



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TÍTULO DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL

**Evaluación financiera de los establecimientos de salud del primer nivel de
atención Subcentro Julio Moreno y Subcentro Salinas del distrito 02D01,
zona 5 - 2014**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Rosero Orozco, Jenny Paola

DIRECTOR: Alvarez Peña, Pablo Washington, Mgs.

CENTRO UNIVERSITARIO GUARANDA

2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

Alvarez Peña Pablo Washington

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: "Evaluación financiera de los establecimientos de salud del primer nivel de atención Subcentro Julio Moreno y Subcentro Salinas del distrito 02D01, zona 5 – 2014" realizado por Rosero Orozco Jenny Paola ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Julio del 2016

Pablo Washington Alvarez Peña. Mgs

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Rosero Orozco, Jenny Paola, declaro ser autora del presente trabajo de titulación **“Evaluación financiera de los establecimientos de salud del primer nivel de atención Subcentro Julio Moreno y Subcentro Salinas del distrito 02D01, zona 5 – 2014”** de la titulación de Magister en Gerencia en Salud para el desarrollo local siendo Pablo Washington Alvarez Peña, 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, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estado 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 y trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

.....

Autor Rosero Orozco Jenny Paola.

Cédula 0201582996

DEDICATORIA

La realización de este trabajo de investigación dedico: a Dios que impulsa mi vida cada día con la fe y la fuerza de su amor, a mi madre Beatriz del Carmen, que ha promovido en mi la constancia y el empuje necesario para seguir en la lucha diaria de la vida, a mi esposo por su apoyo, a mi hermoso hijo Joan Damiano y a mis amados hermanos y sobrinos, base fundamental en mi vida.

Agradezco también al distrito, por abrirme las puertas durante el trabajo de acción y cada una de las personas que estuvieron conmigo durante este periodo.

Ya que sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo propuesto. El amor infinito que les tengo a estas personas y el deseo de superarme día a día, me han dado la constancia, tenacidad de seguir luchando.

Con todo el amor:
Jenny Paola.

AGRADECIMIENTO

Quiero dejar constancia mi infinita gratitud a la Universidad Técnica Particular de Loja, que me dio la oportunidad para superarme en lo intelectual y profesional, de igual manera a nuestros Profesores que fueron guía durante todo este proceso de aprendizaje de esta nueva etapa de carrera estudiantil.

La paciencia, sabiduría, tenacidad y su ayuda desinteresada son características que definen a mi Director de Tesis, Magister Pablo Washington Alvarez Peña a quien admiro mucho, quien me brindó un apoyo importante para terminar con éxito este trabajo; por esto mi eterna correspondencia y consideración.

Jenny Paola.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARATULA.....	I
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
CERTIFICACIÓN DE LA UNIDAD FINANCIERA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. ...	81
ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD.....	82
RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN	3
PROBLEMATIZACIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	8
GENERAL	8
ESPECÍFICOS.....	8
CAPITULO I	9
1. Marco Teórico.....	¡Error! Marcador no definido.
1.1. Marco Institucional.....	10
1.1.1. Aspectos geográficos del lugar.....	10
1.1.2. Referencia Histórica Salinas.....	10
1.1.3. Dinámica poblacional.....	12
1.1.4. Aspectos geográficos del lugar.....	14
1.1.5. Misión del Ministerio de Salud Pública.....	18
1.1.6. Visión del Ministerio de Salud Pública.....	18
1.1.7. Valores.....	19
1.1.8. Objetivos estratégicos del Ministerio de Salud Pública.....	19
1.1.9. Organización administrativa.....	19
1.1.10. Servicios que presta la unidad de salud.....	21
1.1.11. Datos estadísticos de cobertura de la unidad de salud.....	21
1.1.11.1. <i>Datos estadísticos de cobertura de la unidad de salud Julio Moreno...</i>	21
1.1.11.2. <i>Datos estadísticos de cobertura de la unidad de Salud Salinas.....</i>	24
1.1.12. Políticas.....	27

1.2.	Marco conceptual.	28
1.2.1.	Modelo de atención integral de salud.	28
1.2.2.	Red pública de salud.	29
1.2.3.	Primer nivel de atención.	30
1.2.4.	Atención primaria de salud.	30
1.2.5.	Costos hospitalarios.	30
1.2.6.	Gestión productiva de las unidades de salud.....	32
1.2.7.	Sistema de información gerencial en salud.	33
1.2.8.	Financiamiento del sistema de salud.....	33
CAPITULO II	34
2.	Diseño metodológico.	35
2.1.	Matriz de involucrados.	35
2.2.	Árbol de problemas	36
2.3.	Árbol de objetivos	37
2.4.	Matriz del marco lógico.	38
CAPITULO III	40
3.	Servicios de salud costeados.	41
3.1.	Socialización del proyecto.....	41
3.1.1.	Taller de inducción al proceso de costos	42
3.1.2.	Recolección de información.....	42
3.1.3.	Generación de Resultados de Costos	44
3.1.4.	Análisis de resultados de procesamiento de datos de costos y de producción...	45
3.1.4.1.	<i>Costo de atención</i>	45
3.1.4.2.	<i>Costo por población asignada</i>	46
3.1.4.3.	<i>Costos integrales de servicios</i>	47
3.1.4.4.	<i>Componentes del costo de servicio</i>	47
3.1.4.5.	<i>Costos directos e indirectos servicios</i>	48
3.1.4.6.	<i>Costos netos</i>	50
3.1.5.	Costos netos Subcentro de Salud Julio Moreno.	50
3.1.5.1.	<i>Costos fijos y variables</i>	50

3.1.5.2.	<i>Producción.</i>	52
3.2.	Prestaciones de salud valoradas económicamente.	52
3.2.1.	<i>Socialización de tarifario del sistema nacional de salud.</i>	52
3.2.2.	Recolección de información.	53
3.2.3.	Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud.	54
3.2.3.1.	<i>Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de Salud Centro de Salud Salinas.</i>	54
3.2.3.2.	<i>Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional del Subcentro de Salud Julio Moreno.</i>	55
3.2.4.	Análisis del indicador del resultado esperado.	56
3.2.5.	Estrategias de mejoramiento.	56
3.2.5.1.	<i>Cálculo del punto de equilibrio.</i>	56
3.2.5.2.	<i>Cálculo del punto de equilibrio centro de Salud Salinas.</i>	57
3.2.5.3.	<i>Cálculo del punto de equilibrio centro de salud Julio Moreno.</i>	57
3.3.	Socialización de resultados.	58
3.4.	Diseño de Estrategias de mejoramiento.	58
3.4.1.	Implementar un sistema de monitoreo de la atención médica.	60
3.4.2.	Implementar el monitoreo permanente del componente de gestión de las unidades médicas.	60
3.4.3.	Implementar el monitoreo de la producción, productividad y rendimiento del personal profesional.	61
3.4.4.	Cálculo de indicadores de monitoreo y evaluación.	62
3.4.5.	Entrega de informes a las autoridades distritales.	64
3.4.6.	Análisis con autoridades distritales.	64
CONCLUSIONES		68
RECOMENDACIONES		69
BIBLIOGRAFÍA		70
ANEXOS		73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la Población de Salinas.	12
Tabla 2: Distribución de la Población de Julio Moreno.	15
Tabla 3: Proyección de la Población.	17
Tabla 4: Indicadores Demográficos de Salud.	17
Tabla 5: Indicadores Determinantes Sociales.	18
Tabla 6: Perfil Epidemiológico Total 1 a 4 Años.	21
Tabla 7: Perfil Epidemiológico Total 5 a 9 Años.	21
Tabla 8: Perfil Epidemiológico Total 10-19 Años.	22
Tabla 9: Perfil Epidemiológico Total 20 a 49 Años.	22
Tabla 10: Perfil Epidemiológico Total 50 a 64 Años.	23
Tabla 11: Perfil Epidemiológico Total > 65 Años.	23
Tabla 12: Perfil Epidemiológico Total < 1 Año.	24
Tabla 13: Perfil Epidemiológico Total 1 a 4 Años.	24
Tabla 14: Perfil Epidemiológico Total 5 a 9 Años.	25
Tabla 15: Perfil Epidemiológico Total 10-19 Años.	25
Tabla 16: Perfil Epidemiológico Total 20 a 49 Años.	26
Tabla 17: Perfil Epidemiológico Total 50 a 64 Años.	26
Tabla 18: Perfil Epidemiológico Total > 65 Años.	27
Tabla 19: Costo de Atención.	45
Tabla 20: Costos por población asignada.	46
Tabla 21: Componentes del costo de Servicios General.	47
Tabla 22: Costos directo de los servicios de la unidad de Salinas.	48
Tabla 23: Costos directo de los servicios de la Unidad de Julio Moreno.	49
Tabla 24: Costos indirectos de los servicios de la Unidad de Salinas.	49
Tabla 25: Costos indirectos de los servicios de la Unidad de Julio Moreno.	49
Tabla 26: Costo neto de los servicios del Subcentro de Salud Salinas.	50
Tabla 27: Costos Netos de los Servicios del Centro de Salud Julio Moreno.	50
Tabla 28: Porcentaje del costo fijo y variable del Subcentro de Salud Salinas.	50
Tabla 29: Costos fijos y variables Subcentro de Salud Julio Moreno.	51
Tabla 30: Valoración Económica Anual del Subcentro de Salud Salinas.	54
Tabla 31: Planillaje anual del Subcentro de Salud de Julio Moreno.	55
Tabla 32: Valoración de las prestaciones según el Tarifario del Sistema Nacional de Salud.	56
Tabla 33: Estrategia de mejoramiento.	59

Tabla 34: Monitoreo de los productos de los equipos de salud de primer nivel.	61
Tabla 35: Tabla Indicadores de Monitoreo y Evaluación.	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: División Parroquial del Cantón Guaranda	10
Gráfico 2: Población de Salinas.....	13
Gráfico 3: Población Julio Moreno.....	16
Gráfico 4: Organización Administrativa.....	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 5: El Subcentro de Salud Julio Moreno y Salinas, establecimientos de tipo A.....	20
Gráfico 6: Entrada a programa Winsig.....	44

RESUMEN

El Proyecto Colaborativo de Evaluación Financiera pretende evaluar el componente monetario de las unidades operativas de primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Distrito 02D01 de la provincia Bolívar, año 2014 contribuyendo al uso adecuado de recursos en la Unidades de Salud de Julio Moreno y Salinas; cuyos objetivos planteados se cumplieron al tener servicios de salud valoradas y estrategias de mejoramiento de gestión financiera formuladas.

Las mismas que se realizaron mediante el análisis de costos, valoración económica de las prestaciones según el tarifario del Sistema Nacional de Salud y formulación de estrategias de mejoramiento, para así determinar la productividad, rendimiento; contribuyendo a la optimización de los recursos financieros y materiales.

La información fue consolidada e ingresada al aplicativo WINSIG generando cuadros gerenciales que reflejan los costos de los servicios de las unidades médicas. Se realiza la evaluación financiera en las unidades mencionadas; se propone el diseño e implementación del proceso de monitoreo, control y supervisión de los recursos.

Palabras Claves: Costos, Evaluación Financiera, Servicios de Salud Costeados.

SUMMARY

Collaborative Project Financial Evaluation aims to assess the monetary component of the operating units of primary care at the Ministry of Public Health of Ecuador, 02D01 District of the province Bolivar, 2014 contributing to the proper use of resources in the Health Units July Moreno and Salinas; whose objectives were accomplished by having health services valued and formulated strategies to improve financial management.

The same that were performed using cost analysis, economic valuation of benefits depending on the rate of National Health and formulating improvement strategies, to determine productivity performance; contributing to the optimization of financial and material resources.

The information was consolidated and entered the WINSIG generating application management tables reflect the costs of medical services units. The financial evaluation is carried out in the units mentioned; the design and implementation of process monitoring, control and monitoring of resources is proposed.

Keywords: Costs, Financial Evaluation Services Funded Health.

INTRODUCCIÓN

La Constitución de la República del Ecuador, garantiza la salud de la nación como un derecho a fin de la construcción del Buen Vivir para tal efecto establece la figura del sistema Nacional de Salud para asegurar la asistencia de los servicios, los mismos que comprenderán las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud, abarcara todas las dimensiones prevención, recuperación, rehabilitación.

El nuevo reto en las prestaciones de los servicios de salud es el cuidado continuo e integral que privilegie la demanda y la atención a las necesidades de salud de la población basadas en la eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios de salud.

La provisión de los servicios se relacionan con la oferta de los servicios integrados de salud que garantice la continuidad en la atención y respondan a la necesidad de la población a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno.

El presente trabajo de investigación se propone la evaluación financiera de los servicios de salud del nivel I de atención ,de las unidades operativas de Salinas y Julio Moreno de la Provincia Bolívar, Cantón Guaranda, independientemente de que es muy aceptado que la evaluación financiera servirá como una herramienta útil para la toma de decisiones, constituye un tema de investigación relativamente nuevo ya que no existe estudios anteriores del mismo en cuanto a costo y planillaje de los servicios de salud.

Este documento se encuentra estructurado en tres capítulos el primero que es el marco teórico el mismo que nos dará a conocer los diferentes enfoques y también todas las características socio-demográficas de la población en estudio, el segundo capítulo es el diseño metodológico en donde se describirá como va a realizarse la propuesta de intervención, el tercer y último capítulo están los resultados que será toda la información conseguida y analizada.

La utilización de los recursos que se asignan dentro del sector salud debe ser muy bien fundamentada y priorizada a partir de una toma de decisiones acertada, con un mínimo de costos y maximizando los resultados sobre la salud de la población conjugados con altos niveles de calidad de la atención. Por otro lado, los criterios de equidad refuerzan la atención a la población no sólo con las mismas posibilidades de

acceso a los servicios de salud, sino garantizando las necesidades básicas, así como una atención focalizada a grupos especiales de población.

Permitiéndonos alcanzar los objetivos propuestos que nos permitan determinar el costo de los servicios de salud, el planillaje de las prestaciones, y la formulación de estrategias en la gestión financiera.

La economía en la salud es la base fundamental ya que consiste en asegurar el pleno bienestar, mediante la utilización de los recursos disponibles en donde los recursos asignados a la salud desempeñen un papel importante para lograr este fin deben ser utilizados de la mejor manera posible.

PROBLEMATIZACIÓN

Las Unidades Operativas Salinas y Julio Moreno, son parte la zona 5 Distrito 02D01, pertenecen al primer nivel de atención, en donde no se ha realizado ninguna investigación sobre la evaluación del componente financiero, no se ha realizado el costeo de los servicios de salud, existe un limitado planillaje, ausencia de estrategias de la gestión financiera, nuestro estudio se lo realiza mediante el análisis de los indicadores financieros, en donde se establecerá la relación entre los costos y los productos del proceso determinando la productividad y el cumplimiento de los objetivos planteados realizadas durante enero a diciembre del año 2014, nuestro propósito de investigación es el de conocer cuál es la evaluación financiera de mis unidades en estudio.

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

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

El análisis del costo nos permite identificar las intervenciones en salud que alcanzara mayor impacto en las unidades en estudios como una unidad de inversión, sabiendo que los recursos en salud son limitados ya sea desde el punto de vista de la organización.

En economía de la salud, es el costo o el valor de los recursos utilizados durante la provisión de cuidados de salud. El concepto de costo económico es distinto al de costo financiero, ya que en la valoración de recursos del primero aplica el concepto de costo de oportunidad, mientras que el segundo considera solamente recursos donde existe desembolso de dinero.

Costos Directos son aquellos que participan directamente en el proceso productivo de un bien y servicio incluye cuyos componentes del costo directo son recurso humano, insumos, servicios básicos, equipamiento e infraestructura.

Costos Indirectos son aquellos que no participan de manera directa en el proceso productivo como son servicios productivos, servicios generales, mismos que serán causa importante durante toda nuestra investigación.

La facturación de servicios de salud es una responsabilidad de gran relevancia para garantizar el adecuado desempeño financiero del sector salud en su primer nivel de atención considerando la estructura del sistema de salud, las modalidades de contratación específicas del sector, la complejidad del proceso de facturación.

Para la elaboración de nuestro tema en estudio se hará el análisis minucioso de todo lo que tiene relación con costos y servicios en base al tarifario de prestaciones para los servicios de salud siendo este un instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de los servicios de salud, mismo que nos permitirá establecer el monto de pago por cada uno de los procedimientos utilizados durante la atención de la salud, el mismo que contribuirá al mejoramiento de la calidad de atención y del gasto.

JUSTIFICACIÓN

Es la redacción de las razones válidas que justifican el desarrollo del proyecto de acción y para la construcción de este componente, se debe considerar la población beneficiaria, la redacción del fin y del propósito de la matriz de marco lógico. Fundamentar su importancia y el impacto que va a tener en la salud y el desarrollo local, buscando la coherencia entre la formación profesional en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local y los requerimientos locales y nacionales para la realización individual y colectiva de la población.

Además, se debe de considerar que en el Ecuador a las instituciones de salud, se las evidencia como si sus servicios no tuviesen costos, ni generan ingresos, lo que en muchos de los casos ocasiona una mala utilización de los servicios por parte de los usuarios tanto externos como internos, situación que repercute en la calidad de las prestaciones otorgadas. Además en el sector público la carencia de evaluación financiera hace que se asignen presupuestos no acordes con la realidad de cada una de las unidades operativas.

OBJETIVOS

GENERAL

- Evaluar el componente financiero de Julio Moreno y Salinas del distrito 02D01, Zona 5, mediante el análisis de costos, facturación de las prestaciones y formulación de estrategias de mejoramiento, para fortalecer la formación de Gerencia en Salud.

ESPECÍFICOS.

- Realizar costeo de los servicios de salud.
- Valoración económica de las prestaciones de salud en base al tarifario del sistema nacional de salud
- Formular estrategias de mejoramiento de la gestión financiera.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Marco institucional.

1.1.1. Aspectos geográficos del lugar.

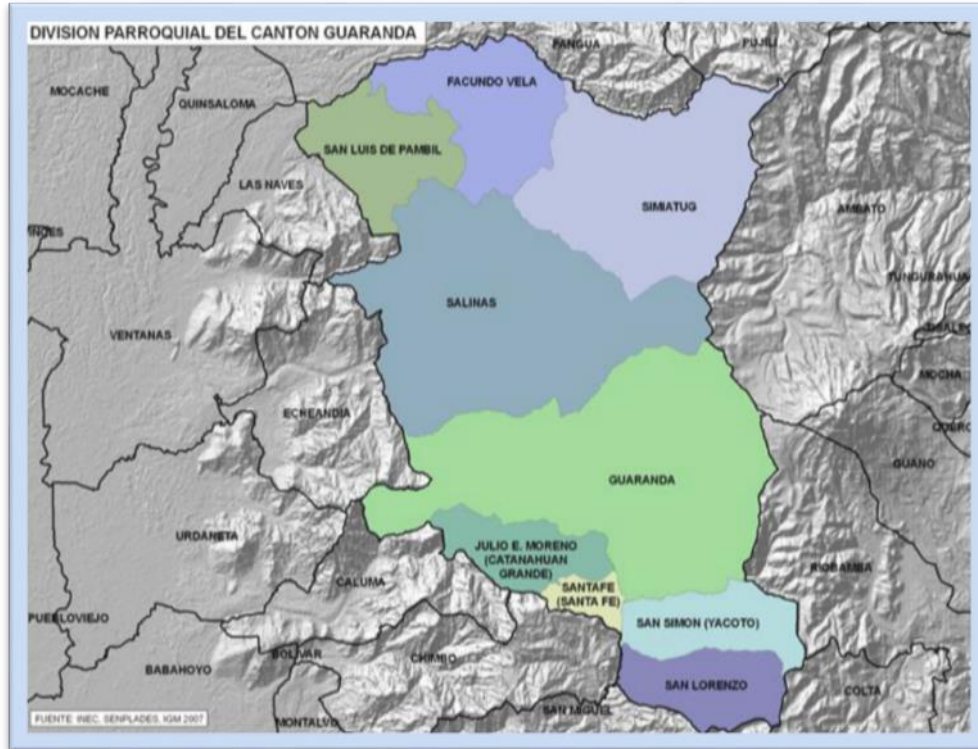


Gráfico 1: División Parroquial del Cantón Guaranda

Fuente: Distrito 02D01, zona 5

Elaborado por: Paola Rosero Orozco

1.1.2. Referencia Histórica Salinas.

La parroquia Salinas se encuentra ubicada en el cantón Guaranda, Provincia Bolívar, su territorio se distribuye desde los 800 metros sobre el nivel del mar (sub trópico) hasta los 4200 metros sobre el nivel del mar (paramo) razón por la cual cuenta con una diversidad de paisajes, flora y fauna.

Contempla dos fechas de creación, la primera el 29 de Mayo de 1821, y la segunda el 23 de Abril de 1884. Su nombre se debe a las minas de sal que existen en la Cabecera Parroquial. Desde antes de la llegada de los Incas fue habitada por los Tóbamelas de la etnia de los chimbos. La actual parroquia ocupa los terrenos que pertenecieron a las haciendas Talahua de propiedad de la familia Cordobés y Matiavi-Salinas que perteneció a la iglesia.

Hace 30 años la mayoría de la población no tenía acceso a los servicios básicos y vivían en chozas. La explotación de las minas de sal fue la principal actividad económica de la población pero la sal marina, fácil de extraer y a precio económico comenzó a invadir el mercado nacional y deciden entonces formar la FUNORSAL (FUNDACIÓN DE ORGANIZACIONES DE SALINAS) Hoy en día la FUNORSAL sostiene a más de una veintena de organizaciones con más o menos 1500 socios activos, hoy en día Salinas es reconocido como un ejemplo de desarrollo comunitario.

1.1.3. Dinámica poblacional.

PROVINCIA BOLÍVAR: 183641.000

CANTÓN GUARANDA: 91.877.000

SALINAS: 5821.000

Cabe recalcar que la población mencionada es la obtenida por el SENPLADES, tomando en cuenta que la población asignada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para Salinas es de 6.415 habitantes.

Tabla 1: Distribución de la Población de Salinas.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO.			DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR AREA URBANO/RURAL			DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR ETNIA			DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR RANGO DE EDAD		
SEXO	NUMERO	%	AREA	NUMERO	%	ETNIA	NUMERO	%	EDAD	NUMERO	%
MUJER	2877	49.42%	RURAL	5821	100%	MESTIZO/A	3344	57.45%	0 a 4 años	675	11.60%
HOMBRE	2944	50.58%	URBANO	0	0%	INDIGENA	2278	39.13%	5 a 9 años	780	13.40%
TOTAL	5821	100%	TOTAL	5821	100%	BLANCO/A	86	1.48%	10 a 14 años	758	13.02%
						AFROECUATORIANO	64	1.10%	15 a 19 años	635	10.91%
						MULATO/A	21	0.36%	20 a 24 años	458	7.87%
						MONTUBIO	19	0.33%	25 a 29 años	399	6.85%
						NEGRO/A	3	0.05%	30 a 34 años	385	6.61%
						OTRO/A	6	0.10%	35 a 39 años	324	5.57%
						TOTAL	5821	100%	40 a 44 años	291	5.00%
									45 a 49 años	220	3.78%
									50 a 54 años	207	3.56%
									55 a 59 años	185	3.18%
									60 a 64 años	153	2.63%
									65 a 69 años	143	2.46%
									70 a 74 años	98	1.68%
									75 a 79 años	44	0.76%
									80 y mas años	66	1.13%
									TOTAL	5821	100%

Fuente: SENPLADES, Dirección de Métodos, Análisis e Investigación, 2013

Elaborado por: Jenny Paola Rosero Orozco.

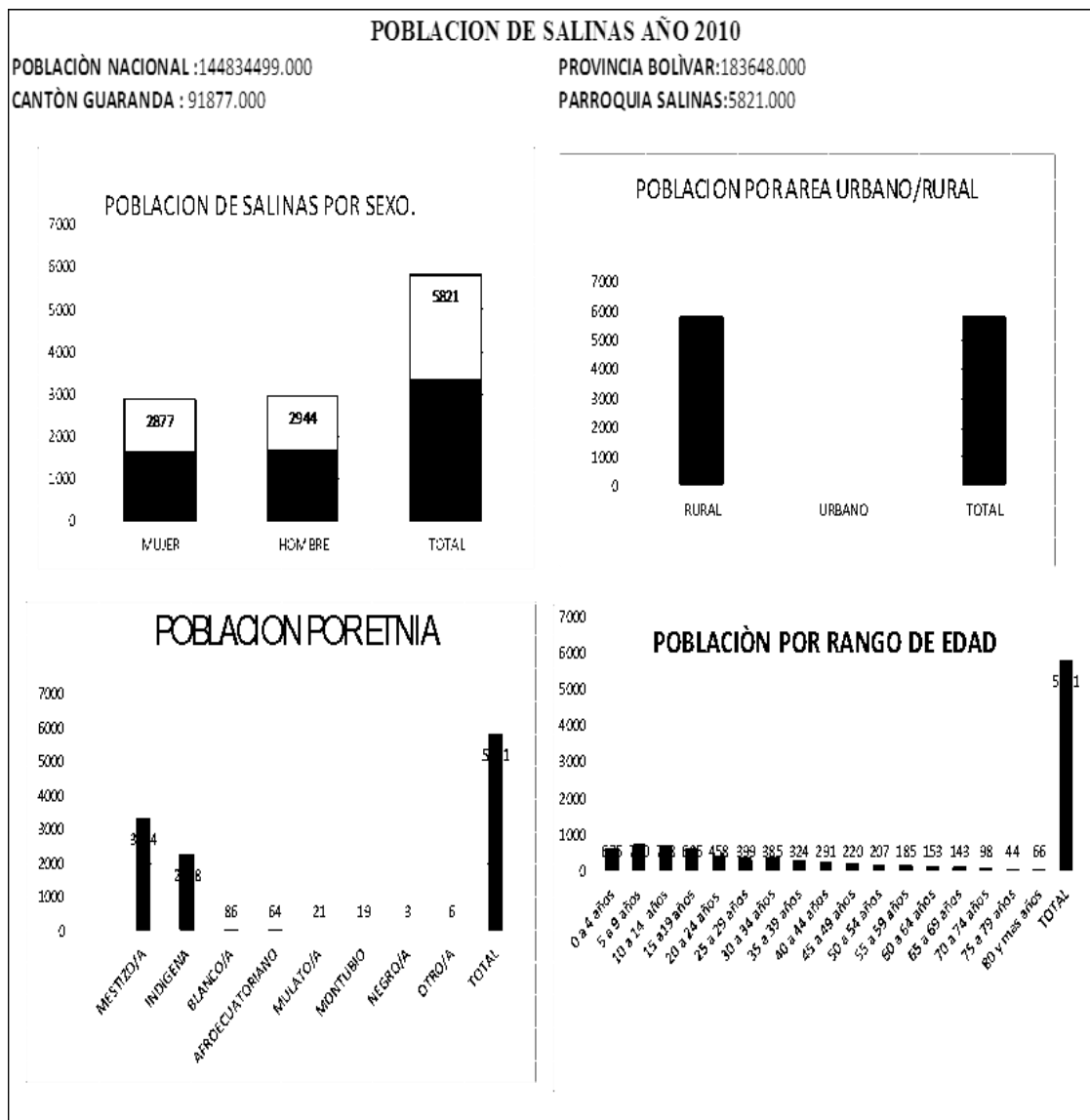


Gráfico 2: Población de Salinas.
Fuente: SENPLADES
Elaborado por: Paola Rosero Orozco

1.1.4. Aspectos geográficos del lugar.

JULIO MORENO

REFERENCIA HISTÓRICA.

Se le designo con este nombre para perpetuar al valioso hombre público Dr. Julio Enrique Moreno Peñaherrera al elevarse a parroquia civil los caseríos de Catanahuan y Espino.

Se crea como parroquia rural bajo la ley de división territorial Mediante Acuerdo Ministerial N° 81, del 1 de febrero de 1989, con el registro oficial N° 13 del 1 de Mayo de 1929.

Demográficamente se encuentra en el centro de la Provincia Bolívar, en medio de altas cordilleras, está al lado de Camino Real. Es posible que en épocas remotas fueran estas zonas más pobladas, por ser propias para el cultivo.

Esta parroquia fue fundada en 1945, tiene una extensión de 7 a 8 km se encuentra ubicada al oeste de la ciudad de Guaranda a 15km.

LIMITES:

NORTE: Guanujo.

SUR: Santa Fe.

ESTE: Caluma

OESTE: Guaranda.

Dinámica poblacional.

JULIO MORENO: 2.948

Cabe recalcar que la población mencionada es la obtenida por el SENPLADES, tomando en cuenta que la población asignada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para Julio Moreno es de 3.249 habitantes.

Tabla 2: Distribución de la Población de Julio Moreno.

JULIO MORENO											
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEXO.			DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR AREA URBANO/RURAL			DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR ETNIA			DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR RANGO DE EDAD		
SEXO	NUMERO	%	AREA	NUMERO	%	ETNIA	NUMERO	%	GRUPO DE EDAD	NUMERO	%
MUJER	1505	51.05%	RURAL	2948	100%	MESTIZO/A	1067	36.19%	0 a 4 años	388	13.16%
HOMBRE	1443	48.95%	URBANO	0	0%	INDIGENA	1842	62.48%	5 a 9 años	414	14.04%
TOTAL	2948	100%	TOTAL	2948	100%	BLANCO/A	26	0.88%	10 a 14 años	385	13.06%
						MONTUBIO	6	0.20%	15 a 19 años	287	9.74%
						NEGRO/A	5	0.17%	20 a 24 años	195	6.61%
						OTRO/A	2	0.07%	25 a 29 años	144	4.88%
						TOTAL	2948	100%	30 a 34 años	123	4.17%
									35 a 39 años	125	4.24%
									40 a 44 años	114	3.87%
									45 a 49 años	100	3.39%
									50 a 54 años	120	4.07%
									55 a 59 años	110	3.73%
									60 a 64 años	113	3.83%
									65 a 69 años	123	4.17%
									70 a 74 años	72	2.44%
									75 a 79 años	65	2.20%
									80 y mas años	70	2.37%
									TOTAL	2948	100%

Fuente: SENPLADES, Dirección de Métodos, Análisis e Investigación, 2013
 Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

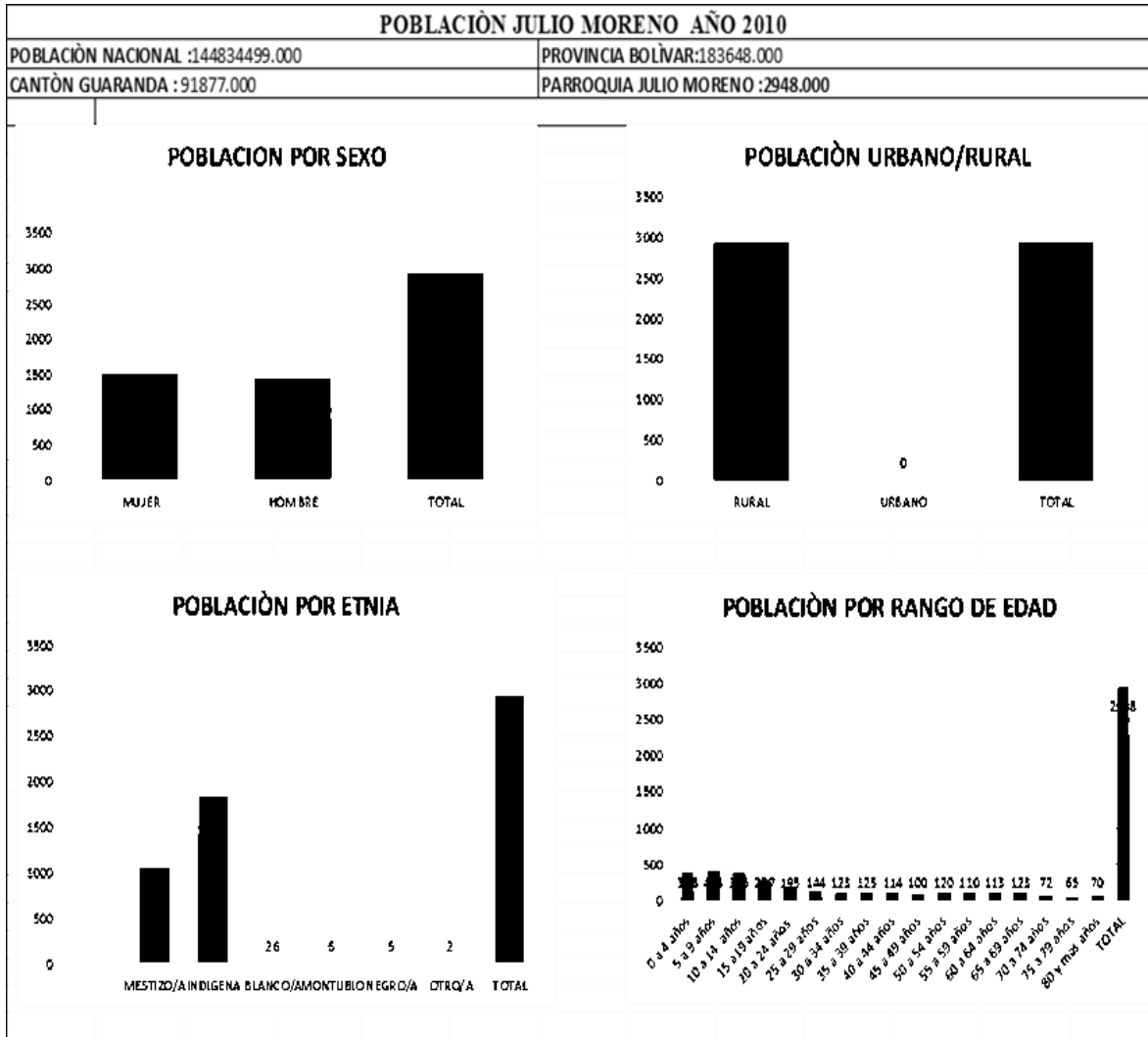


Gráfico 3: Población Julio Moreno.

Fuente: SENPLADES, Dirección de Métodos, Análisis e Investigación, 2013

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

Tabla 3: Proyección de la Población.

PROYECCIÓN DE POBLACIÓN AÑO 2010 - 2020							
PROVINCIA	CANTON	AÑO	POBLACION	PARROQUIA	POBLACION	PARROQUIA	POBLACION
BOLIVAR	GUARANDA	2010	95720	JULIO MORENO	3071	SALINAS	6064
		2011	97124		3116		6153
		2012	98519		3161		6242
		2013	99897		3205		6329
		2014	101253		3249		6415
		2015	102586		3292		6499
		2016	103884		3333		6582
		2017	105153		3374		6662
		2018	106387		3414		6740
		2019	107590		3452		6817
		2020	108763		3490		6891

Fuente: SENPLADES, Dirección de Métodos, Análisis e Investigación, 2013

Elaborado por: Lic. Jenny Paola Rosero Orozco.

Tabla 4: Indicadores Demográficos de Salud.

INDICADORES DEMOGRAFICOS SALUD							
INDICADORES	PROVINCIA	CANTÓN	DATO	PARROQUIA	DATO	PARROQUIA	DATOS
TASA DE FECUNDIDAD	BOLIVAR	GUARANDA	2.54	JULIO MORENO	0	SALINAS	0
TASA DE NATALIDAD			19.58		0		0
MORTALIDAD GENERAL			5.10		0		0
MORTALIDAD INFANTIL			10.10		0		0
MORTALIDAD MATERNA			148.9		0		0
INDICE DE ENVEJECIMIENTO			17.49%		27.80		15.86
% DE DISCAPACIDAD MENTAL FISICA MOTORA			163%		51% 139fm		14.21- 136fm
% DE ADOLESCENTES SEXO MUJERES EN EDAD FERTIL			48.21		4.61-6.75		6.29-5.81
Nº DE MUJERES EN EDAD FERTIL			44.197.00		590.00		1.378.00

Fuente: SENPLADES, Dirección de Métodos, Análisis e Investigación, 2013

Elaborado por: Lic. Jenny Paola Rosero Orozco.

Tabla 5: Indicadores Determinantes Sociales.

INDICADORES DETERMINANTES SOCIALES								
INDICE DE POBREZA	PROVINCIA	PROVINCIA	DATO	PARROQUIA	JULIO MORENO		SALINAS	
	BOLIVAR	GUARANDA			NBI HOGARES	NBI PERSONA	NBI HOGARES	NBI PERSONA
				96.61	97.12	87.50	89.20	
ANALFABETISMO					34.98 %	18.57 %		
% DE ACCESO A AGUA POTABLE					11.23 %	31.30 %		
% DE ACCESO A LA LUZ					69.06 %	78.01 %		
% DE ACCESO A ALCANTARILLADO					8.62 %	18.42 %		
% DE ACCESO A COMUNICACIONES					0.65 %	7.81 %		
% AL INTERNET								
% DE ANALFABETISMO INFORMÁTICO								

Fuente: SENPLADES, Dirección de Métodos, Análisis e Investigación, 2013

Elaborado por: Lic. Jenny Paola Rosero Orozco.

1.1.5. Misión del Ministerio de Salud Pública.

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

1.1.6. Visión del Ministerio de Salud Pública.

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

1.1.7. Valores.

- **Respeto.-** Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.
- **Inclusión.-** Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.
- **Vocación de servicio.-** Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.
- **Compromiso.-** Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.
- **Integridad.-** Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento”.
- **Justicia.-** Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.
- **Lealtad.-** Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.

1.1.8. Objetivos estratégicos del Ministerio de Salud Pública.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Incrementar el uso eficiente del presupuesto.

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

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

1.1.9. Organización administrativa.

El Centro de Salud Salinas y Julio Moreno forma parte de las Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública, pertenece a la zona 5, Distrito 02D01.

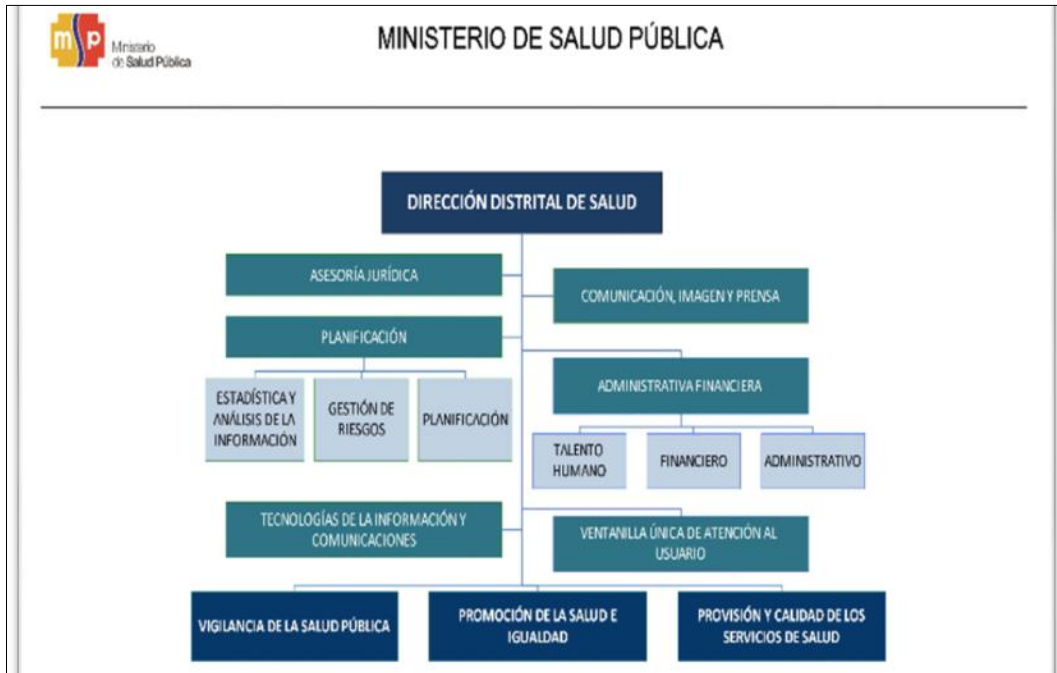
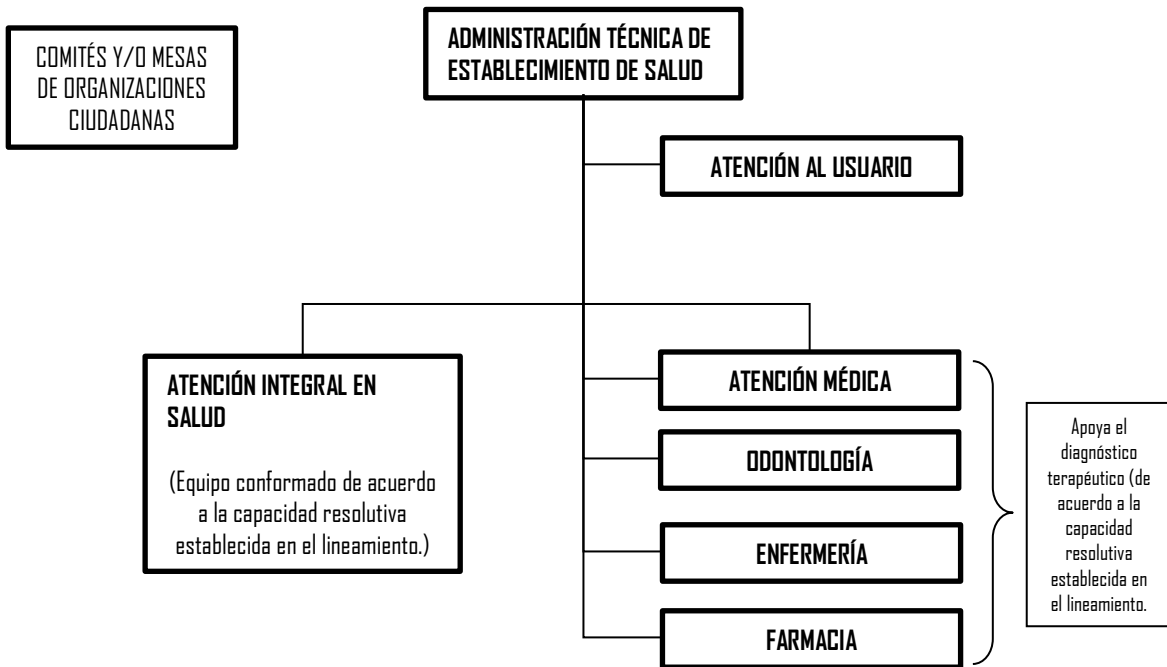


Gráfico 4: Organización Administrativa.
Fuente: Ministerio de Salud Pública
Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

Estatuto y organigramas establecimiento del primer nivel de atención

Gráfico 5: El Subcentro de Salud Julio Moreno y Salinas, establecimientos de tipo A



Fuente: Ministerio de Salud Pública
Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

1.1.10. Servicios que presta la unidad de salud.

Son los siguientes:

- Atención médica por ciclos de vida, promoción, prevención y curación.
- Atención materno infantil de promoción, prevención y curación.
- Atención odontológica por ciclos de vida, promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Atención intra y extramural.
- Emergencias.
- Consejería post-consulta.
- Medicina ancestral.

1.1.11. Datos estadísticos de cobertura de la unidad de salud.

1.1.11.1. Datos estadísticos de cobertura de la unidad de salud Julio Moreno.

Tabla 6: Perfil Epidemiológico Total 1 a 4 Años.

N°	DESCRIPCION	N°	%
1	Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	159	15,2299
2	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	112	10,728
3	J029 - FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	66	6,32184
4	Z000 - EXAMEN MÉDICO GENERAL	46	4,40613
5	A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	39	3,73563
6	B829 - PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	31	2,96935
7	R51X - CEFALEA	23	2,20307
8	Z002 - EXAMEN DURANTE EL PERÍODO DE CRECIMIENTO RÁPIDO EN LA INFANCIA	21	2,01149
9			0
10			0
OTR OS		547	52,3946
	TOTAL	1044	100

Fuente: Estadística del distrito 02D01

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

Tabla 7: Perfil Epidemiológico Total 5 a 9 Años.

N°	DESCRIPCIÓN	N°	%
1	Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	173	13,484
2	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	150	11,6913
3	Z003 - EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE	48	3,74123
4	J029 - FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	48	3,74123

5	Z000 - EXAMEN MÉDICO GENERAL	44	3,42946
6	J029 - FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	42	3,27358
7	A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	38	2,96181
8	B829 - PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	28	2,18239
9	R51X - CEFALEA	26	2,0265
10	J039 - AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	26	2,0265
			0
OTROS		660	51,4419
	TOTAL	1283	100

Fuente: Estadística del distrito 02D01

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

Tabla 8: Perfil Epidemiológico Total 10-19 Años.

N°	DESCRIPCIÓN	N°	%
1	Z003 - EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE	96	22,2222
2	Z002 - EXAMEN DURANTE EL PERÍODO DE CRECIMIENTO RÁPIDO EN LA INFANCIA	39	9,02778
3	Z000 - EXAMEN MÉDICO GENERAL	19	4,39815
4	J029 - FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	17	3,93519
5	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	15	3,47222
6	J039 - AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	13	3,00926
7	J029 - FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	12	2,77778
8	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	11	2,5463
9	A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	9	2,08333
10	Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	9	2,08333
OTROS			0
		192	44,4444
	TOTAL	432	100

Fuente: Estadística del distrito 02D01

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

Tabla 9: Perfil Epidemiológico Total 20 a 49 Años.

N°	DESCRIPCIÓN	N°	%
1	Z000 - EXAMEN MÉDICO GENERAL	68	7,02479
2	Z321 - EMBARAZO	36	3,71901
3	R51X - CEFALEA	35	3,6157
4	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	29	2,99587
5	Z348 - SUPERVISIÓN DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	29	2,99587
6	J029 - FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	57	5,88843
7	Z3043 - SUPERVISIÓN DEL USO DE DROGAS ANTICONCEPTIVAS. EXAMEN DE RUTINA EN EL	26	2,68595

	MANTENIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS. REPETICIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES.		
8	K297 - GASTRITIS NO ESPECIFICADA	48	4,95868
9	M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO	21	2,16942
10	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	42	4,33884
OTROS			0
		577	59,6074
	TOTAL	968	100

Fuente: Estadística del distrito 02D01

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

Tabla 10: Perfil Epidemiológico Total 50 a 64 Años.

N°	DESCRIPCIÓN	N°	%
1	N390 - INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	13	4,57746
2	M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO	11	3,87324
3	Z000 - EXAMEN MÉDICO GENERAL	11	3,87324
4	K297 - GASTRITIS NO ESPECIFICADA	18	6,33803
5	J039 - AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	8	2,8169
6	M792 - NEURALGIA Y NEURITIS, NO ESPECIFICADAS	8	2,8169
7	A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	7	2,46479
8	J029 - FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	7	2,46479
9	R51X - CEFALEA	7	2,46479
10	M159 - POLIARTROSIS NO ESPECIFICADA	6	2,11268
			0
OTROS		188	66,1972
	TOTAL	284	100

Fuente: Estadística del distrito 02D01

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

Tabla 11: Perfil Epidemiológico Total > 65 Años.

N°	DESCRIPCIÓN	N°	%
1	I10X - HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	28	8,11594
2	R51X - CEFALEA	22	6,37681
3	A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	14	4,05797
4	M159 - POLIARTROSIS NO ESPECIFICADA	14	4,05797
5	Z108 - OTROS CONTROLES GENERALES DE SALUD DE RUTINA DE OTRAS SUBPOBLACIONES DEFINIDAS	14	4,05797
6	N390 - INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	11	3,18841
7	M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO	11	3,18841
8	J029 - FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	21	6,08696
9	I10X - HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	11	3,18841
10	K297 - GASTRITIS NO ESPECIFICADA	11	3,18841
			0

OTROS		188	54,4928
	TOTAL	345	100

Fuente: Estadística del distrito 02D01

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

1.1.11.2. Datos estadísticos de cobertura de la unidad de Salud Salinas.

Tabla 12: Perfil Epidemiológico Total < 1 Año.

N°	DESCRIPCIÓN	N°	%
1	B829 - PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	1	25
2	Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	1	25
3	P071 - OTRO PESO BAJO AL NACER	1	25
total		4	100

Fuente: Estadística del distrito 02D01

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

Tabla 13: Perfil Epidemiológico Total 1 a 4 Años.

N°	DESCRIPCIÓN	N°	%
1	Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	502	44,3071
2	A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	131	11,5622
3	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	98	8,6496
4	J039 - AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	85	7,50221
5	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	39	3,44219
6	J039 - AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	27	2,38305
7	B829 - PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	24	2,11827
8	Z101 - CONTROL GENERAL DE SALUD DE RUTINA DE RESIDENTES DE INSTITUCIONES	21	1,85349
9	B829 - PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	20	1,76523
10	E45X - RETARDO DEL DESARROLLO DEBIDO A DESNUTRICIÓN PROTEICOALORICA	20	1,76523
11	OTROS	166	14,6514
total		1133	100

Fuente: Estadística del distrito 02D01

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

Tabla 14: Perfil Epidemiológico Total 5 a 9 Años.

N°	DESCRIPCIÓN	N°	%
1	J039 - AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	48	15,142
2	B829 - PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	42	13,2492
3	B829 - PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	26	8,20189
4	Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	25	7,88644
5	A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	22	6,94006
6	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	22	6,94006
7	Z762 - CONSULTA PARA ATENCIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA SALUD DE OTROS NIÑOS O LACTANTES SANOS	19	5,99369
8	J039 - AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	17	5,36278
9	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	14	4,4164
10	Z002 - EXAMEN DURANTE EL PERIODO DE CRECIMIENTO RÁPIDO EN LA INFANCIA	14	4,4164
otros		68	21,4511
TOTAL		317	100

Fuente: Estadística del distrito 02D01

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

Tabla 15: Perfil Epidemiológico Total 10-19 Años.

N°	DESCRIPCIÓN	N°	%
1	J039 - AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	54	10,0559
2	Z321 - EMBARAZO	51	9,49721
3	Z000 - EXAMEN MEDICO GENERAL	49	9,12477
4	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	48	8,93855
5	Z003 - EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE	42	7,82123
6	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	31	5,77281
7	J039 - AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	28	5,21415
8	B829 - PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	24	4,46927
9	B829 - PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	20	3,72439
10	A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	20	3,72439
			0
Otros		170	31,6574
	TOTAL	537	100

Fuente: Estadística del distrito 02D01

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

Tabla 16: Perfil Epidemiológico Total 20 a 49 Años.

N°	DESCRIPCIÓN	N°	%
1	Z000 - EXAMEN MEDICO GENERAL	115	6,11377
2	J039 - AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	108	5,74163
3	Z321 - EMBARAZO	107	5,68846
4	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	73	3,88091
5	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	71	3,77459
6	A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	53	2,81765
7	B829 - PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	50	2,65816
8	N390 - INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	36	1,91388
9	Z348 - SUPERVISIÓN DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	35	1,86071
10	J039 - AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	35	1,86071
			0
Otros		1198	63,6895
	TOTAL	1881	100

Fuente: Estadística del distrito 02D01

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

Tabla 17: Perfil Epidemiológico Total 50 a 64 Años.

N°	DESCRIPCIÓN	N°	%
1	Z000 - EXAMEN MEDICO GENERAL	27	8,28221
2	J039 - AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	20	6,13497
3	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	14	4,29448
4	A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	14	4,29448
5	M159 - POLIARTROSIS NO ESPECIFICADA	14	4,29448
6	M624 - CONTRACTURA MUSCULAR	13	3,98773
7	B829 - PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	12	3,68098
8	N390 - INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	10	3,06748
9	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	10	3,06748
10	M796 - DOLOR EN MIEMBRO	9	2,76074
Otros		183	56,135
	Otros	326	100

Fuente: Estadística del distrito 02D01

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

Tabla 18: Perfil Epidemiológico Total > 65 Años.

N°	DESCRIPCIÓN	N°	%
1	M159 - POLIARTROSIS NO ESPECIFICADA	22	6,64653
2	A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	16	4,83384
3	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	16	4,83384
4	M158 - OTRAS POLIARTROSIS	15	4,53172
5	Z000 - EXAMEN MEDICO GENERAL	14	4,22961
6	M624 - CONTRACTURA MUSCULAR	13	3,92749
7	I10X - HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	12	3,62538
8	R51X - CEFALEA	11	3,32326
9	J039 - AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	11	3,32326
10	M255 - DOLOR EN ARTICULACIÓN	10	3,02115
Otros		191	57,7039
	TOTAL	331	100

Fuente: Estadística del distrito 02D01

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

1.1.12. Políticas.

Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población.

- Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.
- Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.
- Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al sistema nacional de salud
- Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas.
- Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.

- Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población

METAS DEL PLAN DEL BUEN VIVIR Objetivo 3

Meta 3.2. Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41,0%

Meta 3.3. Erradicar la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años

Meta 3.4. Revertir la tendencia de la incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5 a 11 años y alcanzar el 26,0%

Meta 3.5. Reducir y mantener la letalidad por dengue al 0,08%

Meta 3.6. Aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida

Meta 3.7. Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos

1.2. Marco conceptual.

La economía en salud es un análisis que se emplea para el proceso de la toma de mejores decisiones que contribuyan la maximización del beneficio para un grupo de individuos con un determinado problema sanitario en este contexto es necesario determinar criterios para la ejecución de la evaluación económica.

La salud es un derecho que garantiza la constitución de la republica del ecuador, siendo su principal integrante el ser humano. Razón por la cual se ha dado pasos agigantados a nivel de la salud tanto en lo que es infraestructura, equipamiento, recursos humanos e incremento de presupuesto estos recursos serán destinados a garantizar las acciones de salud de la población

1.2.1. Modelo de atención integral de salud.

Es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. Modelo de Atención Integral

en Salud, con su rol de rectoría ha establecido un conjunto de lineamientos de políticas y operativos, el organiza y construye los procesos de organización prestación, gestión y financiamiento con la finalidad de construir el Modelo de Atención Integral de Salud. Dentro de los cuales tenemos.

1.2.2. Red pública de salud.

La construcción y consolidación de la Red Nacional Integrada de Servicios de Salud, el Ministerio de Salud Pública establece el Modelo de Atención Integral de Salud como la base del funcionamiento en red, porque incorpora políticas, objetivos y normas para la organización, prestación, gestión y financiamiento. Para la prestación de servicios, el funcionamiento en red que asegura la articulación e intercambio entre instituciones y/o personas prestadoras y financiadoras, que deciden asociar concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. De igual manera, define la importancia de la incorporación de la comunidad con competencias propias para resolver problemas de salud.

Según los artículos 360 y 362 de la Constitución, la salud es un servicio público y la articulación de las instituciones públicas en red es un mandato, de cumplimiento obligatorio para las instituciones públicas y en relación a las privadas bajo la normativa de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN). En cada territorio (distritos, zonas) se organizan y articulan los diferentes establecimientos el Primer Nivel de Atención es la puerta de entrada de la población al sistema de salud en donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad.

“Estas redes se estructuran conforme la nueva estructura desconcentrada de gestión del Estado Ecuatoriano y la articulación requerida en los diferentes niveles de atención, siendo el subsistema de referencia y contra-referencia quien garantiza la continuidad de las prestaciones en los cuatro niveles de atención definidos por el Sistema Nacional de Salud. Lo anterior, fortalece y consolida vínculos interinstitucionales e intersectoriales que permiten acuerdos a favor de la salud y una acción complementaria en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población, a través de la articulación funcional de la red nacional integrada de

servicios de salud. Permitted se coordinen, potencien y complementen con actividades destinadas a la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, atención pre hospitalaria y reinserción social de las familias y los usuarios”. (Ministerio de Salud Pública, 2013, pág. 20)

1.2.3. Primer nivel de atención.

Es el nivel de atención más cercano a la población y coordina el flujo de las y los usuarios dentro del sistema es ambulatorio y resuelve el 85% de los problemas y las necesidades de la salud de baja complejidad es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud se atiende al 70 al 80% de la demanda de la población en este nivel se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuente, satisfaciendo las necesidades de salud y fomentando la participación ciudadana. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

1.2.4. Atención primaria de salud.

Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. “La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad” (Ministerio de Salud Pública, 2013).

1.2.5. Costos hospitalarios.

Los costos hospitalarios permiten una integración dinámica entre la parte asistencial y la administrativa, las decisiones que se pueden tomar posterior a los resultados obtenidos son de envergadura y tienen que ver con la eficiencia en el gasto de insumos, mejoramiento en la calidad y prestación del servicio, capacidad de negociación con las entidades con las que se contrata, en fin los beneficios son muchos para una adecuada toma de decisiones.

Mismos que deben tener unas características esenciales para que en realidad sean de utilidad y muestren unos valores agregados diferentes a los resultados financieros, tales como: Integralidad, Oportunidad, Dinamismo, se debe tener una organización total que permita ver a la institución como un verdadero sistema en donde todas las partes se interrelacionen entre sí para que se obtengan unos resultados con calidad, los cuales deben de ser la retroalimentación para un mejoramiento continuo. Las áreas Asistenciales, Administrativas y Logísticas, deben trabajar con el personal estrictamente necesario y el mínimo de insumos para que la calidad no vaya en detrimento del buen servicio que debe prestar la institución.

“Los Costos representan para los administradores de las instituciones de salud una herramienta gerencial a la hora de tomar decisiones importantes, pero el gran inconveniente es que los hospitales y/o clínicas de carácter llámese públicas o privadas, es no tener una estructura de costos adecuada, o la información no se va actualizando en la medida que pasa el tiempo, por ello se cometen errores al momento de entregar resultados, los costos manejados de manera adecuada constituyen generación de confianza para tomar decisiones”. (Muñoz Montes, 2015)

Eficiencia.

Es el grado en que el sistema de salud efectúa la máxima contribución a las metas sociales definidas dados los recursos disponibles del sistema de salud y de aquellos que no pertenecen al sistema de salud. Implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios. “En economía, eficiencia es un concepto que describe la relación entre insumos y resultados en la producción de bienes y servicios” (Lam Díaz & Hernández Ramírez, 2008). Esta relación puede medirse en términos físicos (eficiencia técnica) o términos de costo (eficiencia económica).

Eficacia.

Resultados en relación con las metas y cumplimiento de los objetivos organizacionales. Para ser eficaz se deben priorizar las tareas y realizar ordenadamente aquellas que permiten alcanzarlos mejor y más.” Es el grado en que un procedimiento o servicio puede lograr el mejor resultado posible. Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones ideales” (Lam Díaz & Hernández Ramírez, 2008).

Calidad.

Consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. “La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud”. (Lam Díaz & Hernández Ramírez, 2008)

1.2.6. Gestión productiva de las unidades de salud.

Los gestores de establecimientos y servicios de atención, enfrentan situaciones igualmente críticas y falencias en su capacidad gerencial que afectan la eficiencia, eficacia y efectividad de los servicios. Se destacan entre ellos, el pobre uso de la información gerencial para la toma de decisiones y la falta de competencias críticas para el análisis, la ejecución de acciones anticipatorias o correctivas, la evaluación del desempeño y la gestión del cambio en instituciones que evolucionan y se transforman moldeadas por las realidades externas, las demandas y nuevas exigencias de una sociedad globalizada. Este estado de cosas exige que la visión de los servicios de salud se re-orienten a nuevos modelos de organización que den respuesta a los problemas generados por la fragmentación, y a modelos de atención centrados en las personas y que coloquen el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad bajo estrategias de Atención Primaria en Salud y en pro de la equidad.

Alcanzar los objetivos de transformación de los sistemas y servicios de salud requerirá del fortalecimiento de la capacidad gerencial a todos los niveles y exigirá de los gerentes

nuevas competencias de gestión y el uso de metodologías y herramientas que faciliten un desempeño eficiente.

1.2.7. Sistema de información gerencial en salud.

Son una colección de sistemas de información que interactúan entre sí y que proporcionan información extensa y coordinada de subsistemas racionalmente integrados que transforman los datos en información en una variedad de formas para mejorar la productividad de acuerdo con los estilos y características de los administradores.

Los gerentes o administradores dependen de medios formales e informales para obtener los datos que requieren para tomar decisiones. Estos informes son estandarizados, se producen regularmente y constituyen la parte más visible de lo que se denomina Sistema de Información Gerencial (WinSIG).

1.2.8. Financiamiento del sistema de salud.

Normalmente la asignación de recursos a las unidades ejecutoras está basada en gastos históricos y capacidad de gastos en función de estos dos insumos se asigna los recursos cada año.

La función de financiamiento es la materia a tratar en este artículo, la que se entiende, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, como el proceso de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema. El propósito de esta función es, además de lograr la disponibilidad de recursos financieros, establecer incentivos financieros correctos a los prestadores para asegurar que todos los individuos tengan acceso a servicios de salud pública y a cuidados individuales efectivos.

El componente de Financiamiento permite asegurar la obtención de los recursos necesarios para el cumplimiento de los:

- Planes estratégicos nacionales, zonales, distritales, provinciales y en circuitos.
- Proyectos de salud de las organizaciones que forman el Sistema Nacional de Salud.
- Conjunto de prestaciones.
- Plan Nacional de inversiones en infraestructura y equipamiento del sector público.

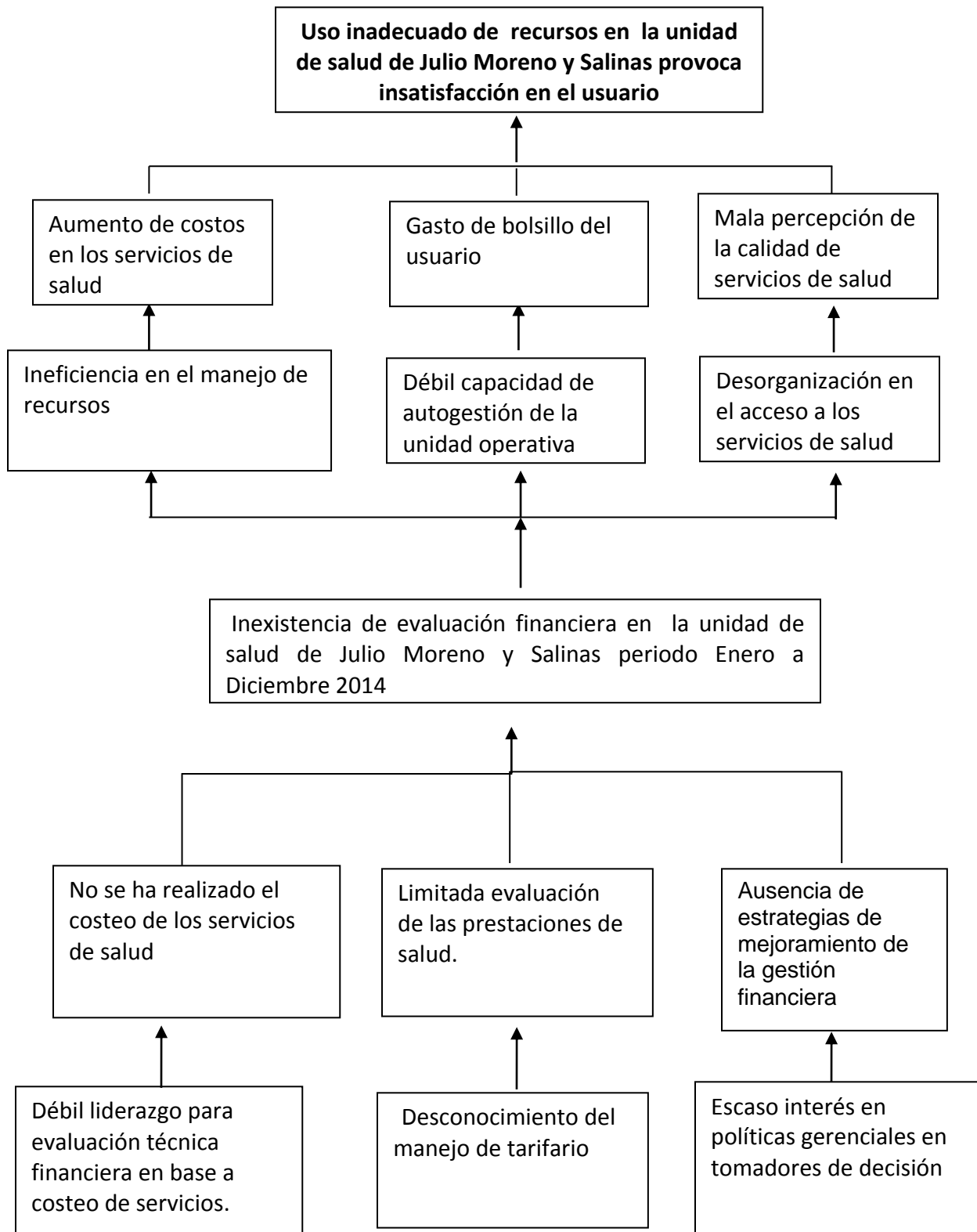
CAPITULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Matriz de involucrados.

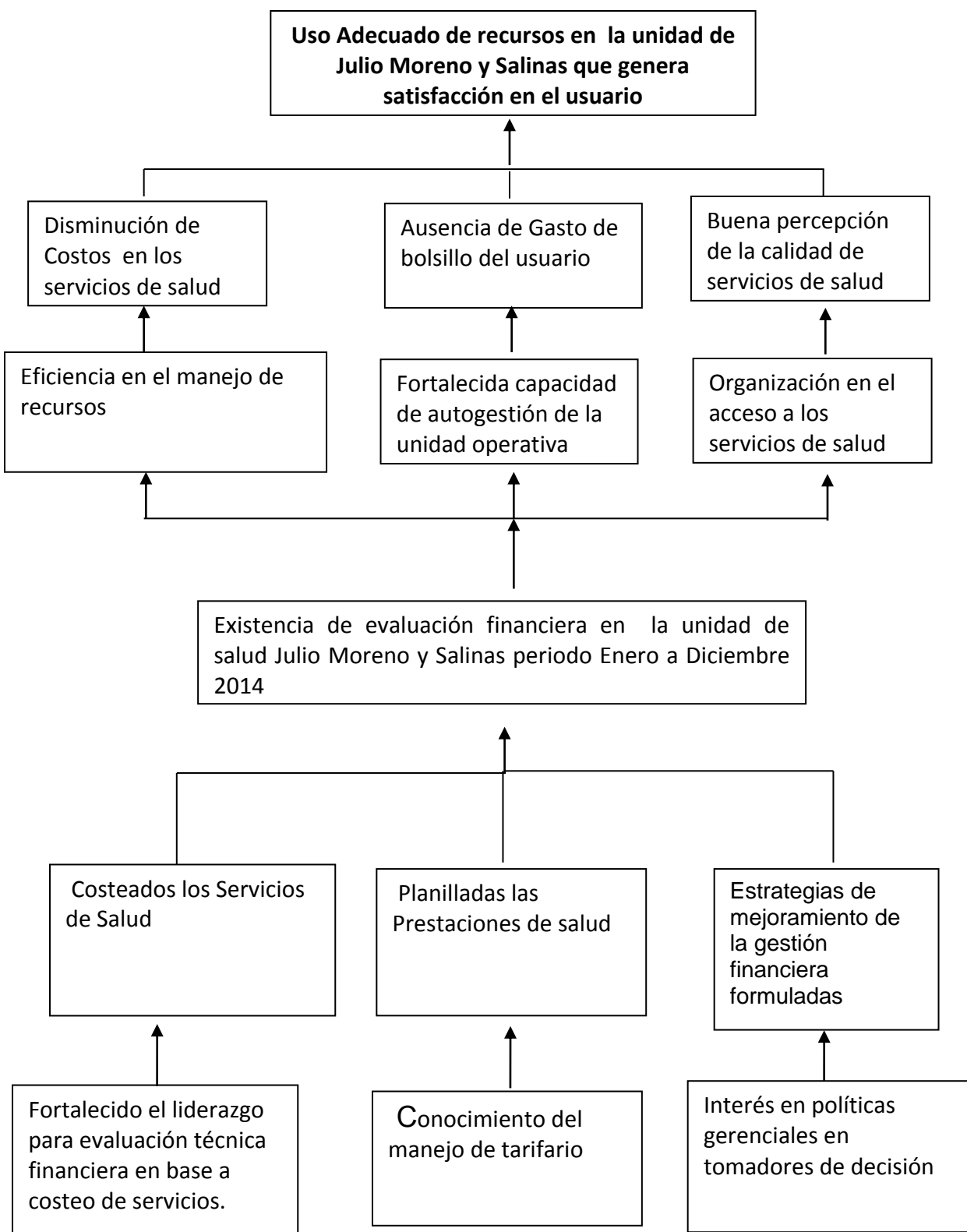
Análisis de involucrados

GRUPOS O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Director de la unidad médica	Contar con información y respaldos para la Evaluación Financiera y toma de decisiones	Dirigir y controlar la gestión de recursos financieros con eficiencia y eficacia. Recursos humanos. Recursos materiales	Inexistencia de evaluación financiera.
Unidad financiera	Trabajar como equipo para poder obtener información y resultados reales del estado financiero.	Certificar e implementar una estructura de gestión de costos Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de evaluación financiera en la unidad Médico del MSP
Personal de la unidad de salud	Trabajan por la mejora de la calidad de salud de los funcionarios.	Servicios de salud con calidad, calidez y eficiencia Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de análisis para conocer si sus prestaciones son de eficientes efectivas
Egresado de la maestría	Proponer el plan para evaluación financiera del Subcentro de salud Julio Moreno y Salinas.	Contribuir a consolidar la estructura de análisis de gestión financiera en la unidad de salud. Recursos humanos. Recursos materiales.	Falta de coordinación interinstitucional y comunicación entre las áreas.

2.2. Árbol de problemas



2.3. Árbol de objetivos



2.4. Matriz del marco lógico.

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Contribuir al uso adecuado de recursos en las unidades de salud de Salinas y Julio Moreno.	Niveles de productividad de los servicios de salud: alto => 80% medio = 60 y 80% bajo < 60%	Informe de producción de los servicios de salud	Alto compromiso del nivel directivo para facilitar los recursos en la ejecución de las actividades.
PROPÓSITO: Evaluación financiera de las unidades de salud Salinas y Julio Moreno ejecutada.	100% evaluación financiera realizada.	Informe presentado de la evaluación financiera	Apoyo político, técnico para obtener información y realizar el estudio.
RESULTADOS ESPERADOS			
Servicios de salud costeados.	100 % de servicios de salud costeados a diciembre 2015	Informe de las prestaciones costeadas	Entrega de información necesaria y oportuna
Valoración económica de las prestaciones de salud	100 % de prestaciones de salud planilladas a diciembre 2015	Informe de la valoración económica de los centros de costos	Entrega de información requerida
Estrategias de mejoramiento de la gestión financiera formuladas	Nº de indicadores de gestión financiera formuladas en las unidades de salud.	Informes de indicadores de gestión financiera presentados	Apoyo de los directores de las unidades para su implementación
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
RE 1. SERVICIOS DE SALUD COSTEADOS.			
1.1. Socialización del Proyecto	Maestrante, utpl, tutor	18 noviembre 2014 07 de marzo 2015	\$ 100,00
1.2. Taller de inducción al proceso de costos	Maestrante, utpl, tutor	23 de enero del 2015	\$100,00
1.3 Recolección de	Maestrante.	enero a abril del 2015	\$ 100,00

información.			
1.4 Instalación de programa WinSIG para procesamiento de datos.	Maestrante, utpl	mayo del 2015	\$40,00
1.5 Generación de resultados de costos	Maestrante, utpl, tutor	noviembre 2015	\$50,00
RE2. PRESTACIONES DE SALUD PLANILLADAS			
2.1 Socialización del manejo del tarifario del sistema nacional de salud.	Maestrante, utpl, directivos	18-22 noviembre 2014 07 de marzo 2015	\$60,00
2.2. Recolección de información de producción del establecimiento de salud	Maestrante, utpl, tutor	enero a abril del 2015	\$80,00
2.3. Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud actual	Maestrante, utpl, tutor	mayo a noviembre del 2015	\$60,00
RE3. ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO DE GESTIÓN FINANCIERA FORMULADAS			
3.1. Calculo de punto de equilibrio	Maestrante, utpl, tutor	Enero del 2016	\$20,00
3.2. Socialización de resultados	Maestranes directivos unidad de salud.	Junio 2016	\$40,00
3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	Maestrante directivos unidad de salud	Junio 2016	\$20,00
3.4. Presentación de informe final a autoridades zonales.	Maestrante directivos unidad de salud	Junio 2016	\$50,00

CAPITULO III
RESULTADOS

3. 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, y conocidas las unidades asignadas al trabajo de investigación se procedió a establecer contacto con las autoridades de la zona para su correspondiente autorización para proceder con el trabajo de investigación.

3.1. Socialización del proyecto.

Mediante memorándum nro. Ministerio de Salud Pública -DNPNAS-2015-0242-M, el Director Nacional del Primer Nivel de Atención en Salud Subrogante autoriza la ejecución del proyecto de estudio "Evaluación Financiera de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención".

Se suscribió con el Ministerio de Salud Pública, la carta de confidencialidad para garantizar el buen uso de la información.

Se realizó la socialización del proyecto con las autoridades del Distrito N.O2DO1 Guaranda, mediante su director distrital el Dr. Manuel Zanipatin, y jefes departamentales, además con los directores correspondientes de las unidades asignadas tanto del Subcentro de Salud Salinas y Subcentro Salud de Julio Moreno, para la respectiva recolección de datos.

Por parte de la autoridad correspondiente y luego de múltiples intentos se obtiene el RDACAA de las Unidades en un inicio parciales que determinó un trabajo extra para lograr la recolección, el emparejamiento de datos y el procesamiento de los mismos en función de las matrices enviadas por la Universidad, debiendo indicar que el RDACAA 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 obteniendo su colaboración, se hace la entrega de la autorización del Ministerio de Salud Pública como de la Universidad explicándole la importancia del estudio a realizarse, y de la necesidad de la facturación, el uso del Tarifario y se solicita la información para dicho estudio.

Es evidente la falta de sistematización en la recolección de datos, ya que los que fueron suministrados son parciales o incompletos y llama la atención que en los costos los gastos no guardan un orden secuencial, ni cronológico, y tampoco por centros de producción.

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 Director Distrital para socializar el proyecto en la institución, para el efecto se realizaron las siguientes acciones:

3.1.1. Taller de inducción al proceso de costos

Con el apoyo del Director Distrital Dr. Manuel Zanipatin y las autoridades de las unidades correspondientes se realiza el taller de inducción al personal de las unidades en este caso Salinas y Julio Moreno, y luego se establece un proceso de retroalimentación individualizado para cada uno de los funcionarios intentando conseguir la colaboración de todos ellos.

3.1.2. Recolección de información

Se procede a la recolección de la información, siendo éstas: estadísticas de producción, gastos de insumos, etc, mismos que fueron entregados en forma parcial. En otros se debe recurrir al prorrateo de las cifras de acuerdo a las indicaciones entregadas por la Universidad Técnica Particular de Loja.

a) Mano de obra:

Se utiliza para calcular el gasto de la mano de obra del personal de planta, año de salud rural, y contratos; mismos que estarán compuestos por salario mensual unificado, aporte patronal, fondos de reserva, subsidios de antigüedad y familiar, horas extras. Se incluirá el proporcional mensual del décimo tercero y cuarto sueldo, el gasto de la mano de obra son el distributivo presupuestario y el rol de pagos.

Se utilizaron dos matrices para el efecto; la primera matriz, constará del tiempo del personal en los diferentes centros de gestión teniendo como base jornadas de trabajo de ocho horas. La segunda matriz se detallará los centros de gestión, el personal que labora en cada uno de ellos y la valoración de todos los componentes de la remuneración anual, mensual calculando el costo hora hombre multiplicado por las horas de atención en el servicio nos permitirá conocer el costo por concepto de la mano de obra en cada centro de estudio.

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

En esta matriz se recopilará en consumo de los insumos médicos, medicamentos, materiales de oficina, etc. Utilizados por las unidades en estudio durante el mes.

c) Depreciaciones de bienes y uso de inmueble.

La información sobre los inventarios de activos de los centros de costo, su valor residual y depreciación mensual. (Anexo matriz de depreciaciones). En caso de inmuebles, se demanda el total de metros cuadrados por centro de gestión, con el valor del avalúo actualizado y su depreciación mensual. (Anexo matriz de depreciaciones)

d) Gastos fijos Generales

Se solicita información de gastos de servicios básicos, servicios, vigilancia, aseo, combustibles, y otros gastos operativos que tenga la unidad. En el proceso de recolección de datos se trabaja tanto con el distrito como con las respectivas unidades médicas. (Anexo matriz de Costos)

e) Datos de producción

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, recalando 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, la mayoría de los datos de producción son filtrados del RDACAA por medio del uso del programa Excel, el resto de datos es entregado por las unidades operativas en una forma parcial e incompleta.

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

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

- ✓ Durante el proceso se manejó el programa informático Winsig, mismo que nos ha facilitado el análisis de gestión y la facturación de costos de la Unidades en estudio.

3.1.3. Generación de Resultados de Costos

Se realizó en la ciudad de Riobamba con la presencia de la Economista Mary Pesantes tutora de la Universidad Técnica Particular de Loja, y otros técnicos conociendo el sistema de software a utilizarse, manera de ingresar los datos, y la obtención de los resultados correspondientes en los cuadros gerenciales para su correspondiente interpretación.



Gráfico 6: Entrada a programa Winsig.

Fuente programa Winsig

Elaborado por Jenny Paola Rosero

Se generan los cuadros gerenciales de cada mes del año 2014 y del total anual. Se obtiene en función de las indicaciones recibidas dos cuadros gerenciales el 1, 2 y el 4. 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 1 y 4 proporcionan información sobre los patrones de dotación, distribución, productividad y composición del recurso humano; y el cuadro 4 informa sobre los costos totales. (Anexo cuadros gerenciales)

El programa nos permitió alcanzar la siguiente información:

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

- Costo total de la unidad.

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

- Costos integrales de los servicios
- Costos netos.

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

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

3.1.4.1. Costo de atención.

Los datos obtenidos son otorgados por el personal responsable de las diferentes unidades intervenidas Salinas y Julio Moreno son reducidos, en actividades como visitas domiciliarias y escasas de los eventos de promoción en salud.

Para iniciar en la siguiente tabla se detalla los resultados del costo promedio de atención en función del cuadro gerencial 1:

Tabla 19: Costo de Atención.

UNIDADES INTERVENIDAS	SERVICIO	COSTO TOTAL	ATENCIONES	COSTO PROMEDIO POR ATENCIONES
JULIO MORENO	Consulta externa	67780,29	2689	25,21
	Visita domiciliaria	19221,03	147	130,76
	Odontología	26045,76	1247	20,89
	Promoción en Salud	9331,68	220	42,42
SALUD SALINAS	Consulta externa	51300,14	5488	9,35
	Visita domiciliaria	11588,1	129	89,83
	Odontología	64301,89	2396	26,84
	Promoción en Salud	11327,4	240	47,2

Fuente: WinSIG cuadro 1

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco

Las prestaciones valoradas como procesos finales son: atenciones médicas realizadas en

consulta externa tanto de morbilidad como de prevención, primeras y subsecuentes, visitas domiciliarias, odontología, y los eventos de promoción de salud, al análisis encontramos que el costo promedio de atención en consulta externa de Salinas es menor que el de Julio Moreno, acercándose el primero a lo establecido en el tarifario de salud, el costo de la atención Odontológica en Julio Moreno es menor que en Salinas; la visita domiciliaria al encontrarse mayor producción registrada en Julio Moreno que en Salinas, la promoción de salud tiene un registro similar con referencia al costo promedio, por tanto indica que existe una correcta difusión de los servicios de salud en estudio.

3.1.4.2. Costo por población asignada.

Tabla 20: Costos por población asignada.

UNIDADES INTERVENIDAS	COSTO TOTAL ANUAL	POBLACIÓN ASIGNADA	COSTO PER CÁPITA
Salinas	191.805,18	6415	29,90
Julio Moreno	141.574,53	3249	43,57

Fuente: WinSIG cuadro 4 Y ASIS

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco

El costo per cápita de acuerdo a la definición de la OMS es la suma de los recursos tanto públicos como privados en salud divididos para la población del sector estudiado, tomando en cuenta que el costo per cápita en salud se encuentra sobre los 400 dólares notándose claramente que el costo per cápita es muy bajo tanto en Julio Moreno como en Salinas no cumpliéndose con lo establecido por el Gobierno de turno, lo cual va a ser un limitante para poder brindar atenciones de calidad.

3.1.4.3. Costos integrales de servicios.

Tabla Nº. 1: Costos Integrales de servicios.

COSTO INTEGRAL Y COSTOS NETO 2014				
NOMBRE DE LA UNIDAD	SERVICIO	COSTO TOTAL	COSTO INTEGRAL	COSTO NETO
CENTRO JULIO MORENO	Consulta	76.690,91	52,65	9,52
	Visita Domiciliaria	22.235,95	963,09	174,21
	Odontología	30.131,18	113,53	20,54
	Promoción	10.795,40	643,52	116,40
CENTRO SALUD SALINAS	Consulta externa	58.474,96	34,95	5,96
	Visita	13.628,62	1486,86	27,60
	Odontología	75.624,64	80,05	23,49
	Promoción	13.322,01	799,19	13,75

Fuente: WinSIG cuadro 4

Elaborado por: Maestrante

El costo integral en salud determina el costo por prestación tomando en cuenta todos los gastos que demanda la misma, al analizar este encontramos que en prestación de consulta externa las dos unidades mantienen la misma tendencia que en el costo promedio ratificando los hallazgos expuestos en el análisis del cuadro 1 del WinSIG, lo mismo ocurre en las demás prestaciones, se debe mejorar la producción en aquellas prestaciones en donde los costos son elevados sin embargo al ser una valoración de costos integrales también consideramos que los demás costos deben ser racionalizados para alcanzar un costo adecuado.

3.1.4.4. Componentes del costo de servicio.

Tabla 21: Componentes del costo de Servicios General.

COSTOS DIRECTOS		
COMPONENTES DE COSTOS	SALINAS	JULIO MORENO
Remuneración de Personal de Planta	40.745,78	122.378,76
Oficina	267,56	80,62
Aseo	236,95	313,55
Medicinas	15.202,91	13.469,89
Insumos Médicos/Odontológicos	694,52	1.634,51
Biomateriales Odontológicos	1.447,35	856,72

Servicios Básicos	509,67	736,95
Depreciaciones	1.828,37	2.103,53
Uso del edificio	960,369	8313,4
TOTAL	192.765,549	149.887,93
COSTOS INDIRECTOS		
Farmacia	3056,64	3056,64
Vacunas	7497,72	7915,8
Procedimientos	24570,00	0,00
Administración	28717,65	19195,77
TOTAL	63842,01	30168,21

Fuente WinSIG cuadro 4

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco

En cuanto a los costos encontramos que los gastos directos respecto a los costos indirectos guardan una relación de 1 a 1,2 y 1 a 1,3 en las unidades en estudio en los Costos directos el mayor porcentaje se encuentra en la mano de obra como siempre es la tendencia en las Unidades de Salud, y también guarda la misma tendencia el gasto mayor que es el de Medicinas, en cuanto a los costos indirectos los costos por Vacunas son importantes debido a las permanentes campañas de vacunación emprendidas por el gobierno de turno, llamado la atención el alto monto correspondiente a la administración lo que determina que los costos de prestaciones se incrementen innecesariamente, aquí es en donde se debe intervenir para racionalizar los gastos de las unidades y el costo de las prestaciones.

3.1.4.5. Costos directos e indirectos servicios.

3.1.4.5.1. Costos Directos e indirectos servicios de la unidad de Salinas.

Tabla 22: Costos directo de los servicios de la unidad de Salinas.

Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo Directo
Consulta Externa	58.474,96	40.745,78	69
Visita Domiciliaria	13.628,62	11.588,10	85
Consulta Odontológica	75.624,64	64.301,89	85
Promoción en salud	13.322,01	11.327,40	85

Fuente: WinSIG cuadro 4

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco

Tabla 23: Costos directo de los servicios de la Unidad de Julio Moreno.

Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo Directo
Consulta Externa	76.690,91	56.807,85	74
Visita Domiciliaria	22.235,95	19.221,03	86
Consulta Odontológica	30.131,18	26.045,76	86
Promoción en salud	10.795,40	9.331,68	86

Fuente: WinSIG cuadro 4 matriz proporcionada por UTPL

Elaborado por. Jenny Rosero Orozco

Tabla 24. Costos indirectos de los servicios de la Unidad de Salinas.

Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo Directo
Consulta Externa	58.474,96	17.729,18	30
Visita Domiciliaria	13.628,62	2.040,52	14
Consulta Odontológica	75.624,64	11.322,75	3
Promoción en salud	13.322,01	1.994,61	15

Fuente: WinSIG cuadro 4 matriz proporcionada por UTPL

Elaborado por. Jenny Rosero Orozco

Tabla 25: Costos indirectos de los servicios de la Unidad de Julio Moreno.

Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo Directo
Consulta Externa	76.690,91	19.883,06	26
Visita Domiciliaria	22.235,95	3.014,92	14
Consulta Odontológica	30.131,18	4.085,42	14
Promoción en salud	10.795,40	1.463,72	14

Fuente: WinSIG cuadro 4 matriz proporcionada por UTPL

Elaborado por. Jenny Rosero Orozco

Para las cuatro prestaciones en salud analizadas, encontramos que la distribución de los costos directos e indirectos, tanto en Salinas como Julio Moreno son aproximados con pequeñas variaciones; influyendo así en la parte administrativa.

3.1.4.6. Costos netos.

3.1.4.6.1. Costos netos Subcentro de Salud Salinas.

Tabla 26: Costo neto de los servicios del Subcentro de Salud Salinas.

COSTOS NETO			
NOMBRE DE LA UNIDAD SALINAS	Servicio	Costo Integral	Costo Neto
CENTRO SALUD SALINAS	Consulta	34,949923	5,961678

Fuente: WinSIG Cuadro

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco

3.1.5. Costos netos Subcentro de Salud Julio Moreno.

Tabla 27: Costos Netos de los Servicios del Centro de Salud Julio Moreno.

COSTOS NETOS			
NOMBRE DE LA UNIDAD	Servicio	Costo Integral	Costo Neto
CENTRO JULIO MORENO	Consulta	52,64950	9,523592

Fuente: cuadro 4 WinSIG y matrices UTP

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco

En cuanto a los costos netos que toman en cuenta únicamente la mano de obra directa y los gastos de administración observamos en las dos unidades las mismas tendencias ya antes descritas, en la mano de obra se influenciaría en la producción para hacerla más efectiva, en la administración se controlaría los gastos al hacerla más eficiente, menos burocrática.

3.1.5.1. Costos fijos y variables.

3.1.5.1.1. Costos fijos y variables Subcentro de Salud Salinas.

Tabla 28: Porcentaje del costo fijo y variable del Subcentro de Salud Salinas.

COSTOS FIJOS Y VARIABLES UNIDAD SALINAS		
COSTOS FIJOS	TOTAL	PORCENTAJE
Remuneraciones (Incluye viáticos y personal otras fuentes)	171.617,85	98
Servicios Básicos	509,67	0,2

Gasto Depreciación	1.828,37	1,0
Costo Uso Edificio	960,37	0.8
Otros de Uso y consumo	0.00	0.00
TOTAL COSTO FIJO	174.916.26	100
COSTOS VARIABLES		
Material de oficina	267,56	1,6
Material de aseo	236,95	1,4
Medicinas	15.202,91	92,0
Insumos	694,52	4,2
Biomateriales	1.447,35	7.0
TOTAL COSTO VARIABLE	16.401,94	100
TOTAL COSTOS FIJOS Y VARIABLES	191.318.2	100

Fuente: WinSIG cuadro 4 matrices enviadas por UTPL
Elaborado por: Jenny Rosero Orozco

Tabla 29: Costos fijos y variables Subcentro de Salud Julio Moreno.

COSTOS FIJOS Y VARIABLES SUBCENTRO DE SALUD JULIO MORENO		
COSTOS FIJOS	TOTAL	PORCENTAJE
Remuneraciones (Incluye viáticos y personal otras fuentes)	122.378,76	91,6
Servicios Básicos	736,95	0,5
Gasto Depreciación	2.103,53	1,5
Costo Uso Edificio	8.313,40	6,2
Otros de Uso y consumo	0.00	0.00
TOTAL COSTO FIJO	133.532,64	100
COSTOS VARIABLES		

Material de oficina	80,62	0,4
Material de aseo	313,55	1,9
Medicinas	13.469,89	82,3
Insumos	1.634,51	9,9
Biomateriales	856,72	5,2
TOTAL COSTO VARIABLE	16.355,29	100
TOTAL COSTOS FIJOS Y VARIABLES	149.887,93	100

Fuente: WinSIG cuadro 4 matrices enviadas por UTPL

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco

El costo fijo es aquel que independientemente de la producción debe ser pagado, la misma que se modifica en función de la producción, tomando en cuenta que el mayor porcentaje se lo utiliza en el pago de remuneraciones en las dos unidades de salud en estudio remuneraciones , teniendo el 6.2 % que se utiliza en el uso del edificio.

3.1.5.2. Producción.

En cuanto a la producción las dos unidades se encuentran en un nivel adecuado, debiendo indicar la producción no es completamente valorada por el hecho de que muchos de los profesionales que sirven en estos centros de salud son rurales por lo que su cambio se da a mediados del año fiscal, debiendo conciliar las producciones de varios profesionales de la salud, sin embargo; encontramos que la producción alcanza el 100% de lo esperado en función de los días trabajados y la capacidad de prestación de citas entregadas en lo que a la parte de consulta externa se refiere, baja en odontología especialmente en Julio Moreno, y disminuye en visitas domiciliarias y eventos de promoción aunque en estos dos últimos no se ha establecido estándares de control y también se debe considerar un subregistro de los mismos.

Análisis de Indicador del Resultado Esperado.

Se cumplió el 100% de la actividad.

3.2. Prestaciones de salud valoradas económicamente.

3.2.1. Socialización de tarifario del sistema nacional de salud.

Con el apoyo de las autoridades del Distrito, se procedió a convocar a los Directores

médicos, 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 Guaranda, 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 básicas del manejo de tarifario del sistema nacional de salud El tarifario de honorarios médicos en unidades de primer nivel.

Tarifario de servicios institucionales.

- Tarifario de visitas domiciliarias
- Tarifario de acciones de prevención y promoción de la salud
- Tarifario de monitoreo

3.2.2. Recolección de información.

RDACAA 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:(anexo matriz estadísticas)

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.
- Con la producción de los diferentes servicios, se valoró de acuerdo al Tarifario del Sistema Nacional de Salud vigente en el 2014, utilizando el siguiente esquema, con los siguientes criterios:
 - Consultas morbilidad:
 - Primeras 20 minutos
 - Subsecuentes 15 minutos
 - Consultas preventivas: 30 minutos
 - Consultas de control (solo para revisión de exámenes): 10 minutos
 - Visita domiciliaria de 45 minutos

3.2.3. Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud.

Se realiza en noviembre del 2015, para ello se llena las matrices de Facturación con fórmulas proporcionadas por la Universidad Técnica Particular de Loja (Anexo Matriz facturación)

3.2.3.1. Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de Salud Centro de Salud Salinas.

Tabla 30: Valoración Económica Anual del Subcentro de Salud Salinas.

RESUMEN DE PLANILLAJE 2014		
PRESTACIONES	VALOR PLANILLADO ANUAL	% PARTICIPACIÓN
Consultas de morbilidad	64374,59	24.71
Consultas de prevención	83536,8	32.06
Visita domiciliaria	2874,12	1.10
Odontología	106005,58	40.69
Promoción	3734,40	1.43
Total	260.525,49	100

Fuente: Matriz facturación UTPL

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco

3.2.3.2. Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional del Subcentro de Salud Julio Moreno.

Tabla 31: Planillaje anual del Subcentro de Salud de Julio Moreno.

RESUMEN DE PLANILLAJE 2014		
PRESTACIONES	VALOR PLANILLADO ANUAL	% PARTICIPACIÓN
Consultas de morbilidad	18473,19	13.38
Consultas de prevención	52228,96	37.84
Visita domiciliaria	4433,72	3.21
Odontología	59144,54	42.85
Promoción	3734,40	2.71
Total	138.014,81	100

Fuente: Matriz Facturación UTPL

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

En cuanto a la valoración económica el mayor porcentaje en las dos unidades corresponde a la consulta médica tanto en la morbilidad como en la prevención, principalmente esta última, luego continúan los procedimientos odontológicos en un porcentaje menor así como la consulta odontológica, las demás prestaciones aportan muy poco y es donde se debe intervenir, se debe señalar que en Julio Moreno también cuentan con laboratorio clínico que aporta si estuviéramos trabajando bajo un modelo de presupuestos por resultados y no histórico como se maneja actualmente.

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 su registro.

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 el Distrito, solo se consolidan datos globales, hecho que constituye una serie limitación en el ámbito gerencial.

Tabla 32: 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 y 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: Matriz Facturación UTPL

Elaborado por: Jenny Rosero Orozco.

3.2.4. Análisis del indicador del resultado esperado.

El indicador cumple el 100% de lo aplicado en las unidades intervenidas.

3.2.5. Estrategias de mejoramiento.

3.2.5.1. Cálculo del punto de equilibrio.

En el mes de Julio 2016 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).

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

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

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

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

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

3.2.5.2. Cálculo del punto de equilibrio centro de Salud Salinas.

PUNTO DE EQUILIBRIO: CENTRO SALUD SALINAS	
COSTOS FIJOS	174.916,26
COSTOS VARIABLES	16.401,94
COSTOS TOTALES	191.318,20
VALORACIÓN DE INGRESOS SEGÚN TARIFARIO	260.525,49
PE USD	186.668,37
PE %	28,35

3.2.5.3. Cálculo del punto de equilibrio centro de salud Julio Moreno.

PUNTO DE EQUILIBRIO: CENTRO SALUD JULIO MORENO	
COSTOS FIJOS	133.532,64
COSTOS VARIABLES	16.355,29
COSTOS TOTALES	149.887,93
VALORACIÓN DE INGRESOS SEGÚN TARIFARIO	138.014,81
PE USD	151.484,09
PE %	9,76

En el análisis del punto de equilibrio encontramos que las dos unidades intervenidas tienen valores más altos en Salinas con una marcada diferencia de Julio Moreno como se había anticipado en el análisis de los cuadros gerenciales, es decir; de acuerdo a la facturación con la producción cubren todos los costos operativos de la unidad correspondiente por lo tanto estas unidades son sostenibles como sustentables.

3.3. Socialización de resultados.

Una vez culminado el presente proyecto se entregó el informe de los resultados a la jefatura del Distrito, a los Directores del Centro de Salud de Salinas y Centro de Salud Julio Moreno, 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 RDACCA 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.

3.4. Diseño de Estrategias de mejoramiento.

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

En las unidades de Salinas y Julio Moreno se sugiere implementar siguientes estrategias:

Tabla 33: Estrategia de mejoramiento.

PROBLEMA DETECTADO	ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO SUGERIDA
SISTEMA DE INFORMACION INCOMPLETA	<ul style="list-style-type: none"> § Socialización, capacitación, seguimiento y evaluación permanente de los funcionarios encargados del llenado del RDACAA, así como el ingreso de los datos al sistema, estableciendo mecanismos de retroalimentación en errores cometidos en estas actividades. § Establecer un sistema de recolección de información adecuada de los datos que no contempla el RDACAA como son los eventos de salud y revisión de los datos correspondientes a visitas domiciliarias. § Información financiera adecuada de los costos mediante el sistema ABC, el uso de los centros de costos y manejar una información clara y ordenada.
BAJA PRODUCCION EN ALGUNAS PRESTACIONES	<ul style="list-style-type: none"> § Determinación técnicamente realizada de los causales para baja producción § Identificación de los servicios críticos que requieren intervención inmediata § Reingeniería de procesos que permitan mejorar la producción. § Establecimiento de necesidades de atención de la comunidad.
AUSENCIA DE ANALISIS FINANCIERO	<ul style="list-style-type: none"> § Calificación del personal a cargo del proceso financiero en la unidad, de acuerdo a un auditoria de puestos y perfil del puesto. § Capacitación de este personal en análisis financiero § Establecimiento de una contabilidad de costos adecuada mediante la contabilidad de costos en centros de producción. § Identificación y levantamiento de un proceso de compras
RECUPERACION DE GASTOS	<ul style="list-style-type: none"> § Realizar un planillaje adecuado de las prestaciones § Establecer con las autoridades el método de recuperación de las mismas, de lo contrario se establece como un ejercicio teórico y no práctico. § Monitoreo de planillaje en comparación con gastos y producción § Establecimiento y uso del tarifario nacional.

3.4.1. Implementar un sistema de monitoreo de la atención médica.

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

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

3.4.2. 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 34: Monitoreo de los productos de los equipos de salud de primer nivel.

Componentes	SALINAS	JULIO MORENO
Organización comunitaria	X	X
Comités de salud local funcionando	X	X
Comités de usuarios o grupos organizados y funcionando	X	X
Grupos de adultos mayores	X	X
Grupos de diabéticos		
Grupos juveniles	X	X
Grupos de personas con discapacidad	X	X
Otros especifique HTA y madres adolescentes		
Diagnóstico situacional inicial	X	X
Diagnósticos dinámicos		
Sala situacional implementada y actualizada	X	X
Planes de salud local formulados de acuerdo a normativa y herramientas de planificación establecidas por el Ministerio de Salud Pública	X	X
Compromisos de gestión	X	X
Acciones de salud monitoreadas y evaluadas	X	

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

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

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

PROFESIONALES	ESTÁNDARES ACEPTADOS
Consulta médica primera	20 minutos
Consulta médica subsecuente	15 minutos
Consulta odontológica	30 minutos
Visita domiciliaria	40 minutos

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

Para el efecto, se prepara la siguiente herramienta: tomando en cuenta el profesional médico, odontólogos, enfermera, 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 las unidades intervenidas 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 los anexos correspondientes.

3.4.4. 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 Salinas y Julio Moreno

Tabla 35: Tabla Indicadores de Monitoreo y Evaluación.

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD			SALINAS	JULIO MORENO
% De cumplimiento de citas	Citas asignadas/total de consultas	Acceso a servicios de salud	No se cuenta con la información	No se cuenta con la información

% De referencias solicitadas por la unidad	Número de referencias médicas solicitadas a nivel superior/total de atenciones médicas	Capacidad resolutoria de la unidad	0,01	0,01
2.- INDICADORES DE PROCESO				
INDICADORES DE EXTENSIÓN DE USO TODOS				
% 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%	1%
% 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	12%	1.2%
% 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	22%	20.2%
% 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	7.1%	13.5%
% 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	13%	16.6%
% 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	37.8%	40.1%
% 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	6.3%	7.3%
% De atención a mujeres	Total de consultas a mujeres/total de consultas	Uso de servicios de consulta en mujeres	58%	60.19%
% De atención a hombres	Total de consultas a hombres /total de consultas	Uso de servicios de consulta en hombres	41%	39%
% Consultas de prevención	Total de consultas de prevención /total de consultas	Comportamiento de consultas de prevención	23.6%	28.3%
% Consultas de recuperación	Total de consultas de morbilidad /total de consultas	Comportamiento de consultas de recuperación	14 %	31%
% Consultas en establecimiento	Total de consultas brindadas en establecimiento /total de consultas	Cobertura de atención en establecimiento	86%	69%

% Consultas en comunidad	Total de consultas brindadas en comunidad /total de consultas	Cobertura de atención de en comunidad	6.5%	14%
% Visitas domiciliarias	Total de consultas brindadas en domicilio /total de consultas	Cobertura de atención de en domicilio	1.5%	14%
% De consultas en otros centros	Total de consultas brindadas en otros centros /total de consultas	Cobertura de atención de en centros	5.8%	10%
% De atenciones brindadas por médicos: generales, especialistas, rurales	Total de consultas brindadas por médicos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por médico	78%	77%
% De atenciones brindadas por odontólogo	Total de consultas a brindadas por odontólogos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por odontólogo	17.55%	26.6%

Fuente: Distrito 02D01

Elaborado por: Jenny Paola Rosero

En cuanto a la productividad como ya habíamos comentado se encuentra adecuada especialmente en atención medica de consulta externa, 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 morbilidad y prevención prácticamente son iguales, 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 1 a 2 consultas.

3.4.5. Entrega de informes a las autoridades distritales.

Luego de culminar con todas las actividades propuestas en este trabajo de tesis y luego de su aprobación, se presentó el informe final al Director del Distrito, con todos los documentos anexos que evidencien el desarrollo de las actividades propuestas y los resultados obtenidos, generando el compromiso de socializar con los servidores del Distrito y hacer extensiva esta experiencia a las otras unidades del primer nivel de la zona centro del país. El informe tendrá los componentes del proyecto (Anexo Informe a las autoridades)

3.4.6. Análisis con autoridades distritales.

Presentación de Informe Final a la autoridad distrital

I N F O R M E

Para: Dr. Manuel Zanipatin
Director Distrital de Salud 02D01, Zona 5
Asunto: Resultados del Proyecto Colaborativo

Con el presente le comunico los resultados del Proyecto Colaborativo de las dos unidades de salud intervenidas.

Luego del análisis se determina que el costo de atención de los Subcentro de Salinas y Julio Moreno en las prestaciones valoradas como procesos finales en cuanto a las atenciones médicas realizadas en consulta externa tanto de morbilidad como de prevención, primeras y subsecuentes, visitas domiciliarias, odontología, y los eventos de promoción de salud, al análisis encontramos que el costo promedio de atención en consulta Externa de Salinas es mayor que el de Julio Moreno, acercándose el primero a lo establecido en el tarifario de salud, en todo caso la diferencia no es importante y está en relación más con la complejidad de cada centro y su producción, el costo de la atención Odontológica es más alto prácticamente el doble en Salinas respecto a Julio Moreno, posiblemente se debe al uso de material adicional, al costo de mano de obra y a , la visita domiciliaria al encontrarse mayor producción registrada es el doble de lo establecido en el tarifario sin embargo se puede considerar un gasto manejable no así en Salinas el costo es más alto, determinado por la baja producción, la promoción de salud impactada por una muy baja productividad o un subregistro que es lo más probable se encuentran en valores elevados, no correlacionables con lo establecido en el tarifario del MSP.

En cuanto al Costo por población asignada el per cápita es de acuerdo a la definición de la OMS la suma de los recursos tanto públicos como privados en salud divididos para la población del sector estudiado, por lo tanto este resultado es solo aproximado, sin embargo nos permite valorar primero que está muy lejos de la realidad que anuncia el gobierno de turno que indica que el costo per cápita en salud esta sobre los 400 USD, de igual manera nos permite observar la inequidad de la distribución de los recursos en salud estableciéndose que el costo per cápita es muy bajo de lo establecido, es preocupante el nivel bajo de 29,90 y 43,57 para las dos unidades en USD, lo que determina una imposibilidad de entregar prestaciones de calidad.

Los Costos Integrales de Servicios en salud, determina el costo por prestación tomando en cuenta todos los gastos que demanda la misma, al analizar este encontramos que en

prestación de consulta externa las dos unidades mantienen la misma tendencia que en el costo promedio ratificando los hallazgos expuestos en el análisis del cuadro 1 del WinSIG, lo mismo ocurre en las demás prestaciones, se debe mejorar la producción en aquellas prestaciones en donde los costos son elevados sin embargo al ser una valoración de costos integrales también consideramos que los demás costos deben ser racionalizados para alcanzar un costo adecuado.

En los costos de servicios encontramos que los gastos directos respecto a los costos indirectos guardan una relación de 1 a 1,2 y 1 a 1,3 en las dos unidades estudiadas, en los costos directos el mayor porcentaje se encuentra en la mano de obra como siempre es la tendencia en las instituciones especialmente en las de Salud, y también guardando la misma tendencia el gasto mayor que le sigue es el de medicinas, en cuanto a los costos indirectos los costos por vacunas son importantes por las múltiples y reiterativas campañas de vacunación emprendidas por el gobierno de turno, pero llama la atención el alto monto correspondiente a la administración lo que determina que los costos de prestaciones se incrementen innecesariamente, aquí es donde se debe intervenir para racionalizar los gastos de las unidades y el costo de las prestaciones.

Los costos directos e indirectos de servicios para las cuatro prestaciones en salud analizadas, encontramos que la distribución del costo directo en Salinas es mayor con un promedio de 78.9%, Julio Moreno en de 79% lo que indica que esta unidad requiere de mayor producción en función de sus capacidades.

En cuanto a costos indirectos tenemos para ambas unidades un porcentaje igualitario del 21%, mismo que son influidos por la parte administrativa de los centros.

Sobre los costos netos los costos netos que toman en cuenta únicamente la mano de obra directa y los gastos de administración observamos en las dos unidades las mismas tendencias ya antes descritas, en la mano de obra se influenciaría en la producción para hacerla más efectiva, en la administración se controlaría los gastos al hacerla más eficiente, menos burocrática.

Costos fijos y variables de la producción debe ser pagado el variable se modifica en función de la producción, aquí observamos mayor porcentaje corresponde al costo fijo especialmente a la mano de obra, medicinas lo que demuestra una falla en la administración lo cual nos da a notar que se debería racionalizar los elementos en cuanto a

mano de obra se refiere.

En cuanto a la producción se debe poner mayor énfasis en realizar visitas domiciliarias, poniéndose como algo positivo para las unidades en estudio la importancia que se le da a las atenciones odontológicas respectivamente.

La valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del Sistema Nacional de Salud de Salinas y Julio Moreno el mayor porcentaje en las dos unidades corresponde a la consulta médica tanto en la morbilidad como en la prevención, principalmente esta última, luego continúan los procedimientos odontológicos en un porcentaje menor así como la consulta odontológica, las demás prestaciones aportan muy poco y es donde se debe intervenir, se debe señalar que en Julio Moreno también cuentan con laboratorio clínico que aporta si estuviéramos trabajando bajo un modelo de presupuestos por resultados y no histórico como se maneja actualmente.

En el mes de Julio 2016 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).

En el análisis del punto de equilibrio encontramos que las dos unidades intervenidas tienen valores positivos más en el Subcentro de Salud de Julio Moreno que en el Subcentro de Salud Salinas como se había anticipado en el análisis de los cuadros gerenciales; es decir, de acuerdo a la facturación con la producción cubren todos los costos operativas de la unidad correspondiente por lo tanto estas unidades son sostenibles y a Julio Moreno se podría considerar sustentable.

CONCLUSIONES

- El análisis financiero de las Unidades de Salud en sus componentes de prestaciones de salud, en gastos, producción y facturación constituye una de las herramientas más importantes para la evaluación en cuanto a sostenibilidad y sustentabilidad de las unidades de salud, del primer nivel de atención.
- Se encontró gran dificultad para la obtención de los datos dado principalmente por la falta de los mismos, o por el desconocimiento del proyecto por parte de los funcionarios de las unidades.
- La falta de un análisis económico adecuado se revela en la inexistencia de estrategias de mejoramiento continuo de las unidades en estudio; sin embargo, la socialización de los resultados se verá reflejado en un incremento en el interés de los gerentes de salud para la optimización de los recursos utilizados en el primer nivel de atención.
- La productividad del centro de los servicios de salud prestados por la institución cumple con los estándares planteados por el Ministerio de Salud Pública; sin embargo, no es óptima encontrándose datos sesgados debido a la falta de registro de las actividades.
- Se hace evidente que los datos y cifras no son adecuadamente ingresados ni mantenidos por lo que esta conclusión es de vital importancia al ser un llamado de atención para que se mejoren los registros en todos sus niveles.
- La utilización del tarifario nacional de salud hasta el momento es solo teórico y no se concatena con la práctica de devolver los recursos económicos según la producción de las unidades.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar el sistema de información tanto a nivel del RDACAA como de los otros productos que no se encuentran contemplados en el mismo.
2. Concientizar y capacitar al personal de nuevo ingreso sobre la importancia del registro de todas las prestaciones en salud de una forma real y consecuente con la realidad.
3. Solucionar las causas de una baja productividad, identificando los servicios que requieren ayuda y favorecer la mejor producción.
4. Implementar herramientas eficaces para realizar una evaluación financiera objetiva y clara periódicamente las mismas que permitan realizar una asignación presupuestaria adecuada, optimizando los recursos económicos y humanos del primer nivel de atención.
5. Es necesario establecer un programa urgente de intervención para mejorar la productividad en los servicios de promoción en salud y visitas domiciliarias.
6. 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.
7. Se concluye que se debe realizar un mejor registro de la producción de los procedimientos médicos, visitas domiciliarias, eventos de promoción en salud porque existe la posibilidad de que se esté dando un subregistro y una subfacturación de los servicios prestados.

BIBLIOGRAFÍA

- Sacas,. (2006). Sociedad argentina para la calidad en la atención de la salud .
http://www.calidadensalud.org.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=17&Itemid=38.
- Codigo Organico De Planificacion Y Finanzas Publica. (s.f.). 2013.
- Dirección Provincial de Salud de Bolívar. (2011). Estadística de salud del cantón Guaranda. Gobierno Autónomo Descentralizado -GAD de la provincia Bolívar. (2012). "Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del cantón Guaranda". Guaranda, Ecuador.
- Gobierno Autónomo Descentralizado -GAD del cantón Guaranda . (2012). "Avances del Plan de Regulación Urbana de la ciudad Guaranda".
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. (2010). Ministerio de Salud Pública, pág. 4. (Ley No. 2002-80), .
- Manual Operativo Red Nacional Integrada de Servicios de Salud Red Publica Integral De Salud- Red Privada Complementaria Version Preliminar Fina. (2013).
- Medina U. . (2005). Cambios en la eficiencia de los equipos de atención primaria. Cuadernos aragoneses de economía.
- Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. (2013). Ecuado: Págs 53-56.
- Registro Oficial, Órgano del Gobierno del Ecuador. (2010). Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización-COOTAD.
- Püschel, K., Téllez, A., Montero, J., Brunner, A., Peñaloza, B., Rojas, M. P., ... & Pantoja, T. (2013). Hacia un nuevo modelo de atención primaria en salud. *Estudios Públicos*, 130, 23-52.
- Iglesias, F. H., Fontán, A. C., Camacho, J. G., Calderón, M. S. M., & Alvarez-Dardet, C. (2012). El futuro del Sistema Nacional de Salud y su piedra angular, la atención primaria. *Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria*, 26, 3-5.
- Franco-Giraldo, A. (2012). Atención primaria en salud (APS). ¿ De regreso al pasado?. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol*, 30(1).
- Romero, R. V., Torres, J. H., & Méndez, P. A. M. (2012). Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. *Saúde em Debate*• Rio de Janeiro, 36(94), 392-401.
- 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.
- 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.

- Solari, L. (2013). Atención primaria de la salud: un compromiso pendiente. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(2), 173-174.
- De Defrancisco, 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.
- 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.
- Velázquez, M. C. A. (2012). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *ENE, Revista de Enfermería.*, 3(2).
- Palomo, L., Gené-Badia, J., & Rodríguez-Sendín, J. J. (2012). La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 14-19.
- 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.
- March, S., Ramos, M., Soler, M., Ruiz-Jiménez, J. L., Miller, F., & Domínguez, J. (2011). Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Atención primaria*, 43(6), 289-296.
- Acevedo, G., Farias, A., Sánchez, J., Astegiano, 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.
- Simó, J. (2014). Entrevista a Juan Gérvas sobre Atención Primaria de Salud. *Salud y Dinero. Equipo CESCA*, 21.
- Fors, C. V., Odriozola, G. G., Zabaleta-del-Olmo, E., & Moral, E. G. (2012). La investigación en atención primaria como área de conocimiento. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 76-81.
- Goyenechea, M., & Bass, C. (2013). Análisis del presupuesto 2013 para atención primaria ¿ estamos gastando lo necesario?. *MEDICO SOCIALES*, 53(1), 26-32.
- Tejerina Silva, H., Soors, W., De Paepe, P., Aguilar Santacruz, E., Closon, M. C., & Unger, J. P. (2009). Reformas de gobiernos socialistas a las políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Primaria Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en salud.
- Osorio, A. G., & Álvarez, C. V. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*, 45(7), 384-392.
- Malo-Serrano, M., & Malo-Corral, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(4), 754-761.

- Arteaga, E. L., San Sebastián, M., & Amores, A. (2012). Participatory construction of indicators of an intercultural health model in Loreto county, Ecuador. *Saúde em Debate*, 36(94), 402-413.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *salud pública de méxico*, 53, s177-s187.
- De Andrade, L. O. M., Pellegrini Filho, A., Solar, O., Rígoli, F., de Salazar, L. M., Serrate, P. C. F.,... & Atun, R. (2015). Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudios de caso en países latinoamericanos. *MEDICC Review*, 17.
- Costa, C. D. A., Souza, P. E. D., Wen, C. L., Mota, M. E. C., Böhm, G. M., & Rodrigues, P. M. D. A. (2013). Telesalud en la Amazonía: implementación, resultados y perspectivas. En: *Desarrollo de la telesalud en América Latina: aspectos conceptuales y estado actual*. Santiago: CEPAL, 2013. p. 397-406. LC/L. 3670.
- Castaño, S., Santa, G. L., Vásquez, C., Camacho, M., Jaramillo, C., Cárdenas, D., & Gómez, C. A. (2014). *Finanzas y costos: Un acercamiento a la gestión financiera de las organizaciones de salud*. Bogotá: Centro de Gestión Hospitalaria: Fundación Corona: Alfaomega Grupo Editor, 2002..
- Núñez, J., Zapata, J. G., Castañeda, C., Fonseca, S. M., & Ramírez, J. (2012). La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano.
- Martínez Lanz, P., Medina-Mora, M. E., & Campillo Serrano, C. (2013). Evaluación del costo de utilización de servicios en la práctica médica general.
- Pedraza, C. C., & Toledo, L. P. (2012). El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. *Rev panam salud pública*, 31(4), 311.
- Alvear, S., Canteros, J., Jara, J., & Rodríguez, P. (2013). Costos reales de tratamientos intensivos por paciente y día cama. *Revista médica de Chile*, 141(2), 202-208.
- Malo-Serrano, M., & Malo-Corral, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(4), 754-761.
- Atehortúa, S., Ceballos, M., Gaviria, C. F., & Mejía, A. (2013). Evaluación de la calidad metodológica de la literatura en evaluación económica en salud en Colombia: una revisión sistemática. *Biomédica*, 33(4), 615-630.

ANEXOS

ANEXO 1

Subcentro de Salud JULIO MORENO



Subcentro de Salud Salinas.



ANEXO 2

Socialización con autoridades Distritales



ANEXO 3

MATRIZ DE FACTURACIÓN SALINAS

CODIGO	PROCEDIMIENTOS EXCLUSIVOS DE MONITOREO	ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO		
		NUMERO	PRECIO TARIFARIO	TOTAL	NUMERO	PRECIO TARIFARIO	TOTAL	NUMERO	PRECIO TARIFARIO	TOTAL	NUMERO	PRECIO TARIFARIO	TOTAL	NUMERO	PRECIO TARIFARIO	TOTAL
	CONTROL DE PRESION ARTERIAL		0,56	0,00		0,56	0,00		0,56	0,00		0,56	0,00		0,56	0,00
	CONTROL DE SIGNOS VITALES		1,41	0,00		1,41	0,00		1,41	0,00		1,41	0,00		1,41	0,00
	CONTROL PESO Y TALLA		0,56	0,00		0,56	0,00		0,56	0,00		0,56	0,00		0,56	0,00
	INYECCION INTRAMUSCULAR		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00
	INYECCION INTRAVENOSA		0,99	0,00		0,99	0,00		0,99	0,00		0,99	0,00		0,99	0,00
	ADMINISTRACION DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS		0,85	0,00		0,85	0,00		0,85	0,00		0,85	0,00		0,85	0,00
	PRUEBA DE DE SENSIBILIZACION RAPIDA PARA PENICILINA, INSULINA		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00
	INYECCIONES SUBCUTANEAS		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00
	CONTROL DE GLUCOSA CON TIRILLA		0,85	0,00		0,85	0,00		0,85	0,00		0,85	0,00		0,85	0,00
	CAMBIO SONDA VESICAL		2,96	0,00		2,96	0,00		2,96	0,00		2,96	0,00		2,96	0,00
	RETIRO DE PUNTOS		2,40	0,00		2,40	0,00		2,40	0,00		2,40	0,00		2,40	0,00
	RETIRO DE YESO		3,60	0,00		3,60	0,00		3,60	0,00		3,60	0,00		3,60	0,00
	NEBULIZACION		5,43	0,00		5,43	0,00		5,43	0,00		5,43	0,00		5,43	0,00
	ELECTROCARDIOGRAMA		16,22	0,00		16,22	0,00		16,22	0,00		16,22	0,00		16,22	0,00
	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES, SI HAY ESPACIO ESPECIFICO (PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL)		7,05	0,00		7,05	0,00		7,05	0,00		7,05	0,00		7,05	0,00
	En Derecho de Sala poner todo lo que se refiere a curaciones, suturas			0,00			0,00			0,00			0,00			0,00
				0,00			0,00			0,00			0,00			0,00
				0,00			0,00			0,00			0,00			0,00
				0,00			0,00			0,00			0,00			0,00
				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

ANEXO 4

MATRIZ DE FACTURACIÓN JULIO MORENO

CODIGO	PROCEDIMIENTOS EXCLUSIVOS DE MONITOREO	ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO		
		NUMERO	PRECIO TARIFARIO	TOTAL	NUMERO	PRECIO TARIFARIO	TOTAL	NUMERO	PRECIO TARIFARIO	TOTAL	NUMERO	PRECIO TARIFARIO	TOTAL	NUMERO	PRECIO TARIFARIO	TOTAL
	CONTROL DE PRESION ARTERIAL		0,56	0,00		0,56	0,00		0,56	0,00		0,56	0,00		0,56	0,00
	CONTROL DE SIGNOS VITALES		1,41	0,00		1,41	0,00		1,41	0,00		1,41	0,00		1,41	0,00
	CONTROL PESO Y TALLA		0,56	0,00		0,56	0,00		0,56	0,00		0,56	0,00		0,56	0,00
	INYECCION INTRAMUSCULAR		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00
	INYECCION INTRAVENOSA		0,99	0,00		0,99	0,00		0,99	0,00		0,99	0,00		0,99	0,00
	ADMINISTRACION DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS		0,85	0,00		0,85	0,00		0,85	0,00		0,85	0,00		0,85	0,00
	PRUEBA DE DE SENSIBILIZACION RAPIDA PARA PENICILINA, INSULINA		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00
	INYECCIONES SUBCUTANEAS		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00		0,78	0,00
	CONTROL DE GLUCOSA CON TIRILLA		0,85	0,00		0,85	0,00		0,85	0,00		0,85	0,00		0,85	0,00
	CAMBIO Sonda VESICAL		2,96	0,00		2,96	0,00		2,96	0,00		2,96	0,00		2,96	0,00
	RETIRO DE PUNTOS		2,40	0,00		2,40	0,00		2,40	0,00		2,40	0,00		2,40	0,00
	RETIRO DE YESO		3,60	0,00		3,60	0,00		3,60	0,00		3,60	0,00		3,60	0,00
	NEBULIZACION		5,43	0,00		5,43	0,00		5,43	0,00		5,43	0,00		5,43	0,00
	ELECTROCARDIOGRAMA		16,22	0,00		16,22	0,00		16,22	0,00		16,22	0,00		16,22	0,00
	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES, SI HAY ESPACIO ESPECIFICO (PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL)		7,05	0,00		7,05	0,00		7,05	0,00		7,05	0,00		7,05	0,00
	En Derecho de Sala poner todo lo que se refiere a curaciones, suturas			0,00			0,00			0,00			0,00			0,00
				0,00			0,00			0,00			0,00			0,00
				0,00			0,00			0,00			0,00			0,00
				0,00			0,00			0,00			0,00			0,00
				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

ANEXO 5

MATRIZ DE PLANILLAJE SALINAS Y JULIO MORENO

RESUMEN DE PLANILLAJE 2014		
Servicios	CENTRO SALUD SALINAS	% participación
Consultas de morbilidad	64374,59	17,25
Consultas de prevención	83536,8	22,38
Visita domiciliaria	2874,12	0,77
Odontología	106005,58	28,40
Promoción	116493,4	31,21
Laboratorio		-
Total	373.284,49	100,00

RESUMEN DE PLANILLAJE 2014		
Servicios	CENTRO SALUD JULIO MORENO	% participación
Consultas de morbilidad	18473,19	13,38
Consultas de prevención	52228,96	37,84
Visita domiciliaria	4433,72	3,21
Odontología	59144,54	42,85
Promoción	3734,4	2,71
Laboratorio		-
Total	138.014,81	100,00

ANEXO 6

CUADRO 1 SALINAS

Establecimiento : SALINAS												
Periodo : 01-2014 al 12-2014												
Cuadro #1. Producción, Rendimientos y Costos												
	Servicios	Unidad de producmen de producción			Costo	Indice ocupaciortancia promeindice rotaciómterv. Sustituctación de camas						
					Servicio	Unitario						
CONSULTA EXTERNA		CONSULTA	5.488,00	51.300,14	9,35							
Subtotal		CONSULTA	5.488,00	51.300,14	9,35							
VISITA DOMICILIARIA		CONSULTA	129,00	11.588,10	89,83							
Subtotal		CONSULTA	129,00	11.588,10	89,83							
ODONTOLOGIA		CONSULTA	2.396,00	64.301,89	26,84							
		TOT	0,00		0,00							
Subtotal		CONSULTA	2.396,00	64.301,89	26,84		0,00			0,00		0,00
		TOT	0,00		0,00							
PSICOLOGIA		CONSULTA	0,00	0,00	0,00							
Subtotal		CONSULTA	0,00	0,00	0,00							
PROMOCION EN SALUD		EVENTOS	240,00	11.327,40	47,20							
EMERGENCIA		CONSULTA	0,00	0,00	0,00							
Total				127.190,13								
Apoyo												
LABORATORIO		EXAMENES	0,00	0,00	0,00							
		DETER	1,00		0,00							
		\$Produc.		0,00	15,00							
IMAGEN		PLACAS	0,00	0,00	0,00							
		ESTUDIO	0,00		0,00							
		\$Produc.		0,00	15,00							

CUADRO 4

Establecimiento : SALINAS														
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
		CONSULTA	VISITA DOM	ODONTOLO	PSICOLOGI	PROMOCION	EMERGENCI	LABORATORIO	IMAGEN	FARMACIA	VACUNAS	PROCEDIMI	LIMPIEZA	MANTE
1,00	REM.PERSO.PLANTA	40.745,78	11.588,10	64.301,89		11.327,40				3.056,64	7.497,72	24.570,00		
2,00	Total GASTOS DE PEF	40.745,78	11.588,10	64.301,89		11.327,40				3.056,64	7.497,72	24.570,00		
3,00	MAT. OFICINA													
4,00	MATE. ASEO LIMPIEZA													
5,00	MEDICINAS													
6,00	MAT. CURACION													
7,00	BIOMETERIALES ODONTO													
8,00	Total BIENES D USDCONSUMO													
9,00	SERVICIOS BASICOS													
10,00	Total SERVICIOS BASICOS													
11,00	DEPRECIACIONES													
12,00	Total DEPRECIACIONES													
13,00	Total c. directo	40.745,78	11.588,10	64.301,89		11.327,40				3.056,64	7.497,72	24.570,00		
14,00		21,24	6,04	33,52		5,91				1,59	3,91	12,81		
16,00	LABORATORIO	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
17,00	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
18,00	FARMACIA	3.056,64	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	VACUNAS	7.497,72	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	PROCEDIMIENTOS	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	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
22,00	MANTENIMIENTO	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	TRANSPORTE	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

ANEXO 7

CUADRO 1 JULIO MORENO

Establecimiento : JULIO MORENO													
Periodo : 01-2014 al 12-2014													
Cuadro #1. Producción, Rendimientos y Costos													
	Servicios	Unidad de producción	de producción		Costo	Indice ocupación promed. rotación interv. Sustitución de camas							
					Servicio	Unitario							
CONSULTA EXTERNA		CONSULTA	2.689,00	67.780,29	25,21								
Subtotal		CONSULTA	2.689,00	67.780,29	25,21								
VISITA DOMICILIARIA		CONSULTA	147,00	19.221,03	130,76								
Subtotal		CONSULTA	147,00	19.221,03	130,76								
ODONTOLOGIA		CONSULTA	1.247,00	26.045,76	20,89								
		TOT	0,00	0,00	0,00								
Subtotal		CONSULTA	1.247,00	26.045,76	20,89			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	220,00	9.331,68	42,42								
EMERGENCIA		CONSULTA	0,00	0,00	0,00								
Total				113.047,08									
Apoyo													
LABORATORIO		EXAMENES	0,00	0,00	0,00								
		DETER	1.436,00		0,00								
		\$Produc.		0,00	15,00								
IMAGEN		PLACAS	0,00	0,00	0,00								
		ESTUDIO	0,00		0,00								
		\$Produc.		0,00	15,00								

CUADRO 4 JULIO MORENO

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
	CONSULTA	VISITA DOM	ODONTOLO	PSICOLOGI	PROMOCION	EMERGENCI	LABORATORIO	IMAGEN	FARMACIA	VACUNAS	PROCEDIM	LIMPIEZA	MANTE
1,00	REM. PERSO. PLANTA	56.807,85	19.221,03	26.045,76		9.331,68			3.056,64	7.915,80			
2,00	Total GASTOS DE PEF	56.807,85	19.221,03	26.045,76		9.331,68			3.056,64	7.915,80			
3,00	MAT. OFICINA												
4,00	MATE. ASEO LIMPIEZA												
5,00	MEDICINAS												
6,00	MAT. CURACION												
7,00	BIOMATERIALES ODDNTO												
8,00	Total BIENES D USO/CONSUMO												
9,00	SERVICIOS BASICOS												
10,00	Total SERVICIOS BASICOS												
11,00	DEPRECIACIONES												
12,00	Total DEPRECIACIONES												
13,00	Total c. directo	56.807,85	19.221,03	26.045,76		9.331,68			3.056,64	7.915,80			
15,00		40,13	13,58	18,40		6,59			2,16	5,59			
16,00	LABORATORIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17,00	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
18,00	FARMACIA	3.056,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19,00	VACUNAS	7.915,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
20,00	PROCEDIMIENTOS	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	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
22,00	MANTENIMIENTO	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	TRANSPORTE	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	ADMINISTRACION	8.910,62	3.014,92	4.085,42	0,00	1.463,72	0,00	0,00	479,45	1.241,64	0,00	0,00	0,00
25,00													
26,00	Total c. indirecto	19.883,06	3.014,92	4.085,42		1.463,72			479,45	1.241,64			
27,00	Total costos	76.690,91	22.235,95	30.131,18		10.795,40			3.536,09	9.157,44			

ANEXO 8

CERTIFICACIÓN DE LA UNIDAD FINANCIERA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 5 - SALUD
Dirección Distrital 02D01 – GUARANDA - SALUD
COORDINACION ADMINISTRATIVA - FINANCIERA



DD02D01-GAF.CERT. 0041.2016
Guaranda, 08/06/2016

A petición verbal de parte interesada:

C E R T I F I C O

Que, la Lcda. Rosero Orozco Jenny Paola con C.I 0201582996 solicito información Financiera de ésta casa de salud Dirección Distrital 02D01 GUARANDA – SALUD, EOD 320-1031 la misma que fue entregada con fecha Noviembre del 2015

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad pudiendo la interesada hacer uso del presente en la forma que a bien tuviere.

Guaranda, 07 de julio de 2016

Atentamente,

Ing. María Pazmiño P
ANALISTA ADMINISTRATIVA - FINANCIERA
DIRECCION DISTRITAL DE SALUD 02D01.

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 **JENNY PAOLA ROSERO OROZCO**, 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 provee 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.

Dra. Marysol Ruilova Maldonado
VICEMINISTRA DE ATENCIÓN
INTEGRAL EN SALUD

Firma.....
Rosero Orozco Jenny Paola
Cedula 0201582996
ESTUDIANTE UTPL