



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA y BIOMÉDICA

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

Evaluación financiera de los establecimientos de salud nivel I de atención

coordinación zonal 9 provincia de Pichincha, distrito 17d07 Quito –

Asistencia Social y Matilde Álvarez - 2014

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Morillo Aveiga, Mónica Jeanneth, DRA.

DIRECTOR: Reyes Velasteguí, Luis Ernesto, DR.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctor.

Luis Ernesto Reyes Velasteguí.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración: El presente trabajo de titulación, denominado: Evaluación financiera de los establecimientos de salud nivel I de atención coordinación zonal 9 provincia de Pichincha, distrito 17d07 Quito – Asistencia Social y Matilde Álvarez - 2014 realizado por Morillo Aveiga, Mónica Jeanneth, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Quito, 31 de Julio de 2016

f)

DECLARACION DE AUTORÍA Y CESION DE DERECHOS

Yo, Morillo Aveiga Mónica Jeanneth, declaro ser autora del presente trabajo de titulación denominado **“Evaluación financiera de los establecimientos de salud nivel I de atención coordinación zonal 9 provincia de Pichincha, distrito 17d07 Quito – Asistencia Social y Matilde Álvarez - 2014”**, de la titulación Magister en Gerencia de Salud para el desarrollo local, siendo el Dr., Luis Ernesto Reyes Velasteguí director 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”

Dra. Morillo Aveiga, Mónica Jeanneth

CC: 1714350731

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quien supo guiarme, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaron, enseñando me a encarar las adversidades sin perder la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy quien soy. A mi Padre por su apoyo e iniciativa de seguir esta Maestría y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar, a mi Madre por sus consejos, y mis valores como persona a mis hermanos que son una luz brillante en mi vida.

A mis Padres putativos Lili y Boli por su comprensión, amor y ayuda en los momentos difíciles, a mis tíos Esperanza y Edmundo por su acogida en su hogar y ánimo para continuar.

Mónica

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis raíces familiares que me enseñaron el coraje y la fortaleza para plantearme sueños y luchar hasta conseguirlos, agradezco a mi familia putativa la familia Bravo Espinoza por cada momento de comprensión y amor que me brindaron. A mi Universidad por la creación de esta oportunidad de crecimiento, a mis tutores quienes me brindaron la mano y son un ejemplo a seguir.

Mónica

INDICE

CARATULA	1
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACION DE AUTORÍA Y CESION DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
Mónica.....	v
INDICE	vi
1.RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
PROBLEMATIZACIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	9
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos	9
CAPITULO I.....	10
1.1.- Marco institucional	11
1.1.2.- Aspectos históricos	14
Caracterización Demográfica de Matilde Álvarez	15
1.1.3. Centro de salud Asistencia Social	15
Caracterización geográfica - histórica de la población	15
1.1.4.- Aspectos históricos	17
1.1.7.- Características demográficas de la población.....	18
Tabla 4. Características del perfil de salud de Asistencia Social	20
1.2.- Marco conceptual:	24
1.2.5 Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).....	27
1.2.6 Atención Primaria en Salud	29
1.2.7 Redes de Atención Primaria	30
1.2.8 Políticas Públicas para la Salud	30
1.2.9 Importancia de políticas públicas eficaces para la salud	31
1.1.10 Tarifario del sistema nacional de salud	31

CAPITULO II.....	33
2.1. Matriz de involucrados	34
INTERESES	34
2.2. Árbol de problemas.....	35
.....	35
Uso inadecuado de recursos en la Unidades Asistencia Social y Matilde Álvarez de la Zona 9 provoca insatisfacción en el usuario.....	35
2.3 Árbol de objetivos.....	36
Uso Adecuado de recursos en las unidades de salud Asistencia Social y Matilde Álvarez la zona 2 genera satisfacción en el usuario.....	36
2.4.- Matriz de marco lógico	37
Tabla 8.- Matriz de marco lógico.....	37
CAPITULO III.....	40
3.1 Resultados 1. - servicios de salud costeados	41
3.1.1. Actividad 1.1.- Socialización del proyecto	41
3.1.2. Actividad 1.2.- Taller de inducción al proceso de costos	42
3.1.3 Actividad 1.3 Recolección de información.....	43
3.1.4 Actividad 1.4 Generación de Resultados de Costos	45
3.1.5.- Análisis de resultados de procesamiento de datos de costos y de producción.	47
3.2.2. Costo por población asignada.....	48
3.2.5.- Costos Directos e indirectos servicios.....	50
3.2.6.- Costos fijos y variables.....	51
3.3. Resultado 2.- Evaluar económicamente las prestaciones de los servicios de salud.	53
3.1.1.- Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud	53
3.3.2 Actividad 2.2 Recolección de información.	54
3.3.3.- Valoración Económica de las prestaciones de salud según el tarifario del Sistema Nacional de Salud	55
3.3. Resultado 3.- Estrategias de mejoramiento	57
3.3.1. Cálculo del Punto de Equilibrio.	57
3.2. Socialización de resultados.....	59
3.3.- Diseño de Estrategias de mejoramiento.....	59
3.3.1.- Implementar un sistema de monitoreo de la atención médica	61
3.3.2.- Implementar el monitoreo permanente del componente de gestión de las unidades médicas.....	62

3.3.3.- Implementar el monitoreo de la producción, productividad y rendimiento del personal profesional.....	63
3.3.4.- Cálculo de indicadores de monitoreo y evaluación.....	64
3.4.- Entrega de informes a las autoridades distritales.....	67
3.4.1. Análisis con autoridades distritales.....	67
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES.....	70
BIBLIOGRAFIA.....	71
ANEXOS.....	73

RESUMEN

En las unidades de Salud Asistencia Social y Matilde Álvarez del distrito D1707 de la zona 9 la ausencia de evaluación financiera, lleva a la mala utilización de los servicios y conlleva a la realización del presente proyecto. La gestión de costos con el análisis financiero de las unidades de salud es de suma importancia para valorar su rentabilidad, sostenibilidad y permitir tomar medidas apropiadas para mantenerla.

El método de análisis basado en actividades es uno de los más adecuados ya que permite valorar tanto los gastos directos como indirectos, el objetivo del estudio es realizar el análisis financiero de las unidades durante el año 2014, usando el sistema Winsig alimentado con los datos obtenidos se podrá proponer estrategias de mejoramiento en estas unidades.

La metodología utilizada fue la de marco lógico.

De los resultados obtenidos encontramos que las unidades intervenidas presentan como productos finales prestaciones en consulta externa, odontología, las prestaciones de visitas domiciliarias y promoción de salud no pudieron ser valoradas por falta de datos, encontramos que al momento las dos unidades son sostenibles y presentan una producción regular.

PALABRAS CLAVE: Evaluación Financiera, costos en salud.

ABSTRACT

In units of Health Asistencia Social and Matilde Alvarez del D1707 district zone 9 the lack of financial evaluation leads to the realization of this project because services consist costless, without adequate knowledge of generating income or expenses which leads to the misuse of services. Cost management with financial analysis of health units is critical to assess its profitability, sustainability and allow to take appropriate action to keep within various models of financial analysis measures analysis method based on activities is one of the more suitable because it allows jointly assess both direct costs and indirect, the aim of the study is to perform financial analysis of the units of Social Welfare and Matilde Alvarez during 2014, using the Winsig system fed with data obtained from the units intervened for the results of the analysis suggest improvement strategies in these units.

The methodology used was the logical framework.

From the results we find that the seized units presented as final products performance outpatient, dental, benefits of home and health promotion visits could not be assessed due to lack of data, we found that when the two units are sustainable and have a regular production.

KEYWORDS: Financial Evaluation, health costs.

INTRODUCCIÓN

Por convocatoria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año de 1978 en Rusia, se reunieron más de un centenar de naciones y cuarenta agencias internacionales relacionadas a los temas de salud para tratar sobre el mejor modelo de atención en salud en el mundo y especialmente en los países subdesarrollados buscando la metodología ideal para otorgar una cobertura de salud para todos bajo un marco de eficacia, eficiencia y calidad, buscando la equidad en la atención bajo los principios de la justicia social, estos acuerdos se recogieron en la declaración de Alma-Ata, donde se estableció como camino idóneo para lograr estos objetivos el enfocar los esfuerzos sanitarios en la Atención Primaria en Salud (APS) (OPS Alma Ata 1978) hacia la comunidad y recogida como mandato de la OMS.

La estrategia recorrió un largo camino basado en las experiencias recibidas, que enriquecieron las estrategias propuestas, dentro de estas se reconocen la APS individualizadas o APSI que trataron de conseguir los objetivos propuestos mediante la sectorización de algunos programas de salud, sin embargo y a pesar de los esfuerzos no se lograron concretar los objetivos contemplados lo que determinó la necesidad de revisar paradigmas estableciéndose una nueva estrategia de atención denominada la atención primaria en salud renovada (APSR) buscando un enfoque directo hacia la comunidad y una relación directa con la misma para responder a sus necesidades desde el punto de vista del demandante del servicio y no imponer sistemas de salud ajenos a la realidad de la comunidad, este mismo camino de evolución y desarrollo se experimentó en las américas especialmente en américa latina y por lo tanto en nuestro país, en donde lastimosamente también se observa una excesiva injerencia política en programas que deberían ser en esencia técnicos.

El estado ecuatoriano en concordancia con la constitución del 2008 y a través del ministerio de salud estableció un modelo de atención en salud denominado Modelo de atención Integral en salud o (MAIS), el mismo que se basa en la estrategia APSR y en este sentido se alinearon las políticas y estrategias tomadas actualmente dentro del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) y su prestación de servicios a la población ecuatoriana; enmarcados dentro de las disposiciones legales que para ello existen.

De igual manera se hizo imperativo implementar un sistema de costos; donde se escogió el sistema de costeo basado en actividades ABC por sus siglas en inglés. Este sistema permite tanto a los sistemas públicos como privados optimizar la utilización y gestión de los recursos tanto humanos como materiales que dispone la institución en la búsqueda de conseguir

mejor rentabilidad y producción de los mismos, lo que se refleja en una atención basada en los principios de eficiencia, eficacia, rentabilidad tanto social como financiera y económica de la institución prestadora de salud, ya sea pública o privada.

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

El presente trabajo de investigación se compone de un capítulo inicial introductorio, luego la problematización del tema, en donde se explica la necesidad de la realización del presente proyecto de investigación acción, el establecimiento de los objetivos tanto generales como específicos que han sido dados expresamente por la universidad, el desarrollo del marco teórico; compuesto por el aspecto institucional basado en la información entregada por la entidad a ser investigada, y el marco conceptual basado en la revisión de la bibliografía correspondiente al tema de investigación, el diseño metodológico, siguiendo las indicaciones del modelo establecido por la universidad, la recolección de datos, la tabulación de las mismas, la exposición de resultados así como las conclusiones y recomendaciones para este proceso.

El objetivo del siguiente proyecto dentro de un proyecto madre denominado proyecto Puzzle, es establecer el análisis financiero de las unidades asignadas: Centros de Salud Asistencia Social y Matilde Álvarez, determinar la existencia de un sistema de costos adecuados, realizar el análisis financiero de la unidad, el planillaje y costeo de los servicios de salud y valorar económicamente las prestaciones de salud en base al tarifario del sistema nacional de salud vigente. La metodología utilizada es descriptiva de los datos recolectados y luego el análisis de los mismos para formular las conclusiones a las que se llegue con la evaluación de los mismos.

PROBLEMATIZACIÓN

La ausencia de una adecuada evaluación financiera de las unidades prestadoras de salud, determinada por una nula o escasa gestión de costos, basados exclusivamente en presupuestos históricos y decisiones políticas, sin tomar en cuenta las necesidades específicas de cada población en función de la estrategia APSR, la inadecuada preparación del talento humano, la mala utilización de los recursos materiales, determinan una escasez de insumos médicos, de mantenimiento de equipos, inadecuado uso del talento humano llevando a una deficiente prestación de servicios de salud, se suma a esto la fragmentación y segmentación de los servicios de salud en nuestro país que lo vuelve en una red de servicios deficientes la misma que aún se sigue manteniendo, la falta de preparación en este campo de la mayoría de los gerentes de las unidades de salud, determina que las personas que gerencian estas unidades no disponga de los conocimientos y herramientas necesarios para tomar decisiones adecuadas y oportunas.

Se suma además que el sistema de facturación en los servicios públicos de salud se encuentran en fases iniciales aplicado de esta forma especialmente en las unidades de salud pública, manteniéndose los parámetros de costos y facturación incompletos y tampoco bien establecidos lo que lleva a tomar decisiones erróneas en las unidades de salud, a esta problemática se suma el hecho de que muchos gerentes no tienen la preparación y formación necesaria, son personas improvisadas que solamente detentan el nombre del cargo pero que no pueden utilizar los datos a ellos entregados y por lo tanto las decisiones que toman no serán certeras, además se suma las disposiciones que toma la macro sobre la meso y micro administración que no se compadece con las realidades de necesidades de la población a la que sirven las diferentes unidades, la red integral de salud es sumamente débil en su funcionamiento y estos defectos se deben corregir con conocimiento, capacitación y ubicación de personal apto en los lugares requeridos.

En las distintas unidades del país y de igual manera en las unidades de : Centro de Salud Asistencia Social y Matilde Álvarez objeto de la investigación, existe una discordancia entre las disposiciones legales que emite el poder central y la aplicación de los mismos en las unidades de salud, debido a que los datos que poseen las unidades corresponden más a estadísticas de morbilidad, mortalidad, situación geográfica y no de un cuadro financiero de gastos que acompañen estas prestaciones de salud, esto origina un desbalance entre el

presupuesto asignado a la unidad de salud y los gastos o costos de la atención en salud dando como resultado la pronta carencia de insumos, la incapacidad de contar con talento humano adecuado por falta de presupuesto, la no utilización adecuada de los insumos, la no disposición y utilización completa de los espacios, y la falta de medicación adecuada y de calidad, esto se plasma en una mala prestación de servicios y la insatisfacción de parte de los usuarios.

Delimitación

La delimitación del presente trabajo contempla las prestaciones realizadas y el análisis financiero de las unidades de salud: Centro de Salud de Asistencia Social y Matilde Álvarez, del Distrito 17D07 de la zona 9 durante el año fiscal 2014.

Formulación del problema

¿Existe una gestión financiera eficiente y eficaz con un sistema de gestión de costos y presupuestación en las unidades de salud: Centro de Salud Asistencia Social y Matilde Álvarez que permita tomar acertadas decisiones gerenciales para el óptimo desempeño de las mismas?

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto se llevó a cabo por la necesidad de contemplar una evaluación financiera de las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador que proveen atención primaria en salud, ya que no se contaba con conocimiento del nivel económico que se ha utilizado en las unidades operativas, el gasto de servicios conllevado a que se realice un adecuado uso de recursos económicos.

La APS es considerada en el Sistema Nacional de Salud como la puerta de entrada del paciente al sistema sanitario y en la misma idealmente se debe solucionar hasta un 85% de las consultas en salud. Es de vital importancia que la unidad de salud sea pública o privada y en este caso pública, posea un análisis financiero de los servicios de salud que provee.

Por este motivo se evalúa el componente financiero de las Unidades de Salud de Primer Nivel: Asistencia Social y Matilde Álvarez del Distrito 1707 Zona 9, mediante el análisis de costos, valoración económica de las prestaciones otorgadas y formulación de estrategias de mejoramiento, para fortalecer la gestión de las unidades médicas de primer nivel.

Es importante esta investigación ya que permite conocer y manejar el programa informático para el cálculo de costos que es el Sistema Winsig, que ayuda a evaluar si los recursos empleados son utilizados de manera óptima, así mismo mediante la aplicación del Tarifario Nacional calcular los ingresos y utilizando estos elementos calcular el punto de equilibrio para proporcionar un diagnóstico del estado financiero de cada una de estas unidades médicas

Estos elementos son imprescindibles para una buena gestión de las unidades médicas, velando por la equidad, calidad, eficacia y eficiencia de los servicios de salud que proporciona el estado ecuatoriano en cumplimiento con lo que dispone la constitución del estado vigente en la actualidad.

La utilidad de este proceso determina un beneficio directo a la población a la que da cobertura las unidades mediante una adecuada y oportuna prestación de servicios, adaptada a las necesidades de la población que requiere dicha prestación, un plan adecuado de requerimiento del talento humano, el aprovechamiento al máximo de las capacidades del mismo, un abastecimiento mantenido de la unidad en insumos y medicamentos requeridos y de calidad, la satisfacción del usuario interno y externo, una planificación de compras públicas adecuadas, elimina los gastos innecesarios, apropiada toma de decisiones gerenciales estratégicas en función de los distintos escenarios que se presenten, prestación oportuna y eficiente a la población vulnerable o en riesgo, el establecimiento de un tarifario acorde a la realidad, la implementación de un sistema

eficiente y eficaz de facturación de servicios, y la integración tanto de la red propia del Ministerio de Salud Pública como la complementaria constituida por las empresas particulares proveedoras de salud.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el componente financiero de los Centros de Salud tipo A de Asistencia Social y Matilde Álvarez del distrito D1707 zona 9 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 específicos

1. Realizar el 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
MARCO TEORICO

1.1.- Marco institucional

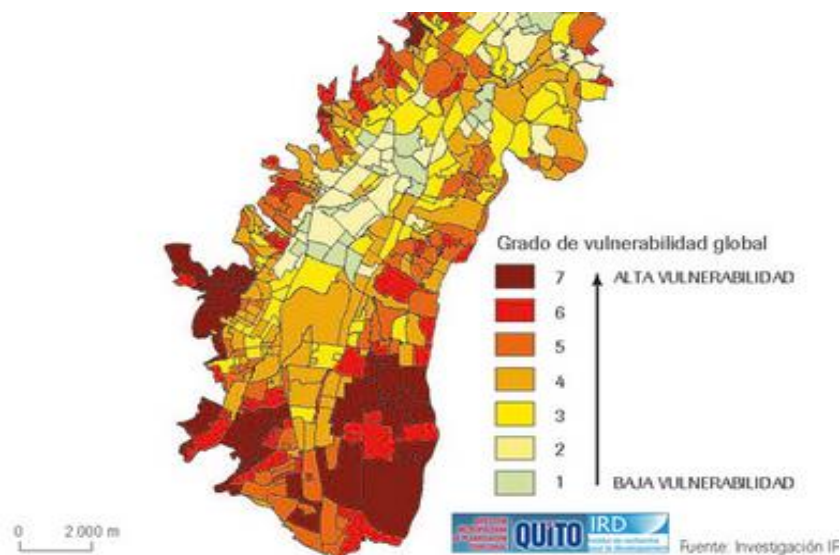


Gráfico 1: Aspecto geográfico de la unidad geográfico – histórica de la población de Matilde Álvarez

Fuente: Asis Matilde Álvarez

Caracterización de la unidad geográfico – histórica de la población de Matilde Álvarez

El Barrio Matilde Álvarez se encuentra ubicado en el Sector de Guamaní el cual crece urbanísticamente y es incorporado al casco urbano. El municipio lo caracteriza como zona de crecimiento urbano por excelencia para la ciudad de Quito.

Aparecen decenas de cooperativas de vivienda y asentamientos humanos sin infraestructura sanitaria y equipamiento urbano.

Ubicación

El Centro de Salud de Matilde Álvarez se encuentra ubicada en la parte sur del Cantón Quito de la provincia del Pichincha, dentro del cual se encuentra el Distrito de Salud 17D07 , en la Parroquia de Guamaní, se encuentra ubicado en el Barrio del mismo nombre en las calles 5 y Ferdinand Huneke

Altitud: Se encuentra en las siguientes latitudes.

Latitud: -0.3333333 **Longitud:** -78.55 **UFI:** -927385 **UNI:** -1372458 **UTM:** QV76 **JOG:** SA17-04

Pisos climáticos, clima (humedad, temperatura media)

El clima es frío oscila entre 10 y 12° C por estar cerca del Atacazo y los vientos en verano son fríos y la temperatura varía entre 12 y 14°C en el día.

Regímenes de lluvia y sequía

Según la ubicación geográfica del barrio Matilde Álvarez se caracteriza por dos estaciones que es el invierno y verano, los tiempos de lluvia inician entre los meses de octubre, noviembre, diciembre, enero, febrero, marzo, abril y mayo; de la misma manera tenemos los meses de sequía que son los siguientes: junio, julio, agosto y septiembre.

Límites geográficos

Matilde Álvarez se encuentra en lo que correspondía a la ex área de salud de Guamaní. Se extiende desde la calle Lucía Albán hasta la entrada a la Florencia S62, de la siguiente manera:

AL NORTE: Por Guamaní

AL SUR: Por la Victoria

AL ESTE: Por el Rocío

AL OESTE: Caupicho

Los grupos organizados que participan en el sector son Honrar la vida, Nuestra Señora de la Asunción, CIBVs, Liga de Fútbol, Grupos de Baile Afro, Fundación Sembrar.

Estos grupos han venido desarrollándose desde hace 30 años luego de asentamientos en la antigua hacienda Pisulí.

Actualmente las disputas entre estos dos barrios por la tierra han disminuido notablemente, sin embargo, la conflictividad social se deriva de su incorporación como barrios marginales en desarrollo.

Analfabetismo 5,2%, Alcantarillado 61 %, Colector de basura 84 %.

División política del área

Tabla 1: BARRIOS

BARRIO	ZONA	CODIGO EAIS	SECTORES
La Cedoc	446	17D07EU35	S002
Daniel serrano	446	17D07EU35	S006-S007
Primavera del sur	446	17D07EU35	S005
La trinidad	446	17D07EU35	S003-S004
Matilde Álvarez alto	446	17D07EU35	S006-S007-S008-S009
Matilde Álvarez alto	444	17D07EU29	S001-S002-S003
Guamani alto	444	17D07EU29	S002-S003-S004-S005
Guamani bajo	419	17D07EU46	S001-S002-S003
Santo tomas 1	418	17D07EU46	S001-S002-S003- S004-S005-S006-S007
<i>Victoria baja</i>	417	17D07EU62	S008
<i>Bienestar comunitario Manuelita Saen</i>	417	17D07EU62	S007
<i>Playwood y fabricas</i>	417	17D07EU62	S006
<i>Eternit</i>	417	17D07EU62	S005
<i>San pablo de Turubamba</i>	417	17D07EU62	S005
<i>Cristóbal colon</i>	417	17D07EU62	S001
<i>Rumiñahui</i>	417	17D07EU62	S001
<i>Playwood y fabricas</i>	417	17D07EU62	S006
Parque industrial	417	17D07EU62	S004
Ecuador del futuro	417	17D07EU62	S001-S002-S003
Terranova	999	17D07EU62	S009-S010
Área verde	999	17D07EU62	S035
Barrio portal del sur	999	17D07EU62	S035
Barrio la libertad, hacienda Cataguango y límite con Amaguaña	999	17D07EU62	S0035
Reserva ecológica de ciudad jardín	999	17D07EU62	S035

Fuente: Área de Estadística

Elaboración: Mónica Morillo

Accidentes Geográficos:

La quebrada de Caupicho atraviesa al sector de Matilde Álvarez desde la calle Patricio Romero hasta la Venecia 2 encontrándose en todo su recorrido con malas condiciones higiénicas, y puentes improvisados en mal estado.

EL recurso natural más importante con el que cuenta la comunidad es el agua, ya que se obtiene por nacimientos naturales y vertientes que se forman en el cerro Atacazo las cuales son utilizadas para las viviendas de la localidad, para bebedero de animales, agricultura, y además se utiliza para lavar la ropa en lavanderías públicas construidas en la quebrada de Caupicho en el sector de la Venecia 2 y Santo Tomás.

Características de su Población

La mayoría de los habitantes del sector son personas propietarios de terrenos por herencias de los huasipungos existentes anteriormente y personas que viven como arrendatarios, la población son de raza mestiza e indígena existen muchas personas que han emigrado para buscar mejores días desde las provincias de: Cotopaxi, Chimborazo, Bolívar, Cañar, y Provincias de la costa como son de Manabí y Santo Domingo.

Un alto porcentaje de habitantes se dedican al comercio informal, especialmente los habitantes del Barrio Padre Inocencio y la Trinidad los cuales se dedican al trabajo en el mercado mayorista, otros tienen sus propios negocios como son tiendas, papelerías, microempresas de helados.

1.1.2.- Aspectos históricos.

El Barrio Matilde Álvarez está ubicado en lo que anteriormente se conocía como la hacienda de Turubamba Bajo que era de propiedad del Sr Luis Antonio Salvador y la Sra. Matilde Álvarez la cual estaba limitada desde La Perla al norte por el Camal Metropolitano, al sur Limitaba por el Cantón Mejía, al este por el Cantón Rumiñahui; en el año 1964 en época de la Reforma Agraria hubo la disposición de que las haciendas deberían de desaparecer y dividir las tierras en lotes para los Guasipungueros (trabajadores de la hacienda).

Estos trabajadores en las haciendas tenían casa, terreno y animales como ganado, en ese año fallecen los dueños de la hacienda y el Sr Marcelo Rúales que era el administrador de la hacienda lotizo los terrenos en huasipungos para los trabajadores. Los cuales utilizaban las tierras para agricultura y ganadería, años más tarde se forma el Frente de Lucha conformado por el Sr Maximiliano Hidalgo como presidente gestionando el trazado de las calles, la construcción de la iglesia y el centro de Salud de Matilde Álvarez y del Centro de

Salud de Guamaní, los cuales se formaron y se construyeron en los espacios verdes que como ordenanza en ese entonces se les dejaba cuando alguien lotizaba los terrenos para venderlos. Se Construyó el Colegio Julio Moreno, y el Centro de Salud de Matilde Álvarez en los terrenos de los Sres. Julio Toapanta y señora Valentina Toapanta, los cuales donaron ese terreno, y cuya hija en 1994 empieza a trabajar en el centro de Salud en la Congregación de Ángel de la Guardia, con una enfermera, y un médico el Dr. Luis Muñoz, el cual incentivo a construir el centro de Matilde Álvarez en el lugar donado, por medio de mingas y solicitudes al MSP con la colaboración del personal de salud, empezando a funcionar con el Dr. Alex Vargas. Desde aquel entonces no se ha dejado de atender en la comunidad prestando todos los servicios de Salud.

Medios de transporte

Entre Los medios de Transporte tenemos los buses Urbanos como la Joya, Libertadores Lujoturisa, etc., y buses alimentadores como es el Corredor sur Oriental.

Vías de acceso:

Existen vías de acceso en regulares en las vías principales y en las vías secundarias se encuentran en un 40% en mal estado.

Servicios básicos:

El sector cuenta con todos los servicios básicos agua potable, luz y teléfono.

Caracterización Demográfica de Matilde Álvarez

Conocer las condiciones de vida de los hogares de Matilde Álvarez es muy importante.

En efecto, el análisis de las condiciones de vida da cuenta de la situación de salud de la población de Matilde Álvarez y de la manera como estas condiciones influyen en sus posibilidades de estar sana.

1.1.3. Centro de salud Asistencia Social.

Caracterización geográfica - histórica de la población de asistencia social

El Centro de Salud Asistencia Social se encuentra ubicado al Sur de Quito, está en el sector de Guajaló kilómetro 12 ½, barrio Asistencia Social (Calle José Rivadeneira E2-54 y Calle Aurelio Guerrero).



Gráfico 2: Localización de Asistencia Social

Fuente: Estadística Distrito 17D07

Elaborado: MD. Mónica Morillo

CLIMA: La zona de afluencia al Centro de Salud de Asistencia Social se encuentra situado en la zona ecuatorial mesotérmico semi-húmedo, presenta 2 estaciones lluviosas, altitudes de 3000 a 3200m, temperaturas de 12 y 20°C, pluviosidad media anual 500 a 2000mm, insolación 1000-2000 horas anuales tiene una extensión de 40 kilómetros cuadrados

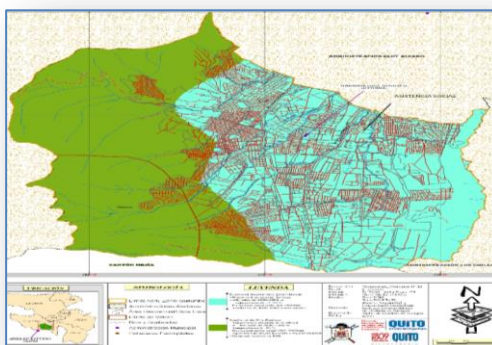


Gráfico 3: Clima

Fuente: Dpto. de Gestión de Riesgos – 2009

Tiene un área de cobertura de 40 kilómetros cuadrados, conformada por los barrios de El Paraíso, San Pedro de Guajaló, Pueblo unido Bajo, Asistencia Social, Valle del Sur, Hospital 2, San Carlos del Sur, Panamericana, Quitus Colonial, Virgen del Quinche 1, 2, Estela Maris Plan A, B, y C, Villa Solidaridad, Aymesa, Playwood, La Balvina, La Campiña, Mullollacta, Quillallacta, Pacarillacta, Conjunto Bosques de Quitumbe, delimitada de la siguiente manera:

Tabla 2: Área de cobertura de Asistencia Social

Norte:	Barrio Lucha de los Pobres
Sur:	Calle Susana Letor
Este:	Av. Gonzalo Pérez Bustamante
Oeste:	Av. Liranan

Fuente: Área de Estadística

Elaborado: Mónica Morillo

Tabla 3: Asistencia social-UBICACIÓN

ASISTENCIA SOCIAL		
Parroquia:	Quitumbe	26
Cantón:	Quito	01
Provincia:	Pichincha	17

Fuente: Área de Estadística

Elaboración: Mónica Morillo

Recursos naturales

El Centro de Salud “Asistencia Social” se encuentra ubicado dentro de una zona geográfica con terrenos irregulares por cuevas y depresiones en sus calles, rodeado de vegetación y de la quebrada el Capulí y el río Machángara.

1.1.4.- Aspectos históricos

El centro de Salud es designado por el Ministerio de Salud a pedido de los líderes comunitarios desde hace 28 años, cuyo espacio físico e infraestructura estaba designado en la casa barrial, actualmente continúa el Centro de Salud Asistencia Social brindando sus servicios a la comunidad, es importante mencionar que existe el riesgo latente debido al paso del Oleoducto. Cercano al Centro de Salud se encuentra el patio de revisión vehicular creado aproximadamente hace unos 5 años, lo que fomentó el incremento comercial en el área automotriz en el sector lo que ha ocasionado que exista mucha congestión vehicular en las principales avenidas cercanas a este servicio.

La prestación de este servicio ha ocasionado que los índices delincuenciales en la comunidad se incrementen, razón por la cual los dirigentes barriales solicitan a las autoridades

competentes se construya un puesto de auxilio inmediato (Unidad de Vigilancia Comunitaria), pero hasta la actualidad no se logra este objetivo.

Organizaciones barriales en la comunidad

Las pequeñas organizaciones políticas que representan a la comunidad están lideradas por los líderes y dirigentes barriales que forman parte de los más de 20 barrios de influencia al Centro de Salud Asistencia Social. La participación ciudadana en el Centro de Salud está representada por el Comité Local de Salud, quienes participan de manera activa en el Plan Local de Salud y ayudas pertinentes de acuerdo a su nivel de resolución en las actividades de la Unidad Operativa.

1.1.7.- Características demográficas de la población.

Densidad poblacional distribuida por zonas

El Centro de Salud Asistencia Social posee una extensión de 7 zonas censales que contienen 22.010 habitantes según el censo poblacional INEC 2010.

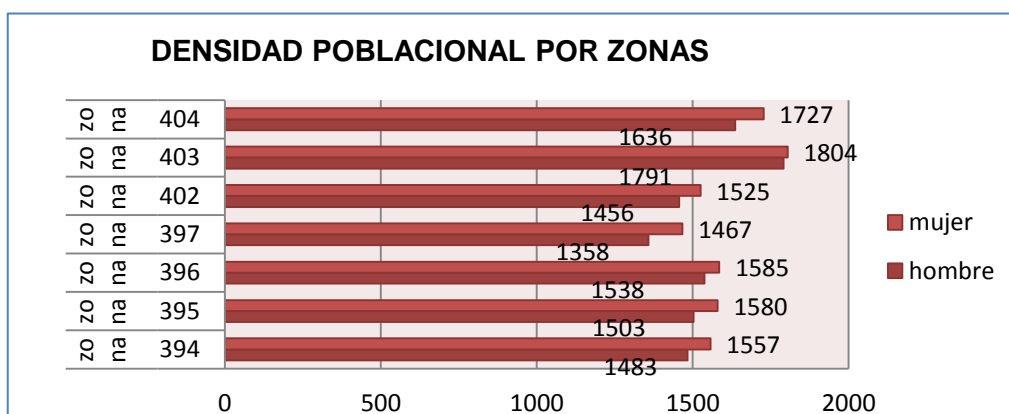


Gráfico 4: Densidad poblacional distribuida por zonas según el sexo

Fuente: Censo de la Población y Vivienda CPV – 2010 INEC

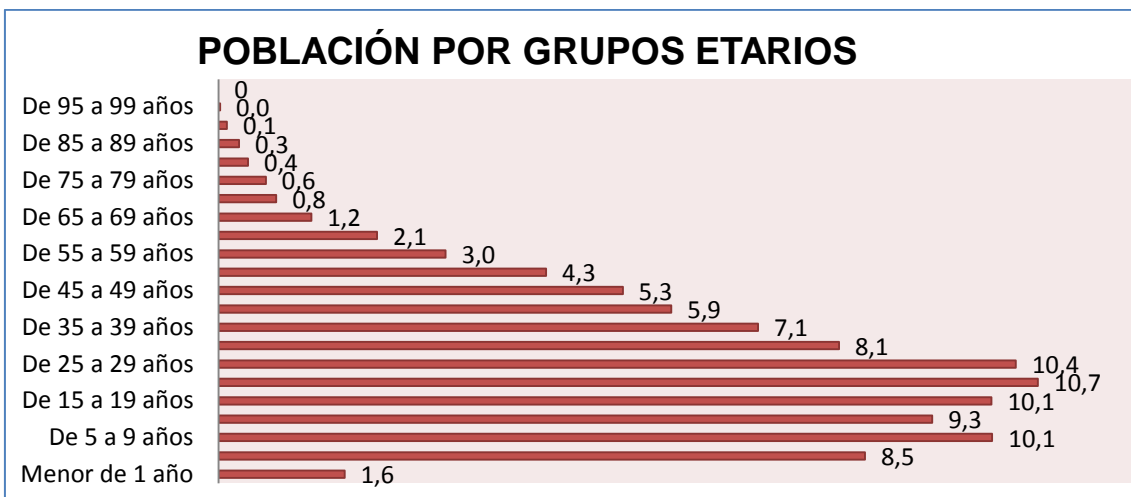


Gráfico 5: Estructura por edad de la población

Fuente: Censo de la Población y Vivienda CPV – 2010 INEC

Análisis: La población censada en el año 2010 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) muestra que el grupo etario de 15 a 60 años es la más numerosa 65%, seguida de la población de 0 a 15 años con un 30%, la población mayor a 60 años es la de menor predominio con un 5%, de esta manera se puede concluir que la población económicamente activa es la más numerosa en los dos sexos, siendo un factor protector social.

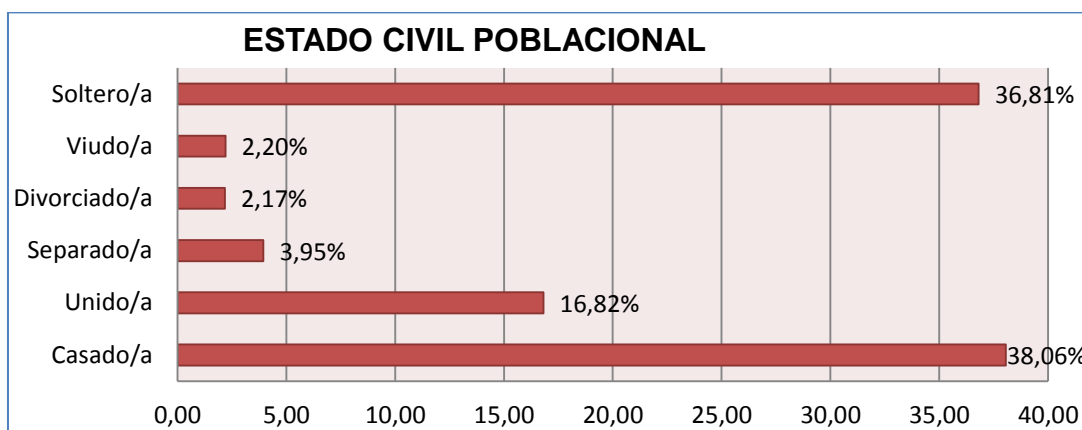


Gráfico 6: Estructura poblacional por estado civil

Fuente: Censo de la Población y Vivienda CPV – 2010 INEC

Análisis: La población censada en el año 2010 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) muestra que el 36.81% de la población es soltera, seguida de un 38.06% de la población es casado/a, seguida de un 16.82% de la población mantiene una unión

conyugal, sin embargo el 3.95% de la población mantiene un estado civil separado/a y con un 2% de la población mantiene un estado civil divorciado/a y viudo/a.

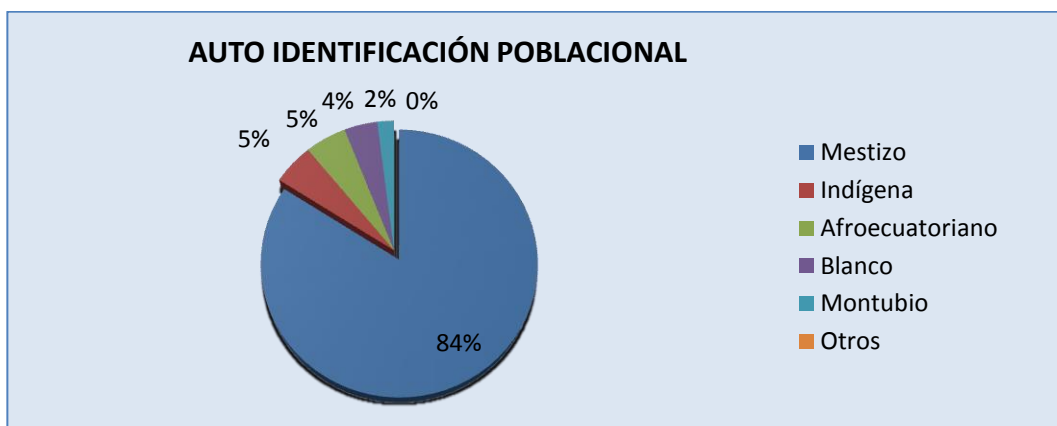


Gráfico 7: Estructura poblacional por etnia

Fuente: Censo de la Población y Vivienda CPV – 2010 INEC

Análisis: La población censada en el año 2010 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) muestra el 84% se auto identifica de raza mestiza, mientras que el 5% se auto identifica indígena, un 5% se auto identifica afroecuatoriano, el 4% se auto identifica como blanco y un 2% se auto identifica como montubio y un 0% como otros.

Tabla 4. Características del perfil de salud de Asistencia Social

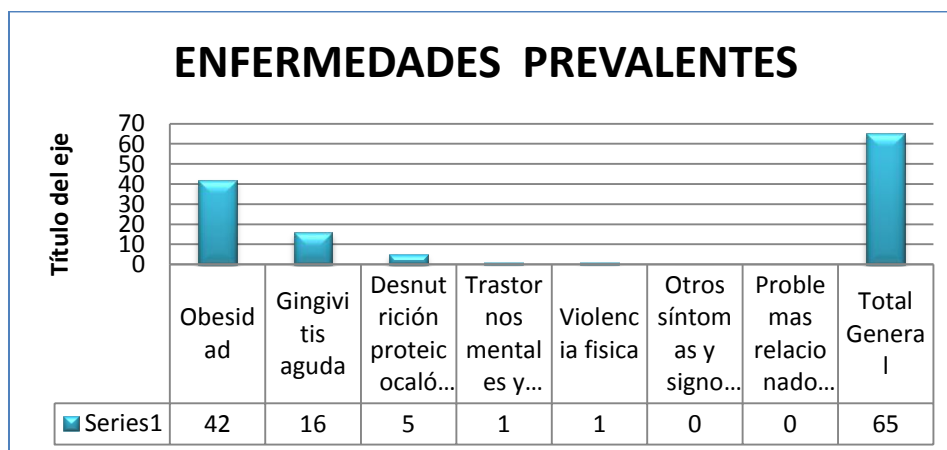


Gráfico 8: Enfermedades prevalentes en la comunidad

Fuente: RDACCA 2015

Oferta de los servicios de salud

Recursos de salud disponibles para los habitantes

Servicios de salud pública: Los servicios de salud pública que se encuentran brindando atención en la Parroquia de Quitumbe es el centro de salud Asistencia Social, quienes brindan atención primaria en salud de lunes a viernes en el siguiente horario de 8h00 a 17h00, con los siguientes servicios: medicina general y de especialidad (Medicina Familiar), odontología, obstetricia, vacunación, farmacia y trabajo comunitario gratuito, a los 20 barrios de cobertura y son: San Pedro de Guajaló, Valle del Sur, Asistencia Social, Playwood, Pacarillacta, Quillallacta, Mullollacta, La Campiña, La Valvina, Villasolidaridad, Aymesa, Estela Maris Plan A,B Y C, Virgen del Quinche I y II, Quitus Colonial, San Carlos del Sur, Panamericana y Pueblo Unido Bajo.

Es importante mencionar que el Primer Nivel de Atención en Salud es la puerta de ingreso hacia los servicios de segundo nivel en salud como es el Hospital Enrique Garcés, en caso de que un paciente requiera de un especialista para mejorar las condiciones de vida del mismo.

Trabajo comunitario: El Distrito 17D07 de las Parroquias Guamaní a la Ecuatoriana al cual pertenece el centro de salud Asistencia Social a partir del 01 de marzo del 2016 cuenta con la primera cohorte de los Técnicos en Atención Primaria en Salud (TAPS), los cuales tienen a su responsabilidad y como parte de su perfil profesional el trabajo comunitario el cual se basa en fomentar e implementar la prevención y la promoción en salud y fomentar o fortalecer el liderazgo con los dirigentes barriales, con los representantes de las instituciones educativas y el comité local de salud.

Recursos humanos

El talento humano del CS de Asistencia Social cuenta con el siguiente personal:

Tabla 4: Recurso Humano CS Asistencia Social

Nº	PERSONAL DE SALUD
3	Médicos
1	Odontólogos
2	Enfermeras
1	Obstetríz
1	Auxiliar de enfermería
1	Auxiliar de Farmacia
1	Estadístico
1	Persona de limpieza
2	Técnicos en Atención Primaria de Salud

Fuente: Coordinación del Distrito de Salud 17D07

Tabla 5: Cartera de servicios

CARTERA DE SERVICIOS
Medicina Familiar
Medicina General
Obstetricia
Odontología
Enfermería
Farmacia
Agendación y Estadística
Trabajo Comunitario

Fuente: Coordinación del Distrito de Salud 17D07

Elaborado Mónica Morillo

Servicios de salud privada: Existen instituciones de salud privada como centros médicos de atención de 12 horas en medicina general, obstetricia y terapia física, además existen consultorios médicos, consultorio odontológico, laboratorios clínicos y farmacias aledañas al sector asignado de atención.

Tabla 6: Instituciones de red privada

RED PRIVADA	TIPO DE UNIDADES	NÚMERO
PRIMER NIVEL	CENTRO MÉDICOS	
	CONSULTORIOS MÉDICOS	5
	CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	8
	LABORATORIOS CLÍNICOS	3
	FARMACIAS	8
SEGUNDO NIVEL	CLINICAS	0
TERCER NIVEL	HOSPITALES	0
TOTAL		24

Fuente: LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN TAPS 2016

Elaborado Mónica Morillo

1.2.- Marco conceptual:

1.2.1 Evaluación Financiera.

La evaluación financiera de los Centros de Salud de Primer Nivel, es un tipo de evaluación que interesa para comparar distintas formas de intervenciones en el campo de la salud sobre los recursos que se emplean en los recursos financieros, a partir de diferentes fuentes destinadas a la producción o compra de servicios de salud. El cual tiene como objetivo cubrir todas las necesidades del proceso productivo, para alcanzar las metas deseadas, en cantidad y calidad; y evaluando con eficacia y eficiencia las prestaciones y servicios de salud.

Como, (Pesántes León, Mary;, 2013) cita “El financiamiento en salud engloba todas las actividades relacionadas con salud esto es servicios de salud y sus determinantes. La preocupación principal será garantizar la sostenibilidad financiera con acceso equitativo a servicios de salud con calidad”. En Ecuador, se emplea la promoción y prevención de la salud con la finalidad de reducir la incidencia de enfermedades crónicas degenerativas a través de la evaluación al personal de salud en cuanto a la producción en su campo profesional, al estar al tanto de si los recursos humanos están produciendo en la atención al usuario satisfacción de sus necesidades.

El propósito de la evaluación financiera es disminuir el proceso salud-enfermedad y buscar el indicador de efectividad en los recursos empleados. Por lo cual, es preciso que los principales resultados de las acciones realizadas deban reflejar el nivel de alcance del cumplimiento de metas propuestas. Así conociendo la efectividad la cual debe ser considerada como un resultado homogéneo puesto que los resultados se relacionan con la utilización de los recursos lo cual permite obtener un máximo los beneficios y a presentar varias medidas de resultado que constituyan un acertado análisis de valorar la producción frente a otros resultados.

El incremento desmedido de gastos en salud también obliga a desarrollar permanentemente mecanismos de evaluación previos a la toma de decisiones en el entorno donde se desplieguen y elegir entre varias alternativas la forma radical de evaluación económica con la inversión de recursos implementados en la promoción de la salud.

La tecnología es otro punto de evaluación económica que ha logrado que se obtengan a corto y largo plazo la utilización de la mismas en las últimas décadas y se suma a esto

contar con recursos materiales, insumos y tecnologías en maquinaria de primer nivel de salud que presente una eficacia y eficiencia en la tecnología sanitaria.

1.2.2 Características de Financiamiento.

El financiamiento en los servicios de salud tiene que ser:

- Responsable: para garantizar el cumplimiento de los objetivos deseados
- Oportuno: en el momento que se lo necesite.
- Eficiente: para garantizar sus sostenibilidad en el tiempo.
- Suficiente: para cubrir todo lo necesarios

1.2.3 Criterios y mecanismos de asignación de recursos en salud.

(Pesántes León, Mary;, 2013). “La forma de asignar los recursos, determina la producción de los recursos. A través de este, el comprador le indica al proveedor porque está siendo pagado, generalmente se manejan cuatro formas de asignar recursos”.

Presupuesto: global o por línea de gasto.- asigna una cantidad agregada al proveedor en base a una forma definida, por partida específica, se asigna en un momento por cada partida. Es un mecanismo que no estimula la eficiencia.

Por acto o producción.- Es un mecanismo a través del cual el proveedor recibe recursos por la producción realizada, en base a una tarifa previamente establecida. Es un mecanismo que estimula la eficiencia.

Por capitación.- es prospectivo, el proveedor recibe una cuantía fija por paquete de servicio entregado al asegurado o usuario.

Reembolso basado en casuística.- es un mecanismo retrospectivo, retribuye el proveedor un monto determinado que cubre todos los servicios de un episodio de la enfermedad.

En el sector público generalmente se asignan recursos en función de presupuestos.

1.2.4 Costos de los servicios de salud.

Determina los costos y tarifas como herramientas de gestión, para transparentar la realidad económica de las unidades de salud y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.

Clasificación de los costos:

Costo fijo.- es aquel que debe pagar, independientemente del volumen de producción, sueldos, depreciación y servicios básicos.

Costo variable.- su valor depende directamente del volumen de producción, medicamentos, insumos y materiales de oficina.

Costo directo.- Es aquel que interviene directamente en el proceso de producción.

Costo indirecto.- Desembolsos que no pueden identificarse con la producción de mercancías o servicios específicos, pero que sí constituyen un costo aplicable a la producción en general.

Costo estándar.- se puede presentar dos situaciones; una que se considere a la empresa en su eficiencia máxima, que es cuando no se calculan pérdidas de tiempo y se acepta el rendimiento máximo de la maquinaria, pero con proyección de superación.

Costo de oportunidad.- el costo de oportunidad manifiesta el valor de uso que podemos dar a un recurso, representado por un buen material o su valor en dinero, y consiste en el sacrificio monetario de un beneficio, derivado de haber tomado la decisión en favor de otra alternativa de inversión. (José Eliseo Ocampo, 2011, pág. 78)

En el costo de producción se considera el beneficio que se obtendrá al producir un determinado bien, respecto al que se podría obtener con la producción de otros bienes utilizando los mismos factores productivos.

Costo de la no calidad.- todos aquellos costos en que se incurre debido a que no se ha conseguido la calidad específica. La no calidad es consecuencia de fallas en la producción de servicios, puede dividirse en fallas internas y fallas externas.

Costo marginal.- es el costo adicional en que se incurre para generar una unidad más de producción. Es el aumento en el costo total debido a incrementar la producción.

Costo neto.- Es el costo unitario de un servicio que reflejan los costos directos e indirectos a ser considerados en una tarifa previa a su negociación.

Costo integral.- Es el costo de producción para generar una unidad de producto o servicio.

Punto de Equilibrio.- Son las finanzas que hace referencia al nivel de ventas donde los costos fijos y variables se encuentran cubiertos. Esto supone que la empresa, en su punto de equilibrio, tiene un beneficio que es igual a cero (no gana dinero, pero tampoco pierde). También se puede decir que es el volumen mínimo de ventas que debe lograrse para comenzar a obtener utilidades. Es la cifra de ventas que se requiere alcanzar para cubrir los gastos y costos de la empresa y en consecuencia no obtener ni utilidad ni pérdida.

Winsig.- es la versión para Windows del Sistema de Información Gerencial (SIG) desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para dar una mejor respuesta a los actuales enfoques y prácticas emergentes de la gestión de los servicios de salud específicamente orientados a la eficiencia con calidad. Esto involucra la asignación de recursos con criterios de productividad social, la contención de los costos y el cobro de los servicios.

El WinSIG ofrece funciones para facilitar el análisis de la pertinencia, eficiencia y calidad de la producción, de la negociación y de control de los acuerdos de gestión y la facturación de costos, al haber agregado módulos para procesar la morbilidad atendida, hacer protocolos de atención, definir grupos de diagnósticos relacionados y costear los servicios prestados. Con ello se sitúa el sistema en uso en muchos países de la Región en condiciones óptimas y con ventajas comparativas para responder a los requerimientos de cooperación que los países vienen haciendo en este tema.

Las funciones principales del Winsig son:

- Evaluar globalmente el desempeño de instituciones, programas y redes de servicios de salud.
- Identificar los factores o problemas más relevantes del perfil de productividad institucional correspondiente.
- Facilitar el análisis de dichos factores o problemas a fin de determinar opciones de cambio, en el marco de los procesos de reforma sectorial y modernización de la gestión sanitaria.
- Monitorear los procesos de cambio y la evaluación del impacto de las medidas de ajuste institucional adoptadas para abordar la problemática que el propio Winsig permite identificar.
- Establecer los costos de los servicios como resultantes de la eficiencia en las funciones de producción.

1.2.5 Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

El propósito del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) plantea los siguientes ejes:

- Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir.

- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana, a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), que incluye la estrategia de Promoción de la Salud.
- Transformar el enfoque médico curativo, hacia un enfoque integral en salud, centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano.
- Incidir sobre los determinantes de la salud, a través de una acción articulada y complementaria con los otros sectores del desarrollo para el mejoramiento de la calidad de vida y salud a nivel individual y colectivo.

1.2.5.1 Principios del Modelo Integral de Salud.

Según (MSP, 2012). “El MAIS, se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Y pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias, la comunidad y desde este enfoque organiza las modalidades y contenidos de la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana”.

- Garantía del derecho a la salud
- Universalidad progresiva en el acceso y la cobertura de servicios de excelencia
- Integralidad
- Equidad (género, intergeneracional e interculturalidad)
- Continuidad en la atención en salud
- Relación centrada en el equipo de salud – usuarios (persona, familia, comunidad)
- Desconcentración de la gestión administrativa
- Eficiencia, eficacia y de calidad
- Participación plena de la comunidad y sus organizaciones
- Gestión y atención basada en resultados de impacto social

1.2.5.2 Componentes del Modelo.

(MSP, 2012). Constituye una estrategia para aportar en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y a la vez la estructuración del funcionamiento en red territorializada de servicios de salud integrales, integrados y de calidad, de acuerdo a la nueva normativa de división territorial para la gestión estatal en zonas, distritos y circuitos.

- Provisión de servicios
- Organización
- Gestión
- Financiamiento

1.2.5.3 Indicadores de Calidad, eficacia, efectividad y eficiencia.

Como, (Álvaro Hidalgo Vega, 2011) cita, “La eficacia es el beneficio de la aplicación de una tecnología sanitaria a la resolución de un problema de salud determinado, bajo condiciones ideales de inversión”.

“La eficiencia se refiere a la obtención de óptimos productos o servicios, con el menor costo y la utilización adecuada de los recursos (humanos, económicos, insumos, tecnológicos y logística). Se expresa con la relación existente entre insumo – producción; la eficiencia aumenta en la medida en que un mayor número de unidades excelentes se producen utilizando una cantidad dada de insumos. Por lo tanto la eficiencia es lograr que la utilización del consumo de los insumos sea ajustada al logro de un producto con excelente calidad, que se aprovechen al máximo las capacidades instaladas; que se cumplan los parámetros técnicos productivos y que garanticen la calidad.

La efectividad son los resultados que se ajustan a los objetivos y metas planificadas y a la satisfacción de los requerimientos de los clientes o usuarios por lo tanto es el impacto del producto hacia el cliente” (Sandra Dávila Zambrano, 2012).

1.2.6 Atención Primaria en Salud.

Según (Ministerio de Salud Pública, 2013, pág. 44). “La atención en salud debe ser eficaz y eficiente; es una estrategia que orienta al desarrollo de los sistemas de salud. Su implementación como todo proceso social, ha estado sujeta a las contradicciones e intereses económicos y políticos que configuran las formas de organización de las sociedades. La APS está fuertemente ligada a los procesos de organización y participación social que se construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos, la posibilidad de generar espacios democráticos deliberados y asociativos de

poder ciudadano puedan convertirse a corto y mediano plazo en la oportunidad de generar procesos de transformación en el ámbito de salud y la calidad de vida”.

1.2.7 Redes de Atención Primaria.

Según la (Organización Mundial de la Salud, 2008, pág. 55). “Las redes de Atención Primaria debe ser un servicio ambulatoria que sirva ante los problemas de Salud o relacionados a ofrecer una amplia gama de servicios integrados de diagnósticos, curativos, de rehabilitación y paliativos”. “El equipo de atención primaria tiene que ampliar la cartera de servicios de salud ofrecidos, desarrollando actividades y programas que puedan mejorar los resultados. Así se prepara el terreno para invertir en actividades de prevención y promoción y para aventurarse en esferas que a menudo se pasan por alto, como la salud en las escuelas y en el lugar de trabajo. Asimismo se exige al equipo de atención primaria a establecer contacto con organizaciones e individuos que operan dentro de la comunidad y a trabajar con ellos: los voluntarios y los trabajadores comunitarios de salud que sirven de enlace con los pacientes o animan a los grupos comunitarios de base, los trabajadores sociales, los grupos de autoayuda, se precisa al equipo a llegar a las personas de la comunidad, abandonando las cuatro paredes del consultorio, lo que puede redundar en importantes beneficios para la salud. Por ejemplo, se ha demostrado que los programas en gran escala, basados en visitas domiciliarias y animación comunitaria, reducen eficazmente los factores de riesgo de la mortalidad neonatal y las tasas reales de mortalidad”. (Ministerio de Salud Pública, 2013, pág. 45

1.2.8 Políticas Públicas para la Salud.

Las personas desean vivir en comunidades y entornos que garanticen y promuevan su salud. “La atención primaria, el acceso universal y la protección social representan las principales respuestas a estas expectativas. Las personas esperan asimismo que sus gobiernos instauren una serie de políticas públicas cuyas disposiciones abarquen desde el nivel local hasta el supranacional y sin las cuales la atención primaria y la cobertura universal perderían gran parte de su impacto y su sentido. Comprenden las políticas necesarias para hacer que los sistemas sanitarios funcionen adecuadamente y emprender acciones de salud pública muy beneficiosas para todos ya fuera del sector sanitario, comprenden las políticas que puedan contribuir a la salud y a la sensación de seguridad y garanticen a la vez el correcto manejo de cuestiones como el desarrollo urbano, el cambio climático, la discriminación por razones de género o la estratificación social”. (Organización Mundial de la Salud, 2008, pág. 66)

Según (Organización Mundial de la Salud, 2008, pág. 75). “*Las Políticas en Salud que se llevan a cabo son las siguientes:* Políticas sistémicas: disposiciones que es preciso adoptar

en los elementos constitutivos de los sistemas de salud para apoyar la cobertura universal y la prestación eficaz de servicios. Políticas de salud pública: intervenciones específicas necesarias para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios mediante actividades transversales de prevención y promoción de la salud. Políticas en otros sectores: contribuciones a la salud que pueden llevarse a cabo mediante la colaboración intersectorial”.

1.2.9 Importancia de políticas públicas eficaces para la salud.

“Las personas desean vivir en comunidades y entornos que garanticen y promuevan su salud. La atención primaria, el acceso universal y la protección social; representan las principales respuestas a estas expectativas. Las personas esperan asimismo que sus gobiernos instauren una serie de políticas públicas cuyas disposiciones abarquen desde el nivel local hasta el supranacional. Comprenden las políticas necesarias para hacer que los sistemas sanitarios funcionen adecuadamente y emprender acciones de salud pública muy beneficiosas para todos. Ya fuera del sector sanitario, comprenden las políticas que puedan contribuir a la salud y a la sensación de seguridad y garanticen a la vez el correcto manejo de cuestiones como el desarrollo urbano, la discriminación por razones de género o la estratificación social”. (Organización Mundial de la Salud, 2008, pág. 75)

1.1.10 Tarifario del sistema nacional de salud

El Tarifario es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud, tanto institucionales, como profesionales, proporcionados por las instituciones de Salud Pública. Por lo tanto, este elemento garantiza la posibilidad de acceder el financiamiento de los servicios de salud en costos de administración proporcionando un servicio digno con calidad y eficacia a nivel de complejidad de cada atención médica que se preste a la comunidad.

Para identificar al responsable de pago de la atención del paciente, sea Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), Seguro Público para el Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT) y Seguros Privados, se aplicará el “Manual de Ejecución del Proceso de Relacionamiento entre las Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria para la Atención de Pacientes y Reconocimiento Económico de los Servicios de Salud” o la norma que lo sustituya.

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

Por lo tanto es un derecho de la población el tener salud y servicios para mantener la misma dentro del marco de equidad y justicia social.

CAPITULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Matriz de involucrados

Tabla 7.- Matriz de involucrados

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Director de la Unidad Medica	Contar con información y respaldos para la Evaluación Financiera y toma de decisiones	Coordinación Zonal, 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.	Área Financiera, certificar e implementar una estructura de gestión de costos Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de evaluación financiera en la unidad Médico del MSP
Personal de la unidad	Trabajan por la mejora de la calidad de salud de los funcionarios.	Personal De Subcentros de Salud, servicios de salud con calidad, calidez y eficiencia Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de análisis para conocer si sus prestaciones son de eficientes efectivas
Egresado/a de la Maestría	Proponer el plan para evaluación financiera de las unidades de salud Matilde Álvarez y Asistencia Social	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.

Fuente: Distrito D1707

Elaborado por: Mónica Morillo

2.2. **Árbol de problemas.**

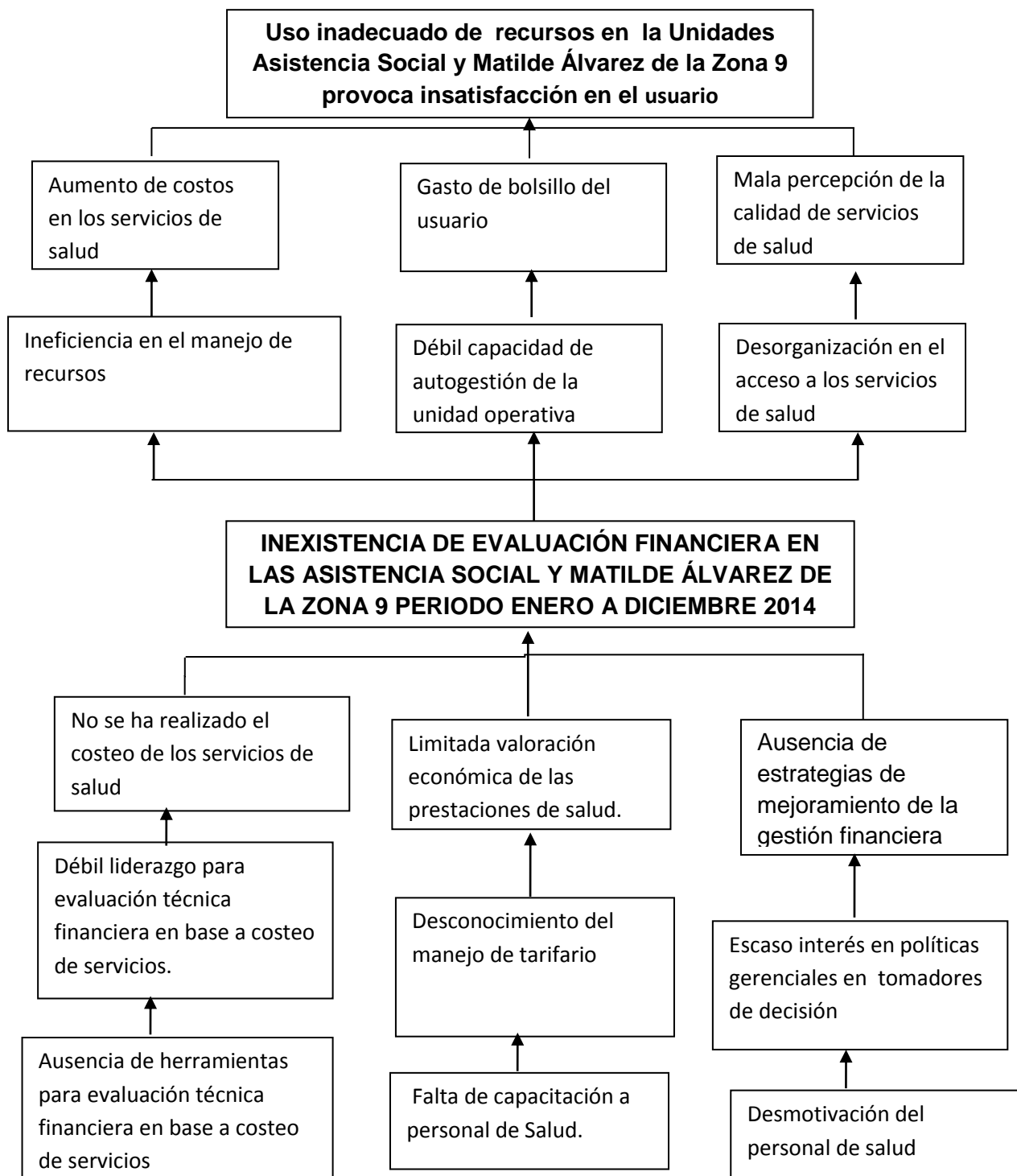


Gráfico 9: Árbol de Problemas

Fuente: Distrito D1707

Elaborado por: Mónica Morillo A.

2.3 Árbol de objetivos.

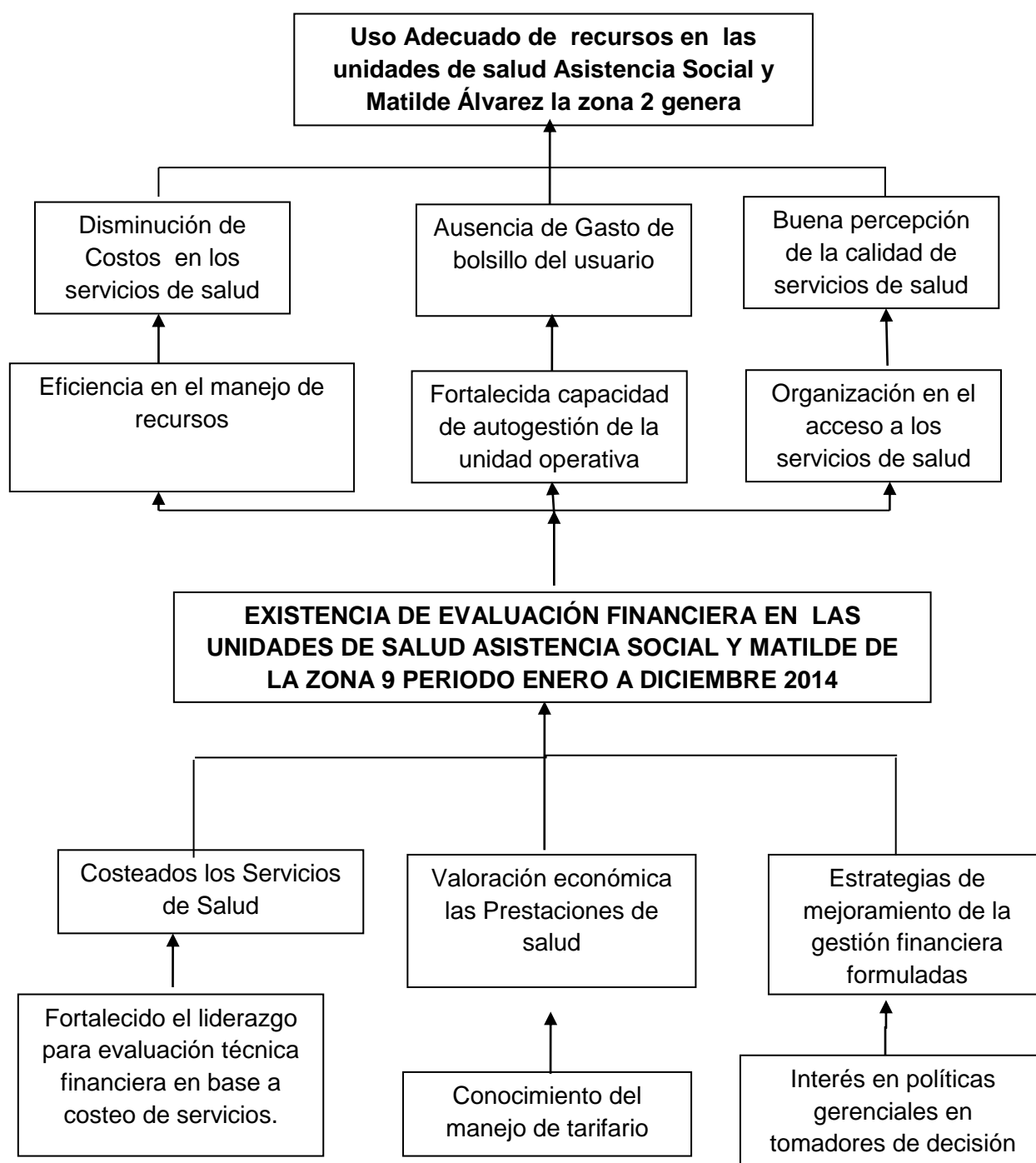


Gráfico 10: Árbol de Objetivos

Fuente: Distrito D1707

Elaborado por: Mónica Morillo

2.4.- Matriz de marco lógico

Tabla 8.- Matriz de marco lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Fin: Contribuir al uso adecuado de recursos en la unidad de salud de Asistencia Social y Matilde Álvarez			Alto compromiso del nivel directivo para facilitar los recursos en la ejecución de las actividades.
Propósito Evaluación financiera de la unidad de salud de Asistencia Social y Matilde Álvarez. Ejecutada.	100% evaluación financiera realizada.	Informe presentado del ef.	Apoyo político, técnico para obtener información y realizar el estudio.
Resultados esperados			
Servicios de salud costeados.	100 % de servicios de salud costeados a diciembre 2014	Informe de las prestaciones costeadas	Entrega de información necesaria y oportuna
Prestaciones de salud valoradas	100 % de prestaciones de salud valoradas económicamente a diciembre 2014	Informes de planillas de los centros de costos	Entrega de información requerida
Estrategias de mejoramiento de gestión financiera formuladas	No de indicadores de gestión financiera formuladas en la uso.	Informes de indicadores de gestión financiera presentados	Apoyo de los directores de la unidad para su implementación
Actividades	Responsables	Cronograma	Presupuesto \$

RE 1. Servicios de Salud costeados.			
1.1.Socialización del Proyecto	MAESTRANTES UTPL, TUTORES	01 octubre 2015	150 dólares
1.2.Taller de inducción al proceso de costos	MAESTRANTES UTPL, TUTORES	06-08 de Octubre 2015	200 dólares
1.3Recolección de información.	MAESTRANTES UTPL,	12-16 Octubre 2015	200 dólares
1.4Instalación de programa WinSIG para procesamiento de datos.	MAESTRANTES UTPL DIRECTIVOS DE LA UNIDAD	18 de Abril al 26 Mayo 2015	200 dólares
1.4 Generación de resultados de costos	MAESTRANTES UTPL, TUTORES	15 de Julio al 01 Septiembre 2015	200 dólares
RE2. Prestaciones de salud valoradas económicamente			
2.1 Socialización del manejo del tarifario del sistema nacional de salud.	MAESTRANTES UTPL, DIRECTIVOS	15-31 de marzo 2015	150 dólares
2.2. Recolección de información de producción del establecimiento de salud	MAESTRANTES UTPL, TUTORES	1 de abril hasta el 20 de mayo 2015	200 dólares
2.3.Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud actual	MAESTRANTES UTPL, TUTORES	21-30 de mayo 2015	200 dólares
RE3. Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera formuladas			
3.1.Calculo de punto de equilibrio	MAESTRANTES UTPL, TUTORES	25 de Octubre	100 dólares
3.2.Socialización de resultados	MAESTRANTES DIRECTIVOS US	30 de Octubre	100 dólares
3.3. Diseño de estrategias de	MAESTRANTES DIRECTIVOS US	25 de Octubre	50 dólares

mejoramiento, según resultados obtenidos			
3.4. Presentación de informe final a autoridades zonales.	MAESTRANTES DIRECTIVOS US	30 de Octubre	50 dólares

Fuente: Distrito 17D07

Elaborado por: Mónica Morillo A.

CAPITULO III
RESULTADOS

3.1 Resultados 1. - servicios de salud costeados

Una vez establecido el convenio entre el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la UTPL , firmados los convenios de confidencialidad entre los maestrantes y el Ministerio de Salud Pública, se procedió a establecer contacto con las autoridades de la zona 9 para su correspondiente autorización para proceder con el trabajo de investigación.

Para el cumplimiento del resultado 1, fue necesario realizar cronológicamente las actividades propuestas en el plan en las Unidades Matilde Álvarez y Asistencia Social, las mismas que tuvieron el siguiente desarrollo:

3.1.1. Actividad 1.1.- Socialización del proyecto.

Con la colaboración del Ing. Cruz se obtiene el RDACAA de las unidades debiendo indicar que es un reporte que tiene múltiples inconsistencias, y evidencia de un llenado desprolijo, sin embargo al ser la única base de datos disponible se trabaja con la misma, se establece contacto con las autoridades de los centros de salud asignados de los cuales se encuentra una buena colaboración , se le entrega la autorización del MSP como de la Universidad explicándole la importancia del estudio de facturación y Tarifario requiriendo los datos solicitados.

Es evidente la falta de sistematización en la recolección de datos, los datos suministrados son parciales o incompletos.

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

- Mediante Quipux No MSP-VAIS-2014-0409-O. La Viceministra de Salud socializo con las coordinaciones zonales, la suscripción del convenio con la UTPL para el desarrollo de proyecto denominado Evaluación financiera de los establecimientos del primer nivel. Anexo 1.
- Se suscribió con el MSP, la carta de confidencialidad para garantizar el buen uso de la información solicitada.
- Mediante Quipux No. 024-MGS-UTPL. La Coordinación de la Universidad Técnica Particular de Loja, 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 11 de Septiembre del 2014, y con el apoyo de docentes tutores de la UTPL, se mantuvo 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.

Los Directores de las Unidades de Salud; Dra. Gabriela Neira (Matilde Álvarez), Dr. Manuel Pilataxi (asistencia Social), y la Directora Distrital inicial Dra. Myriam Vélez, Dr. Pablo Calispa de nov. 2015 a marzo 2016, Dr. Fernando Calderón Director actual se comprometieron en 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 de la Directora zonal 9 Dra. Myriam Vélez y el Ing. Cruz Analista responsable del primer nivel de atención se mantuvo un dialogo para la autorización de recolección de datos y se contó con la colaboración para recopilar la información autorizando al personal técnico especialista en costos lo que requería el proyecto para ser llevado a cabo. En la ciudad de Quito, se contó con la colaboración del personal responsable de Talento Humano, Financiero, Estadística del Distrito No 17D07 Quito.

En las unidades médicas intervenidas se pidió la autorización y se informó la metodología empleada de costeo, con énfasis en los siguientes componentes: Anexo 2

- 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.

3.1.3 Actividad 1.3 Recolección de información.

Con el apoyo técnico de la Maestría de Gerencia en Salud, se inició el proceso de recolección de información, para lo cual se siguieron los lineamientos planteados en el documento suscrito con el MSP “Procedimientos para levantamiento de información de costos en el primer nivel”, para el efecto se utilizaron las matrices diseñadas para cada componente del costo. Se llenan las matrices por cada unidad y por cada mes, de enero a diciembre del año 2014. Debiendo recalcar que los datos entregados son parciales, en otros se debe recurrir al prorrateo de las cifras de acuerdo a las indicaciones entregadas por la UTPL.

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. Anexo 3

La primera distribuye el tiempo del personal en los diferentes centros de gestión, haciendo el seguimiento durante una semana de trabajo, utilizando para el efecto los estándares propuestos por la OPS para jornadas de 8 horas con sus respectivas variaciones. Se trabajó directamente con los directores de cada unidad médica y personal conociendo como

distribuyen el tiempo de trabajo en una semana así se pudo conocer la planificación de cada unidad operativa.

La segunda, una matriz en la cual se detallan los centros de gestión, el personal que labora en cada uno de ellos, con sus respectivos tiempo y la valoración de todos los componentes de la remuneración anual, mensual y luego calculando el costo hora hombre, mismo que multiplicado por las horas de atención en servicio, esto permitió conocer el total del costo que por concepto de mano de obra se contabiliza en cada centro de gestión. Este proceso de construcción tuvo serios inconvenientes por la falta de información completa y precisa puesto que en Talento Humano se obtuvo información general del personal de todo el distrito, lo que conllevó a ir a cada unidad operativa y con colaboración de cada uno de los profesionales se logró construir la información.

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

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

La recolección de la información por centros de gestión es limitada, ya que las unidades únicamente mantienen un control del consumo mensual general como reporte y documento para justificar la nueva requisición y en algunos casos el personal encargado era personal que realizaba su año rural y no se encuentra archivos ya que en la Dirección Distrital informan que tienen esta información a nivel global de todo el Distrito.

Esto retraso el trabajo, puesto que para llevar a cabo dicha matriz se revisaron informes de medicinas, requerimientos de insumos y materiales odontológicos, vacunas, insumos, materiales de oficina y se logró sacar mes a mes los requerimientos de cada unidad. Así mismo informo que se realizaron matrices anexas con los valores de cada requerimiento para poder constatar la cantidad egresada de las unidades en cuanto a insumos médicos, material de oficina, aseo, imprenta, vacunas. Anexo 4

Depreciaciones de bienes y uso de inmueble.

Igualmente se preparó una matriz que pretenda tener información sobre los inventarios de activos de todos los centros de costo, su valor residual y depreciación mensual. Anexo 5

En caso de inmuebles se obtuvo los inventarios de cada Unidad Operativa y para el evaluó de uso del inmueble se demanda el total de metros cuadrados por centro de gestión, con el

valor del avalúo actualizado y su depreciación mensual. Se informa que para tener información sobre el impuesto predial para evaluar el m², se lo hace en el Municipio de Quito.

Gastos fijos generales

Se solicita información de gastos de servicios básicos, servicios, vigilancia, aseo, combustibles, y otros gastos operativos que tenga la unidad. En el proceso de recolección de datos se trabajó con la Unidad Financiera del Distrito: Tlgo. Tamara Mejía (Jefa de Financiero) y con las respectivas unidades médicas.

Datos de producción

Se cumplió el 98% de la actividad propuesta, recalcando que la información entregada no es lo suficientemente completa ni se encuentra con la especificidad que el proyecto demanda, ya que no se dispone de un sistema de información técnicamente diseñado y orientado a obtener resultados como los que pretendemos alcanzar, sin embargo reconocemos que es muy orientador, ya que el 80% aproximadamente de la carga del costo está en mano de obra, información que si fue posible obtener.

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

- Limitada información sobre costos de los servicios, no contando con información de egresos de materiales informáticos, oficina, aseo etc., dificultando conocer los valores que eran utilizados en cada unidad.
- Falta de información real de los distritos y unidades ya que desde Septiembre del 2014 se formó como Distrito y se evidenció que la información ya no era por cada unidad operativa dificultando los costos de las unidades.

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 preparada para validar la información.

Se validó la información y se ingresaron los datos al programa Winsig, herramienta desarrollado por la OPS, para la obtención de los datos relacionados con los costos de los servicios, para el efecto se contó con el apoyo de profesional informático para la instalación

del programa como para la parametrización del mismo en función de la realidad de la unidad. Anexo 6

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 mensualmente por cada Unidad en el RDACAA: Anexo 7

De la información otorgada por el programa Winsig, el mes de noviembre del 2015 se generan los cuadros gerenciales de cada mes del año 2014. El cuadro 1 ofrece un perfil global de la situación; el cuadro 2 muestra los niveles de uso de los servicios de apoyo terapéutico diagnóstico, administrativo y general por parte de los servicios finales; los cuadros 1y 4 proporcionan información sobre los patrones de dotación, distribución, productividad y composición del recurso humano; y el cuadro 4 informa sobre los costos totales.

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 RDDACA, 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.

3.1.5.1.- Costo de atención.

Es importante resaltar que los datos obtenidos son otorgados por el personal responsable de las diferentes unidades intervenidas

Asistencia Social y Matilde Álvarez son reducidas, especialmente en actividades como visitas domiciliarias que no están adecuadamente registradas en el RDACAA, y nulas de los eventos de promoción en salud, por lo que no guarda relación con la realidad. En la siguiente tabla se detalla los resultados del costo promedio de atención:

Tabla 9: Costo de atención

COSTO DE ATENCIÓN			
Nombre de la unidad	Costo total	Número atenciones	Costo por atención
Asistencia Social	200.026,45	15.488,00	12,91
Matilde Álvarez	259.441,21	21.013,00	12,35
Total	459.467,66	36.501,00	12,59

Fuente: Winsig cuadro 1

Elaborado por Mónica Morillo A.

Las prestaciones valoradas como procesos finales son: prestación de salud en consulta externa y odontología, los eventos de visitas domiciliarias y promoción de salud no pudieron ser valoradas ya que no se obtuvo los datos correspondientes, al análisis encontramos que la unidad de mayor producción es la de Matilde Álvarez, respecto a Asistencia Social, al realizar este primer análisis en función del cuadro 1 del programa Winsig encontramos que el costo promedio de atención en consulta externa al igual que odontología en las dos unidades es de 12,91 y 12,35 que se encuentra en relación con lo

establecido como referencia en el tarifario nacional .

3.2.2. Costo por población asignada

Tabla 10: Costos por población asignada

COSTO DE ATENCIÓN PER CAPITA			
Nombre de la unidad	Costo total	Población asignada	Costo por habitante
Asistencia Social	200.026,45	22.522,00	8,88
Matilde Álvarez	259.441,21	17.551,00	14,78
Total	459.467,66	40.073,00	11,47

Fuente: WINSIG CUADRO 4 Y ASIS

Elaborado: Mónica Morillo

El costo per cápita es sin embargo al ser un costo calculado sin tomar los costos de las entidades privadas como lo dicta la organización mundial de la salud no es muy factible de evaluación, sin embargo de acuerdo al cálculo establecido se observa que el gasto percápita en salud es muy bajo lo que nos habla de una inequidad en la distribución de recursos y por lo tanto muy por debajo de lo que el gobierno declara que es el de 400 dólares por persona.

3.1.5.3.- Costos Integrales de Servicios.

Tabla 11: Costos integrales de servicios

COSTO INTEGRAL Y COSTOS NETO 2014			
NOMBRE DE LA UNIDAD	Servicio	Costo Integral	Costo Neto
Asistencia social	Consulta	14,61	11,41
Matilde Álvarez	Consulta	13,38	11,21

Fuente WINSIG CUADRO 4 Y ASIS

Elaborado: Mónica Morillo

Análisis de unidades de salud

El costo neto de cada área de salud de un Subcentros es el precio líquido incluido impuestos por un servicio que se adquiere, lo que quiere decir el costo por cada consulta.

Tabla 12: Costos integral y costos netos

COSTO INTEGRAL Y COSTOS NETO 2014			
NOMBRE DE LA UNIDAD	Servicio	Costo Integral	Costo Neto
Asistencia social	Odontología	7,83	7,83
Matilde Álvarez	Odontología	9,21	9,21

Fuente: WinSIG cuadro 4

Elaborado: Mónica Morillo A.

Los costos integrales en las dos unidades se encuentran dentro de los valores referenciales del tarifario nacional, encontramos que los costos integrales difieren de los costos netos en consulta externa debido al involucramiento de otros gastos como son insumos, etc., en odontología encontramos que tanto los costos integrales y netos son similares esto implica que los gastos extras en odontología no impactan mayormente en los costos finales de atención.

3.1.5.4.- Componentes del Costo de Servicio.

Tabla 13: Componentes del costo de servicios general

Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
Consulta externa	169.705,43	158.831,02	93,59218
Visita domiciliaria	0,00	0,00	0,00000
Odontología	30.321,02	28.378,10	93,59217
Promoción de la salud	0	0	
Total	30.321,02	28.378,10	93,59

Fuente: WINSIG CUADRO 4 WINSIG

Elaborado: Mónica Morillo A.

Tabla 14.-Costo directo

Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
Consulta externa	211.371,93	202.832,17	95,95984
Visita domiciliaria	0,00	0,00	0,00000
Odontología	48.069,28	46.127,21	95,95985
Promoción de la salud	0	0	

Fuente: WinSIG cuadro 4

Elaborado MD. Mónica Morillo A.

En cuanto a los costos y su distribución encontramos la tendencia general de todas las unidades de salud del Ecuador, los costos directos en su mayor porcentaje y por lo tanto cantidad corresponden a la prestación de atención en consulta externa, con un rango entre 93 a 95%, odontología es mucho menor y se encuentra en relación con la producción y los gastos destinados a la misma tanto en talento humano como en materiales, etc., no pueden ser valoradas las otras prestaciones debido a la falta de datos.

3.2.5.- Costos Directos e indirectos servicios.

Tabla 15: Costos directos e indirectos de los servicios de la unidad de Asistencia Social

COSTOS DIRECTOS DE SERVICIOS ASISTENCIA SOCIAL			
Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo directo
Consulta externa	169.705,43	10.874,41	6,40782
Visita domiciliaria	0,00	0,00	0,00000
Odontología	30.321,02	1.942,92	6,40783
Promoción de la salud	0	0	
Total	30.321,02	1.942,92	6,41

Fuente: WINSIG CUADRO 4 Y ASIS

Elaborado: Mónica Morillo

Tabla 16: Costos directos de servicio Matilde Álvarez

COSTOS DIRECTOS DE SERVICIO MATILDE ALVAREZ			
Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo directo
Consulta externa	211.371,93	8.539,76	4,04016
Visita domiciliaria	0,00	0,00	0,00000
Odontología	48.069,28	1.942,07	4,04015
Promoción de la salud	0	0	

Fuente: Winsig cuadro 4

Elaborado por: MD. Morillo A.

Los costos indirectos de las dos unidades son bajos en un rango del 6 al 4 %, los costos indirectos como conocemos no se involucran directamente con la prestación del servicio, su bajo porcentaje nos puede indicar que la producción en las dos unidades podría ser mejorada.

3.2.6.- Costos fijos y variables.

Tabla 17: Porcentaje del costo fijo y variable de la unidad Asistencia Social

COSTOS FIJOS		
NOMBRE DE LA UNIDAD :ASISTENCIA SOCIAL		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Remuneraciones	149.427,60	97,28
Servicios básicos	2.832,77	1,84
Depreciaciones	1.094,21	0,71
Uso edificio	248,30	0,16
Total	153.602,88	100,00
COSTOS VARIABLES		

NOMBRE DE LA UNIDAD : ASISTENCIA SOCIAL		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Material de oficina	1.040,00	2,23
Material de aseo	1.300,00	2,78
Medicinas	37.127,87	79,46
Insumos	1.612,00	3,45
Biomateriales odontológicos	5643,7	12,08
Repuestos	0	-
Total	46.723,57	100,00

Fuente: WINSIG CUADRO 4 Y ASIS

Elaborado: Mónica Morillo

Elaborado por Maestrante

Al analizar los costos fijos y variables, encontramos que en los fijos en su mayor porcentaje corresponde al de remuneraciones de personal, que siempre es alto en todas las unidades de salud, se debería establecer una verdadera valoración de las funciones de cada integrante del personal ya que en este gobierno se ha observado un incremento indiscriminado en la administración, convendría valorar su conveniencia.

En los costos variables que se consumen en función se encuentran en una relación aproximada de un 25%, lo que nos indica una baja producción, que los costos fijos siempre se pagan independientemente de la producción de la unidad, dentro de estos costos y como es tendencia en las unidades de salud la más alta corresponde al de medicinas.

3.1.5.7.2.- Costos fijos y variables Unidad Matilde Álvarez

Tabla 18.- Costos fijos Matilde Álvarez

COSTOS FIJOS		
NOMBRE DE LA UNIDAD : MATILDE ALVAREZ		
Componentes	Valor	% Participación
Remuneraciones	214277,28	98,86
Servicios básicos	884,83	0,41

Depreciaciones	1165,12	0,54
Uso edificio	414,14	0,19
Total	216.741,37	100,00
COSTOS VARIABLES		
NOMBRE DE LA UNIDAD : MATILDE ALVAREZ		
Componentes	Valor	% Participación
Material de oficina	960	2,25
Material de aseo	1200	2,81
Medicinas	34271,88	80,26
Insumos	1248	2,92
Biomateriales odontológicos	5019,96	11,76
Repuestos	0	-
Total	42.699,84	100,00

Fuente: WINSIG CUADRO 4 Y ASIS

Elaborado: Mónica Morillo

El análisis de esta unidad es similar a la anterior debiendo indicar que el porcentaje de los costos variables es menor aun y al sr la unidad de mayor capacidad de producción debería realizarse un trabajo para mejorar la producción porque la misma puede ser adecuada pero no utilizar toda la capacidad instalada.

Análisis de Indicador del Resultado Esperado

Se cumplió el 100%de la actividad de planillaje y el porcentaje que corresponde a la productividad se encuentra en el 70% lo que cumple con lo esperado situándose en un nivel medio a elevado.

3.3. Resultado 2.- Evaluar económicamente las prestaciones de los servicios de salud

3.1.1.- Socialización de Tarifario del Sistema Nacional de Salud.

Con el apoyo de las autoridades de la Coordinación Zonal D01, se procedió a convocar al Director Distrital, Director médico, responsable financiero del distrito, a fin de socializar sobre la estructura y manejo de Tarifario del Sistema Nacional de Salud.

Dicha capacitación se realizó .en la ciudad de Quito con la siguiente temática:

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

- 1.- Aspectos generales y conceptuales básicos: Tarifario, objetivo, alcance, Unidades relativas de valor, factor de conversión.
 - 2.- Estructura y reglas básicos del manejo de tarifario del sistema nacional de salud El tarifario de honorarios médicos en unidades de primer nivel
Tarifario de servicios institucionales.
- ✓ Tarifario de visitas domiciliarias
 - ✓ Tarifario de acciones de prevención y promoción de la salud
 - ✓ Tarifario de monitoreo

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: 4horas.

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.

3.3.2 Actividad 2.2 Recolección de información.

REDACCA fue el instrumento valioso para la recolección de datos procesando la producción de las unidades intervenidas 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 **2014** de estudio que sirvieron como promoción y prevención de la salud, debidamente clasificados por el tiempo de duración de los mismos.

c) Servicios institucionales

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

3.3.3.- Valoración Económica de las prestaciones de salud según el tarifario del Sistema Nacional de Salud.

Se realiza en mayo 2015, para ello se llena las matrices de Facturación con fórmulas proporcionadas por la UTPL (**Anexo7**)

3.3.3.1- Valoración Económica de las prestaciones de salud según el tarifario del Sistema Nacional de Salud Unidad de Asistencia Social.

Tabla 19.- Valoración económica anual de la unidad de Asistencia Social

VALORACION ECONOMICA DE LAS PRESTACIONES 2014				
Servicio	Asistencia Social	% participación	Matilde Álvarez	% participación
Morbilidad	16.855,88	5,58	26.947,86	7,81
Prevención	134.699,17	44,63	210.442,27	61,03
Visita Domiciliaria	721,71	0,24	80,19	0,02
Odontología	149.541,10	49,55	107.374,12	31,14
Total	301.817,86	100,00	344.844,44	100,00

Fuente: WinSIG cuadro 4

Elaborado por MD. Morillo A.

En cuanto a la distribución de la valoración económica encontramos que el mayor monto lo aporta la consulta de morbilidad que no corresponde al modelo de atención que propugna el gobierno de turno, ya que la prevención a nivel de estas unidades deben ser primordiales, la consulta de odontología aporta también con un porcentaje importante, las otras dos prestaciones no pueden ser valoradas correctamente por la falta de datos.

Análisis de Indicador del Resultado Esperado

Se cumplió el 100% de la actividad El porcentaje que corresponde a la productividad se encuentra en el 70% lo que cumple con lo esperado situándose en un nivel medio a elevado

Resultado del indicador de la actividad.

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, recalcando que la información entregada no es lo suficientemente completa ni se encuentra con la especificidad que el proyecto demanda, existe mucha incoherencia en los datos, no se dispone de un sistema de información técnicamente diseñado y orientado a obtener resultados como los que pretendemos alcanzar, sin embargo reconocemos que es muy orientador, ya que RDACAA contiene toda la producción de las atenciones, sin embargo es importante puntualizar que existe serias deficiencias en subregistro.

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

Tabla 20: Valoración de las prestaciones según el Tarifario del Sistema Nacional de Salud

Tipo de consulta	Estándar definido de la experiencia institucional
Consulta en establecimiento	20 minutos por consulta primera y 10 por consulta subsecuente
Consulta en centros educativos	10 minutos primeras subsecuentes
Consultas en comunidades	20 minutos primeras y 10 minutos subsecuentes.
Visita domiciliaria	Se definió por ciclo de vida
Consulta odontológica	Se consideró consulta general

Fuente: matrices UTPL

Elaborado por MD. Morillo A.

Análisis del indicador del resultado esperado.

El indicador cumple el 100% de lo aplicado en las unidades Asistencia Social y Matilde Álvarez

3.3. Resultado 3.- Estrategias de mejoramiento

3.3.1. Cálculo del Punto de Equilibrio.

En el mes de Julio del 2015 se procede a realizar el análisis del punto de equilibrio, utilizando los valores de costos fijos, variables y la facturación mensual, se aplicó la siguiente fórmula algebraica monetaria para sacar el nivel mínimo del valor de la facturación para obtener el Punto de equilibrio (si la facturación de la unidad está por debajo de esta cantidad la Unidad pierde, y por encima de este punto existe utilidad).

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

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

$$NMF = \frac{CF}{1 - (CV/F)}$$

NMF : Nivel Mínimo de Facturación
 CF: Costos Fijos
 CV: Costos Variables
 F: Facturación

Para el cálculo del Punto del Equilibrio en porcentaje se utilizó la siguiente fórmula:

Tabla21.- Cálculo del punto de equilibrio Asistencia Social

PUNTO DE EQUILIBRIO: ASISTENCIA SOCIAL	
COSTOS FIJOS	153.602,88
COSTOS VARIABLES	46.723,57
COSTOS TOTALES	200.326,45
VALORACION DE INGRESOS SEGÚN TARIFARIO	301.817,86
PE USD	181.737,08
PE %	39,79

Fuente: matrices UTPL

Elaborado por MD. Morillo A.

El punto de equilibrio es positivo por lo tanto la unidad es rentable ya que los ingresos que debería percibir esta unidad compensan los gastos de la misma.

Tabla 22.- Cálculo del punto de equilibrio Matilde Álvarez

PUNTO DE EQUILIBRIO: MATILDE ALVAREZ	
COSTOS FIJOS	216.741,37
COSTOS VARIABLES	42.699,84
COSTOS TOTALES	259.441,21
VALORACION DE INGRESOS SEGÚN TARIFARIO	344.844,44
PE USD	247.371,81
PE %	28,27

Fuente: matrices UTP

Elaborado por MD. Morillo A.

El punto de equilibrio en el análisis de esta unidad es el mismo, al ser tanto la unidad es rentable ya que los ingresos que debería percibir esta unidad compensan los gastos de la misma, aunque el margen en esta unidad es menor que el Asistencia Social.

Resultados del Indicador

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, se obtuvieron los resultados de la facturación y puntos de equilibrio de la unidad Asistencia Social y Matilde Álvarez

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

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

3.2. Socialización de resultados

Una vez culminado el presente proyecto se entregó el informe de los resultados a la jefatura del Distrito al que corresponde la unidad de Salud La

Asistencia Social y Matilde Álvarez enfatizando la importancia de mantener un sistema de información financiera efectivo y eficaz para tener el conocimiento óptimo acorde a la necesidad del manejo de los recursos de manera adecuada en la que exista rendimiento el mismo que se reflejara en la supervivencia del servicio

Es importante anotar que durante el desarrollo de este proyecto se evidenciaron limitantes que impidieron abarcar a una información más certera como es el RDCCA que distorsionan los valores para los que no manejamos esta información la falta de colaboración por parte del personal a cargo de sus departamentos lo realizaron de manera superficial, el desconocimiento de los costos y facturación de los servicios ofertados.

3.3.- 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 la unidad del Asistencia Social y Matilde Álvarez se sugiere implementar siguientes estrategias, debemos tener en cuenta que las estrategias son similares a la generalidad de las unidades ya que comparten similares situaciones y realidades.

Tabla 23.- Estrategias de Mejoramiento

PROBLEMA DETECTADO	ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO SUGERIDA
SISTEMA DE INFORMACION	Establecer de forma urgente una adecuada recolección de datos, no es posible que no existan datos de promoción en salud y los datos de visitas domiciliarias se encuentren sub registrados, además se debe establecer un adecuado registro de los mismos, ya que de nada sirve la recopilación de datos si no son registrados adecuadamente. Socialización, capacitación, seguimiento y evaluación de los funcionarios encargados
INCOMPLETA	Del llenado del RDACAA, así como el ingreso al sistema. Monitorización permanente del correcto llenado y

	registro de los mismos.
	Recolección y registro adecuado los gastos, recomendar que se ingresen como centros de producción y no como actualmente lo hacen donde se observa un desorden marcado que no permite un adecuado filtro y análisis de los mismos.
	Información financiera adecuada de los costos mediante el sistema ABC, y luego interpretados con la Ayuda del sistema Winsig.
BAJA PRODUCCION	<p>Determinación técnicamente realizada de los causales para baja producción especialmente en visitas domiciliarias y promoción de salud.</p> <p>Identificar los causales por el que no existe producción en los eventos de promoción en salud, y el subregistro de las visitas domiciliarias.</p> <p>Intervención inmediata en la prestación de promoción en salud.</p> <p>Reingeniería de procesos que permitan mejorar la producción, de los servicios que requieren.</p> <p>Monitoreo continuo de los servicios con baja producción y mejoramiento de los</p> <p>Mismos</p> <p>Establecimiento de necesidades de atención de la comunidad, mediante el uso de la epidemiología comunitaria.</p>
AUSENCIA DE ANALISIS FINANCIERO	<p>Calificación del personal a cargo del proceso financiero en la unidad</p> <p>Capacitación de este personal en análisis financiero</p> <p>Establecimiento de una contabilidad de costos adecuada</p> <p>Identificación y levantamiento de un proceso de compras</p>
RECUPERACION	Realizar un planillaje adecuado de las

DE GASTOS

prestaciones

Establecer con las autoridades el método de recuperación de las mismas

Monitoreo de planillaje en comparación con gastos y producción

Establecimiento y uso del tarifario nacional.

Deseable que el gobierno cumpla con el ofrecimiento de establecer los presupuestos en función de la producción de las unidades de lo contrario estamos hablando de una entelequia.

Fuente: matrices UTP

Elaborado por MD. Morillo A.

3.3.1.- Implementar un sistema de monitoreo de la atención médica.

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

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

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

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

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

Tabla 26.- Monitoreo de las Unidades de Salud

COMPONENTES	Asistencia Social	Matilde Álvarez
ORGANIZACIÓN COMUNITARIA		
Comités de salud local funcionando	X	
COMITES DE USUARIOS O GRUPOS ORGANIZADOS Y FUNCIONANDO		x
Grupos de adultos mayores	X	
Grupos de diabéticos	X	X
Grupos juveniles	X	x
Grupos de personas con discapacidad	X	x
Otros especifique HTA y madres adolescentes	X	x
Diagnósticos situacional inicial	X	x

Diagnósticos dinámicos	X	X
Sala situacional implementada y actualizada	X	x
Planes de salud local formulados de acuerdo a normativa y herramientas de planificación establecidas por el MSP	X	x
Compromisos de gestión	X	X
Acciones de salud monitoreadas y evaluadas	X	x
		x

Fuente: Unidades de Salud

Elaborado por: MD. Morillo A.

3.3.3.- 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:

En base a la producción de los profesionales y estándares generalmente aceptados, se evalúa el comportamiento de los profesionales de la salud, comparando las horas contratadas contra las horas laboradas y determinando su productividad y rendimiento. Para el efecto, se prepara la siguiente herramienta: tomando en cuenta el profesional médico, odontólogos, enfermera, y obstetriz en el caso de las unidades intervenidas como es el número de atenciones, número de horas trabajadas, número de visitas domiciliarias empleadas en sus horas de trabajo, número de horas dedicadas a la administración, horas laboradas en eventos, hora laboradas en procedimientos horas laboradas en capacitaciones, horas ausentismo-vacaciones lo que en la unidad del La 15 Asistencia Social y Matilde Álvarez no es completamente valorable debido a la rotación de los profesionales en salud, su distribución del tiempo, la falta de datos adecuados en talento humano, sin embargo se realizó la valoración en función de la matriz cuyos datos se encuentran en el anexo y en este apartado indicamos la matriz de un mes como validación.

3.3.4.- Cálculo de indicadores de monitoreo y evaluación.

Con el fin contar con un sistema de evaluación coherente, sistemático y de fácil comprensión, se procedió a construir un banco de indicadores de estructura, procesos y resultados, orientados a medir el nivel de utilización de los diferentes recursos banco de indicadores, Para las unidades del Distrito correspondiente a la Asistencia Social y Matilde Álvarez.

Tabla 27.- Indicadores de Estructura, Procesos y Resultado

1.- INDICADORES DE ESTRUCTURA				
INDICADORES DE DISPONIBILIDAD				
INDICADOR	FORMULA	QUE MIDE	Asistencia Social	Matilde Álvarez
Razón horas médico contratadas al año x habitante	No horas médico contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas médico por habitante	0.45/ hora	0,60/hora
Razón horas odontólogo contratadas al año x habitante	No horas odontólogo contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas odontólogo por habitante	0.55/ hora	0,70/ hora
Razón horas enfermera contratadas al año x habitante	No horas enfermera contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas enfermera por habitante	1 / hora	1/ hora
INDICADORES DE ACCESIBILIDAD				
% de cumplimiento de citas	Citas asignadas/total de consultas	Acceso a servicios de salud	No hay el dato estadístico	
% de referencias solicitadas por la unidad	Número de referencias médicas solicitadas a nivel superior/total de atenciones médicas	Capacidad resolutive de la unidad	4%	3%
2.- INDICADORES DE PROCESO				
INDICADORES DE EXTENSIÓN DE USO				
% de consulta en menores de 28 días	Total de consultas a menores de 28 días/total de consultas	Uso de servicios de consulta en neonatos	1%	0%
% 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	8%	5%
% 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	15%	15%

% 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	15%	13%
% 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%	16%
% 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	37%	42%
% 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	10%	9%
% de atención a mujeres	Total de consultas a mujeres/total de consultas	Uso de servicios de consulta en mujeres	34%	33%
% de atención a hombres	Total de consultas a hombres /total de consultas	Uso de servicios de consulta en hombres	66%	67%
% Consultas de prevención	Total de consultas de prevención /total de consultas	Comportamiento de consultas de prevención	60%	37%
% Consultas de recuperación	Total de consultas de morbilidad /total de consultas	Comportamiento de consultas de recuperación	40%	63%
% consultas primeras	Total de consultas primeras/total de consultas	Comportamiento de consultas primeras	23,00%	16%
% Consultas subsecuentes	Total de consultas a subsecuentes /total de consultas	Comportamiento de consultas subsecuentes	38,00%	21%
% consultas en establecimiento	Total de consultas brindadas en establecimiento /total de consultas	Cobertura de atención en establecimiento	29,00%	50%
% consultas en comunidad	Total de consultas brindadas en comunidad /total de consultas	Cobertura de atención en comunidad	11,00%	13%
% visitas domiciliarias	Total de consultas brindadas en domicilio /total de consultas	Cobertura de atención en domicilio	0,03%	0,03%

% de atenciones brindadas por médicos: generales, especialistas, rurales	Total de consultas a brindadas por médicos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por médico	63%	67%
% de atenciones brindadas por odontólogo	Total de consultas a brindadas por odontólogos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por odontólogo	21%	19%
% de atenciones brindadas por otros profesionales	Total de consultas a brindadas por otros profesionales /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por otros profesionales	16%	14%
INDICADORES DE INTENSIDAD DE USO				
Frecuencia de uso de consulta 1	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 1 vez en el anual	3740	2164
Frecuencia de uso de consulta 2	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 2 vez en el año	2500	1580
Frecuencia de uso de consulta 3	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 3 vez en el año	1500	1200
Frecuencia de uso de consulta 4 y mas	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 4 y mas vez en el año	7220	3712
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO				
% cumplimiento de horas contratadas en consulta	Horas laboradas en consulta/horas contratadas para consulta	Rendimiento de tiempo de consulta	No hay el dato estadístico	
Productividad en consulta	No consultas / horas contratadas para consulta	Productividad de consulta por hora contratada	1,2	1
Promedio diario de Consultas	(No. consultas realizadas/total días laborados en consulta)	No. de consultas realizadas por día en la unidad	12	10

Productividad en consulta odontológica por hora	No consultas odontológicas/ horas contratadas para consulta odontológicas	Productividad de consulta odontológica por hora contratada	1	0,5
--	---	--	---	-----

Fuente: Unidades de Salud

Elaborado por : MD. Morillo A.

En cuanto a la productividad como ya habíamos comentado se encuentra en menos del 50% en todos los profesionales, en cuanto a la cobertura la mayor cantidad corresponde a los médicos, la consulta en establecimiento son las más frecuentes, la mayor cantidad corresponde a consultas por mujeres, las consultas de prevención son mayores que las de morbilidad, la capacidad resolutive de la unidad es la adecuada, y en cuanto a la frecuencia de consulta es similar con predominio en el indicador de 4 o más consultas posiblemente porque toma más posibilidades de consultas.

3.4.- 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 de la zona centro del país, para lo cual se cuenta con el apoyo de la Coordinación zonal

El informe tendrá los componentes del proyecto.

3.4.1. Análisis con autoridades distritales.

Luego de aprobada la tesis se realizó el análisis de los resultados con 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 Dra. Alba Fierro, con todos los documentos anexos que evidencien el desarrollo de las actividades propuestas y los resultados obtenidos, generando el compromiso de socializar e informar en las unidades operativas que formaron parte de dicho estudio y hacer extensiva esta experiencia a las otras unidades del primer nivel, para lo cual se cuenta con el apoyo de la Coordinación zonal.

CONCLUSIONES

1. Como conclusión general establecemos que el análisis financiero de las unidades de salud constituye una de las herramientas más importantes para la evaluación en cuanto a producción, sostenibilidad y sustentabilidad en las unidades de salud de primer nivel siendo el primer el caso de la presente tesis el análisis situacional de la unidad de salud centro de salud tipo A Asistencia Social y Matilde Álvarez
2. En las dos unidades no se cumple el modelo de atención en Salud al no establecerse registros de ;promoción en salud y un marcado sub-registro en visitas domiciliarias hecho este que determinó no se pueda valorar esta prestación.
3. En cuanto a la valoración de costos encontramos que los costos directos son más altos que los costos indirectos, indicándonos que la producción debe ser mayor en las unidades ya que no guardan una adecuada relación porcentual entre los mismos.
4. En el costo per cápita observamos un valor inferior lo que determina una inadecuada distribución de los recursos tomando en cuenta los valores percápita que indica el gobierno es sus informes oficiales, no es un valor que asegure una atención de calidad a la población.
5. Se establece la necesidad de una auditoria de puestos tanto en la mano de obra directa, es decir la que presta atención en salud debido a una producción inadecuada para identificar los causales de esta producción baja, y muy importante la misma auditoria en administración porque no se correlaciona el gasto con el nivel de gestión de estas unidades.
6. Los costos dependen principalmente del impacto de la mano de obra tanto directa como indirecta, los gastos por los otros rubros no impactan mayormente en el costo final de las prestaciones en las dos unidades.
7. En cuanto a la valoración económica encontramos que el mayor porcentaje de producción en función del tarifario se encuentra la atención de morbilidad, además odontología, los servicios de promoción en salud no existen y visitas domiciliarias son los que menos aportan.
8. Al realizar la valoración del punto de equilibrio encontramos que las unidades en este momento son sostenibles con la producción que presenta, siendo mejor el nivel del Asistencia Social y el margen Matilde Álvarez es menor lo que lleva a la conclusión de que los gastos deben ser racionalizados y mejorar la producción.
9. Dentro de la realización del trabajo se encontró una gran dificultad para conseguir

los datos, además de un subregistro en los mismos, de igual manera la información del RDACAA no es confiable en su totalidad, y se hizo evidente la dificultad para conseguir los datos necesarios.

10. Los funcionarios de las respectivas unidades no se encontraban concientizados del proyecto y en muchos casos lo desconocían lo que dificultó el trabajo.

RECOMENDACIONES

- 1.- Establecer un mejor trabajo de inducción en los funcionarios respecto a estos proyectos de investigación con el fin de lograr una adecuada colaboración por parte de los mismos.
- 2.- Mejorar el sistema de recolección de información y su registro tanto a nivel del RDACAA como de los otros productos que no se encuentran contemplados en el.
- 3.- Actualizar la valoración económica del RDACAA ya que al tenor de las necesidades se presenta obsoleta, no contempla el registro de todas las actividades de producción.
- 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 un óptimo uso de la inversión que realiza el mismo.
- 5.-Dentro de la planificación anual de cada distrito se debe enfatizar capacitaciones periódicas al personal que maneja costos, facturación y tarifario; concientizando la importancia y comprometiéndose, a que la persona que Gerencia un Distrito posea las cualidades y la preparación de un cuarto nivel de estudio para que al tomar decisiones las sepa realizar de manera eficaz que den como resultado atenciones aplicadas al Buen vivir, y sobre todo a los usuarios, ofrecer: calidad y calidez, eficacia y eficiencia.
- 7.- Capacitar a los profesionales y comprometerlos para el correcto llenado del RDACAA y establecer un sistema de monitoreo continuo del personal encargado del mismo para que los reportes sean adecuados.
- 8.- En lo posible nombrar profesionales de planta ya que se encuentra una gran rotación del personal basado exclusivamente en profesionales rurales.
- 9.- Implementar un proceso ajustado a la realidad para mejorar la producción de las dos unidades y utilizar adecuadamente la capacidad instalada.

BIBLIOGRAFIA

- 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.
- Asamblea Constituyente. (2008). constitución de la república del ecuador. Montecristi: asamblea constituyente.
- Brigham, E., Houston, J. (2011). Fundamentos de la Administración Financiera. México: Grupo Editorial Patria.
- Brommet, A., Lee, J., & Serna, J. A. (2011). Atención primaria: Una estrategia renovada. *Colombia Médica*, 42(3) ,379-387.
- Buele Maldonado, m., &Buele Maldonado, N. (2009). Guía Didáctica de trabajo de Grado
- Buele, N. (2012). Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para la Salud: Trabajo de Grado I. Guía Didáctica, Maestría en Gerencia en Salud para el desarrollo Local, Loja, Ecuador: UTPL.
- 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*
- 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
- Del Milenio, O. D. D. (2013). Sistema de información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Lista de Indicadores*
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. 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, MSP, 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2014. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec>
- .Franco-Giraldo, A. (2012). Atención primaria en salud (APS). De regreso al pasado?. *Rev. ac. Nac. Salud Pública Vol.*, 30(1).
- 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.
- 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.

- Hidalgo, A., Corrugado, I., Del Llano, J. (2011). *Economía de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Marcha, 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.
- Ministerio de Salud Pública Ecuador (2014) *Tarifario De Prestaciones de Salud*.
- 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.
- Pesantez, M. (2012). *Economía y Salud. Guía Didáctica, Maestría en Gerencia en Salud para el desarrollo Local*, Loja, Ecuador: UTPL.
- Pesantez, M. (2013). *Economía y Salud. Guía Didáctica, Maestría en Gerencia en Salud para el desarrollo Local*, Loja, Ecuador: UTPL
- Rodríguez, J., & Manolete, A. (2013). Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria. In *Partes para técnicos medios y auxiliares* (No. 25). Organización Panamericana de la Salud.
- Simón, J. (2014). Entrevista a Juan Garbas sobre Atención Primaria de Salud. *Salud y Dinero. Equipo CESCA*, 21.
- 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



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

COMPARECIENTES:

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

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

CLÁUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES:

1. La Constitución de la República del Ecuador ordena:

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

2. El Código Orgánico Integral Penal dispone:

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

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

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

Es información de circulación restringida:

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

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

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

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

No podrá invocarse reserva, cuando se trate de investigaciones que realicen las autoridades, públicas competentes, sobre violaciones a derechos de las personas que se encuentren establecidos en la Constitución Política de la República, en las

declaraciones, pactos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento jurídico interno. Se excepciona el procedimiento establecido en las indagaciones previas.

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

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

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

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

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

“Art. 4.- Las instituciones del sector público y privado y las personas naturales que actualmente o en el futuro administren bases o registros de datos públicos, son responsables de la integridad, protección y control de los registros y bases de datos a su cargo. Dichas

instituciones responderán por la veracidad, autenticidad, custodia y debida conservación de los registros. La responsabilidad sobre la veracidad y autenticidad de los datos registrados, es exclusiva de la o el declarante cuando esta o este proveen toda la información (...).

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

5. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como autoridad sanitaria, ejerce la rectoría, regulación, planificación, gestión, coordinación y control de la salud pública ecuatoriana a través de la vigilancia y control sanitario, atención integral a personas, promoción y prevención, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología, articulación de los actores del sistema nacional, con el fin del garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. El Ministerio de Salud Pública es el custodio de la información pública personal que reposa en sus unidades, por lo que debe garantizar su confidencialidad.
6. La UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA, a través de “EL ESTUDIANTE” ejecutará el Proyecto “Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención” en virtud del cual “EL ESTUDIANTE” tendrá acceso a información administrativa que reposa en las unidades administrativas y asistenciales de “EL MINISTERIO” y eventualmente podrá tener acceso a información confidencial.
7. Mediante memorando No. MSP-VAIS-2014-1501-M de 3 de diciembre de 2014, la Viceministra de Atención Integral en Salud, Subrogante, solicitó a la Coordinadora de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud Pública la elaboración del presente Acuerdo de Confidencialidad respecto de la ejecución del Proyecto “Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención”.

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO:

Las partes suscriben el presente Acuerdo con el objeto de proteger la información que reposa en las unidades administrativas y operativas del “MINISTERIO”, a la cual el “ESTUDIANTE” tendrá acceso en

virtud de la ejecución del Proyecto “Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención”, así como garantizar la confiabilidad de la información de dicho Proyecto.

CLÁUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES:

OBLIGACIONES DEL “MINISTERIO:

3.1. Autorizar el ingreso del “ESTUDIANTE” a las instalaciones del Ministerio de Salud Pública y a sus Unidades Operativas.

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

OBLIGACIONES DEL “ESTUDIANTE”

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

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

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

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

CLÁUSULA CUARTA.- SANCIONES:

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

CLÁUSULA QUINTA.- DECLARACIÓN:

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

CLÁUSULA SEXTA.- VIGENCIA:

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

CLÁUSULA SÉPTIMA.- ACEPTACIÓN:

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

Firma.....

Dra. Marysol Ruilova Maldonado

VICEMINISTRA DE ATENCIÓN

INTEGRAL EN SALUD

MONICA MORILLO AVEIGA

ESTUDIANTE UTPL

Cedula: 1714350731

ANEXO 2. Oficio de CERTIFICACION DE LOS DATOS DE RECOLECCION DEL DISTRITO



Ministerio
de Salud Pública



COORDINACIÓN ZONAL 9
DISTRITO 17D07 CHILLOGALLO A LA ECUATORIANA
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA

CERTIFICACION

Por medio de la presente, Certificó que la maestrante Monica Jeanneth Morillo Aveiga con CC:1714350731, acudio y recolecto los datos requeridos del Sistema "RDACAA" Insumos de Bodega, Farmacia, Financiero y Recursos Humanos año 2014 para el proyecto de titulación "Evaluacion Financiera de las Unidades de Salud de Primer nivel Asistencia Social y Matilde Alvarez que son pertenecientes al Distrito 17D07 Chillogallo a la Ecuatoriana Zona 9.

Es todo cuanto se puede certificar en honor a la verdad.

ÁREA DE SALUD N :
CHILLOGALLO
T.M. Franklin Ramiro Cruz Quillupangul
1713274130
Cod. Area 17-20-02-ES-001-001

TMD, Franklin Cruz
Analista Distrital de Estadística

MATILDE ALVAREZ

ANEXO 3 MATRIZ DE DISTRIBUCION DE TIEMPO DEL PERSONAL

CENTRO DE SALUD MATILDE ALVAREZ			Distribución de horas por servicios																																								total horas / semana			
Nombres y Apellidos	Profesión o carrera	Servicio	Consulta medicina					Obstetricia					Enfermería					Odontología					Administración					Consulta medicina general	Obstetricia	Enfermería	Odontología	Administración														
			L	M	J	V	S	D	Tot	L	M	J	V	S	D	Tot	L	M	J	V	S	D	Tot	L	M	J	V						S	D	Tot	L	M	J	V	S	D	Tot				
1 CASAGALLO RODRIGUEZ MONICA DEMETRIA	MEDICO	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	8	8	8	8	8	40								0													0									0	40	0	0	0				
2 ENRIQUEZ MENDEZ MIGUEL ANGEL	MEDICO	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	8	8	8	8	8	40								0													0									0	40	0	0	0				
3 GOMEZ GARCES JULIO CESAR	MEDICO RURAL	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	8	8	8	8	8	40								0													0									0	40	0	0	0				
4 NEIRA TORRES MARIA GABRIELA	MEDICO	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD/DIRECTOR DE UNIDAD	6	6	6	6	6	30								0													0	2	2	2	2	2	2	2	2	10	30	0	0	10				
5 ORTEGA JIMENEZ ESTELA ESERALDA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA						0								0													0	8	8	8	8	8	8	8	8	40	0	0	0	40				
6 VACA HIJOJOSA SORAYA DE LOS ANGELES	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA						0								0													0	8	8	8	8	8	8	8	8	40	0	0	0	40				
7 CHAMORRO TIPAN SILVIA MARGARITA	OBSTETRIZ	OBSTETRICIA						0	8	8	8	8	8	40														0									0	0	40	0	0					
8 VASCONEZ FLORES INES PATRICIA	OBSTETRIZ	OBSTETRICIA						0	8	8	8	8	8	40														0									0	0	40	0	0					
9 CHICAIZA TRAVEZ ELIZABETH PILAR	ENFERMERA	ENFERMERIA						0							0	8	8	8	8	8	40									0									0	0	0	40	0			
10 PERDOMO LUMIQUINGA ROSA AMELIA	ENFERMERA	ENFERMERIA						0							0	8	8	8	8	8	40									0									0	0	0	40	0			

Fuente: Unidades de Salud

Elaborado por MD. Morillo A.

Anexo 4 MANO DE OBRA

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	7873,25	7873,25	7873,25	7873,25	7873,25	7873,25	7873,25	7873,25	7873,25	7873,25	7873,25	7873,25	94479,06
Obstetricia	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	40640,46
Enfermería	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	31402,48
Odontología	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	3386,71	40640,50
Administración	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	7204,78

Fuente: Unidades de Salud

Elaborado por MD. Morillo A.

ANEXO 5 CONSUMO MEDICINA E INSUMOS

PROYECTO: EVALUACION FINANCIERA DEL PRIMER NIVEL													
COORDINACION ZONAL 9													
DISTRITO N° 17D07													
CENTRO DE SALUD	2014												
DESCRIPCION	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
CONSUMO INSUMOS DE MEDICAMENTOS	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	34.271,86
CONSUMO DE INSUMOS DE ENFERMERIA	104,00	104,00	104,00	104,00	104,00	104,00	104,00	104,00	104,00	104,00	104,00	104,00	1.248,00
CONSUMO DE BIOMATERIALES ODONTOLÓGICOS	418,33	418,33	418,33	418,33	418,33	418,33	418,33	418,33	418,33	418,33	418,33	418,33	5.019,96
CONSUMO DE MATERIAL DE LABORATORIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Informe mensual de consumo de insumos

Fuente: Unidades de Salud

Elaborado por MD. Morillo A.

CONSUMO DE BIENES Y SERVICIOS

PROYECTO: EVALUACION FINANCIERA DEL PRIMER NIVEL													
COORDINACION ZONAL 9													
DISTRITO N° 17D07													
CENTRO DE SALUD	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
CONSUMO DE MATERIAL DE OFICINA	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	960
CONSUMO DE MATERIAL DE ASEO	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1200
CONSUMO DE LUZ ELECTRICA	28,41	23,185	26,905	21,41	29,9	22,22	31,44	31,65	24,03	30,655	33,435	20,825	324,065
CONSUMO DE AGUA POTABLE	32,63	27,96	27,15	13,67	13,67	13,67	11,29	12,15	11,73	42,7	18,11	20	244,73
CONSUMO DE TELEFONO	26,52	27,72	24,79	26,28	27,11	26,59	27,38	27,91	26,34	24,49	25,71	25,22	316,06
SERVICIOS BASICOS													0

Fuente: Unidades de Salud

Elaborado por MD. Morillo A.

USO DEL INMUEBLE

USO DEL INMUEBLE(EN CASO DE QUE LA UNIDAD SEA PROPIA)

NOMBRE DE LA UNIDAD: ASISTENCIAL SOCIAL/MATILDE ALVAREZ

SERVICIO	m2	Costo metro cuadrado	Total avaluo	USO ANUAL	USO MENSUAL
CONSULTA MEDICINA GENERAL	27	155,44	4196,88	75,54	6,29532
CONSULTA ESPECIALIZADA			0	0,00	0
CONSULTA OBSTETRICIA	18	155,44	2797,92	50,36	4,19688
CONSULTA PSICOLOGIA			0	0,00	0
VISITAS DOMICILIARIAS			0	0,00	0
PROMOCION DE LA SALUD			0	0,00	0
ODONTOLOGIA	14	155,44	2176,16	39,17	3,26424
VACUNAS	12	155,44	1865,28	33,58	2,79792
PROCEDIMIENTOS			0	0,00	0
EMERGENCIA			0	0,00	0
LABORATORIO			0	0,00	0
IMAGEN			0	0,00	0
ATENCION DE PARTO			0	0,00	0
REHABILITACION/MEDICINA FISICA			0	0,00	0
AMBULANCIA			0	0,00	0
FARMACIA			0	0,00	0
ADMINISTRACION			0	0,00	0
OTROS BAÑOS	6	155,44	932,64	16,79	1,39896
Total	77	777,20	11.968,88	215,44	17,95332
Total	77	777,20	59.844,40	1077,20	35.906640

Fuente: Unidades de Salud

Elaborado por Maestrante MD. Morillo A.

ANEXO5 DEPRESIACIONES

NOMBRE DE LA UNIDAD: MATILDE ALVAREZ					
MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE MUEBLES Y ENSERES					
No.	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL	
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	500	45,00	3,75	
2	CONSULTA ESPECIALIZADA			0,00	
3	CONSULTA OBSTETRICIA	400	36,00	3,00	
4	CONSULTA PSICOLOGIA			0,00	
5	VISITAS DOMICILIARIAS			0,00	
6	PROMOCION DE LA SALUD			0,00	
7	ODONTOLOGIA	450	40,50	3,38	
8	VACUNAS	300	27,00	2,25	
9	PROCEDIMIENTOS	0	0,00	0,00	
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	0	0,00	0,00	
17	ADMINISTRACION		0,00	0,00	
	Total	1650	148,5	12,38	
					108,1725

Fuente: Winsig 1

Elaborado por Maestrante MD. Morillo A.

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	1600	144,00	12,00	
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	3000	141,57	11,80	
8 VACUNAS	0	0,00	0,00	
9 PROCEDIMIENTOS	0	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	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	4600	285,57	23,80	

Fuente: Winsig 1

Elaborado por Maestrante MD. Morillo A.

MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE EQUIPOS DE COMPUTO				
CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL	
1 CONSULTA MEDICINA GENERAL	1600	288,00	24,00	
2 CONSULTA ESPECIALIZADA		0,00	0,00	
3 CONSULTA OBSTETRICIA	1600	288,00	24,00	
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	1600	288,00	24,00	
8 VACUNAS		0,00	0,00	
9 PROCEDIMIENTOS	0	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	0	0,00	0,00	
17 ADMINISTRACION		0,00	0,00	
Total	4800	864	72,00	

Fuente: Winsig 1

Elaborado por Maestrante MD. Morillo A.

MATRIZ DE PRODUCCION

PRODUCCION DE LOS CENTROS DE COSTOS						
MATILDE ALVAREZ						
MES DE ENERO 2014	CONSULTA MEDICINA GENERAL	VISITAS DOMICILIARIA S	PROMOCION DE LA SALUD	ODONT OLOGIA	OBSTETRI CIA	ENFERMER IA
Total consulta	328			438	327	263
Evento de promocion						
Visitas Domiciliarias						
Total procedimientos	65			436	83	928
Recetas despachadas						
PRODUCCION DE LOS CENTROS DE COSTOS						
MATILDE ALVAREZ						
MES DE FEBRERO 2014	CONSULTA MEDICINA GENERAL	VISITAS DOMICILIARIA S	PROMOCION DE LA SALUD	ODONT OLOGIA	OBSTETRI CIA	ENFERMER IA
Total consulta	348			500	478	177
Evento de promocion						
Visitas Domiciliarias						
Total procedimientos	55			500	70	948
Recetas despachadas						

Fuente: Winsig 1

Elaborado por Maestrante MD. Morillo A.

ASISTENCIA SOCIAL

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	DIEMBRE	TOTAL
Consulta medicina general	4864,25	4864,25	4864,25	4864,25	4864,25	4864,25	4864,25	4864,25	4864,25	4864,25	4864,25	4864,25	58370,99
Obstetricia	1693,35	1693,35	1693,35	1693,35	1693,35	1693,35	1693,35	1693,35	1693,35	1693,35	1693,35	1693,35	20320,23
Enfermeria	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	2616,87	31402,48
Odontologia	1719,53	1719,53	1719,53	1719,53	1719,53	1719,53	1719,53	1719,53	1719,53	1719,53	1719,53	1719,53	20634,32
Administración	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	600,40	7204,78

Fuente: Mano de Obra Asistencia Social

Elaborado por Maestrante MD. Morillo A.

CENTRO DE SALUD ASISTENCIAL SOCIAL																																						
MES DE ENERO 2014																																						
Nº	Nombre y Apellido	Profesión u cargo	Servicio	Distribución de horas por servicio												Horas / semana		% Total horas / semana		Número de horas por servicio		Total																
				Consulta medicina					Obstetricia					Enfermería		Odontología		Administración		Total	%		Total	%														
				L	M	J	T	D	L	M	J	T	D	L	M	J	T	D	L						M	J	T	D	L	M	J	T	D					
1	BELTRAN PEÑA SHAKIRA CATHERINE	MEDICO	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD						40																		40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	173,20	0,00	0,00	0,00	173,20	
2	BUSTILLOS TIRADO JORGE WASHINGTON	MEDICO RURAL	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD						40																		40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	173,20	0,00	0,00	0,00	173,20	
3	RAMOS CONSTANTINALESI RIBOSBERTO	MEDICO	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD / DIRECTOR DE UNIDAD	4	4	4	4	4	20																		20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	52,90	0,00	0,00	0,00	52,90	
4	CHITO OCHO SOBRANIBABEL	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA						40																		40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	173,20	0,00	0,00	0,00	173,20	
5	ENRIQUEZ TAPIA LEONOR	OBSTETRICA	OBSTETRICIA						40																		40	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	173,20	100,00	0,00	0,00	173,20
6	ORTIZ GAROFALO CLEMENCIA ANGELA	ENFERMERA	ENFERMERIA						40																		40	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	173,20	0,00	0,00	173,20	
7	SAHCHES SAHCHES ANGELA HERCEDES	ENFERMERA	ENFERMERIA						40																		40	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	173,20	0,00	0,00	173,20	
8									0																		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
9									0																		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
10									0																		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
11									0																		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
				#### 173,20 #### 0,00 0,00																				173,20														

Fuente: Mano de Obra Asistencia Social

Elaborado por Maestrante MD. Morillo A.

CONSUMO DE MEDICINAS E INSUMOS

PROYECTO: EVALUACION FINANCIERA DEL PRIMER NIVEL
COORDINACION ZONAL 9
DISTRITO Nº 17007

DESCRIPCION	2014												Total
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
CONSUMO INSUMOS DE MEDICAMENTOS	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	2.855,99	34.271,86
CONSUMO DE INSUMOS DE ENFERMERIA	124,00	124,00	124,00	124,00	124,00	124,00	124,00	124,00	124,00	124,00	124,00	124,00	1.488,00
CONSUMO DE BIOMATERIALES ODONTOLÓGICOS	434,13	434,13	434,13	434,13	434,13	434,13	434,13	434,13	434,13	434,13	434,13	434,13	5.209,56
CONSUMO DE MATERIAL DE LABORATORIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Informe mensual de consumo de insumos

Fuente: Matrices de consumo

Elaborado por Maestrante MD. Morillo A.

CONSUMO DE BIENES Y SERVICIOS

PROYECTO: EVALUACION FINANCIERA DEL PRIMER NIVEL
COORDINACION ZONAL 9
DISTRITO N° 17D07

CENTRO DE SALUD	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
CONSUMO DE MATERIAL DE OFICINA	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	960
CONSUMO DE MATERIAL DE ASEO	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1200
CONSUMO DE LUZ ELECTRICA	24,41	27,185	29,905	29,41	39,9	34,22	41,44	46,465	34,03	42,655	49,435	28,825	427,88
CONSUMO DE AGUA POTABLE	161,51	239,72	116,05	96,64	242,34	241,34	218,32	17,46	115,25	66,72	81,05	78	1674,4
CONSUMO DE TELEFONO	14,10	11,20	14,36	11,58	11,86	14,63	13,63	12,61	13,38	13,57	13,17	12,99	157,08
SERVICIOS BASICOS													0

Fuente: Matrices de Bienes

Elaborado por Maestrante MD. Morillo A.

USO DE INMUEBLES

USO DEL INMUEBLE(EN CASO DE QUE LA UNIDAD SEA PROPIA)

NOMBRE DE LA UNIDAD: ASISTENCIAL SOCIAL

SERVICIO	m2	Costo metro cuadrado	Total avaluo	USO ANUAL	USO MENSUAL
CONSULTA MEDICINA GENERAL	20	155,44	3108,8	55,96	4,6632
CONSULTA ESPECIALIZADA			0	0,00	0
CONSULTA OBSTETRICIA	7	155,44	1088,08	19,59	1,63212
CONSULTA PSICOLOGIA			0	0,00	0
VISITAS DOMICILIARIAS			0	0,00	0
PROMOCION DE LA SALUD			0	0,00	0
ODONTOLOGIA	9	155,44	1398,96	25,18	2,09844
VACUNAS			0	0,00	0
PROCEDIMIENTOS			0	0,00	0
EMERGENCIA			0	0,00	0
LABORATORIO			0	0,00	0
IMAGEN			0	0,00	0
ATENCION DE PARTO			0	0,00	0
REHABILITACION/MEDICINA FISICA			0	0,00	0
AMBULANCIA			0	0,00	0
FARMACIA			0	0,00	0
ADMINISTRACION			0	0,00	0
OTROS BAÑOS	5	155,44	777,20	13,99	1,1658
Total	41	621,76	6.373,04	114,71	9,55956
Total	41	932,64	38.238,24	688,29	19,119120 P

Fuente: Uso de Inmuebles

Elaborado por Maestrante MD. Morillo A.

DEPRECIACIONES

NOMBRE DE LA UNIDAD: ASISTENCIAL SOCIAL					
MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE MUEBLES Y ENSERES					
No.	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL	
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	500	45,00	3,75	
2	CONSULTA ESPECIALIZADA			0,00	
3	CONSULTA OBSTETRICIA	400	36,00	3,00	
4	CONSULTA PSICOLOGIA			0,00	
5	VISITAS DOMICILIARIAS			0,00	
6	PROMOCION DE LA SALUD			0,00	
7	ODONTOLOGIA	450	40,50	3,38	
8	VACUNAS	300	27,00	2,25	
9	PROCEDIMIENTOS	0	0,00	0,00	
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	0	0,00	0,00	
17	ADMINISTRACION		0,00	0,00	
	Total	1650	148,5	12,38	
					84,1725

Fuente: Matriz de Depreciación

Elaborado por Maestrante MD. Morillo A.

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	1000	90,00	7,50
2 CONSULTA ESPECIALIZADA		0,00	0,00
3 CONSULTA OBSTETRICIA	600	54,00	4,50
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		141,57	11,80
8 VACUNAS	0	0,00	0,00
9 PROCEDIMIENTOS	0	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	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	1600	285,57	23,80

PRODUCCION MENSUAL

PRODUCCION DE LOS CENTROS DE COSTOS ASISTENCIAL SOCIAL						
MES DE ENERO 2014	CONSULTA MEDICINA GENERAL	VISITAS DOMICILIARIAS	PROMOCION DE LA SALUD	ODONTOLOGIA	OBSTETRICIA	ENFERMERIA
Total consulta	838			293	342	289
Evento de promocion						
Visitas Domiciliarias						
Total procedimientos	2			293	99	838
Recetas despachadas						
PRODUCCION DE LOS CENTROS DE COSTOS ASISTENCIAL SOCIAL						
MES DE FEBRERO 2014	CONSULTA MEDICINA GENERAL	VISITAS DOMICILIARIAS	PROMOCION DE LA SALUD	ODONTOLOGIA	OBSTETRICIA	ENFERMERIA
Total consulta	678			270	153	275
Evento de promocion						
Visitas Domiciliarias						
Total procedimientos	1			270	72	678
Recetas despachadas						

MATRIZ DE FACTURACION

ASISTENCIA SOCIAL																								
CONSULTA POR MORBILIDAD						TOTAL	PSICOLOGIA			ATENCIÓN PREVENTIVA "PRIMERAS"														
MES DE ATENCIÓN	NUM	COSTO TARIFARIO	TOTAL	NUM	COSTO TARIFARIO		TOTAL	NUM	COSTO TARIFARIO	TOTAL	MES DE ATENCIÓN	NUM	COSTO TARIFARIO	TOTAL	NUM	COSTO TARIFARIO	TOTAL	NUM	COSTO TARIFARIO	TOTAL	NUM	COSTO TARIFARIO	TOTAL	NUM
ENERO	532	11,837	6,297	104	11,214	1,166,26	7463,64	0	24,92	0	ENERO	47	25,03	1,176,41	87	22,43	1,951,41	37	23,05	1,074,85	89	31,66	2,817,74	228
FEBRERO	426	11,837	5,043	108	11,214	1,211,11	6,293,67	0	24,92	0	FEBRERO	30	25,03	750,9	52	22,43	1,166,36	14	23,05	406,7	40	31,66	1,265,4	57
MARZO	432	11,837	5,114	112	11,214	1,255,97	6,393,95	0	24,92	0	MARZO	24	25,03	600,72	29	22,43	650,47	8	23,05	232,4	31	31,66	981,43	73
ABRIL	453	11,837	5,362	124	11,214	1,390,54	6,752,70	0	24,92	0	ABRIL	29	25,03	725,87	24	22,43	538,32	14	23,05	406,7	35	31,66	1,108,1	100
MAYO	411	11,837	4,865	120	11,214	1,345,68	6,210,69	0	24,92	0	MAYO	33	25,03	825,99	26	22,43	583,18	4	23,05	116,2	33	31,66	1,044,78	86
JUNIO	405	11,837	4,734	191	11,214	2,141,87	6,935,86	0	24,92	0	JUNIO	19	25,03	475,57	11	22,43	246,73	8	23,05	232,4	21	31,66	664,86	116
JULIO	420	11,837	4,922	201	11,214	2,254,01	7,225,95	0	24,92	0	JULIO	36	25,03	901,08	19	22,43	426,17	8	23,05	232,4	22	31,66	696,52	96
AGOSTO	354	11,837	4,190	190	11,214	2,120,65	6,920,96	0	24,92	0	AGOSTO	37	25,03	926,11	24	22,43	522,63	11	23,05	319,55	27	31,66	854,92	87
SEPTIEMBRE	439	11,837	5,196	163	11,214	1,895,17	7,091,61	0	24,92	0	SEPTIEMBRE	45	25,03	1,126,35	77	22,43	1,727,11	44	23,05	1,278,2	43	31,66	1,361,38	117
OCTUBRE	379	11,837	4,486	149	11,214	1,670,89	6,197,11	0	24,92	0	OCTUBRE	34	25,03	851,02	31	22,43	695,33	20	23,05	581	30	31,66	949,8	113
NOVIEMBRE	321	11,837	3,800	92	11,214	1,031,69	4,831,37	0	24,92	0	NOVIEMBRE	19	25,03	475,57	27	22,43	605,61	20	23,05	581	23	31,66	728,18	78
NOVIEMBRE PROMEDIO	246	11,837	2,912	101	11,214	1,122,61	4,044,52	17	24,92	423,64	NOVIEMBRE TOTAL	32	25,03	800,96	11	22,43	246,73	8	23,05	232,4	19	31,66	601,54	65
TOTAL	4618	11,84	57,031	1,661	11,21	18,626,31	7,6697,12	0	24,92	0	TOTAL	395	25,03	9,636,95	429	22,43	9,660,04	196	23,05	5,693,9	413	31,66	13,075,6	1,22

Fuente: Mano de Obra Asistencia Social

Elaborado por Maestrante MD. Morillo A.

COLECCION DE DATOS DE ACTIVIDADES DE PROMOCION

CODIGO	ACCIONES DE PROMOCIÓN A GRUPOS DE FAMILIAS		CORRELA RIA EN MEDICINA PREVENT IVA	INFORMA CION, CAPACITA CION,	TOTAL
	NUMERO	PRECIO TARIFARIO			
ENERO	NUMERO				
	PRECIO TARIFARIO	21,09	23,77		
	TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00
FEBRERO	NUMERO				
	PRECIO TARIFARIO	21,09	23,77		
	TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00
MARZO	NUMERO				
	PRECIO TARIFARIO	21,09	23,77		
	TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00
ABRIL	NUMERO				
	PRECIO TARIFARIO	21,09	23,77		
	TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00
MAYO	NUMERO				
	PRECIO TARIFARIO	21,09	23,77		
	TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00
JUNIO	NUMERO				
	PRECIO TARIFARIO	21,09	23,77		
	TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00
JULIO	NUMERO				
	PRECIO TARIFARIO	21,09	23,77		
	TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00
NUMERO					

COLECCION DE DATOS DE ACTIVIDADES DE PROMOCION

CODIGO	ACCIONES DE PROMOCIÓN A GRUPOS DE FAMILIAS MATILDE		CORRELA RIA EN MEDICINA PREVENT IVA	INFORMA CION, CAPACITA CION,	TOTAL
	NUMERO	PRECIO TARIFARIO			
ENERO	NUMERO				
	PRECIO TARIFARIO	21,09	23,77		
	TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00
FEBRERO	NUMERO				
	PRECIO TARIFARIO	21,09	23,77		
	TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00
MARZO	NUMERO				
	PRECIO TARIFARIO	21,09	23,77		
	TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00
ABRIL	NUMERO				
	PRECIO TARIFARIO	21,09	23,77		
	TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00
MAYO	NUMERO				
	PRECIO TARIFARIO	21,09	23,77		
	TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00
JUNIO	NUMERO				
	PRECIO TARIFARIO	21,09	23,77		
	TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00
JULIO	NUMERO				
	PRECIO TARIFARIO	21,09	23,77		
	TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00
NUMERO					

Fuente: Matriz de Promoción Asistencia Social

Elaborado por Maestrante MD. Morillo A.

INFORME DE PRODUCCION DE ATENCION MÉDICA

PERIODO DEL INFORME: ENERO 2014

ATENCIÓN MÉDICA POR UNIDAD. TABLA ANUAL					Sexo		
ASISTENCIA SOCIAL	Número de profesionales que realizan consulta y reportan en RDACAA	Número de días de atención	Número de personas atendidas	Número de consultas	Hombre	Mujer	Total
MEDICOS	4	614	8289	8289	3319	4970	8289
ODONTOLOGOS	3	906	3872	3872	1432	2440	3872
OBSTETRIZ	1	212	3327	3327	14	3313	3327
PSICOLOGO	1	6	17	17	5	12	17
TOTAL	9	1738	15505	15505	4770	10735	15505

ATENCIÓN MÉDICA POR UNIDAD. TABLA ANUAL					Sexo		
MATILDE	Número de profesionales que realizan consulta y reportan en RDACAA	Número de días de atención	Número de personas atendidas	Número de consultas	Hombre	Mujer	Total
MEDICOS	6	783	9360	9360	3762	5598	9360
ODONTOLOGOS	2	415	5229	5229	2045	3184	5229
OBSTETRIZ	2	407	5174	5174	4	5170	5174
PSICOLOGO	30	15	45	45	16	29	45
TOTAL	40	1620	19808	19808	5827	13981	19808

Fuente: Matriz Estadística

Elaborado por Maestrante MD. Morillo A.

Establecimiento : MATILDE ALVAREZ										
Período : 01-2014 al 12-2014										
Cuadro #1. Producción, Rendimientos y Costos										
Servicios	Unidad de producción de producción			Costo	Índice ocupación promedio rotación. Sustitución de camas					
				Servicio	Unitario					
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	15,793,00	202,832,17	12,84						
Subtotal	CONSULTA	15,793,00	202,832,17	12,84						
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	0,00	0,00	0,00						
Subtotal	CONSULTA	0,00	0,00	0,00						
ODONTOLOGIA	CONSULTA	5,220,00	46,127,21	8,84						
TOT		0,00	0,00	0,00						
Subtotal	CONSULTA	5,220,00	46,127,21	8,84		0,00		0,00		0,00
TOT		0,00	0,00	0,00						
PSICOLOGIA	CONSULTA	0,00	0,00	0,00						
Subtotal	CONSULTA	0,00	0,00	0,00						
PROMOCION EN SALUD	EVENTOS	0,00	0,00	0,00						
EMERGENCIA	CONSULTA	0,00	0,00	0,00						
Totol			248.359,38							
Apoyo										
LABORATORIO	EXAMENES	0,00	0,00	0,00						
	DETER	0,00	0,00	0,00						
	\$Prodec.		0,00	15,00						
IMAGEN	PLACAS	0,00	0,00	0,00						
	ESTUDIO	0,00	0,00	0,00						
	\$Prodec.		0,00	15,00						
FARMACIA	RECETAS	0,00	0,00	0,00						
	\$Prodec.		34.271,68	15,00						
VACUNAS	YACUNAS	0,00	0,00	0,00						
	\$Prodec.		1.248,00	15,00						
PROCEDIMIENTOS	PROCESOS	0,00	0,00	0,00						
	\$Prodec.		1.248,00	15,00						
LIMPIEZA	METROS CUA	0,00	0,00	0,00						
MANTENIMIENTO	ORDENES	0,00	0,00	0,00						
	\$Prodec.		0,00	15,00						
TRANSPORTE	KILOMETROS	0,00	0,00	0,00						
	\$Prodec.		0,00	15,00						

Fuente: Winsig 1 MATILDE ALVAREZ

Elaborado por Maestrante MD. Morillo A.

Establecimiento : ASISTENCIA SOCIAL
Período : 01-2014 al 12-2014

Cuadro #1. Producción, Rendimientos y Costos

Servicios	Unidad de producción de producción		Costo Servicio		Índice ocupación promedio rotación de camas		
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	11.616,00	158.831,02	13,67			
Subtotal	CONSULTA	11.616,00	158.831,02	13,67			
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	0,00	0,00	0,00			
Subtotal	CONSULTA	0,00	0,00	0,00			
ODONTOLOGIA	CONSULTA	3.872,00	28.378,10	7,33			
Subtotal	TOT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PSICOLOGIA	CONSULTA	0,00	0,00	0,00			
Subtotal	CONSULTA	0,00	0,00	0,00			
PROMOCION EN SALUD	EVENTOS	0,00	0,00	0,00			
EMERGENCIA	CONSULTA	0,00	0,00	0,00			
Total			187.203,12				
Apoyo							
LABORATORIO	EXAMENES	0,00	0,00	0,00			
	DETER	0,00	0,00	0,00			
	\$Produc.		0,00	15,00			
IMAGEN	PLACAS	0,00	0,00	0,00			
	ESTUDIO	0,00	0,00	0,00			
	\$Produc.		0,00	15,00			
FARMACIA	RECETAS	0,00	0,00	0,00			
	\$Produc.		37.127,87	15,00			
VACUNAS	VACUNAS	0,00	0,00	0,00			
	\$Produc.		1.612,00	15,00			
PROCEDIMIENTOS	PROCESOS	0,00	0,00	0,00			
	\$Produc.		1.612,00	15,00			
LIMPIEZA	METROS CUAD	0,00	0,00	0,00			
MANTENIMIENTO	ORDENES	0,00	0,00	0,00			
	\$Produc.		0,00	15,00			
TRANSPORTE	KILOMETROS	0,00	0,00	0,00			

Fuente: Winsig 1 ASISTENCIA SOCIAL

Elaborado por MD. Morillo A.

Establecimiento : MATILDE ALVAREZ
Período : 01-2014 al 12-2014

Cuadro #4. Costos de operación

	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00	9,00	10,00	11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	16,00	17,00	
CONSULTA E VISITA DOMI																		
ODONTOLOG																		
PSICOLOGIA																		
PROMOCION																		
EMERGENCIA																		
LABORATOR																		
IMAGEN																		
FARMACIA																		
VACUNAS																		
PROCEDIMIE																		
LIMPIEZA																		
MANTENIMIE																		
TRANSPORT																		
ADMINISTRA																		
Total																		
DEPRECIACI																		
Total DEPRE																		
COSTO USO																		
Total COSTO																		
Total c. dire.																		
LABORATOR																		
IMAGEN																		
FARMACIA																		
VACUNAS																		
PROCEDIMIE																		
LIMPIEZA																		
MANTENIMIE																		
TRANSPORT																		
ADMINISTRA																		
Total c. dire.																		
Total Cartera																		
Porcentaje																		
Unidades de CONSULTA																		
Producción																		

Fuente: Winsig 4 MATILDE ALVAREZ

Elaborado por MD. Morillo A.

Establecimiento : ASISTENCIA SOCIAL																	
Periodo : 01-2014 al 12-2014																	
Cuadro #4: Costos de operación																	
	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00	9,00	10,00	11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	16,00	17,00
	CONSULTA E VISITA DOMI ODONTOLOG PSICOLOGIA PROMOCION EMERGENCI LABORATOR IMAGEN FARMACIA YACUNAS PROCEDIMIE LIMPIEZA MANTENIMIE TRANSPORTI ADMINISTRAT Total Porcentaje																
1,00	REM.PERSO	18.268,51		22.353,89											7.805,20	149.427,60	54,70
2,00	Total GASTO	18.268,51		22.353,89											7.805,20		
3,00	MAT. OFICINA															1.040,00	0,52
4,00	MATE. ASEO LIMPIEZA														1.300,00	1.300,00	0,95
5,00	MEDICINAS	37.127,87														37.127,87	18,56
6,00	MAT. CURAC	612,00														612,00	0,81
7,00	BIOMETERIALES ODONTO			5.643,70												5.643,70	2,82
8,00	Total BIENES	38.739,87		5.643,70											2.340,00	2.532,77	1,27
9,00	SERVICIOS BASICOS															2.532,77	
10,00	Total SERVICIOS BASICOS															2.532,77	
11,00	DEPRECIACI	40,87		363,24												1.094,21	0,55
12,00	Total DEPRE	40,87		363,24													
13,00	COSTO USO	51,77		27,17											139,36	248,30	0,12
14,00	Total COSTO	51,77		27,17											139,36		
15,00	Total c. direc	58.831,02		28.378,10											12.817,33	200.026,45	100,00
17,00		78,41		14,19											6,41		
18,00	LABORATOR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19,00	IMAGEN	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
20,00	FARMACIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21,00	YACUNAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
22,00	PROCEDIMIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23,00	LIMPIEZA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24,00	MANTENIMIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25,00	TRANSPORTI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
26,00	ADMINISTRAT	10.874,41	0,00	1.942,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		12.817,33	

Fuente: Winsig 4 ASISTENCIA SOCIAL

Elaborado por MD. Morillo A.


Magister

REYES VELASTEGUI, LUIS ERNESTO DR.
DOCENTE DE TITULACION

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de titulación titulado **"EVALUACION FINANCIERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NIVEL I DE ATENCIÓN ASISTENCIA SOCIAL Y MATILDE ALVAREZ DISTRITO 17D07 ZONA 9- 2014** realizado por la Dra. Morillo Mónica, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja, por lo que autorizo su presentación.

Quito a Julio 2016


MG. DR. LUIS REYES