



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

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

**Evaluación Financiera de los Centros de Salud Facundo Vela y Talahua,
Distrito 002D01, Zona 5 -2014**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Paredes Sánchez, Lorena Paola, Psc.

DIRECTOR: Alarcón Dalgo, Carmen María, Msc.

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

Magister

Carmen María Alarcón Dalgo.

DOCENTE DE TITULACION

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “*Evaluación financiera de los establecimientos de salud Facundo Vela y Talahua -2014*”, realizado por Psc. Lorena Paredes Sánchez, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre 2015

Msc. Carmen Alarcón Dalgo.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo Paredes Sánchez, Lorena Paola declaro ser autora del presente trabajo de titulación "*Evaluación financiera de los establecimientos de salud Facundo Vela y Talahua -2014*", de la Titulación de Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, siendo, Magister Carmen María Alarcón Dalgo, 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 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.

Paredes Sánchez Lorena Paola

1716698863

DEDICATORIA

A la bendición de construir algo nuevo y hermoso.

Esto va por ti, Pablo, por los dos, por los seres que nos antecedieron y por los seres que vendrán de nosotros.

Cerrando esta etapa, inicia un nuevo horizonte de tu mano, cerca de tu corazón.

Te amo

“Enséñame a confiar en mi
corazón,
mi mente,
mi intuición,
mi conocimiento interior,
los sentidos de mi cuerpo,
las bendiciones de mi espíritu.
Enséñanos a confiar en todo esto
para que yo pueda
entrar en mi espacio sagrado
y amar más allá del miedo,
y, por tanto, caminar en
equilibrio con el paso de
cada glorioso sol”

ORACIÓN DAKOTA

AGRADECIMIENTOS

“Cuando el corazón de un ser humano está lleno de luz del cielo, se desaparecen de su camino todos los obstáculos”. Mahatma Gandhi

A mis padres Oswaldo y Mercedes, por el regalo de su compañía en mi caminar y su fe en mí, a mis hermanos Miriam, Franklin, Edison por su confianza, a mis pequeños sobrinos Jhoan, Derek, por ser la inspiración de mi corazón.

A mis amigos (chivitos todos), porque entre cuadros, tablas, traducciones, programas, comidas, abrazos, sonrisas, estuvieron conmigo, por su voluntad y su apoyo constante.

A mi abuelito, por su bendición eterna.

A ti, Pablo, por la paciencia, por las palabras y abrazos de confianza, por los viajes, por los accidentes, por tu amor. Por siempre estar.

Infinitamente agradecida a todos ustedes, a su amor, a sus palabras de aliento, a su compañía, gracias por creer en mí y hacerme sentir capaz de lograrlo.

Infinitamente agradecida a la vida, a Dios, a la Pachamama por haberlos encontrado a ustedes en mí caminar, por sentir su apoyo constante.

La vida retribuya lo bien que le hacen a mi vida, esto es gracias a ustedes.

Yupaychani

**CERTIFICACIÓN DE LA UNIDAD FINANCIERA DEL ESTABLECIMIENTO DE
SALUD, QUE LOS DATOS HAN SIDO PROPORCIONADOS AL MAESTRANTE, CON
FIRMA Y SELLO**

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	iii
DEDICATORIA DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3-4
PROBLEMATIZACIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	7
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO.....	8
1.1 Marco Institucional	
1.1.1. Unidad de salud Facundo Vela	
1.1.1.1 Aspectos geográficos del lugar.....	9-11
1.1.1.2 Dinámica Poblacional.....	12-15
1.1.1.3 Servicios que presta la Unidad de Salud.....	15-16
1.1.1.4 Datos estadísticos de cobertura de la Unidad de Salud.....	16-17
1.1.1.5 Características geofísicas de la Unidad de salud.....	17
1.1.2. Unidad de salud Talahua	
1.1.2.1 Aspectos geográficos del lugar.....	18
1.1.2.2. Dinámica Poblacional.....	18-23
1.1.2.3. Servicios que presta la Unidad de Salud.....	23-25
1.1.2.4. Datos estadísticos de cobertura de la Unidad de Salud.....	26-27
1.1.2.5. Características geofísicas de la Unidad de salud.....	27
1.1.3. Misión de la Unidad de Salud.....	27
1.1.4. Visión de la Unidad de Salud.....	27
1.1.5. Organización administrativa de la Unidad de Salud.....	28
1.1.6. Políticas de la Institución.....	28-29
1.2 Marco Conceptual	
1.2.1 Generalidades de la salud pública.....	30-31
1.2.2 Salud en nuestro país.....	31-32
a) Financiamiento del sistema de salud.....	32-33
1.2.3. Atención sanitaria.....	33
a) MAIS-FCI.....	33-34

b) RPIS.....	34-35
1.2.4. Niveles de atención en salud.....	35-36
1.2.5. Atención primaria en salud.....	36
1.2.6. Gerencia de servicios en salud.....	36-37
a) Eficiencia, eficacia.....	37
b) Equidad.....	37
c) Agentes económicos.....	37
1.2.7. Costos de atención sanitaria.....	37-38
1.2.8 Gestión productiva de la unidad de salud.....	38
1.2.9 Sistema de información gerencial.....	38

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO.....	39
2.1 Matriz de involucrados.....	40
2.2 Árbol de problemas Facundo Vela.....	41
2.3 Árbol de problemas Talahua.....	42
2.4 Árbol de objetivos Facundo Vela.....	43
2.5 Árbol de objetivos Talahua.....	44
2.6 Matriz de marco lógico Facundo Vela.....	45-46
2.7 Matriz de marco lógico Talahua.....	47-48
2.8 Actividades	

CAPÍTULO III RESULTADOS.....

RESULTADO 1.- SERVICIOS DE SALUD COSTEADOS.....	50
Actividad 1.1 Socialización del proyecto.	50
Actividad 1.2 Taller de inducción al proceso de costos.....	51
Actividad 1.3 Recolección de información.....	51-53
Actividad 1.4 Generación de Resultados de Costos.....	54-59
ANÁLISIS DEL INDICADOR DEL RESULTADO I.....	59
RESULTADO 2.- EVALUACIONES ECONOMICAS DE LAS PRESTACIONES.....	60
Actividad 2.1 Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud.....	60-61
Actividad 2.2 Recolección de información.....	61-62
Actividad 2.3 Valoración de las prestaciones según el Tarifario del Sistema Nacional de Salud.....	62-64
ANÁLISIS DEL INDICADOR DEL RESULTADO II.	64
RESULTADO 3.- ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO.....	64
Actividad 3.1 Cálculo del punto de equilibrio.....	64-65
Actividad 3.2 Socialización de resultados.....	66
Actividad 3.3 Diseño de estrategias de mejoramiento.	66-74
Actividad 3.4 Entrega de informes a las autoridades distritales.	74
Actividad 3.5. Análisis con autoridades distritales.....	75
CONCLUSIONES.....	76
RECOMENDACIONES.....	77

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	78-80
ANEXOS	81
CUADRO 1. 01-2014 al 12-2014 FACUNDO VELA.....	82-83
CUADRO 4 01-2014 al 12-2014 FACUNDO VELA	84-91
CUADRO 1. 01-2014 al 12-2014 TALAHUA.....	92-93
CUADRO 4 01-2014 al 12-2014 TAHALUA.....	94-100

RESUMEN

Frente a la innovación y mejoramiento de nuestro sistema de salud en los últimos años, es oportuno conocer la realidad. Para esta investigación se analizan dos unidades de atención de primer nivel, Facundo Vela y Talahua, pertenecientes al Distrito de Salud O02D01 de la Provincia de Bolívar, estas al igual que todas las unidades de primer nivel se enfrentan a la problemática de no contar con una evaluación financiera oportuna y eficaz.

Se han recogido los datos pertinentes en las unidades y en el distrito, con ayuda de matrices técnicamente construidas y del programa de la OMS, WinSIG.

Los datos obtenidos en ambos centros han delatado la inexistencia de un archivo digital y físico inadecuado y sobretodo el desinterés de los prestadores de servicios por este proyecto y el desconocimiento de quienes los reciben sobre el funcionamiento del sistema de salud.

Generalizando los resultados podemos mencionar que el mayor porcentaje de inversión recae sobre la mano de obra, debiendo ser analizada y encaminada a que dicha inversión se visualice en mejor atención y en la optimización de los recursos de salud.

Palabras claves: *sistema de salud, evaluación financiera, inversión, optimización.*

ABSTRACT

According to innovation and improvement of our health care system in recent years, it is appropriate to learn about this reality. For this research two units of first level, Facundo Vela and Talahua belonging to the Health District O02D01 of the Province of Bolivar, such as all first-level units are facing the problem of not having evaluations analyzes timely and effective financial.

In order to beat this situation and the challenge of making the financial evaluation of each center have been collected relevant data on the drives and in the district, with the help of matrices technically built and the World Health Organization program, WinSIG, can be met this purpose and thus have more objectives, technical and regal look of the situation of these centers.

Data from both centers have betrayed the lack of an adequate digital and physical file and especially the lack of service providers for this project and the ignorance of those who receive on the functioning of the health system.

Generalizing the results can mention that the highest percentage of investment falls on labor, a situation that must be analyzed and requiring that such investment is displayed in better care and optimize health resources.

Keywords: health care, financial evaluation, investment optimization.

INTRODUCCIÓN

El sistema público de salud de nuestro país, desde hace algunos años atrás ha buscado apalearse aquellas dificultades de atención y de servicio que han sido parte nuestra historia, se ha generado así desde el año 2007 una considerable inversión y se han construido nuevas propuestas, como el Modelo de atención integral y la Red pública.

Sin embargo las nuevas propuestas deben estar ancladas en la valoración del sistema y frente a ello, nos encontramos con algunos problemas, entre ellos el más importante la inexistencia de una evaluación financiera en las unidades de primer nivel, siendo este el problema que sostiene nuestra investigación.

El levantamiento de datos, se realizó en dos centros de primer nivel, que pertenecen al Distrito de Salud O02D01 de la Provincia de Bolívar, estos son Facundo Vela y Talahua. Para la realización del mismo, fue de gran apoyo la colaboración del personal de los dos centros, que intentaron disminuir la importancia de la falta de registros digitales y físicos de los servicios que cada unidad brindaba y de las atenciones realizadas.

Varias visitas a los centros al igual que al Distrito ayudaron a recabar toda la información necesaria.

Esta propuesta de investigación, está conformada por tres capítulos, el primero que ancla la realidad particular de las unidades de salud Facundo Vela y Talahua, su situación poblacional, ubicación geográfica, dinámica social y el estado de salud de sus pobladores, al igual que los referentes teóricos conceptuales de salud y gerenciales que nos permitirán entender de mejor manera nuestros alcances y despejar criterios, usando adecuadamente conceptos que den una visión más objetiva a esta realidad. El segundo capítulo refiere a nuestro diseño metodológico, el que mediante matrices adecuadamente elaboradas nos permite viabilizar la metodología que usaremos para la recolección de datos, misma que contendrá actividades específicas que nos ayudarán a estructurar nuestra propuesta. Finalmente en el capítulo tres, resultados, encontraremos el análisis de cada uno de los resultados y las estrategias propuestas.

Esta investigación es de total relevancia, ya que el poder tener una evaluación del sistema financiero de los centros de atención de primer nivel, permitirá conocer de manera más objetiva la realidad de nuestra salud pública, además de brindar directrices para la corrección de algunas propuestas y para la construcción de nuevas alternativas de repensar la salud.

PROBLEMATIZACIÓN

El problema generador que sostiene nuestra investigación, es la inexistencia de evaluación financiera de las unidades de salud Facundo Vela y Talahua.

Este gran problema abarca algunas dificultades importantes entre ellas el desconocimiento del tarifario y por ende de los costos de las atención y servicios que el sistema de salud brinda, se debe mencionar también que aquellos encargados de proveer el servicio en cada unidad, no tienen el suficiente conocimiento de las herramientas de administración, que les permita organizar de mejor manera el servicio y sobretodo tener archivos de lo que cada unidad genera.

Las unidades de salud Facundo Vela y Talahua son poblaciones rurales, con gran porcentaje de personas indígenas, sin acceso a algunos servicios básicos, que enfrenta su realidad de salud, disociada de la propuesta que las instituciones ejecutoras promueven, es decir, los pobladores desconocen lo que involucra el sistema de salud, desconocen que tras la gratuidad de sus atenciones, hay un costo que el Estado solventa y que todos somos corresponsables.

Esta investigación tiene como margen temporal el año 2014, desglosando los datos de cada mes. Se encuentra sostenida en conceptos teóricos que abarcan la comprensión de la salud pública de nuestro país y la comprensión de términos gerenciales que nos permiten analizar los datos desde una mirada técnica y objetiva.

Nuestro problema, se ancla en el objetivo nacional, que la salud sea ejercida como un derecho, razón por la cual desde el año 2007, se han generado cambios estructurales, como la creación de un nuevo modelo de atención integral y del manejo de un tarifario del sistema nacional de salud donde de manera técnica y cuantitativa se reconoce el costo de los servicios que los ecuatorianos reciben.

Frente a la inexistencia de evaluación financiera en las unidades Facundo Vela y Talahua, con referencia al objetivo nacional, tendríamos que analizar si en estos centros se ejerce la salud como un derecho y más que nada si se logra abarcar a la población en cuanto atenciones de salud se refiere, atenciones eficaces, eficientes y equitativas.

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación es de total relevancia y pertinencia, ya que busca conocer de una manera más real la situación de la salud en los centros de primer nivel, sin tener una evaluación financiera apropiada de los centros, algunas propuestas de salud se han manejado desde la suposición y desde el sesgo, ya que construir nuevas políticas implica exhaustivas valoraciones desde diversas miradas.

Las unidades de salud Facundo Vela y Talahua, pertenecientes al Distrito de salud de la provincia de Bolívar, tienen características socioeconómicas similares, ya que ambas están en un sector rural, campesino con alto porcentaje de personas indígenas, estas particularidades hacen que su vivencia de la salud tenga tintes propios que deben ser tomados en cuenta. Visibilizar la realidad de ambos sectores, realizar la evaluación financiera de cada centro, es a la vez un reto de unificar criterios gerenciales cuantitativos con criterios sociales humanos, en búsqueda de un desarrollo idóneo a nivel local.

En el macro contexto de nuestro país, desde siempre se ha vivenciado el acceso a la atención en salud, desde la gratuidad, invisibilizando que todo genera un costo que debe ser cubierto de alguna manera, sabemos que el Estado es el proveedor de estos recursos, y que todos somos corresponsables en el mismo, sin embargo es importante develar esta realidad desde datos concretos, desde la transparencia de las acciones del sector salud, desde la socialización de la importancia de ser actores propositivos dentro del espectro de la salud pública en nuestro país.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el componente financiero de las unidades de salud Facundo Vela y Talahua del Distrito de Salud O02D01 de la provincia de Bolívar, mediante el análisis de costos, facturación de las prestaciones y formulación de estrategias de mejoramiento, para fortalecer la formación de Gerencia en Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.-Realizar costeo de los servicios de salud.
- 2.- Evaluar económicamente las prestaciones de servicios de salud, brindados por las unidades Facundo Vela y Talahua en base al tarifario del sistema nacional de salud.
- 3.- Formular estrategias de mejoramiento de la gestión financiera.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Marco institucional

Dentro del Distrito de Salud O02D01 de la Provincia de Bolívar, encontramos dos centros de atención de primer nivel, Facundo Vela y Talahua.



1.1.1 Centro de salud Facundo Vela.

1.1.1.1 Aspecto geográfico del lugar:

Facundo Vela se inaugura como Parroquia el 10 de Junio de 1928, a este lugar se le conocía como el nombre de Piñanatug que en castellano significa: "Lobo Bravo". Sus primeros habitantes fueron nativos del mismo pueblo, pero fueron llegando pobladores provenientes de Ambato y Simiatug para radicarse y dedicarse a la agricultura en sus extensas tierras.

Esta parroquia fue fundada como Facundo Vela en honor al ilustre Bolivarense Dr. Facundo Vela, quien tenía el grado militar de Teniente, persona de grandes dotes personales e intelectuales.

Los primeros gestores para su parroquialización fueron: Sr. José Silva, José Núñez, Ángel Hinostroza, Leonardo Silva, Hermelinda Riera.

Desde que fue declarada parroquia en 1928 sus primeras autoridades fueron los siguientes señores:

Segundo Bucheli (Teniente Político).

Segundo Lara (Secretario).

Ángel Hinostroza (juez 1° de la parroquia).

Juan Ramos Núñez (juez 2° de la parroquia).

La Parroquia de Facundo Vela se extiende en una superficie de 18700. En la parte Noroccidental del Cantón Guaranda Provincia Bolívar de la Sierra Centro del Ecuador

Su centro poblado está incrustado en las faldas escarpadas del Cerro Candacho; se puede llegar por las 2 regiones: Sierra y Costa. Desde la ciudad de Guaranda por la vía de tercer orden Salinas – Talahua – facundo Vela a una distancia de 89 Km; desde Ambato por la vía Simiatug – Talahua – Facundo vela con 150 Km y por la Costa desde Ventanas – Moraspungo – Facundo Vela con una distancia de 65 Km.

La parroquia Facundo Vela está localizada en los declives Oeste de la Cordillera Occidental de los andes formando parte de la zona subtropical de la Provincia de Bolívar entre las longitudes Oeste 79° 01' y 79° 15' y latitudes Sur 1°10' y 1°17'.

Según la división política administrativa esta zona está localizada a 79 Km. de Guaranda. La parroquia está constituida por 12 anejos que abarcan una extensión de 4.369 Has.

Facundo Vela limita:

- **Norte:** con el Rio Sinde o Piñanate
- **Sur:** Silagato o Quebrada de Chancha
- **Este:** el Rio Tunan
- **Oeste:** Rio Suquibi.

La Parroquia de Facundo Vela se encuentra a unos 1200 metros sobre el nivel del mar.

El Sub centro de Salud fue construido en el año de 1968 con una construcción de madera y gracias a la intervención de la Junta Parroquial y comunidad en general, quienes a través de reuniones y oficios a diferentes instituciones públicas, privadas y ONG, pudieron reunir ideas y financiamiento para la remodelación de la misma.

Con la ayuda de la prefectura de Bolívar quien tuvo la decisión de llevar este plan a bordo y empezar su reconstrucción, la misma que fue inaugurada el 14 de Abril de 1984 y fue donada a la Dirección de Salud de Bolívar para que se encargue de la administración y equipamiento del mismo.

La parroquia Facundo Vela esta está conformado por barrios, comunidades y una parroquia.

- **Comunidades:** El Porvenir, La Floresta, El Recreo, Musullacta, San Pedro de Bolivar, La Florida, San Luis de la Union, Santa Teresa de la Union, Quivana, El Torneado, La Y, Lloavi, El Arrayan, Relampa, San Antonio, Lumbigana, Bellavista, Pungadahuas.
- **Barrios:** Nuevo Facundo, La Alborada, La Amistad, El Naranjal.

1.1.1.2. Dinámica poblacional:

Los habitantes de la comunidad tanto hombres como mujeres se dedican a la elaboración de trago mediante el procesamiento de la caña de azúcar, cabe indicar que la mayoría de las familias cuentan con trapiche a motor y a la fuerza de caballo, el aguardiente es vendido a nivel local y otra parte es vendido a otras provincias como: Cotopaxi, Tungurahua, y Los Ríos siendo esta la principal fuente de ingreso económico.

También se dedican a la agricultura y crianza de especies menores y trabajar el jornal. Ya que de esta manera buscan mejorar sus condiciones económicas y en su mayor parte para satisfacer sus necesidades alimentarias, también se dedican a la elaboración de panelas y alfeñiques de manera artesanal.

Es difícil la posibilidad de desarrollo humano debido que los niños y adolescentes no completan sus estudios de bachillerato, por diversos motivos o por descuidos familiares que priorizan el trabajo que la educación. Otro factor determinante para que no haya desarrollo económico es la baja cobertura de asistencia en salud, no se cuenta con un plan de desarrollo en la Parroquia que ocasiona que no se eleve el nivel organizativo de la comunidad en general.

Se evidencia fehacientemente que no se ha conseguido ejecutar un plan que mejore la forma de vivir de las familias, ya sea por autogestión o por falta de recursos financieros.

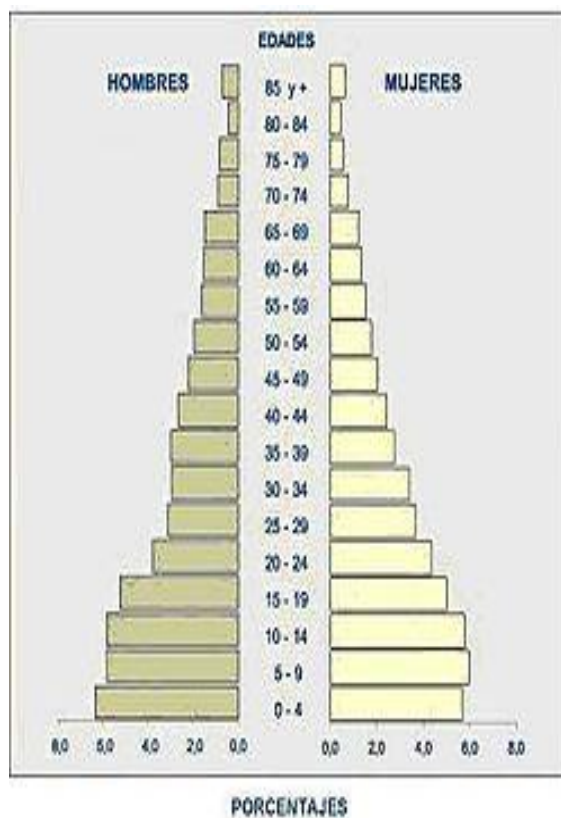
En esta Parroquia existen microempresas que se dedican a la producción de mermeladas y elaborados de harina; a nivel familiar se procesa la caña de azúcar de manera tradicional y artesanal, producen alfeñiques, panela y aguardiente.

La mayor amenaza de la parroquia Facundo Vela se relaciona con aspectos climáticos debido a su ubicación en la zona subtropical, la población por ende está expuesta a varias enfermedades tropicales y transmisibles. Además no se puede garantizar la calidad de alimentos o abastecimiento de agua, entre otros.

Además, no se cuenta con alcantarillado, por lo tanto, no se puede garantizar la eliminación adecuada de los desechos y aguas servidas, ya que no hay ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud, esto está afectando a la población en general. Al no contar con oportunidades productivas económicamente rentables y socialmente justas, promueve el abuso y la destrucción de los recursos naturales que lo rodean, a esto se suma la poca accesibilidad a los servicios básicos y la pobreza.

De acuerdo con los datos presentados por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), del último Censo de Población y Vivienda, realizado en el país, Facundo Vela presenta una base piramidal ancha, a expensas de los grupos de edad que se la ha dividido de menores de 1 años, 1 – 9 años, 10 – 14 años, 15 – 29 años, 30 – 49 años, 50 – 64 años y de 65 años o más.

Existe migración desde este cantón a diversos lugares de la provincia y el país. La tasa de crecimiento anual de la población de 1,0%. En el área rural del cantón se encuentra concentrada un 60% de la población de Facundo Vela. La población femenina alcanza el 51,08%, mientras que la masculina, el 48.91%.



Población - Dinámica demográfica	Habitantes ¹
Población (habitantes)	3608
Población - hombres	1765
Población - mujeres	1843
Población - menores a 1 año	86
Población - 1 a 9 años	808
Población - 10 a 14 años	506
Población - 15 a 29 años	500
Población - 30 a 49 años	745
Población - 50 a 64 años	629
Población - de 65 y más años	334

Fuente: Diagnostico situacional de la unidad 2014

a) Contexto Socio Cultural: Al ser un país multiétnico está determinado más por motivos culturales. El 86% de habitantes son indígenas los cuales se encuentran distribuidos en las diferentes comunidades y el 14% corresponden a la raza mestiza los cuales se encuentran en los recintos de la zona media, baja y centro parroquial.

En la población el nivel de analfabetismo en los habitantes es fluctuante, predominando en el sexo masculino. La migración externa es baja.

No se ha identificado población LGBTI, de manera individual, ni tampoco agrupada, ni asociada, que se expresa de manera libre. Tampoco se evidencias discriminación en el total de la población.

b) Estado de la Situación Social: La situación social de las comunidades de la Parroquia de Facundo Vela, incluyendo el sector urbano se presenta con:

Violencia: En un muy bajo índice en lo que va del año se han evidenciado 4 casos, se estima que existe en mayor incidencia no evidenciada, que aún no se denuncia; principalmente las causas de consulta son violencia Familiar..

Alcoholismo: Una alta incidencia de alcoholismo en la población un 30% es un bebedor social y únicamente un 2% es Alcohólico.

Drogadicción: No se han identificado casos de drogadicción dentro de la parroquia.

c) Características Económicas de la Población: Los habitantes de la comunidad tanto hombres como mujeres, aproximadamente en un 85% de la población económicamente activa son Cañicultores, se dedican a la elaboración de trago mediante el procesamiento de la caña de azúcar.El 15% restante de la población económicamente activa se dedica a la Agricultura, principalmente con la plantación del frejol.

d) Características del Perfil Educativo formal de la población: El analfabetismo en mujeres se presenta en 8,04%, mientras que en varones: 6,03%; la escolaridad primaria corresponde a un 56,66% de la población, la escolaridad secundaria a un 14.99% de la población y la escolaridad superior a un 3,84%.

e) Vivienda, Infraestructura Básica y Servicios: El último censo de población y vivienda realizado por el INEC en el país arroja que para la parroquia Facundo Vela, se presenta un déficit de servicios básicos del 80%, comprendido la eliminación de excretas conectado a la red pública de alcantarillado en un 66,67%, conectados a pozo séptico 26,67%, conectado a pozo ciego 6%, no poseen letrina, Energía Eléctrica en el 80,36% y teléfono convencional en el 9,64%. No cuentan con servicio de telefonía móvil ni internet.

Protección Social en la Población: Dentro de los planes y programas de ayuda que se manejan, contamos con el programa JJGL con 4 pacientes Discapacitados que reciben el bono JJGL mensualmente. Estos pacientes reciben talleres mensuales de temas diversos entre los cuales podemos mencionar, temas de nutrición, higiene personal, control de signos vitales, se

les realizan visitas domiciliarias y atención médica mensuales.

Los Adultos mayores cuentan con un Club de Adultos mayores mediante el cual programamos sesiones mensuales donde impartimos charlas de nutrición, salud e higiene y se les da atención médica y control de signos vitales.

Además durante cada sesión mensual se les toma la presión arterial para llevar un registro de cada adulto mayor.

f) Participación Social y articulación intersectorial:

El mapeo de actores desprende que existen los siguientes:

- 1 GAD parroquial Facundo Vela
- 2 Tenencia Política
- 3 Policía Nacional
- 4 Junta de Agua Facundo Vela
- 5 Instituciones Educativa
- 6 Fundación Allicausai
- 7 MIES
- 8 MAGAP

1.1.1.3. Servicios que presta la Unidad de Salud:

Centro de Salud Facundo Vela, cuenta con los servicios de Consulta Externa en Medicina General, además de Odontología con atención preventiva y curativa de acuerdo al primer nivel de atención.

El Servicio de vacunas es otro de sus servicios.

La farmacia está disponible durante la jornada laboral de ocho horas para el despacho de los diferentes insumos y medicinas.

La prestación de Servicios de Salud del centro de Salud Facundo Vela, corresponde a atención ambulatoria de Consulta Externa, intra y extramural, más las emergencias.

- 1 Atención Médica por ciclos de vida, de promoción, prevención y curación.
- 2 Atención Obstétrica de promoción, prevención y curación.

- 3 Atención odontológica por ciclos de vida, de promoción prevención, curación y rehabilitación.
- 4 Atención Intra y extramural
- 5 Emergencias
- 6 Consejería.

1.1.1.4. Datos estadísticos de cobertura de la Unidad de Salud:

Las enfermedades más frecuentes con:

A060 - DISENTERÍA AMEBIANA AGUDA	45
A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	875
I10X - HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	50
J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	975
J029 - FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	230
J039 - AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	140
J209 - BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	60
K297 - GASTRITIS NO ESPECIFICADA	45
L010 - IMPÉTIGO [CUALQUIER SITIO ANATÓMICO] [CUALQUIER ORGANISMO]	38
N390 - INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	59

Fuente: Diagnostico situacional de la unidad 2014

Con respecto a población vulnerable corresponde:

- Niños menores de cinco años: el principal problema en este grupo vulnerable es la malnutrición, debido a la mala alimentación en los hogares generado por las labores de la madre en el campo agrícola, teniendo sobrepeso y obesidad ya que se comenzó a implementar la alimentación complementaria principalmente y en un pequeño porcentaje desnutrición aproximadamente 2%.
- Mujeres embarazadas: Se presenta una cobertura de 90%, con una pobre captación en el primer trimestre de embarazo. De las embarazadas captadas, alrededor del 95% se encuentran en seguimiento con plan de comunicación y detección de signos de alarma para evitar mortalidad materna, se complementa con visitas domiciliarias.
- Mujeres en edad fértil: la implementación acuerdo ministerial 2490, ha permitido agilizar la entrega de anticonceptivos a las mujeres en edad fértil, dentro de la parroquia gran número de adolescentes acceden a anticoncepción correspondiendo a un 15%, del total

de mujeres en edad fértil, de las cuales un 45% de ellas perciben métodos anticonceptivos, muchas de ellas planifican con su propia decisión, con desconocimiento de su esposos.

- Embarazo en adolescentes: Se presentan en un porcentaje de 3,8%, se trabaja a través de grupos de adolescentes y familias fuertes, lo que ha disminuido la tendencia.

1.1.1.5. Características geofísicas de la Unidad de Salud:

El Centro de Salud Facundo Vela, es una institución del Ministerio de Salud Pública, que pertenece al Distrito de Salud O02D01.

CENTRO "FACUNDO VELA"	
Pertenencia	Es Propia. Pertenece al M.S.P
Metros de construcción	220mts2
Infraestructura	Mantenimiento y funcionamiento adecuado de cada área.
Tipo de construcción	Es de cemento armado. Una planta de construcción
Servicios básicos	Agua potable Luz eléctrica Telefonía fija Alcantarillado Recolección de basura
Distribución de áreas	2 consultorios médicos 2 consultorios de odontología Farmacia Estadística Área de promoción Sala de vacunas Sala de espera

Fuente: Diagnostico situacional de la unidad 2014

1.1.2 Centro de salud Talahua.

1.1.2.1 Aspecto geográfico del lugar:

Límites:

- Al Norte; Limita Rayopamba
- Al Sur: Ingapirca
- Al Este: Quialo
- Al Oeste;.Puñahua

La comunidad de Talahua, Parroquia Simiatug, Cantón Guaranda

- **Comunidades:**
- Candio,
- Santa teresa
- Ingapirca
- Silagato
- Puñahua,
- San francisco
- Quialo,
- Rayopamba

En la comunidad de Talahua existen varios atractivos turísticos de importancia que pueden ser gestionados y administrados por las empresas turísticas. Entre los atractivos más importantes tenemos: la quesera.

1.1.2.2. Dinámica poblacional:

a) **Características Socio Ambientales de la Población:** Es una población Económicamente activa la comunidad de Talahua, se dedican en su mayoría a actividades productivas, siendo su principal fuente de trabajo la agricultura y la ganadería, siendo en su mayoría al sembrío de fréjol, la elaboración de quesos

Los mayores tipos de amenaza en la comunidad de Talahua se relacionan con aspectos climáticos debido a su ubicación que se encuentra en la zona fría, < de 20 C la población por ende esté expuesta a la presencia de enfermedades como la gripe y la tos con mucha frecuencia y transmisibles y sobre los cuales la población tiene poco o ningún control, el abastecimiento de agua ya que por lo general no hay agua en la comunidad por ejemplo. Además, individualmente, no se puede garantizar la eliminación adecuada de los desechos y aguas servidas, ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud, que está afectando a la población en cualquier época del año, y al no contar con oportunidades productivas económicamente rentables y socialmente justas, promueve el abuso y la destrucción de los recursos naturales que lo rodean, a esto se suma la poca accesibilidad a los servicios básicos y la pobreza.

b) Características Demográficas de la Población: De acuerdo con los datos presentados por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), del último Censo de Población y Vivienda, presenta una base piramidal ancha, a expensas de los grupos de edad que se la ha dividido de menores de 1 años, 1 – 9 años, 10 – 14 años, 15 – 29 años, 30 – 49 años, 50 – 64 años y de 65 años o más.

Existe migración desde esta comunidad a diversos lugares de la provincia y el país. Como Tungurahua.

Población - Dinámica demográfica	Habitantes
Población (habitantes)	4.424
Población - hombres	2.164
Población – mujeres	2.260
Población - < de 1 año	104
Población – hombre	51
Población - mujeres	53
Población de 12 a 23 m	111

Población - hombres	54
Población -mujeres	57
Población de 1 a 4 años	333
Población - hombres	163
Población- mujeres	170
Población de 5 a 9 años	535
Población - hombres	262
Población- mujeres	273
Población 10 a 14 años	495
Población mujeres	242
Población – hombres	253
Población - 15 a 19 años	432
Población -. hombres	211
Población – mujeres	221
Población – 20 a 64 años	2005
Población – hombres	981
mujeres	1.024
Población -. 65 a y más	409
Población - hombres	200
Población – mujeres	209
Población – embarazadas	67
Población MEF 10 A 49 AÑOS	1.202
MEF 15 a – 49 años	960

Fuente: Diagnostico situacional de la unidad 2014

c) Contexto sociocultural

Al ser un país multiétnico está determinado más por motivos culturales. Existen en nuestra población, un bajo número de mestizos, siendo en su mayoría las etnias de indígenas en un 85 %.

La población es fluctuante entre las diferentes estaciones del año por la presencia de cosecha, el nivel de analfabetismo en los habitantes, predominando en el sexo masculino. La migración externa es baja.

La familia está constituida de acuerdo al entorno donde la inicia, establece los comportamientos básicos que han determinado la condición de salud de las personas, el riesgo que tiene de enfermar y las conductas a seguir con respecto a las enfermedades y donde se originan la cultura los valores y las normas sociales, siendo la familia el eje central para la supervivencia infantil, el crecimiento y desarrollo durante la niñez y la adolescencia y la práctica de hábitos de vida saludable en la juventud , la vida adulta y la tercera edad.

Se ha identificado población LGBTI, de manera individual, no agrupada ni asociada, que se expresa de manera libre, se evidencia gestos de discriminación en el común de la población.

d) Estado de la Situación Social: La situación social de las comunidades de Talahua.

Violencia: se estima que existe en mayor incidencia no evidenciada, que aún no se denuncia; principalmente las causas de consulta son familiar y las causas de denuncia en la Comisaría Nacional por el mismo aspecto.

La violencia de Género inclinando la balanza al sexo femenino, que implica la toma de decisiones incluso en la decisión en su propio cuerpo, pues muchas mujeres se arriesgan a acceder a servicios de salud sin el permiso de sus esposos.

Drogadicción: no Se han identificado casos de drogadicción, de manera formal, la población.

e) Características Económicas de la Población: El 80% de la población

económicamente activa son Agricultores y , el 10% de la población posee una formación de profesional con labores principalmente en instituciones públicas y financieras, el 10% restante Pequeños negocios como la quesera y micro producción, las mujeres principalmente son amas de casa y la población adolescente es estudiante.

f) Vivienda, Infraestructura Básica y Servicios: El último censo de población y vivienda realizado por el INEC en el país arroja que para la comunidad de Talahua se presenta un déficit de servicios básicos del 83%, no hay disponibilidad de alcantarillado de la población, eliminación de excretas a campo abierto en un 15% tiene letrinas, agua no tratada, Energía Eléctrica en el ,30 % y teléfono en el 0.1%, la conectividad es del 0,2%.

Estas son las principales causas de las determinantes de la Salud, aunque no está registrado en el último Censo en el año 2013, la población no dispone de un adecuado sistema de eliminación de excretas.

g) Protección Social en la Población: En la población beneficiaria en el Cantón se encuentran 20 personas con algún tipo de Discapacidad, de ellas 11 cobran el bono Joaquín Gallegos Lara, el 90% de la población con discapacidad se benefician del Bono de Desarrollo Humano.

El 30% de la población son afiliados al Seguro Social Campesino, el que se encuentra ubicado en el recinto El Congreso.

Los adultos mayores se encuentran asociados en la Asociación del Adulto Mayor del Cantón Echeandía, alrededor de 1200 personas vulnerables, reciben actividad de inserción social y evitar la dismovilidades en ellos a través de actividades nutricionales y recreativas.

En el Cantón se agrupa a los adolescentes en un club, en el que se ha formado líderes capacitados que transmiten las experiencias a su grupo vulnerable, a través de teatro, dramatizaciones y música.

Los casos de drogodependencia se tratan a través de referencias a los hospitales a través de la red pública.

h) Participación Social y articulación intersectorial:

El mapeo de actores desprende que existen los siguientes:

- 9 Liga Cantonal Deportiva.
- 10 Cooperativa de Agua Potable y Alcantarillado
- 11 Cuerpo de Bomberos
- 12 Gobierno Local del Cantón Echeandía.
- 13 Comisaría Nacional del cantón Echeandía,
- 14 Policía Nacional
- 15 Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia
- 16 Junta de Protección de Derechos
- 17 Asociación del Adulto Mayor
- 18 Instituciones Educativa
- 19 Jefatura Política del Cantón Echeandía
- 20 Dirección Distrital de Educación
- 21 Fiscalía Cantonal
- 22 Grupo de personas con discapacidad

En el cantón Echeandía, se encuentra en funcionamiento el Consejo Cantonal de Salud, sin embargo con los nuevos lineamiento de la conformación exclusiva de comités con sociedad civil, al momento la sectorización de 6 EAIS, se encuentran en la fase de abogacía, luego de la identificación realizada para la agrupación en Comités, la tarea es compleja por la dispersión comunitaria y la dependencia de la poblaciones de las instituciones públicas.

1.1.2.3 Servicios que presta la Unidad de Salud:

El Centro de Salud Talahua, cuenta con los servicios de Consulta Externa en Medicina General, además de Odontología con atención preventiva y curativa de acuerdo al primer nivel de atención. El Servicio de vacunas es otro de sus servicios.

Cartera de Servicios de la Unidad de Salud.



Fuente: Lineamientos del M.A.I.S. MSP (2014)

Prestaciones de salud.

1. PRACTICAS DE VIDA SALUDABLES	CONTENIDO
<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación progresiva y sistemática de la población a prácticas saludables • Desarrollo de estrategias para la construcción de espacios de diálogo sobre prácticas saludables 	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la actividad física/ejercicio físico Enseñando la práctica del ejercicio físico colectivo Creación de espacios recreativos, ejercicio físico y otros
	<ul style="list-style-type: none"> Actividades lúdicas y artísticas, juegos tradicionales y otros • Derechos (salud, diversidad, aceptación de la discapacidad) Promoviendo los derechos de las personas a los servicios de salud • Derechos sexuales y reproductivos, equidad de género, planificación familiar, métodos anticonceptivos, • Interculturalidad • Prácticas de higiene. • Salud mental: uso del tiempo libre, fomento de la autoestima • Alimentación saludable con énfasis en grupo prioritarios: lactancia materna exclusiva y continuada, mujeres embarazadas, preescolares, escolares, adolescentes, adulto mayor etc. • No al consumo de sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas • Campañas para fomentar auto identificación étnica

mercados, parques	Baterías sanitaria
	Agua segura
	Espacios recreativos
	Espacios verdes y jardines
	Huertos familiares, comunitarios, escolares, etc. de alimentos saludables ancestrales y de otros que demuestren poder terapéutico y nutricional según territorio.
	Riesgos ambientales y efectos en la salud
	Disposición adecuada de desechos sólidos, y líquidos,
PARTICIPACION SOCIAL	CONTENIDO
• Participación ciudadana en la toma de decisiones en salud	Identificación actores sociales
	Inventario de medios de comunicación locales.
	Conformación de Consejos locales de salud, según territorio
	Elaboración del diagnóstico local en salud
	Elaboración, implementación y evaluación del Plan Local de Salud
	Elaboración, implementación y evaluación del Plan Distrital de Salud
• Fomento del seguimiento y control social a la gestión de lo público	Elaboración, implementación y evaluación del Plan Zonal de Salud
	Rendición de Cuentas
	Libre acceso y Transparencia de la Información,
	Observatorios y Consulta Previa.
	Encuentros, cumbres, mítines, otros
	Vigilancia de los servicios de salud
• Participación en espacios de coordinación intersectorial	Veedurías
	Promover participación de todos los actores en los procesos de desarrollo integral del territorio y específicamente de Salud, a través de mesas intersectoriales conformadas por los diferentes ministerios desconcentrados y los GAD.
	• Promover la acción intersectorial para incidir en los determinantes de la salud y mejorar así las condiciones de salud de la población.

Fuente: Lineamientos del M.A.I.S. MSP (2014)

La prestación de Servicios de Salud del Centro de Salud Talahua, corresponde a atención ambulatoria de Consulta Externa, Intra y Extramural, más las emergencias.

- 7 Atención Médica por ciclos de vida, de promoción, prevención y curación.
- 8 Atención odontológica por ciclos de vida, de promoción prevención, curación y rehabilitación.
- 9 Atención Intra y extramural
- 10 Emergencias
- 11 Atención Pre hospitalaria
- 12 Consejería.

1.1.2.4 Datos estadísticos de cobertura de la Unidad de Salud:

Las enfermedades más frecuentes con:

Talahua	
Total general	
J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	72
N390 - INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	12
K021 - CARIES DE LA DENTINA	400
B829 - PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	52
N760 - VAGINITIS AGUDA	16
B829 - PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	102
J029 - FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	76
J039 - AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	200
N390 - INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	67
A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	165
K297 - GASTRITIS NO ESPECIFICADA	87

Fuente: Diagnostico situacional de la unidad 2014

Con respecto a población vulnerable corresponde:

- Niños memores de cinco años: la malnutrición presenta dos tendencias, correspondiendo a desnutrición al 8%, generado por el abandono en los hogares debido a las labores de la madre en el campo agrícola, el sobrepeso y obesidad se encuentra en aumento debido a la alimentación complementaria basado en carbohidratos.
- Mujeres embarazadas: Se presenta una cobertura de 90%, con una captación mayor en el primer trimestre de embarazo, corresponde al 70%, de las que en un 100% se encuentran en seguimiento con plan de comunicación y detección de signos de alarma para evitar mortalidad materna, se complementa con visitas domiciliarias.
- Mujeres en edad fértil: la implementación acuerdo ministerial 2490, ha permitido agilizar la entrega de anticonceptivos a las mujeres en edad fértil, un menor número de adolescentes acceden a anticoncepción correspondiendo a un 8%, del total de mujeres en edad fértil un 45% de ellas perciben métodos anticonceptivos, muchas de ellas planifican con su propia decisión, con desconocimiento de su esposos

- Embarazo en adolescentes: Se presentan en un porcentaje de 4,5%, se trabaja a través de grupos de adolescentes y familias fuertes, lo que ha disminuido la tendencia en 1%.

1.1.2.5 Características geofísicas de la Unidad de Salud:

El Centro de Salud Talahua, es una institución del Ministerio de Salud Pública, que pertenece al Distrito de Salud O02D01.

CENTRO "TALAHUA"	
Pertenencia	Es Propia. Pertenece al M.S.P
Metros de construcción	110mts2
Infraestructura	Mantenimiento y funcionamiento adecuado de cada área.
Tipo de construcción	Es de cemento armado. Una planta de construcción
Servicios básicos	Agua sin potabilizar Luz eléctrica
Distribución de áreas	2 consultorios médicos 1 consultorio de odontología 1 consultorio de procedimientos Estación de enfermería

Fuente: Diagnostico situacional de la unidad 2014

4.1.41.1.3 Misión de la unidad de salud:

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.

4.1.51.1.4 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 comunidad.

4.1.61.1.5 Organización administrativa de la unidad de salud:

La organización administrativa del Centro de Salud de Talahua, sigue parámetros establecidos por el Ministerio de Salud Pública que es su máximo organismo rector. Ocupa una categoría de Centro de Salud tipo "A" y está dirigido por el Jefe Distrital de manera parcial, la autoridad directa en el establecimiento es el Director de la Unidad que en este caso dicha responsabilidad es rotativa ya que la realiza el médico rural y cuando culmina su periodo el cargo es delegado al siguiente médico rural de acuerdo a antigüedad.

La parte financiera y de talento humano en la unidad operativa no existe como tal, ya que está gobernada directamente por estos departamentos distritales.

1.1.6. Políticas de la institución:

Alineado con los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, sobre todo con el (objetivo 3) que es Mejorar la calidad de vida de la población, el cual cuenta con las siguientes políticas:

- Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones de vida de las personas. Esto es cumplido en la unidad operativa puesto que han realizado cambios para ampliar el horario de atención y a la vez las actividades extramurales de prevención han sido manejadas como prioritarias.
- Garantizar la prestación universal de los servicios de atención integral de salud. Esto se cumple limitadamente por falta de talento humano y muchas veces de insumos y medicamentos que en algunas ocasiones deben ser adquiridos por los pacientes y usuarios.
- Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud. En esta política se debe trabajar mucho porque aún no se ha logrado combinar la interculturalidad y lo ancestral con lo médico y en la población es necesario puesto que existen de diversos grupos étnicos en la zona sobre todo los indígenas.

- Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas. Se ha alcanzado grandes logros en este punto con el apoyo desde el nivel central para este grupo poblacional.
- Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas. Esta en desarrollo pero ya se ha empezado con clubes que animan a tener prácticas saludables.
- Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población. Un punto que realmente se necesita empezar a trabajar para alcanzar logros.

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

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

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

1.2. Marco conceptual

1.2.1. Generalidades de salud pública.

Para hablar de nuestro Sistema de Salud, es necesario anclar términos de referencia que nos permitan acercarnos de mejor manera a esta propuesta.

La OMS, 1946, define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” siendo así se convierte en un derecho inalienable de todos los seres humanos. No solo desde el reduccionismo de conceptualizarla como ausencia de enfermedad, sino ampliando nuestra mirada e incluyendo otros aspectos que influyen en la misma, “nuestra comprensión de la salud global debe ensancharse, pues, desde un foco estrecho en las enfermedades y los servicios de salud hasta incluir los demás factores, pobreza, educación, capital social, acceso a agua limpia, dieta saludable, evitación de estrés innecesario, etc.” (Retos en Salud Pública: Derechos y deberes de los ciudadanos, Madrid 2011, p. 107.)

Al salud, al ser un derecho de todo ser humano, se convierte en pública, exequible a todos, sin embargo depende de una macro y micro estructura que la organicen y viabilicen su distribución, entendemos así a la salud pública como “el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad, promover la salud y extender la vida mediante los esfuerzos organizados de la sociedad” (Retos en Salud Pública: Derechos y deberes de los ciudadanos, Madrid 2011, p. 106)

Desde este paradigma se hace necesaria la creación de un Modelo de Atención que garantice este derecho, modelo que debe tener como base, los siguientes principios: De equidad y solidaridad, pertenencia, transparencia, preocupación, responsabilidad con las generaciones futuras, salud en todas las políticas, atención integral y evaluación (Retos en Salud Pública: Derechos y deberes de los ciudadanos, Madrid 2011 143.)

Para acceder a la salud pública, los usuarios de la misma tienen varios derechos y deberes que cumplir, lo que facilita, viabiliza y optimiza el servicio de salud y sobretodo busca el bienestar del ser humano.

Derechos de los ciudadanos en salud pública “información, participación, igualdad e intimidad, confidencialidad y respeto de la dignidad” (Retos en Salud Pública: Derechos y deberes de los ciudadanos, Madrid 2011, p. 151.)

Deberes de los ciudadanos en salud pública “deber de colaboración y cooperación con la administración pública, deber de comunicación, deber de responsabilizarían de uso adecuado de la información suministrada por las administraciones públicas competentes en materia de salud pública,”

Tanto los deberes como los derechos deben socializarse y facilitar la reflexión y comprensión que la salud es tema de todos, es decir involucra a los prestadores del servicio como a quienes los reciben.

1.2.2. Salud en nuestro país.

En Ecuador, desde hace algunos años atrás se han generados propuestas y políticas de Estado, a nivel de la salud, buscando con ellas la construcción de un mejor acceso a la misma, es así como en la Constitución del 2008, se señala 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, alimentación, nutrición, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En marzo del 2007, el presidente de la República, declara a la salud en estado de emergencia, por 10 meses, en los cuales “aprobó un financiamiento adicional de 255 millones de dólares para mejorar la infraestructura y el equipamiento de 1,861 centros de salud y 127 hospitales públicos y para contratar a 4,500 trabajadores adicionales”, otra propuesta frente a esta emergencia, es que los servicios de salud del Ministerio de Salud y los de la Seguridad Social serán integrados en un periodo de seis años y la atención será financiada enteramente con impuestos.” (Medicina Social. www.medicinasocial.info - 278 - volumen 4, número 4, diciembre de 2009 2007).

Con esta intervención se busca conceptualizar un nuevo modelo, llamado “integrado”, que “debe diferenciarse de los modelos biomédicos previos y concentrarse en la salud, en el desarrollo humano y en la calidad de vida. La promoción de la salud y las actividades de

prevención serán protagonistas, mientras que la atención curativa (discrecional) será una prioridad de segundo plano.” (Medicina Social. www.medicinasocial.info - 278 - volumen 4, número 4, diciembre de 2009 2007)

En cuanto al financiamiento de la salud, en la Constitución, en el artículo 366, encontramos lo siguiente "El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud."

El actual gobierno, creó el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, cuya función es “la de concertar políticas y acciones de los ministerios del área social, entre los que se encuentra el MSP. Uno de los objetivos es realizar un monitoreo regular de los programas prioritarios de dicha área mediante la definición de una línea de base y la evaluación de resultados en indicadores de cobertura, calidad y eficiencia. (Medicina Social. www.medicinasocial.info - 278 - volumen 4, número 4, diciembre de 2009 2007)

Mediante la creación de este Ministerio, se pretende dar seguimiento al trabajo que realiza el Ministerio de Salud, que sus acciones sean encaminadas al cumplimiento de sus objetivos, sobretodo al de brindar mayor cobertura de salud a los ecuatorianos y que esta sea optima y adecuada.

a) Financiamiento del sistema de salud.

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

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, M. 2012)

La Constitución en el artículo 366 estipula lo siguiente: "El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto

General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud."

El Seguro General Obligatorio (SGO) del IESS tiene tres fuentes de financiamiento: la aportación individual obligatoria de los afiliados, la aportación obligatoria de los empleadores públicos o privados y la contribución del Estado.

El ISSPOL se financia con un aporte de los miembros de la policía en servicio activo de 2.5% de su salario y un aporte del patrono (Estado) de 3 por ciento.

En el caso del ISSFA, los recursos provienen de los aportes de los militares en servicio activo (equivalente al 3.35% de su haber militar) y los aportes patronales que hace el Ministerio de Defensa.

1.2.3. Atención Sanitaria.

La atención sanitaria, entendida como "aquellos servicios prestados a individuos o comunidades por los agentes de los servicios de salud o profesionales con el propósito de promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud" (p.26).

Para que esta atención sea adecuada, en las propuestas de cambio en las que se halla inmerso el sistema de salud en nuestro país, se generan las propuestas de la creación de un nuevo modelo de atención de salud y la Red Pública Integral de Salud:

a) **Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. (MAIS-FCI)**

El MAIS-FCI, se sostiene en 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."

Tiene 4 componentes que son: Provisión de servicios • Organización • Gestión • Financiamiento.

Dentro de los lineamientos importantes que rigen este modelo, indica que el sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la enfermedad a nivel individual, 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.

“Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP, 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2014. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec>”

b) Red Pública Integral de Salud.

La Red Pública Integral de Salud (RPIS) es parte del Sistema Nacional de Salud y está 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.

Otro lineamiento del modelo...Organización territorial de la red pública integral de salud: Se estructuran en macro redes, redes zonales, micro redes distritales, mediante la articulación funcional requerida en los diferentes niveles de atención de la RPIS y con complementariedad con los proveedores de servicios de salud privados, conforme la nueva división territorial de la gestión gubernamental

Una red es la expresión y lenguaje de vínculos, posee un territorio o población determinada, una estructura funcional y/o administrativa semejante a un sistema abierto y los componentes se relacionan entre sí con diferentes mecanismos: horizontal, vertical, complementario y flexible a la realidad. Desarrolla o adopta la capacidad de coordinación, comunicación y gestión de la información y procedimientos, definiendo las características y funcionamientos generales y particulares de ellas, adaptadas a cada realidad territorial en el marco normativo establecido.

El Modelo de Gestión de la RPIS debe conducir a una mayor capacidad resolutive, a un aumento de la eficiencia y la eficacia, mediante el intercambio y la colaboración; implica capacitación (nivelación y actualización) continua de sus equipos técnicos y administrativos.

Misión de la RPIS.- La RPIS garantiza y ofrece atención integral, oportuna, eficiente y humanizada a cada uno de los usuarios del SNS, promoviendo la integración, la interculturalidad para generar impacto positivo en el acceso efectivo a prestaciones integrales y en la situación de salud de cada territorio, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, para lo cual se organiza en Macro Redes Zonales y Micro redes Distritales.

Visión de la RPIS.- Es una red que garantiza el derecho a la salud, el acceso efectivo a la atención integral e integrada, se convierte en un referente para toda la población ecuatoriana, pues dispone de talento humano comprometido, que ofrece sus servicios con calidad, equidad y en forma sostenible, con alto reconocimiento nacional e internacional.

Objetivo general de la RPIS.- Promover e implementar mecanismos para el acceso universal de la población a servicios de salud de calidad, equitativa, gratuita y eficiente optimizando la organización y gestión en red en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

1.2.4. Niveles de Atención de Salud.

Para que la atención en salud, sea óptima y eficaz, es necesaria ordenarla, es decir organizarla en niveles. Los niveles de atención son una forma 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). En nuestro país los establecimientos de servicios de salud se estructuran por el nivel de atención, siendo estos:

-Primer Nivel de Atención.- Aquí “se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes”. (Vignolio, 2011, p.10). es el primer acercamiento del ser humano al ser de salud, el más importante desde la comprensión que es aquí donde se debe enfatizar en la promoción y prevención evitando de tal la merma de la salud y vinculando a la familia y comunidad en el fortalecimiento de la misma.

-Segundo Nivel de Atención.- es el escalón de referencia inmediata del primer nivel contempla acciones de atención ambulatoria y de hospitalización.

-Tercer Nivel de Atención.- ofrecen servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, son punto de referencia nacional y tienen capacidad resolutive de alta complejidad con tecnología de punta.

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

1.2.5. Atención Primaria en Salud.

Se convierte en el primer contacto con los seres humanos que solicitan atención, ampliando el espectro a nivel familiar y comunitario, es decir la atención en salud es la que se acerca al lugar propio de desarrollo de la persona, su residencia, su lugar de trabajo o de educación.

“En un manifiesto de Medicina Social (www.medicinasocial.info) - 278 - volumen 4, número 4, diciembre de 2009 2007,17 la OPS describió el concepto de Atención Primaria en Salud: “el lugar para la atención en salud continua para la mayor parte de la gente, la mayor parte del tiempo...” y como “... la definición más estrecha... relacionada directamente a la disponibilidad de los médicos con especialización en práctica general o en medicina familiar...”(TEMAS Y DEBATES Reformas de gobiernos socialistas a las políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Primaria Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en salud HerlandTejerina Silva , Werner Soors, Pierre de Paepe, Edison Aguilar Santacruz, Marie-Christine Closon y Jean-Pierre Unger Medicina Social (www.medicinasocial.info) - 273 - volumen 4, número 4, diciembre de 2009)

Al hacer referencia la cobertura no solo a nivel individual sino colectivo, implica inversión de recursos de manera eficiente en pro de la salud de los seres humanos.

1.2.6. Gestión de los servicios de salud.

“El propósito principal de la provisión de los servicios sanitarios es aumentar, restablecer y mantener la salud o limitar las consecuencias de las enfermedades” (Economía de las salud. Madrid, 2011, p. 31) Es así como estos servicios debes utilizarse de manera eficaz y controlada.

Es necesario hablar de necesidad dentro del contexto de los servicios sanitarios, es decir estos se utilizan frente a la necesidad de búsqueda de un estado de salud deseado, esta necesidad es traducida a términos numéricos, lo que permite ser monitoreada.

Para comprender la gestión de los servicios de salud, se hace necesaria la conceptualización de varios ítems que forman parte del mismo:

- a) *Eficiencia, Eficacia.*- eficiencia, es el resultado conseguido, en relación a los recursos usados, mientras que la eficacia es la “probabilidad de que un individuo, en una población se beneficie de la aplicación de una tecnología sanitaria a la resolución de un problema de salud determinado, bajo condiciones ideales de intervención” (Economía de la salud. Madrid, 2011, p. 31).
- b) *Equidad.*- reconocimiento de la heterogeneidad de las características de los seres humanos.
- c) *Agentes económicos del sistema sanitario:* (Economía de la salud. Madrid, 2011, p. 31).

-consumidores

-productores

-profesionales

-Estado

1.2.7. Costos de la atención sanitaria.

Reconocer que las atenciones en salud generan un costo, es importante ya que eso permite gestionar de manera adecuada los servicios, y se convierte en una herramienta idónea para nuevas propuestas. Es menester entonces aclarar conceptualmente lo siguiente:

Costo.- “es el gasto económico que representa la producción de un bien o la prestación de un servicio”. (Pesantez, M. 2012, p.48).

Costos directos.- es el monto de los recursos que intervienen directamente con la producción u oferta de un servicio.

Costos indirectos.- monto que no se relaciona directamente con la producción de un servicio pero si es apoyo para la producción final

Costo fijo.- aquel que debo pagar, independientemente del volumen de producción.

Costo variable.- es aquel cuyo valor depende directamente del volumen de producción.

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, M. 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.

Si logramos conocer estos conceptos y manejarlos de manera adecuada, podemos tener una mirada real de la situación y buscar siempre brindar atención en salud óptima y oportuna.

1.2.8. Gestión productiva de la unidad de salud.

En la gestión productiva, “su premisa es tomar decisiones informadas que permitan optimizar la productividad y el uso racional de los recursos contribuyendo a mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud”. (Organización Panamericana de la Salud, 2010, p. 14).

La toma de decisiones es fundamental para quien gestione la salud, pero dichas decisiones deben estar fundamentadas en datos reales, concretos, que evite la divagación y el sesgo. Es ideal realizar un análisis de la producción con criterios de eficiencia y eficacia, de los recursos y costos que generan la prestación de servicios, esto permitirá una mejora continua de la capacidad productiva de los mismos.

Es de vital importancia además contar con herramientas de última tecnología informática, que faciliten llevar el control de los servicios y atenciones y de esta manera que la gestión sea organizada y generadora de nuevos retos.

1.2.9. Sistema de información gerencial en salud.

Con el sistema de información gerencial en salud se busca “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, 2011, p.14).

Este sistema facilita el ordenamiento permanente de los componentes de servicio como de atención, permite además tener un archivo confiable que permita realizar comparaciones y visualizar el camino de la gerencia en determinado centro.

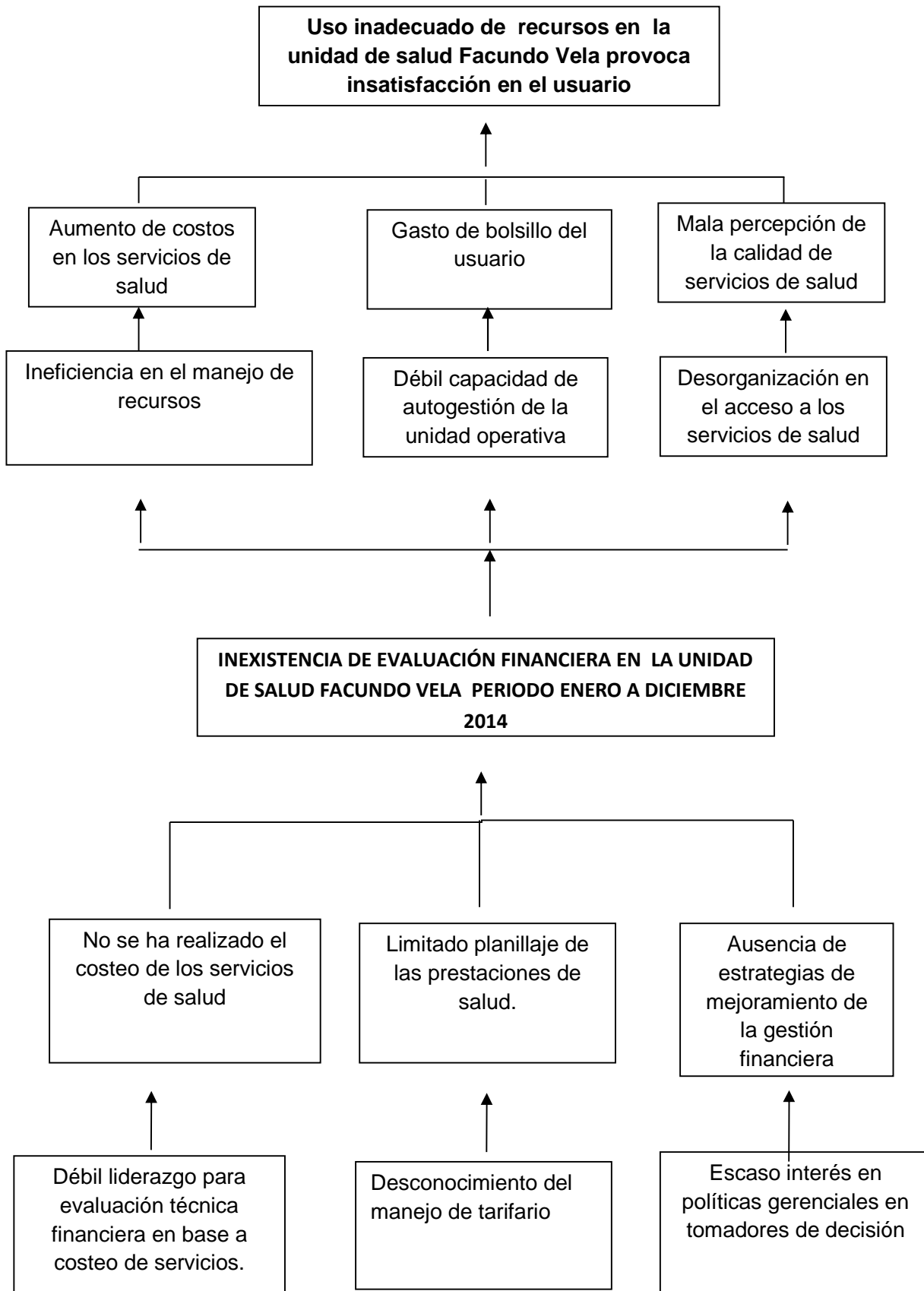
La toma de decisiones a nivel gerencial en salud, debe tener como eje un sistema de información en buenas condiciones y que genere confiabilidad.

CAPITULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

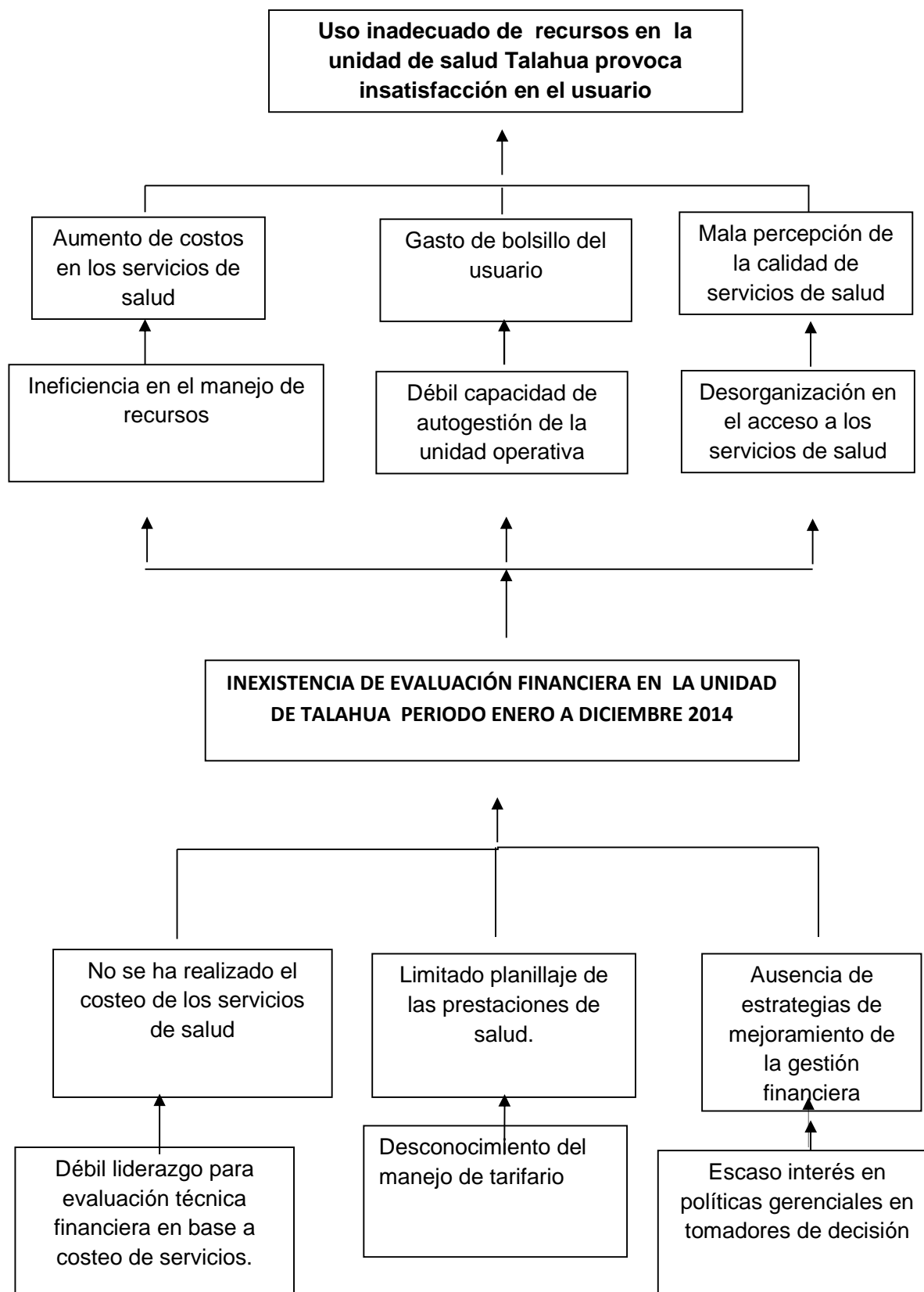
2.1 Matriz de involucrados

GRUPOS O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Director de la Unidad Médica	Contar con información y respaldos para la Evaluación Financiera y toma de decisiones	Dirigir y controlar la gestión de recursos financieros con eficiencia y eficacia. Recursos humanos. Recursos materiales	Inexistencia de evaluación financiera.
Unidad Financiera	Trabajar como equipo para poder obtener información y resultados reales del estado financiero.	Certificar e implementar una estructura de gestión de costos Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de evaluación financiera en la unidad Médico del MSP
Personal de la Unidad	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
Egresado de la Maestría	Proponer el plan para evaluación financiera del departamento médico del Ministerio de Finanzas	Contribuir a consolidar la estructura de análisis de gestión financiera en la unidad de salud. Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de coordinación interinstitucional y comunicación entre las áreas.

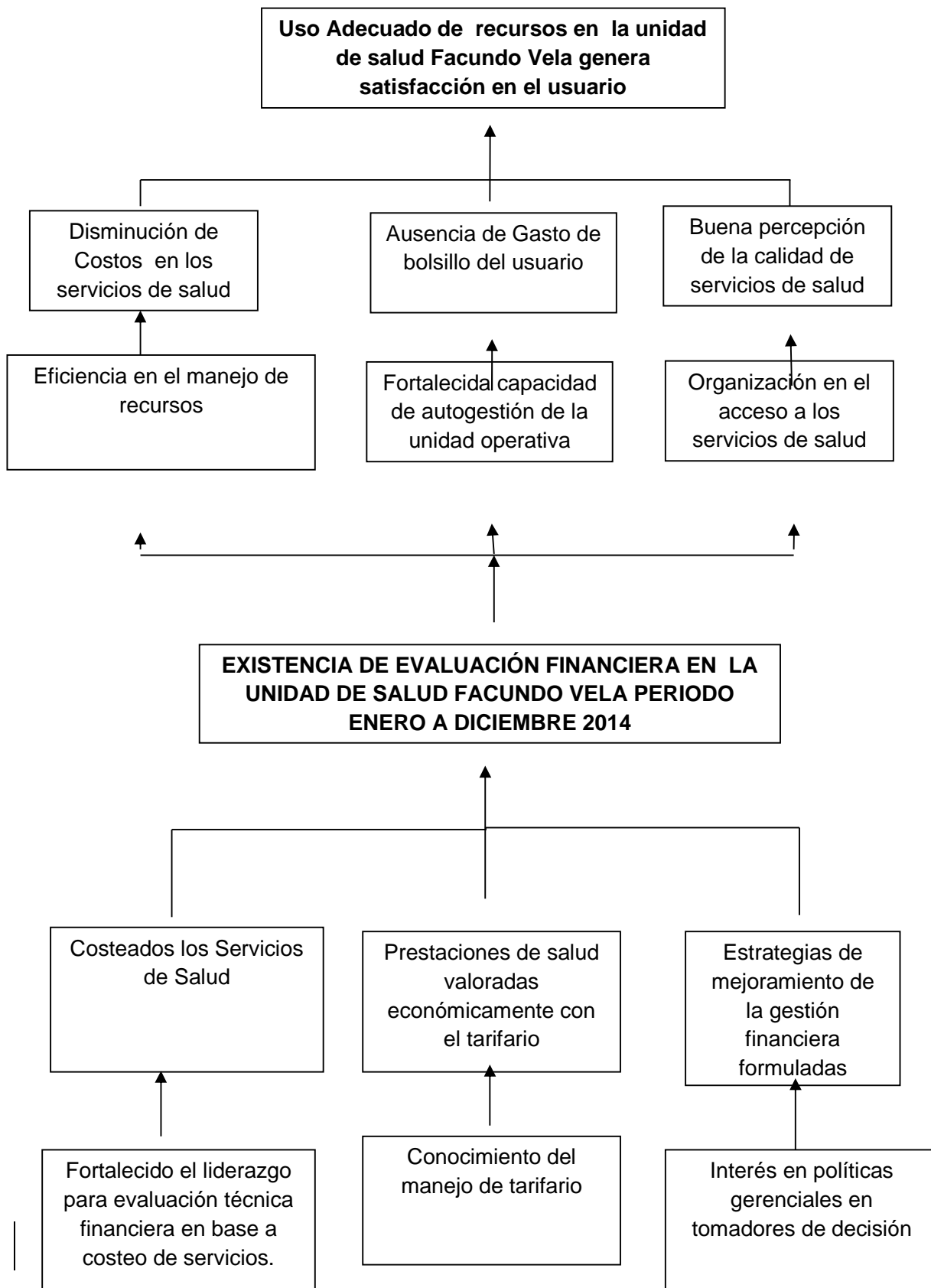
2.2 Árbol de problemas unidad Facundo Vela



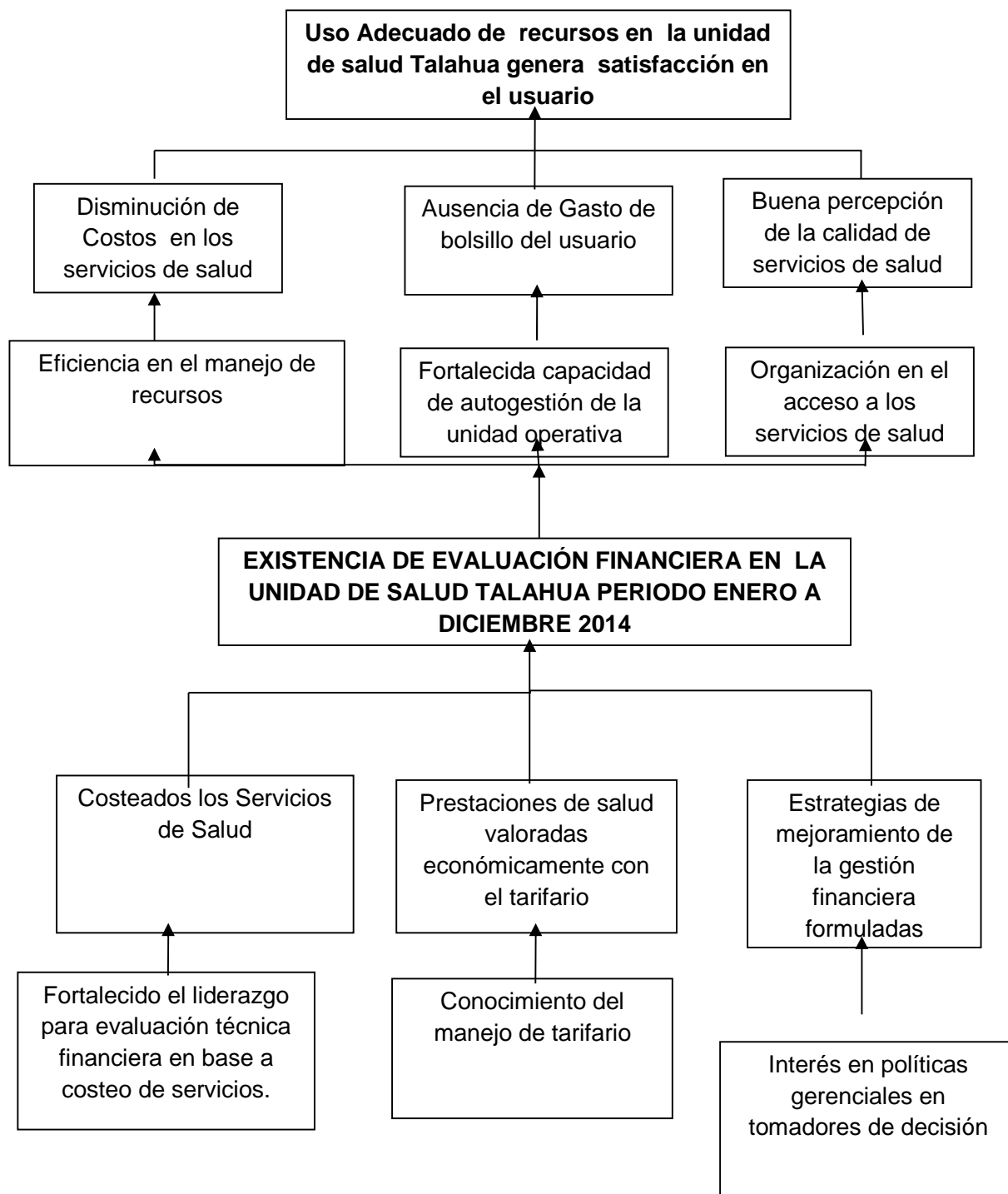
2.3 Árbol de problemas unidad Talahua



2.4 Árbol de objetivos, unidad Facundo Vela



2.5 Árbol de objetivos unidad Talahua



2.6. Matriz del marco lógico Facundo Vela

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Contribuir al uso adecuado de recursos en la unidad de salud Facundo Vela	Niveles de productividad de los servicios de salud.	Informe de producción de los servicios de salud.	Alto compromiso del nivel directivo para facilitar los recursos en la ejecución de las actividades.
PROPOSITO Evaluación financiera de la unidad de salud Facundo Vela ejecutada.	100% Evaluación financiera realizada.	Informe presentado de la evaluación financiera	Apoyo político, técnico para obtener información y realizar el estudio.
RESULTADOS ESPERADOS			
Servicios de salud costeados.	100 % de servicios de salud costeados a diciembre 2014	Informe de las prestaciones costeadas	Entrega de información necesaria y oportuna
Evaluaciones económicas de las prestaciones de salud de la unidad en base al tarifario del sistema nacional de salud.	100 % de evaluación económica de las prestaciones de salud a diciembre 2014	Informes financieros de prestaciones de servicios de salud de los centros de costos	Entrega de información requerida
Estrategias de mejoramiento de gestión financiera formuladas	3 estrategias de mejoramiento formuladas hasta julio del 2015	Informes de indicadores de gestión presentados	Apoyo de los directores de la unidad para su implementación
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO \$
RE 1. Servicios de Salud costeados.			

1.1.Socialización del Proyecto	Maestranteros UTPL, Tutores	Noviembre 2014 Marzo 2015	\$30
1.2.Taller de inducción al proceso de costos	Maestranteros UTPL, Tutores	Enero 2015	\$30
1.3Recolección de información.	Maestranteros UTPL,	Abril –Julio 2015	\$200
1.4Instalación de programa winsig para procesamiento de datos.	Maestranteros UTPL Directivos de la unidad	Septiembre 2015	\$40
1.4 Generación de resultados de costos	Maestranteros UTPL, Tutores	Septiembre 2015	
RE2. Evaluaciones económicas de las prestaciones de salud de la unidad en base al tarifario del sistema nacional de salud.			
2.1Socialización del manejo del tarifario del sistema nacional de salud.	Maestranteros UTPL,	Noviembre 2014 Marzo 2015	\$30
2.2. Recolección de información de producción del establecimiento de salud	Maestranteros UTPL, Tutores	Abril –Julio 2015	\$200
2.3.Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud actual	Maestranteros UTPL, Tutores	Septiembre 2015	10
RE3. Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera formuladas			
3.1.Calculo de punto de equilibrio	Maestranteros UTPL, Tutores	Septiembre 2015	10
3.2.Socialización de resultados	Maestranteros Directivos unidad de salud	Septiembre 2015	10
3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	Maestranteros Directivos unidad de salud	Septiembre 2015	10
3.4. Presentación de informe final a autoridades zonales.	Maestranteros Directivos unidad de salud	Septiembre 2015	10

2.7. Matriz del marco lógico Talahua

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Contribuir al uso adecuado de recursos en la unidad de salud Talahua	Niveles de productividad de los servicios de salud.	Informe de producción de los servicios de salud.	Alto compromiso del nivel directivo para facilitar los recursos en la ejecución de las actividades.
PROPOSITO Evaluación financiera de la unidad de salud Talahua ejecutada.	100% Evaluación financiera realizada.	Informe presentado de la evaluación financiera	Apoyo político, técnico para obtener información y realizar el estudio.
RESULTADOS ESPERADOS			
Servicios de salud costeados.	100 % de servicios de salud costeados a diciembre 2014	Informe de las prestaciones costeadas	Entrega de información necesaria y oportuna
Evaluaciones económicas de las prestaciones de salud de la unidad en base al tarifario del sistema nacional de salud.	100 % de evaluación económica de las prestaciones de salud a diciembre 2014	Informes financieros de prestaciones de servicios de salud de los centros de costos	Entrega de información requerida
Estrategias de mejoramiento de gestión financiera formuladas	3 estrategias de mejoramiento formuladas hasta julio del 2015	Informes de indicadores de gestión presentados	Apoyo de los directores de la unidad para su implementación
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO \$
RE 1. Servicios de Salud costeados.			
1.1.Socialización del Proyecto	Maestranes UTPL, Tutores	Noviembre 2014 Marzo 2015	\$30

1.2. Taller de inducción al proceso de costos	Maestranteros UTPL, Tutores	Enero 2015	\$30
1.3. Recolección de información.	Maestranteros UTPL,	Abril-Julio 2015	\$200
1.4. Instalación de programa winsig para procesamiento de datos.	Maestranteros UTPL Directivos de la unidad	Septiembre 2015	\$40
1.4. Generación de resultados de costos	Maestranteros UTPL, Tutores	Septiembre 2015	
RE2. Evaluaciones económicas de las prestaciones de salud de la unidad en base al tarifario del sistema nacional de salud.			
2.1. Socialización del manejo del tarifario del sistema nacional de salud.	Maestranteros UTPL,	Noviembre 2014 Marzo 2015	\$40
2.2. Recolección de información de producción del establecimiento de salud	Maestranteros UTPL, Tutores	Abril-Julio 2015	\$200
2.3. Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud actual	Maestranteros UTPL, Tutores	Septiembre 2015	10
RE3. Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera formuladas			
3.1. Cálculo de punto de equilibrio	Maestranteros UTPL, Tutores	Septiembre 2015	10
3.2. Socialización de resultados	Maestranteros Directivos unidad de salud	Septiembre 2015	10
3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	Maestranteros Directivos unidad de salud	Septiembre 2015	10
3.4. Presentación de informe final a autoridades zonales.	Maestranteros Directivos unidad de salud	Septiembre 2015	10

CAPITULO III
RESULTADOS.

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:

Actividad 1.1 Socialización del proyecto.

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

- Mediante quipux No. La viceministra de salud socializó con las coordinaciones zonales, la suscripción del convenio con la UTPL para el desarrollo del proyecto denominado Evaluación financiera de los establecimientos del primer nivel.
- Suscribimos con el MSP, la carta de confidencialidad para garantizar el buen uso de la información solicitada.
- Mediante quipux No. La Coordinación zonal, socializa con los Directores distritales el alcance del proyecto, y solicita el apoyo del personal de los distritos para el desarrollo del mismo.
- Con la carta y oficio de la viceministra, con fecha 24 de Diciembre 2014 y con el apoyo del tutor, mantuvimos una sesión de trabajo con la Dirección Distrital, a fin de explicar el proyecto, sus objetivos, alcances, resultados esperados, metas, despertando gran expectativa e interés a nivel directivo por el impacto del mismo y fundamentalmente por:
 - o Conocer una metodología de costeo de servicios de salud.
 - o La posibilidad de conocer el costo de los servicios de su distrito.
 - o Evaluar el uso de los recursos de las unidades de primer nivel a su cargo
 - o Tener un acercamiento con el Tarifario del Sistema Nacional de Salud.
 - o Impulsar el proceso de recuperación de costos de servicios brindados en el primer nivel.
 - o Conocer un modelo financiero que incentive la eficiencia.
 - o Evaluar la gestión frente a las demandas impuestas en el Modelo Integral de Salud MAIS.
 - o Evaluar la oferta y demanda de los servicios de primer nivel dentro de su competencia.
 - o Propuestas de mejoramiento de la gestión.

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.

Actividad 1.2 Taller de inducción al proceso de costos.

- Con el apoyo del Director de Provisión de servicios de salud, Director de calidad, Analista responsable del primer nivel de atención de la zona y apoyo técnico de especialista en costos, se mantuvo en la ciudad de Guaranda con fecha 20 de abril 2015, sesiones de trabajo con el personal operativo responsable de Talento Humano, Financiero, Estadística del Distrito O02D01, responsables administrativo de la gestión de las unidades médicas intervenidas.
- Se socializó en ellos la metodología de costeo, con énfasis en los siguientes componentes:
 - o Conceptualización general de la economía de la salud, su importancia, alcance.
 - o Beneficios de contar con costos de los servicios médicos
 - o Conceptos generales de costos, gasto, costo fijo, costo variable, costo directo, costos indirectos.
 - o Características de los centros de costos o centros de gestión.
 - o Explicación amplia de los componentes de costos
 - o Importancia de un sistema de información adecuado
 - o 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.
 - o Se suscribieron compromisos de entrega de información en los plazos previstos

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

a) Mano de obra:

Se recolectaron los datos, en base al siguiente lineamiento:

“Remuneraciones.- Este rubro vamos a utilizar para calcular el gasto de la mano de obra del personal de planta y contratos. Este valor estará compuesto además de la remuneración o salario mensual unificado otros rubros tales como el aporte patronal, fondos de reserva, horas extras, subsidios de antigüedad y familiar, etc; además se incluirá la parte proporcional 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, mensualizandolo 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.

b) 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.

c) 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.

d) 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.

e) Datos de producción

Podríamos indicar que se cumplió con el 100% de lo que indicaba la actividad, teniendo en cuenta las inconsistencias en cuanto a que la información recogida no está completa, ya que no se contaba con un registro digital ni físico adecuado. Pudiendo deberse esto a la falta de un sistema informático adecuado que permita obtener los resultados que esta investigación aspira. Pese a este y otros inconvenientes, podemos resaltar que el 85% aproximadamente del total de costos está en la mano de obra.

Entre otras limitaciones que encontramos podemos resaltar las siguientes:

-Falta de conocimiento y motivación por parte del personal de cada centro sobre el proyecto y la importancia del mismo.

-Falta de información real en las unidades e información incompleta en los distritos, lo que puso en evidencia el inadecuado sistema de información que se maneja.

Actividad 1.4 Generación de resultados de costos.

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

Se validó la información y se ingresaron los datos al programa winsig, herramienta desarrollada por la OPS, para la obtención de los datos relacionados con los costos de los servicios, para el efecto se contó con el apoyo de profesional informático para la instalación del programa como para la parametrización del mismo en función de la realidad de la 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 REDDACA, 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 de las unidades Facundo Vela y Talahua, durante el ejercicio económico 2014, se concluyen los siguientes resultados:

1.- Costo de atención

Costo total anual	Número de atenciones	Costo promedio por atención	UNIDAD
191.930,47	10678	16.72	FACUNDO VELA
174.644,97	4236	36.44	TALAHUA

Análisis:

-La unidad Facundo Vela, al ser más grande en cuanto a espacio físico, estar ubicada en el centro de sector y tener más personal de servicio, tenemos que sus atenciones son mayores, lo que hace que el costo de cada atención sea menor.

-En la unidad Talahua, la situación es diferente, aquí la atención es menor y el costo de la misma crece, podría considerarse el sector y el paradigma de salud que tienen sus habitantes, ya que muchos acuden a atención alternativa-natural.

2.- Costo por población asignada

Costo total anual	Población asignada	Costo per cápita	UNIDAD
191.930,47	5171	34,53	FACUNDO VELA
174.644,97	5292	29,17	TALAHUA

Análisis: De acuerdo a este cuadro se puede evidenciar que el costo per cápita está en la unidad de facundo Vela de 34,53 y en la de unidad de Talahua en 29,17.

3.- Costo de servicios

3.1. Componentes del costo de servicios

4.- Costos directos.

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

Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo	UNIDAD
CONSULTA EXTERNA	134.744.52	103.027.20	57.70	FACUNDO VELA
VISITA DOMICILIARIA	9.658.80	8.779.80	4.92	
ODONTOLOGIA	28.378.75	25.796.13	14.45	
PROMOCION EN SALUD	3.506.03	3.186.96	1.78	
FARMACIA	3.575.99	3.250.56	1.82	
VACUNAS	9.367.58	8.515.08	4.77	
PROCEDIMIENTO	10.601.78	9.636.96	5.40	
TRANSPORTE	118.81	108.00	0.06	
ADMINISTRACION	16.248.98	16.248.98	9.10	
CONSULTA EXTERNA	114.828.88	83.386.85	54.02	
VISITA DOMICILIARIA	13.037.35	11.278.47	7.30	
ODONTOLOGIA	14.970.99	12.951.24	8.39	
PROMOCION EN SALUD	8.657.14	7.489.20	4.85	
VACUNAS	11.736.39	10.153.02	6.58	
PROCEDIMIENTO	9.576.82	8.284.80	5.37	
ADMINISTRACION	20.826.17	20.826.17	13.49	

Análisis: De acuerdo a este cuadro se puede evidenciar que el mayor porcentaje del costo directo está en la consulta externa tanto en la unidad de Facundo Vela como en la de Talahua.

5.- Costos indirectos

Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo indirecto	UNIDAD
CONSULTA EXTERNA	134.744.52	31.717.32	75.47	FACUNDO VELA
VISITA DOMICILIARIA	9.658.80	879.00	5.41	
ODONTOLOGIA	28.378.75	2.582.62	15.89	
PROMOCION EN SALUD	3.506.03	319.07	1.96	
CONSULTA EXTERNA	114.828,88	31.442,03	74.39	TALAHUA
VISITA DOMICILIARIA	13.037,35	1.758,88	8.45	
ODONTOLOGIA	14.970,99	2.019,75	9.70	
PROMOCION EN SALUD	8.657,14	1.167,94	5.61	

Análisis: De acuerdo a este cuadro se puede evidenciar que el mayor porcentaje del costo indirecto está en la consulta externa que representan alrededor del 75% tanto en la unidad de Facundo Vela como en la de Talahua.

6.- Costos netos

Servicio	Costo integral	Costo por servicio	Costo neto	UNIDAD
Consulta Externa	134.744,52	16.72	16.22	FACUNDO VELA
Consulta Externa	11.428,88	36.44	36.14	TALAHUA

Análisis: De acuerdo a este cuadro se puede evidenciar que el mayor porcentaje del costo directo está en la consulta externa tanto en la unidad de facundo Vela como en la de Talahua.

7.- Costos fijos

Concepto	Valor	% con respecto a costo total.	UNIDAD
Remuneraciones	155.451,47	89%	FACUNDO
Servicios básicos	532,49	1%	
Depreciación	1.012,60	1%	
Administración	16.248,97	9%	
	173.245,53	100%	
Remuneraciones	146.717,40	86%	TALAHUA
Servicios básicos	206,32	1%	
Depreciación	596,32	1%	
Administración	20.826,17	12%	
TOTAL	168.346,21	100%	

Análisis: De acuerdo a este cuadro se puede evidenciar que el mayor porcentaje del costo fijo está dado en remuneraciones tanto en la unidad de Facundo Vela como en la de Talahua

8.- Costos variables.

Concepto	Valor	% con respecto a costo total.	UNIDADES
Medicinas	9.035,36	48%	FACUNDO VELA
Insumos Médicos	8.428,80	45%	
Mat. Odontológico	1.221,78	7%	
	18.684,94	100%	
Medicinas	3.872,14	61%	TALAHUA
Insumos Médicos	2.203,75	34%	
Mat. Odontológico	222,87	5%	
	6.298,76	100%	

Análisis: De acuerdo a este cuadro se puede evidenciar que el mayor porcentaje del costo variable corresponde a medicinas e insumos tanto en la unidad de facundo Vela como en la de Talahua

Análisis del indicador del resultado I.

Indicador: 100% evaluación financiera realizada.- Sé logró conseguir los datos requeridos para la evaluación, sin embargo hubieron muchas carencias de los mismo, ausencias importantes de registros.

En la unidad Facundo Vela, se logró conseguir aproximadamente 80% de información idónea, mientras que en Talahua el porcentaje fue de 50%.

Resultado 2.- Evaluaciones económicas de las prestaciones de salud de la unidad en base al tarifario del sistema nacional de salud.

Actividad 2.1 Socialización de tarifario del sistema nacional de salud.

Con el apoyo de las autoridades de la Coordinación Zonal, 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 20 de Abril 2015 en la ciudad de Bolívar, fecha en la que realice mi primer acercamiento al distrito, sin embargo esta actividad no se realizó 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 básicas del manejo de tarifario del sistema nacional de salud

El tarifario de honorarios médicos en unidades de primer nivel

Tarifario de servicios institucionales.

Tarifario de visitas domiciliarias

Tarifario de acciones de prevención y promoción de la salud

Tarifario de monitoreo

Hotelería hospitalaria

Laboratorio

Imagen

Rehabilitación y medicina física

Ambulancia

3.- Ejercicios prácticos.

Tutores: Personal técnico especializado en el uso del Tarifario del Sistema Nacional de Salud de la coordinación zonal 3.

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 3 y los responsables del proceso financiero.

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, procedimos a procesar la información de la producción, teniendo al REDACCA como fuente de información. Utilizando filtros y tablas dinámicas, fue posible obtener los siguientes datos:

a) Honorarios médicos

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

b) Acciones de promoción y prevención

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

c) Servicios institucionales

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

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

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

Resultado de la actividad.

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, recalcando que la información entregada no es lo suficientemente completa ni se encuentra con la especificidad que el proyecto demanda, existe mucha incoherencia en los datos, no se dispone de un sistema de información técnicamente diseñado y orientado a obtener resultados como los que pretendemos alcanzar, sin embargo reconocemos que es muy orientador, ya que RDACAA contiene toda la producción de las atenciones, sin embargo es importante puntualizar que existe serias deficiencias en su registro.

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

Actividad 2.3 Valoración de las prestaciones según el tarifario del sistema nacional de salud.

Utilizando la metodología señalada en la actividad 2.2, se obtuvieron los valores del planillaje de cada servicio, siendo los siguientes los resultados obtenidos:

Resumen de planillaje anual de prestaciones de salud año 2014:

Nombre de la unidad: Facundo Vela

Prestaciones	Valor planillado anual	% de participación.
Consultas de morbilidad	41.814	41,08%
Promoción de la salud	253,08	0,25%
Visita domiciliaria	307,57	0,30%
Odontología	57000,77	56,01%
Procedimientos	2401,72	2,36%
Total	101.777,14	100,00%

La unidad de Facundo Vela planilla anualmente 101.777,14 USD, correspondiendo al mayor valor de facturación el servicio de odontología, que representa el 56, 01%.

Nombre de la unidad: Talahua

Prestaciones	Valor planillado anual	% de participación.
Consultas de morbilidad	13149	38,10%
Promoción de la salud	310,99	0,90%
Visita domiciliaria	828,97	2,40%
Odontología	19739,23	57,20%

Procedimientos	474.91	1,40%
Total	34028,19	100,00%

La unidad de Talahua planilla anualmente 34.028,19 USD, correspondiendo al mayor valor de facturación el servicio de odontología, que representa el 57,20 %.

Análisis del indicador del resultado II.

Con los datos recolectados, aclarando que no fueron fáciles de acceder, podríamos afirmar que se realizó un 100% de lo planificado, pero se debe recalcar que hubo mucha falta de información.

Resultado 3.- Estrategias de mejoramiento

Actividad 3.1 Cálculo del punto de equilibrio.

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

$$PE_{USD} = \frac{CF}{1 - \frac{CV}{VI}}$$

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

Donde:

PE = Punto de Equilibrio

CF = Costos Fijos

CV = Costos Variables

VT = Ventas Totales – Facturación

Resumen de punto de equilibrio de unidades intervenidas

	FACUNDO VELA	TALAHUA
Costos fijos	173.245.53	168.346.21
Costos variables	18.684.94	6.298.76
TOTAL COSTOS	191.930,47	174.644,97
Valoración de ingresos según facturación	101.777.14	34.028.19

	FACUNDO VELA
PE USD	212.205,59
PE %	53,03

Análisis: La unidad de Facundo Vela para poder alcanzar el punto de equilibrio debe producir 212.205,59 USD, ya que solo con lo que factura solo recupera el 53% del valor total del costo.

	TALAHUA
PE USD	205.942,28
PE %	19,76

Análisis: La unidad de Talahua para poder alcanzar el punto de equilibrio debe producir 205.942,28 USD, ya que con lo que factura solo recupera el 19.76% del valor total del costo.

Actividad 3.2 Socialización de resultados.

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

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

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

Actividad 3.3 Diseño de estrategias de mejoramiento.

Visualizando las dificultades encontradas en esta investigación, entre las que encontramos, falta de organización y archivo de datos, deficiente evaluación objetiva de los servicios y atenciones prestadas, proponemos a consideración las siguientes estrategias:

a) Implementar un sistema de monitoreo de la atención médica

- La producción de las unidades médicas, por médico
- La atención médica brindada por sexo, edad y pertenencia étnica.
- Consideraciones de atención intercultural
- Atención médica por tipo de profesionales
- Atención médica por tipo de afiliación
- Atención médica por tipo de consulta: Prevención y morbilidad
- Atención médica por tipo de consultas: Primeras, subsecuentes
- Promedio de atención por médico
- Frecuencia de uso de consultas
- Atención médica según lugar de atención

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

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

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

Para el monitoreo del componente de gestión, relacionado con los productos que debe generar las unidades del primer nivel se ha preparado la siguiente matriz, misma que recoge los elementos más importantes 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

MONITOREO DE LOS PRODUCTOS DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL

COMPONENTES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
ORGANIZACIÓN COMUNITARIA					
Comités de salud local funcionando, con eje vinculador, interculturalidad.					
COMITES DE USUARIOS O GRUPOS ORGANIZADOS Y FUNCIONANDO					
Grupos de adultos mayores					
Grupos de enfermedades crónica					
Grupos juveniles					
Grupos de personas con discapacidad					

Otros especifique HTA y madres adolescentes					
Grupo de artesanos/as					
DIAGNOSTICOS SITUACIONAL INICIAL UTILIZANDO IAP					
DIAGNOSTICOS DINAMICOS					
SALA SITUACIONAL IMPLEMENTADA Y ACTUALIZADA					
PLANES DE SALUD LOCAL FORMULADOS DE ACUERDO A NORMATIVA Y HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN ESTABLECIDAS POR EL MSP					
COMPROMISOS DE GESTIÓN					
GRUPOS Y ESPACIOS DE REFLEXION CONTINUA DE TEMÁTICAS COYUNTURALES O PROPUESTAS BAJO CALENDARIO					
ACCIONES DE SALUD MONITOREADAS Y EVALUADAS					

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

Considerando que más del 85% del costo de los servicios de salud son imputables al talento humano, se diseñó una matriz que permita evaluar la producción, productividad y rendimiento del talento humano, de manera específica del personal profesional, por constituir este el motor del sistema.

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

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

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

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA												
NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA BASHALAN- GULALAC-TZALARON												
COMPONENTE: EVALUACION DE PRODUCCION, PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL MEDICO												
NOMBRE DEL MEDICO: ELSA MARIBEL TUQUINGA PEREZ												
PERIODO DE EVALUACION: ENERO-JUNIO 2014												
MES	Número de consultas en establecimiento	Número de consultas en centros educativos y otros centros	Número de consultas en comunidad	Número de visitas domiciliarias	Número de eventos de promoción	Número de procedimientos médicos	Número de días dedicadas a acciones administrativas	Número de horas destinadas a capacitación	Número de días contratados al mes	Número de horas contratadas al mes	Total días laborados	
Enero	213	17	50			3			21	16E	18	
Febrero									0	C		
Marzo									0	C		
Total	213	17	50	0	0	3	0	0	21	16E	18	
COMPORTAMIENTO DE HORAS LABORADAS Y CONTRATADAS												
MES	Horas laboradas en establecimiento	Horas laboradas en centros	Horas laboradas en comunidad	Horas laboradas en visita	Horas laboradas en eventos de	Horas laboradas en procedimientos	Horas laboradas en capacitación	Horas laboradas en asuntos administrativos	Total horas laboradas	Horas ausentismo (vacaciones)	Total horas justificadas	Productividad
Enero	71	5,636666367	16,37	0,00		0,75			94,08	24,00	118,08	70,29
Febrero	0	0	0,00	0,00		0			0,00	0,00	0,00	#DIV/0
Marzo	0	0	0,00	0,00		0			0,00	0,00	0,00	#DIV/0
Total	71	5,636666367	16,37	0,00	0	0,75	0	0	94,08333333	24	118,08333333	70,29
Director Distrital												Responsable de estadística

Actividad 3.2.Cálculo de indicadores de monitoreo y evaluación.

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

1.- INDICADORES DE ESTRUCTURA

INDICADORES DE DISPONIBILIDAD

INDICADOR	FORMULA	QUE MIDE	FACUNDO VELA	TALAHUA
Razón horas médico contratadas al año x habitante	No horas médico contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas médico por habitante		
Razón horas odontólogo contratadas al año x habitante	No horas odontólogo contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas odontólogo por habitante		
Razón horas enfermera contratadas al año x habitante	No horas enfermera contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas enfermera por habitante		

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

% de cumplimiento de citas	Citas asignadas/total de consultas	Acceso a servicios de salud	NO SE CUENTA CON LA INFORMACION	NO SE CUENTA CON LA INFORMACION	NO SE CUENTA CON LA INFORMACION	NO SE CUENTA CON LA INFORMACION
% de referencias solicitadas por la unidad	Número de referencias médicas solicitadas a nivel superior/total de atenciones médicas	Capacidad resolutive de la unidad				

2.- INDICADORES DE PROCESO

INDICADORES DE EXTENSIÓN DE USO

% de consulta en menores de 28 días	Total de consultas a menores de 28 días/total de consultas	Uso de servicios de consulta en neonatos				
% de consultas entre 29 días a 11 meses	Total de consultas de 29 días a 11 meses/total de consultas	Uso de servicios de consulta en lactantes				
% de consultas de 1 a 4 años	Total de consultas a menores de 1 a 4 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en niños de 1 a 4 años				

% de consultas de 5 a 9 años	Total de consultas a menores de 5 a 9 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en escolares					
% de consultas de 10 a 19 años	Total de consultas a menores de 10 a 19 años/total de consultas	Uso de servicios de consulta en adolescentes					
% de consultas de 20 a 64 años	Total de consultas a personas de 20 a 64 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos					
% de consultas de mayores de 65 años	Total de consultas a pacientes mayores a 65 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos mayores					
% de atención a mujeres	Total de consultas a mujeres/total de consultas	Uso de servicios de consulta en mujeres					
% de atención a hombres	Total de consultas a hombres /total de consultas	Uso de servicios de consulta en hombres					
% Consultas de prevención	Total de consultas de prevención /total de consultas	Comportamiento de consultas de prevención					
% Consultas de recuperación	Total de consultas de morbilidad /total de consultas	Comportamiento de consultas de recuperación					
% consultas primeras	Total de consultas primeras/total de consultas	Comportamiento de consultas primeras					
% Consultas subsecuentes	Total de consultas a subsecuentes /total de consultas	Comportamiento de consultas subsecuentes					
% consultas en establecimiento	Total de consultas brindadas en establecimiento /total de consultas	Cobertura de atención en establecimiento					

% consultas en comunidad	Total de consultas brindadas en comunidad /total de consultas	Cobertura de atención en comunidad					
% visitas domiciliarias	Total de consultas brindadas en domicilio /total de consultas	Cobertura de atención en domicilio					
% de consultas en otros centros	Total de consultas brindadas en otros centros /total de consultas	Cobertura de atención en centros					
% de atenciones brindadas por médicos: generales, especialistas, rurales	Total de consultas a brindadas por médicos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por médico					
% de atenciones brindadas por odontólogo	Total de consultas a brindadas por odontólogos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por odontólogo					

INDICADORES DE INTENSIDAD DE USO

Concentración de consultas	Total de consultas/total primeras consultas	Veces que un paciente acudió a la unidad por la misma enfermedad, intensidad de uso de la consulta semestral					
Frecuencia de uso en consulta	Número de atenciones/total de pacientes atendidos	Número de veces que el paciente recibe atención durante el					

		semestre					
Frecuencia de uso de consulta 1 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 1 vez en el semestre					
Frecuencia de uso de consulta 2 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 2 vez en el semestre					
Frecuencia de uso de consulta 3 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 3 vez en el semestre					
Frecuencia de uso de consulta 4 y mas	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 4 y mas vez en el semestre					
Promedio de recetas en consulta	Total recetas despachada en consulta / No consultas	No. recetas recibidas por cada consulta					
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO							
% cumplimiento de horas contratadas en consulta	Horas laboradas en consulta/horas contratadas para consulta	Rendimiento de tiempo de consulta					
Productividad en consulta	No consultas / horas contratadas para consulta	Productividad de consulta por hora contratada					
Productividad en consulta por hora	No consultas/horas laboradas en consulta	Productividad de consulta por					

laborada		hora laborada					
Promedio diario de Consultas	(No. consultas realizadas/total días laborados en consulta)	No. de consultas realizadas por día en la unidad					
Productividad en consulta odontológica por hora	No consultas odontológicas/ horas contratadas para consulta odontológicas	Productividad de consulta odontológica por hora contratada					
Rendimiento hora odontólogo	Total pacientes atendidos/total horas laboradas	No. atenciones por hora odontólogo					
3.- INDICADORES DE RESULTADOS							
INDICADORES DE EFICIENCIA							
Costo por atención	Gasto total/total de atenciones	Establece costo por atención en la unidad					
Costo Consulta	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica					
Costo atención Odontológica	Gastos en Odontología / No pacientes atendidos	Establece costo por atención odontológica					
Costo de visita domiciliaria	Gastos vista domiciliaria /No. De visitas	Establece costo por atención domiciliaria					
Costo de eventos de promoción	Gastos en eventos de promoción /No. de eventos realizados	Establece costo por evento de promoción					

Actividad 3.4 . 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.

Actividad 3.5. Análisis con autoridades distritales:

ANALISIS DEL INDICADOR DEL RESULTADO III.- Entrega de estrategias formuladas, apegadas a la realidad de las dos unidades, estrategias compuestas por 3 indicadores que al desglosarse en actividades nos permiten evidenciar y conocer la gestión que se está llevando en cada centro. Importante es definir un tiempo cada determinado número de meses donde se realicen pequeñas evaluaciones y monitoreo de proceso.

ANALISIS DEL INDICADOR DEL Propósito.- Tomando el cuenta toda la información recogida en los dos centros, podemos afirmar que se realizó en su totalidad la evaluación financiera esperada, recalcando que los datos recogidos no eran totalmente fiables por falta de sistema de archivo físico y digital.

ANALISIS DEL INDICADOR DEL Fin.- El nivel de productividad de las unidad de salud analizadas, estaría en el Medio, es decir fluctúa entre 60 y 80%, frente al desconocimiento por parte de los prestadores de servicios, de todo aquello que implica ser parte del sector salud, al igual de aquellos quienes los reciben, frente a la falta de importancia de este proyecto, podemos dar cuenta que todas las atenciones y servicios prestados en el año 2014, han sido llevadas sin tener como eje transversal la productividad y obviamente la salud no ha cumplido con su objetivo central de ser un derecho de todos, pero un derecho optimo, eficaz y equitativo.

CONCLUSIONES

1. Mediante el uso de matrices gerenciales, se ha recogido y validado datos en el proceso de costos, producción y facturación de los recursos en: Facundo Vela y Talahua, unidades de salud de la Dirección Distrital O02D01 de Guaranda, Bolívar.
2. El acercamiento al personal de la Dirección Distrital O02D01 de Guaranda, Bolívar, fue un eje importante para este proceso, ya que se contó con la predisposición y colaboración de cada departamento en la obtención de información.
3. El deficiente sistema de información y archivo del primer nivel de atención, no genera información confiable y completa, lo que no permite evaluar de manera objetiva y genera sesgos importantes. Siendo así la información incongruente y limitada.
4. En la distribución de recursos del Distrito, no se realizan monitoreos ni evaluaciones pertinentes sobre los recursos que se asignan a cada centro, y sobre la utilización de los mismo, se recolecta información que es almacenada sin análisis y retroalimentación.
5. Los criterios para recoger y guardar información son múltiples, ocasionando sesgos importantes en los resultados. Parece ser que la tarea de registrar pasa por la voluntad de los trabajadores, más no como una actividad imprescindible de ser realizada y sujeta a criterios uniformes.
6. La deserción de los trabajadores, ha ocasionado que la información desaparezca, este incompleta o se desconozca su ubicación. Cuando ingresa un nuevo personal, no se hace la entrega de los archivos y tampoco se da seguimiento a los mismos.
7. La información con la cuentan tanto el Director distrital como el Director de la unidad, se reduce a datos guardados, sin interpretación ni análisis. Lo que impide elaborar estrategias que promuevan una gestión idónea. Limitándose los mismos a ser entregados a la Coordinación zonal, donde se reproduce la misma dinámica.
8. En las unidades analizadas, existe población campesina e indígena en gran porcentaje, lo que implica que quienes trabajan en dichos centros conozcan esas realidades particulares y su atención y la prestación de servicios tenga en cuenta estos aspectos, sin invisibilizarlos.
9. 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.

RECOMENDACIONES

- 1.- institucionalizar y capacitar sobre el uso de los procesos de costos, producción y facturación de recurso en las unidades Facundo Vela y Talahua, unidades de salud de la Dirección Distrital O02D01de Guaranda, Bolívar.
- 2.- Tener espacios de reflexión para el personal de la Dirección Distrital O02D01de Guaranda, Bolívar, que fortalezcan sus conocimientos sobre temas de costos, facturación, gestión y la importancia de los mismos en los servicios de salud.
- 3.- Capacitar y usar la propuesta de implementación de los procesos de monitoreo, control y supervisión de los recursos, para cuidar la inversión Estatal, y brindar atención y servicio cálido, equitativo y eficiente.
- 4.- Implementación de un sistema de información sólido, completo, accesible y fácil de utilizar, que facilite y promueva la toma de decisiones.
- 5.- La Dirección Distrital, debe construir e implementar estrategias de monitoreo y evaluación constante de los recursos que asigna a cada centro, de manera que sea confiable el uso de los mismos en post de quienes requieren atención.
- 6.- La Dirección Distrital debe elaborar criterios para el almacenaje de información, estos deben ser socializados en cada unidad.
- 7.- En cada centro se deben generar espacios de reflexión y compartir para que al ingreso de nuevo personal, se logre construir un equipo sólido de trabajo, el cual este anexo y conozca la realidad de los pobladores del sector.
- 8.- La Coordinación zonal debe implementar un sistema de rendición de cuentas público, técnicamente diseñado que estimule y fortalezca procesos que generan valor agregado, socializando y transparentando su quehacer frente a los beneficiarios, comprometiéndoles también como parte de nuestro sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Armijos, N. (2009). *Guía Didáctica de Planificación Estratégica*. Loja Ecuador. Universidad Técnica Particular de Loja.

Aquilla, X. & Perez, M. & Hidalgo, M. & Fernández, V. & Tenorio, J. (2014). *Diagnóstico Situacional correspondiente al área de cobertura del Centro de Salud Coca II*. Orellana.

Distrito O02d01 (2014). *Estadísticas de morbilidad*.

Gallo, E. H. (2011). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud*. Washington, D.C.: OPS.

Hidalgo, A. (2011), *Economía de la salud*. Madrid España, Ed. Pirámide

Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2010). *Censo de población y vivienda*. Ecuador

Medicina Social (www.medicinasocial.info) - 278 - volumen 4, número 4, diciembre de 2009 2007.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Manual Del Modelo De Atención Integral Del Sistema Nacional De Salud Familiar Comunitario E Intercultural (MAIS-FCI)*. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Quito- Ecuador: MSP

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*. Quito-Ecuador: MSP.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Tipología para homologar los Establecimientos de Salud por Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud*. Quito-Ecuador: MSP

Ministerio de Salud Pública. (2013). *Información estadística de producción de salud*. Ecuador. MSP. Recuperado de

https://public.tableausoftware.com/profile/javier.gaona#!/vizhome/DEFUNCIONES_2013/
Prese acin

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Planificación Estratégica*. Ecuador. MSP. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014). *Lineamientos Operativos del Modelo De Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud*. Quito-Ecuador: MSP.

Organización Mundial de la Salud (1946). Documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud. *Actas Finales de la Conferencia Sanitaria*, N°2, p100-153.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la Salud en el mundo. La atención primaria de Salud, más necesaria que nunca*. Ginebra-Suiza: Ediciones de la OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud - Introducción y Generalidades*. Washington, D.C.: OPS.

Plan Nacional del Buen Vivir. (2013) *Objetivos Nacionales para el Buen Vivir*. Recuperado de <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion#tabs2>

Pesantez León, M. (2012). *Guía Didáctica Economía y Salud*. Loja-Ecuador: Universidad Técnica particular de Loja.

Piedra, M. & Buele, N. (2011). *Diseño Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud*. Loja Ecuador. Universidad Técnica Particular de Loja.

Pitisaca, D. & Quizhpe, T. (2012). *Evaluación Presupuestaria Al Centro De Salud N° 1 De La Ciudad De Loja, Periodo 2009 – 2010 (Tesis doctoral inédita)*. Universidad Nacional de Loja, Loja-Ecuador.

Salud pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca ene. 2011 Sistema de salud de Ecuador).(http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342011000800013&script=sci_arttext).

Sánchez, J. (2011). *Retos en Salud Pública: Derechos y deberes de los ciudadanos*. Madrid España. Ed. Comares.

Valenzuela, G. (2009) Sistema de referencia y contra referencia. *Archivos de Salud*, 3(3)

Vignolio, J. & Vacarezza, M. & Álvarez, C. & Sosa, A. (Marzo 2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33 (1), 7-11.

ANEXOS

(Se adjuntan en el CD cada mes desglosado)

Establecimiento: FACUNDO VELA

Período: 01-2014 al 12-2014

Cuadro #1. Producción, Rendimientos y Costos

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Índice ocupacional	Estancia promedio	Índice rotación	Interv. Sustituc.	Dotación de camas
			Servicio	Unitario					
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	5,964.00	124,429.80	20.86					
Subtotal	CONSULTA	5,964.00	124,429.80	20.86					
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	15.00	8,779.80	585.32					
Subtotal	CONSULTA	15.00	8,779.80	585.32					
ODONTOLOGIA	CONSULTA	4,684.00	25,796.13	5.51					
	TOT	0.00		0.00					
Subtotal	CONSULTA	4,684.00	25,796.13	5.51		0.00		0.00	0.00
	TOT	0.00							
PSICOLOGIA	CONSULTA	0.00	0.00	0.00					
Subtotal	CONSULTA	0.00	0.00						
PROMOCION EN SALUD	EVENTOS	15.00	3,186.96	212.46					
EMERGENCIA	CONSULTA	0.00	0.00	0.00					
Total			159,005.73						
Apoyo									
LABORATORIO	EXAMENES	0.00	0.00	0.00					
	DETER	0.00		0.00					
	\$Produc.		0.00	15.00					
IMAGEN	PLACAS	0.00	0.00	0.00					
	ESTUDIO	0.00		0.00					
	\$Produc.		0.00	15.00					
FARMACIA	RECETAS	4,638.00	3,250.56	2.65					
	\$Produc.		9,036.36	1.95					
VACUNAS	VACUNAS	330.00	8,515.08	25.80					
	\$Produc.		0.00	0.00					
PROCEDIMIENTOS	PROCESOS	682.00	9,636.96	14.13					
	\$Produc.		0.00	0.00					
LIMPIEZA	METROS CU	0.00	0.00	0.00					
MANTENIMIENTO	ORDENES	0.00	0.00	0.00					

	\$Produc.		0.00	15.00					
TRANSPORTE	KILOMETRO	0.00	108.00	0.00					
	\$Produc.		1,520.67	15.00					
ADMINISTRACION	#Servs.	4,833.73	16,248.98	3.36					

Establecimiento: FACUNDO VELA

Período : 01-2014 al 12-2014

Cuadro #4: Costos de operación

	CONSULTA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PSICOLOGIA	PROMOCION EN	EMERGENCIA
REM.PERSO.PLANTA	84.974,88	8.779,80	24.185,99		3.131,16	
Total GASTOS DE PERSONAL	84.974,88	8.779,80	24.185,99		3.131,16	
COMBUSTIBLE/LUBRICAN						
MAT. OFICINA						
MATE. ASEO LIMPIEZA						
INS.MEDICO/ODONTOLOG	8.428,80					
MEDICINAS	9.036,36					
BIOMETERIALES ODONTO			1.221,78			
Total BIENES D USO/CONSUMO	17.465,16		1.221,78			
SERVICIOS BASICOS						
Total SERVICIOS BASICOS						
DEPRECIACIONES	425,16		316,36		30,60	
Total DEPRECIACIONES	425,16		316,36		30,60	
COSTO USO EDIFICIO	162,00		72,00		25,20	
Total COSTO USO EDIFICIO	162,00		72,00		25,20	
Total c. directo	103.027,20	8.779,80	25.796,13		3.186,96	
Porcentaje	57,70	4,92	14,45		1,78	
LABORATORIO	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
---------------	------	------	------	------	------	------

IMAGEN	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
---------------	------	------	------	------	------	------

	MANTENIMIENTO	TRANSPORTE	ADMINISTRACION	Total	Porcentaje
REM.PERSO.PLANTA			13.217,52	155.451,47	87,06
Total GASTOS DE PERSONAL			13.217,52		
COMBUSTIBLE/LUBRICAN			1.520,67	1.520,67	0,85
MAT. OFICINA			363,87	363,87	0,20
MATE. ASEO LIMPIEZA			247,23	247,23	0,14
INS.MEDICO/ODONTOLOG				8.428,80	4,72
MEDICINAS				9.036,36	5,06
BIOMETERIALES ODONTO				1.221,78	0,68
Total BIENES D USO/CONSUMO			2.131,77		
SERVICIOS BASICOS			532,49	532,49	0,30
Total SERVICIOS BASICOS			532,49		
DEPRECIACIONES			187,20	1.012,60	0,57
Total DEPRECIACIONES			187,20		
COSTO USO EDIFICIO		108,00	180,00	734,40	0,41
Total COSTO USO EDIFICIO		108,00	180,00		
Total c. directo		108,00	16.248,98	178.549,67	100,00
Porcentaje		0,06	9,10		
LABORATORIO	0,00	0,00	0,00	0,00	
IMAGEN	0,00	0,00	0,00	0,00	

	CONSULTA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PSICOLOGIA	PROMOCION EN SAL	EMERGENCIA
FARMACIA	3.250,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VACUNAS	8.515,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PROCEDIMIENTOS	9.636,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LIMPIEZA	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
TRANSPORTE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ADMINISTRACION	10.314,72	879,00	2.582,62	0,00	319,07	0,00
Total c. indirecto	31.717,32	879,00	2.582,62		319,07	
Total costos	134.744,52	9.658,80	28.378,75		3.506,03	
Porcentaje	75,47	5,41	15,89		1,96	
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT		EVENTOS	
Producción primaria	5964	15	4684		15	
Producción secundaria	0	0	0		0	
	TOTAL	SUMATORIA	Diferencia			
	178.549,67	176.288,10	2.261,57			

	LABORATORIO	IMAGEN	FARMACIA	VACUNAS	PROCEDIMIENTOS	LIMPIEZA
FARMACIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VACUNAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PROCEDIMIENTOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LIMPIEZA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
MANTENIMIENTO	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
ADMINISTRACION	0,00	0,00	325,43	852,50	964,82	0,00
Total c. indirecto			325,43	852,50	964,82	
Total costos			3.575,99	9.367,58	10.601,78	
Porcentaje						
Unidades de producción			RECETAS	VACUNAS	PROCESOS	
Producción primaria			4638	330	682	
Producción secundaria			0	0	0	

	MANTENIMIENTO	TRANSPORTE	ADMINISTRACION	Total	Porcentaje
FARMACIA	0,00	0,00	0,00	3.250,56	
VACUNAS	0,00	0,00	0,00	8.515,08	
PROCEDIMIENTOS	0,00	0,00	0,00	9.636,96	
LIMPIEZA	0,00	0,00	0,00	0,00	
MANTENIMIENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	
TRANSPORTE	0,00	0,00	0,00	0,00	
ADMINISTRACION	0,00	10,81		16.248,97	
Total c. indirecto		10,81			
Total costos		118,81	16.248,98		
Porcentaje					
Unidades de producción					
Producción primaria					
Producción secundaria					

Establecimiento: TALAHUA

Período: 01-2014 al 12-2014

Cuadro 1

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Indice ocupacional	Estancia promedio	Indice rotación	Interv. Sustituc.	Dotación de camas
			Servicio	Unitario					
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	2,478.00	101,824.67	41.09					
Subtotal	CONSULTA	2,478.00	101,824.67	41.09					
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	36.00	11,278.47	313.29					
Subtotal	CONSULTA	36.00	11,278.47	313.29					
ODONTOLOGIA	CONSULTA	1,705.00	12,951.24	7.60					
	TOT	0.00		0.00					
Subtotal	CONSULTA	1,705.00	12,951.24	7.60		0.00		0.00	0.00
	TOT	0.00							
PSICOLOGIA	CONSULTA	0.00	0.00	0.00					
Subtotal	CONSULTA	0.00	0.00						
PROMOCION EN SALUD	EVENTOS	17.00	7,489.20	440.54					
EMERGENCIA	CONSULTA	0.00	0.00	0.00					
Total			126,054.38						
Apoyo									
LABORATORIO	EXAMENES	0.00	0.00	0.00					
	DETER	0.00		0.00					
	\$Produc.		0.00	15.00					
IMAGEN	PLACAS	0.00	0.00	0.00					
	ESTUDIO	0.00		0.00					
	\$Produc.		0.00	15.00					
FARMACIA	RECETAS	0.00	0.00	0.00					
	\$Produc.		3,872.14	15.00					
VACUNAS	VACUNAS	174.00	10,153.02	58.35					
	\$Produc.		0.00	0.00					
PROCEDIMIENTOS	PROCESOS	294.00	8,284.80	28.18					
	\$Produc.		0.00	0.00					
LIMPIEZA	METROS CU	0.00	0.00	0.00					

MANTENIMIENTO	ORDENES	0.00	0.00	0.00					
	\$Produc.		0.00	15.00					
TRANSPORTE	KILOMETRO	0.00	0.00	0.00					
	\$Produc.		0.00	15.00					
ADMINISTRACION	#Servs.	1,780.20	20,826.17	11.70					

Establecimiento : TALAHUA
Período : 01-2014 al 12-2014
Cuadro #4: Costos de operación

	CONSULTA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PSICOLOGIA	PROMOCION EN	EMERGENCIA
REM.PERSO.PLANTA	77.023,80	11.265,72	12.588,12		7.489,20	
Total GASTOS DE PERSONAL	77.023,80	11.265,72	12.588,12		7.489,20	
MAT. OFICINA						
MATE. ASEO LIMPIEZA						
INS.MEDICO/ODONTOLOG	2.203,75					
MEDICINAS	3.872,14					
BIOMETERIALES ODONTO			222,87			
Total BIENES D USO/CONSUMO	6.075,89		222,87			
SERVICIOS BASICOS						
Total SERVICIOS BASICOS						
DEPRECIACIONES	175,56	6,75	74,25			
Total DEPRECIACIONES	175,56	6,75	74,25			
COSTO USO EDIFICIO	111,60	6,00	66,00			
Total COSTO USO EDIFICIO	111,60	6,00	66,00			
Total c. directo	83.386,85	11.278,47	12.951,24		7.489,20	

Porcentaje	54,02	7,31	8,39		4,85	
LABORATORIO	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
FARMACIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

	MANTENIMIENTO	TRANSPORTE	ADMINISTRACION	Total	Porcentaje
REM.PERSO.PLANTA			20.097,84	146.717,40	95,04
Total GASTOS DE PERSONAL			20.097,84		
MAT. OFICINA			55,20	55,20	0,04
MATE. ASEO LIMPIEZA			116,40	116,40	0,08
INS.MEDICO/ODONTOLOG				2.203,75	1,43
MEDICINAS				3.872,14	2,51
BIOMETERIALES ODONTO				222,87	0,14
Total BIENES D USO/CONSUMO			171,60		
SERVICIOS BASICOS			206,47	206,47	0,13
Total SERVICIOS BASICOS			206,47		
DEPRECIACIONES			278,26	596,32	0,39
Total DEPRECIACIONES			278,26		
COSTO USO EDIFICIO			72,00	379,20	0,25
Total COSTO USO EDIFICIO			72,00		
Total c. directo			20.826,17	154.369,75	100,00
Porcentaje			13,49		
LABORATORIO	0,00	0,00	0,00	0,00	
IMAGEN	0,00	0,00	0,00	0,00	
FARMACIA	0,00	0,00	0,00	0,00	

	CONSULTA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PSICOLOGIA	PROMOCION EN SAL	EMERGENCIA
VACUNAS	10.153,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PROCEDIMIENTOS	8.284,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LIMPIEZA	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
TRANSPORTE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ADMINISTRACION	13.004,21	1.758,88	2.019,75	0,00	1.167,94	0,00
Total c. indirecto	31.442,03	1.758,88	2.019,75		1.167,94	
Total costos	114.828,88	13.037,35	14.970,99		8.657,14	
Porcentaje	74,39	8,45	9,70		5,61	
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT		EVENTOS	
Producción primaria	2478	36	1705		17	
Producción secundaria	0	0	0		0	
	TOTAL COSTOS	SUMATORIA	Diferencia			
	154.369,75	151.494,36	2.875,39			

	LABORATORIO	IMAGEN	FARMACIA	VACUNAS	PROCEDIMIENTOS	LIMPIEZA
VACUNAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PROCEDIMIENTOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LIMPIEZA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
MANTENIMIENTO	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
ADMINISTRACION	0,00	0,00	0,00	1.583,37	1.292,02	0,00
Total c. indirecto				1.583,37	1.292,02	
Total costos				11.736,39	9.576,82	
Porcentaje						
Unidades de producción				VACUNAS	PROCESOS	
Producción primaria				174	294	
Producción secundaria				0	0	

	MANTENIMIENTO	TRANSPORTE	ADMINISTRACION	Total	Porcentaje
VACUNAS	0,00	0,00	0,00	10.153,02	
PROCEDIMIENTOS	0,00	0,00	0,00	8.284,80	
LIMPIEZA	0,00	0,00	0,00	0,00	
MANTENIMIENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	
TRANSPORTE	0,00	0,00	0,00	0,00	
ADMINISTRACION	0,00	0,00		20.826,17	
Total c. indirecto					
Total costos			20.826,17		
Porcentaje					
Unidades de producción					
Producción primaria					
Producción secundaria					

