



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

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

**Evaluación financiera de los establecimientos de salud de primer nivel de
atención del Seguro Social Campesino de Loja - 2014**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Aguirre Luna, Viviana Gabriela

DIRECTORA: Alarcón Dalgo, Carmen María Ing. Mgs

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2015

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Ingeniera Magister
Carmen María de los Angeles Alarcón Dalgo
DOCENTE DE TITULACION

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: **“Evaluación financiera de los establecimientos de salud de primer nivel de atención del Seguro Social Campesino de Loja - 2014”** realizado por **Aguirre Luna Viviana Gabriela**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja, por lo que autorizo su presentación.

Quito, Noviembre 2015

.....
Ing. Mgs. Carmen María Alarcón

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHO

Yo, **Aguirre Luna Viviana Gabriela**, declaro ser autora del presente trabajo de titulación Evaluación financiera de los establecimientos de salud de primer nivel de atención del Seguro Social Campesino de Loja – 2014, de la titulación Magíster en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local siendo **Carmen María Alarcón Dalgo** Directora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

Quito, Noviembre del 2015

f :

Autor: Aguirre Luna Viviana Gabriela

Cédula: 1716269954

DEDICATORIA

Dedico este trabajo primero al señor mi Dios que es mi fortaleza y mi guía.

A Mis Padres a por el apoyo incondicional que me han brindado, con ellos a mi lado todo es maravilloso.

A mi Esposo por ser mi mejor amigo y padre ejemplar el compañero de mi vida.

A mis hijos Nicolás y Melina que son la luz de mis ojos.

Aguirre Luna Viviana Gabriela

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento especial al Área de Biología y Posgrados de la Universidad Técnica Particular de Loja, y también a la Ing. Mgs. Carmen María Alarcón que, como directora de esta tesis, me ha orientado en las diferentes etapas del proyecto investigativo

Al Dr. Daniel Astudillo Director del Seguro Social Campesino de Loja por autorizarme trabajar en la unidades operativas que el acertadamente lidera

A mis compañeras maestranteras que trabajaron en otras unidades del Seguro Social Campesino de Loja por todo el apoyo brindado.

ÍNDICE

Pág.

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE.....	vi
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCION	3
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS.....	6
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
CAPITULO I.....	7
1. MARCO TEORICO	7
1.1. Marco institucional	8
1.1.1. Descripción de la Unidad	8
1.1.2. Aspecto geográfico del lugar.	8
1.1.3. La Misión.....	10
1.1.4. La Visión	10
1.1.5. Organización administrativa	11
1.1.6. Servicios que presta la institución	12
1.1.7. Perfil epidemiológico.....	12
1.1.8. Características geo-físicas de la institución.....	17
1.1.9. Políticas de la institución.....	17
1.2. Marco Conceptual.....	18
1.2.1. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).....	18
1.2.2. Red Pública de Salud	19
1.2.3. Primer Nivel de Atención.....	20
1.2.4. Atención Primaria de Salud	21
1.2.5. Costos Hospitalarios	21
1.2.6. Eficiencia Eficacia y Calidad.....	22
1.2.7. Tarifario del Sistema de Salud.....	23
1.2.8. Sistema de Información Gerencial en Salud.....	23
1.2.9. Módulos de Información Gerencial en Salud.....	24
1.2.10. Financiamiento del Sistema de Salud.....	24
CAPITULO II.....	26
2. DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
2.1. Matriz de Involucrados.....	27
2.2. Árbol de Problemas	28
2.3. Árbol de objetivos	29

2.4. Matriz del marco lógico	30
CAPITULO III.....	32
3. RESULTADOS.....	32
3.1. Resultado 1.- Servicios de Salud Costeados.....	33
3.1.1. Actividad 1.1 Socialización del proyecto.....	33
3.1.2. Actividad 1.2 Recolección de información.....	33
3.1.3. Actividad 1.3 Generación de Resultados de Costos.....	34
3.2. Resultado 2.- Servicios de Salud Planillado.....	42
3.2.1. Actividad: Recolección de información de producción del establecimiento de salud	42
3.2.2. Actividad: Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario actual del sistema nacional de salud.....	43
3.3. Resultados: Estrategias formuladas para el mejoramiento de Gestión Financiera.....	47
3.3.1. Actividad: Cálculo de Punto de Equilibrio.....	47
3.3.2. Socialización de resultados	48
3.3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento.....	49
3.3.4. Presentación del informe final a autoridades zonales.....	52
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES.....	55
BIBLIOGRAFÍA	57
Bibliografía de Apoyo	58
ANEXOS	59

RESUMEN

El proyecto titulado: “**EVALUACION FINANCIERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE LOJA - 2014**”, fue formulado con el objetivo de obtener servicios de salud costeados, prestaciones de salud planilladas y formulación de estrategias financieras para su mejoramiento.

La evaluación se realizó en tres momentos: levantamiento de la información de costos de los servicios brindados en las unidades intervenidas; ingreso de la información al programa Winsig generando cuadros gerenciales y formulación de estrategias que permitan dar sostenibilidad a su gestión.

La metodología se basó en la recolección de datos financieros mensuales del año 2014, concentrado de actividades mensuales: médico, odontológico, auxiliares de enfermería, laboratorio y datos de bodega, el análisis de cada centro de costo y su procesamiento en el programa Winsig.

Con este estudio se obtuvieron costos reales para cada uno de los servicios, planteando recomendaciones para cambios futuros que mejoren la calidad de atención a los afiliados y su eficiencia. Es importante que se continúe con el proceso de costeo para mejorar la eficacia de los recursos económicos asignados.

Palabras Claves: Costos, Sostenibilidad, Calidad, Eficiencia, Eficacia

ABSTRACT

The project entitled "EVALUATION FINANCIAL ESTABLISHMENTS OF HEALTH PRIMARY CARE RURAL SOCIAL SECURITY OF LOJA- 2014", was formulated with the objective to obtain health services funded benefit, billed health and development of financial strategies for improvement.

The evaluation was conducted in three stages: rising cost information services provided in the intervention units; entry of information to Winsig program with generation of management boards and formulation of strategies to ensure the sustainability of their management.

The methodology was based on collecting monthly financial data for the year 2014, monthly activities concentrate: medical, dental, nursing assistants, laboratory and warehouse data; the analysis of each cost center and WinSIG processing program.

With this study were obtained actual costs for each of the services, recommendations for future changes that improve the quality of care for members and their efficiency. So it is important to continue with the process of costing to improve the effectiveness of financial resources allocated.

Keywords: Costs, Sustainability, Quality, Efficiency, Effectiveness

INTRODUCCION

La evaluación financiera de las unidades de salud con una visión de empresa social del estado, es un valor agregado para, la eficiencia de la calidad y la sostenibilidad sean los principios y la base para la gestión, puesto que al tener indicadores de gestión en los servicios de salud, éstos permitan el análisis y la toma de decisiones oportunas, generando una cultura de control de gasto

En las unidades del seguro social campesino de Loja es importante recalcar que el equipo de salud no tiene conocimiento, es por esto que la Universidad Técnica Particular de Loja, a través de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, se propone el desarrollo del proyecto de investigación- acción de **Evaluación Financiera del año 2014, en los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención**, con la finalidad de fortalecer las competencias gerenciales.

El desarrollo de la intervención está organizado por capítulos, en el primer capítulo se aborda el marco institucional de la unidad de salud, aspectos geográficos del lugar con sus zonas de influencia, la dinámica poblacional y su proyección, la organización administrativa, cartera de servicios, políticas de la institución y marco conceptual.

En el segundo capítulo encontramos la fundamentación y metodología, basada en el marco lógico de las unidades intervenidas e involucrados.

En el tercer capítulo encontramos los resultados su análisis y discusión. Finalmente se incluyen conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

El objetivo de este trabajo es determinar la eficiencia de la utilización de los recursos en los centros establecidos y como su distribución puede contribuir para la toma de decisiones con el fin de asignar los recursos necesarios y brindar un mejor servicio a la comunidad.

Los objetivos que se plantearon contribuirán a obtener los costos de las prestaciones por servicios, la producción de cada una de los profesionales por unidad y el pandillaje de las actividades para la facturación.

PROBLEMATIZACIÓN

La principal problemática no solo a nivel del Seguro Social Campesino, si no a nivel de toda la red pública de salud: es la falta de conocimientos de los costos de salud por parte del personal médico, este desconocimiento genera en primera instancia el registro erróneo de las atenciones, si son primeras subsecuentes, procedimientos, visitas domiciliarias, eventos de promoción etc .Además también existe un subregistro de las actividades médicas.

La falta de planificación dentro de las unidades operativas de cuándo y por qué hacer visitas domiciliarias o eventos de promoción. Es lógico que exista estos problemas si no hay conocimiento acerca de que es promoción en salud, pues la mayoría lo relaciona con charlas educativas, es verdad que la educación para la salud está dentro de lo que es promoción de salud pero solo es una parte de esta.

Las unidades médicas, no cuentan con un sistema de facturación que les permita registrar los valores que ingresan por los servicios que presta, a pesar de los grandes esfuerzos realizados en los últimos años, por parte del MSP ente rector de salud en nuestro país; persisten aún problemas en el sector salud ecuatoriano, caracterizados por rudimentarios procesos de monitoreo y evaluación financiera, desigual asignación de recursos que no estimulan la eficiencia, acompañados de un deficiente sistema de información, que no permite una adecuada planificación y toma de decisiones para alcanzar grandes impactos expresados en la salud de la población y la efectividad de la gestión, de manera especial en el uso de los recursos.

A través de la autoridad sanitaria, se expide mediante acuerdo ministerial No. 00000319 de fecha 18 de marzo del 2011 que es el Tarifario del Sistema Nacional de Salud, instrumento técnico que permite el reconocimiento económico a los prestadores de salud, por los servicios prestados.

Es importante implementar herramientas que facilite al equipo administrativo de la institución analizar las condiciones de sustentabilidad de las unidades operativas , ejercer un seguimiento confiable de la gestión de prestaciones de servicios, medida en valores económicos.

El débil liderazgo para la evaluación técnica financiera en base a costeo de servicios, en el área de la salud es uno de los principales problemas que existe, lo cual influye en el escaso interés en políticas gerenciales y la toma de decisiones.

JUSTIFICACIÓN

En nuestro país las instituciones de salud, se las evidencia como si sus servicios no tuviesen costos, ni generan ingresos, lo que en muchos de los casos ocasiona una mala utilización de los servicios por parte de los usuarios tanto externos como internos, situación que repercute en la calidad de las prestaciones otorgadas. Además en el sector público la carencia de evaluación financiera hace que se asignen presupuestos no acordes con la realidad de cada una de las unidades operativas

El Ministerio de Salud Pública, muy pocas veces ha intentado valorar monetariamente los costos y beneficios sociales de las Unidades de Salud, debido a la complejidad de estas. Por lo tanto es necesario contar con una idea de los costos e ingresos que generan los servicios de salud de la población, para poder expresar las preferencias de la comunidad en cuanto a la asignación de estos servicios de salud.

El presente estudio, pretende como principal aporte establecer las pautas para el costeo de las prestaciones de salud, para la evaluación de los proyectos de inversión en el sector salud, lograr una mayor eficiencia en la estimación del rendimiento de las unidades de salud, la misma que servirán como herramienta para la valoración de beneficios en el campo social de proyectos del sector salud, que permita una adecuada toma de decisiones.

Es por esto que se justifica la ejecución del presente proyecto de investigación - acción, ya que a través de la práctica de una de las actividades gerenciales, como es la Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel, los maestrantes serán consientes de la realidad financiera de los mismos, motivando a la reflexión sobre la gestión y las formas de accionar en este componente prioritario para la calidad de la prestación de los servicios de salud.

El acceso a la mayor parte de la población a los servicios de salud, sobre todo aquella vulnerable con solidaridad y calidad es un reto que se puede lograr a través de la propuesta de optimización de recursos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el componente financiero del Seguro Social Campesino de Loja, mediante el análisis de costos, valoración económica de las prestaciones y formulación de estrategias de mejoramiento, para fortalecer la formación de Gerencia en Salud

OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

CAPITULO I

1. MARCO TEORICO

1.1. Marco institucional

1.1.1. Descripción de la Unidad

Son 8 unidades operativas del Seguro Social Campesino de Loja; ubicadas en los cantones Quilanga (Dispensario de Anganuma y de Fundochamba), Gonzanamá (Dispensario de Chiriguala y el Portete) y cuatro correspondientes al cantón Calvas (San Pedro Mártir, Tablón 3, Utuana y Yambaca Nongora).

1.1.2. Aspecto geográfico del lugar.

Loja es una provincia de Ecuador ubicada en el centro sur de la Sierra ecuatoriana, que limita con las provincias de El Oro al Oeste, Zamora Chinchipe al Este, Azuay al Norte y con la República del Perú al Sur. Tiene una superficie de 11.026 km². Su capital es la Ciudad de Loja. Su división política incluye 16 cantones.

Fig. 1 Mapa de la provincia y sus cantones



En la provincia existen dos zonas marcadas por el tipo de territorio: el perteneciente a Andes Sur y a Costa sur. Su rango de altitud varía desde los 100 hasta los 3800 m.s.n.m. y

predominan los climas tropical, subtropical y temperado. La temperatura varía entre los 6° como en las cumbres de los cerros y 26° en sitios como Zapotillo.

La agricultura y ganadería constituye la principal fuente económica de la provincia, aunque apenas el 19% de su suelo es utilizado para cultivos ya que por los accidentes geográficos y la irregularidad del terreno no pueden ser utilizados.

Se intenta tecnificar y promover la industrialización, sin embargo aún es incipiente. El Turismo enfocado en los valles y de tipo religioso son de importancia.

El Cantón Calvas ubicado en el centro sur de la provincia tiene como capital Cariamanga, con una extensión territorial de 843 Km², limita al oeste con el cantón Paltas, al noreste con el cantón Gonzanamá, al sur con la República del Perú, al este con los cantones Quilanga y Espíndola y al oeste con el cantón Sozoranga; según el último censo la población al 2010 llegaba a 28 200 habitantes, cuya edad promedio bordea los 31 años y su tasa de natalidad es de 20%. Está conformado por las parroquias Cariamanga, Chile, San Vicente, Colaisaca, El Lucero, Sanguilín y Utuana. Su temperatura oscila entre los 18 y 22° y su altitud desde los 1800 a 2400 m.s.n.m. Primordialmente agrícola y ganadera, también tiene actividad comercial especialmente en su cabecera cantonal Cariamanga. El 25 de Junio es la fecha de aniversario de la creación de este cantón. *(Tomado del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Calvas)*

El Cantón Quilanga es uno de los cantones más jóvenes de la provincia de Loja, creado el 8 de noviembre de 1989. Está ubicado en la parte sur este de la provincia de Loja a una distancia de 96 km de la cabecera provincial. Limita al norte con el cantón Gonzanamá, al sur con el cantón Espíndola, al este con el cantón Loja y al oeste con el cantón Calvas. Está conformado por tres parroquias: Quilanga, San Antonio y Fundochamba. Tiene una extensión territorial de 236.68 km², presenta un clima templado y subtropical, su temperatura promedio es de 19.8°C. El Cantón tiene una población de 4340 según el censo del 2010, una edad promedio de 34 años y tasa de natalidad del 14%. La temperatura del cantón varía de 12° a 21° C. *(Tomado del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Quilanga)*

El Cantón Gonzanamá (cuyo nombre proviene del Quechua y significa Quebrada de los Cedros) se encuentra ubicado en la parte central con dirección al suroriente de la provincia

de Loja, su cabecera cantonal del mismo nombre es la única parroquia urbana, mientras que las rurales son: Changaimina (La Libertad), Purunuma (Eguiguren), Nambacola y Sacapalca. Ocupa una superficie de 699 km², limita al norte con el cantón Catamayo, al sur con el cantón Quilanga, al este con Catamayo y Loja y al Oeste con los cantones Calvas y Paltas. Su altitud varía desde los 1000 hasta los 2800 m.s.n.m. La población es de 12800 habitantes al 2010 y su tasa de natalidad de 13%. Su temperatura promedio es de 17°. El 30 de Septiembre es el aniversario de su cantonización. El 62% de la población se dedica a la agricultura y Ganadería. *(Tomado del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Gonzanamá)*

En toda la provincia de Loja existe 15900 afiliados al seguro social Campesino, que corresponde casi al 3,5% de la población total; se dispone de 55 dispensarios para atenderlos. Loja pertenece a la zona 7 de Salud y el área de este estudio corresponde al Distrito 11D06 que incluye los 8 puestos de salud descritos. *(Tomado de GeoSalud)*

1.1.3. La Misión

El Seguro Social Campesino, conforme a la Ley de Seguridad Social, protege permanentemente a la población del sector rural y pescador artesanal del Ecuador, en sus estados de necesidad vulnerables, mediante la ejecución de programas de salud integral, discapacidad, vejez e invalidez y muerte de la población campesina con el fin de elevar el nivel y calidad de vida.

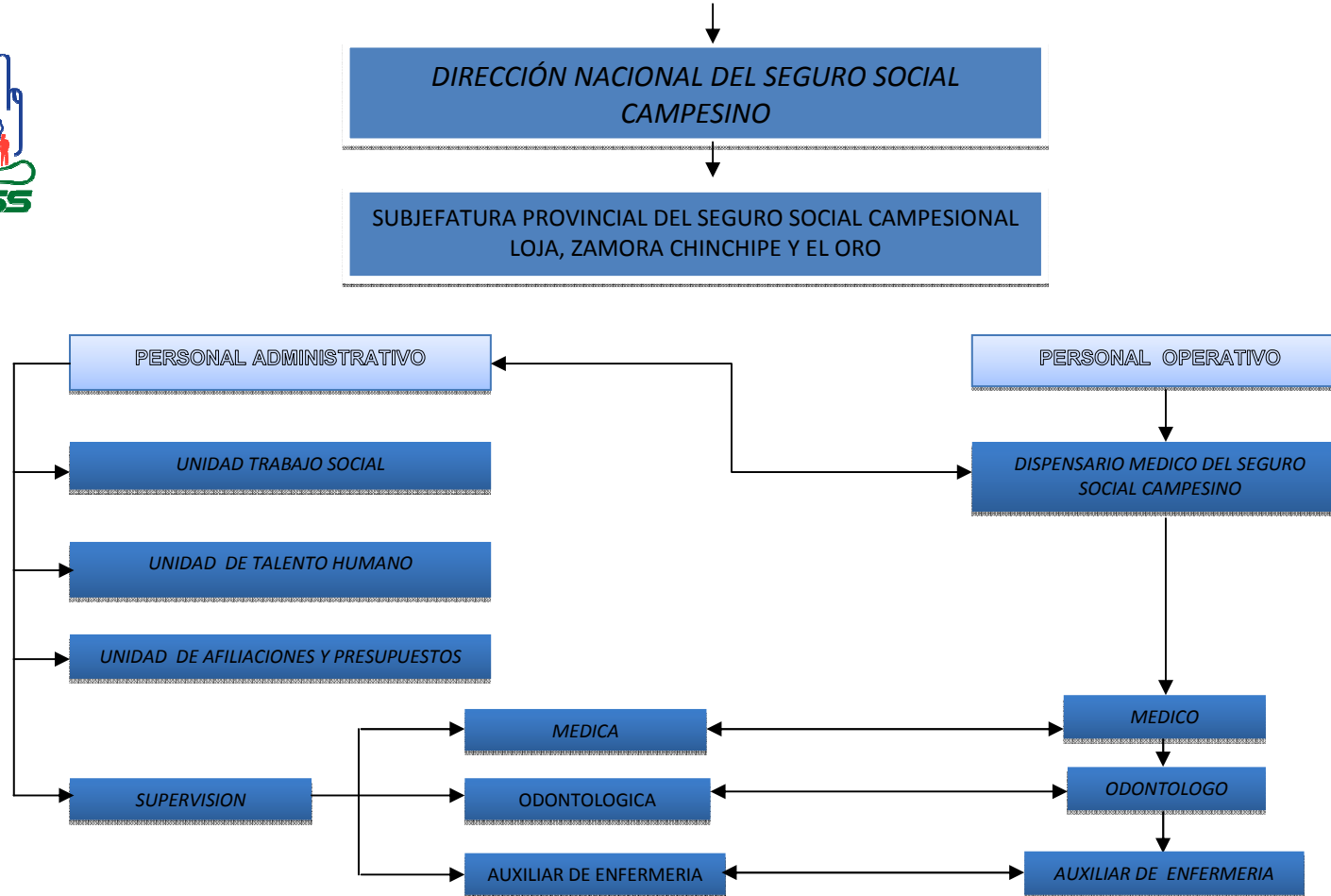
1.1.4. La Visión

El Seguro Social Campesino, régimen especial solidario del IESS, es el líder de la protección a la población campesina y pescador artesanal del país y reconocido promotor del desarrollo de comunidades y del mejoramiento permanente de la calidad de vida de sus afiliados.

1.1.5. Organización administrativa



ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL IESS, SEGURO SOCIAL CAMPESINO



1.1.6. Servicios que presta la institución

Cada unidad de salud del Seguro Social Campesino ofrece la siguiente Cartera de Servicios:

- Atención Médica
- Atención Odontológica
- Atención de Enfermería
- Medicina Preventiva
- Exámenes y Diagnóstico de Laboratorio
- Exámenes por Diagnóstico por Imagen
- Diagnóstico oportuno de Cáncer (Papanicolao)
- Referencias
- Tramite de Nuevas Afiliaciones
- Tramite de Jubilaciones
- Servicios Funerales

1.1.7. Perfil epidemiológico

DISPENSARIO ANGANUMA

TABLA N° 1.
10 CAUSAS DE MORBILIDAD ENERO-SEPTIEMBRE 2014

CONSULTA EXTERNA

ORD.	CIE10	DIAGNÓSTICO	No DE CASOS	%
1	J00-J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	115	17,8
2	B82	Parasitosis intestinal sin otra especificación	79	12,2
3	M54	Dorsalgia	68	10,5
4	I10	Hipertensión esencial	41	6,3
5	K29	Gastritis y duodenitis	49	7,6
6	N30-N39	Otras enfermedades del sistema urinario	39	6,0
7	E10-E14	Diabetes Mellitus	18	2,8
8	M15-M19	Artrosis	74	11,4
9	E 46	Desnutrición proteico calórica, no especificada	1	0,2
10	S00-T98	Traumatismos, Envenenamientos	9	1,4
11	G44.2	Cefalea Tensional	62	9,6
12	M79.1	Mialgia	14	2,2
13	M54.5	Lumbalgia	78	12,1
14				-
15				-
TOTAL			647	100,0

FUENTE:

Perfil Epidemiológico - Disp. Anganuma

ELABORACIÓN:

Dr. Jorge Solano Carrión

DISPENSARIO DE CHIRUGUALA

TABLA N°2. CAUSAS DE MORBILIDAD ENERO-SEPTIEMBRE 2014

CONSULTA EXTERNA

ORD.	CIE10	DIAGNÓSTICO	No DE CASOS	%
1	J00-J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	233	19,2
2	B82	Parasitosis intestinal sin otra especificación	99	8,1
3	M54	Dorsalgia	36	3,0
4	I10	Hipertensión esencial	207	17,0
5	K29	Gastritis y duodenitis	58	4,8
6	N30-N39	Otras enfermedades del sistema urinario	150	12,3
7	E10-E14	Diabetes Mellitus	42	3,5
8	M15-M19	Artrosis	82	6,7
9	E 46	Desnutrición proteico calórica, no especificada	1	0,1
10	S00-T98	Traumatismos, Envenenamientos	42	3,5
11	E15-E90	Trastornos metabólicos y de la alimentación	131	10,8
12	M79.1	Mialgia	51	4,2
13	B35-B49	Micosis	45	3,7
14	M80-M85	Trastorno de estructura y densidad ósea	38	3,1
TOTAL			1215	100,0

FUENTE:

PERFIL EPIDEMIOLOGICO CHIRIGUALA

ELABORACIÓN:

MEDICO BOLIVAR ESTRELLA

DISPENSARIO DE FUNDOCHAMBA

TABLA N° 3. CAUSAS DE MORBILIDAD ENERO-SEPTIEMBRE 2014

CONSULTA EXTERNA

ORD.	CIE10	DIAGNÓSTICO	No DE CASOS	%
1	J00-J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	110	17,4
2	B82	Parasitosis intestinal sin otra especificación	95	15,0
3	M54	Dorsalgia	71	11,2
4	I10	Hipertensión esencial	37	5,8
5	K29	Gastritis y duodenitis	45	7,1
6	N30-N39	Otras enfermedades del sistema urinario	38	6,0
7	E10-E14	Diabetes Mellitus	18	2,8
8	M15-M19	Artrosis	79	12,5
9	E 46	Desnutrición proteico calórica, no especificada	2	0,3
10	S00-T98	Traumatismos, Envenenamientos	10	1,6
11	G44.2	Cefalea Tensional	50	7,9
12	M79.1	Mialgia	12	1,9
13	M54.5	Lumbalgia	67	10,6
TOTAL			634	100,0

FUENTE:

Perfil Epidemiológico - Disp. Fundochamba

ELABORACIÓN:

Dr. Jorge Solano Carrión

EL PORTETE

TABLA N°4. CAUSAS DE MORBILIDAD ENERO-SEPTIEMBRE 2014

CONSULTA EXTERNA

ORD.	CIE10	DIAGNÓSTICO	No DE CASOS	%
1	J00-J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	377	17,9
2	B82	Parasitosis intestinal sin otra especificación	512	24,3
3	M54	Dorsalgia	211	10,0
4	I10	Hipertensión esencial	164	7,8
5	K29	Gastritis y duodenitis	114	5,4
6	N30-N39	Otras enfermedades del sistema urinario	204	9,7
7	E10-E14	Diabetes Mellitus	61	2,9
8	M15-M19	Artrosis	138	6,5
9	E 46	Desnutrición proteico calórica, no especificada	112	5,3
10	S00-T98	Traumatismos, Envenenamientos	53	2,5
11	E78	Hiperlipidemia	89	4,2
12	N76	Vaginitis	76	3,6
TOTAL			2111	100,0

FUENTE:

DISPENSARIO EL PORTETE

ELABORACIÓN:

DR. DUVAL R. ASTUDILLO A. DRA. YOLI RAMIREZ I.

SAN PEDRO MARTIR

TABLA N°5. CAUSAS DE MORBILIDAD ENERO-SEPTIEMBRE 2014

CONSULTA EXTERNA

ORD.	CIE10	DIAGNÓSTICO	No DE CASOS	%
1	J00-J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	91	22,0
2	B82	Parasitosis intestinal sin otra especificación	1	0,2
3	M54	Dorsalgia	88	21,3
4	I10	Hipertensión esencial	101	24,5
5	K29	Gastritis y duodenitis	45	10,9
6	N30-N39	Otras enfermedades del sistema urinario	28	6,8
7	E10-E14	Diabetes Mellitus	30	7,3
8	M15-M19	Artrosis	19	4,6
9	E 46	Desnutrición proteico calórica, no especificada	8	1,9
10	S00-T98	Traumatismos, Envenenamientos	2	0,5
TOTAL			413	100,0

FUENTE:

Perfil epidemiológico del Disp. San Pedro Mártir

ELABORACIÓN:

Dra. Fernanda Bustamante

TABLON 3

TABLA N°6. CAUSAS DE MORBILIDAD ENERO-SEPTIEMBRE 2014

CONSULTA EXTERNA

ORD.	CIE10	DIAGNÓSTICO	No DE CASOS	%
1	J00-J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	30	24,2
2	B82	Parasitosis intestinal sin otra especificación	25	20,2
3	M54	Dorsalgia		-
4	I10	Hipertensión esencial	5	4,0
5	K29	Gastritis y duodenitis	16	12,9
6	N30-N39	Otras enfermedades del sistema urinario	5	4,0
7	E10-E14	Diabetes Mellitus		-
8	M15-M19	Artrosis	12	9,7
9	E 46	Desnutrición proteico calórica, no especificada		-
10	S00-T98	Traumatismos, Envenenamientos		-
11	G44.2	Cefalea Tensional	13	10,5
12	M79.1	Mialgia		-
13	M54.5	Lumbalgia	18	14,5
TOTAL			124	100,0

FUENTE:

Perfil Epidemiológico - Disp. Tablón - 3

ELABORACIÓN:

Dr. Leonardo Celi

UTUANA

TABLA N°7. CAUSAS DE MORBILIDAD ENERO-SEPTIEMBRE 2014

CONSULTA EXTERNA

ORD.	CIE10	DIAGNÓSTICO	No DE CASOS	%
1	J00-J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	144	21,7
2	B82	Parasitosis intestinal sin otra especificación	125	18,8
3	M54	Dorsalgia	49	7,4
4	I10	Hipertensión esencial	79	11,9
5	K29	Gastritis y duodenitis	24	3,6
6	N30-N39	Otras enfermedades del sistema urinario	87	13,1
7	E10-E14	Diabetes Mellitus	23	3,5
8	M15-M19	Artrosis	63	9,5
9	E 46	Desnutrición proteico calórica, no especificada		-
10	S00-T98	Traumatismos, Envenenamientos		-
11	E51-E56	Otras deficiencias vitamínicas	36	5,4
12	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	34	5,1
TOTAL			664	100,0

FUENTE:

Perfil Epidemiológico- Disp. Utuana

ELABORACIÓN:

Md. Israel Gordillo.

YAMBACA NONGORA

TABLA N° 8. CAUSAS DE MORBILIDAD ENERO-SEPTIEMBRE 2014

CONSULTA EXTERNA

ORD.	CIE10	DIAGNÓSTICO	No DE CASOS	%
1	J00-J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	232	12,9
2	B82	Parasitosis intestinal sin otra especificación	251	13,9
3	M54	Dorsalgia	237	13,1
4	I10	Hipertensión esencial	222	12,3
5	K29	Gastritis y duodenitis		-
6	N30-N39	Otras enfermedades del sistema urinario	195	10,8
7	E10-E14	Diabetes Mellitus		-
8	M15-M19	Artrosis		-
9	E 46	Desnutrición proteico calórica, no especificada		-
10	S00-T98	Traumatismos, Envenenamientos		-
11	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	94	5,2
12	A06	Amebiasis	87	4,8
13	E51-E56	Otras deficiencias vitamínicas	232	12,9
14	J20-J21	Bronquitis Aguda y bronquiolitis aguda	137	7,6
15	B35-B49	Micosis	118	6,5
TOTAL			1805	100,0

FUENTE:

DISPENSARIO YAMBACA NONGORA

ELABORACIÓN:

RUBEN JUMBO

1.1.8. Características geo-físicas de la institución.

Los Dispensarios del Seguro Social Campesino de la Provincia de Loja se encuentran ubicados en los sectores rurales con el único fin de poder brindar salud a las comunidades cercanas donde no tienen facilidad de acceso a este tipo de servicio.

1.1.9. Políticas de la institución.

El Seguro Social Campesino se inició el 28 de agosto de 1968, el Instituto Nacional de Previsión pone a prueba la capacidad de la Caja Nacional del Seguro Social para desarrollar significativamente su cobertura con la puesta en marcha del Plan Piloto del Seguro Social Campesino, en las siguientes comunidades campesinas: Guabug en la provincia de Chimborazo; Yanayacu en la provincia de Imbabura; Palmar en la provincia del Guayas (hoy Santa Elena)

Es así que las Unidades de Salud del Seguro Social Campesino dentro de sus políticas están el proteger a la población del sector rural y pescador artesanal del Ecuador, con programas de salud integral, saneamiento ambiental y desarrollo comunitario. Así mismo promueve la participación social para contribuir en el desarrollo del nivel de vida y proteger su historia, organización y cultura. Entrega jubilaciones de vejez e invalidez y auxilio de funerales.

La población con derecho a la afiliación al Régimen del Seguro Social Campesino:

- Las personas cuya residencia se encuentre ubicada en el área rural.
- Los pescadores artesanales.
- Las personas que no se benefician de la protección del Seguro Universal Obligatorio.
- Las personas que no reciban remuneración de un empleador.
- Que no se hayan convertido en empleador permanente.

1.2. Marco Conceptual

1.2.1. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

1.2.1.1. Definición

El Modelo de Atención Integral de Salud es un conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que permiten la organización del Sistema Nacional de Salud con el fin de responder a las necesidades de las personas, las familias y la comunidad, contribuyendo de esta manera entre los sectores públicos y privados acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a los problemas de salud de la Población. (instituciones.msp.gob.ec)

1.2.1.2. Propósito del Modelo de Atención Integral de Salud.

El propósito es orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir mejorando así las condiciones de vida y salud de la población, bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biológico, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano.

1.2.1.3. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud (Salud, 2012)

- **Garantía de los derechos de las y los ciudadanos:** Implica generar condiciones para el desarrollo de una vida saludable y el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad, a través de mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento adecuados y suficientes para cubrir a toda la población.
- **Universalidad:** Es la garantía de acceso a iguales oportunidades para el cuidado y atención integral de salud de toda la población, independientemente de la nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, nivel de educación, ocupación, ingresos.

- **Integralidad:** Desde una visión multidimensional y biopsicosocial de la salud individual y colectiva.
- **Equidad:** Más allá del ejercicio de los derechos de las personas, permitiendo así el acceso de la atención de salud y ambientes saludables para toda la población.
- **Continuidad:** Es el seguimiento al estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su entorno.
- **Participativo:** Genera mecanismos que contribuyan a la participación activa de las personas y los colectivos en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de los recursos, y en la generación de una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado.
- **Desconcentrado:** Transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente (nivel zonal, distrital, local), siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen cumplimiento.
- **Eficiente, eficaz y de calidad:** Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto se define como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen el uso adecuado y un mayor rendimiento de los recursos.

1.2.2. Red Pública de Salud

Las redes integradas de salud implican la articulación complementaria de instituciones y personas con el objetivo de garantizar el acceso universal de la población a servicios de salud, optimizando la organización y gestión en todos los niveles del sistema, para lograr calidad, eficiencia y oportunidad en los servicios de salud, articulándose funcionalmente con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

La organización de redes de salud comprende la articulación de las unidades y servicios de

salud de la Red Pública y Complementaria en Salud, se enmarca en la nueva tipología de unidades de salud establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional y se orienta a acercar los servicios de salud a la población, garantizar el derecho de todas las personas a servicios oportunos, de excelencia, la continuidad de la atención y mejorar la planificación y gestión de los servicios en función del logro de indicadores de impacto social. *(Tomado del Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS)*

1.2.3. Primer Nivel de Atención

Es la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población dada, en consideración de que estas necesidades se resuelven con tecnologías simples que deben estar accesibles de forma inmediata a la población. *(Tomado del Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS)*

1.2.3.1 Funciones

- **Ser la puerta de entrada al sistema de salud.** Es el primer contacto que tiene la población con los servicios y debe resolver el 80% de las necesidades de salud de la población y a través del sistema de referencia contra- referencia se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema.
- **Responsabilidad del cuidado de la salud individual, familiar y de la comunidad** por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales.
- **Síntesis de la información:** Es manejar y registrar la información necesaria del individuo, familia y comunidad respecto a sus necesidades y problemas de salud, para su tratamiento o atención; así como transferir esta información al nivel correspondiente. Utilizando los formularios establecidos por la ASN. La información del usuario debe permanecer en las unidades de primer nivel en la

Historia Clínica Única o Fichas Familiares.

1.2.4. Atención Primaria de Salud

1.2.4.1 Definición

Es un medio práctico de asistencia sanitaria al alcance de todos los individuos y familia de las comunidades, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, constituyendo así el núcleo del sistema nacional de salud donde forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad de un país, orientado hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud. (http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)

1.2.4.2 Características de la Atención Primaria de Salud

Los atributos básicos con los que marcan su calidad y eficiencia de la atención primaria son:

- La **accesibilidad** es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.
- La **coordinación** es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.
- La **integralidad** es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%).
- La **longitudinalidad** es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero. (www.equipocesca.org)

1.2.5. Costos Hospitalarios

Los costos hospitalarios permiten una integración entre la parte asistencial y la administrativa, las decisiones que se pueden tomar luego de conocer los resultados obtenidos tienen que ver con la eficiencia en el gasto de insumos, mejoramiento en la

calidad y prestación del servicio teniendo así la capacidad de negociación con las entidades contratadas. (www.monografias.com)

Además deben tener características esenciales para que sean de utilidad y muestren unos valores agregados diferentes a los resultados financieros, tales como: Integralidad, Oportunidad y Dinamismo.

La organización total admite ver a la institución como un verdadero sistema en donde todas las partes se interrelacionan entre sí para obtener resultados de calidad, los mismos que aprueben una retroalimentación adecuada con el fin de mejorar continuamente.

Los Costos representan para los administradores de las casa de salud una herramienta gerencial a la hora de tomar decisiones, pero el gran inconveniente es que los hospitales y clínicas públicas o privadas, es no tener una estructura de costo adecuado, o la información es actualizada a medida que pasa el tiempo, por ello se cometen errores al momento de entregar resultados.

Para obtener los mejores resultados se necesita colaboración y algunos otros ingredientes que se deben tener en cuenta como:

- Respaldo Administrativo y Gerencial.
- Buscar el perfil de un líder
- Se necesita que el sistema de costos sea dinámico
- Se requiere que la entidad interactúe como un verdadero sistema
- Indicadores en salud

1.2.6. Eficiencia Eficacia y Calidad

1.2.6.1. Eficiencia tiene su origen latino *efficientia* y es la habilidad de contar con algo o alguien para obtener un resultado. (www.wikipedia.com)

1.2.6.2. Eficacia su origen latín *efficacia* es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción. (www.wikipedia.com)

1.2.6.3. Calidad es un concepto subjetivo. La calidad está relacionada con las percepciones de cada individuo para comparar una cosa con cualquier otra de su misma especie. La calidad se refiere a la capacidad que

posee un objeto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas, según el cumplimiento de requisitos. (www.wikipedia.com)

1.2.7. Tarifario del Sistema de Salud

El tarifario 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, integrando así las unidades de valor relativo de los procedimientos y el factor de conversión monetario que permite establecer el monto de pago por cada uno de los procedimientos utilizados para la atención de la salud. **(MSP, 2012)**

1.2.7.1. Ámbito de Aplicación

Su aplicación es obligatoria en todas las unidades prestadoras del Sistema Nacional de Salud (Red Pública Integral y Red Complementaria-entidades con y sin fines de lucro), debidamente calificadas para formar parte de la red de prestadores en los diferentes niveles de atención y complejidad, constituyendo el instrumento para compra y venta de servicios a nivel de instituciones públicas y entre éstas y las privadas y registra el techo máximo para la compra de servicios.

1.2.7.2. Responsabilidades

Es responsabilidad de la Autoridad Sanitaria Nacional, realizar anualmente su actualización, inclusión o exclusión de procedimientos, revisión de las unidades de valor relativo, factores de conversión monetario, conforme las recomendaciones de la Comisión Técnica Interinstitucional.

1.2.8. Sistema de Información Gerencial en Salud

El Sistema de Información Gerencial en Salud es una forma de relacionar distintos componentes de los subsistemas de información ya existentes para poder abordar el Sistema de Salud con enfoque estratégico.

El Sistema de Información Gerencial en Salud se desarrolló como instrumento para cambiar la gestión de los sistemas de salud frente a una necesidad. (MSP-Gestión Financiera, 1998)

1.2.9. Módulos de Información Gerencial en Salud

1.2.9.1 Modulo Institucional organizada para cuantificar los procesos productivos que tienen lugar en las unidades sanitarias, teniendo los siguientes componentes:

- Divide la institución en subcentros productivos
- Combina la producción de los servicios sustantivos y complementarios
- Los recursos Humanos
- Información detallada sobre los costos del proceso productivo

1.2.9.1. Modulo correspondiente a las redes de servicio permitiendo la gestión de sistemas sanitarios locales, regionales y nacionales.

1.2.9.2. Modulo analítico que permite al gerente trabajar con distintas opciones en términos costo beneficio - costo eficiencia buscando así mejorar resultados de productividad.

1.2.9.3. Modulo programático y presupuestario que permite analizar los factores que afectan a la productividad.

1.2.10. Financiamiento del Sistema de Salud

El conocimiento sobre finanzas es importante en la gerencia de salud ya que al gerente de esta área le permitirá realizar un análisis de la problemática proponiendo estratégicamente proyectos u objetivos que le permitan cumplir metas con el presupuesto apropiado teniendo así resultado óptimos de los servicios de salud enfocado siempre a las necesidades de la comunidad. (Case)

Tomando en cuenta que las Finanzas responden a un equilibrio entre: liquidez, riesgo y rentabilidad.

Liquidez, es la capacidad de pago a corto plazo.

Riesgo, es la posibilidad de perder.

Rentabilidad, es la capacidad de generar beneficios. Ella incluye aspectos como Costo de Oportunidad, Valor del Dinero y Ganancias o Pérdidas originadas por la Inflación. (www.orasconhu.org)

1.2.10.1. Retos Financieros

- Mantener o ampliar los servicios.
- Establecer alternativas de financiamiento.
- Comparar la efectividad de las diferentes acciones del establecimiento de salud.
- Cumplir con los diferentes informes y procedimientos establecidos por las múltiples fuentes de financiamiento.

1.2.10.2. Los Principios Financieros que incluyen las siguientes herramientas básicas:

- Elaborar el presupuesto para su plan de trabajo.
- Proyectar los ingresos y monitorear el flujo de caja.
- Controlar y administrar fondos.
- Monitorear las finanzas.
- Determinar y comparar costos de los servicios.
- Cumplir con los requisitos establecidos por las fuentes financieras.
- Entender y utilizar los informes financieros.

1.2.10.3. Importancia de Realizar el Presupuesto:

- Por que proporcionan información esencial sobre los gastos proyectados y el ingreso asociado con las actividades planeadas
- A base de un Plan Operativo Institucional (POI), pues de esta manera se puede garantizar que los recursos sean utilizados sólo en las actividades planeadas.
- Identificar entre actividades necesarias e innecesarias
- Para organizar los recursos necesarios para cubrir los gastos, si al preparar el presupuesto, incluye una lista detallada de los gastos proyectados, así como de las fuentes de financiamiento.
- Los presupuestos permiten a la gerencia evaluar el costo actual por actividad. Así como considerar alternativas en caso que ella resulte muy costosa.
- Los gerentes podrán evitar un posible déficit en los recursos disponibles para actividades específicas, si cuentan con un presupuesto realista y actualizado, que se compara periódicamente con los gastos realizados.
- Las instituciones requieren establecer un presupuesto que les permita conocer el monto de los recursos que necesitan generar para lograr la autosuficiencia y en cuánto tiempo.

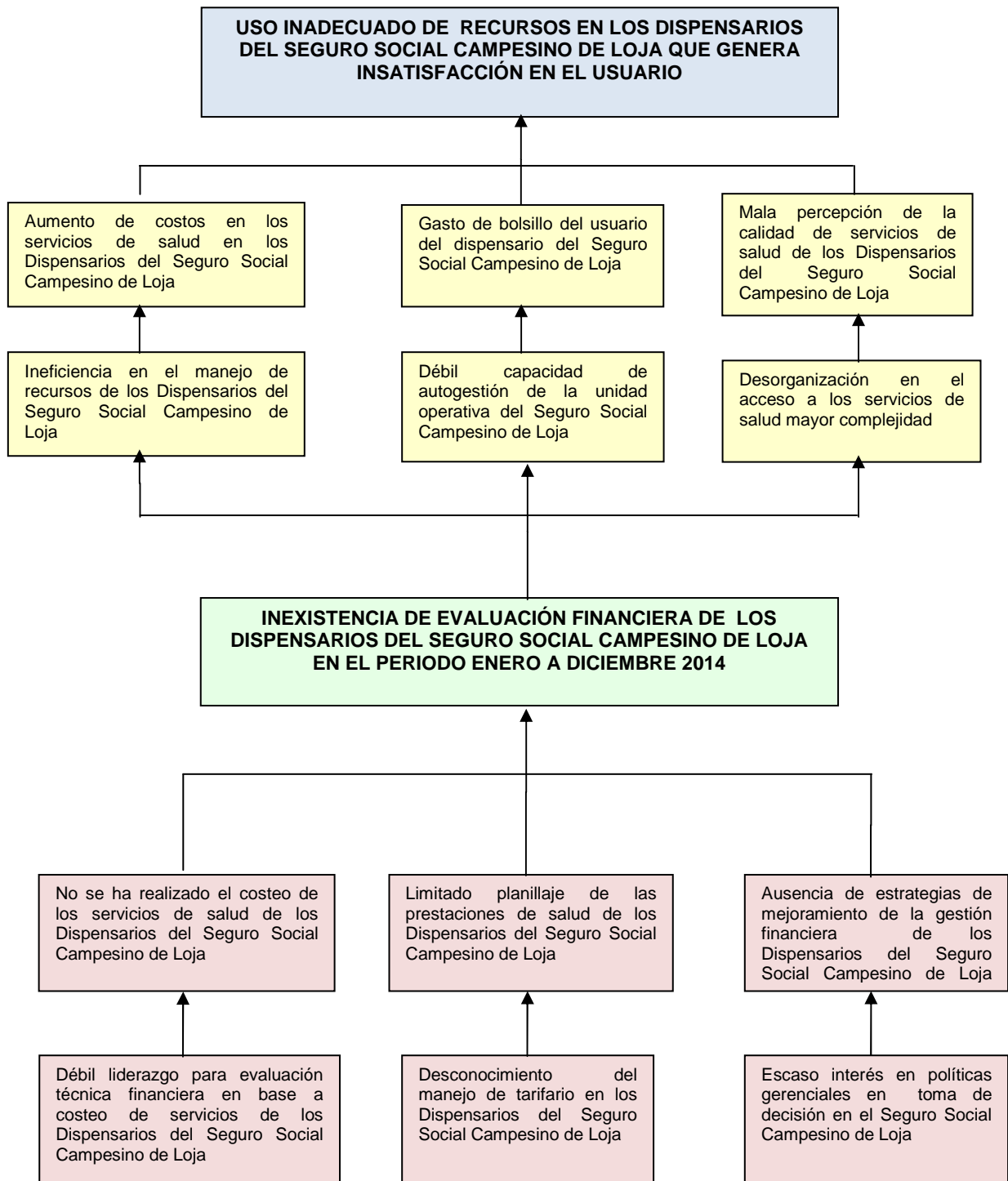
CAPITULO II

2. DISEÑO METODOLÓGICO

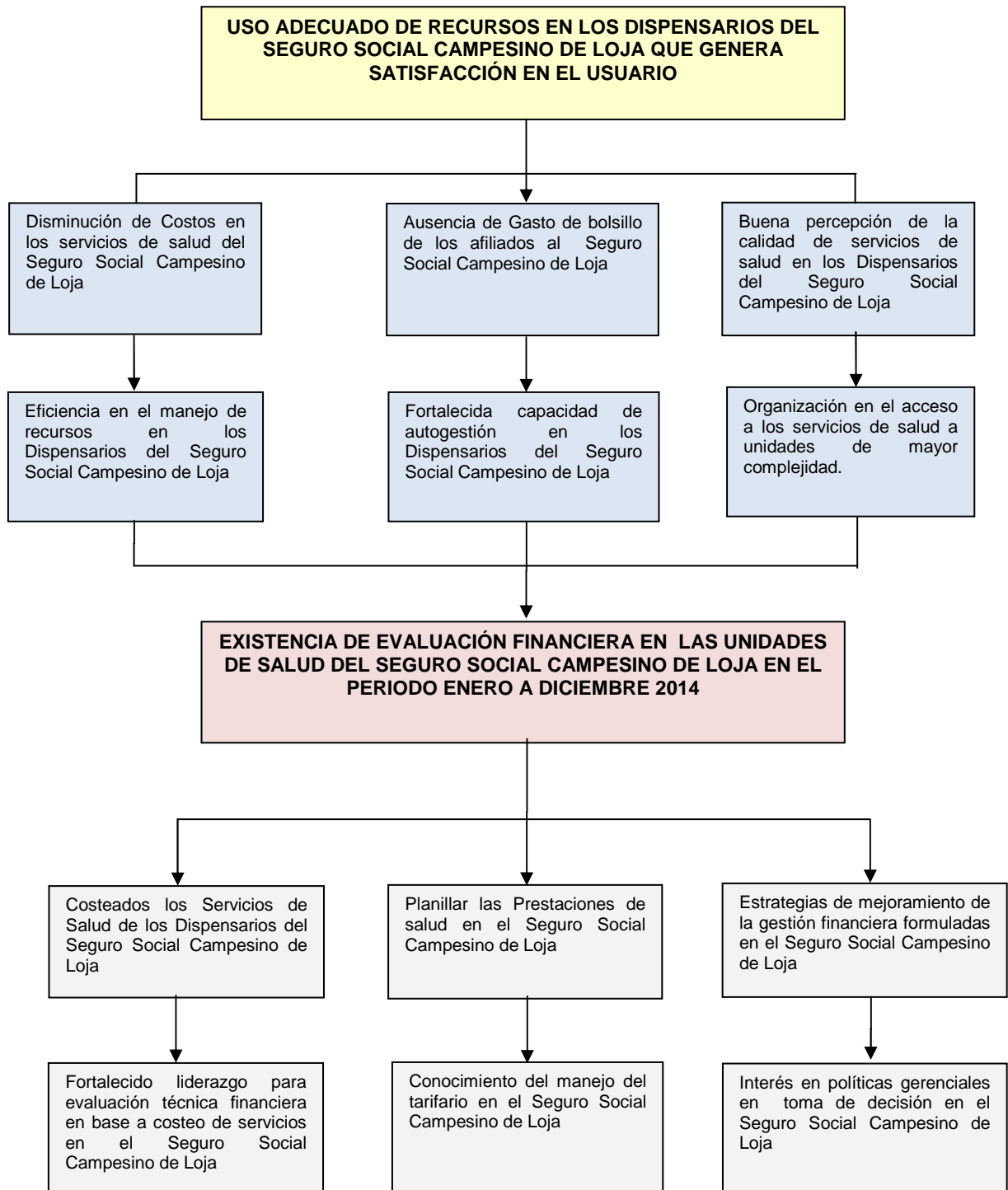
2.1. Matriz de Involucrados

GRUPOS O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Subdirector del Seguro Social Campesino de Loja y Zamora Chinchipe	Contar con información y respaldos para la Evaluación Financiera y toma de decisiones	Dirigir y controlar la gestión de recursos financieros con eficiencia y eficacia. Talento humano Recursos materiales	Inexistencia de evaluación financiera.
Unidad Financiera del Seguro Social Campesino de Loja y Zamora Chinchipe	Trabajar como equipo para poder obtener información y resultados reales del estado financiero.	Certificar e implementar una estructura de gestión de costos. Talento humano. Recursos materiales.	Falta de evaluación financiera en los Dispensarios del Seguro Social Campesino de Loja y Zamora Chinchipe
Equipo Operativos de los Dispensarios del Seguro Social Campesino de Loja	Trabajan por la mejora de la calidad de salud de los funcionarios.	Servicios de salud con calidad, calidez y eficiencia Talento humano. Recursos materiales	Falta de análisis para conocer si sus prestaciones son de eficientes y efectivas
Egresada de la Maestría	Proponer el plan para evaluación financiera de los Dispensarios del Seguro Social Campesino de Loja	Contribuir a consolidar la estructura de análisis de gestión financiera en los Dispensarios del Seguro Social Campesino de Loja. Talento humano. Recursos materiales	Falta de coordinación interinstitucional y comunicación entre las áreas.

2.2. Árbol de Problemas



2.3. Árbol de objetivos



2.4. Matriz del marco lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: CONTRIBUIR AL USO ADECUADO DE RECURSOS EN LOS DISPENSARIOS DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE LOJA			ALTO COMPROMISO DEL NIVEL DIRECTIVO PARA FACILITAR LOS RECURSOS EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES.
PROPOSITO EVALUACIÓN FINANCIERA DE LOS DISPENSARIOS DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE LOJA	100% EVALUACIÓN FINANCIERA REALIZADA.	INFORME PRESENTADO DE EL ÁREA ADMINISTRATIVA DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO	APOYO POLÍTICO, TÉCNICO PARA OBTENER INFORMACIÓN Y REALIZAR EL ESTUDIO.
RESULTADOS ESPERADOS			
SERVICIOS DE SALUD COSTEADOS.	100 % DE SERVICIOS DE SALUD COSTEADOS DE ENERO A DICIEMBRE 2014	INFORME DE LAS PRESTACIONES COSTEADAS DE LOS DISPENSARIOS DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE LOJA	ENTREGA DE INFORMACIÓN NECESARIA Y OPORTUNA
PRESTACIONES VALORADAS ECONOMICMANTE SEGÚN EL TARIFARIO	100 % DE PRESTACIONES DE SALUD PLANILLADAS DE ENERO A DICIEMBRE 2014	INFORMES DE PLANILLAS DE LOS CENTROS DE COSTOS	ENTREGA DE INFORMACIÓN REQUERIDA
ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO DE GESTIÓN FINANCIERA FORMULADAS	No DE INDICADORES DE GESTIÓN FINANCIERA FORMULADAS EN EL SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE LOJA	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	Dr. Daniel Asudillo Maestranter Personal Financiero	19 de Enero de 2015	\$ 50 Dólares
1.2.Taller de inducción al proceso de costos	Maestranter Personal administrativo Personal operativo	Febrero de 2015 Marzo de 2015	\$ 200 Dólares
1.3Recolección de información.	Maestranter	Enero a Marzo de 2015	\$ 100 dólares
1.4Instalación de programa winsig para procesamiento de datos.	Maestranter UTPL	30 de Mayo de 2015	\$ 15 dólares
1.4 Generación de resultados de costos	Maestranter UTPL, Tutores	2-3 de Junio de 2015	\$ 60 dólares
RE2. Prestaciones valoradas económicamente			
2.1Socialización del manejo del tarifario del sistema nacional de salud.	Maestranter UTPL, Directivos	8 de Junio de 2015	\$ 70 dólares
2.2. Recolección de información de producción del establecimiento de salud	Maestranter UTPL, Tutores	Febrero de 2015 Marzo de 2015	\$ 100 dólares
2.3.Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud actual	Maestranter UTPL, Tutores	Abril de 2015	\$ 100 dólares
RE3. Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera Formuladas			
3.1.Calculo de punto de equilibrio	Maestranter UTPL, Tutores	26-30 de Junio de 2015	\$ 10 dólares
3.2.Socialización de resultados	Maestranter Personal administrativo Personal operativo	3 de julio de 2015	\$ 80 dólares
3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	Maestranter Personal administrativo Personal operativo	10 de Julio de 2015	\$ 15 dólares
3.4. Presentación de informe final a autoridades zonales.	Maestranter Personal administrativo Personal operativo	17 de Julio de 2015	\$ 100 dólares

CAPITULO III

3. RESULTADOS

3.1. Resultado 1.- Servicios de Salud Costeados.

Para el cumplimiento del primer resultado, fue necesario realizar cronológicamente las actividades propuestas en el plan, las mismas que tuvieron el siguiente desarrollo:

3.1.1. Actividad 1.1 Socialización del proyecto.

Luego de que mis compañeros maestrantes, realizaran la socialización del estudio, me integre a esta zona con la autorización del Dr. Daniel Astudillo Subdirector del Seguro Social Campesino quien ofrece todo el apoyo para la realización del proyecto pues está muy interesado en conocer los resultados.

3.1.2. Actividad 1.2 Recolección de información

Se inició el proceso de recolección de información, siguiendo los lineamientos planteados, para el efecto se utilizaron las matrices diseñadas para cada componente del costo, llenadas para cada unidad y de los meses de enero a diciembre del año 2014

a) **Mano de obra:** Se recolectaron los datos, en base al siguiente lineamiento:

“Remuneraciones.- Este rubro se utiliza para calcular el gasto de la mano de obra del personal de planta y contratos. Este valor estará compuesto por el 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 indicar 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 (Ver en ANEXOS) de cada una de las unidades de salud, 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 Seguro Social Campesino. La segunda (Ver en ANEXOS), una matriz en la cual se detallan las áreas de servicio, el personal que labora en cada uno de ellos, con sus respectivos tiempo y la valoración de todos los componentes de

la remuneración anual, mensua izándolo 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 Dispensario del S.S.C. durante el proceso de la recolección de datos se obtuvieron serios inconvenientes por la falta de información ordenada, completa y precisa puesto que muchas veces existió la negativa de entregar la información correspondiente.

b) Medicamentos e insumos médicos, biomateriales odontológicos, material de oficina, aseo etc.

Para el efecto, se prepara la matriz, misma que pretende recopilar el consumo de medicamentos e insumos médicos, biomateriales odontológicos, material de oficina, aseo etc. consumidos por unidad operativa durante el año 2014. Se aclara que se registrara datos sobre consumos reales y no requerimientos.

Se advierte que existen limitaciones de recolectar la información de cada Dispensario del Seguro Social Campesino respecto al uso de material de oficina y aseo. (Ver en ANEXOS)

c) Depreciaciones de bienes y uso de inmueble.

La matriz en la que se levantará la información sobre los inventarios de activos fijos de todos los centros de salud, su valor residual y depreciación mensual. Cabe recalcar que no se obtiene datos completos de todas las unidades operativas por lo que se toma de referencia de una de las unidades.

En caso de inmuebles, se demanda el total de metros cuadrados de cada unidad de salud del Seguro Social Campesino, con el valor del avalúo actualizado y su depreciación mensual. (Ver en ANEXOS)

d) Gastos fijos generales

Se solicita información de gastos de servicios básicos y otros gastos operativos que tenga la unidad, este proceso de recolección se trabaja directamente con el departamento financiero del Seguro Social Campesino quien nos otorga con la información. (Ver en ANEXOS)

3.1.3. Actividad 1.3 Generación de Resultados de Costos.

Para el procesamiento de datos, se inició con la sistematización de la información, utilizando las directrices preparadas por la Universidad Técnica Particular de Loja, en el que 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 de cada unidad de salud, el mismo que nos permitió alcanzar la siguiente información: (Ver en ANEXOS)

- Costos de los servicios
- Costos fijos y variables
- Costos directos e indirectos
- Costo total

Los datos del programa, simplifica la información en una matriz que nos permite definir:

- Costos integrales de los servicios
- Costos netos.

Con el fin de relacionar 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 Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (Informes Mensuales), utilizando para el efecto una matriz orientada a conocer el comportamiento de las siguientes variables:

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

El presente proyecto pretende diseñar una metodología de evaluación, los datos que se obtuvo con la información recolectada de los Dispensarios del Seguro Social Campesino de Loja, durante el ejercicio económico 2014, son muy cercanos a la realidad siendo importante destacar que dicha información adolece de serias deficiencias que pueden distorsionar dicha escenario. (Ver en ANEXOS)

a) Atenciones

TABLA N° 9.

UNIDADES INTERVENIDAS	COSTO TOTAL ANUAL	NUMERO DE ATENCIONES	COSTO PROMEDIO POR ATENCIÓN
ANGANUMA	73 857,16	4134	17,8
FUNDOCHAMBA	60049,54	3565	16,8
CHRIGUALA	124163,2	7649	16,8
EL PORTTE	144419,4	9761	14,7
TABLON3	103573,7	5544	18,6
SAMPEDRO MARTIR	120035,8	6205	19,3
YAMBACA NONGORA	110252,8	6620	16,6
UTUANA	80087,12	4442	18,02

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSlg

Elaborado por: Viviana Aguirre

El costo por cada atención en promedio de las ocho unidades valoradas es de 15,07 \$. La unidad operativa que menos le cuesta cada atención es la unidad SSC "El Portete", pero en forma general son costos aceptables.

b) Costo por población asignada

TABLA N° 10

COSTO POR POBLACION ASIGNADA			
UNIDADES INTERVENIDAS	COSTO TOTAL ANUAL	POBLACIÓN ASIGNADA	COSTEO PER CÁPITA
ANGANUMA	73857,16	2757	26,7
FUNDOCHAMBA	60049,54	358	167,7
CHIRIIGULA	124163,29	2637	47,08
EL PORTETE	144419,43	4332	33,33
TABLON3	103573,70	2133	48,5
SAMPEDRO MARTIR	120035,88	2133	56,27
YAMBACANONGORA	110252,87	22432	4,9
UTUANA	80087,12	1408	56,8

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSlg

Elaborado por: Viviana Aguirre

Se puede observar que la unidad más costosa es la de “SSC de Fundochamba” pues tiene una pequeña población y el gasto que hace la unidad es 167,7\$ por cada persona que habita en la parroquia; a diferencia del “SSC de Yambaca Nongora” que tiene gran población y el gasto que hace la unidad por es de \$ 4,9por cada habitante.

c) Costo de servicios

TABLA N° 11

COSTOS DE LOS SERVICIOS	ANGANUMA	FUNDOCHAMBA	CHIRIGUALA	EL PORTETE	TABLON3	SAMPEDRO MAR	YAMBACANONGO	UTUANA
CONSULTA EXTERNA	37987,5	29893,4	70701,	78514	55925	65822	62454	47671
VISITA DOMICILIARIA	8849,81	6985,8	14465	17537,	11306	14540	12793	8999
ODONTOLOGIA	17136,8	15029,4	22078	29842	24154	22601	21088	14238
PROMOCION EN SALUD	8951,8	6987,0	14645	17537	11306	14540	12793	6860

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIg

Elaborado por: Viviana Aguirre

En todas unidades operativas la consulta externa es la de mayor costo, luego odontología y en forma equivalente visitas domiciliarias y promoción

d) Componentes de los costos de servicios

TABLA N° 12

COSTOS DE LOS SERVICIOS	ANGANUMA	FUNDOCHAMBA	CHIRIGUALA	EL PORTETE	TABLON3	SAMPEDRO MAR	YAMBACANONGO	UTUANA
REMUNERACION PERSONAL	85,14	81,9	81,05	85,49	79,77	85,6	80,3	84,02
MATERIALES DE OFICINA	0,14	0,17	0,6	0,06	0,10	0,08	0,04	0,13
MATERIALES DE ASEO Y	0,14	0,19	0,08	0,07	0,10	0,08	0,04	0,13
MATERIALES CURACION	1,26	1,40	1,38	0,53	0,91	0,61	1,14	1,27
MEDICINAS	9,32	10,58	14,57	10,16	14,66	10,2	14,5	10,52
BIOMATERIALES ODONTOLOGICOS	2,74	4,99	1,55	2,86	3,51	2,7	3,1	2,7
SERVICIOS BASICOS	0,07	0,11	0,05	0,04	0,06	0,05	0,06	0,08
DEPRECIACIONES	0,82	0,95	0,89	0,34	0,51	0,41	0,4	0,66
COSTO DE USO DE EDIFICIO	0,43	0,50	0,34	0,44	0,18	0,10	0,08	0,4

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIg

Elaborado por: Viviana Aguirre

De los componentes de los costos de los servicios se observan los resultados en porcentajes. Con datos similares en todas las unidades operativas, el mayor porcentaje de costos es para la remuneración del personal con un promedio de 81,5%, en segundo lugar está los costos de medicinas con un promedio de 11,8%, el resto de componentes tienen pequeños porcentajes.

a) Costos directos.

TABLA N° 13

COSTOS DIRECTOS			
UNIDADES INTERVENIDAS	COSTO TOTAL DEL SERVICIO	COSTO DIRECTO DEL SERVICIO	% DEL COSTO DIRECTO
ANGANUMA	37987,5	27174,06	71,53
FUNCOCHAMBA	29893,4	18935,9	63,34
CHIRIGUALA	70701,2	48077,4	68
EL PORTETE	78514,45	62753,3	79,9
TABLON3	55925,7	43385,9	77,57
SAMPEDROMARTIR	65822,7	40946,7	62,2
YAMBANONGORA	62454,27	47526,02	76,09
UTUANA	47671,5	22555,2	47,31

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIg

Elaborado por: Viviana Aguirre

El costo directo de las Unidades del Seguro Social Campesino, se encuentra expresado en la sumatoria de los recursos erogados por concepto de mano de obra, medicamentos, insumos médicos, insumos y materiales varios, depreciaciones de bienes, uso del inmueble etc, que intervienen en el proceso productivo, este representa en promedio 71.3% del total del costo por Unidad del S.S.C.; siendo similar en todas las demás Unidades de Salud.

b) Costos indirectos

TABLA N° 14

COSTOS INDIRECTOS			
UNIDADES INTERVENIDAS	COSTO TOTAL DEL SERVICIO	COSTO INDIRECTO DEL SERVICIO	% DEL COSTO INDIRECTO
ANGANUMA	37987,5	10813,4	28,4
FUNCOCHAMBA	29893,4	10957,4	36,6
CHIRIGUALA	70701,2	22623,8	31,9
EL PORTETE	78514,4	15761,15	20,0
TABLON3	55925,7	12539,8	22,4
SAMPEDROMARTIR	65822,7	24876,01	37,7
YAMBANONGORA	62454,27	14928,28	23,9

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIg

Elaborado por: Viviana Aguirre

El costo indirecto de las Unidades del Seguro Social Campesino, se encuentra expresado por todas las erogaciones que no intervienen directamente en el proceso productivo, sin embargo son apoyos indispensables para que dicho servicio se preste, entre ellos se describen los gastos administrativos, mantenimiento, transporte y los apoyos que recibe la consulta de los apoyos diagnósticos y tratamiento, tales como los servicios de laboratorio, imagen, farmacia, vacunas, procedimientos etc. En promedio estos representan el 28,7% del costo y su comportamiento es casi similar en todas las Unidades de Salud

c) Costos netos

TABLA N° 15

COSTOS NETOS		
UNIDADES INTERVENIDAS	COSTO UNITARIO CEXT	COSTO NETO
ANGANUMA	14,48	9,9
FUNDOCHAMBA	12,96	7,2
CHIRIGUALA	12,31	6,8
EL PORTETE	9,61	7,71
TABLON3	12,81	8,5
SAMPEDRO MARTIR	13,99	7,8
YAMBACANONGOR	12,85	8,5

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIg

Elaborado por: Viviana Aguirre

Considerando que el costo neto es aquel que expresa la erogación exclusiva para producir la consulta externa, el costo neto lo obtengo restando al costo fijo el costo de medicinas y sumo la administración y esto dividido para el número de atenciones; este valor me permite comparar con el costo del tarifario que es de 11,25\$, En todas las unidades operativas la consulta externa tiene un costo neto considerablemente menor al del tarifario esto podría deberse a dos situaciones: Una que la distribución del tiempo no es la real, y al parecer se dedica mayor tiempo del que los médicos consideraban dedicar a la consulta externa (en un consenso los médico de las unidades operativas dijeron que dedicaban 5 horas diarias). La otra razón sería un registro inadecuado de las atenciones.

d) Costos fijos

TABLA N° 16

COSTO FIJO		
UNIDADES INTERVENIDAS	VALOR COSTO FIJO	% CON RESPECTO AL COSTO TOTAL
ANGANUMA	64065,96	86,7
FUNDOCHAMBA	49848,42	83,0
CHIRIGUALA	102400,93	82,4
EL PORTETE	124836,14	86,4
TABLON3	83609,88	80,7
SAMPEDRO MARTIR	103627,93	86,3
YAMBACANOGORA	89420,61	81,1
UTUANA	79520,36	99,2

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIg

Elaborado por: Viviana Aguirre

El costo fijo aquel que se mantiene constante independientemente del volumen de la producción podemos observar en los resultados que en promedio de todas la unidades operativas de un 83% del costo total integral

e) Costos variables.

TABLA N° 17

COSTO VARIABLE		
UNIDADES INTERVENIDAS	VALOR COSTO VARIABLE	% CON RESPECTO AL COSTO TOTAL
ANGANUMA	9791,2	13,2
FUNDOCHAMBA	10201,12	17
CHIRIGUALA	21762,36	17,6
EL PORTETE	19538,29	13,6
TABLON 3	20522,01	1 9,3
SAMPEDRO MARTIR	16407,95	13,7
YAMBACA NONGORA	20832,61	18,9

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIg

Elaborado por: Viviana Aguirre

Los costos variables son los que se paga pero depende del volumen de producción por lo que se considera un costo variable promedio de 16,1% en las unidades del Seguro Social Campesino de Loja.

Resultado del indicador del resultado 1

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, a pesar de que la información entregada no es lo suficientemente completa sobre todo lo que corresponde a activos fijos, la información completa de servicios básicos, no hay especificación de los procedimientos que se realiza en la unidad operativa.

(Anexos)

3.2. Resultado 2.- Servicios de Salud Planillado

3.2.1. Actividad: Recolección de información de producción del establecimiento de salud

Para la recolección de datos que permitan la facturación o planillaje de los servicios prestados por la unidad operativa, se inició el proceso de recolección de información, siguiendo los lineamientos planteados en la guía, utilizando así las matrices diseñadas para cada componente del costo. Se llenan las matrices de cada unidad operativa de enero a diciembre de 2014.

El responsable del área de estadística ingresa y valida mensualmente la información, por lo cual facilitó en digital el Registro mensual automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (Informe Mensual) en forma general, en donde se utilizó filtros y tablas dinámicas para determinar las consultas que se realizaron por cada mes en todo el año 2014, se obtuvieron los siguientes datos:

- Consultas de morbilidad, clasificadas en primeras, subsecuentes.
- Consultas de prevención, clasificadas en primeras, subsecuentes
- Visitas domiciliarias seleccionadas por tipo de atención.
- Promoción y prevención de la salud, debidamente clasificados
- Se solicitaron reportes mensuales de la producción detallada por cada prueba de las determinaciones de laboratorio.

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
- Consultas preventivas
- Promoción
- Visita domiciliaria
- Odontología
- Procedimientos
- Laboratorio

3.2.2. Actividad: Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario actual del sistema nacional de salud.

Los resultados de la aplicación de la propuesta se pueden exteriorizar basándose un análisis del cumplimiento de los Resultados Esperados o Componentes del proyecto y se comparó con la matriz del tarifario con la producción que se ha tenido en los Dispensarios del Seguro Social Campesino de por lo que se despliega a continuación la tabla con los costos que se arroja de acuerdo con el tarifario, esto es según la matriz establecida por la Universidad Técnica Particular de Loja detallada a continuación:

Resumen de planillaje anual de prestaciones de salud año 2014 por unidad

TABLA N°18

UNIDAD INTERVENIDA	PRESTACIONES	Valor Planillado Annual	% de Participación
ANGANUMA	CONSULTAS DE MORBILIDAD	20274,28	22%
	CONSULTAS DE PREVENCION	12158,50	15,3%
	PROMOCION EN SALUD	2567,16	2,3%
	VISITAS DOMICILIARIAS	2886,84	3,9%
	ODONTOLOGIA	40178,36	55,5%
	PROCEDIMIENTOS	216,84	0,2%
	TOTAL		78221,98

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSlg

Elaborado por: Viviana Aguirre

En esta Unidad Operativa se el servicio de Odontología es el que en mayor porcentaje factura, el segundo lugar ocupa el las consultas de morbilidad, en un mínimo porcentaje es para las curaciones.

TABLA N° 19

UNIDAD INTERVENIDA	PRESTACIONES	Valor planillado anual	% de participación.
FUNDOCHAMBA	CONSULTAS DE MORBILIDAD	17732,44	27%
	CONSULTAS DE PREVENCION	9048,05	14,15%
	PROMOCION EN SALUD	974,57	1,5%
	VISITAS DOMICILIARIAS	2833,58	4%
	ODONTOLOGIA	32923,64	51,5%
	PROCEDIMIENTOS	405,60	0,6%
	TOTAL		63917,8

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSlg

Elaborado por: Viviana Aguirre

En esta unidad operativa Odontología es el servicio que más factura igual que el dispensario de Anganuma. En estas dos unidades operativas el médico y odontóloga son itinerantes dedican 3 días a la semana a la Unidad de Anganuma y dos días a la unidad de Fundochamba.

TABLA N° 20

UNIDAD INTERVENIDA	PRESTACIONES	Valor planillado anual	% de participación.
UTUANA	CONSULTAS DE MORBILIDAD	26355,39	33,1%
	CONSULTAS DE PREVENCION	11857,64	17%
	PROMOCION EN SALUD	3494,19	4,3%
	VISITAS DOMICILIARIAS	2753,19	3,4%
	ODONTOLOGIA	32634,91	41,03%
	PROCEDIMIENTOS	372,06	0,4%
TOTAL		77467,38	100%

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIg

Elaborado por: Viviana Aguirre

Un caso similar a las 2 unidades operativas anteriores, el médico y odontóloga trabajan 3 días a la semana en este dispensario.

TABLA N° 21

UNIDAD INTERVENIDA	PRESTACIONES	Valor planillado anual	% de participación.
EL PORTETE	CONSULTAS DE MORBILIDAD	63617,02	35,8%
	CONSULTAS DE PREVENCION	58559,50	32,8%
	PROMOCION EN SALUD	4658,92	2,6%
	VISITAS DOMICILIARIAS	7136,91	4,01%
	ODONTOLOGIA	43355,40	24,3%
	PROCEDIMIENTOS	678,18	0,3%
TOTAL		178005,93	100%

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIg

Elaborado por: Viviana Aguirre

En esta unidad operativa trabaja dos médicos es por esa razón que se factura en mayor porcentaje las atenciones de morbilidad y de las atenciones de prevención que las de odontología.

TABLA N° 22

UNIDAD INTERVENIDA	PRESTACIONES	Valor planillado anual	% de participación.
TABLON3	CONSULTAS DE MORBILIDAD	31678,92	27,4%
	CONSULTAS DE PREVENCION	31168,24	27,05%
	PROMOCION EN SALUD	1640,13	1,4%
	VISITAS DOMICILIARIAS	3154,14	2,7%
	ODONTOLOGIA	46727,29	40,5%
	PROCEDIMIENTOS	841,75	0,7%
	TOTAL	115208,2	100%

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIg

Elaborado por: Viviana Aguirre

En esta Unidad llama la atención que se factura casi igual las consultas de morbilidad y prevención, situación que no ocurre en otra unidad operativa.

TABLA N° 23

UNIDAD INTERVENIDA	PRESTACIONES	Valor planillado anual	% de participación.
CHRIGUALA	CONSULTAS DE MORBILIDAD	42266,55	24,3%
	CONSULTAS DE PREVENCION	25712,05	14,8%
	PROMOCION EN SALUD	2876,17	1,6%
	VISITAS DOMICILIARIAS	4250,07	2,6%
	ODONTOLOGIA	47154,25	27,1%
	PROCEDIMIENTOS	372,06	0,2%
	LABORATORIO	50761,21	29,2%
TOTAL	173401,36	100%	

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIg

Elaborado por: Viviana Aguirre

En esta unidad operativa que cuenta con el servicio de Laboratorio este es el que mas factura superando a odontología.

TABLA N° 24

UNIDAD INTERVENIDA	PRESTACIONES	Valor planillado anual	% de participación.
YAMBACANONGO	CONSULTAS DE MORBILIDAD	44042,98	34,06%
	CONSULTAS DE PREVENCION	20832,14	16,1%
	PROMOCION EN SALUD	1188,50	0,9%
	VISITAS DOMICILIARIAS	2539,35	1,9%
	ODONTOLOGIA	59770,89	46,22%
	PROCEDIMIENTOS	920,40	0,71%
	TOTAL		129294,26

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIg

Elaborado por: Viviana Aguirre

En esta unidad operativa odontología factura en mayor porcentaje luego las consultas de morbilidad.

TABLA N° 25

UNIDAD INTERVENIDA	PRESTACIONES	Valor planillado anual	% de participación.
SAMPEDROMARTIR	CONSULTAS DE MORBILIDAD	35563,33	20,32%
	CONSULTAS DE PREVENCION	32315,37	18,4%
	PROMOCION EN SALUD	1164,73	0,66%
	VISITAS DOMICILIARIAS	2619,54	1,4%
	ODONTOLOGIA	51855,69	29,03%
	PROCEDIMIENTOS	709,02	0,40%
	LABORATORIO	50761,21	29,0%
	TOTAL		174988,84

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIg

Elaborado por: Viviana Aguirre

En esta unidad operativa que cuenta con el servicio de laboratorio, este factura casi similar al servicio de odontología.

Resultado del indicador II

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, puesto que utilizamos el siguiente indicador: % de cumplimiento en el levantamiento de los costos: Nro. de costos evaluados planillados con el tarifario nacional de las prestaciones de salud levantaron los diferentes datos de cada Dispensario siendo un total de ocho como se detalla,.

3.3. Resultados: Estrategias formuladas para el mejoramiento de Gestión Financiera.

3.3.1. Actividad: Cálculo de Punto de Equilibrio.

El punto de equilibrio es un enfoque matemático que se realiza para analizar costo-volumen-utilidad, determinando así si la casa de salud está dentro del margen ganancia o pérdida en las cuales se ha prestado en la unidad de venta necesarias para llegar al punto de equilibrio para determinar las unidades de ventas necesarias para llegar a la utilidad o meta deseada. El punto de equilibrio es el nivel de operaciones en el cual los ingresos y los costos esperados de una empresa son exactamente iguales, es decir no se obtendrá ni se incurrirá en una pérdida de operación.

Punto de equilibrio mensual de la unidad

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

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

Donde:

PE = Punto de Equilibrio

CF = Costos Fijos

CV = Costos Variables

VT = Ventas Totales – Facturación

TABLA N° 26

DISPENSARIO	COSTOS FIJOS	COSTOS VARIABLES	COSTOS TOTALES	INGRESO SEGÚN TARIFARIO	P.E (USD)	P.E %
ANGANUMA	64065,96	9791,2	73857,16	78221,90	71459,23	6,4%
FUNDOCHAMBA	49848,42	10201,12	60049,54	63917,8	58645,2	8%
CHIRIGUALA	102400,93	21762,36	124163,29	181530,8	115057,22	36%
EL PORTETE	124836,14	19538,29	144419,43	178005,93	138706,71	21,4%
TABLON3	83609,88	20522,01	103573,70	115208,1	10322,07	12%
SAMPEDRO MARTIR	103627,93	16407,97	120035,88	174988,89	114253,50	35%
YAMBACA NOGORA	89420,61	20832,26	110252,87	129294,26	106453,10	23%
UTUANA	68278,21	11808,91	80087,12	77467,38	68967,88	-3%

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSlg – Matriz Tarifario UTPL
Elaboración: Dra. Viviana Aguirre

El cuadro nos permite apreciar los valores en que los Dispensarios del Seguro Social Campesino de Loja alcanzarían su punto de equilibrio en el año 2014. Los resultados obtenidos nos permiten determinar que el nivel de producción o prestación de servicios de salud que se requiere para que los recursos del Estado sean utilizados de una manera óptima. De las ocho unidades operativas siete son económicamente sostenible y una no lo es pues el porcentaje de punto de equilibrio no da un valor negativo.

Las unidades más sostenibles son aparentemente son aquellas dos que brindan el servicio de laboratorio.

3.3.2. Socialización de resultados

Mediante sesión de trabajo mantenida el 3 de julio de 2015, se procedió a la socialización de los resultados con el Subdirector del Seguro Social Campesino de Loja y Zamora Chinchipe. El sistema de evaluación a través del monitoreo y control de las unidades de primer nivel, demanda de la construcción de una herramienta que permita conocer con detalle el comportamiento de las diferentes variables que participan en el otorgamiento de las diferentes prestaciones, así como el uso de los recursos, con miras a evaluar la productividad y rendimiento de los mismos.

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

- Los resultados de los costos y los planillaje de los servicios prestados hacia la clase afiliada.
- La importancia e impacto del manejo eficiente de los recursos.
- La importancia de mantener un sistema de información efectivo
- La importancia de evaluar la productividad y rendimiento del personal de la unidad.

3.3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento.

Del procesamiento de datos de las Unidades del Seguro Social Campesino Loja de enero a diciembre de 2014 se lo realizo con los totales de los concentrados mensuales de cada dispensario cuyos resultados obtenidos fueron integrados en una matriz de indicadores de gestión, puesto que al no contar con un sistema informático adecuado, que se lleve un control de la información existen algunas inconsistencias y lo principal es que se busquen las mejoras para la prevención de la enfermedades, evaluar cómo se puede mejorar para que exista una mayor producción dentro de la unidad operativa, por lo que se deberá contar con una planificación estratégica y la evaluación continua para proponer los mejores planes de trabajo orientadas al mejoramiento siendo importante los siguientes puntos:

a) Implementar un sistema de Monitoreo de la atención médica.

Constituye un interés muy especial el conocimiento y el comportamiento del monitoreo de la atención médica:

- La producción de las consultas por profesional
- La atención médica por sexo y edad
- La atención médica por tipo de profesional y por afiliación.
- Atención medica por tipo de consulta: primeras y subsecuentes
- Frecuencia de uso de consultas
- Atención médica según diagnóstico

Es importante que se implante este tipo de monitoreo puesto que es importante que la unidad cuente con que se determine cuanta consultas realiza cada profesional de la unidad operativa, así mismo cual es el promedio del tiempo que utiliza en cada una de las atenciones médicas. Así mismo es importante monitorear el diagnostico por el que acuden a la unidad operativa para recibir atención médica y con ella determinar si son las primeras

consultas o son las subsecuentes que edad tienen las personas que se atienden y si son mayormente hombres o mujeres.

b) Implementar el monitoreo permanente del componente de gestión de la unidad médica.

Para el monitoreo del componente de gestión de las unidades médicas, 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 considerado en el nuevo modelo de atención MAIS y relacionado con:

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

MONITOREO DE LOS PRODUCTOS DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL			
FECHA DE EVALUACIÓN:			
COMPONENTES	SI	NO	OBSERVACIONES
ORGANIZACIÓN COMUNITARIA			
Comites de salud local funcionando	X		
COMITES DE USUARIOS O GRUPOS ORGANIZADOS Y FUNCIONANDO			
Grupos de adultos mayores			
Grupos de diabéticos			
Grupos juveniles	X		
Grupos de personas con discapacidad			
Otros especifique Hipertensos	X		
DIAGNOSTICOS SITUACIONAL INICIAL	X		
DIANGOSTICOS DINAMICOS	X		
SALA SITUACIONAL IMPLEMENTADA Y ACTUALIZADA	X		
PLANES DE SALUD LOCAL FORMULADOS DE ACUERDO A NORMATIVA Y HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN ESTABLECIDAS POR EL MSP	X		
COMPROMISOS DE GESTIÓN	X		
ACCIONES DE SALUD MONITOREADAS Y EVALUADAS	X		

En las unidades operativas se cuenta con grupos de adultos mayores, de diabéticos, de personas hipertensas con quienes se implementará el monitoreo y avance que se tienen, el sistema implantado en cada una de las unidades de salud intervenidas son talleres teórico práctico para mejorar la calidad de vida de la clase afiliada.

- c) 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
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, como se lo reflejaba en la matriz de planillaje en donde dentro de los parámetros normales se evidenciaba que efectivamente se cumplen.

Resultados del indicador III

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, puesto que se han propuesto varios indicadores para que se implementen dentro de la unidad operativa garantizando así una efectiva y eficaz atención en los afiliados que acuden a estas Unidades de Salud del Seguro

Social Campesino de LOJA puesto que se los ha planeado en beneficio de estas unidades, además se los ha propuesto en este presente trabajo puesto que si son datos se han podido evidenciar varios de ellos pero con cierta dificultad para ser calculados por lo que se propone seguir trabajo en los mismos.

3.3.4. Presentación del informe final a autoridades zonales.

a) Presentación de informe final a la autoridad Distrital.

Luego de culminar con todas las actividades propuestas en este trabajo de tesis se presenta el informe final al Dr. Daniel Astudillo Subdirector del Seguro Social Campesino de Loja Y Zamora Chinchipe, con todos los documentos anexos que evidencia el desarrollo de las actividades propuestas y los resultados obtenidos, generando el compromiso de socializar con los servidores de las Unidades Operativas a su cargo y hacer extensiva esta experiencia a las otras unidades de la zona del país puesto que es importante poder medir la calidad de la atención y enfatizar que lo más importante es la atención de los afiliados con calidad y calidez en cada uno de los servicios que brinda la Seguro Social Campesino.

CONCLUSIONES

1. Se ha diseñado y validado el proceso de costos y facturación de los recursos en los Dispensarios del Seguro Social Campesino de Loja, como el área evaluada corresponde a centro tipo A, que se determinan en esta área de salud, como son la consulta externa, la visita domiciliaria, odontología, etc., y que en la actualidad comparados con los precios del tarifario los datos del Winsig es mucho más alto esto debido a que en las área de salud lo que se tiene como prioridad es la atención con calidad y calidez.
2. La capacitación al personal de los Dispensarios del Seguro Social Campesino de Loja, sobre el proceso fue el pilar fundamental para la obtención de información en cada departamento logrando una corresponsabilidad en todos los procesos. El personal administrativo del Seguro Social Campesino tiene un completo conocimiento de los requerimientos de información que demandan estos procesos.
3. Se diseñó e implementó el proceso de monitoreo, control y supervisión de los recursos, validando cada componente, se lo hizo a través del monitoreo de: Productos que genera primer nivel, productividad y rendimiento del talento humano de manera especial profesionales de la salud e indicadores de estructura, procesos y resultados, mejorando así los procesos del sector salud.
4. El primer nivel de atención no genera un sistema de información confiable y completa que permita evaluar con objetividad el comportamiento de los diferentes elementos del proceso productivo, tanto en el campo administrativo como financiero. La información a más de ser limitada es deficiente, por ejemplo Informes Diarios y Mensuales de Medicos, Odontológicos y de Auxiliares de enfermería.
5. Los Dispensarios del Seguro Social Campesino de Loja no evalúa el comportamiento de los diferentes recursos asignados, se genera información sin un análisis que oriente la gestión, tampoco se retroalimenta a través de observaciones y/o recomendaciones que impulsen un proceso de mejoramiento.
6. No existe criterio único en la forma de generar información, ello provoca serias distorsiones en los resultados, lamentablemente son errores significativos que no son evidenciados en ninguna instancia.
7. Las unidades del primer nivel intervenidas, difieren aún mucho en generar todos los productos que el Modelo de Atención MAIS exige, así como los estándares y/o parámetros que establece para los diferentes componentes de la atención. Se evidencia un proceso de implementación limitada en el Seguro Social Campesino de Loja.

8. Se evidencia una falta de planificación de los recursos, hecho que provocó serias dificultades de asignación del talento humano en los diferentes unidades de salud tales como, consulta en establecimientos, visitas domiciliarias, acciones de promoción de la salud.
9. El Subdirector del Seguro Social Campesino no dispone de información estratégica para la toma de decisiones, se limita a entregar información requerida por nivel central de la institución.
10. La Coordinación Institucional, tampoco evalúa el comportamiento de las diferentes variables de los procesos de producción de servicios de salud, se limitan también a ser el nexo con el nivel central, entregando información que luego se publica, sin ningún elemento de análisis que oriente a la toma de decisiones estratégicas. Los procesos de validación realizados a través de TICS se centran en aspectos formales y no de fondo.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecen e institucionalizar la implementación de los procesos de costos y facturación de los recursos de los Dispensarios del Seguro Social Campesino Loja, pero es importante mencionar que los profesionales de estas unidades de salud tienen la prioridad de que la atención sea con calidad y calidez por lo que se deben seguir así para que los pacientes se apeguen a los tratamiento sin novedad.
2. Como se puede observar según la información obtenida las visitas domiciliarias y actividades de promoción y prevención deberían priorizarse realizando así una atención preventiva y no una atención curativa permitiendo la reducción de las transferencias a las unidades de mayor complejidad.
3. Reafirmar y fortalecer los conocimientos sobre los temas de costos, facturación, gestión, emitidos al personal operativo de los Dispensarios del Seguro Social Campesino de Loja, mejorando así los costos en la unidad operativa, dando como resultado concienciación de que este estudio ayudaría en la toma de decisiones para mejorar las consultas del área de salud.
4. Conservar e implementar los procesos de monitoreo, control y supervisión de los recursos con el afán de precautar la inversión que realiza el estado, que tiene como finalidad brindar un servicio de calidad, calidez y eficiencia a toda la población.
5. Implementar un sistema de información sólido, completo y oportuno orientado a la toma de decisiones, mejorando así en beneficio a la clase afiliada del Seguro Social Campesino de Loja.
6. La Dirección General de la Institución debe implementar un proceso de planificación y evaluación objetiva de los recursos asignados a sus unidades, garantizando así el uso de los recursos en forma óptima, corrigiendo cualquier desviación en forma oportuna, por lo que se podría evaluar en los dos semestres del año para poder tomar oportunamente decisiones en mejora de la unidad operativa.
7. La Subdirección del Seguro Social Campesino, debe implementar compromisos de gestión con el su inmediato superior, para sostener procesos estratégicos que impulsen el mejoramiento continuo y fundamentalmente la consolidación del modelo de atención y de gestión.
8. La Subdirección del Seguro Social Campesino debe implementar un sistema de rendición de cuentas público, técnicamente diseñado que estimule y fortalezca procesos que generan valor agregado.

9. La Subdirección del Seguro Social Campesino debe establecer criterios técnicos para la asignación de recursos a las diferentes unidades de salud, tomando los elementos del presente estudio como orientadores de esa distribución, estimulando la eficiencia.
10. Es importante mencionar que en el servicio de laboratorio y de odontología hay actividades que deben ser mencionadas y que en el tarifario no se encuentra descrito entonces es una desfase que no se cuenta.

BIBLIOGRAFÍA

- (s.f.). Obtenido de: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- (s.f.). Obtenido de http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
- http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/. (s.f.). Obtenido de: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
- [/www.orasconhu.org](http://www.orasconhu.org). (s.f.). Obtenido de [/www.orasconhu.org](http://www.orasconhu.org): <http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/003-CASE-Mauricio%20Leon.pdf>
- Case, M. (s.f.). www.orasconhu.org. Obtenido de <http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/003-CASE-Mauricio%20Leon.pdf>
- Guayas, C. (s.f.). www.colposcopiaguayas.com/boletines/.../Presentacion_Guayaquil.ppt. Obtenido de www.colposcopiaguayas.com/boletines/.../Presentacion_Guayaquil.ppt
- Guayas, C. (s.f.). www.colposcopiaguayas.com/boletines/.../Presentacion_Guayaquil.ppt. Obtenido de www.colposcopiaguayas.com/boletines/.../Presentacion_Guayaquil.ppt
- instituciones.msp.gob.ec. (12 de Diciembre de 2012). instituciones.msp.gob.ec/. Recuperado el 2015 de Mayo de 15, de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- MSP. (2012). *Tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud, enero, 2012 Pag, 12-14*.
- MSP-Gestión Financiera, P. d. (1998). *Gestión Financiera*. Ministerio de Salud Pública.
- Pública, M. d., & MSP. (s.f.). *Tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud, enero, 2012 Pag, 12-14*.
- Salud, M. d. (2012). *Manual de modelo de atención integral de salud*.

- Salud, M. d. (2012). *Tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud, enero, 2012 Pag, 12-14* .
- *www.equipoesca.org.* (s.f.). Obtenido de <http://web.archive.org/web/20120729153004/http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2009/04/problemas-acuciantes-en-atencion-primaria.pdf>
- *www.monografías.com.* (s.f.). Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos91/los-costos-hospitalarios/los-costos-hospitalarios.shtml#ixzz3ZyFgGqVL>
<http://www.monografias.com/trabajos81/costos-hospitalarios/costos-hospitalarios2.shtml#costoshosa#ixzz3ZyB1NkSh>
- *www.wikipedia.com.* (s.f.). Obtenido de <http://definicion.de/eficiencia/#ixzz3a2OHM4Cf>
- *www.wikipedia.com.* (s.f.). Obtenido de <http://definicion.de/eficiencia/#ixzz3a2OHM4Cf>
- *www.wikipedia.com.* (s.f.). Obtenido de <http://www.significados.com/calidad/>

Bibliografía de Apoyo

- Drummond MF, O'Brien BJ, Stodart GL, Torrance GW. *Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Asistencia Sanitaria*. 2 ed. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 2001.
- Mendoza P. Evaluación económica en salud. Análisis de costos y análisis de costo efectividad. *Rev Méd IPSS* 1995;4(1):1-13.
- Gálvez AM. Evaluación económica en salud. Disponible en: www.infomed.sld.cu [revisado 26/3/2003].
- Gálvez A. Guía metodológica para la evaluación económica en salud. *Rev Cubana Salud Pública* 30(1):2004:37-54.

ANEXOS