



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

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

Evaluación Financiera del Centro de Salud de Quero y del Puesto de Salud

de San Antonio de Hipolonguito - Distrito 16d06 - Zona 3 - Año 2014

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Buenaño Zambrano Nancy Paola, Md

DIRECTORA: Pesántez León Mary Graciela, Mgtr

CENTRO UNIVERSITARIO RIOBAMBA

2015

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Magíster.

Mary Graciela Pesántez León.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación titulado “Evaluación Financiera del Centro de Salud de Quero y del Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito – Distrito 16D06 – Zona 3 – Año 2014” realizado por la MD. Nancy Paola Buenaño Zambrano ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo

Loja, 10 de diciembre del 2015

f:

DECLARACION DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Buenaño Zambrano Nancy Paola declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: Evaluación Financiera del Centro de Salud de Quero y del Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito – Distrito 16D06 – Zona 3 – Año 2014, de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo Mary Graciela Pesántez León director (a) 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”, procedimientos y resultados vertidos en el mismo.

f:

Buenaño Zambrano Nancy Paola

060708681-9

DEDICATORIA

La vida nos da miles de oportunidades de conocer y compartir momentos inolvidables con personas especiales, por eso dedico este trabajo al ser más amado de mi vida Mi Hija: Ailyn Alejandra, quien ha estado desde su existencia siempre en cada paso de esta carrera, con quien experimentado los sacrificios más grandes para poder después disfrutar las más valiosas recompensas y éxitos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la Vida

A María Auxiliadora, quien es mi guía en el camino

A mis Padres, pilares fundamentales en mi formación personal y profesional

A mis Hermanas, por estar junto a mí en todos los momentos

A mis sobrinos, por alegrarme día a día con cada una de sus ocurrencias

A mi Hija, por su existencia, quien es el motor de mi vida y existencia.

A mi Tutora: Mgtr. Mary Pesántez por su entrega y dedicación a la docencia.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE	vi
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
PROBLEMATIZACIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	8
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	9
1.1 Marco institucional	10
1.1.1 Aspectos geográficos del lugar	10
1.1.2 Dinámica poblacional	10
1.1.3 Misión de la unidad de salud	15
1.1.4 Visión de la unidad de salud	16
1.1.5 Organización administrativa de la unidad de salud	17
1.1.6 Servicios que presta la unidad de salud	18
1.1.7 Datos estadísticos de cobertura de la unidad de salud	19
1.1.8 Características geofísicas de la unidad de salud	23
1.1.9 Políticas de la institución	25
1.2 Marco conceptual	28
1.2.1 Marco teórico	29
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	34
2.1 Matriz de involucrados	35
2.2 Árbol de problemas	36
2.3 Árbol de objetivos	38
2.4 Matriz de marco lógico	40
2.5 Actividades	41
CAPÍTULO III: RESULTADOS	44
Resultado No. 1 Socialización del proyecto	44
1.1 Servicios de salud costeados	44

1.1 Análisis del Resultado No. 1 Socialización del proyecto	44
1.2 Análisis del Resultado No. 2 Taller de inducción al proceso de costos	44
1.3 Análisis del resultado No. 3 Recolección de información	44
1.4 Análisis del resultado No. 4 Procesamiento de Datos	46
Resultado No. 2 Servicios de salud planillados.	54
2.1 Análisis del Resultado No.1 Socialización de tarifario del sistema nacional de salud	53
2.2 Análisis del Resultado No.2 Recolección de información	54
2.3 Análisis del resultado No.3 Valoración de las prestaciones según el tarifario del sistema nacional de salud.	55
Resultado No. 3 Estrategias de Mejoramiento	57
3.1 Análisis del Resultado No.1 Cálculo del punto de equilibrio	57
3.2 Análisis del Resultado No.2 Socialización de resultados	59
3.3 Análisis de resultado No. 3 Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	59
3.4 Análisis de resultado No.4 Entrega de informes a las autoridades distritales.	64
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	69

RESUMEN

En el Sistema de Salud de nuestro país, con el pasar del tiempo se ha ido buscando el mejoramiento en todos los aspectos, por falta de levantamiento de información no se posee evaluaciones financieras de las unidades de salud del Primer Nivel, el presente Trabajo tiene como objetivo Evaluar el componente financiero del Centro de Salud de Quero y del Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito del distrito 16D06 Zona de Salud 3, a través de la aplicación de matrices de costo y facturación.

Las unidades de salud intervenidas fueron costeadas y planilladas en su totalidad con el 100% de cumplimiento de las actividades respectivamente, se recomienda estrategias de monitoreo y mejoramiento mediante la implementación, medición y análisis de indicadores con el objetivo de fortalecer una gestión que brinde servicios de salud de calidad, calidez y eficiencia, además desde el punto de vista económico se recomienda estimular y fortalezca procesos que generan valor agregado que vaya acorde a la inversión del estado en este tipo de servicio para su población demandada.

PALABRAS CLAVE: indicador, producción, prevención, morbilidad, costo, costo total, costo directo, costo indirecto, costo integral, costo neto, punto de equilibrio.

ABSTRACT

In the health system of our country, with the passage of time has been seeking to improve in all aspects, for lack of gathering information not financial assessments of the health units of the first level holds, the present work is Objective To evaluate the financial component of the Health Center of Quero and Health Post San Antonio district of Hipolonguito 16D06 Health Zone 3, through the implementation of cost matrices and billing.

Health units intervened were paid and planilladas entirely with 100% compliance activities respectively, monitoring strategies and improvement recommended by implementation, measurement and analysis of indicators in order to strengthen management to provide services quality health care, warmth and efficiency also from the economic point of view it is recommended to stimulate and strengthen processes that generate added value that goes in line with the state's investment in this type of service for its population demanded.

KEYWORDS: indicator, production, prevention, morbidity, cost, total cost, direct cost, indirect cost, comprehensive cost, net cost breakeven.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de Salud se encuentra divididos por Niveles de acuerdo al grado de resolución de complejidades de los problemas de salud, en el Nivel I de atención hasta el momento no cuenta con información sobre evaluaciones financieras de acuerdo a sus actividades, por tal razón se busca obtener datos reales, los cuales nos proporcionarán sobre la realidad en la cual se desarrollan las actividades de la salud en el Nivel I de atención.

Este trabajo abarca 4 capítulos, distribuidos de la siguiente forma: Capítulo I, en el cual se realiza un enfoque general en los conceptos básicos en los cuales se fundamenta este proyecto, como son las directrices del Modelo de Atención Integral de Salud, así también la Atención Primaria en Salud, y todo el enfoque del Nivel de Atención I.

En el Capítulo II, todo el modelo metodológico, con todos sus componentes con el objetivo de Evaluar el componente financiero del Centro de Salud de Quero e Hipolonguito del Distrito 16D06 Zona de Salud 3, mediante el análisis de costos, valoración económica de las prestaciones y formulación de estrategias de mejoramiento, para fortalecer la formación de Gerencia en Salud de dichos centros de salud pertenecientes al Nivel I de Atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Capítulo III, se revelan todos los resultados alcanzados de acuerdo a cada uno de los objetivos propuestos, en correlación con cada actividad ejecutada relacionada directamente con los resultados que se espera alcanzar.

Finalmente se enfoca las conclusiones a las que se ha llegado después del desarrollo de este proyecto con sus debidas recomendaciones, para la mejora de trabajos de este tipo de investigación.

La importancia de este proyecto es otorgar una evaluación financiera clara, concreta y precisa, la cual se convertiría en una herramienta modelo para realizar diferentes estudios enfocados a la Inversión y financiamiento de la implementación de establecimientos de salud de acuerdo a los aspectos geográficos, poblacionales y epidemiológicos de cada localidad.

El Alcance fue alto, puesto que se contó con la información adecuada, en la cual se fundamenta toda esta investigación.

Se ha logrado cumplir con todos los objetivos propuestos, puesto que cada actividad se encuentra interrelacionada, lo cual ha sido una fortaleza para obtener datos fidedignos de la realidad que envuelve a los Centros de Salud intervenidos, por ende su cumplimiento es del 100% de todas las actividades propuestas.

En el desarrollo del proyecto se obtuvo como limitaciones la falta de colaboración y apertura en un inicio del MSP, puesto que se tuvo por parte de los representantes de la UTPL de la Zona 3, mantener reuniones permanentes hasta alcanzar los permisos necesarios para llevar a cabo esta investigación, por otro lado las fortalezas, se puede redactar el compromiso del personal administrativo de cada establecimiento de salud y sobre todo la colaboración desinteresada de los Tutores de UTPL Centro Riobamba, quienes nos han otorgado todas las herramientas y guía necesaria para la culminación exitosa de la evaluación del Centro de Salud Quero y del Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito. La metodología utilizada es la de Matriz de Involucrados, en la cual se detalla cada función de todas las personas que van a participar en el estudio, además los Árboles de Problemas y Objetivos, éstos dos últimos son la base de todo este estudio, es decir, es la esencia de nuestra investigación, con respecto al tiempo es retrospectiva, ya que nos basamos en datos poblacionales publicados de forma interactiva en la página de la SENPLADES y datos de la cobertura de cada Centro de Salud en el año 2013 y 2014.

PROBLEMATIZACIÓN

Nuestro país en los últimos años, ha realizado una mayor inversión en el sector salud, con el objetivo de cumplir el slogan “Salud para Todos”, es así que se ha tratado de completar todos los recursos necesarios para otorgar un buen servicio, sin embargo, éstos dependerán de la realidad en la cual se desenvuelve cada Servicio de Salud, es así, que el Centro de Salud Tipo C Quero, con su población de 14544, teniendo un predominio de la población entre 15 a 19 años, dentro de las causas de morbi – mortalidad predominan las enfermedades Infecciosas de la Vía Aérea, al encontrarse a pocos minutos de la capital cantonal de la provincia de Tungurahua, posee vías de acceso de primer orden, lo cual le ha permitido mantener sus coberturas e incluso superar el área de cobertura asignadas, fue en el 2012 que el gobierno invirtió para la remodelación de las instalaciones de este tipo de Centro de Salud, ampliando sus horarios de 24 horas, actualmente cumple con toda la cartera de servicios de centro de Salud Tipo C. El Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito, perteneciente al cantón Quero, posee una población de intervención de 1450 habitantes, la población de esta comunidad también posee similar comportamiento demográfico del cantón al cual pertenece ya que existe un predominio de la población entre 15 a 19 años de edad, las coberturas de consultas de morbilidad y preventivas de acuerdo a cada grupo etáreo son adecuadas, al encontrarse a poca distancia del cantón Quero, existe cierta desviación de la población de intervención, puesto que la población prefiere acudir al Centro de Salud de Quero, que cuenta con mayor cartera de servicios, sin embargo a pesar de esto, el Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito cumple con todos los servicios diseñados e implementados de acuerdo al tipo de servicio de salud de I Nivel, al igual que los demás puestos y centros de salud de la provincia de Tungurahua posee el mismo Perfil de Morbi – Mortalidad. Tanto el Centro de Salud Quero y Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito, lamentablemente no cuenta con estudios sobre los recursos económicos invertidos desde su creación, esta es la realidad de la mayoría de los Centros y Puesto de Salud pertenecientes al Primer Nivel de Atención en nuestro país, ya que con el transcurso de los años siempre se ha enfocado solo a estudios basados en la cobertura y morbi – mortalidad de cada centro o puesto de salud, es decir, siempre se ha realizado monitoreos constantes sobre las coberturas de los diferentes programas implementados por el Ministerio de Salud y también de la cobertura de cada uno los servicios de acuerdo a los grupos etáreos, todos estos datos son incluso de carácter obligatorio que cada centro o puesto de salud debe presentar cada fin de mes y también de forma anual a la Zona a la que pertenece, es decir, que se cuenta con la información detallada de todos estos aspectos, sin embargo al ser un servicio ofertado, éste también genera costos, los cuales se desconoce ya que no se ha realizado estudios en cuanto a los gastos e inversiones que el

Ministerio de Salud siempre ha desembolsado desde la creación de cada Centro y Puesto de Salud, es aquí donde radica el problema ya que se desconoce los gastos que genera el mantenimiento y sostenibilidad de este tipo de servicio. Los servicios a nivel nacional no poseen sistemas de facturación, ya que al prestar la atención médica jamás se emite una factura con los costos generados en esa atención, al ser un servicio público es de carácter gratuito, sin embargo así sea en este ámbito siempre generará un costo.

“La economía de la salud, es una rama de la economía que estudia la producción y distribución de salud y de atención sanitaria” (Hidalgo A, 2011), uno de los enfoques es realizar investigaciones con el objetivo de tratar de resolver los diferentes problemas de salud y de servicios sanitarios evidenciados de cada realidad de la población intervenida, al observar cómo se desenvuelve el sector salud nos podemos dar cuenta que no se ha puesto en práctica la economía de la salud en nuestro país ya que no se cuenta con estudios con este tipo de enfoque.

En la constitución del estado ecuatoriano, uno de los acápites importantes son los Servicios de Salud, en el cual se detalla de forma clara y precisa que la salud es un derecho que garantiza el Estado, al ser un derecho, del cual todo ecuatoriano puede hacer uso, cómo se puede garantizar que el estado cumpla con éste si desconoce la realidad financiera en la cual se desenvuelve, al valorar en este contexto nos cabe formular diferentes interrogantes: El gobierno cuánto desembolso de forma anual para la sostenibilidad de este servicio?, el valor monetario generado es un gasto o se lo catalogaría como inversión?, la cantidad de dinero desembolsada es la suficiente para otorgar un servicio de salud óptimo?... de esta forma podemos seguir escribiendo más interrogantes, pero si en realidad no se realiza un estudio de Costos de los servicios de Primer Nivel de Atención, éstas quedarían en el aire y sin respuestas, desde esta plataforma lo que buscamos es poseer bases fidedignas para conocer el estado financiero de cada centro o puesto de salud del Ministerio de Salud o perteneciente a la Red Pública de Salud.

La investigación del presente trabajo se basará en todos los Costos generados por cada unidad de salud de acuerdo a los bienes que posee y el cumplimiento de la cartera de servicios diseñados de acuerdo a su infraestructura, ésta investigación es de tipo retrospectiva con datos del 2014, con enfoque de todos los gastos realizados ya sea en recursos humanos y financieros que fueron necesarios para brindar las coberturas publicadas del Centro de Salud de Quero y del Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito, pertenecientes a la Zona 3.

JUSTIFICACIÓN

La Salud, es un derecho, del cual todos los ecuatorianos debemos ser beneficiados, este derecho se encuentra publicado en la Constitución, al momento a Nivel Nacional se encuentra con Centros de Salud, cada uno con sus carteras de servicio bien establecidas de acuerdo al nivel de complejidad.

Además como se ha evidenciado que la demanda supera a la oferta en cuanto a servicios de salud, se ha creado la Red Nacional de Salud, con el objetivo de ofrecer un servicio integrado y obtener una mayor cobertura.

Salud, no es solo un concepto que encierra el bienestar de la persona tanto en el aspecto físico, psíquico, emocional, y de la comunidad, al ser un servicio que se oferta, éste lleva involucrado Costos, los cuales en la actualidad se desconocen, es decir, no han sido estudiados, se desconoce con certeza, los montos de dinero que cada año desembolsa el Gobierno para mantener cada centro de salud de acuerdo a cada Nivel de Atención, he aquí la importancia de realizar una Evaluación estricta del componente financiero del Centro de Salud Quero y del Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito, lo cual se realizará a través del análisis de costos, valoración económica de las prestaciones teniendo como base la aplicación del Tarifario del Sistema Nacional de Salud, para conocer el gasto económico invertido por parte del Estado para mantener el funcionamiento de cada unidad operativo e incluso nos permitiría la formulación de estrategias en busca del mejoramiento continuo.

La Gerencia en Salud, encierra miles de acciones y objetivos con el fin de brindar servicios de salud óptimos de acuerdo a la realidad de cada población, pero su labor más arduo se encuentra en la toma de decisiones, pero ¿Cómo tomar decisiones, si se desconoce la realidad de los costos invertidos en dicho servicio?; por tal razón se busca obtener una base de datos y la completa evaluación financiera, lo cual beneficiará en la toma de decisiones y además es una fortaleza, puesto que se tomaría como base para realizar diferentes estudios con el objetivo de mejor día a día este Servicio, que lamentablemente en la actualidad por parte de sus beneficiarios se encuentra tan devaluado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el componente financiero del Centro de Salud de Quero y del Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito del distrito 16D06 Zona de Salud 3, 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.

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

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Marco Institucional

1.1.1. Aspecto Geográfico del Lugar

Cantón Quero.

Se localiza en la provincia del Tungurahua a 18.5 km al suroeste de Ambato, se encuentra a una altura de entre los 2760 en la confluencia de la Quebrada Masacho con el río Quero hasta los 4430 msnm sobre la cumbre del monte Iguata, con una superficie de 174 Km².

Los puntos geográficos extremos del cantón son (UTM, zona 17 Sur):

Septentrional: 768415; 9850609, en la confluencia de la quebrada Masabacho con el río Quero, a 2760 msnm Meridional:764675;9833564, en el sector del monte Iguata a 4430 msnm.

Oriental: 773647; 9841222, en el sector de la Loma Arrayán Grande a 3400 msnm.

Occidental: 753703;9837656, en la cota 3520 msnm del río Mocha.

Geográficamente, se encuentra limitado por:

Norte: Cantón Cevallos

Sur: Cantón Guano, Provincia del Chimborazo

Este: Cantón Pelileo

Oeste: Cantón Mocha (Cubillo, 2010).

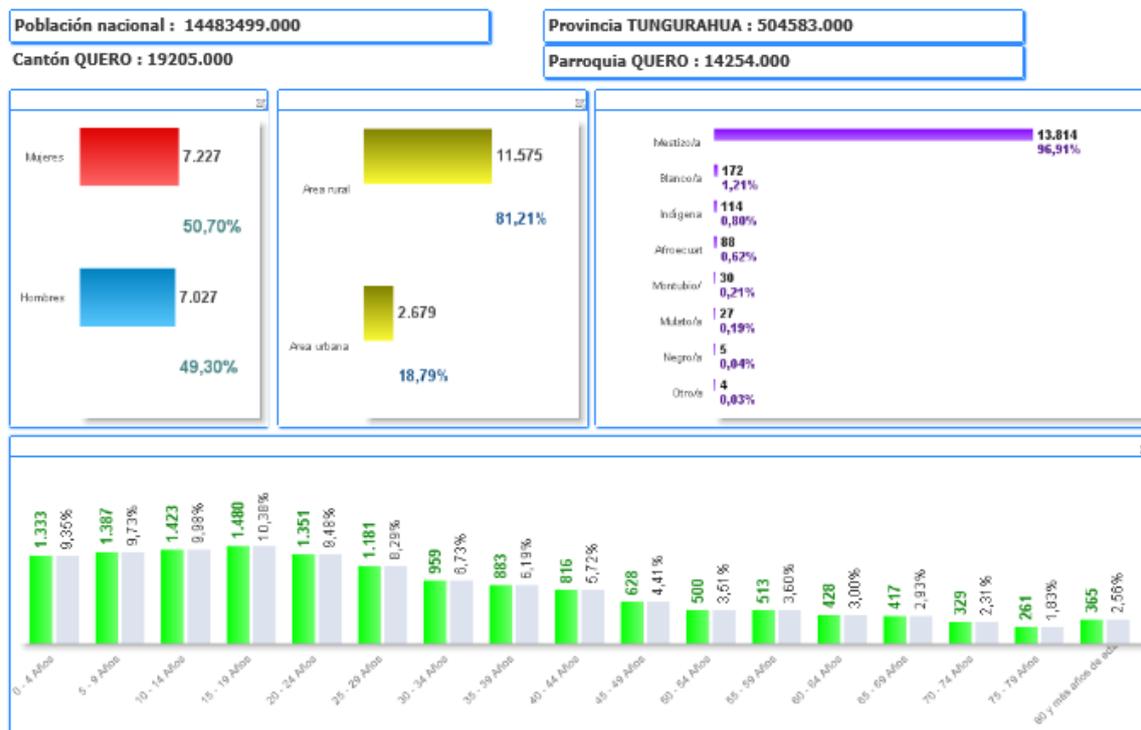
Comunidad San Antonio de Hipolonguito

La comunidad de San Antonio de Hipolonguito pertenece a la Parroquia La Matriz del Cantón Quero de la provincia de Tungurahua, ubicado a unos 10 minutos en la parte sur-occidental de la Matriz del cantón. Los datos proporcionados por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Quero, indican que está ubicada en las coordenadas: 9842043.0 (N), 765490.0 (E). Se encuentra entre los 2900 y 3500 m.s.n.m con terreno de grandes pendientes en su mayoría. La altitud media sobre el nivel del mar es de 3200 metros (Sánchez, 2012).

1.1.2. Dinámica Poblacional

Cantón Quero

Tabla N°1: Población Cantón Quero



Fuente: Sistema Nacional de Información 2010.

La población del cantón Quero es de 14.254 habitantes, distribuidos de la siguiente manera: 81,21%, 18,79% en el sector rural y urbano respectivamente, evidenciando un predominio del sector rural, en la distribución en cuanto a sexo, el 50,70% son mujeres y el 49,30% hombres, al tomar en cuenta los grupos etáreos la mayor población es joven de entre 15 a 19 años de edad, con 1490 habitantes dentro de dicho rango de edad, que corresponde al 10,36% de la población en general, según la gráfica podemos evidenciar que existe un predominio de población joven. Número de población disponible en los datos interactivos de la SENPLADES.

Con respecto a la Parroquia San Antonio de Hipolunguito, su población es:

Tabla N°2: Población Parroquia San Antonio de Hipolonguito

GRUPOS	HOMBRE	MUJERES
TOTAL	1122	1191
< 1 año	21	22
1 - 4	85	90
5 - 9	106	113
10 - 14	105	111
15 - 19	102	108
20 - 64	608	646
> 65	95	101
Embarazadas		28
MEF 10 -45 años		675
MEF 15 – 45 años		564
DOC mamario (25 – 64 años)		542
DOC cervico mamario (35 – 64 años)		354

Fuente: Distrito 18D06

Proyección de La Población del Cantón Quero

El Centro de Salud Quero y el Puesto de salud san Antonio de Hipolonguito pertenecen al cantón Quero, lamentablemente no existen datos a nivel parroquial, por lo que se toma en cuenta datos extraídos de la página web de la SENPLADES, en la cual se hace referencia a todo el cantón Quero.

Tabla N°3: Proyección Poblacion Canton Quero

**PROYECCIONES REFERENCIALES DE POBLACIÓN CANTONAL SEGÚN AÑOS EN GRUPOS DE EDADES
PERIODO 2010 - 2020**

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010

GRUPOS DE EDADES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
< 1 año	459	454	448	443	437	431	426	420	414	409	403
1 - 4	1.683	1.671	1.657	1.641	1.623	1.603	1.583	1.563	1.543	1.523	1.502
5 - 9	1.985	1.975	1.963	1.951	1.937	1.923	1.907	1.889	1.869	1.848	1.825
10 - 14	1.964	1.955	1.946	1.937	1.928	1.919	1.909	1.898	1.885	1.872	1.857
15 - 19	1.951	1.945	1.938	1.931	1.922	1.913	1.904	1.895	1.886	1.878	1.868
20 - 24	1.856	1.858	1.858	1.855	1.851	1.846	1.840	1.833	1.826	1.817	1.808
25 - 29	1.630	1.644	1.655	1.664	1.671	1.675	1.677	1.676	1.674	1.670	1.665
30 - 34	1.349	1.368	1.386	1.403	1.418	1.431	1.443	1.453	1.460	1.466	1.470
35 - 39	1.207	1.226	1.244	1.263	1.283	1.302	1.320	1.338	1.354	1.368	1.381
40 - 44	1.093	1.107	1.122	1.138	1.154	1.171	1.189	1.206	1.225	1.243	1.261
45 - 49	897	911	924	938	950	963	975	988	1.002	1.016	1.031
50 - 54	729	744	758	772	786	799	812	824	836	847	858
55 - 59	717	731	746	761	777	793	809	825	841	856	870
60 - 64	604	614	623	634	645	658	671	684	699	714	729
65 - 69	546	554	563	571	580	589	598	609	619	631	643
70 - 74	468	475	482	489	497	506	514	523	531	540	549
75 - 79	371	372	375	379	384	390	397	404	411	419	427
80 y Más	511	490	476	466	459	456	456	458	463	469	477
TOTAL	20.020	20.092	20.164	20.235	20.303	20.368	20.429	20.485	20.538	20.586	20.627

Fuente: INEC Censo de población y vivienda 2010

De acuerdo a los datos de Proyección teniendo como base el año 2010 con población de 20.020, la proyección al 2020 se tiene una población de 20.627 , la población real del cantón Quero es de 14.254, teniendo un crecimiento del 4,26% de la población para la proyección en 10 años.

Indicadores Determinantes de Salud del Cantón Quero

Tabla N°4: Indicadores de Salud

AÑO 2010			
INDICADORES POBLACIONALES	TOTAL	URBANA	RURAL
Índice de Envejecimiento	32,36	38,33	31,52
Mujeres en Edad Fértil	4965,00	732	4.233
% MEF	51,10%	52,59%	50,85
Total Jefes de Hogar	5399,00	756	4643,00
Población Femenina Jefe de Hogar	1356,00	222,00	1134,00

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

De acuerdo a los datos registrados de la SENPLADES, dentro de los indicadores determinantes de la salud del cantón Quero, al cual pertenecen el Centro y Puesto de Salud intervenidos hacemos referencia al índice de envejecimiento el cual es de 32,36, es decir, que existe 32,36 adultos mayores de 65 años o más en relación a 100 habitantes jóvenes y niños menores de 15 años.

La población mujer que se encuentra en edad fértil, es decir entre 15 a 44 años, es de 4965 habitantes de un total de 14254, con un predominio a nivel del sector rural, que corresponde al 51,1º % de la población total, con 52,59% y 50,85% a nivel urbano y rural respectivamente.

Los Jefes de Hogar del cantón Quero representan 5399, con predominio de jefes de hogar en el sector rural con 4643 habitantes; mientras que la población femenina Jefe de Hogar es de 1356, con igual comportamiento que los jefes de hogar de la población masculina al hacer referencia al predominio en el sector rural.

Indicadores Demográficos

Tabla N°5: Indicadores Demográficos

INDICADORES DEMOGRAFICOS	VALORES
Tasa Neta de Migración Interna	- 0,44 * 1000 hab.
Migración Interna Neta	-1004.00
Tasa Global de Fecundidad	2.08

Tasa de Mortalidad Infantil

24.32 X 1000 NV

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

La tasa neta de migración interna en el cantón Quero es de - 44 personas de 1000 habitantes, es decir, la diferencia entre inmigrantes y emigrantes a nivel interno expresa un valor negativo, lo cual significa que en esta población existe un predominio de comportamiento emigratorio, lo cual concuerda con la Migración Interna Neta de -1004.00, lo cual expresa que la diferencia entre inmigrantes y emigrantes es de valor negativo, dando a conocer el predominio de la emigración a nivel del cantón Quero.

La tasa Global de Fecundidad es de 2.08, es decir, que las mujeres en edad fértil tiene un número promedio de 2.08 de hijos/as.

La tasa de Mortalidad Infantil es de 24.32 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos.

Indicadores de Pobreza

Tabla N°6: Indicadores de Pobreza

INDICADORES DE POBREZA	TOTAL	URBANO	RURAL
POBREZA POR NBI (HOGARES)	55,22 %	23,43 %	78,01 %
POBREZA POR NBI (PERSONAS)	57,02 %	25,80 %	78,28 %

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010.

Con respecto a los indicadores de pobreza, podemos decir que 55,22% de hogares tienen sus necesidades básicas insatisfechas, al hacer referencia a las personas en cambio evidenciamos que 57,02% de personas del total de la población mantienen sus necesidades básicas insatisfechas, con respecto al sector de predominio en ambos indicadores es a nivel rural.

1.1.3. La Misión

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 (MSP, 2015).

1.1.4. La Visión

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 (MSP, 2015).

Los 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 (MSP, 2015).

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 (MSP, 2015).

1.1.5. Organización administrativa

Figura N°1: Organigrama Primer Nivel De Atención. MSP



Fuente: Estatuto MSP 2013.

El Centro de Salud Quero y el Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito, posee una organización administrativa de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud para los Centros de Salud Tipo C y Puestos de Salud, los cuales tienen un enfoque transversal, organizado de la siguiente forma: Director de la Unidad Operativa, generalmente este puesto está a cargo del Médico Rural, cada unidad operativa pertenece al Distrito, representado en el Jefe Distrital.

El Directos de cada unidad es el encargado y responsable de que cada profesional que forma parte de la Unidad Operativa cumpla con las funciones asignadas de acuerdo a cada puesto de trabajo asignado como es el caso de Enfermería, Odontología, Farmacia.

1.1.6. Servicios que presta la institución

Centro de Salud Quero

La cartera de servicios como su concepto lo dice constituye un conjunto de servicios que responda a necesidades y demandas de la población, por esta razón al mantener una población cerca de 15000 habitantes, este centro de salud oferta los siguientes servicios:

Centro de Salud Quero (Centro de Salud Tipo C), servicios diseñados que debe ofertar:

1. Información y admisión
2. Consulta Externa: Medicina General / Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Enfermería General, Odontología General y Psicología.
3. Centro Obstétrico: Labor, Parto, Recuperación.
4. Emergencia
5. Laboratorio Clínico
6. Imagenología: Ecografía.
7. Rehabilitación
8. Farmacia
9. Depósito de Cadáveres
10. Bodega
11. Mantenimiento y Limpieza
12. Almacenamiento Intermedio y final de desechos

En la actualidad el Centro de Salud de Quero, es una de los tantos Centros de salud, que ha sido intervenido por el Gobierno Nacional para mejorar su estructura, al momento oferta todos los servicios característicos del Centro de salud Tipo C, además cuenta con el servicio de Emergencia y de Ambulancia, la atención se realiza las 24 horas los 365 días del año.

Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito

La cartera de servicios incluye:

1. Información y admisión
2. Consulta Externa: Medicina General / Familiar, Enfermería General, Odontología General y Obstetricia.
3. Farmacia / Botiquín.
4. Bodega.
5. Almacenamiento Final de desechos.

El Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito, cumple con los servicios detallados anteriormente.

1.1.7. Datos estadísticos de cobertura (estado de salud enfermedad de la población)

Centro de Salud de Quero

Tabla N°7: Producción de Atención Ambulatoria

Producción total	
Primeras Morbilidad	22.094
Subsecuentes Morbilidad	12.260
Total morbilidad	34.354
Primeras Prevención	5.874
Subsecuentes Prevención	6.271
Total preventivas	12.145
Total consultas	46.499

Fuente: Información Estadística de Producción de Salud. MSP 2013.

El Centro de Salud de Quero en el año 2013 con respecto a las Primeras Consultas de Prevención ha realizado 12.145, el número de atenciones subsecuentes fueron de 6.271, con respecto a las consultas de Morbilidad, tenemos 22.094 y 12.260 correspondientes de primeras y subsecuentes respectivamente; con un total de consultas de Morbilidad de 34.354, total de consultas preventivas de 12.145, dando un total global de 46.499 de consultas realizadas en esta Unidad Operativa.

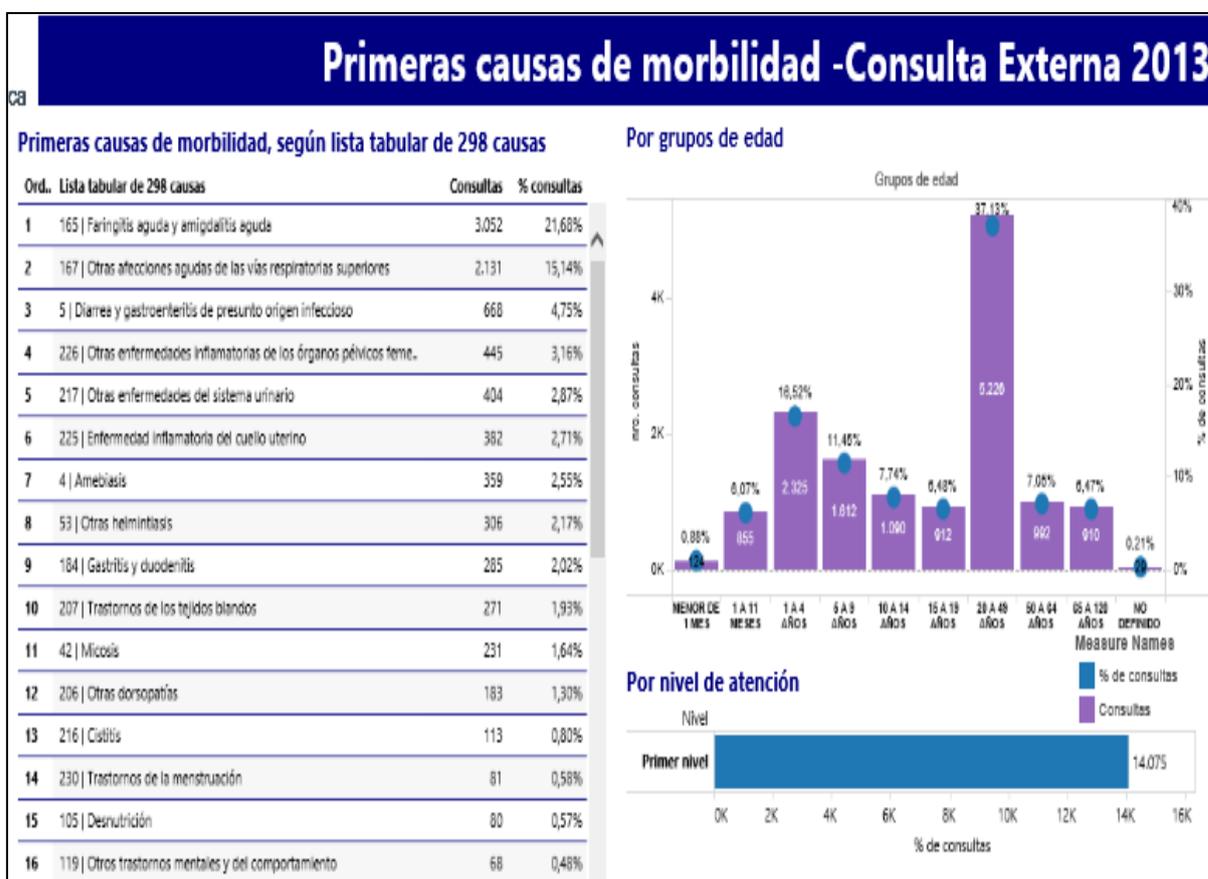
Tabla N°8: MSP. Consulta Ambulatoria



Fuente: Información Estadística de Producción de Salud. MSP 2013.

Las consultas de acuerdo a la formación profesional se realizó de la siguiente manera: Consultas de Morbilidad: Médico/a con el 61.22%, Odontólogo/a con el 31.04%, Obstetrix con el 5,93% y Psicólogo con el 1,80%. Consultas Preventivas: Médico/a con el 35,75%, Obstetrix con el 34,52%, Odontólogo/a con el 22,67% y Psicólogo con el 7,06, de acuerdo a estos valores podemos concluir que las consultas atendidas tanto de morbilidad como preventivas en mayor porcentaje son realizadas por el Médico/a de la Unidad Operativa, las cuales están en relación con Medicina General.

Tabla N°9: Primeras Causas de Morbilidad



Fuente: Información Estadística de Producción de Salud. MSP 2013.

El Perfil Epidemiológico de la población atendida en el Centro de Salud de Quero, tiene como 10 primeras causas las detalladas en la tabla anterior, en la cual encabezan la faringitis Aguda y amigdalitis aguda con 3052 consultas atendidas, que representan el 21,68%, en segundo lugar otros trastornos agudos de las vías respiratoria superiores con 2.131 atenciones, que equivalen al 15,14%, seguida de Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 658 atenciones, es decir el 4,75%; Otras enfermedades inflamatoria de los órganos pélvicos femeninos con 445 consultas (3,16%); Otras enfermedades del sistema

urinario con 404 consultas (2,87%); Enfermedad inflamatoria del cuello uterino con 382 atenciones que alcancen el 2,71%; en séptimo lugar se encuentra la Amebiasis con 359 atenciones (2,55%), en octava posición se ubican Otras Helmintiasis con 306 consultas que representan el 2,17%, en siguiente posición gastritis y duodenitis con 285 consultas (2,02%) y en décimo lugar los trastornos de los tejidos blandos con 271 consultas, que equivalen al 1,93%, éstas son las 10 primeras causas de morbilidad en el año 2013 de dicha población de intervención del Centro de Salud estudiado.

Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito

Tabla N°10: Producción Atención Ambulatoria

Producción total	
Primeras Morbilidad	1.580
Subsecuentes Morbilidad	311
Total morbilidad	1.891
Primeras Prevención	233
Subsecuentes Prevención	1.140
Total preventivas	1.373
Total consultas	3.264

Fuente: Información Estadística de Producción de Salud. MSP 2013.

El Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito en el año 2013 realizo 1580 primeras atenciones de Morbilidad, 311 atenciones subsecuentes de morbilidad con un total de atenciones de Morbilidad de 1891; con respecto a consultas de prevención según la tabla anteriormente detallada se llevó a cabo 233 primeras consultas y 1140 atenciones subsecuentes, las cuales dan un total de atenciones preventivas de 1373 y un total de consultas de 3264 efectuadas de enero a diciembre de dicho año.

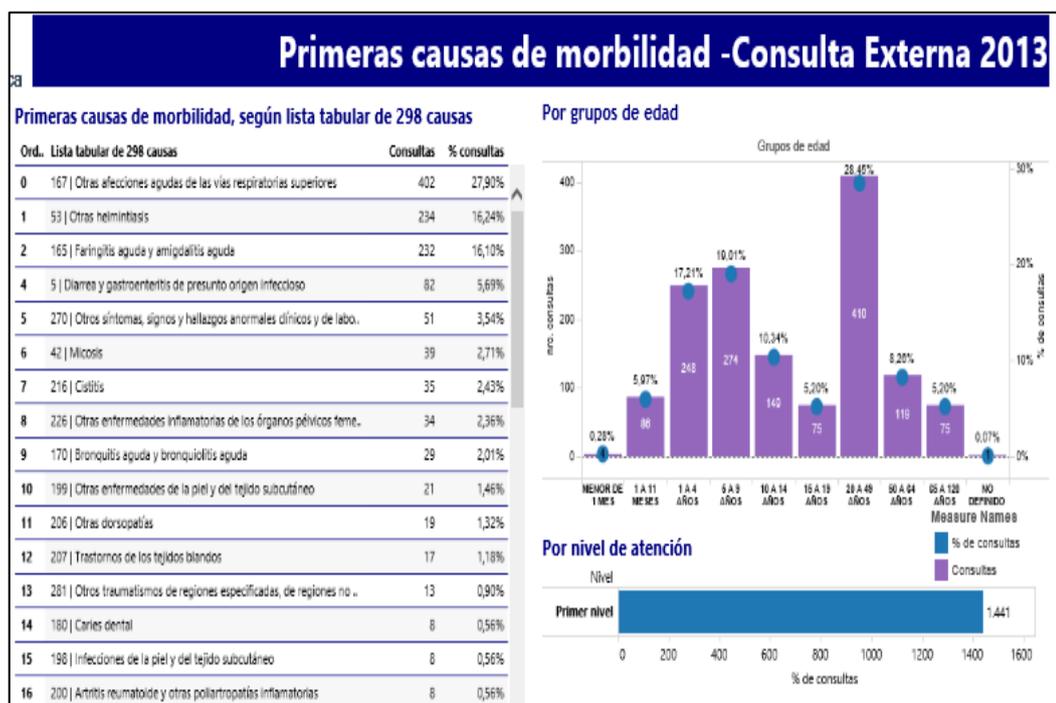
Tabla N°11: Consulta Ambulatoria 2013



Fuente: Información Estadística de Producción de Salud. MSP 2013.

Las atenciones de morbilidad llevadas a cabo por profesional podemos mencionar que el 85,56% de consultas fueron efectuadas por el Médico/a, seguido por el/la Odontólogo/a que realizó 9,84%, en tercer lugar la Obstetrix con el 4,55% y finalmente el/la Psicólogo/a con el 0,05%; las consultas preventivas en cambio el 76,33% fueron por el/la Médico/a, en segundo lugar la Obstetrix con el 16,68%, seguido de el/la Odontólogo/a con el 6,41% y en último lugar el/la Psicólogo/a con el 0,56%.

Tabla N°12: Primeras Causas de Morbilidad



Fuente: Información Estadística de Producción de Salud. MSP 2013.

Las primeras 10 causas de Morbilidad de acuerdo a las atenciones brindadas en el año 2013 en el Puesto de Salud San Antonio de Hipolunguito demuestran que se encuentra encabezando por Otras afecciones agudas de las vías respiratorias superiores con 402

atenciones que equivalen al 27,92%, las demás se encuentran en el siguiente orden Otras Helmentiasis con 254 consultas (16,74%); Faringitis aguda y amigadalis aguda con 252 consultas (16,10%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 82 atenciones que representan el 3,54%; Micosis con 39 atenciones (2,71%), Cistitis con 35 consultas (2,43%), en octavo lugar se encuentran Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos con un total de 34 consultas (2,36%); seguido de Bronquitis aguda y Bronquiolitis aguda con 29 consultas (2,01%) y en décimo lugar Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo con 21 consultas, las cuales equivalen al 1,46%.

1.1.8. Características Geo-Físicas de la Institución

Figura N°2: Centro de Salud de Quero



Fuente: Maestrante UTPL 2015.

Figura N° 3: Centro de Salud de Quero



Fuente: Maestrante UTPL 2015.

El Centro de Salud Tipo C de Quero tiene un área de construcción de 2.625 m², en un área total de terreno de 7.225 m², es de cemento armado, consta de una sola planta de construcción distribuida por áreas destinadas para consulta externa, farmacia, laboratorio, emergencia, fisioterapia, maternidad, imagenología, enfermería, salas de espera, área administrativa, residencia médica y parqueaderos. Además posee todos los servicios básicos (agua, luz, alcantarillado y teléfono).

Fue construido por el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud Pública (MSP) y del Servicio de Contratación de Obras. El Centro de Salud fue dotado de tecnología y recursos humanos para brindar un mejor servicio de salud a la población del cantón Quero. En la edificación de la obra se invirtió \$3'950.000 (en infraestructura: \$ 2'950.000 y en equipamiento: \$1'000.000) (MSP, 2014).

Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito

Figura N° 4: Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito



Fuente: Maestrante UTPL 2015.

El Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito, tiene un área de construcción de 150 m² de un área total de 289 m², su construcción es de cemento armado de una sola planta, con techo de eternit, se encuentra dividida en 4 áreas designadas para la consulta externa de Medicina General, Odontología y Obstetricia; otro área para Enfermería, en la cual también se encuentra la farmacia para la dispensación de fármacos. Consta de los luz, agua potable y alcantarillado.

1.1.9. Políticas de la Institución.

Las políticas de los Centro de Salud de Quero y el Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito, se fomentan en el Plan del Buen Vivir, de acuerdo al Objetivo 3; teniendo los siguientes objetivos:

- 3.1. Reducir la mortalidad materna en 72%
- 3.2. Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41%
- 3.3. Erradicar la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años
- 3.4. Revertir la tendencia de la incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5 a 11 años y alcanzar el 26%
- 3.5. Reducir y mantener la letalidad por dengue al 0,08%

3.6. Aumentar al 64% la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida

3.7. Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos

3.8. Reducir el porcentaje de hogares que viven en hacinamiento al 10,3% a nivel nacional y rural al 13,4%

Con respecto a las metas alcanzadas, se analizan a continuación de acuerdo a datos a nivel cantonal, puesto que no se cuenta con datos parroquiales por tal razón se analiza en conjunto los datos del cantón Quero, los cuales han sido extraídos del Sistema Nacional de Información.

Tabla N°13: Metas del Plan del Buen Vivir relacionados con Salud

META PROPUESTA	DATO ACTUAL	DATO ANTERIOR
1. Reducir la mortalidad materna en 72%	65,592 hab. (DIC 2013)	62,002 (DIC 2000)
2. Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41%	8,058 hab. (DIC 2013)	21,169 (DIC 2000)
3. Erradicar la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años	0,2519 %(DIC 2012)	
4. Revertir la tendencia de la incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5 a 11 años y alcanzar el 26%	0,2895 %(DIC 2012)	
5. Reducir y mantener la letalidad por dengue al 0,08% (NIVEL NACIONAL)	0,08 hab. (DIC 2014)	0,102 (DIC 2002)
6. Aumentar al 64% la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida	0,6715 %(DIC 2012)	
7. Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos (NIVEL NACIONAL)	0,0436 % (DIC 2012)	
8. Reducir el porcentaje de	0,0672 % (DIC 2014)	0,1375 (DIC 2006)

hogares que viven en hacinamiento al 10,3% a nivel nacional y rural al 13,4%		
--	--	--

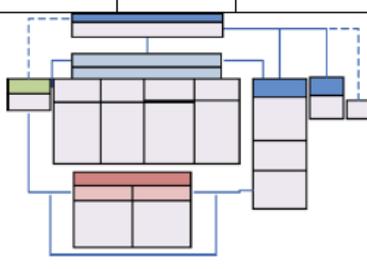
Fuente: Sistema Nacional de Información 2014

El Plan del Buen Vivir, encierra 16 objetivos, dentro de los cuales específicamente el Objetivo 3 es el que mantiene relación directa con el sector Salud, con respecto a las Metas se valora desde la 3.1 hasta la 3.8, como se puede observar en la tabla anterior,

Tabla N°14: Indicadores Del Plan del Bue Vivir

ANEXO 1- INDICADORES DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR

PARA CONSEGUIR LOS COMPROMISOS, QUE PERMITAN OBTENER RESULTADOS DE IMPACTO SOCIAL (RIS) 2013-2017

COMPROMISOS DE GESTIÓN PARA CONSEGUIR EL PLAN DEL BUEN VIVIR							
ATRIBUTOS Y PRODUCTOS DEL ESTATUTO ORGANICO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA							
RIS	CIRCUITOS ACCIONES OPERATIVAS SOBRE CAUSAS Y EFECTOS COBERTURA DE				DISTRITOS	ZONAS	PLANTA CENTRAL
RESULTADOS DE IMPACTO SOCIAL	PROMOCION DE LA SALUD	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	RECUPERACION	REHABILITACION	CUIDADOS PALIATIVOS		
INDICADORES DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR	Establecidas en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017: <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la razón de mortalidad materna en 29,0% • Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41,0% • Erradicar en la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años • Revertir la tendencia de la incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5, a 11 años y alcanzar el 26,0% • Reducir la mortalidad por dengue grave al 2,0% • Aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida • Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos 						
INDICADORES DE GESTIÓN INSTITUCIONAL PROPIOS DE LA REALIDAD LOCAL (ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS)	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de salud • Problemas de servicios de salud • Determinantes de la salud 						

Fuente: Sistema Nacional de Información 2014

En la tabla anterior se evidencia todos los indicadores que toma en cuenta el Plan del Buen Vivir y los indicadores de gestión institucional propios de la realidad local, los cuales mantiene una relación directamente proporcional.

1.2. Marco conceptual

1.2.1. Marco teórico

El futuro de una nación se encuentra definida por múltiples indicadores, pero sin embargo uno de los más importantes que influye directamente en el desarrollo de un país, es el relacionado con la calidad de salud que dicha población es beneficiario, dentro de las políticas actuales del estado se encuentra el fomento y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, el cual mantiene como “desafío consolidar la implementación del modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Integral, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida” (MSP, 2012).

Con este modelo se busca intervenir en todos los aspectos que encierra el mantener un Bienestar de Salud de la población y llevar a cabo la ejecución del MAIS, pero esto también se encuentra en relación directa con el tipo de servicio de salud que se oferta, sin embargo en los últimos años se ha evidenciado que la demanda por los servicios de salud supera a la oferta, es así que se ha implementado la Red Pública de Salud, que no es más que la conexión de todas empresas que ofertan salud tanto del sector público como privado en busca de la satisfacción de los ofertantes de una forma integrada.

Con respecto al sector público en el ámbito de la salud, se ha mantenido cambios con el objetivo de alcanzar los objetivos y metas propuestas de acuerdo al Plan del Buen Vivir, y para esto se ha realizado una reestructuración de los Niveles de atención, divididos en: Nivel I, II, III, dentro de los Niveles Tipo I, pueden ser A, B y C, de acuerdo de nivel de complejidad y los servicios que oferta, es así como el sector salud tiene y cumple un diseño bien implementado de acuerdo a las carteras de servicio que ofertan los diferentes Niveles de Atención.

Nivel de Atención I, conformado por las diferentes Unidades de Salud, las cuales pueden ser Puesto de Salud, Consultorio General, Centro de salud tipo A, B o C, de acuerdo a cada Distrito y Zona debe mantener gestiones productivas, es decir, se deben realizar a través de la utilización de diferentes programas o formularios, los cuales revelen la realidad de la cobertura de los diferentes programas de salud, y de ésta forma saber si el servicio ofertado cumple o no con las coberturas de salud proyectadas año tras año de acuerdo al número de población de su área de influencia.

Otro de los parámetros que involucra el Sector Salud es la Atención Primaria en Salud, el cual es la base del sistema sanitario de salud, teniendo una estrecha relación con el MAIS, la Atención Primaria en Salud se define como la “base desde la que se guía a los pacientes por todo el sistema de salud; facilita las relaciones entre pacientes y médicos, y los pacientes participan en la adopción de decisiones sobre su salud y atención sanitaria”; además, “crea vínculos entre la atención de salud individual y las familias y comunidades de los pacientes; por tal razón abre oportunidades a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud”, así como a la detección temprana de enfermedades; los únicos requerimientos son equipos de profesionales sanitarios: médicos, personal de enfermería y personal auxiliar con aptitudes sociales y conocimientos biomédicos concretos y especializados (OMS, 2008).

La salud al ser un servicio, genera costos, es decir “el sector de la sanidad se ha convertido en uno de los sectores más relevantes de las economías desarrolladas, los recursos dedicados a salud, absorben más del 8% del PIB” (Pesántez, 2012), la salud es esencial para la vida y el bienestar de una sociedad, representando un elemento fundamental dentro de la productividad de una nación, es decir representa un camino para reducir la pobreza de las sociedades, pero el estudio de los costos que genera este servicio tiene amplios campos por todos los recursos que involucra su creación y sobre todo su sostenibilidad, dentro de los cuales se puede nombrar, los recursos humanos, recursos económicos, infraestructura y equipamiento de acuerdo a la cartera de servicios propia de cada unidad operativa, lamentablemente al ser un servicio público podríamos pensar que no genera un costo pero en este contexto el pensar esto es un error, porque por definición todo servicio generará un costo, el cual es “el gasto económico que representa la producción de un bien o la prestación de un servicio, es la combinación de recursos humanos, materiales, financieros necesarios para producir bienes o prestar servicios” (Pesántez, 2012)

Al ser un servicio que se oferta, debe cumplir con los siguientes conceptos básicos:

Eficacia.- probabilidad de que un individuo, en una población definida, se beneficie de la aplicación de una tecnología sanitaria a la resolución de un problema de salud determinado, bajo condiciones ideales de intervención (Hidalgo A, 2011).

Efectividad.- mide la probabilidad de que en un individuo, en una población definida, se beneficie de la aplicación de una tecnología sanitaria, pero en este caso bajo condiciones reales de aplicación, por lo que su determinación no tendrá validez universal. (Hidalgo A, 2011)

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

Calidad.- no es lo que el fabricante pone en él, sino lo que el cliente aprovecha y debe pagar por esa ventaja (Pesántez, 2012).

Al caracterizarse por el cumplimiento de estos 4 conceptos, se avala que un servicio tenga fiabilidad, siempre enfocado a los requerimientos y necesidades del cliente o usuario, basados en un liderazgo organizacional donde predomine el bien común, el cual debe siempre fomentarse en un conjunto de procesos bien establecidos con el objetivo de una mejora continua tomando en cuenta los conocimientos y habilidades necesarias que debe otorgar el servicio de salud, pero cabe recalcar que para que todo esto exista en una forma armónica debe ir de la mano de la tecnología y el equipamiento incorporado de acuerdo a la realidad socio – económica de la población que se desea intervenir, ya que en salud no se requiere solo de la creación de una unidad operativa sino ésta debe permitir la accesibilidad universal, disponibilidad de las carteras de servicio de acuerdo a las necesidades de la población y siempre de la mano de la tecnología y la innovación para de esta manera convertirse en un servicio óptimo con la finalidad de satisfacer los requerimientos de los demandantes o usuarios, siempre guiados en la eficacia, eficiencia, efectividad, los cuales nos llevarán a ofertar un servicio de salud de calidad, y jamás olvidar lo que preconiza el estado un servicio de calidez al alcance de todos y para todos.

“La metodología de gestión productiva de los servicios de salud parte de la concepción de los sistemas de prestación de servicios como procesos productivos, sujetos a consideraciones cuantitativas de equidad, efectividad y eficiencia. De acuerdo con esta concepción, los servicios de salud integrados por centros y sub-centros de producción caracterizados en términos de sus productos, los recursos utilizados en los procesos productivos, el rendimiento de dichos procesos y recursos, y de los costos resultantes, están sujetos en cada fase del proceso productivo a ciertos análisis cuantitativos” (OPS, 2010), los diferentes gobiernos siempre se han preocupado por el sector salud, con esta convicción se han creado, implementado y se han mantenido en vigencia diferentes programas de salud tomando en cuenta el perfil epidemiológico de nuestro país dependiendo de la región donde se los lleve a cabo, en los últimos años se toma en cuenta además los objetivos y metas de acuerdo al Plan del Buen Vivir, sin embargo cada unidad operativa posee su población de influencia detallada por grupos etáreos y de acuerdo a éstos últimos se monitorea las Coberturas de forma mensual y anual que cada centro o puesto de salud ha desarrollado en el transcurso del tiempo, siendo esto no solo un requerimiento sino una obligación para el mejor funcionamiento del servicio de salud sobre todo en el Primer Nivel de Atención, pero el llevar a cabo todas estas acciones demanda el consumo de recursos y por ende procesos productivos, los cuales generan un costo.

En el servicio de salud se posee una gran herramienta, la cual nos ayuda para el cálculo de los gastos generados en los diferentes Niveles de Salud, esta es el Tarifario del Sistema Nacional de Salud, definido como “instrumento técnico que permita regular el sistema de

compensación económica por los servicios de salud que se intercambian entre los subsistemas, el mismo que se apoya en el marco constitucional vigente, en el Plan Nacional del Buen Vivir y en otras leyes y reglamentos del sector. Se ha definido como una prioridad del país, el desarrollo de la red de servicios de salud y una de las herramientas para operativizar tanto la red pública integral como la red complementaria, es el tarifario; mismo que permitirá estandarizar y normalizar la compensación económica de los servicios que sean proporcionados por las instituciones de salud, favoreciendo la interacción entre instituciones públicas y entre éstas y las instituciones de salud privadas (MSP, 2014)”; además esta herramienta nos permitirá de acuerdo a su aplicación el valor económico generado de cada uno de los elementos que forma parte de una atención brindada dependiendo del tipo de profesional y del Nivel de Atención al cual pertenece.

El Sistema de Información Gerencial en Salud, involucra los cambios gerenciales en la construcción de redes integradas de servicios de salud, incluyen la transferencia de las responsabilidades de gestión de departamentos individuales a equipos multidisciplinarios encargados de administrar servicios específicos para grupos de población en todo el continuo de atención, de ese modo facilitando la creación de estructuras orgánicas básicas y líneas de servicio clínicas, así como creando el catalizador para sistemas de apoyo logístico, como transporte de salud y sistemas de información sanitaria integrados (OPS, 2010).

El Financiamiento del Sistema de Salud “engloba todas las actividades relacionadas con la salud, esto es servicio de salud y sus determinantes, es decir, el financiamiento suministra recursos financieros, a partir de diversas fuentes, destinadas a la producción o compra de servicios de salud, tiene por objeto cubrir todas las necesidades del proceso productivo, para alcanzar las metas deseadas, en cantidad, calidad, tanto de las prestaciones de salud como de los servicios de salud” (Pesántez, 2012), de esta forma el financiamiento no es más que el mecanismo por el cual podemos adquirir y aplicar todos los recursos necesarios para llevar a cabo un servicio de salud, es un tema amplio que involucra diferentes conceptos, todos con el fin de alcanzar las metas propuestas y alcanzarlas con el cumplimiento de las actividades de cada programa de salud que tiene diseñado de acuerdo al Nivel de Atención, e incluso se podría superar dichas metas propuestas lo cual nos indicaría que el servicio de salud prestado es óptimo y de calidad, base fundamental para el financiamiento son los recursos económicos, que en el caso del sector público depende del Presupuesto Estatal, en conclusión un sistema de salud dependerá de forma directa del financiamiento que este disponga para realizar actividades productivas en busca del bienestar de la población de una determinada unidad operativa, distrito, zonal y por ende a nivel nacional.

Todos los conceptos desarrollados mantienen una relación el uno al otro, puesto que no se podría separarlos ya que ofertar un Servicio de Salud, no es sencillo, involucra algunas

variables, de las cuales dependerá que un servicio de salud cumpla con indicadores de calidad e incluso garantice su sostenibilidad en el tiempo.

CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

1.2. Matriz de involucrados

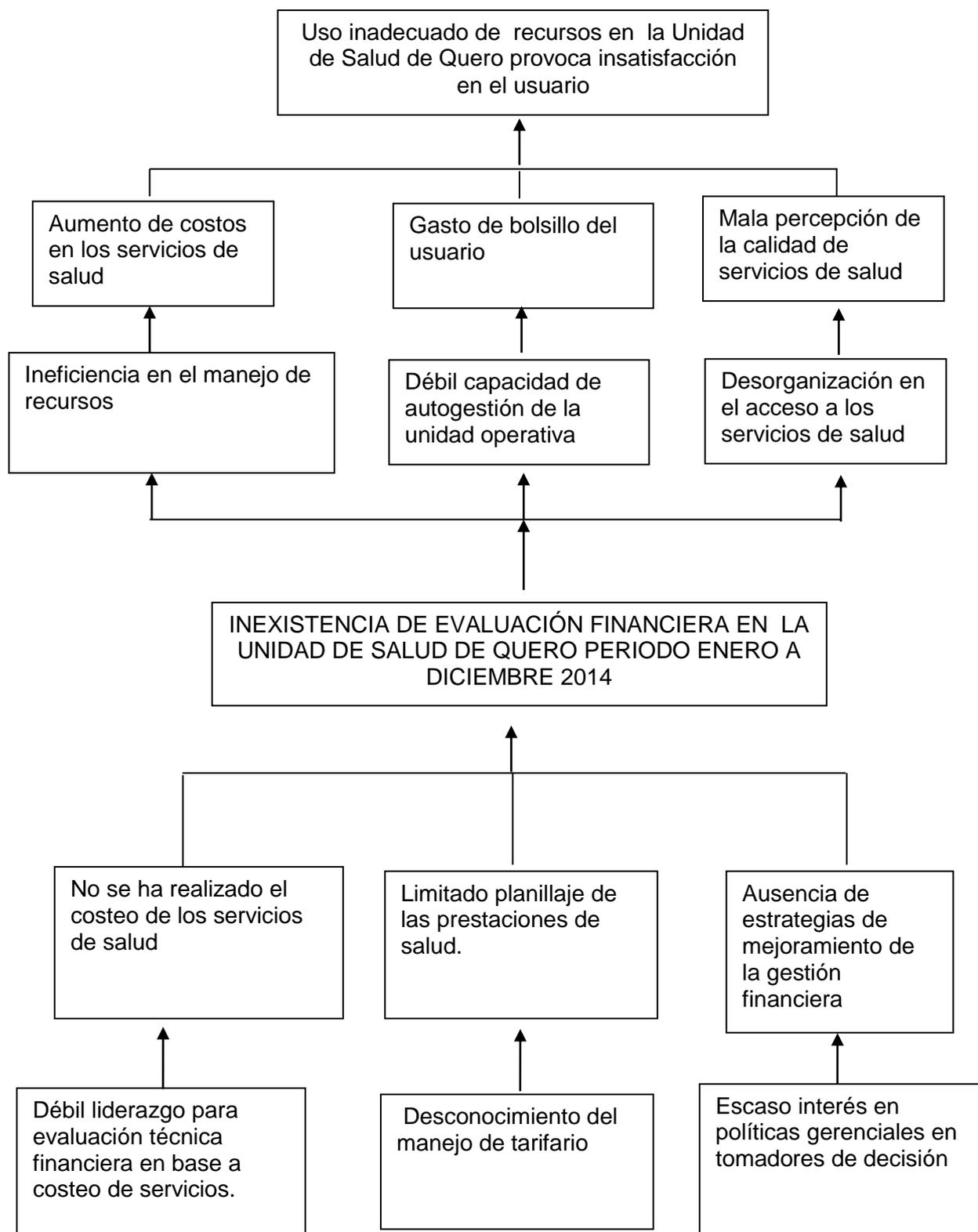
Análisis de involucrados

GRUPOS O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Director del Centros de Salud de Quero y del Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito	Contar con información y respaldos para la Evaluación Financiera y toma de decisiones	Dirigir y controlar la gestión de recursos financieros con eficiencia y eficacia. Recursos humanos. Recursos materiales	Inexistencia de evaluación financiera.
Unidad Financiera	Trabajar como equipo para poder obtener información y resultados reales del estado financiero.	Certificar e implementar una estructura de gestión de costos Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de evaluación financiera en la unidad Médico del MSP
Personal del Centro de Salud de Quero y del Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito	Trabajan por la mejora de la calidad de salud de los funcionarios.	Servicios de salud con calidad, calidez y eficiencia Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de análisis para conocer si sus prestaciones son de eficientes efectivas

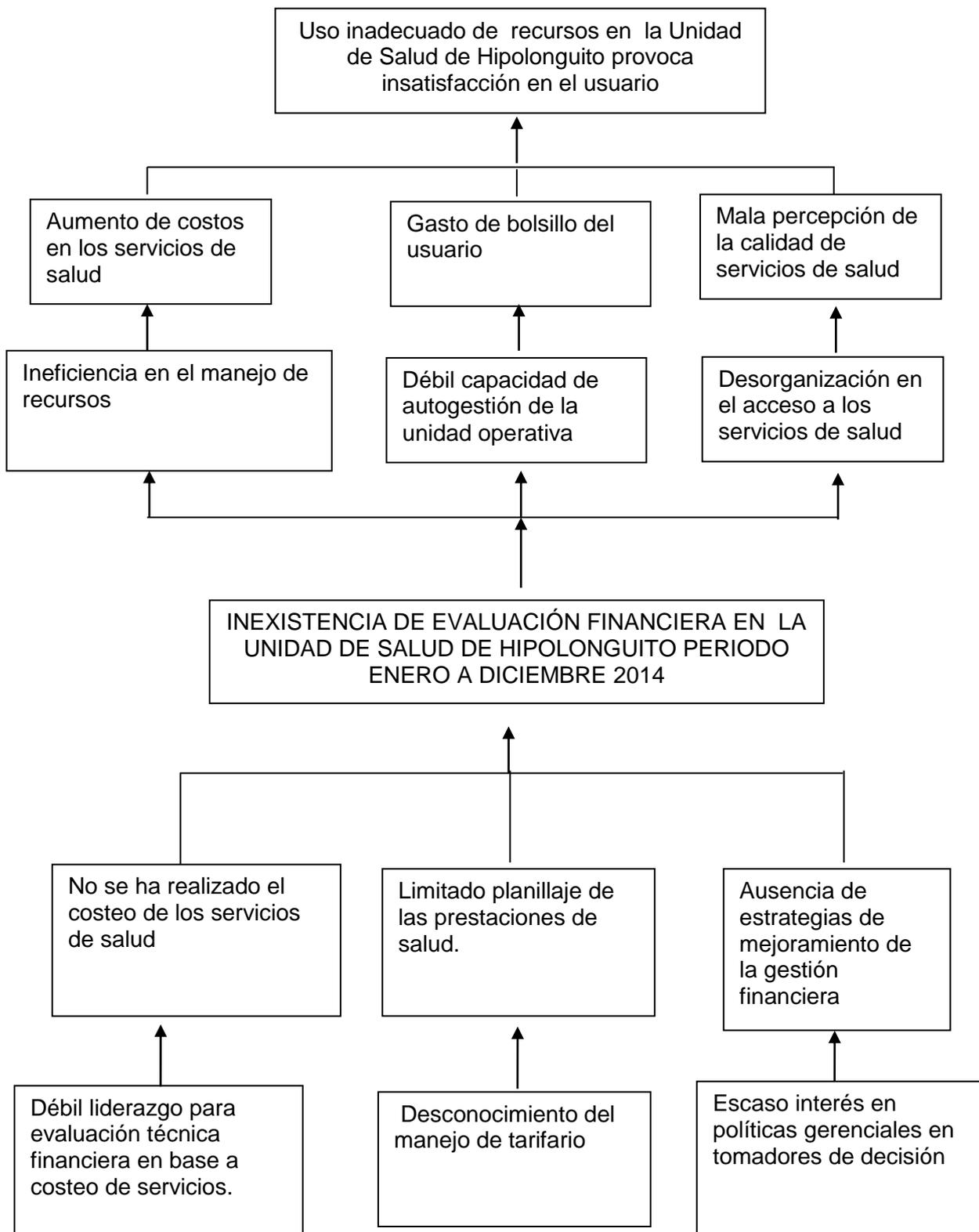
Egresado de la Maestría	Proponer el plan para evaluación financiera del departamento médico del Ministerio de Finanzas	Contribuir a consolidar la estructura de análisis de gestión financiera en la unidad de salud. Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de coordinación interinstitucional y comunicación entre las áreas.
-------------------------	--	---	--

2.2. Árbol de problemas

A.

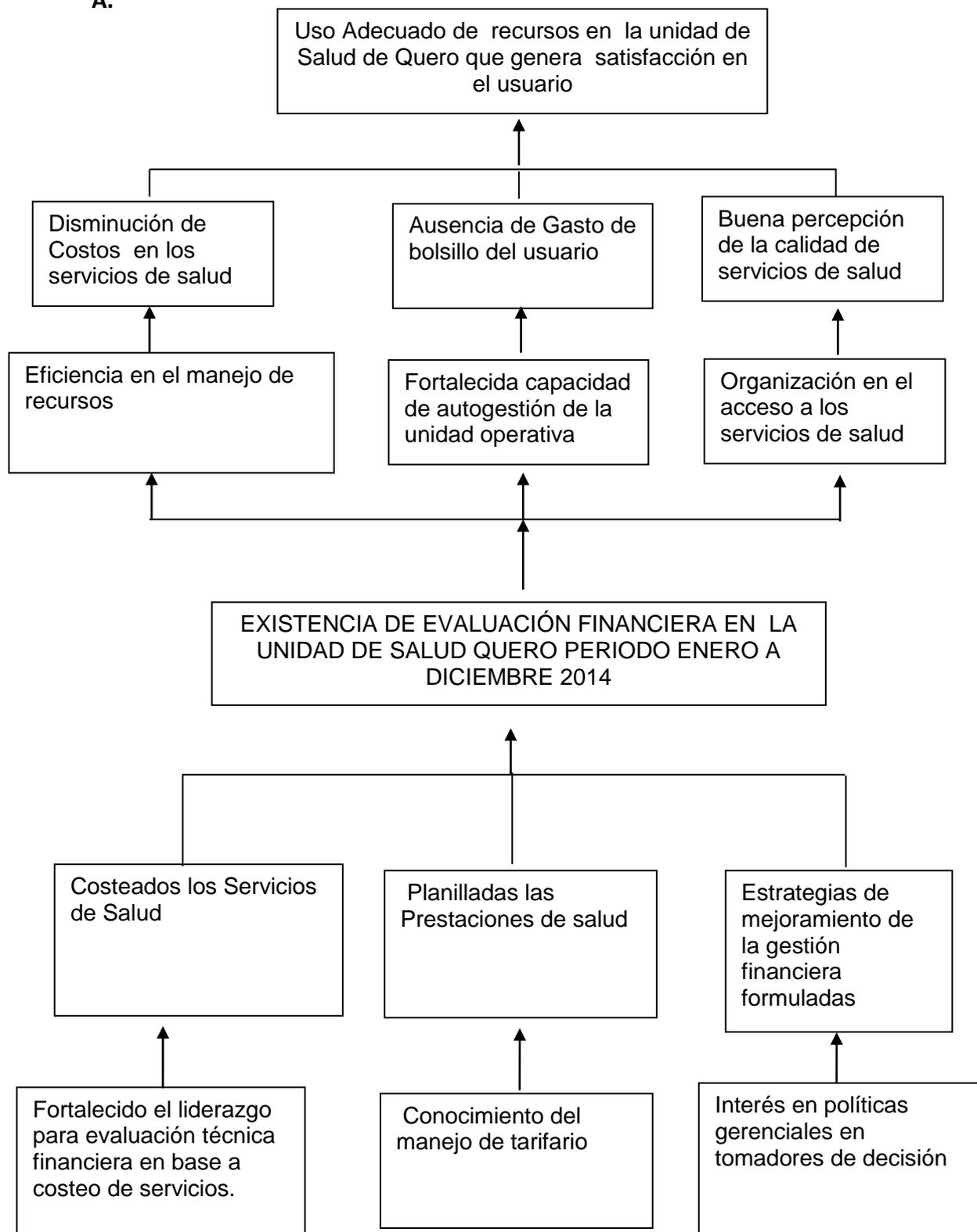


B.

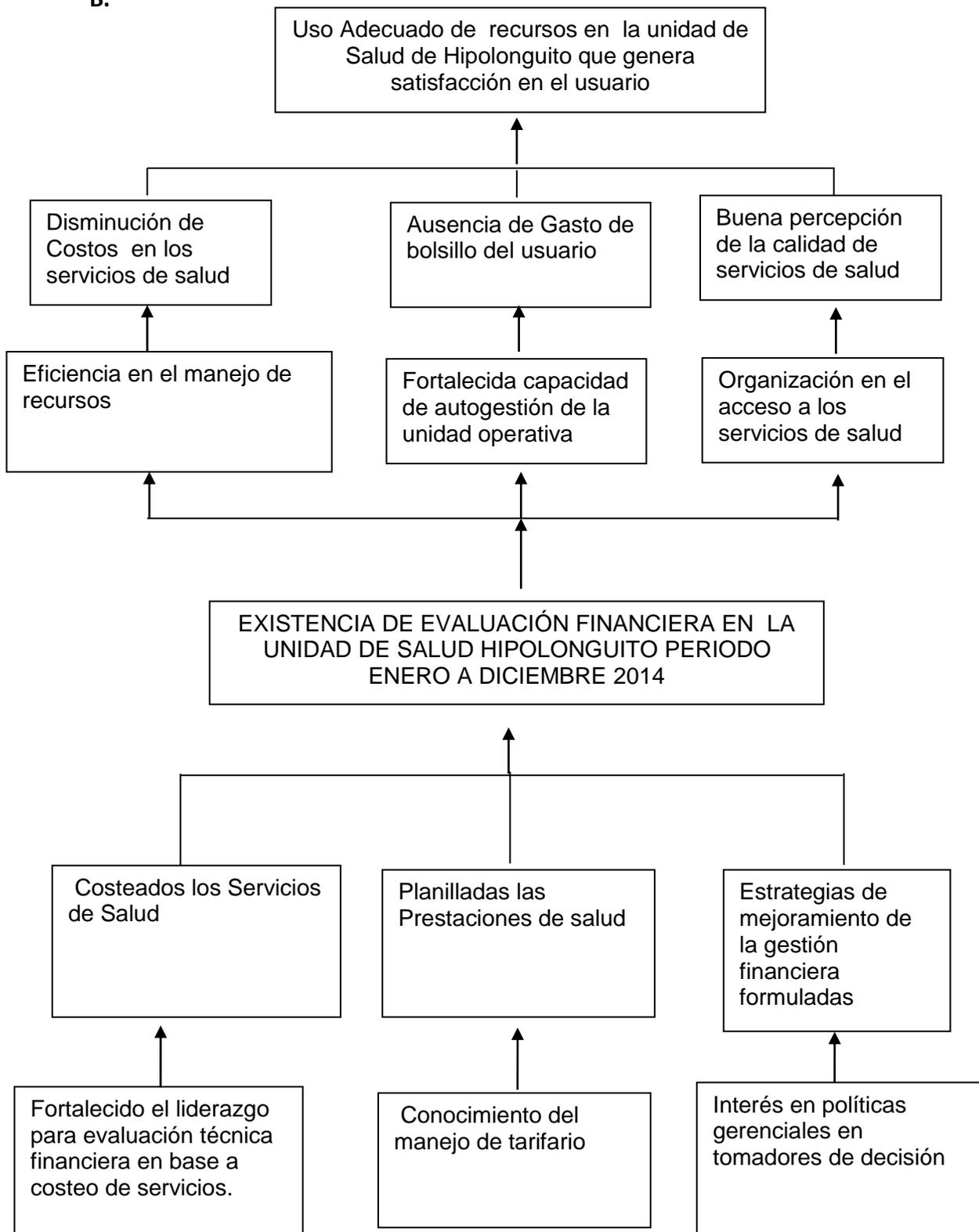


2.3. Árbol de objetivos

A.



B.



2.4. Matriz del marco lógico.

A.

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: CONTRIBUIR AL USO ADECUADO DE RECURSOS EN LA UNIDAD DE SALUD DE QUERO Y DE SAN ANTONIO DE HIPOLONGUITO	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 DE LA UNIDAD DE SALUD DE QUERO Y DE SAN ANTONIO DE HIPOLONGUITO EJECUTADAS.	100% EVALUACIÓN FINANCIERA REALIZADA.	INFORME PRESENTADO DE LA EF.	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	No DE	INFORMES DE	APOYO DE LOS

MEJORAMIENTO DE GESTIÓN FINANCIERA FORMULADAS	INDICADORES DE GESTIÓN FINANCIERA FORMULADAS EN LA US.	INDICADORES DE GESTIÓN FINANCIERA PRESENTADOS	DIRECTORES DE LA UNIDAD PARA SU IMPLEMENTACIÓN
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO \$
RE 1. SERVICIOS DE SALUD COSTEADOS.			
1.1.Socialización del Proyecto	Maestrante UTPL Tutor Directores de Proyecto Puzzle de la UTPL	07 de Marzo 2015	10 dólares
1.2.Taller de inducción al proceso de costos	Maestrante UTPL Tutor Directores de Proyecto Puzzle de la UTPL	14 de Marzo del 2015	10 dólares
1.3. Recolección de información.	Maestrante UTPL	15 de Marzo – 30 de Abril del 2015	10 dólares
1.4. Instalación de programa winsig para procesamiento de datos.	Maestrante UTPL Tutor Directores de Proyecto Puzzle de la UTPL	20 de Mayo del 2015	20 dólares
1.5 Generación de resultados de costos	Maestrante UTPL Tutor Directores de Proyecto Puzzle de la UTPL	01 de Octubre – 10 de Noviembre del 2015	10 dólares
RE2. PRESTACIONES DE SALUD PLANILLADAS			
2.1 Socialización del	Maestrante UTPL	14 de Marzo del	10 dólares

manejo del tarifario del sistema nacional de salud.	Tutor Directores de Proyecto Puzzle de la UTPL	2015	
2.2. Recolección de información de producción del establecimiento de salud	Maestrante UTPL Tutor Directores de Proyecto Puzzle de la UTPL	15 de Marzo – 30 de Abril del 2015	15 dólares
2.3. Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud actual	Maestrante UTPL Tutor Directores de Proyecto Puzzle de la UTPL	01 de Octubre – 01 de Noviembre del 2015	10 dólares
RE3. ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO DE GESTIÓN FINANCIERA FORMULADAS			
3.1. Cálculo de punto de equilibrio	Maestrante UTPL Tutor Directores de Proyecto Puzzle de la UTPL	30 de Octubre del 2015	5 dólares
3.2. Socialización de resultados	Maestrante UTPL Tutor Directores de Proyecto Puzzle de la UTPL	Diciembre 2015 – Enero 2016	20 dólares
3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	Maestrante UTPL Tutor Directores de Proyecto Puzzle de la UTPL	01 de Noviembre del 2015	5 dólares
3.4. Presentación de informe final a autoridades zonales.	Maestrante UTPL Tutor Directores de Proyecto Puzzle de la UTPL	Diciembre del 2015	20 dólares

CAPITULO III: RESULTADOS

3.1. Servicios de salud costeados:

Actividad 1.1: Socialización del proyecto.

La Socialización del Proyecto se llevó a cabo por parte de las autoridades responsables y coordinadores del proyecto Puzzle, quienes realizaron un acercamiento con los/as Directores/as de los Distritos de la Zona 3.

En el acercamiento se explicó en su totalidad todo lo que involucra este proyecto, en el cual se tiene como problema la inexistencia de evaluación financiera en las Unidades de salud del I Nivel, posteriormente se indicó su propósito, su fin, sus objetivos, todo el diseño metodológico y finalmente lo que se espera alcanzar con la ejecución de este proyecto de costeo.

Se recibió una respuesta favorable por parte de los Coordinadores del Distrito, puesto que desde su inicio estuvieron prestos para brindar el apoyo necesario, su función se enfocó más en la entrega oportuna de la información base del proyecto como era el REDACCA y el Informe de Costos del Distrito.

Resultado del indicador de actividad:

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta.

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

El taller de inducción al proceso de costos, se realizó en el mes de mayo del presente año, en el cual se socializó la importancia de poseer información veraz de las unidades de salud a intervenir, para conocer los datos en cuanto a costos y producción por unidad

Resultado del indicador de actividad:

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta.

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

Actividad 1.3: Recolección de información

Para obtener la información necesaria para empezar a realizar este proyecto, se acudió hacia las oficinas del Distrito 16D06, ubicado en el cantón Quero, donde se entregó un oficio con la respectiva autorización por parte del Director del Centro de Salud de Quero, donde procedieron a entregar la información, también cabe recalcar que por parte de la coordinación del proyecto Puzzle de la Zona 3 nos entregaron la información de cada Distrito, con lo cual se completó la información necesaria para realizar el costeo final por unidad de salud.

Con el apoyo técnico del tutor, se inició el proceso de recolección de información, para lo cual se persiguieron 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.

Las matrices fueron llenadas de forma mensual desde Enero hasta Diciembre del 2014.

1. Mano de Obra: para estos datos se siguieron los siguientes lineamientos:

Remuneración Mensual Unificada: este valor hace mención al gasto de la mano de obra del personal de planta y contratos. Este valor estuvo compuesto además de la remuneración o salario mensual unificado, más los 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. Estos datos fueron tomados de acuerdo al informe de costos de mano de obra por unidad de salud, los mismos que se basan en el rol de pagos emitidos desde el Distrito, sin embargo cabe recalcar que en el Centro de Salud Quero, al ser la unidad de mayor influencia del distrito, algunos profesionales de otras unidades de salud colaboraron para la atención médica para la demanda de atención, por tal razón el cálculo de la mano de obra de estos profesionales se realizó de acuerdo al número de días laborados multiplicados por 8 horas de jornada de trabajo asignadas de acuerdo a la OPS por día.

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.

La segunda, una matriz en la cual se detallan los centros de gestión, es decir, el personal que labora en cada uno de ellos de acuerdo al servicio ofertado, 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.

2. Medicamentos e insumos médicos, material de oficina, material de limpieza, impresiones y fotografías, servicios básicos, etc.

Todos estos datos constaban en el informe de costos del Distrito en el formato Excel, de forma mensual, por tal razón no se tuvo inconvenientes en la entrega de la información, se recalca que estos valores son de acuerdo a los requerimientos que cada unidad solicita de forma mensual al distrito, por tal razón se aclara que son datos de requerimientos, mas no de consumos reales.

3. Depreciaciones de bienes y uso de inmueble.

Igualmente estos datos constaban en el informe de Costos del Distrito, los mismos que son reportados de forma anual y mensual de acuerdo a cada una de las unidades pertenecientes a al Distrito, en este punto tampoco se tuvo limitaciones.

En los datos de uso de inmuebles, se demanda el total de metros cuadrados por centro de gestión, con el valor del avalúo actualizado y su depreciación mensual, registrados en el informe de Costos del Distrito en formato Excel, no se tuvo ninguna limitación en el procesamiento de estos valores.

4. Gastos fijos generales

Se tomó información de gastos de servicios básicos (agua, luz y teléfono), vigilancia, aseo, combustibles, y otros gastos operativos por unidad, cabe recalcar que el Puesto de Salud de Hipolonguito al hacer referencia a servicios básicos solo se poseía el dato de gasto de luz, ya que el agua potable es cubierta por los moradores de la parroquia.

5. Datos de producción

Los datos de producción por profesional de acuerdo a servicio ofertado se obtuvo con la entrega del REDACCA del 2014, en el cual consta todas las atenciones brindadas por la unidad de Enero a Diciembre del 2015

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 esta en mano de obra, información que si fue posible obtener.

Sin lugar a dudas, este fue el proceso más complejo que se tuvo que enfrentar, por el número de profesionales que pertenecen a otras unidades de salud del distrito pero que prestaron atención y reportaron en el REDDACA del 2014. Se adjuntan las matrices correspondientes (Anexo 1 – Anexo 7).

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 de acuerdo a los servicios ofertados (consulta externa, odontología, psicología, emergencia) por tipo de atención (morbilidad y prevención) y procedimientos, estos datos se extrapolaron a las matrices de facturación. (Anexo 8 – Anexo 22)

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 por parte de la Tutoría de Tesis para la instalación del programa como para la parametrización del mismo en función de la realidad de la unidad.

El programa nos permitió alcanzar la siguiente información:

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

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

- Costos integrales de los servicios
- Costos netos.

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

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

Del procesamiento de datos de la Centro de Salud de Quero y del Puesto de San Antonio de Hipolonguito durante el ejercicio económico 2014, se concluyen los siguientes resultados:

1.- Costo de atención

Tabla N°15: Costo de atención

COSTO DE ATENCIÓN			
Nombre de la unidad	Costo total	Número atenciones	Costo por atención
QUERO	1.374.889,08	55.722,00	24,67
HIPOLONGUITO	70.209,26	2.551,00	27,52
Total	1.445.098,34	58.273,00	52,20

Fuente: Winsig

En el Centro de Salud de Quero el costo por atención es de 24,67 USD, mientras que en el Puesto de salud de San Antonio de Hipolonguito el costo es de 27,52 USD, es decir el valor por atención de salud oscilan entre 23 USD a 25 USD, lo cual está alrededor del valor de la consulta privada ofertada en la Zona 3.

2.- Costo por población asignada

Tabla N°16: Costo de atención per cápita

COSTO DE ATENCIÓN PER CAPITA			
Nombre de la unidad	Costo total	Población asignada	Costo por habitante
QUERO	1.374.889,08	7.470,00	184,05
HIPOLONGUITO	70.209,26	2.313,00	30,35
Total	1.445.098,34	9.783,00	214,41

Fuente: Winsig

Al hacer referencia al costo per cápita en el Centro de Salud de Quero es de 184,05, al contrario en el Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito es de 30,35, cabe hacer referencia que el valor per cápita tan alto del Centro de Salud de Quero se podría explicar ya que dicha unidad en el mes de Mayo del 2014, fue renovada y ampliada su infraestructura además se aumentó su área de influencia, ya que desaparecieron ciertas unidades de salud, como fue el caso del Puesto de salud de Hipolongo, el de Hipolonguito 4 esquinas, absorbiendo al área de influencia de éstas unidades cerradas, en abril del 2015 se cerró también el Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito.

3.- Costo de servicios

4.- Componentes del costo de servicios

5.- Costos directos.

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

Tabla N°17: Costo directos de servicios Quero

COSTOS DIRECTOS DE SERVICIOS QUERO			
Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
CONSULTA EXTERNA	772.140,41	674.655,13	87,37467
VISITA DOMICILIARIA	7.215,84	7.215,84	100,00000
ODONTOLOGÍA	133.056,14	133.056,14	100,00000
PSICOLOGÍA	24.944,79	24.944,79	100,00000
EMERGENCIA	260.699,32	258.801,20	99,27191

Fuente: Winsig

En el Centro de Salud de Quero como se observa en la tabla anterior se obtuvo el mayor costo en Consulta Externa, seguido de Emergencia, Odontología, Psicología y Visita

Domiciliaria; teniendo como porcentaje de costo directo de 99.27, 100, 100 y 100 respectivamente, es decir la mayor producción por costo total de servicio es la de Consulta Externa pero con un 87,37% del costo directo.

Tabla N°18: Costo directos de servicios Hipolonguito

COSTOS DIRECTOS DE SERVICIO HIPOLONGUITO			
Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
CONSULTA EXTERNA	54.361,25	52.069,64	95,78448
VISITA DOMICILIARIA	1.961,24	1.961,24	100,00000
ODONTOLOGÍA	13.805,77	13.805,77	100,00000

Fuente: Winsig

En el Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito como se observa en la tabla anterior se obtuvo el mayor costo en Consulta Externa, seguido de Odontología y Visita Domiciliaria; teniendo como porcentaje de costo directo de 95.78, 100 y 100 respectivamente, es decir la mayor producción por costo total de servicio es la Consulta Externa, con el 95,78% del costo directo.

6.- Costos indirectos

Tabla N°19: Costo indirectos de servicios Quero

COSTOS INDIRECTOS DE SERVICIOS QUERO			
Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo indirecto
CONSULTA EXTERNA	772.140,41	152.913,54	19,80385
VISITA DOMICILIARIA	7.215,84	592,84	8,21581
ODONTOLOGÍA	133.056,14	10.814,70	8,12792
PSICOLOGÍA	24.944,79	2.027,49	8,12791
EMERGENCIA	260.699,32	23.160,69	8,88406

Fuente: Winsig

En el Centro de Salud de Quero se obtuvo el mayor costo por servicio en Consulta Externa, seguido de Emergencia, Odontología y Visita Domiciliaria; teniendo como porcentaje de

costo indirecto los observados en la tabla, la mayor producción por costo total de servicio es la Consulta Externa con un costo indirecto de 19,80%.

Tabla N°20: Costo indirectos de servicios Hipolonguito

COSTOS INDIRECTOS DE SERVICIO HIPOLONGUITO			
Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo indirecto
CONSULTA EXTERNA	54.361,25	2.291,60	4,21550
VISITA DOMICILIARIA	1.961,24	0,00	0,00000
ODONTOLOGÍA	13.805,77	0,00	0,00000

Fuente: Winsig

En el Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito, el mayor costo y único costo por servicio es de Consulta Externa con un porcentaje de costo indirecto de 4,22%.

7.- Costos netos

Tabla N°21: Costo integral y costos neto 2014

COSTO INTEGRAL Y COSTOS NETO 2014			
NOMBRE DE LA UNIDAD	Servicio	Costo Integral	Costo Neto
QUERO	Consulta	21,929577	17,6880318
HIPOLONGUITO	Consulta	23,686819	21,1170153

Fuente: Winsig

El servicio de Consulta Externa en el Centro de Salud de Quero tiene un costo integral de 21,93 USD y costo neto de 17,60 USD; en cambio en el Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito tiene 23,67 USD y 21,12 USD de costo integral y costo neto respectivamente.

Tabla N°22: Costo integral y costos neto 2014

COSTO INTEGRAL Y COSTOS NETO 2014			
NOMBRE DE LA UNIDAD	Servicio	Costo Integral	Costo Neto
QUERO	Odontología	17,98055946	19,4420054
HIPOLONGUITO	Odontología	90,82743421	90,8274342

Fuente: Winsig

El servicio de Odontología en el Centro de Salud de Quero tiene un costo integral de 17,98 USD y costo neto de 19,44 USD, en cambio en el Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito tiene 90,83 USD y 67,10 USD de costo integral y de costo neto.

Tabla N°23: Costo integral y costos neto 2014

COSTO INTEGRAL Y COSTOS NETO 2014			
NOMBRE DE LA UNIDAD	Servicio	Costo Integral	Costo Neto
QUERO	Visita	25,055	27,0914583
HIPOLONGUITO	Visita	19,6124	19,6124

Fuente: Winsig

El servicio de Visita Domiciliaria en el Centro de Salud de Quero tiene un costo integral de 25,06 USD y costo neto de 27,09 USD, en cambio en el Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito tiene 19,61 USD y 19,61 USD de costo integral y costo neto respectivamente.

Tabla N°24: Costo integral y costos neto 2014

COSTO INTEGRAL Y COSTOS NETO 2014			
NOMBRE DE LA UNIDAD	Servicio	Costo Integral	Costo Neto
QUERO	Psicología	46,3657807	50,1343494

Fuente: Winsig

El servicio de Psicología en el Centro de Salud de Quero tiene un costo integral de 46,36 USD y costo neto de 50,13 USD.

Tabla N°25: Costo integral y costos neto 2014

COSTO INTEGRAL Y COSTOS NETO 2014			
NOMBRE DE LA UNIDAD	Servicio	Costo Integral	Costo Neto
QUERO	Emergencia	21,0647242	22,7768484

Fuente: Winsig

El servicio de Emergencia en el Centro de Salud de Quero tiene un costo integral de 21,06 USD y costo neto de 22,78 USD.

8.- Costos fijos

Tabla N°26: Costos fijos

COSTOS FIJOS		
NOMBRE DE LA UNIDAD: QUERO		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Remuneraciones	1.014.988,96	73,82

Servicios básicos	25.636,60	1,86
Depreciaciones	114.754,75	8,35
Uso edificio	37.852,56	2,75
Total	1.193.232,87	86,78

Fuente: Winsig

En los Costos fijos del Centro de Salud de Quero encontramos que el mayor valor es de las Remuneraciones, es decir de la Mano de Obra con 1014988,96 USD que representa el 73,82% de participación en relación al costo total, seguido por las depreciaciones con el porcentaje indicada en la tabla anterior, posterior el Uso de Edificio y finalmente los Servicios Básicos.

Tabla N°27: Costos fijos

COSTOS FIJOS		
NOMBRE DE LA UNIDAD: HIPOLONGUITO		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Remuneraciones	64445,15	91,79
Servicios básicos	91,56	0,13
Depreciaciones	902,52	1,29
Uso edificio	180,84	0,26
Total	65.620,07	93,47

Fuente: Winsig

En los Costos fijos del Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito observamos que el mayor valor es de las Remuneraciones (Mano de Obra) con 64445,15 USD que representa el 91,79% de participación en relación al costo total, seguido por las depreciaciones con el 1,29% de participación en relación al costo total, posterior el Uso de Edificio con el 0,26% de participación en relación al costo total y finalmente los Servicios Básicos con 0.13 % de participación en relación al costo total.

9.- Costos variables.

Tabla N°28: Costos variables

COSTOS VARIABLES
NOMBRE DE LA UNIDAD : QUERO

Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Material de oficina	6.887,96	0,5
Material de aseo	4.381,56	0,32
Medicinas	120.556,99	8,77
Insumos	5.595,39	0,41
Biomateriales odontológicos	17639,35	1,28
Repuestos	2324,37	0,17
Total	157.385,62	11,45

Fuente: Winsig

En los Costos Variables del Centro de Salud de Quero evidenciamos que el valor mayor es de las Medicinas con 120556,99 USD que representa el 8,77% de participación en relación al costo total, seguido de los Biomateriales odontológicos con 1,28% de participación en relación al costo total, posterior los Materiales de Oficina con el 0,5% de participación en relación al costo total, seguido de Insumos con 0,41% de participación en relación al costo total, en siguiente lugar los Materiales de aseo del 0,32% de participación en relación al costo total y finalmente los Repuestos con el 0.17 % de participación en relación al costo total.

Tabla N°29: Costos variables

COSTOS VARIABLES		
NOMBRE DE LA UNIDAD : HIPOLONGUITO		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Material de oficina	197,34	0,28
Material de aseo	136,56	0,19
Medicinas	3606,09	5,14
Insumos	357,68	0,51
Biomateriales odontológicos	291,52	0,42
Repuestos	0	0
Total	4.589,19	6,54

Fuente: Winsig

En el Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito, al hacer referencia a los costos variables, podemos ver el siguiente comportamiento: con el mayor valor las Medicinas con un valor de 3606,09 que representa el 5,14%, le sigue los Insumos con el 0,51% de participación en relación al costo total, posterior los biomateriales odontológicos con el 0,42% de participación en relación al costo total y finalmente los Materiales de Aseo con el 0,19% de participación en relación al costo total.

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

Resultado 2.- Servicios de salud planillados.

Actividad 2.1 Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud

Esta actividad fue realizada por las autoridades de la Coordinación Zonal 3, quienes se reunieron con los Directores Distritales y de las Unidades de Salud con el objetivo de socializar la estructura y manejo de Tarifario del Sistema Nacional de Salud, el cual fue una herramienta importante para el costeo de las unidades de salud intervenidas.

Resultado del indicador de la actividad.

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta.

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 de las unidades de salud asignadas, procedimos a procesar la información de la producción, teniendo al REDACCA del 2014 como fuente de información, mediante la aplicación de 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 y odontológico.

b) Servicios institucionales

- Con los reportes mensuales de la producción detallada por cada prueba de las determinaciones de laboratorio, tipo de exámenes de imagen (ecografía), tipo de terapias brindadas en servicio de rehabilitación, cabe recalcar que para la facturación de las sesiones de rehabilitación se observaron en los reportes cifras muy elevadas, las cuales no concordaban con el número de atenciones mensuales, por tal razón se consideró el valor total de sesiones por rehabilitación dividir las para 5 haciendo referencia que una sesión de rehabilitación consta de 5 actividades.

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, recalcando que la información entregada no es lo suficientemente completa ni se encuentra con la especificidad que el proyecto demanda, existe relativa 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 el REDACCA contiene toda la producción de las atenciones por unidad de salud, sin embargo es importante puntualizar que existe serias deficiencias en su registro, ya que existen reportes de procedimientos realizados por el personal de salud, los cuales no concuerdan con el tipo de especialidad del profesional (Ej: Nebulizaciones o Cirugías Menores reportadas que son realizadas por odontólogos, etc)

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:

Centro de Salud de Quero

Tabla N°30: Resumen de planillaje

RESUMEN DE PLANILLAJE 2014

SERVICIO	QUERO	% participación
Morbilidad	280.475,85	21,72
Prevención	350.500,15	27,15
Visita Domiciliaria	7.215,84	0,56
Odontología	170.482,44	13,20
Procedimientos	382,41	0,03
Imagen	14.220,05	1,10
Laboratorio	149.814,48	11,60
Emergencia	195.804,57	15,16
Sala de Partos	59.667,56	4,62
Rehabilitación	62.625,99	4,85
Total	1.291.189,34	100,00

Fuente: Winsig

Al analizar la tabla anterior, podemos concluir lo siguiente:

Haciendo referencia al costeo por servicio en orden descendente encontramos, encabezando la lista es Consulta de Prevención con 350500.15 con el 27,15%, seguido por Consulta de Morbilidad con 280475.85 (21,72%); Emergencia con 195804.57 que equivale al 15,16%; posteriormente Odontología con 170482.44 que representa el 13,2%, Laboratorio con 149814,48 (11,6%), Rehabilitación con 62625,99 (4,85%), seguido de Sala de Partos con 59667.56 que equivale a 4,62%, Imagen con 14220.05 con el 1,10% Visita Domiciliaria con 7215.84 (0,56%) y finalmente la Procedimientos con 382.41 que representan el 0,56%.

Puesto de Salud San Antonio de Hipolonguito

Tabla N°31: Resumen de planillaje 2014

RESUMEN DE PLANILLAJE 2014		
SERVICIO	HIPOLONGUITO	% participación
Morbilidad	15.793,67	33,47
Prevención	24.366,55	51,64
Visita Domiciliaria	2.324,60	4,93
Odontología	4.679,95	9,92
Procedimientos	20,83	0,04
Total	47.185,60	100,00

Fuente: Winsig

En el Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito de acuerdo a las prestaciones evidenciamos, en primer lugar la Consulta de Prevención con 24366.55 que equivale al 51.64%, seguido de las Consultas de Morbilidad con 15793.67 que representan el 33.47%,

Odontología con 4679.95 que es igual al 9.92%, posterior las Visitas Domiciliarias con 2324.60 (4.93%) y en último lugar los Procedimientos con 20,83 que equivalen el 0,04%.

Resultado del indicador de la actividad.

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

Resultado 3.- Estrategias de mejoramiento

Actividad 3.1 Cálculo del punto de equilibrio.

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

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

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

Donde:

PE = Punto de Equilibrio

CF = Costos Fijos

CV = Costos Variables

VT = Ventas Totales – Facturación

Al aplicar la ecuación anterior, se obtuvo el siguiente comportamiento de acuerdo a la unidad de salud analizada.

Centro de Salud de Quero:

Tabla N°32: Punto de equilibrio Quero

PUNTO DE EQUILIBRIO: QUERO	
COSTOS FIJOS	1.193.232,87
COSTOS VARIABLES	157.385,62
COSTOS TOTALES	1.350.618,49
VALORACION DE INGRESOS SEGÚN TARIFARIO	1.291.189,34
PE USD	1.358.867,97
PE %	(5,24)

Fuente: Winsig

El Centro de Salud de Quero está por encima del punto de equilibrio ya que con 1291189.34 de facturación es capaz de cubrir sus costos fijos de 1193232.87.

Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito:

Tabla N°33: Punto de equilibrio Hipolonguito

PUNTO DE EQUILIBRIO: HIPOLONGUITO	
COSTOS FIJOS	65.620,07
COSTOS VARIABLES	4.589,19
COSTOS TOTALES	70.209,26
VALORACION DE INGRESOS SEGÚN TARIFARIO	47.185,60
PE USD	72.689,75
PE %	(54,05)

Fuente: Winsig

El Puesto de Salud de Hipolonguito está por debajo del punto de equilibrio ya que con 47689.75 de facturación no es capaz de cubrir sus costos fijos de 65620.07

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 2 unidades propuestas durante el período enero- diciembre 2014

Indicador: Número de unidades facturadas / número de unidades propuestas

Numerador 2 Denominador 2 Resultado 100%

Actividad 3.2 Socialización de resultados

Se espera que el presente proyecto esté revisado y sea debidamente valorado para posteriormente socializarlos con las autoridades de la Dirección Distrital y de las unidades operativas con el objetivo de indicar la importancia del manejo de concepto de costos y de la metodología para el costeo y planillaje de las unidades de salud, teniendo como fin conocer la realidad en la cual se desenvuelven las unidades de salud tomando en cuenta que es un servicio de acuerdo a la oferta y demanda, el cual debe generar ganancias con el objetivo de garantizar su rentabilidad y sostenibilidad, se socializará los siguientes puntos:

- 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 diciembre del 2015 a enero del 2016.

Actividad 3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos

Al realizar este proyecto se encontró que sus mayores debilidades se encontraron en la falta de cierta información y también en la falta de coherencia de algunos datos reportados en el sistema REDACCA, por tal razón las estrategias de mejoramiento son las siguientes:

1.1. Implementar un sistema de Monitoreo Mensual

Este debe incluir:

- La producción mensual por profesional de la salud.
- La atención médica debe ser de acuerdo al número de cédula para que no exista duplicación de datos, sexo, grupos étnicos o grupos de riesgo.
- La atención médica además debe incluir el lugar de atención, tipo de filiación por tipo de profesional.
- Atención Médica por tipo de consulta: Prevención y Morbilidad por grupos étnicos.
- Atención Médica por tipo de consultas: Primeras y Subsecuentes por grupos étnicos.
- Promedio de consultas mensuales por profesional
- Frecuencia de uso de consultas e uso de servicios
- Atención Médica según el diagnóstico, el cual debe ser correctamente colocado.
- Procedimientos realizados por tipo de profesional en el primer nivel, es decir, que existan procedimientos exclusivamente por servicio, al llenar este ítem debe existir un alto nivel de veracidad.
- Referencias realizadas en el primer nivel
- Interconsultas realizadas en el primer nivel

Para la realización de los datos, se recomienda utilizar la matriz de monitoreo utilizada en el desarrollo de este proyecto, añadiendo una modificación, la cual involucra el reporte de los procedimientos de acuerdo al tipo de servicio o especialidad.

1.2. Monitoreo permanente desde el distrito

- Todos los datos anteriores deben estar sujetos a auditoría, la cual debería realizarse 3 a 4 veces al año, para crear una constancia de que los datos reportados en el sistema tienen un alto grado de confiabilidad.
- Sala Situacional, la cual de forma mensual debe ser publicada en la unidad de salud, siempre enfocados en los objetivos del MAIS.
- Diagnósticos Situacionales, igual de forma mensual debe ser actualizado y socializado a las principales autoridades de la población de influencia para que conozcan su

realidad con el objetivo de plantear posibles mejoras para la comunidad y lleguen a compromisos de gestión realizables.

- Todas estas actividades deben ser monitorizadas por el personal del Distrito y por grupos organizados de la comunidad, deben existir actas de conformación de los grupos, de las reuniones y de las revisiones realizadas, cada uno con su respectivo informe, el cual debe ser entregado de forma mensual en el distrito y también a las autoridades de la comunidad, para garantizar así su cumplimiento

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

- Considerando que más del 80% del costo de los servicios de salud provienen de la Mano de obra, debe realizarse el monitoreo de forma mensual de la producción, productividad y rendimiento del talento humano, tomando en cuenta los estándares de atención:

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 por profesional y estándares aceptados, se evalúa el comportamiento de los profesionales de la salud, comparando las horas contratadas contra las horas laboradas y de esta forma se determinará la productividad y rendimiento, esto se puede realizar a través del programa Excel con la aplicación de fórmulas.

1.4. Cálculo de indicadores de monitoreo y evaluación.

Para contar con un sistema de evaluación coherente, sistemático, comprensivo y de fácil accesibilidad, se basará en indicadores de estructura, procesos y resultados tomado de un banco de indicadores internacionales establecidos.

Se postulan los indicadores a ser medidos de forma mensual:

1.- INDICADORES DE ESTRUCTURA

INDICADORES DE DISPONIBILIDAD		
INDICADOR	FORMULA	QUE MIDE
Razón horas médico contratadas al año x habitante	No horas médico contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas médico por habitante
Razón horas odontólogo contratadas al año x habitante	No horas odontólogo contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas odontólogo por habitante
Razón horas enfermera contratadas al año x habitante	No horas enfermera contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas enfermera por habitante
INDICADORES DE ACCESIBILIDAD		
% de cumplimiento de citas	Citas asignadas/total de consultas	Acceso a servicios de salud
% de referencias solicitadas por la unidad	Número de referencias médicas solicitadas a nivel superior/total de atenciones médicas	Capacidad resolutive de la unidad
2.- INDICADORES DE PROCESO		
INDICADORES DE EXTENSIÓN DE USO		
% de consulta en menores de 28 días	Total de consultas a menores de 28 días/total de consultas	Uso de servicios de consulta en neonatos
% de consultas entre 29 días a 11 meses	Total de consultas de 29 días a 11 meses/total de consultas	Uso de servicios de consulta en lactantes
% de consultas de 1 a 4 años	Total de consultas a menores de 1 a 4 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en niños de 1 a 4 años
% de consultas de 5 a 9 años	Total de consultas a menores de 5 a 9 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en escolares
% de consultas de 10 a 19 años	Total de consultas a menores de 10 a 19 años/total de consultas	Uso de servicios de consulta en adolescentes
% de consultas de 20 a 64 años	Total de consultas a personas de 20 a 64 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos
% de consultas de mayores de 65 años	Total de consultas a pacientes mayores a 65 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos mayores
% de atención a mujeres	Total de consultas a mujeres/total de consultas	Uso de servicios de consulta en mujeres
% de atención a hombres	Total de consultas a hombres /total de consultas	Uso de servicios de consulta en hombres

% Consultas de prevención	Total de consultas de prevención /total de consultas	Comportamiento de consultas de prevención
% Consultas de recuperación	Total de consultas de morbilidad /total de consultas	Comportamiento de consultas de recuperación
% consultas primeras	Total de consultas primeras/total de consultas	Comportamiento de consultas primeras
% Consultas subsecuentes	Total de consultas a subsecuentes /total de consultas	Comportamiento de consultas subsecuentes
% consultas en establecimiento	Total de consultas brindadas en establecimiento /total de consultas	Cobertura de atención en establecimiento
% consultas en comunidad	Total de consultas brindadas en comunidad /total de consultas	Cobertura de atención en comunidad
% visitas domiciliarias	Total de consultas brindadas en domicilio /total de consultas	Cobertura de atención en domicilio
% de consultas en otros centros	Total de consultas brindadas en otros centros /total de consultas	Cobertura de atención en centros
% de atenciones brindadas por médicos: generales, especialistas, rurales	Total de consultas a brindadas por médicos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por médico
% de atenciones brindadas por odontólogo	Total de consultas a brindadas por odontólogos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por odontólogo
% de atenciones brindadas por psicólogo	Total de consultas a brindadas por psicólogo /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por psicólogo
% de atenciones brindadas por obstetrix	Total de consultas a brindadas por obstetrix /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por obstetrix
% de atenciones brindadas por otros profesionales	Total de consultas a brindadas por otros profesionales /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por otros profesionales
INDICADORES DE INTENSIDAD DE USO		
Concentración de consultas	Total de consultas/total primeras consultas	Veces que un paciente acudió a la unidad por la misma enfermedad, intensidad de uso de la consulta semestral

Frecuencia de uso en consulta	Número de atenciones/total de pacientes atendidos	Número de veces que el paciente recibe atención durante el semestre
Frecuencia de uso de consulta 1 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 1 vez en el semestre
Frecuencia de uso de consulta 2 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 2 vez en el semestre
Frecuencia de uso de consulta 3 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 3 vez en el semestre
Frecuencia de uso de consulta 4 y mas	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 4 y mas vez en el semestre
Promedio de recetas en consulta	Total recetas despachada en consulta / No consultas	No. recetas recibidas por cada consulta
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO		
% cumplimiento de horas contratadas en consulta	Horas laboradas en consulta/horas contratadas para consulta	Rendimiento de tiempo de consulta
Productividad en consulta	No consultas / horas contratadas para consulta	Productividad de consulta por hora contratada
Productividad en consulta por hora laborada	No consultas/horas laboradas en consulta	Productividad de consulta por hora laborada
Promedio diario de Consultas	(No. consultas realizadas/total días laborados en consulta)	No. de consultas realizadas por día en la unidad
Productividad en consulta odontológica por hora	No consultas odontológicas/ horas contratadas para consulta odontológicas	Productividad de consulta odontológica por hora contratada
Rendimiento hora odontólogo	Total pacientes atendidos/total horas laboradas	No. atenciones por hora odontólogo
3.- INDICADORES DE RESULTADOS		
INDICADORES DE EFICIENCIA		
Costo por atención	Gasto total/total de atenciones	Establece costo por atención en la unidad
Costo Consulta	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica
Costo atención Odontológica	Gastos en Odontología / No pacientes atendidos	Establece costo por atención odontológica

Costo de visita domiciliaria	Gastos vista domiciliaria /No. De visitas	Establece costo por atención domiciliaria
Costo de eventos de promoción	Gastos en eventos de promoción /No. de eventos realizados	Establece costo por evento de promoción
Costo de examen de laboratorio	Gastos Laboratorio/No. De determinaciones	Establece costo por determinación
Costo de examen de imagen	Gastos en imagen / No exámenes	Establece costo por estudio de imagen
Costo de sesión de fisioterapia	Gastos en fisioterapia / No. Sesiones	Establece costo por sesión
Costo de sesión de psicología	Gastos en psicología / No. Pacientes atendidos	Establece costo por atención
Costo de receta despachada	Gasto en farmacia / No recetas despachadas	Establece costo por receta

Actividad 3.4 Entrega de informes a las autoridades distritales.

Al terminar con todas las actividades propuestas en este trabajo de tesis y luego de su respectiva corrección y aprobación, se plantea presentar el informe final al Director del Distrito, con todos los documentos anexos que validen el cumplimiento de las actividades propuestas y los resultados obtenidos, teniendo como objetivo el compromiso de socializar con los servidores del Distrito y de las unidades de salud.

CONCLUSIONES

1. Se validó el proceso de costos y facturación diseñado desde la Coordinación del Proyecto Puzzle, el cual fue ejecutado en el Centro de Salud de Quero y en el Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito, tomando en cuenta los datos de Enero a Diciembre del 2014.
2. El Centro de Salud de Quero tipo C y el Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito, se tomó en cuenta como servicios de salud desde el punto de vista económico, se analizó el consumo, inversión y capital para finalmente ser costeados de acuerdo a cada servicio de salud ofertado durante el período Enero – Diciembre 2014.
3. Las unidades de salud intervenidas no genera un sistema de información confiable y completa, lo cual impide evaluar con objetividad el comportamiento de los diferentes elementos del proceso productivo, tanto a nivel administrativo como financiero. La información es deficiente y no veraz.
4. El Distrito no realiza una evaluación de los diferentes recursos asignados, es decir, se genera solo datos sin analizar la gestión, desde este punto de vista tampoco se realizan observaciones ni recomendaciones con el objetivo de mejorar la gestión que se llevan a cabo en dichas unidades de salud.
5. La información de cada unidad de salud, se recogen sin un criterio único lo que dificulta enormemente obtener los resultados, lamentablemente son errores significativos que al realizar un análisis macro no son evidenciados, pero al realizar un análisis más minucioso si saltan a la vista, como es la duplicación de atención de pacientes en el mismo día de atención, procedimientos que no van de acuerdo a la especialidad son reportados y con valores elevados que no concuerdan con el número de atenciones realizadas, se realizan exámenes de laboratorio pero se desconoce el tipo de examen solicitado, similar comportamiento se observó con el tipo de imagen, ya que solo se reporta el número total de resultados de imagen pero no se detalla su tipo, lo cual dificultó en la facturación ya que cada tipo de examen tiene su rubro establecido de acuerdo al tarifario nacional.
6. La sanidad es esencial para el desarrollo de una población de acuerdo al nivel de vida y bienestar de una sociedad puesto involucra la productividad de la fuerza de trabajo en el sector salud, de esta forma las Prestaciones de Servicio del Centro de Salud de Quero y Centro de Salud de San Antonio de Hipolonguito fueron planilladas en su totalidad obteniendo en el Centro de Salud de Quero un total de 117226.00 USD en cambio en la otra unidad un total de 2557,00.

7. De acuerdo al Punto de Equilibrio se concluye
Centro de Salud de Quero: (5.24)
Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito: (54.05)
8. Las estrategias de mejoramiento van encaminadas a una mejor recolección de la información, la cual debe ser sujeta a validación por parte de las autoridades del Distrito en base a auditorías realizadas, además se propone la implementación y ejecución de las indicaciones de estructura, procesos y resultados, los cuales deben ser medidos y analizados de forma mensual para posteriormente ser entregados al distrito, y si no se cumple con los indicadores postular lineamientos de mejoramiento.
9. Los recursos tanto humanos como materiales en el Centro de Salud de Quero y del Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito, son subutilizados ya que de acuerdo a su producción existe costos fijos muy elevados en las dos unidades, cabe recalcar que esto se asevera de acuerdo a la información tabulada, la cual no es cien por ciento veraz ya que existen ciertos déficits ya detallados anteriormente, sin embargo desde este punto de vista se debe tomar en cuenta estrategias de mejora como son: aumentar la producción de visitas domiciliarias ya que se cuenta con personal de salud, otra implementar y trabajar con grupos organizados con el objetivo de mejorar las atenciones de prevención puesto que las consultas por morbilidad se siguen manteniendo a la cabeza al analizar el tipo de consulta.
10. Finalmente se concluye que la evaluación financiera del centro de salud de Quero y del Puesto de Salud de San Antonio de Hipolonguito fueron ejecutadas al 100%.

RECOMENDACIONES

1. Fomentar, fortalecer e institucionalizar la implementación de los procesos de costos y facturación de los recursos en las unidades de salud que pertenecen al distrito 16D06.
2. Realizar capacitaciones con el objetivo de fortalecer, fomentar e implementar los conocimientos sobre los temas de costos, facturación, planillaje y gestión en las unidades de primer nivel.
3. Conservar la implementación de los procesos de monitoreo, control y supervisión de los recursos de las unidades de primer nivel con el fin de conocer la inversión del estado en el sector salud, buscando siempre cumplir con un servicio de salud de calidad, calidez, eficiente y eficaz para toda la población sin exclusión de grupo alguno.
4. Implementar un sistema de información veraz, completo y oportuno que no esté sujeto a información sesgada.
5. La Dirección distrital debe conocer el comportamiento de cada una de las unidades de salud e implementar procesos de planificación y evaluación objetiva de los recursos asignados a sus unidades, para de esta forma garantizar el uso de los recursos de forma óptima.
6. Desde la Coordinación zonal y distrital debe implementarse compromisos de gestión con los directores de cada unidad de salud para sostener procesos estratégicos que busquen 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, los cuales deben estar sujetos a auditorías.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cubillo, P. (2010). *Repositorio ESPE*. Recuperado el 10 de Febrero de 2010, de <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/722/3/T-ESPE-025114-3.pdf>
2. Hidalgo A, C. I. (2011). Economía de la Salud. En C. I. Hidalgo A, *Economía de la Salud* (pág. 11). Madrid: Pirámide.
3. MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Recuperado el 10 de Febrero de 2015, de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
4. MSP. (24 de Junio de 2014). *MSP*. Recuperado el 21 de Febrero de 2015, de MSP: <http://www.salud.gob.ec/tag/ecuador/>
5. MSP. (Enero de 2014). *Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado el 24 de Febrero de 2015, de <http://es.scribd.com/doc/115630435/Tarifario-Prestaciones-Sistema-Nacional#scribd>
6. MSP. (2015). *MSP*. Recuperado el 25 de Enero de 2015, de MSP: <http://www.salud.gob.ec/el-ministerio/>
7. MSP. (2015). *MSP*. Recuperado el 2 de Febrero de 2015, de MSP: <http://www.planificacion.gob.ec/plan-nacional-para-el-buen-vivir-2009-2013/>
8. OMS. (2008). *La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que Nunca*. Ginebra, Suiza.
9. OPS. (Octubre de 2010). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud*. Washington, U.S.A.
10. Pesántez, M. (2012). *Módulo II, Ciclo IV Supervivencia, rentabilidad y Crecimiento*. Loja: EDILOJA.
11. Sánchez, A. (Noviembre de 2012). *UTA*. Recuperado el 5 de Enero de 2015, de <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Frepo.uta.edu.ec%2Fbitstream%2Fhandle%2F123456789%2F3788%2FTesis%2520Gisela%2520Sanchez.pdf%3Fsequence%3D1&ei=7p opVenSNcakNoXvgqgF&usg=AFQ>

ANEXOS

Anexo 1: REDACCA 2014

INFORME DE PRODUCCIÓN DE ATENCION MÉDICA							
PERIODO DEL INFORME: ENERO – DICIEMBRE DEL 2014							
ATENCIÓN MÉDICA POR UNIDAD. TABLA ANUAL							
NOMBRE DE LA UNIDAD	Número de profesionales que realizan consulta y reportan en RDACAA	Número de días de atención	Número de personas atendidas	Número de consultas	Hombre	Mujer	Total
CENTRO DE SALUD QUERO	49	3471	19792	50038	17084	32954	50038
SAN ANTONIO DE HIPOLONGUITO	5	309	992	2705	922	1783	2705

Anexo 2: REDACCA 2014

INFORME DE PRODUCCIÓN DE ATENCION MÉDICA									
PERIODO DEL INFORME: ENERO – DICIEMBRE DEL 2014									
ATENCIÓN MÉDICA POR UNIDAD. TABLA ANUAL									
ATENCIÓN MEDICA POR TIPO DE AFILIACION									
NOMBRE DE LA UNIDAD	IESS	Seguro social campesino	ISFFA	ISPOL	No Aporta	Seguro privado	Seguro indirecto	Jubilado	Total
CENTRO DE SALUD QUERO	2450	2836	7	24	43762	99	750	110	50038
SAN ANTONIO DE HIPOLONQUITO	25	127	4		2543	2		4	2705

Anexo 3: REDACCA 2014

FRECUENCIA DE USO DE ATENCIONES: ENERO DICIEMBRE 2014 TABLA ANUAL						
Número de pacientes acude a unidad en el año 2014, según frecuencia de uso (veces que acudió a recibir atención durante el año=						
NOMBRE DE LA UNIDAD	1 consulta	2 consultas	3 consultas	4 consultas	5 consultas o mas	Total personas atendidas
CENTRO DE SALUD QUERO	12775	3076	1364	809	1768	19792
SAN ANTONIO DE HIPOLONGUITO	461	203	84	86	158	992

Anexo 4: REDACCA 2014

REFERENCIAS POR UNIDAD Y EDAD: ENERO- DICIEMBRE 2014 CUADRO ANUAL									
NOMINA	Menores a 28 días	29 días a 11 meses	1 a 4 años	5 a10 años	11 a 19 años	20 a 49años	50 a 64 años	65 años y mas	Total
CENTRO DE SALUD QUERO TIPO C	6	21	26	47	58	299	106	147	710
SAN ANTONIO DE HIPOLONGUITO				1		5			6

Anexo 5: REDACCA 2014

INTERCONSULTA POR UNIDAD Y EDAD: ENERO- DICIEMBRE 2014 CUADRO ANUAL									
NOMBRE DE LA UNIDAD	Menores a 28 días	29 días a 11 meses	1 a 4 años	5 a10 años	11 a 19 años	20 a 49años	50 a 64 años	65 años y mas	Total
CENTRO DE SALUD QUERO TIPO C	1	33	34	22	32	154	41	47	364
SAN ANTONIO DE HIPOLONGUITO			1			1			2

Anexo 6: REDACCA 2014

NÚMERO DE ATENCIONES POR TIPO DE CONSULTA ENERO – DICIEMBRE 2014							
NOMBRE DE LA UNIDAD	Prevención		Morbilidad		Total		Total General
TIPO DE ATENCIÓN	PRIMERAS	SUBSECUENTES	PRIMERAS	SUBSECUENTES	PREVENCION	MORBILIDAD	
CENTRO DE SALUD QUERO	5862	6608	19900	3542	12470	23442	35912
SAN ANTONIO DE HIPOLONGUITO	109	842	1159	185	951	1344	2295

Anexo 7: REDACCA 2014

CONSULTAS POR EL LUGAR DE ATENCIÓN ENERO – DICIEMBRE 2014														
NOMBRE DE LA UNIDAD	Establecimiento	Comunidad	Centro educativo	Domicilio	Albergues	Centro integral del buen vivir	Centro de educación inicial	Escuelas interculturales	Emergencia ambulatoria	Centro de rehabilitación	Grupos laborales, fábricas y empresas	Centros de recuperación de adicciones	Otros	Total
CENTRO DE SALUD DE QUERO	47314	874	1530	288	0	0	9	0	0	0	0	0	23	50038
SAN ANTONIO DE HIPOLONGUITO	2468	8	126	100	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2705

Anexo 8: MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS PARA FACTURACION DE CONSULTA EXTERNA DE MORBILIDAD – QUERO

CODIGO	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	TOTAL		
		NUMERO	VALOR	TOTAL
	CONSULTA POR MORBILIDAD			
99201	VISITA EN LA OFICINA DE UN NUEVO PACIENTE QUE REQUIERE DE TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA 2.- EXAMEN FOCALIZADO AL PROBLEMA 3.- DECISION MEDICA UNICA Y DIRECTA TIEMPO DE DURACION 10 MIN.	0	8,099	0
99202	VISITA EN LA OFICINA DE UN NUEVO PACIENTE QUE REQUIERE DE TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA DETALLADA 2.- EXAMEN DETALLADO 3.- DECISION MEDICA UNICA Y DIRECTA TIEMPO DE DURACION 20 MINUTOS	19362	11,837	229187,994
99204	VISITA EN LA OFICINA DE UN NUEVO PACIENTE QUE REQUIERE DE TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA COMPLETA 2.- EXAMEN COMPLETO 3.- DECISION MEDICA DE MODERADA COMPLAJIDAD TIEMPO DE DURACION 45 MINUTOS	538	24,92	13406,96
99205	VISITA EN LA OFICINA DE UN NUEVO PACIENTE QUE REQUIERE DE TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA COMPLETA 2.- EXAMEN COMPLETO 3.- DECISION MEDICA DE MODERADA COMPLAJIDAD TIEMPO DE DURACION 60 MINUTOS	0	32,396	0
99211	VISITA EN LA OFICINA SUBSECUENTE DE UN PACIENTE QUE PRESENTA UN PROBLEMA MINIMO, REQUIERE DE UNO DE LOS TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA 2.- EXAMEN FOCALIZADO AL PROBLEMA 3.- DECISION MEDICA UNICA Y DIRECTA TIEMPO DE DURACION 5 MINUTOS	0	4,361	0
99212	VISITA EN LA OFICINA SUBSECUENTE DE UN PACIENTE QUE REQUIERE AL MENOS DOS DE LOS TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA DETALLADA 2.- EXAMEN DETALLADO 3.- DECISION MEDICA UNICA Y DIRECTA TIEMPO DE DURACION 10 MINUTOS. USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO O MENOR	0	7,476	0
99213	VISITA EN LA OFICINA SUBSECUENTE DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DOS DE TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA DETALLADA 2.- EXAMEN DETALLADO 3.- DECISION MEDICA DE BAJA COMPLEJIDAD TIEMPO DE DURACION 15 MINUTOS.	3378	11,214	37880,892
99214	VISITA EN LA OFICINA SUBSECUENTE DE UN NUEVO PACIENTE QUE REQUIERE DOS DE TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA COMPLETA 2.- EXAMEN COMPLETO 3.- DECISION MEDICA DE MODERADA COMPLEJIDAD TIEMPO DE DURACION 25 MINUTOS	0	16,821	0
99215	VISITA EN LA OFICINA SUBSECUENTE DE UN NUEVO PACIENTE QUE REQUIERE DOS DE TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA COMPLETA 2.- EXAMEN COMPLETO 3.- DECISION MEDICA DE ALTA COMPLEJIDAD TIEMPO DE DURACION 40 MINUTOS	0	24,297	0
	TOTAL	23278		280475,846

Anexo 9: MATRIZ PARA RECOLECCION DE DATOS DE FACTURACION DE CONSULTAS DE PREVENCION - QUERO

ATENCIÓN PREVENTIVA	TOTAL		
	NUMERO	VALOR	TOTAL
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL INICIAL (PRECONSULTA, CONSULTA, POSTCONSULTA) (MENOR DE UN AÑO); 30-45 MIN.	431	25,03	10787,93
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL INICIAL (PRECONSULTA, CONSULTA, POSTCONSULTA) (1 A 4 ANOS); 30-45 MIN.	473	22,43	10609,39
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL INICIAL (PRECONSULTA, CONSULTA, POSTCONSULTA) (5 A 10 ANOS); 30-45 MIN.	862	29,05	25041,1
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL INICIAL (PRECONSULTA, CONSULTA, POSTCONSULTA) (11 A 19 ANOS); 30-45 MIN.	789	31,66	24979,74
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL INICIAL (PRECONSULTA, CONSULTA, POSTCONSULTA) (20 A 49 ANOS); 30-45 MIN.	2812	34,27	96367,24
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL INICIAL (PRECONSULTA, CONSULTA, POSTCONSULTA) (50 A 64 ANOS); 30-45 MIN.	270	35,61	9614,7
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL INICIAL (PRECONSULTA, CONSULTA, POSTCONSULTA) (MAYORES DE 65 ANOS); 30-45 MIN.	225	38,29	8615,25
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL SUBSECUENTE. (MENOR DE UN AÑO); 30 MINUTOS	971	21,09	20478,39
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL SUBSECUENTE (1 A 4 ANOS); 30 MINUTOS	944	22,43	21173,92
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL SUBSECUENTE (5 A 10 ANOS); 30 MINUTOS	210	25,03	5256,3
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL SUBSECUENTE (11 A 19 ANOS); 30 MINUTOS	677	25,03	16945,31
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL SUBSECUENTE (20 A 49 ANOS); 30 MINUTOS	3662	26,37	96566,94
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL SUBSECUENTE (50 A 64 ANOS); 30 MINUTOS	89	27,71	2466,19
CONSULTA PREVENTIVA SUBSECUENTE. (MAYORES DE 65 ANOS); 30 MINUTOS	55	29,05	1597,75
CONSULTA PREVENTIVA ODONTOLOGICA DE UN INDIVIDUO (1 A 4 ANOS);30 MINUTOS*	0	21,09	0
CONSULTA PREVENTIVA ODONTOLOGICA DE UN INDIVIDUO. (5 A 10 ANOS); 30 MINUTOS	0	23,77	0
CONSULTA PREVENTIVA ODONTOLOGICA DE UN INDIVIDUO. (11 A 19 ANOS); 30 MINUTOS	0	25,03	0
CONSULTA PREVENTIVA ODONTOLOGICA DE UN INDIVIDUO. (20 A 49 ANOS);30 MINUTOS.	0	26,37	0
CONSULTA PREVENTIVA ODONTOLOGICA DE UN INDIVIDUO. (50 A 64 ANOS); 30 MINUTOS.	0	27,71	0
CONSULTA PREVENTIVA ODONTOLOGICA DE UN INDIVIDUO. (MAYORES DE 65 ANOS); 30 MINUTOS.	0	29,05	0
TOTAL	12470,00		350500,15

Anexo 10: MATRIZ PARA RECOLECCION DE DATOS DE ODONTOLOGIA – QUERO

PROCEDIMIENTOS	TOTAL		
	NUMERO	VALOR	TOTAL
GENERAL			
CONSULTA ODONTOLOGICA, GENERAL	7400	10,44	77256
CONSULTA ODONTOLOGICA, ESPECIALISTA	0	14,6	0
ENDODONCIA	0	0	0
ENDODONCIA UNIRADICULAR	47	37,45	1760,15
ENDODONCIA BIRADICULAR	0	49,93	0
ENDODONCIA MULTIRADICULAR	0	62,41	0
EXODONCIA	0	0	0
EXODONCIA PIEZA ERUPCIONADA	585	18,76	10974,6
EXODONCIA PIEZA SEMIRETENIDA	0	24,96	0
EXODONCIA PIEZA RETENIDA	0	31,24	0
PERIDONCIA	0	0	0
PERIDONCIA PROFILAXIS	51	10,01	510,51
RADIOGRAFIA PERIAPICAL	4	4,16	16,64
RADIOGRAFIA PANORAMICA	0	8,32	0
RADIOGRAFIA OCLUSAL	0	8,32	0
RESTAURACIONES CON RESINA	0	0	0
RESTAURACIONES CON RESINA SIMPLE (UNA SOLA CARA)	3040	12,48	37939,2
RESTAURACIONES CON RESINA COMPUESTA (DOS CARAS)	0	16,64	0
RESTAURACIONES CON RESINA COMPLEJA (MAS DE DOS CARAS)	0	20,8	0
RESTAURACIONES CON AMALGAMA	0	0	0
RESTAURACIONES CON AMALGAMA SIMPLE (UNA SOLA CARA)	6286	4,96	31178,56
RESTAURACIONES CON AMALGAMA COMPUESTA (DOS CARAS)	0	6,57	0
RESTAURACIONES CON AMALGAMA COMPLEJA (MAS DE DOS CARAS)	0	9,85	0
OTROS TRATAMIENTOS	0	0	0
SELLANTES	277	6,28	1739,56
FLUORIZACION	1453	5,22	7584,66
CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS	61	24,96	1522,56
TOTAL	19204,00	2766,91	170482,44

Anexo 11: MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS DE VISITAS DOMICILIARIAS - QUERO

VISITA DOMICILIARIA	TOTAL		
	NUMERO	VALOR	TOTAL
VISITA DOMICILIARIA INICIAL: ENFOQUE DE PROMOCION Y PREVENCION INDIVIDUAL Y FAMILIAR BAJA COMPLEJIDAD	0	22,28	0
VISITA DOMICILIARIA SUBSECUENTE: EVALUACION DE CAMBIOS BAJA COMPLEJIDAD	0	17,84	0
VISITA DOMICILIARIA INICIAL: ENFOQUE DE INTERVENCION DE MEDIANA COMPLEJIDAD, INCLUYE VALORACION, TOMA DE MUESTRAS	198	26,73	5292,54
VISITA SUBSECUENTE, ENFOQUE DE INTERVENCION DE MEDIANA COMPLEJIDAD, INCLUYE VALORACION, TOMA DE MUESTRAS	90	21,37	1923,3
VISITA INICIAL: ENFOQUE DE INTERVENCION CLINICA Y QUIRURGICA A PACIENTES QUE REQUIEREN VALORACION DE CAPACIDADES FUNCIONALES, AJUSTES A PLAN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS COMO CONTROL COSTOMIZADOS, DIABETICOS, ENTRE OTROS.	0	26,73	0
VISITA SUBSECUENTE, ENFOQUE DE INTERVENCION CLINICA Y QUIRURGICA A PACIENTES QUE REQUIEREN VALORACION DE CAPACIDADES FUNCIONALES, AJUSTES A PLAN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS COMO CONTROL COSTOMIZADOS, DIABETICOS, ENTRE OTROS	0	21,37	0
TOTAL	288,00		7215,84

Anexo 12: PROCEDIMIENTOS AJENOS A UNA CONSULTA - QUERO

PROCEDIMIENTOS EXCLUSIVOS DE MONITOREO	TOTAL		
	NUMERO	VALOR	TOTAL
CONTROL DE PRESION ARTERIAL	0	0,56	0
CONTROL DE SIGNOS VITALES	0	1,41	0
CONTROL PESO Y TALLA	0	0,56	0
INYECCION INTRAMUSCULAR	0	0,78	0
INYECCION INTRAVENOSA	0	0,99	0
ADMINISTRACION DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS	9	0,85	7,65
PRUEBA DE DE SENSIBILIZACION RAPIDA PARA PENICILINA, INSULINA	0	0,78	0
INYECCIONES SUBCUTANEAS	362	0,78	282,36
CONTROL DE GLUCOSA CON TIRILLA	0	0,85	0
CAMBIO Sonda VESICAL	6	2,96	17,76
RETIRO DE PUNTOS	13	2,4	31,2
RETIRO DE YESO	0	3,6	0
NEBULIZACION	8	5,43	43,44
ELECTROCARDIOGRAMA	0	16,22	0
TOTAL	398,00	45,22	382,41

Anexo 13: MATRIZ PARA FACTURACION DE ESTUDIOS DE IMAGEN - QUERO

ULTRASONIDO	TOTAL		
	NUMERO	VALOR	TOTAL
ECOGRAFIA TIROIDES – PARATIROIDES	0	21,71	0
ECOGRAFIA DUPLEX CAROTIDEO	0	33,83	0
ECOGRAFIA TORACICO	0	21,71	0
ECOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	0	21,71	0
ECOGRAFIA PELVICO	0	21,71	0
ECOGRAFIA OBSTETRICO	655	21,71	14220,05
ECOGRAFIA MAMARIO	0	48,77	0
TOTAL	655,00		14220,05

Anexo 14: MATRIZ PARA FACTURACION DETERMINACIONES DE LABORATORIO – QUERO

HEMATOLOGÍA	TOTAL		
	NUMERO	VALOR	TOTAL
BIOMETRIA HEMATICA	50613	2,96	149814,48
CALCULO DE PLAQUETAS	0	3,17	0
HEMATOCRITO CAPILAR	0	1,61	0
HEMATOCRITO HEMOGLOBINA	0	3,17	0
HEMOGLOBINA GLICOSILADA	0	8,18	0
HEMOGLOBINA	0	1,61	0
TOTAL	50613,00		149814,48

Anexo 15: MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS PARA FACTIRACION DE ATENCION EMERGENCIA - QUERO

CODIGO	ATENCION EMERGENCIA	TOTAL		
		NUMERO	PRECIO TARIFARIO	TOTAL
99281	VISITA EN EMERGENCIA PARA EVALUACION Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES.· HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA· EXAMEN FISICO FOCALIZADO AL PROBLEMA· DECISION MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENORCOMPLEJIDAD	0	92,7024	0
99282	VISITA EN EMERGENCIA PARA EVALUACION Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES.· HISTORIA FOCALIZADA-EXTENDIDA DEL PROBLEMA· EXAMEN FISICO FOCALIZADO-EXTENDIDO DEL PROBLEMA· DECISION MEDICA DE BAJA COMPLEJIDAD USUALMENTE EL PROBLEMA ES DE BAJA A MODERADA SEVERIDAD	0	149,52	0
99283	VISITA EN EMERGENCIA PARA EVALUACION Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES.· HISTORIA FOCALIZADA-EXTENDIDA DEL PROBLEMA· EXAMEN FISICO FOCALIZADO-EXTENDIDO DEL PROBLEMA· DECISION MEDICA DE MODERADA COMPLEJIDAD USUALMENTE EL PROBLEMA ES DE MODERADA SEVERIDAD	0	246,708	0
99284	VISITA EN EMERGENCIA PARA EVALUACION Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES.· HISTORIA DETALLADA· EXAMEN FISICO DETALLADO · DECISION MEDICA DE MODERADA COMPLEJIDAD USUALMENTE EL PROBLEMA ES DE ALTA SEVERIDAD, Y REQUIERE DE EVALUACION URGENTE POR EL MEDICO PERO NO PONE EN RIESGO INMEDIATO A LA VIDA	0	373,8	0
99285	VISITA EN EMERGENCIA PARA EVALUACION Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES.· HISTORIA COMPLETA· EXAMEN FISICO COMPLETO· DECISION MEDICA DE ALTA COMPLEJIDAD USUALMENTE EL PROBLEMA ES DE ALTA SEVERIDAD, Y PONE EN RIESGO INMEDIATO A LA VIDA O DETERIORO SEVERO FUNCIONAL	0	553,224	0
383710	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS). INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL	12286	191,24272	195804,5656
CODIGO	TOTAL	12.286,000		195.804,566

Anexo 16: MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS PARA FACTURACIÓN DE SALA DE PARTOS – QUERO

CODIGO	ATENCION DEL PARTO	TOTAL		
		TOTAL NUMERO	TOTAL PRECIO TARIFARIO	TOTAL
395301	DERECHO DE SALA DE LABOR Y PARTO. INSTITUCIONES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	98,000	1.434,377	11.714,077
59400	CUIDADO OBSTETRICO DE RUTINA INCLUYENDO PREPARTO, PARTO VAGINAL (CON O SIN EPISIOTOMIA Y/O USO DE FORCEPS) Y CIUDADO DEL POST. PARTO.	98,000	3.579,600	29.233,400
59409	PARTO VAGINAL UNICAMENTE (CON O SIN EPISIOTOMIA Y/O FORCEPS)	98,000	1.879,290	15.347,535
59410	PARTO VAGINAL UNICAMENTE (CON O SIN EPISIOTOMIA Y/O FORCEPS) INCLUYE CUIDADO POSPARTO	-	2.237,250	-
59430	ATENCION POST PARTO, SOLAMENTE (PROCEDIMIENTO SEPARADO).	98,000	357,960	2.923,340
383540	ATENCIÓN RECIÉN NACIDO, ALOJAMIENTO CONJUNTO. INSTITUCIONES PRIMER NIVEL	98,000	55,006	449,212
		490	9543,4824	59667,5646

Anexo 17: MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS PARA FACTURACIÓN DE REHABILITACIÓN - QUERO

CODIGO	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	TOTAL GENERAL		
291458	TERAPIA FISICA POR SESION HASTA 20 MIN. REEDUCACIÓN POSTURAL	0,00	80,39	0,00
291469	TERAPIA FISICA POR SESION HASTA 20 MIN. BICICLETA ERGOMÉTRICA	0,00	55,85	0,00
291470	TERAPIA FISICA POR SESION HASTA 20 MIN. MANIPULACIONES ESPECIALES	0,00	80,39	0,00
291481	TERAPIA FISICA POR SESION HASTA 20 MIN. EJERCICIOS ACTIVOS	9348,00	80,39	62625,99
291492	TERAPIA FISICA POR SESION HASTA 20 MIN. EJERCICIOS ASISTIDOS	0,00	80,39	0,00
291503	TERAPIA FISICA POR SESION HASTA 20 MIN. EJERCICIOS DE EDUCACIÓN EN MARCHA	0,00	80,39	0,00
	TOTAL	9348,00	2048,75	62625,99

Anexo 18: MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS PARA FACTURACION DE CONSULTA EXTERNA DE MORBILIDAD – HIPOLONGUITO

CODIGO	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	TOTAL		
		NUMERO	VALOR	TOTAL
	CONSULTA POR MORBILIDAD			
99201	VISITA EN LA OFICINA DE UN NUEVO PACIENTE QUE REQUIERE DE TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA 2.- EXAMEN FOCALIZADO AL PROBLEMA 3.- DECISION MEDICA UNICA Y DIRECTA TIEMPO DE DURACION 10 MIN.	0	8,099	0
99202	VISITA EN LA OFICINA DE UN NUEVO PACIENTE QUE REQUIERE DE TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA DETALLADA 2.- EXAMEN DETALLADO 3.- DECISION MEDICA UNICA Y DIRECTA TIEMPO DE DURACION 20 MINUTOS	1159	11,837	13719,083
99204	VISITA EN LA OFICINA DE UN NUEVO PACIENTE QUE REQUIERE DE TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA COMPLETA 2.- EXAMEN COMPLETO 3.- DECISION MEDICA DE MODERADA COMPLAJIDAD TIEMPO DE DURACION 45 MINUTOS	0	24,92	0
99205	VISITA EN LA OFICINA DE UN NUEVO PACIENTE QUE REQUIERE DE TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA COMPLETA 2.- EXAMEN COMPLETO 3.- DECISION MEDICA DE MODERADA COMPLAJIDAD TIEMPO DE DURACION 60 MINUTOS	0	32,396	0
99211	VISITA EN LA OFICINA SUBSECUENTE DE UN PACIENTE QUE PRESENTA UN PROBLEMA MINIMO, REQUIERE DE UNO DE LOS TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA 2.- EXAMEN FOCALIZADO AL PROBLEMA 3.- DECISION MEDICA UNICA Y DIRECTA TIEMPO DE DURACION 5 MINUTOS	0	4,361	0
99212	VISITA EN LA OFICINA SUBSECUENTE DE UN PACIENTE QUE REQUIERE AL MENOS DOS DE LOS TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA DETALLADA 2.- EXAMEN DETALLADO 3.- DECISION MEDICA UNICA Y DIRECTA TIEMPO DE DURACION 10 MINUTOS. USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO O MENOR	0	7,476	0
99213	VISITA EN LA OFICINA SUBSECUENTE DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DOS DE TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA DETALLADA 2.- EXAMEN DETALLADO 3.- DECISION MEDICA DE BAJA COMPLEJIDAD TIEMPO DE DURACION 15 MINUTOS.	185	11,214	2074,59
99214	VISITA EN LA OFICINA SUBSECUENTE DE UN NUEVO PACIENTE QUE REQUIERE DOS DE TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA COMPLETA 2.- EXAMEN COMPLETO 3.- DECISION MEDICA DE MODERADA COMPLEJIDAD TIEMPO DE DURACION 25 MINUTOS	0	16,821	0
99215	VISITA EN LA OFICINA SUBSECUENTE DE UN NUEVO PACIENTE QUE REQUIERE DOS DE TRES COMPONENTES: 1.- HISTORIA COMPLETA 2.- EXAMEN COMPLETO 3.- DECISION MEDICA DE ALTA COMPLEJIDAD TIEMPO DE DURACION 40 MINUTOS	0	24,297	0
	TOTAL	1344		15793,673

Anexo 19: MATRIZ PARA RECOLECCION DE DATOS DE FACTURACION DE CONSULTAS DE PREVENCION – HIPOLON GUITO

ATENCIÓN PREVENTIVA	TOTAL		
	NUMERO	VALOR	TOTAL
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL INICIAL (PRECONSULTA, CONSULTA, POSTCONSULTA) (MENOR DE UN AÑO); 30-45 MIN.	18	25,03	450,54
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL INICIAL (PRECONSULTA, CONSULTA, POSTCONSULTA) (1 A 4 ANOS); 30-45 MIN.	3	22,43	67,29
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL INICIAL (PRECONSULTA, CONSULTA, POSTCONSULTA) (5 A 10 ANOS); 30-45 MIN.	5	29,05	145,25
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL INICIAL (PRECONSULTA, CONSULTA, POSTCONSULTA) (11 A 19 ANOS); 30-45 MIN.	14	31,66	443,24
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL INICIAL (PRECONSULTA, CONSULTA, POSTCONSULTA) (20 A 49 ANOS); 30-45 MIN.	58	34,27	1987,66
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL INICIAL (PRECONSULTA, CONSULTA, POSTCONSULTA) (50 A 64 ANOS); 30-45 MIN.	6	35,61	213,66
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL INICIAL (PRECONSULTA, CONSULTA, POSTCONSULTA) (MAYORES DE 65 ANOS); 30-45 MIN.	5	38,29	191,45
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL SUBSECUENTE. (MENOR DE UN AÑO); 30 MINUTOS	72	21,09	1518,48
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL SUBSECUENTE (1 A 4 ANOS); 30 MINUTOS	178	22,43	3992,54
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL SUBSECUENTE (5 A 10 ANOS); 30 MINUTOS	135	25,03	3379,05
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL SUBSECUENTE (11 A 19 ANOS); 30 MINUTOS	63	25,03	1576,89
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL SUBSECUENTE (20 A 49 ANOS); 30 MINUTOS	387	26,37	10205,19
CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL SUBSECUENTE (50 A 64 ANOS); 30 MINUTOS	6	27,71	166,26
CONSULTA PREVENTIVA SUBSECUENTE. (MAYORES DE 65 ANOS); 30 MINUTOS	1	29,05	29,05
CONSULTA PREVENTIVA ODONTOLOGICA DE UN INDIVIDUO (1 A 4 ANOS);30 MINUTOS*	0	21,09	0
CONSULTA PREVENTIVA ODONTOLOGICA DE UN INDIVIDUO. (5 A 10 ANOS); 30 MINUTOS	0	23,77	0
CONSULTA PREVENTIVA ODONTOLOGICA DE UN INDIVIDUO. (11 A 19 ANOS); 30 MINUTOS	0	25,03	0
CONSULTA PREVENTIVA ODONTOLOGICA DE UN INDIVIDUO. (20 A 49 ANOS);30 MINUTOS.	0	26,37	0
CONSULTA PREVENTIVA ODONTOLOGICA DE UN INDIVIDUO. (50 A 64 ANOS); 30 MINUTOS.	0	27,71	0
CONSULTA PREVENTIVA ODONTOLOGICA DE UN INDIVIDUO. (MAYORES DE 65 ANOS); 30 MINUTOS.	0	29,05	0
TOTAL	951,00		24366,55

Anexo 20: MATRIZ PARA RECOLECCION DE DATOS DE ODONTOLOGIA - HIPOLONGUITO

PROCEDIMIENTOS	TOTAL		
	NUMERO	VALOR	TOTAL
GENERAL			
CONSULTA ODONTOLOGICA, GENERAL	152	10,44	1586,88
CONSULTA ODONTOLOGICA, ESPECIALISTA	0	14,6	0
ENDODONCIA	0	0	0
ENDODONCIA UNIRADICULAR	1	37,45	37,45
ENDODONCIA BIRADICULAR	0	49,93	0
ENDODONCIA MULTIRADICULAR	0	62,41	0
EXODONCIA	0	0	0
EXODONCIA PIEZA ERUPCIONADA	37	18,76	694,12
EXODONCIA PIEZA SEMIRETENIDA	0	24,96	0
EXODONCIA PIEZA RETENIDA	0	31,24	0
PERIDONCIA	0	0	0
PERIDONCIA PROFILAXIS	6	10,01	60,06
RADIOGRAFIA PERIAPICAL	0	20,8	0
RADIOGRAFIA PANORAMICA	0	20,8	0
RADIOGRAFIA OCLUSAL	0	16,64	0
RESTAURACIONES CON RESINA	0	0	0
RESTAURACIONES CON RESINA SIMPLE (UNA SOLA CARA)	84	12,48	1048,32
RESTAURACIONES CON RESINA COMPUESTA (DOS CARAS)	0	16,64	0
RESTAURACIONES CON RESINA COMPLEJA (MAS DE DOS CARAS)	0	20,8	0
RESTAURACIONES CON AMALGAMA	192	4,96	952,32
RESTAURACIONES CON AMALGAMA SIMPLE (UNA SOLA CARA)	0	6,57	0
RESTAURACIONES CON AMALGAMA COMPUESTA (DOS CARAS)	0	9,85	0
RESTAURACIONES CON AMALGAMA COMPLEJA (MAS DE DOS CARAS)	0	0	0
OTROS TRATAMIENTOS	0	0	0
SELLANTES	8	6,28	50,24
FLUORIZACION	48	5,22	250,56
CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS	0	24,96	0
TOTAL	528,00		4679,95

Anexo 21: MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS DE VISITAS DOMICILIARIAS – HIPOLONGUITO

VISITA DOMICILIARIA	TOTAL		
	NUMERO	VALOR	TOTAL
VISITA DOMICILIARIA INICIAL: ENFOQUE DE PROMOCION Y PREVENCION INDIVIDUAL Y FAMILIAR BAJA COMPLEJIDAD	0	22,28	0
VISITA DOMICILIARIA SUBSECUENTE: EVALUACION DE CAMBIOS BAJA COMPLEJIDAD	0	17,84	0
VISITA DOMICILIARIA INICIAL: ENFOQUE DE INTERVENCION DE MEDIANA COMPLEJIDAD, INCLUYE VALORACION, TOMA DE MUESTRAS	35	26,73	935,55
VISITA SUBSECUENTE, ENFOQUE DE INTERVENCION DE MEDIANA COMPLEJIDAD, INCLUYE VALORACION, TOMA DE MUESTRAS	65	21,37	1389,05
VISITA INICIAL: ENFOQUE DE INTERVENCION CLINICA Y QUIRURGICA A PACIENTES QUE REQUIEREN VALORACION DE CAPACIDADES FUNCIONALES, AJUSTES A PLAN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS COMO CONTROL COSTOMIZADOS, DIABETICOS, ENTRE OTROS.	0	26,73	0
VISITA SUBSECUENTE, ENFOQUE DE INTERVENCION CLINICA Y QUIRURGICA A PACIENTES QUE REQUIEREN VALORACION DE CAPACIDADES FUNCIONALES, AJUSTES A PLAN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS COMO CONTROL COSTOMIZADOS, DIABETICOS, ENTRE OTROS	0	21,37	0
TOTAL	100,00		2324,60

Anexo 22: PROCEDIMIENTOS AJENOS A UNA CONSULTA – HIPOLONGUITO

PROCEDIMIENTOS EXCLUSIVOS DE MONITOREO	TOTAL		
	NUMERO	VALOR	TOTAL
CONTROL DE PRESION ARTERIAL	0	0,56	0
CONTROL DE SIGNOS VITALES	0	1,41	0
CONTROL PESO Y TALLA	0	0,56	0
INYECCION INTRAMUSCULAR	0	0,78	0
INYECCION INTRAVENOSA	0	0,99	0
ADMINISTRACION DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS	0	0,85	0
PRUEBA DE DE SENSIBILIZACION RAPIDA PARA PENICILINA, INSULINA	0	0,78	0
INYECCIONES SUBCUTANEAS	1	0,78	0,78
CONTROL DE GLUCOSA CON TIRILLA	1	0,85	0,85
CAMBIO SONDA VESICAL	0	2,96	0
RETIRO DE PUNTOS	8	2,4	19,2
RETIRO DE YESO	0	3,6	0
NEBULIZACION	0	5,43	0
ELECTROCARDIOGRAMA	0	16,22	0
TOTAL	10,00		20,83