



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

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

**Evaluación financiera del establecimiento de salud Comité del Pueblo
perteneiente al Primer Nivel de Atención, del Distrito 17D03, zona 9, en el
año 2014.**

TRABAJO DE TITULACION

AUTOR: Mena Reyes, Miriam del Pilar

| DIRECTOR: Msc. Alarcón Dalgo, Carmen María

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2016

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Alarcón Dalgo Carmen María

DIRECTORA DEL PROYECTO TITULACIÓN

De mi consideración:

El Presente trabajo de titulación, denominado: Evaluación financiera en las unidades de salud del primer nivel de atención: en **Unidad de Salud Comité del Pueblo Distrito 17D03, zona 9**, en el I año 2014, realizado por la licenciada Mena Reyes Miriam del Pilar, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 22 de marzo 2016

f _____

Msc. Alarcón Carmen María

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHO

Yo, Mena Reyes Miriam del Pilar, declaro ser autora del presente trabajo de titulación “Evaluación financiera del establecimiento de salud Comité del Pueblo perteneciente al Primer Nivel de Atención, del Distrito 17D03 de Quito, en el año 2014”, de la Titulación título de magister en gerencia de salud para el desarrollo local, siendo la Ing. María del Carmen Alarcón Dalgo directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

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

f.....

Autora. Mena Reyes Miriam del Pilar

C.I. 1712727328

DEDICATORIA

A Dios que me ha dado la vida y la fortaleza para terminar este proyecto. A mi esposo, quién ha estado a mi lado todo este tiempo, a mi hijo quién desde que nació me ha enseñado a luchar sin importar los obstáculos que se presente, a mis amigas, quienes me han apoyado y a todos los que me prestaron ayuda para finalizar el proyecto de fin de titulación.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de Maestría en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

A mi tutora Msc. Carmen Alarcón Dalgo, quién con sus conocimiento me guio y apoyó en este proyecto.

A la Unidad de Salud del Comité del Pueblo, por su predisposición a colaborar en este trabajo.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
Introducción.....	3
Problematización.....	5
Justificación.....	7
Objetivos.....	9
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO	
1.1 Marco Institucional.....	11
1.1.1 Aspectos geográficos del lugar.....	11
1.1.2 Dinámica Poblacional.....	11
1.1.3 Misión del MSP.....	12
1.1.4. Visión del MSP.....	12
1.1.5. Valores.....	12
1.1.6. Marco Legal.....	13
1.1.7 Organización administrativa de la Unidad de Salud.....	16
1.1.8 Servicios que presta la Unidad de Salud.....	17
1.1. Datos estadísticos de cobertura de la Unidad de Salud.....	18
1.1.8 Características geofísicas de la unidad de salud.....	18
1.1.11. distribución interna	19
1.2 Marco Conceptual.....	20
1.2.1 Definición de Salud.....	20
1.2.2 Modelo de Atención Integral Nacional de Salud.....	20
1.2.4 Red Pública de Salud.....	26

1.2.5 Niveles de Atención de Salud.....	27
1.2.6 Costos.....	29
1.2.8 Eficiencia, eficacia, calidad en salud.....	33
1.2.9 Financiamiento del Sistema de Salud.....	35
1.2.10 Tarifario del Sistema de Salud.....	38
1.2.11 Gestión Financiera.....	39
1.2.12 Gestión Productiva en los Servicios de Salud.....	39
CAPÍTULO II	
DISEÑO METODOLÓGICO	
2.1 Matriz de involucrados.....	44
2.2 Árbol de problemas.....	46
2.3 Árbol de objetivos.....	47
2.4 Matriz de marco lógico.....	48
2.5 Actividades.....	49
CAPÍTULO III	
3. RESULTADOS	
RESULTADO No. 1 Servicios de Salud Costeados	51
1.1 Socialización del Proyecto.....	51
1.2 Taller de inducción al proceso de costos	52
1.3 Recolección de Información.....	52
1.4 Análisis del resultado No.1.....	59
Resultado No. 2. Servicios de salud facturados.....	60
2.1 Recolección de la información.	61
2.2 Valoración económica de las prestaciones de salud según tarifario nacional MSP	62
2.3 Análisis del resultado No. 2 Facturación.....	63
Resultado No. 3. Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera.....	63
3.1 Cálculo del punto de equilibrio.....	63
3.2 Diseño de estrategias de mejoramiento.....	65
3.3 Análisis de resultado No. 3Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera	74
CONCLUSIONES.....	77

RECOMENDACIONES.....	79
BIBLIOGRAFÍA.....	80
AEXOS.....	82

RESUMEN

En los últimos años la salud ha tenido grandes cambios entre esto está el incremento del presupuesto por lo tanto es de gran interés mantener una adecuada evaluación financiera, por lo que se aplica en la unidad de salud Comité del Pueblo del Distrito 17D03, zona 9.

Mediante la utilización del programa WINSIG, de la OPS, se cumplió el 100% del costeo de los servicios de salud, la facturación de las prestaciones de salud, de acuerdo al tarifario del MSP, con la finalidad de tomar decisiones acertadas como una adecuada utilización de los recursos materiales y el talento humano.

Obteniendo un punto de equilibrio de 60%, esto quiere decir que se debe producir el 60% más para llegar al punto de equilibrio, se puede evidenciar que no existe un adecuado registro de producción.

El interés de mejorar la calidad de los servicios mediante la distribución racional y equitativa de los recursos se plantea diferentes estrategias para brindar una atención en salud con calidad y eficacia.

Palabras clave: Evaluación, Costeo, facturación, Calidad, Eficiencia, Eficacia, Punto de equilibrio

ABSTRACT

In recent years, health has had major changes between this is the increase in the budget so it is of great interest maintain an adequate financial assessment, what applies in the Health Committee of the town of the district 17D03, zone 9 unit.

Using the program WINSIG, of PAHO, was met 100% of the cost of health services, the billing of health, according to the tariff of the MSP benefits, in order to make sound decisions as an appropriate use of material resources and human talent.

Obtaining balance of 60%, this means that it should produce 60% more to reach the point of balance, it can demonstrate that a proper record of production there is.

The interest of improving the quality of services through rational and equitable distribution of resources raises different strategies to provide care in health with quality and efficiency.

Key words: Evaluation, job costing, billing, quality, efficiency, efficiency, balance

INTRODUCCIÓN

Con la meta de mejorar la atención en salud a nivel mundial y especialmente en los países en vías de desarrollo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la salud (OPS) en el año de 1978 reunieron a más de 140 delegaciones entre países e instituciones relacionadas directamente con el campo de la salud, de esta reunión se produjo la declaración de Alma Ata tomado como un mandato de la organización mundial de salud y enmarcado dentro de los denominados objetivos del milenio, el enfoque en la atención primaria en salud o APS, donde se establece que la misma debe ser entregada en función de las necesidades de la población y en el primer nivel de atención. Por lo que luego de una revisión general de procedimientos se acordó cambiar el enfoque y de allí nace la atención primaria en salud renovada buscando una atención directa hacia la comunidad y una relación directa con la misma para responder a sus necesidades desde el punto de vista del demandante del servicio y no imponer sistemas de salud ajenos a la realidad de la comunidad.

Uno de los problemas fundamentales que impiden ejercer una adecuada programación, entrega y evaluación de las prestaciones en salud es el desconocimiento del aspecto financiero tanto en costos como en facturación de las mismas, por lo que es imperativo implementar un sistema de costos, en este proceso se encuentra el Ministerio de Salud habiendo escogido el sistema denominado costeo basado en actividades. Este sistema permite tanto a los sistemas públicos como privados optimizar la utilización y gestión de los recursos tanto humanos como materiales que dispone la institución en la búsqueda de conseguir mejor rentabilidad y producción de los mismos lo que se refleja una atención basada en los principios de eficiencia, eficacia, rentabilidad tanto social como financiera y económica de la institución prestadora de salud.

Para la realización de la evaluación financiera de la unidad salud del Comité del Pueblo, Distrito 17D03, Zona 9, año 2014, analizando los costos que se invierten para prestar servicios a la población, con el fin de mejorar el uso racional de recursos y brindar una atención de salud equitativa con calidad y calidez.

El presente proyecto se desarrolla de 3 capítulos: capítulo 1 describe el marco teórico referente al Marco Institucional y el marco conceptual donde se describe los conceptos y definiciones que

sustentan el tema como por ejemplo: costo indirecto, directo, fijo, variable, punto de equilibrio, eficiencia, eficacia y calidad en salud. Tarifario del sistema nacional de salud; el capítulo 2 encontramos el diseño metodológico; el capítulo 3 presenta los resultados obtenidos de la aplicación del proyecto.

Mediante el programa de winsig, se logra el costeo del 100% de los servicios de salud que brinda la unidad de salud Comité del Pueblo, para ello se procesó datos del RDACCA, con la ayuda de matrices: costo, mano de obra, facturación y cuadros estadísticos.

Obteniendo costos: costo de atención, costo per cápita, integral, neto, directos, indirectos, fijos, variables. Se realiza la facturación anual del 2014 con datos referenciales del tarifario del MSP. El cálculo del punto de equilibrio.

El objetivo del proyecto es establecer el análisis financiero de la unidad de salud Comité del Pueblo que permita analizar los costos, gastos y valorar las prestaciones así como valorar la rentabilidad y sustentabilidad de las unidades de salud intervenidas. La metodología utilizada es descriptiva de los datos recolectados y luego el análisis de los mismos para formular las conclusiones a las que llegue y poner en conocimiento de las autoridades de la unidad para colaborar con la administración de la misma.

PROBLEMATIZACIÓN

Toda actividad y en este caso las prestaciones de salud determina un costo o gasto de recursos tanto humanos como materiales los mismos que se deben reflejar en un análisis financiero coherente, este análisis financiero es el que ha estado ausente en las unidades del ministerio de salud pública lo que ha dado paso al uso de presupuestos históricos y la toma de decisiones políticas sobre las técnicas, sin tomar en cuenta las necesidades específicas de cada población en función de las necesidades de atención que ellas requieren, esto determina una inadecuada distribución del talento humano, la mala utilización de los recursos materiales, que rápidamente determinan una escasez de insumos médicos, inadecuado mantenimiento de equipos, llevando a una deficiente prestación de servicios de salud, se suma el insuficiente manejo del tarifario de servicios que no permite una recuperación de costos adecuada.

Como parte de la problemática se suma la fragmentación y segmentación de los servicios de salud en nuestro país, la falta de preparación en este campo de la mayoría de los gerentes de las unidades de salud, dando como resultado una atención deficitaria en las unidades de salud del país tanto de la red pública en salud y menos en la red complementaria, la unidad intervenida Comité del Pueblo, no escapa a esta realidad, siendo la gestión de costos y facturación incompletos y no bien establecidos que determina decisiones erróneas tanto administrativa como financieramente .

ANALISIS DEL PROBLEMA

De acuerdo a las disposiciones legales contempladas en la constitución, los objetivos del milenio, los del plan del buen vivir propugnado por el gobierno de turno, que han dirigido las políticas sanitarias del país hacia el modelo de atención primaria en salud, encontramos que en las distintas unidades del país y de igual manera en los centros de salud como el Comité del Pueblo, objeto de la investigación existe una discordancia entre las disposiciones legales que emite el poder central y la aplicación de los mismos en las dependencias del ministerio de salud pública, esto debido a que los datos que poseen las unidades de salud pública corresponden más a estadísticas de morbilidad- mortalidad, situación geográfica y no disponen de un análisis financiero real que acompañe a estas prestaciones de salud, se suma la falta de presupuestación de los costos , esto origina un desbalance entre el presupuesto asignado a la unidad de salud y los gastos o costos de la atención en salud, se suma la falta de priorización

de las actividades en salud que requiere la comunidad y hacia donde enfocar el gasto de la unidad, la incapacidad de contar con talento humano adecuado por falta de presupuesto, la no utilización adecuada de los insumos, la no disposición y utilización completa de los espacios, y la falta de medicación adecuada y de calidad para las patologías prioritarias que afecta a la población que recibe la cobertura de dicha unidad, esto se plasma en una mala prestación de servicios y la insatisfacción de parte de los usuarios.

JUSTIFICACIÓN

La necesidad de conocer los costos, gastos, la valoración de las prestaciones dadas por las unidades de salud es imprescindible, ya que las prestaciones en salud, al ser intangibles no se han considerado históricamente como generadores de beneficios económicos ni consumidores de gastos, sin embargo de hecho generan beneficios y consumen recursos, se realiza un análisis de costos, del margen de contribución sea tangible o intangible de las prestaciones, un valor real, para establecer en una forma inteligente un presupuesto que permita a la unidad mantenerse rentable y sustentable, operar en los distintos escenarios que se puedan presentar en la gestión, contar con un adecuado sistema de facturación que permita recuperar los costos en los que ha incurrido en las diferentes prestaciones de salud hacia sus usuarios.

Dentro de la información básica financiera que deben conocer los profesionales de salud, tiene que incluir información de costos directos, indirectos, fijos y variables de un proceso, actividad, servicio o paquete de atención y el punto de equilibrio.

Se deben involucrar a los profesionales en la salud en el análisis financiero de las actividades ya que son los mismos los que llevan adelante todos los procesos de atención y por lo tanto conocen a cabalidad de los mismos, no puede dejarse en manos de un financiero sin conocimiento en salud la planificación presupuestaria de una unidad en salud.

Es importante trabajar y definir escenarios en la gestión económica financiera a fin de contar con información adecuada para la toma de decisiones por el equipo de gestión o por quienes tienen a su cargo la responsabilidad de administrar los recursos.

Nos preguntamos cual es la utilidad de este proceso y la respuesta es simple y de gran impacto, redundando en un beneficio directo a la población a la que da cobertura la unidad ya que permite una adecuada y oportuna prestación de los servicios que ofrece, adaptada a las necesidades de la población que requiere este tipo de prestación, un plan adecuado de requerimiento del talento humano, el aprovechamiento al máximo de las capacidades del mismo, un abastecimiento mantenido de la unidad en insumos y medicamentos requeridos y de calidad, la satisfacción del usuario interno y externo, una planificación de plan de compras públicas adecuado, eliminar los gastos innecesarios, la toma de decisiones gerenciales estratégicas en función de los distintos escenarios que se presentes y de estos especialmente los catastróficos,

una atención adecuada a la población vulnerable o en riesgo, el establecimiento y uso de un tarifario acorde a la realidad, la implementación de un sistema eficiente y eficaz de facturación de servicios, y la integración tanto de la red propia del ministerio de salud pública como la complementaria constituida por las empresas proveedoras de salud particulares dando como resultado una adecuada gestión de esta unidad .

El análisis financiero y el costeo basado en actividades no es nuevo, ya se ha implementado en otros países como son Colombia y Perú e inclusive en Perú se ha establecido un programa de capacitación virtual al que pueden acceder todos los profesionales en salud, independiente de su condición con una verdadera democratización del conocimiento, ya que el conocimiento debe ser difundido a todo el personal en su nivel de responsabilidad de la misma, para que se involucren en la toma de decisiones, comprendan el porqué de las mismas y cooperen en forma positiva, de lo contrario todas las decisiones tienen un carácter impositivo que genera rechazo y poca colaboración en el personal sanitario, resultando en una pobre gestión administrativa.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el componente financiero de la unidad de salud Comité del Pueblo mediante el análisis de costos, valoración económica de las prestaciones y formulación de estrategias de mejoramiento, para fortalecer la formación de Gerencia en Salud

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

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

CAPITULO I

1. Marco Teórico

1.1. Marco Institucional

1.1.1. Aspectos geofísicos del lugar.

La Unidad de Salud Comité del Pueblo se encuentra ubicado en la Provincia de Pichincha, Cantón Quito, Parroquia Comité del Pueblo al nor-orienté de la ciudad de Quito en la calle Joaquín Pareja s/n y Ángel Espinosa.

Para acceder a este lugar hay varias rutas de acceso, con vías en buen estado y existe varias líneas de buses.

1.1.2. Dinámica poblacional

El número aproximado de habitantes en el Comité del Pueblo según el último censo del 2010 es de aproximadamente. 201.604 hab., dicha población de escasos y medianos recursos económicos, caracterizados por familias con un promedio de tres a cinco hijos, que acuden a la Unidad de Salud. Albergando población tanto originaria del sector como población migrante de la sierra y de la costa. La mayoría de la población es de origen mestizo, pero vale resaltar que dentro del área hay una zona bastante delimitada donde se asienta población Afro originaria de las provincias de Imbabura y Carchi, en los sectores rurales se tiene alto porcentaje de población indígena.

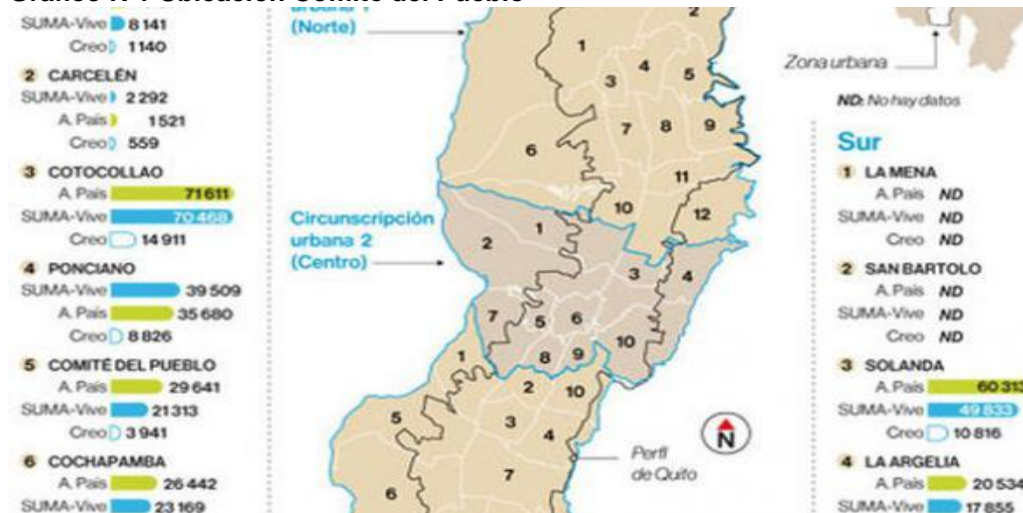
Tabla 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN COMITÉ DEL PUEBLO

POBLACION 2014
201.604Hab.

Fuente: INEC 2010

Elaborado por: Miriam Mena

Grafico N 1 Ubicación Comité del Pueblo



Fuente: Internet.

1.1.3. Misión

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

1.1.4. Visión

El Ministerio de la Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con el 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 la red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

1.1.5. Valores

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

- **Inclusión.-** Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.
- **Vocación de servicio.-** Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.
- **Compromiso.-** Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.
- **Integridad.-** Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento”.
- **Justicia.-** Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.
- **Lealtad.-** Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.)MSP 2015.

1.1.6. Marco legal

La Constitución de la República, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir, la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos del Milenio

1.1.6.1. Mandato Constitucional.

La Constitución aprobada en el 2008 contempla:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud;

garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 366.- 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.

El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos.

1.1.6.2. El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017

Objetivo 2. Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social

2.2. Garantizar la igualdad real en el acceso a servicios de salud y educación de calidad a personas y grupos que requieren especial consideración, por la persistencia de desigualdades, exclusión y discriminación.

2.8. Garantizar la atención especializada durante el ciclo de vida a personas y grupos de atención prioritaria, en todo el territorio nacional, con corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y la familia

2.9. Garantizar el desarrollo integral de la primera infancia, a niños y niñas menores de 5 años

2.10. Garantizar la protección y la seguridad social a lo largo del ciclo de vida, de forma independiente de la situación laboral de la persona

Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población

3.1. Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social

3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

3.3. Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud

3.4. Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud

3.5. Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas

3.6. Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.

Ley Orgánica de Salud indica

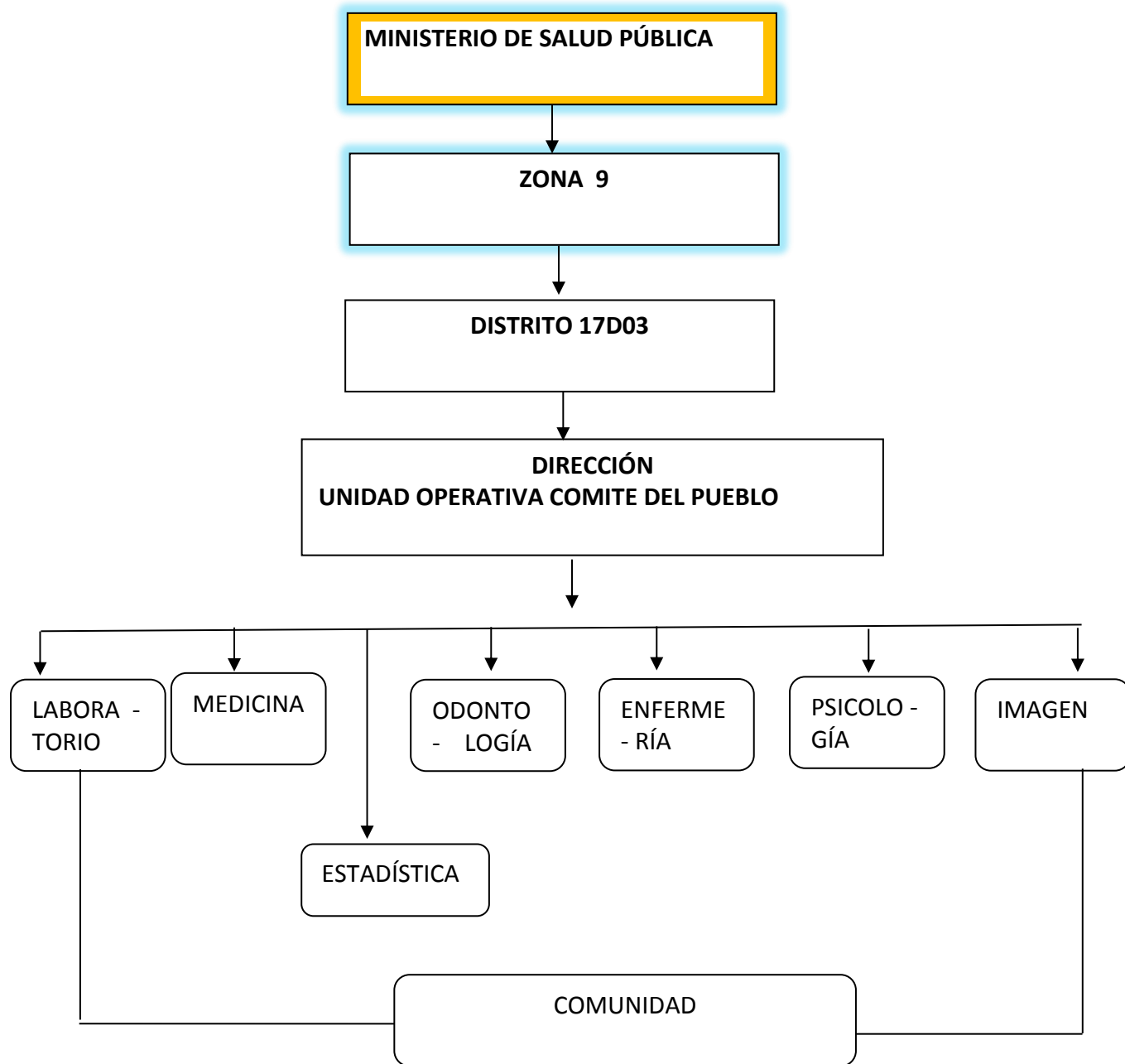
Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.”

Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención,

recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.”

1.1.7. Organización administrativa de la unidad de salud.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL UNIDAD DEL SALUD



Fuente: Diagnóstico situacional de la Centro de Salud Comité del Pueblo 2014.

1.1.8. Servicios que presta la institución.

Tabla 2. Servicios del Centro de Salud Comité del Pueblo.

CONSULTA EXTERNA	EMERGENCIA	SALA DE PARTOS	DIAGNÓSTICO MEDICO	OTROS SERVICIOS
Pediatría			Laboratorio clínico	Control Sanitario
Ginecología			Radiología Convencional	Salud Ocupacional
Medicina general		Maternidad de corta instancia	Electrocardiografía	Evaluación con Discapacidades
Obstetricia				
Odontología				
Homeopatía				

Fuente: Estado situacional del centro de salud comité del pueblo
Elaborado por: Miriam Mena

Tabla 3. Tipos de centro de Salud en el Primer Nivel

CENTRO DE SALUD TIPO C		Ministerio de Salud Pública	
Población de Responsabilidad		25.001 A 50.000	
Cartera de Servicios		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención integral de medicina familiar. ✓ Promoción de salud y prevención de la enfermedad. ✓ Salud oral. ✓ Salud mental ✓ Pediatría de interconsulta (itinerante) ✓ Imágenes: Rayos X y ecografía. ✓ Rehabilitación. ✓ Atención de Urgencias y parto. 	
Talento Humano	Equipo de Atención Integral de Salud:		
	❖ Médica/o	➢ 1 por cada 1.500 habitantes áreas dispersas.	
	❖ Enfermera/o	➢ 1 por cada 4.000 habitantes áreas concentradas.	
	❖ Técnico de Atención Primaria en Salud	➢ 1 por cada 1.000 habitantes áreas dispersas. ➢ 1 por cada 4.000 habitantes áreas concentradas.	
	➤ Odontóloga/o	➢ 1 por cada 5000 hab. (Itinerante).a. dispersas ➢ 1 por cada 10000 hab. Área concentrada	
	➤ Psicóloga/o	➢ 1 -2 (apoyo al equipo)	
	➤ Otros Profesionales de Salud	18-26	
	➤ Asistentes Administrativos: (Admisión, manejo de archivo, farmacia).	4	

Fuente: Lineamientos del M.A.I.S. MSP (2014)

1.1.9. Datos estadísticos de cobertura

**Tabla 4. 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
ENERO – DICIEMBRE 2014**

N	CAUSA	CANTIDAD	%
1	Hipertensión primaria	3002	30.23%
2	Rinofaringitis aguda(resfriado común)	2031	20.45%
3	Parasitosis intestinal	1391	14.01%
4	Obesidad	888	8.94%
5	Vaginitis aguda	645	6.49%
6	Cistitis aguda	451	4.54%
7	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicaciones	450	4.53%
8	Faringitis aguda	417	4.19%
9	diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	365	3.68%
10	Parasitosis intestinal	291	2.93%
	TOTAL	9931	100%

Fuente: REDACA 2014 de la Unidad de Salud Comité del Pueblo del distrito 17D03, zona 9.
Elaborado por: Miriam Mena

1.1.10. Características geofísicas de la institución

El área del terreno es de 1140 m² y el área de construcción es de 1535,84m². Posee todos los servicios básicos y funciona de forma permanente.

Todos los elementos estructurales, no estructurales y equipo que forman parte del Establecimientos de Salud, deben ser diseñados y construidos para resistir adecuadamente las acciones permanentes, variable y accidentales a que se vean sometidos durante su vida útil (Ministerio de Salud Pública, 2008,).

El centro de salud fue creado en el año 1970 en el barrio el Inca, posteriormente sus instalaciones se quemaron y fue reinaugurada en el barrio la Kennedy. En agosto del 2000 inaugura sus instalaciones en el barrio del Comité del Pueblo. Construcción realizado por el Proyecto FASBASE.

1.1.11. Distribución interna

- **Planta baja:** emergencia, sala de partos, laboratorio clínico, imagen, información.
- **Primer piso:** consultorios médicos, preparación, vacunas, estadística y farmacia.
- **Segundo piso:** consultorios médicos, pre y post consulta, control sanitario, auditorio, laboratorio de TB.
- **Tercer piso:** consultorios médicos y sector administrativo.

1.2. Marco conceptual.

Son dos los aspectos importantes que involucran la prestación de servicios de salud, uno es el modelo de atención en el país devenido en el modelo de atención integral en salud con un énfasis en la atención primaria en salud, que de hecho no es una corriente nueva sino una corriente que se ha copiado de otros sistemas de salud principalmente europeos y aquellos de medicina socializada no socialista como Suecia y Canadá, con una nueva reclasificación de los diferentes niveles de atención y el otro aspecto el hecho de la necesidad de una gestión financiera adecuada basada en un verdadero análisis de costos que permitan tomar decisiones en base a procesos gerenciales reales y no basados en observaciones parciales, o históricas o lo que es peor de índole político.

1.2.1. Definición de salud.

En 1946 la OMS define “salud un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

De acuerdo a la Constitución del 2008 en el Art 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos, otros que sustentan el buen vivir.

1.2.2. Modelo de atención integral nacional de salud (MAIS)

Al hablar sobre el cambio de modelo en cuanto a la atención de salud, encontramos de acuerdo a la bibliografía que en el siglo XX han existido tres generaciones de reformas en cuanto a los sistemas de salud como lo recogió el informe de salud en el mundo para el año 2000, surgidas a consecuencia de las fallas percibidas en los sistemas de atención en salud buscando mayor eficiencia y equidad hacia las personas que usan estos sistemas de salud.

Al hablar de la atención en salud encontramos la primera generación de reformas de sistemas nacionales de atención sanitaria enfocando sus esfuerzos hacia la salud pública y la extensión de los servicios de los seguros sociales a un gran porcentaje de la población, esto se dio entre los años 40 a 60, sin embargo la mayoría de las personas que usaban este tipo de atención

eran los de altos ingresos y la mayoría de población de medianos y bajos ingresos no lo tomaba o pagaba por recibir atención directamente de sus propios recursos y la atención recibida no era de calidad adecuada, era más bien un sistema curativo en base a la atención hospitalaria esto determino que en un análisis de la situación en salud, se encontró que el mayor porcentaje del financiamiento sanitario estaba destinado a centros hospitalarios los mismos que atendían patologías que se podían atender en el nivel ambulatorio, esto determino el apareamiento de la segunda generación de reformas.

La Segunda generación de reformas se caracterizó por adoptar la atención primaria en salud (APS) como una ruta para alcanzar la cobertura deseada a la población, se insistió en las medidas sanitarias como el énfasis en la atención clínica, la prevención priorizándola antes que la curación, los medicamentos esenciales no genéricos, y la educación de la población en salud, adoptándola como estrategia para alcanzar la salud para todos (conferencia internacional de Alma Ata 1978) sin embargo este cambio no se llegó a consolidar en muchos de los países por sus diferentes concepciones así como por sus connotaciones políticas, el cambio de las situaciones políticas, la corrupción existente especialmente en los países en vías del desarrollo, de igual manera el sistema de referencia y contrareferencia fueron mal utilizados, mal equipados los servicios de atención primaria, siendo obviados por la población quienes preferían la atención hospitalaria directa, en los países desarrollados la atención primaria en salud se integró mejor por su concepto asociado al ejercicio de la medicina general y familiar, y proveedores de nivel más bajo como las enfermeras de atención directa y los asistentes médicos, que forman el núcleo de los programas de reformas sanitarias en los países en desarrollo, el problema detectado es que este tipo de atención primaria no toma en cuenta las demandas de la atención por la población sino las supuestas necesidades, por lo que no se tomó en cuenta tampoco en la conferencia de Alma Ata el financiamiento de esta atención ni el aporte que podría entregar el sector privado, la pobreza es uno de los factores determinantes para que las necesidades de la población no se expresen en demandas y esto podría solucionarse, entregando servicios a gastos bajos y bajo costo en tiempo y gastos extra médicos.

Tercera generación de reformas y las APS

Esta se caracteriza por el intento de satisfacer las necesidades o demanda de la población y no se basa en la oferta de los servicios de salud, toma en cuenta un aspecto base que es el

financiero que debe relacionarse con las necesidades del paciente, tendiendo a alcanzar lo que la OMS señala como “ acceso para toda la población” por la cual la atención sanitaria de alta calidad definida en el criterio de eficacia en función de costos, es entregada a todos los componentes de la población, en lugar del acceso a toda la atención posible, o solo la atención más básica para los más pobres.

Sobre todo las intervenciones sanitarias y nutricionales adecuadamente llevadas logran cambios importantes en la salud de grandes grupos poblacionales obteniendo una “buena salud a bajo costo” organizando a las patologías que causan una morbilidad grande pero evitable determinado las intervenciones esenciales o prioritarias, que se han elaborado ya en algunos países en función de una investigación epidemiológica y cálculos de eficiencia en función de costos de dichas intervenciones,

1.2.3. Renovación de la Atención Primaria de la Salud en el Continente Americano

Debido a las dificultades en la sociedad latinoamericana que replanteo OPS OMS con el documento publicado el julio 2007 en la que invita a un examen exhaustivo de las APS tanto teórico como practico, aplicando su renovación para que responda a las necesidades contemporáneas, en materia de salud y desarrollo de la población, esta renovación de la atención primaria en salud debe aplicarse más enérgicamente en un enfoque razonado, y basado en la evidencia que logre una atención integral, universal e integrada, sin interrumpir los programas verticales que sean necesarios, teniendo como objetivo el mayor nivel de salud posible, maximizando la equidad y solidaridad, guiándose por los principios de responder a las necesidades de la población, orientados hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas, de los gobiernos, estableciendo justicia social bien entendida, sostenibilidad, sustentabilidad, participación e intersectorial dad, de allí que la definición de la APS renovada, tomando como base la misma declaración de Alma-Ata, se centra en el sistema de salud en su conjunto, incluyendo a los sectores públicos, privados, con y sin fines de lucro, de aplicación para todos los países, tomando en cuenta valores, principios y elementos, incorporando fundamentos como sostenibilidad, orientándose hacia la calidad, las APS dejan de ser un conjunto de servicios de salud sino que se orientan a las necesidades de la población, al igual que no diferencia personal de salud, que los conforma en una forma predeterminada sino que lo conforman de acuerdo a las necesidades de la población a la que se va a dar la atención, en todo caso todavía no se encuentra una aplicación clara y determinada de la APS, la misma que puede ser considerada como la puerta de entrada para el paciente al sistema de salud en

general siendo los médicos generales o de atención primaria los “porteros” de este ingreso o ser considerada como el nivel más básico de atención, aunque el primer concepto parecería ser el más acertado, el mundo ha experimentado muchos cambios tanto en lo político, como en lo social y económico lo que ha acompañado a los sistemas sanitarios, siendo aplicada estos supuestos de atención sanitaria acordados en Alma Ata en función de las propias realidades de cada país, o en forma de adopción, no adaptación como debería ser por lo que nunca funciona a satisfacción, además no existe una guía o modelo para construir o reconstruir un sistema de salud, a lo que se suma el importante aspecto económico financiero que debe ayudar y sostener a la atención en salud y la inmersión de la decisión política que obedece más a intereses partidistas o populistas que a las necesidades reales de la población, dentro de este panorama, se estableció ciertos programas de intervención directa que se les denominaron las APS selectivas que luego fueron acusadas de intervenir solo en parte de la población y no en la generalidad, por lo que luego se propuso la APS I o integral para cubrir las necesidades de la población, dentro de las denominadas selectivas tenemos al GOBI que al año siguiente se amplió al GOBI FFF propuestos por la UNICEF, es por estos datos que la OMS determinó renovar la APS que las han venido promulgando desde 1978, el propósito de renovar las APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia combinada, coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad, logrando mejorías sostenibles y sustentables para toda la comunidad,

La renovación de la APS se justifica por los nuevos desafíos epidemiológicos que la atención primaria debe atender, corregir debilidades e incoherencias de los enfoques de ciertos programas de APS, desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos de buenas prácticas que se deben incrementar para mejorar la calidad de atención del paciente, el considerarse como un método para conseguir una atención para todos, corrigiendo las faltas y desigualdades de atención en salud y considerando la APS una estrategia para alcanzar los objetivos del desarrollo del milenio declarada por las Naciones Unidas.

APS en el Ecuador

Refiriéndonos específicamente a nuestro país encontramos que el sistema de salud de Ecuador está compuesto por tres sectores: público, seguridad social y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), los servicios de salud de los Gobiernos Autónomos descentralizados (municipios y prefecturas; las instituciones de seguridad social son

el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL); el sector privado comprende:

Instituciones con y sin fines de lucro. Hasta la implementación en 2011 del acceso Universal a la Red Pública Integral de Salud, que incluye los sectores públicos y de la seguridad social, estos funcionaban de manera segmentada.

Entre 1994 y 1995 se comenzó a ejecutar el proceso de Reforma del Sector Salud con auspicio de OPS y BID, basado en la descentralización y transferencia de funciones del MSP a las Municipalidades. El presupuesto del sector salud pasó de USD 115,5 millones en el 2000 a USD 561,7 millones en el 2006, sin embargo, con autogestión de los servicios y cobro por atención a los usuarios un sistema con enfoque curativo, centrado en la figura del hospital y con un escaso desarrollo de la atención primaria.

En 1998 se reformó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, establece la atención gratuita para las mujeres embarazadas, los niños menores de cinco años y la salud sexual y reproductiva. La inversión del Ministerio de Salud Pública pasó de menos de 600 millones en 2006 a 1.400 millones de dólares en 2011 con un per cápita de 177 dólares americanos (2001) y el gasto del gobierno central en salud pasó de USD 535 millones en el 2006 a USD 1.700 millones en 2012 (crecimiento de 3.3 veces) (Ministerio de Salud Pública 2013). Ese estableció el proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud (FASBASE), ejecutado con crédito del Banco Mundial en la década de los noventa y en el Programa de Aseguramiento Universal (PRO-AUS) que chocó con restricciones presupuestarias y tuvo bajo impacto.

Esta situación había repercutido negativamente en la protección en salud. La población cubierta por un seguro de salud ya sea público o privado alcanzó solo un 23% en el año 2004; el quintil más pobre (Q1) era el más desprotegido (12% con algún seguro de salud) frente a un 36% en el Q5; aproximadamente un 30% de la población no tenía ninguna cobertura). La calidad de atención también era considerada deficitaria - los médicos de MSP estaban contratados por 4 horas/día recibiendo un salario en torno a los 450 U\$/mes.

Por mandato de la constitución política del estado aprobada en 2008 (art 362) se eliminaron los costos de las consultas médicas, fue ampliado el acceso a medicamentos esenciales gratuitos y se normalizó la jornada de atención a concepción de atención primaria en salud:

El Modelo Atención Primaria Integral de Salud y Vida (APISV), se basa en tres elementos claves para la atención al usuario: Personalización diagnóstica, Semiología integral y Nosología intercultural; y en tres elementos claves para la administración y gestión.

Adecuación cultural de los servicios, Adaptación de la oferta a la demanda y Accesibilidad de los servicios a la comunidad. En su conjunto debe cubrir contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad Y muerte. Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindan a través de la Red integral de salud. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - IESS 2013).

De acuerdo a la Ley Orgánica de Salud (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.

Atención Integral de Salud, garantizando el enfoque de APS, articulándolo con las políticas nacionales de desarrollo, políticas, estrategias y planes sectoriales y garantizando el enfoque integral, integrado y la transversalidad de los programas y proyectos.

El Ministerio de Salud Pública como calidad de Autoridad Sanitaria Nacional define al Modelo de Atención Integral Nacional de Salud (MAIS) el conjunto de políticas, lineamientos, estrategias y herramientas; que tiene el objetivo de integrar y consolidar la Atención Primaria de Salud innovada en los tres niveles de atención y así brindar una atención integral y de calidad,

EL MAIS está bajo un marco legal y normativo como La Constitución de la República, El Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013, La Agenda Social de Desarrollo Social y Los Objetivos de Milenio, Ley Orgánica de salud, entre otros. Estas principales normas guían la construcción del Modelo de Atención Integral Familiar, comunitario e Intercultural de Salud.

1.2.4. Red pública de salud.

Como se había explicado antes la RIPS lo integran todos los servicios dependientes del estado, el funcionamiento en red es obligatorio para las mismas, e incorpora a la comunidad como actores especialmente en la práctica de salud ancestral y alternativa, en cada territorio con sus zonas y distritos se organizan y articulan los diferentes establecimientos de salud en función de su capacidad resolutoria, iniciando las acciones en los técnicos de atención primaria en salud TAPS, que se consideran el primer contacto extramural y forman parte del equipo de atención integral en salud (E AIS) que indican son la puerta de entrada para el sistema de atención exceptuando la emergencia.

En cuanto al modelo de gestión de la red pública integral de salud considerado como el proceso de planificación, organización, desarrollo y control de la atención en salud tanto individual como de las intervenciones colectivas en salud, adecuándose a las necesidades de la población con calidad y eficiencia. La red posee un territorio o población determinada con una estructura funcional y administrativa semejante e un sistema abierto y que se relaciona entre sí con varios mecanismos adaptándose a las necesidades de la población a la que se supone sirve, es clave para el funcionamiento el adecuado lenguaje de las mismas, la red es liderada por el MSP e involucra a los establecimientos privados, de acuerdo a su capacidad resolutoria, puede actuar en forma interna dentro del territorio de su jurisdicción territorial y externa cuando son pacientes fuera de su jurisdicción que por necesidades de resolución de sus patologías son atendidos.

La Red es la unión de las instituciones públicas como MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL, para brindar servicios de calidad a los ecuatorianos, como parte de la política que lleva adelante el Gobierno Nacional, a fin de cumplir con el mandato constitucional que garantiza la salud como un derecho bajo los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficacia, precaución y bioética con enfoque de género y generacional.

Esta red sirve para que los ecuatorianos accedan a los servicios de salud más cercanos a su residencia.

El objetivo de esta red es “construir El sistema Nacional de Salud, que permita garantizar el acceso universal de los ecuatorianos a los servicios públicos de salud, estructurados en la red pública y con atenciones de salud de calidad, eficiencia y sin costo para el usuario” MSP

Funciona cuando no existe una capacidad de respuesta para solucionar la condición de salud, este transfiere al paciente a otra unidad de salud parte de la red para la atención inmediata.

En la Actualidad tenemos la Red Complementaria está conformada por las clínicas privada calificadas por el MSP, será referidos desde cada una de las unidades de salud y únicamente en casos de emergencia podrán ingresar los pacientes sin referencia correspondiente.

La Autoridad Sanitaria Nacional implementa en el 2012 el tarifario nacional para cubrir los costos dentro de la red del sistema nacional para que no afecte el bolsillo del usuario.

1.2.5. Niveles de atención de salud.

Dentro de los niveles de atención de salud tenemos:

1.2.5.1. Primer Nivel de Atención de salud.

La atención Primaria de Salud inició oficialmente en 1978 cuando la OMS firmó la Declaración de Alma-Ata. Desde ese momento la OMS se compromete a trabajar por las necesidades de la población. En el 2008 Ecuador reforma y da paso a Atención Primaria de Salud Renovada (APS_R), orientada al mejoramiento de la atención de calidad, con equidad, eficiencia y eficacia. Con enfoque integral en prevención y promoción de la salud,

Está considerada por la Constitución del Ecuador como la base del sistema sanitario, quienes se encuentran cerca de la comunicad para promover la promoción, prevención y recuperación de acuerdo a las normas de Ministerio Público.

Esla puerta de entrada al sistema de salud que garantiza una referencia, derivación y contrareferencia adecuada asegurando la continuidad de la atención.

Establecimientos que conforman el primer nivel de atención en salud son los siguientes:

1. Nivel 1 de complejidad: Puesto de Salud

Está ubicado en la zona rural de amplia dispersión poblacional dedicado a la promoción de la salud y prevención de enfermedades

2. Nivel 2 de complejidad: Consultorio General.

Estos prestan servicios de diagnóstico, prevención y tratamiento en Medicina Familiar, General, obstetricia, Odontología y otras registradas por la Ley.

3. Nivel 3 de complejidad: Centro de Salud A

Ubicada en sector urbano y rural, atiende hasta una población de 10.000 habitantes. Dentro de los servicios tiene: Información, Admisión, Consulta Externa, Procedimientos Generales, Laboratorio. Farmacia, Bodega, Mantenimiento,

4. Nivel 4 de complejidad: Centro de Salud B

Ubicada en sector urbano y rural, atiende hasta una población de 10. 000 a 50.000 habitantes. Dentro de los servicios tiene: Información, Admisión, Consulta Externa, Procedimientos Generales, Laboratorio. Farmacia, Bodega, Mantenimiento,

5. Nivel 5 de complejidad: Centro de Salud C

Ubicada en sector urbano, atiende hasta una población de 25.000 a 50.000 habitantes. Dentro de los servicios tiene: Información, Admisión, Consulta Externa, Centro Obstétrico, Procedimientos Generales, Emergencia, Laboratorio, Imagenología, Farmacia, Bodega, Mantenimiento, Almacenamiento de Desechos.

1.2.5.2. Segundo Nivel de Atención de Salud.

Están considerados los hospitales de baja complejidad, estos reciben referencias de los centros de salud de baja complejidad.

1.2.5.3. Tercer Nivel de Atención de Salud.

Están considerados los hospitales de especialidades de alta complejidad. Son de referencia nacional para resolver enfermedades de alta complejidad.

1.2.6. Costos

1.2.6.1. Definición de costo

“Es la combinación de los recursos humanos, materiales, financieros necesarios para producir bienes o prestar servicios”. (Pesantez, 2012, pág., 48)

La complejidad de los servicios sanitarios y la variedad de productos que generan en las instituciones de salud, ameritan el diseño e implementación de un sistema de información de costos que se adecue a la multiplicidad de objetos de costos, identifique claramente los productos que genera cada centro de costos y sea capaz de mostrar el importe de los recursos necesarios para obtenerlos.

El sector de la salud, tienen ciertas dificultades para calcular sus costos debido a que manejan servicios que no son tangibles, son productos que no se los puede repetir en serie, además no son homogéneos; por estas razones, algunas de estas empresas no aplican una Contabilidad de Costos; sin embargo, este tipo de contabilidad puede facilitar el dar un coste muy real a todos los servicios de una Unidad de Salud.

1.2.6.2. Costos hospitalarios

Las organizaciones del sector de la salud, necesitan conocer los servicios que ellos ofrecen y se lo puede lograr de una forma más exacta a través de la Contabilidad de Costos que permite identificar y valorar todos los elementos que intervienen en las actividades de una unidad de salud.

1.2.6.3. Gestión de costos en salud

Actualmente la gestión de costos en salud se basa en la estructura del costeo por actividades, que se centran en tres aspectos:

- La gestión de costos se basará, principalmente, en las actividades que las originan. La gestión óptima de las actividades producirá la reducción de los costos que de ellas se derivan.
- El establecimiento de una relación causa-efecto entre las actividades y los productos y/o servicios. De ello se deriva que a mayor consumo de actividades corresponde la imputación de mayores costos y viceversa.
- Mayor objetividad en la asignación de los costos. Si se conoce el costo de cada actividad, la imputación al producto o servicio será en función de las actividades que haya producido o consumido.

La observancia de estos principios propiciará, sobre todo, el conocimiento y profundización de las actividades que se desarrollan en la organización en este caso de salud. Asimismo, se conseguirá un aspecto tan deseable como es el de la objetividad en los criterios de imputación tanto de gastos como de ingresos por facturación,

Aportes del método ABC o actividades basadas en costos:

- I. Permite la investigación sobre las causas que originan las actividades, con sus correspondientes costos.
- II. No plantea dificultades de implantación en cualquier tipo de organización.
- III. Es compatible con el método de Costeo por Absorción, ya que de hecho se fundamenta en el cálculo del costo total.
- IV. Permite su adaptación tanto a los costos históricos como a los costos estándar.
- V. Facilita la eliminación de aquellas actividades que no generan valor.
- VI. Permite el cálculo a priori de actividades que se deseen incorporar, así como el impacto que las mismas producirán de llevarse a término.
- VII. Facilita la toma de decisiones estratégicas ya que pone de manifiesto el nivel real de competitividad del servicio, así como las posibilidades de éxito o fracaso frente a la competencia.

1.2.6.4. Clasificación de los costos

En el ámbito de la salud se identifican los costos: costos directos e indirectos, Costos fijos y variables.

- **Costos directos** son aquellos que se asocian de forma económica con los objetos de costo dentro de ellos están la mano de obra y los materiales directos.
- **Costos indirectos.** Son aquellos que ayudan a la producción final dentro de ellos están gastos administrativos, servicios de apoyo como los gastos de imagen, entro otros que apoyen a la producción final.
- **Costos fijos** “Costos Fijos Son aquellos que permanecen constantes durante el periodo contable de la empresa”. (Gómez, 1998, pág. 16)

Los costos fijos de las empresas del sector de la salud se incluyen en el gasto corriente y son:

- Sueldos y salarios
 - Depreciación
 - Servicios básicos
- **Costos variables** “Costos Variables son los que varían proporcionalmente con el volumen de producción. (Gómez, 1998, pág. 16)

Los costos variables de una unidad médica se incluyen en el gasto de capital, y el inductor de costos para el cálculo de los costos unitarios es el costo directo de adquisición del hospital; estos son:

- Medicamentos
- Imagen
- Procedimientos
- Insumos
- Laboratorio

- **Costos fijos indirectos** “Costos fijos indirectos son aquellos que no pueden identificarse plenamente con el producto o el proceso”. (Gómez, 1998, pág. 16)

Los costos fijos indirectos se incluyen en los gastos corrientes y los gastos de capital; el inductor de costos para el cálculo de los costos unitarios se toma la información contable y de actividad de los hospitales; éstos son:

Los costos administrativos del cuidado médico.

Los factores básicos en el cálculo de costos hospitalarios y tarifas de reembolso en un sistema son:

El costo unitario se refiere a cada una de las acciones realizadas a un paciente

Número de acciones es la cantidad de veces que un paciente consume recursos de salud.

Costo total en el área de salud es el producto de los costos unitarios por el número de acciones.

Agregación en todo el sistema es el costo promedio de atención de un caso en el sistema y permite definir las tarifas de reembolso. (CIESS, 2010, pág. 5)

El método de abajo hacia arriba plantea el cálculo de los costos hospitalarios unitarios a través de seis pasos:

“Asignar a las diferentes unidades como “unidades de apoyo” o “unidades productoras”

De los presupuestos o costos totales se deducen aquellos que no están relacionados al cuidado médico, como conferencias, publicaciones, etc.

Identificar los presupuestos o gastos de personal, materiales y suministros (sin medicamentos recetados al paciente), obra e infraestructura, servicios generales, financieros y todos los demás de cada unidad. Estos son los costos directos.

1.2.6.5. Determinación de costos directos por cada centro de costo.

“La estimación de costos directos se realiza en base al costeo de los recursos que se consumen directamente en la producción del resultado final que se ofrece al usuario, son de tres tipos: recursos humanos, materiales e insumos y medicamentos.” (Pesantes, 2012, pág. 55)

1.2.7. Punto de equilibrio

Relación costo volumen beneficio - punto de equilibrio

Determina el nivel en que los ingresos son iguales a los egresos, es decir el punto en donde no hay ni pérdidas ni ganancias, a nivel de servicios se establece de acuerdo a la formula. Para calcular el punto de equilibrio es necesario conocer el comportamiento de los costos.

PE a nivel de servicios = costo fijo total / margen de contribución.

El margen de contribución se saca de = precio de venta unitario- costo variable unitario

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

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

1.2.8. Eficacia, eficiencia, calidad salud

1.2.8.1. Eficacia en salud

“Es la probabilidad que un individuo, en una población definida, se beneficie de la aplicación de una tecnología sanitaria para la resolución de un problema de salud determinado, bajo condiciones ideales de intervención. “(Pesantez, 2012, pág.19)

Para la toma de decisiones correctas es bueno contar con el análisis de costo- eficacia para obtener una evaluación en la unidad de salud, y que las autoridades puedan tomar decisiones acertadas para el beneficio de la comunidad.

1.2.8.2. Eficiencia en salud

“La eficiencia como los resultados conseguidos con relación a los recursos consumidos” (Pesantez, 2012, pág. 20).

La eficiencia debe estar en saber utilizar y controlar los recursos disponibles desde que llega hasta que utilice en el usuario sin desperdiciar para satisfacer las necesidades de la comunidad oportunamente, con equidad y con calidad.

“La eficacia no como un fin en sí misma, sino como condición necesaria para el logro de la eficacia y la equidad en la producción de servicios” (Pesantez, 2012, pág. 22)

Optimizar los recursos disponibles es una forma adecuada de reducir los costes de los recursos que se utiliza en cada procedimiento para el beneficio del usuario. Ya que cada vez los costes sanitarios son elevados.

1.2.8.3. Calidad en salud

La OPS considera que el término calidad en el contexto de la salud puede significar algo distinto para cada persona.

Según la OPS la palabra calidad, en realidad el usuario por lo general considera características típicas de la atención médica como eficiencia, cuidados y eficacia. Los programas de calidad en realidad pretenden además mejorar el desempeño, los resultados y otros aspectos, así como reducir los costos de la institución.

Dentro de la calidad tenemos las siguientes características:

1. La Eficacia del procedimiento o tratamiento en relación a la condición del paciente.
2. La adecuación de una prueba, procedimientos o servicios específicos para satisfacer las necesidades del paciente.
3. La disponibilidad de una prueba, procedimiento, tratamiento o servicio para el paciente que lo necesita.
4. La puntualidad con que una prueba, procedimiento, tratamiento o servicio es proporcionado al paciente.
5. La efectividad con que las pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios son proporcionados.
6. La seguridad del paciente a quienes se proporcionan los servicios.
7. La eficiencia con la que se proporcionan los servicios.
8. El respeto y cuidado con que se prestan los servicios.

1.2.9. Financiamiento del sistema de salud.

El sistema de financiamiento de la salud se asegura a través del Presupuesto General del Estado, de acuerdo al mandato de la constitución de la república. Por lo tanto actúa como ente organizador, regulador y controlador, verificando la gestión del sistema de salud que se cumpla adecuadamente.

De Acuerdo a la Constitución en el Art. 366 que los recursos deberán “provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado” y que se distribuirán con base a criterios demográficos y epidemiológicos.

En su generalidad el financiamiento de salud proviene de fondos nacionales (impuestos generales y sobre todo renta petrolera). La participación de recursos provinciales y municipales es marginal y circunscrita a iniciativas propias de esos niveles de gobierno.

El presupuesto para los servicios públicos, que nominalmente es parte del ministerio de salud, se reparte anualmente a las direcciones provinciales de salud (coordinaciones zonales en la nueva división administrativa) con base en paquetes presupuestarios que se negocian anualmente.

En 2011 el gasto total en salud de Ecuador fue de aproximadamente 1,5 miles de millones de dólares (332 per cápita). El 41% (\$4,8 miles de millones) de este gasto provino de fondos públicos, representando 6% de los gastos públicos totales.

A pesar de que ese año ya se había implantado la gratuidad en todos servicios públicos, el gasto privado fue todavía el 59% del gasto sanitario siendo el grueso de este gasto todavía de bolsillo pues los seguros privados representaban sólo 4.8% del gasto privado. El gasto per cápita en salud aumentó de 202 dólares en 2000 a 474 dólares en 2008 (Año de la emergencia Sanitaria).

El plan de desarrollo marca una meta para elevar el financiamiento en salud hasta el 3,7 por ciento del producto interno bruto hasta el año 2017. Consecuentemente, no existe ningún esfuerzo para racionalizar o contener los costos.

El financiamiento en salud se divide administrativamente entre gasto corriente y proyectos de inversión. Se considera inversión a la compra de bienes de capital y todas las actividades con un plazo definido para su finalización; puede incluir salarios e insumos que se consideran temporales hasta conseguir una meta definida. Las obras de infraestructura son contratadas por una entidad.

En 2011, el 65% del gasto se destinó a infraestructura, equipamiento y mantenimiento, mientras que el 18% fue gasto en personal.

Los recursos del Seguro General de Salud provienen de la aportación individual obligatoria de los afiliados, la aportación obligatoria de los empleadores (hasta el 10% del salario) y la contribución del Estado, hoy mermado por las últimas decisiones políticas.

Los servicios de salud y prestaciones del Seguro Social Campesino (SSC) se financian con recursos provenientes del aporte solidario de afiliados y empleadores, la contribución obligatoria de seguros públicos y privados, el aporte diferenciado de familias protegidas (menos de 10\$ por año), la contribución del Estado y las asignaciones suplementarias determinadas por el Poder Ejecutivo.

Una particularidad del seguro policial (ISSPOL) es que también los retirados aportan 2.5% de sus pensiones. En el caso del seguro militar (ISSFA), los beneficiarios del asegurado (familia) deben realizar un con pago equivalente al 30% del costo de la atención recibida en cualquier establecimiento de la República,

1. Fuentes públicas de financiamiento

Contribución gubernamentales directas para financiar la provisión de servicios de salud, a través de presupuestos nacionales o locales.

Aseguramiento social de salud auspiciados por el gobierno

Esquemas de financiamiento comunitarios para servicios de salud

2. Fuentes privadas de financiamiento.

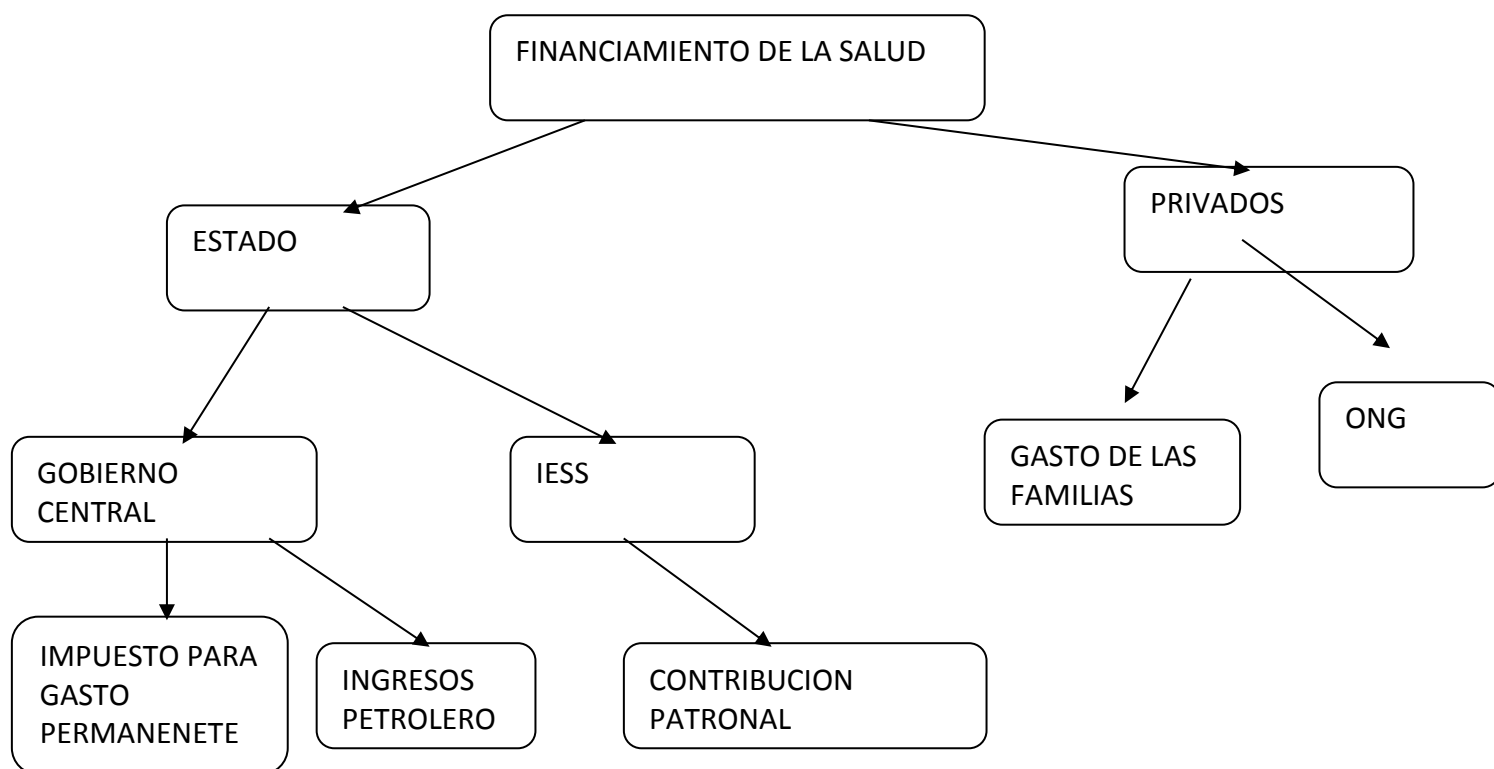
Aseguramiento privado voluntario de salud

Pago directo por pacientes

Aseguramiento laboral de salud

Organizaciones voluntarias locales que financien servicios de salud

Grafico N 2. Fuente de Financiamiento de Salud



Fuente: Financiamiento de la salud en el Ecuador 2014.MSP.

1.2.10. Tarifario del sistema nacional de salud

“El tarifario es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud, tanto institucionales, como profesionales, proporcionados por las instituciones de salud públicas y privadas en el marco de la red pública integral y complementaria del Sistema Nacional de Salud.” (MSP, enero, 2012)

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

El tarifario se inicia en año 2009 y termina a fines del 2011, una herramienta para operativizar la red pública integral y la red complementaria, permitiendo normalizar y estandarizar la

compensación económica de los servicios de salud, en cada uno de los procedimientos utilizados en la atención al usuario.

Mediante este tarifario el gobierno pretende estandarizar y normalizar económicamente los servicios de salud brindados entre la Red Pública de Salud y la Red Complementaria (instituciones de salud privada).

Mediante este tarifario se puede optimizar recursos y mejorar la atención de salud, aplicando así los principios de equidad, eficiencia, eficacia y calidad en salud.

En diciembre del 2014 se publica en el Registro Oficial la última modificación del tarifario del sistema nacional de salud.

1.2.11. Gestión financiera

Gestión Financiera se define a todo proceso que consiste en conseguir, mantener, utilizar dinero, sea físico o a través de otros instrumentos. Determina las necesidades de recursos financieros, la aplicación juiciosa de los recursos financieros, un análisis financiero incluyendo bien la recolección, el estudio de la información de manera de obtener respuestas sobre la situación financiera.

La gestión financiera es delegada al especialista para poner en práctica una gestión objetiva y verificable de las relaciones entre insumos, procesos, productos, resultados e impacto. La relación coherente entre estos elementos constituye una fuente de solidez del nuevo perfil de gestión en las instituciones. Todo esto orienta a nuevas reformas sectoriales en salud aplicando los principios de eficiencia, equidad, efectividad y satisfacción del usuario; esto coloca a la gestión financiera como una responsabilidad del director de la unidad de salud apoyado por los recursos especializados que correspondan.

La evaluación de la productividad de los servicios es mucho más compleja, esto se debe que las instituciones de salud está determinado por actividades humanas con áreas que confluyen valores diversos y divergentes, lo que hace mucho más difícil pero no imposible, identificar soluciones óptimamente eficiente.

El ente regulador de la salud en el país es el Ministerio de Salud Pública Del Ecuador, por lo tanto las unidades de salud deben estar alineadas a la misión, visión y procesos del mismo, no se puede hablar de misiones o visiones diferentes.

1.2.12. Gestión productiva en los servicios de salud

Uno de los mayores problemas que se encuentra la salud en las américas es la segmentación y fragmentación de la misma la primera como un proceso de financiamiento segmentado de los sistemas de salud de salud y la otra como una desarticulación de los diferentes instituciones dentro de una misma red, el sistema de salud segmenta a la población en función de su inserción laboral y su capacidad de pago generando a su vez varias organizaciones prestadoras de servicios, a los segmentos de población determinados por los financiadores, la fragmentación igualmente es una de las causas más importantes del bajo o nulo nivel de desempeño de los sistemas de salud o servicios de salud incidiendo directamente sobre la atención en salud que recibe la población, y a su vez determinan un reto importante a la gestión sanitaria que es la entrega de servicios eficientes y con calidad, adaptándose a los diferentes cambios en el entorno y a las reformas del mismo, especialmente en el aumento de la demanda, del perfil demográfico, manejo de condiciones crónicas, incremento en la complejidad de la atención y en el apareamiento de nuevas tecnología que incrementan el costo de la atención, un cambio de enfoque de lo curativo a lo preventivo y educacional en salud, y el reto de atención que respondan a las necesidades de la población, y obviamente el bajo nivel de desempeño de las unidades de salud determina que exista una reorientación a nuevos modelos de gestión que den respuesta a los problemas antes señalados, respondiendo a los mandatos de la OMS-OPS, en este contexto nace la metodología de la gestión productiva de los servicios de salud, pero que es la MGPSS, de acuerdo a la OPS

La Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS) es un método de gestión desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para dar una mejor respuesta a los enfoques y prácticas emergentes en la gestión de los servicios de salud y que, en su nueva versión, se orienta a la organización y gestión óptima de los servicios en la construcción de sistemas de salud basados en APS. Ofrece elementos para facilitar el análisis de la pertinencia, eficiencia y calidad de la producción, de la negociación y de control de los acuerdos de gestión y para la generación de una nueva cultura institucional orientada a la racionalización de costos y la maximización de la productividad social.

Utiliza sus componentes instrumentales (cuadros de mando, reportes gerenciales, indicadores, etc.) para guiar comportamiento gerencial acorde a la transformación del sector salud y facilita el abordaje directo de muchos de los problemas fundamentales de la organización. Se basa en el análisis de la producción, eficiencia, recursos y costos (PERC) de los servicios de salud, pero que es el Perc.

PERC

PERC significa Producción, Eficiencia, Recursos y Costos.

Es la herramienta base de la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud.

Permite seleccionar y relacionar componentes críticos de los distintos subsistemas de información para:

- Ofrecer una visión global de la productividad del establecimiento o de las redes de establecimientos.
- Detectar problemas estratégicos (aquellos que tienen un mayor impacto cualitativo y cuantitativo en los servicios y en sus costos).
- Formular acciones para racionalizar el uso de los recursos y mejorar e incrementar la producción.

De allí se desprende que los procesos de herramientas para indicar una adecuada gestión de gerenciamiento de procesos han evolucionado paulatinamente, así tenemos que desde hace algunos años se inició con el proceso de recolección de información a través de datos de base básicos, luego apareció el winsig que es el sistema de información gerencial a través del sistema de Windows, y actualmente es el Perc cuya estructura se explicó anteriormente, correspondiente de la OMS, en último caso lo que debe hacer un gerente de salud es conocer los instrumentos los indicadores de desarrollo de gestión, tener conocimiento financiero adecuado que le permitan tomar decisiones adecuadas en función de conseguir los objetivos y metas que le impone sea el sistema para el que trabaja como el institución que desarrolla, un gerente puede ser cualquier persona que se encuentra a este nivel en cualquier institución de salud sea esta de cualquier nivel de complejidad, el principio básico de esta metodología es cada aspecto del proceso productivo de servicios se puede y se debe cuantificar, para el control y evaluación del mismo así como proveer la base del mejoramiento continuo y sostenido en los

servicios de salud, en consecuencia la organización de salud se concibe como una empresa productiva en la que los servicios están constituidos por los centros y subcentros de producción, caracterizado en cuanto a sus productos, los recursos usados en estos procesos productivos, la producción misma de estos procesos, y los recursos y costes resultantes, y en cada fase de este proceso productivo son sujetos de análisis cuantificable, como ya dijimos la herramienta base para este proceso es el PERC conocido anteriormente como winsig, que tiene como premisa el rendimiento por eficiencia y entrega información esencial que permita gestionar con una visión integral, y actuar con estrategias de intervención en áreas críticas de la gestión productiva, estableciendo procesos de cambio orientados a fortalecer la relación entre eficiencia calidad, producción y cobertura, permite una visión global de las redes de los sistemas de salud, exponiendo la realidad de una institución y red para que el gerente pueda optimizar la producción, usando racionalmente los recursos, contribuyendo a mejorar el acceso y la calidad de la atención.

El proceso gerencial se conceptúa en los niveles macro meso y micro

Considerando como corolario diremos que la prestación en salud en nuestro país se encuentra definida por el tipo de APS R, determinado en un sistema de modelo de atención integrada en salud y que para ser adecuadamente realizada se necesita una objetivación en función de un análisis de costos en base a las recomendaciones de la OPS con el Perc.

CAPITULO II

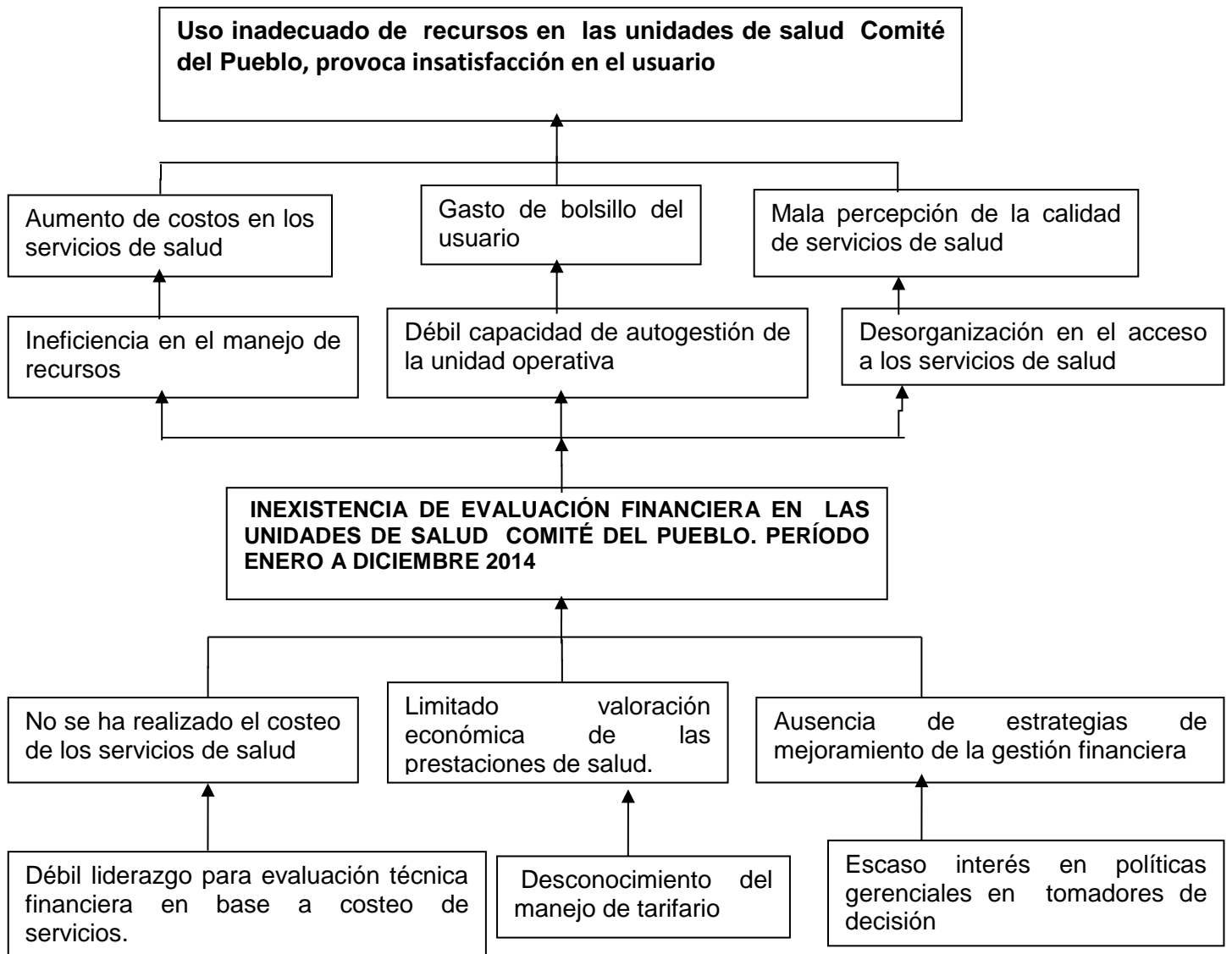
2. Diseño metodológico

2.1. Análisis de involucrados

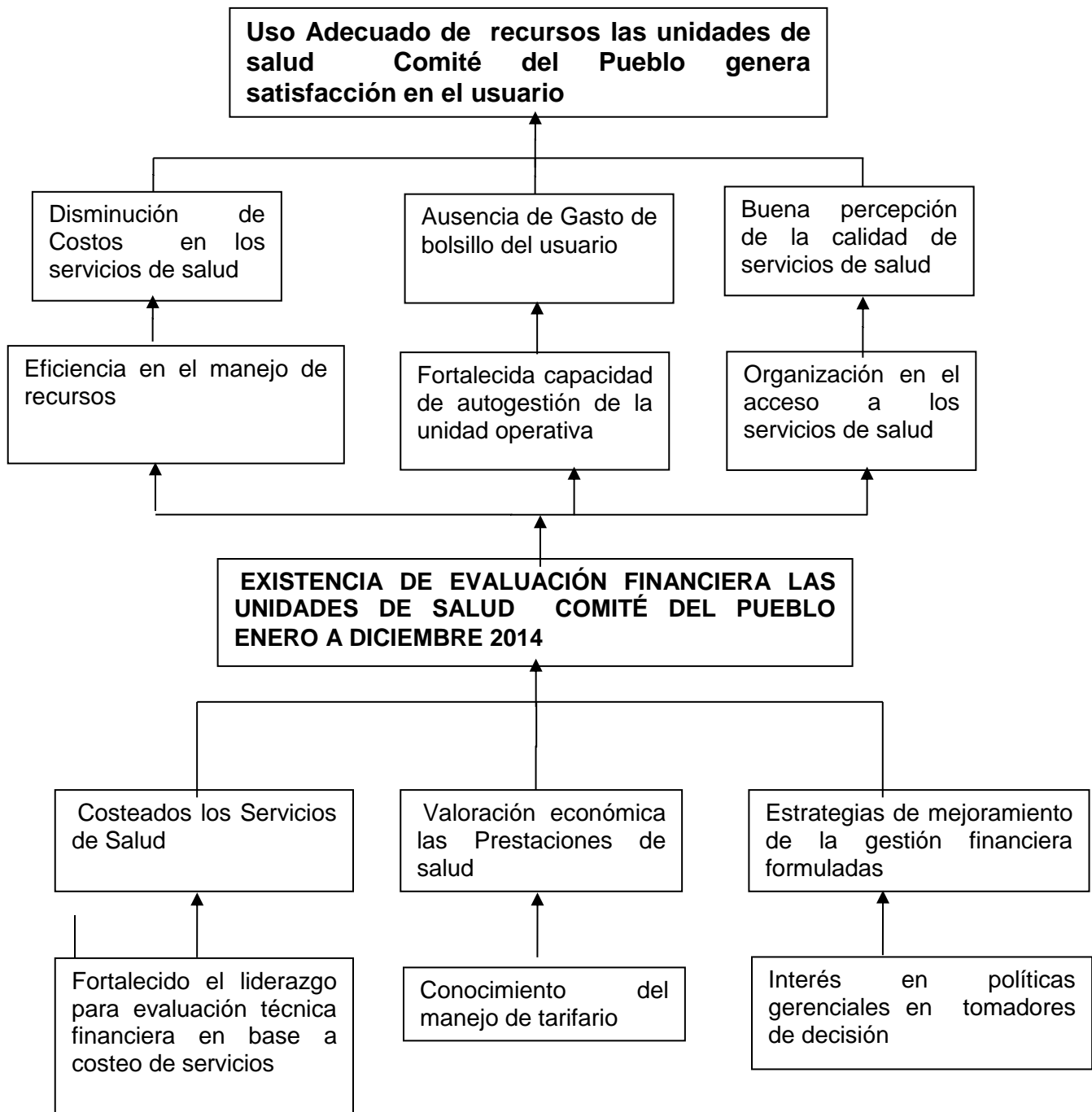
GRUPOS O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Director de la Unidad Médica	Contar con información y respaldos para la Evaluación Financiera y toma de decisiones	Dirigir y controlar la gestión de recursos financieros con eficiencia y eficacia. Recursos humanos. Recursos materiales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

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

2.2 Árbol de problemas



2.3 Árbol de objetivos.



2.4 Matriz del marco lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: CONTRIBUIR AL USO ADECUADO DE RECURSOS EN LA UNIDAD DE SALUD COMITÉ DEL PUEBLO			ALTO COMPROMISO DEL NIVEL DIRECTIVO PARA FACILITAR LOS RECURSOS EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES.
PROPOSITO LA UNIDAD DE SALUD COMITÉ DEL PUEBLO EVALUADA.	100% EVALUACIÓN FINANCIERA REALIZADA.	INFORME PRESENTADO DE LA EVALUACIÓN FINANCIERA.	APOYO POLÍTICO, TÉCNICO PARA OBTENER INFORMACIÓN Y REALIZAR EL ESTUDIO.
RESULTADOS ESPERADOS			
SERVICIOS DE SALUD COSTEADOS.	100 % DE SERVICIOS DE SALUD COSTEADOS EN EL AÑO 2014	INFORME DE LAS PRESTACIONES COSTEADAS	ENTREGA DE INFORMACIÓN NECESARIA Y OPORTUNA
PRESTACIONES DE SALUD VALORADAS.	100 % DE PRESTACIONES DE SALUD FACTURADAS DEL AÑO 2014	INFORMES DE FACTURACIÓN DE LOS CENTROS DE COSTOS	ENTREGA DE INFORMACIÓN REQUERIDA
ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO DE GESTIÓN FINANCIERA FORMULADAS	No DE INDICADORES DE GESTIÓN FINANCIERA FORMULADAS EN LA US.	INFORMES DE INDICADORES DE GESTIÓN FINANCIERA PRESENTADOS	APOYO DE LOS DIRECTORES DE LA UNIDAD PARA SU IMPLEMENTACIÓN
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRESUPUESTOS
RESULTADO 1. Servicios de Salud costeados.			
1.1.Socialización del Proyecto	MAESTRANTES UTPL, TUTORES	FECHAS Marzo 2015	DOLARES 50
1.2.Taller de inducción al	MAESTRANTES	Marzo 2015	100

proceso de costos	UTPL, TUTORES		
1.3. Recolección de la información.	MAESTRANTES UTPL.	Marzo - noviembre 2015	200
1.4. Procesamiento de los datos mediante el programa winsig.	MAESTRANTES UTPL, TUTORES	Enero 2016	100
1.5 Generación de resultados de costos	MAESTRANTES UTPL, TUTORES	Febrero-marzo 2016	50
RESULTADO 2. Prestaciones de salud valoradas económicamente			
2.1 Socialización del manejo del tarifario del sistema nacional de salud.	MAESTRANTES UTPL, TUTORES	Marzo 2015	50
2.2. Recolección de información de producción del establecimiento de salud.	MAESTRANTES UTPL, TUTORES	Marzo - noviembre 2015	50
2.3.Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud actual.	MAESTRANTES UTPL, TUTORES	Febrero- marzo 2016	20
RESULTADO 3. Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera formuladas			
3.1. Calculo de punto de equilibrio.	MAESTRANTES UTPL, TUTORES	Marzo 2016	20
3.2. Socialización de resultados.	MAESTRANTES DIRECTIVOS US	Marzo 2016	
3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	MAESTRANTES DIRECTIVOS US	Marzo 2016	
3.4. Presentación de informe final a autoridades zonales.	MAESTRANTES DIRECTIVOS US	Mayo 2016	

CAPITULO III

3. Resultados

3.1 Resultado 1.- servicios de salud costeados.

Actividad 1.1 Socialización del proyecto.

Considerando que la temática planteada en el proyecto es un tema completamente nuevo en las unidades de primer nivel del Sistema Nacional de Salud, fue necesario solicitar el apoyo del nivel central y zonal para socializar el proyecto en la institución, para el efecto se realizaron las siguientes acciones:

- Mediante quipux No MSP-VAIS-2015-0001-O, enviado el 05 de enero del 2015. La viceministra de salud socializo con las coordinaciones zonales, la suscripción del convenio con la UTPL para el desarrollo de proyecto denominado Evaluación financiera de los establecimientos del primer nivel.
- Suscribimos con el MSP, la carta de confidencialidad para garantizar el buen uso de la información solicitada.
- Mediante quipux La Coordinación zonal 9, socializa con los Directores distritales el alcance del proyecto, y solicita el apoyo del personal de los distritos para el desarrollo del mismo.
- Con la carta y oficio de la viceministra, con fecha marzo 2015 , mantuvimos una sesión de trabajo con el Dirección Distrital 17D03, con el fin de dar a conocer el proyecto a desarrollarse en las unidades de salud de primer nivel, sus objetivos, alcances, resultados esperados, metas, despertando gran expectativa e interés a nivel directivo por el impacto del mismo y fundamentalmente por:
 - o Conocer una metodología de costeo de servicios de salud.
 - o La posibilidad de conocer el costo de los servicios de su distrito.
 - o Evaluar el uso de los recursos de las unidades de primer nivel a su cargo
 - o Tener un acercamiento con el Tarifario del Sistema Nacional de Salud.
 - o Impulsar el proceso de recuperación de costos de servicios brindados en el primer nivel.
 - o Conocer un modelo financiero que incentive la eficiencia.
 - o Evaluar la gestión frente a las demandas impuestas en el Modelo Integral de Salud MAIS.

- Evaluar la oferta y demanda de los servicios de primer nivel dentro de su competencia.
- Propuestas de mejoramiento de la gestión.
- El director distrital 17D03 se ha comprometido apoyar en la ejecución del proyecto, brindando las facilidades para obtener la información necesaria.(ver anexo)

Actividad 1.2 Taller de inducción al proceso de costos

- Con la aprobación del Director Distrital Dr. Efraín Arguello y el apoyo de la Directora de la Unidad de Salud del Comité del Pueblo Dra. Baytha Balda Franco, la colaboración del personal responsable de cada uno de los departamentos: Talento Humano, Financiero, Estadística, Bodega, Farmacia, Laboratorio, Imagen, Servicios Institucionales del Distrito 17D03. Se socializó en ellos la metodología de costeo, con énfasis en los siguientes componentes:
 - Conceptualización general de la economía de la salud, su importancia, alcance.
 - Beneficios de contar con costos de los servicios médicos
 - Conceptos generales de costos, gasto, costo fijo, costo variable, costo directo, costos indirectos.
 - Características de los centros de costos o centros de gestión.
 - Explicación amplia de los componentes de costos
 - Importancia de un sistema de información adecuado
 - Explicación de cómo llenar las matrices que se utilizaran para recolectar la información para el costeo, de manera especial: Mano de obra, uso de medicamentos, insumos, materiales, servicios básicos, depreciación de bienes, uso de infraestructura, producción, etc.
 - Se suscribieron compromisos de entrega de información en los plazos previstos

Actividad 1.3 Recolección de información

De acuerdo a los lineamientos planteados en el documento suscrito con el MSP “Procedimientos para levantamiento de información de costos en el primer nivel”, se procedió a la recolección de la información mediante matrices diseñadas para cada uno de los componentes de costo.

Con la información obtenida de ejercicio económico del año 2014, se obtuvieron las siguientes matrices:

a) Mano de obra:

Se recolectaron los datos, en base al siguiente lineamiento:

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

Para el efecto se utiliza dos matrices.

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

Se trabaja con el apoyo de talento humano.

La segunda, una matriz en la cual se detallan los centros de gestión, el personal que labora en cada uno de ellos, con su respectivo 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.

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

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

c) Depreciaciones de bienes y uso de inmueble.

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

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

d) Gastos fijos generales

Se solicita información de gastos de servicios básicos, servicios, vigilancia, aseo, combustibles, y otros gastos operativos que tenga la unidad. En el proceso de recolección de datos se trabajó en el distrito.

e) Datos de producción

Mediante el RDDACA se obtuvo los datos de producción para la elaboración de la matriz de producción.

Actividad 1.4 Procesamiento de datos

Mediante matrices proporcionados por la universidad se realiza el procesamiento de datos con la información recolectada, una vez obtenida la matriz de validación se sistematiza la información por medio del programa winsig instalado por el personal informático de la universidad. El programa winsig es una herramienta desarrollada por la OPS para ver el comportamiento de los costos de los servicios.

El programa nos permitió alcanzar la siguiente información:

- Costos totales 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 RDDACA, utilizando para el efecto una matriz orientada a conocer el comportamiento de las siguientes variables:

3.5 Generación de los resultados de costo.

Durante el ejercicio económico año 2014 de la unidad de salud Comité del Pueblo, se concluye los siguientes resultados:

Tabla 5. Costo de atención

Costo total anual	Número de atenciones	Costo promedio integral por atención
2.778.374,33	88.105	31,53

Fuente: Cuadro 1 y 4 Winsig 2014

Elaborado por: Miriam Mena

El costo promedio integral por atención en la Unidad de Salud Comité del Pueblo es de 31,53 dólares, debido a que el costo de administración es elevado y la producción es baja en los centro de consulta externa y sala de partos de acuerdo a los costos presentados.

Tabla 6. Costo por población asignada

Costo total anual	Población asignada	Costo per cápita
2.778.374,33	201.604	17,78

Fuente: Cuadro 1 y 4 Winsig 2014

Elaborado por: Miriam Mena

De acuerdo al INEC la población asignada al Comité del Pueblo es de 201.604 hab., por lo tanto el Costo per Cápita es de 17,78, es decir por cada habitante está asignado 17,78 dólares para la atención en salud.

1.4.2 Costo de servicios

Tabla 7. Costo integral de los servicios finales

SERVICIO	COSTO TOTAL	NUMERO DE ATENCIONES	COSTO INTEGRAL FINAL
CONSULTA EXTERNA	1.491.140,73	38771	38,46
ODONTOLOGÍA	219.287,83	9059	24,21
VISITA DOMICILIARIA	41.797,20	55	759,95
PSICOLOGIA	50.202,73	1899	26,44
PROMOCION DE LA SALUD	82.302,88	183	449,74
EMERGENCIA	554.545,99	37836	14,66
PARTOS	339.096,97	540	627,96

Fuente: Cuadro 1 y 4 Winsig 2014

Elaborado por: Miriam Mena

Por ser un centro de Salud de primer nivel tipo C tiene varios servicios finales: el costo integral consulta externa es de 38,46 dólares, tomando en cuenta que el costo más elevado es de visita domiciliaria de 759,95 dólares, este supera el costo tarifario 22,28 dólares por atención, por su producción baja, luego sigue sala de partos con un costo integral 627,96 dólares en relación al tarifario 310,60 dólares igual por su producción baja. Promoción de la salud con un costo integral 449,74 en relación 23,77 de acuerdo al tarifario por el registro de productividad es baja.

3.4.3 Componentes del costo de servicios

Tabla 11. Costos directos.

Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
Consulta externa	1.491.140,73	826,614.07	55,43%
Odontología	219.287,83	154,837.35	70,61%
Visita domiciliaria	41.797,20	29,512.66	70,61%
Psicología	50.202,73	35,447.74	70,61%
Promoción de la salud	82.302,88	58,113.39	70,61%
Emergencia	554.545,99	367,925.57	66,35%
Partos	339.096,97	239,433.61	70,61%

Fuente: Cuadro 1 y 4 Winsig 2014

Elaborado por: Miriam Mena

El 55,43% es el costo directo de consulta externa, el 66,35% es el costo directo de emergencia, mientras que odontología, visita domiciliaria, psicología, promoción de la salud y partos cubre el 70,61% de costo directo.

Tabla 12. Costos indirectos

Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo indirecto
Consulta externa	1.491.140,73	664,526.66	44,57%
Odontología	219.287,83	64,450.48	29,39%
Visita domiciliaria	41.797,20	12,284.54	29,39%
Psicología	50.202,73	14,754.99	29,39%

Promoción de la salud	82.302,88	24,189.49	29,39%
Emergencia	554.545,99	186,620.42	33,65%
Partos	339.096,97	99,663.36	29,39%

Fuente: Cuadro 1 y 4 Winsig 2014

Elaborado por: Miriam Mena

El costo indirecto de la consulta externa corresponde el 44,57% del costo total del servicio, luego emergencia con el 33,65 % del costo total del servicio; odontología, psicología, parto, promoción de la salud, y visita domiciliaria representa 29,39% de costo indirecto.

Tabla 8. Costo neto de los servicios finales

SERVICIO	COSTO TOTAL	NUMERO ATENCIONES	Costo Integral	COSTO NETO
CONSULTA EXTERNA	1.491.140,73	38771	38,46	21,05
ODONTOLOGÍA	219.287,83	9059	24,21	15,23
VISITA DOMICILIARIA	41.797,20	55	759,95	536,59
PSICOLOGIA	50.202,73	1899	26,44	18,67
PROMOCION DE SALUD	82.302,88	183	449,74	317,56
EMERGENCIA	554.545,99	37836	14,66	10,61
PARTOS	339.096,97	540	627,96	443,39

Fuente: Cuadro 1 y 4 Winsig 2014

Elaborado por: Miriam Mena

La consulta externa en la unidad de Comité del Pueblo genera un costo neto de 21,05 dólares, comparado con el tarifario que es de 11.83 dólares, debido que los gastos que genera administración y la producción es baja.

Tabla 9. Costo fijo

Costo	Valor	Porcentaje
REMUNERACIONES	1,924,590.27	89,70%
SERVICIOS BÁSICOS	171,852.57	8,01%
DEPRECIACIONES	38,030.28	1.77%
USO EDIFICIO	11,059.20	0.52%
TOTAL	2.145.532,32	100%

Fuente: Cuadro 1 y 4 Winsig 2014

Elaborado por: Miriam Mena

Dentro de los costos fijos tenemos las remuneraciones que representa el 89,70%, costos que no varía sin importar el volumen de producción.

Tabla 10. Costo Variable

COSTO TOTAL	COSTO FIJO	COSTO VARIABLE
2.778.374,33	2.145.532,32	632.842.01

Fuente: Cuadro 1 y 4 Winsig 2014

Elaborado por: Miriam Mena

El costo variable son los costos que de acuerdo a la producción van variando, el costo variable del año 2014 de la unidad de salud Comité del Pueblo es 632842.01 dólares

3.5. ANALISIS DEL INDICADOR DEL RESULTADO I.

De acuerdo a la información proporcionada por diferentes departamentos en el Distrito y en la unidad de salud, al momento de solicitar la información no tienen detallado de acuerdo a las directrices que solicita la matriz para poder sistematizar, a pesar de eso se logra el

cumplimiento al 100% el costeo de la unidad de salud Comité del Pueblo del ejercicio económico 2014.

3.2. Resultado 2.- servicios de salud facturados.

Actividad 2.1 Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud

Con el apoyo de las autoridades de la Coordinación Zonal 9, se procedió a convocar al Director Distrital, Director médico, responsable financiero del distrito, a fin de socializar sobre la estructura y manejo de Tarifario del Sistema Nacional de Salud.

Dicha capacitación se realizó en marzo del 2015 en la ciudad de Quito con la siguiente temática:

Programa de capacitación sobre el tarifario del sistema nacional de salud.

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

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

El tarifario de honorarios médicos en unidades de primer nivel

Tarifario de servicios institucionales.

Tarifario de visitas domiciliarias

Tarifario de acciones de prevención y promoción de la salud

Tarifario de monitoreo

Hotelería hospitalaria

Laboratorio

Imagen

Rehabilitación y medicina física

Ambulancias

3.- Ejercicios prácticos.

Tutores: Personal técnico especializado en el uso del Tarifario del Sistema Nacional de Salud de la coordinación zonal 9.

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 9 y los responsables del proceso financiero.

Actividad 2.2 Recolección de información

Para la facturación de los servicios de la unidad de salud, se validó con la información de la producción del RDDACA, para la obtención de los datos se utilizó filtros y tablas dinámicas, obteniendo los siguientes datos:

a) Honorarios médicos

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

b) Acciones de promoción y prevención

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

c) Servicios institucionales

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

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

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

Resultado del indicador de la actividad.

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, recalcando que la información entregada no es lo suficientemente completa ni se encuentra con la especificidad que el proyecto demanda, existe mucha incoherencia en los datos, no se dispone de un sistema de información técnicamente diseñado y orientado a obtener resultados como los que pretendemos alcanzar, el RDDACA no contiene toda la producción de las atenciones, según los profesionales que trabajaron en esa fecha refieren que se perdió la información al momento de transferir como distrito, es importante puntualizar que existe serias deficiencias en su registro.

Los servicios de emergencia y sala de partos fueron evaluados en base a los reportes que tenían cada uno de ellos que no están incluidos en el RDDACA, por llevar otro modo de registro de atención. Por lo que aprecio las unidades del MSP, no reportan adecuadamente 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. Para la toma de decisiones.

Actividad 2.3 Valoración de las prestaciones según el Tarifario del Sistema Nacional de Salud.

Con la recolección de la información arrojada por el RDDACA se procedió a la facturación.

Resumen de facturación anual de prestaciones de salud año 2014:

Nombre de la unidad de Salud: Comité del Pueblo

Tabla 11. Facturación anual 2014

Prestaciones	Valor facturado anual	% de participación.
Consultas de morbilidad	279.176,27	17,69%
Consultas de prevención	420.314,17	26,58%
Promoción de la salud	4.349,91	0,29%
Visita domiciliaria	1.225,40	0,08%
Odontología	418.001,02	26,41%
Emergencias	292.093,92	18,46%
Partos	167.724,00	0.12%
Total	1.582.884,69	100%

Fuente: Tarifario Nacional MSP- REDACA

Elaborado por: Miriam Mena.

De acuerdo a las prestaciones de servicios por la unidad de salud Comité del Pueblo podemos apreciar que los procedimientos odontológicos tiene una mayor participación con 26,93%, seguido de consulta preventiva 26,37%, luego tenemos emergencia con una participación de 18,32%, Consulta de morbilidad con 17,51%, mientras que de menor participación tenemos visita domiciliaria con 0.08% y promoción de la salud con 0.27%. Estos resultados fueron obtenidos de acuerdo al costo tarifario del MSP y la información del RDDACA.

ANALISIS DEL INDICADOR DEL RESULTADO ESPERADO II.

Se cumplió al 100% de la facturación de las prestaciones que la unidad de salud brinda, con la información proporcionada en el RDDACA y adicional de emergencia y sala de parto se pudo obtener la facturación de acuerdo al tarifario del MSP y conocer el % de participación de cada servicio.

3.3. RESULTADO 3.- ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO

3.3.1. Actividad 3.1 Calculo del punto de equilibrio.

Mediante el cálculo de punto de equilibrio se puede ver el comportamiento de los costos de producción, relación costo volumen, es decir aquel punto en el cual se recupera los costos de producción, sin generar ni utilidad ni pérdida.

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

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

PE= PUNTO DE EQUILIBRIO

CF= COSTO FIJO

CV= COSTO VARIABLE

CT= VENTAS TOTALES- FACTURACIÓN

Tabla 12. Cálculo de punto de equilibrio

COSTOS FIJOS	2.145.532,32
COSTOS VARIABLES	632.842,01
COSTOS TOTALES	2.778.374,33
VALORACION DE INGRESOS SEGÚN TARIFARIO	1.582.884,69
PE USD	3.574.713,36
PE %	(60,00)

Fuente: cuadro 4 de winsig

Elaborado por: Miriam Mena

Con el cálculo del costo fijo, costo variable y la facturación según costo tarifario del MSP se calcula el punto de equilibrio obteniendo un PE USD de 3.574.713,36 y el PE % es de 60%, es decir que para poder alcanzar el punto de equilibrio debe producir un 60% más y así sostenerse económicamente.

Actividad 3.2 Socialización de resultados

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

- Resultados de los costos y la facturación de los servicios y su comparación con el mercado.
- 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 abril del presente ejercicio económico.

Actividad 3.3 Diseño de estrategias de mejoramiento.

La Falta de evaluación financiera que ha sido uno de las debilidades de la unidad Comité del Pueblo, el inadecuado registro de la información de acuerdo a los parámetros financieros, la falta de planificación de la misma, por lo que proponemos las siguientes estrategias.

1.1.1 Implementar un sistema de monitoreo de la atención médica

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

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

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

Para el monitoreo del componente de gestión, relacionado con los servicio 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 EQUIPOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL

TABLA 13. MONITOREO DE LOS PRODUCTOS DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL

COMPONENTES	PRIMER CUATRIMESTRE	SEGUNDO CUATRIMESTRE	TERCER CUATRIMESTRE
ORGANIZACIÓN COMUNITARIA			
Comités de salud local funcionando	X	X	X
COMITÉS DE USUARIOS O GRUPOS ORGANIZADOS Y FUNCIONANDO			
Grupos de adultos mayores	X	X	X
Grupos de diabéticos	Cada mes		
Grupos juveniles	Cada mes		
Madres adolescentes	Cada mes		
Club de hipertensos	X	X	X
DIAGNÓSTICOS SITUACIONAL INICIAL en el año	X		

PLANES DE SALUD LOCAL FORMULADOS DE ACUERDO A NORMATIVA Y HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN ESTABLECIDAS POR EL MSP	X		X
COMPROMISOS DE GESTIÓN	X	X	X
ACCIONES DE SALUD MONITOREADAS Y EVALUADAS	X	X	X
SOCIALIZACIÓN DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO DE LA UNIDAD	X	X	X

Fuente: Análisis Situacional de Salud del Comité del Pueblo

Elaborado por: Miriam Mena

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

De acuerdo a los datos arrojados en el cálculo de costos se observa que el 89,70% de los costos fijos es Recursos Humanos por tal razón la necesidad de implementar el monitoreo de la producción, productividad y rendimiento del personal en especial del profesional.

Tabla 14. Estándares de atención a un paciente del MSP.

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: Estándares de atención a un paciente MSP

Elaborado por: Miriam Mena

La evaluación del comportamiento de los profesionales de la salud se realiza en base a la producción de los mismos y estándares generalmente aceptados, mediante una comparación de las horas contratadas y las horas laboradas.

Se debería considerar en aumentar la producción de prevención de acuerdo al costo tarifario es bajo, el aumento de la visita domiciliaria, la promoción de salud.

Tabla 15. Resultados de la evaluación de la productividad y rendimiento del personal enero a diciembre 2014

Nombre del profesional	Número de atenciones	%
MEDICOS		
AGUILAR CASTILLO DIANA ALBERTINA	1919	3,85%
AGUINAGA CADENA SARA LETICIA	3072	6,17%
ALARCON CARRILLO DOLORES EDELINA	1031	2,07
CASTELLANOS LOPEZ FANNY CARLOTA	788	2,07%
CASTELLO LEON LUCIA DEL ROSARIO	2752	5,53%
CASTILLO NARVAEZ XIMENA JANETH	148	0,29%

CASTRO JIMENEZ	CESAR ENRIQUE	8	0,01%
CUEVA QUEZADA	RAUL VICENTE	459	0.92%
GALLO CHICAIZA	MARIA ELIZABETH	103	0.29%
GAVILANEZ ENDARA	MARIA GISELLA	2100	4,22
GUZMAN GALLARDO	DOLLMAN OMAR	499	1%
JIMENEZ PEÑAHERRERA	LEONOR MAGDALENA	2460	4,95%
LOPEZ SEGOVIA	SILVIA CECILIA	1635	3,28%
MAIGUA LOPEZ	ANDRES IGNACIO	119	0.23%
MENENDEZ YANEZ	TERESA ELIZABETH	1551	3,11%
MOREANO CASTRO	FIDEL LENIN	1790	3,59%
MORILLO MEDINA	JANNINA ELIZABETH	60	0.12%
OCHOA DAVILA	OSWALDO GERMAN	8	0.01%
ORTIZ FLORES	LYLI MERCY	2614	5,25%
PAREDES VARGAS	GRACE ELIZABETH	2859	5,75
PARRALES REYES	MARINA AGUASANTA	222	0,44%
PUENTE ROMERO	ROSA ANGELICA	1977	3,97%
SALAZAR PARRA	MARTA LUCIA	2107	4,24%
SANCHO LOBATO	SILVIA PATRICIA	1	0.002%
TELLO ESPINOZA	BERTHA ALINA	658	1,32%
TOSCANO FLORES	HENRRY ORLANDO	1070	2,15%
MEDICO RURAL			
MORILLO	JANNINA	11	0.02%
RIVERA RUEDA	CARLOS XAVIER	20	0.04%
RODRIGUEZ QUINTANA	TAMARA	102	0,21%
SANCHO LOBATO	SILVIA	68	0,14%

ODONTOLOGO			
CHINGAL DE LA PORTILLA	MARCELO ADOLFO	1665	
ESPINOSA DEL POZO	TERESA JACKELINE	1059	2,12%
GONZALEZ MUÑOZ	MONICA ALEJANDRA	114	0,23%
MONGE PEÑAHERRERA	GUILLERMO ARTURO	1710	3,44%
RIVERA MOYANO	ALEXANDRA DEL ROSARIO	1699	3,41%
TORRES ALMEIDA	VICTOR HUGO	1788	3,60%
ZAMBRANO ASANZA	TOHA IDALIDE	765	1,54%
ODONTOLOGO RURAL			
RIOFRIO DEL PINO	JUAM BOLIVAR	259	0,52%
PSICOLOGO			
GARZON LUNA	JENNY MIREYA	1111	2,23%
MORILLO ENRIQUEZ	KATIA MARINA	566	1,14%
PINOS ZARATE	VIRNA FATIMA	222	0,45%
OBSTETRIZ			
ANDRADE RIVERA	RUTH MERCEDES	1643	3,30%
MACIAS CEDEÑO	NARCISA ELIZABETH	99	0,20%
VITERI JEREZ	DELIA MARIA PIEDAD	2870	5,77%

Fuente: RDDACA

Elaborado por: Miriam Mena

Actividad 3.2. Cálculo de indicadores de monitoreo y evaluación.

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

INDICADORES DE DISPONIBILIDAD			
INDICADOR	FORMULA	QUE MIDE	COMITÉ DEL PUEBLO
Razón horas médico contratadas al año x habitante	No horas médico contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas médico por habitante	0.29
Razón horas odontólogo contratadas al año x habitante	No horas odontólogo contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas odontólogo por habitante	0.66
Razón horas enfermera contratadas al año x habitante	No horas enfermera contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas enfermera por habitante	0.13
% de referencias solicitadas por la unidad	Número de referencias médicas solicitadas a nivel superior/total de atenciones médicas	Capacidad resolutive de la unidad	0.29%
% 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	5,26%
% 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	5,96%
% 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	2.89%
% 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	7,80%
% 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	18,30%
% de consultas de mayores de 65 años	Total de consultas a pacientes mayores a 65 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos mayores	0.17%
% de atención a mujeres	Total de consultas a mujeres/total de consultas	Uso de servicios de consulta en mujeres	68,37%

% de atención a hombres	Total de consultas a hombres /total de consultas	Uso de servicios de consulta en hombres	31,63%
% Consultas de prevención	Total de consultas de prevención /total de consultas	Comportamiento de consultas de prevención	38,38%
% Consultas de recuperación	Total de consultas de morbilidad /total de consultas	Comportamiento de consultas de recuperación	61,62%
% consultas primeras	Total de consultas primeras/total de consultas	Comportamiento de consultas primeras	68,08%
% Consultas subsecuentes	Total de consultas a subsecuentes /total de consultas	Comportamiento de consultas subsecuentes	31,92%
% consultas en establecimiento	Total de consultas brindadas en establecimiento /total de consultas	Cobertura de atención en establecimiento	94,80%
% consultas en comunidad	Total de consultas brindadas en comunidad /total de consultas	Cobertura de atención en comunidad	1,38%
% visitas domiciliarias	Total de consultas brindadas en domicilio /total de consultas	Cobertura de atención en domicilio	0.14%
% de consultas en otros centros	Total de consultas brindadas en otros centros /total de consultas	Cobertura de atención en centros	6.28%
% de atenciones brindadas por médicos: generales, especialistas, rurales	Total de consultas a brindadas por médicos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por médico	77,96%
% de atenciones brindadas por odontólogo	Total de consultas a brindadas por odontólogos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por odontólogo	17,65%
% de atenciones brindadas por psicólogo	Total de consultas a brindadas por psicólogo /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por psicólogo	3,81%
% de atenciones brindadas por obstetrix	Total de consultas a brindadas por obstetrix /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por obstetrix	9,27%

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 en el año	5,59
Frecuencia de uso en consulta	Número de atenciones/total de pacientes atendidos	Número de veces que el paciente recibe atención durante el año	1,44
Frecuencia de uso de consulta 1 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 1 vez en el año	14561
Frecuencia de uso de consulta 2 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 2 vez en el año	10555
Frecuencia de uso de consulta 3 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 3 vez en el año	4567
Frecuencia de uso de consulta 4 y mas	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 4 y más vez en el año.	20046
Promedio de recetas en consulta	Total recetas despachada en consulta / No consultas	No. recetas recibidas por cada consulta	0,97
Productividad en consulta	No consultas / horas contratadas para consulta	Productividad de consulta por hora contratada	0.83
Productividad en consulta odontológica por hora	No consultas odontológicas/ horas contratadas para consulta odontológicas	Productividad de consulta odontológica por hora contratada	1,15
Costo por atención	Gasto total/total de atenciones	Establece costo por atención en la unidad	31,53

Costo Consulta	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica	38,46
Costo atención Odontológica	Gastos en Odontología / No pacientes atendidos	Establece costo por atención odontológica	24,20
Costo de visita domiciliaria	Gastos visita domiciliaria /No. De visitas	Establece costo por atención domiciliaria	759,95
Costo de eventos de promoción	Gastos en eventos de promoción /No. de eventos realizados	Establece costo por evento de promoción	449.79
Costo de examen de laboratorio	Gastos Laboratorio/No. De determinaciones	Establece costo por determinación	1,76
Costo de examen de imagen	Gastos en imagen / No exámenes	Establece costo por estudio de imagen	8,60
Costo de sesión de psicología	Gastos en psicología / No. Pacientes atendidos	Establece costo por atención	26,43
Costo de receta despachada	Gasto en farmacia / No recetas despachadas	Establece costo por receta	0.70

Actividad 3.4

Entrega de informes a las autoridades distritales.

Al culminar con las actividades propuestas en este trabajo colaborativo y con la aprobación de la misma, se presentará el informe final al Director Distrital con todos los documentos anexos evidenciando en desarrollo de las actividades propuestas y los resultados obtenidos, generando el compromiso de socializar con los servidores del Distrito y hacer extensiva esta experiencia a las otras unidades del primer nivel de la zona centro del país, para lo cual se cuenta con el apoyo de la Coordinación zonal 9.

ANALISIS GENERAL

Para que los resultados sea alcanzados se realizaron diferentes actividades la primero la socialización del Proyecto mediante una reunión con diferentes profesionales de los departamentos involucrados en la entrega de la información adecuada, esto se logra con la autorización del MSP y una carta compromiso con el maestrante. (ver anexo)

Lo que si se evidenció en el estudio que no existe un adecuado registro de la información, el gran inconveniente que tuvo que la unidad de Salud Comité del Pueblo un centro de salud y tenía sus subcentros, al cambio de estructura organizativa a nivel general en el MSP, pasa hacer parte del Distrito 17D03, los departamentos financiero, recursos humanos, bodega se trasladan a ser manejados desde el distrito, por tal razón los funcionarios manifiestan que se perdió parte de la información de la unidad. Pese a ese inconveniente se logra la recopilación necesaria para la evaluación financiera.

Mediante las matrices de validación elaboradas por la universidad y llenadas por los maestrantes se procede a la sistematización de la información, dos principales cuadros consolidados del año 2014, arrojando resultados de costo y producción.

Dentro del comportamiento de los costos se observa: costos fijos se elevan porque el 96,62% es remuneraciones, costo consulta externa se elevan por los costos administrativos frente al tarifario, el costo de visita domiciliaria es elevado frente al tarifario por la baja producción o el inadecuado registro de información, el costo de partos es elevado porque el personal que trabaja en este servicio también trabaja en emergencia es decir, cubre los dos servicios.

Con los datos proporcionados del RDDACA y el tarifario nacional del MSP se factura los servicios finales para ver el comportamiento frente al costo integral obtenidos en el cuadro 1 del programa winsig. Se evidencia una elevación frente al tarifario, esto se debe a la baja producción que arroja el RDDACA.

Con el análisis del comportamiento de los costos se propone estrategias enfocadas a mejorar un adecuado registro de la información, el cálculo de equilibrio para poder analizar el % de sostenibilidad de la unidad de salud, La unidad de salud tiene un PE% de 60%, matriz de

indicadores de productividad y rendimiento con los datos arrojados podemos intervenir para el mejoramiento de la atención con eficacia, eficiencia y calidad en salud.

Logrando la evaluación financiera con éxito y así contribuir al uso adecuado de los recursos en la unidad de salud Comité del Pueblo.

CONCLUSIONES

1. La evaluación financiera de la unidad Comité del Pueblo es de gran importancia ya que arroja información esencial, se ha diseñado y validado el proceso de costos y facturación de los recursos para ver el comportamiento financiero frente al tarifario nacional del MSP, como por ejemplo los costos integrales finales de consulta externa es de 21,05 frente al tarifario de 11,83 hay una diferencia de 9,22 esto puede pasar que los costos administrativos estén elevados o /y que la producción este baja. El costo integral de odontología es de 15,23 frente al tarifario de 10,44. Visita domiciliaria el costo integral es 536,59 frente al tarifario de 22,28, aquí tenemos una gran diferencia, por lo que se puede decir existe baja de producción o no hay un adecuado registro de productividad, psicología el costo integral 26,44 frente a tarifario 24,92, promoción de la salud es otro de los rubros elevados su costo integral es 449,74 frente al tarifario es de 23,77, emergencia su costo integral es 15,66 frente al tarifario 7,72, partos costo integral es de 627,96 frente a tarifario 310,60.
2. En la unidad de salud Comité del Pueblo el costo de atención es 31,53, teniendo en cuenta que el costo total es de 2.778.374,33 con una producción anual de 88.105.
3. A pesar de la colaboración del personal para la aplicación de este proyecto se presentaron limitaciones como: información incompleta en la producción evidenciando así visitas domiciliarias, eventos de promoción, procedimientos no hay un adecuado registro de la producción en consulta externa, odontología y psicología.
4. La socialización del proyecto fue de importancia para poder recolectar los datos y poder sistematizar en el programa de winsig, y así obtener información necesaria para tomar decisiones que mejoren la distribución de los recursos y tener una sostenibilidad de la unidad de salud.
5. La aplicación del proceso de monitoreo, control y supervisión de los recursos mediante el monitoreo de productos que genera el primer nivel, el monitoreo de productividad y rendimiento de los profesionales de la salud e indicadores de estructura, proceso y resultados.

6. El Distrito no evalúa el comportamiento de los recursos asignados para los diferentes servicios, se limita a generar información sin un análisis para un adecuado uso de los recursos y así lograr un servicio con eficacia, eficiencia y con calidad.

RECOMENDACIONES

1. Implementar el sistema de evaluación financiera para observar el comportamiento de los costos y la facturación de la unidad de salud Comité del Pueblo.
2. Es importante mantener al personal profesional la actualización de conocimientos sobre costos, facturación y gestión en salud.
3. Poner énfasis el adecuado registro de los informes de producción, generación de gastos por cada servicio.
4. Implementar un sistema de información sólido, completo, oportuno orientado a la toma de decisiones.
5. Mantener la aplicación del proceso de monitoreo, control y supervisión de los recursos mediante el monitoreo de productos que genera el primer nivel, el monitoreo de productividad y rendimiento de los profesionales de la salud e indicadores de estructura, proceso y resultados.
6. El Distrito debe llevar un proceso de planificación y evaluación de los recursos asignados a los diferentes servicios de salud y poder tomar decisiones para la utilización óptima de los recursos

BIBLIOGRAFIA

1. Aguirre, Gas. (2002). *Calidad de la Atención Médica, Bases para su Evaluación y Mejoramiento*. México.
2. Armijos, N. (2009). *Guía Didáctica de Planificación Estratégica*. Loja Ecuador. Universidad Técnica Particular de Loja.
3. Arroyave, G. (2010). *Costos Hospitalarios*, D.F. México.
4. Brigham, E., Houston, J. (2011). *Fundamentos de la Administración Financiera*. México: Grupo Editorial Patria.
5. Buele, N. (2012). *Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para la Salud: Trabajo de Grado I. Guía Didáctica, Maestría en Gerencia en Salud para el desarrollo Local*, Loja, Ecuador: UTPL.
6. Buele, N. (2012). *Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para la Salud: Trabajo de Grado II. Guía Didáctica, Maestría en Gerencia en Salud para el desarrollo Local*, Loja, Ecuador: UTPL.
7. CESFAM, (2011). *Buen Servicio y Calidad de Atención, Centros de Salud Primaria*, Chile.
8. Corporación de Estudios y Publicaciones, (2010). *Régimen de la Salud : Tomo I*, Quito, Ecuador.
9. Distrito 17D03 Cotacollao (2014). *Estadísticas centro de Salud. Quito Ecuador*.
10. Charlita, P. (2009). *Gestión de Costos en Salud. Segunda Edición*,

11. Fajardo, G. Hernández, F. (2012). Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad en salud. México.
12. Hidalgo, A., Corugedo, I., Del Llano, J. (2011). Economía de la Salud. Madrid: Ediciones Pirámide.
13. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. (2009). Transformación Sectorial de la Salud en el Ecuador. Quito, Ecuador: MSP.
14. Nunes, P. (2012). Gestión Financiera.
15. Organización Panamericana de la Salud. (2001). La transformación de la gestión de los hospitales en América Latina y el Caribe. La gestión económica y financiera, La gestión de la Calidad en salud. Washington, D.C.
16. Pesantez, M. (2012). Economía y Salud. Guía Didáctica, Maestría en Gerencia en Salud para el desarrollo Local, Loja, Ecuador: UTPL.
17. Unidad de Salud Comité del Pueblo. (2014). Diagnóstico Situacional. Quito, Ecuador.
18. Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2010). *Censo de población y vivienda*. Ecuador.
1. Plan Nacional del Buen Vivir. (2013) *Objetivos Nacionales para el Buen Vivir*. Recuperado de <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion#tabs2>
2. www.salud.gob.ec.
3. www.oms.org

4. OMS. (2012). Definición de la Salud. Recuperado:
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
www.ops.or.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Modelo De Atención Integral Del Sistema Nacional De Salud*. Quito, Ecuador: MSP. Recuperado:
http://www.instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
6. Ministerio de la Coordinación de la Política Económica del Ecuador. (2012). *Financiamiento de la Salud en el Ecuador*. Quito, Ecuador.
Recuperado: <http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/003-CASE-Mauricio%20Leon.pdf>.
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*. Quito-Ecuador: MSP
Recuperado: <http://www.hospitalmacas.gob.ec/trasparencia2013/informacionlegal/regulacion/TarifarioPrestacionesSistemaNacionalSalud.pdf>.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014). *Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*. Quito-Ecuador: MSP
Recuperado: <http://www.sanespi.net/REGISTRO%20OFICIAL%2035%20-%2024%20DICIEMBRE%202014.pdf>.
9. Ministerio de Salud Pública. Dirección Financiera, Gestión Financiera.
<http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-financiera/>
10. Tobar, F. (2002). *Modelos de Gestión en Salud*. Buenos Aires.
11. Recuperado: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1
Fotografía de la Unidad de salud Comité del Pueblo



ANEXO 2 AUTORIZACIÓN DEL DISTRITO 17D03 EN LA UNIDAD COMITÉ DEL PUEBLO



Oficina Gen. 8658-V-005-2014-04499-03

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

Asunto: Fructos: Técnico de Análisis para proporcionar información necesaria para el desarrollo de propuestas de investigación Universidad Técnica Particular de Loja

Licenciada
Olga Castillo Costa
Coordinadora Titulación (c) Maestría en Gerencia de Salud Para El Desarrollo Local
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
En su Despacho

De mi consideración:

Las buenas tardes con respecto al documento No. 024-2014-03E suscrito por la Srta. Olga Castillo Coordinadora de Titulación (c) de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, PILD Omar Malagón Director del Área Biológica y Biotecnológica y la Dra. Jana Bobokova Directora del Dpto. de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica Particular de Loja, para que los diversos Distritos de Salud del país, proporcionen información necesaria para el desarrollo de la investigación de "Evaluación de la Gestión Financiera" en la Unidades del Primer Nivel y susón como un insumo importante para esta Dirección adjunto el criterio técnico para la asesoria a lo propuesto por la Universidad Técnica Particular de Loja, adjunto y suerte lo solicitado.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Afectuosamente,

Documento firmado electrónicamente

Dra. Marysol Roldán Maldonado
VICEMINISTRA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Referencias:
- 8658-V-005-2014-04499-03

Anexos:
- 0412.pdf
- Solicitud UTP.pdf
- Informe Técnico.pdf

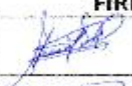
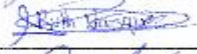




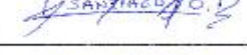

Av. República de El Salvador 28-64 y 65avda
Código Postal: 170515 Teléfono: 093 (0) 3574400
www.salud.gob.ec

ANEXO 3

LISTA DE ASISTENTES A LA SOCIALIZACION DEL PROYECTO PUZLE

LISTA DE ASISTENCIA AL TALLER DE INDUCCIÓN DEL PROCESO DE COSTOS

DISTRITO 17D03 DE LA ZONA 9

NOMBRE	DEPARTAMENTO	FIRMA
EDUARDO MENA	SERVICIO INSTITUCIONAL	
Ruth Vasquez	Farmacia	
Quirine Alvarado	FEA UNICA	
Johanna Romo	Laboratorio	
Wilson Viteri	Medico General	
Andres Saramillo	Recursos Humanos	
SANTIAGO OQUEVEDO	ISAGEN	
Lorena Almeida	Recursos Humanos	

ANEXO 4
FOTOGRAFIA DE LA ASISTENCIA A LA SOACIALIZACION DEL PROYECTO



ANEXO 5

**CERTIFICACIÓN DE LA UNIDAD FINANCIERA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, QUE
LOS DATOS HAN SIDO PROPORCIONADOS AL MAESTRANTE, CON FIRMA Y SELLO**

	<p data-bbox="630 625 912 724"> Ministerio de Salud Pública Dirección Distrital de Salud N° 17033</p> <p data-bbox="927 877 1107 907">Quito, 26 de abril de 2016</p> <p data-bbox="781 1108 915 1142"><u>CERTIFICADO</u></p> <p data-bbox="587 1243 1107 1373">Por medio del presente certifico a la Lic. MENA REYES MIRIAM DEL PILAR, que luego de haber realizado el estudio de "EVALUACIÓN FINANCIERA", los datos entregados provienen de fuentes legítimas de la Unidad de Salud Comité del Pueblo.</p> <p data-bbox="587 1402 922 1432">Particular que informo para los fines pertinentes.</p> <p data-bbox="587 1520 685 1549">Atentamente,</p> <p data-bbox="574 1633 750 1717"> Dra. Baciliza Tello</p> <p data-bbox="587 1722 922 1785">RESPONSABLE DISTRITAL DE PROVISIÓN Y CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD</p> <p data-bbox="880 1516 993 1709"></p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

ANEXO 6

CUADRO 1 DE LOS RESULTADOS DE PRODUCCION ARROJADOS POR EL PROGRAMA WINSIG.

Establecimiento : CS COMITE DEL PUEBLO

Período : 01-2014 al 12-2014

Cuadro #1. Producción, Rendimientos y Costos

	Unidad de producción	Volumen de producción		Costo
				Servicio
Servicios				
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	38,771.00	1,491,140.73	38.46
Subtotal	CONSULTA	38,771.00	1,491,140.73	38.46
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	55.00	41,797.20	759.95
Subtotal	CONSULTA	55.00	41,797.20	759.95
ODONTOLOGIA	CONSULTA	9,059.00	219,287.83	24.21
Subtotal	CONSULTA	9,059.00	219,287.83	24.21
PSICOLOGIA	CONSULTAS	1,899.00	50,202.73	26.44
Subtotal	CONSULTAS	1,899.00	50,202.73	26.44
PROMOCION EN SALUD	EVENTOS	183.00	82,302.88	449.74
EMERGENCIA	CONSULTA	37,836.00	554,545.99	14.66
Subtotal	CONSULTA	38,019.00	636,848.87	16.75
SALA DE PARTOS	PARTOS	540.00	339,096.97	627.96
Subtotal	PARTOS	540.00	339,096.97	627.96
Total			2,778,374.33	
Apoyo				
LABORATORIO	EXAMENES	20,785.00	147,307.38	7.09
	DETER	83,520.00		1.76
	\$Produc.		30,999.03	0.30
IMAGEN	PLACAS	4,498.00	75,243.30	16.73
	ESTUDIO	4,248.00		17.71
	\$Produc.		4,595.40	0.53
FARMACIA	RECETAS	95,770.00	73,889.25	0.77
	\$Produc.		330,706.07	3.45
VACUNAS	VACUNAS	51,960.00	57,484.40	1.11
	\$Produc.		0.00	0.00
PROCEDIMIENTOS	PROCESOS	0.00	0.00	0.00
	\$Produc.		0.00	15.00
LIMPIEZA	METROS CUA	0.00	0.00	0.00
MANTENIMIENTO	ORDENES	0.00	0.00	0.00
	\$Produc.		11,699.04	15.00
TRANSPORTE	KILOMETROS	0.00	0.00	0.00
	\$Produc.		1,860.00	15.00
ADMINISTRACION	#Servs.	29,176.09	816,586.85	27.99

ANEXO 7

CUADRO 4 RESULTADOS DE COSTOS ARROJADOS POR EL PROGRAMA WINSIG.

Establecimiento : CS COMITE DEL PUEBLO

Período : 01-2014 al 12-2014

Cuadro #4: Costos de operación

		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00	6.00	7.00
		CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PSICOLOGIA	PROMOCION EN SALUD	EMERGENCIA	S P
1.00	REM.PERSO.PLANTA	495,908.00	29,512.66	137,966.31	35,447.74	58,113.39	367,925.57	23
2.00	REM.PERS.OTRAS FUENT							
3.00	Total GASTOS DE PERSONAL	495,908.00	29,512.66	137,966.31	35,447.74	58,113.39	367,925.57	23
4.00	COMBUSTIBLE/LUBRICAN							
5.00	MAT. OFICINA							
6.00	MATE. ASEO LIMPIEZA							
7.00	MAT.CONST.ELECT.PLOM							
8.00	REPUESTOS Y ACCESORI							
9.00	INS.MEDICO/ODONTOLOG			4,683.48				
10.00	MEDICINAS	330,706.07						
11.00	MAT. LABORATORIO							
12.00	MATERIAL RX							
13.00	BIOMETERIALES ODONTO			12,187.56				
14.00	Total BIENES D USO/CONSUMO	330,706.07		16,871.04				
15.00	SERVICIOS BASICOS							
16.00	Total SERVICIOS BASICOS							
17.00	SERVICIO GUARDIANIA							
18.00	GASTOS INFORMATICOS							
19.00	OTROS SERVICIOS							
20.00	Total COMPRA SERVICIOS							
21.00	DEPRECIACIONES							
22.00	Total DEPRECIACIONES							
23.00	COSTO USO EDIFICIO							
24.00	Total COSTO USO EDIFICIO							
25.00	Total c. directo	826,614.07	29,512.66	154,837.35	35,447.74	58,113.39	367,925.57	23
26.00	Porcentaje	29.75	1.06	5.57	1.28	2.09	13.24	8
27.00								
28.00	LABORATORIO	147,307.38	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0
29.00	IMAGEN	75,243.30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0
30.00	FARMACIA	40,416.50	0.00	0.00	0.00	0.00	33,472.75	0
31.00	VACUNAS	57,484.40	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0
32.00	PROCEDIMIENTOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0
33.00	LIMPIEZA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0
34.00	MANTENIMIENTO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0
35.00	TRANSPORTE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0
36.00	ADMINISTRACION	344,075.08	12,284.54	64,450.48	14,754.99	24,189.49	153,147.67	99
38.00	Total c. indirecto	664,526.66	12,284.54	64,450.48	14,754.99	24,189.49	186,620.42	99
39.00	Total costos	1,491,140.73	41,797.20	219,287.83	50,202.73	82,302.88	554,545.99	33

40.00	Porcentaje	53.67	1.50	7.89	1.81	2.96	19.96	12
41.00	Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT	CONSULTAS	EVENTOS	CONSULTA	P
42.00	Producción primaria	38771	55	9059	1899	183	37836	5
43.00	Producción secundaria	0	0	0	0	0	0	0
44.00		TOTAL COSTOS DIRECTOS	SUMATORIA COSTOS TOTALES SERVI	Diferencia				
45.00		2,778,374.33	2,778,374.33	0.00				

9.00	10.00	11.00	16.00	17.00	18.00
IMAGEN	FARMACIA	VACUNAS	ADMINISTRACION	Total	Porcentaje
48,533.28	52,172.60	40,589.27	345,974.33	1,924,590.27	69.27
				0.00	0.00
48,533.28	52,172.60	40,589.27	345,974.33		
			1,860.00	1,860.00	0.07
			6,391.08	6,391.08	0.23
			11,147.04	11,147.04	0.40
			11,699.04	11,699.04	0.42
			11,538.66	11,538.66	0.42
			26,795.15	31,478.63	1.13
				330,706.07	11.90
				30,999.03	1.12
4,595.40				4,595.40	0.17
				12,187.56	0.44
4,595.40			69,430.97		
			171,852.57	171,852.57	6.19
			171,852.57		
			51,097.44	51,097.44	1.84
			77,755.50	77,755.50	2.80
			51,386.56	51,386.56	1.85
			180,239.50		
			38,030.28	38,030.28	1.37
			38,030.28		
			11,059.20	11,059.20	0.40
			11,059.20		
53,128.68	52,172.60	40,589.27	816,586.85	2,778,374.33	100.00
1.91	1.88	1.46	29.39		
0.00	0.00	0.00	0.00	147,307.38	
0.00	0.00	0.00	0.00	75,243.30	
0.00	0.00	0.00	0.00	73,889.25	
0.00	0.00	0.00	0.00	57,484.40	
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	

0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
22,114.62	21,716.65	16,895.13		816,586.85	
22,114.62	21,716.65	16,895.13			
75,243.30	73,889.25	57,484.40	816,586.85		
PLACAS ESTUDIO	RECETAS	VACUNAS			
4498	95770	51960			
4248	0	0			

ANEXO 8
CUADRO 4 DE WINSIG.

Cuadros Gerenciales

Configuración de Cuadros Gerenciales Consulta de Cuadros Gerenciales

1 # 4

Insumos/Servicios	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PSICOL
MAGEN	75,243.30	0.00	0.00	0.00
FARMACIA	40,416.50	0.00	0.00	0.00
VACUNAS	57,484.40	0.00	0.00	0.00
PROCEDIMIENTOS	0.00	0.00	0.00	0.00
LIMPIEZA	0.00	0.00	0.00	0.00
MANTENIMIENTO	0.00	0.00	0.00	0.00
TRANSPORTE	0.00	0.00	0.00	0.00
ADMINISTRACION	344,075.08	12,284.54	64,450.48	
Total c. indirecto	664,526.66	12,284.54	64,450.48	
Total costos	1,491,140.73	41,797.20	219,287.83	
Porcentaje	53.67	1.50	7.89	
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT	CONSUI
Producción primaria	38771	55	9059	1899
Producción secundaria	0	0	0	0
TOTAL COSTOS DIRECTO	2,778,374.33	2,778,374.33	Diferencia	0.00

Cuadros Gerenciales

Configuración de Cuadros Gerenciales Consulta de Cuadros Gerenciales

1 # 4

Insumos/Servicios	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PSICOL
MATERIAL RX				
BIOMETERIALES ODONTO			12,187.56	
Total BIENES D USO/CONSUMO	330,706.07		16,871.04	
SERVICIOS BASICOS				
Total SERVICIOS BASICOS				
SERVICIO GUARDIANIA				
GASTOS INFORMATICOS				
OTROS SERVICIOS				
Total COMPRA SERVICIOS				
DEPRECIACIONES				
Total DEPRECIACIONES				
COSTO USO EDIFICIO				
Total COSTO USO EDIFICIO				
Total c. directo	826,614.07	29,512.66	154,837.35	
Porcentaje	29.75	1.06	5.57	
LABORATORIO	147,307.38	0.00	0.00	

Cuadros Gerenciales

Configuración de Cuadros Gerenciales Consulta de Cuadros Gerenciales

1 # 4

Insumos/Servicios	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PSICOL
IMAGEN	75,243.30	0.00	0.00	0.00
FARMACIA	40,416.50	0.00	0.00	0.00
VACUNAS	57,484.40	0.00	0.00	0.00
PROCEDIMIENTOS	0.00	0.00	0.00	0.00
LIMPIEZA	0.00	0.00	0.00	0.00
MANTENIMIENTO	0.00	0.00	0.00	0.00
TRANSPORTE	0.00	0.00	0.00	0.00
ADMINISTRACION	344,075.08	12,284.54	64,450.48	
Total c. indirecto	664,526.66	12,284.54	64,450.48	
Total costos	1,491,140.73	41,797.20	219,287.83	
Porcentaje	53.67	1.50	7.89	
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT	CONSUI
Producción primaria	38771	55	9059	1899
Producción secundaria	0	0	0	0
	TOTAL COSTOS DIRECTO	SUMATORIA COSTOS T	Diferencia	
	2,778,374.33	2,778,374.33	0.00	

Cuadros Gerenciales

Configuración de Cuadros Gerenciales Consulta de Cuadros Gerenciales

1 # 4

Insumos/Servicios	ADMINISTRACION	Total	Porcentaje
GASTOS INFORMATICOS	77,755.50	77,755.50	2.80
OTROS SERVICIOS	51,386.56	51,386.56	1.85
Total COMPRA SERVICIOS	180,239.50		
DEPRECIACIONES	38,030.28	38,030.28	1.37
Total DEPRECIACIONES	38,030.28		
COSTO USO EDIFICIO	11,059.20	11,059.20	0.40
Total COSTO USO EDIFICIO	11,059.20		
Total c. directo	816,586.85	2,778,374.33	100.00
Porcentaje	29.39		
LABORATORIO	0.00	147,307.38	
IMAGEN	0.00	75,243.30	
FARMACIA	0.00	73,889.25	
VACUNAS	0.00	57,484.40	
PROCEDIMIENTOS	0.00	0.00	
LIMPIEZA	0.00	0.00	
MANTENIMIENTO	0.00	0.00	

ANEXO 9
 CUADRO 1 DE WINSIG.

Cuadros Gerenciales
 Configuración de Cuadros Gerenciales Consulta de Cuadros Gerenciales

1 # 4

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Índice
			Servicio	Unitario	
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	38.771,00	1.491.140,73	38,46	
Subtotal	CONSULTA	38771	1.491.140,73	38,46	
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	55,00	41.797,20	759,95	
Subtotal	CONSULTA	55	41.797,20	759,95	
ODONTOLOGIA	CONSULTA	9.059,00	219.287,83	24,21	
	TOT	0,00	0,00	0,00	
Subtotal	CONSULTA	9059	219.287,83	24,21	
	TOT	0			
PSICOLOGIA	CONSULTAS	1.899,00	50.202,73	26,44	
Subtotal	CONSULTAS	1899	50.202,73	26,44	
PROMOCION EN SALUD	EVENTOS	183,00	82.302,88	449,74	
EMERGENCIA	CONSULTA	37.836,00	554.545,99	14,66	
Subtotal	CONSULTA	38019	636.848,87	16,75	
SALA DE PARTOS	PARTOS	540,00	339.096,97	627,96	
Subtotal	PARTOS	540	339.096,97	627,96	
Total			2.778.374,33		

Cuadros Gerenciales
 Configuración de Cuadros Gerenciales Consulta de Cuadros Gerenciales

1 # 4

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Índice ocupa
			Servicio	Unitario	
SALA DE PARTOS	PARTOS	540,00	339.096,97	627,96	
Subtotal	PARTOS	540	339.096,97	627,96	
Total			2.778.374,33		
Apoyo					
LABORATORIO	EXAMENES	20.785,00	147.307,38	7,09	
	DETER	83.520,00		1,76	
	\$Produc.		30.999,03	0,30	
IMAGEN	PLACAS	4.498,00	75.243,30	16,73	
	ESTUDIO	4.248,00		17,71	
	\$Produc.		4.595,40	0,53	
FARMACIA	RECETAS	95.770,00	73.889,25	0,77	
	\$Produc.		330.706,07	3,45	
VACUNAS	VACUNAS	51.960,00	57.484,40	1,11	
	\$Produc.		0,00	0,00	
ADMINISTRACION	#Servs.	29.176,09	816.586,85	27,99	