



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

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

**Evaluación financiera de la Unidad de Salud Saquisilí del Distrito 05D04
Pujilí – Saquisilí de la provincia de Cotopaxi del Nivel I de Atención – 2014.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Aguirre Astudillo, Fabricio Amador

DIRECTORA: Pesantez León, Mary Graciela, Ec

CENTRO UNIVERSITARIO RIOBAMBA

2015

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Economista

Pesantez León Mery Graciela.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

Que el presente trabajo de titulación, denominado “Evaluación financiera de la Unidad de Saquisilí del Distrito 05D04 Pujilí – Saquisilí de la provincia de Cotopaxi del Nivel I de Atención - 2014” realizado por Fabricio Amador Aguirre Astudillo, ha sido orientada y revisada durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja, por lo que autorizo su presentación.

Loja, Noviembre 2015

Pesantez León Mery Graciela Ec.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Aguirre Astudillo Fabricio Amador” declaro ser autor del presente trabajo de titulación: “Evaluación financiera del de la Unidad de Salud Saquisilí del Distrito 05D04 Pujilí – Saquisilí de la provincia de Cotopaxi del Nivel I de Atención - 2014”, de la titulación de la Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo Mary Pesantez directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

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

f

Autor: Fabricio Amador Aguirre Astudillo

Cédula: 0603040999

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mí amada esposa y a mi precioso hijo, son mis amores y los que me impulsan cada día a seguir adelante en este arduo trabajo, además es por quienes lucho y tiene sentido mi vida, también a mis padres Cornelio, Mariana, a mis suegros Leonardo y Jeaneth y a mis hermanos que son mi apoyo en todo momento.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento a Dios por la vida, al personal docente de la Maestría en Gerencia en Salud para el desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, en especial a mi tutora de tesis Ec. Mary Pesantes, por la oportunidad proporcionada en pro del mejoramiento y capacitación profesional.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE.....	1
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
Problematización.....	7
Justificación.....	8
Objetivos.....	9
CAPITULO I	
Marco teórico	
1.1 Marco Institucional.....	11
1.1.1 Aspectos geográficos del lugar.....	11
1.1.2 Dinámica Poblacional.....	12
1.1.3 Misión de la Unidad de Salud.....	22
1.1.4 Visión de la Unidad de Salud.....	22
1.1.5 Organización administrativa de la Unidad de Salud.....	24
1.1.6 Servicios que presta la Unidad de Salud.....	27

1.1.7 Políticas de la Institución.....	29
1.2 Marco Conceptual.....	31
Salud.....	31
1.2.2 Modelo de Atención Integral de Salud.....	31
1.2.3 Atención Primaria de Salud.....	32
1.2.4 Primer Nivel de Atención.....	33
1.2.5 Red Pública de Salud.....	33
1.2.6 Financiamiento de la Salud.....	34
1.2.7 Gestión Productiva de las Unidades de Salud.....	35
1.2.8 Costos en Salud.....	35
1.2.9 Tarifario del Sistema Nacional de Salud.....	36
1.2.10 Presupuesto.....	38
 CAPÍTULO II	
2. Diseño metodológico.....	40
2.1 Matriz de involucrados.....	40
2.2 Árbol de problemas.....	42
2.3 Árbol de objetivos.....	43
2.4 Matriz de marco lógico.....	44
2.5 Actividades.....	45
 CAPITULO III	
Resultados	
Resultado No. 1.....	48

1.1 Socialización del Proyecto.....	48
1.2 Taller de Inducción al Proceso de Costos.....	49
1.3 Recolección de Información.....	50
1.4 Procesamiento de Datos.....	52
Resultado No. 2.....	57
2.1 Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud.....	57
2.2 Recolección de Información.....	58
2.3 Valoración de las Prestaciones según el Tarifario del Sistema Nacional de Salud.....	60
Resultado No. 3 Estrategia de Mejoramiento	60
3.1 Calculo del punto de Equilibrio.....	60
3.2 Socialización de resultados.....	62
3.3 Diseño de Estrategias de Mejoramiento.....	62
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	75
ANEXOS.....	78

RESUMEN

El proyecto de acción titulado, Evaluación Financiera de los Establecimientos de Salud se realizó en el Distrito de Salud 05D04 Saquisilí – Pujilí y comprende la Unidad de Salud de Saquisilí de la provincia de Cotopaxi, en el periodo de enero a diciembre del 2014, Los objetivos planteados en el proyecto se cumplieron al realizar costeo de los servicios de salud, valorar económicamente las prestaciones de salud en base al tarifario y las estrategias de mejoramiento de gestión financiera formuladas. Levantamiento de la información de costos de los servicios brindados en las unidades intervenidas, para ello se utilizó informes financieros de servicios, recursos producción y finanzas recogidos en matrices para el efecto. Ingreso de la información al programa Winsig generando cuadros gerenciales que reflejan los costos de cada uno de los servicios de las unidades médicas. Con sus resultados se realizó el análisis económico comparado con el tarifario del sistema nacional de salud. Formulación de Estrategia que permitan dar sostenibilidad a la gestión en las unidades de salud.

Palabras claves: evaluación financiera, servicios de salud costeados, prestaciones de salud costos.

ABSTRACT

The action project entitled Financial Assessment of Health Facilities was held at the Health District 05D04 Saquisilí - Pujilí and includes Saquisilí Health Unit of the province of Cotopaxi, in the period January to December 2014. Objectives they raised in the project costing met to make health services, economic valuation of health benefits based on the tariff and strategies for improving financial management made. Rising Cost Information Services provided in the intervention units, This Financial Reporting Services, Production Resources Finance was used and set out in paragraph matrix effect. Information Income Generating Program Management to Winsig tables reflect the costs of each of the services of the medical units. With its Economic Analysis Results Compared with the tariff of the National Health System was performed. Strategy formulation that allow for sustainability management in the health units.

Key words: financial assessment, funded health services, health benefits costs.

INTRODUCCIÓN

La atención de salud de salud viene dada por una serie de procesos, estándares basados en fundamento científico además de todos los recursos físicos y materiales disponibles en el área de salud, con el fin de brindar una atención eficaz eficiente, oportuna y de calidad, tomando en cuenta a cada paciente como un ser bio- psico – social logrando así una satisfacción total por parte del cliente externo.

La constitución, en el artículo 66, establece *”el Derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación, y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios.”* Considerando el artículo 66 el mejoramiento de la calidad de vida se enmarca en el régimen del Buen Vivir establecido en la constitución, dentro del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

El lineamiento 3 del Plan Nacional del Buen Vivir, estipula *“mejorar la calidad de vida de la población”*, enfocando como sección prioritaria el acceso universal y permanente a los servicios de salud. En la política 3.3 PNBV se delinea: “Garantizar las prestación universal y gratuita de los servicios de atención en salud”; con el lineamiento J “Diseñar e implementar el cofinanciamiento dentro del sistema nacional de salud, promoviendo la aplicación de un tarifario único de servicios médicos de salud.”

El Ministerio de Salud Pública con el fin de mejorar continuamente la calidad de atención viabiliza la evaluación financiera de las unidades de salud del primer nivel mediante el estudio comparativo de los recursos utilizados para la atención de salud en la población demandante.

El presente proyecto de investigación-acción se desarrolló en la Zona 3 del Distrito 05D04 en la Provincia de Cotopaxi en la unidad operativa, Saquisilí; ejecutando en primera instancia la recolección de datos in situ lo que facultó la elaboración de un análisis de costos de las actividades en salud, las cuales se evidencian a través de la aplicación de matrices de recolección de datos basadas en el tarifario y planillaje.

Los resultados que se exponen en el proyecto se adecuan a la demanda de los usuarios que recibieron atención durante el tiempo de ejecución del estudio a través de la aplicación de un modelo de costos.

El impacto que se genera con la culminación del proyecto se refleja en la adecuada toma de decisiones de los directivos respecto a los recursos que se mantienen asignados para cada unidad operativa dentro de su jurisdicción.

PROBLEMATIZACIÓN

La filosofía de la Calidad Total proporciona una concepción global que fomenta la mejora continua en un servicio de salud y por lo tanto involucra a todos sus miembros, centrándose en la satisfacción tanto del paciente como del proveedor.

“Se puede definir esta filosofía del siguiente modo: Gestión (el cuerpo directivo está totalmente comprometido) de la Calidad (los requerimientos del paciente y sus familiares son comprendidos y asumidos exactamente). Todo miembro de una organización debe estar involucrado.”

La atención de calidad en salud viene dada por una serie de procesos, estándares y con ello todos los recursos físicos, talento humano capacitado, infraestructura e insumos disponibles, con el fin de brindar una atención eficiente, eficaz, oportuna, tomando en cuenta a cada paciente como un ser bio-psico-social, logrando así una satisfacción total por parte del cliente externo.

La Constitución del Estado Ecuatoriano en su capítulo II, sección 7, Art. 32, determina: La salud es un derecho que garantiza el Estado. La Gratuidad e inversión en establecimientos del Ministerio de Salud han determinado un incremento de la cobertura poblacional (demanda) para los servicios de salud, por lo cual la oferta en la cartera de servicios se vuelve cada vez más exigente sobre todo en las unidades de salud del primer nivel de atención.

Con relación a la gestión administrativa cabe mencionar que un panorama financiero claro de los servicios de salud de primer nivel de atención, permite el análisis del gasto económico que genera una unidad operativa relacionando principalmente la productividad de la misma y la calidad de atención que brinda a la población asignada.

En las unidad de Saquisilí de la Zona 3 del Distrito 05D04 Pujilí-Saquisilí, no se han realizado análisis de costos que brinden un enfoque para la adecuada toma de decisiones administrativas.

Es entonces ahora donde se despliegan varias hipótesis respecto a cuales serían los diversos causas las que derivan en la inexistencia de una evaluación financiera, dentro de los cuales se destaca la ausencia de estrategias de mejoramiento de la gestión financiera atribuibles principalmente con el escaso interés en políticas gerenciales y al desconocimiento en el manejo

del tarifario propuesto por el Sistema Nacional de Salud en el contexto de la prestación de servicios de la red pública.

La no existencia de un perfil económico no permite tener un panorama integrado para la gestión en estas unidades de salud, lo que puede conllevar a una inadecuada toma de decisiones con respecto a la administración de los recursos que se disponen.

JUSTIFICACIÓN

En Ecuador a través del Modelo de Atención Integral y salud MAIS se viene trabajando en pro del cumplimiento del Objetivos del Milenio (ODM) y del ***Plan Nacional del Buen Vivir: Objetivo 3 “Mejorar la calidad de vida de la Población” según la Política 3.3 Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad***, esto incluye la demostración clara del manejo de recursos públicos para las unidades de salud; incluso la buena toma de decisiones administrativas disminuirá el riesgo de susceptibilidad respecto a la “Ley de la Mala Práctica Médica” que pone en exigencia el mejoramiento en la atención profesional con fundamentación científica humana.

Para las exigencias de un buen sistema de planificación y control dentro de una administración se hace significativo el diseño e implementación de lo que constituye un Sistema de costos y planillaje.

Este análisis de costos proporciona a las autoridades de varios niveles jerárquicos una visión total de un servicio de manera inmediata, permitiendo un control efectivo de los recursos que se administra y el coste de producción.

Una correcta evaluación financiera permite diseñar, mantener y/o mejorar una institución permitiendo así la asignación de los recursos en forma eficaz y eficiente.

Esta contribución es eficiente siempre que se cuente con el suministro de información detallada de los servicios de salud con respecto a los insumos, productividad, talento humano, espacio físico asignado e infraestructura de cada centro de salud según tipología A, B, C.

El presente proyecto de intervención permite validar y definir estos datos con lo que posteriormente la unidad de salud de Saquisilí, tendrán a disposición la información pertinente que fundamentará el impacto en la toma de decisiones administrativas y financieras respecto a la asignación de recursos y la población que demanda de estos servicios.

Además una vez obtenidos los resultados primarios se elaborará un análisis financiero de los establecimientos de salud antes mencionados.

OBJETIVOS

Evaluar el componente financiero de la Unidad de salud de Primer Nivel Saquisilí del distrito 05D04 Pujilí - Saquisilí en la provincia de Cotopaxi, Zona 3, mediante el análisis de costos, evaluación financiera de las prestaciones y formulación de estrategias de mejoramiento, para fortalecer la formación de Gerencia en Salud

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Realizar costeo de los servicios de salud.
- Realizar la evaluación financiera de las prestaciones de salud en base al tarifario del sistema nacional de salud.
- Formular estrategias de mejoramiento de la gestión financiera.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1.1 Marco Institucional

1.1.1 Aspecto geográfico del lugar

La unidad de salud de Saquisilí está ubicada en la Provincia de Cotopaxi, sierra central del Ecuador. El cantón se sitúa entre las costas 2.900 y 4.200 msnm. La temperatura media es de 12 °C. El 65% de la población es indígena y, el 35% población mestiza.

Figura N°1: División política de Saquisilí



Fuente: Wikipedia 2015

Características demográficas de Saquisilí

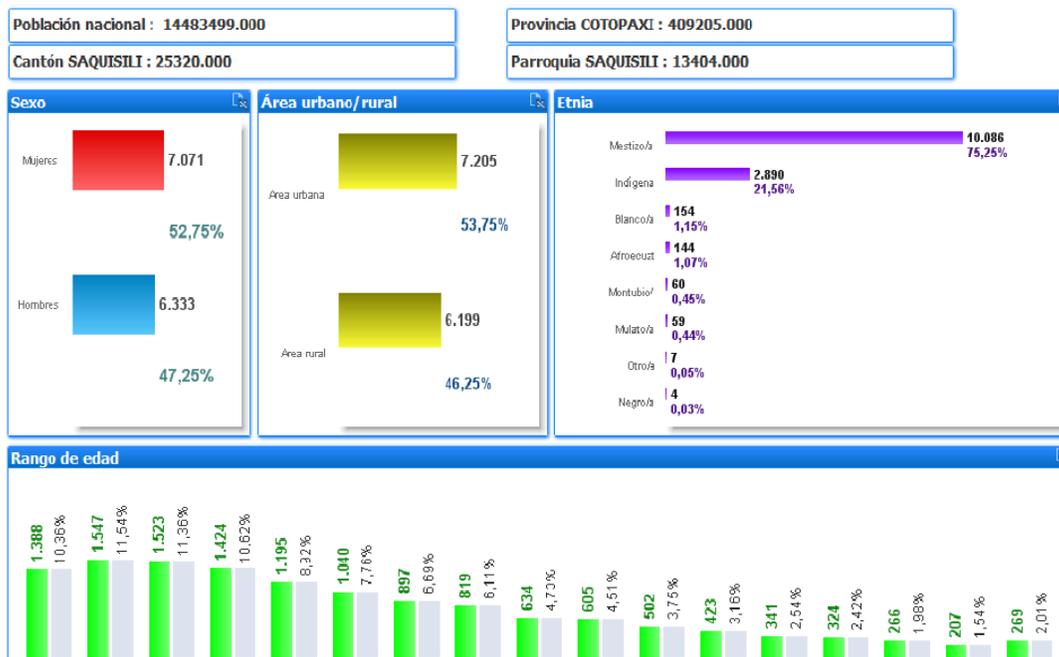
De acuerdo con los datos presentados por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), del último Censo de Población y Vivienda, realizado en el país (2001), Saquisilí presenta una base piramidal ancha, que representa una población joven, a expensas de los grupos de edad comprendidos entre 0-19 años, y un predominio del sexo femenino. La tasa media de crecimiento anual de la población de 4,4% (período 1990-2001). En el área rural del cantón se encuentra concentrada un 74,8% de la población de Saquisilí. La población femenina alcanza el 53%, mientras que la masculina, el 47%. El analfabetismo en mujeres se presenta en 29,16%, mientras que en varones es del 13,84%.

1.1.2. Población

La población del cantón Saquisilí en su mayoría es mestiza con un porcentaje de 75,25% el segundo lugar ocupa la población indígena con el 21,56%, la diferencia de porcentaje corresponde al resto de etnias.

Tabla N° 1: Indicadores básicos de población:

SAQUISILÍ



Fuente: Sistema Nacional de Información, 2011

Elaborado por: Fabricio Aguirre

Tabla N° 2: Demografía rango edad parroquia de Saquisilí



Fuente: Sistema Nacional de Información, indicadores básicos de la población, 2010

Elaborado por: Fabricio Aguirre

La población de la parroquia Saquisilí es de 13404 dividida en un 47,25% de hombres y 52,75% de mujeres existiendo una tendencia predominante de este género. Se denota además que un 14% de la población corresponde a niños de 5 a 9 años.

El cantón tiene mayor etnia mestiza.

Tabla N° 3: Proyecciones

PROYECCIONES REFERENCIALES DE POBLACIÓN POR PARROQUIAS – CANTÓN- PROVINCIA											
PARROQUIAS	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020
SAQUISILI	13886	14160	14436	14713	14990	15267	15543	15819	16092	16365	16636
COTOPAXI	424663	431243	437826	444398	450921	457404	463819	470167	476428	482615	488716

Fuente: INEC, 2010

Elaborado por: Fabricio Aguirre

Se identifican distintas tendencias de crecimiento con cambios cuantitativos proyectados para la década 2010 a 2020. Si se realiza un análisis con el Cantón Saquisilí se aprecia que la tendencia de aumento poblacional en relación de área urbana con la rural es muy similar, es decir baja.

Tabla N° 4: Tasa de fecundidad, Cotopaxi

Año 2010		
Provincias	Indicador	Total
COTOPAXI	Tasa global de fecundidad	2,45

Fuente: Sistema Nacional de Información, indicadores básicos de salud, 2010

Elaborado por: Fabricio Aguirre

Las tasas mundiales de fecundidad están disminuyendo en general y esta tendencia es más pronunciada en los países industrializados, donde se espera que la población disminuya dramáticamente en los próximos 50 años.

La tasa de fecundidad, según el INEC 2010, en Ecuador es de 2,38 infantes nacidos por mujer. La edad promedio de ser madre por primera vez es a los 21 años, el 87.1% de madres son jefas de hogar. Las mujeres tienen cada vez menos hijos, la reducción de crecimiento poblacional puede deberse a la reducción del número de hogares y la decisión de tener menos

hijos por hogar relacionado con el nivel de instrucción de los padres, en el área rural el promedio de 1,7 hijos por hogar, en el área urbana de 1,5 y el promedio general de hijos por hogar en el 2010 es de 1,6 personas.

Los promedios de dos hijos por mujer da lugar a una relativa estabilidad en términos de cifras totales, por encima de dos hijos por mujer indican poblaciones en aumento y puede indicar dificultades para las familias, en alimentar y educar a sus hijos y para las mujeres que desean entrar a la fuerza de trabajo. Promedios por debajo de dos hijos por mujer indican una disminución del tamaño de la población y una edad media cada vez más elevada.

La tasa de natalidad en Ecuador por 1000 habitantes ha tenido variaciones desde el año 1990 de 25,66, el año más bajo fue el 2005 con un tasa de 18,42, en el año 2011 bajo a 15,05. (4) En el año 2011 nacieron 347.802 en el país.

En Cotopaxi este dato es de 2,45%, indicando que no existe una injerencia significativa sobre tendencia a nivel nacional.

Tabla N°5: Tasa de crecimiento natural Cotopaxi- 2012

PROVINCIA	Población total	Natalidad		Mortalidad General		Crecimiento Natural	
		Nº. Nacidos	Tasa	Nº. Fallecidos	Tasa	N-M	Tasa
Cotopaxi	437826	6820	15,58	2014	4,6	4806	1,10

Fuente: Población MSP Zona 3.

Elaborado por: Fabricio Aguirre

En el año 2012 la tasa de crecimiento natural para Cotopaxi fue de 1,10%, porcentaje bajo por ser inferior al 2%, en parte este crecimiento se produce por la permanente migración rural a las zonas urbanas; fenómeno provocado, en su mayoría, por las políticas que deterioraron las oportunidades en el agro y en el campo en general.

Para estos indicadores no se pueden especificar datos más exactos que enfoquen la situación del cantón Saquisilí y sus parroquias.

1.1.3. Indicadores Determinantes de la Salud

- **Índice pobreza**

Tabla N° 6: Índice de pobreza por cantón.

Año 2010					
Provincia	Cantón	Indicador	Total	Urbano	Rural
COTOPAXI	SAQUISILÍ	Pobreza por NBI (Hogares)	82,09	50,36	96,30
		Pobreza por NBI (Personas)	84,33	53,61	96,50

Fuente: Sistema Nacional de Información, 2010

Elaborado por: Fabricio Aguirre

La provincia de Cotopaxi es la provincia con mayor índice de NBI por la carencia de servicios básicos, alimentación, vivienda, salud y educación (75,1%); Saquisilí es uno de los cantones que presenta un alto nivel de pobreza y desigualdad territorial por necesidades básicas insatisfechas (NBI). Registra un valor promedio de 84,33%. Las NBI afectan principalmente a la población de las zonas rurales y con mayor preponderancia a la población femenina e indígena en un 96,50% en promedio.

- **Tasas de analfabetismo**

Tabla N° 7: Tasas de analfabetismo cantón Saquisilí.

Parroquia	Indicador	Total
Saquisilí, cabecera cantonal	Tasa de analfabetismo	12,64
	Tasa de analfabetismo de la población masculina	6,98
	Tasa de analfabetismo de la población femenina	17,44

Fuente: Sistema Nacional de Información, 2010

Elaborado por: Fabricio Aguirre

Se considera Analfabetos aquellas personas de 15 años y más que no saben leer y escribir o que solo leen o solo escriben. Es muy importante para detectar las desigualdades en la expansión del sistema educativo, en especial en el caso de los grupos más vulnerables de la población.

En analfabetismo funcional se considera a todas las personas que tienen tres años o menos de educación primaria, bajo el supuesto de que un manejo solvente de las destrezas de lectura, escritura y aritmética básica requiere, en general, de una mayor escolarización.

El analfabetismo es una muestra de las deficiencias, históricas y actuales, del sistema educativo en cuanto a garantizar una mínima educación a la población; es también un indicador de los retos que enfrenta un país en el desarrollo de su capital humano.

En el año 2010 la Provincia de Cotopaxi exhibe el porcentaje de analfabetismo más alto (13,62%), en el Cantón Saquisilí existe un valor de (17,44%) personas analfabetas. Existe una tasa marcada de población femenina analfabeta.

La tasa de escolaridad se refiere al número de años que la población de 24 años y más ha cursado por el sistema educativo vigente (primaria, secundaria y enseñanza superior), a dicha edad una persona debería haber terminado de estudiar o estaría a punto de hacerlo.

La Provincia de Cotopaxi con el 7,66% tiene la tasa más baja de escolaridad al 2010.

Tabla N° 8: Características del hogar por parroquias.

Indicador	Saquisilí
Hogares que habitan en viviendas propias	3308,0
Porcentaje de hogares que habitan en viviendas con características físicas inadecuadas	12

Fuente: Sistema Nacional de Información, 2010

Elaborado por: Fabricio Aguirre

- **Servicios básicos**

Un significativo porcentaje de la población carece de alcantarillado, apenas lo poseen el 25% de viviendas, mientras que el 61,25% dispone de algún sistema de eliminación de excretas. Otros indicadores de cobertura son:

- Agua entubada por red pública dentro de la vivienda: 26%.
- Energía eléctrica 81,88%.
- Servicio telefónico 15,08%.
- Servicio de recolección de basuras: 18,52% de las viviendas.

En síntesis, el déficit de servicios residenciales básicos alcanza al 86,33% de viviendas. (SIISE 4.0)

1.1.4 Indicadores Demográficos - Salud

Los indicadores de salud reflejan las condiciones socio económicas de la población y el poder resolutivo de los servicios de salud que se prestan en el sector.

Tabla N° 9: Principales causas de atención según egresos hospitalarios.

Nº.	Código CIE 10	Causa de morbilidad	Cotopaxi	
			Nº. Casos	%
1	0809.9	Parto único espontáneo, sin otra especificación	3588	9
2	J18.9	Neumonía no especificada	1292	3
3	O82.9	Parto por cesárea sin otra especificación	1034	3
4	A09	Diarrea, gastroenteritis de presunto origen infeccioso	725	2
5	K35.9	Apendicitis aguda no especificada	934	2
6	R10.0	Abdomen agudo		
7	K80.2	Cálculo de vesícula biliar sin colecistitis	614	2
8	OO64	Aborto no especificado incompleto sin complicación	485	1
9	N39.0	Infección de vías urinarias	428	1
10	N12	Nefritis túbulo intersticial, no especificada como aguda o crónica	412	1
11	K40.9	Hernia inguinal unilateral o no especificada sin obstrucción ni gangrena	395	1

Fuente: INEC, 2012.

Elaborado por: Fabricio Aguirre

En Cotopaxi 38 241 de egresos hospitalarios, el 9% son por parto espontáneo, seguido de las neumonías con el 3%. Es importante considerar que la tercera causa de egreso hospitalario son los partos por cesáreas alcanzando valores similares a los porcentajes de las neumonías. Las apendicitis, colelitiasis y hernias inguinales son las principales patologías quirúrgicas en esta provincia. Al igual que las neumonías, las diarreas y gastroenteritis y las infecciones de las vías urinarias son las patologías de carácter infecciosos más frecuentes de egresos hospitalarios.

Tabla N° 10: Mortalidad general

Nº.	Causa de defunción	Población	< 29 días	< 1 año	1a 4 años	5a14 años	15a19 años	20 a 49 años	50 a 64 años	65 años y más	Total	%
1	Cotopaxi	437826	50	80	53	45	53	279	218	1236	2014	4,60

Fuente: INEC, 2013.

Elaborado por: Fabricio Aguirre

La tasa de mortalidad en Cotopaxi es de 4,60 por 1000 habitantes corresponde a una cifra baja según datos INEC 2013.

Tabla N° 11: Mortalidad General área urbana y rural

Provincias y áreas	Total fallecidos	Mujeres							Hombres						
		Total	< 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	14 - 49 años	50 - 64 años	65 años y más	Total	< 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	14 - 49 años	50 - 64 años	65 años y más
Cotopaxi	2.014	1.096	66	25	31	234	122	618	918	64	28	14	98	96	618
Urbana	1.162	627	39	14	12	144	74	344	535	32	13	5	58	59	368
Rural	852	469	27	11	19	90	48	274	383	32	15	9	40		250

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC. 2012.

Elaborado por: Fabricio Aguirre

La población con mayor mortalidad es la de más de 65 años con 344 casos para el área urbana y 274 casos para el área rural; seguida por la población de 14 a 49 años con 144 en áreas urbanas y 90 casos para el área rural, según estadísticas 2010. Las estadísticas además revelan que la tendencia en mayor número de fallecimientos corresponde al género femenino.

Tabla N° 12: Principales causas de mortalidad en Cotopaxi

Nº.	Causa de defunción	Código CIE-10	< 29 días	< 1 año	1a 4 años	5a14 años	15a19 años	20 a 49 años	50 a 64 años	65 años y más	Total	%
1	Influenza y Neumonía	L10-J18		23	7		3	1	3	106	143	0,33
2	Accidentes de transporte terrestre	V00-V89		3	3	10	12	75	19	20	142	0,32
3	Enfermedades hipertensivas	I10-I15					1	1	17	101	120	0,27

4	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69					1	7	11	77	96	0,22
5	Neoplasia maligna del estómago	C16					1	7	16	56	80	0,18
6	Diabetes Mellitus	E10-E14						3	14	50	67	0,15
7	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	J40-J47						3	2	58	63	0,14
8	Enfermedades del sistema urinario	N00-N39				1		5	7	49	62	0,14
9	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25						7	13	39	59	0,13
10	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades definidas	I50-I51			1			5		52	58	0,13
11	Desnutrición y anemias nutricionales	D50-D53-E40-E64		1		1	1			46	49	0,11
12	Lesiones auto infringidas intencionalmente (suicidio)	X60-X84				5	10	28	5	1	49	0,11
13	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	K70-K76						5	11	22	38	0,09
14	Ciertas afecciones originadas en el período prenatal	P00-P96	32	1							33	0,08
15	Eventos de intención no determinada	Y10-Y34			1	3	3	17	3	6	33	0,08
16	Causas mal definidas y resto de causas	R00-R99	18	52	41	25	21	115	97	553	922	2,11
	TOTAL		50	80	53	45	53	279	218	1236	2014	4,60

Fuente: INEC, 2013.

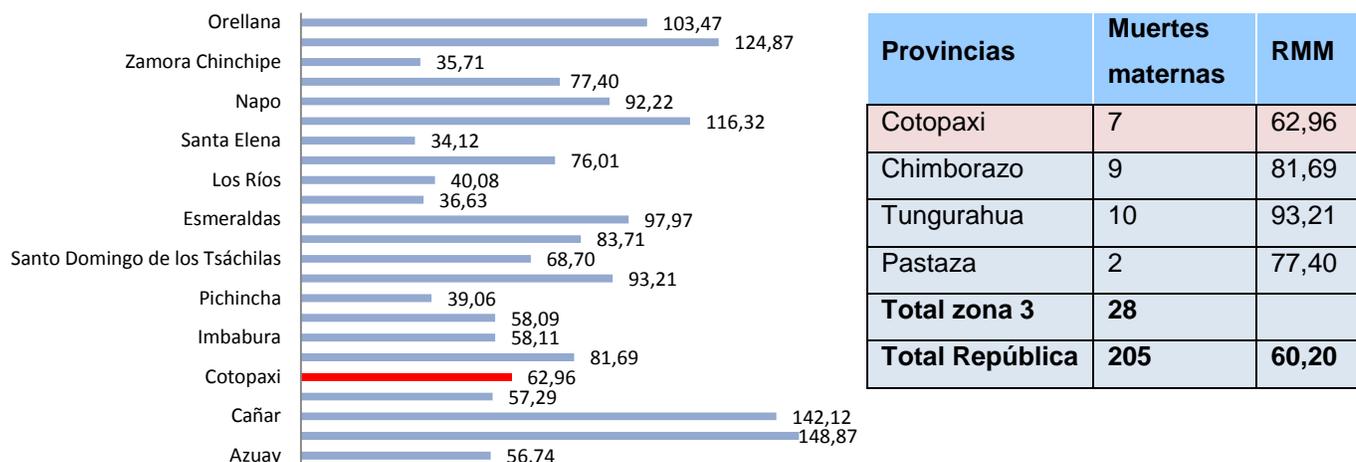
Elaborado por: Fabricio Aguirre

Se puede observar que las principales causas de mortalidad son la influenza y las Neumonías con 143 casos, seguida por los Accidentes de transporte terrestre con 142 casos, las Enfermedades hipertensivas con 120 casos. Es lamentable demostrar que las causas de muerte infantil se ponderan entre los Accidentes de transporte terrestre, Desnutrición y anemias nutricionales.

El INEC 2010 revela una tasa de mortalidad infantil de 30,05% por cada 10000 NV. Un valor significativamente alto.

Las causas de muerte para esta provincia pueden ser prevenibles si se potencializan las actividades de prevención, facilitando el acceso universal a servicios de salud, fomentando estilos de vida saludables y satisfaciendo las necesidades básicas elementales de la población a través de la generación de fuentes de trabajo.

Tabla N° 13: Mortalidad materna, según provincias (Zona 3) de residencia habitual



Fuente: Base de datos de nacimientos y defunciones 2012. INEC

Elaborado por: Fabricio Aguirre

Tabla N° 14: Defunciones femeninas, por provincias y áreas de residencia habitual de la persona fallecida, según causas de muerte (Lista condensada de 103 Grupos - Décima Revisión - CIE - 10)

Código	Causas de muerte	Cotopaxi		
		Total	Urbano	Rural
087	Embarazo, parto y puerperio	7	2	5
088	Embarazo terminado en aborto	-	-	-
089	Otras muertes obstétricas directas	6	2	4
090	Muertes obstétricas indirectas	1	-	1
091	091 resto de embarazo parto y puerperio	-	-	-
092	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	11	8	3

Fuente: Base de datos de nacimientos y defunciones 2012. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC.

Elaborado por: Fabricio Aguirre

La tasa de mortalidad materna en Ecuador por 100.000 NV muestra que desde el año 2008 de 56,69, sube en el año 2009 a 69,72, se mantiene en el 2010 y hay un importante incremento en el 2011 a 104,88. En Cotopaxi, la tasa es de 62,96 por 100.00NV, inferior al dato nacional. Guayas tiene el mayor número de muertes en el 2012 y Santa Elena con la menor tasa de mortalidad.

La muerte materna asociada al embarazo es inadmisibles, por cuanto se considera evitable en la mayoría de los casos, siempre que reciba atención oportuna.

La atención calificada en el parto hace la diferencia entre la vida y la muerte. Son las mujeres rurales, que viven en condiciones de pobreza las que tienen un riesgo desproporcionado de enfermar o morir por complicaciones del embarazo.

Las complicaciones en el embarazo, parto y/o puerperio se atribuyen principalmente a la accesibilidad a los servicios de salud, falta de caminos y medios de transporte, que afectan la decisión de las mujeres para proteger sus propias vidas.

Posterior a esta reflexión tenemos que para el 2013 se registran 13 muertes maternas para el Cantón Saquisilí, Sector Rural. Este es un número considerable y muy importante.

Tabla N° 15: Porcentaje de discapacidades (mental, motora, física) 2010

Indicador	Saquisilí
Porcentaje de la población con discapacidad mental	11,01
Porcentaje de la población con discapacidad físico – motora	43,66

Fuente: Sistema Nacional de Información, 2010

Elaborado por: Fabricio Aguirre

Es interesante el análisis de la presente tabla porque es un alto porcentaje la población que tiene discapacidad físico motora.

Tabla N° 16: Porcentaje de adolescentes, embarazo en adolescentes, mujeres en edad fértil.

Parroquia	Indicador	Total
Saquisilí	Porcentaje de embarazo adolescente	22,77
	Porcentaje de la población menor de 15 años de edad	45,73
	Mujeres en edad fértil	1795,00
	Porcentaje de mujeres en edad fértil	45,73

Fuente: Sistema Nacional de Información, 2010

Elaborado por: Fabricio Aguirre

En esta parroquia existe una población femenina en edad fértil en promedio de 45,73%, de las cuales resulta una ligera inflación de los porcentajes de embarazos en adolescentes a razón de

22,77%. Es por esto que la población infantil sobrepasa en número de habitantes a la población de 50 años y más. Quiere decir que un número importante de niños tiene como madre a una adolescente.

Esto posiblemente puede deberse a la cosmovisión indígena andina, creencias y costumbres ya que las herramientas de anticoncepción generalmente no son aceptadas completamente por la población sobre todo de la etnia indígena que optan por medidas tradicionales pero que no son efectivas siempre.

Estos conocimientos tradicionales también podría ser un factor para que sea alta la mortalidad general, infantil y materna debida a que muchas veces no son accesibles los servicios de salud.

➤ **Plataforma estratégica**

1.3. Misión del Ministerio de Salud Pública.

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

1.4. Visión del Ministerio de Salud Pública.

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.

- **Valores**

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

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

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

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

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

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

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

- **Objetivos estratégicos.**

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Incrementar el uso eficiente del presupuesto.

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

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

1.5.- Organización administrativa.

La organización administrativa de la unidad operativa de Saquisilí sigue parámetros establecidos por el Ministerio de Salud Pública que es su máximo organismo rector. Es así que ocupan una categoría de Centro de salud tipo B.

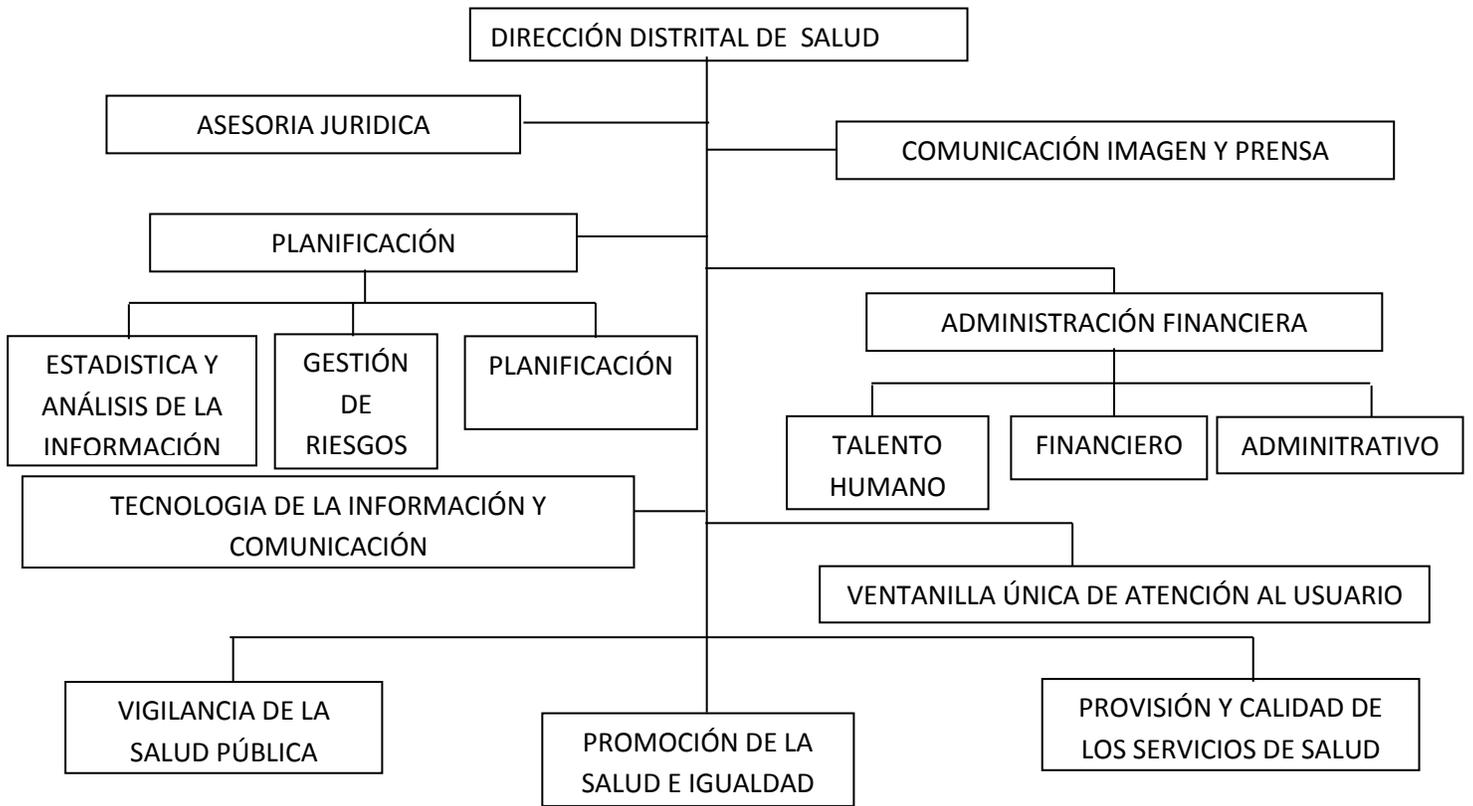
Administrativamente están dirigidas por el Jefe Distrital de manera parcial, la autoridad directa en estos establecimientos son los directores de cada Unidad Operativa.

El Director supervisa funciones de enfermería, odontología, farmacia, admisiones, rayos x, y laboratorio, la parte financiera y de talento humano en está gobernada directamente por el Distrito 05D04 Saquisilí.

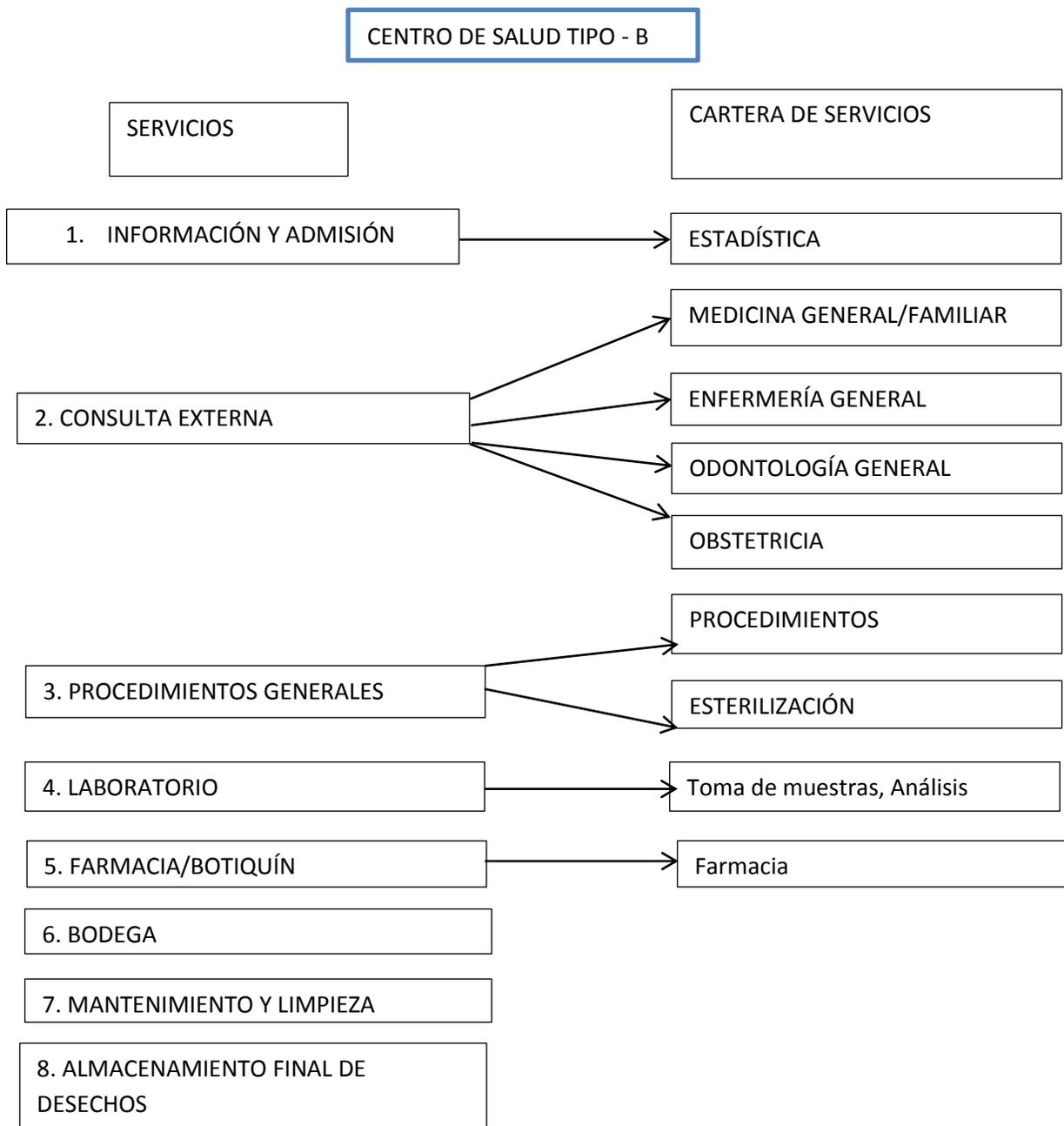
Figura N°2: Establecimientos que conforman el Primer Nivel de Atención



Centro de Salud B: Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud ubicados en el sector urbano y rural, atiende a una población de 10.000 hasta 25000 habitantes asignados o adscritos, para el sector público.



ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA CON RELACIÓN AL TALENTO HUMANO E INFRAESTRUCTURA



1.6 Servicios que presta la Institución

Los niveles de atención es la organización de los servicios de salud para establecer la oferta de servicios que garantice la capacidad resolutive y continuidad necesaria para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población.

El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud, su organización se determina de acuerdo a la tipología del servicio que deben prestar, bajo los estándares de calidad, por medio de una infraestructura adecuada poseer el equipamiento necesario con la colaboración de talento humano con un nivel tecnológico siguiendo la articulación que el Estado dictamina para garantizar continuidad y el acceso al requerimiento de las personas hasta la resolución de su salud (Vogel, 2012).

Los niveles de organización que se plantean para la salud pública parten de una estructura que va de forma ascendente, desde un nivel de atención básico hasta un nivel de atención especializado.

El **primer nivel** es donde parte el proceso de atención en el cual se resuelve la mayoría de necesidades de salud de una determinada población, de acuerdo a las características geográficas determinadas en el ordenamiento territorial, al cual deben dirigir sus esfuerzos, el Estado indica que debe resolver el 80% de los problemas de salud, aquí es donde llega primero el paciente y este nivel se encarga del flujo de pacientes en el sistema, asegurando la continuidad de la atención, si el paciente requiere de un servicio más especializado este nivel le direcciona una referencia. El nivel uno son servicios ambulatorios y resuelve problemas de salud de corta estancia (MSP, 2013). Entre estos podemos anotar:

Centro de salud de servicio itinerante para atención a poblaciones dispersas hasta 3500 habitantes.

Centro de Salud tipo A de 3000 a 10000 habitantes con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, centro de toma de muestras, sala de reuniones.

Centro de salud tipo B de 10001 a 50000 habitantes con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, centro de toma de muestras y laboratorio servicios de Imagenología (rayos x y ecografía), sala de reuniones.

Centro de salud tipo C de 25001 a 50000 habitantes con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, centro de toma de muestras y laboratorio rehabilitación, y atención de partos, servicios de Imagenología (rayos x y ecografía), sala de reuniones (MSP, 2013).

El **segundo nivel** cuando el primer nivel no solucionó el problema y al analizar el caso se determina si requiere el segundo nivel de atención el cual comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada incluidas las que se requieran de hospitalización. Se desarrolla nuevas modalidades de atención basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como cirugía ambulatoria, el hospital del día, es una atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor, en caso de no resolver la situación de salud se referirá al tercer nivel (MSP, 2013).

El **tercer nivel** son instituciones de salud que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios pero que tienen el carácter de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional, resuelve los problemas de salud de alta complejidad, pues están capacitados para ello a través de recursos y de tecnología de punta, intervenciones quirúrgicas de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos (MSP, 2013).

El **cuarto nivel** se presenta en casos más concretos en el que se concentra la experimentación clínica, pre- registro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población (Vogel, 2012).

Las líneas de trabajo establecidas para el sistema de salud nacional son:

Promoción.- es la información a través de herramientas comunicativas para mejores prácticas del cuidado a la salud, a fin de generar conocimiento que concientice a la población, sobre los mecanismos de prevención y detección temprana orientado a equilibrar hacia un estilo de vida saludable (Vogel, 2012).

Prevención.- adoptar medidas precautelares a fin de mejorar y conservar la salud en armonía, antes de que aparezca la enfermedad, o para aplazar o detener el proceso de la misma, debe ser impulsada para el autocuidado de la salud, a través de chequeos médicos, acciones antiparasitarias y mediante hábitos que busquen el desarrollo de las potencialidades físicas, psíquicas y sociales para promover el bienestar.

La promoción y prevención van de la mano, nuestra relación como individuos es necesaria con el entorno, las cosas y los demás, cambiar nuestra actitud vital y la forma en que asumimos el

estilo de vida influye notablemente en el bienestar personal, pues resulta mejor invertir en prevención que en un tratamiento curativo (MSP, 2013).

Recuperación.- asistencia médica que incluye evaluación, diagnóstico, tratamiento y control para mejorar la salud en sus capacidades. Para el desarrollo de esto se trabaja en cuatro direcciones:

- **Gestión.-** rectoría, gobernabilidad, descentralización y desconcentración de funciones en áreas autónomas.
- **Planificación.-** planes competencias y división territorial con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad, para alcanzar el objetivo del buen vivir establecido en la Constitución.
- **Regulación.-** acciones de control y seguimiento en el cumplimiento de responsabilidades.
- **Redistribución.-** de servicios destinados a los usuarios finales acercándolos al territorio con procesos agregados de valor en los programas de salud.

Rehabilitación.- al margen de la realidad nacional con profesionales y servicios de salud especializados, con personal de salud con formación específica y capacitación en sus áreas de atención. En cuanto a los usuarios de salud dar continuidad de la atención sanitaria a través del seguimiento, para evitar complicaciones y secuelas después del padecimiento, hasta solucionar la necesidad de salud.

Ante esto enunciamos cada uno de metas y objetivos que en atención primaria en salud se desea cumplir, para brindar una atención con calidad y calidez en nuestros usuarios (Vogel, 2012).

1.1.7 Políticas de la Institución.

En el Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir

“Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población”: plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud: el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; el reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas.

En la Política 3.2

Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.

META: Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41,0%.

En la Política 3.3

Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.

META: Erradicar la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años.

En la Política 3.4

Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.

META: Revertir la tendencia de la incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5 a 11 años y alcanza el 26,0%.

En la Política 3.5

Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos.

META: Reducir y mantener la letalidad por dengue al 0,08%

En la Política 3.6

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.

META: Aumentar al 64,0% la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.

En la Política 3.7

Propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entornos.

META: Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos. (Plan Nacional de Desarrollo/Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, pp. 56-58).

1.2 Marco conceptual

1.2.1 Salud

La Salud es un derecho de todo ser humano y “es el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Organización Mundial de la Salud, (1946) p. 100.

En varios países vecinos así como en el Ecuador se ha venido trabajando desde hace algunos años con el propósito de implementar un Modelo de Atención de Salud que garantice el cumplimiento de este derecho “y este basado en principios de universalidad en el acceso, equidad, integralidad en la atención, calidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, descentralización y participación ciudadana” Ministerio de Salud Pública del Perú (2005) p.18

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

La Ley del Sistema Nacional de Salud en el Art. 6 suscribe un *“Modelo de atención con énfasis en la Atención Primaria y Promoción de la Salud, basado en procesos continuos y coordinados de atención a personas y su entorno; gestión desconcentrada descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas”*.

Bajo este concepto se asume a importancia del MAIS - FCI (Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural que consiste en el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad.

El Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) asume el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. (Dirección Nacional de articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, 2012).

Durante los últimos cuatro años la República del Ecuador, ha iniciado avances en la calidad de vida de sus ciudadanos y la economía del país, en gran parte debido a las políticas establecidas por este gobierno.

Entre los ejes prioritarios para la transformación del sector salud, está el fortalecimiento del MAIS-FCI, incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, cuya implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico.

Estos cambios son pasos importantes hacia la aplicación del “Plan Nacional para el Buen Vivir”, una estrategia de cinco años, adoptado en 2013-2017 para garantizar que las familias ecuatorianas cumplan los requisitos económicos y sociales básicos necesarios para vivir una vida digna y gratificante

1.2.3 Atención Primaria de Salud

La atención primaria de salud es el acceso ampliado a un paquete básico de intervenciones sanitarias y medicamentos esenciales para la población del medio. Lo que se focalizan en salud materno infantil, cuidado de la salud de todos los miembros de la comunidad, reducción de enfermedades, principalmente infecciosas y agudas, respuesta integral a las expectativas y necesidades de las personas, considerando todos los riesgos y enfermedades pertinentes, Mejora de la higiene, el abastecimiento de agua, el saneamiento y la educación sanitaria a nivel de las comunidades, Participa en forma de movilización de recursos locales y gestión centrada en la salud a través de comités locales de salud. (OMS, 2008, pp. XVI)

1.2.4 Niveles de Atención de Salud.

Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. “Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, si no en el de los problemas de salud que se resuelven”. (Vignolio, 2011, p.8). En Ecuador los establecimientos de servicios de salud, se clasifican por Nivel de Atención y de acuerdo a su capacidad resolutoria, mismos que se encuentra en el Acuerdo Ministerial No. 1162 del Manual del Modelo de Atención en Salud, que son los siguientes:

Primer Nivel de Atención.- es la puerta de entrada obligatoria al Sistema de Salud y debe resolverse el 80% de necesidades de salud, por su contacto directo debe cubrir a toda a su población a cargo, este nivel debe resolver o cubrir las necesidades básicas y/o más frecuentes, sus servicios estarán encaminados a la familia, individuo y comunidad enfatizando en la prevención y promoción realizando actividades intra y extramurales.

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, siendo centros de atención de salud con infraestructura y personal capaz de brindar atenciones complejas, prestando servicios medico quirúrgicos en hospitalización o ambulatoria a personas afectadas de patologías complejas que requiere cuidados especializados de alta complejidad. (Dirección Nacional de articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, 2012)

1.2.5 Red de Servicios de Salud.

Dentro del componente organización del Modelo de Atención Integral de Salud el desarrollo de la Red Pública Integral de Salud y su complementariedad con el sector privado a nivel territorial es prioritaria, de tal manera que se afirma que “para el Sistema Nacional de Salud, es un desafío la construcción de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) que se complementa con el sector privado con y sin fines de lucro, de forma complementaria y que en conjunto, en forma progresiva, estructura una red integrada de servicios de salud.” Ministerio de Salud Pública, (2014,) *Red Publica Integral de Salud*, p.20.

Por lo tanto la red, desarrollando acciones para garantizar su funcionamiento integrado, en el marco de las leyes, políticas públicas y lineamientos estratégicos del sector. Está integrada por: el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y algunas instituciones externas privadas de prestación de servicios de salud, su

objetivo es articular, coordinar, concertar y asegurar el ejercicio de la rectoría sobre las instituciones de la Red Pública y Complementaria.

La coordinación y funcionamiento se da a la integración que se ha iniciado por los servicios de I, II y III nivel de atención entre estas instituciones se realiza mediante el mecanismo de referencia y contra referencia que es el procedimiento médico.-administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención, “para facilitar el envío.-recepción y regreso de los pacientes, con el propósito de brindar atención médica, oportuna e integral”. Red Salud Publica, (2015) Convenio Interinstitucional N°0000017, p.6

Como parte fundamental de la red se encuentra: El Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud que “es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud, tanto institucionales, como profesionales, proporcionados por las instituciones de salud públicas y privadas en el marco de la red pública integral y complementaria del Sistema Nacional de Salud.” Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2014) Acuerdo Ministerial No. 00004928. El Tarifario permite establecer el monto de pago para cada uno de los procedimientos utilizados para la atención de salud; tales como honorarios médicos, servicios institucionales ambulatorios u hospitalarios, etc., por medio de la integración de las unidades de valor relativo de los procedimientos y el factor de conversión monetario.

1.2.6 Financiamiento del Sistema de Salud.

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

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

Las fuentes de financiamiento para la salud generalmente son públicas, privadas y externas; las mismas que pueden usar mecanismos de financiamiento como seguro social o privado. “La forma de asignar los recursos, determina la producción de los servicios” Pesantez, M. (2011)

Guía Didáctica Economía y Salud. Ecuador .p.93 Determinando algunas formas de asignación de recursos entre ellos por: presupuesto, producción, capitación o reembolso basado en casuística.

1.2.7 Gestión productiva de los Servicios de la Salud.

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

“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

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

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

1.2.8 Costos en Salud.

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

1.2.8.1 Costo.- “es el gasto económico que representa la producción de un bien o la prestación de un servicio”. Pesantez, M. (2012) *Economía y Salud. Ecuador* p.48 .En salud es todo el monto de recursos que se invierten en cada uno de los aspectos del proceso de atención para la salud.

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

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

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

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

1.2.8.6 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. (2011) *Guía Didáctica Economía y Salud*. Ecuador .p.91.

1.2.8.7 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.

Entre otros indicadores económicos se perfila en el análisis de **coste utilidad**, el cual se refiere a la utilidad obtenida en relación al costo. Al ser las unidades analizadas de tipo público puede hacerse esta valoración en relación al impacto que produce el mantener este servicio respecto a la capacidad instalada y además cabe mencionar respecto a este indicador el análisis del VAN y TIR como métodos de análisis que evalúa la factibilidad de los proyectos.

1.2.9 Tarifario del Sistema Nacional de Salud: es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud, tanto institucional como profesional, proporcionados por las instituciones de salud públicas y privadas en el marco de la red pública integral y complementaria.

Factor de conversión monetario: Es el valor fijo expresado en dólares americanos que se asigna a los servicios y procedimientos para establecer la tarifa. Este factor se lo actualizará anualmente considerando:

– Porcentaje de inflación oficial anual.

– Recomendaciones de la Comisión Técnica Interinstitucional, en base la estructura de costos estándar.

1.2.9.1 Clasificación de los Componentes del Sistema Tarifario

- **Tarifario de servicios institucionales:** Incorpora los eventos de atención que reflejan el consumo de servicios generados por el empleo de área física, de equipamiento y tecnología, por la prestación del personal no médico de la institución y otros gastos operacionales y no operacionales, tales como mantenimiento, seguros, pago servicios públicos, gastos de financiamiento, etcétera:

Servicio de habitación, derechos de sala: sala terapia intensiva, neonatología, urgencias, quirófano; servicio de apoyo diagnóstico: laboratorio, imagen; ambulancia; visitas domiciliarias

- **Tarifario de servicios profesionales:** Estima el valor de la práctica médica en las diferentes áreas de especialidad y subespecialidad para todos los profesionales de la salud.

Dentro de esta clasificación constan: honorarios generales y de especialidad; atención ambulatoria, cirugía, anestesiología y ciertos procedimientos de interpretación de servicios de apoyo diagnóstico.

- **Sistema de Información Gerencial:** Conjunto de componentes interrelacionados que recolectan, procesan, analizan y distribuyen información para apoyar la toma de decisiones y el control de una organización (Laudon & Laudon, 2004)

Tres elementos fundamentales: gerencia estratégica: acciones, toma de decisiones soluciones destinadas a alcanzar eficientemente las metas establecidas de la organización.

Procesos administrativos internos: desarrollo de componentes individuales de cada organización que viabilizan procesos. El análisis coste efectividad, se emplea para comparar tecnologías sanitarias, permitiendo determinar si el uso de las tecnologías es el adecuado y/o implementar tecnologías de mayor complejidad para resolución de problemas haciendo énfasis que a mayor costo mejor su efectividad.

1.2.10 Presupuesto

Cumple un doble papel, es uno de los sistemas que integran la administración financiera pública y, al mismo tiempo es una herramienta de ejecución de políticas y planes a mediano y corto plazo.

➤ Componentes.

Todo presupuesto tiene los siguientes componentes:

- Los objetivos y las metas a alcanzar en el año fiscal por cada una de las entidades con los créditos presupuestarios que el respectivo presupuesto aprueba.
- Los gastos, que como máximo pueden contraer las entidades durante el año fiscal, en función de los créditos presupuestarios aprobados.
- Los ingresos que financian dichas obligaciones (Cruzneyda, 2013)

1.2.11 Eficiencia, Eficacia y Calidad.

En salud estos conceptos se los puede analizar tanto como procedimientos o servicios y además tomando en cuenta las instituciones que los prestan.

Eficiencia.- son los resultados conseguidos con relación a los recursos consumidos.

Eficacia: Se refiere al “grado de cumplimiento de los objetivos de la organización, sin referirse al costo de los mismos”. (Pitisaca, 2012, p. 43) Puede ser algo imparcial porque solo analiza los objetivos alcanzados dejando de lado otros parámetros necesarios e incluyentes en los procesos.

Calidad: Capacidad de la institución por responder en forma consistente, rápida y directa a las necesidades de los usuarios.

CAPITULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

El Sistema de Marco Lógico es una de las herramientas principales que utilizan las instituciones para diseñar y planificar sus proyectos o programas y se compone de una secuencia de 5 pasos metodológicos:

1. El Análisis de Involucrados
2. El Análisis de Problemas
3. El Análisis de Objetivos
4. El Análisis de Alternativas
5. La Matriz del Marco Lógico

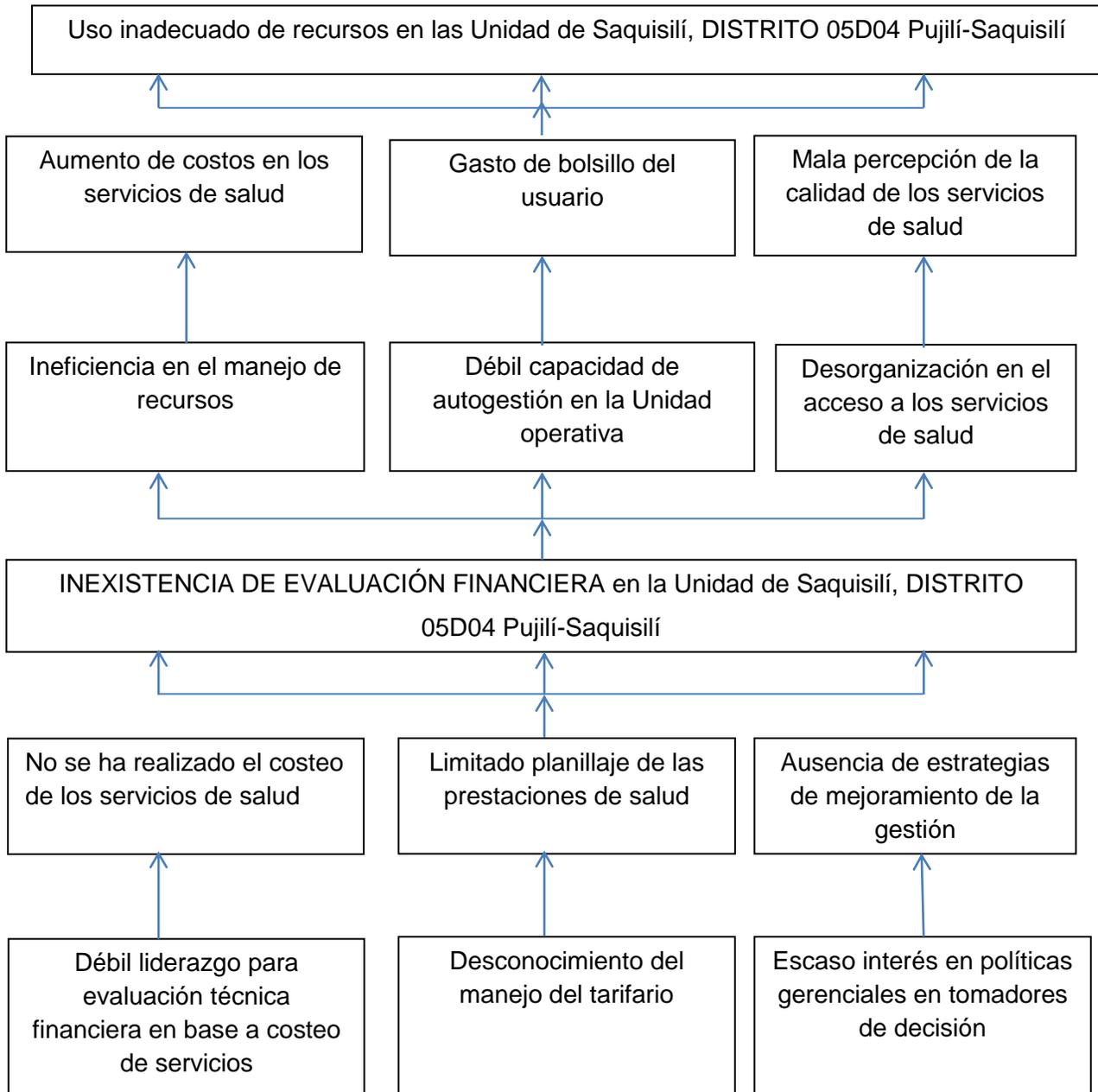
El Sistema de Marco Lógico es actualmente utilizado para conceptuar, diseñar, ejecutar, seguir el desempeño, evaluar y comunicar información fundamental sobre el proyecto en forma resumida.

2.1 Matriz de involucrados.

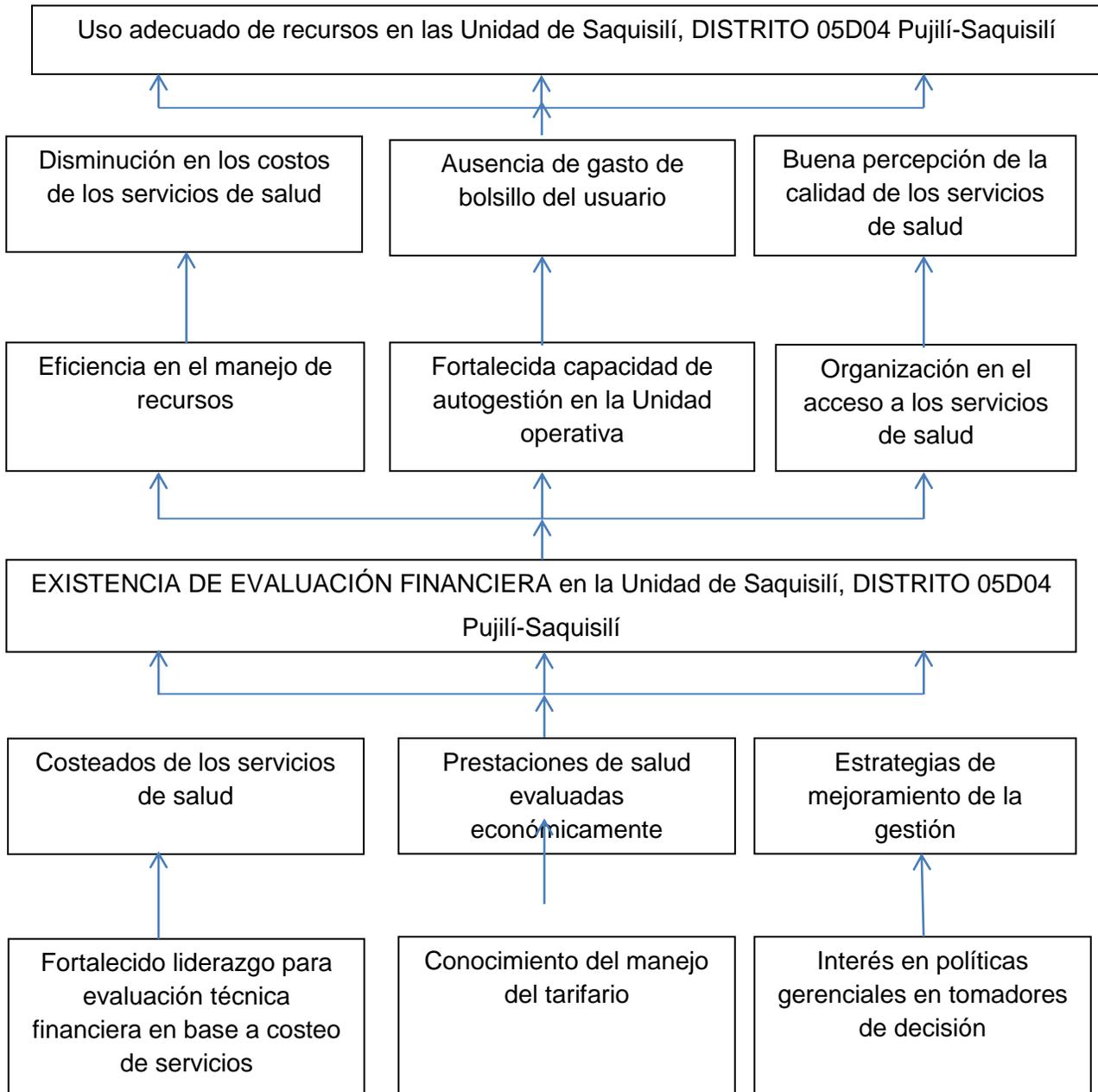
GRUPOS O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Director de la Unidad Médica	Contar con información y respaldos para la Evaluación Financiera y toma de decisiones	1.- Reglamento General a la Ley orgánica del Sistema Nacional de salud. Decreto ejecutivo 3611. CAPITULO II DE LAS NORMAS APLICABLES A LAS FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Art. 11, 21, 23 2.- Reglamento General para la Aplicación del Proceso de Licenciamiento de los servicios de salud. Acuerdo Ministerial 0288. CAPITULOS I al V y sus artículos. En vista que son recursos mínimos para acreditar con estándares de salud internacionales. 3.-OBJETIVO 3 DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR. Política 3.3 PNBV ; lineamiento J.	Inexistencia de evaluación financiera

<p>Unidad Financiera</p>	<p>Trabajar como equipo para poder obtener información y resultados reales del estado financiero.</p>	<p>1.- Reglamento General para la Aplicación del Proceso de Licenciamiento de los servicios de salud. Acuerdo Ministerial 0288. CAPITULOS I al V y sus artículos. En vista que son recursos mínimos para acreditar con estándares de salud internacionales. 2.- OBJETIVO 3 DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR. Política 3.3 PNBV ; lineamiento J.</p>	<p>Falta de evaluación financiera en la unidad de Salud del MSP</p>
<p>Personal de la Unidad</p>	<p>Trabajan por la mejora de la calidad de salud de los funcionarios.</p>	<p>1.-LEY ORGANICA DE SALUD TITULO II, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES CAPITULO I, ART. 53. CAPITULO V SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO, Arts. 117 al 121.</p>	<p>Falta de análisis para conocer si sus prestaciones son de eficientes efectivas</p>
<p>Egresado de la Maestría</p>	<p>Proponer el plan para evaluación financiera del departamento médico del Ministerio de Finanzas</p>	<p>1.- Reglamento General de Aplicación a la Ley Orgánica de Educación Superior, Art. 19.- De la nómina de graduados y la notificación a la Secretaría Nacional de Educación superior, Ciencia, Tecnología e Innovación 2.- Reglamento de Régimen académico; Título I Ámbitos y Objetivos Artículo 9.- Educación superior de posgrado o de cuarto nivel.- Literal c.- Maestrías</p>	<p>Falta de coordinación interinstitucional y comunicación entre las áreas.</p>

2.2. Árbol de problemas



2.3 Árbol de objetivos



2.4 Matriz del marco lógico.

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Contribuir al uso adecuado de recursos en las Unidad de Saquisilí	Niveles de productividad de los servicios de salud: Alto => 80% Medio = 60 y 80% Bajo < 60%	Informe de producción de los servicios de salud	Alto compromiso del nivel directivo para facilitar los recursos en la ejecución de las actividades.
PROPOSITO Evaluación financiera en la Unidad de Saquisilí 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
Prestaciones de salud planilladas.	100 % de prestaciones de salud planilladas a diciembre 2014	Informes de planillas de los centros de costos	Entrega de información requerida
Estrategias de mejoramiento de gestión financiera formuladas	N° de indicadores de gestión financiera formuladas en la unidad de salud.	Informes de indicadores de gestión financiera presentados	Apoyo de los directores de la unidad para su implementación

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO \$
RE 1. Servicios de Salud costeados.			
1.1.Socialización del Proyecto	Maestranteros UTPL, Tutores	18-22 Noviembre 2014 07 de Marzo 2015	100 dólares
1.2.Taller de inducción al proceso de costos	Maestranteros UTPL, Tutores	23 de Enero 2015	100 dólares
1.3 Recolección de información.	Fabricio Aguirre Maestrante UTPL	22 de Diciembre- 29 de Mayo 2015	20 dólares
1.4 Instalación de programa winsig para procesamiento de datos.	Tutores UTPL	18 de Abril al 17 Mayo 2015	15 dólares
1.4 Generación de resultados de costos	Fabricio Aguirre Maestrante UTPL Dr. Luis Reyes Tutor	Septiembre – Octubre 2015	
RE2. Prestaciones de salud planilladas			
2.1 Socialización del manejo del tarifario del sistema nacional de salud.	Tutores UTPL	18-22 Noviembre 2014 07 de Marzo 2015	200 dólares
2.2. Recolección de información de producción del establecimiento de salud	Fabricio Aguirre Maestrante UTPL	22 de Diciembre- 29 de Mayo 2015	20 dólares
2.3.Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud actual	Fabricio Aguirre Maestrante UTPL	Septiembre – Octubre 2015	-

RE3. Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera formuladas			
3.1. Calculo de punto de equilibrio	Fabricio Aguirre Maestrante UTPL	Noviembre 2015	-
3.2. Socialización de resultados	Fabricio Aguirre Maestrante UTPL Directivos unidad de salud	Noviembre 2015	150 dólares
3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	Fabricio Aguirre Maestrante UTPL Directivos unidad de salud	Noviembre 2015	150 dólares
3.4. Presentación de informe final a autoridades zonales.	Fabricio Aguirre Maestrante UTPL Directivos unidad de salud	Noviembre 2015	100 dólares

CAPÍTULO III
RESULTADOS

1. Resultado.- 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. MSP-DNPNAS-2015-0242-M. La viceministra de salud socializo con las coordinaciones zonales, la suscripción del convenio con la UTPPL para el desarrollo de proyecto denominado Evaluación financiera de los establecimientos del primer nivel.
- Suscribimos con el MSP, la carta de confidencialidad para garantizar el buen uso de la información solicitada.
- Mediante Quipux en memorando N°. MSP-CZONAL3-2015-1414, La Coordinación zonal 3, socializa con los Directores distritales el alcance del proyecto, y solicita el apoyo del personal de los distritos para el desarrollo del mismo.
- Con la carta y oficio de la viceministra, con fecha 14 de enero del presente año y con el apoyo de la tutora Ec. Mary Pesantez, 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.

- Evaluar la gestión frente a las demandas impuestas en el Modelo Integral de Salud MAIS.
 - Evaluar la oferta y demanda de los servicios de primer nivel dentro de su competencia.
 - Propuestas de mejoramiento de la gestión.
- El director distrital se ha comprometido apoyar en la ejecución del proyecto, brindando las facilidades para obtener la información necesaria.

Resultado del indicador de la actividad.

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

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

Actividad 1.2 Taller de inducción al proceso de costos

- Con el apoyo del Director Zonal 3 de Provisión de Servicios de Salud, Director Zonal 3 de Calidad, Analista Responsable del Primer Nivel de Atención de la Zona 3, y apoyo técnico de especialista en costos, se mantuvo en la ciudad de Riobamba con fecha 5 de Agosto del 2014, sesiones de trabajo con el personal operativo responsable de Talento Humano, Financiero, Estadística del Distrito responsables administrativo de la gestión de las unidades médicas intervenidas.

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

- Conceptualización general de la economía de la salud, su importancia, alcance.
- Beneficios de contar con costos de los servicios médicos.
- Conceptos generales de costos, gasto, costo fijo, costo variable, costo directo, costos indirectos.
- Características de los centros de costos o centros de gestión.
- Explicación amplia de los componentes de costos

- Importancia de un sistema de información adecuado
- Explicación de cómo llenar las matrices que se utilizaran para recolectar la información para el costeo, de manera especial: Mano de obra, uso de medicamentos, insumos, materiales, servicios básicos, depreciación de bienes, uso de infraestructura, producción, etc.
- Se suscribieron compromisos de entrega de información en los plazos previstos

Resultado del indicador de la actividad.

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

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

Actividad 1.3 Recolección de información

Con el apoyo técnico de la tutora Ec. Mary Pesantez, 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 05D04 Saquisilí – Pujilí.

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

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

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

Resultado del indicador 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, ya que no se dispone de un sistema de información técnicamente diseñado y orientado a obtener resultados como los que pretendemos alcanzar, sin embargo reconocemos que es muy orientador, ya que el 80% aproximadamente de la carga del costo está en mano de obra, información que si fue posible obtener.

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

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

Se adjuntan las matrices correspondientes.

Indicador: Total de unidades con información completa /total de unidades intervenidas

Actividad 1.4 Procesamiento de datos.

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

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

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:

- El profesional
- El lugar de atención
- El sexo del paciente
- CE 10
- Consultas de prevención
- Consultas de morbilidad
- Procedimientos

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

Del procesamiento de datos de la unidad de Saquisilí, durante el ejercicio económico 2014, se concluyen los siguientes resultados:

1.- Costo de atención

COSTO DE ATENCIÓN			
Nombre de la unidad	Costo total	Número atenciones	Costo por atención
Saquisilí	1.372.167,10	54.670,00	25,10
Total	1.372.167,10	54.670,00	25,10

Fuente: WINSIG

Elaborado por: Fabricio Aguirre

Como se puede observar en la Unidad Saquisilí el costo de la consulta es de USD 25,10, tomando en consideración que al momento de revisar el número de consultas en el RDACAA, se ha podido observar que ciertos días del mes hay reporte de hasta 151 consultas diarias en el establecimiento.

2.- Costo por población asignada

COSTO DE ATENCIÓN PER CAPITA			
Nombre de la unidad	Costo total	Población asignada	Costo por habitante
Saquisilí	1.372.167,10	25.320,00	54,19
Total	1.372.167,10	25.320,00	54,19

Fuente: WINSIG

Elaborado por: Fabricio Aguirre

El costo per cápita es de USD 54,19, cabe recalcar que la población de Saquisilí es de 25320, el total de consultas entre médicas, odontológicas, psicológicas es de 39184, lo que indica que tiene una buena aceptación y que es un centro de salud que recibe referencias de otras unidades de salud menos complejas.

3.- Costo de servicios

El MSP, propone un sistema de planillaje según el costo estimado por consulta ejecutada en las unidades de salud del sector público. Esta tarifa se ajusta según el alcance resolutivo que mantenga cada unidad.

4.- Componentes del costo de servicios

Para costear los servicios de salud de las unidades médicas se tomó como referencia a Consulta externa, Visita domiciliaria, Odontología, Promoción de la salud.

5.- Costos directos.

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

Respecto a la producción médica y odontológica se mantienen los rangos considerados como estándar, sin embargo pese al existir costos de servicio para visitas domiciliarias y promoción de salud la producción para las 5 unidades es relativamente baja, esto se aprecia en las siguientes matrices:

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

COSTOS DIRECTOS DE SERVICIOS SAQUISILÍ			
Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
Consulta externa	765.828,28	586.081,28	76,52907
Visita domiciliaria	71.719,74	62.431,88	87,04979
Odontología	213.831,02	186.189,44	87,07317
Psicología	7.248,40	6.309,72	87,04983
Emergencia	275.772,13	240.059,04	87,04978
Promoción de la salud	23.647,02	20584,68	87,04978
Total	1.334.399,57	1.081.071,36	81,01557

Fuente: WINSIG

Elaborado por: Fabricio Aguirre

6.- Costos indirectos

COSTOS INDIRECTO DE SERVICIOS SAQUISILÍ			
Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo directo
Consulta externa	765.828,28	179.747,00	23,47
Visita domiciliaria	71.719,74	9.287,86	12,95
Odontología	213.831,02	27.691,58	12,95
Psicología	7.248,40	938,68	12,95
Emergencia	275.772,13	35.713,09	12,95
Promoción de la salud	23.647,02	3.062,34	12,95
Total	1.358.046,59	256.440,55	88,22

Fuente: WINSIG

Elaborado por: Fabricio Aguirre

7.- Costos netos

COSTO INTEGRAL Y COSTOS NETO 2014			
NOMBRE DE LA UNIDAD	Servicio	Costo Integral	Costo Neto
Saquisilí	Consulta	26,14	19,36
Saquisilí	Odontología	23,20	23,20
Saquisilí	Visita	214,09	214,09
Saquisilí	Psicología	22,03	22,03
Saquisilí	Promoción en salud	606,33	606,33
Saquisilí	Emergencia	12,37	12,37
Total		904,16	897,38

Fuente: WINSIG

Elaborado por: Fabricio Aguirre

8.- Costos fijos

COSTOS FIJOS		
NOMBRE DE LA UNIDAD : SAQUISILÍ		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Remuneraciones	1.080.342,94	78,73
Servicios básicos	13.367,81	0,97
Depreciaciones	54.732,08	3,99
Vigilancia	11.211,30	0,82
Seguro	4.130,32	0,3
Uso edificio	6.820,20	0,5
Total	1.170.604,65	85,31

Fuente: WINSIG

Elaborado por: Fabricio Aguirre

9.- Costos variables.

COSTOS VARIABLES		
NOMBRE DE LA UNIDAD : SAQUISILÍ		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Combustibles, lubricantes	4.033,07	0,29
Material de oficina	13.963,24	1,02

Material de aseo y limpieza	3.652,32	0,27
Insumos médicos	17.412,30	1,27
Medicinas	106.040,20	7,73
Material de laboratorio	1.642,3	0,12
Biomateriales odontológicos	25.485,68	1,86
Otros servicios	29.333,34	2,14
Total	201.562,45	14,70

Fuente: WINSIG

Elaborado por: Fabricio Aguirre

Resultado del indicador de la actividad.

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

Indicador: Total de unidades con resultados de costos de servicios/total de unidades en estudio

2. RESULTADO.- Servicios de salud planillados.

Actividad 2.1 Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud

Con el apoyo de las autoridades de la Coordinación Zonal 3, se procedió a convocar al Director Distrital, Director médico, responsable financiero del distrito, a fin de socializar sobre la estructura y manejo de Tarifario del Sistema Nacional de Salud.

Dicha capacitación se realizó el 30 de mayo en la ciudad de Riobamba, 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
- Ambulancias

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.

Resultado del indicador de la actividad.

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

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

Actividad 2.2 Recolección de información

Para la recolección de datos que permitan la facturación o planillaje de los servicios prestados por la unidad médica, 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:
- Primeras: 20 minutos
- Subsecuentes: 15 minutos
- Consultas preventivas: 30 minutos
- Consultas de control (solo para revisión de exámenes): 10 minutos
- Visita domiciliaria de 45 minutos

Resultado del indicador de la actividad.

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, recalando 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 ello. 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: Saquisilí

Prestaciones	Valor planillado anual	% de participación.
Consultas de morbilidad	213.847,242	23,20
Consultas de prevención	33.5081,42	36,36
Promoción de la salud	1012,32	0,11
Visita domiciliaria	8.954,55	0,97
Odontología	120.894,19	13,12
Procedimientos	141,08	0,02
Imagen	38.389,00	4,17
Laboratorio	203.255,07	22,06
Emergencias		
Sala de partos		
Rehabilitación		
Total	921.574,872	100,00

Fuente: Matrices de planillaje Saquisilí

Elaborado por: Fabricio Aguirre

Del análisis de la información del Centro de Salud de Saquisilí se concluye lo siguiente: las actividades de promoción, procedimientos, visitas domiciliarias y procedimientos alcanzan un valor de 1,1% lo que indica que estas actividades casi no se realizan.

Resultado del indicador de la actividad.

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

3. RESULTADO.- Estrategias de mejoramiento.

Actividad 3.1 Calculo del punto de equilibrio.

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

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

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

Donde:

PE = Punto de Equilibrio

CF = Costos Fijos

CV = Costos Variables

VT = Ventas Totales – Facturación

Resumen de punto de equilibrio de unidades intervenidas

PUNTO DE EQUILIBRIO: SAQUISILÍ	
COSTOS FIJOS	1.170.604,65
COSTOS VARIABLES	201.562,45
COSTOS TOTALES	1.372.167,10
VALORACION DE INGRESOS SEGÚN TARIFARIO	678.918,48
PE USD	1.664.889,68
PE %	(145,23)

La unidad en estudio tiene niveles de facturación inferiores al costo total, en la unidad se presenta este fenómeno por registrar en un sistema la producción de enfermería, del personal auxiliar, en ciertas ocasiones los procedimientos no ingresan en el RDACAA, se debe a que no hay costos de biológico, uso de inmueble, etc.

Implica solicitar urgente un sistema de información, para el presente estudio se implementó una matriz en la que recopila la información de costos del biológico e insumos, cabe recalcar que esto es observado por contraloría y debe coincidir con lo aplicado en cada unidad de salud.

Resultados del indicador.

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta.

Se obtuvieron los resultados de la facturación y puntos de equilibrio de los servicios de las 5 unidades propuestas durante el período enero- diciembre 2014

Indicador: Número de unidades facturadas /número de unidades propuestas

Numerador 5 Denominador 5 Resultado 100%

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 05D04 Saquisilí - Pujilí 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 agosto del presente ejercicio económico.

Actividad 3.3 Diseño de estrategias de mejoramiento.

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

1.1.1 Implementar un sistema de monitoreo de la atención médica

- La producción de las unidades médicas, por médico

- La atención médica brindada por sexo y edad
- Atención médica por tipo de profesionales
- Atención médica por tipo de afiliación
- Atención médica por tipo de consulta: Prevención y morbilidad
- Atención médica por tipo de consultas: Primeras, subsecuentes
- Promedio de atención por médico
- Frecuencia de uso de consultas
- Atención médica según lugar de atención
- Atención médica según diagnóstico
- Procedimientos realizados en el primer nivel
- Referencias desde el primer nivel
- Interconsultas realizadas desde el primer nivel.

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

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

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

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

Los resultados del trabajo de monitoreo realizado en las 5 unidades intervenidas son los siguientes:

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

COMPONENTES	SAQUISILÍ
ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	
Comités de salud local funcionando	SI
COMITES DE USUARIOS O GRUPOS ORGANIZADOS Y FUNCIONANDO	
Grupos de adultos mayores	SI
Grupos de diabéticos	SI
Grupos juveniles	SI
Grupos de personas con discapacidad	NO
Otros especifique HTA y madres adolescentes	SI
DIAGNOSTICOS SITUACIONAL INICIAL	SI
DIANGOSTICOS DINAMICOS	NO
SALA SITUACIONAL IMPLEMENTADA Y ACTUALIZADA	SI
PLANES DE SALUD LOCAL FORMULADOS DE ACUERDO A NORMATIVA Y HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN ESTABLECIDAS POR EL MSP	NO
COMPROMISOS DE GESTIÓN	SI
ACCIONES DE SALUD MONITOREADAS Y EVALUADAS	SI

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

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

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

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

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

Para el efecto, se prepara la siguiente herramienta:

CONSULTAS POR EL LUGAR DE ATENCION: ENERO CUADRO MENSUAL SAQUISILÍ															
Nombre de la unidad	Establecimiento	Comunidad	Centro educativo	Domicilio	Albergues	Centro integral del buen vivir	Centro de educación a inicial	Escuelas interculturales		Emergencia ambulatoria	Centro de rehabilitación	Grupos laborales - fábricas	Crecidad o con nuestros hijos	Otros	Total
Enero	2953	15	222	0	0	12	0	0		0	0	0	0	1	3203
Febrero	2792	11	249	15	0	135	1	0		3	0	0	0	0	3206
Marzo	2719	5	402	5	0	11	0	0		0	0	0	0	0	3142
Abril	3950	6	350	1	0	28	0	0		0	7	0	0	1	4343
Mayo	3136	8	490	3	0	25	0	0		0	0	0	0	0	3662
Junio	2813	56	195	2	0	16	0	0		0	0	0	27	9	3118
Julio	3451	9	28	14	0	83	0	0		0	0	0	0	0	3585
Agosto	2246	84	0	102	0	0	0	0		0	0	0	0	0	2432
Septiembre	3039	0	0	166	0	49	0	0		0	0	0	0	0	3253
Octubre	3058	27	0	0	0	38	0	0		0	0	0	0	0	3123
Noviembre	3132	92	0	19	0	27	0	0		0	0	0	0	14	3284
Diciembre	2772	0	47	8	0	15	0	0		1	0	0	0	0	2843
Total	36061	313	1983	335	0	438	1	0		4	7	0	27	25	39194

Fuente: RDACAA Saquisilí

Elaborado por: Fabricio Aguirre

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

Actividad 3.1.Cálculo de indicadores de monitoreo y evaluación.

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

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

1. INDICADORES DE ESTRUCTURA			
INDICADORES DE DISPONIBILIDAD			
INDICADOR	FORMULA	QUE MIDE	SAQUISILÍ
Razón horas médico contratadas al año x habitante	$\frac{\text{N}^\circ \text{ horas médico contratadas}}{\text{población asignada}}$	Disponibilidad de horas médico por habitante	0,08
Razón horas odontólogo contratadas al año x habitante	$\frac{\text{N}^\circ \text{ horas odontólogo contratadas}}{\text{población asignada}}$	Disponibilidad de horas odontólogo por habitante	0,2
Razón horas enfermera contratadas al año x habitante	$\frac{\text{N}^\circ \text{ horas enfermera contratadas}}{\text{población asignada}}$	Disponibilidad de horas enfermera por habitante	0,92

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.

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

2.- INDICADORES DE PROCESO			
INDICADORES DE EXTENSIÓN DE USO			
			SAQUISILÍ %
% 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	1,53
% de consultas entre 29 días a 11 meses	Total de consultas de 29 días a 11 meses/total de consultas	Uso de servicios de consulta en lactantes	4,33
% 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	3,10
% de consultas de 5 a 9 años	Total de consultas a menores de 5 a 10 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en escolares	0,9
% de consultas de 11 a 19 años	Total de consultas a menores de 11 a 19 años/total de consultas	Uso de servicios de consulta en adolescentes	8,64
% de consultas de 20 a 49 años	Total de consultas a personas de 20 a 49 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos	19,91
% de consultas de 50 a 64 años	Total de consultas a personas de 50 a 64 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos	0,98
% 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	0,60
% de atención a mujeres	Total de consultas a mujeres/total de consultas	Uso de servicios de consulta en mujeres	65,17

% de atención a hombres	Total de consultas a hombres /total de consultas	Uso de servicios de consulta en hombres	34,82
% Consultas de prevención	Total de consultas de prevención /total de consultas	Comportamiento de consultas de prevención	37,4
% Consultas de recuperación	Total de consultas de morbilidad /total de consultas	Comportamiento de consultas de recuperación	62,59
% consultas primeras	Total de consultas primeras/total de consultas	Comportamiento de consultas primeras	22,20
% Consultas subsecuentes	Total de consultas a subsecuentes /total de consultas	Comportamiento de consultas subsecuentes	15,20
% consultas en establecimiento	Total de consultas brindadas en establecimiento /total de consultas	Cobertura de atención en establecimiento	92,02
% consultas en comunidad	Total de consultas brindadas en comunidad /total de consultas	Cobertura de atención en comunidad	0,79
% visitas domiciliarias	Total de consultas brindadas en domicilio /total de consultas	Cobertura de atención en domicilio	0,85
% de consultas en otros centros	Total de consultas brindadas en otros centros /total de consultas	Cobertura de atención en centros	6,43
INDICADORES DE INTENSIDAD DE USO			
Frecuencia de uso de consulta 1 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 1 vez en el año.	8787
Frecuencia de uso de consulta 2 consultas	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 2 veces en el año.	3784

Frecuencia de uso de consulta 3 consultas	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 3 veces en el año.	1607
Frecuencia de uso de consulta 4 consultas.	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 4 veces en el año	1205
Frecuencia de uso de consulta 5 consultas	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 3 veces en el año.	1904
Promedio de recetas en consulta	Total recetas despachada en consulta / No consultas	No. recetas recibidas por cada consulta	1,29

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 05D04 Saquisilí - Pujilí, con todos los documentos anexos que evidencien el desarrollo de las actividades propuestas y los resultados obtenidos, generando el compromiso de socializar con los servidores del Distrito y hacer extensiva esta experiencia a las otras unidades del primer nivel de la zona centro del país, para lo cual se cuenta con el apoyo de la Coordinación zonal 3 .

El informe tendrá los componentes del proyecto.

CONCLUSIONES

1.- En primera instancia; mediante el procesamiento de datos del RDACAA (Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias) se validó y organizó la información del número de atenciones médicas y odontológicas por cada unidad y por cada mes, de enero a diciembre del año 2014 para el posterior ingreso de datos a la matriz de facturación, winsig y cálculo de indicadores de las unidad de Saquisilí del Distrito 05D04 Pujilí-Saquisilí.

El total general de consultas obtenido de la sumatoria de la unidad es de 39184 atenciones.

2.- En función de la socialización del proyecto al personal que labora en el distrito 05D04 Pujilí-Saquisilí se logró obtener una base de información respecto a los medicamentos, insumos, materiales médicos y odontológicos así como también datos de material de oficina, aseo, servicios básicos, depreciaciones de bienes muebles y uso del edificio de las unidades ya mencionadas; este proceso permitió un conocimiento objetivo de la realidad económica en base a la producción de atención médica y odontológica; siendo ente complementario para el diseño de las estrategias de mejoramiento planteadas.

3.- Se evidencia una falta de planificación de los recursos, hecho que provocó serias dificultades de asignación del talento humano en los diferentes centros de gestión tales como, consulta en establecimientos, visitas domiciliarias, acciones de promoción de la salud. Esto hace que existan servicios de salud costeados con producción mínima o producción nula, lo que hace que los costos por servicio sean planillados de forma irracional e incoherente.

4.- Con este antecedente se realizó el procesamiento de datos en la matriz de facturación, esto permitió valorar la producción de la unidad en base al Tarifario del Sistema Nacional de Salud

para luego comparar con el costo de producción de los servicios y posterior cálculo del punto de equilibrio; de lo cual se obtuvo lo siguiente:

- ✓ Para el planillaje de las consultas de morbilidad se registraron las primeras consultas con el costo de 20 minutos y las consultas subsecuentes en 15 minutos. Los datos utilizados fueron de la matriz de procesamiento del RDACAA, sin considerar las consultas odontológicas. Dentro de este ítem destaca que anualmente Saquisilí facturó 213847,24 USD.

- ✓ Las consultas de prevención fueron planilladas por ciclos de vida obteniéndose que: Saquisilí facturó 335.081,42 USD.

5.- Una vez ordenados y analizados los respectivos datos se procedió a ingresarlos en el sistema gerencial winsig mediante el siguiente esquema: En la primera parte información económica, en la segunda producción y en la tercera horas de trabajo.

6.- Para el análisis gerencial posterior al procesamiento de datos, se generó el cuadro gerencial 1 y 4 del winsig, consolidado de enero a diciembre por unidad operativa; evidenciándose que se relacionan entre sí los costos integrales y costos netos por servicios.

7.- En el caso de consultas médicas y odontológicas; el costo varía de los 19 a 24 dólares. Las cifras más interesantes en cuanto a costos son las relacionadas con las de visitas domiciliarias y eventos de promoción de la salud, esto se debe a que hay muy pocos eventos de estos servicios REGISTRADOS y hay personal al que se le asigna horas para que se desarrolle esa actividad, estos valores son extremadamente altos e ilógicos si se considera lo que realmente deben costar según su planillaje anual.

8.- El valor PE (Punto de Equilibrio), significa cuando debe facturar cualquier establecimiento para alcanzar el equilibrio entre el ideal y lo ejecutado, con esta lógica y entendiendo que esta es la primera aproximación y además considerando la deficiencia del sistema de información los resultados son:

- ✓ La unidad de Saquisilí presenta un porcentaje de pérdida de (145,23%), tiene ingresos inferiores a los costos de producción, por lo tanto la unidad debe facturar 1664898,68 USD para no ganar ni perder.

9.- Las unidades del primer nivel intervenidas, distan aún mucho de generar todos los productos que el Modelo de Atención MAIS exige, así como los estándares y/o parámetros que se establece para los diferentes componentes de la atención. Se evidencia un proceso de implementación de tipo moderado.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer e institucionalizar la implementación de los procesos de costos y facturación de los recursos en Saquisilí unidad de salud de la Dirección Distrital 05D04 Pujilí-Saquisilí.
2. Reafirmar y fortalecer los conocimientos sobre los temas de costos, facturación, gestión, emitidos al personal de la Dirección Distrital 05D04 Pujilí-Saquisilí.
3. Conservar la implementación de los procesos de monitoreo, control y supervisión de los recursos con el afán de precautelar la inversión que realiza el estado, que tiene como finalidad brindar un servicio de calidad, calidez y eficiencia a toda la población.
4. Implementar un sistema de información sólido, completo, oportuno orientado a la toma de decisiones.
5. La Dirección distrital debe implementar un proceso de planificación y evaluación objetiva de los recursos asignados a sus unidades, garantizando utilizar los recursos en forma óptima, corrigiendo cualquier desviación en forma oportuna.
6. La Coordinación zonal, debe implementar compromisos de gestión con el Director Distrital, para sostener procesos estratégicos que impulsen el mejoramiento continuo y fundamentalmente la consolidación del modelo de atención y de gestión.
7. La Coordinación zonal debe implementar un sistema de rendición de cuentas público, técnicamente diseñado que estimule y fortalezca procesos que generan valor agregado.

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

BIBLIOGRAFIA

1. ARMIJOS, N. (2009). *Guía Didáctica de Planificación Estratégica*. Loja Ecuador. Universidad Técnica Particular de Loja.
2. CHIAVENATO, I. (2011). *Administración de recursos humanos*. México: Mc Graw Hill.
3. DIRECCIÓN NACIONAL DE ARTICULACIÓN Y MANEJO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y DE LA RED PÚBLICA. (2012). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud, Familia, Comunitario e Intercultural*. Quito: MSP.
4. GALLO, E. H. (2011). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud*. Washington, D.C.: OPS.
5. GARCÍA, L. (2007). *Cuidados Enfermeros en atención primaria* (Segunda ed.). Sevilla: MAD, S, L.
6. HIDALGO, A., CORUGEDO DE LAS CUEVAS, I., & DEL LLANO SEÑARIS, J. (2011). *Economía de la Salud*. Madrid: Pirámide.
7. LAUDON, K., & LAUDON, J. (2004). *P. Sistema de Información Gerencial*. Octava edición. México: Pearson Educación.
8. MARTINEZ, A. y. (2009). *Los conceptos de conocimiento. Orientación Metodológica del trabajo de grado*.
9. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (2012). *Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*. Quito-Ecuador: MSP
10. 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

11. OCAMPO, J. E. (2007). *Costos y evaluación de proyectos*. México: Grupo Editorial Patria.
12. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2010). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud - Introducción y Generalidades*. Washington, D.C.: OPS.
13. 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.
14. PESANTEZ LEÓN, M. (2012). *Guía Didáctica Economía y Salud*. Loja-Ecuador: Universidad Técnica particular de Loja.
15. PIEDRA, M. & BUELE, N. (2011). *Diseño Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud*. Loja- Ecuador. Universidad Técnica Particular de Loja.
16. 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.
17. SCHERMERHORN, J. (2010). *Administración*. México: Limusa.

LINCOGRAFÍA

- ✓ ¹CRUZNEYDA, M. (2013). monografias.com. (en línea) acceso: 19-03-2015,
disponible: <http://www.monografias.com/trabajos13/clapre/clapre.shtml>
- ✓ ²Ministerio de Salud Pública. (Marzo de 2013). (en línea) acceso: 19-03-2015,
disponible:<http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-rinde-cuentas-a-la-ciudadania/>
- ✓ ³Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2010). Censo de población y vivienda.
Ecuador acceso : 21-03-2015, disponible: www.ecuadorencifras.gob.ec/
- ✓ ⁴Ministerio de Salud Pública. (2013). Información estadística de producción de
salud. Ecuador. MSP. (en línea) acceso: 30-03-2015, disponible:
<https://public.tableausoftware.com/profile/javier.gaona#!/vizhome/DEFUNCIONES2013/Presentacion>
- ✓ ⁵Ministerio de Salud Pública. (2014). Planificación Estratégica. Ecuador. MSP. (en
línea) acceso: 30-03-2015, disponible: <http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>
- ✓ ⁶Plan Nacional del Buen Vivir. (2013) Objetivos Nacionales para el Buen Vivir. (en
línea) acceso: 03-04-2015, disponible:
<http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion#tabs2>
- ✓ ⁷Sistema Nacional de Información. (2010). Indicadores básicos de población.
acceso:04-04-2015,disponible:
<http://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJAXZfc/opendoc.htm?documentSNI.qvw&host=QVS@kukuri&anonymous=truehttp://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJAXZf>

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN
“EVALUACION FINANCIERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
NIVEL I DE ATENCIÓN - 2014”

ANEXO

1

OFICIO No.MSP-VAIS-2014-0409-O
VICEMINISTERIO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
INFORME TÉCNICO

SUBSECRETARIA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		
 Ministerio de Salud Pública	DIRECCIÓN NACIONAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD	
	INFORME TÉCNICO	Nro.001
		Fecha de elab: 19/08/2014 Área/Proceso: GESTIÓN INTERNA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
		Página 1 de 2

ASUNTO: Informe Técnico de Anuencia de Propuesta de Investigación "Evaluación de la Gestión Financiera" en la Unidades del Primer Nivel enviado por la Universidad Técnica Particular de Loja.

ANTECEDENTE: Respuesta a oficio Nro.024-MGS-UTPL suscrito por la Mgs. Olga Castillo Coordinadora de Titulación (e) de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, PH.D Omar Malangón Director del Área Biológica y Biomédica y la Dra. Jana Bobokova Directora del Dpto. de Ciencias de la Salud, referente a la solicitud de anuencia para la realización de una investigación de evaluación Financiera en las unidades del Primer Nivel de Atención, siendo la Universidad Técnica Particular de Loja, institución formadora del talento humano en salud, tiene el compromiso y responsabilidad de contribuir al cumplimiento de los objetivos del Plan del Buen Vivir del Ecuador.

OBJETIVOS:

Proponer una Investigación de "Evaluación de la Gestión Financiera" en las unidades del primer nivel de atención durante el primer semestre del año 2014.

SITUACION ACTUAL:

En las Unidades del Primer Nivel de Atención actualmente no cuenta con ningún sistema de Gestión Financiera que nos permita realizar acciones de sostenibilidad del Modelo de Atención.

ANÁLISIS:

En base a la documentación enviada a esta Dirección se emite el siguiente criterio técnico:

- La Universidad Técnica Particular de Loja como institución formadora del talento humano en salud, tiene el compromiso y responsabilidad de contribuir al cumplimiento de los objetivos del Plan del Buen Vivir.
- Propone como parte de la Titulación de Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, en su componente de vinculación con la sociedad, la investigación acción de ejecución de una propuesta de Investigación de sostenibilidad financiera para las unidades del primer nivel de atención
- Esta Investigación de acción con e la participación de los maestrantes permitirá entregar elementos que contribuirán a la mejor toma de decisiones y garantizar el uso adecuado de los recursos y la sostenibilidad del Modelo de Atención Integral en Salud.

CONCLUSIONES:

- Esta Investigación acción con la participación de los maestrantes de la UTPL, permitirá entregar elementos que contribuirán a la mejor toma de decisiones en el Primer Nivel de Atención.
- Garantizar el uso adecuado de los recursos y sostenibilidad del Modelo de Atención Integral en Salud en las unidades del Primer Nivel de Atención



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN
“EVALUACION FINANCIERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
NIVEL I DE ATENCIÓN - 2014”

ANEXO

2

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

COMPARECIENTES:

Comparecen a la celebración del presente instrumento por una parte, el Ministerio de Salud Pública, debidamente representado por la doctora Marysol Ruilova Maldonado, en su calidad de Viceministra de Atención Integral en Salud, de conformidad con el Acuerdo Ministerial de delegación No.00005211 de fecha 24 de diciembre 2014, el cual se adjunta como documento habilitante, parte a la cual de ahora en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se podrá denominar “EL MINISTERIO”; y, por otra parte AGUIRRE ASTUDILLO FABRICIO AMADOR, en calidad de maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, a quien para los efectos de este documento se denominará “EL ESTUDIANTE”.

Los comparecientes, a quienes en conjunto se les podrá denominar “las Partes”, capaces para contratar y obligarse, en las calidades que representan, libre y voluntariamente acuerdan suscribir el presente acuerdo, al tenor de las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES:

1. La Constitución de la República del Ecuador ordena:

“Art 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: (...) 19.- El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la Ley”;

2. El Código Orgánico Integral Penal dispone:

“Art. 178.- Violación a la intimidad.- La persona que, sin contar con el consentimiento o la autorización legal, acceda, intercepte, examine, retenga, grabe, reproduzca, difunda o publique datos personales, mensajes de datos, voz, audio y vídeo, objetos postales, información contenida en soportes informáticos, comunicaciones privadas o reservadas de otra persona por cualquier medio, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.

No son aplicables estas normas para la persona que divulgue grabaciones de audio y vídeo en las que interviene personalmente, ni cuando se trata de información pública de acuerdo con lo previsto en la le....



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN
“EVALUACION FINANCIERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
NIVEL I DE ATENCIÓN - 2014”

ANEXO

3

QUIPUX No. MSP-CZONAL3-2015-8353-M



Oficio Nro. MSP-VAIS-2014-0409-O

Quito, D.M., 11 de septiembre de 2014

Asunto: Informe Técnico de Ausencia para proporcionar información necesaria para el desarrollo de propuesta de investigación Universidad Técnica Particular de Loja

Licenciada

Olga Castillo Costa

Coordinadora Titulación (e) Maestría en Gerencia de Salud Para El Desarrollo Local

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

En su Despacho

De mi consideración:

Un atento saludo en respuesta al documento No. 024-MGS-UTPL suscrito por la Mgs. Olga Castillo Coordinadora de Titulación (e) de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, PH.D Omar Malangón Director del Área Biológica y Biomédica y la Dra. Jana Bobokova Directora del Dpto. de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica Particular de Loja, para que los diversos Distritos de Salud del país, proporcionen información necesaria para el desarrollo de la investigación de "Evaluación de la Gestión Financiera" en la Unidades del Primer Nivel y siendo este un insumo importante para esta Dirección adjunto el criterio técnico para la ausencia a lo propuesto por la Universidad Técnica Particular de Loja, adjunto y remito lo solicitado.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dra. Marysol Ruilova Maldonado

VICEMINISTRA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Referencias:

- MSP-DNGA-SG-10-2014-9412-E

Anexos:

- 9412.pdf

- Solicitud UTPL.pdf

- Informe Técnico.pdf





UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN
“EVALUACION FINANCIERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
NIVEL I DE ATENCIÓN - 2014”

ANEXO

4

Asistencia a Taller de Costos

ASISTENCIA TALLER DE COSTOS

ZONA 3 DE SALUD

11 DE JUNIO DEL 2015

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	HOSPITAL O DISTRITO	CEDULA	CORREO	CELULAR	FIRMA
1	Eco José MONTAÑA	DISTRICTO 16002	160039731-7	joecandrie_sed@hospmual.com	0985172343	
2	María Elizabeth RIVERA	DISTRICTO 15006	1500223204	mariajose.rivera@hospmual.com	098152209	
3	Roberto BARRERA	DISTRICTO 15002	1500223204	roberto.barrera@hospmual.com	098152209	
4	Cristina Gallego TAYE	DISTRICTO 15002	1500223204	cristina.gallego@hospmual.com	098152209	
5	Diego Sacramento SERRANO L.	DISTRICTO 15002	1500223204	diego.sacramento@hospmual.com	098152209	
6	CHARLES RAMÍREZ V	DISTRICTO 15002	0501552301	charles.ramirez@hospmual.com	098448528	
7	Yenny Linares	DISTRICTO 15002	1500223204	yenny.linares@hospmual.com	098152209	
8	Silvia Inés RIVERA	DISTRICTO 15002	1500223204	silvia.rivera@hospmual.com	098152209	
9	José Joaquín CORTI	DISTRICTO 15002	0503050131	josejoaquin.corti@hospmual.com	098152209	
10	María Elizabeth ESPINOZA	DISTRICTO 15002	0603563214	mariaelizabeth.espinosa@hospmual.com	098152209	
11	Sofía Calderón	DISTRICTO 15002	1103333406	sofia.calderon@hospmual.com	0981193400	
12	CRISTINA CARRERA MORALES	DISTRICTO 15002	0501701327	cristina.carrera@hospmual.com	0981303436	
13	Melina R. RIVERA P.	DISTRICTO 15002	1103333406	melina.rivera@hospmual.com	098152209	
14	Carlos López RIVERA	HOSPITAL PUNSO	1500223204	carlos.lopez@hospmual.com	098152209	

ASISTENCIA TALLER DE COSTOS
 ZONA 3 DE SALUD
 11 DE JUNIO DEL 2015

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	HOSPITAL O DISTRITO	CEDULA	CORREO	CELULAR	FIRMA
	FAUSTO VIWETE R	DDDDOS	0601840325	fwivete70@hotmail.com	0984638929	
	Susana Sultas	H.P.C.V.F	0602051054	SusanaSultas@gmail.com	099331119	
	Sandra E. Zambano A.	H.P.G.D.R.	0602882159-9	sandy.zambano.125@gmail.com	0984823415	
	Elizabeth Tenorio D	H.P.D.A	1803111846	elizabeth1981@gmail.com	0981902249	
	Carlos E. Zambrano	(DDDD)	1600944466	carloszambrano@gmail.com	0995877711	
	Leticia Yancha S	EDDO4	1801952338	leticia.yancha@dpsa.gob.ec	1801952338	
	MARGARITA PACHAOC	HOSPITAL PELLICANO PERUANO - PASTAZA	26008134306	margari.pachaoc@gmail.com	09593744303	
	MARCO ESCOBAR R	DISTRITO EDDO4	1600411947-5	marco.escobar@dpsa.gob.ec	0998216097	
	Ana Arejuna Sotoca	Procesos Distrital OSDOS Sigchos - Salud	0503063898	ana.arejuna@dpsa.gob.ec	0995630788	
	Maria Chiquin	Districto OSDOS	1001995537	maria.chiquin@dpsa.gob.ec	0993100003	
	RESERVA INMAC	EDDO4	1801468032	reserva.inmac@dpsa.gob.ec	0995925268	
	Mónica Paredes	HOSPITAL PILLAR EDDO5	180163715-0	monica.paredes@dpsa.gob.ec	0995090465	
	Normis S. Lopez F	DISTRITO EDDO4	1801266337	normis.lopez@dpsa.gob.ec	0995629563	
	Victor Hugo Lombardi	Hospital Balmor Bambos	1804154285	victor.zumbado@dpsa.gob.ec	0946315508	
	Maria Julieta Alvarez	Hospital Bambos	180228045-1	julieta.alvarez@dpsa.gob.ec	0996514557	



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN
"EVALUACION FINANCIERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
NIVEL I DE ATENCIÓN - 2014"

ANEXO

5

Quipux Nro. MSP-CZONAL3-2015-8353-M



Ministerio
de Salud Pública

Coordinación Zonal 3 - Salud

Memorando Nro. MSP-CZONAL3-2015-8353-M

Riobamba, 08 de junio de 2015

Sra. Dra. Mayra Elizabeth Palacios Sanchez
Directora Distrital, Distrito 18D06 Salud

Sra. Dra. Mayra Yoconda Alvarez Alvarez
Directora de la Dirección Distrital 06D02 - Alausi - Chunchi - Salud (e)

Sr. Dr. Milton Rene Ayala Astudillo
Director Distrital 05D02 - LA MANA - SALUD (E)

Sra. Dra. Monica Del Rocío Paredes Viteri
Directora Distrital, 18D05-Pillaro- Salud

Sra. Mgs. Sandra Maribel Suarez Arias
Directora Distrital 05D04-Pujilí-Saquisilí-Salud

Sra. Ing. Verónica Patricia Martínez Cevallos
Directora Distrital 06D03 Cumandá Pallatanga

Sr. Dr. Carlos Gustavo Lopez Barrionuevo
Gerente del Hospital Provincial Ambato (E)

Sr. Dr. Marco Antonio Moreta Moreta
Experto Zonal de Control Técnico Médico - Zona 3 Salud

ASUNTO: Convocatoria a Taller de Costos y Compromisos de gestión

De mi consideración:

Con el propósito de socializar:

- La normativa vigente y los procedimientos para la recuperación de costos en base al Tarifario del Sistema Nacional de Salud Hospital y primer nivel.
- La Implementación de compromisos de gestión

Se convoca al Taller a realizarse el día Jueves 11 de Junio a partir de las 8:30 hs en el Salón Auditorio de la Coordinación Zonal 3, a la cual se solicita la asistencia de:

1. Directores Distritales
2. Directores Médicos de los Hospitales Básicos y
3. Gerente del Hospital Docente Ambato
4. Lider Administrativo Financiero

Av. Humberto Moreano 20-69 y Av. Alfonso Villagómez
Código Postal: 060104 Teléfonos: 593 (3) 2961-535 / 2961-891 / 2960-279 / 2969-847
www.saludzona3.gob.ec



Memorando Nro. MSP-CZONAL3-2015-8353-M

Riobamba, 08 de junio de 2015

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dr. Héctor David Pulgar Haro
COORDINADOR ZONAL 3 - SALUD

Copia:

Sra. Econ. Mary Graciela Pesantez Leon
Directora del Hospital pediátrico Alfonso Villagómez

Sr. Dr. Wilson Lizardo Nina Mayancela
Experto Zonal de Calidad de los Servicios de Salud - Zona 3 Salud

Sr. Dr. Pablo Washington Alvarez Peña
Analista de Provision de Servicios de Salud

lerv



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN
“EVALUACION FINANCIERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
NIVEL I DE ATENCIÓN - 2014”

ANEXO

6

FOTOGRAFÍAS DEL DISPENSARIO DE SAQUISILÍ



