



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

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

*Evaluación financiera de los establecimientos de salud del distrito 23D03
zona 4 provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas cantón La Concordia
2014*

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Zamora Carreño, Pedro Alfredo

DIRECTORA: Pesántez León, Mary Graciela, Econ.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO
2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Econ.

Pesántez León Mary Graciela

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado Evaluación financiera del establecimiento de salud La Concordia del distrito 23D03, perteneciente a la zona 4 realizado por el Médico Zamora Carreño Pedro Alfredo, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Quito, Julio 2016

f).....

Econ. Pesántez León, Mary Graciela

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHO

Yo, Zamora Carreño Pedro Alfredo, declaro ser el autor intelectual del desarrollo del presente trabajo bajo el título: Evaluación financiera de los establecimientos de salud de I nivel de atención Centro de Salud La Concordia, distrito 23D03 zona 4, provincia Santo Domingo de los Tsachilas, año 2014” de la Titulación Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local siendo la Magister Mary Pesantez León directora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimiento y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de exclusiva responsabilidad.

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

Quito, 20 de Julio, del 2016

f:

Autor: Zamora Carreño, Pedro Alfredo

Cédula: 171758440-1

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, con salud para lograr mis objetivos, a mi esposa pilar fundamental para avanzar en este proyecto, a mi hijo a quien día a día lo veo crecer con entusiasmo y es mi inspiración para seguir cumpliendo metas.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi agradecimiento primero a Dios y a mi familia por el apoyo incondicional, también al personal académico de la UTPL por la paciencia que tuvieron para el desarrollo de esta tesis y lograr culminar esta Maestría, además a la Mg. M. Pesantez León por la asesoría.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMATIZACIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	9
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
CAPITULO I	
1. MARCO TEÓRICO.....	10
1.1 MARCO INSTITUCIONAL.....	11
1.1.1.1 Características demográficas cantón La Concordia.....	13

1.1.2 Centro de salud La Concordia.....	14
1.1.3 Misión y visión.....	17
1.1.4 Visión de la unidad de salud.....	17
1.1.5 Valores.....	17
1.1.6 Objetivos estratégicos.....	18
1.1.7 Organización administrativa.....	19
1.1.7.1 Servicios prestados por el centro de salud.....	19
1.1.8 Datos estadísticos de cobertura de las unidades de salud.....	21
1.1.9 Características geofísicas de la institución.....	21
1.1.10 Políticas de la institución.....	22
1.2 Marco conceptual.....	23
1.2.1 Salud.....	23
1.2.2.1 Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural....	26
1.2.2.2 Red Pública Integral de Salud.....	27
1.2.2.3 Niveles de Atención de Salud.....	29
1.2.3. Costos en Salud.....	31
1.2.3.1 Costo Directo e Indirecto.....	32
1.2.3.2 Costo Fijo y Variable.....	32
1.2.3.3 Costo promedio y marginal.....	33

1.2.4 Eficiencia, Eficacia y Calidad.....	33
1.2.5 Gestión Productiva de la Unidad de Salud.....	34
1.2.6 Sistema de Información Gerencial en Salud.....	34
1.2.7 Financiamiento del sistema de salud.....	35

CAPITULO II

2 Diseño metodológico.....	36
2.1 Matriz de involucrados.....	37
2.2 Árbol de Problemas.....	38
2.3 Árbol de Objetivos.....	39
2.4 Matriz de marco lógico.....	40

CAPITULO III

3 Resultados	42
3.1 Resultados 1. Servicios de salud costeados.....	43
1.1 Actividad 1.1 Socialización del proyecto.....	43
3.1.2 Actividad 1.2. Taller de inducción al proyecto de costos.....	43
3.1.3 Actividad 1.3. Recolección de la información.....	43
3.1.4 Actividad 1.4 Procesamiento de datos.....	46
3.2 Análisis de resultados de procesamiento de datos de costos y producción.....	47
3.2.1 Cotos de atención.....	47

3.2.2 Costo por población asignada.....	47
3.2.3 Costo de servicios.....	48
3.3.4 Componentes del costo de servicios.....	48
3.2.5 Costos directos.....	48
3.3.6 Costos indirectos.....	48
3.2.7 Costos netos.....	49
3.2.8 Costos fijos.....	50
3.2.9 Análisis de indicador del resultado esperado.....	51
3.3 Resultado 2. Servicios de salud planillados.....	51
3.3.1 Actividad 2.1. Socialización de tarifario del sistema nacional de salud.....	51
3.3.2 Actividad 2.2. Recolección de información.....	52
3.3.3 Actividad 2.3. Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud	53
3.4 Resultado 3. Estrategias de mejoramiento.....	54
3.4.1 Actividad 3.1 Cálculo del punto de equilibrio.....	54
3.4.2 Actividad 3.2 Socialización de resultados	56
3.4.3 Actividad 3.3 Diseño de estrategias de mejoramiento.....	56
3.4.4 Implementar un sistema de monitoreo de la atención médica.....	57
3.4.5 Implementar el monitoreo permanente del componente de gestión de las	

unidades médicas.....	58
3.4.6 Implementar el monitoreo de la producción productividad y rendimiento del personal profesional.....	59
3.4.7 Actividad 3.4 Cálculo de indicadores de monitoreo y evaluación	62
3.4.8 Actividad 3.5 Entrega de informes a las autoridades distritales.....	65

CAPITULO IV

Conclusiones.....	66
Recomendaciones.....	68
Bibliografía.....	69
ANEXOS.....	72
ANEXO 1.....	73
ANEXO 2.....	74
ANEXO 3	77
ANEXO 4.....	78

RESUMEN

Las estrategias que permita el mejoramiento de las competencias del personal y las metas del milenio establecidas por el MSP es lograr cambios en su estructura dinámica de atención, tomar decisiones y maximizar los recursos monetarios.

Teniendo en cuenta dichas metas, se socializó el presente proyecto de acción denominado Puzzle cuyo fin fue realizar una Evaluación Financiera de los establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención del país.

La intervención inició y se realizó con el levantamiento de la información de costos de servicios brindados en la unidad intervenida, mediante informes financieros, recursos de producción en matrices diseñada para el efecto.

La base de datos se obtuvo del sistema RDACCA que maneja el MSP, el ingreso de la información se generó y se hizo una verificación detallada con la ayuda del programa informático WINSIG que abarca los servicios, producción, recursos humanos y la parte financiera de cada unidad de salud. Con los resultados se realiza el análisis económico comparado con el tarifario del Sistema Nacional de Salud y además utilizamos como metodología la matriz de marco lógico con todos sus componentes.

Palabras Claves: evaluación financiera, proceso de atención, optimización de recursos, estrategias.

ABSTRACT

The strategies that it allows the improvement of the competitions of the personnel and the goals of the millenium established by the MSP it is to achieve changes in his dynamic structure of attention, to take decisions and to maximize the monetary resources.

Bearing the above mentioned goals in mind, there was socialized the present project of action named Puzzle which end was to realize a Financial Evaluation of the establishments of Health of the First Level of Attention of the country

The intervention initiated and resources of production were realized by the raising of the information of costs of services offered in the controlled unit, by means of financial reports, in counterfoils designed for the effect.

The database was obtained of the system RDACCA that the MSP handles, the revenue of the information was generated and there was done a check detailed with the help of the computer program WINSIG that includes the services, production, human resources and the financial part of every unit of health. With the results there is realized the economic analysis compared with the tariff one of the National System of Health and in addition we use as methodology the counterfoil of logical frame with all his components.

Keywords: financial evaluation, process of attention, optimization of resources, strategies.

INTRODUCCIÓN

La evaluación financiera de las unidades de salud me permitió analizar los recursos asignados, al ser un procedimiento administrativo gerencial, debe realizarse periódicamente para demostrar las acciones realizadas, es decir verificar la producción y si el presupuesto asignado por el Estado es necesario suficiente.

El cantón La Concordia donde funciona el centro de salud del mismo nombre, perteneciente al distrito 23D03 Zona 4 de la Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, sitio donde se realizó la presente evaluación del costo de producción de los servicios de salud. Este proyecto de análisis financiero está sujeto a la implementación de un cálculo de costos y la facturación de las prestaciones de la unidad de salud tomando en cuenta que se maneja bajo el tarifario nacional de salud, del Ministerio de Salud Pública.

Para realizar esta edición la hemos distribuido en tres grandes capítulos, los cuales se detallan a continuación, así tenemos que el capítulo primero aborda lo referente al Marco Institucional de la unidad de salud, y todos sus aspectos geográficos, organización administrativa, políticas de la institución y el marco conceptual. El capítulo segundo se fundamenta en la metodología, diseño del marco lógico, matriz de involucrados, árbol de problemas, objetivos y matriz del marco lógico. El capítulo tercero está compuesto de los resultados, análisis e interpretación, de toda la información recabada, en relación a costos de los servicios de salud, valoración de los servicios de salud, indicadores de gestión financiera; en los costos de servicios de salud, finalmente se incluye las conclusiones, bibliografía y anexos.

Una vez obtenidos los datos estadísticos, económicos y de carga horaria de los profesionales de la unidad operativa, se utilizó el programa WINSIG, y para la elaboración de las prestaciones de salud se tomó en cuenta el tarifario nacional de prestaciones del Ministerio de Salud Pública, en las estrategias de gestión financiera se utilizó el indicador puntos de equilibrio y se diseñó estrategias de mejoramiento para cada una de las unidades de salud de acuerdo a los resultados.

Dichos resultados fueron obtenidos de la información que se proporcionó en la unidad de salud, a través del sistema RDACAA, este proyecto emprendido por la Universidad Técnica Particular

de Loja (UTPL) tiene tal importancia que abordó a una institución pública rectora del sistema de salud como lo es el MSP del Ecuador, que día a día brinda solidaridad, eficiencia, calidad y calidez a la población, y para que exista una correlación entre la inversión y la producción, se aplicó conocimientos gerenciales y se toman decisiones según el contexto y realidad, generando de esta manera una cultura de control del gasto.

Uno de los objetivos principales fue la evaluación de los componentes financieros, y con la información y el procesamiento; este objetivo se cumple a cabalidad, para con ello elaborar los objetivos específicos de costeo de los servicios de salud, valorar las prestaciones de salud en base al tarifario del sistema nacional de salud y formular estrategias de mejoramiento de la gestión financiera en cada unidad de salud correspondiente.

Para la evaluación a las unidades de Salud del primer nivel ha sido necesaria mucha dedicación, y saber compartir el tiempo con otras obligaciones y responsabilidades de trabajo y/o estudios, la familia y sobre todo la situación geográfica tanto para la recolección de los datos como para la asistencia a tutorías.

Finalmente podemos decir que el presente trabajo fue con el propósito de darnos a conocer los recursos de cada unidad de salud para mejorar y optimizar el uso de esos recursos y gestionar el sistema de salud por resultados para obtener una mejor calidad de atención a la población.

PROBLEMATIZACIÓN

La salud pública en el Ecuador constituye un componente fundamental, al ser la salud un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado, tal como está estipulado en la constitución en su artículo 32, y para efectos de la misma en su transitoria vigésimo primera puntualiza que el presupuesto general del estado destinado al financiamiento del sistema nacional de salud, se incrementara cada año en un porcentaje no inferior al cero punto cinco por ciento del PIB, hasta alcanzar al menos el cuatro por ciento, logrando así que el MSP actualmente haya fortalecido la vigilancia de la mortalidad materna y neonatal, los cuidados obstétricos esenciales y la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita con la participación de la comunidad como veedora permanente, y con la elaboración de políticas para la reducción del hambre y la desnutrición en los grupos más frágiles.

La falta de conocimiento sobre los costos de producción que presenta cada unidad médica, no permite establecer un punto de equilibrio financiero entre los gastos de infraestructura, talento humano, equipamiento y demás servicios que se incurre para la prestación en los servicios médicos brindados.

En el Centro de Salud La Concordia que pertenece al distrito 23D03, percibido la falta de gestión de control y monitoreo administrativo, financiero. Cabe indicar que en la Constitución del Estado Ecuatoriano en su capítulo II, sección 7, Art. 32 , establece que: La salud es un derecho que garantiza el Estado, indicando que las unidades de salud que integran la red nacional de atención deben estar equipadas y manteniendo un sistema de gestión que le permita regularmente proponer el crecimiento de mejoras y más servicios de salud a la población, con lo cual se conjugaría el cumplimiento de esta obligación para lo cual el Ministerio de Salud Pública, ha incrementado cambios estructurales a partir del 2007, tales como el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, que fortalecen la medicina preventiva, y la intervención de la medicina ancestral, propendiendo a disminuir la morbilidad de la población la cual en el momento actual es totalmente curativa, que de acuerdo a las políticas generadas por el Ministerio de Salud, sobre la gratuidad e inversión en establecimientos de atención de salud

estatal, ha generado una expectativa positiva y de confianza en la atención logrando un incremento de la cobertura poblacional

Dicho antecedente los servicios de salud serán valorados la prestaciones en base al Tarifario Nacional de Salud siendo este una herramienta que caracteriza la producción medida en dólares en un rango de tiempo, genera datos sobre grupos atareos, genero, morbilidad y otros que van de acuerdo al nuevo modelo de gestión del Ministerio de Salud Pública. Este Tarifario es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por las instituciones públicas, entre éstas y con las privadas en el marco de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Complementaria del Sistema Nacional de Salud, los valores expresados en el presente documento, registran el techo máximo del valor para el reconocimiento económico entre prestadores y financiadores. Permite en fin establecer el monto de pago máximo por cada uno de los procedimientos utilizados para la atención de la salud y así mismo una evaluación interna de potenciales ingresos.

Análisis del problema

La evaluación mediante indicadores no se da por tanto en la medida óptima con la concurrencia de indicadores de eficiencia, eficacia, desempeño, productividad. Se sabe pues que los indicadores de eficiencia miden la relación entre los costos de los insumos y los productos de procesos, Los indicadores de eficacia establecen el logro o no de los resultados propuestos. Los Indicadores de desempeño evalúan el alcance de los objetivos específicos. Los indicadores de productividad miden la producción por cada persona dentro de la Institución con eficiencia y la eficacia. Tampoco se había establecido observar el punto de equilibrio que permite coadyuvar al administrador a emprender estrategias que viabilizan la eficiencia de la producción donde es vital el control como la Administración de inventarios y el control del gasto.

Urgente entonces resulta la implementación de una herramienta de análisis financiero que le permita al equipo administrativo del distrito ejercer un seguimiento confiable de la gestión prestacional, medida en valores económicos

En vista de lo expuesto se han realizado esfuerzos para lograr la equidad y la protección social en salud con enfoque hacia la gratuidad de los servicios brindando atención en las áreas rurales

y entre la población más vulnerable. Para tales efectos, se ha venido desarrollando un modelo de atención integral, familiar y comunitaria basada en la atención primaria y en los enfoques de interculturalidad y de género, para disminuir la inequidad existente en nuestro país, por lo tanto es necesario que se evalúen o auditen las actividades diarias y los logros obtenidos, para verificar que se cumplan las metas establecidas en cada unidad, lo cual representa una excelente herramienta para realizar un seguimiento de todas las acciones realizadas.

El presente trabajo parte del hecho de recoger toda la información disponible a través del RDACAA (Registro diario automatizado de consultas y atención ambulatoria), y de otros registros sobre las unidades de salud del centro de salud de La Concordia, de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante el periodo de un año desde enero a diciembre del 2014, tomando en cuenta los factores financieros de inversión, cobertura sanitaria, servicios prestados, tiempo del personal que laboró dentro del periodo a evaluar, infraestructura, mobiliario y uso de servicios en la unidad de salud.

JUSTIFICACIÓN

La importancia del proyecto de acción “Evaluación Financiera de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención”, se realizó en el centro de Salud de La Concordia, unidad de salud de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante el periodo de un año desde enero a diciembre del 2014; el presente trabajo describe de forma general las diferentes etapas que componen la implementación de un sistema de costos para entidades prestadoras de servicios de salud, con el fin de obtener una información real que permita conocer las fortalezas y las debilidades de las herramientas de gestión en salud administrativas y financieras que se utilizan para registro de toda la información necesaria para la toma de decisiones gerenciales, y poder obtener el máximo provecho de los recursos que brinda el estado, e implementar las mejores soluciones para todos los actores del ente rector en salud como es el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Esto contribuirá a una mejor calidad de vida de todos los ciudadanos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el componente financiero del Circuito de Salud la Concordia del distrito N° 23D03 Zona 4, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas mediante el análisis de costos y seguimiento de facturación de las prestaciones y formulación de estrategias de mejoramiento, para fortalecer la formación de Gerencia en Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Realizar costeo de los servicios de salud.
2. Evaluar económicamente las prestaciones de los servicios de salud brindados por la unidad La Concordia en base al tarifario del Sistema Nacional de Salud.
3. Formular estrategias de mejoramiento de la gestión financiera.

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Marco institucional

1.1.1 Características Generales del Cantón La Concordia.

El cantón La Concordia es considerado uno de los más importantes del país, por su riqueza productiva, especialmente en el campo agrícola y pecuario, el cual genera importante ingreso de divisas para nuestro país. Además, por su localización estratégica que lo proyecta a convertirse a mediano plazo, en un nudo vial comparable al de Santo Domingo, lo que incrementará aún más su actividad comercial.

La historia de La Concordia se remonta a junio de 1949, cuando Salomón Tufiño, buscando un lugar donde establecerse, llegó a este sitio y levantó su vivienda, poco a poco llegaron otros “colonos” esmeraldeños quienes, el 15 de septiembre de 1955 crearon oficialmente el poblado, cuyos promotores fueron, entre otros, Luis Muñoz, Pastor Toscano, Roberto Stacio, Rosa Bolaños, José Saona y, lógicamente, Salomón Tufiño.

Para ponerle el nombre a la nueva población hubo tres propuestas: La Concordia, El Triunfo y La Libertad; sometidos a votación ganó la moción propuesta por la Sra. Enriqueta Vallejo de Tufiño, y desde entonces se la bautizó con el nombre de La Concordia. Al año siguiente la población fue establecida de manera oficial, y el 17 de octubre de 1960, para garantizar el derecho de sus habitantes, el Alcalde de Esmeraldas, Sr. Jorge Chiriboga, dispuso la donación de unas tierras para que sean repartidas entre aquellos pobladores que no las tuvieron, por esta razón, ese día está considerado como el de su aniversario.

Contrariamente a lo que significa su nombre, esta zona de la patria fue -durante mucho tiempo- muy duramente disputada entre las provincias de Esmeraldas y Pichincha; aunque hay que destacar el hecho que, en el año 1947, la Asamblea Constituyente ya había demarcado los límites entre estas dos provincias, estableciendo que los sectores que hoy corresponden a La Villegas, Monterrey, Bocana del Búa, La Concordia y La Independencia, formaban parte de la provincia de Esmeraldas.

Habiéndose establecido los hitos demarcatorios en el año de 1953, la jurisdicción de Esmeraldas fue reafirmada en 1959, durante el gobierno del Dr. Camilo Ponce Enríquez, cuando el entonces Ministro de Obras Públicas, Arq. Sixto Durán-Ballén, indicó en el kilómetro

161 el hito fronterizo entre Esmeraldas y Pichincha, acto que se constituyó entonces como un principio de respeto entre las dos provincias.

En 1994 el Prefecto del Pichincha, Sr. Federico Pérez Intriago, inició una agresiva y casi violenta campaña reclamando a La Concordia para Pichincha, esta actitud motivó la respuesta del gobierno seccional de Esmeraldas y la situación se volvió muy peligrosa, dividiendo inclusive a los mismos pobladores en dos bandos, pues por un lado, los emigrantes pichinchanos que se habían radicado en ella respaldaban su anexión a Pichincha, mientras los esmeraldeños defendían su derecho a seguir perteneciendo a Esmeraldas.

Con el tiempo la situación se fue tornando cada vez más complicada, hasta que en julio de 2002 los pobladores de Esmeraldas declararon un paro general de actividades exigiendo que de una vez y por todas se determine que La Concordia pertenecía a esa provincia, proponiendo también su cantonización. Presentaron además amplia documentación e inclusive demostraron la existencia de los hitos limítrofes establecidos en 1953. Ante esta realidad incuestionable, el 1 de agosto un grupo de pichincha procedió a la destrucción de los mismos, para eliminar de esta manera la prueba que determinaba que La Concordia pertenecía a la provincia de Esmeraldas.

En los primeros días de noviembre de 2007, un cobarde Congreso Nacional, de manera insólita, decretó la cantonización de La Concordia, pero no determinó a qué provincia pertenecía. Esto propició la reacción de los esmeraldeños que decidieron actuar de manera más drástica para obligar a los congresistas a tomar una decisión definitiva, que se concretó el 26 de noviembre cuando el decreto correspondiente -que la designaba como cantón de Esmeraldas- fue publicado en el Registro Oficial No. 217, poniendo fin a varios años de conflictos y enfrentamientos regionales que impidieron el desarrollo de ese importante sector.

El Cantón La Concordia, con su cabecera cantonal del mismo nombre, es a partir del año 2013 el segundo Cantón de la Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, con límites jurisdiccionales ahora ya bien establecidos luego de peripecias político .jurisdiccionales, pues inició como Cantón desde el Año 2007 perteneciendo a la Provincia de Esmeraldas según Registro Oficial N°- 219 del 26 de Noviembre del 2007.

El cantón La Concordia está situado en la parte noroccidental del país, las ciudades cercanas son; Santo Domingo, Quinindé y Puerto Quito. Está ubicado a 178 Km de distancia de Quito. En

el km 40 de la vía Santo Domingo– Quinindé, la Avenida: “Simón Plata Torres” adopta su nombre, y al atravesar la ciudad se constituye en su principal eje vial urbano.

1.1.1.1 Características Demográficas Cantón La Concordia.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y censo, desarrollado en el cantón La Concordia en el año 2010, este se encuentra habitado por 42.924 personas distribuido en 21.176 mujeres y 21.748 hombres.

Tabla 1: Población Cantón La Concordia año 2010

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Hombres	21748	50,6662939
Mujeres	21176	49,3337061
Total	42924	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (2010)
Elaborado por: Autor

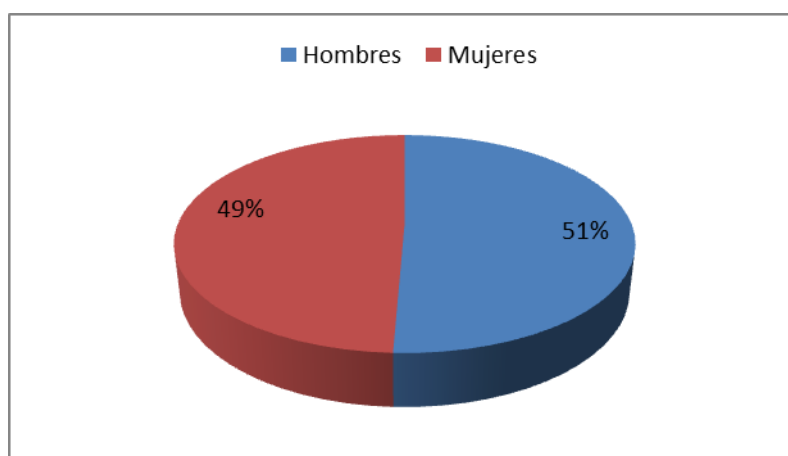


Ilustración 1: Población Cantón La Concordia año 2010

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (2010)
Elaborado por: Autor

Conforme se demuestra en el gráfico No. 1, existe un mayor número de pobladores pertenecientes al género masculino con un 51%, lo que demuestra una distribución casi igualitaria entre hombres y mujeres.

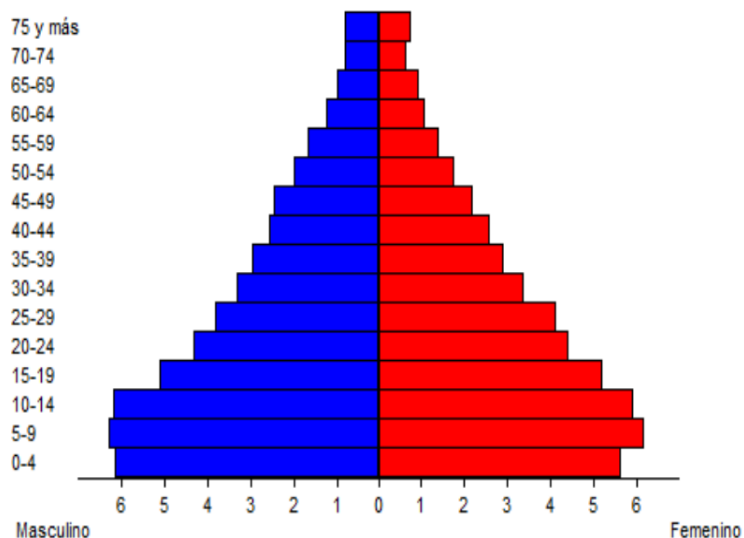


Ilustración 2: Pirámide poblacional del Cantón La Concordia año 2010
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (2010)
Elaborado por: Autor

Teniendo en cuenta la pirámide poblacional entregada por el INEC, se establece que en la distribución poblacional por edades predomina tanto en hombres como mujeres las personas que bordean entre los 5 y 9 años de edad seguida por aquellos que están dentro de los 10 y 14 años de edad.

1.1.1.2 Centro de Salud La Concordia

Nombre del distrito de salud: La Concordia
 Dirección: Calle J. Montalvo y L. Vargas Torres
 Dependencia: Zona 4 PORTOVIEJO
 Categoría: Nivel 1 Tipo C
 Ciudad: La Concordia
 Cantón: La Concordia
 Provincia: Santo Domingo de los Tsáchilas
 Teléfono: 2726248



El centro de salud pertenece al Área de Salud de Santo Domingo de los Colorados, para formar parte de Área de Salud N° 23 “La Concordia”, dependiente de la Dirección Provincial de Portoviejo.

Realiza atenciones de consulta externa de lunes a domingo de 8 horas, atención en brigadas a localidades de acuerdo a la programación anual; cuenta con 6 profesionales médicos en consulta externa, dos odontólogas, 1 auxiliar de odontología, licenciadas de enfermería, auxiliares de enfermería, auxiliares de limpieza, 1 personal de SNEM, una licenciada encargada del programa de control de tuberculosis, 5 obstetras.

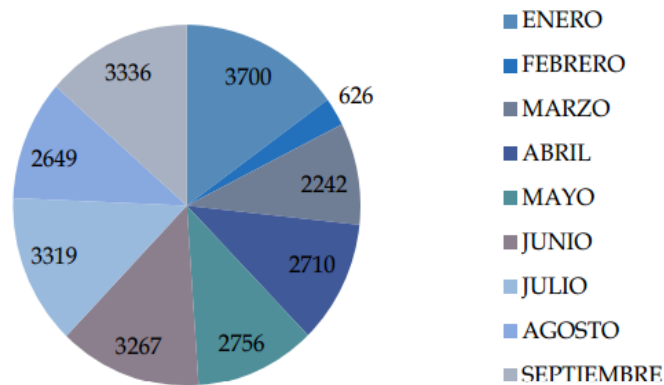


Ilustración 3: Frecuencia de consultas por mes año 2014
Fuente: Registro Centro de salud La Concordia
Elaborado por: Pedro Alfredo Zamora Carreño

Por el grado de Atención que brinda el centro de salud La Concordia, se presentaron desde enero hasta septiembre de 2014 un aproximado de 24.605 consultas externas, siendo los meses de mayor afluencia de pacientes enero, junio, julio, y septiembre conforme se muestra en la ilustración No. 3.

Tabla 2: Enfermedades frecuentes periodo 2014

ENFERMEDADES	TOTALES
B829| - PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	2420
I10X| - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1430
N390| - INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	968
J00X| - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	637
E119| - DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION	568
N760| - VAGINITIS AGUDA	458
J029| - FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	441
J039| - AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	288
R51X| - CEFALEA	266
D509| - ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	248
E119| - DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	211
K297| - GASTRITIS NO ESPECIFICADA	208
E780| - HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	191
B369| - MICOSIS SUPERFICIAL SIN OTRA ESPECIFICACION	170
N390| - INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	134
J029| - FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	132
F700| - RETRASO MENTAL LEVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO	129
D508| - OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO	125
A09X| - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	118
M544| - LUMBAGO CON CIATICA	115

Fuente: Registro Centro de salud La Concordia

Elaborado por: Autor

En el año del 2014, el centro de salud La Concordia atendió un total de consultas externas de nueve mil setenta y nueve, siendo los casos más frecuentes la parasitosis intestinal, Hipertensión e infección a las vías urinarias, las principales causas de morbilidad en la población circundante.

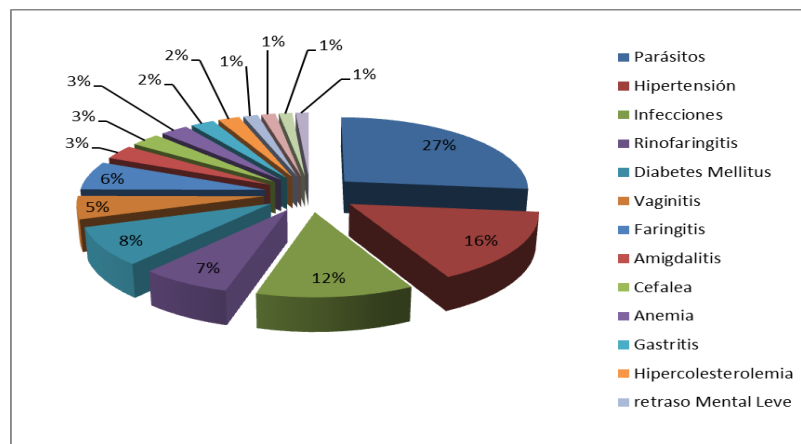


Ilustración 4: Principales Causas de Morbilidad año 2014

Fuente: Registro Centro de salud La Concordia

Elaborado por: Pedro Alfredo Zamora Carreño

De la ilustración No. 3 se desprende que entre las primeras causas anteriormente expresadas cubren el 55% del total de enfermedades atendidas en el centro de salud de La Concordia, con un aproximado de 4.952 consultas.

1.1.3 Misión y Visión.

Al ser la Concordia una institución del MSP, adquiere la misión y visión declaradas por dichas carteras de estado la misma que:

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

1.1.4 Visión de la Unidad de Salud.

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. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

1.1.5 Valores.

El centro de salud La Concordia, por cuanto se encuentra sujeto al Ministerio de Salud pública, los valores con los cuales se manejan se encuentran sujetos a los establecidos por esta entidad de regulación, siendo los mismos:

- **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. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

1.1.6 Objetivos Estratégicos.

- Objetivo 1:
Incrementar la eficiencia y efectividad del Sistema Nacional de Salud.
- Objetivo 2:
Incrementar el acceso de la población a servicios de salud.
- Objetivo 3:
Incrementar la vigilancia, la regulación, la promoción y prevención de la salud.
- Objetivo 4:
Incrementar la satisfacción de los ciudadanos con respecto a los servicios de salud.
- Objetivo 5:
Incrementar las capacidades y competencias del talento humano.
- Objetivo 6:
Incrementar el uso eficiente del presupuesto.
- Objetivo 7:
Incrementar la eficiencia y efectividad de las actividades operacionales del Ministerio de Salud Pública y entidades adscritas.
- Objetivo 8:

Incrementar el desarrollo de la ciencia y la tecnología en base a las prioridades sanitarias de la salud, tomado de Ministerio de Salud Pública.(2014). Planificación Estratégica. Ecuador.

1.1.7 Organización Administrativa.

Al constituirse el centro de salud de La Concordia bajo la clasificación de primer nivel, la estructura organizacional se encuentra establecida conforme los lineamientos establecidos por el ministerio de salud Pública de la siguiente manera:

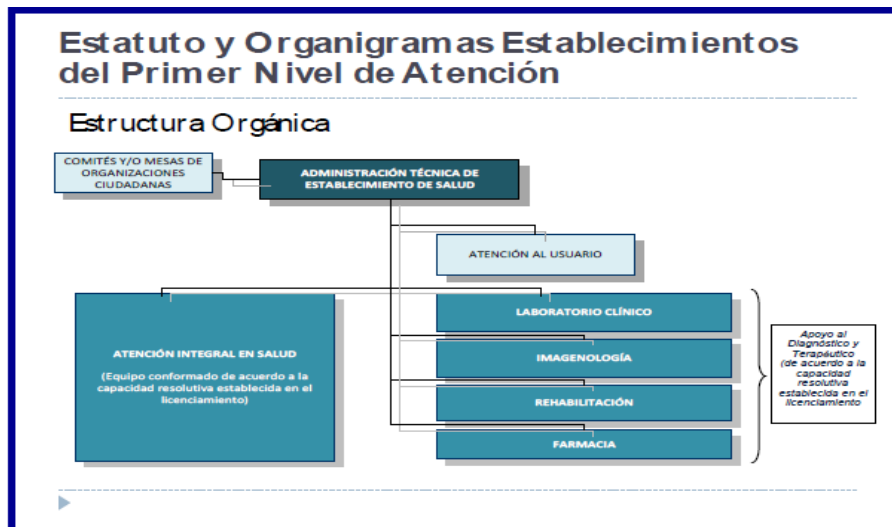


Ilustración 5: Estructura Organizacional.
Fuente: Ministerio de Salud Pública (2015)

1.1.7.1 Servicios Prestados por el Centro de Salud La Concordia

Conforme a la misión y visión institucional, así como por los parámetros establecidos por el sumak kawsay, y los lineamientos dictados por el ministerio de Salud pública, el centro de salud La Concordia presta una amplia gama de servicios entre los cuales se encuentran:

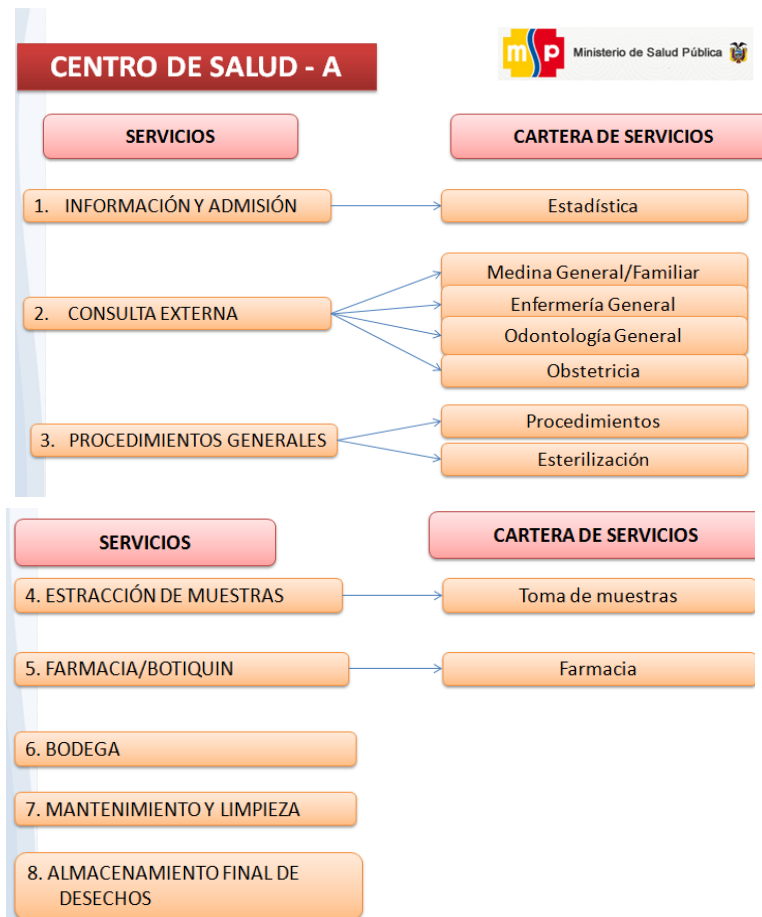


Ilustración 7: Cartera de Servicios Circuito La Concordia
Fuente: Lineamientos del M.A.I.S. MSP (2014, pág.15)

El centro de salud La Concordia, cuenta con medicina general, obstetricia, farmacia, un laboratorio de análisis básico por falta de espacio físico no poseen equipo de alta complejidad, por tal razón los pacientes son enviados a realizarse los exámenes en laboratorios privados que tienen convenio con el MSP.

1.1.8 Datos Estadísticos De Cobertura De Las Unidades De Salud.

Tabla 3. Atención medica por edad y sexo Circuitos la Concordia año 2014

ATENCIÓN MEDICA POR EDAD Y SEXO- 2014											
Nombre de la unidad	Hombres	Mujeres	Total	GRUPOS DE EDAD							Total
				Neonatos	Lactantes	Niños	Escolares	Adolescentes	Adultos	Adulto mayor	
				Menores a 28 días	29 días a 11 meses, 29 días	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 19 años	20 a 64 años	mayores 65 años	
LA CONCORDIA	9201	15126	24327	107	893	2368	3334	4101	10469	3055	24327
											0

Fuente: RDACAA 2014

Tabla 4. Atención medica por tipo de consulta Circuitos la Concordia

NÚMERO DE ATENCIONES POR TIPO DE CONSULTA ENERO - DICIEMBRE 2014							
Nombre de la unidad	Prevención		Morbilidad		Total prevención	Total Morbilidad	Total general
	Primeras	Subsecuentes	Primeras	Subsecuentes			
LA CONCORDIA	2002	1746	15419	5160	3748	20579	24327

Fuente: RDACAA 2014

1.1.9 Características geo-físicas de las instituciones.

Tabla 5: Características geo-físicas de las instituciones

CARATERISTICAS	CENTRO LA CONCORDIA
Pertenencia	Pertenece al M.S.P Es de uso Propio
Metros de construcción	850 m2
Infraestructura	Se encuentra en buenas condiciones Mantenimiento adecuado dividido en 9 espacios, consulta medicina general, obstetricia, odontología, psicología procedimientos, vacunación, laboratorio, farmacia y administración
Tipo de construcción	Es de cemento armado Una planta de construcción Piso de baldosa

Fuente: ASIS de las unidades de los Circuito la Concordia

Elaborado por: Autor

1.1.10 Políticas de la Institución.

El Circuito de salud la Concordia se encuentra bajo el régimen del Ministerio de Salud Pública, cumplen con las políticas nacionales del Plan Nacional del Buen Vivir, mejorar la calidad de vida de la población, a través de doce lineamientos y metas.

- ✓ Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- ✓ 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.
- ✓ Propiciar condiciones adecuadas para el acceso a un hábitat seguro e incluyente
- ✓ Garantizar el acceso a una vivienda adecuada, segura y digna
- ✓ Garantizar el acceso universal, permanente, sostenible y con calidad a agua segura y a servicios básicos de saneamiento, con pertinencia territorial, ambiental, social y cultural
- ✓ Garantizar la preservación y protección integral del patrimonio cultural y natural y de la ciudadanía ante las amenazas y riesgos de origen natural o antrópico
- ✓ Garantizar el acceso a servicios de transporte y movilidad incluyentes, seguros y sustentables a nivel local e internacional
- ✓ El Plan Nacional del Buen Vivir para nuestro caso contempla metas del tercer objetivo:
- ✓ Reducir la razón de mortalidad materna en 29,0%
- ✓ Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41,0%
- ✓ Erradicar la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años
- ✓ Revertir la tendencia de la incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5 a 11 años y alcanzar el 26,0%

- ✓ Reducir y mantener la letalidad por dengue al 0,08%
- ✓ Aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida
- ✓ Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos.
- ✓ Reducir el porcentaje de hogares que viven en hacinamiento al 10,3% a nivel nacional y rural al 13,4%
- ✓ Reducir el déficit habitacional cuantitativo nacional al 10,5%, y el rural en 4,5 puntos porcentuales
- ✓ Alcanzar el 95% de hogares en el área rural con sistema adecuado de eliminación de excretas
- ✓ Alcanzar el 83% de hogares con acceso a red pública de agua.

1.2 Marco Conceptual

1.2.1. Salud.

Gabriel Acevedo, establece sobre la salud como “el grado en que una persona o grupo es capaz de realizar sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y enfrentarse adecuadamente al ambiente” (Acevedo & Estario, 2008, pág. 17), de acuerdo a esta definición la salud ya no es reconocida como la ausencia de la enfermedad como se le consideraba a inicios del siglo XX, ni mucho menos como un estado de bienestar conforme lo reconoce la Organización Mundial de la Salud, misma que se establece como un hecho utópico, sino que lo determina como un recurso que permite el pleno desarrollo de la vida cotidiana, constituyéndolo como un objetivo de vida, englobando aspectos personales y sociales como parte integral de la misma.

La salud es un estado en el cual una persona se encuentra en armonía a nivel físico, mental y social, por lo que no puede tratárselo desde un punto de vista negativo individual como la ausencia de enfermedades de una persona, sino que es necesario catalogarlo en una forma más amplia que permita incluir a la sociedad y el ambiente como parte integral del mismo.

De esta forma Acevedo Gabriel determina que dos factores de gran importancia contienen a la salud que son:

- La Lucha contra la inequidad
- Promoción, prevención y educación en salud.

En cuanto a la lucha contra la inequidad, esta se constituye en que la población debe tener acceso al derecho de salud, mismos que no se limita a la atención médica sino un conjunto de factores como el trabajo, vida digna, salario justo, educación, condiciones ambientales entre otros aspectos sociales.

De esto se desprende que la salud abarca además de los factores físicos de un individuo, otros aspectos subjetivos como las emociones, el bienestar mental y social), así como de factores objetivos como el trabajo, la capacidad de adaptación entre otros.

Es en virtud de todas esas consideraciones que el Ecuador ha creado la política guiada al mejoramiento de la calidad de vida humana, a través del Plan del Buen Vivir del 2013-2017.

El Plan Nacional del Buen Vivir, establece 12 objetivos, siendo el tercero uno de los más incluyentes ya que centra la necesidad de generar políticas que permitan mejorar la calidad de vida de los ecuatorianos, determinando a la salud como aspecto indiscutible a ser tratado mediante la aplicación de políticas públicas destinadas a mejorar la atención médica y preventiva en sus diversos niveles, por lo que plantea entre sus estrategias y metas de actuación los siguientes puntos:

Estrategias:

- Soberanía alimentaria
- Préstamos para una vivienda digna
- Programas de Salud, educación de calidad

Metas:

- 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. (Resumen del Plan Nacional del Buen Vivir, 2013)

Es así como se ha ido invirtiendo políticas y estrategias destinadas al desarrollo y ampliación del sistema de salud nacional en sus diversos niveles y tipos, a fin de garantizar el buen vivir de la población permitiendo mejorar la calidad de vida de los pobladores.

Este objetivo se encuentra desarrollado a fin de garantizar el cumplimiento de lo determinado a través del artículo 66 de la Constitución de la República del Ecuador que establece que: “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”.

Mediante el sistema del Buen Vivir el Ecuador ha implementado varias políticas a fin de establecer un mejor sistema de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y hábitos de vida de las personas entre las cuales se encuentran:

- Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud.
- Implementar acciones integrales para la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles o degenerativas de alta prioridad, y enfermedades evitables y desatendidas, por consumo de alimentos contaminados y por exposición a agroquímicos u otras sustancias tóxicas.
- Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables.
- Desarrollar e implementar mecanismos para la detección temprana de enfermedades congénitas y discapacidades, entre otros. (Resumen del Plan Nacional del Buen Vivir, 2013)

1.2.2. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, cuyas siglas son (MAIS-FCI), es un sistema implementado a fin de mejorar las condiciones de vida de una población determinada mediante la implementación de diversos niveles de atención de la salud, a fin de permitir detectar enfermedades y tratarlas de acuerdo a su gravedad y brindar una solución inmediata a las necesidades sanitarias poblacionales, por lo que centra sus esfuerzos a desarrollo de la atención primaria de salud.

Con esto se pretende cumplir con las políticas públicas desarrolladas mediante la aplicación del plan Nacional del Buen Vivir vigente en aplicación a los mandatos constitucionales relacionados con la salud y el bienestar poblacional.

A su vez el MAISC-FCI, intenta extender el derecho a la salud no solo a las zonas urbanas, semi-urbanas y rurales, sino que también amplía su ámbito de aplicación a los sectores interculturales mediante la dotación de servicios de salud a las comunidades y pueblos indígenas, montubios y ancestrales.

“La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el diálogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas”. (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 46)

Lo que significa que permite la aplicación de medicinas occidentales, pero en respeto a las prácticas que pudieran tener los pueblos y comunidades ancestrales, siempre y cuando sirvan para mejorar la calidad de vida de los pobladores manteniendo su identidad cultural en las diversas ramas y prácticas ancestrales, es decir aplicar los conocimientos modernos en respeto de las costumbres comunitarias.

El componente organizacional se refiere al modelo de organización aplicado para la provisión de servicios de salud dentro del Ecuador, a lo que el Ministerio de Salud Pública ha clasificado cinco niveles o tipos de Atención médica institucional entre los cuales se encuentran: Primer Nivel de Atención, Segundo Nivel de Atención, Tercer Nivel de Atención, Cuarto Nivel, y la Atención pre hospitalaria.

Los tres primeros niveles son de aplicación pública en primera instancia, es decir, es el estado el principal responsable de brindar las seguridades necesarias mediante la implementación de centros que presten servicios de salud a la población y cubrir sus necesidades, mismos que se procederá a explicar más adelante.

Finalmente la atención pre hospitalaria es aquel nivel de atención autónomo e independiente a los servicios de salud que oferta los servicios desde que se comunica un evento que pone en riesgo la salud hasta que los pacientes sean admitidos.

1.2.2.2 Red Pública Integral de Salud (RPIS).

Una Red Pública es un conjunto de elementos de carácter público o privado destinado a brindar un servicio de carácter social, en este caso, la atención a la salud pública, lo que determina a la red como el conjunto de instituciones, políticas y recursos que permiten atender las necesidades individuales y colectivas de las personas en torno a la salud.

De acuerdo a Manticorena, Fernando (2006) establecer que:

La red de atención implica un ordenamiento de la atención de la salud, donde teniendo como base un programa normalizado, las patologías más sencillas son resueltas en efectores de baja complejidad y solo diagnósticos diferenciales de las patologías severas y las complicaciones serán derivados a efectores de complejidad creciente. (pág. 48)

Es decir que las redes de atención no solo se refieren a los recursos, sino también a la organización institucional de la atención de la salud poblacional, debiendo clasificarla en diversos niveles conforme se encuentra establecido en el MAISC-FCI, nacional.

Es así como la RPIS, incorpora políticas, objetivos e inclusive normas relacionadas a la organización, prestación, gestión y financiamiento de la salud, permitiendo asegurar la articulación e intercambio entre las instituciones sujetas a la red de salud, a fin de complementar esfuerzos, experiencias, conocimientos para el cumplimiento de los objetivos afines y de esta manera mejorar el sistema de atención integral a la salud.

Estas instituciones se encuentran interconectadas en sus diversos niveles a fin de lograr una retroalimentación experimental operativa entre sus integrantes con el objeto de mantenerse en un proceso de constante evolución y mejoramiento interinstitucional, dando paso a una mejor calidad de vida de las personas.

Misión de la RIPS: La RPIS garantiza y ofrece atención integral, oportuna, eficiente y humanizada a cada uno de los usuarios del SNS, promoviendo la integración, la interculturalidad para generar impacto positivo en el acceso efectivo a prestaciones integrales y en la situación de salud de cada territorio, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, para lo cual se organiza en Macro redes, Redes Zonales y Micro redes Distritales.

Por todo lo antes dicho la RPIS, tiene como objetivo principal el promover e implementar mecanismos para el acceso universal de la población a servicios de salud de calidad, equitativa, gratuita y eficiente optimizando la organización y gestión en red en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. (Ministerio de Salud Pública, 2014, pág. 22)

Para el cumplimiento de la RPIS, se han desarrollado tres niveles que permiten brindar una mejor atención de salud en micro redes distritales, mismas que cubren un distrito y sus circuitos correspondientes, y se encuentran conformadas por establecimientos correspondientes al primer nivel de atención.

El segundo nivel son las redes zonales, mismas que se caracterizan por abarcar un mayor territorio con respecto a las micro redes ya que cubren un conjunto de distritos.

Uno de los aspectos importantes de este segundo nivel de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud, es que incluyen a los tipos de atención de salud de primer, segundo y tercer nivel brindando servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento, hospitalización, de acuerdo al perfil epidemiológico del territorio de influencia.

En conclusión las Red Integral de Salud, es el conjunto de instituciones, recursos económicos, humanos y materiales destinados a brindar una atención a la salud de manera completa mejorando la calidad de vida de los habitantes a nivel nacional desde sus diversos niveles de atención.

1.2.2.3 Niveles de Atención de Salud.

Los niveles de atención, es un sistema de clasificación establecida con el fin de catalogar las necesidades poblacionales con respecto a la salud y de esta manera cubrirlas de manera efectiva y sin congestionar una determinada institución que preste servicios de salud de manera innecesaria, por lo que ha implementado un sistema diseñado a mejorar y priorizar la atención comunitaria.

El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se organizan de acuerdo al tipo de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para garantizar continuidad y el acceso escalonado de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud. (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 85)

Es así que por la necesidad de mejorar la calidad de vida de la población el Ecuador aplica un sistema de cuatro niveles de atención, mismos que se encuentran desarrollados de la siguiente manera:

Primer Nivel de Atención: Es uno de los niveles más importantes para la prestación de servicios de salud debido al contacto directo que tiene con la comunidad, teniendo como principales objetivos el resolver las necesidades a enfermedades de carácter común y no complejas.

Cuando en un sistema de atención a la salud hablamos de Atención Primaria, hacemos referencia al primer nivel del sistema, el más básico y elemental a diferencia de la Atención Secundaria, que constituye el segundo nivel, ya que no es básico sino especializado, e incluso a diferencia de la Atención Terciaria, que constituye un nivel supe especializado del sistema. (Gómez Martínez, y otros, 2007, pág. 477)

Lo que quieren decir los autores, que el primer nivel constituye una especialización y atención de enfermedades básicas y comunes que no requieren de tratamientos o estudios complejos, por lo que se refieren a este nivel como de carácter ordinario, por lo que se encuentra diseñado especialmente para atender al individuo y su familia, así como la comunidad en un margen no

tan amplio, teniendo como funciones aspectos circundantes de la salud como información, educación y prevención.

“En los servicios de Atención primaria el usuario halla respuesta a sus problemas más habituales de salud y enfermedad, y solo cuando el diagnóstico y tratamiento lo requieran y ya no pueda ser atendido con los medios de primer nivel, será derivado a la Atención Especializada.” (Gómez Martínez, y otros, 2007, pág. 477) Lo que quiere decir que es el punto de partida a los problemas de salud pública, ya que requiere que el primer nivel se haga cargo de un problema con respecto a la salud, y de no ser posible su solución se da paso a la atención especializada.

Las unidades de salud de primer nivel se encuentran conformado por los centros de salud comunitarios, unidades móviles entre otros dispuestos a un sector determinado.

Segundo Nivel de Atención: Constituye un nivel más especializado, mismo que se encuentra encargado de resolver problemas de salud poblacionales no tan frecuentes o con un grado significativo de complejidad.

El II Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio). (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 84)

“El segundo nivel de atención cuenta con recursos más complejos y menor frecuentes y se da en hospitales generales” (Gómez Martínez, y otros, 2007, pág. 486), lo que quiere decir que es un nivel de atención que requiere un mayor grado de cobertura y especialización destinado a la solución de problemas de la salud menos comunes pero más complejos.

Tercer Nivel de Atención: Son centros especializados que atienden necesidades de salud extremadamente complejas, y comprenden los Hospitales

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los

problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley. (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 86)

En este nivel se trata de resolver aquellos problemas que las especialidades generales dadas en los lugares de segundo nivel no puedan resolverlos, por lo que en estas locaciones se caracterizan por desarrollar subespecialidades., lo que puede significar inclusive al desarrollo de centros exclusivos para el tratamiento de una sola enfermedad como el Solca por ejemplo que destina sus esfuerzos a enfrentar los problemas de carácter oncológico.

1.2.3 Costos en Salud.

Para definir el costo en salud, hay primero que determinar que es un recurso, para lo cual Kroeger Axel (1999) establece como “Todos los posibles insumos necesarios para realizar una actividad (humanos, materiales, técnicos, financieros)” (pág. 10), dicho en otras palabras los recursos son los materiales que se posee para desarrollar una determinada actividad.

Ante lo antes dicho el costo sería el precio que tienen los recursos para producir algo o prestar un servicio determinado, por lo que el costo en materia de salud hace referencia a todos los insumos médicos aplicados, infraestructura, personal, y asignación presupuestaria para cubrir en una población determinada la necesidad de salud.

En relación Kroeger Axel establece la siguiente clasificación de costos:

De Capital y Recurrentes: son todos aquellos que permanecen por un periodo prolongado de tiempo, es decir tienen un amplio margen de duración como infraestructura por ejemplo, mientras que los recurrentes son aquellos cuya duración es inferior a un año, como el salario de un profesional.

- a) De Capital: Recursos que duran más de un año
- b) Recurrentes: recursos que duran menos de un año por lo que se adquieren regularmente. (Kroeger, 1999, pág. 13)

Explicado de otra manera, los costos de capital no requieren una renovación constante por su alto grado de durabilidad mientras que los recurrentes necesitan que sean constantemente readquiridos.

1.2.3.1 Costos Directos e Indirectos.

Los primeros establecidos directamente en la prestación de servicio de salud como el pago de un salario al médico que atiende en una unidad médica, mientras que los indirectos son aquellos que se generan de forma indirecta por la prestación de servicio como por ejemplo el pago de impuestos.

- Costos Directos: aquellos atribuibles directamente a una actividad, un programa o un servicio.
- Costos indirectos: aquellos que no están directamente relacionados con la actividad, el programa o el servicio. (Kroeger, 1999, pág. 13)

1.2.3.2 Costos fijos y Variables

Los primeros son aquellos que no varían al momento de producirse o de prestarse un servicio sin importar la cantidad que se aplique, mientras que los variables son todos aquellos que tienen a sufrir un cambio significativo o ligero de acuerdo al nivel o volumen de producción, es así como los insumos dependiendo del tipo puede establecerse como un costo fijo cuya que este no cambiara independientemente de la cantidad que se aplique a cada paciente por lo que el precio será siempre el mismo, mientras que no así el profesional que lo aplica, mismo que puede incrementar sus honorarios dependiendo de las veces que se requieran sus servicios.

1.2.3.3 Costo Promedio y Marginal

El primero es "(...) el costo medio de producir una unidad de una actividad, un programa o un servicio; resulta de dividir el costo total entre el número total de actividades producidas" (Kroeger, 1999, pág. 14), por ejemplo, un paquete de 10 analgésicos tienen un costo

determinado el promedio es dividir el costo final por el número de las unidades y de esta forma obtener un valor promedio de cada unidad.

Por otro lado el costo marginal se refiere al costo que genera la producción de elementos que inicialmente no se encontraban presupuestados o planificados como por ejemplo, si se tenía planificado vacunar con 10 vacunas a 10 niños, pero surge uno más, el costo marginal es el valor que genera ese niño no presupuestado inicialmente.

1.2.4 Eficiencia, Eficacia y Calidad.

Este apartado es uno de los principios básicos sobre los cuales se rige el Modelo de Atención Integral MAIS, mismo que determina que la prestación de servicios de salud debe ser de forma inmediata, sin demora ni dilataciones, de carácter universal, intentando satisfacer las necesidades poblacionales sin retardo alguno con respecto a la salud.

“La Eficiencia es la expresión que mide la capacidad de la actuación de un sistema o sujeto económico de lograr el cumplimiento de un objetivo minimizando el empleo de recursos” (Varo, 1994, pág. 41)

Para ello se establece que los recursos no deben de ser mal gastados, a fin de brindar el acceso a la salud tanto a los individuos, familias y colectivos en los distintos niveles de atención.

Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto se define como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen el uso adecuado y un mayor rendimiento de los recursos. (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 58)

Con respecto a la calidad, este se refiere a los parámetros mínimos que deben ser cumplidos para la prestación de servicios de salud, es decir, entregar un servicio adecuado, humano, y que soluciones las necesidades poblacionales con el menor gasto posible, sin que ello suponga que deba sacrificársela salud de los pacientes.

1.2.5 Gestión Productiva de la Unidad de Salud.

La gestión productiva de Salud, surge como un esfuerzo de cooperación técnica a fin de lograr la renovación de la Atención Primaria de Salud principalmente y se constituye como una herramienta de carácter gerencial cuyo principal objetivo es fortalecer las capacidades de gestión de los servicios de Salud.

“Se centra la atención en la productividad la eficiencia con eficacia. Estimulando un cambio de cultura institucional y estilos de gerencia en dos direcciones importantes y complementarias” (Organización Panamericana de la Salud, 2010, pág. 23).

Para lograr alcanzar este cambio en la producción de servicios de salud, la Gestión Productiva de salud establece cuatro pilares fundamentales que deben ser tomados en cuenta y mejorados de manera independiente entre los cuales se encuentran: “la PRODUCCIÓN como la expresión operativa del cumplimiento, los RECURSOS o los insumos necesarios para generar el producto, la EFICIENCIA como un factor de relación de insumos y productos y los COSTOS como la expresión financiera del proceso, enmarcados en los objetivos institucionales y las metas de salud” (Organización Panamericana de la Salud, 2010, pág. 28).

1.2.6. Sistema de Información Gerencial en Salud.

El Sistema de Información gerencial, es una herramienta de carácter informática cuyo objetivo es desarrollar definiciones básicas de aplicación internacional, debido a la intervención de países para su desarrollo como Colombia, Honduras, Guatemala, Bolivia y Uruguay.

Este surge mediante una reunión desarrollada en Colombia en 1973, estableciéndose bases conceptuales, instrumentos y metodología, ya para 1975 y durante tres años se elabora un proyecto más extenso en el cual se incluía a Honduras, y la formación de un instrumento para la institución sanitaria individual dando lugar a la conceptualización de Red de Salud.

Para 1981 esta experiencia se extendería a Guatemala finalizando en 1984 con Bolivia, momento en el cual se desarrolló el primer software del SIG, misma que funcionaba en la plataforma básica MDOS, es decir se ingresaba a partir de comandos ya que se carecía de un sistema operativo que facilite su aplicación.

Este proyecto evoluciona en la década de los 90' mediante el diseño del SIG para el sistema operativo de Windows denominándose WinSig, versión en la cual se integraron varios países de la región entre los cuales se encuentra el Ecuador.

1.2.7. Financiamiento Del Sistema De Salud

El financiamiento es el conjunto de recursos económicos que se destinan al desarrollo de una actividad, en este caso la prestación de servicios de salud y de esta manera poder adquirir todos los insumos y asumir los gastos que este servicio genera.

Las fuentes de financiamiento son públicas y privadas, las fuentes públicas incluyen: fuentes nacionales, provinciales/departamentales, municipales, impuestos generales y cotizaciones de seguridad social. Las fuentes privadas corresponden a primas de seguros privados y el gasto de bolsillo. (UNASUR, 2012, pág. 621)

En el Ecuador, el financiamiento de la salud va en el mismo sentido que el expresado a través de la cita textual, ya que permite la inversión pública y privada para establecer un sistema integral de salud que cubra las necesidades de la población ecuatoriana, por lo que los recursos para su financiamiento provienen en primer plano del Estado y sus diversas dependencias, permitiendo el complemento del sector privado ya sea de forma independiente o de composición mixta.

CAPÍTULO II

1. DISEÑO METODOLÓGICO

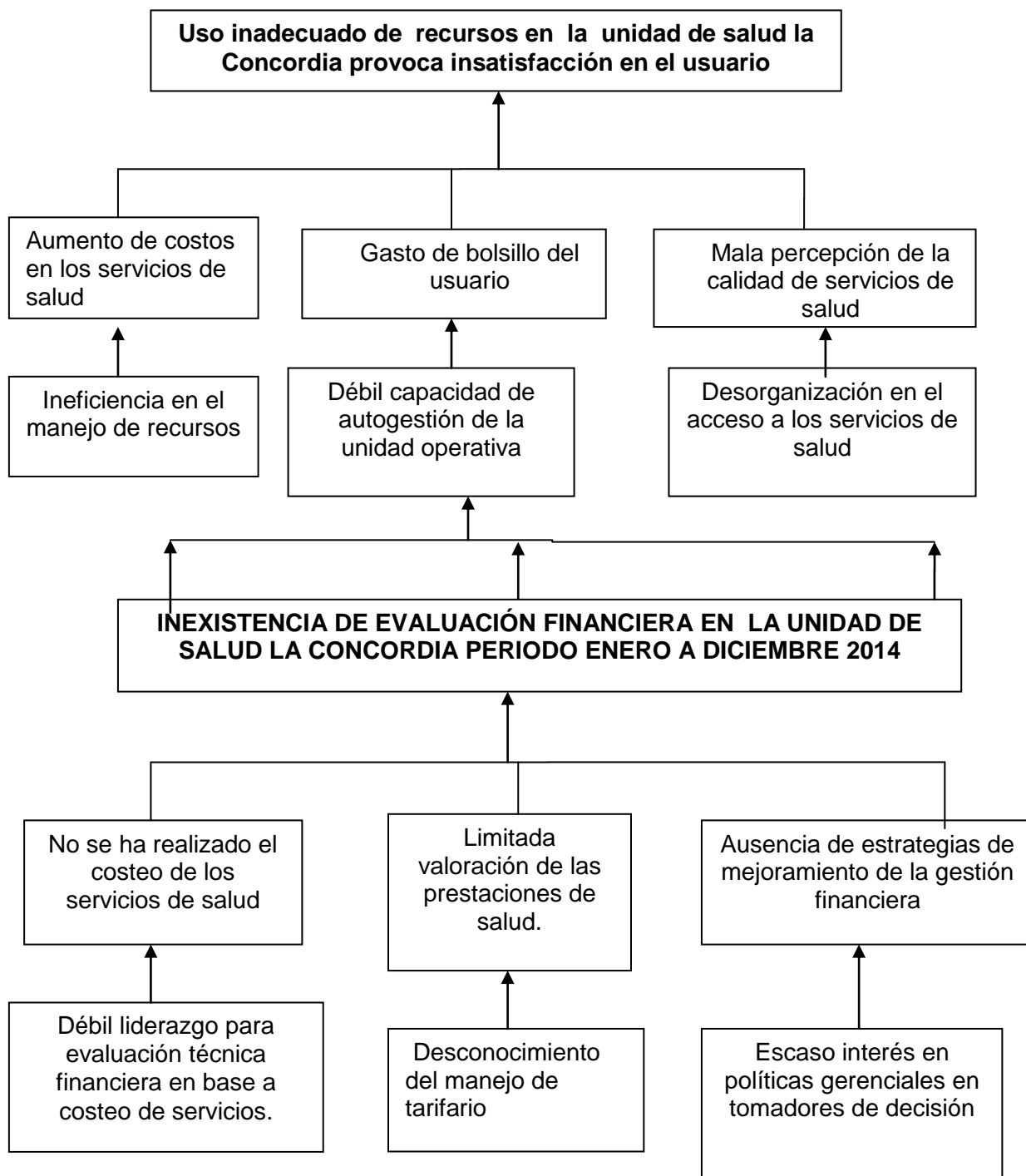
2.1 Matriz de involucrados

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

Fuente: Distrito 23D03 Zona 4

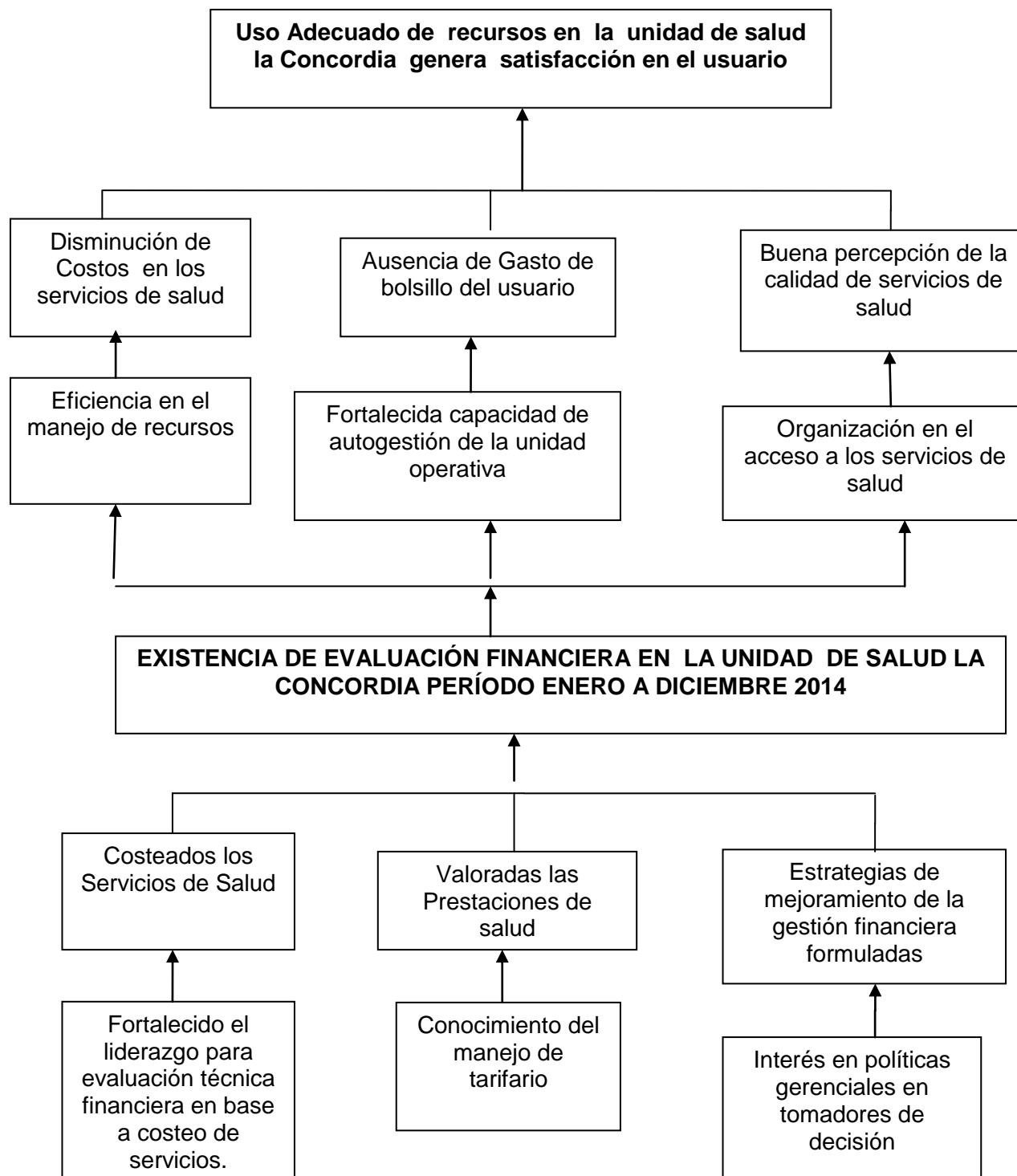
Elaborado por: UTP

2.2 Árbol de problemas



Fuente: Distrito 23D03 Zona 4
Elaborado por: UTPL

2.3 Árbol de objetivos



Fuente: Distrito 23D03 Zona 4
Elaborado por: UTPL

2.4 Matriz del marco lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Contribuir al uso adecuado de recursos en la unidad de salud La Concordia	Niveles de productividad de los servicios de salud: Alto => 80% Medio = 60 y 80% Bajo < 60%	Informe de producción de los servicios de salud	Alto compromiso del nivel directivo para facilitar los recursos en la ejecución de las actividades.
PROPOSITO Evaluación financiera de la unidad de salud La Concordia	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 2014	Informe de las prestaciones costeadas	Entrega de información necesaria y oportuna
Prestaciones de salud valoradas.	100 % de prestaciones de salud valoradas a diciembre 2014	Informes de planillas de los centros de costos	Entrega de información requerida
Estrategias de mejoramiento de gestión financiera formuladas	Nº de indicadores de gestión financiera formuladas en la unidad de salud.	Informes de indicadores de gestión financiera presentados	Apoyo de los directores de la unidad para su implementación
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO \$
RE 1. Servicios de Salud costeados.			
1.1.Socialización del Proyecto	Maestranes UTPL, Tutores	18-22 noviembre 2014 15 de Marzo 2015	100 dólares
1.2.Taller de inducción al proceso de costos	Maestranes UTPL, Tutores	Febrero 2015	100 dólares
1.3 Recolección de información.	Maestranes UTPL,	Junio 2015	250 dólares
1.4Instalación de programa WinSig para procesamiento de datos.	Maestranes UTPL Directivos de la unidad	28 junio 2015	150 dólares
1.4 Generación de resultados de costos	Maestranes UTPL, Tutores	15 de julio al 01 octubre 2015	100 dólares

RE2. Evaluar económicamente las prestaciones de servicios de salud brindados por la unidad La Concordia, en base al Tarifario del Sistema Nacional de Salud.

2.1 Socialización del manejo del tarifario del sistema nacional de salud.	Maestranteres UTPL,	24 junio 2014	100 dólares
2.2. Recolección de información de producción del establecimiento de salud	Maestranteres UTPL, Tutores	24 junio 2014 25 agosto 2015	100 dólares
2.3. Valoración económica de las prestaciones de salud según el tarifario del sistema nacional de salud actual	Maestranteres UTPL, Tutor	4 agosto 2015 1 septiembre 2015	100 dólares

RE3. Estrategias de mejoramiento de Gestión Financiera formuladas

3.1. Calculo de punto de equilibrio	Maestranteres UTPL, Tutores	6 agosto 2015 22 septiembre 2015	200 dólares
3.2. Socialización de resultados	Maestranteres Directivos unidad de salud	17 octubre	150dólares
3.3. Diseño de estrategias de mejoramiento, según resultados obtenidos	Maestranteres Directivos unidad de salud	24 septiembre	150 dólares
3.4. Presentación de informe final a autoridades zonales.	Maestranteres Directivos unidad de salud	30 septiembre	200 dólares

Fuente: Distrito 23D03 Zona 4

Elaborado por: UTPL

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS

3.1 Resultados de los servicios de salud costeados.

Luego de la autorización otorgada por el Ministerio de Salud Pública y como resultado del convenio establecido entre este Ministerio y la Universidad particular de Loja, habiendo firmado el acuerdo de confidencialidad, entre ambas entidades se procede a la realización de las actividades planteadas en la Zonal 4 correspondiente al distrito 23D03 La Concordia

3.1.1 Socialización del proyecto.

Se realizó la visita al cantón La Concordia 1 centro de salud tipo A el cual se ubica en el la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en la que se socializa con Dr. Luis Alberto Torres realizando el trámite personal con el primer oficio que envió la UTPL en el mes de Octubre del 2014 el lugar para la realización del proyecto Puzzle,

Se evidencia de parte del Director colaboración, se envía un segundo comunicado de parte de la UTPL el acuerdo de confidencialidad que es llevado a la unidad el La Concordia se le entrega la autorización del MSP como de la Universidad explicándole la relevancia del proyecto de evaluación financiera se encuentra colaboración de manera interesada otorgándome los datos solicitados.

Se realiza el taller de inducción con el personal que labora en el centro de Salud de La Concordia.

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

3.1.2. Taller de inducción al proceso de costos.

Con el apoyo del Director zonal se realizó en la ciudad de el La Concordia de manera conjunta con los recursos humanos responsables de los diferentes departamentos se enfatiza personalmente sobre la información a recolectarse, los datos de producción, de costos, de planillaje.

3.1.3. Recolección de información.

Con el apoyo y la autorización otorgada por el Director del Distrito de salud se procede a obtener la información especialmente de RDACCA iniciando así el proceso de recolección de información, para lo cual se siguieron los lineamientos planteados en el documento suscrito con el MSP. "Procedimientos para levantamiento de información de costos en el primer nivel", para el efecto se utilizaron las matrices diseñadas para cada componente del costo.

Se llenan las matrices de la unidad y por cada mes del Circuito la Concordia de enero a diciembre del año 2014.

a) Mano de obra:

"Remuneraciones.- Este rubro utilizar para calcular el gasto de la mano de obra del personal de planta y contratos. Este valor estará compuesto además de la remuneración o salario mensual unificado otros rubros tales como el aporte patronal, fondos de reserva, horas extras, subsidios de antigüedad y familiar, etc.; además se incluirá la parte proporcional mensual izada del décimo tercero y cuarto sueldo el gasto de la mano de obra son el distributivo presupuestario y rol de pagos.

Se utilizaron 2 matrices para el efecto.

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

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

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

Se evidencia que la información a este proceso no fue de manera completa ordenada y detallada, y con las matrices de la Universidad de Loja se logra completar lo requerido.

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

Para el efecto, se prepara la matriz, misma que pretende recopilar el consumo de

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

Por parte de la persona encargada de activos informa de los físicos, en forma no ordenada, ni detallada en este proceso asumen que existió la pérdida de información sistematizada, lo que limito realizarlo de manera más exacta al recolectar la información detallada por cada unidad ya que mantienen un control mensual coordinado del Distrito a las diferentes unidades que pertenecen y en este caso centro de Salud tipo A, La Concordia y para su nueva requisición no existe un formulario para el mismo.

c) Depreciaciones de bienes y uso de inmueble.

De la misma manera con las matrices de la UTPL y la información sobre los inventarios de activos de los centros de costo, su valor residual y depreciación mensual. (Anexo N° 5)

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

d) Gastos fijos Generales

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

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

e) Datos de producción

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, 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, sin embargo reconocemos que es muy orientador, ya que el 70% aproximadamente de la carga del costo está en mano de obra, información que si fue posible obtener.

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

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

3.1.4 Procesamiento de datos.

De la información otorgada por el programa WinSig, se generan los cuadros gerenciales de cada mes del año 2014. El cuadro 1 ofrece un perfil global de la situación; el cuadro 2 muestra los niveles de uso de los servicios de apoyo terapéutico diagnóstico, administrativo y general por parte de los servicios finales; los cuadros 3 y 4 proporcionan información sobre los patrones de dotación, distribución, productividad y composición del recurso humano; y el cuadro 5 informa sobre los costos totales.

El programa nos permitió alcanzar la siguiente información:

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

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

- ✓ Costos integrales de los servicios
- ✓ Costos netos.

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

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

3.2.1 Costo de atención.

Es importante resaltar que los datos obtenidos son otorgados por el personal responsable de las diferentes aéreas EL La Concordia Distrito D2303 Zona 4 son reducidos, especialmente en lo que se refiere a las otras actividades por lo que no está acorde a la realidad. En el siguiente cuadro se detalla los resultados obtenidos por los costos de la unidad estudiada.

Tabla 6: Costo Promedio de Atención

COSTO DE ATENCIÓN			
Nombre de la unidad	Costo total anual	Número atenciones	Costo promedio por atención
LACONCORDIA	865.572,21	53.324,00	16,23

Fuente: WinSig cuadro 4

Elaborado por: Autor

Las prestaciones valoradas son: atenciones médicas en consulta externa,, visitas domiciliarias, promoción de salud, odontología, promoción en salud, para todo análisis tomaremos como referencia el tarifario nacional de salud, así observamos que en la unidad de La Concordia, el costo promedio es de 18,80 por atención teniendo como número de atenciones 31767,00.

3.2.2 Costo por población asignada.

Tabla 7: Costos por población asignada

COSTO DE ATENCIÓN PER CAPITA			
Nombre de la unidad	Costo total	Población asignada	Costo por habitante
LA CONCORDIA	865.572,21	51.761,00	16,72

Fuente: WinSig cuadro 4.

Elaborado por: Autor

El costo per cápita se considera de acuerdo a la definición de la OMS la suma tanto de los recursos privados como públicos del área que sirve dividido para la población, en este caso es una valoración parcial sin embargo se encuentra muy por debajo de lo que informa el gobierno que esta sobre los 400 USD por persona, lo que indica la inequidad de la distribución de los recursos en salud.

3.2.3 Costos de servicios.

El costo de los servicios se lo realizó con la suma de costos directos más indirectos por servicio. La consulta externa medica con un 54%.

3.2.4. Componentes del costo de servicios.

3.2.5. Costos directos.

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

Tabla 8: Costo directos

COSTOS DIRECTOS DE SERVICIOS LA CONCORDIA			
Servicio	Costo total del servicio	Costo directo del servicio	% del costo directo
Consulta externa	591.500,51	482.193,98	82%
Visita domiciliaria	8.735,66	7.121,35	82%
Odontología	227.744,03	185.658,00	82%
Psicología	26.983,06	21.996,72	82%
Promoción de la Salud	11.398,61	9.292,20	82%
TOTAL	866.361,87	706.262,25	82%

Fuente: WinSig cuadro 4

Elaborado por: Autor

De acuerdo a la distribución en porcentajes se observa una simetría en los gastos o costos siendo en todos los servicios del 80% representando un porcentaje adecuado en función de la producción de la unidad.

3.2.6. Costos indirectos.

Tabla 9: Costo indirectos

COSTOS INDIRECTOS DE SERVICIOS LA CONCORDIA			
Servicio	Costo total del servicio	Costo indirecto del servicio	% del costo directo
Consulta externa	591.500,51	109.306,53	18%
Visita domiciliaria	8.735,66	1.614,31	18%
Odontología	227.744,03	42.086,03	18%
Psicología	26.983,06	4986,34	18%
Promoción de la Salud	11.398,61	2106,41	18%
TOTAL	866.361,87	160.099,62	18%

Fuente: WinSig cuadro 4

Elaborado por: Autor

La interpretación del costo indirectos que no tiene que ver directamente con el proceso de atención se encuentra dentro del esperado en 18% es aceptable para un proceso de producción de este tipo de prestaciones.

3.2.7. Costos netos.

Tabla 10: Costos integral y costo neto

COSTO INTEGRAL Y COSTOS NETO 2014			
NOMBRE DE LA UNIDAD	Servicio	Costo Integral	Costo Neto
LA CONCORDIA	Consulta externa	27,25	16,35
	Visita domiciliaria	7797,95	6750,76
	Odontología	43,29	11,15
	Psicología	615,19	42,07
	Promoción de la Salud	19234,94	1033,14

Fuente: WinSig cuadro 4

Elaborado por: Autor

En la evaluación del costo integral que involucra todos los elementos involucrados en la atención, es decir tanto los gastos directos como los indirectos y que nos da una idea más objetiva del costo total de la atención encontramos con los datos obtenidos del cuadro 4 del WinSig que el costo de la atención en consulta externa es ligeramente más alto que el del tarifario pero sin impacto directos, odontología y psicologías se encuentran dentro de rangos adecuados, visita domiciliaria presenta datos correlacionales con lo establecido en el tarifario, únicamente las actividades de promoción se encuentran en valores elevados dados por las explicaciones anteriormente citadas y este es una prestación sobre la que se debe trabajar.

3.2.8. Cotos fijos.

Tabla 11: Costos fijos La Concordia

COSTOS FIJOS		
NOMBRE DE LA UNIDAD: LA CONCORDIA		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Remuneraciones	551.229,96	91%
Servicios básicos	3.000,00	0,50%
Depreciaciones	3.506,25	0,60%
Uso edificio	1.302,75	0,20%
Vigilancia	31.875,00	5%
Guardianía	16.618,50	3%
Total	607.532,46	100%

Fuente: WinSig cuadro 4

Elaborado por: Autor

El análisis del costo fijo se observamos una distribución especial indicando que la producción en las dos unidades no es la adecuada y los ingresos que generan se destinan en su mayoría al pago de costos directos.

Tabla 12. Costos variables La Concordia

COSTOS VARIABLES		
NOMBRE DE LA UNIDAD : LA CONCORDIA		
Componentes	Valor	% Participación en relación al costo total
Material de oficina	9.996,00	4%
Material de aseo	18.000,00	7%
Materiales de Laboratorio	45.000,00	17%
Medicinas	138.000,00	51%
Insumos	-	-
Biomateriales odontológicos	60.000,00	22,00%
Combustible	600	0,20%
Total	271.596,00	100%

Fuente: WinSig cuadro 4

Elaborado por: Autor

En cuanto a los costos y su distribución encontramos los gastos en medicina altos en materiales de oficina en poca cantidad, y observándose un inusual gasto alto en limpieza debido a que es un servicio contratado lo que nos lleva a pensar que sería mucho más económico personal de planta, tomando este aspecto como un error de gestión.

3.2.9 Análisis de Indicador del Resultado Esperado.

Se cumplió el 100% del indicador, se valoraron los gastos tanto los costos netos como los gastos fijos y variables realizándose la interpretación de los mismos.

Dentro de los componentes de los costos encontramos que la mayor cantidad de recursos se gastan en los costos directos en función del tipo de prestación que se entrega, de estos la mayor cantidad representa el pago de remuneraciones característica ya de las unidad de salud y en general de una empresa de prestación de servicios, por la multiplicidad de actividades que deben realizarse en la misma, llama la atención el gasto elevado en suministros de aseo debido a que es un servicio contratado, esta unidad también cuenta entre sus gastos el de guardianía, las depreciaciones se muestran relativamente altas por la presencia de equipos médicos, en cuanto a los costos indirectos la mayor cantidad de costo lo representa la administración, debiéndonos preguntarnos si justifica tal erogación la administración o es en donde podemos incidir para racionalizar los gastos.

3.3 Resultado de los servicios de salud planillados

3.3.1 Socialización de tarifario del sistema nacional de salud.

Con el apoyo de las autoridades de la Coordinación Zonal 4, se procedió a convocar a los funcionarios de la unidad al taller del adecuado uso del sistema de tarifario nacional de salud, previamente se había recibido la capacitación por parte de la universidad y el envío de las matrices de la misma.

Dicha capacitación se realizó en el cantón del La Concordia con la siguiente temática:

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

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

2. Estructura y reglas básicos del manejo de tarifario del sistema nacional de salud El tarifario de honorarios médicos en unidades de primer nivel

Tarifario de servicios institucionales.

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

En la ciudad de La Concordia se realiza la capacitación al Personal técnico especializado en el uso del Tarifario del Sistema Nacional de Salud.

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

Fue un taller colectivo, en el que se contó con la presencia de los funcionarios involucrados.

3.3.2 Recolección de información.

El instrumento para la recolección de datos fue le RDACAA, procesando la producción de las unidades intervenidas como fuente de información. Utilizando filtros y tablas dinámicas, hubiera sido más valioso si estuviere adecuadamente llenado y subido al sistema con la prolijidad que exige este instrumento, fue posible obtener los siguientes datos. (Tabla N°15)

a) Honorarios médicos

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

b) Acciones de promoción y prevención

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

c) Servicios institucionales

- ✓ Se solicitaron reportes mensuales de la producción detallada por cada prueba de las

determinaciones de laboratorio, tipo de exámenes de imagen, tipo de terapias brindadas en servicio de rehabilitación.

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

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

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

Con la metodología señalada en la actividad 2.2, se obtuvieron los valores del planillaje de cada prestación, se obtienen los siguientes resultados.

Tabla13. Resumen de planillaje

RESUMEN DE PLANILLAJE 2014		
	LAONCORDIA	% participación
Morbilidad	204.058,04	25%
Prevención	259.124,01	31%
Visita Domiciliaria	2.967,03	0,30%
Odontología	353.112,52	43%
Laboratorio	4.857,36	0,60%
Promoción	238,05	0,03%
Otros Procedimientos	3.638,14	0,40%
Total	827.995,15	100%

Fuente: WinSig cuadro 4

Elaborado por: Autor

Se concluye que el mayor aporte económico proviene de la atención en consulta morbilidad, los procedimientos solo fueron facturados los de odontología ya que los otros procedimientos

fueron realizados dentro de la consulta y no se contó con información de procedimientos realizados fuera de la consulta.

Análisis 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, es m 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 ello. Las unidades del MSP, no reportan la producción detallada de cada uno de los servicios, en los Distritos, solo se consolidan datos globales, hecho que constituye una serie limitación en el ámbito gerencial.

3.4 Resultado de estrategias de mejoramiento.

3.4.1 Cálculo del punto de equilibrio.

En el mes de Junio del 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:

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

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

Donde:

PE = Punto de Equilibrio

CF = Costos Fijos

CV = Costos Variables

VT = Ventas Totales – Facturación

NMF : Nivel Mínimo de Facturación

CF: Costos Fijos

CV: Costos Variables

F: Facturación

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

Resumen de punto de equilibrio de unidades intervenidas

Tabla 14. Resumen del punto de equilibrio La Concordia

PUNTO DE EQUILIBRIO: LA CONCORDIA	
COSTOS FIJOS	607.532,46
COSTOS VARIABLES	271.596,00
COSTOS TOTALES	879.128,46
VALORACION DE INGRESOS SEGÚN TARIFARIO	827.995,15
PE USD	904.088,24
PE %	(9,19)

Fuente: WinSig cuadro 4

Elaborado por: Autor

De acuerdo al cálculo del punto de equilibrio observamos que la unidad se encuentra muy limitada que no hay mucha diferencia y si es sostenible, ya que sus ingresos dados por el cálculo con el tarifario son inferiores a sus gastos o costos totales, por lo tanto el porcentaje es de 129,80% no siendo un número representativo.

Resultados del Indicador

Se cumplió el 100% de la actividad propuesta, se obtuvieron los resultados de la facturación y puntos de equilibrio de la unidad del La Concordia.

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

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

3.4.2 Socialización de resultados.

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

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

3.4.3 Diseño de estrategias de mejoramiento.

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

En la unidad del La Concordia se sugiere implementar siguientes estrategias:

Tabla 15. Estrategias de mejoramiento unidad La Concordia

PROBLEMA DETECTADO	ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO SUGERIDA
SISTEMA DE INFORMACION INCOMPLETA	Socialización, capacitación, seguimiento y evaluación de los funcionarios encargados del llenado del RDACAA, así como el ingreso al sistema. Monitorización permanente del correcto llenado y registro de los mismos. Establecer un sistema de recolección de información adecuada de los datos que no contempla el RDACAA. Información financiera adecuada de los costos mediante el sistema ABC.
BAJA PRODUCCION	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. Monitoreo continuo de los servicios con baja producción y mejoramiento de los mismos Establecimiento de necesidades de atención de la comunidad.
AUSENCIA DE ANALISIS FINANCIERO	Calificación del personal a cargo del proceso financiero en la unidad Capacitación de este personal en análisis financiero Establecimiento de una contabilidad de costos adecuada Identificación y levantamiento de un proceso de compras
RECUPERACION DE GASTOS	Realizar un planillaje adecuado de las prestaciones Establecer con las autoridades el método de recuperación de las mismas Monitoreo de planillaje en comparación con gastos y producción Establecimiento y uso del tarifario nacional.

3.4.4 Implementar un sistema de monitoreo de la atención médica

- ✓ La producción de las unidades médicas, por médico
- ✓ La atención médica brindada por sexo y edad
- ✓ Atención médica por tipo de profesionales

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

Recomendamos utilizar la matriz de monitoreo utilizada en el desarrollo de este proyecto.

3.4.5 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 16. Monitoreo de los productos de los equipos de salud de primer nivel

COMPONENTES	LA CONCORDIA
ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	
Comités de salud local funcionando	x
COMITES DE USUARIOS O GRUPOS ORGANIZADOS Y FUNCIONANDO	
Grupos de adultos mayores	X
Grupos de diabéticos	x
Grupos juveniles	x
Grupos de personas con discapacidad	x
Otros especifique HTA y madres adolescentes	x
DIAGNOSTICOS SITUACIONAL INICIAL	X
DIANGOSTICOS DINAMICOS	x
SALA SITUACIONAL IMPLEMENTADA Y ACTUALIZADA	x
PLANES DE SALUD LOCAL FORMULADOS DE ACUERDO A NORMATIVA Y HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN ESTABLECIDAS POR EL MSP	X
COMPROMISOS DE GESTIÓN	x
ACCIONES DE SALUD MONITOREADAS Y EVALUADAS	x

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

Se considera 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 esto 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

Tomando como referencia 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.

Se prepara la siguiente herramienta: tomando en cuenta el profesional médico, odontólogos, enfermera, y obstetrix en el caso de las unidades intervenidas como es el número de atenciones, número de horas trabajadas, número de visitas domiciliarias empleadas en sus horas de trabajo, número de horas dedicadas a la administración, horas laboradas en eventos, hora laboradas en procedimientos horas laboradas en capacitaciones, horas ausentismo-vacaciones lo que en la unidad de La Concordia 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, a continuación se realizó la valoración en función de la matriz cuyos datos se encuentran detallados en esta tabla.

Apartado N°1

ATENCIÓN POR PROFESIONAL (MORBILIDAD- PREVENTIVAS, PRIMERAS-SUBSECUENTES) 2014 TABLA MENSUAL			ENERO		
Nombre del médico	Profesión	Unidad	Número de días de atención	Total de Consultas	Promedio de atención/día
ARRIOLA CARMEN	MÉDICO/ A	LA CONCORDIA	0	0	#¡DIV/0!
ASTUDILLO VANESSA	MÉDICO/ A		11	480	43,64
ESPINEL JUAN	MÉDICO/ A		0	0	
GARCIA EVELYN	MÉDICO/ A		0	0	
LUJANO REZABALA	MÉDICO/ A		0	0	#¡DIV/0!
MONTALVO JOSE	MÉDICO/ A		13	159	12,23
MOREIRA HOMERO	MÉDICO/ A		0	0	#¡DIV/0!
MOREIRA MENDOZA ELBA	MÉDICO/ A		4	64	16,00
POZO MILTON	MÉDICO/ A		23	212	9,22
SOTELO CLAUDIA	MÉDICO/ A		0	0	#¡DIV/0!
TIRADO MARCIA	MÉDICO/ A		0	0	#¡DIV/0!
VELEZ HERLINDA	MÉDICO/ A		0	0	#¡DIV/0!
VERA BETTY	MÉDICO/ A		0	0	#¡DIV/0!
LUZURIAGA MARICELA	MÉDICO/ A RURAL		0	0	
MAYORGA CARLOS	MÉDICO/ A RURAL		27	494	
MENDOZA ALBA	MÉDICO/ A RURAL		21	454	
PALMA ROSSANA	MÉDICO/ A RURAL		1	20	20,00
ROBLES ADRIANA	MÉDICO/ A RURAL		26	507	19,50
URIASTE CRISTIAN	MÉDICO/ A RURAL		19	306	16,11
VASCONEZ LUIS	MÉDICO/ A RURAL		0	0	#¡DIV/0!
VENEGAS OCAÑA	MÉDICO/ A RURAL		0	0	#¡DIV/0!
YUNGA ATAPUMA	MÉDICO/ A RURAL		0	0	#¡DIV/0!
CORDOVA FABIAN	ODONTÓLOGO		0	0	#¡DIV/0!
LARA VERONICA	ODONTÓLOGO		12	263	21,92
LOAIZA JENNY	ODONTÓLOGO		19	510	26,84
PALOMINO VERONICA	ODONTÓLOGO		0	0	#¡DIV/0!
TORO SANDRA	ODONTÓLOGO		20	470	23,50
BRIBORICH KATHERINE	ODONTÓLOGO RURAL		0	0	#¡DIV/0!
PALACIOS DANIELA	ODONTÓLOGO RURAL		21	330	15,71
REYNA MARCIA	ODONTÓLOGO RURAL		0	0	#¡DIV/0!
CORTEZ MARCELA	OBTETRIZ		0	0	#¡DIV/0!
CUYO MARIA	OBTETRIZ		0	0	#¡DIV/0!
INGA VERONICA	OBTETRIZ		7	182	26,00
MORANTE LILIANA	OBTETRIZ		7	120	17,14
NIETO FANNY	OBTETRIZ		6	107	17,83
QUEZADA ALEXANDRA	OBTETRIZ		7	151	21,57
QUIÑONEZ MIRELLA	OBTETRIZ		0	0	#¡DIV/0!
TORRES DEYCI	OBTETRIZ		0	0	#¡DIV/0!
TRIANA YESSENIA	OBTETRIZ		0	0	#¡DIV/0!
BARRIGA JAIME	PSICOLÓGO		21	114	5,43

3.4.7 Cálculo de indicadores de monitoreo y evaluación.

La finalidad de contar con un sistema de evaluación coherente, sistemática 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 la unidad del distrito correspondiente a La Concordia.

Tabla 17. Indicadores de Monitoreo y Evaluación

1.- INDICADORES DE ESTRUCTURA			
INDICADORES DE DISPONIBILIDAD			
INDICADOR	FORMULA	QUE MIDE	Resultado
Razón horas médico contratadas al año x habitante	No horas médico contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas médico por habitante	0.66/ hora
Razón horas odontólogo contratadas al año x habitante	No horas odontólogo contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas odontólogo por habitante	0.75/ hora
Razón horas enfermera contratadas al año x habitante	No horas enfermera contratadas/población asignada	Disponibilidad de horas enfermera por habitante	1 / hora
INDICADORES DE ACCESIBILIDAD			
% de cumplimiento de citas	Citas asignadas/total de consultas	Acceso a servicios de salud	No hay el dato estadístico
% de referencias solicitadas por la unidad	Número de referencias médicas solicitadas a nivel superior/total de atenciones médicas	Capacidad resolutive de la unidad	2%
2.- INDICADORES DE PROCESO			
INDICADORES DE EXTENSIÓN DE USO			
% de consulta en menores de 28 días	Total de consultas a menores de 28 días/total de consultas	Uso de servicios de consulta en neonatos	0%
% de consultas entre 29 días a 11 meses	Total de consultas de 29 días a 11 meses/total de consultas	Uso de servicios de consulta en lactantes	4%
% 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	10%
% de consultas de 5 a 9 años	Total de consultas a menores de 5 a 9 años /total de consultas	Uso de servicios de consulta en escolares	14%
% de consultas de 10 a 19 años	Total de consultas a menores de 10 a 19	Uso de servicios de consulta en	17%

	años/total de consultas	adolescentes	
% 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	43%
% 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	13%
% de atención a mujeres	Total de consultas a mujeres/total de consultas	Uso de servicios de consulta en mujeres	57%
% de atención a hombres	Total de consultas a hombres /total de consultas	Uso de servicios de consulta en hombres	43%
% Consultas de prevención	Total de consultas de prevención /total de consultas	Comportamiento de consultas de prevención	15%
% Consultas de recuperación	Total de consultas de morbilidad /total de consultas	Comportamiento de consultas de recuperación	85%
% consultas primeras	Total de consultas primeras/total de consultas	Comportamiento de consultas primeras	53,37%
% Consultas subsecuentes	Total de consultas a subsecuentes /total de consultas	Comportamiento de consultas subsecuentes	46,63%
% consultas en establecimiento	Total de consultas brindadas en establecimiento /total de consultas	Cobertura de atención en establecimiento	96,81%
% consultas en comunidad	Total de consultas brindadas en comunidad /total de consultas	Cobertura de atención en comunidad	1,11%
% visitas domiciliarias	Total de consultas brindadas en domicilio /total de consultas	Cobertura de atención en domicilio	0,25%
% de consultas en otros centros	Total de consultas brindadas en otros centros /total de consultas	Cobertura de atención en centros	No hay el dato estadístico
% de atenciones brindadas por médicos: generales, especialistas, rurales	Total de consultas a brindadas por médicos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por médico	42%
% de atenciones brindadas por odontólogo	Total de consultas a brindadas por odontólogos /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por odontólogo	35%
% de atenciones brindadas por psicólogo	Total de consultas a brindadas por psicólogo /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por psicólogo	2%
% de atenciones brindadas por obstetrix	Total de consultas a brindadas por obstetrix /total de consultas	Cobertura de atenciones brindadas por obstetrix	10%
% de atenciones brindadas por otros	Total de consultas a brindadas por otros	Cobertura de atenciones brindadas	No se dispone de profesional

profesionales	profesionales /total de consultas	por otros profesionales	
INDICADORES DE INTENSIDAD DE USO			
Concentración de consultas	Total de consultas/total primeras consultas	Veces que un paciente acudió a la unidad por la misma enfermedad, intensidad de uso de la consulta anual	8904,0
Frecuencia de uso en consulta	Número de atenciones/total de pacientes atendidos	Número de veces que el paciente recibe atención durante el año	31767,0
Frecuencia de uso de consulta 1 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 1 vez en el anual	57167,0
Frecuencia de uso de consulta 2 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 2 vez en el año	2874,8
Frecuencia de uso de consulta 3 consulta	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 3 vez en el año	2922,8
Frecuencia de uso de consulta 4 y mas	Número de pacientes	Número de pacientes que acudieron al establecimiento 4 y mas vez en el año	6223,6
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO			
% cumplimiento de horas contratadas en consulta	Horas laboradas en consulta/horas contratadas para consulta	Rendimiento de tiempo de consulta	No hay el dato estadístico
Productividad en consulta	No consultas / horas contratadas para consulta	Productividad de consulta por hora contratada	1.8
Promedio diario de Consultas	(No. consultas realizadas/total días laborados en consulta)	No. de consultas realizadas por día en la unidad	14

Fuente: MSP
Elaborado por: UTPL

La productividad se encuentra en menos del 50% en todos los profesionales, en 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 resolutoria de la unidad es la adecuada, y

en cuanto a la frecuencia de consulta es similar con predominio en el indicador de 4 o más consultas posiblemente porque toma más posibilidades de consultas.

3.4.8 Entrega de informes a las autoridades distritales.

Después de culminar con todas las actividades propuestas en este proyecto de tesis y luego de su aprobación, se presentará el informe final al Director del Distrito, con todos los documentos anexos que evidencien el desarrollo de las actividades propuestas y los resultados obtenidos, generando el compromiso de socializar con los servidores del Distrito.

Análisis con autoridades distritales.

Con la aprobada la tesis se realizó el análisis de los resultados con las autoridades del distrito, presentación de Informe Final.

Los resultados se cumplieron con el apoyo del personal de la unidad de salud descrita, obteniendo como resultados costos que varían por la cantidad de atenciones no registradas adecuadamente, con el personal constantemente rotativo, el poco interés de manejar adecuadamente los registros de actividades se ha visto en la recolección de información el mismo que puede ser verificado al obtener resultados de valores y costos altos en mano de obra, e insumos. En relación al uso del inmueble cabe recalcar que es propio pero el gasto mayoritario se evidencia en la contratación de personal de limpieza, guardianía y vigilancia de forma a privada siendo un gasto inapropiado.

CONCLUSIONES

1. En la valoración de costos encontramos que los costos directos son más altos que los costos indirectos, guardando relación con la demanda de recursos y la tendencia natural ya que dentro de estos costos se encuentran involucrados directamente los determinantes de prestación de salud, como es el de remuneraciones.
2. El análisis financiero de la unidad de salud constituye una de las herramientas más importantes para la evaluación en cuanto a producción, sostenibilidad y sustentabilidad en las unidades de salud de primer nivel siendo el primer el caso de la presenta tesis el análisis situacional de la unidad de salud centro de salud tipo A La Concordia.
3. El costo per cápita observamos un valor inferior lo que determina una inadecuada distribución de los recursos tomando en cuenta los valores percápita que indica el gobierno es sus informes oficiales, no es un valor que asegure una atención de calidad a la población.
4. El cuanto costos directos el mayor porcentaje lo absorbe la mano de obra hecho indispensable para ofrecer una atención de calidad, seguido por el de medicinas y materiales odontológicos, además encontramos el rubro de material de laboratorio, que se enmarcan dentro de la tendencia de la mayoría de las unidades de salud.
5. Dentro de los costos indirectos se observa que el mayor porcentaje corresponde a gastos administrativos, a este nivel posiblemente se podría actuar con el fin de reducir los costos, en función de una real distribución de funciones y gastos.
6. Dentro de los costos fijos el 90.73 % corresponden a la mano de obra, otro ítem que podría ser revisable en función del personal sanitario exclusivamente hablando y del personal administrativo de apoyo en donde se pueden racionalizar los gastos, en los costos variables las medicinas son las que mayor porcentaje suman y de hecho debe ser así ya que son un componente importante en la atención al paciente, en la distribución observamos que los costos fijos suman el mayor porcentaje, sería adecuado mejorar la producción para que la distribución de porcentajes sea más equilibrada en función de la producción de los servicios.

7. En la distribución de costos la mayor cantidad de recursos el mayor gasto corresponde a la consulta externa, sin embargo por su producción el costo integral se encuentra en rangos adecuados, en el servicio de odontología los costos son adecuados, los eventos de salud son los más costosos requiriendo una intervención oportuna que permita hacer de este producto un servicio rentable.
8. La valoración económica encontramos que el mayor porcentaje de producción en función del tarifario se encuentra en procedimientos de odontología acompañados de la consulta externa dentro de este la atención de morbilidad, además odontología, los servicios de promoción en salud y visitas domiciliarias son los que menos aportan.
9. Al realizar la valoración del punto de equilibrio encontramos que la unidad en este momento es sostenible con la producción que presenta, pudiendo la misma ser mejorada.
10. La producción se puede considerar que es adecuada especialmente en lo que respecta a los procedimientos y prestación en consulta externa, debe mejorarse en la producción de laboratorio en función de la capacidad instalada, al igual que los eventos de promoción de salud y visitas domiciliarias, además de recomendar el debido registro de los mismos ya que puede ocurrir un subregistro de estas actividades llevando a una distorsión de la realidad.

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. Enfatizar en la capacitaciones periódicas al personal del Distrito 23D03 que maneja costos y facturación, tarifario en la importancia y compromiso, en la atención aplicada al buen vivir, y ofrecer calidad y calidez eficacia y eficiencia
3. Establecimiento de un análisis financiero semestral para corregir el déficit a tiempo.
4. Identificar los servicios que requieren fortalecer su producción y brindar solución.
5. Capacitar a los profesionales y comprometerlos para el correcto llenado del RDACAA y establecer un sistema de monitoreo continuo del personal encargado del mismo para que los reportes sean adecuados, e indicar la importancia sobre el registro de todas las prestaciones en salud consecuente con la realidad
6. Establecer un programa para mejorar la productividad en los servicios de promoción en salud, y visitas domiciliarias eficiente y eficaz.
7. Se debe mantener estos tipos de proyectos de investigación acción que demuestran un apoyo directo a la mejoría de la gestión en las unidades de salud
8. Establecer un programa de acercamiento a la comunidad mediante la realización de una epidemiología comunitaria que oferte servicios de atención en salud adecuados a la población que sirve.
9. El Director distrital y director de la unidad no disponen de información estratégica gerencial financiera para toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

- Armijos, N. (2009). *Guía Didáctica de Planificación Estratégica*. Loja Ecuador. Universidad Técnica Particular de Loja.
- Aquilla, X. & Perez, M. & Hidalgo, M. & Fernandez, V. & Tenorio, J. (2014). *Diagnóstico Situacional correspondiente al área de cobertura del Centro de Salud Coca II*. Orellana. Distrito D22O2 Coca-Loreto. (2014). *Estadísticas de morbilidad de centro de Salud Coca II*. Orellana.
- Gallo, E. H. (2011). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud*. Washington, D.C.: OPS.
- Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Francisco de Orellana. (2014). *División Política*. Recuperado de <http://www.orellana.gob.ec/canton/division-politica.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2010). *Censo de población y vivienda*. Ecuador
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Manual Del Modelo De Atención Integral Del Sistema Nacional De Salud Familiar Comunitario E Intercultural (MAIS-FCI)*. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Quito- Ecuador: MSP
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*. Quito-Ecuador: MSP
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Tipología para homologar los Establecimientos de Salud por Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud*. Quito-Ecuador: MSP
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Información estadística de producción de salud*. Ecuador. MSP. Recuperado de https://public.tableausoftware.com/profile/javier.gaona#!/vizhome/DEFUNCIONES_2013/Presentacin
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Planificación Estratégica*. Ecuador. MSP. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014). *Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud*. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Quito-Ecuador: MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Perú (2005). *Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los establecimientos del Ministerio de Salud*. Lima-Perú.

- Organización Mundial de la Salud (1946). Documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud. *Actas Finales de la Conferencia Sanitaria*, N°2, p100-153.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la Salud en el mundo. La atención primaria de Salud, más necesaria que nunca*. Ginebra-Suiza: Ediciones de la OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud - Introducción y Generalidades*. Washington, D.C.: OPS.
- Plan Nacional del Buen Vivir. (2013) *Objetivos Nacionales para el Buen Vivir*. Recuperado de <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion#tabs2>
- Pesantez León, M. (2012). *Guía Didáctica Economía y Salud*. Loja-Ecuador: Universidad Técnica particular de Loja.
- Piedra, M. & Buele, N. (2011). *Diseño Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud*. Loja-Ecuador. Universidad Técnica Particular de Loja.
- Pitisaca, D. & Quizhpe, T. (2012). *Evaluación Presupuestaria Al Centro De Salud N° 1 De La Ciudad De Loja, Periodo 2009 – 2010 (Tesis doctoral inédita)*. Universidad Nacional de Loja, Loja-Ecuador.
- Sistema Nacional de Información. (2010). *Indicadores básicos de población*. Recuperado de <http://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=SNI.qvw&host=QVS@kukuri&anonymous=truehttp://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=SNI.qvw&host=QVS@kukuri&anonymous=true&bookmark=Document/BM24>
- Valenzuela, G. (2009) Sistema de referencia y contra referencia. *Archivos de Salud*, 3(3) ,45.
- Vignolio, J. & Vacarezza, M. & Álvarez, C. & Sosa, A. (Marzo 2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33 (1), 7-11.

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

TRABAJO DE TITULACIÓN

“EVALUACION FINANCIERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NIVEL I DE ATENCIÓN – 2014

ANEXO

1

AUTORIZACIÓN DEL DISTRITO 23D03 ZONA 4

Oficio Nro. MSP-CZ4-DDS-N°23D03-2014-0122-O

La Concordia, 17 de septiembre de 2014

Asunto: SOLICITAN APOYO E INFORMACIÓN DE UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Doctor
Pedro Alfredo Zamora Carreño
En su Despacho

De mis consideraciones.

En respuesta al Oficio s/n suscrito por el Sr. Pedro Alfredo Zamora Carreño estudiante de Maestría en Gerencia en Salud de la Universidad Particular de Loja, solicita se le brinde el apoyo e información necesaria para el desarrollo de la Investigación de Evaluación de la Gestión Financiera en las Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención.

Informo que tras revisada la documentación anexa, que incluye la Anuencia desde el Ministerio de Salud Pública como ente rector de esta Dirección Distrital de Salud, se autoriza la ejecución de dicha investigación. Para lo cual se solicita la colaboración de las personas del proceso Administrativo-Financiero.

Con sentimientos de estima y consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dr. Luis Alberto Ortega Torres
DIRECTOR DEL DISTRITO DE SALUD N° 23D03

Referencias:
- MSP-CZ4-DDS-N°23D03-SECR-2014-0393-E

Copia:
Señora Tecnóloga
Eleanne María Vera Bravo
Asistente de Dirección

Señora Ingeniera
Rosa Virginia Cedeño Hugalde
Analista Distrital Administrativo Financiero (E).

Señora Abogada
Fanny Lucía Benítez Ríos
Analista Distrital de Asesoría Jurídica



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

TRABAJO DE TITULACIÓN

“EVALUACION FINANCIERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NIVEL I DE ATENCIÓN – 2014

ANEXO

2

QUIPUX N° MSP-CZONAL3-201583-M



Oficio Nro. MSP-VAIS-2014-0409-O

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

Asunto: Informe Técnico de Anuencia para proporcionar información necesaria para el desarrollo de propuesta de investigación Universidad Técnica Particular de Loja

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

De mi consideración:

Un atento saludo en respuesta al documento No. 024-MGS-UTPL suscrito por la Mgs. Olga Castillo Coordinadora de Titulación (e) de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, PH.D Omar Melangón Director del Área Biológica y Biomedica y la Dra. Jana Bobekova Directora del Dpto. de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica Particular de Loja, para que los diversos Distritos de Salud del país, proporcionen información necesaria para el desarrollo de la investigación de "Evaluación de la Gestión Financiera" en la Unidades del Primer Nivel y siendo este un insumo importante para esta Dirección adjunto el criterio técnico para la anuencia a lo propuesto por la Universidad Técnica Particular de Loja, adjunto y remito lo solicitado.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dra. Marysol Rnilova Maldonado
VICEMINISTRA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Referencias:

- MSP-DNGA-SG-10-2014-9412-E

Anexos:

- 9412.pdf
- Solicitud UTPL.pdf
- Informe Técnico.pdf



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

TRABAJO DE TITULACIÓN

“EVALUACION FINANCIERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NIVEL I DE ATENCIÓN – 2014

ANEXO

3

ASISTENCIA AL TALLER DE COSTOS

ASISTENCIA TALLER DE COSTOS
ZONA 3 DE SALUD
11 DE JUNIO DEL 2015

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	HOSPITAL O DISTRITO	CEDULA	CORREO	CELULAR	FIRMA
1	Edu Jac Montoya	DISTrito 16202	160037131-7	josantia_56@hotmail.com	098112343	[Firma]
2	Hingra, Elizabeth Rivas	D.D. 15116	150302304	mingra.juliana@psj.gov.ec	096111111	[Firma]
3	Antonia Lopez	...	...	...	...	[Firma]
4	Carla Lopez	...	...	...	...	[Firma]
5	...	...	...	...	...	[Firma]
6	CHARRIS RUBEN T	DOS PUROS	050155101	charis.rubens@psj.gov.ec	098495522	[Firma]
7	...	...	...	...	...	[Firma]
8	...	...	...	...	...	[Firma]
9	Juan Augusto Gallo	DOS PUROS	0503050131	augustojg@psj.gov.ec	0915817201	[Firma]
10	...	...	...	...	...	[Firma]
11	Sofia Calderon	DISTrito 15101	1503373106	sotia.calderon@psj.gov.ec	098115740	[Firma]
12	...	...	...	...	...	[Firma]
13	...	...	...	...	...	[Firma]
14	Carla Lopez	HOSPITAL BARRIOS	180144943	carla.lopez@psj.gov.ec	096811224	[Firma]

ASISTENCIA TALLER DE COSTOS
ZONA 3 DE SALUD
11 DE JUNIO DEL 2015

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	HOSPITAL O DISTRITO	CEDULA	CORREO	CELULAR	FIRMA
	FAUSTO VIVETE R	DOS PUROS	0601840325	fvivete70@hotmail.com	098468829	[Firma]
	Jarama Lillo	H.P.C. 1518	060251111	jarama.lillo@psj.gov.ec	099111111	[Firma]
	Sandra E. Zumbano A.	H.P.C. 1518	060251111	sandrazumbano@psj.gov.ec	098111111	[Firma]
	...	...	...	...	...	[Firma]
	...	...	...	...	...	[Firma]
	...	...	...	...	...	[Firma]
	MARGARITA FERNANDEZ	HOSPITAL POTOSI	180144943	margaritafernandez@psj.gov.ec	098111111	[Firma]
	MARCO BALBUENA R	DISTrito 15101	1503373106	marco.balbuena@psj.gov.ec	098111111	[Firma]
	Ana Beatriz Solano	DOS PUROS	0503050131	ana.beatriz@psj.gov.ec	098111111	[Firma]
	...	...	...	...	...	[Firma]
	Cesar J. Lopez	DOS PUROS	180144943	cesar.lopez@psj.gov.ec	098111111	[Firma]
	Maria Paredes	DOS PUROS	180144943	maria.paredes@psj.gov.ec	098111111	[Firma]
	NORMA S. Lopez T	DOS PUROS	180144943	norma.s.lopez@psj.gov.ec	098111111	[Firma]
	Victor Hugo Lopez	HOSPITAL BARRIOS	180144943	victor.hugo@psj.gov.ec	098111111	[Firma]
	Maria Julieta Alvarez	HOSPITAL BARRIOS	180228045-1	julietalvarez@psj.gov.ec	098111111	[Firma]



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

TRABAJO DE TITULACIÓN

“EVALUACION FINANCIERA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NIVEL I DE ATENCIÓN – 2014

ANEXO

4

MATICES

Tablas de Validación de RDACAA

ATENCIÓN MÉDICA POR UNIDAD. TABLA ANUAL					Sexo		
Nombre de la unidad	Número de profesionales que realizan consulta y reportan en RDACAA	Número de días de atención	Número de personas atendidas	Número de consultas	Hombre	Mujer	Total
LA CONCORDIA	22	1614	31767	31767	9829	21938	31767

TABLA 2

ATENCIÓN MEDICA POR EDAD Y SEXO- 2014											
Nombre de la unidad	Hombres	Mujeres	Total	GRUPOS DE EDAD							
				Neonatos	Lactantes	Niños	Escolares	Adolescentes	Adultos	Adulto mayor	
				Menores a 28 días	29 días a 11 meses, 29 días	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 19 años	20 a 49 años	mayores 65 años	
LA CONCORDIA	9829	21938	31767	1006	2387	4326	5012	11855	4059	3122	31767

NÚMERO DE ATENCIONES POR TIPO DE CONSULTA ENERO 2014 (ESTA TABLA DEBE HACERSE MENSUAL, PARA QUE AQUÍ PASAR A A MATRIZ DE FACTURACION) TABLA TOTAL							TOTAL OTONTOLOGIA	TOTAL GENERAL	
Nombre de la unidad	Prevencion		Morbilidad		Total	Total	Total		
	Primeras	Subsecuentes	Primeras	Subsecuentes	prevención	Morbilidad	general		
LA CONCORDIA	4842	4062	17239	5624	8904	22863	31767	0	31767

NUMERO DE ATENCIONES POR TIPO DE PROFESIONALES 2014									
Nombre de la unidad	Médicos	Médico rural	Odontólogo	Odontólogo rural	Psicologo	Obstetiz	Obstetiz rural	Otros	Total
LA CONCORDIA	9942	14385	16241	3753	1407	6033	0	0	51761
									0

31767

ATENCION MÉDICA SEGÚN TIPO DE AFILIACIÓN 2014									
Nombre de la unidad	IESS	Seguro social campesino	ISFFA	ISPOL	No Aporta	Seguro privado	Seguro indirecto	Jubilado	Total
LA CONCORDIA	370	163	2	3	30637	47	517	28	31767
									0

CONSULTAS POR EL LUGAR DE ATENCION : ENERO CUADRO MENSUAL														
	Establecimiento	Comunidad	Centro educativo	Domicilio	Albergues	Centro integral del buen vivir	Centro de educacion inicial	Escuelas interculturales	Emergencia ambulatoria	Centro de rehabilitación	Grupos laborales, fábricas y empresas	Centros de recuperacion de adicciones	Otros	Total
LA CONCORDIA														
ENERO	3365	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3370
FEBRERO	2784	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2789
MARZO	2019	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2026
ABRIL	2662	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2663
MAYO	2533	7	163	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2706
JUNIO	2028	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2028
JULIO	3299	17	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3319
AGOSTO	2824	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2827
SEPTIEMBRE	2963	78	31	67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3139
OCTUBRE	2430	32	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2466
NOVIEMBRE	1950	73	297	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2335
DICIEMBRE	2057	24	0	17	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2099
	30914	248	493	111	0	0	0	1	0	0	0	0	0	31767

REFERENCIAS POR UNIDAD Y EDAD: 2014								
UNIDAD DE SALUD	Menores de 28 días	29 días a 11 meses	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 19 años	20 a 64 años	mayores 65 años	Total
LA CONCORDIA	5	18	25	36	74	337	106	601

INTERCONSULTA POR UNIDAD Y EDAD: 2014								
UNIDAD DE SALUD	Menores de 28 días	29 días a 11 meses	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 19 años	20 a 64 años	mayores 65 años	Total
LA CONCORDIA	0	0	7	15	38	45	6	111

Uso del Inmueble

USO DEL INMUEBLE(EN CASO DE QUE LA UNIDAD SEA PROPIA)					
NOMBRE DE LA UNIDAD: CENTRO DE SALUD LA CONCORDIA					
SERVICIO	m2	Costo metro cuadrado	Total avaluo	USO ANUAL	USO MENSUAL
CONSULTA MEDICINA GENERAL	250	100,00	25000	450,00	37,5
CONSULTA ESPECIALIZADA			0	0,00	0
CONSULTA OBSTETRICIA	100	100,00	10000	180,00	15
CONSULTA PSICOLOGIA	50	100,00	5000	90,00	7,5
VISITAS DOMICILIARIAS			0	0,00	0
PROMOCION DE LA SALUD			0	0,00	0
ODONTOLOGIA	80	100,00	8000	144,00	12
VACUNAS	60	100,00	6000	108,00	9
PROCEDIMIENTOS	60		0	0,00	0
EMERGENCIA			0	0,00	0
LABORATORIO	50	100,00	5000	90,00	7,5
IMAGEN			0	0,00	0
ATENCION DE PARTO			0	0,00	0
REHABILITACION/MEDICINA FISICA			0	0,00	0
AMBULANCIA			0	0,00	0
FARMACIA	80	100,00	8000	144,00	12
ADMINISTRACION(SALA DE ESPERA ESPACIO VERDE VIVIENDA)	120	100,00	12000	216,00	18
Total	850,00	800,00	79.000,00	1.422,00	118,50

Depreciaciones

NOMBRE DE LA UNIDAD: LA CONCORDIA						
MATRIZ PARA COSTEO DE DEPRECIACION DE MUEBLES Y ENSERES						
No.	CENTROS DE COSTOS	VALOR INVENTARIO	DEPRECIACION ANUAL	DEPRECIACION MENSUAL		
1	CONSULTA MEDICINA GENERAL	2.000	180,00	15,00		
2	CONSULTA ESPECIALIZADA		0,00	0,00		
3	CONSULTA OBSTETRICIA	1500	135,00	11,25		
4	CONSULTA PSICOLOGIA	600	54,00	4,50		
5	VISITAS DOMICILIARIAS	0	0,00	0,00		
6	PROMOCION DE LA SALUD		0,00	0,00		
7	ODONTOLOGIA	1200	108,00	9,00		
8	VACUNAS	3800	342,00	28,50		
9	PROCEDIMIENTOS	600	54,00	4,50		
10	EMERGENCIA		0,00	0,00		
11	LABORATORIO	2000	180,00	15,00		
12	IMAGEN		0,00	0,00		
13	ATENCION DE PARTO		0,00	0,00		
14	REHABILITACION/MEDICINA FISICA		0,00	0,00		
15	AMBULANCIA		0,00	0,00		
16	FARMACIA	2000	180,00	15,00		
17	ADMINISTRACION	3000	270,00	22,50		
	Total	16700	1503	125,25		

CUADRO 1 WINSIG CENTRO DE SALUD LA CONCORDIA

Cuadros Gerenciales
Configuración de Cuadros Gerenciales **Consulta de Cuadros Gerenciales**

1

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Indice ocupacional
			Servicio	Unitario	
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	31.767,00	597.216,93	18,80	
Subtotal	CONSULTA	31767	597.216,93	18,80	
VISITA DOMICILIARIA	CONSULTA	111,00	7.121,35	64,16	
Subtotal	CONSULTA	111	7.121,35	64,16	
ODONTOLOGIA	CONSULTA	19.994,00	229.945,01	11,50	
	TOT	0,00	0,00	0,00	
Subtotal	CONSULTA	19994	229.945,01	11,50	
	TOT	0			
PSICOLOGIA	CONSULTA	1.407,00	21.996,72	15,63	
Subtotal	CONSULTA	1407	21.996,72	15,63	
PROMOCION EN SALUD	EVENTOS	45,00	9.292,20	206,49	
EMERGENCIA	CONSULTA	0,00	0,00	0,00	
Total			856.280,01		
Apoyo					
LABORATORIO	EXAMENES	1.310,00	0,00	34,35	
	DETER	2.000,00		22,50	

Cuadros Gerenciales
Configuración de Cuadros Gerenciales **Consulta de Cuadros Gerenciales**

1

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Indice ocupacional
			Servicio	Unitario	
	\$Produc.		45.000,00	13,60	
IMAGEN	PLACAS	0,00	0,00	0,00	
	ESTUDIO	0,00		0,00	
	\$Produc.		0,00	15,00	
FARMACIA	RECETAS	21.420,00	31.825,05	7,93	
	\$Produc.		138.000,00	6,44	
VACUNAS	VACUNAS	4.206,00	50.674,85	12,05	
	\$Produc.		0,00	0,00	
PROCEDIMIENTOS	PROCESOS	41.625,00	0,00	0,00	
	\$Produc.		0,00	0,00	
LIMPIEZA	METROS CUA	0,00	0,00	0,00	
MANTENIMIENTO	ORDENES	0,00	0,00	0,00	
	\$Produc.		0,00	15,00	
TRANSPORTE	KILOMETROS	0,00	0,00	0,00	
	\$Produc.		600,00	15,00	
ADMINISTRACION	#Servs.	27.266,41	175.199,30	6,43	

CUADRO 4 WINSIG CENTRO DE SALUD LA CONCORDIA

ema de Información Gerencial WinSIG
 uración Datos Resultados Análisis Utilitarios Ventana Ayuda Salir

Cuadros Gerenciales
 Configuración de Cuadros Gerenciales Consulta de Cuadros Gerenciales

Insumos/Servicios	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PSICOL
REM.PERSO.PLANTA	299.193,98	7.121,35	125.658,00	
Total GASTOS DE PERSONAL	299.193,98	7.121,35	125.658,00	
COMBUSTIBLE/LUBRICAN				
MAT. OFICINA				
MATE. ASEO LIMPIEZA				
INS.MEDICO/ODONTOLOG				
MEDICINAS	138.000,00			
MAT. LABORATORIO	45.000,00			
BIOMETERIALES ODONTO			60.000,00	
Total BIENES D USO/CONSUMO	183.000,00		60.000,00	
SERVICIOS BASICOS				
Total SERVICIOS BASICOS				
SERVICIO VIGILANCIA				
SERVICIO GUARDIANIA				
Total COMPRA SERVICIOS				
DEPRECIACIONES				
Total DEPRECIACIONES				

ema de Información Gerencial WinSIG
 uración Datos Resultados Análisis Utilitarios Ventana Ayuda Salir

Cuadros Gerenciales
 Configuración de Cuadros Gerenciales Consulta de Cuadros Gerenciales

Insumos/Servicios	CONSULTA EXTERNA	VISITA DOMICILIARIA	ODONTOLOGIA	PSICOL
IMAGEN	0,00	0,00	0,00	
FARMACIA	0,00	0,00	0,00	
VACUNAS	0,00	0,00	0,00	
PROCEDIMIENTOS	0,00	0,00	0,00	
LIMPIEZA	0,00	0,00	0,00	
MANTENIMIENTO	0,00	0,00	0,00	
TRANSPORTE	0,00	0,00	0,00	
ADMINISTRACION	109.306,53	1.614,31	42.086,03	
Total c. indirecto	109.306,53	1.614,31	42.086,03	
Total costos	591.500,51	8.735,66	227.744,03	
Porcentaje	68,34	1,01	26,31	
Unidades de producción	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA TOT	CONSUI
Producción primaria	31767	111	19994	1407
Producción secundaria	0	0	0	0
TOTAL COSTOS DIRECT	865.572,21	866.361,87	Diferencia	
			-789,66	