UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TÍTULO DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

Evaluación financiera de los establecimientos de salud nivel I de atención Cunchibamba, Unamuncho y Samanga, zona distrital 3, distrito 18D01, provincia de Tungurahua – 2014

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Cando Valencia, Karina Elizabeth, Doctora

DIRECTORA: Pesantez León, Mary Graciela, Economista

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Economista.
Mary Graciela Pesantez León.
DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, denominado: Evaluación financiera de los establecimientos de salud nivel I de atención Cunchibamba, Unamuncho y Samanga, zona distrital 3, distrito 18D01, provincia de Tungurahua – 2014 realizado por Cando Valencia Karina Elizabeth, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2016

_____

Economista. Mary Graciela Pesantez León

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

"Yo, Cando Valencia Karina Elizabeth, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Evaluación financiera de los establecimientos de salud nivel I de atención Cunchibamba, Unamuncho y Samanga, zona distrital 3, distrito 18D01, provincia de Tungurahua – 2014, de la Titulación Magíster en Gerencia en Salud para el desarrollo local, siendo la Economista Mary Graciela Pesantez León directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

Loja, septiembre de 2016.

_____

Cando Valencia Karina Elizabeth
C.I.: 171243444-6
Autora

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación quiero dedicarlo principalmente a cada uno de los miembros de mi familia.

A mi esposo, por su constante apoyo y desinteresado empeño en poder culminar esta etapa de mis estudios.

A mis hijos, quienes son el impulso que me obliga a continuar adelante aun cuando mis fuerzas desisten y quiero rendirme.

A mis padres, por todos los esfuerzos que han realizado para que yo logre la consecución de mis metas.

A mis hermanos, por la confianza depositada en mi persona y por todos los benévolos y protervos momento que hemos tenido que afrontar juntos.

Karina Elizabeth

.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo no hubiera sido posible sin la contribución de ciertas personas por lo que quiero agradecer a cada uno de ellos por su colaboración magnánima.

A los maestros y personal administrativo de la Universidad Técnica Particular de Loja por sus enseñanzas y consejos que han servido para la realización del actual trabajo de titulación.

A mi tío Edison, quien sus erudiciones y dedicación me ha inspirado para continuar con mis estudios y culminar esta etapa.

A mis amigos y amigas por acompañarme y ayudarme durante mis estudios y por deferir conmigo sus conocimientos.

Karina Elizabeth

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN.....ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....iii
DEDICATORIA.....iv
AGRADECIMIENTOS.....v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....vi

RESUMEN..... 1
ABSTRACT..... 2
INTRODUCCIÓN..... 3

CAPITULO I:..... 9
1. MARCO TEÓRICO..... 9
1.1. Marco institucional..... 10
1.1.1. Aspecto geográfico del lugar y Población..... 10
1.1.2. La Misión..... 21
1.1.3. La Visión..... 21
1.1.4. Valores..... 21
1.1.5. Objetivos estratégicos..... 22
1.1.6. Organización administrativa..... 22
1.1.7. Servicios que presta la institución..... 23
1.1.8. Datos estadísticos de cobertura – Año 2014..... 26
1.1.9. Características geo-físicas de la institución..... 27
1.1.10. Políticas de la institución..... 27
1.2. Marco conceptual..... 28

CAPITULO II:..... 32
2. DISEÑO METODOLÓGICO..... 32
2.1. Matriz de involucrados..... 33
2.2. Árbol de problemas..... 35
2.3. Árbol de objetivos..... 36
2.4. Matriz del Marco Lógico..... 37

2.5. Cronograma de actividades..... 38

CAPÍTULO III:..... 39
3. RESULTADOS..... 39
3.1. Resultado 1.- Servicios de salud costeados..... 40
3.1.1. Actividad 1.1 Socialización del proyecto..... 40
3.1.2. Actividad 1.2 Taller de inducción al proceso de costos..... 41
3.1.3. Actividad 1.3 Recolección de información. 41
3.1.4. Actividad 1.4 Generación de Resultados de Costos. 44
3.1.5. Análisis de resultados de procesamiento de datos de costos y de producción. 44
3.2. Resultado 2.- Servicios de salud planillados 54
3.2.1. Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud. 54
3.2.2. Recolección de información. 54
3.2.3. Valoración de las prestaciones según el Tarifario del Sistema Nacional de Salud. 55
3.2.4. Resumen de planillaje anual de prestaciones de salud año 2014: 56
3.3. Resultado 3.- Estrategias de mejoramiento..... 57
3.3.1. Cálculo del punto de equilibrio. 57
3.3.2. Resumen de punto de equilibrio de unidades intervenidas..... 57
3.3.3. Socialización de resultados..... 59
3.3.4. Diseño de estrategias de mejoramiento. 59
3.3.5. Cálculo de indicadores de monitoreo y evaluación. 61
3.3.6. Entrega de informes a las autoridades distritales. 67
3.3.7. Análisis con autoridades distritales. 67
3.4 Análisis general..... 68

CONCLUSIONES 69
RECOMENDACIONES..... 70
BIBLIOGRAFÍA..... 71
ANEXOS..... 74

RESUMEN

La estratificación del sistema de salud intenta facilitar el acceso y solucionar oportunamente las demandas de la población, de ellos el primer nivel es el de más baja complejidad y donde se resuelven la mayoría de consultas, por ello la relevancia del presente trabajo. La Reforma en Salud busca implementar un sistema desconcentrado y descentralizado que mantenga un direccionamiento estratégico permitiendo una distribución equitativa de las funciones para el cumplimiento de los objetivos planteados en el Sistema de Salud con el Plan Nacional del Buen Vivir y los objetivos de Desarrollo del Milenio.

La evaluación financiera es una poderosa herramienta que ayuda en los distintas etapas de la gestión y en el entorno salud se convierte en base para la toma de decisiones; este estudio evalúa el estado financiero mediante la recolección de datos de costo – facturación en las unidades de Salud tipo A, Cunchibamba, Unamuncho y Samanga del distrito 18D01, de la provincia de Tungurahua y a través del programa WINSIG obtener datos para el cálculo del punto de equilibrio, lo cual facilitará la formulación de estrategias de mejoramiento.

PALABRAS CLAVE: atención en salud, Costos, presupuesto, manejo financiero

ABSTRACT

Levels of health care are used as a stratification instrument that try to facilitate access to health care and to solve efficiently main demands of the population, of which the first level of care has the lower complexity, and it solves most of population care necessities. For that reason this level is the most important in health care. Whereas current health reform try to implement a decentralized health system that maintain a strategic direction with an equitable distribution of functions, also pretends to achieve the objectives outlined in the Health System with the National Plan for Good Living and the Millennium Development goals.

Financial evaluation in any field is a powerful tool that helps us to manage health services. In different stages of management it becomes the basis for decision-making process. This trial performs evaluation of financial status of first level health units, by collecting data about budgets and costs in communities of Cunchibamba, Unamuncho and Samanga. This analysis was supported by WINSIG program, the objective is to develop improvement strategies.

KEYWORDS: health care, Costs, budget, financial management

INTRODUCCIÓN

La evaluación financiera en salud a nivel mundial se ha convertido en las últimas décadas en un método óptimo e indispensable para la toma de decisiones en cuanto a los procedimientos, pues las circunstancias actuales en salud se han modificado considerablemente a tal punto que los avances tecnológicos implican un gasto en salud que debe justificarse de acuerdo a la utilidad que prestará a toda la población a la que va dirigida.

Un prototipo de organización de Sistema de Salud pueden ser Canadá y Costa Rica, ambos con sistemas organizados pero diferentes, por ejemplo, en el primero el acceso de salud es gratuito y completo para todos y cada uno de sus ciudadanos, mientras que el segundo tiene dos entes que lo conforman y que son, la caja de seguro social que se encarga de la atención en salud y de las prestaciones y el Instituto Nacional de Seguros al que se delega los riesgos y accidentes, sean estos laborales o de tránsito, sin embargo esto no es gratuito pues su sustento está basado en el pago que lo realizan los trabajadores, los empleadores y el estado, pero de igual manera asegura el acceso a la atención para toda la población.

Estos conceptos han llevado a la creencia de que la medicina se ha convertido en un mercado de oferta y demanda, donde el producto finalmente sería la salud, sin embargo eso no es cierto en el punto que una vez facilitado el producto, el ofertante no tiene ya nada en común con el cliente y los servicios de salud ventajosamente no trabajan de esa manera y sus objetivos no son referentes a ello, pues una vez restablecida la salud sus funciones deben encaminarse a la prevención y promoción de la misma.

El Ministerio de Salud Pública (MSP), como la máxima autoridad sanitaria en nuestro país y considerado parte de Organización Mundial de la Salud (OMS) / Organización Panamericana de la Salud (OPS) asumió el reto de cumplir los objetivos de desarrollo del milenio que se basan en la Atención Primaria en Salud – Renovada (APS-R), como una estrategia en respuesta a la necesidad del desarrollo en salud y a su vez, nuestro país se encargó de formular con este fin el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), el mismo que basado en la integralidad intenta contestar a las necesidad de la población basado en el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir.

El trabajo de “Evaluación financiera de establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención” está diseñado para realizar un estudio de costos de producción en los servicios de salud correspondientes y se lo llevará a cabo en la Provincia de Tungurahua en las unidades de Salud tipo A, de las comunidades Cunchibamba, Unamuncho y Samanga, correspondientes al distrito 18D01 del Ministerio de Salud Pública.

La transcendencia del trabajo será vislumbrado por la equidad en los gastos y así poder evidenciar y determinar los costos de los servicios de salud, para unificarlos y conocer la distribución del presupuesto asignado y verificar si se suple las necesidades y requerimientos de estas unidades. Todo esto encaminado a buscar soluciones que permitan hacer del sistema de salud un bien común que sea sostenible y sustentable a mediano y largo plazo, sin olvidar los verdaderos intereses sociales y humanitarios de los sistemas de salud.

La economía y la salud siempre han estado íntimamente ligadas pero no es sino hasta 1963 que se atribuye el primer enfoque en este ámbito a Arrow y con ello el despliegue de la importancia de la una sobre la otra, pasando a ser algo aislado a un tema de interés gubernamental y mundial. Desde este punto de vista, parece que la economía en salud es un tema de fácil aplicación y consecución, pero no es así, si consideramos que todo lo que involucra el tema salud, su planificación, priorización, consecución y financiamiento adecuado no puede ser tomado a la ligera y de manera somera.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un informe que estima el gasto en salud en aproximadamente 5.3 billones de dólares anuales a nivel mundial y se reconoce que esta cantidad debe haber variado a lo largo de estos años y de manera exponencial, debido a la persistencia de enfermedades infecto-contagiosa en los países de bajos recursos y el incremento desmesurado de las enfermedades crónicas a nivel mundial con el acrecentamiento en la esperanza de vida y la aparición de nuevas enfermedades que aumentan este gasto.

PROBLEMATIZACIÓN

Todas las decisiones tomadas en cualquier ámbito fuere o no de salud, tiene sus repercusiones y por ende lleva a una cadena de eventos que se desarrollan subsecuentemente y que finalizaran en una obra adecuada y estructurada o en una verdadera catástrofe, es por ello que es pertinente que estos laudos sean tomados concienzudamente y reflexionando episodios previos o antecedentes de importancia.

Un estudio como el actual no ha sido llevado a cabo en nuestro país en ningún momento de la historia, todo ello ha conllevado a que las decisiones importantes en la esfera salud sean tomadas sin un estudio previo y sin una base de datos que justifique esta providencia. Por tal motivo desconocemos la sostenibilidad y sustentabilidad de cada una de las unidades de salud a ser evaluadas y esto podría a futuro repercutir en la gratuidad del servicio de salud, el cual representa un derecho constitucional que tiene los ciudadanos de acceder de forma universal.

Considerando esto último se realizó el tarifario de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, el cual es una norma que propone estandarizar los costos de salud tanto a nivel de la Red Pública Integral así como en la red complementaria.

De esta manera se pretende regularizar y garantizar el acceso a la salud de todos y cada uno de los pobladores, reconociendo al Ministerio de Salud Pública como el ente rector del Sistema Nacional de Salud y gracias a esta norma el presente trabajo que se realiza actualmente nos permitirá conocer más acertadamente el funcionamiento del primer nivel de salud así como su capacidad de sustentabilidad y sostenibilidad. Haciendo de este trabajo un primer histórico que posteriormente puede servir de ejemplo para continuar con las evaluaciones de los siguientes niveles de atención y cuyos resultados nos permitirán tomar decisiones conscientes, coordinadas y con base en las necesidades presentes y futuras de nuestro sistema de salud actual.

Básicamente los problemas de nuestro actual sistema de salud, es precisamente la toma de decisiones arbitrariamente y sin un fundamento que avale su adquisición, siendo esta casi un impulso y acorde a la visión de la administración de momento, que probablemente nada tiene que ver con las necesidades reales de la población a la que va dirigida, por ende no cumpliendo

adecuadamente con las tareas encomendadas a la institución y finalmente errando con los objetivos propuestos por la misma.

JUSTIFICACIÓN

Considerando que no existe una base de datos sobre los análisis de costos y valoración económica de las prestaciones en las unidades de salud y por ende se deduce que las decisiones tomadas en cada una de ellas son realizadas sin una adecuada planificación y priorización por lo que la falta de estos datos reales de costo – facturación son pertinentes para la formulación de estrategias de mejoramiento, para fortalecer la salud en el primer nivel de atención considerando a este como el pedestal del sistema integrado de atención en salud.

Por tanto este programa se realiza en beneficio de los pobladores de las comunidades a ser evaluadas y con el propósito de crear una base de datos fidedigna y confiable que permita tomar decisiones adecuadas y pertinentes que provean un servicio adecuado, eficaz, eficiente, con calidad adecuada y que responda a las necesidades de los beneficiarios.

Pues finalmente la ventaja de la evaluación financiera permitirá que cada una de las unidades a ser evaluadas, posea una útil herramienta para determinar y alcanzar acorde a sus objetivos las metas propuestas por la misma, por el ente rector y acordes a las leyes, reglamentos y estatutos actuales, así como la meta propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya fecha límite fue alcanzada por el tiempo sin cumplirse hasta el momento, en pocas palabras una adecuada organización procedente desde el pedestal del sistema de salud como lo es el primer nivel de atención, garantizará al menos en parte una readecuación en la organización de los subsiguientes sistemas y este es más que una conveniente excusa para la realización del presente trabajo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el componente financiero de enero a diciembre de 2014 del distrito de salud 18D01, Provincia de Tungurahua, zona 3, mediante el análisis de costos, valoración económica de las prestaciones y formulación de estrategias de mejoramiento, para fortalecer la formación de Gerencia en Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Realizar costeo de los servicios de salud.

2. Valorar económicamente las prestaciones de salud en base al tarifario del sistema nacional de salud.

3. Formular estrategias de mejoramiento de la gestión financiera.

CAPITULO I:

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Marco institucional

1.1.1. Aspecto geográfico del lugar y Población.

El proyecto de acción se llevará a cabo en la provincia de Tungurahua, zona 3, área distrital de salud 18D01 en las unidades tipo A de las comunidades de Cunchibamba, Unamuncho y Samanga.

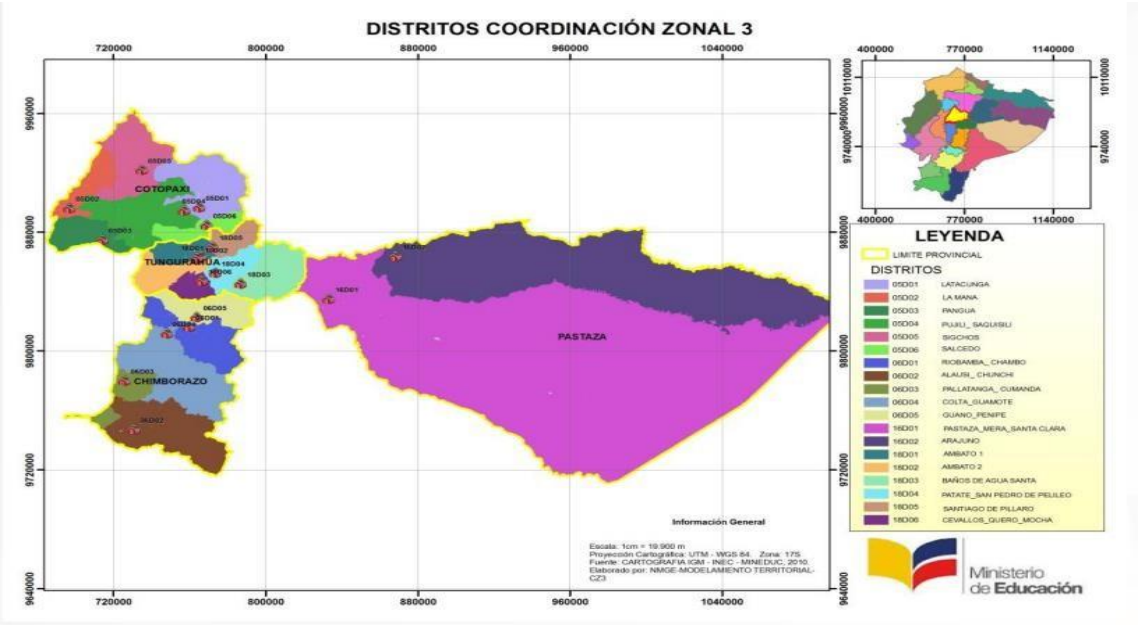


GRAFICO 1. Distritos coordinación zonal 3
Fuente: Informe rendición de cuentas 2014. Ministerio de Educación.

Parroquia de Cunchibamba

Situada en la provincia de Tungurahua, Cantón Ambato

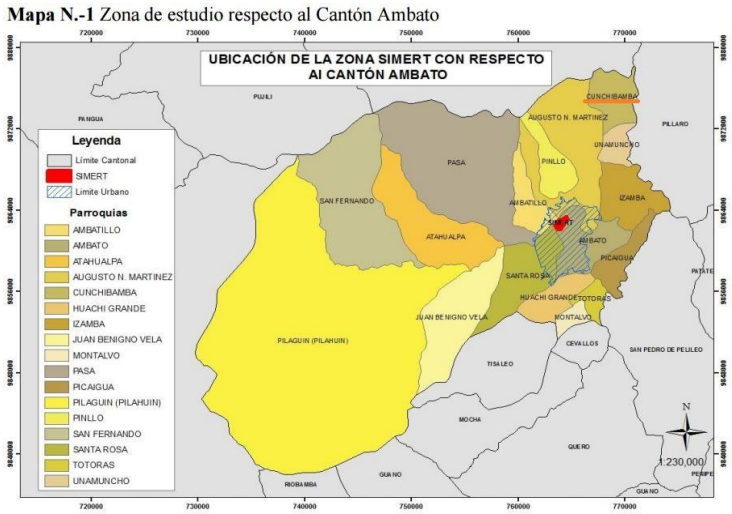


GRAFICO 2. Mapa de ubicación Cunchibamba

Elaborado: López H 2013 Fuente: CPV 2010, cartografía temática

Indicadores demográficos

Población: 4475

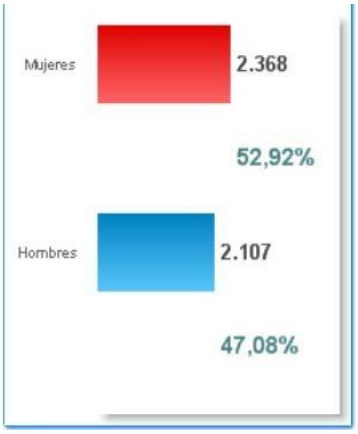


GRAFICO 3. Distribución por sexo Cunchibamba:

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

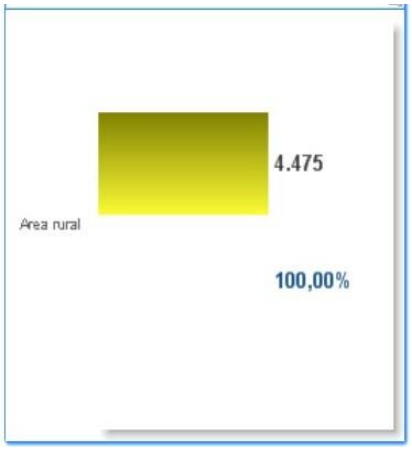


GRAFICO 4. Distribución por área Cunchibamba:

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

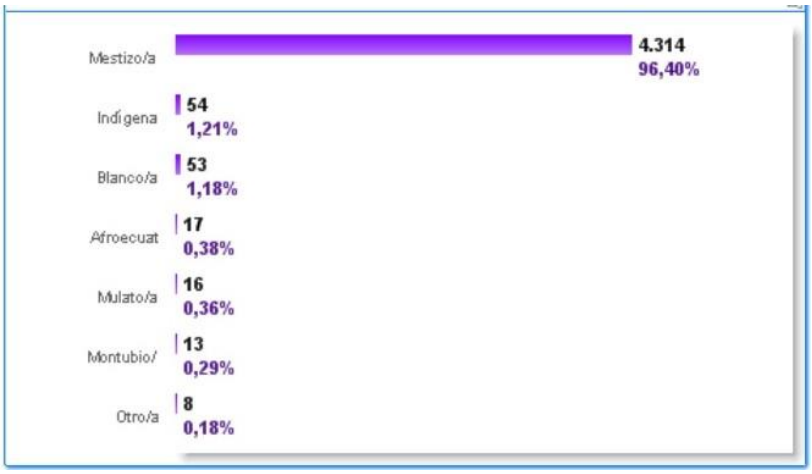


GRAFICO 5. Distribución por etnia Cunchibamba:
Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

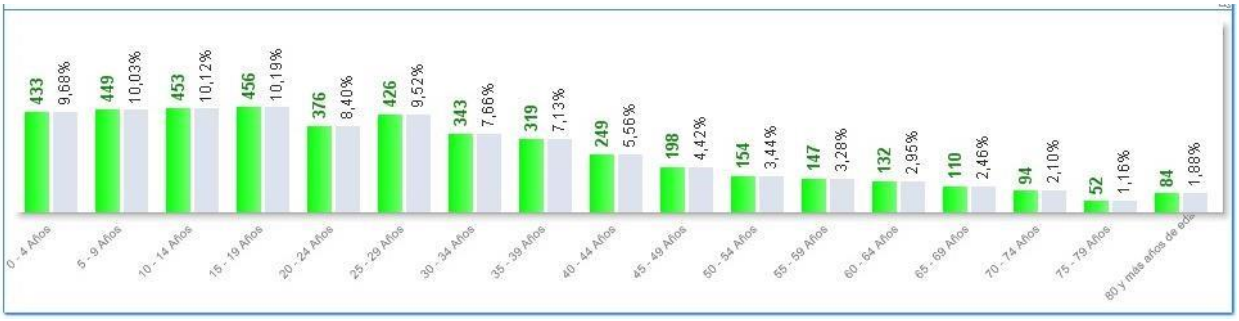


GRAFICO 6. Distribución etaria Cunchibamba:
Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

TABLA 1. INDICADOR DE POBREZA CUNCHIBAMBA				
			Año	2010
Provincia	**Cantón**	**Parroquia**	**Indicador**	Total
TUNGURAHUA	AMBATO	CUNCHIBAMBA	Pobreza por NBI (Hogares)	84,15

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

TABLA 2. INDICADORES DE EDUCACIÓN CUNCHIBAMBA				
			AÑO	2010
PROVINCIA	**CANTON**	**PARROQUIAS**	**INDICADOR**	Total
TUNGURAHUA	AMBATO	CUNCHIBAMBA	Tasa de analfabetismo	8,41
			Tasa de analfabetismo de la población masculina	3,70
			Tasa de analfabetismo de la población femenina	12,50
			Tasa neta de asistencia en educación básica	93,68
			Tasa neta de asistencia en educación primaria	96,49
			Tasa neta de asistencia en educación secundaria	66,91
			Tasa neta de asistencia en educación bachillerato	45,65
			Tasa neta de asistencia en educación superior	16,64

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

Grupos de edad

	SEXO		
EDAD (grupo)	Hombre	Mujer	Total general
1 a 4 años	1		1
5 a 9 años	2	4	6
10 a 14 años	3		3
15 a 19 años	3	4	7
20 a 49 años	15	7	22
50 a 64 años	9	4	13
65 y más años	15	12	27
Total general	48	31	79

GRAFICO 7. Calificación de discapacidades, grupo de edad Cunchibamba.
Fuente: CONADIS Y MSP. Elaborado por: MSP. 2012

GRAFICO 8. Calificación de discapacidades, grado de discapacidad. Cunchibamba.
Fuente: CONADIS Y MSP. Elaborado por: MSP. 2012

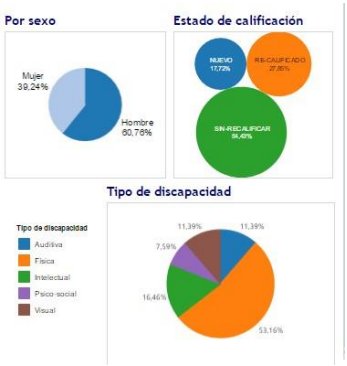


GRAFICO 9. Calificación de discapacidades, por sexo, estado de calificación y tipo de discapacidad. Cunchibamba

Fuente: CONADIS Y MSP. Elaborado por: MSP. 2013

Parroquia de Unamuncho

Situada en la provincia de Tungurahua, Cantón Ambato.

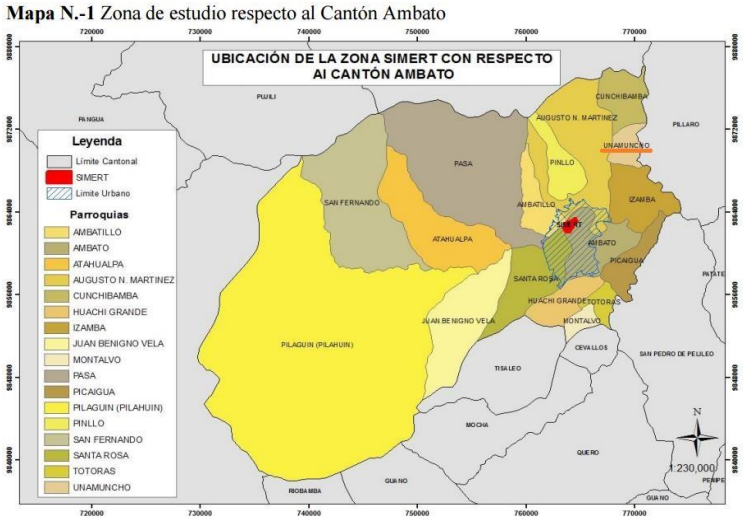


GRAFICO 10. Mapa ubicación Unamuncho

Elaborado: López H 2013 Fuente: CPV 2010, cartografía temática

Indicadores demográficos

Población: 4672

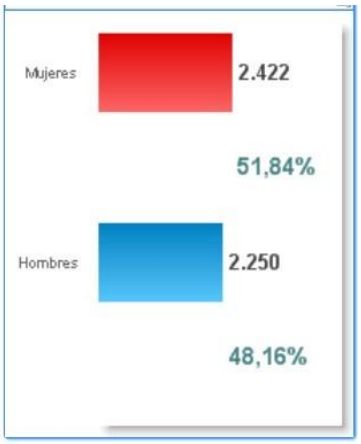


GRAFICO 11. Distribución por sexo. Unamuncho

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

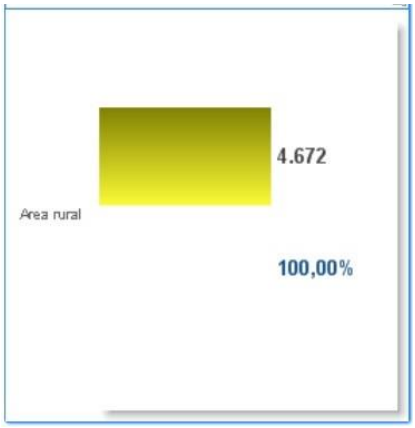


GRAFICO 12. Distribución por área. Unamuncho

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

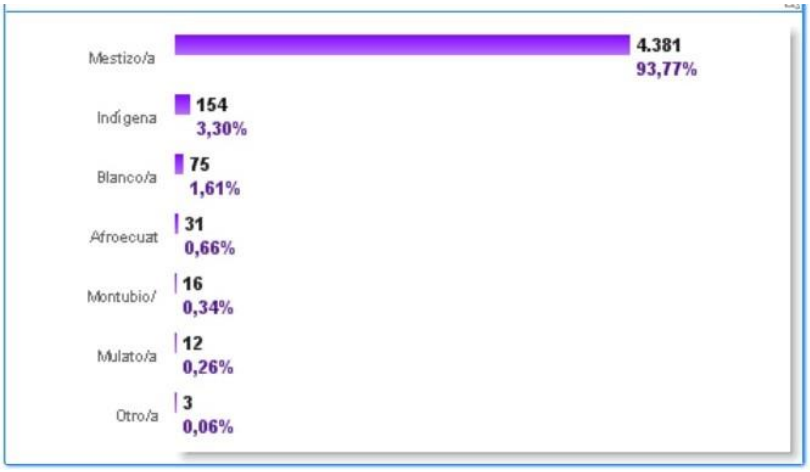


GRAFICO 13. Distribución por etnia. Unamuncho

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

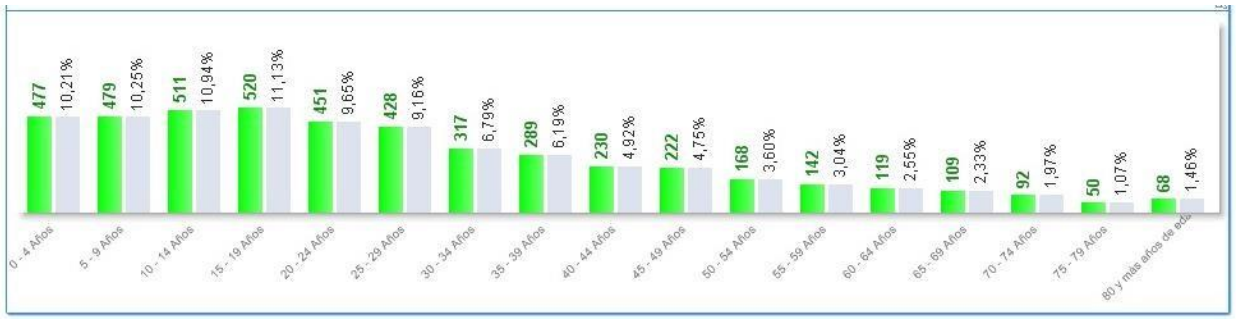


GRAFICO 14. Distribución etaria. Unamuncho

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

TABLA 3. INDICADOR DE POBREZA UNAMUNCHO				
			Año	2010
Provincia	**Cantón**	**Parroquia**	**Indicador**	Total
TUNGURAHUA	AMBATO	UNAMUNCHO	Pobreza por NBI (Hogares)	77,29

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

TABLA 4. INDICADORES DE EDUCACIÓN UNAMUNCHO				
			AÑO	2010
PROVINCIA	**CANTON**	**PARROQUIAS**	**INDICADOR**	Total
TUNGURAHUA	AMBATO	UNAMUNCHO	Tasa de analfabetismo	11,08
			Tasa de analfabetismo de la población masculina	5,61
			Tasa de analfabetismo de la población femenina	15,99
			Tasa neta de asistencia en educación básica	90,71
			Tasa neta de asistencia en educación primaria	97,84
			Tasa neta de asistencia en educación secundaria	52,96
			Tasa neta de asistencia en educación bachillerato	39,10
			Tasa neta de asistencia en educación superior	11,40

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

Grupos de edad

	SEXO		
EDAD (grupo)	Hombre	Mujer	Total general
1 a 4 años		1	1
5 a 9 años		2	2
10 a 14 años	3		3
15 a 19 años	2	2	4
20 a 49 años	10	5	15
50 a 64 años	7	9	16
65 y más años	11	9	20
Total general	33	28	61

GRAFICO 15. Calificación de discapacidades. Grupos de edad. Unamuncho.

Fuente: CONADIS Y MSP. Elaborado por: MSP. 2012

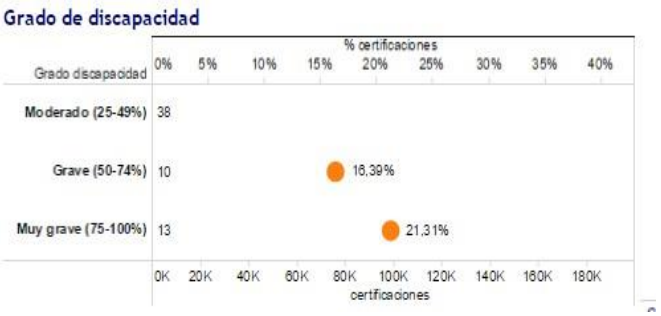


GRAFICO 16. Calificación de discapacidades grado de discapacidad. Unamuncho.

Fuente: CONADIS Y MSP. Elaborado por: MSP. 2012

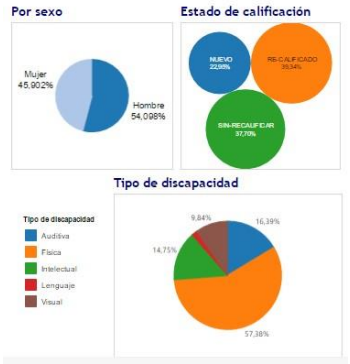


GRAFICO 17. Calificación de discapacidad por sexo, estado de calificación y tipo de discapacidad. Unamuncho.

Fuente: CONADIS Y MSP. Elaborado por: MSP. 2012

Parroquia de Augusto N. Martínez (Samanga)

Situada en la provincia de Tungurahua, Cantón Ambato.

Mapa N.-1 Zona de estudio respecto al Cantón Ambato

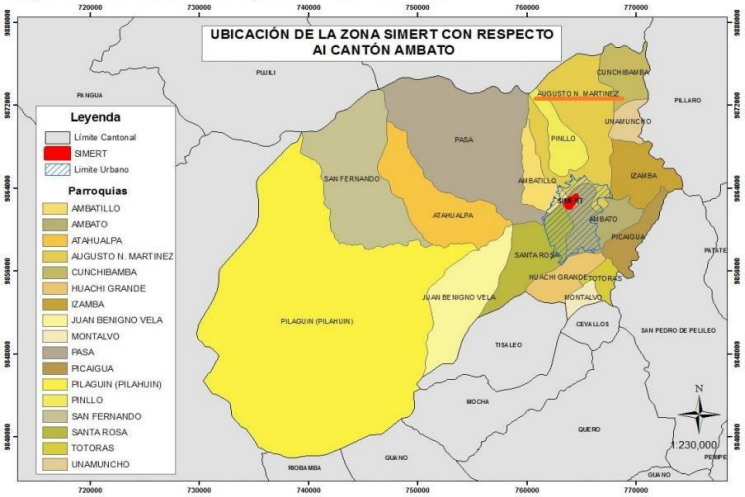


GRAFICO 18. Mapa ubicación Unamuncho

Elaborado: López H 2013 Fuente: CPV 2010, cartografía temática

Indicadores demográficos

Población: 8191

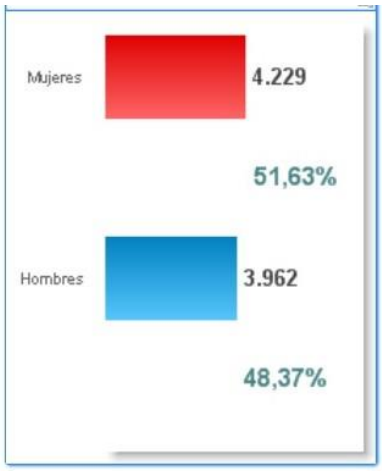


GRAFICO 19. Distribución por sexo. Unamuncho

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

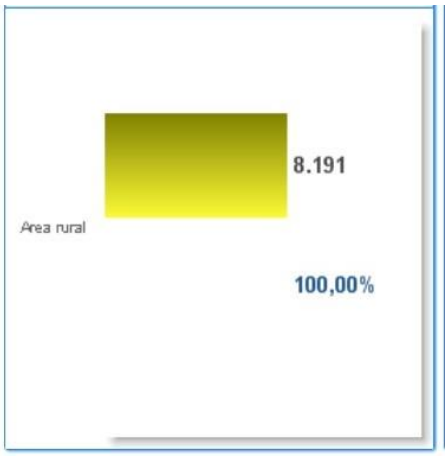


GRAFICO 20. Distribución por área. Unamuncho

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

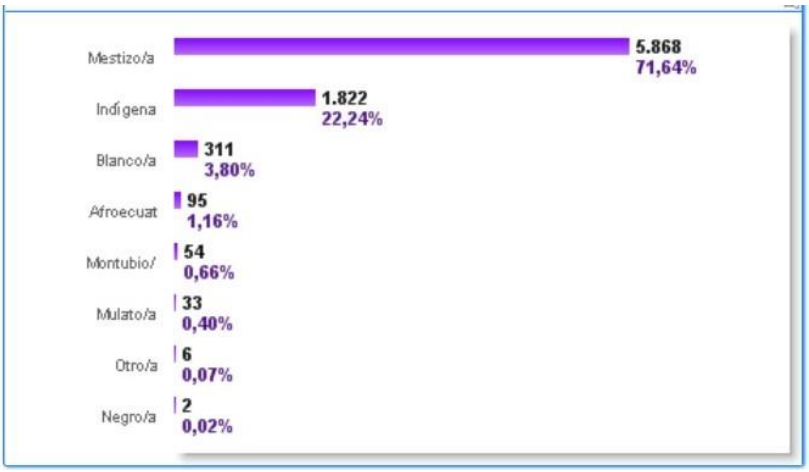


GRAFICO 21. Distribución por etnia. Unamuncho:

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

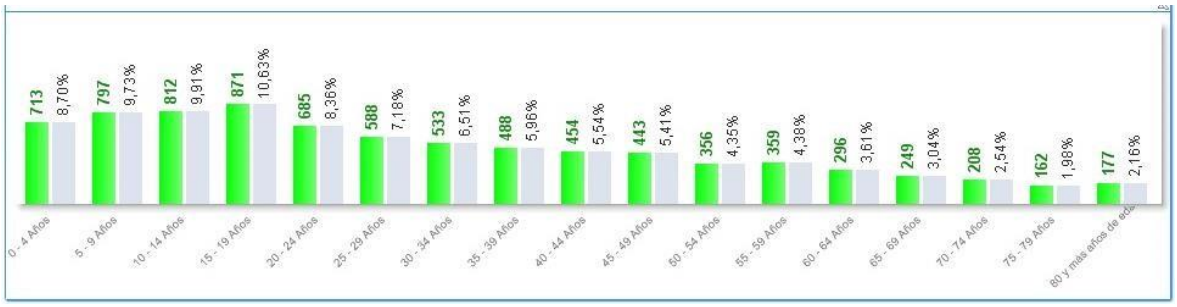


GRAFICO 22. Distribución etaria. Unamuncho

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

TABLA 5. INDICADORES DE POBREZA. UNAMUNCHO

			Año	2010
Provincia	**Cantón**	**Parroquia**	**Indicador**	Total
TUNGURAHUA	AMBATO	AUGUSTO N. MARTÍNEZ (MUNDUGLEO)	Pobreza por NBI (Hogares)	79,18

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

TABLA 6. INDICADORES DE EDUCACIÓN. UNAMUNCHO				
			AÑO	2010
PROVINCIA	**CANTON**	**PARROQUIAS**	**INDICADOR**	Total
TUNGURAHUA	AMBATO	AUGUSTO N. MARTÍNEZ (MUNDUGLEO)	Tasa de analfabetismo	10,79
			Tasa de analfabetismo de la población masculina	6,50
			Tasa de analfabetismo de la población femenina	14,70
			Tasa neta de asistencia en educación básica	93,35
			Tasa neta de asistencia en educación primaria	94,01
			Tasa neta de asistencia en educación secundaria	70,35
			Tasa neta de asistencia en educación bachillerato	53,60
			Tasa neta de asistencia en educación superior	16,00

Fuente: Sistema Nacional de Información 2010

Grupos de edad

	SEXO		
EDAD (grupo)	Hombre	Mujer	Total general
1 a 4 años	3	1	4
5 a 9 años	5	4	9
10 a 14 años	4	3	7
15 a 19 años	8	5	13
20 a 49 años	30	27	57
50 a 64 años	12	18	30
65 y más años	21	20	41
Total general	83	78	161

GRAFICO 23.

Calificación de discapacidades, grupos de edad. Samanga.

Fuente: CONADIS Y MSP. Elaborado por: MSP. 2012

GRAFICO 24.

Calificación de discapacidades, grado de discapacidad.Samanga

Fuente: CONADIS Y MSP. Elaborado por: MSP. 2012

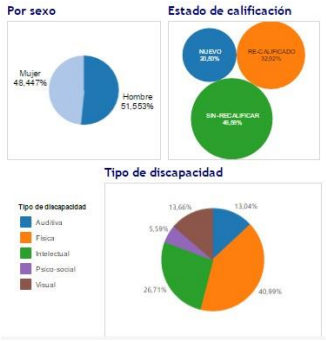


GRAFICO 25. Calificación de discapacidad por sexo, estado de calificación y tipo de discapacidad. Samanga

Fuente: CONADIS Y MSP. Elaborado por: MSP. 2012

1.1.2. La Misión

"Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano, por medio de la promoción y protección de la salud, de la seguridad alimentaria, de la salud ambiental y del acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia"

1.1.3. La Visión

"Para el año 2020 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ejerce la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, modelo referencial en Latinoamérica, que garantiza 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".

1.1.4. 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.

1.1.5. 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

1.1.6. Organización administrativa.

GRAFICO 26. Organigrama de la Unidad Operativa
Fuente: lineamientos del MAIS y RPIS 2014

GRAFICO 27. Organigrama de la Dirección distrital de salud.

Fuente: lineamientos del MAIS y RPIS 2014

1.1.7. Servicios que presta la institución.

Los centros de Salud de Cunchibamba y Unamuncho se consideran centros de tipo A, por tanto sus servicios corresponden al igual que a sus similares y está en relación con el siguiente gráfico.

GRAFICO 28. Centro de salud tipo A: Operativo

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

GRAFICO 29. Centro de salud tipo A: administrativo y cartera de servicios

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

Samanga en cambio se considera un puesto de salud y cuenta con el médico y una auxiliar de enfermería de forma itinerante, en el transcurso de la semana, brindan atención a la población tres veces a la semana, no cuenta con los servicios de odontología y el siguiente cuadro resume sus características

GRAFICO 30. Puesto de salud y cartera de servicios
Fuente: Lineamientos del M.A.I.S. MSP (2014)

1.1.8. Datos estadísticos de cobertura – Año 2014

	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total general	
Cie-Descripcion (3C)	Totales	%	Totales	%	Total..	%
J02 | FARINGITIS AGUDA	235	19,28%	370	16,71%	605	17,62%
B82 | PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	112	9,19%	163	7,36%	275	8,01%
J03 | AMIGDALITIS AGUDA	122	10,01%	128	5,78%	250	7,28%
N76 | OTRAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LA VAGINA Y DE..			197	8,90%	197	5,74%
J00 | RINOFARINGITIS AGUDA	62	5,09%	93	4,20%	155	4,52%
A54 | INFECCION GONOCOCICA	42	3,45%	87	3,93%	129	3,76%
N39 | OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	7	0,57%	94	4,25%	101	2,94%
A09 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFEC..	37	3,04%	46	2,08%	83	2,42%
B36 | OTRAS MICOSIS SUPERFICIALES	36	2,95%	47	2,12%	83	2,42%
H90 | HIPOACUSIA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL	37	3,04%	36	1,63%	73	2,13%

GRAFICO 31. Primeras 10 causas de Morbilidad en Cunchibamba

Fuente: MSP Información estadística de producción de salud – Producción 2014

	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total general	
Cie-Descripcion (3C)	Totales	%	Totales	%	Total..	%
B82 | PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	91	16,34%	100	11,45%	191	13,36%
J00 | RINOFARINGITIS AGUDA	66	11,85%	81	9,28%	147	10,28%
J03 | AMIGDALITIS AGUDA	61	10,95%	77	8,82%	138	9,65%
A09 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFEC..	45	8,08%	36	4,12%	81	5,66%
D50 | ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO	31	5,57%	31	3,55%	62	4,34%
N76 | OTRAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LA VAGINA Y DE..			61	6,99%	61	4,27%
J02 | FARINGITIS AGUDA	18	3,23%	34	3,89%	52	3,64%
J30 | RINITIS ALERGICA Y VASOMOTORA	18	3,23%	22	2,52%	40	2,80%
N39 | OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	4	0,72%	34	3,89%	38	2,66%
J06 | INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERI..	19	3,41%	16	1,83%	35	2,45%

GRAFICO 32. Primeras 10 causas de Morbilidad en Unamuncho

Fuente: MSP Información estadística de producción de salud – Producción 2014

	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total general	
Cie-Descripcion (3C)	Totales	%	Totales	%	Total..	%
J02 | FARINGITIS AGUDA	469	17,51%	755	17,23%	1.224	17,33%
B82 | PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	465	17,36%	525	11,98%	990	14,02%
J03 | AMIGDALITIS AGUDA	261	9,74%	338	7,71%	599	8,48%
J00 | RINOFARINGITIS AGUDA	239	8,92%	281	6,41%	520	7,36%
A09 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFEC..	139	5,19%	164	3,74%	303	4,29%
N39 | OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	23	0,86%	207	4,72%	230	3,26%
K29 | GASTRITIS Y DUODENITIS	46	1,72%	120	2,74%	166	2,35%
M79 | OTROS TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS NO CLASIFI..	36	1,34%	109	2,49%	145	2,05%
E78 | TRASTORNOSDEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y ..	34	1,27%	88	2,01%	122	1,73%
B36 | OTRAS MICOSIS SUPERFICIALES	51	1,90%	68	1,55%	119	1,69%

GRAFICO 33. Primeras 10 causas de Morbilidad en Samanga

Fuente: MSP Información estadística de producción de salud – Producción 2014

1.1.9. Características geo-físicas de la institución.

El centro de Salud de Cunchibamba y Unamuncho cuentan con un área de salud que corresponde a 355,3 y 283, 79m^2 respectivamente, el Centro de Unamuncho es un edificio nuevo dotado de áreas de medicina, odontología, enfermería, curación y vacunas, contando además con espacios de área verde, mientras de Cunchibamba cuenta con las mismas secciones pero algunas de ellas inhabilitadas temporalmente mientras terminan la construcción del nuevo edificio que es de mayor tamaño y cuenta de igual manera con áreas verdes. El puesto de salud de Samanga es de menor tamaño y muchas de sus áreas son compartidas, cuenta con un área de 127m^2. (Anexo 1, 2 y 3)

1.1.10. Políticas de la institución.

1.1.10.1. Plan nacional del buen vivir.

Los objetivos de los centros de salud, están empatados al Plan Nacional del Buen Vivir, sobre todo con el objetivo 3 que se refiere a mejorar la calidad de vida de la población y cuenta con las siguientes políticas

- Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas
- Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud
- Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud
- Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas

- 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.
- 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

1.1.10.2. Metas del plan del buen vivir

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.

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

1.2. Marco conceptual

Evaluación financiera es un término que engloba un concepto amplio que permite determinar con mayor precisión el punto de equilibrio entre los gastos y la producción, en cualquier institución que ambicione tener una base que le permitirá tomar decisiones realistas y sensatas, es así, como nace este proyecto, pues su objetivo es realizar una evaluación financiera histórica precursora en el primer nivel de atención en salud, basado en los costes que requiere la institución así como la producción que efectúa la misma.

Los costos son obtenidos de la base de datos de la institución participante y la producción se obtiene en relación a las atenciones realizadas y con base en el tarifario de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Para continuar con el tema es necesario aclarar ciertos conceptos que faciliten la comprensión del contenido del presente trabajo y que nos consentirá departir un solo lenguaje, el cual permitirá que el tema tenga una mayor facilidad en su juicio.

La atención primaria en salud hace referencia a todo cuidado considerada como básico para toda la población y que involucre costos que son asequibles para la comunidad y el país en general, mientras que el Primer Nivel de Atención se refiere al prestador de servicio de salud que es la base del Sistema Nacional de Salud, donde se soluciona el más del 90% de las demandas de la comunidad y cuyos ejes son la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Es nuestra obligación conocer sobre el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), el cual es un conjunto de estrategias y políticas cuyos lineamientos permiten organizar el Sistema de Salud con base en la familia, la comunidad y la interculturalidad, así como pretende delegar funciones a los distintos actores con el fin de crear una cadena de apoyo mediante la Red Integrada de Salud, que involucra tanto al sector público (Red pública de salud), así como al sector privado (red complementaria), siendo el Ministerio de Salud Pública el ente rector de todo el sistema, lo cual facilitará que cada demanda sea resulta en el nivel de atención correspondiente, cumpliendo de esta forma con las características de la Atención Primaria en Salud (APS) de continuidad, longitudinalidad, accesibilidad, equidad e integralidad.

Condición esta que consiente ofrecer a la población un servicio con calidad y calidez y a su vez que sea eficiente, eficaz y efectivo para el individuo, la familia y la comunidad, cumpliendo así con el objetivo del Modelo Integral de Salud (MAIS), todo esto en el contexto de una comunidad plurinacional y pluricultural como lo es nuestro país.

El tarifario de prestaciones del sistema nacional de salud es una herramienta técnica de utilidad obligatoria que pretende estandarizar los costos de las beneficios de los servicios de los

sistemas de la Red Integral de Salud Pública y Complementaria con el fin de evitar que cada prestador de servicio asigne sus propias tarifas y de esta manera evitar discordancia en los costos por un servicio equivalente; esta herramienta debe ser actualizada y verificada anualmente para los fines consiguientes.

El Modelo Integral de Salud (MAIS) por otra parte pretende que el acceso a la salud sea universal y considera además las características propias del lugar a implementarse, sin dejar de lado los determinantes de la salud, sin los cuales a pesar de los esfuerzos del Sistema de Salud, la consecución de las metas propuestas es utópico, de estos determinantes de salud, existen aquellos que no pueden modificarse, pero es precisamente en aquellos en que si puede rectificarse, donde debe actuar el gobierno local en participación activa con el individuo, la familia y la comunidad, siendo totalmente incluyente.

Considerando que la salud es un derecho universal, se pretende que el acceso a los mismos sea fácil y gratuito de esta manera todas las personas independientemente de su estado socio-económico puede fácilmente acceder a estos y de igual manera se procura que su atención sea en relación al nivel de complejidad considerando así el primer nivel de atención aquel que atiende el mayor número de demandas con la menor complejidad y de ser necesario se remite al paciente al segundo o tercer nivel de acuerdo a la multiplicidad de su demanda.

Los principales obstáculos que encuentran la implementación y desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) son la fragmentación y la segmentación del sistema de salud, por lo que se hace ineludible la creación de herramientas útiles que permitan oportuna, acertada y satisfactoriamente solventar estos inconvenientes a la brevedad posible para de este modo implementar el modelo de atención propuesto y con la mayor de sus características para a futuro proceder a corregir sus desperfectos, bajo la premisa de que el Sistema de Salud debe adaptarse de manera exclusiva al medio en el que se desarrollará y no que la comunidad debe ajustarse a él.

Gracias a la existencia del RDACAA, podemos hoy por hoy conocer con un valor cercano al exacto la morbi-mortalidad de cualquier población que ansiemos a la velocidad del suministrador de internet, puesto que estos datos son libres en la página del Ministerio de Salud Pública (MSP), similar a ello, el presente trabajo busca de manera entusiasta posicionarse como una

herramienta gerencial útil y con la importancia de la mencionada, llegando con ello a ser parte de los expedientes a tomarse en cuenta antes de la toma de una decisión que afecte al sistema de salud y por ende a toda la población, obviamente implementando además competencias críticas para el adecuado análisis de los resultados obtenidos.

Además debemos considerar que son la prevención y promoción de salud los métodos más efectivos para la reducción de los gastos en salud, por lo que son ellos los que mayor énfasis deben tener en el sistema de salud propuesto, esto obviamente sin descuidar la curación, rehabilitación y cuidados paliativos cuyos costes son más altos pero que con las decisiones acertadas se puede lograr reducir considerablemente, sobre todo si se logra desmantelar el sistema de salud actual que centraliza su accionar en los centros hospitalarios de tercer nivel, quienes serían en realidad los encargados de solventar el menor número de demandas con la mayor complejidad y una vez resueltos deben ser remitidos a su unidad de primer nivel, donde el médico de allí, se encargará de retomar los cuidados pertinentes y de igual manera remitir si amerita.

Estos objetivos propuestos serán solamente alcanzados cuando de manera adecuada se fortalezca la capacidad gerencial de todos y cada uno de los niveles de atención y para ello hemos ya previamente planteado la necesidad de herramientas útiles e implementadas acorde a las necesidades de los demandantes del sistema de salud, convirtiéndose en políticas normadas, competentes y acatadas por todos y cada uno de los actores sociales involucrados.

CAPITULO II:

2. 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, en este componente debe fundamentar las bondades de diseñar el proyecto de acción, describiendo el por qué táctico y operativo, para esto se realiza el proceso de diseño integrado por los siguiente elementos

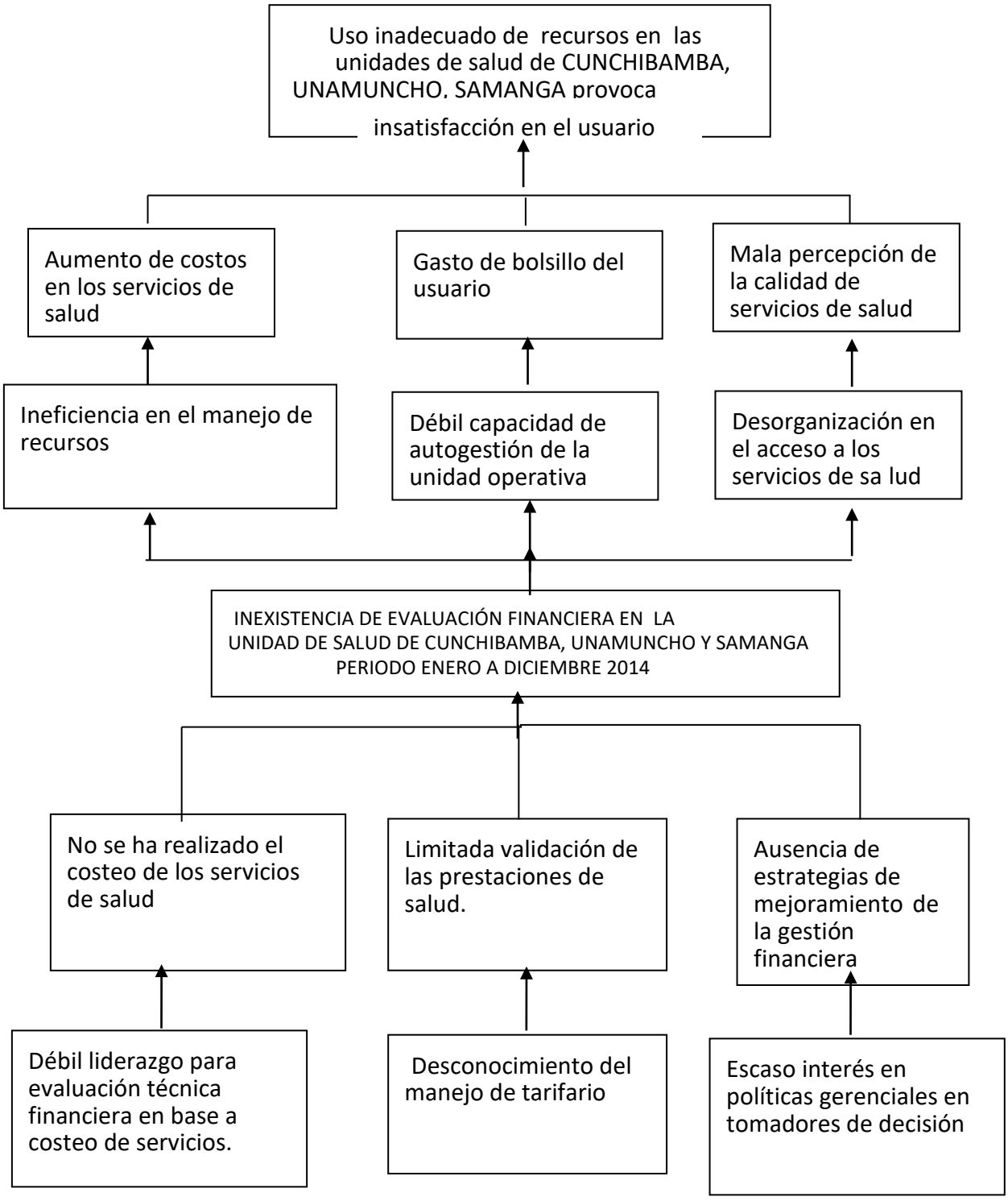
2.1. Matriz de involucrados

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

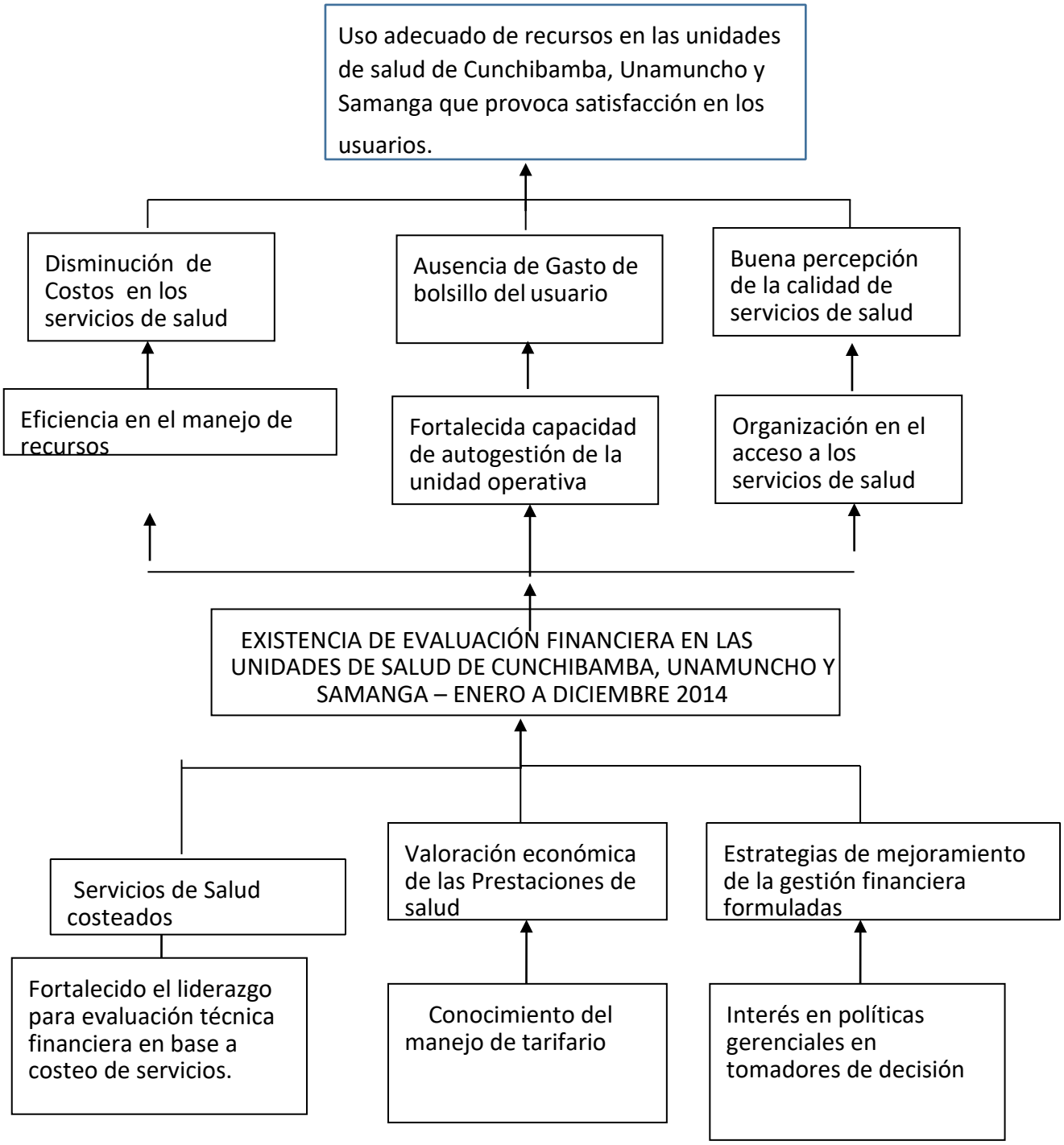
	de los funcionarios.	eficiencia. Recursos humanos. Recursos materiales.	eficientes y efectivas
Egresado de la Maestría	Proponer el plan para evaluación financiera del departamento médico del Ministerio de Finanzas	Contribuir a consolidar la estructura de análisis de gestión financiera en la unidad de 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.

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Contribuir con el uso adecuado de recursos en las unidades de salud de Cunchibamba, Unamuncho y Samanga.	Niveles de productividad de los servicios de salud: Alto => 80% Medio = 60 y 80% Bajo < 60%	Informe de producción de los servicios de salud	Alto compromiso del nivel directivo para facilitar los recursos en la ejecución de las actividades.
PROPOSITO **Evaluación financiera de las unidades de salud de Cunchibamba, Unamuncho y Samanga.**	100% Evaluación financiera realizada.	Informe presentado de la evaluación financiera	Apoyo político, técnico para obtener información y realizar el estudio.
RESULTADOS ESPERADOS			
Servicios de salud con eficiencia en el manejo del presupuesto	100 % de servicios de salud costeados de enero a diciembre 2014	Informe de las prestaciones costeadas	Entrega de información necesaria y oportuna
Prestaciones de salud eficientes y valoradas.	100 % de prestaciones de salud valoradas de enero a diciembre 2014	Informes de planillas de los centros de costos	Entrega de información requerida
Estrategias de mejoramiento de gestión financiera formuladas. Y Planes de mejora para las funciones de los empleados.	N° 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

2.5. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PRESUPUESTO	mar-15				abr-15				may-15				jun-15				ago-15				sep-16			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Socialización del Proyecto	Maestrantes UTPL, Tutores	$ 35,00																								
Socialización del proceso	Maestrantes UTPL, Tutores	$ 40,00																								
Recolección de datos de la gestión presupuestaria	Maestrantes UTPL	$ 50,00																								
Evaluación de la gestión presupuestaria	Maestrantes UTPL, Tutores	$ 30,00																								
Taller de inducción al proceso de costos	Maestrantes UTPL, Tutores	$ 45,00																								
Recolección de información	Maestrantes UTPL, Tutores	$ 55,00																								
Instalación de programa Winsig para procesamiento de datos	Maestrantes UTPL, Tutores	$ 15,00																								
Generación de resultados de costos	Maestrantes UTPL, Tutores	$ 40,00																								
Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	Maestrantes UTPL	$ 30,00																								
Presentación de informe final a autoridades zonales.	Maestrantes directivos US	$ 50,00																								
Socialización de resultados	Maestrantes directivos US	$ 40,00																								

CAPÍTULO III:

3. RESULTADOS

Para la realización del presente proyecto, como prerrequisito esencial se suscribió un acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública (MSP), la UTPL y los maestrantes.

3.1. Resultado 1.- Servicios de salud costeados

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

3.1.1. 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 UTPL para el desarrollo de proyecto denominado Evaluación financiera de los establecimientos del primer nivel y se solicitó la necesidad de facilitar la información a los maestrantes en respuesta al oficio N°. 024-MGS-UTPL suscrito por la Magister Olga Castillo, Coordinadora de la Titulación de la maestría de Gerencia en Salud para el desarrollo local.
- Suscribimos con el Ministerio de Salud Pública (MSP), la carta de confidencialidad para garantizar el buen uso de la información solicitada.
- La Coordinación zonal 3, socializa con los Directores distritales el alcance del proyecto y solicita el apoyo del personal de los distritos para el desarrollo del mismo.
- Con la carta y oficio de la viceministra, con fecha 19 de agosto de 2014 y con el apoyo del tutor, mantuvimos una sesión de trabajo con la Dirección Distrital, a fin de explicar el proyecto, sus objetivos, alcances, resultados esperados, metas; despertando gran expectativa e interés a nivel directivo por el impacto del mismo y fundamentalmente por: ○ Conocer una metodología de costeo de servicios de salud.
    - ○ La posibilidad de conocer el costo de los servicios de su distrito.
    - ○ Evaluar el uso de los recursos de las unidades de primer nivel a su cargo ○ Tener un acercamiento con el Tarifario del Sistema Nacional de Salud.
    - ○ Impulsar el proceso de recuperación de costos de servicios brindados en el primer nivel. ○ Conocer un modelo financiero que incentive la eficiencia.

- Evaluar la gestión frente a las demandas impuestas en el Modelo Integral de Salud (MAIS). ○ Evaluar la oferta y demanda de los servicios de primer nivel dentro de su competencia. ○ Propuestas de mejoramiento de la gestión.

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

3.1.2. Actividad 1.2 Taller de inducción al proceso de costos.

- Con el apoyo del Director zonal 3 de Provisión de servicios de salud, Director zonal 3 de calidad, Analista responsable del primer nivel de atención de la zona 3, y apoyo técnico de especialista en costos, se mantuvo en la ciudad de Riobamba, sesiones de trabajo con el personal operativo responsable de Talento Humano, Financiero, Estadística del distrito No 18D01 responsables administrativo de la gestión de las unidades médicas intervenidas.
- Se socializó en ellos la metodología de costeo, con énfasis en los siguientes componentes: ○ Conceptualización general de la economía de la salud, su importancia, alcance.
  - Beneficios de contar con costos de los servicios médicos ○ Conceptos generales de costos, gasto, costo fijo, costo variable, costo directo, costos indirectos.
  - Características de los centros de costos o centros de gestión.
  - Explicación amplia de los componentes de costos ○ Importancia de un sistema de información adecuado ○ Explicación de cómo llenar las matrices que se utilizaran para recolectar la información para el costeo, de manera especial: Mano de obra, uso de medicamentos, insumos, materiales, servicios básicos, depreciación de bienes, uso de infraestructura, producción, etc.
  - Se suscribieron compromisos de entrega de información en los plazos previstos

3.1.3. Actividad 1.3 Recolección de información.

Con el apoyo técnico del tutor, se inició el proceso de recolección de información, para lo cual se siguieron los lineamientos planteados en el documento suscrito con el Ministerio de Salud Pública (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 Organización Panamericana de la Salud (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, mensualizandolo y luego calculando el costo hora hombre, mismo que multiplicado por las horas de atención en servicio nos permite conocer el total del costo que por concepto de mano de obra se contabiliza en cada centro de gestión (Anexo 4, 5 y 6).

Se informa que este proceso de construcción sufrió serios inconvenientes por la falta de información ordenada, completa y precisa.

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

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

Se advierte que existen limitaciones de recolectar la información por centros de gestión, ya que las unidades únicamente mantienen un control del consumo mensual general, como reporte y documento para justificar la nueva requisición (Anexo 7 y 8, 9 y 10, 11 y 12).

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 (Anexo 13 y 14, 15 y 16, 17 y 18).

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

Los datos fueron obtenidos del RDACAA con un 100% de actividad ejecutada, sin embargo no podemos dejar de mencionar que dichos datos en algunos casos son incompletos e incongruentes, sin embargo están lo más cercano posible a la realidad que viven todas y cada una de las unidades en las cuales se ejecutó el proyecto.

Las mayores limitaciones obtenidas fueron sin embargo:

- 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 Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Falta de información real de los distritos y unidades se evidenció la inexistencia de un sistema de información.

Se adjuntan las matrices correspondientes (Anexos 19, 20, 21, 22, 23 y 24).

3.1.4. Actividad 1.4 Generación de Resultados de Costos.

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

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

El programa nos permitió alcanzar la siguiente información:

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

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

- Costos integrales de los servicios - Costos netos.

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

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

Del procesamiento de datos de las unidades Cunchibamba, Unamuncho y Samanga, durante el ejercicio económico 2014, se concluyen los siguientes resultados:

3.1.5.1. Costo de atención.

TABLA 7. COSTO DE ATENCIÓN			
Nombre de la unidad	**Costo total**	**Número atenciones**	**Costo por atención**
CUNCHIBAMBA	123408,94	9.062,00	13,62
UNAMUNCHO	74025,34	3.034,00	24,40
SAMANGA	43042,11	1.332,00	32,31
TOTAL	240.476,39	13.428,00	17,91

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

Los valores presentados corresponden al costo total de la unidad de salud, el mismo que dividido para el total de pacientes atendidos nos arroja el valor de costo por atención, la misma que varía en relación a cada unidad, de tal forma que se puede evidenciar que el costo por atención en Samanga es de 32,31 dólares, mientras que en Cunchibamba es de 13,62 dólares, lo cual nos sugiere que a mayor número de atenciones menor costo por atención.

3.1.5.2. Costo por población asignada.

TABLA 8. COSTO DE ATENCIÓN PER CAPITA			
Nombre de la unidad	**Costo total**	**Población asignada**	**Costo por habitante**
CUNCHIBAMBA	123408,94	4.953,00	24,92
UNAMUNCHO	74025,34	5.170,00	14,32
SAMANGA	43042,11	1.518,00	28,35
TOTAL	240.476,39	11.641,00	20,66

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

El costo por población asignada sin embargo reporta mayor para Cunchibamba, menor para Unamuncho y es casi relativamente similar para Samanga, lo cual nos permite inferir que Cunchibamba gasta menos de lo esperado, Unamuncho más de lo esperado pero Samanga gasta relativamente lo esperado, que de igual manera es mayor en relación al resto de unidades, por lo que siendo un puesto de salud su costo es mucho mayor, lo cual ya nos puede hacer

notar que si no está atendiendo a toda la población asignada, no podrá ser sostenible y/o sustentable.

3.1.5.3. Costo de servicios.

TABLA 9. CUNCHIBAMBA	
Servicio	**Costo total del servicio**
Consulta externa	75.879,37
Visita domiciliaria	14463,05
Odontología	18.239,48
Promoción de la salud	13985,81

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

El costo de servicio en la Unidad de Cunchibamba está en relación con la asignación de servicios, es decir a mayor población atendida mayor costo por servicio, de tal manera que la Consulta Externa tiene un costo total mayor en relación al resto de servicios, el segundo es Odontología seguido por la Visita Domiciliaria y finalmente Promoción de la salud.

TABLA 10. UNAMUNCHO	
Servicio	**Costo total del servicio**
Consulta externa	41.701,10
Visita domiciliaria	9181,94
Odontología	14179,2
Promoción de la salud	8198,82

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

La distribución del costo total de servicio al igual que en la unidad de Cunchibamba, se mercantiliza en relación a la cantidad de personas atendidas por servicio, por ende el costo de la Consulta Externa es mayor, seguido por el servicio de Odontología, Visita Domiciliaria y Promoción de la salud.

TABLA 11. SAMANGA	
Servicio	**Costo total del servicio**
Consulta externa	32.978,10
Visita domiciliaria	4838,37
Promoción de la salud	4115,12

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

Samanga por su parte no cuenta con el servicio de Odontología, por lo tanto su distribución está realizada de la siguiente manera y guarda relación con el resto de unidades, Consulta Externa, Visita Domiciliaria y Promoción de la salud.

Los componentes del costo de servicio son los siguientes:

- Costos Directos
- Costos Indirectos

3.1.5.4. Costos directos.

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

TABLA 12. COSTOS DIRECTOS DE SERVICIOS CUNCHIBAMBA			
Servicio	**Costo total del servicio**	**Costo del directo servicio**	**% del costo directo**
Consulta externa	75.879,37	58.019,61	76,46
Visita domiciliaria	14463,05	13683,59	94,61
Odontología	18.239,48	17.054,76	93,50
Promoción de la salud	13985,81	13232,07	94,61

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

TABLA 13. COSTOS DIRECTOS DE SERVICIO UNAMUNCHO			
Servicio	**Costo total del servicio**	**Costo directo del servicio**	**% del costo directo**
Consulta externa	41.701,10	26.565,97	63,71
Visita domiciliaria	9181,94	8718,75	94,96
Odontología	14179,2	12834,73	90,52
Promoción de la salud	8198,82	7785,23	94,96

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

TABLA 14. COSTOS DIRECTOS DE SERVICIOS SAMANGA			
Servicio	**Costo total del servicio**	**Costo directo del servicio**	**% del costo directo**
Consulta externa	32.978,10	21096,46	63,97
Visita domiciliaria	4838,37	4326,45	89,42
Promoción de la salud	4115,12	3679,72	89,42

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

Llama la atención que en las tres unidades el porcentaje de distribución del servicio es más alto en Visita Domiciliaria y Promoción de salud, lo cual nos sugiere que la repartición no guarda relación con aquel servicio de mayor demanda.

3.1.5.5. Costos indirectos.

TABLA 15. COSTOS INDIRECTOS DE SERVICIOS CUNCHIBAMBA			
Servicio	**Costo total del servicio**	**Costo indirecto del servicio**	**% del costo directo**
Consulta externa	75.879,37	17.859,76	23,54
Visita domiciliaria	14463,05	779,46	5,39
Odontología	18.239,48	1184,72	6,50
Promoción de la salud	13985,81	753,74	5,39

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

TABLA 16. COSTOS INDIRECTOS DE SERVICIO UNAMUNCHO			
Servicio	**Costo total del servicio**	**Costo indirecto del servicio**	**% del costo directo**
Consulta externa	41.701,10	15.135,13	36,29
Visita domiciliaria	9181,94	463,19	5,04
Odontología	14179,2	1.344,47	9,48
Promoción de la salud	8198,82	413,59	5,04

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

TABLA 17. COSTOS INDIRECTOS DE SERVICIOS SAMANGA			
Servicio	**Costo total del servicio**	**Costo indirecto del servicio**	**% del costo directo**
Consulta externa	32.978,10	11.881,64	36,03
Visita domiciliaria	4838,37	511,92	10,58
Promoción de la salud	4115,12	435,4	10,58

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

Considero que los costos indirectos no son tan elevados, lo cual significa que no gastan de manera desproporcionada aquellos costos que no tienen relación directa con el servicio, lo cual es ventajoso para el servicio.

3.1.5.6. Costos integrales y netos.

TABLA 18. **COSTO INTEGRAL Y COSTOS NETO 2014**			
NOMBRE DE LA UNIDAD	**Servicio**	**Costo Integral**	**Costo Neto**
CUNCHIBAMBA	Consulta	8,37	3,87
UNAMUNCHO	Consulta	10,60	4,52
SAMANGA	Consulta	24,76	10,84

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

En el costo neto de Consulta externa, el precio de Samanga es muy alto en relación con el resto de unidades, lo cual nos indica una pésima distribución del recurso.

TABLA 19. COSTO INTEGRAL Y COSTOS NETO 2014			
NOMBRE DE LA UNIDAD	**Servicio**	**Costo Integral**	**Costo Neto**
CUNCHIBAMBA	Odontología	5,72	4,91
UNAMUNCHO	Odontología	5,88	5,19

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

Los costos de Odontología en las dos unidades que cuentan con este servicio son prácticamente similares.

TABLA 20. COSTO INTEGRAL Y COSTOS NETO 2014			
NOMBRE DE LA UNIDAD	**Servicio**	**Costo Integral**	**Costo Neto**
CUNCHIBAMBA	Visita	1,60	1,60
UNAMUNCHO	Visita	2,33	2,33
SAMANGA	Visita	3,63	3,63

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

Al igual que en consulta, el costo de visita domiciliaria de la Unidad de Samanga es muy alta en relación con el resto de unidades, sin embargo las previas son similares en Cunchibamba y Unamuncho, no así aquí, pues en Unamuncho es prácticamente el doble que en Cunchibamba, por lo tanto se concluye que en este caso la distribución tampoco es la adecuada.

3.1.5.7. Costos fijos.

TABLA 21. COSTOS FIJOS		
NOMBRE DE LA UNIDAD : CUNCHIBAMBA		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Remuneraciones	91.156,17	96,84
Servicios básicos	456,63	0,49
Depreciaciones	2.324,40	2,47
Uso edificio	192,00	0,20
Total	94.129,20	100,00

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

TABLA 22. COSTOS FIJOS		
NOMBRE DE LA UNIDAD : UNAMUNCHO		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Remuneraciones	60300,45	96,46
Servicios básicos	208,85	0,33
Depreciaciones	1814,52	2,90
Uso edificio	192,36	0,31
Total	62.516,18	100,00

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

TABLA 23. COSTOS FIJOS		
NOMBRE DE LA UNIDAD : SAMANGA		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Remuneraciones	32173,9	95,40
Servicios básicos	155,08	0,46
Depreciaciones	941,04	2,79
Uso edificio	454,5	1,35
Total	33.724,52	100,00

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

Los costos fijos son similares en las tres unidades, siendo la de mayor impacto las Remuneraciones, seguido por la depreciación, servicios básicos y uso del edificio, excepto en Samanga donde el uso del edificio es mayor que los servicios básicos.

3.1.5.8. Costos variables.

TABLA 24. COSTOS VARIABLES		
NOMBRE DE LA UNIDAD : CUNCHIBAMBA		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Material de oficina	125,05	0,43
Material de aseo	487,50	1,66
Medicinas	26.295,41	89,81
Insumos	-	-
Biomateriales odontológicos	2371,78	8,10
Repuestos	0	-
Total	29.279,74	100,00

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

TABLA 25. COSTOS VARIABLES		
NOMBRE DE LA UNIDAD : UNAMUNCHO		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Material de oficina	64,06	0,56
Material de aseo	247,54	2,15
Medicinas	10197,56	88,60
Insumos	0	-
Biomateriales odontológicos	1000	8,69
Repuestos	0	-
Total	11.509,16	100,00

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

TABLA 26. COSTOS VARIABLES		
NOMBRE DE LA UNIDAD : SAMANGA		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Material de oficina	45,44	0,49
Material de aseo	114,17	1,23
Medicinas	9157,98	98,29
		-
Total	9.317,59	100,00

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

Los costos variables están distribuidos desde el de mayor valor hacia el de menor valor por medicinas, biomateriales odontológicos, material de aseo y material de oficina, excepto en Samanga donde se excluye el valor de biomateriales odontológicos pues carece de este servicio.

3.2. Resultado 2.- Servicios de salud planillados

3.2.1. Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud.

Se realizó la capacitación del uso adecuado del tarifario nacional de prestaciones en salud el cual fue muy bien acogido abordándose los siguientes temas:

Programa de capacitación sobre el tarifario del sistema nacional de salud de manera individualizada y personalizada se explica los puntos a tomarse en cuenta:

- Aspectos generales y conceptuales básicos: Tarifario, objetivo, alcance, unidades relativas de valor, factor de conversión.
- Estructura y reglas básicos del manejo de tarifario del sistema nacional de salud

  - ✓ 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

En la ciudad de Riobamba se recibe la capacitación Personal técnico especializado en el uso del tarifario del Sistema Nacional de Salud Tiempo de duración: 4 horas.

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

Fue un taller colectivo, en el que se contó con la presencia de los Directores Distritales de toda la zona 3 y los responsables del proceso financiero.

3.2.2. Recolección de información.

Para la recolección de datos que permitan la facturación o planillaje de los servicios prestados por las unidades médicas, procedimos a procesar la información de la producción, teniendo al RDACAA 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 2014 que fue el tiempo de estudio que sirvieron como promoción y prevención de la salud, debidamente clasificados por el tiempo de duración de los mismos.

c) Servicios institucionales

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

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

- Consultas morbilidad:

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

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

Utilizando la metodología señalada en la actividad 2.2, se obtuvieron los valores del planillaje de cada servicio, siendo los siguientes los resultados obtenidos:

3.2.4. Resumen de planillaje anual de prestaciones de salud año 2014:

TABLA 27. **RESUMEN DE PLANILLAJE 2014**

18D01	CUNCHIBAMBA	% participación	UNAMUNCHO	% participación	SAMANGA	% participación
Morbilidad	60.832,84	29,41	31.741,85	29,51	11.230,82	51,41
Prevención	108443,37	52,42	31.497,33	29,28	10.028,20	45,91
Visita Domiciliaria	3.394,71	1,64	668,25	0,62	534,60	2,45
Odontología	31.938,87	15,44	43.465,36	40,40	-	-
Procedimientos	2.252,85	1,09	203,63	0,19	51,90	0,24
Total	206.862,64	100,00	107.576,42	100,00	21.845,52	100,00

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

Del análisis de la información, podemos concluir lo siguiente:

Los ingresos de la Unidad de Cunchibamba superan en aproximadamente 100.000 dólares a Unamuncho y 200.000 a Samanga, sin embargo este último no cuenta con el ingreso de Odontología puesto que no cuenta con este Servicio.

Otro dato importante es que a pesar de que el mayor número de atención es en la consulta externa, la mayoría de ingresos provienen en los caso de Cunchimbamba de la Prevención, para Unamuncho su mayor ingreso lo constituye la Odontología y en Samanga la Consulta Externa.

Samanga tiene un ingreso similar en la prevención, al igual que Unamuncho y las visitas domiciliarias tienen un ingreso menor en las tres unidades de salud, pero el menor ingreso reportado es el de procedimientos para todos los casos, sin embargo Cunchibamba realiza un mayor número de procedimientos por lo que su ingreso es mayor al resto de unidades.

3.3. Resultado 3.- Estrategias de mejoramiento

3.3.1. Cálculo del punto de equilibrio.

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

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

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

Donde:

PE = Punto de Equilibrio

CF = Costos Fijos

CV = Costos Variables

VT = Ventas Totales – Facturación

3.3.2. Resumen de punto de equilibrio de unidades intervenidas

PUNTO DE EQUILIBRIO: CUNCHIBAMBA	
ENERO – DICIEMBRE	**2014**
COSTOS FIJOS	94.129,20
COSTOS VARIABLES	29.279,74
COSTOS TOTALES	123.408,94
VALORACION DE INGRESOS SEGÚN TARIFARIO	206.862,64
PE USD	**109.649,15**

PE %	**46,99**

PUNTO DE EQUILIBRIO: UNAMUNCHO	
ENERO – DICIEMBRE	**2014**
COSTOS FIJOS	62.516,18
COSTOS VARIABLES	11.509,16
COSTOS TOTALES	74.025,34
VALORACION DE INGRESOS SEGÚN TARIFARIO	107.576,42
PE USD	**70.005,82**

PE %	**34,92**

PUNTO DE EQUILIBRIO: SAMANGA	
ENERO – DICIEMBRE	**2014**
COSTOS FIJOS	33.724,52
COSTOS VARIABLES	9.317,59
COSTOS TOTALES	43.042,11
VALORACION DE INGRESOS SEGÚN TARIFARIO	21.845,52
PE USD	**58.806,98**

PE %	**(169,19)**

Gracias al punto de equilibrio calculado podemos resumir que de las unidades ejecutadas Cunchimbamba y Unamuncho son sustentables y sostenibles, no así con la unidad de Samanga la cual no es sostenible, por tanto tampoco puede ser sustentable, Cunchibamba es sin embargo la unidad con mejor sustentabilidad y todo ello es debido a que sus costes y facturación son los mejor distribuidos en relación con todas las unidades.

3.3.3. 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

3.3.4. Diseño de estrategias de mejoramiento.

Para el cumplimiento de gestión financiera las propuestas fueron estrategias de mejoramiento y entrega de informe a las autoridades distritales

En las unidades intervenidas se presenta los siguientes problemas y se proponen las correspondientes estrategias:

3.3.4.1. Sistema de información incompleta

1.- Capacitación tanto al personal encargado de estadísticas como el resto de funcionarios sobre RDACAA

2.- Realizar planillaje de todas las actividades que realiza, es decir los gastos

3.- Mediante la monitorización y correcto llenado, el distrito deberá supervisar a todas las unidades dependientes del mismo.

4.-Reesctructuracion del sistema RDACAA en lo que se refiere al informe de insumos, bioodontológicos, visitas domiciliarias, promoción, recetas etc.

3.3.4.2. Ausencia de análisis Financiero en las unidades

1.- Implementación del WinSig o cualquier otro programa que permita realizar un adecuado análisis financiero.

2.- Capacitación e importancia del sistema financiero al personal del departamento de finanzas y contabilidad con el fin de obtener resultados de planillaje y cuadros gerenciales.

3.- Análisis de los cuadros gerenciales por parte del director del distrito con los directores de cada unidad, lo cual permita tomar decisiones adecuadas y acordes a la realidad de las unidades.

TABLA 28. **COMPONENTES**	**CUNCHIBAMBA**	**UNAMUNCHO**	**SAMANGA**
ORGANIZACIÓN COMUNITARIA			
Comités de salud local funcionando	X	X	X
COMITES DE USUARIOS O GRUPOS ORGANIZADOS Y FUNCIONANDO			
Grupos de adultos mayores	X	X	
Grupos de diabéticos			
Grupos juveniles			
Grupos de personas con discapacidad			
Otros especifique HTA y madres adolescentes			
DIAGNOSTICOS SITUACIONAL INICIAL	X	X	X
DIAGNOSTICOS DINAMICOS	X	X	
SALA SITUACIONAL IMPLEMENTADA Y ACTUALIZADA			
PLANES DE SALUD LOCAL FORMULADOS DE ACUERDO A NORMATIVA Y HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN ESTABLECIDAS POR EL Ministerio de Salud Pública (MSP)			
COMPROMISOS DE GESTIÓN			
ACCIONES DE SALUD MONITOREADAS Y EVALUADAS			

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

3.3.4.3. 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:

TABLA 29. TIEMPOS DE CONSULTA

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

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

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.

3.3.5. Cálculo de indicadores de monitoreo y evaluación.

Con el fin contar con un sistema de evaluación coherente, sistemático y de fácil compresión, 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.

TABLA 30. **INDICADORES DE ESTRUCTURA**

INDICADORES DE DISPONIBILIDAD							
INDICADOR	**FORMULA**	**QUE MIDE**	**CUNCHIBAMBA**	**UNAMUNCHO**	**SAMANGA**		
Razón horas médico contratadas al año x habitante	No horas médico contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas médico por habitante	3,5	3,5	11,4		
Razón horas odontólogo contratadas al año x habitante	No horas odontólogo contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas odontólogo por habitante	NO SE CUENTA CON LA INFORMACION	NO SE CUENTA CON LA INFORMA-CION	NO SE CUENTA CON LA INFORMA-CION		
Razón horas enfermera contratadas al año x habitante	No horas enfermera contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas enfermera por habitante	3,5	3,5	11,4		
INDICADORES DE ACCESIBILIDAD							
% de cumplimiento de citas	Citas asignadas /total de consultas	Acceso a servicios de salud	NO SE CUENTA CON LA INFORMACION	NO SE CUENTA CON LA INFORMA-CION	NO SE CUENTA CON LA INFORMA-CION		
% de referencias solicitas por la unidad	Número de referencias médicas solicitadas a nivel superior/total de atenciones médicas	Capacidad resolutiva de la unidad	NO SE CUENTA CON LA INFORMACION	NO SE CUENTA CON LA INFORMA-CION	NO SE CUENTA CON LA INFORMA-CION		
2.- INDICADORES DE PROCESO							
INDICADORES DE EXTENSIÓN DE USO							
% de consulta en menores de 28	Total de consultas a	Uso de servicios de consulta en	0,94	6,2	8,3		

días	menores de 28 días/total de consultas	neonatos				
% de consultas entre 29 días a 11 meses	Total de consultas de 29 días a 11 meses/total de consultas	Uso de servicios de consulta en lactantes	5,6	11	5,7	
% 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	13,6	14	7,4	
% 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	14	17	8,3	
% 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	14	19,3	21,3	
% 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	44	31	49	

% de consultas de mayores de 65 años	Total de consultas a pacientes mayores a 65 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en adultos mayores	7,86	1,5	0	

% de atención a mujeres	Total de consultas a mujeres/total de consultas	Uso de servicios de consulta en mujeres	66	65	64	
% de atención a hombres	Total de consultas a hombres /total de consultas	Uso de servicios de consulta en hombres	34	35	36	
% Consultas de prevención	Total de consultas de prevención /total de consultas	Comportamiento de consultas de prevención	22	31	28	
% Consultas de recuperación	Total de consultas de morbilidad /total de consultas	Comportamiento de consultas de recuperación	78	69	72	
% consultas primeras	Total de consultas primeras/ total de consultas	Comportamiento de consultas primeras	60	58	70	
% Consultas subsecuentes	Total de consulta subsecuente /total de consultas	Comportamiento de consultas subsecuentes	40	42	30	

% consultas en establecimiento	Total de consultas brindadas en establecimiento/total de consultas	Cobertura de atención en establecimiento	96,9	88,8	89,92
% consultas en comunidad	Total de consultas brindadas en comunidad	Cobertura de atención en comunidad	0,1	0,2	0,08

	/total de consultas				
% visitas domiciliarias	Total de consultas brindadas en domicilio /total de consultas	Cobertura de atención en domicilio	1	6	1
% de consultas en otros centros	Total de consultas brindadas en otros centros /total de consultas	Cobertura de atención en centros	2	5	9
INDICADORES DE INTENSIDAD DE USO					
Concentración de consultas	Total de consultas /total primeras consultas	Veces que un paciente acudió a la unidad por la misma enfermedad, intensidad de uso de la consulta anual	1,66	1,73	1,44

Promedio de recetas en consulta	Total recetas despachada en consulta / No consultas	No. recetas recibidas por cada consulta	0,30	0,42	0,36		
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO							
Productividad en consulta	No consultas / horas contratadas para consulta	Productividad de consulta por hora contratada	2,49	1,08	0,37		
Promedio diario de Consultas	(No. consultas realizadas /total días laborados en	No. de consultas realizadas por día en la unidad	14,07	9,93	8,43		
	consulta)						
Productividad en consulta odontológica por hora	No consultas odontológica/ horas contratadas para consulta odontológica	Productividad de consulta odontológica por hora contratada	0,88	0,66	0		
3.- INDICADORES DE RESULTADOS							
INDICADORES DE EFICIENCIA							
Costo por atención	Gasto total/total de atenciones	Establece costo por atención en la unidad	13,62	24,40	32,31		
Costo Consulta	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta médica	8,37	10,60	24,76		

Costo atención Odontológica	Gastos en Odontología /No pacientes atendidos	Establece costo por atención odontológica	5,72	5,88	0		
Costo de visita domiciliaria	Gastos vista domiciliaria /No. De visitas	Establece costo por atención domiciliaria	116,6	367,28	241,92		
Costo de eventos de promoción	Gastos en eventos de promoción /No. de eventos realizados	Establece costo por evento de promoción	113,29	39,80	32,40		
Costo de receta despachada	Gasto en farmacia / No recetas despachada	Establece costo por receta	9,66	6,14	190,79		

Fuente: Área Financiera del distrito 18D01
Elaborado por: Autora.

3.3.6. Entrega de informes a las autoridades distritales.

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

El informe tendrá los componentes del proyecto.

3.3.7. Análisis con autoridades distritales.

Luego de aprobada la tesis se entregará la información a las autoridades correspondientes con la presentación de un informe final, mismo que deberá ser socializado con todos los miembros de las unidades de salud correspondientes.

3.4 Análisis general

En este proyecto se alcanzó a analizar y completar el 100% de los resultados 1 y 2, el resultado 3 está pendiente su realización, pues para completarlo en primera instancia debe ser correctamente legalizado y aprobado, por tanto deberá ser realizado posteriormente, 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 RDACAA contiene toda la producción de las atenciones, sin embargo es importante puntualizar que existen además serias deficiencias en su registro.

CONCLUSIONES

1. Se ha diseñado y validado el proceso de costos y facturación de los recursos en: Cunchibamba, Unamuncho y Samanga, unidades de salud de la Dirección Distrital 18D01 Ambato - Tungurahua.
2. Se obtuvo los productos finales de la Consulta Externa, Odontología en las unidades que poseen este servicio, Visita domiciliaria y Promoción de salud.
3. Se realizó la evaluación de los costos, facturación y punto de equilibrio de las tres unidades, lo que permite determinar su sostenibilidad y sustentabilidad.
4. Se establece gracias a esto que las Unidades de Cunchibamba y Unamucho son sostenibles y sustentables.
5. A pesar de la sostenibilidad y sustentabilidad de las unidades de Cunchibamba y Unamuncho se evidencia una distribución inadecuada de los recursos, con gastos exagerados en servicios que no ameritan.
6. Se instituye que la Unidad de Samanga no es sostenible.
7. Se considera que de todas formas la información recolectada no es suficiente, pues persisten algunas inconsistencias que no pueden ser subsanadas, sin embargo, su información esta lo más adherida posible a la realidad.
8. Las unidades del primer nivel intervenidas, no cumplen con todas las características y demandas propuestas en el Modelo Integral de Salud (MAIS), su implementación es parcial y paulatinamente deberán ser completadas.
9. Se concluye además que las unidades no poseen un sistema de análisis financiero apto para determinar su sostenibilidad y sustentabilidad, considerándose este proyecto el primero en su género.
10. Finalmente las unidades de salud realizan informes mensuales y anuales de sus requerimientos sin un estudio adecuado que analice su realidad y permita tomar decisiones adecuadamente.

RECOMENDACIONES

1. Capacitar a todo el personal sobre la importancia de llenar adecuadamente el RDACAA y su ingreso a la plataforma de datos del Ministerio de Salud Pública (MSP).
2. Capacitar a todos los funcionarios en nivel directivo y directamente involucrado en análisis financiero, sus instrumentos y datos.
3. Establecer un consumo de recursos en centros de gestión para que puedan ser analizados con prontitud y certeza.
4. Estandarizar la implementación de los procesos de monitoreo, control y supervisión de los recursos para que de esta manera se trabaje proactivamente en función a los objetivos que plantea el Ministerio de Salud contribuyendo a una optimo uso de la inversión que realiza el mismo
5. Optimizar los gastos en el área administrativa a fin de disminuir los costos de operación de las unidades.
6. Los datos recolectados en el RDACAA deben ser actualizados, semanalmente y mensualmente con la ayuda sistematizada informático para que en un ciclo de calidad mejoren sobre la marcha y no al final del período anual como se lo hace actualmente en el Ministerio de Salud Pública (MSP).
7. Dentro de la planificación anual de cada distrito se debe enfatizar capacitaciones periódicas al personal que maneja costos y facturación, tarifario concientizando la importancia y comprometiéndose para ofrecer un servicio con calidad y calidez, eficacia y eficiencia.
8. Implementar un sistema informático gerencial que permita realizar este análisis en las mismas unidades así como en las direcciones distritales.
9. Corregir la redistribución inadecuada de recursos en la Unidad de Samanga para convertirla en una unidad sostenible y a futuro transformarse en sustentable.
10. Promover que los gastos se distribuyan equitativamente y de acuerdo a su impacto en la población en la que se ejecuta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acevedo, G., Farías, A., Sánchez, J., Astigitano, C., & Fernández, A. (2012). Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva de trabajo decente. *Revista Argentina de Salud Pública*, *3*(12), 15-22.
2. Asamblea Constituyente. (2008). constitución de la república del ecuador. Montecristi: asamblea constituyente.
3. Auquilla, X. & Perez, M. & Hidalgo, M. & Fernández, V. & Tenorio, J. (2014). Diagnóstico Situacional correspondiente al área de cobertura del Centro de Salud Coca II. Orellana.
4. Brommet, A., Lee, J., & Serna, J. A. (2011). Atención primaria: Una estrategia renovada. *Colombia Médica*, *42*(3), 379-387.
5. Buele Maldonado, m., & Buele Maldonado, N. (2009). Guía Didáctica
6. Damian; M. (2014). Diagnóstico Situacional de Bashalan y Gulalac 2014.
7. De Alma-Ata, D. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. *Centro de prensa, Organización Panamericana de la Salud, OPS*.
8. De Francisco, V. C., Cerón, Y., & Herrera, J. A. (2014). Salud familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria. *Colombia Médica*, *26*(2), 51-54.
9. Del Milenio, O. D. D. (2013). Sistema de información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Lista de Indicadores*.
10. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (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
11. Ernest. (2013). La palabra feliz. Obtenido de http://www.adatum.com
12. Franco-Giraldo, A. (2012). Atención primaria en salud (APS).¿ De regreso al pasado?. *Rev. ac. Nac. Salud Pública Vol*, *30*(1).
13. Franco-Giraldo, Á. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Facultad Nacional de Salud Pública*, *33*(3), 414-424.
14. Gallo, E. H. (2011). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud.* Washington, D.C.: *Organización Panamericana de la Salud, OPS*
15. Hernández-Aguado, I., Cesteros, M. S., & Esteban, P. C. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, *26*, 6-13.
16. León, P. (2012). Guia Didáctica Economía y Salud. Loja, Loja, Ecuador.

17. March, S., Ramos, M., Soler, M., Ruiz-Jiménez, J. L., Miller, F., & Domínguez, J. (2011). Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Atención primaria*, *43*(6), 289-296.
18. Ministerio de Salud Pública Ecuador (2014) Tarifario De Prestaciones de Salud.
19. Ministerio de Salud Pública Ecuador (2014) Modelo de Atención Integral en Salud.
20. Ministerio de Salud Pública Ecuador (2014) Lineamientos Generales del Modelo de Atención Integral en Salud y Red Pública Integrada de Salud.
21. Ministerio de Salud Pública Ecuador (2014). Información estadística de producción de salud – Producción 2014. Recuperado de http://www.salud.gob.ec/informacion-estadisticade-produccion-de-salud/
22. Organización Panamericana de la Salud. (2010). Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud - Introducción y Generalidades. Washington, D.C.: *Organización Panamericana de la Salud, OPS*.
23. Pasarín, M. I., Rocha, K. B., Rodríguez-Sanz, M., Berra, S., & Borrell, C. (2011). Un paso más en el estudio de las desigualdades sociales en la provisión de atención primaria desde la perspectiva de la población. *Medicina Clínica*, *137*, 49-54. Postgrado. Loja: UTPL.
24. Pesantez León, M. (2012). Guía Didáctica Economía y Salud. Loja-Ecuador: Universidad Técnica particular de Loja.
25. Piedra, M. & Buele, N. (2011). Diseño Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud. Loja-Ecuador. Universidad Técnica Particular de Loja.
26. 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-lapoblacion#tabs2
27. Rodríguez, J., & Minoletti, A. (2013). Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria. In *Paltex para técnicos médios y auxiliares* (No. 25). Organización Panamericana de la Salud.
28. Simón, J. (2014). Entrevista a Juan Gérvas sobre Atención Primaria de Salud. Salud y Dinero. *Equipo CESCA*, *21*.
29. 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

30. Tejada de Rivero, D. A. (2013). Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, *30*(2), 283-287.

ANEXOS

ANEXO 1. CUNCHIBAMBA – CENTRO DE SALUD TIPO A.

ANEXO 2. UNAMUNCHO – CENTRO DE SALUD TIPO A.

ANEXO 3. PUESTO DE SALUD – SAMANGA

ANEXO 4. MANO DE OBRA - CUNCHIBAMBA

INFORMACION DE DISTRIBUCION DE TIEMPO Y COSTO DE MANO DE OBRA MATRIZ PARA CALCULO DE COSTO HORA HOMBRE													
SERVICIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Consulta medicina general	2352,67	2674,82	4266,00	3963,39	1610,72	3299,57	2577,15	3943,85	0,00	3221,43	2977,42	322,14	31209,16
Visita domiciliaria	1193,99	871,85	1516,13	1516,13	871,85	1193,99	1193,99	1516,13	549,70	1193,99	1193,99	871,85	13683,60
Promoción de salud	871,85	1708,39	1193,99	1193,99	872,10	1193,99	1194,24	1193,99	549,70	1193,99	1193,99	871,85	13232,07
Odontologia	1288,57	1289,32	1288,57	1288,57	1288,57	1288,57	1288,57	1288,57	0,00	1288,57	1288,57	1288,57	14175,04
Vacunas	1649,11	1099,41	1099,41	1099,41	1099,41	1099,41	1099,41	1099,41	1099,41	1099,41	1099,41	1099,41	13742,61
Administración	569,46	569,46	569,46	569,46	322,14	569,46	569,46	569,46	0,00	322,14	322,14	161,07	5113,74

ANEXO 5. MANO DE OBRA - UNAMUNCHO

INFORMACION DE DISTRIBUCION DE TIEMPO Y COSTO DE MANO DE OBRA MATRIZ PARA CALCULO DE COSTO HORA HOMBRE													
SERVICIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Consulta medicina general	1610,72	2899,29	1610,72	483,21	483,21	0,00	805,36	805,36	966,43	1932,86	2899,29	1610,72	16107,16
Visita domiciliaria	871,85	871,85	871,85	871,85	871,85	0,00	436,05	436,05	871,85	871,85	871,85	871,85	8718,73
Promoción de salud	723,76	723,76	871,85	871,85	875,36	0,00	421,77	421,77	254,72	876,69	871,85	871,85	7785,23
Odontologia	1288,57	1288,57	1288,57	1288,57	1288,57	0,00	0,00	0,00	1288,57	1288,57	1288,57	1288,57	11597,16
Vacunas	1099,41	1099,41	1099,41	1099,41	1099,41	0,00	1649,11	1649,11	1099,41	1099,41	1099,41	1099,41	13192,91
Administración	322,14	322,14	322,14	161,07	161,07	0,00	161,07	161,07	322,14	322,14	322,14	322,14	2899,29

ANEXO 6. MANO DE OBRA – SAMANGA

INFORMACION DE DISTRIBUCION DE TIEMPO Y COSTO DE MANO DE OBRA MATRIZ PARA CALCULO DE COSTO HORA HOMBRE													
SERVICIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Consulta medicina general	644,29	1771,79	1771,79	644,29	644,29	644,29	644,29	644,29	2899,29	644,29	644,29	644,29	12241,44
Visita domiciliaria	288,43	576,86	576,86	288,43	288,43	288,43	288,43	288,43	576,86	288,43	288,43	288,43	4326,49
Promoción de salud	285,98	254,72	254,72	288,43	288,43	288,43	288,43	288,43	576,86	288,43	288,43	288,43	3679,75
Vacunas	764,17	636,80	636,80	764,17	764,17	764,17	764,17	764,17	509,44	764,17	764,17	764,17	8660,54
Administración	322,14	322,14	322,14	322,14	322,14	322,14	322,14	322,14	322,14	322,14	322,14	322,14	3865,72

ANEXO 7. INSUMOS MÉDICOS CUNCHIBAMBA

PROYECTO: EVALUACION FINANCIERA DEL PRIMER NIVEL
COORDINACION ZONAL 3
CUNCHIBAMBA

	2014												
DESCRIPCION	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
CONSUMO DE MEDICAMENTOS	2179,54	1581,61	2012,52	2484,28	2796,81	2584,46	2822,23	1698,81	0,00	3450,81	3678,29	1.672,36	26961,72
CONSUMO DE INSUMOS DE ENFERMERIA	90,03	121,52	120,40	134,52	108,30	96,12	92,47	103,47	0,00	118,04	82,53	68,57	1135,97
CONSUMO DE BIOMATERIALES ODONTOLOGICOS	190,00	275,38	232,69	232,69	232,69	244,88	232,69	220,50	0,00	265,38	244,88	220,50	2592,28
CONSUMO DE MATERIAL DE LABORATORIO	-		-	-	-	-			-		-	-	**30.689,97**

Fuente: Informe mensual de consumo de insumos

ANEXO 8. CONSUMO DE BIENES Y SERVICIOS CUNCHIBAMBA

PROYECTO: EVALUACION FINANCIERA DEL PRIMER NIVEL
COORDINACION ZONAL 3
CUNCHIBAMBA

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
CONSUMO DE MATERIAL DE OFICINA	12,64	14,63	13,87	13,11	13,68	12,21	8,63	8,63	0,00	10,57	8,51	8,57	**125,05**
CONSUMO DE MATERIAL DE ASEO	26,4	45,13	47,12	38,94	47,13	47,13	47,13	47,13	0	47,13	47,13	47,13	**487,50**
SERVICIOS BASICOS	21,78	28,47	43,34	32,85	26,65	28,58	46,82	45,02	71,58	33,47	19,59	58,48	**456,63**

ANEXO 9. INSUMOS MÉDICOS UNAMUNCHO

PROYECTO: EVALUACION FINANCIERA DEL PRIMER NIVEL
COORDINACION ZONAL 3
UNAMUNCHO

	2014												
DESCRIPCION	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
CONSUMO DE MEDICAMENTOS	1502,66	1153,56	1046,71	477,21	1266,70		534,98	551,24	1115,47	583,36	641,06	560,52	9433,47
CONSUMO DE INSUMOS DE ENFERMERIA	42,50	38,77	60,77	84,62	84,62		62,62	62,62	82,62	120,65	62,15	62,15	764,09
CONSUMO DE BIOMATERIALES ODONTOLOGICOS	100,00	100,00	120,00	90,00	90,00		60,00	100,00	120,00	130,00	90,00	90,00	1090,00
CONSUMO DE MATERIAL DE LABORATORIO	-		-	-	-	-			-		-	-	**11.287,56**

Fuente: Informe mensual de consumo de insumos

ANEXO 10. CONSUMO DE BIENES Y SERVICIOS UNAMUNCHO

PROYECTO: EVALUACION FINANCIERA DEL PRIMER NIVEL
COORDINACIÓN ZONAL 3
UNAMUNCHO

Nombre de la unidad medica	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
CONSUMO DE MATERIAL DE OFICINA	5,75	6,38	5,75	5,75	8,99		7,41	7,41	2,46	5,92	4,12	4,12	**64,06**
CONSUMO DE MATERIAL DE ASEO	22	22,71	22,71	22,71	22,71		23,36	22,71	21,94	21,98	21,94	22,77	**247,54**
SERVICIOS BASICOS	14,5	18,4	18,79	21,87	18,7	5,92	24,62	18,08	18,96	17,66	13,03	18,32	**208,85**

ANEXO 11. INSUMOS MÉDICOS SAMANGA

PROYECTO: EVALUACION FINANCIERA DEL PRIMER NIVEL
COORDINACION ZONAL 3
SAMANGA

	2014												
DESCRIPCION	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
CONSUMO INSUMOS DE MEDICAMENTOS	1060,30	610,40	915,20	661,55	832,10	770,67	668,68	577,84	759,22	808,33	652,65	366,20	8683,14
CONSUMO DE INSUMOS DE ENFERMERIA	47,23	64,03	0,00	76,50	68,71	68,71	21,48	34,29	37,75	30,52	12,81	12,81	474,84
CONSUMO DE BIOMATERIALES ODONTOLOGICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CONSUMO DE MATERIAL DE LABORATORIO	-		-	-	-	-			-		-	-	

Fuente: Informe mensual de consumo de insumos

ANEXO 12. CONSUMO DE BIENES Y SERVICIOS SAMANGA

PROYECTO: EVALUACION FINANCIERA DEL PRIMER NIVEL
COORDINACION ZONAL 3
SAMANGA

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
CONSUMO DE MATERIAL DE OFICINA	3,92	3,87	3,88	4,01	3,88	3,86	3,96	4,12	3,79	3,77	3,15	3,23	**45,44**
CONSUMO DE MATERIAL DE ASEO	9,75	9,75	9,67	9,7	9,75	9,75	9,75	9,75	9,75	8,4	8,4	9,75	**114,17**
SERVICIOS BASICOS	10,57	11,19	12,44	9,52	13,22	12,83	12,46	14,32	14,52	14,53	13,34	16,14	**155,08**

ANEXO 13. DEPRECIACIÓN CUNCHIBAMBA

CENTRO DE SALUD CUCHIBAMBA

MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE MUEBLES Y ENSERES

No.	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL	TOTAL MENSUAL
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	1250	112,50	9,38	36,75
2	CONSULTA ESPECIALIZADA			0,00	
3	CONSULTA OBSTETRICIA				
4	CONSULTA PSICOLOGIA			0,00	
5	VISITAS DOMICILIARIAS			0,00	
6	PROMOCION DE LA SALUD			0,00	
7	ODONTOLOGIA	390	35,10	2,93	39,60
8	VACUNAS	350	31,50	2,63	23,08
9	PROCEDIMIENTOS	3560	320,40	26,70	45,90
10	EMERGENCIA		0,00	0,00	
11	LABORATORIO		0,00	0,00	
12	IMAGEN			0,00	
13	ATENCION DE PARTO		0,00	0,00	
14	REHABILITACION/MEDICINA FISICA		0,00	0,00	
15	AMBULANCIA			0,00	
16	FARMACIA	238	21,42	1,79	10,79
17	ADMINISTRACION	3950	355,50	29,63	37,58
	Total	9738	876,42	41,625	193,69

MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE EQUIPOS DE OFICINA y EQUIPO MEDICO

	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	3650	328,50	27,38
2	CONSULTA ESPECIALIZADA		0,00	0,00
3	CONSULTA OBSTETRICIA		0,00	0,00
4	CONSULTA PSICOLOGIA		0,00	0,00
5	VISITAS DOMICILIARIAS		0,00	0,00
6	PROMOCION DE LA SALUD		0,00	0,00
7	ODONTOLOGIA	4890	440,10	36,68
8	VACUNAS	2727	245,43	20,45
9	PROCEDIMIENTOS	2560	230,40	19,20
10	EMERGENCIA		0,00	0,00
11	LABORATORIO		0,00	0,00
12	IMAGEN		0,00	0,00
13	ATENCION DE PARTO		0,00	0,00
14	REHABILITACION/MEDICINA FISICA		0,00	0,00
15	AMBULANCIA		0,00	0,00
16	FARMACIA		0,00	0,00
17	ADMINISTRACION		0,00	0,00
	Total	13827	1244,43	103,7025

MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE EQUIPOS DE COMPUTO

	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL		0,00	0,00
2	CONSULTA ESPECIALIZADA		0,00	0,00
3	CONSULTA OBSTETRICIA		0,00	0,00
4	CONSULTA PSICOLOGIA		0,00	0,00
5	VISITAS DOMICILIARIAS		0,00	0,00
6	PROMOCION DE LA SALUD		0,00	0,00
7	ODONTOLOGIA		0,00	0,00
8	VACUNAS		0,00	0,00
9	PROCEDIMIENTOS		0,00	0,00
10	EMERGENCIA		0,00	0,00
11	LABORATORIO		0,00	0,00
12	IMAGEN		0,00	0,00
13	ATENCION DE PARTO		0,00	0,00
14	REHABILITACION/MEDICINA FISICA		0,00	0,00
15	AMBULANCIA		0,00	0,00
16	FARMACIA	1200	108,00	9,00
17	ADMINISTRACION	1060	95,40	7,95
	Total	2260	0	16,95

ANEXO 14. USO INMUEBLE CUNCHIBAMBA

SERVICIO	m2	Costo metro cuadrado	Total avaluo	USO ANUAL	USO MENSUAL
SERVICIO	m2	Costo metro cuadrado	Total avaluo	USO ANUAL	USO MENSUAL
CONSULTA MEDICINA GENERAL	47,88	85,92	4113,8496	74,05	6,17
CONSULTA ESPECIALIZADA			0	0,00	0,00
CONSULTA OBSTETRICIA					
CONSULTA PSICOLOGIA			0	0,00	0,00
VISITAS DOMICILIARIAS			0	0,00	0,00
PROMOCION DE LA SALUD			0	0,00	0,00
ODONTOLOGIA	21,16	85,92	1818,0672	32,73	2,73
VACUNAS	9	85,92	773,28	13,92	1,16
PROCEDIMIENTOS	16	85,92	1374,72	24,74	2,06
EMERGENCIA			0	0,00	0,00
LABORATORIO			0	0,00	0,00
IMAGEN			0	0,00	0,00
ATENCION DE PARTO			0	0,00	0,00
REHABILITACION/MEDICINA FISICA			0	0,00	0,00
AMBULANCIA			0	0,00	0,00
FARMACIA	19,1	85,92	1641,072	29,54	2,46
ADMINISTRACION	11	85,92	945,12	17,01	1,42
OTROS BAÑOS	231,16	85,92	19861,2672		
Total	355,3		30.527,38		16,00

ANEXO 15. DEPRECIACIÓN UNAMUNCHO

CENTRO DE SALUD SAMANGA

MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE MUEBLES Y ENSERES

No.	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL	TOTAL MENSUAL
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	120	10,80	0,90	12,15
2	CONSULTA ESPECIALIZADA			0,00	
3	CONSULTA OBSTETRICIA		0,00	0,00	
4	CONSULTA PSICOLOGIA			0,00	
5	VISITAS DOMICILIARIAS			0,00	
6	PROMOCION DE LA SALUD			0,00	
7	ODONTOLOGIA				
8	VACUNAS	200	18,00	1,50	13,30
9	PROCEDIMIENTOS	119,87	10,79	0,90	9,90
10	EMERGENCIA		0,00	0,00	
11	LABORATORIO		0,00	0,00	
12	IMAGEN			0,00	
13	ATENCION DE PARTO		0,00	0,00	
14	REHABILITACION/MEDICINA FISICA		0,00	0,00	
15	AMBULANCIA			0,00	
16	FARMACIA	150	13,50	1,13	18,53
17	ADMINISTRACION	100	9,00	0,75	24,54
	Total	689,87	62,0883	4,64	

MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE EQUIPOS DE OFICINA y EQUIPO MEDICO

	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL	
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	1500	135,00	11,25	
2	CONSULTA ESPECIALIZADA		0,00	0,00	
3	CONSULTA OBSTETRICIA		0,00	0,00	
4	CONSULTA PSICOLOGIA		0,00	0,00	
5	VISITAS DOMICILIARIAS		0,00	0,00	
6	PROMOCION DE LA SALUD		0,00	0,00	
7	ODONTOLOGIA		0,00	0,00	
8	VACUNAS	1573	141,57	11,80	
9	PROCEDIMIENTOS	1200	108,00	9,00	
10	EMERGENCIA		0,00	0,00	
11	LABORATORIO		0,00	0,00	
12	IMAGEN		0,00	0,00	
13	ATENCION DE PARTO		0,00	0,00	
14	REHABILITACION/MEDICINA FISICA		0,00	0,00	
15	AMBULANCIA		0,00	0,00	
16	FARMACIA		0,00	0,00	
17	ADMINISTRACION		0,00	0,00	
	Total	4273	384,57	32,0475	

	MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE EQUIPOS DE COMPUTO				
	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL	
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL		0,00	0,00	
2	CONSULTA ESPECIALIZADA		0,00	0,00	
3	CONSULTA OBSTETRICIA		0,00	0,00	
4	CONSULTA PSICOLOGIA		0,00	0,00	
5	VISITAS DOMICILIARIAS		0,00	0,00	
6	PROMOCION DE LA SALUD		0,00	0,00	
7	ODONTOLOGIA		0,00	0,00	
8	VACUNAS		0,00	0,00	
9	PROCEDIMIENTOS		0,00	0,00	
10	EMERGENCIA		0,00	0,00	
11	LABORATORIO		0,00	0,00	
12	IMAGEN		0,00	0,00	
13	ATENCION DE PARTO		0,00	0,00	
14	REHABILITACION/MEDICINA FISICA		0,00	0,00	
15	AMBULANCIA		0,00	0,00	
16	FARMACIA	2320	208,80	17,40	
17	ADMINISTRACION	3171,74	285,46	23,79	
	Total	5491,74	494,26	41,19	

ANEXO 16. USO INMUEBLE UNAMUNCHO

SERVICIO	m2	Costo metro cuadrado	Total avaluo	USO ANUAL	USO MENSUAL
CONSULTA MEDICINA GENERAL	42	200,00	8.400,00	151,20	12,60
CONSULTA ESPECIAL IZADA		200,00	-	-	-
CONSULTA OBSTETRICIA		200,00	-	-	-
CONSULTA PSICOLOGIA			-	-	-
VISITAS DOMICILIARIAS			-	-	-
PROMOCION DE LA SALUD					
ODONTOLOGIA					
VACUNAS	32	200,00	6.400,00	115,20	9,60
PROCEDIMIENTOS	11	200,00	2.200,00	39,60	3,30
EMERGENCIA					
LABORATORIO					
IMAGEN					
ATENCION DE PARTO					
REHABILITACION/MEDICINA FISICA					
AMBULANCIA					
FARMACIA	20	200,00	4.000,00	72,00	6,00
ADMINISTRACION	22	200,00	4.400,00	79,20	6,60
Total	127	1400	25.400,00	457,20	38,10

ANEXO 17. DEPRECIACIÓN SAMANGA

CENTRO DE SALUD SAMANGA					
	MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE MUEBLES Y ENSERES				
No.	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL	TOTAL MENSUAL
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	120	10,80	0,90	12,15
2	CONSULTA ESPECIALIZADA			0,00	
3	CONSULTA OBSTETRICIA		0,00	0,00	
4	CONSULTA PSICOLOGIA			0,00	
5	VISITAS DOMICILIARIAS			0,00	
6	PROMOCION DE LA SALUD			0,00	
7	ODONTOLOGIA				
8	VACUNAS	200	18,00	1,50	13,30
9	PROCEDIMIENTOS	119,87	10,79	0,90	9,90
10	EMERGENCIA		0,00	0,00	
11	LABORATORIO		0,00	0,00	
12	IMAGEN			0,00	
13	ATENCION DE PARTO		0,00	0,00	
14	REHABILITACION/MEDICINA FISICA		0,00	0,00	
15	AMBULANCIA			0,00	
16	FARMACIA	150	13,50	1,13	18,53
17	ADMINISTRACION	100	9,00	0,75	24,54
	Total	689,87	62,0883	4,64	

	MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE EQUIPOS DE OFICINA y EQUIPO MEDICO				
	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL	
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	1500	135,00	11,25	
2	CONSULTA ESPECIALIZADA		0,00	0,00	
3	CONSULTA OBSTETRICIA		0,00	0,00	
4	CONSULTA PSICOLOGIA		0,00	0,00	
5	VISITAS DOMICILIARIAS		0,00	0,00	
6	PROMOCION DE LA SALUD		0,00	0,00	
7	ODONTOLOGIA		0,00	0,00	
8	VACUNAS	1573	141,57	11,80	
9	PROCEDIMIENTOS	1200	108,00	9,00	
10	EMERGENCIA		0,00	0,00	
11	LABORATORIO		0,00	0,00	
12	IMAGEN		0,00	0,00	
13	ATENCION DE PARTO		0,00	0,00	
14	REHABILITACION/MEDICINA FISICA		0,00	0,00	
15	AMBULANCIA		0,00	0,00	
16	FARMACIA		0,00	0,00	
17	ADMINISTRACION		0,00	0,00	
	Total	4273	384,57	32,0475	

	MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE EQUIPOS DE COMPUTO				
	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL	
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL		0,00	0,00	
2	CONSULTA ESPECIALIZADA		0,00	0,00	
3	CONSULTA OBSTETRICIA		0,00	0,00	
4	CONSULTA PSICOLOGIA		0,00	0,00	
5	VISITAS DOMICILIARIAS		0,00	0,00	
6	PROMOCION DE LA SALUD		0,00	0,00	
7	ODONTOLOGIA		0,00	0,00	
8	VACUNAS		0,00	0,00	
9	PROCEDIMIENTOS		0,00	0,00	
10	EMERGENCIA		0,00	0,00	
11	LABORATORIO		0,00	0,00	
12	IMAGEN		0,00	0,00	
13	ATENCION DE PARTO		0,00	0,00	
14	REHABILITACION/MEDICINA FISICA		0,00	0,00	
15	AMBULANCIA		0,00	0,00	
16	FARMACIA	2320	208,80	17,40	
17	ADMINISTRACION	3171,74	285,46	23,79	
	Total	5491,74	494,26	41,19	

ANEXO 18. USO INMUEBLE SAMANGA

SERVICIO	m2	Costo metro cuadrado	Total avaluo	USO ANUAL	USO MENSUAL
CONSULTA MEDICINA GENERAL	42	200,00	8.400,00	151,20	12,60
CONSULTA ESPECIALIZADA		200,00	-	-	-
CONSULTA OBSTETRICIA		200,00	-	-	-
CONSULTA PSICOLOGIA			-	-	-
VISITAS DOMICILIARIAS			-	-	-
PROMOCION DE LA SALUD					
ODONTOLOGIA					
VACUNAS	32	200,00	6.400,00	115,20	9,60
PROCEDIMIENTOS	11	200,00	2.200,00	39,60	3,30
EMERGENCIA					
LABORATORIO					
IMAGEN					
ATENCION DE PARTO					
REHABILITACION/MEDICINA FISICA					
AMBULANCIA					
FARMACIA	20	200,00	4.000,00	72,00	6,00
ADMINISTRACION	22	200,00	4.400,00	79,20	6,60
Total	127	1400	25.400,00	457,20	38,10

ANEXO 19. INFORME DE PRODUCCIÓN

INFORME DE PRODUCCIÓN DE ATENCION MÉDICA: DIRECCION DISTRITAL

PERIODO DEL INFORME: ENERO 2014

ATENCIÓN MÉDICA POR UNIDAD. TABLA ANUAL | Sexo

Nombre de la unidad	Número de profesionales que realizan consulta y reportan en RDACAA	Número de dias de atención	Número de personas atendidas	Número de consultas	Hombre	Mujer	Total
CUNCHIBAMBA	9	644	9062	9062	3056	6006	9062
UNAMUNCHO	8	396	3934	3934	1391	2543	3934
SAMANGA	3	158	1332	1332	474	858	1332

ANEXO 20. INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA CUNCHIBAMBA

CUNCHIBAMBA

INFORMACIÓN ODONTOLOGIA			
	PRIMERAS	SUBSECUENTES	TOTAL
Enero	255	118	373
Febrero	188	123	311
Marzo	151	107	258
Abril	139	131	270
Mayo	160	107	267
Junio	142	119	261
Julio	147	99	246
Agosto	148	121	269
Septiembre	0	0	0
Octubre	411	131	542
Noviembre	99	54	153
Diciembre	143	97	240
Total	1983	1207	3190

ANEXO 21. INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA UNAMUNCHO

UNAMUNCHO

INFORMACIÓN ODONTOLOGIA			
	PRIMERAS	SUBSECUENTES	TOTAL
Enero	191	188	379
Febrero	155	143	298
Marzo	135	132	267
Abril	146	137	283
Mayo	187	158	345
Junio	0	0	0
Julio	0	0	0
Agosto	0	0	0
Septiembre	102	98	200
Octubre	134	127	261
Noviembre	121	117	238
Diciembre	77	64	141
Total	1248	1164	2412

ANEXO 22. CONSULTAS POR LUGAR DE ATENCIÓN CUNCHIBAMBA

CONSULTAS POR EL LUGAR DE ATENCION : ENERO CUADRO MENSUAL														
Nombre de la unidad	Establecimiento	Comunidad	Centro educativo	Domicilio	Albergues	Centro integral del buen vivir	Centro de educacion inicial	Escuelas interculturales	Emergencia ambulatoria	Centro de rehabilitación	Grupos laborales, fábricas y empresas	Centros de recuperacion de adicciones	Otros	Total
CUNCHIBAMBA														
ENERO	982	1												983
FEBRERO	882			9										891
MARZO	750			10										760
ABRIL	803		14											817
MAYO	1000	2		7										1009
JUNIO	301	2	125	15			2							445
JULIO	960			4										964
AGOSTO	1057			6										1063
SEPTIEMBRE	0													0
OCTUBRE	708	5		10										723
NOVIEMBRE	792			26										818
DICIEMBRE	542			37									10	589
	8777	**10**	**139**	**124**	**0**	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**10**	**9062**

ANEXO 23. CONSULTAS POR LUGAR DE ATENCIÓN UNAMUNCHO

CONSULTAS POR EL LUGAR DE ATENCION : ENERO CUADRO MENSUAL

Nombre de la unidad	Establecimiento	Comunidad	Centro educativo	Domicilio	Albergues	Centro integral del buen vivir	Centro de educacion inicial	Escuelas interculturales	Emergencia ambulatoria	Centro de rehabilitación	Grupos laborales, fábricas y empresas	Centros de recuperacion de adicciones	Otros	Total
UNAMUNCHO														
ENERO	396	2	20											418
FEBRERO	433	1												434
MARZO	303	1	10	2									8	324
ABRIL	321	2	37	1										361
MAYO	213		67											280
JUNIO	0													0
JULIO	433			7		30								470
AGOSTO	356			2										358
SEPTIEMBRE	339		17	6										362
OCTUBRE	199													199
NOVIEMBRE	393		13											406
DICIEMBRE	315			7										322
	3701	**6**	**164**	**25**	**0**	**30**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**8**	**3934**

ANEXO 24. CONSULTAS POR LUGAR DE ATENCIÓN SAMANGA

CONSULTAS POR EL LUGAR DE ATENCION : ENERO CUADRO MENSUAL

Nombre de la unidad	Establecimiento	Comunidad	Centro educativo	Domicilio	Albergues	Centro integral del buen vivir	Centro de educacion inicial	Escuelas interculturales	Emergencia ambulatoria	Centro de rehabilitación	Grupos laborales, fábricas y empresas	Centros de recuperacion de adicciones	Otros	Total
SAMANGA														
ENERO	37	1		1										39
FEBRERO	113			1										114
MARZO	51			1										52
ABRIL	72		31											103
MAYO	58			1										59
JUNIO	84		28											112
JULIO	169		67	8										244
AGOSTO	120			1										121
SEPTIEMBRE	109			3										112
OCTUBRE	103			3										106
NOVIEMBRE	123			1										124
DICIEMBRE	146													146
	1185	**1**	**126**	**20**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1332**