



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULO DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL

**Evaluación financiera de los puestos de salud de Lorocachi y Sarayacu y los
subcentros de salud de Kumay y Veracruz del Distrito 16D01 Coordinación
zonal 3, en la Provincia de Pastaza, Año2014**

NIVEL I DE ATENCIÓN - 2014

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Castillo Yangua, Diana Isabel, Lcda.

DIRECTOR: Alarcón Dalgo, Carmen María, Msc.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2015

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

Magister.

Alarcón Dalgo Carmen María.

DIRECTORA DE TESIS

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado: “Evaluación financiera de los establecimientos de salud de I nivel de atención: puestos de salud de Lorocachi y Sarayacu y los subcentros de salud de Kumay y Veracruz del Distrito 16D01 Coordinación zonal 3, en la provincia de Pastaza, año 2014, realizado por la Lic. Diana Isabel Castillo Yangua, ha sido orientada y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Noviembre 2015

f) Alarcón Dalgo Carmen María Msc.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHO

“Yo, Castillo Yangua, Diana Isabel, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: “Evaluación Financiera del establecimiento de Salud de I nivel de atención; puestos de salud de Lorocachi, Sarayacu y los subcentros de salud de Kumay y Veracruz del Distrito 16D01 Coordinación zonal 3, en la Provincia de Pastaza, año 2014”, siendo Msc. Carmen María, Alarcón Dalgo directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además declaro que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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



Firma: _____

Autor: Castillo Yangua Diana Isabel

Cédula: 110442109-2

DEDICATORÍA

A Dios por proveer de salud y vida a diario, a mi hijo Jeremy que es la razón y la inspiración de mi vida, al padre de mi hijo por ser el apoyo fundamental y estar presente de manera incondicional; a mi madre aunque se encuentre lejos sigue siendo mi guía, en fin a toda mi familia, gracias Dios por permitirme alcanzar mis logros y objetivos.

Diana

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento especial a la Universidad Técnica Particular de Loja, en el Área Biológica, Titulación de Gerencia de Salud para el desarrollo local por la oportunidad de obtener el título de cuarto nivel.

A todos los docentes de Postgrado de esta Universidad, por impartir sus conocimientos durante los periodos de estudio.

INDICE

CARÁTULA	I
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓNII¡Error! Marcador no definido.	
AUTORÍA.....	III
CESIÓN DE DERECHO	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMATIZACIÓN	5
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS	9
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	9
CAPITULO I.....	¡Error! Marcador no definido.10
1.1 MARCO TEORICO	
1.1 Marco Institucional.....	11
1.1.1 Aspectos geográficos del lugar.....	11
1.1.2 Dinámica Poblacional.....	12
1.1.3 Misión de la Unidad de Salud.....	15
1.1.4 Visión de la Unidad de Salud.....	15
1.1.5 Organización administrativa de la Unidad de Salud.....	15
1.1.6 Servicios que presta la Unidad de Salud.....	16
1.1.7 Datos estadísticos de cobertura de la Unidad de Salud.....	16
1.1.8 Características geofísicas de la Unidad de salud.....	20
1.1.9 Políticas de la Institución.....	23
1.2 MARCO CONCEPTUAL	27
1.2.1 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.	30
1.2.2 Red Pública Integral de Salud.....	30
1.2.3 Niveles de Atención de Salud.....	32

1.2.4 Atención Primaria en Salud.....	33
CAPITULO II.....	35
DISEÑO METODOLÓGICO	¡Error! Marcador no definido.
ÁRBOL DE PROBLEMAS	¡Error! Marcador no definido.
ÁRBOL DE OBJETIVOS	38
CAPITULO III: RESULTADOS.....	41
RESULTADO 1: SERVICIOS DE SALUD COSTEADOS.....	42
RESULTADO 2: PRESTACIONES DE SALUD PLANILLADAS.....	55
CONCLUSIONES.....	69
RECOMENDACIONES.....	71
BIBLIOGRAFÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN

En la actualidad nos encontramos en un periodo de competitividad para los recursos humanos en general, la difícil situación económica por la cual nuestro país se encuentra atravesando, indica que nuestros recursos deben ser utilizados en lo más óptimo posible, es por ello que a nivel del sector salud velaremos en los procesos de administración de recursos así como también de talento humano en el estudio del costeo de servicios de salud, además de darle un valor económico a las prestaciones de la mano del Tarifario Nacional vigente en el 2014, a través de la creación estrategias de mejoramiento de la gestión financiera en los centros de Nivel de Atención, en Ecuador y Pastaza a través del Modelo de Atención Integral y salud MAIS se viene trabajando en el cumplimiento del ODM y del objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la Población que indica del Plan Nacional del Buen Vivir dada en el año 2008, por eso lo relevancia de este presente proyecto de intervención permitió elaborar, validar los resultados con lo que posteriormente las Unidades de salud del Distrito 16D01 en la Provincia de Pastaza de la Zona 3, tendrán a disposición la información pertinente que fundamentará el impacto en la toma de decisiones administrativas y financieras respecto a la asignación de recursos, de tal manera que mediante este estudio hemos podido conocer a Los puesto de salud de Lorocachi y Sarayacu y los subcentros de salud de Kumay y Veracruz, poblaciones que se encuentran distantes de la Provincia de Pastaza teniendo en cuenta que la mayoría de su población en si hay una diversidad de razas y culturas propias de sus comunidades, además estos son lugares que hasta es de difícil acceso a ellas por lo tanto una serie de deficiencias tanto económicas y que por ende también afectan a la salud.

PALABRAS CLAVES: Costeo de servicios de salud, planillaje de prestación de servicios, Gestión Financiera en salud, tarifario Nacional de Salud, estrategias de mejoramiento.

ABSTRACT

At present we are in a period of competition for human resources in general, the difficult economic situation in which our country is going through, indicates that our resources should be used in as optimal as possible, is why level we will ensure the health sector in resource management processes as well as human resources in the costing study of health services, besides giving an economic value to the benefits of the hand of the National Tariff in force in 2014, through the creating strategies to improve financial management in the R level of care, and Pastaza in Ecuador through comprehensive care model and health MAIS has been working in compliance with the MDGs and the target 3.Improve quality of life Population indicating the National Plan for Good Living given in 2008, so the relevance of this intervention allowed this project to develop, validate the results with what later the District Health Units 16D01 in the province of Pastaza Zone 3, shall make available relevant information to substantiate the impact in making administrative and financial decisions regarding the allocation of resources, so that through this study we were able to meet the health post and Sarayacu Loracachi and Qwamay health sub-centers and Veracruz, populations that are distant from the province of Pastaza considering that most of its population if there is a diversity of races and communities of their own cultures, and these are places that are difficult to access them therefore a number of economic shortcomings and both therefore also affect health.

KEYWORDS: Costing health services, planillaje service delivery, Financial Management Health, National Health tariff, improvement strategies.

INTRODUCCIÓN

En la Constitución Ecuatoriana, desde una visión integral de la salud (Capítulo segundo, Art. 32) reconoce la salud como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el Buen Vivir. (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 39).

En lo que se debe garantizar al usuario a un vivir y así poder satisfacer las necesidades del ser humano, vinculadas a una buena atención con calidad, calidez, eficiencia, efectividad, bajo normar que sustenten criterios adecuados al buen vivir todo esto se puede lograr mediante una implementación de presupuestos acordes con la realidad sin estar pensando en suposiciones las cuales traerán consigo una serie de desajustes ya que las instituciones de salud les toca acoplarse al presupuesto dado por el MSP sin tener previo un estudio de cuanto fueron los costos facturados de acuerdo a su productividad.

El Ministerio de Salud Pública, ha incrementado cambios estructurales a partir del 2007, tales como el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, gratuidad e inversión en establecimientos del Ministerio de Salud, lo que ha determinado un incremento de la cobertura poblacional; es por ello que hoy en día tenemos más afluencia de habitantes a dichas instituciones.

El trabajo de salud tienen un costo por la intervención de mano de obra y materiales, para esto debe existir un equilibrio entre costos e ingresos (facturación) para lo cual las autoridades administrativas deben evaluar periódicamente en especial la dimensión financiera, a fin de tener capacidad y sostenibilidad económica para que la atención en salud sea adecuada. Tomando en consideración diversos puntos sobre los gastos generados en la atención de salud en las instituciones de primer nivel es importante destacar la capacidad de la entidad para generar flujos futuros, evaluar la capacidad y cumplir con sus obligaciones, es significativo determinar el financiamiento de los costos, establecer las diferencias entre la utilidad neta y los gastos realizados en las unidades de salud de primer nivel.

Ante el aumento incesante del gasto en materiales, actualmente se está promoviendo que todas las instituciones del sector público adquieran una mejor atención al usuario con rapidez y

eficiencia es decir que se consigan los objetivos con el mínimo coste posible, o que con un costo fijo proporcionado se obtenga un mayor rendimiento.

Entre los objetivos planteados en el presente estudio es de evaluar el componente financiero el cual se lo ha logrado con una serie de inconvenientes debido a la búsqueda ardua para poder encontrar la información pese a eso no hay información completa lo cual dificulta a tener un 100% de efectividad de los resultados, es por ello que se ha realizado solo con la información encontrada, e inclusive en alguna ocasión hasta aquella información de manera verbal, para así tratar de lograr un estudio satisfactorio.

El período de estudio estuvo comprendido entre Enero a Diciembre del 2014. Se realizó un estudio tipo retrospectivo, se tomó en cuenta los partes mensuales del RDACAA, partes mensuales de vacunas, nómina de recursos humanos de los diversos puestos de salud y del subcentro de salud en estudio, además de un gran esfuerzo de llegar a estos determinados sitios para poder recolectar información y así poder obtener un estudio eficaz.

Veremos los entornos físicos que posee los diferentes sectores de la provincia de Pastaza en los cuales se llevó a cabo el estudio en el subcentro de salud de Veracruz, Loracachi, Kumay y Sarayacu, de los cuales conoceremos sus proyecciones, indicadores demográficos en salud, características geofísicas de cada una de las unidades antes mencionadas. En el capítulo II tenemos el diseño metodológico del trabajo en estudio con el enfoque de sus problemas fundaméntales, objetivos y el marco lógico con sus diversos indicadores. Seguido encontramos el tercer y último capítulo con los diversos resultados del proceso investigativo y sus respectivos análisis.

PROBLEMATIZACIÓN

La contabilidad de las actividades públicas ha sido requerida tradicionalmente para llevar a cabo el análisis de la “gestión financiera” desempeñada en el seno de cada entidad. La evaluación de los compromisos asumidos, el origen de la financiación o los fondos líquidos disponibles ha sido considerada un aspecto primordial en organizaciones cuyas decisiones afectan a la asignación de recursos de carácter público.

No obstante, las limitaciones en la disponibilidad de información adecuada han retrasado el desarrollo práctico de esta disciplina hasta fechas relativamente recientes. Este retraso ha sido más acusado en el ámbito del análisis financiero a nivel local, dado que tradicionalmente la mayor parte de los estudios han estado dirigidos a conocer las grandes magnitudes macroeconómicas, centrando su atención en la información relativa a la Administración General del Estado. Es posible observar cómo los avances en este terreno se han producido de un modo desigual en los distintos países, en los países del área de influencia anglosajona, la mayor disponibilidad de información contable ha permitido la realización de un importante número de trabajos relacionados con el análisis financiero de las entidades locales.

Estos países vienen elaborando de forma habitual informes financieros en los distintos niveles de su administración generando de este modo una adecuada base informativa para su estudio. Los países del área continental, con una contabilidad pública menos desarrollada, presentan una situación más heterogénea en cuanto al interés mostrado por el análisis financiero de las cuentas públicas. No obstante, el importante esfuerzo regulador que se está llevando a cabo en estos países permite contar con información más fiable y comprensible, siendo cada vez más frecuente la aparición de estudios acerca de la situación económica y financiera de las entidades integrantes de su sector público.(García, 2001, p.1841. 85).

Identificamos que en los países del área continental, con una contabilidad pública menos desarrollada, presentan una situación más heterogénea en cuanto al interés mostrado por el análisis financiero de las cuentas públicas, es por ello que no se han planteado como punto de prioridad este estudio a nivel nacional. El uso inadecuado de recursos en la unidad de salud de Loracachi, Sarayacu, Kumay y Veracruz podría llegar a provocar insatisfacción en el usuario

debido a la inexistencia de evaluación financiera en las unidades de salud mencionadas en el periodo enero a diciembre 2014.

En este campo es muy importante la facturación para así llevar un registro adecuado; la valorización, liquidación de los procedimientos, actividades y consumos prestados al usuario ya sea de forma ágil, oportuna, completa, clara y correcta con el fin de cobrar y recaudar el valor de los servicios prestados, garantizando los ingresos que le permitan la supervivencia, el crecimiento y desarrollo de las diferentes unidades de salud.

El Tarifario del Sistema Nacional de Salud, instrumento técnico que permite el reconocimiento económico a los prestadores de salud, por los servicios prestados en el contexto de la red pública y complementaria. La implementación del funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) a partir de la publicación en el Registro Oficial del Tarifario de las Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y el Instructivo 001-2012 para la Viabilidad de la Atención en Salud en Unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de Prestadores de Servicios de Salud y la ejecución del Convenio Marco Interinstitucional suscrito por las instituciones públicas del sector salud (3), permitió que usuarios del Ministerio de Salud Pública (MSP) puedan recibir atención en unidades de salud de las instituciones que conforman la RPIS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas y Policía Nacional) y en unidades de la Red Privada Complementaria (RPC), respondiendo a la demanda insatisfecha por la saturación de los servicios de salud del MSP y por la limitada capacidad de algunos servicios. Este proceso genera cuentas que son facturadas según la norma del Instructivo 001-12 para la Viabilidad de la Atención en Salud en Unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de Prestadores de Servicios de Salud y del Tarifario Nacional.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (4), en el artículo 2 señala como se constituye el Sistema Nacional de Salud y que la articulación funcional del Sistema se da a través de principios, políticas y normas comunes. El numeral 1 del artículo 3 de esta Ley garantiza el acceso equitativo y universal a los servicios de salud que se organizan en una red de servicios. El artículo 11 de esta misma Ley, en el literal (g) dice “La celebración de convenios o contratos de gestión entre las entidades del Sistema para complementar la atención, con mecanismos de

pago interinstitucionales basados en protocolos comunes, de acuerdo al reglamento correspondiente.” (Ministerio de Salud Pública, 2013, p. 9)

Para poder llevar a cabo el presente trabajo de la evaluación financiera en las instituciones de los centros de salud de primer nivel se requiriera de información del periodo 2014, como de los partes mensuales para poder conocer la productividad mes a mes (RDACCA), consumos de medicamentos, información de distribución de tiempo y costo de mano de obra, clasificación del tiempo del personal que labora en varios centros de gestión, consumo de luz eléctrica, agua teléfono, arrendamiento, alimentos y bebidas, uso del inmueble en caso de que la unidad sea propia, etc.

¿Cuál es el uso inadecuado de recursos de los puestos de salud de Lorocachi y Sarayacu y los subcentros de salud de Kumay y Veracruz del Distrito 16D01 Coordinación zonal 3, en la Provincia de Pastaza, Año 2014?

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, la contabilidad de costos es parte integral de primer orden del sistema contable de una institución. Bajo esta premisa se regulan las actividades que cumplen las industrias, casa comerciales y de servicio, que venden sus productos terminados a precios superiores, a los costos de producción. La ganancia o la pérdida de los productos finales, significa para el sector empresarial la existencia o no de las empresas.

“Esta consideración tiene especial interés en la gestión de instituciones de salud por cuanto se relacionan con un servicio asociado con el bienestar social de la comunidad, con la calidad de vida de una sociedad y con un alto impacto sobre el desarrollo de un país o región” (Muñoz & Calderón, 2008, p.133).

Al implementar un modelo de evaluación financiera en el Sistema Nacional de Salud, garantizara el uso adecuado de los recursos constituyendo la base principal para el análisis de los costos de los servicios de salud, con ellos se puede proveer el monitoreo de objetivos, metas en salud, estimular el fortalecimiento de los equipos de salud y servir como plataforma para promover el desarrollo de sistemas de información, conocer las debilidades y fortalezas financieras, además podremos evidenciar si presenta rentabilidad en sus actividades.

Esta propuesta está enfocada a mejorar los diferentes entornos de vida y salud de la población garantizando en un modelo de gestión financiera el cual permita que las unidades en estudio se posesionen como unidades de salud eficiente, con el desarrollo de un sistema de costos de producción de los servicios de salud.

El propósito fundamental de este estudio es el de llevar a cabo un análisis de la Evaluación Financiera de la comunidad de Sarayacu, Kumay, Veracruz y Lorocachi, hemos implementado el presente trabajo que nos permitirá entender entre otras cosas la importancia de los costos de la atención sin tener que afectar la aptitud de los trabajadores y del efecto sobre las comunidades. Además que el presente es un requisito indispensable para obtener el título de Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local por parte de la Universidad Técnica Particular de Loja, a la vez que me permite contribuir al progreso de la Salud dedicando mis conocimientos en un bien común para la comunidad beneficiada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el componente financiero de los puestos de salud de Lorocachi y Sarayacu y los subcentros de salud de Kumay y Veracruz del Distrito 16D01 Coordinación zonal 3, en la Provincia de Pastaza, Año2014, 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. Evaluar 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

1. Marco teórico

1.1. Marco institucional

1.1.1. Aspecto geográfico del lugar.

Pastaza provincia del Ecuador perteneciente a la zona oriental central, cuenta con 14 parroquias entre ellas encontramos el puesto de salud de Sarayacu y Veracruz como parroquias rurales, Loracachi, Kumay. El clima es muy agradable, y oscila entre los 17° C y 24° C. Es una de las provincias del Ecuador perteneciente al oriente Ecuatoriano, dedicada a la industria petrolera, la agroindustria, el turismo, el comercio y de empresas que generan una amplia gama de servicios complementarios, sus vías de acceso son adoquinadas, e incluso para llegar a determinados lugares solo mediante avioneta. (Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Pastaza, 2015).

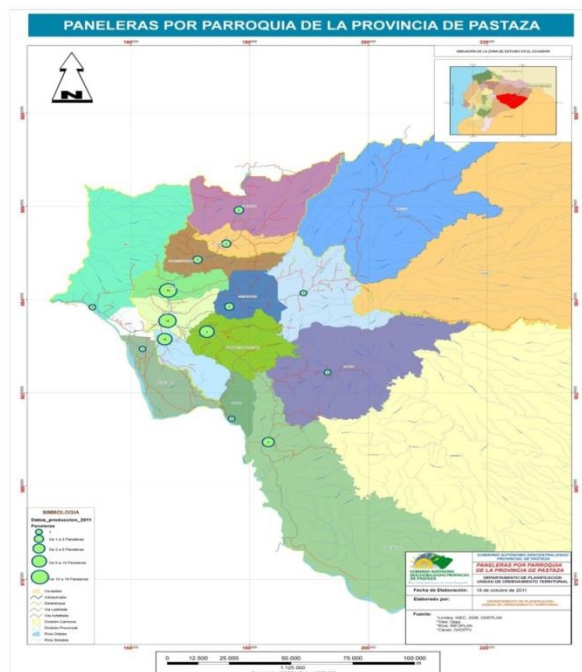
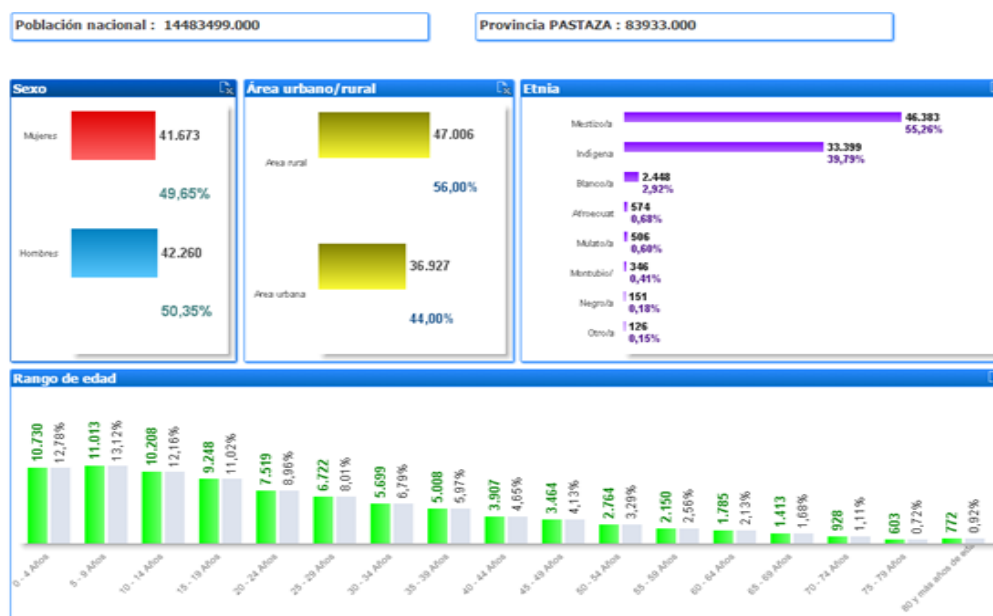


Figura N°1. Mapa de la Provincia de Pastaza por parroquias
Fuente: Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Pastaza 2015

1.1.2 Población.

La población de la provincia de Pastaza en el año 2010 era de 83.933,00 habitantes, a la vez esta población se encuentra fragmentada en área rural 47006 habitantes y en el área urbana 36927 habitantes (Sistema Nacional de Información, 2010).

Tabla 1. Indicadores básicos de población



Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

La población de la provincia de Pastaza cuenta con 50.35% de hombres y 49.65% de mujeres dando una distribución aproximadamente equitativa en relación al género.

En esta provincia encontramos su mayor parte de habitantes se encuentran en el área rural con un 56.00% y en el área urbana 44.00%. Con relación a las etnias es una parroquia multiétnica pero que su gran mayoría son personas auto identificadas como mestizas, el porcentaje de personas indígenas también es importante ocupa el 39.79% de la población y en menor escala tenemos a los negros y otras razas.

Tabla 2. Proyección de población de Pastaza

Proyecciones						
Año	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Pastaza	99.855	102.655	105.494	108.365	111.270	114.202

Fuente: INEC Censo de población y vivienda 2010

Elaborado: Maestrante

La población de la provincia de Pastaza tiene una proyección de crecimiento anual de aproximadamente 3% anual hasta aproximadamente el 2020 y estos datos se constituyen en línea de base sobre todo para el área de salud y más de las unidades operativas de tal forma que se pueda proyectar programas que beneficien a la salud y bienestar de la población en general.

Tabla 3. Indicadores Demográficos/Salud

Lugar	Indicador	Total
Pastaza	Tasa global de fecundidad	3,18
Pastaza	Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	28,7
Pastaza	Tasa de natalidad (por 1.000 habitantes)	15,67
Pastaza	Mortalidad general (por 1.000 habitantes)	2,78
Pastaza	Mortalidad materna (por 100,00 nacidos vivos)	38,4
Pastaza	Porcentaje de la población con discapacidad mental	13,99
Pastaza	Porcentaje de la población con discapacidad físico – motora	42,14
Pastaza	Índice de envejecimiento	11,63
Pastaza	Porcentaje de mujeres en edad fértil	49,7
Pastaza	Mujeres en edad fértil	20.713,00

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

Elaborado: Maestrante

La reproducción biológica o también denominada como la fecundidad en la provincia de Pastaza es alta en relación al promedio nacional que tenemos una tasa global de fecundidad de 2,38 esto puede deberse a que las herramientas de anticoncepción generalmente no son

aceptadas completamente por la población sobre todo de la etnia indígena que optan por medidas tradicionales pero que no son efectivas en su totalidad.

Estos conocimientos tradicionales también podría ser un factor para que sea alta la mortalidad infantil en relación con el promedio a nivel nacional con respecto a la mortalidad en general y materna tenemos en medianos porcentajes comparado con el promedio nacional de mortalidades, todo estos problemas en la mayoría de la ocasiones se deben que muchas veces no son accesibles los servicios de salud.

Tabla 4. Indicadores de los determinantes de la salud

		Año 2010		
Lugar	Indicador	Total	Urbano	Rural
Pastaza	Pobreza por NBI (Hogares)	63,71	41,67	85,51
Pastaza	Pobreza por NBI (Personas)	69,68	45,86	88,71
Pastaza	Porcentaje de viviendas con servicio de energía eléctrica	82,15	98,8	65,88
Pastaza	Tasa de analfabetismo	6,93	3,15	10,46
Pastaza	Porcentaje de viviendas con abastecimiento de agua por tubería en su interior	50,2	75,5	25,47
Pastaza	Porcentaje de viviendas con eliminación de aguas servidas por red pública de alcantarillado	50,34	79,65	21,71
Pastaza	Porcentaje de viviendas que disponen de servicio telefónico	29,69	43,76	15,94
Pastaza	Porcentaje de viviendas que eliminan la basura por carro recolector	65,85	96,48	35,93

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

Elaborado: Maestrante

Los indicadores de pobreza en nuestro país aún no se encuentran erradicados de manera total es así que hoy en día podemos aun evidenciar hogares de nuestras regiones asechados por la misma, así identificamos en la provincia de Pastaza demuestran que existen brechas muy significativas, la pobreza tiene tasas elevadas sobre todo en el área rural, el analfabetismo mantiene aún porcentajes importantes y en el área rural se encuentra un porcentaje relevante con respecto a la zona urbana.

En el acceso a servicios básicos en agua potable y alcantarillado podemos identificar que aproximadamente la mitad de la población carece de los mismos que son trascendentales en la salud de los habitantes.

En nuestro país en la salud existen múltiples financiadores y proveedores así encontramos a diversas instituciones proveedoras entre la cual nos vamos a enfocar en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador a continuación veremos algo fundamental de esta institución como es la misión, visión y sus respectivos valores.

1.1.3 La Misión.

Brindar atención de Calidad, calidez, eficiencia, equidad y solidaridad por parte de todo el personal de salud, por medio de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de los habitantes del área, en coordinación permanente con instituciones del sector y participación comunitaria.

1.1.4 La Visión.

Satisfacer las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la Salud Pública y Bioética utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

1.1.5 Valores.

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

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

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

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

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

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

Lealtad.- Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

1.1.6 Objetivos estratégicos.

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

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

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

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

Objetivo 5: Incrementar las capacidades y competencias del talento humano

Objetivo 6: Incrementar el uso eficiente del presupuesto.

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

Objetivo 8: Incrementar el desarrollo de la ciencia y la tecnología en base a las prioridades sanitarias de la salud. (Ministerio de Salud Pública, 2013).

1.1.7 Organización administrativa.

I. Equipo de atención integral en salud (EAIS): compuesto por medico/a, enfermero/a y técnico/a en atención primaria en salud, según el criterio siguiente:

- 1 por cada 4.000 habitantes a nivel urbano
- 1 por cada 1.500 a 2.500 habitantes a nivel rural.

Los EAIS son parte de los equipos de profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, a los cuales están asignados.

II. Puesto de salud para atención itinerante a poblaciones dispersas por el EAIS correspondiente hasta 3.500 habitantes. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

En la provincia de Pastaza se llevara a cabo el estudio en 4 lugares tenemos: Lorocachi conformado por un médico rural, odontólogo rural y una enfermera, en Sarayacu al igual el equipo de salud conformado por un médico rural y odontólogo rural el subcentro de Kumay cuenta con un una enfermera y un personal auxiliar de enfermería las atenciones que tenemos en este lugar han sido llevadas a cabo por una persona itinerante es decir una persona que pertenece a otra unidad de salud y el subcentro de salud de Veracruz conformado por un

médico rural, odontólogo rural, una enfermera y un personal auxiliar de enfermería, teniendo en cuenta que este personal no es fijo en sus unidades por lo general les tienen como itinerantes a los médicos rurales, odontólogos rurales, además en los puestos de salud de Lorocahi, Kumay y el subcentro de Kumay no hay personal contratado para todos los meses funcionando esporádicamente.

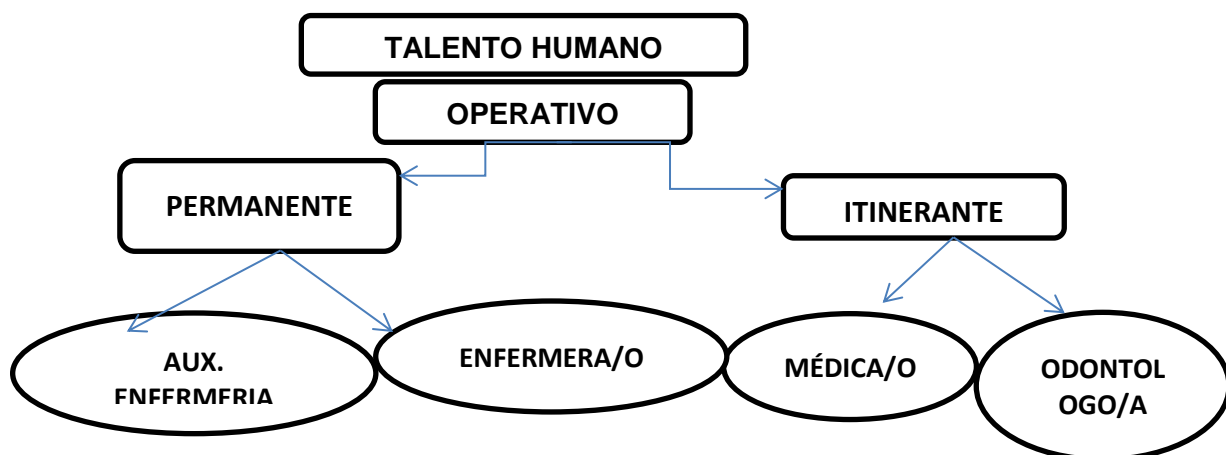


Figura 2. Organigrama de la Unidad Operativa de los puestos de salud de Lorocachi, Kumay, y Sarayacu, de Pastaza.

Fuente: Modelo de Gestión del MSP del 2013.

Elaborado: Maestrante

El puesto de salud de Lorocachi, y Sarayacu de Pastaza se encuentra conformado por un médico, enfermera los mismos que rotan de tal manera que se acogen al término itinerante que significa que no permanece de forma fija en el mismo lugar pero se cuenta con una persona de salud que es un auxiliar de enfermería o la licenciada de enfermería o a su vez permanecen las dos personas. Se ha dicho que lo ideal sería que permanezcan todo el tiempo en sus unidades operativas pero esto será acogido debido a la demanda de cada comunidad y pueda ser designado por parte del MSP.

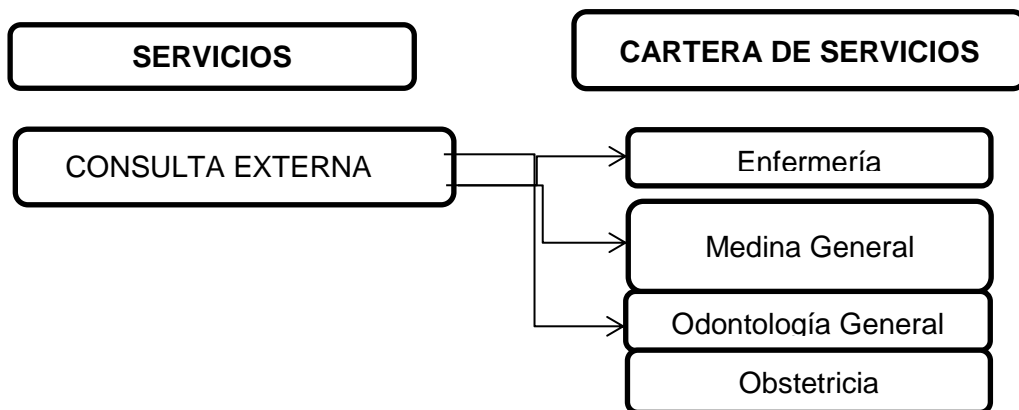


Figura 3. Organigrama de subcentro de salud de Veracruz.

Fuente: Modelo de Gestión del MSP del 2013.

Elaborado: Maestrante

“Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud, que presta servicios intra y extramural, prevención de las enfermedades, fomentando actividades de participación comunitaria, está ubicada en la zona rural de amplia dispersión poblacional”. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Tabla 5. Prestaciones de salud

1. Prácticas de la vida saludables

Incorporación progresiva y sistemática de la población a prácticas saludables	Promoción de la actividad física/ejercicio físico Enseñando la práctica del ejercicio físico colectivo Creación de espacios recreativos, ejercicio físico y otros Actividades lúdicas y artísticas, juegos tradicionales y otros
Desarrollo de estrategias para la construcción de espacios de dialogo sobre prácticas saludables	Derechos (salud, diversidad aceptación de la discapacidad) Promoviendo los derechos de las personas a los servicios de salud Derechos sexuales y reproductivos, equidad de género, planificación familiar, métodos anticonceptivos. Interculturalidad Prácticas de higiene Salud mental: uso del tiempo libre, fomento de la autoestima Alimentación saludable con énfasis en grupo prioritarios; lactancia materna exclusiva y continuada, mujeres

embarazadas, preescolares, escolares, adolescentes, adulto mayor, etc.

No al consumo de sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas

Campañas para fomentar auto identificación étnica.

Cambio climático

Buen trato, cultura de paz, no violencia de genero ni intrafamiliar

Fomento de la participación social

LINEA DE ACCION

1. Visita domiciliaria inicial:

• Adscripción

• Detección, captación temprana, referencia y seguimiento

CONTENIDO

Al año: Al menos 7 familias (1 hora) al día en zona urbana y 4 familias (2 horas) al día en zonas rurales

• Aplicación de la ficha familiar: llenado, análisis y planes de atención a nivel individual y familiar, revisar si domicilio es permanente o temporal

• Registro de actividades.

• Evaluación del medio físico y ambiente humano.

• Detección de riesgos biológicos, sanitarios, socioeconómicos y determinación de factores protectores

• Recién nacido

• Mujeres en edad fértil para anticoncepción, atención embarazadas y madre post parto

• Mujeres y hombres en edad fértil para asesoría en anticoncepción y anticoncepción de emergencia

• Grupos de riesgo (niños y jóvenes en situación de riesgo, adolescentes embarazadas, personas con conductas de riesgo,

adultos mayores en riesgo, deficiencias o discapacidades).

• Tabaquismo y consumo de alcohol

• Casos de maltrato y violencia de género (situaciones de homofobia dentro de la familia)

• Personas con discapacidad.

• Personas con drepanocitosis (ZONAS DE RIESGO)

- Defección, captación temprana, referencia y seguimiento
- Deficiencias congénitas y adquirida
- Recién nacido
- Mujeres en edad fértil para anticoncepción, atención embarazadas y madre post parto
- Mujeres y hombres en edad fértil para asesoría en anticoncepción y anticoncepción de emergencia
- Grupos de riesgo (niños y jóvenes en situación de riesgo, adolescentes embarazadas, personas con conductas de riesgo, adultos mayores en riesgo, deficiencias o discapacidades).
- Tabaquismo y consumo de alcohol
- Casos de maltrato y violencia de género (situaciones de homofobia dentro de la familia)
- Personas con discapacidad.
- Personas con drepanocitosis (ZONAS DE RIESGO)
- Deficiencias congénitas y adquirida
- Adolescentes, VIH, ITS y violencia
- Patrones educativos a sus hijos
- Crisis normativas y para normativas a lo largo del ciclo vital

Fuente: Modelo de Atención Integral Salud MAIS

Elaborado: Maestrante

1.1.8 Datos estadísticos de cobertura de la unidad de salud.

Los puestos de salud de la provincia de Pastaza de Loracachi, Kumay, Sarayacu, y Veracruz se evidencia en los datos que la cobertura lograda en las diferentes áreas es admisible, ya que pese a las limitaciones que estos lugares poseen para la estabilidad de los profesionales que se mantengan en estas áreas es un poco complicado por la distancia debido a las ubicaciones de determinados lugares.

Tabla 6. Producción total del año 2014 de la provincia de Pastaza

PRODUCCION DE LA UNIDAD (NUMERO DE CONSULTAS) 2014	TOTAL
Kumay	656
Lorocachi	1643
Sarayacu	1380
Veracruz	6531

Fuente: Departamento de Estadística RDACCA

Elaborado: Maestrante

Producción de la unidad se toma el número de consultas total de un año determinado en este caso veremos la producción total del año 2014 tenemos el total de atenciones en el puesto de salud de Kumay 656 atenciones en el 2014, Lorocachi 1.643, Sarayacu 1.380 y en el subcentro de salud de Veracruz un total de 6.531 atenciones como podemos identificar hay una cantidad más amplia de atenciones con respecto a los puestos de salud, esto se debe a tener una infraestructura un poco más amplia además cuenta con personal de salud casi por lo general fijo y en esta comunidad se encuentra un número mayor de habitantes.

Tabla 7. Las 20 principales causas de morbilidad de la provincia de Pastaza del 2014.

		Consultas	% consultas
0	53 Otras helmintiasis	3.930	17,79%
1	167 Otras afecciones agudas de las vías respiratorias superiores	3.165	14,33%
3	165 Faringitis aguda y amigdalitis aguda	2.107	9,54%
4	5 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	908	4,11%
5	42 Micosis	774	3,50%
6	198 Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	686	3,11%
7	270 Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de labo..	672	3,04%
8	199 Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	621	2,81%
9	206 Otras dorsopatías	613	2,78%
10	57 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	587	2,66%
11	170 Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	507	2,30%
12	184 Gastritis y duodenitis	482	2,18%
13	169 Neumonía	390	1,77%
14	217 Otras enfermedades del sistema urinario	380	1,72%
15	207 Trastornos de los tejidos blandos	367	1,66%
16	281 Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no ..	314	1,42%
17	131 Conjuntivitis y otros trastornos de la conjuntiva	236	1,07%
18	226 Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos feme..	235	1,06%
19	168 Influenza [gripe]	202	0,91%
20	4 Amebiasis	196	0,89%

Fuente: Información Estadística MSP 2013

Elaborado: Maestrante

Las causas principales de morbilidad de la provincia de Pastaza en primer lugar la patología conocida como otras helmintiasis esta es un parasito que se aloja en ser humano de estas consultas se han realizado 3.930 alcanzando el porcentaje más alto de consultas de 17.79%, en segundo lugar se destaca otras infecciones agudas de las vías respiratorias conocidos comúnmente como afecciones o síntomas gripales que son virus predominantes de forma esporádica por los cambios climáticos, etc. y en tercer lugar faringitis aguda y amigdalitis aguda con 2.107 Consultas. Entre las 20 patologías de menor incidencia en la mortalidad encontramos en último lugar amebiasis con 196 atenciones así podemos describir que en la provincia de Pastaza se encuentra predominando la parasitosis.

1.1.9 Características geo-físicas de la institución.

Tabla 7. Características geofísicas del puesto de salud de Kumay

Unidad de Kumay	Es propia del MSP
Metros de construcción	70metros
Condiciones de su infraestructura	Buena 12 años de uso de manera esporádica
Tipo de construcción	Construida de cemento
Tiene los servicios básicos	Agua entubada
Distribución de áreas	3 piezas y un baño

Fuente: Diagnostico situacional de la unidad 2014

Elaborado: Maestrante

Tabla 8. Características geofísicas del puesto de salud de Lorocachi

Unidad de Lorocachi	Es propia pertenece al MSP
Metros de construcción	86m de ancho por 70m de largo
Condiciones de su infraestructura	Buena 13 años de uso de manera esporádica
Tipo de construcción	Madera
Tiene los servicios básicos	Solo cuenta con agua entubada
Distribución de áreas	4 piezas y 1 baño

Fuente: Diagnostico situacional de la unidad 2014

Elaborado: Maestrante

Tabla 9. Características geofísicas del puesto de salud de Sarayacu

Unidad de Sarayacu	Propia pertenece al MSP
Metros de construcción	80 m2
Condiciones de su infraestructura	Tiene una buena infraestructura Cinco años de uso
Tipo de construcción	Piso es de baldosa, las paredes de ladrillo, el techo de zinc
Tiene los servicios básicos	Solo tiene agua entubada

Distribución de áreas	Cuenta con 4 habitaciones, un consultorio médico, un consultorio odontológico, área de enfermería y una sala de espera, además cuenta con 2 baños. La unidad cuenta con paneles solares con baterías para el funcionamiento
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Diagnostico situacional de la unidad 2014

Elaborado: Maestrante

Tabla 10. Características geofísicas del sub centro de salud de Veracruz

Unidad de Veracruz	Propia			
Metros de construcción	150m			
Condiciones de su infraestructura	Es buena la infraestructura Diez años de uso			
Tipo de construcción	Cemento, techo de zinc			
Tiene los servicios básicos	luz (x)	agua (x)	teléfono (x)	internet(x)
Distribución de áreas	Cuenta con 5 habitaciones, dos consultorios médicos, un consultorio odontológico, área de enfermería, sala de espera, dos baños, área de vacunas.			

Fuente: Diagnostico situacional de la unidad 2014

Elaborado: Maestrante

1.1.10 Políticas de la institución.

- Los puestos de salud de Lorocachi, Sarayacu y los subcentros de salud de Kumay y Veracruz están alineados con los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, principalmente con el objetivo 3 que trata acerca de Mejorar la calidad de vida de la población, el cual cuenta con las siguientes políticas:
- Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones de vida de las personas. Esto es cumplido en la unidad operativa puesto que han realizado cambios para ampliar el horario de atención y a la vez las actividades extramurales de prevención han sido manejadas como prioritarias.

- Garantizar la prestación universal de los servicios de atención integral de salud. Esto se cumple limitadamente por falta de talento humano y muchas veces de insumos y medicamentos que en algunas ocasiones deben ser adquiridos por los pacientes y usuarios.
- Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud. En esta política se debe trabajar mucho porque aún no se ha logrado combinar la interculturalidad y lo ancestral con lo médico y en la población es necesario puesto que existen de diversos grupos étnicos en la zona sobre todo los indígenas.
- Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas. Se ha alcanzado grandes logros en este punto con el apoyo desde el nivel central para este grupo poblacional.
- Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas. Está en desarrollo pero ya se ha empezado con clubes que animan a tener prácticas saludables.
- Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población. Un punto que realmente se necesita empezar a trabajar para alcanzar logros. Impulsar la organización, el asociativismo o la agrupación en materia deportiva o cualquier actividad física permanente o eventual, de acuerdo a las necesidades, aptitudes y destrezas de sus integrantes. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013).
- Las políticas de la institución son necesarias para tener un ente regulador de las normas de la conducta consideradas necesarias para la comunidad en general, mediante estas se podrá conocer la relevancia que tiene una institución en sí y así poder definir y tener claro lo que se debe fomentar en el diario vivir.

A continuación tenemos las metas del sector salud para alcanzarlas en el mayor porcentaje permitido.

Tabla 11. Metas del Ministerios de Salud Pública del Ecuador

META3,2	Reducir la tasa de morbilidad infantil en 41,0%
META3,3	Erradicar la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años
META 3,4	Revertir la tendencia de la incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5 a 11 años y alcanzar el 26,0%
META 3,5	Reducir y mantener la lealtad por dengue al 0.08%
META 3,6	Aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida
META 3,7	Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos

Fuente: Secretaria de planificación y desarrollo 2013

Elaborado: Maestrante

Una de las metas que se ha planteado es reducir la tasa de morbilidad infantil en 41,0% y así poder brindar una atención “Alrededor de 29.000 niños y niñas menores de cinco años- 21 por minuto- mueren todos los días, especialmente de causas que se podrían evitar. Más de un 70% de los casi 11 millones de muertes infantiles que se producen todos los años se deben a seis causas: la diarrea, el paludismo, las infecciones neonatales, la neumonía, el parto prematuro o la falta de oxígeno al nacer.”(UNICEF, 2005). Otra de las metas encontramos erradicar 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 y mantener la lealtad por dengue al 0.08%; otra de las metas es Aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida esta campaña se ha dado de forma continua y así poder aprovechar los nutrientes de la leche materna para los niños menores de un año; otra meta es eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos. Cada de estas metas han ido aplicando de forma paulatina en los puesto de salud de Sarayacu, Loracachi, y Kumay, también en el centro de salud de Veracruz.

1.2. Marco conceptual

El modelo de atención integral de salud en nuestro país es considerado como el eje fundamental a nivel nacional y así poder tener un ejemplo cómo poder conllevar la planificación en la salud.

En palabras del Ministerio de Salud Pública 2012 (citado por S Bosque 1998, p. 20) piensa que “La salud se crea donde la gente vive, ama, trabaja, y se divierte: es la integración entre ambientes y gentes, en el proceso de la vida diaria lo que crea un patrón de salud”. La salud como productor de desarrollo implica un esfuerzo consciente de los individuos y los grupos sociales, en función del mejoramiento de las condiciones de vida, de la generación de oportunidades, adquiere un papel de cohesión social y puede constituirse en una de las fuerzas que juega un papel constructivo en el proceso de desarrollo social. El cuidado de la salud es un eje estratégico del desarrollo individual y colectivo, un elemento clave para la consecución del buen vivir. Como señala Ministerio de Salud Pública 2012 (citado por Betancourt Z, 2011) “la salud y la enfermedad son formas de caminar por la vida”.

La Constitución Ecuatoriana, desde una visión integral de la salud (Capítulo segundo, Art. 32) reconoce la salud como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el Buen Vivir. (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 39).

La salud es el eje estratégico en el diario vivir por el cual se debe tener bienestar tanto emocional, físico, psicológico, por medio de la que se busca elevar o mantener la calidad de vida del ser humano, la salud se sujeta a una serie de derechos, deberes, principios, etc. La constitución menciona que la salud estará regida por principios como:

Equidad: “la equidad en la salud implica que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse”. (Whitehead, 1991, p. 7)

Si hablamos de equidad en si es un término muy amplio pero en la salud está estrechamente relacionada en el diario vivir ya que todas las personas tienen el derecho de recibir una atención indiferente de sus costumbres, raza, cultura, etc. Según la estrategia global de la OMS para lograr la Salud para Todos está dirigida fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones y entre los países. Esto conlleva que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios. Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el estado de salud (Organización Mundial de la Salud, 1998, p. 17-18)

Universalidad: “Cobertura de todas las personas. El principio de Universalidad establece que toda persona tiene derecho a vivir con salud aún con medios económicos mínimos y exenta del temor de que, produciéndose un infortunio, no pueda disponer de los medios proyectivos. El Principio De Universalidad señala que todos los estantes y habitantes de un país deben estar en el alcance del Sistema de Seguridad Social”. (Revilla, 2010).

Este tipo de términos tienden a funcionar de forma más virtuosa cuando existe un régimen impositivo que busque corregir las desigualdades, por esta razón es fundamental tener una universalidad que tenga un principio de búsqueda para corregir la desigualdad y no profundizarla más.

Solidaridad: (Helmut, 1981, p. 689) “Es un concepto que procede sobre todo de los movimientos obreros del siglo XIX y que expresa el sentimiento de vinculación a un grupo o a una clase, sentimiento que se da incluso en aquellos individuos que se declaran por propia iniciativa miembros del grupo en cuestión (se declaran solidarios) sin pertenecer formalmente a él o sin tener un contacto regular con los otros miembros del grupo”.

La solidaridad sentimiento de iniciativa que une hacia las demás personas considerado por muchos como un valor que supone enlace de los lazos de una sociedad.

Interculturalidad.- “La interculturalidad es un concepto relativamente moderno que lo estudian la sociología, la antropología, la comunicación y el marketing”. “Es el intercambio o interacción de dos o más culturas a través del diálogo. A pesar de que existen diferencias entre las diversas culturas, no existe ninguna cultura hegemónica, es decir, ninguna está por encima de otra,

todos son iguales, en el sentido de derechos humanos. En pocas palabras podría decir que la interculturalidad es una hibridez cultural, es decir, que diversas culturas conviven y se mezclan entre sí, sin hacerse un mestizaje”. (García, 1989).

En la interculturalidad todas las ideas y acciones de una persona o grupo cultural nunca podrán estar por encima del otro, basadas siempre en el respeto hacia los demás.

Calidad.—“Calidad, la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. No hay calidad que se pueda medir por solamente la apreciación o el análisis de alguna de las partes constitutivas del servicio recibido. La calificación se hace con carácter integral, es decir, evaluando “todas las características, funciones o comportamientos”. (Otero, 2002, p. 1).

La finalidad de la calidad en si es satisfacer las necesidades del usuario, en la cual se tratara de brindar lo mejor de sí.

Eficiencia

Es el grado en que el sistema de salud efectúa la máxima contribución a las metas sociales definidas dados los recursos disponibles del sistema de salud y de aquellos que no pertenecen al sistema de salud. Implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios. En economía, eficiencia es un concepto que describe la relación entre insumos y resultados en la producción de bienes y servicios. Esta relación puede medirse en términos físicos (eficiencia técnica) o términos de costo (eficiencia económica). (Lam & Hernández, 2008). En si la eficiencia se distingue por lograr un fin determinado con los medios disponibles.

Precaución: El principio de precaución aspira a orientar las medidas a tomar cuando se sospecha que determinados productos o tecnologías crean un riesgo grave para la salud pública o el medio ambiente, pero todavía no se cuenta con una prueba definitiva de tal riesgo. Con base en la caracterización del principio de precaución que brindan los instrumentos internacionales mencionados, se lo puede definir como aquel que afirma que cuando una

actividad o producto representa una amenaza potencial para el medio ambiente o la salud pública, deben tomarse las medidas pertinentes, aun cuando la relación causa efecto no haya podido demostrarse científicamente de forma concluyente. (UNESCO, 2000, p. 345-346). Es la manera de precautelar las cosas en la que se puede evitar a que se den de forma inesperada.

Bioética: Una definición más reciente y acertada de bioética incluye fundamentalmente los conceptos anteriores agregando que es una disciplina que intenta relacionar la naturaleza biológica humana y el mundo biológico con la formulación de políticas encaminadas a producir el bien social en el presente y futuras generaciones. Por eso se dice que la bioética consiste en un diálogo interdisciplinario entre ética y vida. El carácter interdisciplinario se da por el hecho de que la bioética se apoya en varias disciplinas desde las médicas hasta las humanistas, económicas, filosóficas, políticas y desde luego el derecho. Adicionalmente, estas disciplinas han influenciado en las distintas corrientes bioéticas. El resultado de este ensamblaje disciplinario es una visión más amplia y complementaria de los objetos de estudio de esta ciencia. (Vargas, 2008).

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

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 53).

Mediante este modelo se busca que la atención a las necesidades de la población sean priorizadas y manejadas de manera general, combinando metodología científica y tradicional, respetando la diversidad de grupos étnicos y poblacionales que mantenemos en nuestro territorio, también optimizar de mejor manera los recursos al mismo tiempo que se desconcentra y descentraliza los servicios de salud.

1.2.2. Red Pública Integral de Salud.

Dentro del componente organización del Modelo de Atención Integral de Salud el desarrollo de la Red Pública Integral de Salud y su complementariedad con el sector privado a nivel territorial

es prioritaria, de tal manera que se afirma que “para el Sistema Nacional de Salud, es un desafío la construcción de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) que se complementa con el sector privado con y sin fines de lucro, de forma complementaria y que en conjunto, en forma progresiva, estructura una red integrada de servicios de salud.” (Ministerio de Salud Pública, 2014, p. 20).

Por lo tanto la red de salud es conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, articulados funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión de un conjunto de atenciones integrales prioritarias de salud, en función de las necesidades de la población está integrada por: el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y algunas instituciones externas privadas de prestación de servicios de salud. La Red permite que los establecimientos públicos y privados en todos los niveles de atención según su capacidad resolutoria (Centro de salud de servicios itinerantes, centros A, B y C, centros de especialidades, hospitales, etc.) coordinen, potencien y complementen con actividades destinadas a la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, atención prehospitalaria y reinserción social de las familias y los usuarios. (Ministerio de Salud Pública, 2013, p.6)

Como parte fundamental de la red se encuentra: El Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud, tanto institucionales, como profesionales, proporcionados por las instituciones de salud públicas y privadas en el marco de la red pública integral y complementaria del Sistema Nacional de Salud. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012, p.12).

El Tarifario permite establecer el monto de pago para cada uno de los procedimientos utilizados para la atención de salud; tales como honorarios médicos, servicios institucionales ambulatorios u hospitalarios, etc., por medio de la integración de las unidades de valor relativo de los procedimientos y el factor de conversión monetario.

1.2.3. Niveles de Atención de Salud.

Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Es la organización de la atención en diferentes niveles de complejidad y tiene por objetivo conjugar en forma eficiente la necesidad de cumplir con un máximo de cobertura los servicios que se presten, con la mayor calidad posible y con una misma cantidad de recursos.

Entre los niveles de atención en salud tenemos los de manera tradicional se distinguen cuatro niveles: nivel primario, nivel secundario, nivel terciario y cuarto nivel.

Nivel primario (máxima cobertura, mínima complejidad). Es el de mayor cobertura pero menor complejidad, está representado por las Postas y Estaciones médico rurales, los Consultorios urbanos y rurales y los centros de Salud Familiar. Para lograr sus objetivos debe proyectarse a la comunidad con sus recursos, coordinarse con sus organizaciones a fin de lograr actitudes favorables para la salud y hacer que estas se involucren y confíen en el Sistema. El recurso humano lo constituyen entre otros: Médicos y odontólogos generales enfermeras, matronas, nutricionistas, psicólogos, asistentes sociales, técnicos paramédicos, etc. Sus actividades se relacionan entre otras, con: promoción para la salud Control de salud, pesquisa de morbilidad, tratamiento de morbilidad no compleja, derivación oportuna de casos a niveles de mayor complejidad.

Nivel secundario (menor cobertura, mayor complejidad), Su quehacer está orientado a un segmento menor de la población (menor cobertura). Recibe para diagnóstico y tratamiento las pacientes que no pueden ser resueltas en el nivel primario. Generalmente está estrechamente relacionado con los Servicios Clínicos de los Hospitales por lo que suele llamarse Consultorio Adosado de especialidades. Su recurso humano está representado por el especialista. Su grado de desarrollo es variable y depende del establecimiento al que está adosado y de las características propias de cada Servicio de Salud. Para su trabajo requiere de Unidades de Apoyo Diagnóstico más complejas (laboratorio, imagenología, Anatomía Patológica, etc.).

Nivel terciario, Representado por los establecimientos con condiciones para realizar acciones bajo régimen de atención cerrada (hospitalización), su nivel de cobertura es menor y se aboca a

manejar solo los casos con patología a excepción del Programa de la Mujer en el cuál se pretende una atención institucional del 100% de los partos aunque estos son habitualmente de baja complejidad y sin patología. En los hospitales se organiza en los Servicios Clínicos y requiere de las Unidades de Apoyo Diagnóstico y terapéutico para su trabajo, incluidos los pabellones quirúrgicos.

Nivel cuaternario (mínima cobertura, máxima complejidad), está representado por las Unidades de Tratamiento Intensivo, para su trabajo requiere de una gran concentración de recursos tanto humanos como de equipamiento, este último de gran sofisticación, su característica es la mínima cobertura y la máxima complejidad, su grado de desarrollo es variable en los distintos Servicios de Salud del país.

1.2.4. Atención Primaria en Salud.

Desde la Declaración de Alma –Ata sobre la Atención Primaria en Salud en 1978, se ha dicho mucho sobre la misma y luego de aproximadamente 35 años, se sigue insistiendo que la atención primaria consiste en una atención sanitaria esencial, en la cual no solo están inmiscuidos el sector salud sino muchos más entre ellos: sociales, económicos, etc.

La atención primaria en salud es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria el máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan.

Es en esta atención donde los recursos deben ser invertidos por que además no solo abarca al individuo sino a la comunidad en sí; la atención primaria requiere inversiones y recursos suficientes, pero se revela luego como una buena inversión en comparación con las demás opciones disponibles; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria se tenga que financiar con pagos directos, partiendo del supuesto equivocado de que es barata y los pobres deben poder permitírsela. (Organización Mundial de la Salud, 2008, p. xviii).

La evaluación financiera se ha planteado para poder obtener información y concisa efectiva de las recaudaciones de las instituciones del primer nivel, para la cual conoceremos ciertos términos como:

Costos de la calidad.-Cuatro grandes categorías de los costos se asociación c la calidad. Los denominados costos de la calidad.

Costo de prevención: costos asociados con la reducción de partes o servicios defectuosos potenciales (ejemplo capacitación, programas de mejora de la calidad).

Costos de evaluación: costos relacionados con la evaluación de los productos, procesos, partes y servicios (ejemplo pruebas, laboratorios, inspectores).

Falla interna: costos que resaltan al producir partes o servicios defectuosos antes de la entrega al cliente (ejemplo retrabajo, desperdicio, tiempos de descomposturas).

Costos externos: costos que ocurren después de la entrega de partes o servicios defectuosos (ejemplo retrabajo, bienes devueltos, responsabilidades, perdida de buena voluntad o imagen, costos para la sociedad). (Heizer & Render, 2004, p. 192)

Punto de equilibrio.-Ventas necesarias (facturación) para que la Unidad Médica opere sin pérdidas o ganancias, si las ventas de la Unidad están por debajo de esta cantidad la Unidad pierde y por encima de este punto existe utilidad. Mediante el punto de equilibrio se puede llevar la facturación ya que esta es muy importante para así poder identificar si hay pérdida o ganancia.

Tarifario.- “conformaran el precio total que el abonado debe pagar, en orden a la consecución y mantenimiento del equilibrio económico y financiero de la entidad suministradora para la prestación de servicio del abastecimiento”. (Andalucía, 2005, p. 332). En si el tarifario es el listado de precios para poder acceder a un servicio y obtendrán beneficios tanto el usuario como el prestador del servicio.

CAPITULO II

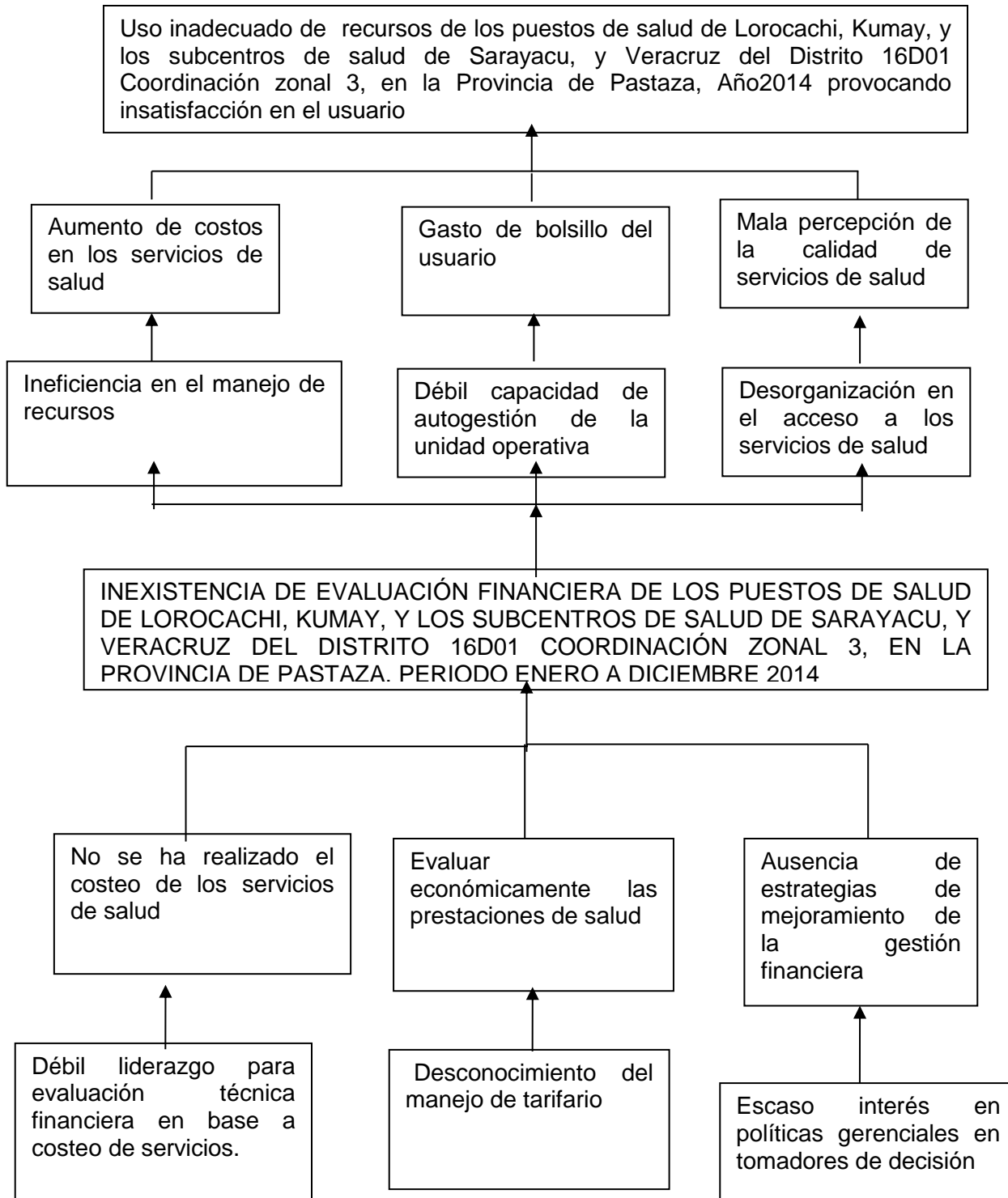
2. Diseño metodológico

“El diseño metodológico de esta investigación está formado por un diseño básico y dentro de él por un conjunto de procedimientos y técnicas específicas consideradas como adecuadas para la recolección y análisis de la información requerida por los objetivos del estudio”. (Galán, 2009).

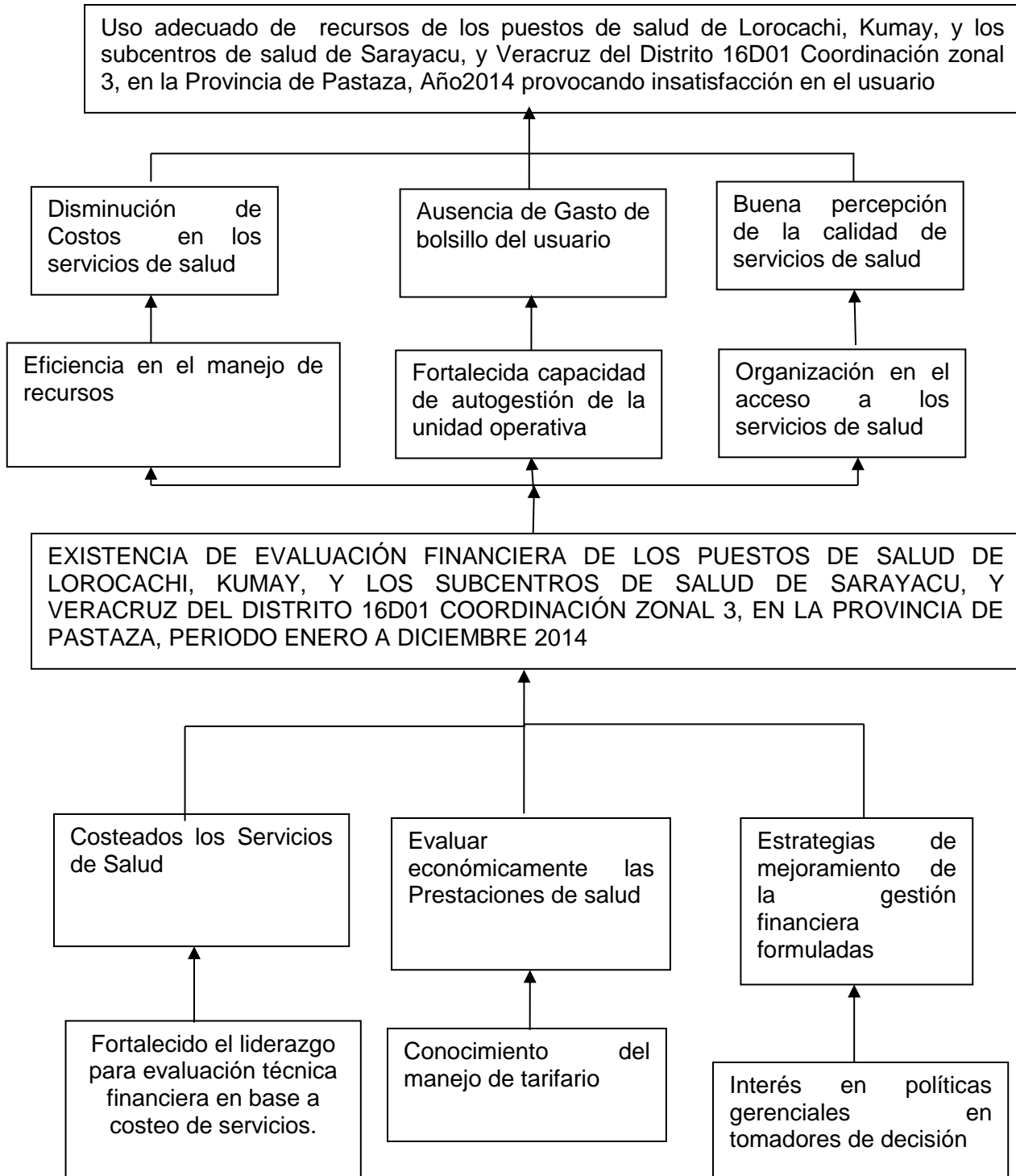
2.1. Matriz de involucrados

GRUPOS O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Director de la Unidad Médica	Contar con información y respaldos para la Evaluación Financiera y toma de decisiones	Dirigir y controlar la gestión de recursos financieros con eficiencia y eficacia. Recursos humanos. Recursos materiales	Inexistencia de evaluación financiera. No existen datos coherentes en las unidades de salud.
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 Ministerio de Salud Publica
Personal de la Unidad	Trabajan por la mejora de la calidad de salud de los funcionarios.	Servicios de salud con calidad, calidez y eficiencia Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de análisis para conocer si sus prestaciones son efectivas y eficientes
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



2.3. Árbol de objetivos



2.4. Matriz del marco lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Contribuir al uso adecuado de recursos en las unidades de salud de Lorocachi, Kumay, Sarayacu, y Veracruz del distrito 16D01 coordinación zonal 3, en la provincia de Pastaza			Alto compromiso del nivel directivo para facilitar los recursos en la ejecución de las actividades.
PROPOSITO Evaluación financiera en las unidades de salud de Lorocachi, Kumay, Sarayacu, y Veracruz del distrito 16D01 coordinación zonal 3, en la provincia de Pastaza, ejecutada.	100% Evaluación financiera realizada.	Informe presentado de la evaluación financiera	Apoyo político, técnico para obtener información y realizar el estudio.
RESULTADOS ESPERADOS			
Servicios de salud costeados.	100 % de servicios de salud costeados a diciembre 2014	Matrices de costos cuadro 1 y 4 de winsig	Entrega de información necesaria y oportuna
Prestaciones de salud en base al tarifario del sistema nacional de salud evaluadas económicamente	100 % de prestaciones de salud planilladas a diciembre 2014	Matrices de facturación y totalizador del año	Entrega de información requerida
Evaluación financiera ejecutada	Nº de indicadores de gestión financiera formuladas en la unidad de salud.	Informes de indicadores de gestión financiera presentados	Apoyo de los directores de la unidad para su implementación
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO \$

RE 1. Servicios de Salud costeados.			
1.1.Socialización del Proyecto	Maestranteros UTPL, Tutores	18-22 noviembre 2014 07 de Marzo 2015	100 dólares
1.2.Taller de inducción al proceso de costos	Maestranteros UTPL, Tutores Dra. Paulina Quinde	23 de Enero 2015	100 dólares
1.3Recolección de información.	Maestranteros UTPL,	08-22 Enero 2015	300 dólares
1.4Instalación de programa winsig para procesamiento de datos.	Maestranteros UTPL Directivos de la unidad	18 de Abril al 17 Mayo 2015	150 dólares
1.4 Generación de resultados de costos	Maestranteros UTPL, Tutores		
RE2. Prestaciones de salud en base al tarifario del sistema nacional de salud evaluadas economicamente			
2.1 Socialización del manejo del tarifario del sistema nacional de salud.	Maestranteros UTPL, Dra. Paulina Quinde	18-22 noviembre 2014 07 de Marzo 2015	200 dólares
2.2. Recolección de información de producción de los establecimientos de salud	Maestranteros UTPL, Srta Altamirano Ana Tutores	22 de Diciembre- 07 de Enero 2015	400 dólares
2.3. Evaluación económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud actual	Maestranteros UTPL, Tutores	10 de Julio 2015 10 de noviembre 2015	50dólares
RE3. Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera formuladas			
3.1.Calculo de punto de equilibrio	Maestranteros UTPL, Tutores	15 de Septiembre del 2015 7 noviembre 2015	100 dólares
3.2.Socialización de resultados	Maestranteros Directivos unidad de salud	23 de Septiembre del 2015	100 dólares
3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	Maestranteros Directivos unidad de salud	07 de noviembre del 2015	50 dólares
3.4. Presentación de informe final a autoridades zonales.	Maestranteros Directivos unidad de salud	11 de noviembre del 2015	400 dólares

CAPITULO III

3. Resultados

Resultado 1.- Servicios de salud costeados.

Para el cumplimiento del resultado 1, se realizó las siguientes actividades y propuestas en el plan, las mismas que se detallan a continuación:

Actividad 1.1 Socialización del proyecto.

En la temática planteada en el proyecto es un tema ajeno en las unidades de primer nivel del Sistema Nacional de Salud, se solicitó el apoyo de para socializar el proyecto de los directivos del distrito 16D01 coordinación zonal 3, en la provincia de Pastaza en la institución, para lo cual se realizaron las siguientes acciones:

- Mediante quipux No.MSP-VAIS-2015-0001-O la Viceministra de salud socializo con las coordinaciones zonales, la suscripción del convenio con la UTPL para el desarrollo de proyecto denominado Evaluación Financiera de los establecimientos del primer nivel.
- Suscribimos con el MSP, la carta de confidencialidad para garantizar el buen uso de la información solicitada.
- Mediante quipux No. MSP-CZ3-DDS05D04-2015-0538-M, la Coordinación Zonal 3, socializa con los Directores distritales el alcance del proyecto, y solicita el apoyo del personal de los distritos para el desarrollo del mismo.
- Con la carta y oficio de la Viceministra, con fecha de 20 de Enero del 2015 y con el apoyo del tutor, mantuvimos una sesión de trabajo con la Dirección Distrital, a fin de explicar el proyecto, sus objetivos, alcances, resultados esperados, metas, despertando gran expectativa e interés a nivel directivo por el impacto del mismo y fundamentalmente por:
 - Conocer una metodología de costeo de servicios de salud.
 - La posibilidad de conocer el costo de los servicios de su distrito.
 - Evaluar el uso de los recursos de las unidades de primer nivel a su cargo
 - Tener un acercamiento con el Tarifario del Sistema Nacional de Salud.
 - Impulsar el proceso de recuperación de costos de servicios brindados en el primer nivel.
 - Conocer un modelo financiero que incentive la eficiencia.
 - Evaluar la gestión frente a las demandas impuestas en el Modelo Integral de Salud MAIS.

- Evaluar la oferta y demanda de los servicios de primer nivel dentro de su competencia.
- Propuestas de mejoramiento de la gestión.

El director de la unidad y/o distrital se ha comprometido apoyar en la ejecución del proyecto, brindando las facilidades para obtener la información necesaria. (Anexo 1)

Actividad 1.2 Taller de inducción al proceso de costos.

- Con el apoyo de la Directora de la zona 3 y Analista Distrital Financiera se mantuvo en la ciudad de Pastaza de en el mes de julio del 2015, sesiones de trabajo con el personal operativo responsable de Talento Humano.
- Se socializó en ellos la metodología de costeo, con énfasis en los siguientes componentes:
 - Conceptualización general de la economía de la salud, su importancia, alcance.
 - Beneficios de contar con costos de los servicios médicos
 - Conceptos generales de costos, gasto, costo fijo, costo variable, costo directo, costos indirectos.
 - Características de los centros de costos o centros de gestión.
 - Explicación amplia de los componentes de costos
 - Importancia de un sistema de información adecuado
 - Explicación de cómo llenar las matrices que se utilizaran para recolectar la información para el costeo, de manera especial: Mano de obra, uso de medicamentos, insumos, materiales, servicios básicos, depreciación de bienes, uso de infraestructura, producción, etc.
 - Se suscribieron compromisos de entrega de información en los plazos previstos

Actividad 1.3 Recolección de información

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

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

a) Mano de obra:

Se recolectaron los datos, en base al siguiente lineamiento:

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

Se utilizaron 2 matrices para el efecto.

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

Se trabaja con el apoyo de talento humano.

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

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

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

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

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

c) Depreciaciones de bienes y uso de inmueble.

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

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

d) Gastos fijos generales

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

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

e) Datos de producción

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, recalcando que la información entregada no es lo suficientemente completa ni se encuentra con la especificidad que el proyecto demanda, ya que no se dispone de un sistema de información técnicamente diseñado y orientado a obtener resultados como los que pretendemos alcanzar, sin embargo reconocemos que es muy orientador, ya que el 80% aproximadamente de la carga del costo está en mano de obra, información que si fue posible obtener.

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

- Limitado interés sobre el impacto del presente proyecto por parte de algunos directivos y especialmente del personal operativo.

- Poco compromiso de autoridades zonales, distritales y de unidades especialmente en el MSP
- Falta de información real de los distritos y unidades se evidenció la inexistencia de un sistema de información, ya que al haber cambios y agrupaciones como Distritos y Zonas algunos documentos no se guardaron correcta o completamente

Se adjuntan las matrices correspondientes (Anexo N° 3,4)

Actividad 1.4 Generación de Resultados de Costos

Para el procesamiento de datos, se inició con la sistematización de la información, utilizando las directrices preparadas por la universidad en el documento Procedimientos para levantamiento de costos en el primer nivel, adicionalmente se procesó información en una matriz preparada para validar la información. (Anexo 5, 6)

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

El programa nos permitió alcanzar la siguiente información:

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

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

- Costos integrales de los servicios
- Costos netos.

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

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

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

3.1.1. Costo de atención.

Tabla 12. Costo de atención

	Centro de costo	Costo total anual	Número de atenciones	Costo promedio por atención
KUMAY	Consulta Externa	19.189,75	519	36,97
	Visita domiciliaria	0,3	3	1,2
	Odontología	380	134	2,83
LOROCACHI	Consulta Externa	23.341,25	914	25,53
	Visita Domiciliaria	220,56	18	12,25
	Odontología	14.186,22	711	19,95
SARAYACU	Consulta Externa	14.723,28	1140	12,92
	Visita Domiciliaria	640,06	30	21,34
	Odontología	5034	210	23,97
VERACRUZ	Consulta Externa	41.901,01	3.773	11,11
	Visita Domiciliaria	936,59	33	28,38
	Odontología	19.556,38	2.725	7,18

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIG

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: En las unidades de salud de Pastaza específicamente en los subcentros de salud de Kumay, Veracruz y los puestos de salud de Lorocachi y Sarayacu hemos identificado que las visitas domiciliarias son costeadas de manera individual con valores casi adecuados de acuerdo al tarifario.

3.1.2. Costo por población asignada.

Tabla 14. Costo por población asignada

Unidad	Costo total anual	Población asignada	Costo per cápita
Kumay	22.362,67	5.682	3,9
Lorocachi	70,926,09	2.685	26,41
Sarayacu	34.666,83	2.556	16,56
Veracruz	76.536,89	1758	43,53

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIG

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: El costo por cada habitante de la comunidad de Kumay es de 3,9 dólares, el de Lorocachi es de 26,41 dólares, también tenemos en Sarayacu el costo por cada habitante es de 16,56 dólares y por ultima instancia tenemos a Veracruz siendo el costo por cada habitante de 43,53 dólares al parecer uno de los costos más elevados de entre las cuatro unidades en estudio.

3.1.3. Costo de servicios.

Tabla 15. Costo de servicios

Unidad	Centro de Costo	Costo directo
Kumay	Consulta Externa	15.968,86
	Odontología	380
Lorocachi	Consulta Externa	23.341,95
	Visita Domiciliaria	220,56
	Odontología	14.186,22
Sarayacu	Consulta Externa	14.723,28
	Visita Domiciliaria	640,06
	Odontología	5034
Veracruz	Consulta Externa	38.906,85
	Visita Domiciliaria	936,59
	Odontología	19.556,38

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIG

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: Estos datos representan cuánto cuesta cada servicio de cada unidad de salud tanta de los puestos de salud de Loracachi y Sarayacu, como además de los subcentros de salud en estudio de Kumay, Veracruz, podemos evidenciar que entre los cuatro lugares en estudio el servicio que más costo posee en el año 2014 es el servicio de consulta externa del subcentro de salud de Veracruz, teniendo en cuenta que en este lugar cubre a una mayor población al hacer referencia con los demás lugares, y en menor cantidad encontramos al servicio de odontología del subcentros de salud de Kumay esto se debe a una serie de factores entre ellos tenemos que no hay personal de odontología asignado a este subcentro, teniendo en cuenta que en la mayoría del personal de estas casas de salud les hacen rotar es decir son personal itinerante que le pagan en cierta unidad pero nunca completa sus horas exactas mensual en un solo sitio; en el caso del servicio de Kumay de odontología no se encontraba personal destinado para esta casa de salud ya que aquí laboran de manera esporádica.

3.1.4. Componentes del costo de servicios.

Tabla 16. Componentes del costo de servicios

	Centro de costo	Costo total anual	Número de atenciones	Costo promedio por atención
KUMAY	Consulta Externa	19.189,75	519	36,97
	Visita domiciliaria	0	3	0
	Odontología	380	134	2,83
LOROCACHI	Consulta Externa	23.341,25	914	25,53
	Visita Domiciliaria	220,56	18	12,25
	Odontología	14.186,22	711	19,95
SARAYACU	Consulta Externa	14.723,28	1140	12,92
	Visita Domiciliaria	640,06	30	21,34
	Odontología	5034	210	23,97
VERACRUZ	Consulta Externa	41.901,01	3.773	11,11
	Visita Domiciliaria	936,59	33	28,38
	Odontología	19.556,38	2.725	7,18

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIG

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: Estos valores determinan el costo promedio de cada uno de los centros de costos, es decir lo que cuesta brindar el servicio por cada uno de los usuarios, siendo las visitas domiciliarias del subcentro de salud de Veracruz y la consulta externa del subcentro de salud de Kumay unas de las más costosas por una baja producción o deficiencia en el registro, idea que no podemos afirmar ni descartar la misma.

3.1.5. Costos directos.

Tabla 17. Costos directos

	Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
Kumay	Consulta Externa	21.468,76	15.968,86	71,41%
	Odontología	434,23	380	1,70%
Lorocachi	Consulta Externa	43.857,19	23.341,95	32,91%
	Visita Domiciliaria	414,41	220,56	0,31%
	Odontología	26.654,49	14.186,22	20%
Sarayacu	Consulta Externa	25.023,33	14.723,28	42,47%
	Visita Domiciliaria	1.087,83	640,06	1,85%
	Odontología	8.555,67	5.034	14,52%
Veracruz	Consulta Externa	50.720,07	38.906,85	50,83%
	Visita Domiciliaria	1.148,89	936,59	1,22%
	Odontología	23.989,25	19.556,38	25,55%

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIG

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: De las unidades en estudio hemos identificado que en el subcentro de salud de Kumay tenemos el más alto porcentaje de costo directo por servicio, alcanzando un porcentaje de la consulta externa de 71,41; en segundo lugar localizamos a la consulta externa de Veracruz con 50,83% y en tercer lugar de entre los porcentajes del costo directo tenemos a Sarayacu con 42,47% del servicio de consulta externa. El tanto al porcentaje más bajos de las cuatro instituciones encontramos a la visita domiciliaria del puesto de salud de Loracachi con 0.31%.

3.1.6. Costos indirectos

Tabla 18. Costos indirectos

UNIDAD	Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo indirecto
Kumay	Consulta Externa	21.468,76	5.499,90	96%
	Odontología	434,23	54,23	1,94%
Lorocachi	Consulta Externa	43.857,19	20.515,24	61,84%
	Visita Domiciliaria	414,41	193,85	0,58%
	Odontología	26.654,49	12.468,27	37,58%
Sarayacu	Consulta Externa	25.023,33	10,300,05	72,18%
	Visita Domiciliaria	1.087,83	447,77	3,14%
	Odontología	8.555,67	3.521,67	24,68%
Veracruz	Consulta Externa	50.720,07	11.813,22	66,27%
	Visita Domiciliaria	1.148,89	212,30	1,50%
	Odontología	23.989,25	4.432,87	31,34%

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIG

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: La consulta externa de las cuatro unidades en estudio encontramos con valores altos el costo de la consulta externa se lleva los más altos porcentajes de los costos indirectos, y los costos indirectos más bajos tenemos el servicio de visita domiciliaria hay que tener en cuenta que las visitas domiciliarias en todas la unidades en estudio las ejecutan en mínimas consultas y lo que más dan en estas unidades son las atenciones en consulta externa.

3.1.7. Costos netos

Tabla 19. Costos netos

UNIDAD	Servicio	Costo integral	Número de atenciones	Costo promedio de atención	Costo neto
Kumay	Consulta Externa	21.468,76	519	36,97	35,7
	Odontología	434,23	134	2,84	0,80
Lorocachi	Consulta Externa	43.857,19	914	25,54	25
	Visita Domiciliaria	414,41	18	12,25	11
	Odontología	26.654,49	711	19,95	19,1
Sarayacu	Consulta Externa	25.023,23	1140	12,92	12,9
	Visita Domiciliaria	1.087,83	30	21,34	21,2
	Odontología	8.555,67	210	23,97	22
Veracruz	Consulta Externa	50.720,07	3.773	11,11	10,9
	Visita Domiciliaria	1.148,89	33	28,38	28,21
	Odontología	23.989,25	2.725	7,18	6,95

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIG

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: En las unidades de salud de Kumay, Loracachi, Sarayacu y Veracruz el costo neto es igual o inferior a la tarifa establecida, podemos evidenciar que los costos promedios de atención en los diversos servicios de cada unidad se encuentran en valores bajos e incluso iguales al promedio de atención.

3.1.8. Costos fijos

Tabla 20. Costos fijos

UNIDAD	Concepto	Valor	% con respecto a costo total.
Kumay	Remuneraciones	18.921,43	84,61%
	Depreciación Inmueble y enseres	516,45	2,31%
	Costo uso edificio	18,90	0,08%
Loracachi	Remuneraciones	60.136,70	84,79%
	Depreciación Inmueble y enseres	751,52	1,06%
	Costo uso edificio	21,70	0,03%
Sarayacu	Remuneraciones	24.670,05	71,19%
	Depreciación Inmueble y enseres	746,64	2,15%
	Costo uso edificio	17,28	0,05%
Veracruz	Remuneraciones	53.809,63	70,31%
	Servicios Básicos	581,96	0,76%
	Depreciación Inmueble y enseres	1.136,62	1,48%
	Costo uso edificio	32,40	0,04%

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIG

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: Dentro de los costos fijos, en las unidades de salud de Kumay, Lorocachi, Sarayacu, y Veracruz las remuneraciones al personal se lleva el 84,79% del costo anual en Sarayacu y Kumay, seguido tenemos la remuneración 84,61% y por último la remuneración de Veracruz siendo la más baja con un 70,31% independientemente de cual sea su producción.

3.1.9. Costos variables.

Tabla 21. Costos variables

UNIDAD	Concepto	Valor	% con respecto a costo total.
Kumay	Medicamentos	2403,73	10,73%
	Combustible/lubricantes	7,41	0,03%
	Materiales de Oficina	18,70	0,08%
	Insumo medico/odontológico	97,05	0,43%
	Biomateriales Odontológicos	380	1,70%
Lorocachi	Medicamentos	4.480	7,76%
	Combustible/lubricantes	452,68	0,78%
	Materiales de Oficina	35	0,06%
	Insumo medico/odontológico	710,08	1,23%
	Biomateriales Odontológicos	3.619,92	6,27%
Sarayacu	Medicamentos	5.851,44	18,99%
	Combustible y lubricante	532,18	1,73
	Materiales de Oficina	22,17	0,07%
	Insumo medico/odontológico	1.377,22	4,47%
	Biomateriales Odontológicos	1.300,00	4,22%
Veracruz	Medicamentos	12.116,00	15,83%
	Otros de uso y consumo	308,51	0,40%
	Materiales de Oficina	36,44	0,05%
	Insumos médicos/odontológicos	845,43	1,10%

	Biomateriales	7.670,00	10,02%
	Odontológicos		

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIG

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: Los costos variables de las diversas unidades de salud ocupan menos del 18,99% del costo total anual de cada unidad.

3.1.10. Análisis del indicador del resultado 1.

Se cumplió el 100% de los servicios de salud costeados de las unidades del año 2014, actividad propuesta para el resultado, adquiriendo como efectos que las actividad de Visitas domiciliarias con menor producción se llevan un rubro económico alto para eso necesitamos que su producción sea reforzada o registrada en el RDACAA, además se ha podido apreciar que la promoción de salud en estos cuatro unidades no se promueve de ninguna manera de tal manera que la producción no existe en los registros ni en ningún documento que abalice la misma.

Indicador: 100% de servicios de salud costeados a Diciembre 2014 de las 4 unidades con resultados de costos de servicios /total de unidades de estudio.

Resultado 2. Prestaciones de salud planilladas

Actividad 2.1 Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud

Con el apoyo de las autoridades de la Coordinación de la provincia de Pastaza se mantuvo en la ciudad de Pastaza en el mes de julio del 2015, se procedió a convocar el respectivo permiso a Directora Distrital de la provincia de Pastaza unidades percientes ha dicho distrito.

Dicha capacitación se realizó en reunión de área del mes de Junio, en la ciudad de Pastaza con la siguiente temática:

Programa de capacitación sobre el tarifario del sistema nacional de salud

1.- Aspectos generales y conceptuales básicos: Tarifario, objetivo, alcance, Unidades relativas de valor, factor de conversión.

2.- Estructura y reglas básicas del manejo de tarifario del sistema nacional de salud

El tarifario de honorarios médicos en unidades de primer nivel

Tarifario de servicios institucionales.

Tarifario de visitas domiciliarias

Tarifario de acciones de prevención y promoción de la salud

Tarifario de monitoreo

3.- Ejercicios prácticos.

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

Tiempo de duración: 2 horas.

El evento se realizó con normalidad, despertando gran interés en los participantes.

Resultado del indicador de la actividad.

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta para el efecto (Anexo 1)

Actividad 2.2 Recolección de información

Para la recolección de datos que permitan la facturación o planillaje de los servicios prestados por la unidad médica, procedimos a procesar la información de la producción, teniendo al REDACCA como fuente de información. Utilizando filtros y tablas dinámicas, fue posible obtener los siguientes datos:

a) Honorarios médicos

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

b) Acciones de promoción y prevención

Se solicitó a la unidad reporte de todos los eventos realizados durante el año de estudio pero no se obtuvo resultado se realizó la prevención y promoción en base al RDACAA.

c) Servicios institucionales

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

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 por cada unidad de estudio:

Resumen de planillaje anual de prestaciones de salud año 2014:

Tabla 22. Resumen de planillaje anual de prestaciones de salud año 2014 de Kumay

Prestaciones	Valor planillado anual	% de participación.
Consultas de morbilidad	5.116,7	56%
Consultas de prevención	2.621,06	28%
Visita domiciliaria	80,19	1%
Odontología	1.393,74	15%
Total	9.211,69	100%

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIG

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: De la información del puesto de salud de Kumay podemos concluir lo siguiente: Las actividades de consulta de morbilidad alcanza un porcentaje alto del 56%, lo cual indica que se consume recursos directos e indirectos producción reportada a través del RDACCA.

Tabla 23. Resumen de planillaje anual de prestaciones de salud año 2014 de Lorocachi

Prestaciones	Valor planillado anual	% de participación.
Consultas de morbilidad	9.615,38	47%
Consultas de prevención	3.027,39	15%
Visita domiciliaria	481,14	2%
Odontología	7.361,90	36%
Total	20.485,81	100%

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIG
Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: De la información del puesto de salud Lorocachi, podemos concluir lo siguiente: las consultas de morbilidad se encuentran predominando con un 47%, porcentaje alto lo cual indica que se consume recursos directos e indirectos sin haber producción que no es registrada o mal ubicado en el RDACCA.

Tabla 24. Resumen de planillaje anual de prestaciones de salud año 2014 de Sarayacu

Prestaciones	Valor planillado anual	% de participación.
Consultas de morbilidad	9.422,25	42%
Consulta de prevención	9.805,81	44%
Visita domiciliaria	801,90	4%
Odontología	2.254,08	10%
Total	22.284,04	100%

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIG
Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: de la información del puesto de salud de Sarayacu, podemos concluir lo siguiente: las consultas de prevención se encuentran predominando con un 44%, seguido de las consultas de morbilidad alto porcentaje lo cual indica que se consume recursos directos e indirectos sin haber producción que no es registrada o mal colocado en el RDACCA.

Tabla 25. Resumen de planillaje anual de prestaciones de salud año 2014 de Veracruz

Prestaciones	Valor planillado anual	% de participación.
Consultas de morbilidad	31.382,38	34%
Consultas de prevención	29.646,38	32%
Visita domiciliaria	882,09	1%
Odontología	30.154,32	33%
Total	92.065,17	100%

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIG

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: De la información del Subcentro de salud de Veracruz, podemos concluir lo siguiente: las actividades de consultas de morbilidad alcanzan un 34%, porcentaje alto lo cual indica que se consume recursos directos e indirectos sin haber producción que no es registrada o mal colocado en el RDACCA.

3.2. Análisis del indicador del resultado 2

Se cumplió el 100% de prestaciones de salud planilladas de las unidades antes mencionadas del año 2014, actividad propuesta para el efecto, obtenemos resultados que las actividades en cada centro es diferente pero su participación en consultas de morbilidad y prevención se llevan más del 50 % de participación y las actividades de visitas domiciliarias tienen un porcentaje mínimo, además que en ninguno de las unidades en estudio en el 2014 no han realizado actividades de promoción de la salud, siendo estas las actividades más importantes a cumplirse en las unidades de primer nivel de atención.

Indicador: 100% de prestaciones de salud planilladas de las unidades de Enero a Diciembre del 2014 de las 4 unidades con resultados de costos de servicios /total de unidades de estudio.

RESULTADO 3. Estrategias de mejoramiento

Actividad 3.1 Calculo del punto de equilibrio

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

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

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

Donde:

PE = Punto de Equilibrio

CF = Costos Fijos

CV = Costos Variables

VT = Ventas Totales – Facturación

Resumen de punto de equilibrio

Tabla 26. Resumen de punto de equilibrio de Kumay, Lorocachi, Sarayacu y Veracruz

	Kumay	Lorocachi	Sarayacu	Veracruz
COSTOS FIJOS	19.456,78	60.909,92	25.433,97	55.560,61
COSTOS VARIABLES	2.906,89	9.297,68	9.083,01	20.976,38
COSTOS TOTALES	22.363,67	70.207,6	34.516,98	76.536,99
INGRESOS SEGÚN TARIFARIO	9.211,69	20.485,81	22.284,04	92.065,17
PE USD	24.977,35	74.919,41	98.774,38	23.634,17
PE%	59%	71%	35%	-20%

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIG

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: La unidad de salud de Kumay únicamente alcanza a cubrir el 59%, para poder sostenerse debe producir 24.977,35, la unidad de salud Lorocachi alcanza a cubrir el 71%, para poder sostenerse debe producir 74.919,41 respectivamente, también tenemos la unidad de salud Sarayacu únicamente alcanza a cubrir el 35%, para poder sostenerse debe producir 98.774,38 respectivamente y por último tenemos a Veracruz que tenemos un porcentaje negativo de 20%, para poder sostener dicha unidad debe producir 23.634,17.

Por lo tanto una unidad de salud está perdiendo y deberían mejorar su producción en cada uno de los centros de costos.

Actividad 3.2 Socialización de resultados

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

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

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

Actividad 3.3 Diseño de estrategias de mejoramiento según resultados obtenidos.

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

3.3.1 Implementar un sistema de monitoreo de la atención médica.

- La producción de las unidades médicas, por médico

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: Sistema de Información Gerencial WinSIG

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: Podemos observar que en cada una de las unidades de salud, carecen de organización con los grupos más vulnerable, por lo tanto los profesionales debemos preocuparnos en el manejo de la promoción, prevención de salud y desarrollar intervenciones que ayuda comunidad en general en las distintas áreas.

Actividad 3.3.3.Cálculo de indicadores de monitoreo y evaluación.

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

1.- INDICADORES DE ESTRUCTURA						
INDICADORES DE DISPONIBILIDAD						
INDICADOR	FORMULA	QUE MIDE	KUMAY	LOROCACHI	SARAYACU	VERACRUZ
Razón horas médico contratadas al año x habitante	Nro horas médico contratada s/población asignada	Disponibilidad de horas médico por habitante	0,03	0,06	0,07	0,10
Razón horas odontólogo contratadas al año x habitante	Nro horas odontólogo contratada s/población asignada	Disponibilidad de horas odontólogo por habitante	0,03	0,06	0,07	0,10
Razón horas enfermera contratadas al año x habitante	Nro horas enfermera contratada s/población asignada	Disponibilidad de horas enfermera por habitante	0,03	0,06	0,07	0,10

Fuente: Centros de Salud de Kumay, Lorocachi, Sarayacu, Veracruz

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: Mediante los datos podemos identificar que en cada una de las unidades de atención se mantienen dentro del tiempo establecido por el MSP, para la atención de cada paciente.

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD						
INDICADOR	FORMULA	QUE MIDE	KUMAY	LOROCACHI	SARAYACU	VERACRUZ
% de cumplimiento de citas	Citas asignadas/total de consultas	Acceso a servicios de salud	NO HAY	NO HAY	NO HAY	NO HAY
% de referencias solicitadas por la unidad	Número de referencias médicas solicitadas a nivel superior/total de atenciones médicas	Capacidad resolutive de la unidad	0,011	0,002	0,009	0,011

Fuente: Centros de Salud La Kumay, Loracachi, Sarayacu, Veracruz

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: con respecto a las citas asignadas no hemos adquirido dicha información por lo tanto no se puede llegar al cálculo del mismo, los valores obtenidos de esta fórmula nos indican que la capacidad resolutive de la unidad de salud es alta, porque en las 4 unidades solo el 0,01% de los usuarios son referidos a otro nivel de mayor complejidad, indicando un grado alto de resoluciones a nivel de cada unidad de salud.

2.- INDICADORES DE PROCESOS						
INDICADORES DE EXTENSIÓN DE USO						
			KUMAY	LOROCACHI	SARAYACU	VERACRUZ
% 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	0,0015	0,0103	0,0065	0,0026
% 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	0,0655	0,0237	0,0768	0,0210
% 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	0,1890	0,1114	0,2457	0,1280
% 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	0,1845	0,1138	0,0891	0,0250

% 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	0,2012	0,3098	0,1681	0,2225
% 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	0,3354	0,4127	0,3667	0,3384
% de consultas de mayores de 65 años	Total de consultas a pacientes mayores a 65 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos mayores	0,0213	0,0183	0,0471	0,0482
% de atención a mujeres	Total de consultas a mujeres/total de consultas	Uso de servicios de consulta en mujeres	0,6021	0,3055	0,5920	0,5864
% de atención a hombres	Total de consultas a hombres /total de consultas	Uso de servicios de consulta en hombres	0,3979	0,6951	0,4080	0,4136
% Consultas de prevención	Total de consultas de prevención /total de consultas	Comportamiento de consultas de prevención	0,3064	0,2082	0,2775	0,3672
% consultas primeras	Total de consultas primeras/total de consultas	Comportamiento de consultas primeras	0,2607	0,1881	0,2000	0,2448
% Consultas subsecuentes	Total de consultas a subsecuentes /total de consultas	Comportamiento de consultas subsecuentes	0,0457	0,0201	0,0775	0,1223
% consultas en establecimiento	Total de consultas brindadas en establecimiento /total de consultas	Cobertura de atención en establecimiento	0,6479	0,4157	0,5964	0,4111
% consultas en comunidad	Total de consultas brindadas en comunidad /total de consultas	Cobertura de atención en comunidd	0,1189	0,1406	0,1514	0,0865
% visitas domiciliarias	Total de consultas brindadas en domicilio /total de consultas	Cobertura de atención en domicilio	0,0046	0,0110	0,0217	0,0051
% de consultas en otros centros	Total de consultas brindadas en otros centros /total de consultas	Cobertura de atención en centros	0,0000	0,0000	0,0000	0,0078

% de atenciones brindadas por médicos: generales, especialistas, rurales	Total de consultas a brindadas por médicos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por médico	0,1372	0,5673	0,7891	0,0078
% de atenciones brindadas por odontólogo	Total de consultas a brindadas por odontólogos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por odontólogo	0,2043	0,4327	0,1522	0,4172
% de atenciones brindadas por psicólogo	Total de consultas a brindadas por psicólogo /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por psicólogo	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
% de atenciones brindadas por obstetrix	Total de consultas a brindadas por obstetrix /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por obstetrix	0,6585	0,0000	0,0587	0,0138
% de atenciones brindadas por otros profesionales	Total de consultas a brindadas por otros profesionales /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por otros profesionales	0,0000	0,0000	0,0000	0,0231

Fuente: Centros de Salud La Kumay, Loracachi, Sarayacu, Veracruz

Elaborado por: Diana Castillo

Análisis: El uso del servicio es mayor en el grupo etáreo de 20-64 años alcanzando los valores más elevados en este grupo, mientras que el grupo que menos utilizan son menores de 1 año y mayores de 65 años.

Las primeras consultas alcanzan un mayor porcentaje en relación a las subsecuentes, lo que indica que día a día estas unidades de cierta manera tienen pacientes nuevas, en relación a las consultas subsecuentes que hay una mejora en cada paciente que ya no necesario concurrir de nuevo a las unidades de salud.

La cobertura de atención se la realiza en su mayoría dentro del establecimiento, esto explicaría la baja producción en lo referente a visitas domiciliarias que encontramos en mínimos porcentajes casi es nula la participación medica domiciliaria.

El médico general es el que tiene mayor cobertura de atención obteniendo valores altos, y en minimos porcentaje es nula la participación de atención de parte de profesionales calificados como otros, solo en Veracruz encontramos con un 0,023% atenciones dadas por otros profesionales que no sea ni el médico, ni las/los obstetras, ni odontólogos.

Actividad 3.4 Análisis del resultado 3

Luego de culminar con todas las actividades propuestas en este trabajo y de su aprobación, se presentará el informe final a la Directora del Distrito de la Provincia de Pastaza, con todos los documentos anexos que evidencien el desarrollo de las actividades propuestas y los resultados obtenidos, generando el compromiso de socializar con los servidores del Distrito y hacer extensiva esta experiencia a las otras unidades del primer nivel.

CONCLUSIONES

1. Al realizar el costeo de los servicios de salud, la capacitación al personal de la Dirección Distrital de Pastaza, sobre el proceso fue el pilar fundamental para la obtención de información en cada departamento logrando un poco corresponsabilidad en todos los procesos, aunque predisposición de los requerimientos de información que demandan estos procesos.
2. A nivel distrital peor aún en la unidades no disponen de información estratégica para toma de decisiones, se limitan a entregar información mensual a la Coordinación zonal en plazos establecidos, archivándose la información y que se ve mayormente afectado por los cambios constantes del personal operativo y no se lleva una secuencia de los datos obtenidos, debido a que en estas unidades de salud solo laboran personal rural tanto médicos como odontólogos rurales, además de ser unidades a las cuales destinan personal itinerante.
3. Al valorar económicamente las prestaciones de salud en base al Tarifario del Sistema Nacional de Salud la Coordinación zonal tampoco evalúa el comportamiento de las diferentes variables de los procesos de producción de servicios de salud, la poca información con la que cuentan se encuentra sin ningún elemento de análisis que oriente toma de decisiones estratégicas.
4. El primer nivel de atención no genera un sistema de información confiable y completa que permita evaluar con objetividad el comportamiento de los diferentes elementos del proceso productivo, tanto en el campo administrativo como financiero, la información a más de ser limitada es deficiente. No existe criterio único en la forma de generar información, ello provoca serias distorsiones en los resultados, lamentablemente son errores significativos que no son evidenciados en ninguna instancia, por ejemplo cuando se realizan eventos de promoción (controles escolares) debe registrarse solo como un evento y no como pacientes atendidos, otro ejemplo común cuando se realizan visitas a una sola familia se registra como visitas a todos los integrantes de la familia y no solo como una visita, que sería lo correcto, además que el personal de enfermería no lleva un registro de sus actividades para poder cubrir su mano de obra.

5. Al plantear estrategias de mejoramiento de la gestión financiera el Distrito no evalúa el comportamiento de los diferentes recursos asignados, se genera información sin un análisis que oriente la gestión, tampoco se retroalimenta a través de observaciones y/o recomendaciones que impulsen un proceso de mejoramiento.

6. Se diseñó e implementó el proceso de monitoreo, control y supervisión de los recursos, validando cada componente, se lo hizo a través del monitoreo de: Productos que genera el primer nivel, productividad y rendimiento de los recursos humanos de manera especial profesionales de la salud e indicadores de estructura, procesos y resultados.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda fortalecer e institucionalizar la implementación de los procesos de costos de los recursos en salud de los puestos de salud de Loracachi y Sarayacu, y los subcentros de salud de Kumay y Veracruz, del Distrito 16D01, coordinación zonal 3, de la Provincia de Pastaza y replicarlos en los demás unidades de salud, reafirmando los conocimientos sobre estos temas de costos, facturación, gestión, al iniciar su año de salud rural o contrato laboral para toda persona que ingresen a laborar.
2. Mediante la Dirección distrital debe implementar un método que preste la suficiente confiabilidad y facilidad para el registro completo de las actividades sobre todo el trabajo extramural y las actividades de prevención y promoción que se vea reflejado en producción con el fin de se exprese el accionar de sus profesionales mismo que sea valorado y justificado en costos de salud.
3. La Dirección distrital debe fortalecer un proceso de registro de prestaciones de salud con una evaluación objetiva de los recursos asignados a sus unidades, garantizando la utilización de los mismos en forma óptima, corrigiendo cualquier desviación en forma oportuna, en conjunto con la Coordinación zonal, implementando compromisos de gestión con el Director/ra Distrital, para sostener procesos estratégicos que impulsen el mejoramiento continuo y fundamentalmente la consolidación del modelo de atención y de gestión, en conjunto con un sistema de rendición de cuentas público, técnicamente diseñado que estimule y fortalezca procesos que generan valor agregado, en beneficio de una sociedad en general.
4. Efectuar un sistema de información concreto, completo, oportuno desglosado mensualmente, orientado a la toma de decisiones, de los procesos de monitoreo, control y supervisión de los recursos con el afán de precautelar la inversión que realiza el estado, que tiene como finalidad brindar un servicio de calidad, calidez y eficiencia a toda la población.

5. En la Coordinación zonal, debe implementar compromisos de gestión con la Directora Distrital, para sostener procesos estratégicos que impulsen el mejoramiento continuo y fundamentalmente la consolidación del modelo de atención y de gestión.

6. Capacitación para el correcto de llenado de RDACCA y diferenciar el desglose de los datos para cada uno de los centros de costos debe ser estrictamente impartido a todo el personal de salud tanto para aquellas personas que se encuentran laborando como para aquellas que llegan a prestar sus servicios para la adquisición de un concepto único que permita obtener datos más confiables y valederos para próximos estudios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andalucía. (2005). Los servicios domiciliarios de Andalucía. Régimen económico recuperado de <https://books.google.com.ec/books?id=2dCFNH0LtwC&pg=PA332&dq=concepto+de+tarifarios&hl=es&sa=X&ei=IY8tVZbaMqHHsQTLxYCADA&ved=0CCAQ6AEwAQ#v=onepage&q=concepto%20de%20tarifarios&f=false>
2. Del Bosque Sofía. (1998) Megatendencias de Cambio y Desarrollo en las Proximidades del Siglo XXI: El macro contexto. en Manos a la Salud. México. CIESS-OPS. Recuperado de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
3. García Canclini, Néstor. (1989). Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad. Grijalbo: México. Recuperado de https://mareikegornemann.wordpress.com/2013/02/05/definiciones-de-cultura-interculturalidad-y-multiculturalidad/#_ftn3
4. García. A. (2001). Revista Asturiana de Economía - RAE N° 21. El uso de indicadores financieros en el análisis de la información contable pública, una aplicación a los ayuntamientos asturianos. El uso de indicadores en el análisis financiero de la administración local. Recuperado de <file:///C:/Users/Diana%20Castillo/Downloads/DialnetEIUsoDeIndicadoresFinancierosEnElAnalisisDeLaInfor-4035389.pdf>
5. Gobierno autónomo descentralizado provincial de Pastaza. (2015). Puyo reseña histórica. Recuperado de <http://www.pastaza.gob.ec/pastaza/puyo>
6. Lam R & Hernández P. (2008). Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud?. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol24_2_08/hih09208.htm
7. Heizer J& Render B. (2004). Principios de administración de operaciones. Administración de la calidad. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=jVlwSsVHUfAC&pg=PA192&dq=Los+costos+como+una+dimensi%C3%B3n+de+la+calidad&hl=es&sa=X&ei=NYEtVe2NFoq_sQSx3ICQAg&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=Los%20costos%20como%20una%20dimensi%C3%B3n%20de%20la%20calidad&f=false

8. Margaret Whitehead. (1191). Los conceptos y principios de la equidad en la salud. Recuperado de http://cursos.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/61/bibli/m1-Whitehead_M-conceptos_y_principios_de_equidad_en_salud_-_OPS_1991.pdf
9. Martínez W. (2002). Estadística descriptiva con énfasis en Salud Pública. Costos. p229.235. Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?id=P5iWYSIYrnUC&pg=PA235&dq=concepto+de+costos+en+la+salud&hl=es&sa=X&ei=zuwuVdH-BsaLsAWgolDwDA&ved=0CCEQ6AEwAQ#v=onepage&q=concepto%20de%20costos%20en%20la%20salud&f=false>
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Planificación, gestión, coordinación y control de la salud pública*. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/el-ministerio/>
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Planificación, gestión, coordinación y control de la salud pública*. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/objetivos/>
12. Ministerio de salud pública del ecuador. (2013). Lineamientos operativos del MAIS. Recuperado de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
13. Ministerio de salud Pública del ecuador. (2013). Lineamientos operativos para la implementación del MAIS. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/Modelo-de-Atencio%CC%81n-Integral-de-Saludu-MAIS.pdf>
14. Ministerio de salud pública del Ecuador. (2014). Recuperado de https://public.tableau.com/profile/javier.gaona#!/vizhome/CONSULTAS_RDA_CAA_0/Produccion_Total
15. Ministerio de salud pública del Ecuador. (2013). Recuperado de https://public.tableau.com/profile/javier.gaona#!/vizhome/MORBILIDAD_RDA_CAA_2013_0/Presentacion
16. Ministerio de salud pública del Ecuador. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Recuperado de

https://public.tableau.com/profile/javier.gaona#!/vizhome/CONSULTAS_RDA_CAA_0/Produccion_Total

17. Ministerio de salud pública del Ecuador. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Recuperado de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
18. MSP. (2013). Norma técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/NORMA-FINAL-unificada-REVISION-2pdf.pdf>
19. Otero M. Jaime, Otero I. (2002). Calidad. Ética y Marketing Tomo 2. Mayo del. Recuperado de <http://www.adecra.org.ar/comercio64/html/458343calidad%20en%20salud.pdf>
20. Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la salud glosario. Equidad en salud. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
21. REVILLA, J. (2010). *Principios Doctrinales de la Seguridad Social: Principio de Universalidad*. Apuntes jurídicos. Recuperado de <http://jorgemachicado.blogspot.com/2010/08/universalidad.html>
22. Secretaria de planificación y desarrollo. (2013). Mejorar la calidad de vida de la población. Recuperado de <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion#tabs3>
23. SCHOECK HELMUT. (1981). Diccionario de Sociología. 3ª ed. Herder, Barcelona. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/111416963/SCHOECK-HELMUT-DICCIONARIO-DE-SOCIOLOGIA#scribd>
24. UNESCO. (2008). Diccionario Latinoamericano de Bioética. Integridad. p.345-346 Recuperado de <http://www.unesco.org/uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/DicoPar tell.pdf>
25. UNICEF. (2005) El objetivo: reducir la mortalidad infantil. Recuperado de <http://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>

26. Varga N, Madrigal E, Chirino E, Esquivel J& Morales J. (2011). Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. Marco histórico de la ética y la bioética. Primera Edición. p.22. Recuperado de http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4822/libro_principios_de_etica.pdf

ANEXOS

Anexo N°1
Certificación de datos recogidos del distrito



CERTIFICACION

El distrito 16D01 de la provincia de Pastaza Zona 3, certifica que:

El departamento Administrativo – Financiero entregó información fidedigna de las Unidades Operativas de Kumay, Lorocachi, Sarayacu y Veracruz, a la Srta. Maestrante de la Universidad Particular de Loja, Lcda. Diana Isabel Castillo Yangua, portadora de la cédula de identidad Nro. 1104421092.

Para los fines pertinentes.

Atentamente;

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large loop and a smaller flourish.

Dra. CLAUDIA ARACELI AVILA MOLINA
DIRECTORA PROVINCIAL DE SALUD DE PASTAZA

Anexo N°2

Puestos de salud de Kkumay y Lorocachi, subcentro de salud Kumay y Veracruz

a) Mano de Obra

PROYECTO: EVALUACION FINANCIERA DEL PRIMER NIVEL																										
COORDINACION ZONAL 3																										
DISTRITO N.16 D01 Pastaza- Mera- Santa Clara																										
INFORMACION DE DISTRIBUCION DE TIEMPO Y COSTO DE MANO DE OBRA																										
MATRIZ PARA CALCULO DE COSTO HORA HOMBRE																										
			SUELDO TOTAL MENSUAL EN BASE A NÚMERO DE PERSONAL																							
			MESES LABORADOS																							
UNIDAD OPERATIVA	NOMINA DEL PERSONAL ASIGNADOS	PROFESIÓN Y/O CARGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEM	OCTUBRE	NOVIEM	DICIEM	TOTAL	Jornada de trabajo (HORAS)	Horas contratadas al mes (Estandar OPS)	Horas asignadas al servicio (173,20 (8 horas))	COSTO PROMEDIO MENSUAL SERVICIO	RMU	DECIMOTERCERO	DECIMOCUARTO	Aporte patronal	FONDOS RESERVA	TOTAL	Costo hora hombre
LORACACHI	SULEDO BASE CONSULTA EXTERNA MEDICO RURAL	1	0	0	0	0	0	1	89	7	0	89	35	0	613	8	173,20	68,67	510,87	986,00	82,17	28,33	109,94	82,13	1288,57	7,44
	PLAZA 1	MEDICO RURAL	2	2	2	2	2	1	11	1	1	11	64	5	958	8	173,20	68,67	510,87							
	RODRIGUEZ JIMENEZ JOSE LUIS	DIAS LABORADOS						1	15	1	1	15			79	8	173,20	52,67	391,83	986,00	82,17	28,33	109,94	82,13	1288,57	7,44
	AVALOS GARCIA													6	1	24	8	173,20	16,00	119,04	986,00	82,17	28,33	109,94	82,13	1288,57
	PLAZA 1	ODONTOLOG		4	4	4	4	4	5	93	9	1	81	12	1	908			48,0	357,1						

	O	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 9	6	3 6	1 7 4	7	93	4 1 2	4			0	1								
GARCIA MENDOZA JORGE LUIS	DIAS LABORADOS						2	9	9	3	7	9		49	8	173, 20	32,6 7	243,0 3	986 ,00	82,1 7	28, 33	109 ,94	82,1 3	128 8,5 7	7,4 4	
CACERES MORALES SILVIA MARIELA													6	7	23	8	173, 20	15,3 3	114,0 8	986 ,00	82,1 7	28, 33	109 ,94	82,1 3	128 8,5 7	7,4 4
PLAZA 1	ENFERMERA	3 4 7	3 4 7	3 4 7	3 4 7	3 4 7	3 4 7	34 7	3 4 7	3 4 7	34 7	34 7	3 4 7	416 7			0,00	0,00								
QUISHPE CAIZA HIPATIA FERNANDA	DIAS LABORADOS														8	173, 20	0,00	0,00	901 ,00	75,0 8	28, 33	100 ,46	75,0 5	117 9,9 3	6,8 1	
PLAZA 1	MEDICO RURAL	4 6 9	4 6 9	4 6 9	4 6 9	4 6 9	4 6 9	46 9	4 6 9	5 8 8	46 9	58 8	4 6 9	587 0			2,67	19,84								
ESCOBAR MIRANDA	DIAS LABORADOS									2		2		4	8	173, 20	2,67	19,84	986 ,00	82,1 7	28, 33	109 ,94	82,1 3	128 8,5 7	7,4 4	
PLAZA 1	MEDICO RURAL	2 8 8	2 8 8	2 8 8	2 8 8	2 8 8	28 8	2 8	4 6	28 8	28 8	2 8	8 466				2,00	177,1 3								
SALAZAR VILLACIS	DIAS LABORADOS									3				3	8	173, 20	26,0 0	193,4 3	986 ,00	82,1 7	28, 33	109 ,94	82,1 3	128 8,5 7	7,4 4	
PLAZA 1	ODONTOLOG O	4 0 0	4 0 0	4 0 0	4 0 0	4 0 0	40 0	4 0	5 7	40 8	40 0	4 0	497 7				26,0 0	193,4 3								
HORNA HERNANDEZ	DIAS LABORADOS									3				3	8	173, 20	2,00	14,88	986 ,00	82,1 7	28, 33	109 ,94	82,1 3	128 8,5 7	7,4 4	
PLAZA 1	OBSTETRIZ	6 8 7	4 6 9	4 6 9	4 6 9	8 5 1	63 3	6 8	4 6	79 6	68 7	6 6	775 8				26,0 0	177,1 3								
FRANCO JUNCO	DIAS LABORADOS	4				7	3	4			6	4	1 1	39	8	173, 20	26,0 0	177,1 3	901 ,00	75,0 8	28, 33	100 ,46	75,0 5	117 9,9 3	6,8 1	

KUM
AY

SARA YACU	PLAZA 1	ENFERMERA	3 4 7	3 4 7	3 4 7	3 4 7	3 4 7	3 4 7	3 4 7	34 4 7	3 4 7	3 4 7	34 4 7	34 4 7	3 4 7	416 7			0,00	0,00										
	SISA ÑAMO BEATRIZ YOCONDA	DIAS LABORADOS														0	8	173, 20	0,00	0,00	108 6,0 0	90,5 0	28, 33	121 ,09	90,4 6	141 6,3 9	8,1 8			
	PLAZA 1	AUXILIAR ENFERMERA	3 4 7	3 4 7	3 4 7	3 4 7	3 4 7	3 4 7	3 4 7	34 4 7	3 4 7	3 4 7	34 4 7	34 4 7	3 4 7	416 7			0,00	0,00										
	CHIRIAP KAJEKAI KAJEKAI LUIS	DIAS LABORADOS														0	8	173, 20	0,00	0,00	775 ,00	64,5 8	28, 33	86, 41	64,5 6	101 8,8 9	5,8 8			
	PLAZA 1	MEDICO	4 6 9	4 6 9	4 6 9	4 6 9	4 6 9	5 4 1	5 14 22		4 6 9	5 4 1	46 46 9	46 46 9	5 4 1	979 8			46,6 7	347,1 9										
	SILVA TIRADO	DIAS LABORADOS						1 8	16		1 8				1 8	70	8	173, 20	46,6 7	347,1 9	986 ,00	82,1 7	28, 33	109 ,94	82,1 3	128 8,5 7	7,4 4			
	PLAZA 1	MEDICO RURAL	2 8 8	2 8 8	2 8 8	2 8 8	2 8 8	# # #	28 8		2 8	9 4	11 11	11 81	0 0	368 0			38,0 0	282,7 1										
	BAQUE CASTRO	DIAS LABORADOS									1 1	14	15		1 7	57	8	173, 20	38,0 0	282,7 1	986 ,00	82,1 7	28, 33	109 ,94	82,1 3	128 8,5 7	7,4 4			
	PLAZA 2	ODONTOLOGO Y O.RURAL	6 8 8	6 8 8	6 8 8	6 8 8	6 8 8	6 8 8	68 8		6 8	3 4	14 61	14 61	6 6	366 4			11,3 3	84,32										
	CHALAN BALTAZAR	DIAS LABORADOS									1 1	13	13		1 3	17	8	173, 20	11,3 3	84,32	986 ,00	82,1 7	28, 33	109 ,94	82,1 3	128 8,5 7	7,4 4			
	PLAZA 1	OBSTETRIZ	4 6 9	4 6 9	4 6 9	4 6 9	7 0 7	4 6 9	46 9		4 6 9	4 6 9	46 46 9	46 46 9	4 6 9	587 0			0,00	0,00										
LLUNDO TENEDA MAYRA JEANNETH	DIAS LABORADOS						4									8	173, 20	0,00	0,00	986 ,00	82,1 7	28, 33	109 ,94	82,1 3	128 8,5 7	7,4 4				
VERA	PLAZA 1	MEDICO	4	4	4	4	4	4	46	8	4	46	46	4	598			4,00	29,76											

Anexo N°3

Puestos de salud de Kkumay y Lorocachi, subcentro de salud Kumay y Veracruz

a)Informacion recolectada de medicinas

MEDICINAS ANUALES APROXIMADAS	
KUMAY	1.866,69
LOROCACHI	4.480
SARAYACU	5.851,44
VERACRUZ	11.184

b) Informacion recolectada biomateriales odontologicos

MATERIAL ODONTOLOGICOS ANNUAL APROXIMADO	
KUMAY	380,00
LOROCACHI	3.620
SARAYACU	1.300,00
VERACRUZ	7.080

Puestos de salud de Kumay y Lorocachi, subcentro de salud de Kumay y Veracruz

c) Depreciaciones uso del inmueble y enseres

SERVICIO	m2	Costo metro cuadrado	Total avaluo	USO ANUAL	USO MENSUAL
CONSULTA MEDICINA GENERAL	30	12	360	6,48	0,54
ODONTOLOGIA	20	12	240	4,32	0,36
PROCEDIMIENTOS	20	12	240	4,32	0,36
Total	70	36	840	15,12	1,26

SERVICIO	m2	Costo metro cuadrado	Total avaluo	USO ANUAL	USO MENSUAL
CONSULTA MEDICINA GENERAL	42	12	504	9,07	0,756
ODONTOLOGIA	20	12	240	4,32	0,36
PROCEDIMIENTOS	14	12	168	3,02	0,252
ADMINISTRATIVOS	10	12	120	2,16	0,18
Total	86	48	1032	18,576	1,548

NOMBRE DE LA UNIDAD: SARAYACU

SERVICIO	m2	Costo metro cuadrado	Total avaluo	USO ANUAL	USO MENSUAL
CONSULTA MEDICINA GENERAL	40	12	480	8,64	0,72
ODONTOLOGIA	20	12	240	4,32	0,36
PROCEDIMIENTOS	20	12	240	4,32	0,36
Total	80	36	960	17,28	1,44

NOMBRE DE LA UNIDAD: VERACRUZ

SERVICIO	m2	Costo metro cuadrado	Total avaluo	USO ANUAL	USO MENSUAL
CONSULTA MEDICINA GENERAL	60	12	720	12,96	1,08
ODONTOLOGIA	25	12	300	5,40	0,45
VACUNAS	20	12	240	4,32	0,36
PROCEDIMIENTOS	25	12	300	5,40	0,45
ADMINISTRACION	20	12	240	4,32	0,36
Total	150	60	1800	32,4	2,7

b) Depreciación

NOMBRE DE LA UNIDAD: KUMAY				
MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE MUEBLES Y ENSERES				
No .	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	900	81,00	6,75
7	ODONTOLOGIA	480	43,20	3,60
9	PROCEDIMIENTOS	350	31,50	2,63
	Total	1730	155,70	12,98

NOMBRE DE LA UNIDAD: KUMAY				
MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE EQUIPOS DE OFICINA y EQUIPO MEDICO				
	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL
	CONSULTA MEDICINA GENERAL	1200	108,00	9,00
	ODONTOLOGIA	1100	99,00	8,25
	PROCEDIMIENTOS	560	50,40	4,20
	Total	2860	257,40	21,45

NOMBRE DE LA UNIDAD: LORACACHI				
MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE MUEBLES Y ENSERES				
No .	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	1100	99,00	8,25
7	ODONTOLOGIA	800	72,00	6,00
9	PROCEDIMIENTOS	388	34,92	2,91
9	ADMINISTRACION	321	28,89	2,41
	Total	2609	234,81	19,57

NOMBRE DE LA UNIDAD: LORACACHI				
MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE EQUIPOS DE OFICINA y EQUIPO MEDICO				
	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL
	CONSULTA MEDICINA GENERAL	1400	126,00	10,50
	ODONTOLOGIA	1500	135,00	11,25
	PROCEDIMIENTOS	824	74,16	6,18
	ADMINISTRACION	824	74,16	6,18
	Total	4548	409,32	34,11

NOMBRE DE LA UNIDAD: SARAYACU				
MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE MUEBLES Y ENSERES				
No .	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL

NOMBRE DE LA UNIDAD: SARAYACU				
MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE EQUIPOS DE OFICINA y EQUIPO MEDICO				
	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL

1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	2150	193,50	16,13
7	ODONTOLOGIA	1100	99,00	8,25
9	PROCEDIMIENTOS	580	52,20	4,35
	Total	3830	344,70	28,73

	CONSULTA MEDICINA GENERAL	1899	170,91	14,24
	ODONTOLOGIA	2200	198,00	16,50
	PROCEDIMIENTOS	300	27,00	2,25
	Total	4399	395,91	32,99

NOMBRE DE LA UNIDAD: VERACRUZ				
MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE MUEBLES Y ENSERES				
No .	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	2580	232,20	19,35
7	ODONTOLOGIA	1795	161,55	13,46
9	PROCEDIMIENTOS	834	75,06	6,26
16	VACUNAS	778	70,02	5,84
16	ADMINISTRACION	450	40,50	3,38
	Total	6437	468,81	39,07

NOMBRE DE LA UNIDAD: VERACRUZ				
MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE EQUIPOS DE OFICINA y EQUIPO MEDICO				
	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL
	CONSULTA MEDICINA GENERAL	2900	261,00	21,75
	ODONTOLOGIA	3560	320,40	26,70
	PROCEDIMIENTOS	958	86,22	7,19
	VACUNAS	9120	820,80	68,40
	ADMINISTRACION	987	88,83	7,40
	Total	17525	667,62	55,64

d) Costos fijos

CONSUMO DE TELEFONO													
Nombre de la unidad medica	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
DIRECCION DISTRICTAL 16D01	455.99	408.62	367.19	493.19	478.93	520.43	451.02	433.02	1060.84	995.35	1050.15	1109.46	7824.19
Luz Veracruz	56,99	50,98	45,10	31,00	55,00	59,81	49,18	38,00	40,40	58,11	50,45	53,48	588,50
Total	455.99	408.62	367.19	493.19	478.93	520.43	451.02	433.02	1060.84	995.35	1050.15	1109.46	7824.19

e) Recetas despachadas

	RECETAS DESPACHADAS DE LAS UNIDADES											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
KUMAY						42	45	41	72	49	38	77
LOROCACHI						56	158	97	78	144	68	193
SARAYACU					76	128	230		199	71	115	120
VERACRUZ	138	120	120	238	215	398	329	289	387	410	101	29

Anexo N°2

CUADROS GERENCIALES ANUALES DEL PUESTO DE SALUD DE KUMAY
 CUADRO GERENCIAL #1

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo	
			Servicio	Unitario
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	519,00	19.189,75	36,97
Subtotal	CONSULTA	519	19.189,75	36,97
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	3,00	0,00	0,00
Subtotal	CONSULTA	3	0,00	0,00
ODONTOLOGIA	CONSULTA	134,00	380,00	2,84
	TOT	0,00		0,00
Total			19.569,75	
Apoyo				
FARMACIA	RECETAS	552,00	0,00	4,35
	\$Produc.		2.400,03	4,35
VACUNAS	VACUNAS	813,00	3.220,89	3,96
	\$Produc.		0,00	0,00
ADMINISTRACION	#Servs.	447,64	2.792,92	6,24

CUADROS GERENCIALES ANUELES DEL PUESTO DE SALUD DE KUMAY
 CUADRO GERENCIAL #4

Insumos/Servicios	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	FARMACIA	VACUNAS	ADMINISTRACION	Total	Porcentaje
REM.PERSO.PLANTA	13.471,78				3.220,89	2.228,76	18.921,43	84,61
Total GASTOS DE PERSONAL	13.471,78				3.220,89	2.228,76		
COMBUSTIBLE/LUBRICAN						7,41	7,41	0,03
MAT. OFICINA						18,70	18,70	0,08
INS.MEDICO/ODONTOLOG	97,05						97,05	0,43
MEDICINAS	2.400,03						2.400,03	10,73
BIOMETERIALES ODONTO			380,00				380,00	1,70
Total BIENES D USO/CONSUMO	2.497,08		380,00			26,11		
OTROS SERVICIOS						2,70	2,70	0,01
Total COMPRA SERVICIOS						2,70		
DEPRECIACIONES						516,45	516,45	2,31
Total DEPRECIACIONES						516,45		
COSTO USO EDIFICIO						18,90	18,90	0,08
Total COSTO USO EDIFICIO						18,90		
Total c. directo	15.968,86		380,00		3.220,89	2.792,92	22.362,67	100,00
Porcentaje	71,41		1,70		14,40	12,49		
Insumos/Servicios	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	FARMACIA	VACUNAS	ADMINISTRACION	Total	Porcentaje
IMAGEN	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FARMACIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VACUNAS	3.220,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.220,89	
PROCEDIMIENTOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LIMPIEZA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MANTENIMIENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TRANSPORTE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ADMINISTRACION	2.279,01	0,00	54,23		0,00	459,67	2.792,91	
Total c. indirecto	5.499,90		54,23		459,67			
Total costos	21.468,76		434,23		3.680,56		2.792,92	
Porcentaje	96,00		1,94					
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT	RECETAS	VACUNAS			
Producción primaria	519	3	134	552	813			
Producción secundaria	0	0	0	0	0			
TOTAL COSTOS DIRECI	22.362,67	SUMATORIA COSTOS T	Diferencia					
		21.902,99	459,68					

CUADROS GERENCIALES ANUALES DEL PUESTO DE SALUD DE LORACACHI

CUADRO GERENCIAL #1

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo	
			Servicio	Unitario
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	914,00	23.341,95	25,54
Subtotal	CONSULTA	914	23.341,95	25,54
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	18,00	220,56	12,25
Subtotal	CONSULTA	18	220,56	12,25
ODONTOLOGIA	CONSULTA	711,00	14.186,22	19,95
	TOT	0,00		0,00
Total			37.748,73	
Apoyo				
FARMACIA	RECETAS	969,00	0,00	5,28
	\$Produc.		5.120,00	5,28
ADMINISTRACION	#Servs.	443,07	33.177,36	74,88

CUADROS GERENCIALES ANUALES DEL PUESTO DE SALUD DE LORACACHI
 CUADRO GERENCIAL #4

Insumos/Servicios	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	FARMACIA	ADMINISTRACION	Total	Porcentaje
REM.PERSO.PLANTA	18.221,95	220,55	10.566,30		31.127,89	60.136,70	84,79
Total GASTOS DE PERSONAL	18.221,95	220,56	10.566,30		31.127,89		
COMBUSTIBLE/LUBRICAN					452,68	452,68	0,64
MAT. OFICINA					35,00	35,00	0,05
INS.MEDICO/DDONTOLOG					710,08	710,08	1,00
MEDICINAS	5.120,00					5.120,00	7,22
BIOMETERIALES ODONTO			3.619,92			3.619,92	5,10
Total BIENES D USO/CONSUMO	5.120,00		3.619,92		1.197,76		
OTROS SERVICIOS					78,49	78,49	0,11
Total COMPRA SERVICIOS					78,49		
DEPRECIACIONES					751,52	751,52	1,06
Total DEPRECIACIONES					751,52		
COSTO USO EDIFICIO					21,70	21,70	0,03
Total COSTO USO EDIFICIO					21,70		
Total c. directo	23.341,95	220,56	14.186,22		33.177,36	70.926,09	100,00
Porcentaje	32,91	0,31	20,00		46,78		
ADMINISTRACION	20.515,24	193,85	12.468,27		0,00	33.177,36	
Total c. indirecto	20.515,24	193,85	12.468,27				
Total costos	43.857,19	414,41	26.654,49		33.177,36		
Porcentaje	61,84	0,58	37,58				
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT	RECETAS			
Producción primaria	914	18	711	969			
Producción secundaria	0	0	0	0			
TOTAL COSTOS DIRECTO	70.926,09	70.926,09	Diferencia				
			0,00				

CUADROS GERENCIALES ANUALES DEL PUESTO DE SALUD DE SARAYACU
 CUADRO GERENCIAL #1

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo	
			Servicio	Unitario
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	1.140,00	14.723,28	12,92
Subtotal	CONSULTA	1140	14.723,28	12,92
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	30,00	640,06	21,34
Subtotal	CONSULTA	30	640,06	21,34
ODONTOLOGIA	CONSULTA	210,00	5.034,00	23,97
	TOT	0,00		0,00
Total			20.397,34	
Apoyo				
FARMACIA	RECETAS	1.010,00	0,00	5,79
	\$Produc.		5.851,44	5,79
ADMINISTRACION	#Servs.	515,22	14.269,49	27,70

CUADROS GERENCIALES ANUALES DEL PUESTO DE SALUD DE SARAYACU
CUADRO GERENCIAL #4

Insumos/Servicios	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	FARMACIA	ADMINISTRACION	Total	Porcentaje
REM.PERSO.PLANTA	8.762,33	315,06	4.069,00		11.542,40	24.670,05	71,19
Total GASTOS DE PERSONAL	8.762,33	315,06	4.069,00		11.542,40		
COMBUSTIBLE/IRRIGAN					532,10	532,10	1,54
MAT. OFICINA					22,17	22,17	0,06
INS.MEDICO/ODONTOLOG	840,94				530,20	1.377,22	3,97
MEDICINAS	5.120,01				731,43	5.851,44	16,88
BIOMATERIALES ODONTO		325,00	975,00			1.300,00	3,75
Total BIENES D USO/CONSUMO	5.960,95	325,00	975,00		1.822,06		
OTROS SERVICIOS					141,05	141,05	0,41
Total COMPRA SERVICIOS					141,05		
DEPRECIACIONES					746,64	746,64	2,15
Total DEPRECIACIONES					746,64		
COSTO USO EDIFICIO					17,28	17,28	0,05
Total COSTO USO EDIFICIO					17,28		
Total c. directo	14.723,28	640,06	5.034,00		14.269,49	34.666,83	100,00
Porcentaje	42,47	1,85	14,52		41,16		
ADMINISTRACION	10.300,05	447,77	3.521,67	0,00		14.269,49	
Total c. indirecto	10.300,05	447,77	3.521,67				
Total costos	25.023,33	1.087,83	8.555,67		14.269,49		
Porcentaje	72,18	3,14	24,68				
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT	RECETAS			
Producción primaria	1140	30	210	1010			
Producción secundaria	0	0	0	0			
	TOTAL COSTOS DIRECTO	SUMATORIA COSTOS TI	Diferencia				
	34.666,83	34.666,83	0,00				

CUADROS GERENCIALES ANUALES DEL SUBCENTRO DE SALUD DE VERACRUZ
 CUADRO GERENCIAL #1

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo	
			Servicio	Unitario
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	3.773,00	41.901,01	11,11
Subtotal	CONSULTA	3773	41.901,01	11,11
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	33,00	936,59	28,38
Subtotal	CONSULTA	33	936,59	28,38
ODONTOLOGIA	CONSULTA	2.725,00	19.556,38	7,18
	TOT	0,00		0,00
Total			62.393,98	
Apoyo				
FARMACIA	RECETAS	2.875,00	0,00	4,21
	\$Produc.		12.116,00	4,21
VACUNAS	VACUNAS	738,00	2.994,16	4,06
	\$Produc.		0,00	0,00
ADMINISTRACION	#Servs.	2.762,26	14.142,91	5,12

CUADROS GERENCIALES ANUALES DEL SUBCENTRO DE SALUD DE SALUD DE VERACRUZ
 CUADRO GERENCIAL #4

Insumos/Servicios	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	FARMACIA	VACUNAS	ADMINISTRACION	Total	Porcentaje
REM.PERSO.PLANTA	25,945.42	345.59	12,476.38		2,994.16	12,047.08	53,809.63	70.31
Total GASTOS DE PERSONAL	25,945.42	346.59	12,476.38		2,994.16	12,047.08		
MAT. OFICINA						36.44	36.44	0.05
INS.MEDICO/ODONTOLOG	845.43						845.43	1.10
MEDICINAS	12,116.00						12,116.00	15.83
BIDMATERIALES ODONTO		590.00	7,080.00				7,670.00	10.02
OTROS DE USO Y CONSU						308.51	308.51	0.40
Total BIENES D USO/CONSUMO	12,961.43	590.00	7,080.00			344.95		
SERVICIOS BASICOS						581.96	581.96	0.76
Total SERVICIOS BASICOS						581.96		
DEPRECIACIONES						1,136.52	1,136.52	1.48
Total DEPRECIACIONES						1,136.52		
COSTO USO EDIFICIO						32.40	32.40	0.04
Total COSTO USO EDIFICIO						32.40		
Total c. directo	38,906.85	936.59	19,556.38		2,994.16	14,142.91	76,536.89	100.00
Porcentaje	50.83	1.22	25.55		3.91	18.48		
VACUNAS	2,994.16	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,994.16	
PROCEDIMIENTOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
LIMPIEZA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
MANTENIMIENTO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
TRANSPORTE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
ADMINISTRACION	8,819.06	212.30	4,432.87	0.00	678.69		14,142.92	
Total c. indirecto	11,813.22	212.30	4,432.87		678.69			
Total costos	50,720.07	1,148.89	23,989.25		3,672.85	14,142.91		
Porcentaje	66.27	1.50	31.34					
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT	RECETAS	VACUNAS			
Producción primaria	3773	33	2725	2875	738			
Producción secundaria	0	0	0	0	0			
TOTAL COSTOS DIRECTOS	76,536.89	75,858.21	678.68					