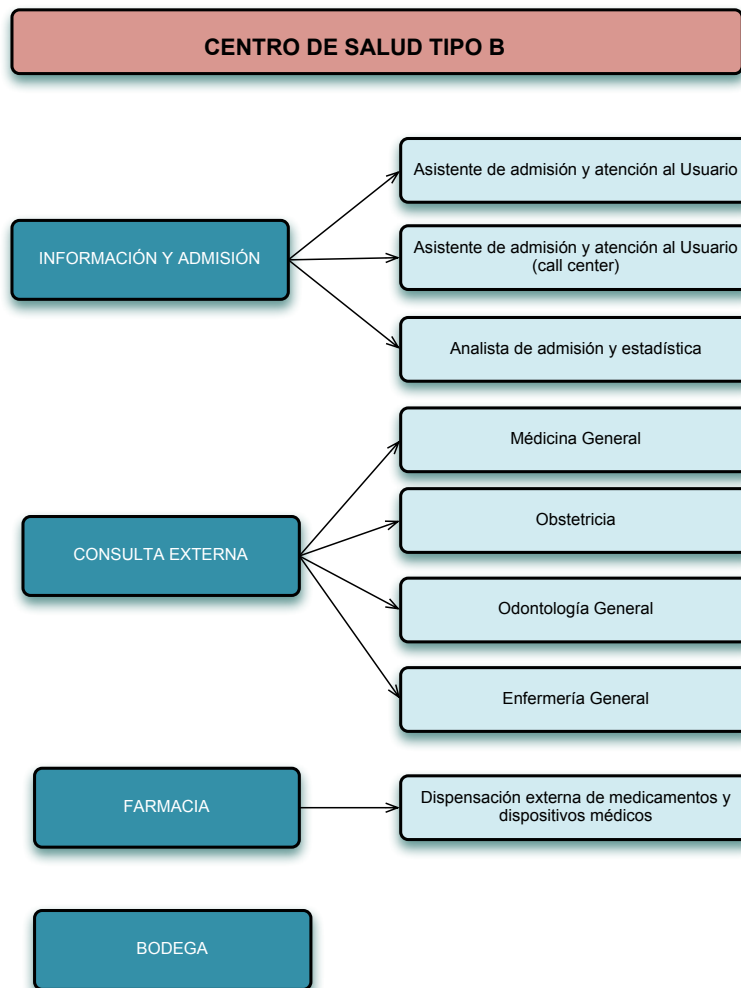
- Tratamientos Preventivos
- Tratamientos Curativos y Rehabilitación Oral
- Endodoncia
- Exodoncia
- Periodoncia
- Restauraciones
- Otros tratamientos y prótesis (total, parcial y coronas
- Emergencias

#### **Servicio de Inmunizaciones**

- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- Red de frío
- Vigilancia Epidemiológica

#### **Servicio de Farmacia**

- Entrega y recepción de medicamentos
- Farmacovigilancia



**Figura 7 Cartera de Servicios de la Unidad de**

Fuente: Lineamientos del Modelo Integral de Atención de Salud MSP (2014)

Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

### 1.1.7 Datos estadísticos de cobertura Unidad de Salud.

En el Centro de Salud Urbano Tena, se evidencia en los datos que la cobertura lograda en las diferentes áreas es aceptable, ya que pese a las limitaciones de cambio de profesionales que llegan al lugar para realizar su año de medicina rural y las ausencias temporales de contrato, en donde se trata de mantener los servicios tanto como fuera de la institución, siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. En la tabla 3 se puede observar la producción de la Unidad de Salud en los años 2013 y 2014, en los que se evidencia una aparate disminución de atenciones.

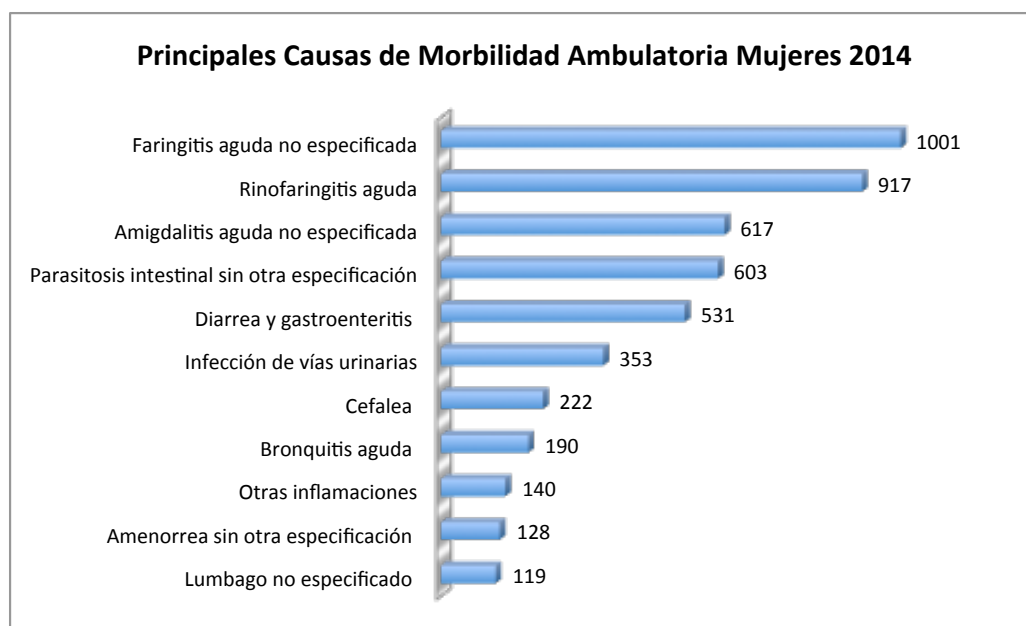
**Tabla 3** Producción del Centro de Salud Urbano Tena 2013-2014

Año	2013	2014
N° Atenciones	52.035	48.085

**Fuente:** RDACAA 2013 y 2014

**Elaborado por:** Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

Las causas principales de morbilidad en la población de influencia del Centro de Salud Urbano Tena son las infecciones de vías respiratoria altas, seguidas por las gastrointestinales, infecciones de vías urinarias y finalmente están los problemas músculo esqueléticos. Ver figura 8.

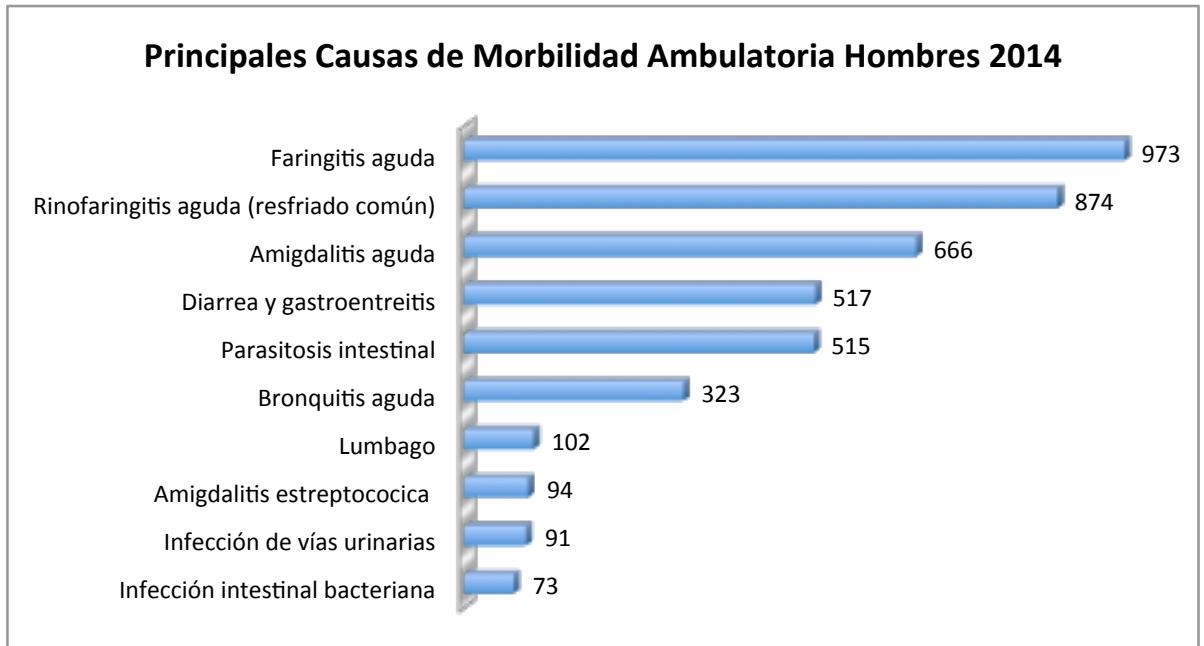


**Figura 8** Principales causas de morbilidad en el sexo femenino

**Fuente:** Formulario estadístico anual INEC del Centro de Salud de Tena año 2014

**Elaborado por:** Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

En la figura 9 se puede analizar que las patologías son similares en ambos sexos, con respecto a las enfermedades de vías respiratorias y gastrointestinales. Cabe recalcar que la mayor prevalencia se encuentra en el grupo de las mujeres. La morbilidad por se puede ver en el edad anexo 2.



**Figura 9 Principales causas de morbilidad en el sexo masculino**

Fuente: Formulario estadístico anual INEC del Centro de Salud de Tena año 2014

Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

Resulta interesante ver que entre las diez primeras causas de morbilidad en los diferentes grupos, no se evidencia la existencia de enfermedades crónicas como metabólicas o cardiovasculares. Sin embargo las enfermedades identificadas, pueden ser prevenibles mediante la modificación de los hábitos de las personas y medidas de protección que eviten los contagios masivos ante las infecciones respiratorias o las gastrointestinales.

#### **1.1.8 Características geofísicas de Unidad de Salud.**

El Centro de Salud Urbano Tena consta de cemento armado, paredes de bloque, vidrio, policarbonato y hierro. Actualmente cuenta con las siguientes Áreas Físicas.

##### **Área de Consultorios**

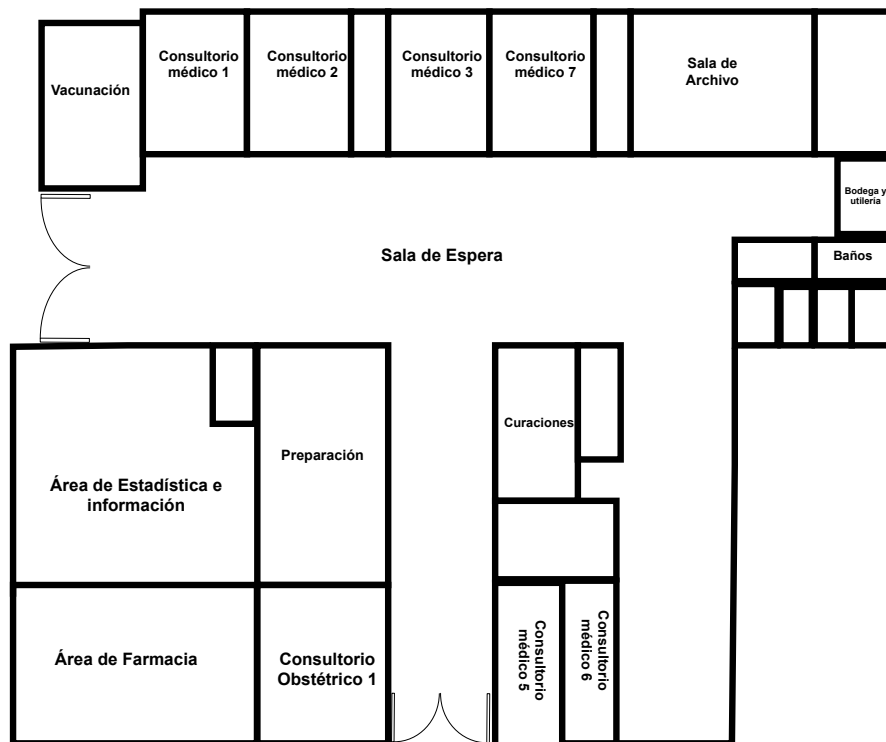
- Consultorio médico 1
- Consultorio médico 2
- Consultorio médico 3
- Consultorio médico 4
- Consultorio médico 5
- Consultorio médico 6
- Consultorio médico 7
- Consultorio Odontología 1
- Consultorio Obstétrico 1

- Consultorio Obstétrico 2

### Área de Enfermería

- Preparación
- Vacunación
- Curaciones
- Toma de muestras para laboratorio
- Área de Farmacia
- Área de Estadística e información
- Área de Bodega y utilería
- Sala de Docencia
- Sala de Archivo
- Sala de Espera
- Baños once baterías sanitarias
- Zona de Ambulancia
- Zona de Parqueo

La infraestructura de la Unidad Operativa se encuentra en un buen estado, cuenta con una sola planta y un terreno amplio de fácil acceso como se puede observar en la siguiente figura 10.





## **Figura 10 Infraestructura del Centro de Salud Urbano Tena**

Fuente: Documentación del Centro de Salud de Tena año 2014

Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

### **1.1.9 Políticas de la institución.**

El Centro de Salud Urbano Tena enmarca en las políticas establecidas por el ente rector que es el Ministerio de Salud Pública, estas políticas se encuentran se alinean en primer lugar a lo establecido en la Constitución de la República del Ecuador del 2008 y otros documentos que conforman el cuerpo jurídico en el tema de salud como la Ley Orgánica de Salud, el Plan nacional del Buen Vivir y Otras normas, reglamentos y leyes vigentes inherentes al tema.

Así también se considera que la políticas del Centro de Salud Urbano Tena van encaminadas a cumplir con lo establecido en el primer nivel de atención y por lo tanto, ofrece atención ambulatoria, promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de la población. Además de cumplir con acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria.

### **1.2 Marco Conceptual.**

#### **1.2.1 Modelo de Atención integral de Salud.**

El Modelo de Atención Integral se aprueba y autoriza el 13 de mayo de 2004 mediante acuerdo ministerial Nro. 0000553. Hasta entonces el Sistema de Salud se mantenía fragmentado y con un bajo presupuesto económico, motivo por el cual no se logra ejecutar la nueva propuesta del Modelo de Salud, a todo esto se suma la centralización de la gestión del Ministerio de Salud manteniendo una visión individualista, biológica, curativa y la privatización de la salud; A toda esto se suma la falta de rectoría que tenía MSP en ese tiempo.

Con estos antecedentes y la llegada del actual Gobierno, el tema de salud se convierte en un eje estratégico para el país, por tal razón, en los últimos años se realizado una fuerte inversión económica a esta cartera de estado, con el fin de reformar el modelo de salud anterior para dar cumplimiento lo establecido en la Constitución que se llevó a cabo en 2008. Así, el 8 de diciembre del 2011 se logra aprobar bajo acuerdo ministerial el documento denominado “Modelo de Atención integral de Salud” (MAIS) como un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas desarrolladas e implementadas por el Ministerio de salud Pública del Ecuador, con este acuerdo se da inicio a la implementación del nuevo modelo a nivel nacional, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Carta Magna.

El Art. 32.- reza que, *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir...La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”* (Asamblea Constituyente, 2008, p. 29).

Además en Los Art. 358, 361, dictamina que, *“el Sistema Nacional de Salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. Comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social”* (Ministerio de Salud Pública, 2014, p. 10).

En este contexto el MAIS, pretende realizar la transformación en el Sistema Nacional de Salud afectando a todos sus componentes como son: la provisión de servicios, la organización, la gestión y el financiamiento del mismo, con el objetivo de *“Integrar y consolidar la estrategia de Atención APS-R en los cuatro niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; y, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno , con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales”*. (Ministerio de Salud Pública, 2014, p. 9). El propósito del MAIS se encuentra basado en los siguientes ejes:

- Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir;
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana, a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAISFCI), bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), que incluye la estrategia de Promoción de la Salud;
- Transformar el enfoque médico curativo, hacia un enfoque integral en salud, centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano; e,

- Incidir sobre los determinantes de la salud, a través de una acción articulada y complementaria con los otros sectores del desarrollo para el mejoramiento de la calidad de vida y salud a nivel individual y colectivo (Ministerio de Salud Pública, 2014, p. 8).

Este Modelo apoya al Sistema Nacional de Salud para que sea descentralizado, participativo, equitativo, más accesible y esté disponible a la población en todo el territorio. Tiene un enfoque integral hacia el individuo, la familia, la comunidad y el entorno, fortalece el primer nivel de atención con la finalidad de articularse eficientemente con el segundo y tercer nivel de atención, además establece que todos los servicios de salud a nivel del país trabajen de manera articulada, en lo que se conoce como la Red Pública integral de salud y complementaria.

Sus actividades se fundamentan en la planificación estratégica, programación de prestaciones, Control de gestión, administración de recursos, supervisión integral y evaluación, con la finalidad de alcanzar la productividad con resultados eficientes y eficaces mediante la cobertura a nivel nacional y uso adecuado de los recursos, alcanzando la calidad de todos sus servicios, para lograr el impacto social en la mejora de la salud del país y el autocuidado, mediante la identificación de los resultado de impacto social aplicables en la Red Pública Integral de Salud. Siguiendo los siguiente principios.

- Garantía del derecho a la salud.
- Universalidad progresiva en el acceso y la cobertura de servicios de excelencia
- Integralidad.
- Equidad (género, intergeneracional e interculturalidad).
- Continuidad en la atención en salud.
- Relación centrada en el equipo de salud – usuarios (persona, familia, comunidad).
- Desconcentración de la gestión administrativa.
- Eficiencia, eficacia y de calidad.
- Participación plena de la comunidad y sus organizaciones.
- Gestión y atención basada en resultados de impacto social (Ministerio de Salud Pública, 2014, p. 9).

Con estos principios el Modelo pretende brindar a la población una atención integral, mediante servicios de salud articulados de acuerdo a la capacidad resolutive de los diferentes niveles de atención. Actualmente este modelo se encuentra en fase de implementación, sin embargo hasta el momento la percepción de la población es positiva hacia el mismo, por lo tanto su resultado final será la culminación del mismo.

### **1.2.2 Red pública de salud en el primer nivel de atención.**

La Red pública de Salud permite garantizar el acceso a servicios de salud a toda la población y en todo el territorio nacional, con el fin de optimizar la organización y gestión en todos los niveles del sistema nacional de salud, alcanzando la calidad, eficiencia y oportunidad en los servicios de salud, todo esto mediante la articulación de los vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

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.”* (Ministerio de Salud Pública, 2014, p.20).

Por lo tanto la red es el modelo de atención integral de salud que está integrada por: el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y algunas instituciones externas privadas de prestación de servicios de salud, por lo tanto el principal objetivo es la salud de los usuarios, puesto que es de suma importancia para la atención de los pacientes para que se resuelvan todos los problemas de salud que se presente con todas las complejidades.

La coordinación y el funcionamiento que se da entre estas instituciones se realiza mediante el mecanismo de referencia y contra referencia que es el procedimiento médico.- administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención, *“para facilitar el envío.-recepción y regreso de los pacientes, con el propósito de brindar atención médica, oportuna e integral”*. (Valenzuela, 2009, p.45).

Legalmente la Red Pública Integral de Salud (RPIS) se encuentra amparada por la Carta Magna en su Art. 360.- que establece *“La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”* (Asamblea Constituyente, 2008), también se sustenta con la Norma técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, el Convenio Marco Interinstitucional para integrar la Red Pública Integral de Salud y el Instructivo 001-2012 para la viabilidad en la atención en salud en las unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de Servicios de Salud.

Como 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. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012, p.12). 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. (Valenzuela, 2009)

### **1.2.3 Niveles de Atención.**

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”*. (Vignolio, 2011, p.8). El Ecuador cuenta con Cuatro niveles de Atención, que dependiendo de su capacidad resolutive se clasifican siguiente manera:

- Primer Nivel: Puestos de salud, Consultorios generales y los Centros de salud tipo A, B, C.
- Segundo Nivel: Consultorios y Centro de especialidades sean clínicos o quirúrgicos, Hospitales del Día, Hospitales Básicos y Hospitales Generales.
- Tercer Nivel: Centros especializados, Hospitales especializados y Hospitales de especialidades.
- Cuarto Nivel: Centros de experimentación y las clínicas de alta especialidad.

Los Establecimientos de Salud que pertenecen del Primer Nivel de atención son los más cercanos a la población, facilitando y coordinando el flujo de los usuarios a otros niveles de atención con el fin de asegurar la continuidad de la atención oportuna a la población.

Promueve acciones de Salud Pública de promoción, prevención, recuperación y cuidados paliativos, de acuerdo a las normas emitidas por el Ministerio de Salud Pública; este nivel se caracteriza por ser establecimientos ambulatorios y resuelve problemas de salud de corta estancia.

El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud exceptuando los casos de urgencia y emergencia., y presta servicios de curación, prevención, promoción, rehabilitación del paciente ambulatorio, de acuerdo a su capacidad resolutive los Tipo C que son de mayor complejidad, brindan al usuario, los servicios de maternidad con hospitalización de corta estancia y el de emergencia de 24 horas.

El MAIS propone interactuar con los sectores públicos y privados, miembros de la red de servicio y comunidad. Con el fin de dar un servicio integral a los problemas de salud, de esta manera, todo lo que no se pueda resolver en el primer nivel de atención, debe ser enviado al del sistema de referencia y contra referencia para que tenga acceso al segundo o tercer nivel de atención de forma integrada, articulada y organizada con el fin de dar una atención oportuna al individuo, la familia y la comunidad.

#### **1.2.4 Atención primaria de salud.**

La atención primaria de salud tiene su origen el 6 al 12 de septiembre de 1978, realizada en Kazajistán, en honor a este lugar de la denominación la declaración de Alma-Ata misma que fue llevada a cabo por los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en esencia los principios establecen cuatro puntos clave.

- Cobertura universal: Se trata del acceso a la salud de todas las personas, caso contrario la falta de cobertura es un factor de riesgo para disminuirle esperanza de vida de las personas, lo contrario sucede en los países que han tomado como bandera a la Atención primaria de salud.
- Servicios centrados en las personas: La necesidad de los sistemas de salud para responder mejor a las necesidades de la población mediante servicios integrados en las comunidades.
- Políticas públicas saludables: La OMS considera que todas las decisiones de los ministerios relacionados a Salud, “deberían ser objeto de deliberaciones y que es preciso integrar ampliamente un enfoque de “la salud en todas las políticas” en todos los gobiernos”. (La Organización Mundial de la Salud, 2008, p. 1)
- Liderazgo: Comprendido desde la participación de todos los actores y no solo desde la eficacia y la eficiencia.

La OMS establece que si los Sistemas de Salud, abordan estos cuatro puntos, estos pueden alcanzar la coherencia, la eficiencia, eficacia y ser más equitativos. Con el fin de alcanzar el objetivo de una atención primaria de salud para todos con cinco elementos clave para el logro de ese objetivo:

- Reducción de la exclusión y las desigualdades sociales en la cobertura universal de salud;
- La organización de los servicios de salud alrededor de las necesidades y expectativas de las personas;
- Integrar la salud en todos los sectores;
- Perseguir modelos colaborativos de diálogo sobre políticas y

- Aumentar la participación de las partes interesadas. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

En este contexto la Atención Primaria de Salud (APS) es considerada un pilar clave para el MAIS y también se encuentra consagrada en el Art. 360.- de la Constitución que dice *“El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas”* (Asamblea Constituyente, 2008, p. 165).

En la implementación del MAIS se realizó una nueva estructura organizacional salir del país, que consistió en la regionalización del territorio ecuatoriano por Zonas, distritos y circuitos; Así, un distrito es el responsable de su población asignada, misma que será distribuida en todos los servicios de salud que prestan APS con el fin de cubrir las necesidades de salud de esa población. Entre las funciones de la APS está la conformación de equipos multidisciplinarios con el fin de lograr interactuar con la comunidad desde una visión holística e inclusiva denominados Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS), conformados de la siguiente manera: *“A nivel urbano por 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 TAPS por cada 4000 habitantes y a nivel rural: 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 TAPS por cada 1500 a 2500 habitantes”* (Ministerio de Salud Pública, 2013, p. 90).

Atención Primaria de Salud se orienta hacia el cuidado y autocuidado de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, además implica principalmente la modificación del enfoque curativo a lo preventivo y la creación de programas verticales hacia una atención integral al individuo, la familia, la comunidad y el entorno, operacionalizando el enfoque de derechos, intergeneracional, de género e interculturalidad en todos los niveles de atención.

Los resultados que se deben obtener de las intervenciones de la APS son los establecidos en el MAIS como: la formación de comités de salud y de grupos el riesgo según la epidemiología del distrito; la creación de diagnóstico situacional es con el fin de identificar los determinantes de salud de ese lugar, la presentación de suela situacionales con la participación de la comunidad, la publicación de planes de salud local que responden a las necesidades del MSP, dichos centros también deben contar con un conjunto de servicios de salud integrales, que cuenten con procesos de gestión eficientes y cumplan acciones que sean monitoreadas evaluadas constantemente.

### 1.2.5 Costos Hospitalarios.

La Salud en el Ecuador es un derecho establecido en la constitución, en la cual se consagra además que el presupuesto general de Estado predestinado para el sistema nacional de salud se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al 0,5% del Producto Interior Bruto, en este contexto el presupuesto asignado a salud pública cobra gran importancia por los altos costos que ella representa y la necesidad de optimizar los recursos económicos del Estado, por tal razón es clave definir los siguientes términos:

- Costo: representa un valor asignado a un servicio o producto con el fin de obtener los beneficios del mismo,
- Costos Hospitalarios: son recursos que deben entregarse a cambio de algún beneficio deseado. Incluyen los recursos gastados en la producción de un bien o servicio beneficioso en un tiempo dado: mano de obra, suministro, equipos, sí como el valor del tiempo del paciente.
- Costo directo: Son los que se intervienen directamente con una actividad o un producto. Ejemplo: El costo de insumos en una cirugía.
- Costo indirecto: Son los que no se pueden identificar con una actividad o producto, departamento, pero intervienen en el producto final. un ejemplo es el salario del directorio del hospital con el costo de una cirugía.
- Costo Total: Resulta de la sumar los dos anteriores.
- Costo Fijo: son costos que no varían aunque varié la actividad en un rango de volumen y de tiempo. Los sueldos son un ejemplo.
- Costo variable: Son aquellos que varían de acuerdo con la actividad, dentro de cierto rango de volumen de actividad y de tiempo. (Ministerio de Salud Pública de Perú, 2000, p. 232).
- Punto de equilibrio: 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. (Pesantez León, 2012, p. 91).
- Capacidad instalada: es aquella con la que cuenta la institución para funcionar dado un monto presupuestal, la capacidad ociosa es aquella que no se utiliza pero los recursos si son cubiertos.



La costos de salud deben se manejados como una empresa con la finalidad de conocer la sostenibilidad de la misma en el tiempo, es decir, *“un sistema de salud como una organización creada para proveer servicios destinados a promover, prevenir, recuperar o rehabilitar la salud del usuario, con la meta de asegurar el acceso a una atención de calidad adecuada y a un costo razonable”* (Lemus, 2009, p. 535). Para el sistema de salud pública el costo de sus servicios debe ir acompañado de resultados de impacto social como lo establece el MAIS, con el fin de tener una población más saludable con base en la medicina preventiva y evitar las enfermedades prevenibles.

Todos estos detalles ayudan al gerente para reconocer que cambios debe tomar, pero basado en datos reales y para cambiar de camino en caso de que fuera necesario o a la vez corregir errores y seguir con el objeto de alcanzar calidad, eficacia, efectividad y eficiencia en su tarea.

#### **1.2.6 Eficiencia, eficacia, calidad.**

La gestión financiera de los servicios sanitarios apunta a satisfacer las necesidades de los usuarios, de acuerdo a las necesidades de la población y la aplicación de guías de práctica clínica. Durante este proceso se toma en cuenta todo el personal de salud pierdas recursos, insumos y resultados que se requiera, para brindar una atención con eficacia, eficiencia, y calidad. El país se encuentra realizando esfuerzos para mejorar los servicios de salud, de hecho el MAIS acoge a estos términos como uno de los principios del modelo.

**Eficiencia:** se trata del uso racional de los recursos disponibles, empleando las técnicas apropiadas y adaptados a la necesidad de la población, con el fin de obtener los mejores resultados a menor costo. El sector salud es un sistema que genera riqueza y bienestar cuando la población práctica medidas de prevención de su salud, todo esto se invierte cuando la población no posee estilos de vida saludable y por ende tienen una salud en riesgo o una enfermedad establecida. Como consecuencia de ello se elevan los costos de la salud pública.

Un sistema sanitario eficiente y de alto valor tiene como objetivo maximizar la calidad de la atención y los resultados obtenidos con los recursos disponibles, garantizando al mismo tiempo que las inversiones adicionales proporcionen un valor adicional neto con el tiempo. Asegurar el valor de los recursos significa utilizarlos de la manera más eficiente y efectiva posible, vinculando el concepto de calidad científico-técnica, al concepto de eficiencia y de sostenibilidad como una perspectiva esencial en la organización sanitaria y en la práctica profesional.

En este sentido, la eficiencia es un criterio económico que pone evidencia la capacidad administrativa de producir el máximo de los resultados con el mínimo de los recursos, energía y tiempo también un criterio institucional que revela la capacidad administrativa para alcanzar las metas o resultados propuestos (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2012, p. 29). Para evaluar la eficiencia existen varios indicadores que nos permite conocer el estado eficiente de los servicios de salud con el fin de alcanzar resultados de calidad optimizando el uso de los recursos. Finalmente en los lineamientos operativos del MAIS, el principio de Eficiencia procura una mejor gestión y mayor optimización de los recursos en función de los resultados planificados.

**Eficacia:** Es la capacidad de la ciencia y la tecnología; y que acuerdo a las condiciones locales, de plantear soluciones un problema de salud y alcanzar un resultado específico comprobable. La eficacia también es un principio en el MAIS que consiste en organizar la demanda *“en función de las necesidades de las personas, las familias y la comunidad, para lograr resultados de impacto social de acuerdo a prioridades de la población, a nivel distrital y prioridades nacionales”* (Ministerio de Salud Pública, 2014, p. 10). La eficacia busca atender la demanda de la población mediante una logística participativa, con el objetivo de alcanzar las metas propuestas con resultados acertados en un sistema articulado y en red.

La eficacia se refiere al “grado de cumplimiento de los objetivos de la organización, sin referirse al costo de los mismos”. (Pitisaca, 2012, p. 43), produce cambios esperados en la salud de la población y que se miden a través de indicadores, además se caracteriza por la capacidad administrativa de facilitar la accesibilidad a los servicios sanitarios, todos estos resultados se enlazan los determinantes de salud de acuerdo a cada población según la zona o el distrito, desde el punto de vista que las intervenciones eficaces deben ir encaminadas al actuar sobre estos determinantes y mucho más si son modificables y prevenibles. Actualmente el Sistema Nacional de Salud se encuentra en un proceso de transformación en el cual uno de los objetivos es alcanzar servicios de salud altamente eficaces y eficientes.

**Calidad:** Hablar de calidad en servicios de salud, es tratar un tema multidimensional esta es la razón por la que se hace difícil su concepto, ya que existe la dimensión desde lo institucional y desde lo social, sin embargo lo que existen son consensos que plantean las medidas e indicadores clave para monitorear y evaluar la calidad que prestan los servicios. Pese a ellos, la calidad se puede definir como *“el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados tanto a nivel individual como poblacional, y son consistentes con el conocimiento profesional actual”* (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2012, p. 13).

Los servicios de salud deben ser provistos con calidad de acuerdo a las características Y determinantes de salud de cada población, y alcanzar la satisfacción de los usuarios para obtener una buena percepción de dichos servicios en coherencia con el costo invertido en los mismos. Además es importante recalcar la calidad no puede ir separada de la eficiencia y la eficacia, por este motivo el MIAS considera todos estos conceptos en su implementación y ejecución.

### **1.2.7 Gestión productiva de las unidades de salud.**

Se define como gestión a la acción y consecuencia de administrar o gestionar algo, con el objetivo de conseguir o aumentar los resultados óptimos de los servicios de salud, para ello se requiere realizar el diagnóstico, un análisis, una retroalimentación, realizar acciones y evaluar todo el proceso, cabe mencionar que en este campo existen diferentes tipos entre los cuales se encuentra la gestión productiva.

En año 2010 la Organización Panamericana de Salud (OPS) presenta el documento denominado “Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud Introducción y Generalidades” este contenido representa una herramienta dirigida a la organización y gestión óptima de los servicios de salud y que se basan en la APS, además apunta a la eficiencia y calidad de producción de los mismos generando una nueva cultura institucional dirigida a la racionalización de costos y la maximización de la productividad.

La gestión productiva tiene sus bases en el análisis de la producción, eficiencia, recursos y costos que representan los servicios de salud para un Sistema Nacional de Salud, esta herramienta también incluye el uso de ayudas tecnológicas, como lo son los programas gerenciales como el WINSIG (Sistema de Información Gerencial en ambiente Windows) que permite realizar un costeo confiable de la gestión de los recursos económicos en los servicios de Salud y lograr realizar cambios positivos a favor de la mejora continua que requieren los sistemas de salud.

Los objetivos planteados para llevar a cabo gestión productiva son: la eficiencia con calidad, la racionalización de recursos, el mejoramiento continuo y disseminación de prácticas exitosas. Todos ellos pretenden alcanzar servicios de salud eficaz, eficiente y de calidad para que los usuarios tengan acceso a una salud integral que satisfaga sus necesidades de manera oportuna con eficiencia, calidad, producción y cobertura.

Las principales funciones de esta gestión están: *“evaluar el desempeño de instituciones, programas y redes de servicios de salud; identificar los factores o problemas más relevantes del perfil de productividad institucional; facilitar el análisis de dichos factores o problemas a fin de determinar opciones de cambio, en el marco de los procesos de transformación y modernización de la gestión sanitaria; Monitorear los procesos de cambio y la evaluación del impacto de las medidas de ajuste institucional adoptadas para abordar la problemática que la metodología permite identificar y establecer los costos de los servicios como resultantes de la eficiencia en las funciones de producción”* (Gallo, 2010, p. 21).

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. Finalmente lo que pretende este tipo de gestión es mejorar los servicios de salud y su rendimiento mediante la evaluación de los mismos y con ayuda de programas que permitan a los gerentes una toma de decisiones más acertadas en beneficio de la población.

### **1.2.8 Tarifario del sistema nacional de salud.**

El 08 de febrero del 2012, mediante Acuerdo Ministerial No. 00000160 la Actual Ministra de Salud expide el “Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud” mismo que es una herramienta técnica que permite regular el sistema de compensación económica por los servicios de salud que se intercambian entre los subsistemas de salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2012).

El Tarifario de Prestaciones es un documento legal que estipula las tarifas de los servicios de salud, procedimientos e intervencionismos que incluyen el valor la remuneración del personal, uso de equipos, accesorios, instrumental e implementos, materiales, suministros e insumos. Además los costos establecidos deben registrarse las instituciones tanto públicas como privadas de acuerdo a lo establecido en el marco de la República integral y complementaria del sistema Nacional de salud por lo tanto serán utilizados para el proceso de referencia y contra referencia, en los casos donde se requiere el apoyo de la República o complementaria.

El tarifario consta de cinco secciones en el que se encuentra las normas, los costos de los servicios de salud de acuerdo a su capacidad resolutoria, los honorarios de los profesionales, las reglas de facturación y las disposiciones para actualizar el mismo.

### **1.2.9 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 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”*. (Gallo, 2010, p. 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.

La OPS/OMS han desarrollado mecanismos alternativos que permiten el cálculo de costos y la determinación de los niveles de eficiencia de los establecimientos sanitarios a partir del procesamiento de la información disponible, como el presupuesto ejecutado, la dotación de recursos físicos y humanos, y la información estadística del volumen de producción de servicios.

Estos sistemas gerenciales son instrumentos metodológicos que sirven para la gestión de las instituciones de salud y opera a través de un programa digital creado desde 1984, el cual ha evolucionado en el tiempo, hasta contar con las nuevas versiones como lo es el WinSig. Gracias al avance de las tecnologías podemos contar con estos sistemas de Información Gerencial, de los cuales se puede obtener información de costos en forma continua y sistemática de los distintos servicios de salud, con la intención de determinar los niveles de eficiencia lograda en la producción de los mismos. Hasta el momento este tipo de sistemas han demostrado ser técnicamente factibles y adaptables a la realidad del sector sanitario.

### **1.2.10 Financiamiento del sistema de salud.**

El estado ecuatoriano garantizar y ampara el financiamiento destinado al Sistema de Salud Nacional, este proceso 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. *“La forma de asignar los recursos, determina la producción de los servicios”* (Pesantez León, 2012, p. 43). Determinando algunas formas de asignación de recursos entre ellos por: presupuesto, producción, capitación o reembolso basado en casuística.

## CAPÍTULO II

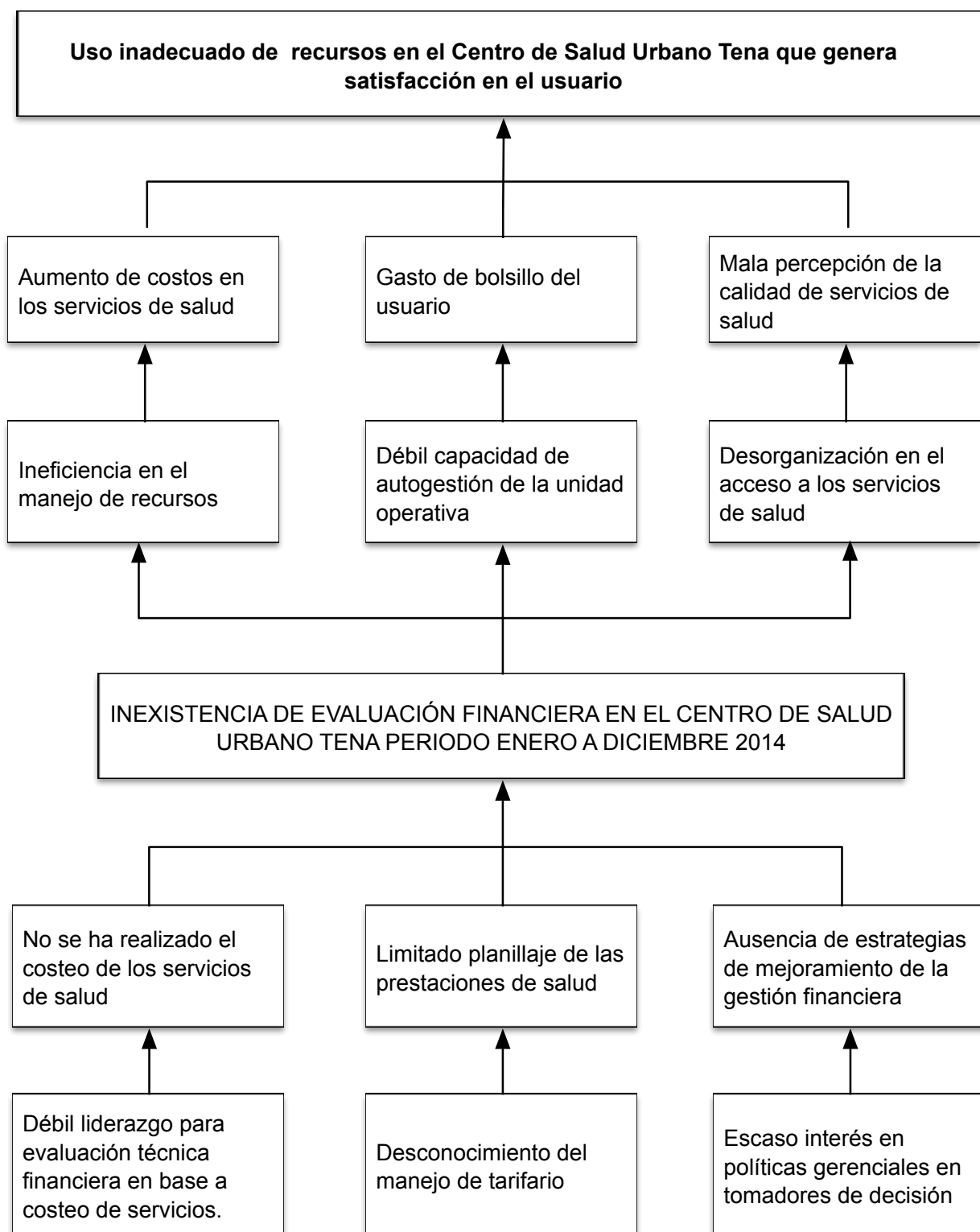
## 2 Diseño metodológico.

### 2.1 Matriz de involucrados.

Para la realización de este Proyecto de acción se usa la metodología de Marco Lógico la cual es una herramienta de diseño conciso y lógico, ofrece ayuda para formular los planes operativos anuales; así como presupuestos y establece acciones de seguimiento y evaluación con las siguientes herramientas:

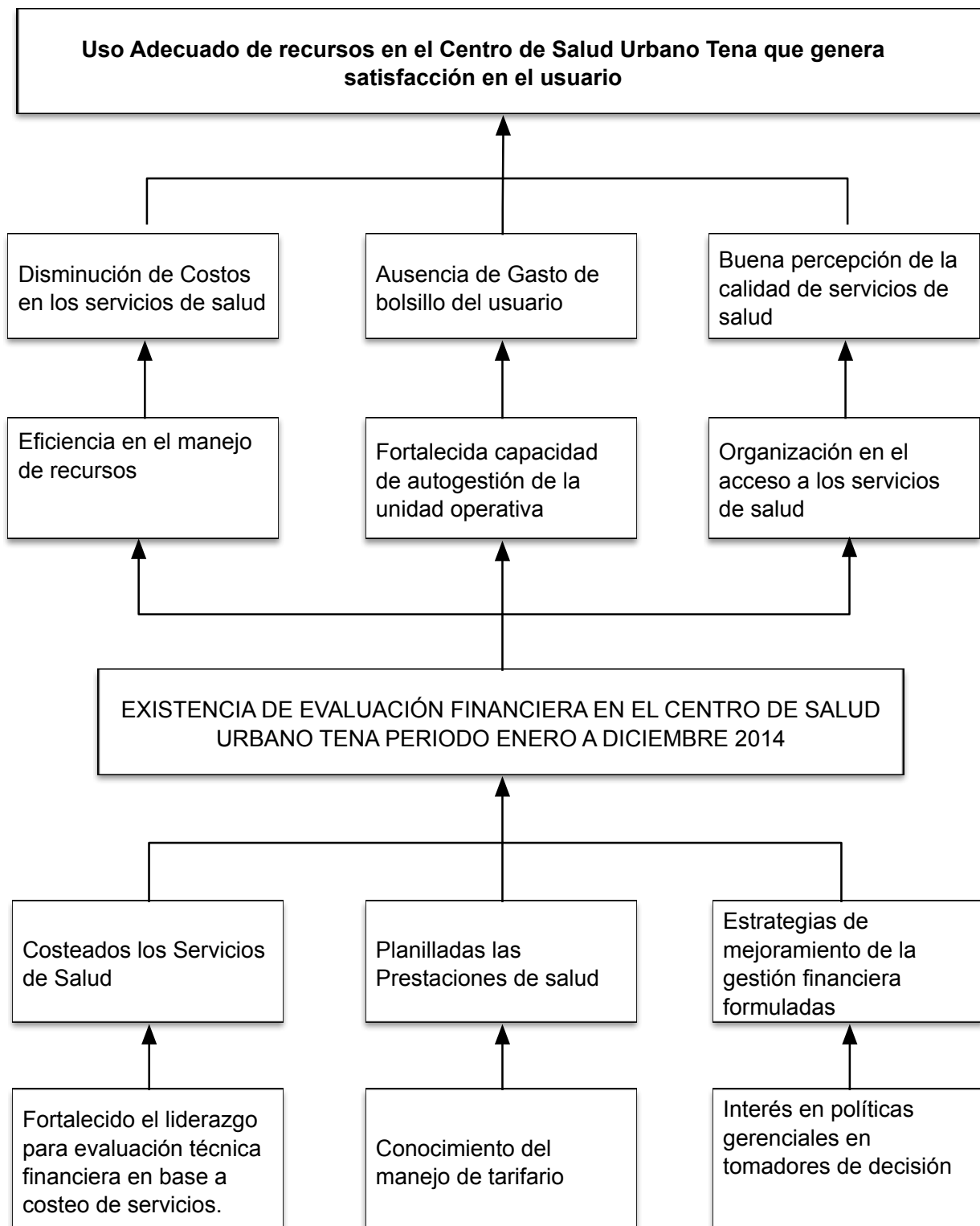
<b>Grupos o instituciones</b>	<b>Intereses</b>	<b>Recursos y mandatos</b>	<b>Problemas percibidos</b>
<b>Director de la Unidad Médica</b>	Contar con información y respaldos para la Evaluación Financiera y toma de decisiones	Dirigir y controlar la gestión de recursos financieros con eficiencia y eficacia. Recursos humanos. Recursos materiales	Inexistencia de evaluación financiera.
<b>Unidad Financiera</b>	Trabajar como equipo para poder obtener información y resultados reales del estado financiero.	Certificar e implementar una estructura de gestión de costos Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de evaluación financiera en la unidad Médico del MSP
<b>Personal de la Unidad</b>	Trabajan por la mejora de la calidad de salud de los funcionarios.	Servicios de salud con calidad, calidez y eficiencia Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de análisis para conocer si sus prestaciones son de eficientes efectivas
<b>Egresado de la Maestría</b>	Proponer el plan para evaluación financiera del departamento médico del Ministerio de Finanzas	Contribuir a consolidar la estructura de análisis de gestión financiera en la unidad de salud. Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de coordinación interinstitucional y comunicación entre las áreas.

## 2.1 Árbol de problemas





## 2.2 Árbol de objetivos



### 2.3 Matriz del marco lógico.

Objetivos	Indicadores	Fuentes de verificación	Supuestos
<b>Fin:</b> Contribuir al uso adecuado de recursos del centro de salud de urbano tena	Niveles de productividad de los servicios de salud: Alto => 80% Medio = 60 y 80% Bajo < 60%	Informe de producción de los servicios de salud	Alto compromiso del nivel directivo para facilitar los recursos en la ejecución de las actividades.
<b>Propósito</b> Evaluación financiera del centro de salud urbano tena.	100% evaluación financiera realizada.	Informe presentado de la evaluación financiera.	Apoyo político, técnico para obtener información y realizar el estudio.
<b>Resultados Esperados</b>			
Servicios de salud costeados.	100 % de servicios de salud costeados a diciembre 2014	Informe de las prestaciones costeadas	Entrega de información necesaria y oportuna
Prestaciones de salud planilladas.	100 % de prestaciones de salud planilladas a diciembre 2014	Informes de planillas de los centros de costos	Entrega de información requerida
Estrategias de mejoramiento de gestión financiera formuladas	3 estrategias de gestión formuladas hasta julio del 2015	Informes de indicadores de gestión financiera presentados	Apoyo de los directores de la unidad para su implementación
<b>Actividades</b>	<b>Responsables</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Presupuesto \$</b>
<b>Re 1. Servicios de salud costeados.</b>			
1.1. Socialización del proyecto	Maestranteros UTPL, tutores	04 de octubre al 15 de noviembre del 2014	40 dólares
1.2. Taller de inducción al proceso de costos	Maestranteros UTPL, tutores	21 de Marzo del 2015	40 dólares

1.3 Recolección de información.	Maestranteros UTPL,	31 de marzo 2015	200 dólares
1.4 Instalación de programa winsig para procesamiento de datos.	Maestranteros UTPL directivos de la unidad	06 de junio del 2015	100 dólares
1.4 Generación de resultados de costos	Maestranteros UTPL, tutores	23 de mayo del 2015	40 dólares
<b>Re2. Prestaciones de salud evaluadas económicamente</b>			
2.1 Socialización del manejo del tarifario del sistema nacional de salud.	Maestranteros UTPL, directivos	04 de octubre 2014 21 de Marzo 2015	200 dólares
2.2. Recolección de información de producción del establecimiento de salud	Maestranteros UTPL, tutores	30 de abril 2015	100 dólares
2.3. Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud actual	Maestranteros UTPL, tutores	06 de junio del 2015	40 dólares
<b>Re3. Estrategias de mejoramiento de gestión financiera formuladas</b>			
3.1. Cálculo de punto de equilibrio	Maestranteros UTPL, tutores	04 de julio del 2015	40 dólares
3.2. Socialización de resultados	Maestranteros directivos Unidad de Salud	16 de octubre de 2015	100 dólares
3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	Maestranteros directivos Unidad de Salud	12 de octubre de 2015	100 dólares
3.4. Presentación de informe final a autoridades zonales.	Maestranteros directivos Unidad de Salud	16 de octubre de 2015	50 dólares

### **CAPÍTULO III**

### **3 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 las unidades de primer nivel del Sistema Nacional de Salud, fue necesario solicitar el apoyo de Planta Central y la Coordinación Zonal para socializar el proyecto en la institución, para el efecto se realizaron las siguientes acciones:

Mediante quipux No. Oficio Nro. MSP-VAIS-2015-0001-O 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 Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención".

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

Mediante quipux Memorando Nro. MSP-CZONAL2-2015-0640 La Coordinación zonal 2, socializa con los Directores distritales el alcance del proyecto, y solicita el apoyo del personal de los distritos para el desarrollo del mismo. Finalmente la autorización de del presente estudio para ser llevado a cabo en el Centro de Salud Urbano Tena, fue aprobada por la Directora Zonal mediante Memorando Nro. MSP-CZ2DD15D01-2015-0806-M. Ver anexo 3.

Con la carta y oficio de la viceministra, con fecha 30 de marzo de 2015 y con el apoyo del tutor, mantuvimos una sesión de trabajo con la Dirección Distrital, en el anexo 4 se encuentra la lista de los asistentes, 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.

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

**Resultado de la actividad.**

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, para el efecto, adjuntamos comunicaciones referidas y el material usado en la socialización.

Indicador: Número de distritos informados sobre el proyecto /Total de distritos seleccionados para el proyecto.

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

Con el apoyo del Director Zonal Mgs. Edy Rolando Quizhpe Ordoñez, La Lic. Collaguazo Analista Zonal de Calidad de Servicios y la . Medica. Jenny Ivon Fuentes, se mantuvo en la ciudad de Tena con fecha 30 de marzo de 2015, sesiones de trabajo con el personal operativo del Distrito La Directora Distrital de Salud 15d01 Archidona-Carlos Julio Arosemena Tola-Tena la Analista Distrital de Estadística y Análisis de la Información de Salud, la Guarda Almacén – Distrital, la Analista Distrital Presupuesto y Administración de Caja, Analista de Talento Humano, el Experto Distrital de Provisión de Servicios de Salud, Cabe resaltar que a dicha reunión también asistió el Dr. Williams Miguel Contento Echeverría Administrador Técnico del Centro de Salud Urbano Tena.

- 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

**Resultado de la actividad.**

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, para el efecto, adjuntamos el acta de trabajo mantenida con el personal involucrado del Distrito- Líder de talento humano, financiero, estadística y copia del material usado en la presentación.

Indicador: Total de funcionarios que asistieron al taller/total de funcionarios invitados.

### **3.1.3 Actividad 1.3 Recolección de información.**

Con el apoyo técnico del tutor, se inició el proceso de recolección de información, para lo cual se siguieron los lineamientos planteados en el documento suscrito con el MSP “Procedimientos para levantamiento de información de costos en el primer nivel”, para el efecto se utilizaron las matrices diseñadas para cada componente del costo.

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

#### **1. Mano de obra:**

Se recolectaron los datos, en base al siguiente lineamiento:

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

Se utilizaron 2 matrices para el efecto.

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

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

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

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

#### **2. Medicamentos e insumos médicos, material de oficina, aseo, imprenta etc.**

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

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

### **3. Depreciaciones de bienes y uso de inmueble.**

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

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

### **4. Gastos fijos generales**

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

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

### **4. Datos de producción**

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, recalcando que la información entregada no es lo suficientemente completa ni se encuentra con la especificidad que el proyecto demanda, ya que no se dispone de un sistema de información técnicamente diseñado y orientado a obtener resultados como los que pretendemos alcanzar, sin embargo reconocemos que es muy orientador, ya que el 63% aproximadamente de la carga del costo esta 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.
- Falta de registros por parte de algunos profesionales y estudiantes, cabe indicar que el personal de enfermería no contaba con el registro de las actividades que realizan.
- Falta de información real de los distritos y unidades se evidenció la inexistencia de un sistema de información gerencial y fallas en el RDACAA.



### 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. Ver en anexo 5 la certificación de la información.

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

El programa nos permitió alcanzar la siguiente información:

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

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

- Costos integrales de los servicios
- Costos netos

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

#### **Análisis de resultados de procesamiento de datos de costos y de producción.**

Del procesamiento de datos del Centro de Salud Urbano Tena, durante el ejercicio económico aplicado a la Unidad de Salud durante el año 2014, se concluyen los siguientes resultados.

#### **1.- Costo de atención.**

**Tabla 4 Costo de atención**

<b>Costo total anual</b>	<b>Número de atenciones</b>	<b>Costo promedio por atención</b>
888.048,46	48.085,00	18,47

Fuente: Sistema de Información Gerencial Winsig

Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

Considerando que la consulta externa, visita domiciliaria, consulta odontológica y los eventos de promoción de salud, son los productos finales que genera básicamente esta unidad, su sumatoria puede definirse como total de atenciones, mismas que relacionadas con el costo total que las unidades intervenidas han experimentado, por lo que el costo promedio de atención por usuario es de \$18,47. Ver tabla 4.

## 2.- Costo por población asignada.

**Tabla 5 Costo por población asignada**

Costo total anual	Población asignada	Costo per cápita
888.048,46	12.288	72,27

**Fuente:** Sistema de Información Gerencial Winslg

**Elaborado por:** Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

Como se puede observar en los datos del winsig el total de los servicios corresponde a \$888048,46, y la población asignada fue tomada del sistema nacional de información 2010, por lo que se realiza la división teniendo un costo per cápita de \$72,27 de la población asignada de la unidad intervenida y extrapolando la información a un ejercicio económico, podemos observar que la estimación del costo por habitante es muy diferente a la realidad del costo por atención. Ver tabla 4.

## 3.- Costo de servicios.

**Tabla 6 Cuadro #1 de Winsig**

<b>Establecimiento: Centro de Salud Urbano Tena</b> <b>Periodo:01-2014 al 12-2014</b> <b>Cuadro #1 Producción Rendimientos y Costos</b>				
Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo	
			Servicio	Unitario
CONSULTAEXTERNA	CONSULTA	32408	520324,32	16,06
Subtotal	CONSULTA	32408	520324,32	16,06
VISITADOMICILIARIA	CONSULTA	929	22282,68	23,99
Subtotal	CONSULTA	929	22282,68	23,99
ODONTOLOGIA	CONSULTA	8783	223455,77	25,44
	TOTAL	0	0	0
Subtotal	CONSULTA	8783	223455,77	25,44
	TOTAL	0	0	0
PROMOCIONENSALUD	EVENTOS	5695	121985,69	21,42
Total			888048,46	

**Fuente:** Sistema de Información Gerencial Winslg

**Elaborado por:** Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

Los costos de los servicios de todo el ejercicio fiscal del año 2014, fueron procesados en el programa Winsig en los anexos 5 y 6 se detallan los cuadros gerenciales 1 y 4 por semestres, en la tabla 6 se encuentran desglosados por los costos que se determinaron en la unidad de salud y al ser una unidad tipo B que brinda los servicios de medicina general, odontología y promoción de la salud, lo que representa el 81,26% de los Costos de los servicios brindados por la Unidad Operativa. Ver.

#### 4.- Componentes del costo de servicios.

**Tabla 7 Cuadro #1 de Winsig**

<b>Establecimiento: Centro de Salud Urbano Tena</b>				
<b>Periodo:01-2014 al 12-2014</b>				
<b>Cuadro #1 Producción Rendimientos y Costos</b>				
<b>Servicios</b>	<b>Unidad de producción</b>	<b>Volumen de producción</b>	<b>Costo</b>	
			<b>Servicio</b>	<b>Unitario</b>
Farmacia	RECETAS	56065	22465,77	1,97
	\$Produc,		87875,52	1,57
Vacunas	VACUNAS	41028	18008,4	0,44
	\$Produc,		0	0
Procedimientos	PROCESOS	685	25895,49	37,8
	\$Produc,		0	0
Administración	#Servs,	20078,25	50578,19	2,52

**Fuente:** Sistema de Información Gerencial Winsig

**Elaborado por:** Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

Los Componentes del costo de son: farmacia, Vacunas, procedimientos y administración, lo que representa el 18,74% de los Costos de los servicios brindados por la Unidad Operativa. Ver tabla 7.

#### 5.- Costos directos.

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

**Tabla 8 Costos directos de los servicios**

<b>Servicio</b>	<b>Costo total del servicio</b>	<b>Costo directo del servicio</b>	<b>% del costo directo</b>
Consulta externa	546179,00	453954,66	48,36
Visita domiciliaria	23551,77	22282,68	2,37

Odontología	236182,54	223455,77	23,81
Promoción en salud	128933,30	121985,69	13,00
Farmacia	23745,29	22465,77	2,39
Vacunas	19034,06	18008,40	1,92
Procedimientos	27370,35	25895,49	2,76
Administración	50578,19	50578,19	5,39
<b>Total</b>	<b>1055574,5</b>	<b>938626,65</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Información Gerencial Winslg  
Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

El costo directo del servicio de consulta externa, se encuentra expresado en la sumatoria de los recursos erogados por concepto de mano de obra, medicamentos, insumos médicos, insumos y materiales varios, depreciaciones de bienes, uso del inmueble etc, que intervienen en el proceso productivo, este representa en promedio del 88,92% del total del costo de dicho servicio. Ver tabla 8.

#### 6.- Costos indirectos.

Tabla 9 Costos indirectos de los servicios

Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo indirecto
Consulta externa	546179,00	92224,34	78,86
Visita domiciliaria	23551,77	1269,09	1,09
Odontología	236182,54	12726,77	10,88
Promoción en salud	128933,30	6947,61	5,94
Farmacia	23745,29	1279,52	1,09
Vacunas	19034,06	1025,66	0,88
Procedimientos	27370,35	1474,86	1,26
Administración	50578,19	0	0,00
<b>Total</b>	<b>1055574,5</b>	<b>116947,85</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Sistema de Información Gerencial Winslg  
Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

El costo indirecto de la consulta externa, se encuentra expresado por todas las erogaciones que no intervienen directamente en el proceso productivo, sin embargo son apoyos indispensables para que dicho servicio se preste, en este se describen los gastos administrativos, farmacia, vacunas y procedimientos. En promedio estos representan el 11,08% del costo. Ver tabla 9.

#### 7.- Costos netos.

Tabla 10 Costos netos

Servicio	Costo integral	Costo neto
Consultas externa	16,06	13,34
Odontología	25,44	11,64

**Fuente:** Sistema de Información Gerencial Winslg

**Elaborado por:** Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

Considerando que el costo neto es aquel que expresa la erogación exclusiva para producir la consulta externa, es decir sin los apoyos de farmacia, insumos, medicamentos y otros, su relación y/o comparación debe hacerse con el Tarifario del Sistema Nacional de Salud, su análisis es determinante en un proceso de toma de decisiones. En este análisis la unidad se compara en igualdad de condiciones con respecto a la cartera de servicios, siendo la producción y los recursos utilizados para ello, lo que determina la diferencia, por lo tanto el promedio del costo neto de la consulta externa es de \$13,34 y de la consulta odontológica de 11,64, como se lo demuestra en la tabla 7, por lo que de aquí se desagrega las primeras consultas son en un total de 34108 que corresponde el 70,9% que en valor monetario y las atenciones subsecuentes que son 13977 que corresponde al 29,0%, como se puede observar existen más atenciones de tipo primarias que son las que generalmente se agenda. Ver tabla 10.

#### **8.- Costos fijos.**

**Tabla 11 Costos fijos**

<b>Concepto</b>	<b>Valor</b>	<b>% con respecto a costo total</b>
<b>Remuneración Personal Planta</b>	576289,85	61,40
<b>Remuneración Personal Otras Fuentes</b>	132557,9	14,12
<b>Servicios Básicos</b>	12946,67	1,38
<b>Depreciaciones</b>	7003,92	0,75
<b>Costo Uso Edificio</b>	736,6	0,08
<b>Total</b>	<b>729534,94</b>	<b>77,72</b>

**Fuente:** Sistema de Información Gerencial Winslg

**Elaborado por:** Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

El costo fijo es aquel que se mantiene constante independientemente del volumen de producción, este representa el 77,72%, su mayor componente sin duda le corresponde al recurso humano con el 61,40%, de ahí la importancia de cuidar dicho recurso a través de varias estrategias que garanticen su satisfacción, motivación, productividad, rendimiento, empoderamiento y compromiso institucional. Ver tabla 11.

#### **9.- Costos variables.**

**Tabla 12 Costos variables**

<b>Concepto</b>	<b>Valor</b>	<b>% con respecto a costo total.</b>
<b>Insumos Medico/Odontológico</b>	120633,11	12,85
<b>Medicinas</b>	87875,52	9,36
<b>Biomateriales odontológico</b>	583,08	0,06
<b>Total</b>	<b>209091,71</b>	<b>22,28</b>

Fuente: Sistema de Información Gerencial Winslg  
Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

Los costos variables son los que se paga pero depende de la producción del volumen de producción por lo que se considera un costo variable representado, en total abarcan el 22,28% entre ellos se encuentran los Insumos médico odontológicos en un 12,85%, seguido de las medicinas con 9,36%, y finalmente los están los Biomateriales odontológico que representa el 0,06%. Ver tabla 12.

**Resultado de la actividad.**

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, para el efecto, se adjunta los resultados del procesamiento de datos de costos, mes por mes y por unidad médica.

**Indicador:** Total de resultados de costos de servicios

**3.2 Resultado No. 2 .- Prestaciones de salud evaluadas económicamente.**

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

Con el apoyo de las autoridades de la Coordinación Zonal 2, 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 30 de marzo del 2015 en la ciudad de Tena 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
  5. El tarifario de honorarios médicos en unidades de primer nivel
  6. Tarifario de servicios institucionales.
  7. Tarifario de visitas domiciliarias
  8. Tarifario de acciones de prevención y promoción de la salud
  9. Tarifario de monitoreo

### 3. Ejercicios prácticos

10. Tutores: Personal técnico especializado en el uso del Tarifario del Sistema Nacional de Salud de la coordinación zonal 2.

11. 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 2 y los responsables del proceso financiero.

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

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, para el efecto, adjuntamos la lista de asistentes y el material usado en la misma.

**Indicador:** Número de participantes al taller/número de convocados al taller.

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

Para la recolección de datos que permitan la facturación o planillaje de los servicios prestados por la unidad médica, se procede a procesar la información de la producción, de la fuente de datos RDACAA. Utilizando filtros, tablas dinámicas y el programa estadístico SPSS, fue posible obtener los siguientes datos:

##### a) Honorarios médicos.

12. Consultas de morbilidad, clasificadas en primeras, subsecuentes y por ciclos de vida

13. Consultas de prevención, clasificadas en primeras, subsecuentes y por ciclos de vida

14. Consultas primeras y subsecuentes, clasificadas por el lugar de la atención

15. Visitas domiciliarias seleccionadas por tipo de atención.

16. Procedimientos médicos realizados por personal médico.

##### b) Acciones de promoción y prevención.

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

##### c) Servicios institucionales.

18. 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:

19. Consultas morbilidad:

Primeras: 20 minutos

Subsecuentes: 15 minutos

20. Consultas preventivas: 30 minutos

21. Consultas de control (solo para revisión de exámenes): 10 minutos

22. Visita domiciliaria de 45 minutos

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

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, considerando que la información recolectada no es lo suficientemente completa ni se encuentra con la especificidad que el proyecto demanda, no se dispone de un sistema de información técnicamente diseñado y orientado a obtener resultados como los que pretendemos alcanzar, sin embargo el presente trabajo es lo bastante específico de acuerdo a los datos emitidos por el RDACAA, este programa contiene toda la producción de las atenciones y de los profesionales que cuentan con el acceso al mismo, sin embargo es importante puntualizar que existen algunas incoherencias y errores, un paciente fue eliminado por lo que el número total con el cual se trabajó de 48085 registros.

El resto de los servicios fue valorado en base a los reportes adicionales de cada uno de ellos. Esta unidad operativa no reporta 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.

### **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 obtuvo los valores del planillaje de cada servicio, siendo los siguientes los resultados obtenidos:

#### **Resumen de planillaje anual de prestaciones de salud año 2014:**

**Tabla 13 prestaciones según el Tarifario del Sistema Nacional**

<b>Prestaciones</b>	<b>Valor planillado anual</b>	<b>% de participación</b>
<b>Consultas externa</b>	556475,97	70,73
<b>Promoción de la salud</b>	120107,55	15,27
<b>Visita Domiciliaria</b>	11764,45	1,50
<b>Odontología</b>	96292,52	12,24
<b>Procedimientos</b>	2088,42	0,27
<b>Total</b>	<b>786728,91</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Matriz de tarifario UTP

Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon



Del análisis de la información que se aprecia en la tabla 13, podemos concluir lo siguiente:

**Consulta Externa:** Corresponde a un porcentaje del 70,73% durante el año 2014 por lo que se puede observar que este es el porcentaje se puede mejorar con la determinación con la factibilidad de ocupar la capacidad de su personal en otros servicios como por ejemplo en actividades de promoción dentro de la Casa de Salud para su área de influencia o determinar las necesidades del personal en otros sub centros que requieran el personal lo cual equipare los costos que tiene la Casa de Salud con respecto al nivel de utilización de la misma.

**Odontología:** Se puede comprobar que hubo un porcentaje entre el 12,24% se debe trabajar para mantener un nivel óptimo de producción, para que los recursos invertidos por la institución generen un beneficio social.

**Promoción de la salud** se muestra un porcentaje total de 15,27% entre los meses de enero a diciembre, incluso es mayor al anterior. Al ser un centro de costos es importante para la Casa de Salud por ser la unidad de apoyo para todos los demás servicios de Salud, esta debe contar con los recursos necesarios para beneficio de la población de influencia del Hospital.

**Visita Domiciliaria** Tiene un porcentaje de 1,50% que es lo se determina que existe una baja producción, por lo que se debe optimizar y analizar el mantenimiento de este servicio o la mejora de registro de estas actividades.

**Procedimientos:** los porcentajes que se determino fue de tan solo el 0,27%, la causa de este porcentaje es la falta de registro por parte del personal, por lo que se demuestra una inadecuada utilización de los recursos invertidos por la Casa de Salud, esto se demuestra dado el costo que genera el proceso es mínima la diferencia con el tarifario, en este servicio la institución podría invertir recursos para mejorar o ampliar el servicio.

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

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, todos los servicios fueron planillados.

**Indicador** % de cumplimiento en el levantamiento de los costos: Nro. de costos evaluados planillados / Total de los costos que tiene la unidad.

Mediante el tarifario nacional de las prestaciones de salud se levantó los diferentes de costos que se detalla en la tabla 10 detalla en esta actividad, cumpliendo con la actividad, pero hay que mencionar que la información entregada no es lo suficientemente completa ni se encuentra con la especificidad que el proyecto demanda.

### **3.3 Resultado 3.- Estrategias de Mejoramiento.**

#### **Actividad 3.1 Calculo del punto de equilibrio**

Siguiendo con la metodología propuesta, se procede al cálculo del punto de equilibrio aplicando la fórmula de la figura 11, es decir aquel punto en el cual se recupera los costos de producción, sin generar ni utilidad ni pérdida, se requiere de la aplicación de las siguientes fórmulas para su cálculo ver tabla 14.

Fórmulas para calcular el "Punto de Equilibrio"	
$PEUSD = \frac{CF}{1 - \frac{CV}{VT}}$	<p><b>Donde:</b></p> <p><b>PE</b> = Punto de Equilibrio</p> <p><b>CF</b> = Costos Fijos</p> <p><b>CV</b> = Costos Variables</p> <p><b>VT</b> = Ventas Totales – Facturación</p>
$PE\% = \left( 100 - 100 \times \left( \frac{CF}{VT - CV} \right) \right)$	

**Figura 11** Fórmula del punto de equilibrio

Fuente: www.monografias.com

Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

**Tabla 14** Resumen de punto de equilibrio

Punto de Equilibrio del Centro de Salud Urbano Tena	
<b>Costos fijos</b>	729534,94
<b>Costos variables.</b>	209091,71
<b>Costos totales</b>	938626,65
<b>Ingreso según tarifario</b>	786728,91
<b>PEUSD</b>	993610,22
<b>PE%</b>	-26,30

Fuente: Sistema de Información Gerencial Winslg

Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

La unidad operativa requiere facturar 993.610,22 para alcanzar el punto de equilibrio, mientras que en porcentaje se puede analizar que esta unidad trabaja con una pérdida del 26,30% este valor se considera no sostenible en el tiempo.

El objetivo que debe buscar la Casa de Salud es optimizar los recursos con los que cuenta, y mejorar el sistema de registro, ya que costos que son fijos como sueldos y salarios la institución y el Estado deben cubrir independientemente del nivel de ocupación de los servicios de la unidad. Otra opción sería que la Casa de Salud en concordancia con su Coordinación Zonal se genere proyectos de atención para su área de influencia que permitan garantizar los derechos de la población y optimizar la utilización de recursos lo cual mostrará una mayor eficiencia en la utilización de los recursos públicos como lo determinan las normativas del Ministerio de Finanzas.

### **Resultados del indicador.**

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta.

Se obtuvo el resultado de la facturación y punto de equilibrio de los servicios de la unidad operativa durante el período enero a diciembre del 2014.

**Indicador:** Número de servicios facturados.

### **Actividad 3.2 Socialización de resultados.**

Mediante sesión de trabajo mantenida se procedió a la socialización de los resultados con la Directora distrital. El sistema de evaluación a través del monitoreo y control de las unidades de primer nivel, demanda de la construcción de una herramienta que permita conocer con detalle el comportamiento de las diferentes variables que participan en el otorgamiento de las diferentes prestaciones, así como el uso de los recursos, con miras a evaluar la productividad y rendimiento de los mismos.

En esta reunión se motivó y sensibilizó sobre la importancia sobre esta temática para la reflexión en temas de:

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

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

Del procesamiento de datos del Centro de Salud de Tena, del período comprendido de enero a diciembre del año 2014, utilizando el sistema RDACAA, se obtuvieron resultados que luego lo integramos en una matriz de indicadores de gestión, cabe recalcar que toda la información y análisis fue extraída del mencionado sistema, a pesar que existen algunas inconsistencias, lo principal es que se busquen mejoras gestionar y optimizar los recursos estatales, con lo que se pretende renovar el mecanismo de producción dentro de la unidad operativa con la finalidad de prestar una atención eficiente y eficaz al usuario de la unidad operativa, para ello se deberá contar con una planificación estratégica y la evaluación continua para proponer las estrategias de trabajo orientadas al mejoramiento siendo importante los siguientes puntos:

#### **3.3.1 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
- Atención médica según diagnóstico
- Procedimientos realizados en el primer nivel
- Referencias desde el primer nivel
- Interconsultas realizadas desde el primer nivel.

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

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

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

Los resultados del trabajo de monitoreo realizado en la unidad operativa son los siguientes expuestos en la tabla 15:

**Tabla 15 Monitoreo de la Unidad de Salud**

<b>MONITOREO DE LOS PRODUCTOS DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DEL CENTRO DE SALUD URBANO TENA</b>	
<b>COMPONENTES</b>	
<b>ORGANIZACIÓN COMUNITARIA</b>	
Comités de salud local funcionando	SI
<b>COMITES DE USUARIOS O GRUPOS ORGANIZADOS Y FUNCIONANDO</b>	

Grupos de adultos mayores	NO
Grupos de diabéticos	NO
Grupos juveniles	SI
Grupos de personas con discapacidad	NO
Otros especifique HTA y madres adolescentes	SI
<b>DIAGNOSTICOS SITUACIONAL INICIAL</b>	SI
<b>DIANGOSTICOS DINAMICOS</b>	SI
<b>SALA SITUACIONAL IMPLEMENTADA Y ACTUALIZADA</b>	SI
<b>PLANES DE SALUD LOCAL FORMULADOS DE ACUERDO A NORMATIVA Y HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN ESTABLECIDAS POR EL MSP</b>	SI
<b>COMPROMISOS DE GESTIÓN</b>	SI
<b>ACCIONES DE SALUD MONITOREADAS Y EVALUADAS</b>	SI

Fuente: Matriz UTPL

Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

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

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

Para el efecto es necesario utilizar los estándares que para el trabajo de estos profesionales son utilizados oficialmente como se puede observar en la tabla16:

**Tabla 16 Estándares de tiempo utilizados**

<b>Profesionales</b>	<b>Estándares aceptados</b>
Consulta médica primera	20 minutos
Consulta médica subsecuente	15 minutos
Consulta odontológica	30 minutos
Consulta de Promoción	20 minutos
Visita domiciliaria	40 minutos

Fuente: Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud

Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

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

Se valida la matriz, con la información procesada de un médico, odontólogo, psicólogo y cuyos resultados son los siguientes: Ver tabla 17.

**Tabla 17 Resultados de la evaluación de productividad y rendimiento**

<b>RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO DEL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD URBANO TENA DURANTE EL AÑO 2014</b>			
<b>APELLIDOS Y NOMBRES DEL PROFESIONAL</b>	<b>CARRERA O PROFESION</b>	<b>NRO DE ATENCIONES</b>	<b>% DE PRODUCTIVIDAD</b>
Atiencia Carrera María Belén	Médico rural	515	1,07
Barahona Cabrera Gabriela Belén	Odontólogo general	2449	5,09
Bedon Ormaza Mireya Paulina	Odontólogo general	739	1,54
Burbano Vizcaíno Carla Estefania	Médico rural	1596	3,32
Capinoa Sotalin Jessy Magaly	Asistente de farmacia	160	0,33
Cárdenas Albán Pamela Salome	Médico rural	853	1,77
Cárdenas Carrera Karla María	Médico rural	160	0,33
Cordova Ordoñez Dolores Esperanza	Obstetrix	2027	4,22
Criollo Garces Luzmila Carlota	Médico de atención integral en salud	4162	8,66
Erazo Puetate Zoila Noemí	Odontólogo general	2184	4,54
Fernandez Teruel Maria Del Carmen	Médico de atención integral en salud cuba	3157	6,57
Flores Cisneros Jacqueline Andrea	Médico rural	1654	3,44
Garzon Leon Katterine Dayana	Odontólogo general	172	0,36
Guerrero Suarez Abdón Homero	Médico de atención integral en salud	3557	7,40
Iturralde Gamboa Gabriela Natalia	Médico rural	2024	4,21
Leguisamo Llanganate Jessica Paola	Enfermera	18	0,04
Maldonado Huaca Paul Fabricio	Odontólogo general	3389	7,05
Mendoza Vallejo Krupskaia Isabel	Médico de atención integral en salud	1987	4,13
Mina Quintero Eva Gabred	Obstetrix	3055	6,35
Miño Rostoni Edmundo Alberto	Médico de atención integral en salud	3320	6,90
Moyano Saltos Darnely Yesenia	Postgradista de medicina familiar y comunitaria	21	0,04
Nacevilla Barragan Willian Ivan	Asistente de farmacia	457	0,95
Oviedo Benalcazar Salome	Médico rural	1845	3,84
Parra Chavarria Wilma Johana	Médico rural	1794	3,73
Pérez Andy Margarita Ileana	Enfermera	12	0,02

Pino Haro Doris Luzmila	Médico rural	187	0,39
Recalde Pillajo Cristina Alejandra	Médico rural	450	0,94
Romero Pardo Verónica Lucía	Enfermera	28	0,06
Tapuy Shiguango Edith Belén	Asistente de farmacia	497	1,03
Tixe Padilla Tania Magali	Médico rural	1086	2,26
Vaca Carvajal Ana Verónica	Médico rural	823	1,71
Vela Cobo Juan Pablo	Odontólogo general rural	1968	4,09
Velásquez Granizo Jhozaya Vanessa	Médico rural	1739	3,62
<b>Total</b>		<b>48085</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Matriz UTPL

Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

Los rangos esperados son que entre el 70 a 100% son adecuados, aquellos que se encuentran con un porcentaje menor al 70 por ciento son catalogados con una productividad deficiente y necesitan ser monitoreados, en promedio la productividad del personal profesional de las unidades intervenidas es altamente satisfactorio 90.43%. No se analiza por unidad, ya que muchos laboran en forma itinerante en varias unidades.

#### 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.

Del procesamiento de datos de las unidades intervenidas durante los 12 meses de observación, se obtuvieron los siguientes resultados: Ver tabla 18.

**Tabla 18 indicadores de estructura, procesos y resultados**

1.- INDICADORES DE ESTRUCTURA			
INDICADORES DE DISPONIBILIDAD			
INDICADOR	FORMULA	QUE MIDE	CENTRO DE SALUD URBANO TENA
Razón horas médico contratadas al año x habitante	No. horas médico contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas médico por habitante	$(173,20 \cdot 12) / 12288 = 0,17$ hora
Razón horas odontólogo contratadas al año x habitante	No. horas odontólogo contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas odontólogo por habitante	$(173,20 \cdot 12) / 12288 = 0,17$ hora
Razón horas enfermera contratadas al año x habitante	No horas enfermera contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas enfermera por habitante	$(173,20 \cdot 12) / 12288 = 0,17$ hora
% de referencias solicitadas por la unidad	Número de referencias médicas solicitadas a nivel superior/total de atenciones médicas	Capacidad resolutive de la unidad	$(1342/48085) \cdot 100 = 2,79$
2.- INDICADORES DE PROCESO			
INDICADORES DE EXTENSIÓN DE USO			
% de consulta en menores de 28 días	Total de consultas a menores de 28 días/total de consultas	Uso de servicios de consulta en neonatos	$(2964/48085) \cdot 100 = 6,2$

% 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	$(7453/48085)*100 = 15,5$
% 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	$(7495/48085)*100 = 15,6$
% de consultas de 5 a 9 años	Total de consultas a menores de 5 a 9 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en escolares	$(8969/48085)*100 = 18,7$
% de consultas de 10 a 19 años	Total de consultas a menores de 10 a 19 años/total de consultas	Uso de servicios de consulta en adolescentes	$(17353/48085)*100 = 36,1$
% de consultas de 20 a 64 años	Total de consultas a personas de 20 a 64 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos	$(2286/48085)*100 = 4,8$
% de consultas de mayores de 65 años	Total de consultas a pacientes mayores a 65 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos mayores	$(1565/48085)*100 = 3,3$
% de atención a mujeres	Total de consultas a mujeres/total de consultas	Uso de servicios de consulta en mujeres	$(29560/48085)*100 = 38,5$
% de atención a hombres	Total de consultas a hombres /total de consultas	Uso de servicios de consulta en hombres	$(18525/48085)*100 = 61,5$
% Consultas de prevención	Total de consultas de prevención /total de consultas	Comportamiento de consultas de prevención	$(20686/48085)*100 = 43,0$
% Consultas de recuperación	Total de consultas de morbilidad /total de consultas	Comportamiento de consultas de recuperación	$(127399/48085)*100 = 56,9$
% consultas primeras	Total de consultas primeras/total de consultas	Comportamiento de consultas primeras	$(34108/48085)*100 = 70,9$
% Consultas subsecuentes	Total de consultas a subsecuentes /total de consultas	Comportamiento de consultas subsecuentes	$(13977/48085)*100 = 29,0$
% consultas en establecimiento	Total de consultas brindadas en establecimiento /total de consultas	Cobertura de atención en establecimiento	$(38877/48085)*100 = 80,9$
% consultas en comunidad	Total de consultas brindadas en comunidad /total de consultas	Cobertura de atención en comunidad	$(1038/48085)*100 = 2,2$
% visitas domiciliarias	Total de consultas brindadas en domicilio /total de consultas	Cobertura de atención en domicilio	$(549/48085)*100 = 1,1$
% de consultas en otros centros	Total de consultas brindadas en otros centros /total de consultas	Cobertura de atención en centros	$(7621/48085)*100 = 15,9$
% de atenciones brindadas por médicos: generales, especialistas, rurales	Total de consultas a brindadas por médicos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por médico	$(30930/48085)*100 = 64,3$
% de atenciones brindadas por odontólogo	Total de consultas a brindadas por odontólogos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por odontólogo	$(10901/48085)*100 = 22,7$
% de atenciones brindadas por obstetrix	Total de consultas a brindadas por obstetrix /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por obstetrix	$(5082/48085)*100 = 10,6$
% de atenciones brindadas por otros profesionales	Total de consultas a brindadas por otros profesionales /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por otros profesionales	$(1172/48085)*100 = 2,4$
<b>INDICADORES DE INTENSIDAD DE USO</b>			
Frecuencia de uso en consulta	Número de atenciones/total de pacientes atendidos	Número de veces que el paciente recibe atención durante el semestre	$15394/48085=0,32$
Frecuencia de uso de consulta 1 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 1 vez en el semestre	11608
Frecuencia de uso de consulta 2 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 2 vez en el semestre	2200
Frecuencia de uso de consulta 3 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 3 vez en el semestre	748
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	838
Promedio de recetas en consulta	Total recetas despachada en consulta / No consultas	No. recetas recibidas por cada consulta	$56065/48085=1,17$



INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO			
% cumplimiento de horas contratadas en consulta	Horas laboradas en consulta/horas contratadas para consulta	Rendimiento de tiempo de consulta	$173,20/173,20 = 100\%$
Productividad en consulta	No consultas / horas contratadas para consulta	Productividad de consulta por hora contratada	$48085/173,20 = 277,63$
Promedio diario de Consultas	(No. consultas realizadas/total días laborados en consulta)	No. de consultas realizadas por día en la unidad	$48085/22 = 2185,68$
Productividad en consulta odontológica por hora	No consultas odontológicas/ horas contratadas para consulta odontológicas	Productividad de consulta odontológica por hora contratada	$10901/173,20 = 4,41$
3.- INDICADORES DE RESULTADOS			
INDICADORES DE EFICIENCIA			
Costo por atención	Gasto total/total de atenciones	Establece costo por atención en la unidad	$1836468,83+48085= 38,19$
Costo Consulta	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica	$888048+48085,46= 0,05$
Costo atención Odontológica	Gastos en Odontología / No pacientes atendidos	Establece costo por atención odontológica	$223455,77+8783 = 25,44$
Costo de visita domiciliaria	Gastos vista domiciliaria /No. De visitas	Establece costo por atención domiciliaria	$22282,68+929 = 23,99$
Costo de eventos de promoción	Gastos en eventos de promoción /No. de eventos realizados	Establece costo por evento de promoción	$121985,69+5695 = 21,42$
Costo de receta despachada	Gasto en farmacia / No recetas despachadas	Establece costo por receta	$22465,77+56065 = 0,40$

Fuente: Matriz UTPL

Elaborado por: Md. Sandra Jackeline Aguirre Gaon

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

Luego de culminar con todas las actividades propuestas en este trabajo de tesis y luego de su aprobación, se presentará el informe final al Director del Distrito, con todos los documentos anexos que evidencien el desarrollo de las actividades propuestas y los resultados obtenidos, generando el compromiso de socializar con los servidores del Distrito y hacer extensiva esta experiencia a las otras unidades del primer nivel de la zona centro del país, para lo cual se cuenta con el apoyo de la Coordinación zonal 2.

El informe tendrá los componentes del proyecto.

### Actividad 3.6

Análisis con autoridades distritales pendiente

### ANALISIS DEL INDICADOR DEL RESULTADO ESPERADO

Analizar el indicador que propuso en la matriz de marco lógico

## CONCLUSIONES

1. Se ha diseñado y validado el proceso de costos y facturación de los recursos en el Distrito 15D01 Archidona Carlos Julio Arosemena Tola Tena, el centro corresponde a tipo B, determinando los centros de costo de la consulta externa, la visita domiciliaria, odontología y promoción de la salud, comparados con los costos del tarifario con los datos del Winsig es muy elevado por lo que es importante redistribuir el trabajo y mejorar el registro.
2. La capacitación al personal de la Dirección Distrito 15D01 Archidona Carlos Julio Arosemena Tola Tena sobre el proceso fue el pilar fundamental para la obtención de información en cada departamento logrando una corresponsabilidad en todos los procesos.
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, mejorando así los procesos de la unidad.
4. El primer nivel de atención no genera un sistema de información confiable y completa que permita evaluar con objetividad el comportamiento de los diferentes elementos del proceso productivo, tanto en el campo administrativo como financiero. La información a más de ser limitada es deficiente en varios aspectos como por ejemplo, el CIE 10 debe ser limitado a las patologías generales y al cargo profesional además los diagnósticos deben ser acordes al primer nivel de atención, caso contrario dificulta realizar estadísticas de las enfermedades, así mismo en el servicio de odontología en el RDACAA tenía dentro de su producción administración de medicamentos, nebulizaciones y colocación de sondas vesicales que para el efecto no es coherente.
5. 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.
6. No existe criterio único en la forma de generar información, ello provoca serias distorsiones en los resultados, lamentablemente son errores significativos que no son evidenciados en ninguna instancia, por ejemplo como visita familiar algunos profesionales registran los nombres de todos los miembros de la familia, sobredimensionando el número de atenciones.

7. La unidad intervenida, aún tiene mucho de generar todos los productos que el Modelo de Atención MAIS exige, así como los estándares y/o parámetros que establece para los diferentes componentes de la atención. Se evidencia un proceso de implementación moderado.
8. Se evidencia una falta de planificación de los recursos, hecho que provocó serias dificultades de asignación del talento humano en los diferentes centros de gestión tales como, consulta en establecimientos, visitas domiciliarias, acciones de promoción de la salud.
9. El Director distrital no disponen de información estratégica para la toma de decisiones, se limitan a entregar información a la Coordinación zonal en plazos establecidos.
10. La Coordinación zonal, tampoco evalúa el comportamiento de las diferentes variables de los procesos de producción de servicios de salud, se limitan también a ser el nexo con el nivel central, entregando información que luego se publica, sin ningún elemento de análisis que oriente toma de decisiones estratégicas. Los procesos administrativos se centran en aspectos formales y no de fondo.

## RECOMENDACIONES

1. Fortalecer e institucionalizar la implementación de los procesos de costos y facturación de los recursos en la unidad de salud de la Dirección Distrital 15D01 Archidona Carlos Julio Arosemena Tola Tena, así mismo aplicar la unidad operativa.
2. Como se puede observar según el RDACAA se puede observar que el trabajo extramural y el servicio de odontología son los más costosos en el año, de hecho como se dijo anteriormente, el centro de salud tiene un 26% de pérdida por lo que es urgente la toma de decisiones que optimicen los recursos económicos.
3. Reafirmar y fortalecer los conocimientos sobre los temas de costos, facturación, gestión, emitidos al personal de la Dirección Distrital 15D01 Archidona Carlos Julio Arosemena Tola Tena, mejorando así los costos en la unidad operativa, mediante el reconocimiento de la importancia que tiene la gestión adecuada de las unidades operativas que pertenecen a este distrito.
4. Conservar la implementación de los procesos de monitoreo, control y supervisión de los recursos con el afán de precautelar la inversión que realiza por parte estado a favor de la salud de su población, finalmente cabe mencionar que la atención brindada a los usuarios requiere de cuatro condicionantes principales como son la: la calidad, calidez, eficiencia y sobre todo eficacia, caso contrario no se puede hablar de atención integral como lo reza el MAIS.
5. Implementar un sistema de información sólido, completo, oportuno orientado a la toma de decisiones mejorando así en beneficio de la unidad y del Distrito 15D01 Archidona Carlos Julio Arosemena Tola Tena.
6. La Dirección distrital debe implementar un proceso de planificación y evaluación objetiva de los recursos asignados a sus unidades, para garantizar el uso óptimo de los recursos, corrigiendo cualquier desviación en forma oportuna, se recomienda una evaluación trimestral con el fin de tomar decisiones oportunas y correctivas en mejora de la unidad operativa.
7. La Coordinación zonal, debe efectuar compromisos de gestión con el Director Distrital, para sostener procesos estratégicos que impulsen el mejoramiento continuo y fundamentalmente la consolidación del modelo de atención y de gestión.
8. 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. La Coordinación zonal, debe evaluar el comportamiento de los diferentes indicadores, con el fin de mejorar y tecnificar la evaluación del Centro de Salud Urbano Tena con el objetivo de alcanzar un punto de equilibrio que no genere pérdida y poder recuperar los recursos invertidos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asamblea Constituyente. (2008). Constitución del Ecuador. Ciudad Alfaro, Ecuador.
2. Avilez, A. (23 de Noviembre de 2012). INFORME DE DIFERENTES ATENCIONES by Ana Avilez. Obtenido de issuu: <http://issuu.com/xianavilez/docs/c.s.u.t>
3. Escuela Andaluza de Salud Pública. (2012). Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Obtenido de Descargar PDF - Resultados y Calidad del Sistema Sanitario ...: <http://www.calidadsaludandalucia.com/docs/eficiencia.pdf>
4. Gallo, E. H. (2010). Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud - Introducción y Generalidades". Washington , Estados Unidos de América: D.C.: OPS.
5. La Organización Mundial de la Salud. (2008). Resumen del Informe sobre la salud en el mundo 2008. Suiza: OMS.
6. Lemus, J. D. (2009). Administración hospitalaria y de organizaciones de Atención de la Salud. Rosario, Argentina: Corpus .
7. Ministerio de Salud Pública. ( 2005). Normas técnicas y procedimientos del PAI. (E. P. OPS/OMS, Ed.) Quito, Ecuador: NUEVO ARTE.
8. Ministerio de Salud Pública. (2005). Sistema regionalizado de los servicios de salud y capacidad resolutive de las unidades de salud (Quinta edición ed.). Quito, Ecuador, Ecuador.
9. Ministerio de Salud Pública. ( 2014). Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y RPIS ( 1ª Edición ed.). (MSP, Ed.) Quito, Pichincha, Ecuador.
10. Ministerio de Salud Pública. (2013). MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD - MAIS. Quito, Ecuador.
11. Ministerio de Salud Pública. (s.f.). Ministerio de Salud Pública | Ecuador. Recuperado el 20 de Julio de 2015, de [www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec): [https://www.google.com.ec/search?q=Confianza+y+defensa+de+los+valores%2C+principios+y+objetivos+de+la+entidad%2C+garantizando+los+derechos+individuales+y&oq=Confianza+y+defensa+de+los+valores%2C+principios+y+objetivos+de+la+entidad%2C+garantizando+los+derechos+individuales+y&aqs=chrome..69i57.504j0j1&sourceid=chrome&es\\_sm=119&ie=UTF-8](https://www.google.com.ec/search?q=Confianza+y+defensa+de+los+valores%2C+principios+y+objetivos+de+la+entidad%2C+garantizando+los+derechos+individuales+y&oq=Confianza+y+defensa+de+los+valores%2C+principios+y+objetivos+de+la+entidad%2C+garantizando+los+derechos+individuales+y&aqs=chrome..69i57.504j0j1&sourceid=chrome&es_sm=119&ie=UTF-8)
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (21 de 10 de 2013). Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/> : [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/ESTATUTO\\_SUSTITUTIVO\\_AM4520.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/ESTATUTO_SUSTITUTIVO_AM4520.pdf)
13. Ministerio de Salud Pública de Perú. (2000). Gestión Financiera. Lima.

14. Ministerio de Salud Pública. (2011). NORMAS DE ATENCION INTEGRAL A LA NIÑEZ (Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud ed.). Quito, Pichincha, Ecuador.
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador . (2012). Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Ministerial, Quito.
16. Ministerio de Salud Pública. (2013). Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 15 de Agosto de 2015, de Información estadística de producción de salud. Ecuador: [https://public.tableau.com/profile/publish/CONSULTAS\\_RDACAA\\_2013/Presentacin#!/publish-confirm](https://public.tableau.com/profile/publish/CONSULTAS_RDACAA_2013/Presentacin#!/publish-confirm)
17. Organización Mundial de la Salud. (2015). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 20 de agosto de 2015, de OMS | Atención Primaria de Salud: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)
18. Pesantez León, M. (2012). Guía Didáctica Economía y Salud. Loja, Ecuador: Universidad Técnica particular de Loja.
19. Pitisaca, D. &.E. (2012). Evaluación Presupuestaria Al Centro De Salud N° 1 De La Ciudad De Loja. (T. d. inédita, Ed.) Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja.
20. Plan Nacional del Buen Vivir. (2013). Objetivos Nacionales para el Buen Vivir. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec>: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion#tabs2>
21. Sistema Nacional de Información. (2010). [indestadistica.sni.gob.ec](http://indestadistica.sni.gob.ec) - /. Recuperado el 20 de Agosto de 2015, de Indicadores básicos de población: <http://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=SNI.qvw&host=QVS@kukuri&anonymous=truehttp://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=SNI.qvw&host=QVS@kukuri&anonymous=true&bookmark=Document/BM24>
22. Universidad de Cuenca. (2012). Sabiduría de la Cultura Kichwa de la Amazonía Ecuatoriana (Primera edición ed., Vol. Tomo I). Cuenca, Ecuador, Ecuador.
23. Valenzuela, G. (2009). Sistema de referencia y contra referencia. Arch Salud Sin , 3 (3), 45.
24. Vignolio, J. &. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna , 33 (1), 7-11.

## ANEXOS

**Anexo 1:** Población del Distrito 15D01 Archidona, Carlos Julio Arosemena Tola y Tena  
Salud por grupos de edad

Rango de Edad	Total	%
0 - 4 Años	3990	13,22 %
5 - 9 Años	4183	13,86 %
10 - 14 Años	3874	12,84 %
15 - 19 Años	3855	12,77 %
20 - 24 Años	3291	10,90 %
25 - 29 Años	3074	10,19 %
30 - 34 Años	2585	8,57 %
35 - 39 Años	2139	7,09 %
40 - 44 Años	1623	5,38 %
45 - 49 Años	1565	5,19 %
<b>Total</b>	<b>30179</b>	<b>100,00 %</b>

Mujeres	%	Hombres	%
<b>17012</b>	<b>50,13%</b>	<b>16922</b>	<b>49,87%</b>



## Anexo 2: Morbilidades por sexo y edad.

Pag. 4		PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AMBULATORIA (Consulta Externa)		Bloque 03
<b>PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AMBULATORIA MUJERES (Consulta Externa)</b>				
NÚMERO	COD. CIE-10 USO INEC	DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS		
01	1001	FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA		
02	917	RINOFARINGITIS AGUDA (resfriado común)		
03	617	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA		
04	603	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION		
05	531	DIARREA Y GASTROENTERITIS		
06	353	INFECCION DE VIAS URINARIAS		
07	128	AMENORREA SIN OTRA ESPECIFICACION		
08	222	CEFALEA		
09	190	BRONQUITIS AGUDA		
10	119	LUMBAGO NO ESPECIFICADO		
11	140	OTRAS IMFLAMACIONES		
<b>USO INEC</b>	<b>4821</b>			
<b>PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AMBULATORIA HOMBRES (Consulta Externa)</b>				
NÚMERO	COD. CIE-10 USO INEC	DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS		
12	973	FARINGITIS AGUDA		
13	874	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)		
14	666	AMIGDALITIS AGUDA		
15	517	DIARREA Y GASTROENTREITIS		
16	515	PARASITOSIS INTESTINAL		
17	323	BRONQUITIS AGUDA		
18	102	LUMBAGO		
19	94	AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA		
20	91	INFECCION DE VIAS URINARIAS		
21	73	INFECCION INTESTINAL BACTERIANA		
22	73	ALERGIA NO ESPECIFICADA		
<b>USO INEC</b>	<b>4301</b>			
<b>PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AMBULATORIA INFANTIL menores de un año (Consulta Externa)</b>				
NÚMERO	COD. CIE-10 USO INEC	DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS		
23	167	RINOFARINGITIS AGUDA		
24	105	FARINGITIS AGUDA		
25	89	AMIGDALITIS AGUDA		
26	88	DIARREA Y GASTRIENTERITIS		
27	49	BRONQUITIS		
28	13	INFECCION DE VIAS URINARIAS		
29	12	ANEMIA POR DEFICIENCIA		
30	12	Fiebre no especificada		
31	9	INFECCION INTESTINAL		
32	7	Neumonía		
33	7	ALERGIA NO ESPECIFICADA		
<b>USO INEC</b>	<b>558</b>			
<b>PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AMBULATORIA de 1 hasta 4 años (Consulta Externa)</b>				
NÚMERO	COD. CIE-10 USO INEC	DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS		
34	317	RINOFARINGITIS AGUDA		
35	283	FARINGITIS AGUDA		
36	224	AMIGDALITIS AGUDA		
37	197	DIARREA Y GASTRIENTERITIS		
38	170	PARASITOSIS INTESTINAL		
39	86	BRONQUITIS		
40	41	INFECCION INTESTINAL		
41	36	RINIRIS ALERGICA		
42	34	IMPETIGO		
43	31	DERMATITIS		
44	25	AMIGDALITS ESTREPTOCOCICA		
<b>USO INEC</b>	<b>1444</b>			
<b>OBSERVACIONES, COMENTARIOS, ACLARACIONES: (sobre el BLOQUE 3.)</b>				

### Anexo 3: Aprobación del proyecto de titulación.



**Dirección Distrital 15D01 Archidona-Carlos Julio Arosemena Tola-Tena-Salud**

**Memorando Nro. MSP-CZ2DD15D01-2015-0806-M**

**Tena, 01 de abril de 2015**

Sr. Ing. Franklin Mauricio Jines Rivadeneyra  
Analista Distrital de Servicios Institucionales, Mantenimiento y  
Transporte

Sr. Ing. Byron Fernando Buñay Mendez  
Analista Distrital De Soporte Técnico I

Srta. Tlga. Indira Maricela Andi Chimbo  
Analista Distrital de Soporte Técnico I

Sra. Dra. Verónica Patricia Arias Moya  
Experto Distrital de Promoción de la Salud e Igualdad

**ASUNTO: AUTORIZANDO FACILITAR INFORMACIÓN**

De mi consideración:

Autorizo a usted facilitar la información necesaria a la Dra. Sandra Aguirre quién realizará un proyecto de estudio de la Universidad particular de Loja "Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención".

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Lcda. Gladys Jaqueline Vallejo Bolaños  
**DIRECTORA DISTRITAL DE SALUD 15D01 ARCHIDONA-CARLOS JULIO  
AROSEMENA TOLA-TENA**

**Anexo 4: Reunión de socialización del proyecto.**



**Dirección Distrital 15D01 Archidona-Carlos Julio Arosemena Tola-Tena-Salud**

**Registro de asistencia del Personal Administrativo del Distrito de Salud 15D01 a la Socialización del PROYECTO: "EVALUACIÓN FINANCIERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"**

**Fecha: Tena, 31 de marzo del 2015**

NOMBRE	CARGO	FIRMA
WILLIAMS CONSENTO E	MEDICO	
Yenoth Ortega.	Guardalmacén	
Mario Coronel	Estadística	
Amparo Rivera	Analista de Presupuestos	
Adel Estrella	Educador Humano	
Marcelo Amijos B.	Analista Distrital	
Jaqueline Celis	DIRECTORA DISTRICTAL	

**Anexo 5: Certificación de la información.**



Ministerio  
de Salud Pública

**COORDINACIÓN ZONAL 2-SALUD  
DISTRITO 15D01 TENA ARCHIDONA C.J. AROSEMENA TOLA.**



Tena, Lunes 12 de octubre del 2015

**CERTIFICADO**

El Distrito de Salud 15D01 Archidona-Carlos Julio Arosemena Tola-Tena-Salud, certifica que la información otorgada para el proyecto "Evaluación Financiera en el Primer Nivel de Atención de Salud Enero-Diciembre 2014" fue proporcionada para los fines pertinentes por esta Casa de Salud, a las Maestranteras: Aguirre Gaon Sandra Jackeline de la Universidad Técnica Particular de Loja quien intervino en la recolección de datos y desarrollo del mismo. De los siguientes servicios:

- Dirección del Distrito.
- Coordinación del Distrito.
- Departamento Servicios Institucionales.
- Departamento Financiero.
- Departamento Estadística.
- Departamento Talento Humano.
- Departamento Farmacia e Insumos Médicos.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad

Atentamente,

Dr. Jorge Romero Pague

Director Distrital 15D01 Archidona-Carlos Julio Arosemena Tola-Tena-Salud

## Anexo 6: Cuadros gerenciales por primer semestre 1 y 4.

Establecimiento : CS URBANO TENA

Periodo : 01-2014 al 06-2014

Cuadro #1. Producción, Rendimientos y Costos

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo	
			Servicio	Unitario
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	16,372.00	266,557.44	16.28
Subtotal	CONSULTA	16,372.00	266,557.44	16.28
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	802.00	10,881.64	13.57
Subtotal	CONSULTA	802.00	10,881.64	13.57
ODONTOLOGIA	CONSULTA	4,240.00	54,348.38	12.82
	TOT	0.00		0.00
Subtotal	CONSULTA	4,240.00	54,348.38	12.82
	TOT	0.00		
PROMOCION EN SALUD	EVENTOS	3,907.00	61,412.31	15.72
Total			393,199.77	
Apoyo				
FARMACIA	RECETAS	28,383.00	10,420.72	2.17
	\$Produc.		51,293.25	1.81
VACUNAS	VACUNAS	26,173.00	8,856.30	0.34
	\$Produc.		0.00	0.00
PROCEDIMIENTOS	PROCESOS	216.00	13,954.85	64.61
	\$Produc.		0.00	0.00
ADMINISTRACION	#Servs.	11,080.23	22,246.65	2.01

Establecimiento : CS URBANO TENA

Periodo : 01-2014 al 06-2014

Cuadro #4: Costos de operación

	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PROMOCION EN SAL	FARMACIA	VACUNAS	PROCEDIMIENTOS	ADMINISTRACION	Total	Porcentaje
REM.PERSO.FLANTA	146,818.11	956.42	50,407.79	52,991.97	10,287.78	8,940.42	13,700.87	5,786.83	288,522.99	69.45
REM.PERS.OTRAS FUENT	30,224.48	9,895.84		8,373.36				16,225.20	64,889.88	15.57
Total GASTOS DE PERSONAL	178,042.59	10,852.26	50,407.79	61,365.33	10,287.78	8,940.42	13,700.87	21,012.03	343,418.87	
INS.MEDICO/ODONTOLOG			2,338.85						2,338.85	0.56
MEDICINAS	51,293.25								51,293.25	12.35
BIOMATERIALES ODONTO			583.08						583.08	0.14
Total BIENES D USO/CONSUMO	51,293.25		2,921.93						54,215.18	
SERVICIOS BASICOS	4,226.33								4,226.33	1.02
Total SERVICIOS BASICOS	4,226.33								4,226.33	
DEPRECIACIONES	1,588.56	19.26	971.40	64.20	123.39	189.34	231.72	239.04	3,428.86	0.82
Total DEPRECIACIONES	1,588.56	19.26	971.40	64.20	123.39	189.34	231.72	239.04	3,428.86	
COSTO USO EDIFICIO	174.84	20.32	47.46	12.78	36.58	26.54	22.26	12.78	365.56	0.09
Total COSTO USO EDIFICIO	174.84	20.32	47.46	12.78	36.58	26.54	22.26	12.78	365.56	
Total c. directo	233,325.57	10,881.64	54,348.38	61,412.31	10,420.72	8,856.30	13,954.85	22,246.65	415,446.42	100.00
Porcentaje	56.19	2.62	13.08	14.79	2.51	2.13	3.36	5.36		
LABORATORIO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
IMAGEN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
FARMACIA	10,420.72	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10,420.72	
VACUNAS	8,856.30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8,856.30	
PROCEDIMIENTOS	13,954.85	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	13,954.85	
LIMPIEZA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
MANTENIMIENTO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
TRANSPORTE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
ADMINISTRACION	13,201.21	615.87	3,074.95	3,474.82	589.59	501.08	789.54		22,246.65	
Total c. indirecto	48,433.08	615.87	3,074.95	3,474.82	589.59	501.08	789.54		60,489.85	
Total costos	279,758.65	11,497.51	57,423.33	64,887.13	11,010.31	9,357.38	14,744.39	22,246.65		
Porcentaje	87.34	2.77	13.82	15.82						
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT	EVENTOS	RECETAS	VACUNAS	PROCESOS			
Producción primaria	16372	802	4240	3907	28383	26173	216			
Producción secundaria	0	0	0	0	0	0	0			
TOTAL COSTOS		SUBTOTAL COSTOS	Diferencia							
	415,446.42	413,566.22	1,880.20							

**Anexo 7: Cuadros gerenciales por segundo semestre 1 y 4.**

**Establecimiento : CS URBANO TENA**

**Periodo : 06-2014 al 12-2014**

**Cuadro #1. Producción, Rendimientos y Costos**

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo	
			Servicio	Unitario
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	18,472.00	298,838.54	16.18
Subtotal	CONSULTA	18,472.00	298,838.54	16.18
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	152.00	13,215.28	86.94
Subtotal	CONSULTA	152.00	13,215.28	86.94
ODONTOLOGIA	CONSULTA	5,178.00	177,627.05	34.30
	TOT	0.00		0.00
Subtotal	CONSULTA	5,178.00	177,627.05	34.30
	TOT	0.00		
PROMOCION EN SALUD	EVENTOS	2,543.00	70,212.04	27.61
Total			559,892.91	
Apoyo				
FARMACIA	RECETAS	32,398.00	13,782.73	1.80
	\$Produc.		44,638.92	1.38
VACUNAS	VACUNAS	14,884.00	10,669.44	0.72
	\$Produc.		0.00	0.00
PROCEDIMIENTOS	PROCESOS	513.00	14,069.19	27.43
	\$Produc.		0.00	0.00
ADMINISTRACION	#Servs.	10,885.73	31,882.31	2.93

**Establecimiento : CS URBANO TENA**

**Periodo : 06-2014 al 12-2014**

**Cuadro #4: Costos de operación**

	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PROMOCION EN SAL	FARMACIA	VACUNAS	PROCEDIMIENTOS	ADMINISTRACION	Total	Porcentaje
REM.PERSO.PLANTA	170,223.46	698.36	87,594.86	80,944.36	13,586.36	10,421.85	13,772.88	9,621.14	330,803.12	96.91
REM.PERS.OTRAS FUENTE	36,344.04	12,057.09		9,495.24				19,534.53	77,432.50	13.08
Total GASTOS DE PERSONAL	206,567.50	12,665.45	87,594.86	70,130.80	13,586.36	10,421.85	13,772.88	29,155.67		
INR.MEDICO/ODONTOLOGO			118,635.73						118,635.73	20.06
MEDICINAS	44,638.62								44,638.62	7.94
BIOMATERIALES ODONTO			208.17						208.17	0.04
Total BIENES D USO COMUN	44,638.62		118,843.90							
SERVICIOS BASICOS	7,052.86							2,432.85	9,485.71	1.80
Total SERVICIOS BASICOS	7,052.86							2,432.85		
DEPRECIACIONES	1,853.32	181.16	1,133.12	86.53	143.82	220.92	270.34	278.88	4,148.10	0.70
Total DEPRECIACIONES	1,853.32	181.16	1,133.12	86.53	143.82	220.92	270.34	278.88		
COSTO USO EDIFICIO	203.99	38.84	88.37	14.91	52.43	28.87	28.97	14.91	432.89	0.07
Total COSTO USO EDIFICIO	203.99	38.84	88.37	14.91	52.43	28.87	28.97	14.91		
Total c. directo	280,317.18	13,215.28	177,627.05	70,212.04	13,782.73	10,899.44	14,069.19	31,882.31	591,775.22	100.00
Porcentaje	43.99	2.33	30.02	11.89	2.33	1.80	2.38	5.39		
LABORATORIO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
IMAGEN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
FARMACIA	13,782.73	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	13,782.73	
VACUNAS	10,899.44	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10,899.44	
PROCEDIMIENTOS	14,069.19	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	14,069.19	
LIEMPEZA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
MANTENIMIENTO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
TRANSPORTE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
ADMINISTRACION	14,823.26	752.53	10,114.72	3,968.13	794.94	807.56	801.15		31,882.32	
Total c. indirecto	53,344.75	752.53	10,114.72	3,968.13	794.94	807.56	801.15			
Total costos	313,661.93	13,967.81	187,741.77	74,210.17	14,577.67	11,707.00	14,870.34	31,882.31		
Porcentaje	53.00	2.36	31.73	12.54						
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT	EVENTOS	RECETAS	VACUNAS	PROCESOS			
Producción primaria	18472	152	6178	2543	32398	14884	613			
Producción secundaria	0	0	0	0	0	0	0			
TOTAL COSTOS		SUMATORIA COSTOS	Diferencia							
		591,775.22	591,775.22	2,193.54						