



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA BIOLÓGICA**

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

**Evaluación financiera de los establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención - 2014 en el Centro de Salud San Carlos y Puesto de Salud tres de Noviembre que pertenecen a la Dirección Distrital 22D01 del Cantón Joya de los Sachas de la Provincia de Orellana.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN.**

**AUTOR:** Tituaña Sulca, Edgar Paolo.

**DIRECTOR:** Pesantez León, Mary Graciela, Eco. Mg.

**CENTRO UNIVERSITARIO QUITO**

**2016**

## **APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Eco.

MG. Mary Graciela Pesantez León.

DOCENTE DE LA TITULACION.

### **De mi consideración:**

El presente trabajo de titulación, denominado: “Evaluación Financiera de los Establecimientos de Salud nivel I de atención 2014” realizado por Tituaña Sulca Edgar Paolo, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

20 de Abril del 2016.

---

Eco. Mg. Pesantez León Mary Graciela.

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS**

”Yo, Tituaña Sulca Edgar Paolo, declaro ser autor (a) del presente trabajo de Titulación Evaluación financiera de los establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención - 2014, siendo de la Titulación de Magister Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, siendo Mary Graciela Pesantez León, director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

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

---

Edgar Paolo Tituaña Sulca

C.I.: 1712823614

## **DEDICATORIA**

**Dedicado a todos lo que me apoyaron en la realización de esta tesis, muy en especial a mis padres; Luis Edgar Tituaña Juiña, Transito Mariana Sulca Aldana, que nunca dejaron de creer en mí y que siempre me apoyaron en todos los sentidos; a mis hermanas Ingrit y Mónica un pilar fundamental en mi desarrollo tanto como profesional como en el ser humano; a mis sobrinos Melanie, Martin y Esteban que son por los que día a día lucho y trato de demostrarle que solo con el estudio se puede ser libre y cumplir todos los sueños que se tengan.**

**A la Magister PESÁNTEZ LEÓN MARY GRACIELA que con sus observaciones y consejos me guiaron y ayudaron a concluir de la mejor manera este trabajo de tesis.**

**A la Magister OLGA CASTILLO, ya que gracias a ella pudimos culminar con este sueños de terminar la maestría de la mejor manera.**

**A todos quienes formamos parte de la UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA que fue el inicio de todo este sueño que llegamos a culminarlo.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Un especial agradecimiento al Dr. ROBIN CHAVEZ Director de la Dirección Distrital 22D01 La Joya de los Sachas; que me permitió realizar el estudio en las 2 Unidades de Salud del Distrito que él dirige.**

**A la Dra. Cristina Mendoza Directora del Subcentro de Salud tipo A San Carlos que gracias a su valiosa colaboración pude obtener la información de la manera más adecuada y oportuna y a todo su equipo de trabajo.**

**Al Dr. William López Directos del P.S Tres de Noviembre por su apoyo y colaboración.**

## ÍNDICE

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TITULACIÓN _____	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHO _____	III
DEDICATORIA _____	IV
AGRADECIMIENTOS _____	VI
CERTIFICACION DE LA UNIDAD FINANCIERA _____	VII
RESUMEN _____	1
ABSTRACT _____	2
INTRODUCCIÓN _____	3
PROBLEMATIZACIÓN _____	6
JUSTIFICACIÓN _____	8
OBJETIVOS _____	9
OBJETIVO GENERAL _____	9
OBJETIVO ESPECIFICO _____	9
CAPITULO I _____	10
1. MARCO TEÓRICO _____	11
1.1. MARCO INSTITUCIONAL _____	11
MISIÓN Y VISIÓN _____	21
1.2. MARCO CONCEPTUAL _____	33
CAPITULO II _____	41
2. DISEÑO METODOLÓGICO _____	42
2.1 MATRIZ DE VARIABLES INVOLUCRADOS _____	42

2.2 ARBOL DE PROBLEMAS	44
2.3 ARBOL DE OBJETIVOS	45
2.4 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO	46
CAPITULO III	48
RESULTADO 1.- SERVICIOS DE SALUD COSTEADOS	49
RESULTADOS 2.- RESULTADOS PLANILLADOS	59
RESULTADOS 3.- ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO	61
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	77
BIBLIOGRAFIA	79
ANEXOS	82

## RESUMEN

En el Ecuador se ha fortalecido las prestaciones de salud en todos los niveles de atención, el primer nivel de atención, constituye el mayor prestador de salud del país, sin embargo no existen herramientas de monitoreo del rendimiento de la inversión en las unidades de salud de este nivel en relación a su productividad. En el presente trabajo se realizó en las unidades Centro de Salud San Carlos y S.C.S. Tres de Noviembre que pertenecientes al distrito de salud Joya de los Sachas, se realizó el costeo de los servicios de salud, el planillaje de la producción de las unidades utilizando el tarifario del sistema nacional de salud, se calculó el punto de equilibrio financiero para las unidades estudiadas, así como el desarrollo de indicadores para el monitoreo de las actividades y la productividad de las unidades de primer nivel de atención.

La información fue procesada gracias al apoyo de las autoridades de la Zona y los respectivos distritos, la información obtenida en este trabajo se socializara para favorecer la toma de decisiones que mejoren la gestión financiera de las unidades intervenidas.

**Palabras Claves:** sistema gerencial de salud, primer nivel de atención, gestión financiera en salud, costo, planillaje, punto de equilibrio financiero, indicadores de primer nivel de atención.

## **ABSTRACT**

In Ecuador has strengthened health benefits at all levels of care, primary care, is the largest health care provider in the country, however there are no tools for performance monitoring investment in health units this level in relation to productivity. The present work was carried out in the Health Center San Carlos units and S.C.S. Tres de Noviembre that belonging to the district health Joya de los Sachas, costing health services was carried out, the planillaje production units using the rate of the national health system, the breakeven point was calculated for the studied units as well as the development of indicators for monitoring the activities and productivity of the units of primary care. The information was processed with the support of the authorities of the area and the respective districts, the information obtained in this work are socialized to facilitate decision making to improve the financial management of the audited units.

Keywords: health management system, primary care, financial management, health, cost, planillaje, breakeven point, indicators of primary care.

## INTRODUCCION

En Ecuador “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. 32 (Constitución Ecuatoriana, 2008), en este marco el sistema Nacional de Salud desde el 2007 ha realizado cambios en su estructura, organización y funcionamiento apuntando a la consecución de las metas del Plan del Buen Vivir al igual que los objetivos de Desarrollo del Milenio. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2012)

El modelo de desarrollo economista y de las políticas neoliberales que regían antes el sector sanitario profundizó la inequidad en el acceso a condiciones de vida saludables y a los servicios de salud dignos que demandaban un porcentaje importante de gasto de bolsillo de los hogares Ecuatorianos.

Los cambios propuestos reposicionan la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) como eje básico y articulador del sistema nacional de salud, que debe atender y solucionar el aproximadamente el 80% de las atenciones de salud y ser la puerta de entrada al sistema Nacional de Salud a través de servicios integrales de salud, la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud y se ha invertido y apostado por el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primero, segundo y tercer nivel de atención (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2012).

Agenda social 2009-2011 señala que se: “garantizar la atención integral de salud gratuita y oportuna para los usuarios en cada ciclo de vida, enfatizando en la calidad, calidez y equidad de los servicios de salud, el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en base a la atención primaria, la prevención y promoción de la salud; la articulación de la Red Pública Integral de Salud, el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional; ampliar el acceso gratuito a medicamentos, el fortalecimiento del recurso humano y de la producción científica y tecnológica en salud”.

La aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud- Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), ha implicado una reorientación del modelo de atención ofertado y ha buscado implementar estrategias que permitan el acceso equitativo y continuo a servicios integrales de salud adecuándolos a las necesidades y demandas de la población, reconociendo la diversidad étnica y cultural. Bajo principios estratégicos que garantizan los derechos de las y los ciudadanos como son: la universalidad, integralidad, equidad, continuidad, participativo, desconcentrado, eficiente, eficaz y de calidad, con una relación Equipo de salud-Persona sujeto de derechos o ciudadano y que la gestión y atención no solo busque resultados institucionales sino fundamentalmente resultados de impacto social.

En los últimos años el estado ecuatoriano ha incrementado significativamente el presupuesto del sector salud, repotenciado las unidades del primer nivel atención, tanto en su infraestructura, equipamiento y contratación de talento humano, esto sumado a la gratuidad de la atención en los servicios públicos ha mejorado significativamente el acceso a la atención médico-sanitaria de la población, reposicionando a los servicios públicos de salud como una alternativa para la resolución de sus necesidades.

Se ha trabajado en articular la Red Pública Integral de Salud (RPLIS), al que pertenecen las Unidades del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISPOL) que brindan atención a sus respectivos afiliados, las unidades del MSP que garantizan la cobertura Universal. La RPLIS busca ofrecer atención oportuna de calidad y calidez bajo los principios rectores del MSP, para ello además se ha diseñado el Tarifario Nacional de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2012).

El mismo MAIS\_FCI señala que debe procurarse la optimización y uso racional de los recursos, sin embargo la deficiencia del sistema antecesor no era solo en oferta de servicios sino también la calidad del gasto y planificación por la debilidad en los procesos de supervisión y control, ausencia de un sistema integrado de información que permita obtener datos reales, necesarios para la toma de decisiones y monitoreo de los resultados sanitarios y de la gestión. Pese a los avances realizados el sistema continúa siendo ineficiente, así el MSP sigue costando los costos de atención de afiliados de otros seguros, sin que se optimice la recuperación de estos recursos que aminorarían la inversión de salud del Estado.

Dada la magnitud de los cambios es importante desarrollar herramientas para la evaluación financiera del gasto de los ecuatorianos en el sector salud, por ello el presente trabajo de graduación implementado por el Ministerio de Salud Pública y la universidad Técnica Particular de Loja, busca realizar la evaluación financiera de las unidades de salud de Primer Nivel, buscando encontrar el punto de equilibrio productivo costo efectividad, al comparar la producción de las unidades con una herramienta ya existente como lo es Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.

En el presente trabajo se analizara 2 unidades de salud pertenecientes al cantón Joya de los Sachas, provincia de Orellana, pertenecientes a la Zona 2, Distrito 22D01, como son Centro de Salud San Carlos, S.C.S. Tres de Noviembre, la información se ha estructurado de la siguiente manera: en el capítulo I, se desarrolla el marco institucional de marco institucional de las unidades de salud, en relación a su ubicación geográfica, y los indicadores de salud.

En el segundo capítulo II, se desarrollan el marco metodológico que sustenta el presente trabajo: matriz de involucrados, árbol de problemas, objetivos y actividades que se planificaron para el desarrollo del mismo.

En el capítulo III, se encuentran los resultados en respuesta los objetivos propuestos para el que se desarrolla el presente trabajo.

## **PROBLEMATIZACION**

Las unidades de Salud de: Centro de Salud San Carlos, S.C.S Tres de Noviembre, ubicadas en el Cantón Joya de los Sachas, de la Provincia de Orellana, pertenecientes al MSP, y a la red pública de instituciones de salud brindan atención a las parroquias San Carlos y Tres de Noviembre, del mencionado cantón.

Desde el 2007 el MSP ha implementado cambios para garantizar la cobertura universal en salud, esto ha demandado por parte del estado una gran inversión no solo en infraestructura sino también en Talento humano.

El sistema Nacional de Salud al depender de la asignación presupuestaria del estado; históricamente no ha diseñado y aplicado herramientas que le permitan medir los costos de producción de los servicios y la rentabilidad de los mismos en el primer nivel de atención. Se ha venido midiendo su productividad y eficacia a través de las actividades desarrolladas, mediante las coberturas de los programas y tasas e indicadores que estiman el estado de salud de la población es decir el impacto de los mismos en la población que recibe el servicio.

Las unidades de Primer Nivel de atención son las que representan el mayor porcentaje de los establecimientos de salud en país y constituyen la base del SNS, siendo la puerta de entrada del usuario a los servicios de salud, sin embargo no se dispone de datos y herramientas que nos permitan conocer los costos de producción de los servicios de salud en cada unidad y mucho menos saber si es económicamente rentable los servicios ofertados.

La red pública de salud, con las unidades pertenecientes al IESS, ISSFA, ESPOL y MSP reconocen que la atención médica debe ser oportuna y por ello como mecanismo para la recuperación de los costos que demanda la atención a un usuario que pertenece a un sistema diferente al ofertante, se desarrolló el tarifario de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, donde se estiman los costos los diferentes servicios que recibe un paciente en las instituciones. Las unidades del MSP en los últimos años han incrementado la demanda de servicios de paciente de todos los seguros; la recuperación de estos costos podría ayudar a realizar mejoras en las unidades de Salud del MSP optimizando así estos recursos.

Los profesionales que laboramos en las unidades de Salud, tenemos basto conocimiento en medicina, pero carecemos del conocimiento de procesos gerenciales, gestión administrativa,

gestión documental y financiera, por ello se da poca importancia a dicha evaluación dado que los recursos no provienen de la autogestión o eficacia demostrada en el manejo de los mismos. Por otro lado es difícil obtener datos de costos generados al entregar los servicios por falta de flujo de la información y desconocimiento de la normativa vigente para la facturación y recuperación de los servicios.

La falta de estos datos entorpece la correcta toma de decisiones y se pueden estar subestimando recursos que podrían ser mejor aprovechados.

## JUSTIFICACION

El SNS en los últimos años ha tenido cambios importantes y sustanciales en busca de mejorar y garantizar el acceso universal de la población a los servicios de salud gratuitos, impulsando la calidad, la calidez y la interculturalidad de los servicios para la satisfacción del usuario externo, consiguiendo recuperar la confianza de los usuarios en el sistema, evidenciado por la gran demanda de usuarios en los servicios de salud.

Apostando por la APS como estrategia de atención y bajo la aplicación del MAIS-FCI modelo que debe adaptarse cada una de las diferentes realidades locales de un país como el nuestro tan diverso como el nuestro. Este mismo hecho hace que las unidades de salud tengan diferentes matices en sus necesidades, producción y requerimientos, por ello es de vital importancia desarrollar herramientas que nos permitan estimar costos de producción de los servicios que estamos entregando.

La estimación de los valores de producción ayuda a retroalimentar a los sistemas para una correcta planificación y toma de decisiones a nivel gerencial y de los directivos de las unidades y recobra el valor los servicios ofertados y recibidos por parte de los usuarios tanto externos como internos en un sistema en el aparentemente estos no tienen costo.

El conocimiento de la normativa vigente de la RPIS y el tarifario de prestaciones del Servicio Nacional de Salud, mediante una gestión adecuada pueden ayudar a recuperar recurso de las prestaciones a usuarios de los diferentes seguros para invertir en necesidades propias de la unidad de salud, con el beneficio correspondiente para los usuarios externos e internos.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Evaluar el componente financiero de las unidades de: Centro de Salud San Carlos, S.C.S Tres de Noviembre, del distrito 22D01 Zona 2, mediante el análisis de costos, facturación 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 las prestaciones de salud en base al tarifario del sistema nacional de salud
- 3.- Formular estrategias de mejoramiento de la gestión financiera.

**CAPITULO 1**  
**MARCO TEÓRICO**

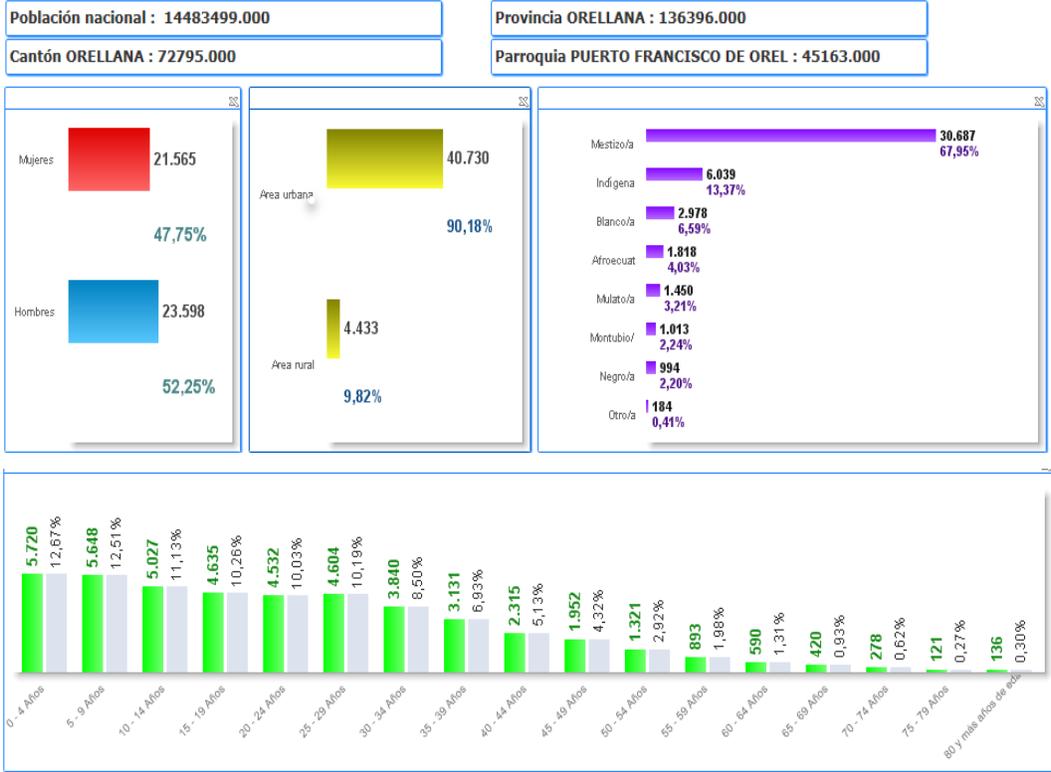


Al encontrarse en el centro del Cantón, la cual es sumamente activa por el importante aporte que generan la industria petrolera, la agroindustria, el turismo, el comercio y una serie de empresas que generan una amplia gama de servicios complementarios, sus vías de acceso son asfaltadas, con muy buena señalización; cuentan con dos líneas de transporte urbano que cruzan a 2 cuadras del lugar, a la vez pueden acudir a la unidad operativa en transporte privado o caminando por la cercanía para algunos habitantes. Cuenta con todos los servicios básicos como agua potable, luz eléctrica, recolección de basura; telefonía y alcantarillado.

**1.1.2. Población.**

La población centros de salud a participar en este estudio pertenecen a la provincia de Orellana Cantón Joya de los Sachas en las cabeceras parroquiales de San Carlos Y tres de Noviembre respectivamente con esto vamos a analizar unos datos de la provincia inicialmente.

El Puerto Francisco de Orellana en el año 2014 era de 45163 habitantes.



Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

Tabla N° 1. Indicadores básicos de población

La población de la parroquia Puerto Francisco de Orellana cuenta con 52.25% de hombres y 47.75% de mujeres dando una distribución casi equitativa en relación al género.

Al ser un área urbana se puede ver que la gran mayoría de la población se asienta en este sector y solo un 9% pertenece a la parte rural.

En relación a las etnias es una parroquia multiétnica pero que su gran mayoría son personas auto identificados como mestizas, el porcentaje de personas indígenas también es importante pues ocupa el 13.37% de la población y en menor escala están presentes en la parroquia afro ecuatorianos y montubios esto debido a que es un lugar de alto índice de migración.

<b>Proyecciones</b>						
<b>PARROQUIA</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Puerto Francisco de Orellana	52164	53428	54662	55865	57036	58181

**Fuente:** INEC Censo de población y vivienda 2010

**Tabla N° 2.** Proyección de población de Francisco de Orellana

El Puerto Francisco de Orellana tiene una proyección de crecimiento anual de aproximadamente 2.4% anual que se mantiene hasta aproximadamente el 2020 y estos datos se constituyen en línea de base sobre todo para el área de salud y más de la unidad operativa para proyectar de igual manera programas que beneficien en la salud y bienestar de la población.

<b>AÑO 2010</b>			
<b>Lugar</b>	<b>Indicador</b>	<b>Total</b>	<b>Promedio nacional Censo 2010</b>
Provincia Orellana	Tasa global de Fecundidad	3,48	2,4
	Tasa de natalidad (x 1000 habitantes)	16,47	19,48
	Tasa de mortalidad general (x 1000 habitantes)	2,82	5,01
Provincia Orellana	Tasa de mortalidad infantil (x 1000 nacidos vivos)	37,35	19,06
	Razón de mortalidad materna (x 10.000 nacidos vivos)	26,4	110
Provincia Orellana	Tasa de envejecimiento	5,82	21
Provincia Orellana	Población con Discapacidad Mental	211,00	
	Población con Discapacidad Física- motora	917,00	
Provincia Orellana	% Adolescentes (sexo MEF)	37,47	
Provincia Orellana	Mujeres en edad fértil	11.867,00	

**Fuente:** Información Estadística de producción de salud MSP 2013

[www.inec.gab.ec](http://www.inec.gab.ec), [www.ecuadorcifras.com](http://www.ecuadorcifras.com)

**Tabla N°3.** Indicadores Demográficos/Salud

En relación a fecundidad es 3,48 mayor que la nacional que es de 2,4 y natalidad 16,47 y la nacional 19,48 en Orellana esto puede deberse a que las herramientas de anticoncepción generalmente no son aceptadas completamente por la población sobre todo de la etnia indígena que optan por medidas tradicionales pero que no son efectivas siempre.

Estos conocimientos tradicionales también podría ser un factor para que sea alta la mortalidad general, infantil y materna, en comparación con lo occidentales y las zonas urbanas con fácil acceso a los servicios de salud.

Los otros indicadores son paralelos a los nacionales.

AÑO 2010				
Lugar	Indicador	Total	Urbano	Rural
Cantón	Pobreza por NBI (hogares)	75,82	63,51	96,45
Orellana	Pobreza por NBI (personas)	80,34	67,29	97,35
Puerto Fco. Orellana	Tasa de Analfabetismo	3,43		
Puerto Fco de Orellana	% Acceso agua potable,	47,65		
	Luz Eléctrica	91,01		
	Alcantarillado,	39,64		
	Comunicaciones	22,36		
	Internet	1,18*		
	% Analfabetismo Informático	28		
	% Eliminación de desechos	82,67		

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

**Tabla N° 4.** Indicadores de los determinantes de la salud

Los determinantes de la salud de Orellana demuestran que existen brechas muy significativas la pobreza tiene tasas elevadas sobre todo en el área rural, el analfabetismo mantiene todavía porcentajes importantes y en el área digital es mucho más marcado.

En el acceso a servicios básicos en agua potable y alcantarillado se evidencia que el 50% de la población carece de los mismos que son cruciales en la salud de la población.

## ANALISIS POBLACION CANTON JOYA DE LOS SACHAS

El Cantón La Joya de Los Sachas, tiene una superficie aproximada de 1.197,23 Km<sup>2</sup> (0,5% del territorio nacional). Su población alcanza aproximadamente a 40.512 habitantes, distribuidos mayoritariamente en el área rural (69,46%), tiene una tasa de crecimiento anual de 3.94%. La

población cantonal representa el 28% del total de habitantes de la provincia de Orellana. La estructura poblacional se encuentra formada tanto por colonos provenientes de varias provincias, así como por indígenas de la región Amazónica, destacándose la nacionalidad Kichwa.

Grupos de edad	Hombre	Mujeres	Total
Menor de 1 año	433	413	846
De 1 a 4 años	1996	1814	3810
De 5 a 9 años	2332	2385	4717
De 10 a 14 años	2316	2150	4466
De 15 a 19 años	1988	1957	3945
De 20 a 24 años	1844	1669	3513
De 25 a 29 años	1716	1606	3322
De 30 a 34 años	1464	1255	2719
De 35 a 39 años	1293	1103	2396
De 40 a 44 años	1045	744	1789
De 45 a 49 años	948	696	1644
De 50 a 54 años	751	537	1288
De 55 a 59 años	600	422	1022
De 60 a 64 años	373	302	675
De 65 a 69 años	320	235	555
De 70 a 74 años	265	180	445
De 75 a 79 años	101	110	211
De 80 a 84 años	84	60	144
De 85 a 89 años	23	18	41
De 90 a 94 años	9	7	16
De 95 a 99 años	7	2	9
De 100 años y mas	8	10	18
<b>TOTAL</b>	<b>19.916</b>	<b>17.675</b>	<b>37.591</b>

Fuente: INEC (Censo de población y vivienda 2010)

**Fuente:** Sistema Nacional de Información 2011  
**Tabla N° 1.** Indicadores básicos de población

La población del Cantón Joya de los Sachas, según el censo del 2010, representa el 27,5% del total de la provincia de Orellana; ha crecido en el último periodo intercensal 2001-2010, a un ritmo del 37,7% promedio anual. El 68,8% de su población reside en el área rural.

Rubro	Superficie	Pob. 2001	Pob. 2010	Tasa Crecimiento	Densidad
Área Urbana	4,41km <sup>2</sup>	5822	11748	8,1	2617,23
Área Rural	1191km <sup>2</sup>	20541	25843	2,6	21,35
	<b>1195,4km<sup>2</sup></b>	<b>26363</b>	<b>37591</b>	<b>3,77</b>	<b>30,93</b>

Fuente: INEC (Censo de población y vivienda 2010)

El 54% es población masculina, debido a la oferta de trabajo en las empresas petroleras. El índice de masculinidad es de 117, representando uno de los más altos a nivel nacional cuya media es de 98% (INEC 2010)

Rubro	Urbana	Rural	Total	%
Hombres	6216,57	13699,43	19916,00	54
Mujeres	5532,48	12142,52	17675,00	46
Índice de masculinidad	104	121	117	
<b>Total</b>	<b>11748,00</b>	<b>25843,00</b>	<b>37591,00</b>	<b>100</b>

Fuente: INEC (Censo de población y vivienda 2010)

### Aspectos humanos:

La Joya de los Sachas, es un cantón formado por colonos e indígenas; los colonos ocupan el 80% del territorio, mientras que los indígenas Quichuas ocupan el 20%, ubicándose en la zona de la Parroquia de Pompeya, la parte baja de la parroquia Unión Milagreña, a lo largo de las riberas del Río Coca y Napo en San Sebastián del Coca, Rumipamba y pequeñas comunidades de Lago San Pedro, Enokanki, Tres de Noviembre, Joya de los Sachas.

Etnia Indígena	Superficie	%
Quichuas	24112	20
Colonos	96448	80
<b>Total</b>	<b>120560</b>	<b>100</b>

Fuente: Plan de Desarrollo Estratégico Cantonal La Joya de los Sachas, 2004

### INDICADORES DE SALUD:

Indicadores	Cantón	Amazonía	Nacional
Tasa de mortalidad infantil	63,66	60,7	20,26
Desnutrición crónica en niños menores de 5 años	41,65	41,8	45,1
Hogares con saneamiento básico	22,8	34,6	65,9
Personal de salud por cada 10000 habitantes	8,15	12,57	29,62

Fuente: CEPAL/CELADE Procesamiento Especial 2003

La salud de la población que habita en el cantón de la Joya de los Sachas, se encuentra afectada por la contaminación del medio ambiente, inadecuado manejo de desechos, líquidos y la irracional explotación petrolera.

Los principales problemas ocasionados son básicamente por los servicios básicos, en la zona urbana del cantón existe el servicio de agua tratada, el mismo que es generado a través de plantas de tratamiento de agua, pero pese a estos esfuerzos que realizan las autoridades locales por mejorar la calidad de la misma, el impacto ambiental es más fuerte y la población continua consumiendo agua contaminada.

El servicio de alcantarillado cubre las áreas rurales solo en las cabeceras parroquiales, las comunidades se ven obligadas a construir pozos sépticos para eliminar las aguas servidas.

<b>Enfermedad</b>	<b>%</b>
<b>Desnutrición</b>	<b>34,70</b>
<b>Infecciones respiratorias agudas</b>	<b>19,34</b>
<b>Parasitosis</b>	<b>18,40</b>
<b>Enfermedades diarreicas agudas</b>	<b>4,70</b>
<b>Anemia</b>	<b>3,00</b>
<b>Vaginosis</b>	<b>2,60</b>
<b>Amigdalitis</b>	<b>1,90</b>
<b>Faringoamigdalitis</b>	<b>1,60</b>
<b>Piodermitis</b>	<b>2,40</b>
<b>Dermatitis</b>	<b>0,90</b>
<b>Infecciones de vías urinarias</b>	<b>10,10</b>

Fuente: Dirección Provincial de Salud de Orellana, 2010

Las principales enfermedades se registran en el cantón se deben a la ausencia de educación dirigidas a madres, falta de alimentos, inexistencia de un adecuado control durante el embarazo y continuo control de crecimiento en los niños, lo que ha provocado un alto porcentaje de casos de desnutrición infantil (Plan de Desarrollo Estratégico Cantonal de la Joya de los sachas 2004).

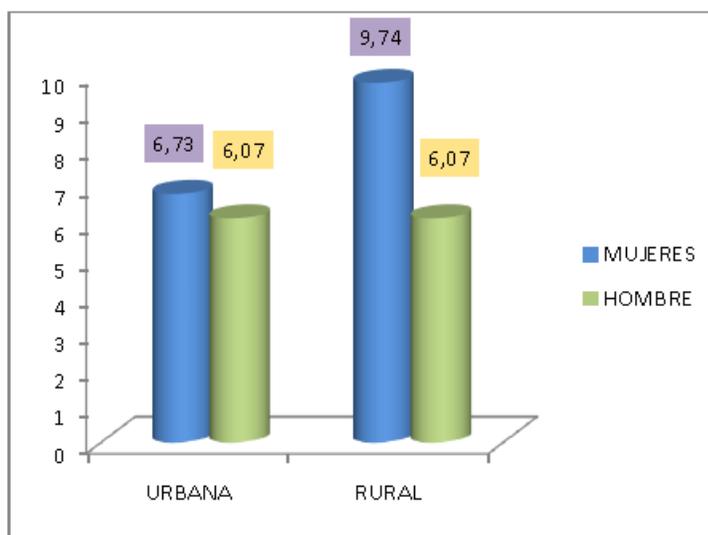
### Indicadores educacionales:

Indicadores de educación (%)	Cantonal
Analfabetismo total cantonal	6,82
Analfabetismo en mujeres	8,94
Analfabetismo en hombres	6,07
Analfabetismo mujeres urbano	6,73
Analfabetismo mujeres rural	9,74
Analfabetismo hombres urbano	6,07
Analfabetismo hombres rural	6,07

Fuente: INEC (Censo de población y vivienda 2010)

El nivel de instrucción en el cantón es bajo, el analfabetismo afecta al 8,94% de las mujeres frente al 6,07% de los hombres.

Como se puede observar el analfabetismo en la zona rural y especialmente en la mujeres es alto, estas limitaciones se deben a las inequidades de género, la tradición machista de la familia, los matrimonios o embarazos a temprana edad y la pobreza que tiene incidencia sobre el conjunto de la población, lo que ha generado que el promedio de años de escolaridad sea de 7,7% para hombres y 6,4% para mujeres. (INEC 2010).



Fuente: INEC (Censo de población y vivienda 2010)

<b>Parroquia</b>	<b>Establecimientos</b>
Enokanqui	11
San Carlos	8
San Sebastián del Coca	15
Unión Milagreña	14
3 de Noviembre	16
Pompeya	3
Rumipamba	6
La Joya de los Sachas	24
<b>Total</b>	<b>97</b>

Fuente: Dirección Provincial de Educación de Orellana, 2004

El principal problema que enfrentan los centros educativos es la falta de maestros, a pesar de que las matriculas en los centros fiscales son gratuitos, en algunos establecimientos educativos se ven obligados a pedir un aporte voluntario a los padres de familia para cubrir gastos administrativos, conserjes y pago a maestros, los mismo que son contratados para cubrir varias áreas que no cuentan con profesores como los casos de inglés y computación (Plan de Desarrollo Estratégico cantonal la Joya de los Sachas 2004).

### **La Misión.**

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

### **La Visión.**

El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la

prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

## **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.(11)

## **Objetivos Estratégicos.**

- **Objetivo 1:** Incrementar la eficiencia y efectividad del Sistema Nacional de Salud.
- **Objetivo 2:** Incrementar el acceso de la población a servicios de salud.
- **Objetivo 3:** Incrementar la vigilancia, la regulación, la promoción y prevención de la salud.
- **Objetivo 4:** Incrementar la satisfacción de los ciudadanos con respecto a los servicios de salud.
- **Objetivo 5:** Incrementar las capacidades y competencias del talento humano.
- **Objetivo 6:** Incrementar el uso eficiente del presupuesto.

- **Objetivo 7:** Incrementar la eficiencia y efectividad de las actividades operacionales del Ministerio de Salud Pública y entidades adscritas.
- **Objetivo 8:** Incrementar el desarrollo de la ciencia y la tecnología en base a las prioridades sanitarias de la salud.(11)

### Organización administrativa.

La organización administrativa del Centro de Salud San Carlos y Tres de Noviembre sigue parámetros establecidos por el Ministerio de Salud Pública que es su máximo organismo rector. Es así que ocupa una categoría de Centro de Salud tipo “A” para San Carlos y al P.S. Tres de Noviembre, está dirigido por el Jefe Distrital de manera parcial, la autoridad directa en el establecimiento es el Director de la Unidad que en este caso dicha responsabilidad es rotativa ya que la realiza el médico de Contrato en el caso del San Carlos y médico rural en Tres de Noviembre, y cuando culmina su periodo el cargo es delegado al siguiente médico rural de acuerdo a antigüedad.

El Director supervisa funciones de enfermería, odontología, farmacia y admisiones; dentro de los cuales existe personal de permanencia estable pero en su gran mayoría son profesionales que están cumpliendo su año de salud Rural.

La parte financiera y de talento humano en la unidad operativa no existe como tal, ya que está gobernada directamente por estos departamentos distritales.



Fuente: Estatuto del MSP 2013

Figura N°2. Organigrama de la Unidad Operativa

### **Servicios que presta la unidad de salud.**

El Centro de Salud San Carlos y Tres de Noviembre cuentan con los servicios de Consulta Externa en Medicina General y Obstetricia, además existe Odontología con atención preventiva y curativa de acuerdo al primer nivel de atención.

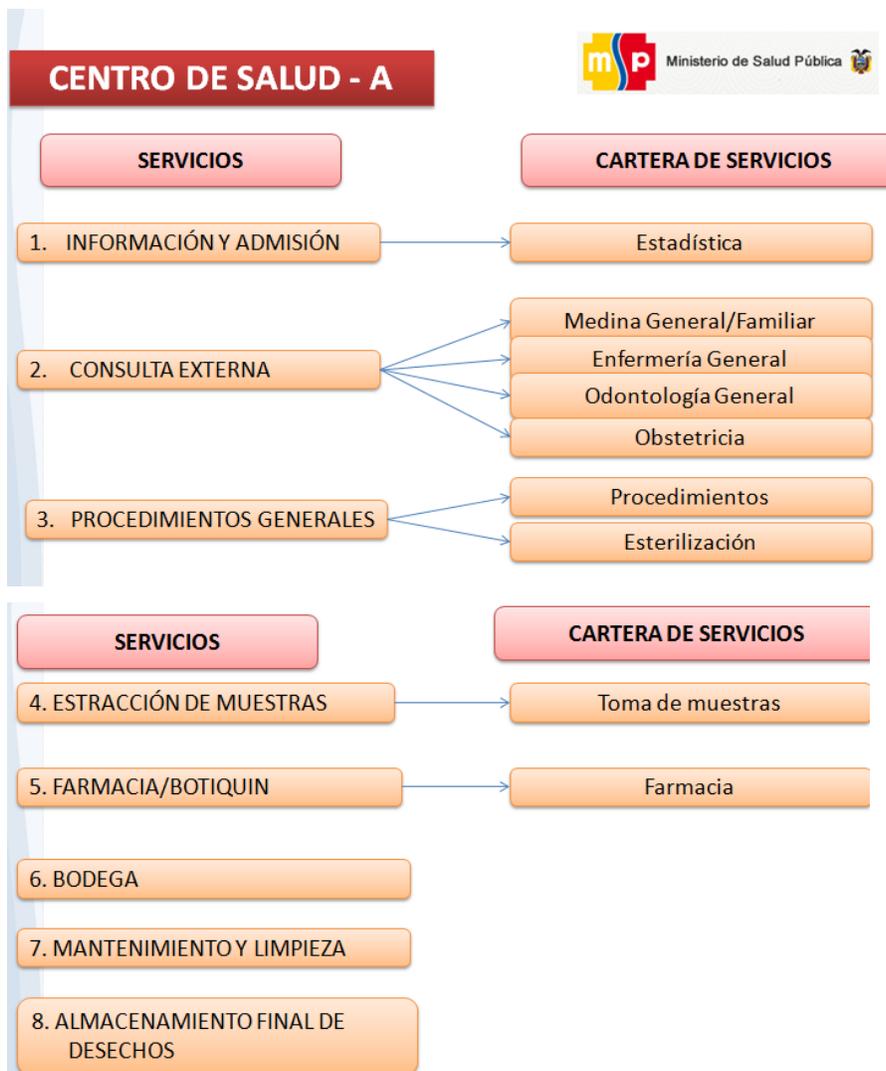
El Servicio de vacunas es otro departamento a disposición de la comunidad tanto para adultos como para niños.

El Programa de control de tuberculosis en el cual se realiza el registro de los pacientes captados como sintomáticos respiratorios así como los que padecen la enfermedad para el tratamiento adecuado y oportuno de los mismos.

El servicio de malaria, donde se realiza un test rápido contra esta enfermedad así como la captación de sus pacientes.

La farmacia está disponible durante la jornada laboral de ocho horas para el despacho de los diferentes insumos y medicinas.

Cuenta con el departamento de admisiones y estadística quienes se encargan del archivo de los registros médicos así como de la elaboración de datos estadísticos y la agenda de citas médicas.



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

**Figura N°3.** Cartera de Servicios de la Unidad de Salud.

El Centro de salud San Carlos Tipo A cuenta con algunos equipos para laboratorio clínico pero por la falta de espacio físico y profesional destinado para el mismo, aún no entra en funcionamiento.

Dentro de las prestaciones de servicios que deben ser cumplidas de acuerdo al Modelo Integral de Atención de Salud; la unidad operativa cumple parcialmente la realización de las mismas debido a varios factores, entre ellos el límite en el número de talento humano. Pero es importante destacar la manera como han ido involucrando a la comunidad para prácticas saludables tanto en grupos dentro de la institución como fuera de ella.

Uno de los campos donde se amerita cambios es en el encargado de la participación social ya que existen varios vacíos en cada uno de los lineamientos que se debe cumplir.

1. PRÁCTICAS DE VIDA SALUDABLES	CONTENIDO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporación progresiva y sistemática de la población a prácticas saludables</li> </ul>	Promoción de la actividad física/ejercicio físico Enseñando la práctica del ejercicio físico colectivo Creación de espacios recreativos, ejercicio físico y otros Actividades lúdicas y artísticas, juegos tradicionales y otros
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de estrategias para la construcción de espacios de diálogo sobre prácticas saludables</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derechos (salud, diversidad, aceptación de la discapacidad)</li> </ul> Promoviendo los derechos de las personas a los servicios de salud <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derechos sexuales y reproductivos, equidad de género, planificación familiar, métodos anticonceptivos,</li> <li>• Interculturalidad</li> <li>• Prácticas de higiene,</li> <li>• Salud mental: uso del tiempo libre, fomento de la autoestima</li> <li>• Alimentación saludable con énfasis en grupo prioritarios; lactancia materna exclusiva y continuada, mujeres embarazadas, preescolares, escolares, adolescentes, adulto mayor etc.</li> <li>• No al consumo de sustancias adictivas : tabaco, alcohol y drogas</li> <li>• Campañas para fomentar auto identificación étnica</li> </ul>
mercados, parques	Baterías sanitaria
	Agua segura
	Espacios recreativos
	Espacios verdes y jardines
	Huertos familiares, comunitarios, escolares, etc. de alimentos saludables ancestrales y de otros que demuestren poder terapéutico y nutricional según territorio.
	Riesgos ambientales y efectos en la salud
	Disposición adecuada de desechos sólidos, y líquidos,
<b>PARTICIPACION SOCIAL</b>	<b>CONTENIDO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación ciudadana en la toma de decisiones en salud</li> </ul>	Identificación actores sociales
	Inventario de medios de comunicación locales.
	Conformación de Consejos locales de salud, según territorio
	Elaboración del diagnóstico local en salud
	Elaboración, implementación y evaluación del Plan Local de Salud
	Elaboración, implementación y evaluación del Plan Distrital de Salud
	Elaboración, implementación y evaluación del Plan Zonal de Salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomento del seguimiento y control social a la gestión de lo público</li> </ul>	Rendición de Cuentas,
	Libre acceso y Transparencia de la Información,
	Observatorios y Consulta Previa.
	Encuentros, cumbres, mítines, otros
	Vigilancia de los servicios de salud
	Veedurías
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en espacios de coordinación intersectorial</li> </ul>	Promover participación de todos los actores en los procesos de desarrollo integral del territorio y específicamente de Salud, a través de mesas intersectoriales conformadas por los diferentes ministerios descentralizados y los GAD.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover la acción intersectorial para incidir en los determinantes de la salud y mejorar así las condiciones de salud de la población.</li> </ul>

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

**Figura N°4.** Prestaciones de salud.

#### **Datos estadísticos de cobertura de la unidad de salud.**

En el Centro de Salud Centro de Salud San Carlos y Tres de Noviembre se evidencia en los datos que la cobertura lograda en las diferentes áreas es aceptable, ya que pese a las limitaciones de cambio de profesionales que llegan al lugar para realizar su año de medicatura rural y las ausencias temporales de profesionales de contrato se trabaja por mantener los servicios tanto dentro como fuera de la institución, siguiendo los lineamientos otorgados por el Ministerio de Salud Pública.

<b>Año</b>	<b>2014 San Carlos</b>	<b>2014 Tres de noviembre</b>
N° Atenciones	22346	10325

**Fuente:** Departamento de Estadística D2201

**Tabla N° 5.** Producción del Centro de Salud San Carlos y Tres de Noviembre

De acuerdo a los datos de producción se evidencia que entre el periodo del 2013 al año 2014 hay una diferencia considerable en la producción, puesto que en el año 2014 incrementa muy significativo el número de atenciones al punto que se duplica, puesto que se evidencia el trabajo de todo el equipo de salud como lo son los médicos, odontólogos y obstétricas

### Primeras causas de morbilidad, según lista tabular de 298 causas

Ord.	Lista tabular de 298 causas	Consultas	% consultas
1	167   Otras afecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1.201	14,14%
2	53   Otras helmintiasis	813	9,57%
3	165   Faringitis aguda y amigdalitis aguda	683	8,04%
4	217   Otras enfermedades del sistema urinario	651	7,66%
5	5   Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	344	4,05%
6	226   Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos feme..	273	3,21%
7	268   Fiebre de origen desconocido	266	3,13%
8	179   Otras enfermedades del sistema respiratorio	223	2,62%
9	42   Micosis	207	2,44%
10	170   Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	170	2,00%
11	207   Trastornos de los tejidos blandos	118	1,39%
12	198   Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	110	1,29%
13	184   Gastritis y duodenitis	106	1,25%
14	199   Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	89	1,05%
15	242   Otras complicaciones del embarazo y del parto	79	0,93%
16	270   Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de labo..	66	0,78%
17	267   Dolor abdominal y pélvico	55	0,65%
18	230   Trastornos de la menstruación	50	0,59%
19	32   Otras fiebres virales transmitidas por artrópodos	46	0,54%
20	225   Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	42	0,49%

Fuente: Información Estadística MSP 2013

**Tabla N°5.** Perfil de Morbilidad 2013 del Centro de Salud Centro San Carlos y P.S. Tres de Noviembre

<b>Enfermedad</b>	<b>%</b>
Desnutrición	34,70
Infecciones respiratorias agudas	19,34
Parasitosis	18,40
Enfermedades diarreicas agudas	4,70
Anemia	3,00
Vaginosis	2,60
Amigdalitis	1,90
Faringoamigdalitis	1,60
Piodermatitis	2,40
Dermatitis	0,90
Infecciones de vías urinarias	10,10

Fuente: Dirección Provincial de Salud de Orellana, 2010  
 Elaboración: La Autora, 2011

En el análisis comparativo se evidencia que las causas en sí de morbilidad siguen siendo las mismas ocupando cifras importantes las desnutrición, afecciones respiratorias en sus diversas patologías las cuales tienen como causas probables la alta humedad y cambios bruscos del clima; y las afecciones gastrointestinales que se relacionan con la carencia de servicios básicos para la comunidad.

### **Características geofísicas de la unidad de salud.**

El Centro de Salud San Carlos es una institución del Ministerio de Salud Pública, que pertenece al Distrito 22D01 se encuentra situado en la parroquia de San Carlos.

<b>CENTRO DE SALUD SAN CARLOS TIPO A</b>	
<b>Pertenencia</b>	Es Propia Pertenece al M.S.P
<b>Metros de construcción</b>	262, 464 m2
<b>Infraestructura</b>	Nuevo
<b>Tipo de construcción</b>	Es de cemento armado Una planta de construcción Piso de baldosa
<b>Servicios básicos</b>	Agua potable Luz eléctrica Telefonía fija Alcantarillado Recolección de basura Climatización en todo el Centro de Salud
<b>Distribución de áreas</b>	4 consultorios médicos 1 consultorio de obstetricia 1 consultorio de odontología Farmacia Estadística Agendación Programa de control de tuberculosis Estación de enfermería y vacunas Sala de espera Malaria Residencia Informática Área de procedimientos Corredor Bodega general Vestidores. Cuartos de desecho y calderos eléctricos Cuarto generados y transformador

Fuente: Diagnostico situacional de la unidad 2014

**Tabla N° 7.** Características geofísicas del Centro Salud San Carlos Tipo A

### **Políticas de la institución.**

El Centro de Salud San Carlos y Tres de Noviembre está alineado con los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, sobre todo en el de Mejorar la calidad de vida de la población, el cual cuenta con las siguientes políticas:

- Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones de vida de las personas. Esto es cumplido en la unidad operativa puesto que han realizado cambios para ampliar el horario de atención y a la vez las actividades extramurales de prevención han sido manejadas como prioritarias.
- Garantizar la prestación universal de los servicios de atención integral de salud. Esto se cumple limitadamente por falta de talento humano y muchas veces de insumos y medicamentos que en algunas ocasiones deben ser adquiridos por los pacientes y usuarios.
- Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud. En esta política se debe trabajar mucho porque aún no se ha logrado combinar la interculturalidad y lo ancestral con lo médico y en la población es necesario puesto que existen de diversos grupos étnicos en la zona sobre todo los indígenas.
- Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas. Se ha alcanzado grandes logros en este punto con el apoyo desde el nivel central para este grupo poblacional.
- Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas. Esta en desarrollo pero ya se ha empezado con clubes que animan a tener prácticas saludables.
- Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población. Un punto que realmente se necesita empezar a trabajar para alcanzar logros.

Además de las políticas se debe tener en cuenta las metas que están al momento en la mirada del sector salud para alcanzarlas en el mayor porcentaje posible.

- Meta 3.1. Reducir la razón de mortalidad materna en 29,0%.
- Meta 3.2. Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41,0%.
- Meta 3.3. Erradicar la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años.
- Meta 3.4. Revertir la tendencia de la incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5 a 11 años y alcanzar el 26,0%.
- Meta 3.5. Reducir y mantener la letalidad por dengue al 0,08%.
- Meta 3.6. Aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.
- Meta 3.7. Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos.(17)

Cada una de estas metas es trabajada en la unidad operativa aunque de manera parcial, pero los diferentes programas han ayudado a ir las cumpliendo de manera paulatina.

## **1.2. MARCO CONCEPTUAL**

La Salud es un derecho de todo ser humano y “es el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (Organización Mundial de la Salud, 1946, p. 100).

En varios países vecinos así como en el Ecuador se ha venido trabajando desde hace algunos años con el propósito de implementar un Modelo de Atención de Salud que garantice el cumplimiento de este derecho “y este basado en principios de universalidad en el acceso, equidad, integralidad en la atención, calidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, descentralización y participación ciudadana” (Ministerio de Salud Pública del Perú, 2005, p.18)

### **Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.**

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

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

### **Red Pública Integral de Salud.**

Dentro del Plan Nacional del Buen Vivir se ha considerado como tema principal el reposicionamiento del sector social y la salud como eje fundamental del desarrollo y bienestar a través de la recuperación de lo público, lo que ha precisado una reforma estructural al MSP que permita la articulación del sistema público de salud para lo cual se diseñó y se implementó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que se orienta a garantizar el derecho a la salud para toda la población, con un enfoque comunitario, familiar, pluricultural y de género, basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), que busca acercar los servicios integrales

de salud a los hogares y la comunidad, fortaleciendo el primer nivel como puerta de entrada obligatoria a la red integral de servicios de salud en todas sus componentes entre ellos infraestructura, equipamiento y tecnología para lo cual se ha determinado reformas al financiamiento de la salud en el país.

En base a estándares territoriales para la provisión de servicios y aplicando criterios como densidad poblacional, características geográficas y perfil epidemiológico se definió la Planificación Territorial en Salud y se precisaron centros de salud tipo de acuerdo a la complejidad y capacidad de respuesta, los cuales tienen la característica de ser modulares en su infraestructura, con equipamiento y mobiliario homologado. Además se determinó las necesidades de intervención, sean éstas construcción, remodelación y repotenciación, tanto para los bienes de infraestructura como para el equipamiento.

Para ello se crearon normativas entre las que se encuentra el Licenciamiento, la que entre otras, definió la estrategia de fortalecimiento del primer nivel de atención a través de cuatro ejes:

1. Construcción y mejoramiento de la infraestructura, equipamiento y mobiliario de los servicios de salud.
2. Mejorar la capacidad resolutive del Talento Humano.
3. Implementación de un sistema informático único de información (Sistema informático para la gestión integral de salud – SIGIS)
4. Definir el modelo de gestión de los establecimientos de salud.

Con el fin de fortalecer el Primer Nivel como parte del MAIS, se creó el Proyecto de Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad, el cual inicialmente fue estructurado para financiar obras de construcción y mantenimiento de la infraestructura existente de los Centros de Salud así como para la adquisición de equipamiento y mobiliario de dichas unidades. Sin embargo a través de la Planificación Territorial se determinó la brecha existente entre la demanda de los servicios de salud versus la oferta actual, de lo cual se diagnosticó los siguientes determinantes de las condiciones del Primer Nivel de Atención:

- No existe un sistema informatizado que permita la generación de registros por actividad, por uso de recursos para la atención, por persona y por unidad operativa, necesita de tiempo y personal para el procesamiento y análisis de la información, más aún cuando debe ser organizada para la toma de decisiones, tanto a nivel de cada servicio, de cada unidad y de nivel de gestión operativa, intermedia y estratégica. Así mismo, cuando se trata de intercambiar información con otras instituciones del sector salud y de otros sectores relacionados con el desarrollo humano y con las condiciones sociales, económicas y culturales de la población ecuatoriana.
- De igual manera la infraestructura, el equipamiento y las instalaciones eléctricas y sanitarias existentes no responden a la demanda y sistema de prestación de los servicios de acuerdo al MAIS. Con estos antecedentes, el Proyecto de Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad redefinió su campo de acción para actuar como ente financiador de la puesta en marcha de los nuevos centros de salud, a través del Instituto de Contratación de Obras -ICO- , así como de la readecuación de los centros de salud a mantenerse y la adquisición de equipamiento biomédico, tecnológico y mobiliario (clínico, básico y de oficina) para la totalidad de los mencionados establecimientos de salud.

### **Plazo de ejecución**

El tiempo de ejecución del Proyecto es de 60 meses, período que corresponde entre el año 2012 al año 2016.

### **Objetivos del Proyecto**

A través del proyecto se fortalecerá el primer nivel de atención como la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud.

### **Objetivos Específicos**

1. Financiar obras de infraestructura en establecimientos de salud de primer nivel.
2. Proveer de equipamiento biomédico, informático y mobiliario según la tipología de cada establecimiento de salud del primer nivel.
3. Adquirir e implementar un sistema informático para la gestión integral de salud (SIGIS) de las unidades de atención del Ministerio de Salud Pública para gestionar sus procesos internos en los aspectos técnico-médicos y los servicios que prestan, interrelacionarse

entre unidades de los diferentes niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel) para garantizar la continuidad de la atención.

**Indicadores de Resultados:**

- 381 establecimientos de salud de primer nivel remodelados y readecuados hasta el 2016;
- 851 establecimientos de salud de primer nivel construidas hasta el 2016;
- 1.232 establecimientos de salud de primer nivel dotados con equipamiento biomédico, informático y mobiliario a nivel nacional hasta el año 2016.
- 151 establecimientos de salud con sistema informático para la gestión integral de salud.

El detalle de las unidades a intervenirse a **nivel nacional** hasta el año 2016, por tipo de establecimiento de salud, es el que se indica a continuación:

<b>Establecimiento de Salud</b>	<b>Nuevas Unidades</b>	<b>Unidades a mantener</b>	<b>TOTAL</b>
Centro de Salud tipo A	417	92	509
Centro de Salud tipo B	270	15	285
Centro de Salud tipo C	124	20	144
Puestos de Salud	40	254	294
<b>TOTAL</b>	<b>851</b>	<b>381</b>	<b>1.232</b>

Fuentes: <http://www.salud.gob.ec/fortalecimiento-de-la-red-de-servicios-de-salud-y-mejoramiento-de-la-calidad/>

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

2012, p.12) El Tarifario permite establecer el monto de pago para cada uno de los procedimientos utilizados para la atención de salud; tales como honorarios médicos, servicios institucionales ambulatorios u hospitalarios, etc., por medio de la integración de las unidades de valor relativo de los procedimientos y el factor de conversión monetario.

### **Niveles de Atención de Salud.**

Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. “Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, si no en el de los problemas de salud que se resuelven”. (Vignolio, 2011, p.8). En Ecuador los establecimientos de servicios de salud, se clasifican por Nivel de Atención y de acuerdo a su capacidad resolutive, mismos que son los siguientes:

Primer Nivel de Atención.- es la puerta de entrada obligatoria al Sistema de Salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012, p.4) “se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes”. (Vignolio, 2011, p.10). De este dato que es muy cierto se desprende la importancia de fortalecer este nivel de atención.

Segundo Nivel de Atención.- es el escalón de referencia inmediata del primer nivel contempla acciones de atención ambulatoria y de hospitalización.

Tercer Nivel de Atención.- ofrecen servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, son punto de referencia nacional y tienen capacidad resolutive de alta complejidad con tecnología de punta.

Cuarto Nivel de Atención.- En este nivel se ubican los Centros de experimentación pre registro clínicos y los Centros de alta subespecialidad.

Pese a los niveles establecidos y como se evidencia los porcentajes de resolución en los primeros niveles es menester e impostergable trabajar con la atención primaria en salud.

### **Atención Primaria en Salud.**

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

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

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

### **Costos en Salud.**

El conocimiento de los mismos ayuda de manera importante en la gestión de servicios de salud; puesto que es una herramienta gerencial a la hora de tomar decisiones importantes; por lo tanto se debe tener claro conceptos como:

Costo.- “es el gasto económico que representa la producción de un bien o la prestación de un servicio”. (Pesantez, M. 2012, p.48) En salud es todo el monto de recursos que se invierten en cada uno de los aspectos del proceso de atención para la salud.

Costos directos.- es el monto de los recursos que intervienen directamente con la producción u oferta de un servicio.

Costos indirectos.- monto que no se relaciona directamente con la producción de un servicio pero si es apoyo para la producción final

Costo fijo.- aquel que debo pagar, independientemente del volumen de producción.

Costo variable.- es aquel cuyo valor depende directamente del volumen de producción.

Punto de equilibrio.- es el punto en el cual los ingresos totales son igual a costos totales, “es el punto en el que ni se gana ni se pierde”. (Pesantez, M. 2012, p.91).

Capacidad instalada.- es aquella con la que cuenta la institución para funcionar dado un monto presupuestal, la capacidad ociosa es aquella que no se utiliza pero los recursos si son cubiertos.

Todos estos detalles ayudan al gerente para reconocer que cambios debe tomar, pero basado en datos reales y para cambiar de camino en caso de que fuera necesario o a la vez corregir errores y seguir con el objeto de alcanzar calidad, eficacia, efectividad y eficiencia en su tarea.

### **Eficiencia, Eficacia y Calidad.**

En salud estos conceptos se los puede analizar tanto como procedimientos o servicios y además tomando en cuenta las instituciones que los prestan.

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

**Eficacia:** Se refiere al “grado de cumplimiento de los objetivos de la organización, sin referirse al costo de los mismos”. (Pitisaca, 2012, p. 43) Puede ser algo imparcial porque solo analiza los objetivos alcanzados dejando de lado otros parámetros necesarios e incluyentes en los procesos.

**Calidad:** Capacidad de la institución por responder en forma consistente, rápida y directa a las necesidades de los usuarios.

### **Gestión productiva de la Unidad de Salud.**

La gestión productiva es un tema gerencial que ha sido enfocado por varias instituciones internacionales encargadas de la salud, para promover la organización, ocupar de la mejor manera la información obtenida en las unidades de salud estableciendo así que:

“Su premisa es tomar decisiones informadas que permitan optimizar la productividad y el uso racional de los recursos contribuyendo a mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud”. (Organización Panamericana de la Salud, 2010, p. 14)

Está basada en el análisis de la producción, eficiencia, recursos y costos; que cierran círculos de trabajo en el que se puede mejorar rotundamente con información verídica y basada en evidencia, con el fin de controlar y evaluar de tal manera que se pueda realizar mejora continua

de la capacidad productiva de los servicios. La tecnología informática es parte esencial de esta gestión y cuenta con programas especiales para el manejo de la información.

Con todo esto se espera lograr contribuir al cambio en estilos de gestión, establecer costos de los servicios como resultado de la eficiencia en las funciones de producción, información actualizada para la gestión, evitar la improvisación y la actuación en condiciones de incertidumbre, entre otros alcances.

### **Sistema de Información Gerencial en Salud.**

El sistema de información es un ordenamiento sistemático y permanente de sus distintos componentes; que en salud es imprescindible debido a que se necesita siempre de datos registrados y estandarizados por un sistema de información.

Con el sistema de información gerencial en salud se logra “la organización de la información de una institución prestadora de servicios de salud para su análisis y uso en la gestión administrativa mediante la toma de decisiones”. (Gallo, 2011, p.14). Es así que alrededor de la función gerencial se evidencia el ciclo de la información obtenida que va a ser analizada y con lo cual prosigue la toma de decisiones que terminan plasmadas en acciones que llevan a mejorar el desempeño institucional

### **Financiamiento Del Sistema De Salud**

El financiamiento del Sistema de Salud es el mecanismo por el cual se abastece de fondos de diversas fuentes para la producción o compra de servicios de salud, con el fin de garantizar calidad, equidad y acceso universal a los mismos.

Dicho financiamiento debe ser responsable, oportuno, eficiente y suficiente; en los últimos años se ha visto incrementado el financiamiento en el sector salud nacional, lo cual se encuentra reflejado en mejores coberturas entre otros indicadores.

Las fuentes de financiamiento para la salud generalmente son públicas, privadas y externas; las mismas que pueden usar mecanismos de financiamiento como seguro social o privado. “La forma de asignar los recursos, determina la producción de los servicios” (Pesantez, M. 2012, p.43). Determinando algunas formas de asignación de recursos entre ellos por: presupuesto, producción, capitación o reembolso basado en casuística.

# **CAPITULO II**

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

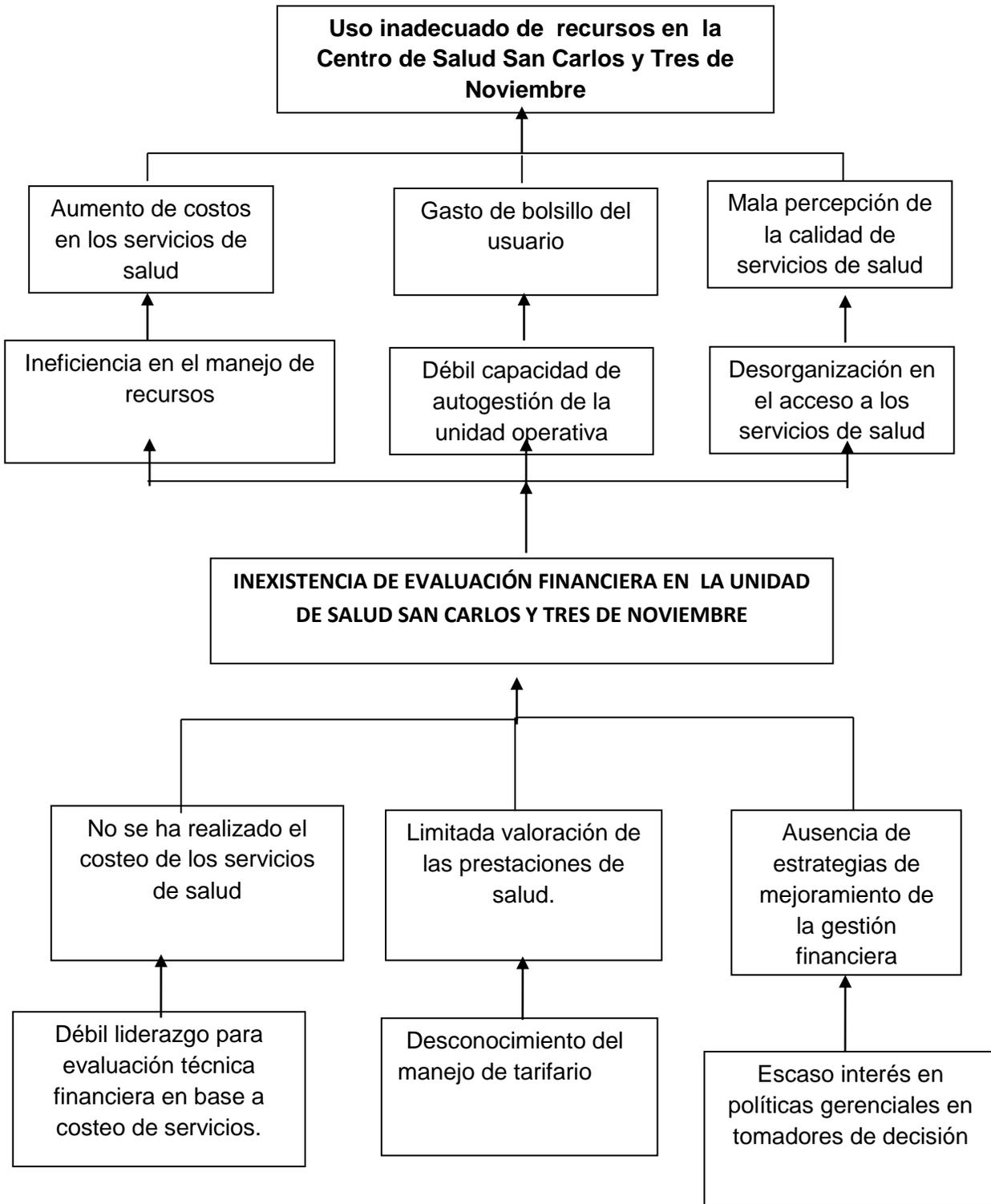
Para la realización de este Proyecto de acción se usa la metodología de Marco Lógico la cual es una herramienta de diseño conciso y lógico, <sup>(19)</sup> ofrece ayuda para formular los planes operativos anuales; así como presupuestos y establece acciones de seguimiento y evaluación con las siguientes herramientas:

## 2.1 MATRIZ DE VARIABLES INVOLUCRADOS

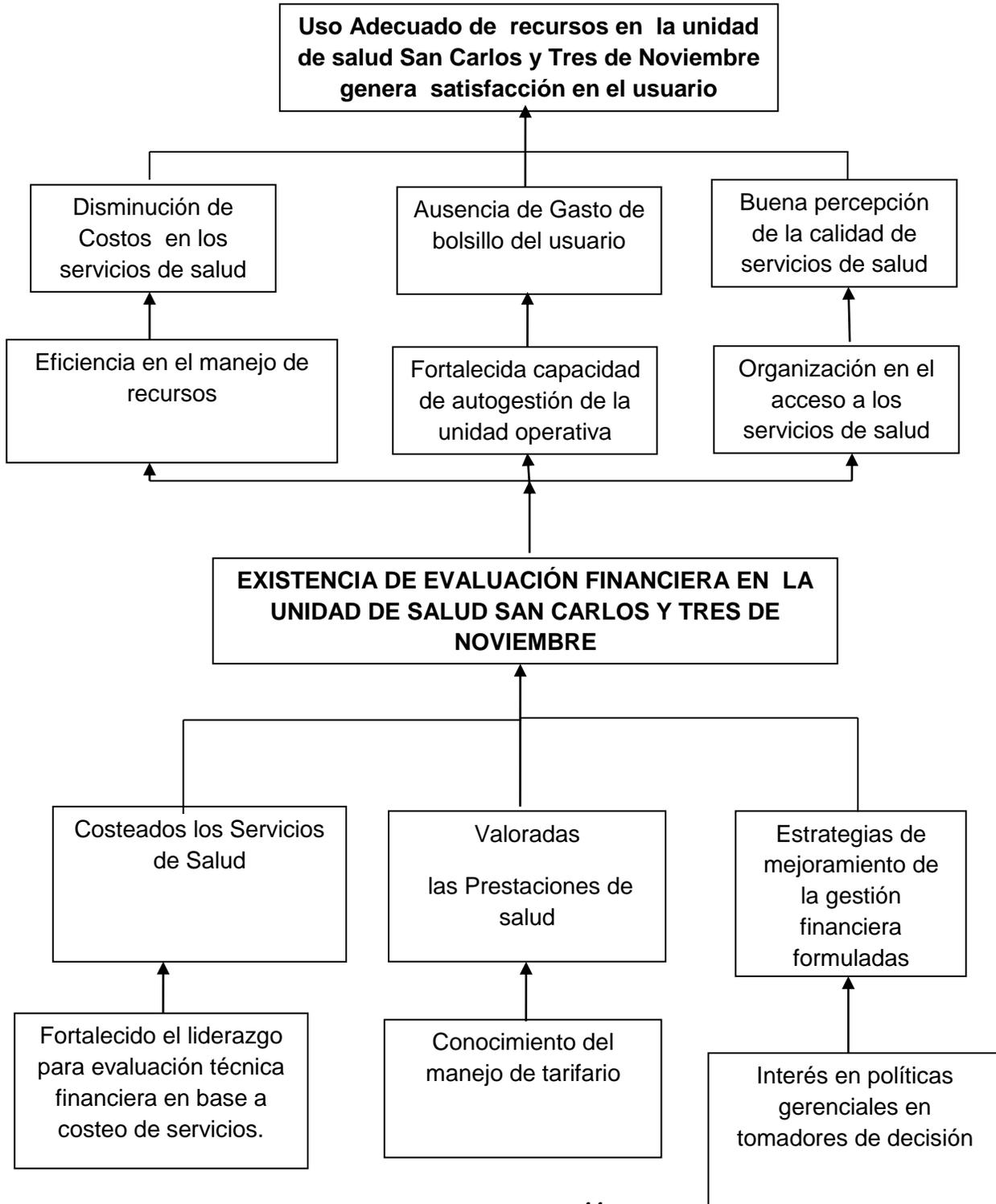
<b>GRUPOS O INSTITUCIONES</b>	<b>INTERESES</b>	<b>RECURSOS Y MANDATOS</b>	<b>PROBLEMAS PERCIBIDOS</b>
Director de la Unidad Médica	Contar con información y respaldos para la Evaluación Financiera y toma de decisiones	Dirigir y controlar la gestión de recursos financieros con eficiencia y eficacia.  Recursos humanos. Recursos materiales	Inexistencia de evaluación financiera.
Unidad Financiera	Trabajar como equipo para poder obtener información y resultados reales del estado	Certificar e implementar una estructura de gestión de costos Recursos	Falta de evaluación financiera en la unidad Médico del MSP

	financiero.	humanos. Recursos materiales.	
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.

## 2.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS



### 2.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS



## 2.4 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO.

<b>OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FUENTES DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>FIN:</b> Contribuir al uso adecuado de recursos en la unidad de salud de D22O2 Coca II	Niveles de productividad de los servicios de salud: Alto => 80% Medio = 60 y 80% Bajo < 60%	Informe de producción de los servicios de salud	Alto compromiso del nivel directivo para facilitar los recursos en la ejecución de las actividades.
<b>PROPOSITO</b> Evaluación financiera de la unidad de salud coca II ejecutada.	100% Evaluación financiera realizada.	Informe presentado de la evaluación financiera	Apoyo político, técnico para obtener información y realizar el estudio.
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>			
Servicios de salud costeados.	100 % de servicios de salud costeados a diciembre 2014	Informe de las prestaciones costeadas	Entrega de información necesaria y oportuna
Prestaciones de salud valoradas	100 % de prestaciones de salud valoradas a diciembre 2014	Informes de planillas de los centros de costos	Entrega de información requerida
Estrategias de mejoramiento de gestión financiera formuladas	Nº de indicadores de gestión financiera formuladas en la unidad de salud.	Informes de indicadores de gestión financiera presentados	Apoyo de los directores de la unidad para su implementación
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>PRESUPUESTO \$</b>
<b>RE 1. Servicios de Salud costeados.</b>			
1.1.Socialización del Proyecto	Maestranteros UTPL, Tutores	18-22 noviembre 2014 07 de Marzo 2015	100 dólares
1.2.Taller de inducción al proceso de costos	Maestranteros UTPL, Tutores	23 de Enero 2015	100 dólares
1.3Recolección de	Maestranteros UTPL,	08-22 Enero 2015	300 dólares

información.			
1.4 Instalación de programa winsig para procesamiento de datos.	Maestranteres UTPL Directivos de la unidad	18 de Abril al 17 Mayo 2015	150 dólares
1.4 Generación de resultados de costos	Maestranteres UTPL, Tutores		
<b>RE2. Prestaciones de salud validadas</b>			
2.1 Socialización del manejo del tarifario del sistema nacional de salud.	Maestranteres UTPL, Dr. Paolo Tituaña.	18-22 noviembre 2014 07 de Marzo 2015	200 dólares
2.2. Recolección de información de producción del establecimiento de salud	Maestranteres UTPL, Dra. Mery Pezantes.  Tutores	22 de Diciembre- 07 de Enero 2015	400 dólares
2.3. Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud actual	Maestranteres UTPL, Tutores		
<b>RE3. Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera formuladas</b>			
3.1. Calculo de punto de equilibrio	Maestranteres UTPL, Tutores		
3.2. Socialización de resultados	Maestranteres Directivos unidad de salud		
3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	Maestranteres Directivos unidad de salud		
3.4. Presentación de informe final a autoridades zonales.	Maestranteres Directivos unidad de salud		

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS.**

## **RESULTADO 1.-**

### **Servicio de Salud Costeado.**

Para el cumplimiento del resultado 1, fue necesario realizar cronológicamente las actividades propuestas en el plan, las mismas que tuvieron el siguiente desarrollo:

#### **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:

- La viceministra de salud socializo con las coordinaciones zonales, la suscripción del convenio con la UTP 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.
- La Coordinación, socializa al Director distrital el alcance del proyecto, y solicita el apoyo del personal de los distritos para el desarrollo del mismo.
- Se realizaron reuniones con el Jefe de Aérea y Zonales para difundir:
  - 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.
  - o Evaluar la oferta y demanda de los servicios de primer nivel dentro de su competencia.
  - o Propuestas de mejoramiento de la gestión.
- El director de la unidad y/o distrital se ha comprometido apoyar en la ejecución del proyecto, brindando las facilidades para obtener la información necesaria.
- 

#### **Actividad 1.2 Taller de inducción al proceso de costos**

- Se socializó en ellos la metodología de costeo, con énfasis en los siguientes componentes:
  - o Conceptos generales de costos, gasto, costo fijo, costo variable, costo directo, costos indirectos.
  - o Características de los centros de costos o centros de gestión.
  - o Explicación amplia de los componentes de costos

- Importancia de un sistema de información adecuado

### **Actividad 1.3 Recolección de información**

Se realizó la recolección de información, para lo cual se siguieron los lineamientos planteados en el documento suscrito con el MSP “Procedimientos para levantamiento de información de costos en el primer nivel”, para el efecto se utilizaron las matrices diseñadas para cada componente del costo.

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

#### **a) Mano de obra:**

Se recolectaron los datos, en base al siguiente lineamiento:

“Remuneraciones.- Este rubro vamos a utilizar para calcular el gasto de la mano de obra del personal 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.”

Se utilizaron 2 matrices para el efecto.

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

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

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

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

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

Para el efecto, se prepara la matriz, misma que pretende recopilar el consumo de medicamentos e insumos médicos, material de oficina, aseo etc. consumidos por la unidad operativa durante el mes, por cada uno de los centros de gestión.

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

**c) Depreciaciones de bienes y uso de inmueble.**

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

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

**d) Gastos fijos generales**

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

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

**e) Datos de producción**

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

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

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

Se adjuntan las matrices correspondientes

**TOTAL DE ATENCION DE S.C.S SAN CARLOS**

ATENCIONES POR LUGAR DE ATENCION														
Cuenta de lugar_atención	Etiquetas de columna													
Etiquetas de fila	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total general	
1  - ESTABLECIMIENTO	488	393	584	490	407	611	1256	1258	1043	942	1037	906	9415	
2  - COMUNIDAD									79	279	242	71	671	
3  - CENTROS EDUCATIVOS				25	171	334			32		34		596	
4  - DOMICILIO	2	4	3		1				32	23	40	114	219	
<b>Total general</b>	<b>490</b>	<b>397</b>	<b>587</b>	<b>515</b>	<b>579</b>	<b>945</b>	<b>1256</b>	<b>1258</b>	<b>1186</b>	<b>1244</b>	<b>1353</b>	<b>1091</b>	<b>10901</b>	

## TOTAL DE ATENCION TRES DE NOVIEMBRE.

ATENCIONES POR LUGAR DE ATENCION													
Cuenta de lugar_atención	Etiquetas de columna												
Etiquetas de fila	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total general
1  - ESTABLECIMIENTO	416	309	398	481	305	531	355	577	355	561	523	420	5231
10  - CENTROS DE EDUCACIÓN INICIAL (CEI)						17					6		23
2  - COMUNIDAD	69	78	151	17	19	79	49	18	12	20	62	25	599
3  - CENTROS EDUCATIVOS			105	95	32	114				30	97	101	574
4  - DOMICILIO				21			8		3		26		58
9  - CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS (CNH)					5					9			14
<b>Total general</b>	<b>485</b>	<b>387</b>	<b>654</b>	<b>614</b>	<b>361</b>	<b>741</b>	<b>412</b>	<b>595</b>	<b>370</b>	<b>620</b>	<b>714</b>	<b>546</b>	<b>6499</b>

### Actividad 1.4 Generación de Resultados de Costos

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

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

El programa nos permitió alcanzar la siguiente información:

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

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

- Costos integrales de los servicios
- Costos netos.

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

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

Del procesamiento de datos de la unidad SAN CARLOS Y TRES DE NOVIEMBRE, durante el ejercicio económico 2014, se concluyen los siguientes resultados:

### **1.- Costo de atención**

<b>COSTO DE ATENCIÓN</b>			
<b>Nombre de la unidad</b>	<b>Costo total</b>	<b>Número atenciones</b>	<b>Costo por atención</b>
SAN CARLOS	147.428,87	10.901,00	13,52
TRES DE NOVIEMBRE	106.922,94	6.499,00	16,45
<b>Total</b>	<b>254.351,81</b>	<b>17.400,00</b>	<b>14,62</b>

En promedio y considerando la consulta externa, odontología, visita domiciliaria como productos finales, por lo tanto como total de atenciones, se concluye que el costo por atención es de 14.62 dólares.

### **2.- Costo por población asignada**

<b>COSTO DE ATENCIÓN PER CAPITA</b>			
<b>Nombre de la unidad</b>	<b>Costo total</b>	<b>Población asignada</b>	<b>Costo por habitante</b>
SAN CARLOS	147.428,87	2.977,00	49,52
TRES DE NOVIEMBRE	106.922,94	2.649,00	40,36
<b>Total</b>	<b>254.351,81</b>	<b>5.626,00</b>	<b>45,21</b>

De acuerdo a la población asignada, en promedio el costo por persona para estas unidades está alrededor de 45.21 dólares.

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

### 3.- Costo directo y costos indirectos

#### Subcentro de salud Tres de Noviembre.

COSTOS DIRECTOS DE SERVICIO TRES DE NOVIEMBRE			
Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
Consulta externa	87.123,46	76.847,00	88,20
Visita domiciliaria	0,00	0,00	#¡DIV/0!
Odontología	19.799,48	17.464,08	88,20
Promoción de la salud	0	0	#¡DIV/0!
	106.922,94	94.311,08	88,20

#### Centro de salud San Carlos

COSTOS DIRECTOS DE SERVICIOS SAN CARLOS			
Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
Consulta externa	123.610,72	120.708,94	97,65
Visita domiciliaria	3.285,96	3.208,82	97,65
Odontología	20.532,19	20.050,19	97,65
Promoción de la salud	0	0	
Total	147.428,87	143.967,95	97,65

El costo directo es aquel que interviene directamente en el proceso de producción del producto final, en este caso está constituido por la mano de obra, insumos, medicamentos etc.

En estas unidades prácticamente no existen servicios de apoyo, por ello el costo directo en la unidad Tres de Noviembre representa el 88.20% del costo total, mientras en San Carlos es del 97.65%. Estas unidades se limitan a la atención del personal médico y odontólogo.

#### 4.- Costo indirecto

El costo indirecto es aquel que representa un apoyo al producto final, no interviene directamente en el proceso de producción, esto es, la administración, servicios de apoyo.

Por las razones anteriormente expuestas, el costo indirecto tiene un mínimo impacto, apenas representa el 2.34% en San Carlos y el 11.80% en Tres de Noviembre.

#### Centro de salud San Carlos

COSTOS INDIRECTO DE SERVICIOS SAN CARLOS			
Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo directo
Consulta externa	123.610,72	2.901,78	2,34751
Visita domiciliaria	3.285,96	77,14	2,34756
Odontología	20.532,19	482,00	2,34753
Promoción de la salud	0	0	
	147.428,87	3.460,92	2,34752

**Subcentro de salud Tres de Noviembre.**

<b>COSTOS INDIRECTO DE SERVICIO TRES DE NOVIEMBRE</b>			
<b>Servicio</b>	<b>Costo total del servicio</b>	<b>Costo indirecto del servicio</b>	<b>% del costo directo</b>
Consulta externa	87.123,46	10.276,46	11,80
Visita domiciliaria	0,00	0,00	#¡DIV/0!
Odontología	19.799,48	2.335,40	11,80
Promoción de la salud	0,00	0,00	#¡DIV/0!
	106.922,94	12.611,86	11,80

**5.- Costos integrales y costo neto**

<b>COSTO INTEGRAL Y COSTOS NETO 2014</b>			
<b>NOMBRE DE LA U</b>	<b>Servicio</b>	<b>Costo Integral</b>	<b>Costo Neto</b>
SAN CARLOS	Consulta	14,11	11,85
TRES DE NOVIEMBRE	Consulta	19,27	14,58

<b>COSTO INTEGRAL Y COSTOS NETO 2014</b>			
<b>NOMBRE DE LA U</b>	<b>Servicio</b>	<b>Costo Integral</b>	<b>Costo Neto</b>
SAN CARLOS	Odontologia	10,19	10,19
TRES DE NOVIEMBRE	Odontologia	10,01	10,01

El costo integral está constituido por el costo de los productos finales, en este caso las consultas, medicamentos, insumos, más todos los apoyos recibidos por los otros centros de gestión, esto es administración.

Este costo integral representa 14.11 dólares para la consulta de San Carlos y 19.27 dólares para Tres de Noviembre, esto quiere decir que en Tres de Noviembre la consulta es más costosa, de igual manera si no se consideran los medicamentos y solo se mantiene el costo de atención, en San Carlos el costo neto es de 11.85 y en Tres de Noviembre 14.58 dólares.

En el caso de odontología, prácticamente el valor del costo integral y costo neto es el mismo, ya que no se dispone de servicios de apoyo.

## 6.- Costos fijos y Costos variables

### UNIDAD SAN CARLOS.

COSTOS FIJOS		
NOMBRE DE LA UNIDAD : SAN CARLOS		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Remuneraciones	96.976,03	97,46
Servicios básicos	2.259,90	2,27
Depreciaciones	-	-
Uso edificio	262,78	0,26
		-
<b>Total</b>	<b>99.498,71</b>	<b>100,00</b>

### UNIDAD TRES DE NOVIEMBRE

COSTOS FIJOS		
NOMBRE DE LA UNIDAD : TRES DE NOVIEMBRE		
Componentes	Valor	% Participación
Remuneraciones	82.217,22	96,89
Servicios básicos	2.641,70	3,11
Depreciaciones	0	-
Uso edificio	0	-
		-
<b>Total</b>	<b>84.858,92</b>	<b>100,00</b>

El costo fijo es aquel que no depende del nivel de producción, mientras el costo variable tiene relación directa con él.

En el caso de San Carlos, el costo fijo es de 99.498,71, es decir el 67.48% del costo total. De ese costo fijo, el 97.46% tiene que ver con mano de obra, de ahí la importancia de buscar la eficiencia del talento humano en el proceso productivo.

En Tres de noviembre, el costo fijo representa el 79.36% del costo total, y de este costo fijo, el 96.89% corresponde a mano de obra.

### Costos variables.

#### UNIDAD SAN CARLOS.

COSTOS VARIABLES		
NOMBRE DE LA UNIDAD : SAN CARLOS		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Material de oficina	480,00	1,00
Material de aseo	427,50	0,89
Medicinas	19.793,31	41,30
Insumos	165,00	0,34
Biomateriales odontológicos	26.794	55,90
Otros	270,2	0,56
<b>Total</b>	<b>47.930,16</b>	<b>100,00</b>

### UNIDAD TRES DE NOVIEMBRE.

COSTOS VARIABLES		
NOMBRE DE LA UNIDAD : TRES DE NOVIEMBRE		
Componentes	Valor	% Participación
Material de oficina	364	1,65
Material de aseo	292,72	1,33
Medicinas	10.934,30	49,56
Insumos	0	-
Biomateriales odor	10.473	47,47
Repuestos	0	-
<b>Total</b>	<b>22.064,02</b>	<b>100,00</b>

El rubro más importante del costo variable tanto en la unidad de San Carlos como en Tres de Noviembre, está representado por medicamentos con un peso del 41.30% en el primer caso y un 49.56% en el segundo caso.

### ANALISIS DEL INDICADOR DEL RESULTADO ESPERADO.

Al analizar los datos proporcionados se debe tener en cuenta la limitación de los mismo por parte del aérea en proporcionarlos, se deja ver que no contaban es decir no llevan un correcto uso de la información y son manejados de una manera empírica y mas no como deben ser manejados o respaldados con datos y con un buen sistema de gastos, costos etc.

## RESULTADO 2

### Servicios de salud Planillados.

#### Actividad 2.1 Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud

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 básicos 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

#### Actividad 2.2 Recolección de información

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

##### a) Honorarios médicos

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

##### b) Acciones de promoción y prevención

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

**c) Servicios institucionales**

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

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

RESUMEN DE PLANILLAJE 2014					
	SAN CARLOS	% participación	TRES DE NOV	% participación	
Morbilidad	43.297,87	20,68	28.633,08	26,64	
Prevención	133.628,78	63,82	52.924,68	49,24	
ViSITA Domiciliaria	5.853,87	2,80	-	-	
Odontología	26.583,60	12,70	25.787,65	23,99	
Procedimientos	30,06	0,01	148,02	0,14	
Total	209.394,18	100,00	107.493,43	100,00	

Valorando la producción de las dos unidades, al amparo del Tarifario del Sistema Nacional de Salud, se obtienen los resultados presentados, siendo la atención de prevención la que mayor ingresos genera 63.82% en el caso de San Carlos y 49.24% en Tres de Noviembre. Es importante señalar que la tarifa para atención de prevención es interesante porque incluye varios ingredientes de calidad, sin embargo en la realidad este tipo de atención no se evidencia en las unidades, porque no existe información completa que de fe de ello.

**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, sin embargo reconocemos que es muy orientador, ya que RDCAA contiene toda la producción de las atenciones, sin embargo es importante puntualizar que existe serias deficiencias en su registro.

El resto de los servicios fue valorado en base a los reportes adicionales de cada uno de ello. Las unidades del MSP, no reportan la producción detallada de cada uno de los servicios, en los Distritos, solo se consolidan datos globales, hecho que constituye una serie limitación en el ámbito gerencial.

## RESULTADO 3

### Estrategias de mejoramiento.

#### Actividad 3.1 Calculo del punto de equilibrio.

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

$$PEUSD = \frac{CF}{1 - \frac{CV}{VT}}$$
$$PE\% = 100 - 100 \cdot \left( \frac{CF}{VT - CV} \right)$$

**Donde:**

**PE** = Punto de Equilibrio

**CF** = Costos Fijos

**CV** = Costos Variables

**VT** = Ventas Totales – Facturación

Resumen de punto de equilibrio de unidades intervenidas

<b>PUNTO DE EQUILIBRIO: SAN CARLOS</b>	
<b>COSTOS FIJOS</b>	99.498,71
<b>COSTOS VARIABLES</b>	47.930,16
<b>COSTOS TOTALES</b>	147.428,87
<b>VALORACION DE INGRESOS SEGÚN TARIFARIO</b>	209.394,18
<b>PE USD</b>	<b>129.034,63</b>
<b>PE %</b>	<b>38,38</b>

<b>PUNTO DE EQUILIBRIO: TRES DE NOVIEMBRE</b>	
<b>COSTOS FIJOS</b>	84.858,92
<b>COSTOS VARIABLES</b>	22.064,02
<b>COSTOS TOTALES</b>	106.922,94
<b>VALORACION DE INGRESOS SEGÚN TARIFARIO</b>	107.493,43
<b>PE USD</b>	<b>106.775,60</b>
<b>PE %</b>	<b>0,67</b>

De los resultados obtenidos se desprende que la unidad de San Carlos tiene costos inferiores a los ingresos, ello demuestra que dicha unidad es sustentable desde el punto de vista económico, ya que su punto de equilibrio se alcanza con un planillaje de 129. 034,63, frente a un costo total de 147.428, 87 dólares, manteniendo un superávit del 38,38%

Un escenario diferente se presenta en Tres de Noviembre, es una unidad que prácticamente alcanza el equilibrio, con un superávit de 0,67%, en este caso los ingresos son prácticamente similares a los costos de producción.

Hay que tener presente que el sistema de salud universal que poseemos no es rentable económicamente hablando haya que se brinda apoyo de los servicios básicos de salud en la atención primaria a toda las personas que no cuentan con seguro general o privado, entonces la gran cantidad de personas que no cuenta con este derecho son las que acceden a esta salud colapsándola casi en todos los niveles de atención y por ende un servicio deficiente con muchas carencias y creando grandes malestares por parte de los pacientes.

Debemos anotar también que el hecho de contar con un mayor número de profesionales no garantiza un cobertura ideal ni del 100% sino que no hay diferencia en los pacientes atendidos en este caso influyen muchos factores como las falta de insumos y medicamentos indispensables y básicos que se agotan muy rápido por esta misma causa.

El nuevo modelo de atención de salud da una forma de atención en la que el profesional debe de salir a realizar la consulta en la comunidad junto con el EBAS, en base a las llamadas brigadas de atención en la que se moviliza gran cantidad de recursos que a veces incluso no justifica por sus resultados que son mínimos.

### **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 planillaje de los servicios y su comparación con el mercado y/o con otras unidades similares.
- Importancia e impacto del manejo eficiente de los recursos

- Importancia de mantener un sistema de información efectivo
- Importancia de evaluar la productividad y rendimiento del personal de la unidad.
- Necesidad de tener una planificación orientada a la búsqueda de la eficiencia

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

### **Actividad 3.3 Diseño de estrategias de mejoramiento.**

El principal punto en el que se debe mejorar es la sistematización de la información la creación o el manejo adecuados de programas que puedan llevar de una forma correcta la información es de suma urgencia ya que hay datos que el MSP central y de las diferentes área carece en tal sentido las información es de manera empírica y maneja de una forma artesanal sin llevar programas computarizados sino de forma hasta verbal.

Se debe realizar un adecuado sistema de cómputo, kardex correctamente llevados, programas en Excel que ayuden a su compilación de la información cuando sea necesario tenerla, con el fin de llevar un control de gastos e ingresos acorde y q justifiquen toda la inversión de estas atenciones primarias.

La parte financiera debe ser la fuente principal ya que si se lleva un correcto manejo de esta

Se puede manejad de la mejor manera el presupuesto asignado con el fin de no seguir trabajando a perdida sino invertir de mejor manera y de una forma eficiente y eficaz el presupuesto asignado.

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

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

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

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

COMPONENTES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
<b>ORGANIZACIÓN COMUNITARIA</b>					
Comités de salud local funcionando					
<b>COMITES DE USUARIOS O GRUPOS ORGANIZADOS Y FUNCIONANDO</b>					
Grupos de adultos mayores					
Grupos de diabéticos					
Grupos juveniles					
Grupos de personas con discapacidad					
Otros especifique HTA y madres adolescentes					
<b>DIAGNOSTICOS SITUACIONAL INICIAL</b>					
<b>DIANGOSTICOS DINAMICOS</b>					
<b>SALA SITUACIONAL IMPLEMENTADA Y ACTUALIZADA</b>					

PLANES DE SALUD LOCAL FORMULADOS DE ACUERDO A NORMATIVA Y HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN ESTABLECIDAS POR EL MSP					
COMPROMISOS DE GESTIÓN					
ACCIONES DE SALUD MONITOREADAS Y EVALUADAS					

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

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

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

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

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

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.												
NOMBRE DE LA UNIDAD MEDICA: SAN CARLOS Y/O TRES DE NOVIEMBRE.												
COMPONENTE: EVALUACION DE PRODUCCION, PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL MEDICO												
NOMBRE DE MEDICO EVALUADO.												
PERIODO DE EVALUACION:												
MES	Número de consultas en establecimiento	Número de consultas en centros	Número de consultas en comunidad	Número de visita domiciliarias	Números de eventos de promoción	Número de procedimientos médicos	Números de días dedicados	Número de horas de capacitación	Número de días contratados	Número de horas contratadas	Total de días laborados.	
Enero												
Febrero												
Marzo												
Abril												
Total												

MES	Horas laboradas en establecimiento	Horas laboradas en Centros	Horas laboradas en comunidad	Horas laboradas en visita	Horas laboradas en eventos	Horas laboradas en procedimientos	Horas laboradas en capacitación	Hora laboradas en asuntos administrativos	Total horas laboradas	Horas ausentismo vacaciones	Total Horas justificadas	Productividad.
Enero												
Febrero												
Marzo												
Abril												
Total												

### 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.

Se recomienda que el Distrito evalúe mensualmente a las unidades, en base a los siguientes indicadores propuestos:

1.- INDICADORES DE ESTRUCTURA				
INDICADORES DE DISPONIBILIDAD				
INDICADOR	FORMULA	QUE MIDE	CENTRO DE SALUD SAN CARLOS	S.C.S TRES DE NOVIEMBRE
Razón horas médico contratadas al año x habitante	No horas médico contratadas/ población asignada	Disponibilidad de horas médico por habitante		

Razón horas odontólogo contratadas al año x habitante	No horas odontólogo contratadas/ población asignada	Disponibilidad de horas odontólogo por habitante		
Razón horas enfermera contratadas al año x habitante	No horas enfermera contratadas/ población asignada	Disponibilidad de horas enfermera por habitante		
<b>INDICADORES DE ACCESIBILIDAD</b>				
% de cumplimiento de citas	Citas asignadas/tot al de consultas	Acceso a servicios de salud	NO HAY DATOS	NO HAY DATOS
% de referencias solicitadas por la unidad	Número de referencias médicas solicitadas a nivel superior/total de atenciones médicas	Capacidad resolutive de la unidad	NO HAY DATOS	NO HAY DATOS
<b>2.- INDICADORES DE PROCESOS</b>				
<b>INDICADORES DE EXTENSIÓN DE USO</b>				
% de consulta en menores de 28 días	Total de consultas a menores de 28 días/total de consultas	Uso de servicios de consulta en neonatos	0,0033	0,0082

% de consultas entre 29 días a 11 meses	Total de consultas de 29 días a 11 meses/total de consultas	Uso de servicios de consulta en lactantes	0,02	0,05
% de consultas de 1 a 4 años	Total de consultas a menores de 1 a 4 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en niños de 1 a 4 años	0,09	0,12
% de consultas de 5 a 9 años	Total de consultas a menores de 5 a 9 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en escolares	0,18	0,07
% de consultas de 10 a 19 años	Total de consultas a menores de 10 a 19 años/total de consultas	Uso de servicios de consulta en adolescentes	0,12	0,15
% de consultas de 20 a 64 años	Total de consultas a personas de 20 a 64 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos	0,49	0,55
% de consultas mayores de 65 años	Total de consultas a pacientes mayores a 65 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos mayores	0,11	0,05
% de atención a mujeres	Total de consultas a mujeres/total de consultas	Uso de servicios de consulta en mujeres	0,71	0,69

% de atención a hombres	Total de consultas a hombres /total de consultas	Uso de servicios de consulta en hombres	0,29	0,31
% Consultas de prevención	Total de consultas de prevención /total de consultas	Comportamiento de consultas de prevención	0,49	0,57
% Consultas de recuperación	Total de consultas de morbilidad /total de consultas	Comportamiento de consultas de recuperación	0,51	0,43
% consultas primeras	Total de consultas primeras/total de consultas	Comportamiento de consultas primeras	0,22	0,23
% Consultas subsecuentes	Total de consultas a subsecuentes /total de consultas	Comportamiento de consultas subsecuentes	0,78	0,77
% consultas en establecimiento	Total de consultas brindadas en establecimiento /total de consultas	Cobertura de atención en establecimiento	0,65	0,67
% consultas en comunidad	Total de consultas brindadas en comunidad /total de consultas	Cobertura de atención en comunidad	0,0060	0,0002

% visitas domiciliarias	Total de consultas brindadas en domicilio /total de consultas	Cobertura de atención en domicilio	0,0024	0,02
% de consultas en otros centros	Total de consultas brindadas en /total de consultas	Cobertura de atención en centros	0,0003	0,06
% de atenciones brindadas por médicos: generales, especialistas , rurales	Total de consultas a brindadas por médicos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por médico	0,73	0,69
% de atenciones brindadas por odontólogo	Total de consultas a brindadas por odontólogos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por odontólogo	0,27	0,31
<b>INDICADORES DE INTENSIDAD DE USO</b>				
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	0,22	0,29

Frecuencia de uso en consulta	Número de atenciones/total de pacientes atendidos	Número de veces que el paciente recibe atención durante el semestre	3	3,59
Frecuencia de uso de consulta 1	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 1 vez en el semestre	423	633
Frecuencia de uso de consulta 2	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 2 vez en el semestre	292	322
Frecuencia de uso de consulta 3	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 3 vez en el semestre	140	126
Frecuencia de uso de consulta 4 y mas	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 4 y mas vez en el semestre	185,00	255
Promedio de recetas en consulta	Total recetas despachada en consulta / No consultas	No. recetas recibidas por cada consulta	0,89	0,86
<b>INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO</b>				
% cumplimiento de horas contratadas en consulta	Horas laboradas en consulta/horas contratadas para consulta	Rendimiento de tiempo de consulta	0,32	0,337
Productividad en consulta	No consultas / horas contratadas	Productividad de consulta por hora contratada	1,31	1,366

	para consulta			
Productividad en consulta por hora laborada	No consultas/horas laboradas en consulta	Productividad de consulta por hora laborada	4,06	4,056
Promedio diario de Consultas	(No. consultas realizadas/tot al días laborados en consulta)	No. de consultas realizadas por día en la unidad	11,22	13,783
Productividad en consulta odontológica por hora	No consultas odontológicas/ horas contratadas para consultas odontológicas	Productividad de consulta odontológica por hora contratada	0,48	0,726
Rendimiento hora odontólogo	Total pacientes atendidos/tot al horas laboradas	No. atenciones por hora odontólogo	5,89	1,896
<b>3.- INDICADORES DE RESULTADOS</b>				
<b>INDICADORES DE EFICACIA</b>				

% efectividad en atención de consulta externa	Total de pacientes agendados para atención en menos de 15 días/total de pacientes que demandaron atención en consulta		NO HAY DATOS	NO HAY DATOS
<b>INDICADORES DE EFICIENCIA</b>				
Costo por atención	Gasto total/total de atenciones	Establece costo por atención en la unidad	24,12	20,8800895
Costo Consulta	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica	22,19	20,4927507
Costo atención Odontológica	Gastos en Odontología / No pacientes atendidos	Establece costo por atención odontológica	27,42	20,2743876
Costo de visita domiciliaria	Gastos vista domiciliaria /No. De visitas	Establece costo por atención domiciliaria	21,83	17,8882653
Costo de receta despachada	Gasto en farmacia / No recetas despachadas	Establece costo por receta	1,34	0,41023584

## CONCLUSIONES

1. Se ha diseñado y validado el proceso de costos y facturación de los recursos en: Centro de Salud San Carlos y Subcentro de Salud Tres de Noviembre.
2. La capacitación debe ser dictada a todo el personal de la Dirección Distrital de Salud sobre el proceso fue el pilar fundamental para la obtención de información en cada departamento logrando una corresponsabilidad en todos los procesos. El personal administrativo del Distrito tiene un cabal conocimiento de los requerimientos de información que demandan estos procesos.
3. El primer nivel de atención no genera un sistema de información confiable y completa que permita evaluar con objetividad el comportamiento de los diferentes elementos del proceso productivo, tanto en el campo administrativo como financiero.
4. El Distrito no evalúa el comportamiento de los diferentes recursos asignados, se genera información sin un análisis que oriente la gestión, tampoco se retroalimenta a través de observaciones y/o recomendaciones que impulsen un proceso de mejoramiento.
5. No existe criterio único en la forma de generar información, ello provoca serias distorsiones en los resultados, lamentablemente son errores significativos que no son evidenciados en ninguna instancia, por ejemplo como visita familiar algunos profesionales registran los nombres de todos los miembros de la familia, sobredimensionando el número de atenciones.
6. Las unidades del primer nivel intervenidas, distan aún mucho de generar todos los productos que el Modelo de Atención MAIS exige, así como los estándares y/o

parámetros que establece para los diferentes componentes de la atención. Se evidencia un proceso de implementación moderado.

7. Se evidencia una falta de planificación de los recursos, hecho que provocó serias dificultades de asignación del talento humano en los diferentes centros de gestión tales como, consulta en establecimientos, visitas domiciliarias, acciones de promoción de la salud.
8. El Director distrital y director de la unidad no disponen de información estratégica para toma de decisiones, se limitan a entregar información a la Coordinación zonal en plazos establecidos.
9. La Coordinación zonal, tampoco evalúa el comportamiento de las diferentes variables de los procesos de producción de servicios de salud, se limitan también a ser el nexo con el nivel central, entregando información que luego se publica, sin ningún elemento de análisis que oriente toma de decisiones estratégicas. Los procesos de validación realizados a través de TICS se centran en aspectos formales y no de fondo.

## RECOMENDACIONES

1. Fortalecen e institucionalizar la implementación de los procesos de costos y valoración de las prestaciones de salud de : Centro de Salud San Carlos, Subcentro Tres de Noviembre.
2. Reafirmar y fortalecer los conocimientos sobre los temas de costos, facturación, gestión, emitidos al personal de la Dirección Distrital.
3. Conservar la implementación de los procesos de monitoreo, control y supervisión de los recursos con el afán de precautelar la inversión que realiza el estado, que tiene como finalidad brindar un servicio de calidad, calidez y eficiencia a toda la población.
4. Implementar un sistema de información sólido, completo, oportuno orientado a la toma de decisiones.
5. La Dirección distrital debe implementar un proceso de planificación y evaluación objetiva de los recursos asignados a sus unidades, garantizando utilizar los recursos en forma óptima, corrigiendo cualquier desviación en forma oportuna.
6. La Coordinación zonal, debe implementar compromisos de gestión con el Director Distrital, para sostener procesos estratégicos que impulsen el mejoramiento continuo y fundamentalmente la consolidación del modelo de atención y de gestión.
7. La Coordinación zonal debe implementar un sistema de rendición de cuentas público, técnicamente diseñado que estimule y fortalezca procesos que generan valor agregado.

8. La Coordinación zonal debe establecer criterios técnicos para la asignación de recursos a los diferentes Distritos, tomando los elementos del presente estudio como orientadores de esa distribución, estimulando la eficiencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Armijos, N. (2009). *Guía Didáctica de Planificación Estratégica*. Loja Ecuador. Universidad Técnica Particular de Loja.
2. Auquilla, X., Perez, M., Hidalgo, M., Fernandez, V., Tenorio, J. (2014). *Diagnóstico Situacional correspondiente al área de cobertura del Centro de Salud Coca II*. Orellana.
3. Distrito D2201 Coca-Loreto. (2014). *Estadísticas de morbilidad de centro de Salud Cocall*. Orellana.
4. Gallo, E. H. (2011). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud*. Washington, D.C.: OPS.
5. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Francisco de Orellana. (2014). *División Política*. Recuperado de <http://www.orellana.gob.ec/canton/division-politica.html>
6. Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2010). *Censo de población y vivienda*. Ecuador
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Manual Del Modelo De Atención Integral Del Sistema Nacional De Salud Familiar Comunitario E Intercultural (MAIS-FCI)*. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Quito-Ecuador: MSP
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*. Quito-Ecuador: MSP
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Tipología para homologar los Establecimientos de Salud por Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud*. Quito-Ecuador: MSP
10. Ministerio de Salud Pública. (2013). *Información estadística de producción de salud*. Ecuador. MSP. Recuperado de [https://public.tableausoftware.com/profile/javier.gaona#!/vizhome/DEFUNCIONES\\_2013/Presentacin](https://public.tableausoftware.com/profile/javier.gaona#!/vizhome/DEFUNCIONES_2013/Presentacin)
11. Ministerio de Salud Pública. (2014). *Planificación Estratégica*. Ecuador. MSP. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>

- 
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014). *Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.* Quito-Ecuador: MSP.
  13. Ministerio de Salud Pública del Perú (2005). *Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los establecimientos del Ministerio de Salud.* Lima-Perú.
  14. Organización Mundial de la Salud (1946). Documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud. *Actas Finales de la Conferencia Sanitaria*, N°2, p100-153.
  15. Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la Salud en el mundo. La atención primaria de Salud, más necesaria que nunca.* Ginebra-Suiza: Ediciones de la OMS.
  16. Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud - Introducción y Generalidades.* Washington, D.C.: OPS.
  17. 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>
  18. Pesantez León, M. (2012). *Guía Didáctica Economía y Salud.* Loja-Ecuador: Universidad Técnica particular de Loja.
  19. Piedra, M., Buele, N. (2011). *Diseño Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud.* Loja- Ecuador. Universidad Técnica Particular de Loja.
  20. Pitisaca, D., Quizhpe, T. (2012). *Evaluación Presupuestaria Al Centro De Salud N° 1 De La Ciudad De Loja, Periodo 2009 – 2010 (Tesis doctoral inédita).* Universidad Nacional de Loja, Loja-Ecuador.
  21. Sistema Nacional de Información. (2010). *Indicadores básicos de población.* Recuperado de <http://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=SNI.qvw&host=QVS@kukuri&anonymous=truehttp://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=SNI.qvw&host=QVS@kukuri&anonymous=true&bookmark=Document/BM24>
  22. Valenzuela, G. (2009) Sistema de referencia y contra referencia. *Archivos de Salud*, 3(3), 45.

23. Vignolio, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (Marzo 2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33 (1), 7-11.
24. [www.ecuadorencifras.com](http://www.ecuadorencifras.com)

# ANEXOS