



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 la unidad anidada, Santa Isabel –distrito 01 d 03

Azuay 2014

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Sigüencia Astudillo, Héctor Fabián MD

DIRECTORA: Loyola Illescas, Carmela Marianita Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO CUENCA

2015

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister Lcda.

Carmela Loyola Illescas

DOCENTE DE TITULACION

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, denominado: Evaluación Financiera del Establecimiento de Salud de Primer Nivel-Unidad Anidada Santa Isabel, Distrito 01 D03, Zona 6 Provincia del Azuay. 2014 realizado por el MD Sigüencia Astudillo Héctor Fabián ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Cuenca 10 de Diciembre 2015

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo Héctor Fabián Sigüencia Astudillo declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: Evaluación Financiera del Establecimiento de Salud de Primer Nivel-Unidad Anidada Santa Isabel, Distrito 01 D03, Zona 6 Provincia del Azuay. de la Titulación Gerencia en salud para el desarrollo Local siendo Carmela Marianita Loyola Illescas directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

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

Autor: Sigüencia Astudillo, Héctor Fabián MD

Cédula: 0103931234

DEDICATORIA

A mi esposa, a mis hijas/o y familiares que con su apoyo incondicional han permitido la superación personal.

AGRADECIMIENTOS

A mi Padre Creador. Al personal docente de la Maestría en Gerencia Integral de salud de la Universidad Técnica Particular de Loja por incentivar al adecuado uso de los conocimientos para alcanzar mi meta, de manera especial y particular a la Mg Lcda. Carmela Loyola en calidad de Directora de tesis que con su guía y apoyo supo tutelarme con abnegación para el desarrollo de este proyecto.

Quiero agradecer además al personal del Hospital José Félix Valdivieso y del distrito de salud 01 D03 por su apertura y apoyo en la realización del proyecto colaborativo

INDICE DE CONTENIDOS

Pág.	
CARÁTULA.....	I
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III, IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
Introducción.....	3
Problematización	
Justificación	
Objetivos	
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO.....	9
1.1 Marco Institucional.....	9
1.1.1 Aspectos geográficos del lugar.....	13
1.1.2 Dinámica Poblacional.....	17-19
1.1.3 Misión de la Unidad de Salud.....	22
1.1.4 Visión de la Unidad de Salud.....	22
1.1.5 Organización administrativa de la Unidad de Salud.....	23
1.1.6 Servicios que presta la Unidad de Salud.....	24
1.1.7 Datos estadísticos de cobertura de la Unidad de Salud.....	25
1.1.8 Características geofísicas de la Unidad de salud.....	25
1.1.9 Políticas de la Institución.....	26
1.2 Marco Conceptual.....	27
1.2.1 El financiamiento.....	29

1.2.2 La política de Salud.....	29
1.2.3 Eficiencia, eficacia, efectividad.....	30-31
1.2.4 Costos.....	32-34
1.2.5 Punto de equilibrio.....	37

CAPÍTULO II

DISEÑO. METODOLÓGICO.....	37
2.1 Matriz de involucrados.....	37-39
2.2 Árbol de problemas.....	40
2.3 Árbol de objetivos.....	41
2.4 Matriz de marco lógico.....	41-42
2.5 Actividades.....	42

CAPÍTULO III

RESULTADOS.....	43
Resultado No. 1.....	43
1.1 Socialización del Proyecto.....	43
1.2 Taller de inducción al proceso de costos.....	45
1.3 Recolección de información.....	46-54
1.4 Análisis del resultado No.1.....	58
Resultado No. 2.....	58
2.1 Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud.....	59
2.2 Recolección de información.....	61
2.3 Análisis del resultado No. 2.....	62
Resultado No. 3.....	63
3.1 Calculo de punto de equilibrio.....	63

3.2 Resumen de punto de equilibrio de unidades intervenidas.....	64
3.3 Análisis de resultado No.3.....	64
3.4 . Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos.....	65
CONCLUSIONES.....	73-74
RECOMENDACIONES.....	76-77
BIBLIOGRAFÍA.....	78
ANEXOS.....	79

RESUMEN

En la ciudad de Santa Isabel en el Distrito de Salud 01 D03, en la Unidad de Salud Anidada adjunta al Hospital José Félix Valdivieso se carece de una Evaluación Financiera, hecho repetitivo en el resto de unidades de salud del Ecuador, lo que impulsaría a la Universidad Técnica Particular de Loja a formalizar el proyecto colaborativo “Evaluación financiera en los establecimientos de salud de primer nivel 2014” gracias al convenio firmado entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad.

La metodología para la elaboración del proyecto colaborativo utilizada es la herramienta de la matriz del marco lógico que sirve para planificar y comunicar en un solo cuadro la información más importante del proyecto, el propósito fue realizar la Evaluación Financiera, obteniéndose el costeo de los servicios de salud, la valoración económica de las prestaciones de salud, y en base a esta información se proponen estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera, lo que permitirá mejorar y contribuir al uso óptimo de los recursos.

Palabras claves: Salud, Evaluación financiera, primer nivel proyecto colaborativo.

SUMMARY

In the town of Santa Isabel in the Health District 01 D03 in Unit Nestled Health attached to the Hospital Jose Felix Valdivieso is lacking a financial assessment, made repetitive in other health units of Ecuador, which would boost the Private Technical University of Loja to formalize the collaborative project "Financial evaluation in health facilities first class 2014" thanks to the agreement signed between the Ministry of Public Health and the University.

The methodology for the development of the collaborative project is the tool used the logical framework matrix used to plan and communicate on a single frame the most important project information, the purpose was to make the Financial Evaluation, obtaining costing services health, economic valuation of health benefits, and based on this information improvement strategies are proposed Financial Management, which will improve and contribute to the optimal use of resources.

Keywords: Health, Financial evaluation, collaborative class project.

3. INTRODUCCIÓN

El Plan Nacional del Buen Vivir posiciona tanto al sector social como al sector salud, como ejes fundamentales del desarrollo y bienestar ciudadano, a través de la recuperación de lo público. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013) Para lo cual, fue necesaria una reforma estructural del Ministerio de Salud Pública (MSP).

De este modo, se diseñó e implementó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) el cual garantiza el derecho a la salud para toda la población, con un enfoque comunitario, familiar, pluricultural y de género. Basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), que busca acercar los servicios integrales de salud a los hogares y a la comunidad. Al primer nivel de atención se lo fortalece en infraestructura, equipamiento y tecnología, como puerta de entrada obligatoria a la red integral de los servicios de salud. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012a) así, se requirieron reformas al financiamiento de la salud en el país. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012b)

Según, este nuevo planteamiento sanitario, la base del cambio, se enfoca en los procesos de mejoramiento de la calidad en la atención, así como también en los proyectos con énfasis en la acción, acorde a las realidades individuales de cada comunidad.

Sin embargo, los distintos cambios en los ejes de dirección del sistema nacional de salud, han generado múltiples discrepancias sobre sus métodos administrativos, ya sean dentro de una o en diferentes provincias, dando lugar a procesos de inequidad entre las instituciones de salud. En contraste con los lineamientos del nuevo sistema de salud, basado en APS, que pretende priorizar la atención sanitaria y dotar de servicios a los múltiples establecimientos de manera equitativa.

Surge entonces la necesidad de distribuir los recursos según las necesidades de las unidades operativas. Por tanto, se hace imperioso el planillaje de los servicios de salud. Es decir, medir los costos en salud que son absorbidos por el Ministerio de Salud Pública, y a su vez, el precio de las acciones en salud generadas por el establecimiento. El conjunto de todas éstas actividades se definen como la evaluación financiera de la unidad de salud.

De acuerdo al sistema nacional de salud, la base de la pirámide de atención sanitaria, la conforman los centros de primer nivel (Lucio et al., 2011). En el caso del distrito de Salud 01 D 03, la Unidad Anidada del Hospital José Félix Valdivieso, constituye ésta base. Lugar, donde se realizará el presente proyecto de intervención, que pretende mejorar el uso óptimo de sus recursos, a través de una Evaluación Financiera de dicho espacio.

Al diseño metodológico de la intervención, se incluyeron actores sociales fundamentales como: el director del centro, a la unidad financiera, al personal institucional, a la colectividad y al maestrante. Los cuales concuerdan la importancia de conocer los costos reales de los servicios prestados por la institución, a fin de tener un costeo y facturación real, que permita recuperar los costos analizados en el capítulo III y IV

4. PROBLEMATIZACIÓN

Para una mejor visualización de los problemas identificados en el sector salud, se los ha clasificado acorde a las perspectivas de los actores determinantes de la institución como: el director, el personal institucional, la unidad financiera y los usuarios.

Asimismo, es importante mencionar que, no existen estudios precedentes o anteriores sobre una evaluación financiera dentro de la institución. Por lo que la información

obtenida fue recolectada a través de entrevistas personales, semi-estructuradas y de tipo exploratorias, a los actores institucionales y no institucionales indicados. (Peláez & González, 2013).

Desde la dirección institucional, existen tres dificultades identificadas. El primero es la ausencia del costeo de los servicios de salud. El segundo es la subestimación del planillaje como herramienta para la recuperación de costos; y, el tercero: el miedo a que los costos en salud, de los diferentes servicios, superen a las prestaciones y con ello se demuestre una supuesta ineficiencia de los servicios de salud.

La problemática abordada por el personal institucional, se basa en la sobrecarga de trabajo, que les impide registrar de forma adecuada las prestaciones de salud, es decir, aunque se prestan las acciones o actividades de salud, estas no son registradas en los sistemas informáticos respectivos de manera acorde. Por otro lado tampoco se realizan actividades de planillaje en los diferentes servicios, es más, las estructuras o directrices administrativas que dividan al personal para esta actividad, no existe. Además, identificaron que el limitado y pobre planillaje de las prestaciones de salud impiden conocer la realidad financiera de la unidad anidada.

En contraste, los problemas encontrados en la unidad financiera, se basan en la ausencia de una política y visión departamental sobre: estrategias de mejoramiento de la gestión financiera, educación en costos y análisis financieros.

Es decir, que el mayor problema institucional se resume a la Inexistencia de una Evaluación Financiera en la Unidad de primer nivel, denominada: Unidad Anidada de Santa Isabel. A su vez, la ausencia de una evaluación ha desencadenado una serie de

problemas tanto en la institución como en la comunidad. Si a ésta situación, se le añade la falta de planificación institucional, la problemática del centro se ahonda. La cual se ve reflejada en el deficiente servicio de salud planteado por los usuarios internos y externos.

De este modo, la problemática señalada por los prestadores de servicios, está relacionada con la mala percepción que tienen sobre la calidad de los servicios públicos, por lo que los usuarios se sienten desatendidos, insatisfechos y se ven obligados a buscar prestadores privados. Existe por tanto, una desvaloración y desacreditación de los servicios públicos de salud, por parte de los prestadores.

La dirigencia pública por su parte señala, una distribución insuficiente de recursos por déficit de asignaciones presupuestarias. Además de servicios de salud fragmentarios tanto estructural como en personal humano.

Desde la perspectiva de los usuarios, además de la insuficiente información sobre los servicios que presta la institución, la comunidad no valora los servicios de salud que recibe. Por otro lado, el usuario destina recursos hacia la compra de medicamentos, ya que el stock de farmacia es escaso, dado por una inadecuada planificación.

5. JUSTIFICACIÓN

La razón de ser de las instituciones y organizaciones es la de servir a la colectividad, por lo tanto, su objetivo debe ser el de satisfacer suficientemente las necesidades de las personas en su lucha por la supervivencia sobre la tierra, para que puedan vivir de la manera más agradable. De lo anterior se desprende que un servicio o producto de calidad es aquel que atiende perfectamente, en forma confiable, al mejor precio, con fácil acceso, de manera oportuna y aportando seguridad, las necesidades y expectativas del usuario.

El presente proyecto tiene relevancia científica, humana y contemporánea, ya que la administración y la gerencia en salud, son entonces, una fusión de herramientas modernas de gestión, de plena y fructífera aplicación a las entidades del sector de salud. Bajo este panorama, una evaluación integral realizada por profesionales con experiencia en el sector, es el concepto que mayor orientación y ayuda puede brindar al profesional y a las personas que desempeñan roles gerenciales en cualquier entidad de salud. Es por ello que se pretende aportar con la evaluación financiera de la unidad de salud de primer nivel Santa Isabel.

Se debe de considerar además que en el Ecuador a las instituciones de salud, se las evidencia como si sus servicios no tuviesen costos, ni generan ingresos, lo que en muchos de los casos ocasiona una mala utilización de los servicios por parte de los usuarios tanto externos como internos, situación que repercute en la calidad de las prestaciones otorgadas.

En el sector público la carencia de evaluación financiera hace que se asignen presupuestos no acordes con la realidad de cada una de las unidades operativas.

Este proyecto tiene un amplio interés social, institucional y personal, ya que existe la apertura de las autoridades y el interés de mejorar la calidad de atención del Centro de Atención Primaria en Salud, y como estudiante de la Maestría de Gerencia en Salud Para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, se pretende aportar con los conocimientos para contribuir de alguna manera al mejoramiento de la calidad de

atención de los servicios de salud a través de la evaluación financiera de la unidad de salud.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el componente financiero de la Unidad Operativa de primer nivel, Unidad Anidada Santa Isabel del distrito 01D03 Zona 6, mediante el análisis de costos, valoración económica de las prestaciones y formulación de estrategias de mejoramiento, lo que permitirá el mejoramiento en la calidad de atención a través del uso eficiente de los recursos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.-Realizar costeo de los servicios de salud.
2. Valoración económica de 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 TEORICO

1.1 Marco Institucional.

El Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria del Ecuador, por medio de la constitución de la república, garantiza el derecho a una salud digna tanto individual como colectiva de la ciudadanía. No solo enfocándose a la salud como el tratamiento de morbilidades sino en diversos ámbitos como: salud mental, ambiental y prevención de dichas morbilidades, que en su conjunto mejoran la calidad de vida de cada persona, familia y comunidad.

Santa Isabel, como zona en estudio, a pesar de tener al Hospital José Félix Valdivieso a su disposición, las veinte y cuatro horas del día y de ser un hospital de primer nivel, existe múltiples carencias en la atención de salud, heredadas de administraciones anteriores.

Desde la incorporación del nuevo modelo de atención en conjunto con el apoyo de las autoridades encargadas, de guiar el mejoramiento de las comunidades urbanas de Santa Isabel (Chaguarurco), se han promovido mejoras en diversas aéreas, entre las cuales encontramos: el servicio de maternidad gratuita, captando en mayor número a las embarazadas, mejorando su calidad de atención y disminuyendo los números de muertes materno-fetales. El programa desnutrición cero, con el cual se pudo observar en el área de consulta externa, una mayor incidencia de los niños menores de 5 años que acuden a esta casa de salud. Propuestas, que contribuyen al mejoramiento de la calidad de prestación de servicios de las personas de la zona urbana que acude a esta casa de salud.

Asentado en una luminosa colina, el antiguo pueblo de Chaguarurco, hoy se constituye en una floreciente y acogedora ciudad, altiva atalaya en medio del fértil valle de Yunguilla.

Fue fundada originalmente por indígenas Cañaris, en la actual comunidad de Cañaribamba y luego administrada por la encomienda española bajo la gobernación del Marqués Juan de Salinas. La explotación desenfrenada de las minas de oro del cerro

Shiry (3500 m.s.n.m) causó que la montaña se desplomara ocasionando la muerte tanto de indios como de españoles por igual y la desaparición de las muy codiciadas minas bajo toneladas de tierra.(Ilustre Municipalidad de Santa Isabel, 2015b)

En 1930, se funda la nueva población de Cañaribamba con el nombre de Chaguarurco. Los pobladores escogieron este lugar porque no era lejos de la villa original y por su ubicación geográfica y panorámica.

Por el año de 1900, Chaguarurco no pasaba de ser un pequeño caserío de Chozas de paja y unas contadas casitas de zinc y teja, cuyos dueños eran los más acaudalados del Valle de Yunguilla, ya que las Chozas, pertenecían a la clase desposeída o a los aparceros, quienes se ocupaban de la cultivación de terrenos.(Ilustre Municipalidad de Santa Isabel, 2015b).



de Santa Isabel

Foto N°1: El caserío

Fuente: Tomada de la Historia de Santa Isabel.
Recogido por: el autor

En el año de 1919 se forma el Comité Pro Cantonización de Chaguarurco, integrado por ciudadanos notables. Se conformaron dos organizaciones importantes: la Sociedad de Obreros "24 de Mayo" dirigidos por el señor Manuel Eloy Galarza y el grupo de la Cruz

Roja de Chaguarurco, liderado por Doña Rosario Hermida, esposa de don Manuel Eloy Galarza y por doña Abigail Plaza.(Ilustre Municipalidad de Santa Isabel, 2015b)

En esa época, un grupo de señores y damas solicitan al Sr. José Félix Valdivieso, que arriende su local para el funcionamiento de la Cruz Roja, pero él generosamente lo dona para la creación de un Dispensario Médico, fundándose el primer Centro de Salud del Valle de yunguilla. Donde el nombre de su benefactor perdura hasta el día de hoy.(Ilustre Municipalidad de Santa Isabel, 2015b)

Se vuelve a formar el nuevo Comité pro-Cantonización, ya no de Chaguarurco, sino de Santa Isabel. Gracias al apoyo del Dr. Rafael Galarza Arizaga y el Lcdo. Luis Cobos Moscoso, se consigue el Decreto de creación del Cantón un 20 de Enero de 1945, bajo la Presidencia de la República del Eximio Mandatario Sr. Dr. José María Velasco Ibarra. (Ilustre Municipalidad de Santa Isabel, 2015b)

En el año de 1947, se termina la arteria vial Girón – Pasaje y en el mismo año, se hace una donación del Ramal que une al centro cantonal con dicha arteria vial. En el año de 1956 se inaugura la vía de acceso desde el centro cantonal hasta la vía principal.(Ilustre Municipalidad de Santa Isabel, 2015b)

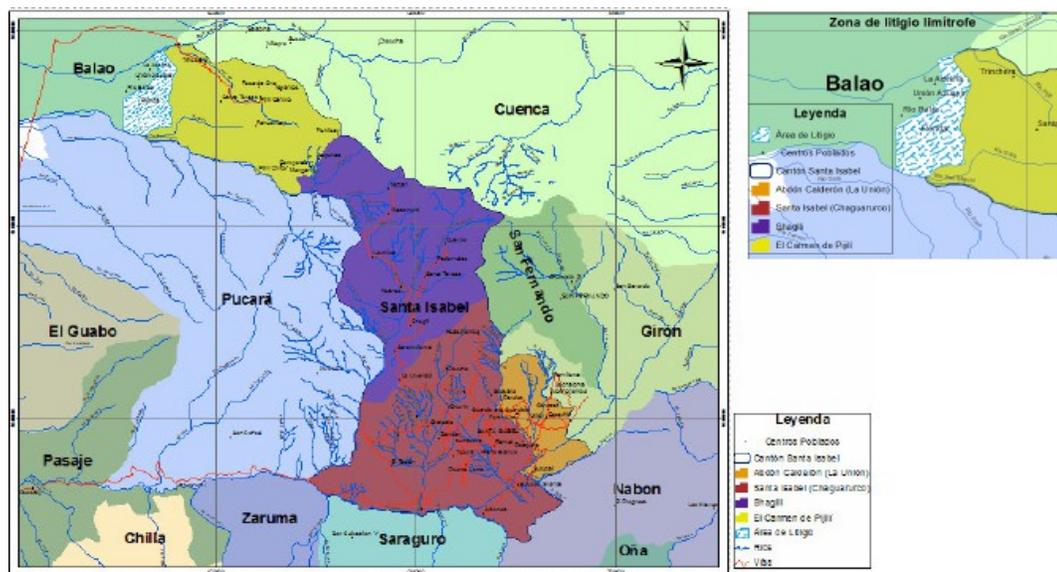
1.1.1 Aspectos geográficos del lugar.

El cantón Santa Isabel se encuentra en la cuenca alta y media del río Jubones, al sur de la provincia del Azuay. Cuya parroquia del mismo nombre, cuenta con las comunidades de Cañaribamba, Cevadillos, Chalcalo, Dandán, Guabopamba, Guagual, Guayara, Huasipamba, Jubones, La Victoria, Lunduma, Malapamba, Minas de Huascachaca, Paccha, Patapata, Peñablanca, Puenteloma, Salinas, Chuvín, San Alfonso, San Pedro, San Salvador de Cuba, Sulupali Grande, Tablón, Tortapali, Totoras, Tugula. Abdón Calderón (La Unión), El Carmen de Pijilí y Shaglli. (Ilustre Municipalidad de Santa Isabel, 2015c)

Se localiza en los puntos más extremos 79°34'53"W 2°54'19"S al Norte, 79°16'57"W 3°22'14"S al Sur, 79°13'15"W 3°17'13"S al Este y 79°37'30"W 2°59'30"S al Oeste.(Ilustre Municipalidad de Santa Isabel, 2015c)

Este cantón se encuentra a una altitud que va desde los 100 hasta los 4000 m.s.n.m. por lo cual presenta una gran variedad de zonas de vida.(Ilustre Municipalidad de Santa Isabel, 2015c)

El Cantón Santa Isabel limita: al Norte con el cantón Cuenca de la provincia del Azuay y Balao de la provincia del Guayas; al Sur con el cantón Zaruma de la provincia del Oro, Saraguro de la provincia de Loja y Nabón de la provincia del Azuay; al Este con los cantones San Fernando, Girón y Nabón de la provincia del Azuay y al Oeste con el cantón Pucará de la provincia de Azuay y Balao de la provincia del Guayas. (Mapa N°1) (Ilustre Municipalidad de Santa Isabel, 2015c)



Fuente: SIISE V.3.5 2003, INFOPLAN 2003, cartografía digital 1:50000, Límites Consejo Provincial del Azuay
Elaboración: Equipo Consultor, 2005

Mapa N°1: Mapa Político del Cantón de Santa Isabel y sus alrededores
Tomado de: SIISE V.3.5 2003, INFOPLAN 2003, cartografía digital 1:50000.
Recogido por: el autor

El cantón Santa Isabel cuenta con 77114 Hectáreas de territorio, 280898 metros de perímetro y el rango altitudinal va desde los 200 a los 4120m s.n.m.

La Parroquia Santa Isabel se caracteriza por contener el 37,63% de superficie del Cantón, seguida de la parroquia Shaglli con 33,23%, El Carmen de Pijilí se ubica en el tercer lugar por superficie de terreno correspondiente al 21,21% y por último Abdón Calderón con el 7,93% (Tabla N°1).(Ilustre Municipalidad de Santa Isabel, 2015a)

Tabla N°1:
Área en metros y hectáreas de las parroquias del Cantón de Santa Isabel

Tomado de: SIISE V.3.5 2003,

Tabla 14. Superficie de terreno en el Cantón Santa Isabel

Cantón Santa Isabel			
Parroquia	Área en metros	Área en Hectáreas	Porcentaje Cantón
El Carmen de Pijilí	163572077,56	16357,21	21,21%
Shaglli	256242637,94	25624,26	33,23%
Santa Isabel (Chaguarurco)	290178666,63	29017,87	37,63%
Abdón Calderón (La Unión)	61148022,44	6114,80	7,93%
Total del Cantón	771141404,56	77114,14	100,00%

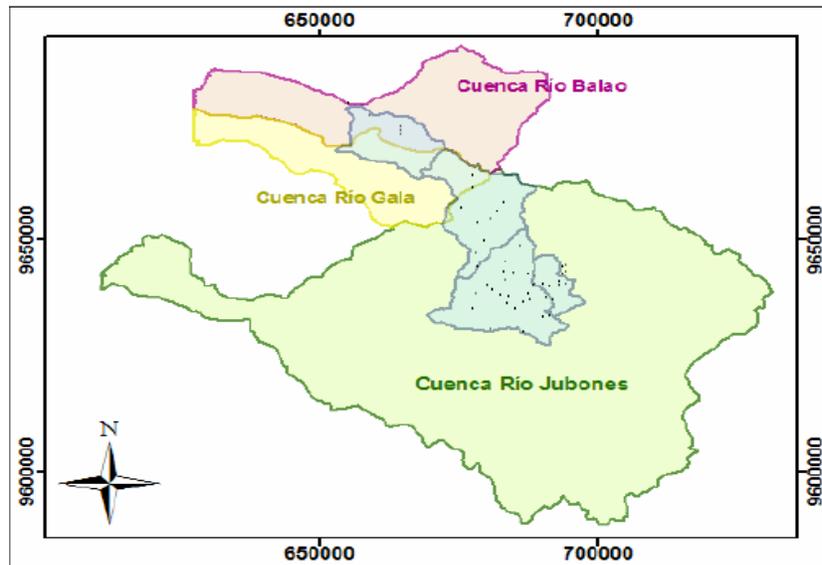
Fuente: SIISE V.3.5 2003, INFOPLAN 2003, cartografía digital 1:50000
Elaboración: Equipo Consultor, 2005

INFOPLAN 2003, cartografía digital 1:50000.
Elaborado por: el autor

En las quebradas y ríos principales y secundarios de la región, los caudales varían según la época del año, teniendo grandes volúmenes de agua en invierno y una notoria disminución en verano. Cuenta con cualidades y potencialidades para consolidarse como polo de desarrollo del turismo de la provincia del Azuay y a mediano plazo convertirse en una vitrina de oferta turística a nivel regional, nacional e internacional, tanto en el ámbito de recursos naturales, culturales arqueológicos y áreas de recreación.(Ilustre Municipalidad de Santa Isabel, 2015a)

El cantón Santa Isabel está dentro de 3 cuencas Hidrográficas: Río Jubones, Río Gala y Río Balao. Las parroquias de Santa Isabel y Abdón Calderón están íntegramente dentro de la Cuenca del Río Jubones, Shaglli está en su mayor parte dentro de ésta Cuenca y en menor proporción dentro de la Cuenca del Río Gala (Mapa N°2).(Empresa Turística Yebool, 2015)

El Carmen de Pijilí está entre las Cuencas del Río Balao y Río Gala distribuido en similares superficies. Posee una extensa red hidrográfica, comprendida principalmente por vertientes y quebradas secundarias que alimenta a sus ríos principales, Ríos Minas, Porotos, Jubones, Rircay, San Francisco, Mandur y en menos proporción Río Gusho. (Empresa Turística Yebool, 2015)



Fuente: SIISE V.3.5 2003, INFOPLAN 2003, cartografía digital 1:50000
Elaboración: Equipo Consultor, 2005

Mapa N°2: Las Cuencas Hidrográficas del Cantón de Santa Isabel
Tomado de: SIISE V.3.5 2003, INFOPLAN 2003, cartografía digital 1:50000.
Recogido por: el autor

El Cantón Santa Isabel debido a su topografía y posición geográfica, posee diversos rangos de temperatura promedio, rangos que van desde 4 grados centígrados hasta los 26 grados centígrados promedio anual. En general, se puede decir que el cantón presenta un clima caliente cuyas temperaturas oscilan entre los 16 a 22°C de promedio anual. (Empresa Turística Yebool, 2015)

1.1.2 Dinámica poblacional

Según los datos del sistema integrado de indicadores sociales del Ecuador del año 2012 la población del cantón Santa Isabel cuenta con una población 18,393.00. Los cuales 8,910.00 son hombres y 9,483.00 son mujeres.

DATOS DEMOGRÁFICOS

■ habitantes ■ hombres ■ mujeres



Gráfico N° 2 Datos Demográficos del Cantón Santa Isabel
Tomado de: SIISE, 2012.
Elaborado por: El autor

Tabla N°3: Distribución Demográfica del Cantón Santa Isabel según sexo, 2013

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
MENOR A 1 AÑO	220	1.83%
1-4	995	8.26%
5-9	1245	10.33%
10-14	1458	12.10%
15-19	1335	11.08%
20-49	4466	37.05%
50-64	1309	10.86%
65-74	583	4.84%
75 Y MÁS	442	3.67%
TOTAL	12053	100%

Tomado de: SIISE, 2013.
Elaborado por: El autor

OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

A continuación se detallará la ocupación que realiza la población económicamente activa del cantón Santa Isabel, según datos obtenidos del INEC en el año 2010.

Tabla N°4: Ocupación de la población económicamente activa de la parroquia Santa Isabel, 2010

OCUPACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
Empleado/a u obrero/a del Estado	432	8.92%
Empleado/a u obrero/a privado	755	15.59%
Jornalero/a o peón	839	17.32%
Patrono/a	76	1.57%
Socio/a	122	2.52%
Cuenta propia	2,266	46.78
Trabajador/a no remunerado	99	2.04%
Empleado/a doméstico/a	150	3.10%
Se ignora	105	2.17%
TOTAL	4,844	100%

Tomado de SIISE, 2013.
Elaborado por: El autor

Tabla N°5: Distribución de la población económicamente activa de la parroquia Santa Isabel según rama de actividad, 2010.

RAMAS DE ACTIVIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	2046	41.67%
Comercio al por mayor y menor	650	13.24%
Construcción	484	9.86%
Transporte y almacenamiento	246	5.01%
Enseñanza	220	4.48%
Actividades de alojamiento y servicio de comidas	192	3.91%
Industrias manufactureras	183	3.73%
Administración pública y defensa	175	3.56%
Actividades de los hogares como empleadores	139	2.83%
No declarado	125	2.55%
Otras actividades de servicios	72	1.47%
Trabajador nuevo	66	1.34%
Actividades profesionales, científicas y técnicas	61	1.24%
Actividades de la atención de la salud humana	60	1.22%
Actividades financieras y de seguros	46	0.94%
Actividades de servicios administrativos y de apoyo	45	0.92%
Información y comunicación	36	0.73%

Explotación de minas y canteras	29	0.59%
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	12	0.24%
Distribución de agua, alcantarillado y gestión de desechos	12	0.24%
Artes, entretenimiento y recreación	10	0.20%
Actividades inmobiliarias	1	0.02%
TOTAL	4910	100%

Tomado de: Censo de Población y Vivienda, INEC 2010.
Elaborado por: El Autor

Según los datos del HJFV, el número de nacidos vivos en el año 2012 fue de 302; contrastado con la información obtenida del Registro Civil, donde se registraron 340 inscripciones en el mismo período. Asumiremos que la diferencia puede deberse a la práctica del parto domiciliario que resulta común en la comunidad. La tasa bruta de natalidad de Santa Isabel es de 18.5 nacidos vivos por cada 1000 Habitantes.

Se registraron en Santa Isabel durante el año 2012 un total de 59 fallecimientos, de los cuales solamente 2 están registrados en el Hospital José Félix Valdivieso. La tasa bruta de mortalidad es de 3.2 por cada 1000 habitantes, lo cual corresponde a una tasa de mortalidad baja (menor al 15%).

En demografía, la tasa de fecundidad general es el medidor de la fecundidad, que se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período (año) y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo. El lapso es casi siempre un año, y se puede ver como el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil.

En Santa Isabel la tasa general de fecundidad es de 73 nacidos vivos por 1000 mujeres en edad fértil en el año 2012 de acuerdo a los datos de la oficina local del Registro Civil.

Tabla N°6: Distribución del número de familias existentes en la parroquia Santa Isabel según comunidad de ubicación. 2013.

COMUNIDAD	NUMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
MALAPAMBA	51	4,43%
PATAPATA	88	7,65%
TABLON	60	5,22%
LACAY	27	2,3%
SULUPALI	36	3,13%
	28	2,43%
SAN SALVADOR		
SAN NICOLAS	30	2,61%
QUILLOSISA	35	3,04%
STA. ISABEL	351	30,54%
DAN DAN	57	4,96%
TUGULA	29	2,52%
GUAYARA	34	2,95%
SAN PEDRO	38	3,30%
JUBONES	74	6,44%
PENA BLANCA	18	1,56%
HUASIPAMBA	39	3,39%
SANTA ANA	61	5,30%
LUNDUMA	54	4,69%
CHALCALO	21	1,82%
TOTORAS	18	1,56%
TOTAL	1149	100%

Tomado de: Fichas Familiares EBAS,2010.

Elaborado por: EL autor

Según los datos tomados de las fichas familiares abiertas desde el año 2007 hasta el año 2010, se encontraron un total de 1149 familias observándose una mayor población en la ciudad de santa Isabel con 351 familias, que corresponde a un 30,5%. Seguido de Patapata con 88 familias y Jubones con 74 familia. La menor concentración de población se encontró en las comunidades de Totoras y Peña Blanca

1.1.3 Misión de la unidad de salud.

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud [CITATION MIn11 \l 12298]

1.1.4 Visión de la unidad de salud.

El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad. [CITATION MIn11 \l 12298]

Como toda Unidad del Ministerio de Salud Pública esta difunde valores institucionales:

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.

1.1.5 Organización administrativa de la unidad de salud

La Unidad de Salud Anidada Santa Isabel si bien cuenta con director dentro de la estructura organizacional, gran parte de los aspectos técnico-administrativos aun se ven subordinados al director médico del Hospital Cantonal de Santa Isabel ya que comparten instalaciones y dominios.

Tabla N°7: Talento Humano, LOSEP

UNIDAD ANIDADA SANTA ISABEL	
TALENTO HUMANO	#
Director Medico	1
Médicos	4
Enfermeras	4
Odontólogos	4
Bioquímica Farmacéutica	1
Estadística	1
Limpieza	1
TOTAL	16

Tomado de: Departamento Talento Humano, HJFV.
Recopilado por: el autor.

1.1.6 Servicios que presta la unidad de salud

La consulta externa de primer nivel (Unidad Anidada de Primer Nivel) la integran: Medicina General, Odontología.

La Unidad Anidada del Primer Nivel del HJFV, atiende la demanda espontánea de la población correspondiente a Santa Isabel, así como auto referencias, de quienes no son parte de ésta población.

La consulta externa recibe pacientes que están dentro del Distrito 01D03, pero también de otros distritos e incluso de otras provincias (esto se da considerando la mayor accesibilidad geográfica y económica de algunas poblaciones de las provincias de Loja y El Oro). Debido a la oferta de profesionales, se han adecuado algunos espacios para la realización de consulta externa, que sin embargo, no reúnen las condiciones óptimas de consultorios.

Tabla N°8 Distribución de servicios de Consulta Externa

Unidad Anidada, Santa Isabel .Distrito 01 D 03. Azuay 2015

CENTRO DE RESPONSABILIDAD	USUARIO FINAL	PROCESO	LINEA DE PRODUCCION	PRODUCTOS Y SERVICIOS ESPECIFICOS
CONSULTA EXTERNA	PACIENTE DE 1er NIVEL DE ATENCION.	ATENCION MEDICA EN CONSULTA EXTERNA	ATENCION	Producto: Consulta de Medicina General Producto: Consulta Enfermería Producto: Consulta Odontológica

Fuente: Datos estadísticos de cobertura de la Unidad de Salud
Realizado por: El Autor

1.1.7 Datos estadísticos de cobertura de la unidad de salud.

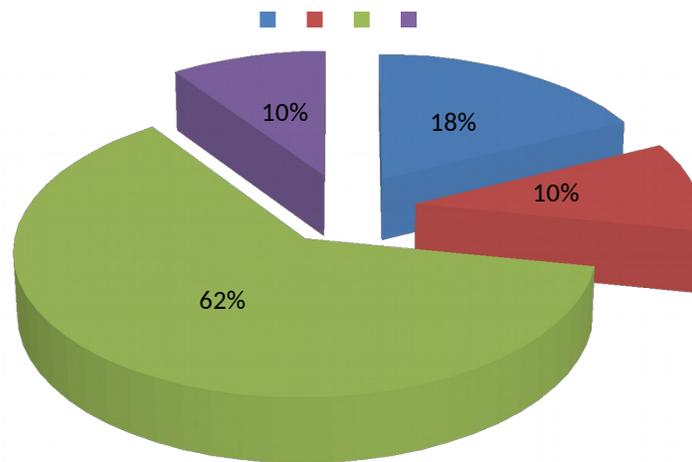
Tabla N°9: Distribución de la demanda atendida en la Unidad Anidada. Santa Isabel, 2014

Unidad Anidada	Hombres	Mujeres	Total
Número de Consultas	5018	10471	15489

Tomado de: Departamento Estadística.
Recopilado por: el autor.

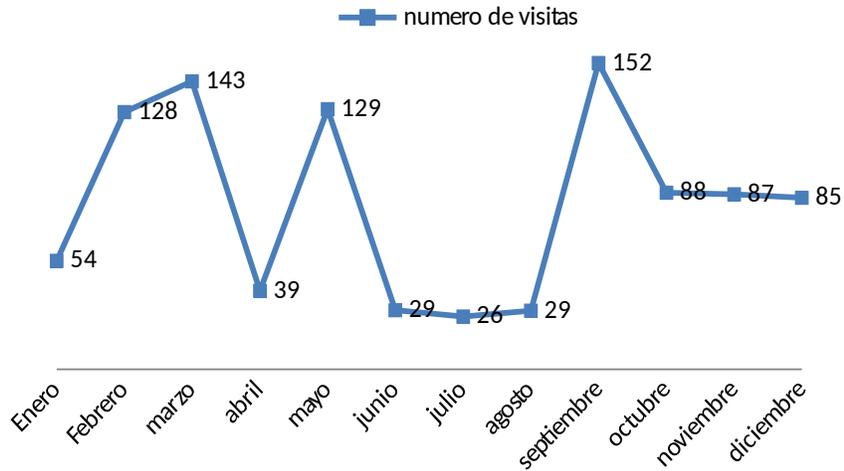
La Unidad de Salud, Anidada Santa Isabel según datos reportados por el servicio de estadística atendió en el año 2014 un total de 15489 consultas de medicina, distribuidas entre 5018 hombres y 10407 pacientes mujeres (tabla 9 y gráfico N 2). Además registro actividades como visitas domiciliarias con un total de 992 visitas como se observa en el grafico número 3. En relación al departamento de odontología este reportó un total de 16685 consultas como refleja el gráfico numero 4. La morbilidad prevalente en la Unidad de salud se detallan en el grafico numero 5.

Grafico N° 2: Distribución de Visitas Domiciliarias realizadas por la Unidad Anidada Santa Isabel. 2014



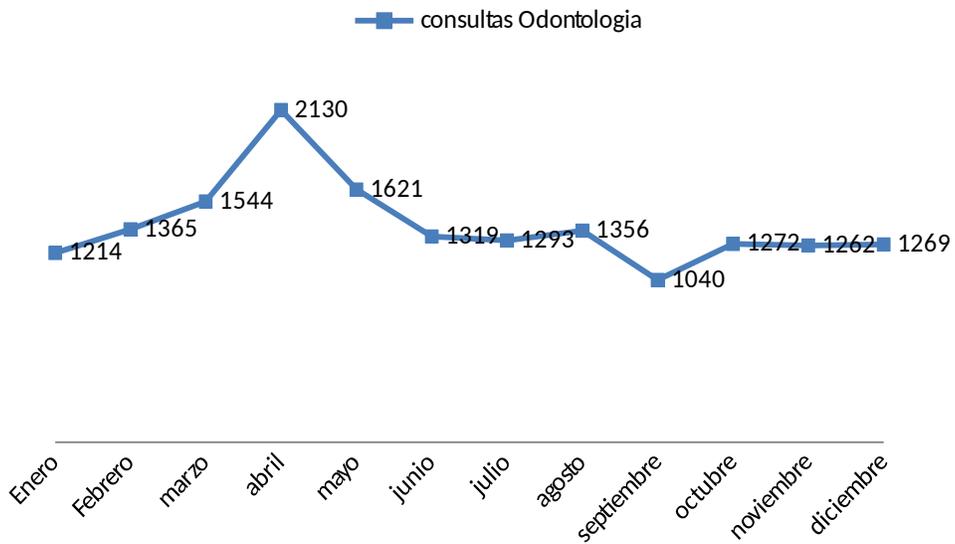
Tomado de: Departamento Estadística.
Recopilado por: el autor.

Grafico N° 3: Distribución de Visitas Domiciliarias realizadas por la Unidad Anidada Santa Isabel. 2014



Tomado de: Departamento Estadística.
Recopilado por: el autor.

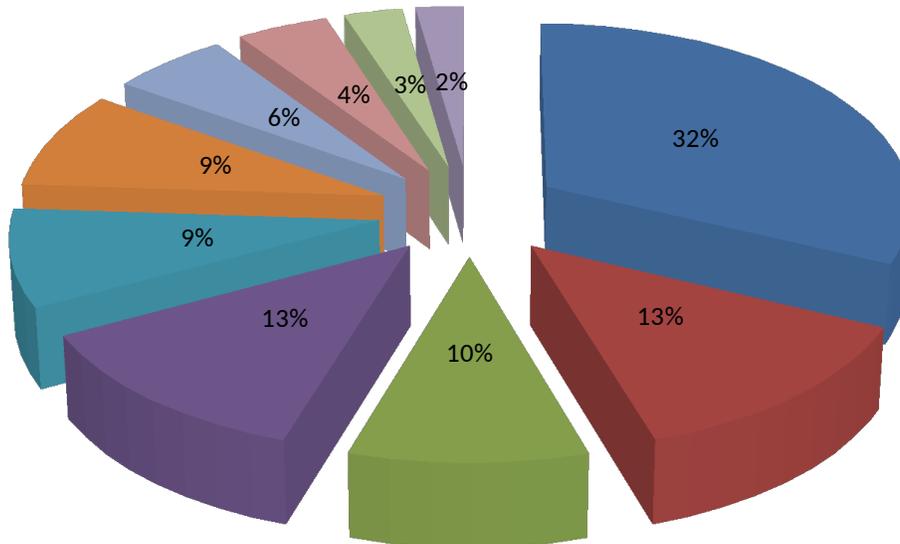
Grafico N° 4: Distribución de Consultas en Odontología realizadas por la Unidad Anidada Santa Isabel. 2014



Tomado de: Departamento Estadística.
Recopilado por: el autor.

Grafico N° 5: Principales Causas de Morbilidad, Unidad Anidada Santa Isabel. 2014

- J00X | - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]
- A 09 - GASTROENTERITIS
- F700 | - RETRASO MENTAL LEVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MÍNIMO
- J209 | - BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
- D509 | - ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACIÓN
- N390 | - INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
- J029 | - FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
- A06 -PARASITISMO
- B373 | - CANDIDIASIS DE LA VULVA Y DE LA VAGINA
- J03 - AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA



Tomado de: Departamento Estadística.
 Recopilado por: el autor.

1.1.8 Características geofísicas de la unidad de Salud.

La Unidad Anidada Santa Isabel se encuentra dentro de las instalaciones que anteriormente se denominaban coordinación zonal 6 y Hospital José Félix Valdivieso, actualmente la coordinación zonal se desplazó del lugar dejando las instalaciones para la Unidad de Salud de primer nivel y el Hospital Cantonal, con el que por tanto comparten espacio físico. Según registro GPS se localiza en los puntos más extremos 79°34'53"W 2°54'19"S al Norte, 79°16'57"W 3°22'14"S al Sur, 79°13'15"W 3°17'13"S al Este y 79°37'30"W 2°59'30"S al Oeste. (Ilustre Municipalidad de Santa Isabel, 2015c) Se

encuentra a una altitud de 1310 m.s.n.m. representando a un claro clima cálido húmedo (Ilustre Municipalidad de Santa Isabel, 2015c)

En el mes de abril del año 2008 el Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador decretó una nueva política de salud, el Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural tratando de priorizar a la persona, familia y comunidad como corresponsables del cuidado de la salud para que las actuales así como las futuras generaciones adopten prácticas y estilos de vida saludables. (Ministerio de Salud Pública. 2013).

Con este nuevo modelo se pretende que la atención de salud comprenda un conjunto de sistemas, procesos y acciones que permitirán reorganizar la oferta sanitaria o social para cubrir las necesidades de salud de la población. Para poder desarrollar el nuevo modelo sistémico de atención se lo ha dividido en 4 procesos:

Transcurso 1. En las Unidades Operativas la conformación de los equipos básicos de salud (talento humano), se realizará de la siguiente forma:

- Cada equipo básico -EBAS- estará integrado por un médico, enfermera, obstetra, auxiliar de enfermería, odontólogos y líderes de la comunidad.
- Se dotarán de elementos básicos para la atención, cada equipo contará con: una mochila, set de diagnóstico, tablero, fichas familiares, partes diarios, etc.
- Se realizará la identificación geo poblacional, identificación de sectores barrios, manzanas, viviendas y familias; luego de esto se elaborará un pequeño diagnóstico de salud.

Transcurso 2. Preparación y socialización del proyecto; que incluye la etapa de visitas domiciliarias con el llenado de la ficha familiar y calificación del riesgo en el que se encuentra la familia, es decir riesgo leve, moderado y grave.

Transcurso 3. Participación de la familia y comunidad.

- Construcción de un plan consensuado y participativo de la comunidad, con sus actores sociales locales.
- Elaboración del Perfil Epidemiológico, Plan Estratégico, Poa-Plis.

Transcurso 4. Implementación del sistema de registro y seguimiento de la ficha familiar (registro diario, historia clínica, tarjetero). Unidades de salud adaptadas para realizar atención integral por ciclos de vida generacional.

1.1.9 Objetivos institucionales

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Incrementar el uso eficiente del presupuesto.

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

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

1.2 Marco conceptual

La atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial a todos los individuos de la población a través de medios aceptables con su participación a un costo asequible para la comunidad y el país, esto forma parte de su desarrollo económico.

La APS se orienta a los fundamentales problemas de salud, servicios de promoción, prevención, tratamiento, prevención en personas sanas y enfermas.

En este contexto de la salud pública considerada un componente fundamental de la calidad de vida y bienestar social plantea la obligación al estado de garantizar el acceso equitativo y universal a los servicios de atención integral de salud. La Constitución Política de República del Ecuador de 2008 define al término de atención primaria de salud (APS), en su Art. 360: “El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.”[CITATION Cos08 \l 12298]

Substancialmente en los deberes primordiales del estado Ecuatoriano se cita: El Estado Garantizará sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de universalidad, equidad, interculturalidad, solidaridad, eficiencia, calidad, eficacia y bioética, con enfoque de género y generacional” El sistema de salud y sus características se encuentra plasmado en los artículos Art. 365, 364, 363, 362, 360, 359, 358 de la Constitución Política de la República del Ecuador del año 2008.[CITATION Cos08 \l 12298]

El financiamiento

“El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud”. Que se encuentra citado en el artículo 366 de la Constitución Política de la República del Ecuador modificada en el año 2008 por el actual gobierno.[CITATION Cos08 \l 12298]

1.2.2 La política de salud

Actualmente la política nacional de salud en el Ecuador está basada en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) definido como el conjunto de estrategias, procedimientos, herramientas, normas y recursos, que al complementarse, organizan el sistema Nacional de Salud, para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias, las comunidades y el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención de la red de salud (Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador. 2013)

En relación a la Ley Orgánica de Salud expedida en el año 2006, el nivel central del estado es responsable de formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el ente rector de la salud en el país y lleva el liderazgo en todos los procesos definidos en las políticas de salud del gobierno.(CONGRESO NACIONAL. 2006)

1.2.3 Eficiencia, eficacia, efectividad.

En el ámbito de la gerencia en salud, los términos eficiencia, eficacia y efectividad son esgrimidas frecuentemente, y existe una predisposición a la interpretación de estos como sinónimos, sin embargo son diferentes. (Mokate, K. M. 2001).

Eficiencia proviene del latín *efficientia*, que es la capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado. Además significa “acción, fuerza, virtud de producir” que deja ver la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo. 27

La eficiencia en salud es el grado en que el procedimiento de salud efectúa el máximo tributo a los fines sociales definidos dados los recursos disponibles del procedimiento de salud y de aquellos que no pertenecen al procedimiento de salud. Implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. (López Puig, P., y otros. 2009).

Eficacia proviene del latín *efficacia*, que es la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera. Que tiene el poder de producir el efecto deseado, su significado en castellano es “hacer o lograr”, de acuerdo con el diccionario de la lengua española de la Real Academia Española, eficacia significa “Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera” La Eficacia se describe a los resultados en relación con los fines y cumplimiento de los objetivos organizacionales. Para ser eficaz se deben priorizar las tareas y realizar ordenadamente aquellas que permiten alcanzarlos mejor y más. Es el grado en que un procedimiento o servicio puede

lograr el mejor resultado posible. Dicho término hace énfasis a los resultados, promueve el hacer las cosas correctas y sobretodo en lograr objetivos sin importar el costo o el uso o mal uso de los recursos. (Conde García, F. J. 2003).

Efectividad proveniente del verbo latino *efficere* cuyo significado es “ejecutar, llevar a cabo, efectuar, producir, obtener como resultado”. Efectividad son los resultados según objetivos; grado en que se aplican los resultados. Se refiere a los efectos de una actividad

y sus resultados finales, beneficios y consecuencias para una población en relación con los objetivos establecidos. (Sarandría, R., & Augustovski, F. 2006).

Equidad no es lo mismo que igualdad. Paralelamente, no toda desigualdad se considera inequidad. La noción de inequidad adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS se reserva para las desigualdades que son “innecesarias, evitables e injustas”. Así, mientras que la igualdad es un concepto empírico, la equidad constituye un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y de derechos humanos. (Villar, E. (2007). 28

Desde el punto de vista operativo, la equidad en salud comprendería eliminar las disparidades evitables en la salud y sus determinantes entre grupos humanos con diferentes grados de privilegio social. Es preciso subrayar que el problema no es que existan desigualdades, sino que las desigualdades pongan sistemáticamente en desventaja a un grupo. (Proaño, L. F. H. 2011).

1.2.4 Costos

Constituye aquella fracción del precio de adquisición de artículos, propiedades o servicios, que ha sido diferida o que todavía no se ha aplicado a la realización de ingresos, tales como los activos fijos e inventarios. (Contextualización, P., & de Apoyo, L. 2010).

1.2.5 Gastos.

Son costos que se han destinado contra el ingreso de un período determinado, tales como los sueldos del personal de oficina, que son gastos en el período que se producen. (Seinfeld, J. 2005).

1.2.6 Perdidas.

Son reducciones en la participación de la empresa por las cuales no se ha recibido ningún valor compensatorio, sin incluir los retiros de capital.

1.2.6.1 Clasificación de los costos

Costos de manufactura son aquellos llamados también costos inventariables que constituyen la materia prima directa, mano de obra directa y los costos indirectos de fabricación que simplemente se llamarán costos indirectos o CI. (Vos, R., Cuesta, J., León, M., & Rosero, R. L. Y. J. 2006).

Dentro de los costos de manufactura existen dos sub clasificaciones de costos:

Costos primos no es otra cosa que la suma de los costos relacionados con la materia prima directa y la mano de obra directa, es decir, los que son plenamente identificables en el producto.

Costo primo = materia prima directa + mano de obra directa

Además, la mano de obra directa junto con los costos indirectos, se denomina costo de conversión.

Costo de conversión = mano de obra directa + carga fabril

Existen otras clasificaciones de costos más específicas. En relación al volumen de producción Aquí se clasifican los costos según el comportamiento que éstos tengan de acuerdo al volumen de actividad o de producción.

Costos fijos son aquellos costos que no sufren alteraciones en su total debido a aumentos o disminuciones en la producción. Estos tienden a ser constantes y pueden variar sólo a través del tiempo o debido a circunstancias que no tienen relación con volúmenes de

producción, por ejemplo depreciación de maquinaria y equipo, servicios de guardianía, arriendos, seguros, etc. (Corugedo de las Cuevas,

I., Hidalgo Vega, A., & Llano Señaris, J. E. D. (2009).

Costos variables son aquellos cuyo costo total tiende a aumentar o disminuir de acuerdo al volumen de producción o de actividad. En general, se puede establecer que las materias primas normalmente tienen este tipo de comportamiento, entre otros.

Costos semifijos son también llamado costos semi variables, poseen características de las dos clasificaciones anteriores, es decir, tienen una parte fija y otra parte variable.

En función a su relevancia en la toma de decisiones. Los costos se clasifican de acuerdo a la relevancia en el proceso de la toma de decisiones en:

Costos relevantes son aquellos que pueden influenciar en la toma de decisiones.

Costos no relevantes llamados costos sumergidos independientemente de la decisión que se tome el costo será el mismo, de manera que para tomar una decisión, da igual considerarlos o no, pero de todas formas es recomendable identificarlos, pues ayudan a simplificar los modelos de toma de decisiones, haciéndolos más confiables y seguros.

Los costos no incurridos pero con relevancia en la toma de decisiones.

Es la base para la comparación de dos o más alternativas y se debe considerar:

Costos estándar son aquellos que se determinan a la producción para ser utilizado en un sistema de costo estándar, que no es otra cosa que un parámetro de medición, establecido con el fin de compararlo con el costo realmente incurrido y evaluado su desempeño.

Los presupuestos muestran la actividad prevista sobre una base de costo total más que sobre una base de costo unitario. La gerencia utiliza los costos estándares y los

presupuestos para planear el desempeño futuro y luego, para controlar el desempeño real mediante el análisis de variaciones, es decir, la diferencia entre las cantidades esperadas y las reales.

Para poder determinar las diferentes clase de costeo, es necesario tener claro el concepto de costo directo y el costo indirecto.

Costos directos son aquellos que se identifican plenamente con una actividad, departamento, producto, centro de costo o actividad de un centro de salud, mientras mayor sea la identificación de un costo como directo a una determinada actividad, mayor será su control y facilidad de asignación. (De los Ángeles, M. 2007).

Costos indirectos son aquellos que no pueden ser fácilmente identificables con un producto, departamento, centro de costo o actividad y corresponden a aquellos que se reciben asignados de otros departamentos o de la Planta General, sobre alguna base de prorrateo. Aquí es necesario conocer y saber determinar que estos costos indirectos pueden ser:

Costos reales o históricos son aquellos costos realmente incurridos en un período y se los conoce al final de este

Costos predeterminados o estimados son aquellos calculados antes de que se dé el servicio. La asignación de los costos indirectos así como la de los demás elementos del costo, pueden hacerse de diferentes formas, clasificadas como:

- Costeo real
- Costeo normal
- Costeo estándar
- Costeo absorbente
- Costeo variable
- Costeo por actividades

1.2.5 Punto de equilibrio

Es aquel en que la suma de los ingresos obtenidos es igual a la suma de los costos fijos más los costos variables, con lo cual la ganancia es cero.

Ingresos = costos fijos + costos variables.

Mediante el análisis del costo unitario variable, los costos fijos totales y el precio de venta, alcanzando el punto de equilibrio, podemos estar al tanto cuándo cubrimos los costos totales y empezamos a generar ganancias netas. (Adler, E., Calabuig, A., & Izaquire, J. L. (2004).

CAPITULO II DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Matriz de involucrados

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Director de la Unidad Medica	Conocer los costos reales de los servicios prestados a la colectividad	<p>Humanos materiales</p> <p>MANDATO: Cumplir con los mandatos</p> <p>Constitucionales Según el Proyecto de Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad del MSP Modelo de atención Integral en Salud. Modelo APS// Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios</p>	Asignación de recursos profesionales, materiales e insumos insuficientes para la unidad operativa por no disponer de costos reales y su proyección.
Unidad Financiera	Tener un costeo y facturación real que permita recuperar los costos en salud para la unidad operativa. Cumplir Normativas vigentes del nuevo modelo en APS para la redistribución de recursos según el MAIS	<p>Recursos humanos, materiales, científicos y técnicos</p> <p>MANDATO: Cumplir con el Marco legal vigente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reglamento General Sustitutivo para el Manejo y Administración de Bienes del Sector Público. 2. Reglamento Interno Para La Administración y Control De Activos Fijos del Ministerio de Salud 	No se dispone de elementos para realizar el costeo de los servicios de salud. No se cumple con el reglamento General para el manejo y administración del sector público.

		Pública.	
Personal de la unidad	Conocimiento adecuado sobre los costos en salud en relación a los servicios que brinda la unidad operativa.	Recursos humanos, materiales, científicos y técnicos MANDATO: Cumplir con los mandatos del Ministerio de Coordinación de la Política Económica Ecuador	El conocimiento sobre los costos en los servicios salud por parte del personal es nulo o mínimo El personal de salud no relaciona el trabajo del servicio público con un costo para el ministerio. El personal de salud asume el servicio de salud como sin costo.
Población del área de cobertura	Compresión sobre los importantes gastos en salud destinados hacia la población	Recursos humanos, materiales. MANDATO: Cumplir con el manual de Guías y Normas del MSP: 1. Gasto y financiamiento de la salud 2. Incentivos y gasto tributario 3. Modelo actuarial del seguro de salud y	La Población percibe a los gastos en salud como nulos al no ser asumidos por ellos y no son considerados como gastos asumidos por el Estado. La población considera a los servicios públicos como de mala calidad al no asumir un costo por ellos, sin considerar que los gastos son para el

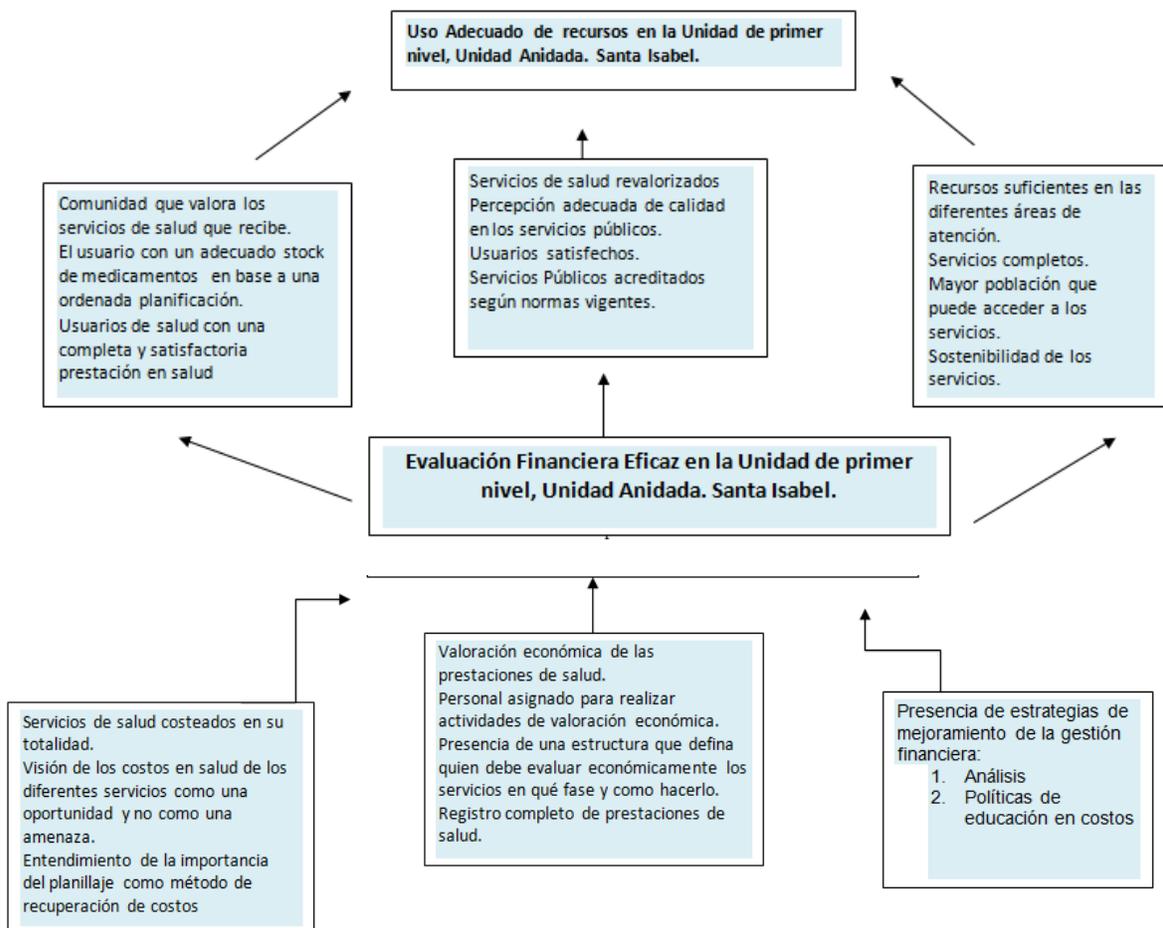
		4. Necesidades de financiamiento	estado.
Egresado/a de la Maestría	Contribuir con la formación y trabajo que los servicios de salud sean dados con eficacia y eficiencia Prestar servicios dentro de nuestra área de conocimiento	Recursos humanos, materiales, científicos y técnicos MANDATO: Cumplir con los Requisitos de un profesional formado en la UTPL hacia la colectividad	La formación académica es considerada como un medio para obtener un título y no como un recurso u oportunidad para el servicio para con nuestros semejantes

2.2 Árbol de problemas





2.3 Árbol de Objetivos



2.4 Matriz de marco lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Contribuir al uso óptimo de recursos en la Unidad de Primer nivel, Unidad anidada. Santa Isabel			
PROPOSITO Evaluación Financiera de la Unidad de Primer nivel, Unidad anidada. Santa Isabel ejecutada.	Todas las actividades del proyecto desarrolladas durante la duración del proyecto	Informe escrito de la Evaluación Financiera. Planillas llenadas por completo INFORME DE LAS PRESTACIONES COSTEADAS	Que los directores y usuarios conozcan las ventajas de la evaluación financiera. Que los involucrados permitan que el trabajo se lleve a cabo. Se de facilidades para la realización de los proyectos Cambio de paradigmas.
RESULTADOS ESPERADOS			
Servicios de Salud costeados.	100 % de servicios de salud costeados a diciembre 2015	Informe final presentado a la Unidad Distrital sobre la Evaluación Financiera en base a las matrices de costos y cuadros 1 y 4 del programa wising	Que todos los servicios que presta la unidad sean costeados Entrega de información necesaria y oportuna
Prestaciones de salud valoradas económicamente.	100 % de prestaciones de salud valoradas económicamente a diciembre 2015	Informe Final de Prestaciones de Salud Planilladas en base a Matrices de facturación y totalizador de facturación.	Que todas las prestaciones de salud sean valoradas económicamente. Entrega de información requerida
Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera formuladas	Numero de estrategias funcionando en la unidad operativa a diciembre 2015	Informes generados y presentados de las estrategias de mejoramiento a la Unidad Distrital	Que las estrategias de gestión financiera sean comprendidas y asimiladas por el personal.
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO \$
RE 1. Servicios de Salud valorados económicamente.			
1.1.Socialización del Proyecto	MD Fabián Sigüencia	Diciembre 2015	\$40
1.2.Taller de inducción	UTPL Cuenca	Enero-marzo 2015	\$ 30

al proceso de costos			
1.3Recolección de información.	MD Fabián Sigüencia	Enero-mayo 2015	\$ 50
1.4Instalación de programa winsig para procesamiento de datos.	UTPL Cuenca	Mayo-junio 2015	\$ 20
1.4 Generación de resultados de costos	MD Fabián Sigüencia	Junio-Julio 2015	\$20
RE2. Prestaciones de salud planilladas			
2.1 Socialización del manejo del tarifario del sistema nacional de salud.	MD Fabián Sigüencia	Mayo-junio 2015	\$40
2.2. Recolección de información de producción del establecimiento de salud	MD Fabián Sigüencia	Junio-Julio 2015	\$40
2.3.Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud actual	MD Fabián Sigüencia	Junio-Julio 2015	\$40
RE3. Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera formuladas			
3.1.Calculo de punto de equilibrio	MD Fabián Sigüencia	Junio-Julio 2015	\$40
3.2.Socialización de resultados	MD Fabián Sigüencia	Junio-Julio 2015	\$40
3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	MD Fabián Sigüencia	Julio 2015	\$40
3.4. Presentación de informe final a autoridades zonales.	MD Fabián Sigüencia	Julio-Noviembre 2015	\$40

CAPITULO III RESULTADOS.

3.1 Servicios de salud costeados.

Para la consecución del resultado 1, fue necesario efectuar ordenadamente las acciones propuestas en el plan, las mismas que se desarrollaron de la siguiente forma:

3.1.1 Socialización del proyecto.

Fue necesario solicitar el apoyo del nivel central y zonal para socializar el proyecto debido a que el mismo constituye un hito en el desarrollo de la evaluación de las unidades de primer nivel en la institución, para este efecto se realizó:

- A través del servicio de comunicación quipux la Sra. 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 de atención (anexo 1)
- Suscribimos con el MSP, la carta de confidencialidad para garantizar el buen uso de la información solicitada. (anexo 2)
- A razón de quipux No. MSP-C6DES-2014-0873 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. (anexo 3)
- Con la carta y oficio de la Viceministra, y con el apoyo del tutor, mantuvimos una sesión de trabajo con la Dirección Distrital, (anexo 4) 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.

3.1.2 Taller de inducción al proceso de costos

Con el apoyo del Director zonal 6, de Provisión de servicios de salud, Director zonal distrital 01 D03, así como el analista responsable del primer nivel de atención de la zona 3, y apoyo técnico de especialista en costos, se mantuvo en la ciudad de Cuenca sesiones de trabajo con el personal operativo responsable de Talento Humano, Financiero, Estadística del Distrito 01 D03 responsables administrativo de la gestión de las unidades médicas intervenidas.(anexo 4)

- 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 (anexo 5)

3.1.3 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. (Anexo 6,7,8)

En relación a mano de obra se recolectaron los datos, en base al siguiente lineamiento:

3.1.3.1 Remuneraciones.

Este rubro vamos a utilizar para calcular el gasto de la mano de obra del personal de planta y contratos. Este valor estará compuesto además de la remuneración o salario mensual unificado otros rubros tales como el aporte patronal, fondos de reserva, horas extras, subsidios de antigüedad y familiar, etc; además se incluirá la parte proporcional mensual 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. (Anexo 9, 10,11)

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

Se trabaja con el apoyo de talento humano y coordinación médica del Distrito.

La segunda, una matriz en la cual se detallan los centros de gestión, el personal que labora en cada uno de ellos, con sus respectivos tiempo y la valoración de todos los componentes de la remuneración anual, mensual 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. (ANEXO 12)

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 y zonal.

3.1.3.2 Medicamentos e insumos médicos, material de oficina, aseo, imprenta etc.

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

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

3.1.3.3 Depreciaciones de bienes y uso de inmueble.

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

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

3.1.3.4 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.

3.1.3.5 Datos de producción

Los datos de producción se obtienen a partir del programa RDACAA del MSP, en el caso en particular de la unidad anidada ciertos datos no concordaban con los generados del sistema nacional, la razón para esto según de la dirigencia se encuentra en que desde el mes de marzo del 2014 recién comienzan a separarse los datos obtenidos de la unidad anidada con el hospital cantonal de santa Isabel, además datos como los de visitas domiciliarias se encuentran subestimados.

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

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

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

Se adjuntan las matrices correspondientes (matriz de producción, anexo 14)

3.1.4 Generación de Resultados de Costos

Para el procesamiento de datos, se inició con la sistematización de la información, utilizando las directrices preparadas por la universidad en el documento Procedimientos

para levantamiento de costos en el primer nivel, adicionalmente se procesó información en una matriz que preparada para validar la información. (Matriz de resultados: (anexo13) Se validó la información y se ingresaron los datos al programa winsig, herramienta desarrollado por la OPS, para la obtención de los datos relacionados con los costos de los servicios, para el efecto se contó con el apoyo de profesional informático para la instalación del programa como para la parametrización del mismo en función de la realidad de la unidad.

El programa nos permitió alcanzar la siguiente información:

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

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

- Costos integrales de los servicios
- Costos netos.

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

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

Del procesamiento de datos de la unidad de primer nivel Anidada Santa Isabel, durante el ejercicio económico 2014, se concluyen los siguientes resultados:

3.2.1 Costo de atención

Tabla # 1 Costo Promedio por Atención Unidad Anida Santa Isabel 2014

Costo total anual	Número de atenciones	Costo promedio por atención
552763,92	34675	15,94

Fuente: cuadro 4 wising
Elaborado por: el autor

Podemos observar que el costo anual del servicio de salud Unidad Anidada Santa Isabel es de 552763,92 y que el número de atenciones registras según el cuadro 4 del programa informático wising es de 34675, dando un costo de atención por consulta de 15,94 dólares, que en si se encuentra por encima del valor estimado según tarifario para primera consulta es decir: 11,83 y para la subsecuente 11,21. Encontrándose entonces un excedente por consulta de 4,11 dólares para la primera consulta y 4,63 dólares para la subsecuente.

3.2.2 Costo por población asignada

Tabla # 2 Costo per cápita de la unidad de salud anidada, Santa Isabel 2014

Costo total anual	Población asignada	Costo per cápita
552089,15	12053	45,9

Fuente: cuadro 4 wising
Elaborado por: el autor

Según, se observa el costo total anual de la Unidad Anidada Santa Isabel es de 552089,15 , y su población asignada para cobertura es del 12053, dando por tanto un

costo per cápita de 45,9, es decir muy por debajo del estimado para la población en general Ecuatoriana, que es de 431 dólares para el 2013[CITATION Min13 \l 12298].

3.2.3 Costo de servicios

Tabla # 3 Costo por Servicios de la Unidad de Salud Anidada, Santa Isabel 2014

Costo total anual	Servicio	Costo	Porcentaje
552763,92	Consulta Externa	423491,22	76,61
552763,92	Odontología	110103,78	19,92
552763,92	Visita Domiciliaria	6037,94	1,09
552763,92	Promoción de salud	12537,85	2,27
552763,92	Farmacia	23447,24	4,24
552763,92	Vacunas	17298,96	3,13
552763,92	Procedimientos	4960,34	0,90
552763,92	Limpieza	10020,1	1,81
552763,92	Administración	23953,79	4,33

Fuente: cuadro 4 wising
Elaborado por: el autor

3.2.4.- Componentes del costo de servicios y costos directos.

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

Tabla # 4 Costo total y directo de los servicios de Salud, Unidad anidada santa Isabel 2014

Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
Consulta Externa	423491,22	359669,68	84,9
Odontología	110103,78	98958,29	89,9
Visita Domiciliaria	6037,94	5639,19	93,4
Promoción de salud	12537,85	11786,48	94,0
Farmacia	23447,24	22042,1	94,0
Vacunas	17298,96	16262,27	94,0
Procedimientos	4960,34	4663,08	94,0
Limpieza	10020,1	9587	95,7
Administración	23953,79	23519,43	98,2

Fuente: cuadro 4 wising
Elaborado por: el autor

3.2.5.- Costos indirectos

Tabla # 4 Costo Indirecto de los Servicios de Salud,
Unidad Anidada Santa Isabel 2014

Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo indirecto
Consulta Externa	423491,22	63821,54	15,1
Odontología	110103,78	11147,49	10,1
Visita Domiciliaria	6037,94	398,75	6,6
Promoción de salud	12537,85	751,37	6,0
Farmacia	23447,24	1405,14	6,0
Vacunas	17298,96	1036,69	6,0
Procedimientos	4960,34	297,26	6,0
Limpieza	10020,1	434,1	4,3
Administración	23953,79	434,36	1,8

Fuente: cuadro 4 wising
Elaborado por: el autor

En relación a los costos indirectos del servicio de salud podemos observar que: En relación a consulta externas los gastos indirectos expresan el 15,1 % de los gastos totales del servicio de salud, en odontología representan el 10,1 %, así como el 6,6 % de los gastos totales de la visita domiciliaria, representan también el 6 % de los servicios promoción de salud, farmacia, vacunas, y procedimientos, los gastos indirectos representan también el 4,3 % del servicio de limpieza.

3.2.6.- Costos netos

Tabla # 5 Costo Neto de los Servicios de Salud,
Unidad Anidada Santa Isabel 2014

Servicio	Costo total del servicio	Medicamentos	Administración	Costo	# de consultas anual	Costo Neto
Consulta Externa	423491,22	180128,1	15981,5	259344,62	16875	15,37

Odontología	110103,78	15235,96	1397,01	93470,81	16684	5,60
Visita Domiciliaria	6037,94	0	25,57	6012,37	925	6,50
Promoción de salud	12537,85	0	523,72	12014,13	2470	4,86

Fuente: cuadro 4 wising
Elaborado por: el autor

En relación a los costos netos tenemos que en relación a la consulta externa el costo neto por consulta es de 15,37 dólares, mientras que el costo por consulta del servicio de odontología es de 5,60 dólares, el costo de la visita domiciliaria es de 6,50 dólares, mientras que en la promoción de salud por persona alcanza los 4,86 dólares, todo esto en el caso que tomamos en consideración el número de personas por año asistentes a los eventos, pero si tomamos el número de eventos es decir 191 , el costo neto por evento sería 62,9 dólares por evento.

3.2.7 Costo Integral

Tabla # 6 Costo Integral de los Servicios de Salud, Unidad Anidada Santa Isabel 2014

Servicio	Costo total del servicio	Producción Primaria	Costo Integral
Consulta Externa	423491,22	16875	25,10
Odontología	110103,78	16684	6,60
Visita Domiciliaria	6037,94	925	6,53
Promoción de salud	12537,85	191	65,64
Farmacia	23447,24	32296	0,73
Vacunas	17298,96	9183	1,88
Procedimientos	4960,34	15480	0,32

Fuente: cuadro 4 wising
Elaborado por: el autor

3.2.8 Costos fijos

Tabla # 6 Costo Fijo de los Servicios de Salud, Unidad Anidada Santa Isabel 2014

Costo Fijo				
Servicio	Remuneración	Servicios	Depreciacione	total

		básicos	s	
Consulta Externa	117710,81	1451,25	646,05	119808,11
Odontología	74799,53	0	3159	77958,53
Visita Domiciliaria	5559,19	0	0	5559,19
Promoción	11734	0	0	11734
Farmacia	20138,3	0	9	20147,3
Vacunación	9326,16	0	95,95	9422,11
Procedimientos	4663,08	0	0	4663,08
Administración	23519,43	0	0	23519,43
Total	267450,5	1451,25	3910	272811,75

Fuente: cuadro 4 wising
Elaborado por: el autor

Podemos observar que en relación a los costos fijos, en la consulta externa estos ascienden a 119808,11 dólares, para odontología estos son de 77958,53, para la promoción de salud son de 11734, para farmacia esta en 20147,3 dólares así como para vacunación llegan a 9422,11, los costos fijos del servicio de procedimientos son de 4663,08, y para administración los costos fijos son de 23519,43, en total los costos fijos de la Unidad Anidada Santa Isabel ascienden a 27811,75 dólares.

Tabla # 7 Costo Total y Costo Fijo de los Servicios de Salud,
Unidad Anidada Santa Isabel 2014

Concepto	Costo Fijo	Costo Total	% con respecto a costo total.
Consulta Externa	119808,11	423491,22	28,3
Odontología	77958,53	110103,78	70,8
Visita Domiciliaria	5559,19	6037,94	92,1
Promoción	11734	12537,85	93,6
Farmacia	20147,3	23447,24	85,9
Vacunación	9422,11	17298,96	54,5
Procedimientos	4663,08	4960,34	94,0
Administración	23519,43	23953,79	98,2
TOTAL	272811,75	621831,12	43,9

Fuente: cuadro 4 wising

Elaborado por: el autor

Con respecto a la relación entre costo fijo y el costo total tenemos que para consulta externa el costo fijo constituye el 28,3 % del costo total, mientras que para odontología y visita domiciliaria representan el 70,8 % y el 92,1 % respectivamente, para los demás servicios de salud los costos fijos presentan una variabilidad que oscila entre el 54,5 % y un 98,2% correspondientes a vacunación y administración respectivamente.

3.2.9 Costos variables.

Tabla # 8. Costo Total y Costo Variable de los Servicios de Salud, Unidad Anidada Santa Isabel 2014

Servicio	Costo total del servicio	Costo Fijo	Costo variable
Consulta Externa	423491,22	119808,1	303683,1
Odontología	110103,78	77958,5	32145,3
Visita Domiciliaria	6037,94	5559,2	478,8
Promoción de salud	12537,85	11734,0	803,9
Farmacia	23447,24	20147,3	3299,9
Vacunas	17298,96	9422,1	7876,9
Procedimientos	4960,34	4663,1	297,3
Administración	23953,79	23519,4	434,4
total	621831,12	272811,8	349019,4

Fuente: cuadro 4 wising
Elaborado por: el autor

Tabla # 9. Costo Total y Costo Variable de los Servicios de Salud, Unidad Anidada Santa Isabel 2014

Concepto	Valor de Costo Variable	Valor de Costo Total	% con respecto a costo total.
Consulta Externa	303683,11	423491,22	71,71
Odontología	32145,25	110103,78	29,20
Visita Domiciliaria	478,75	6037,94	7,93
Promoción de salud	803,85	12537,85	6,41
Farmacia	3299,94	23447,24	14,07
Vacunas	7876,85	17298,96	45,53
Procedimientos	297,26	4960,34	5,99
Administración	434,36	23953,79	1,81
Total	349019,37	621831,12	56,13

Fuente: cuadro 4 wising

Elaborado por: el autor

En cuanto podemos observar la correlación entre los costos variables y el costo total de cada uno de los servicios tenemos que: para la consulta externa los costos variables representan el 71,71 % del costo total del servicio, mientras que para odontología y visita domiciliaria estos representan el 29,2 % y 7,93 % respectivamente, para la promoción de salud estos son del 6,41 %, para el servicio de farmacia representa el 14,07 %, el servicio de vacunación con el 45,53 %. El total de los costos variables están en relación al 56,13 % del total del costo total de los servicios de salud de la unidad anidada Santa Isabel 2014.

3.3 Análisis del indicador del resultado esperado.

El Análisis del logro del indicador propuesto en la Matriz de Marco Lógico pretendía se costee el 100 % de la Unidad de Salud Anidada, Santa Isabel del distrito 01 D03 durante el año 2014, al finalizar podemos decir que la unidad de salud fue costeada casi en un 100 %, suceso que se presentó en Informe final a la Unidad Distrital sobre la Evaluación Financiera elaborado en base a las matrices de costos y cuadros 1 y 4 del programa wising (anexo 15)

3.4 Servicios de salud planillados.

3.4.1 Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud

Con el apoyo de las autoridades de la Coordinación Zonal 6 se procedió a convocar al Director Distrital, Director médico, responsable financiero del distrito, a fin de socializar sobre la estructura y manejo de Tarifario del Sistema Nacional de Salud. (Anexo 15)

Dicha socialización se realizó en la ciudad de Santa Isabel 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 Farmacia

3.- Ejercicios prácticos.

Tutores: Personal técnico especializado en el uso del Tarifario del Sistema Nacional de Salud de la coordinación zonal 6.

Tiempo de duración: 6 horas.

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

Fue un taller colectivo, en el que se contó con la presencia de los Directores Distritales de toda la zona 6 y los responsables del proceso financiero.

3.5 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:

3.5.1 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.

3.5.2 Acciones de promoción y prevención

- Se solicitó a la unidad reporte de todos los eventos realizados durante el año 2014 de estudio que sirvieron como promoción y prevención de la salud, debidamente clasificados por el tiempo de duración de los mismos.

3.5.3 Servicios institucionales

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

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

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

3.6 Resultado del indicador de la actividad.

Se cumplió el 100% de la actividad planificada, recalcando que la información entregada no es lo suficientemente completa ni se encuentra con la especificidad que el proyecto amerita, existe incoherencia en ciertos datos, no se dispone de un sistema informático técnicamente diseñado y encaminado a obtener resultados como los que proyectamos alcanzar, sin embargo reconocemos que es muy orientador, ya que RDACAA contiene toda la producción de las acciones de salud, sin embargo es preponderante puntualizar que concurren deficiencias en el momento del registro.

El resto de los servicios fueron estimados en base a los reportes adicionales de ellos.

Las unidades del MSP, no reportan la producción detallada de cada uno de los servicios, en los Distritos, solo se consolidan datos globales, hecho que constituye una serie limitación en el ámbito gerencial. Particularmente los datos obtenidos de la unidad anidada aun constan en registros conjuntos con el hospital de base hecho que hacen imprecisos ciertos cálculos individuales.

3.7 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 estos los resultados obtenidos:

Resumen de planillaje anual de prestaciones de salud año 2014:
Nombre de la unidad: Unidad Anidad Santa Isabel.

Tabla # 10 Valor Planillado Anual y Porcentaje de Participación de los Servicios de Salud, Unidad Anidada Santa Isabel 2014

PRESTACIONES DE SALUD	VALOR PLANILLADO ANUAL	% DE PARTICIPACION
Morbilidad	232334,2	28,28
Prevención	221160,6	26,92
Visitas domiciliarias	46466,8	5,66
Odontología	203430,5	24,76
Procedimientos	81145,6	9,88
Promoción	36953,5	4,50
TOTAL	821491,1	100

Fuente: cuadro 4 wising
Elaborado por: el autor

Del análisis de la información, podemos concluir lo siguiente:

Que las atenciones en morbilidad de la unidad de salud Anidada representan el 28,8 % del total del valor planillado con un valor de 232334,2 dólares al año, las atenciones en prevención 221160,6 dólares representando el 26,92 %, en tercer lugar observamos a odontología con 203430 dólares que representan el 24,76 % seguido de los procedimientos con el 9,88 % que representan 81145,6 dólares al año, completa el cuadro visitas domiciliarias con un 5,66 % y promoción de salud con 4,5 %, que representan 46466,8 y 36953 dólares respectivamente.

3.8 Análisis del indicador del resultado esperado II.

El resultado esperado apuntaba al 100 % de los servicios de salud de la Unidad Anidada, Santa Isabel Distrito 01 D03 Azuay en el periodo 2014 de salud planillados, entregados a través de un Informe Final de Prestaciones de Salud Planilladas en base a Matrices de facturación y totalizador de facturación, acto que se efectuó en las instalaciones de la dirección distrital. Estos informes estuvieron basados en las matrices del programa informático wising.

3.9 Estrategias de mejoramiento

3.9.1 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

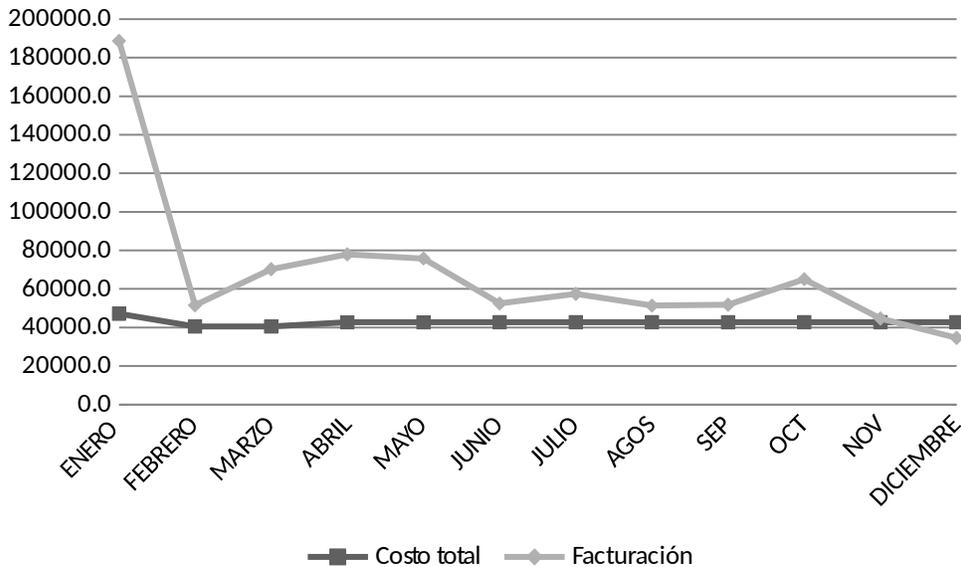
Tabla # 11 Punto de equilibrio Mensual de la unidad de Salud Anidada Santa Isabel, 2014

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SEP	OCT	NOV	DICIEMBRE	TOTAL
Costos Fijos	21662	19743	19929	22067	22067	22164	22186	22164	22164	22165	22164	22164	260641
C. Variables	25442	20769	20583	20583	20583	20583	20583	20583	20583	20581	20583	20583	252037
Facturacion	188684	51506	70208	77966	75816	52433	57470	51340	51842	65073	44583	34571	821491
PEUSD	25038	33084	28195	29983	30290	36487	34566	36997	36758	32417	41173	54778	375999
PE %	87	36	60	62	60	30	40	28	29	50	8	158	54

Fuente: Matrices Proyecto
Elaborado por: el autor

De acuerdo a lo expuesto anteriormente podemos observar que la rentabilidad de la Unidad anidada Santa Isabel es de 54 %, es decir se encuentra por encima del 30 % siendo una unidad rentable. Se puede observar también que la rentabilidad se ve comprometida en los meses de agosto, septiembre y noviembre.

Tabla #12 Costo Total del servicio vs Facturación de los Servicios de Salud, Unidad Anidada Santa Isabel 2014



Fuente: Matrices Proyecto
Elaborado por: el autor

El grafico expuesto nos permite comparar el costo total del mantenimiento del servicio en relación a la facturación en donde solo en el mes de diciembre el costo total supera al valor de la facturación.

Tabla #13 Punto de equilibrio Anual de la Unidad de Salud Anidada Santa Isabel, 2014

PE	TOTAL ANUAL
Costos Fijos	260640,8
Costos Variables	252036,7
Facturación	821491,1
PEUSD	375998,7
PE%	54,2

Fuente: Matrices Proyecto
Elaborado por: el autor.

El punto de equilibrio anual se encuentra en 54,2 % por tanto la unidad Anidada Santa Isabel resulta una unidad de salud rentable.

3.10 Socialización de resultados

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

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

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

3.12 Diseño de estrategias de mejoramiento.

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

3.12.1 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.

3.12.2 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	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
ORGANIZACIÓN COMUNITARIA					
Comités de salud local funcionando					
COMITES DE USUARIOS O GRUPOS ORGANIZADOS Y FUNCIONANDO					
Grupos de adultos mayores					
Grupos de diabéticos					
Grupos juveniles					
Grupos de personas con discapacidad					
Otros especifique HTA y madres adolescentes					
DIAGNOSTICOS SITUACIONAL INICIAL					
DIANGOSTICOS DINAMICOS					
SALA SITUACIONAL IMPLEMENTADA Y ACTUALIZADA					
PLANES DE SALUD LOCAL FORMULADOS DE ACUERDO A NORMATIVA Y HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN ESTABLECIDAS POR EL MSP					
COMPROMISOS DE GESTIÓN					
ACCIONES DE SALUD MONITOREADAS Y EVALUADAS					

Fuente: Proyecto Colaborativo
Elaborado por: UTPL

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

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

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

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

Fuente: Proyecto Colaborativo
Elaborado por: UTPL

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

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA												
NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA BASHALAN- GULALAC-TZALARON												
COMPONENTE: EVALUACION DE PRODUCCION, PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL MEDICO												
NOMBRE DEL MEDICO: ELSA MARIBEL TUQUINGA PEREZ												
PERIODO DE EVALUACION: ENERO-JUNIO 2014												
MES	Número de consultas en establecimiento	Número de consultas en centros educativos y otros centros	Número de consultas en comunidad	Número de visitas domiciliarias	Número de eventos de promoción	Número de procedimientos médicos	Número de días dedicadas a acciones administrativas	Número de horas destinadas a capacitación	Número de días contratados al mes	Número de horas contratadas al mes	Total días laborados	
Enero	213	17	50			3			21	168	18	
Febrero									0	0		
Marzo					0			0	0	0		
Total	213	17	50		0	3		0	21	168	18	
COMPORTAMIENTO DE HORAS LABORADAS Y CONTRATADAS												
MES	Horas laboradas en establecimiento	Horas laboradas en centros	Horas laboradas en comunidad	Horas laboradas en visita	Horas laboradas en eventos de	Horas laboradas en procedimientos	Horas laboradas en capacitación	Horas laboradas en asuntos administrativos	Total horas laboradas	Horas ausentismo (vacaciones)	Total horas justificadas	Productividad
Enero	71	5,666666667	18,67	0,00		0,75			94,08	24,00	118,08	70,23
Febrero	0	0	0,00	0,00		0			0,00	0,00	0,00	#DIV/0!
Marzo	0	0	0,00	0,00		0			0,00	0,00	0,00	#DIV/0!
Total	71	5,666666667	18,67	0,00	0	0,75	0	0	94,08333333	24	118,0833333	70,23
Director Distrital _____ Líder Talento Humano _____ Responsable de estadística _____												

Se valida la matriz, con la información procesada de un médico, odontólogo, y se emiten los resultados

3.13. Cálculo de indicadores de monitoreo y evaluación.

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

1.- INDICADORES DE ESTRUCTURA

INDICADORES DE DISPONIBILIDAD

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

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

% de cumplimiento de citas	Citas asignadas/total de consultas	Acceso a servicios de salud	NO SE CUENTA CON LA INFORMACION				
----------------------------	------------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

% de referencias solicitadas por la unidad	Número de referencias médicas solicitadas a nivel superior/total de atenciones médicas	Capacidad resolutive de la unidad
---	--	-----------------------------------

2.- INDICADORES DE PROCESO

INDICADORES DE EXTENSIÓN DE USO

% de consulta en menores de 28 días	Total de consultas a menores de 28 días/total de consultas	Uso de servicios de consulta en neonatos
% de consultas entre 29 días a 11 meses	Total de consultas de 29 días a 11 meses/total de consultas	Uso de servicios de consulta en lactantes
% de consultas de 1 a 4 años	Total de consultas a menores de 1 a 4 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en niños de 1 a 4 años
% de consultas de 5 a 9 años	Total de consultas a menores de 5 a 9 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en escolares
% de consultas de 10 a 19 años	Total de consultas a menores de 10 a 19 años/total de consultas	Uso de servicios de consulta en adolescentes
% de consultas de 20 a 64 años	Total de consultas a personas de 20 a 64 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos
% de consultas de mayores de 65 años	Total de consultas a pacientes mayores a 65 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos mayores
% de atención a mujeres	Total de consultas a mujeres/total de consultas	Uso de servicios de consulta en mujeres
% de atención a hombres	Total de consultas a hombres /total de consultas	Uso de servicios de consulta en hombres
% Consultas de prevención	Total de consultas de prevención /total de consultas	Comportamiento de consultas de prevención
% Consultas de recuperación	Total de consultas de morbilidad /total de consultas	Comportamiento de consultas de recuperación
% consultas primeras	Total de consultas primeras/total de consultas	Comportamiento de consultas primeras
% Consultas subsecuentes	Total de consultas a subsecuentes /total de consultas	Comportamiento de consultas subsecuentes
% consultas en establecimiento	Total de consultas brindadas en establecimiento /total de consultas	Cobertura de atención en establecimiento

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

INDICADORES DE INTENSIDAD DE USO

Concentración de consultas	Total de consultas/total primeras consultas	Veces que un paciente acudió a la unidad por la misma enfermedad, intensidad de uso de la consulta semestral
Frecuencia de uso en consulta	Número de atenciones/total de pacientes atendidos	Número de veces que el paciente recibe atención durante el semestre
Frecuencia de uso de consulta 1 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 1 vez en el semestre
Frecuencia de uso de consulta 2 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 2 vez en el semestre
Frecuencia de uso de consulta 3 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 3 vez en el semestre
Frecuencia de uso de consulta 4 y mas	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 4 y mas vez en el semestre

Promedio de recetas en consulta	Total recetas despachada en consulta / No consultas	No. recetas recibidas por cada consulta
--	---	---

INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO

% cumplimiento de horas contratadas en consulta	Horas laboradas en consulta/horas contratadas para consulta	Rendimiento de tiempo de consulta
Productividad en consulta	No consultas / horas contratadas para consulta	Productividad de consulta por hora contratada
Productividad en consulta por hora laborada	No consultas/horas laboradas en consulta	Productividad de consulta por hora laborada
Promedio diario de Consultas	(No. consultas realizadas/total días laborados en consulta)	No. de consultas realizadas por día en la unidad
Productividad en consulta odontológica por hora	No consultas odontológicas/ horas contratadas para consulta odontológicas	Productividad de consulta odontológica por hora contratada
Rendimiento hora odontólogo	Total pacientes atendidos/total horas laboradas	No. atenciones por hora odontólogo

3.- INDICADORES DE RESULTADOS

INDICADORES DE EFICIENCIA

Costo por atención	Gasto total/total de atenciones	Establece costo por atención en la unidad
Costo Consulta	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica
Costo atención Odontológica	Gastos en Odontología / No pacientes atendidos	Establece costo por atención odontológica
Costo de visita domiciliaria	Gastos vista domiciliaria /No. De visitas	Establece costo por atención domiciliaria
Costo de eventos de promoción	Gastos en eventos de promoción /No. de eventos realizados	Establece costo por evento de promoción
Costo de receta despachada	Gasto en farmacia / No recetas despachadas	Establece costo por receta

Fuente: Proyecto Colaborativo
Elaborado por: UTPL

3.13.1 Entrega de informes a las autoridades distritales.

Luego de culminar con todas las actividades propuestas en este trabajo de tesis y luego de su aprobación, se presentó el informe final al Director del Distrito , con todos los documentos anexos que evidencien el desarrollo de las actividades propuestas y los

resultados obtenidos, generando el compromiso de socializar con los servidores dentro del Distrito y hacer extensiva esta experiencia a las otras unidades del primer nivel de la zona centro del país, para lo cual se cuenta con el apoyo de la Coordinación zonal (anexo 15)

3.14 Análisis del indicador del resultado esperado

Se cumplieron con los objetivos planteados a partir de la matriz de marco lógico, la unidad de salud fue costeada pese a las dificultades presentadas, se instauró el uso del tarifario nacional así como la presentación de los resultados a las autoridades distritales.

CONCLUSIONES

1. Se ha diseñado y validado el proceso de costos y facturación de los recursos en la Unidad de salud anidada Santa Isabel, unidad de salud de la Dirección Distrital 01D3 Azuay.
2. La capacitación al personal de la Dirección Distrital Unidad de salud anidada Santa Isabel Salud sobre el proceso fue el pilar fundamental para la obtención de información en cada departamento logrando una corresponsabilidad en todos los procesos. El personal administrativo del Distrito tiene un cabal conocimiento de los requerimientos de información que demandan estos procesos, para lo cual 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.

3. 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, con lo que 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.
4. 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 como visita familiar algunos profesionales registran los nombres de todos los miembros de la familia, sobre-dimensionando el número de atenciones y en otros casos pese a existir visitas domiciliarias realizadas no son registradas en el sistema RADACCA.
5. Las unidades del primer nivel intervenidas, distan aún mucho de generar todos los productos que el Modelo de Atención MAIS exige, así como los estándares y/o parámetros que establece para los diferentes componentes de la atención. Se evidencia un proceso de implementación moderado.
6. Se evidencia una falta de planificación de los recursos, hecho que provocó serias dificultades de asignación del talento humano en los diferentes centros de gestión tales como, consulta en establecimientos, visitas domiciliarias, acciones de

promoción de la salud, existiendo personal correspondiente a otras unidades operativas laborando en distintos centros de gestión, cuya producción podría sobredimensionar la estimada para este centro, por otro lado el apoyo prestado por personal auxiliar o practicante que no costa dentro del registro institucional debería ser considerado como generador de acciones o procesos de salud.

7. El Director distrital y director de la unidad no disponen de información estratégica para la toma de decisiones, se limitan a entregar información a la Coordinación zonal en plazos establecidos. La Coordinación zonal, tampoco evalúa el comportamiento de las diferentes variables de los procesos de producción de servicios de salud, se limitan también a ser el nexo con el nivel central, entregando información que luego se publica, sin ningún elemento de análisis que oriente toma de decisiones estratégicas. Los procesos de validación realizados a través de TICS se centran en aspectos formales y no de fondo.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecen e institucionalizar la implementación de los procesos de costos y facturación no solo en la Unidad Anidada, Santa Isabel sino en todos aquellos centros correspondientes al distrito de Salud 01 D03.
2. Reafirmar y fortalecer los conocimientos sobre los temas de costos, facturación, gestión, emitidos al personal de la Dirección Distrital 01D03 Santa Isabel.

3. Conservar la implementación de los procesos de monitoreo, control y supervisión de los recursos con el afán de precautelar la inversión que realiza el estado, que tiene como finalidad brindar un servicio de calidad, calidez y eficiencia a toda la población.
4. Implementar un sistema de información sólido, completo, oportuno orientado a la toma de decisiones.
5. La Dirección distrital debe implementar un proceso de planificación y evaluación objetiva de los recursos asignados a sus unidades, garantizando utilizar los recursos en forma óptima, corrigiendo cualquier desviación en forma oportuna.
6. La Coordinación zonal, debe implementar compromisos de gestión con el Director Distrital, para sostener procesos estratégicos que impulsen el mejoramiento continuo y fundamentalmente la consolidación del modelo de atención integral de salud y de gestión de recursos, para lo cual la Coordinación zonal debe implementar un sistema de rendición de cuentas público, técnicamente diseñado que estimule y fortalezca procesos que generan valor agregado.
7. La Coordinación zonal debe establecer criterios técnicos para la asignación de recursos a los diferentes Distritos, tomando los elementos del presente estudio como orientadores de esa distribución, estimulando la eficiencia.

Bibliografía

1. Empresa Turística Yebool. (2015). Información Turística sobre el Cantón de Santa Isabel. Retrieved from <http://yebool.com.ec/ecuador/regiones/islas-galapagos/cantones/santa-isabel>
-

2. Ilustre Municipalidad de Santa Isabel. (2015a). Características Agroecológicas del Cantón Santa Isabel. Santa Isabel. Retrieved from <http://www.santaisabel.gob.ec/demograficos.php>
 3. Ilustre Municipalidad de Santa Isabel. (2015b). La Historia de Santa Isabel. Santa Isabel. Retrieved from <http://www.santaisabel.gob.ec/historia.php>
 4. Ilustre Municipalidad de Santa Isabel. (2015c). Ubicación Geográfica de Santa Isabel. Santa Isabel. Retrieved from <http://www.santaisabel.gob.ec/ubicacion.php>
 5. Lucio, R., Villacrés, N., Henríquez, R., Villacrés, N., Henríquez, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53(1), 177–187. Retrieved from http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/articulo_sistema_salud_ecu.pdf
 6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012a). El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. Definición. In *MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL. (MAIS-FCI)* (I, p. 53). Quito. Retrieved from file:///C:/Users/USUARIO/Documents/fabian/bibliografia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
-

7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012b). Marco Conceptual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. In *MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL. (MAIS-FCI)* (I, pp. 40–41). Quito. Retrieved from file:///C:/Users/USUARIO/Documents/fabian/bibliografia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
 8. Peláez, A., & González, L. (2013). Entrevista. Mexico: Universidad Autónoma de Mexico. Retrieved from https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Entrevista_trabajo.pdf
 9. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). El Socialismo del Buen Vivir. In *Plan Nacional Buen Vivir 2013-2017* (p. 22). Quito. Retrieved from file:///C:/Users/USUARIO/Documents/fabian/bibliografia/Plan Nacional Buen Vivir 2013-2017.pdf
 - 10.-De los Ángeles, M. (2007). Conceptos básicos de economía de la salud para el médico general. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 45(5), 523-532.
 11. INEC. (2015). Actividades y Recursos de Salud. enero 24,2015, de El Instituto Nacional de Estadística y Censos Sitio web: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-desalud/>
-
- 16.- Seinfeld, J. (2005). Análisis económico de la salud.
 - 17.- Sarandría, R., & Augustovski, F. (2006). Reflexiones acerca del uso de evaluaciones de costo-efectividad para la toma de decisiones sanitarias *9*(3), 66-67.

18.- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población. Enero 20, 2015, de senplades Sitio web: <http://www.buenvivir.gob.ec/33>

19.- Villar, E. (2007). Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saude soc*, 16(3), 7-13.

20.- Vos, R., Cuesta, J., León, M., & Rosero, R. L. Y. J. (2006). Mortalidad infantil, equidad y eficiencia: un análisis costo-efectivo de alcanzar la meta del milenio en Ecuador. *The European Journal of Development Research*, 18(2), 179-202.

ANEXOS

ANEXO I Oficio del Ministerio de Salud Pública para la Autorización para la Ejecución del proyecto "Evaluación Financiera de los Establecimientos de salud de primer nivel de atención"



Viceministerio de Atención Integral en Salud



Oficio Nro. MSP-VAIS-2015-0001-O

Quito, D.M., 05 de enero de 2015

Asunto: Autorización para la ejecución del proyecto de estudio "Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención"

Magister
Olga Guillermina Castillo Costa
Coordinadora Titulación
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
En su Despacho

De mi consideración:

Con sentimientos de distinguida consideración.
En referencia a su solicitud de autorización para realizar un proyecto de estudio con el nombre de "Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención" y en base al criterio técnico emitido por la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud a través de memorando No MSP-CGDES-2014-0873, en el cual sugiere la suscripción de acuerdos de confiabilidad y confidencialidad; adjunto sírvase encontrar los modelos de acuerdos proporcionado por la Dirección Nacional de Consultoría Legal, mismos que deberán ser suscritos con cada estudiante y deberán ser enviados a este despacho y a la respectiva Coordinación Zonal, previo a la autorización de ingreso a nuestros Centros de Salud.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Marysol Ruilova Maldonado
VICEMINISTRA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Anexos:
- acuerdo_de_uso_y_confidencialidad.doc
- UTPL Tati.pdf

Anexo 2 Carta de Confidencialidad firmada entre el Ministerio de salud Pública y el maestrante



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

COMPARECIENTES:

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

F:\f.siguencia\utpl5.

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

CLÁUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES:

1. La Constitución de la República del Ecuador ordena:

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

2. El Código Orgánico Integral Penal dispone:

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

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

Art. 180 - Difusión de información de circulación restringida.- La persona que divulga información de circulación restringida será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.

Es información de circulación restringida:

1. La información que está protegida expresamente con una cláusula de reserva previamente prevista en la ley, (...)" (Énfasis fuera de texto).

3. La Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública prescribe:

"Art. 6 - Información Confidencial.- Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.

El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes.

No podrá invocarse reserva, cuando se trate de investigaciones que realicen las autoridades, públicas competentes, sobre violaciones a derechos de las personas que se encuentren establecidos en la Constitución Política de la República, en las declaraciones, pactos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento jurídico interno. Se exceptuara el procedimiento establecido en las indagaciones nuevas.

Art. 10 - Custodia de la Información.- Las entidades del sector público, públicas, personas jurídicas de derecho público y demás antes señalados en el artículo 1 de la presente Ley, crear y mantener registros públicos de manera profesional, para que el derecho a la información se pueda ejercer a plenitud, por lo que, en ningún caso se justificará la ausencia de normas técnicas en el manejo y archivo de la información y documentación para impedir u obstaculizar el ejercicio de acceso a la información pública, por aún su destrucción.

Quienes administren, manejen, archiven o conserven información pública, serán personalmente responsables, solidariamente con la autoridad de la dependencia a la que pertenece dicha información y/o documentación, por las consecuencias civiles, administrativas o penales a que pudiera haber lugar, por sus acciones u omisiones, en la ocultación, alteración, pérdida y/o desmembración de documentación e información pública. Los documentos originales deberán permanecer en las dependencias a las que pertenezcan, hasta que sean transferidos a los archivos generales o Archivo Nacional.

F:\f.siguenca\utpl4.png

El tiempo de conservación de los documentos públicos, lo determinará la Ley del Sistema de Archivo Nacional y las disposiciones que regulen la conservación de la información pública confidencial.

Los documentos de una institución que desapareciere, pasarán bajo inventario al Archivo Nacional y en caso de fusión interinstitucional, será responsable de aquello la nueva entidad.

4. La Ley del Sistema Nacional de Registro de Datos Públicos preceptúa:

"Art. 4.- Las instituciones del sector público y privado y las personas naturales que actualmente o en el futuro administran bases o registros de datos públicos, son responsables de la integridad, protección y control de los registros y bases de datos a su cargo. Dichas instituciones responderán por la veracidad, autenticidad, custodia y debida conservación de los registros. La responsabilidad sobre la veracidad y autenticidad de los datos registrados, es exclusiva de la o el declarante cuando esta o este provee toda la información (-).

Art. 29.- El Sistema Nacional de Registro de Datos Públicos estará conformado por los registros: civil, de la propiedad, mercantil, sociedad, conectividad electrónica, vehicular, de naves y aeronaves, propiedad intelectual registros de datos crediticios y todos los registros de las instituciones públicas y privadas que mantuvieren y administran por disposición legal información registral de carácter público".

F:\f.siguenca

5. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como autoridad sanitaria, ejerce la rectoría, regulación, planificación, gestión, coordinación y control de la salud pública ecuatoriana a través de la vigilancia y control sanitario, atención integral a personas, promoción y prevención, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología, articulación de los actores del sistema nacional, con el fin del garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. El Ministerio de Salud Pública es el custodio de la información pública personal que reposa en sus unidades, por lo que debe garantizar su confidencialidad.

6. La UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA, a través de "EL ESTUDIANTE" ejecutará el Proyecto "Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención" en virtud del cual "EL ESTUDIANTE" tendrá acceso a información administrativa que reposa en las unidades administrativas y asistenciales de "EL MINISTERIO" y eventualmente podrá tener acceso a información confidencial.

7. Mediante memorando No. MSP-VAIS-2014-1501-M de 3 de diciembre de 2014, la Viceministra de Atención Integral en Salud, Subrogante, solicitó a la Coordinadora de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud Pública la elaboración del presente Acuerdo de Confidencialidad respecto de la ejecución del Proyecto "Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención".

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO:

Las partes suscriben el presente Acuerdo con el objeto de proteger la información que reposa en las unidades administrativas y operativas del "MINISTERIO", a la cual el "ESTUDIANTE" tendrá acceso en virtud de la ejecución del Proyecto "Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención", así como garantizar la confiabilidad de la información de dicho Proyecto.

CLÁUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES:

OBLIGACIONES DEL "MINISTERIO:

3.1. Autorizar el ingreso del "ESTUDIANTE" a las unidades administrativas y operativas de Salud Pública y a sus Unidades Operativas.

F:\f.siguenca\utpl2.png

3.2. Permitir el acceso del "ESTUDIANTE" a la información que reposa en sus unidades, para la ejecución del Proyecto "Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención".

OBLIGACIONES DEL "ESTUDIANTE"

3.1. Guardar la confidencialidad respecto de la información de pacientes y cualquier otro tipo de información pública personal a la que pueda tener acceso.

3.2. Hacer uso de la información que reposa en el "MINISTERIO", únicamente con fines académicos relacionados con el Proyecto "Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención".

3.3. "EL ESTUDIANTE" ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Ministerio de Salud Pública y para los usuarios de los servicios de salud, está obligado a mantener en forma estrictamente reservada y confidencial toda la información a la que en la ejecución del Proyecto "Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención" tendrá acceso. Por lo tanto, se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, oral, escrito, y/o tecnológico y en general aprovecharse de ella en cualquier forma que difiera de los intereses académicos del Proyecto.

3.4. Garantizar la confiabilidad de la información que constará en el Proyecto "Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención" para lo cual el "ESTUDIANTE" se compromete a no alterar los datos en el Proyecto a los que tenga acceso en las unidades del "MINISTERIO".

CLÁUSULA CUARTA.- SANCIONES:

En caso de incumplimiento de las obligaciones de uso de la información y confidencialidad, "EL ESTUDIANTE" conoce que será juzgado y sancionado, de ser el caso, conforme lo dispuesto en los artículos 178 y 180 del Código Orgánico Integral Penal y, en las demás Leyes y reglamentos relacionados con la materia.

CLÁUSULA QUINTA.- DECLARACIÓN:

"EL ESTUDIANTE" declara conocer que los registros de datos públicos personales a los que tendrá acceso son confidenciales, por lo que se abstendrá de utilizar tal información y la utilizará exclusivamente con fines académicos.

CLÁUSULA SEXTA.- VIGENCIA:

Los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Uso y Confidencialidad tendrán una duración indefinida, a partir de la fecha de su suscripción.

CLÁUSULA SÉPTIMA.- ACEPTACIÓN:

Las partes aceptan el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente acuerdo y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en cuatro ejemplares del mismo tenor y valor, en la ciudad de Quito.

Dra. Marysol Rulova Maldonado

**VICEMINISTRA DE ATENCIÓN
INTEGRAL EN SALUD**

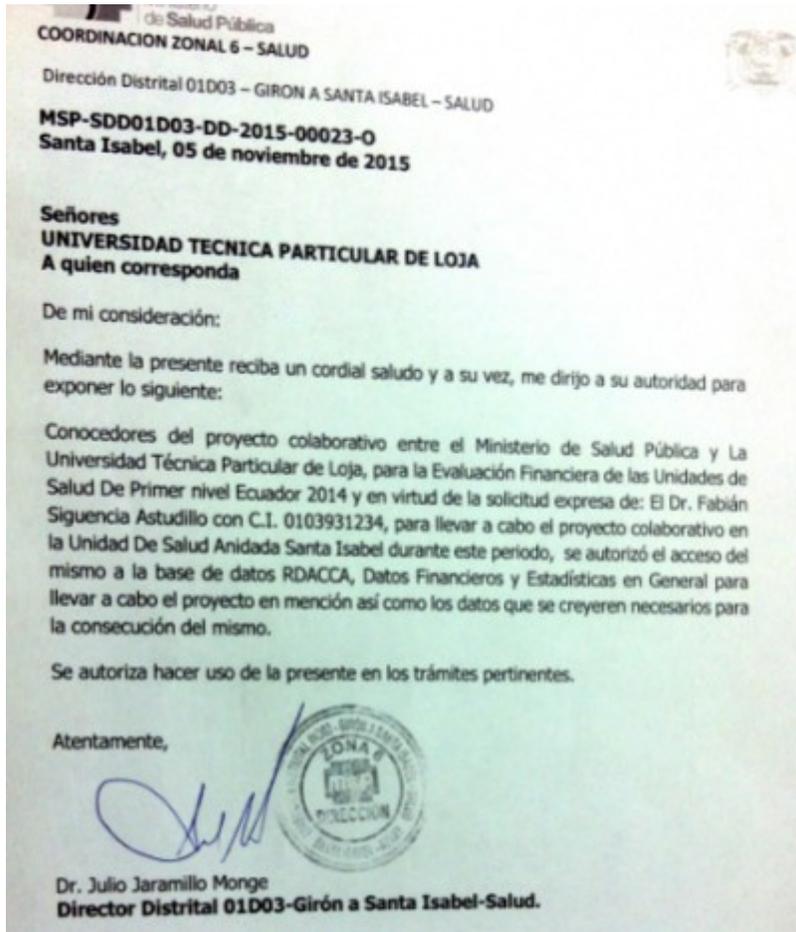


MD. Héctor Fabián Sigüenza Astudillo

0103931234

ESTUDIANTE UTPL

Anexo 3. Oficio de Autorización para la Elaboración del Proyecto Colaborativo en la Unidad Anidada, Santa Isabel Distrito 01 D03. Azuay 2014



Anexo 4 Sesión de trabajo Universidad Técnica Particular de Loja



costo total por servicio			
Costo total anual	Servicio	Costo	Porcentaje
552763,92	Consulta Externa	423491,22	76,61
552763,92	Odontología	110103,78	19,92
552763,92	Visita Domiciliaria	6037,94	1,09
552763,92	Promoción de salud	12537,85	2,27
552763,92	Farmacia	23447,24	4,24
552763,92	Vacunas	17298,96	3,13
552763,92	Procedimientos	4960,34	0,90
552763,92	Limpieza	10020,1	1,81
552763,92	Administración	23953,79	4,33

Anexo 9,10 ,11 Matriz de Resultados Unidad Anidada Santa Isabel 2014

Cuadros Gerenciales

Configuración de Cuadros Gerenciales Consulta de Cuadros Gerenciales

1 # 4

Insumos/Servicios	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PSICOLI ▲
IMAGEN	0,00	0,00	0,00	
FARMACIA	18.602,26	39,26	4.839,24	
VACUNAS	17.323,69	0,00	0,00	
PROCEDIMIENTOS	4.967,43	0,00	0,00	
LIMPIEZA	6.642,47	104,15	1.827,55	
MANTENIMIENTO	0,00	0,00	0,00	
TRANSPORTE	0,00	0,00	0,00	
ADMINISTRACION	16.285,69	255,34	4.480,70	
Total c. indirecto	63.821,54	398,75	11.147,49	
Total costos	423.491,22	6.037,94	110.103,78	
Porcentaje	76,61	1,09	19,92	
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT	
Producción primaria	16875	925	16684	
Producción secundaria	0	0	0	
	TOTAL COSTOS DIRECTOS	SUMATORIA COSTOS TI	Diferencia	
	552.763,92	552.849,89	-85,97	

Cuadros Gerenciales					
Configuración de Cuadros Gerenciales			Consulta de Cuadros Gerenciales		
# 1		# 4			
Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Indice ocupacional
			Servicio	Unitario	
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	16.875,00	424.038,25	25,13	
Subtotal	CONSULTA	16875	424.038,25	25,13	
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	925,00	6.046,51	6,54	
Subtotal	CONSULTA	925	6.046,51	6,54	
ODONTOLOGIA	CONSULTA	16.684,00	110.254,28	6,61	
	TOT	0,00	0,00	0,00	
Subtotal	CONSULTA	16684	110.254,28	6,61	
	TOT	0			
PSICOLOGIA	CONSULTA	0,00	638,40	0,00	
Subtotal	CONSULTA	0	638,40		
PROMOCION EN SALUD	EVENTOS	191,00	11.786,48	61,71	
EMERGENCIA	CONSULTA	0,00	0,00	0,00	
Total			540.977,44		
Apoyo					
LABORATORIO	EXAMENES	0,00	0,00	0,00	
	DETER	1.373,20		0,00	

INFORME DE PRODUCCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA: DIRECCION DISTRITAL
PERIODO DEL INFORME: ENERO 2014

ATENCIÓN MÉDICA POR UNIDAD. TABLA ANUAL						Sexo		
Nombre de la unidad	Número de profesionales que realizan consulta y reportan en RDACAA	Número de días de atención	Número de personas atendidas	Número de consultas	Hombre	Mujer	Total	
							0	
UNIDAD ANIDADA SANTA ISABEL	5	360	15489	15489	5018	10471	15489	
							0	
							0	
							0	

	Enero	Febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiemb	octubre	noviemb	diciemb	total
numero de visitas DOMICILIARIAS	54	128	143	39	129	29	26	29	152	88	87	85	992

	recetas												TOTAL
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SEP	OCT	NOV	DICIEMBR	
hospital	6372	4244	4553	6779	9247	6211	7169	7777	6930	7120	6640	6913	79955
u anidada	2549	1698	1821	2712	3699	2484	2868	3111	2772	2848	2656	2765	31982
odontologia	510	340	364	542	740	497	574	622	554	570	531	553	6396
Anidada	2039	1358	1457	2169	2959	1988	2294	2489	2218	2278	2125	2212	25586

Servicio	ENERO	FEBRER	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SEP	OCT	NOV	DICIEMBR	TOTAL
Costo total	47104,2	40512,1	40512,1	42650,2	42649,5	42747,0	42768,8	42747,0	42747,0	42745,5	42747,0	42747,0	512677,5
Facturación	188683,6	51506,2	70207,8	77965,9	75815,5	52433,4	57469,9	51339,8	51842,5	65072,9	44582,8	34570,6	821491,1

Resumen de Facturación 2014													
PRESTACIONES DE SALUD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SEP	OCT	NOV	DICIEMBRE	TOTAL
Morbilidad	118257,9	11496,7	12616,0	12306,7	10958,0	9750,6	10984,1	10164,8	10294,4	14350,2	7669,1	3485,7	232334,2
Prevencion	22422,7	11880,3	27017,2	29117,8	33480,5	14262,6	18125,8	11647,0	16393,8	22074,9	9811,1	4926,8	221160,6
Visitas domiciliarias	23651,6	2299,3	2523,2	2461,3	2191,6	1950,1	2196,8	2033,0	2058,9	2870,0	1533,8	697,1	46466,8
Odontologia	15416,8	16539,7	18761,3	24789,9	19895,4	16229,2	15922,3	17254,1	12775,1	15457,6	15248,5	15140,7	203430,5
Procedimientos	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	81145,6
Promocion	2172,5	2528,0	2528,0	2528,0	2528,0	3478,8	3478,8	3478,8	3558,2	3558,2	3558,2	3558,2	36953,5
TOTAL	188683,6	51506,2	70207,8	77965,9	75815,5	52433,4	57469,9	51339,8	51842,5	65072,9	44582,8	34570,6	821491,1

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
					SERVICIO								
					8920,71								
	CONSULTA EXTERNA												
1	MEDICO	8	173,20	86,60	1063,07	1676,00				139,67	29,50	153,35	139,61
2	MEDICO	8	173,20	138,56	1710,51	1676,00				139,67	29,50	153,35	139,61
3	MEDICO	8	173,20	138,56	1710,51	1676,00				139,67	29,50	153,35	139,61
4	MEDICO	8	173,20	138,56	1710,51	1676,00				139,67	29,50	153,35	139,61
4	MEDICO	8	173,20	138,56	1710,51	1676,00				139,67	29,50	153,35	139,61
5	ENFERMERA	8	173,20	129,90	1165,77	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96
5	ENFERMERA	8	173,20	103,92	932,61	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96
6	ENFERMERA	8	173,20	69,28	621,74	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96
6	ENFERMERA	8	173,20	69,28	621,74	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96
6	ESTADISTICA	8	173,20	129,90	753,42	775,00				64,58	29,50	70,91	64,56
6	LIMPIEZA	8	173,20	86,60	502,28	775,00				64,58	29,50	70,91	64,56
	VISITAS DOMICILIARIAS				427,63					0,00		0,00	0,00
2	MEDICO	8	173,20	34,64	427,63	1676,00				139,67	29,50	153,35	139,61
4	MEDICO	8	173,20	34,64	427,63	1676,00				139,67	29,50	153,35	139,61
4	MEDICO	8	173,20	34,64	427,63	1676,00				139,67	29,50	153,35	139,61
	DR. ODONTOLOGO				366,84	1412,00				117,67	29,50	157,44	117,62
5	ENFERMERA	8	173,20	34,64	310,87	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96
	PROMOCION DE LA SALUD				977,89					0,00		0,00	0,00
4	MEDICO	8	173,20	34,64	427,63	1676,00				139,67	29,50	153,35	139,61
	DR. ODONTOLOGO				183,42	1412,00				117,67	29,50	157,44	117,62
	DR. ODONTOLOGO				366,84	1412,00				117,67	29,50	157,44	117,62
5	ENFERMERA	8	173,20	34,64	310,87	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96
6	ENFERMERA	8	173,20	17,32	155,44	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96
6	ENFERMERA	8	173,20	17,32	155,44	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96

NÚMERO DE ATENCIONES POR TIPO DE CONSULTA ENERO 2014 (ESTA TABLA DEBE HACERSE MENSUAL, PARA QUE AQUÍ PASAR A A MATRIZ DE FACTURACION) TABLA MENSUAL							
Nombre de la unidad	Prevencion		Morbilidad		Total prevenci	Total Morbilidad	Total general
	Primeras	Subsecuente	Primeras	Subsecuente			
UNIDAD ANIDADA SANTA ISABEL	340	195	1189	185	535	1374	1909
					0	0	0

Anexo 14 Matriz de Producción Unidad Anidada Santa Isabel 2014

Resumen de Facturación 2014													
PRESTACIONES DE SALUD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SEP	OCT	NOV	DICIEMBRE	TOTAL
Morbilidad	118257,9	11496,7	12616,0	12306,7	10958,0	9750,6	10984,1	10164,8	10294,4	14350,2	7669,1	3485,7	232334,2
Prevencion	22422,7	11880,3	27017,2	29117,8	33480,5	14262,6	18125,8	11647,0	16393,8	22074,9	9811,1	4926,8	221160,6
Visitas domiciliarias	23651,6	2299,3	2523,2	2461,3	2191,6	1950,1	2196,8	2033,0	2058,9	2870,0	1533,8	697,1	46466,8
Odontologia	15416,8	16539,7	18761,3	24789,9	19895,4	16229,2	15922,3	17254,1	12775,1	15457,6	15248,5	15140,7	203430,5
Procedimientos	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	6762,1	81145,6
Promocion	2172,5	2528,0	2528,0	2528,0	2528,0	3478,8	3478,8	3478,8	3558,2	3558,2	3558,2	3558,2	36953,5
TOTAL	188683,6	51506,2	70207,8	77965,9	75815,5	52433,4	57469,9	51339,8	51842,5	65072,9	44582,8	34570,6	821491,1

Anexo 12 Matriz de Costo Mano de Obra Unidad Anidada Santa Isabel 2014

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	
					SERVICIO															
	CONSULTA EXTERNA				219,23														199,22	
1	MEDICO	2	173,20	16,44	165,97	1676,00				139,67	29,50	152,35	139,61						2138,13	12,34
	MEDICO	2	173,20	138,56	1710,51	1676,00				139,67	29,50	152,35	139,61						2138,13	12,34
	MEDICO	2	173,20	138,56	1710,51	1676,00				139,67	29,50	152,35	139,61						2138,13	12,34
	MEDICO	2	173,20	138,56	1710,51	1676,00				139,67	29,50	152,35	139,61						2138,13	12,34
	ENFERMERA	2	173,20	129,90	1165,77	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96						1554,36	8,97
	ENFERMERA	2	173,20	102,92	932,61	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96						1554,36	8,97
	ENFERMERA	2	173,20	69,28	621,74	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96						1554,36	8,97
	ENFERMERA	2	173,20	69,28	621,74	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96						1554,36	8,97
	ESTADISTICA	2	173,20	129,90	793,42	775,00				64,50	29,50	70,91	64,50						1004,55	5,80
	LIMPIEZA	2	173,20	16,40	502,28	775,00				64,50	29,50	70,91	64,50						1004,55	5,80
	VISITAS DOMICILIARIAS				427,63					0,00		0,00	0,00						0,00	12,34
	MEDICO	2	173,20	34,64	427,63	1676,00				139,67	29,50	152,35	139,61						2138,13	12,34
	MEDICO	2	173,20	34,64	427,63	1676,00				139,67	29,50	152,35	139,61						2138,13	12,34
	MEDICO	2	173,20	34,64	427,63	1676,00				139,67	29,50	152,35	139,61						2138,13	12,34
	DR. ODONTOLOGO	2	173,20	34,64	366,84	1412,00				117,67	29,50	157,44	117,62						1834,22	10,59
	ENFERMERA	2	173,20	34,64	310,87	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96						1554,36	8,97
	PROMOCION DE LA SALUD				372,100					0,00		0,00	0,00						0,00	32,53
	MEDICO	2	173,20	34,64	427,63	1676,00				139,67	29,50	152,35	139,61						2138,13	12,34
	DR. ODONTOLOGO	2	173,20	17,32	183,42	1412,00				117,67	29,50	157,44	117,62						1834,22	10,59
	DR. ODONTOLOGO	2	173,20	34,64	366,84	1412,00				117,67	29,50	157,44	117,62						1834,22	10,59
	ENFERMERA	2	173,20	34,64	310,87	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96						1554,36	8,97
	ENFERMERA	2	173,20	17,32	195,44	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96						1554,36	8,97
	ENFERMERA	2	173,20	17,32	195,44	1212,00				101,00	29,50	110,90	100,96						1554,36	8,97
	ODONTOLOGIA				2193,81					0,00		0,00	0,00						0,00	41,16
	DR. ODONTOLOGO	2	173,20	138,56	1467,38	1412,00				117,67	29,50	157,44	117,62						1834,22	10,59
	DR. ODONTOLOGO	2	173,20	138,56	1467,38	1412,00				117,67	29,50	157,44	117,62						1834,22	10,59
	DR. ODONTOLOGO	2	173,20	173,20	1934,22	1412,00				117,67	29,50	157,44	117,62						1834,22	10,59
	DR. ODONTOLOGO	2	173,20	69,28	733,69	1412,00				117,67	29,50	157,44	117,62						1834,22	10,59

Anexo 13 Matriz de Resultados Unidad Anidada Santa Isabel 2014

	ENERO	FEBREF	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SEP	OCT	NOV	DICIEMI	TOTAL
Costos Fijos	21662	19743	19929	22067	22067	22164	22186	22164	22164	22165	22164	22164	260641
C. Variables	25442	20769	20583	20583	20583	20583	20583	20583	20583	20581	20583	20583	252037
Facturacion	188684	51506	70208	77966	75816	52433	57470	51340	51842	65073	44583	34571	821491
PEUSD	25038	33084	28195	29983	30290	36487	34566	36997	36758	32417	41173	54778	375999
PEUSD	87	36	60	62	60	30	40	28	29	50	8	158	54

Anexo 15 Socialización Unidad Anidada Santa Isabel 2014



CERTIFICACIÓN DE LA UNIDAD FINANCIERA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, QUE LOS DATOS HAN SIDO PROPORCIONADOS AL MAESTRANTE

Ministerio de Salud Pública
COORDINACION ZONAL 6 – SALUD

Dirección Distrital 01D03 – GIRÓN A SANTA ISABEL – SALUD

MSP-SDD01D03-DD-2015-00023-O
Santa Isabel, 05 de noviembre de 2015

Señores
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
A quien corresponda

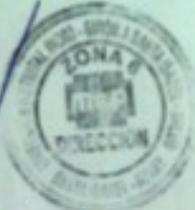
De mi consideración:

Mediante la presente reciba un cordial saludo y a su vez, me dirijo a su autoridad para exponer lo siguiente:

Conocedores del proyecto colaborativo entre el Ministerio de Salud Pública y La Universidad Técnica Particular de Loja, para la Evaluación Financiera de las Unidades de Salud De Primer nivel Ecuador 2014 y en virtud de la solicitud expresa de: El Dr. Fabián Sigüencia Astudillo con C.I. 0103931234, para llevar a cabo el proyecto colaborativo en la Unidad De Salud Anidada Santa Isabel durante este periodo, se autorizó el acceso del mismo a la base de datos RDACCA, Datos Financieros y Estadísticas en General para llevar a cabo el proyecto en mención así como los datos que se creyeren necesarios para la consecución del mismo.

Se autoriza hacer uso de la presente en los trámites pertinentes.

Atentamente,

Dr. Julio Jaramillo Monge
Director Distrital 01D03-Girón a Santa Isabel-Salud.