



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**TÍTULO:
PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE
COSTOS. AREA DE SALUD Nº 13
BAQUERIZO MORENO 2011**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR
POR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN
GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

**AUTOR
MÉDICO ANDRÉS ANTONIO LANATA ÁLAVA**

**TUTOR
DOCTOR JOSÉ VÁSQUEZ VERGARA**

**AÑO 2015
GUAYAQUIL – ECUADOR**



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-288086
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 11 de marzo del 2015

Doctor
Raúl Intriago López
DIRECTOR
ESCUELA DE GRADUADOS
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Luego de revisar la tesis titulada "PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE COSTOS. AREA DE SALUD N°13 BAQUERIZO MORENO 2011" del egresado de la Maestría en Gerencia y Administración de Salud, *MD. LANATA ÁLAVA ANDRÉS ANTONIO*, considero se aprueba el BORRADOR FINAL de la tesis.

Particular que comunico a Ud. Para los fines consiguientes.

Atentamente,

Dr. Guillermo Campuzano Castro
REVISOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARIA GENERAL

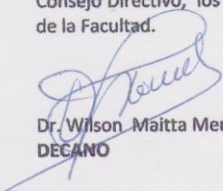


ACTA DE SUSTENTACION DE ANTEPROYECTO

Sustentado el Anteproyecto de la **MAESTRIA EN GERENCIA Y ADMINISTRACION DE SALUD** del Md. **Andrés Lanata Álava**, por su presentación, contenido, exposición oral y la profundidad de conocimientos, este Jurado Calificador delibera y acuerda:

APROBAR EL ANTEPROYECTO

Para constancia y verificación firman la presente Acta, el Dr. Wilson Maitta Mendoza, Presidente del H. Consejo Directivo, los Miembros del Tribunal Calificador y la Abg. Carmen Morán Flores, Secretaria de la Facultad.


 Dr. Wilson Maitta Mendoza
DECANO

TRIBUNAL CALIFICADOR

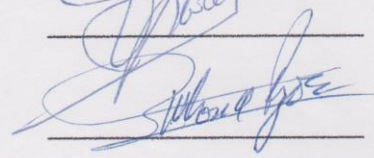
NOMBRES y APELLIDOS

FIRMA

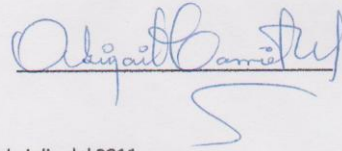
Dr. Wilson Maitta Mendoza, Decano




Dr. Wilson Pozo Guerrero, MSc - Examinador

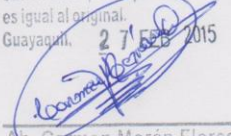


Dra. Abigail Carriel Ubilla, MSc - Examinadora



Dado en la ciudad de Guayaquil, a los veinticuatro días del mes de julio del 2011


Ab. Carmen Morán Flores
SECRETARIA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 CERTIFICA: que la presente copia
 es igual al original.
 Guayaquil, 27 de Julio de 2011

Ab. Carmen Morán Flores
SECRETARIA

Tema del Anteproyecto: "GESTION DE LOS COSTOS EN EL AREA DE SALUD N° 13 JUJAN - PROVINCIA DEL GUAYAS 2010".



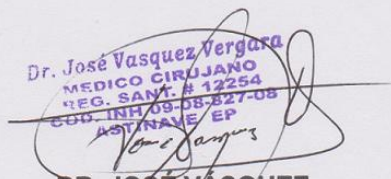
CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MAGÍSTER EN CIENCIAS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD, DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO PRESENTADA POR EL SR MÉDICO ANDRÉS ANTONIO LANATA ÁLAVA CON C.I. # 0914351366

CUYO TEMA DE TESIS ES "PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE COSTOS. ÁREA DE SALUD No. 13 BAQUERIZO MORENO 2011"

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE LA TESIS, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:


Dr. José Vasquez Vergara
MEDICO CIRUJANO
REG. SANT. # 12254
COD. INH. 08-827-08
ASTINAVE EP
DR. JOSÉ VÁSQUEZ
TUTOR




DIRECCION DISTRITAL 09D11 ALFREDO BAQUERIZO MORENO – SIMON BOLIVAR -SALUD

CERTIFICACION

La Dirección Distrital 09D11 Alfredo Baquerizo Moreno, a través de mi persona, certifica que el año 2011, en la administración del Dr. Julio García Esparza, quien hacia sus veces de Jefe de Área de Salud. Autorizó al Sr. Javier Macías Miranda (Responsable del Departamento de Estadística), a otorgarle la información que necesitare el Médico ANDRES LANATA ALAVA, para sustento en la elaboración de la Tesis que se encontraba elaborando, especialidad MAESTRIA EN GERENCIA Y ADMINISTRACION EN SALUD.

Atentamente,


Dra. Mildred Haz Regato
DIRECTORA DISTRITAL

09D11 Alfredo Baquerizo Moreno – Simón Bolívar



AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento:

A Dios por bendecirme y llegar a culminar este anhelado sueño.

A mi esposa, por ser mi fortaleza, brindarme su amor ilimitado, y comprensión compartiendo el tiempo que tenía para dedicarle a ella.

A mi familia por ser el soporte y ejemplo, de la cual aprendí ha superar obstáculos y superarme en momentos difíciles, brindándome su apoyo incondicional.

A los docentes de Estudios Universitarios por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación ofreciéndome siempre orientación con profesionalismo y ética.

A todas las personas que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis a las que me encantaría agradecerle su apoyo, amistad, consejos, ánimo y compañía en los momentos más arduos de mi vida.

Gracias a ustedes.

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente; por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres que fueron el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi esposa por ser la razón de mi vida, quien me da ánimos de luchar para salir adelante y ser su ejemplo a seguir.

A mis hermanos, Jaime, Oscar, Martha y Valeria por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

A mis familiares y amigos que me apoyaron de forma incondicional en esta etapa importante de mi vida.

A mi hija Claudia, por la cual tengo que seguir superándome para llegar a ser un ejemplo a seguir, sintiéndose orgullosa de mí.

RESUMEN

Nunca se debe olvidar que la salud, y con ello la asistencia sanitaria, es un derecho de la ciudadanía, sin embargo también debemos considerar que la cobertura a otorgar debe ser adecuadamente seleccionada para poder obtener de ella el mayor de los réditos, intentando en ese proceso hacerla eficiente, o sea a un costo accesible para ser solventado por el Estado, o por el usuario que accede a ella. A fin de ser prácticos, se planteará la aplicación del enfoque económico que permita al sistema de servicios de salud brindar a cada uno de sus demandantes la mejor calidad de atención de acuerdo a su necesidad; lo que no significa obviamente la más cara, sino la mejor. El objetivo de este trabajo es determinar los costos por servicios ofertados a la población del Centro de Salud N° 13 Baquerizo Moreno (Juján). Esta investigación, por el periodo y secuencia en la que se lleva a cabo, emplea un estudio descriptivo y por el diseño no experimental- Transversal. La obtención de datos se realizó mediante la recopilación de la información de estadística, administración, contabilidad, proveeduría del Centro de Salud N° 13. Primeramente, se identificarán los centros de costos: productivos y administrativos; luego, se asignaron los costos indirectos a centros de costos productivos y finalmente, la asignación de costos por actividades productivas. El período de investigación es de enero a diciembre del 2011.

Palabras clave

CENTRO DE SALUD, COSTOS, COSTOS FIJOS, COSTOS VARIABLES, PRESUPUESTO

ABSTRACT

It must never be forgotten that one's health, and therefore their health care too, is a citizen's right. However, it is equally as important to consider that the health coverage provided must be appropriately selected, in order to obtain the greatest revenues from it. Through this process, the health coverage should aim to be efficient; in other words, at an affordable cost to be paid for by the State, or the user that accesses it. In terms of practicality, this study poses to implement an economic approach that allows the health care system to provide each of their applicants with the best quality of care in accordance to their needs; this does not necessarily mean the most expensive care, but the best. The aim of this study is to determine the cost of the services offered to the patients of Health Centre No. 13 Baquerizo Moreno (Juján). This research, given the time and sequence in which it is performed, employs a descriptive study and a non-experimental cross-sectional design. Data collection was conducted through the compilation of statistical, managerial, accounting, and procurement information provided by Health Centre No.13 Baquerizo Moreno (Juján). Firstly, cost centres will be identified: productive and administrative; then, indirect costs were allocated to production cost centres; and finally, the allocation of costs for productive activities. The research period is from January to December 2011.

Keywords

HEALTH CENTRE, HEALTHCARE CENTRE, COSTS, FIXED COSTS, VARIABLE COSTS, BUDGET

INDICE

		Pág.
	Carátula	
	Aprobación Final de la Tesis	i
	Aprobación de Anteproyecto	ii
	Certificado del tutor	iii
	Certificado de autorización	iv
	Dedicatoria	v
	Agradecimiento	vi
	Resumen	vii
	Abstract	viii
	Índice	ix
1	Introducción	1
1.2	Objetivos	3
1.3	Hipótesis	4
2	Marco teórico	5
3	Material y métodos	33
4	Resultados	35
5	Propuesta de la implementación del sistema de costos para el Área de Salud N° 13 Baquerizo Moreno- Juján	80
6	Conclusiones	100
7	Recomendaciones	102
8	Bibliografía	103
	Repositorio Nacional en Ciencia y Tecnología	

1. INTRODUCCION

1.1 PROBLEMA

En términos de gastos de salud el presupuesto del sector salud y su relación con el Producto Interno Bruto (PIB) es del 2.18%¹ del cual el 48,8% es gasto en personal y el 12,05% en bienes y servicios de consumo. A las unidades de salud del subsistema estatal se le continúa asignando presupuestos históricos, con porcentajes similares de grupos de gasto del presupuesto general de salud. En el caso de las unidades de atención primaria el presupuesto es para el área de salud, que es administrado por la cabecera de área, responsables de una red local, la que redistribuye por los rubros de gasto, pero no se lleva sistema de costos por servicio, por programa o por actividades finales.

El Área de Salud N° 13, esta inmersa en la problemática descrita, se realiza la contabilidad financiera, requisito de las instituciones públicas para justificar gastos al fisco y evitar desvíos, pero no lleva control de costos.[1]

JUSTIFICACIÓN

Uno de los temas esenciales en este entorno es la información y el gerenciamiento de los costos, fundamental para el desempeño administrativo de las instituciones de salud, por las siguientes razones:

- Los costos son una dimensión de la calidad de la respuesta al usuario
- La información sobre los costos es básica para establecer políticas de contratación
- La información de costos ayuda a la fijación de tarifas
- Los costos son un pilar de la competitividad
- Los costos son uno de los sostenes de los resultados financieros
- El conocimiento y el gerenciamiento de costos evita desperdicios financieros
- Los costos permiten monitorear la gestión de organización

- La información de costos genera decisiones sobre el proceso de atención del paciente.
- La formación sobre costos ayuda a establecer estrategias de mercado
- La información de costos es básica dentro del proceso de presupuestación. [6]

Este proyecto es relevante por que permitió establecer los lineamientos de una política de costos adecuada a la realidad en un servicio estatal y conocer los costos reales de las prestaciones que se brindan y tiene implicaciones prácticas porque se accede a una serie de elementos para alcanzar el objeto del conocimiento que permiten incorporar y brindar formas efectivas para lograr un mejoramiento de las áreas administrativas, para alcanzar el uso eficiente y eficaz de los recursos existentes.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Determinar los costos por Servicios ofertados en el Área de Salud N° 13 Baquerizo Moreno y propuesta de un Programa de Gestión de Costos

1.2.2 Objetivos específicos

- Determinar la producción del Área de Salud N° 13
- Establecer los costos indirectos y de servicios de apoyo técnico
- Determinar los costos reales de los servicios de atención de salud que se ofrecen en el CS N° 13
- Diseñar un Programa de Gestión de Costos

1.3 HIPÓTESIS

Si se implementa un Programa de Gestión de Costos por servicios ofertados será posible responder a las necesidades reales de salud de la población a la que sirve.

1.4 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Variable independiente: Costos de los servicios ofertados

Variable dependiente: Programa de Gestión de costos

2. MARCO TEÓRICO

FUNDAMENTACIÓN

Las organizaciones de salud – su complejidad

Las organizaciones de salud por su propia naturaleza, son complejas. Para cumplir con sus objetivos las instituciones deben accionar una gran cantidad y variedad de factores. Son organizaciones que mantienen una actividad continua durante los 365 días del año, en ellas trabajan una gran cantidad de personas de diversas profesiones y prestan un servicio de vital importancia para la sociedad: prevenir las causas que ocasionan la pérdida de la salud y restablecer la misma a la población.

La complejidad de las organizaciones de salud está dada por múltiples y diversas variables, los cuales, sin pretender señalar en su totalidad, se pueden encontrar:

- No se produce un producto, sino un servicio.
- Participan muchas unidades de trabajo con una gran diversidad de desarrollo tecnológico.
- Participan muchos profesionales con conocimientos diversos, como médicos, enfermeras, odontólogos, obstetrices, técnicos de diferentes especialidades médicas, técnicos de mantenimiento, de equipos médicos, una variedad de profesionales del área administrativa: como economistas, contadores, administradores, secretarias y trabajadores de diversa índole (personal de vigilancia, admisión y presupuesto, servicio a los clientes).
- Una gran cantidad de productos diferentes para satisfacer necesidades variadas.

- Requerimientos de grandes sumas de dinero para financiar las diversas actividades que se ejecutan en la institución.
- Casi la totalidad de la organización constituye un costo indirecto para los servicios prestados facturables.
- Adicionalmente se debe considerar la masa de personas que diariamente concurren a la institución por diversos motivos (pacientes, acompañantes, familiares y amigos de los pacientes, visitantes médicos) los cuales hacen uso de las instalaciones y requieren de ciertos servicios de parte de la institución. [19]

Para que esta complejidad organizacional sea gerenciada eficazmente, se requiere, aparte de la formación profesional de las personas en áreas específicas de conocimiento, una formación gerencial por parte del personal ejecutivo de la institución, el desarrollo de una organización con la aplicación de las herramientas gerenciales más apropiadas y el desarrollo de una cultura organizacional que esté en consonancia con esta complejidad.

Cuando se habla del proceso de desarrollo de la organización, se debe señalar:

- La existencia de un sistema que permita capturar la información progresivamente en cada uno de los procesos médicos – asistenciales que requiere la prestación del servicio, en tiempo real y no al final de la ejecución de todo el proceso.
- La captura eficaz de esa información debe realizarse por medio de mecanismos automatizados.
- Llevar una historia clínica que permita a cada especialidad médica, tener centralizada la totalidad de la información del paciente, en donde estén registrados todos los resultados de laboratorio, imágenes, diagnósticos, tratamientos y toda la información de interés médico.
- Contar con un registro estadístico de la productividad de los servicios y otras áreas e indicación de sus causas.

- Contar con un sistema que permita conocer las estadísticas de los procesos que se realizan sobre los pacientes, como: tipos de enfermedades (CIE – 10), evolución, complejidad de la patología, transferencias a otras instituciones de salud y otros datos de interés.
- Contar con un sistema que permita realizar toda la gestión administrativa con una integración de la información, desde las actividades operativas (médico – asistenciales) hacia las actividades administrativas – financieras (gerencia, cobranzas, contabilidad y costos, entre otras).
- Contar con un sistema de costos como fuente primordial de información para lograr la eficacia operacional y una mayor rentabilidad.
- Contar con un programa de desarrollo del capital humano, sobre la base de desarrollo de valores organizacionales, con el objetivo de lograr el mayor compromiso y participación del personal, como fuente principal de la competitividad y excelencia de la organización.
- Desarrollar una cultura organizacional orientada al logro de una calidad de servicio excelente hacia el paciente.
- Desarrollar una cultura organizacional orientada al logro de objetivos previamente planificados y no obtenidos al azar (Indicadores de Gestión). [Fred R, D.]

Sistema de costos teóricos

Método de costeo	Ventajas	Desventajas
Por proceso	<ul style="list-style-type: none">- Trabaja con base a costos históricos.- No requiere dividir los costos en fijos y variables.- Los materiales y la mano de obra no necesitan ser discriminados en directos e indirectos.- Facilita la contabilización de los elementos de los costos.	Únicamente para producción continúa

Método de costeo	Ventajas	Desventajas
Por órdenes de producción	<ul style="list-style-type: none">- Utilizado para la producción de lotes.- Permite utilizar una base de datos predeterminada o una histórica.- Utilizado en la producción de un número reducido de artículos o servicios.- Permite hacer la asignación de costos indirectos, dependiendo de las características de la empresa o institución.	<ul style="list-style-type: none">- Se requiere realizar registros contables permanentemente.- Se necesitan varios formatos para recoger la información de los costos de los procesos

Método de costeo

Por actividades

Ventajas

- Razones para hacer el costeo:
No son los productos sino las actividades las que causan los costos.
 - Son los productos los que consumen las actividades
 - Es un sistema exacto y confiable para la toma de decisiones y diseño de estrategias.
 - Identifica las actividades y determina su costo y rendimiento en tiempo y calidad.
- El costeo del producto es la suma de todas las actividades que se realizan para la producción del mismo
- Facilita el proceso de mejoramiento continuo

Desventajas

- Utilizado en empresas o instituciones con un alto volumen de servicios o productos.
- Requiere de una persona para que maneje el proceso para obtener buenos resultados.
- Implica costo y tiempo en la aplicación.

Fuente: Horngren, Ch Contabilidad de Costo, un enfoque de la gerencia. Brimson, J Contabilidad por actividades: un enfoque de costes basado en actividades. Romero, A la contabilidad gerencial y los nuevos modelos de costeo.

Costos de salud

En el Ecuador, asume la responsabilidad del subsistema de los servicios de salud que dependen del Ministerio de Salud Pública, financiándolo a través

del presupuesto general del Estado. El sector salud trabaja en un conjunto de medidas dirigidas a lograr mayor eficiencia en la prestación de servicios, preservando la equidad, efectividad y accesibilidad, en una situación de recursos limitados. En este subsistema se tienen en cuenta el principio de equidad, que no es lo mismo que igualdad, pues supone aportar a cada cual proporcionalmente con sus intereses. [19]

En la estrategia de trabajo para la red primaria de salud esta la organización de las Áreas de Salud, que son los sistemas locales (SILOS) impulsados por la OPS¹⁰ desde la década de los 90, que conllevan a una mayor descentralización y autonomía en la búsqueda de mayor poder resolutivo de la atención primaria, como elemento básico del sistema nacional de salud.

Para la materialización de esa estrategia está trazada una serie de lineamientos entre los que se destaca el perfeccionamiento del sistema gerencial del control de gasto público, pero no está diseñado el sistema de control de costos.

En las condiciones actuales, tanto la infraestructura como las potencialidades acumuladas en los profesionales, técnicos y gerentes, apenas se utilizan eficientemente en función de incrementar calidad y eficiencia a un menor costo de los servicios de salud.

Por otra parte está presente la necesidad de privilegiar la atención primaria de salud para hacer realidad el propósito de Salud para Todos, por ello el país trabaja en su fortalecimiento, demostrando una voluntad política para los cambios favorables que se continúan ejecutando.

Considerando a la calidad en su acepción más simplificada, como la atención media que produce la mayor mejoría prevista en el estado de salud sin derroche de recursos y con alta eficiencia. Determinar la eficiencia

implica analizarla en sus tres componentes: social, médico y económico de manera integral.

A fin de coadyuvar al fin antes expresado, el objetivo en este trabajo es exponer los elementos fundamentales para evaluar los resultados económicos de una unidad de salud, así como los principios y requisitos para implantar un sistema de costos, que permita su utilización como una herramienta de dirección.

Los criterios fundamentales [21] sobre los cuales se puede llegar a eficiencia económica en la actividad de salud, son:

- Utilización de capacidades instaladas: se refiere a su aprovechamiento, su uso óptimo disminuye la demanda de inversiones y a la vez incrementa servicios a la población. En este caso hay ejemplos negativos (consultorios cerrados, no está el médico en su consultorio, no hay agua destilada para autoclaves, etc.) que atentan contra el servicio que merece el paciente.
- Recursos materiales y equipos no utilizados: es imposible lograr una adecuada eficiencia económica si hay adquisiciones en exceso, equipos no explotados por falta de instalación o la falta de agilización en su reparación.
- Control interno de los recursos humanos, materiales y financieros: es la plataforma para alcanzar eficiencia económica, que se manifiesta en el cumplimiento estricto de normas y procedimientos en todo lo relativo a bienes materiales, financieros y recursos humanos.

La contabilidad confiable es un aspecto vital en este sentido. El pago del salario es el gasto más importante de salud y de mayor monto, por ello es determinante controlar aspectos de la disciplina laboral, aprovechamiento de la jornada, y rendimiento.

Como ejemplos negativos se cita el no controlar la asistencia al consultorio de los profesionales, porque llegan tarde por que viven en otras jurisdicciones, o por que tienen otro trabajo en otra institución, la reincorporación tardía de vacaciones, el uso de horarios de consulta y/o terreno para otras actividades, así como también la no permanencia del profesional en el consultorio y/o no asistencia según cronograma.

Análisis de la ejecución del presupuesto: el control del presupuesto por partidas es un elemento decisivo en la disciplina financiera. Se debe recordar que el presupuesto es una Ley, y por tanto sus violaciones son penalizadas. [23]

No debe existir sobregiro del mismo, se debe contar con disponibilidad bancaria, es decir, fondos; y no se puede olvidar que importante es el control del gasto de salario y lo que se deriva de él, porque es la contribución a la seguridad social a largo y corto plazos.

Implantación de sistemas de costos

Mide cómo se utilizaron los recursos, se expresa en dólares, su implantación constituye un imperativo de todos los directivos del sistema de salud, en la búsqueda de la eficiencia, pues resulta una herramienta importante para las decisiones. El costo resume la contabilidad y la vincula con la actividad médica y otras más (docencia, investigaciones, etc.)

Permite conocer por unidad de medida el gasto, o sea, cuánto cuesta (en dólares) la actividad escogida, partiendo de la fórmula de que costo es igual a gastos, dividido entre nivel de actividad. Entiéndase por esta última, la cantidad de lo que se desea medir (consultas, altas, kilómetros, raciones, número de análisis, etc.)

El hecho de contar con un sistema de costos aporta un conjunto de beneficios:

- Obliga a que el resto de los subsistemas contables trabajen bien.
- Indica si es aconsejable iniciar o continuar con una actividad desde el punto de vista económico.
- Mide la eficiencia económica y señala dónde hay reservas sin explotar.
- Permite ahorro de manera ágil y científica.
- Conduce al aprovechamiento óptimo de los recursos.
- Su análisis permite mejorar la eficiencia médica y social.
- Señala los recursos potenciales de racionalizar, sin afectar indicadores de salud, ni la calidad de la atención médica. [5]

Principios del sistema de costos en salud

El primero conocido como principio rector, que es cuando el paciente recibe todo cuanto sea necesario para restituir su salud, con el aprovechamiento máximo de los recursos.

Los otros son los llamados básicos, y son los siguientes:

- El costo se hace para el ejecutor de gastos (el médico), no contra él.
- Vincula gastos a nivel de actividad (consultas).
- Iguales recursos pueden ser utilizados con eficiencia desigual.
- Se trata de una relación consecuente entre el gasto incurrido y el servicio prestado.
- Conductas médicas pueden ser modificadas sin afectar la calidad de la atención, con mayor beneficio social y con menos costo.
- La calidad de la atención médica es la que produce la mayor mejoría prevista en el estado de salud sin derrochar recursos, y con una alta eficiencia.
- El costo mide simplemente el beneficio que no se obtiene.

- La contención y reducción de costos debe tener presente y muy en cuenta los preceptos éticos.
- Prima el concepto de costo sobre el de gasto en dinero.
- El verdadero costo del tratamiento de un paciente es el beneficio que podía haber gozado, si esos mismos recursos se hubieran usado para el tratamiento a otros pacientes.
- Hay recursos potenciales que se pueden racionalizar sin afectar indicadores de salud ni calidad de la atención médica.
- Un factor decisivo en la reducción de costos es el análisis y discusión sistemática mensual con el ejecutor de gastos, indicando y dirigiendo hacia dónde deben ir las acciones de salud.
- El aprendizaje de los elementos básicos de costo por el ejecutor de gastos, se gana de forma práctica con la discusión viva de sus resultados, avanzándose al universo teóricamente, sin que esto último constituya una condición previa.
- Atención preferente al médico en todo lo relativo a costos, pues es el que genera el mayor número de gastos.
- A partir de los resultados de costos es factible establecer líneas de intervención y políticas de tratamiento. [5]

Además de todo lo planteando, existen otras esferas en este sentido que no se pueden soslayar para lograr una verdadera eficiencia y se refiere a los requisitos para implantar el costo por área de responsabilidad, considerando a cada Área de Salud como tal:

- Que sea el centro de pago de todos los funcionarios y trabajadores que laboran en ella.
- El director aprueba los centros de costos acordes con el organigrama de la unidad.
- Puede realizarse de forma manual o automatizada, no requiriendo una computadora exclusiva para este fin.

- El director debe velar porque se entregue mensualmente al encargado de costos, los gastos por contabilidad y los niveles de actividad por cada una de las llamadas áreas de responsabilidad.
- Se trabaja con hojas de trabajo (HT).
- No es condición indispensable crear una plaza para implantar el sistema.
- En el análisis de los resultados de costo se requiere correlacionarlos con indicadores de salud y grado de satisfacción de la población, lo que permite medir la eficiencia.
- Costo es contrapartida de la contabilidad, por lo tanto los gastos de ambos deben cuadrar.
- Las salidas de bodega y las nóminas deben confeccionarse y reportarse por los centros de costos aprobados.
- Todos los años deben revisarse los centros de costos a utilizar en ese período.
- Usarlo como herramienta de dirección y de evaluación. [2-3-5-6]

Complejidad para determinar los costos de salud

Los costos de las empresas fabriles son relativamente fáciles de determinar, para ello existen metodologías y sistemas en el mercado que permiten su determinación con un alto grado de confiabilidad (Sistemas de costos por Órdenes Específicas, o por Procesos, Costos Estándar o una combinación de ellos).

La característica principal, desde el punto de vista de los costos, es que en estas organizaciones los costos directos de materiales y mano de obra pueden abarcar entre el 80% y el 95% de los costos totales, y los mismos son determinables con relativa facilidad. Mientras que los costos indirectos ocupan el correspondiente diferencial hasta llegar al 100%.

Se debe considerar que la gran dificultad en la determinación de los costos totales de los productos o servicios, dentro de un margen de confiabilidad, lo constituyen la adecuada asignación de los costos indirectos.

Cómo se puede apreciar, la incidencia de los costos indirectos es relativamente baja en comparación con los costos directos, y aun existiendo dificultades o defectos en el sistema de costeo, la aplicación de los costos indirectos a los productos, no altera significativamente la determinación del costo total del producto. [2]

Pero cuando se refiere a los costos de los centros de salud, se encuentra que la situación cambia totalmente en cuanto a la relación de costos directos con respecto a los costos indirectos. En estas organizaciones los costos directos (medicamentos y material médico quirúrgico, principalmente) pueden constituir entre el 10% o el 5% de los costos totales; mientras que los costos indirectos se encuentran entre el 90% y el 95% de los costos totales. [5]

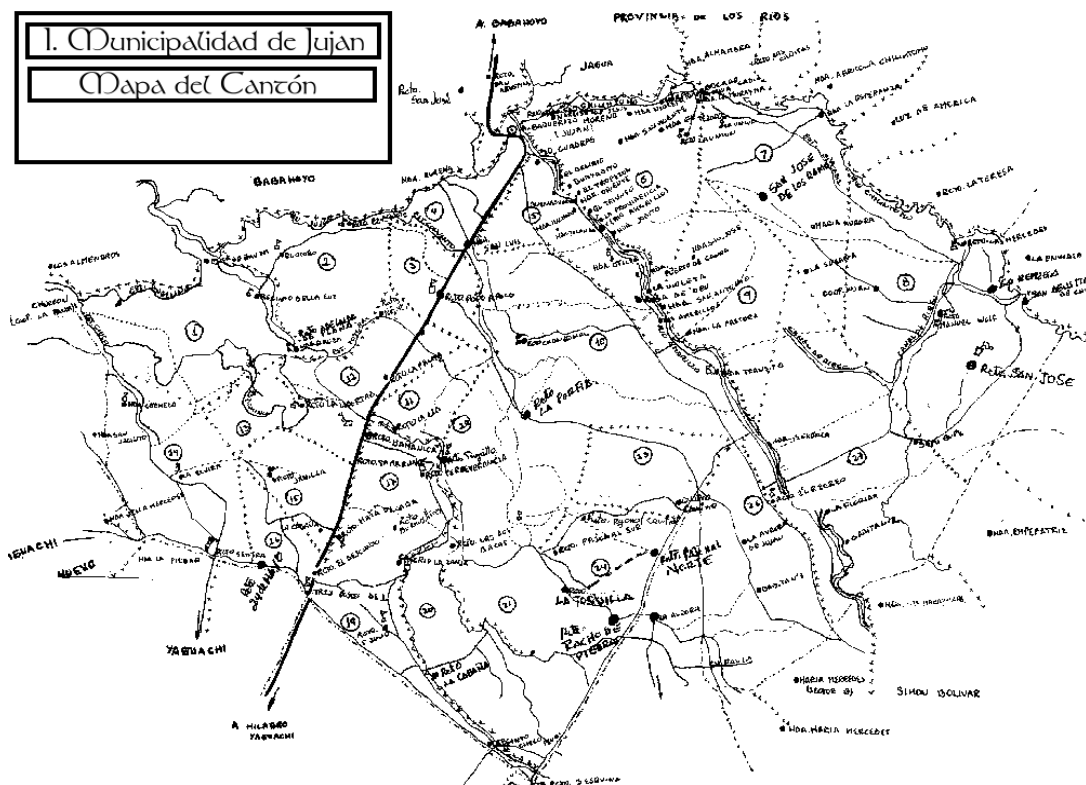
Y no solamente es la magnitud de los costos indirectos lo que hace compleja su distribución, sino también la gran diversidad de actividades que se desarrollan en estas instituciones (vigilancia, información, contabilidad, recursos humanos, cobranzas, diversidad de servicios de diagnóstico, y muchas otras actividades).

Para obviar estas dificultades en este trabajo se utilizará el cálculo de costos según el modelo de costo estándar.

Características del Área de Salud

El Área de Salud N° 13 esta ubicada en la provincia del Guayas y territorialmente oferta servicios a los habitantes de los Cantones Baquerizo Moreno (Jujan) y Simón Bolívar.

Las unidades de salud del MSP son: Centro de Salud N° 13 Baquerizo Moreno; Subcentro de Salud de Los Tres Postes; Subcentro de Salud de Libertad de Ñauza; Subcentro de Salud de Simón Bolívar; Subcentro Mata de Plátano; Subcentro Santo Domingo; Subcentro Lorenzo de Garaicoa; Subcentro Río Chico; Subcentro Soledad y Subcentro Inés María que cubren a un población de 55.963 habitantes (proyecciones en base al censo 2001) distribuidos en el Cantón Baquerizo Moreno 20.633 hbt y Simón Bolívar 33.330 habitantes. La población se caracteriza por ser eminentemente rural, el 56% vive en estas zonas y el 44% en zonas urbanas. [8]



El Centro de Salud Baquerizo Moreno está ubicado en la cabecera cantonal del cantón del mismo nombre y es la unidad operativa de mayor complejidad de la red de servicios estatales, donde labora el grupo de conducción, que es el encargado de la administración general de esa circunscripción territorial en lo relativo a salud.

Visión del Área de Salud Baquerizo Moreno

Unidades de salud que ofertan servicios de salud de nivel primario a la población de Juján y Baquerizo Moreno, con personal capacitado, con tiempo completo de atención y horarios adaptados a las necesidades de la población, con atención que cubra las necesidades de todos los grupos programáticos, con una práctica humanizada y con ética profesional en la atención, en espacios físicos agradables y remodelados. [tomado del mural de la Unidad Centro de Salud N° 13 Juján]

Forma de administración

El Ministerio de Salud Pública desde la perspectiva de mejorar la administración de las unidades de salud a aplicado el proceso de desconcentración financiera y la descentralización administrativa, la que permite trasladar la toma de decisiones a los sitios cercanos a los hechos, permitiendo tomar en cuenta las consideraciones locales y desarrollar las facultades gerenciales en los niveles de dirección institucional.

Este proceso está distorsionado en el Área de salud N° 13, debido a que el grupo de conducción está conformado por personal con transferencias administrativas temporales de otras Áreas de Salud, que se influenciado por causas externas como son las cuotas políticas que da como resultado el

cambio continuo de funcionarios, lo que no ha permitido cumplir con los planes institucionales.

Servicios ofrecidos por el Centro de Salud N° 13

Unidad	Control del embarazo y post parto	Planificación familiar
Población objetivo	Mujeres de 14 a 45 años	Mujeres de 15 a 45 años
Servicios	Consulta obstétrica. Exámenes de laboratorio. Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado. Referencia a unidades de mayor complejidad frente a embarazos de riesgo.	Consulta con examen ginecológico. Exámenes de laboratorio. Determinación de método Colocación de DIU. Entrega de gestágenos orales de acuerdo a evaluación.

Unidad	Control DOC Uterino	Salud bucal
Población objetivo	Mujeres de 25 años a 65 años	Población total del área.
Servicios	Toma de muestra de citología vaginal. Envío a laboratorio de referencia. Recepción de resultados Entrega de resultados a usuarias. Referencia a Unidad de especialidad a pacientes sospechosas.	Limpieza bucal. Programa de salud bucal escolar. Control de morbilidad bucal frecuente.

Unidad	Control del niño sano	Vacunación
Población objetivo	Menores de un año	Población infantil. Población de embarazadas. Población adulta en riesgo.
Servicios	Consulta de fomento de la salud. Control nutricional. Vacunación.	Aplicación de vacunas de acuerdo a esquema nacional.

Unidad	Atención de la morbilidad más frecuente	Atención de emergencia
Población objetivo	Población general con patologías agudas y crónicas dentro de programas nacionales.	Población general con emergencias no graves.

Unidad	Atención de la morbilidad más frecuente	Atención de emergencia
Servicios	Consulta médica de morbilidad Exámenes de laboratorio. Entrega de medicación. Referencia a Unidades de mayor complejidad en casos complicados o patologías de especialidades.	Curaciones. Suturas pequeñas. Administración de medicación de emergencia.

Fuente: Observación directa de las Área de Salud N° 13

Elaborado investigador

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Los **costos estándar** determinan de una manera técnica el costo unitario de un servicio, basados en eficientes métodos y sistemas, y en función de un volumen dado de la actividad. Son costos científicamente predeterminados que sirven de base para medir la actuación real. Los costos estándar contables no necesitan incorporarse al sistema de contabilidad. [6]

Los estándares de costos generalmente están integrados de manera formal dentro de las cuentas de costos. Cuando esto ocurre, los sistemas se conocen como sistemas de contabilidad de costos estándar.

Se establecen bajo rígidos principios de calidad, cumpliendo el rol de costos objetivos, informando el administrador sobre el grado de cumplimiento de estos costos meta. Esta misión lo convierte en unidad de medida de la eficiencia del servicio.

Los costos estándar son lo contrario de los costos reales. Estos últimos son costos históricos que se han incurrido en un período anterior. La diferencia entre el costo real y el costo estándar se denomina variación.

Para su diseño es necesario el trabajo conjunto de los profesionales y el encargado de costos, porque se nutre de dos componentes: uno físico (cantidades) y otro monetario (recursos financieros).

Los costos estándar no sólo sirven de referencia, sino también como guía de trabajo.

En este sistema, por su ajustada forma de cálculo, se parte del principio que el verdadero costo es el estándar y las diferencias con el real son fruto de haber trabajado mal, constituyendo una pérdida. De esta manera se cuenta con información para asignar responsabilidades y corregir desvíos.

- **Contabilidad de costos.-** Es el proceso de medir, analizar calcular e informar sobre el costo, la rentabilidad y la ejecución de las operaciones.

- El **costo estándar** es la cantidad que, según la institución debería costar un servicio o la operación de un proceso durante cierto período, sobre la base de ciertas condiciones de eficiencia, económicas y de otros factores. [6]

Sistema de Costos desarrollado bajo la metodología de los Costos Basados en Actividades (ABC)

Conjunto de procedimientos destinados a asignar los costos derivados del uso de los recursos de una organización a las actividades en ella desarrolladas.

Este método parte del principio que los productos y servicios finales consumen actividades y estos consumen, a su vez, recursos.

- **Recursos:** Toda unidad o departamento dentro de un centro de salud, para poder operar, necesita consumir dos tipos de recursos:
- **Recursos Genéricos:** Están conformados por todos aquellos recursos de origen primario, como lo son electricidad, agua, teléfono y otros servicios; los cuales se constituyen en sí, en costos indirectos a todos los servicios o actividades que se presta en la organización. Constituyen los Centros de Costos Genéricos
- **Recursos Específicos:** Están conformados por todos aquellos recursos que requieren cada área o unidad específica de la organización para poder llevar a cabo sus objetivos:
 - Materiales requeridos para el funcionamiento de cada unidad o área de la organización: artículos de oficina, consumibles, placas radiológicas, reactivos y otros)
 - Recursos humanos.
 - Activos (local, equipos, mobiliarios u otros activos)

Se puede cuantificar o medir el consumo de estos recursos por cada área de trabajo y constituyen costos directos a cada una de ellas; y al mismo tiempo, se constituyen en costos indirectos a los servicios principales que presta la organización, como lo son: cirugía, hospitalización, y otros servicios.

Actividades (Centros de Costo): Las diversas actividades que se realizan están agrupadas en los respectivos departamentos, unidades o áreas de trabajo de la organización. Cada una de estas áreas se constituye en Centro de costos y son los consumidores de los recursos de la organización.

Se clasifican en:

- Centros de Costos Administrativos o Generales: conformados por todas las actividades o Centros de Costos que no están vinculados directa o indirectamente con el proceso medico asistencial, tales como: Gerencia general, administración, recursos humanos, vigilancia, cobranzas, aseo general, admisión y presupuesto, y otros.
- Centros de Costos de Apoyo a las actividades principales: conformados por todas las actividades o Centros de Costos que están vinculados directa o indirectamente con el proceso medico asistencial, tales como: Enfermería
- Centros de Costos Finales: conformados por todas las actividades o Centros de Costos que constituyen el objeto de la prestación del servicio médico asistencial, y que en el caso de las instituciones de salud privadas, son los servicios facturables, tales como: Quirófano, hospitalización, laboratorio, imágenes y otros.[2]

Procedimiento:

Asignación de Costos Directos e indirectos

Los costos Directos se asignan a los centros de costos específicos (Servicios)

- Medicamentos.
- Material médico – quirúrgico.
- Suministros de diversa naturaleza.

Los costos Indirectos se distribuyen entre los:

- Centros de Costos que representan los Recursos Genéricos
- Centros de costo que representan Actividades Generales de la organización (recursos humanos, administración, vigilancia, admisión)
- Centros de costo que representan Actividades de Apoyo a las actividades o servicios principales que le prestan a los pacientes (laboratorio, imágenes y otros).
- Centros de Costo que representan los Servicios Finales que se le prestan a los pacientes.
 - a. Distribución de los Costos Indirectos Departamentales o por áreas de trabajo
 - Los costos representados en los distintos Centros de Costos se distribuyen en forma de cascada, primero, desde los Recursos hacia las Actividades, y luego de las Actividades a los Servicios.
 - La distribución se realiza sobre la base de Inductores de Costo previamente determinados.
 - En los servicios se llevan estadísticas del servicio prestado a los fines de determinar los costos unitarios de cada servicio.[3]

POSICIONAMIENTO PERSONAL

IncurSIONAR en un tema poco manejado por los gerentes de salud a nivel local de los servicios estatales, donde no está implementado el sistema de los costos de las actividades y por la falta de información no siempre se utilizan los escasos recursos en forma eficiente. Con este ensayo se trata de demostrar que establecer un sistema de costos es relativamente fácil, no requiere de grandes inversiones y que con la información actualizada podría ser utilizada como una herramienta para la toma de decisiones gerenciales y buscar estrategias para mejorar la calidad de los servicios.

REFERENCIAS: MUNDIAL, REGIONAL, LOCAL

El gasto total en salud es la suma de los gastos en salud públicos y privados, como proporción de la población total. Abarca la prestación de servicios de salud preventiva y curativa, las actividades de planificación familiar, de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

Gasto en Salud

Datos en USD (\$) a precios actuales de varios países de los cinco continentes

País	2007	2008	2009	2010
Asia				
Afganistán	29	32	34	38
China	114	157	191	221
India	40	43	44	45
Israel	1737	2073	2004	2183
Japón	2806	3253	3754	4065
Líbano	510	516	617	651
Pakistán	23	22	20	22
Europa				
Alemania	4231	4718	4723	4668
España	2725	1527	1704	1450
Francia	4483	4941	4840	4691
Italia	3095	3472	3323	3248
Noruega	7313	8071	7533	8091
Portugal	2183	2384	2365	2367
Reino Unidos	3881	3801	3440	3503
Suiza	6051	6999	7185	7812
Oceanía				
Australia	3956	4229	3945	4775

País	2007	2008	2009	2010
América del Sur				
Argentina	562	698	734	742
Bolivia	65	85	90	97
Brasil	610	715	734	990
Chile	683	765	802	947
Colombia	337	377	392	472
Ecuador	228	270	321	328
Venezuela	471	589	688	663
América Central y el Caribe				
Cuba	586	585	672	677
Haití	35	35	40	46
Nicaragua	93	105	104	103
América del Norte				
Canadá	4340	4623	4519	5222
EE UU	7437	7720	7960	8362
África				
Cabo Verde	137	156	150	155
Eritrea	9	11	11	12
Etiopía	12	14	16	16

Fuentes indicadores del desarrollo mundial Base de datos de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud complementada con datos del país www.who.int/nha/

Los datos relativos al gasto en asistencia sanitaria se observa que los países de Europa y de América del Norte son los con mayores gastos en los servicios asistenciales habituales y de rehabilitación.

Con relación al mundo, Estados Unidos lleva la delantera en lo que a gasto en salud se refiere, ya que el gasto per cápita en el país del norte es el doble del promedio de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), o el 16% de su ingreso nacional. Sin embargo, los indicadores de

salud pública de este país se ven malogrados por profundas desigualdades vinculadas con factores como ingreso, cobertura del seguro de salud, raza, etnia, ubicación geográfica y lo que es más crítico, acceso a la atención. Los principales indicadores de salud de Estados Unidos están muy por debajo de lo que podría esperarse ya que su PIB es muy alto.

En los países asiáticos se observan disparidades con países con un gasto medio alto como Japón e Israel y otros con gastos muy bajos como Pakistán, Afganistán e India. Los países de América del Sur- Central y Caribe tienen un gasto medio y medio bajo como Ecuador y Colombia y bajo Nicaragua, Haití y Bolivia, al igual que algunos países africanos

REVISIÓN LITERARIA

Existe pocos estudios sobre el tema de costos en la atención primaria, y entre estos se encuentra el trabajo, realizado por Robert L .et al [4] “La atención primaria de salud en el Ecuador: servicios del Ministerio de Salud y de Seguridad Social, publicado en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana oct. 2006 cuyo resumen dice:

“En el año 2005 se comparan los costos, calidad y equidad de los servicios en 15 centros de atención primaria del Ecuador- ocho del Ministerio de Salud y siete de la Seguridad Social Rural (SSR)- examinando datos presupuestarios y obteniendo información mediante un cuestionario y entrevistas. Se aplicaron técnicas de contabilidad estandarizadas para determinar los costos promedio y se confirmó que las consultas médicas, eran mucho más bajas en las dependencias del ministerio que en las de la seguridad social, no se detectó ninguna diferencia en los costos de la atención odontológica”.

En la Rev. Panamericana de Infectología 2008; Tortellá Juan José et al presentan la investigación sobre “Tratamientos ambulatorios de infecciones en la República Argentina, cuyo resumen dice:

“Por medio de un relevamiento de los costos del tratamiento ambulatorio de infecciones prevalentes en la República Argentina, se estudió el costo de los medicamentos utilizados y sobrantes de las prescripciones en cada caso. Se consultaron guías de referencia de tratamiento de infecciones, como es la de la PAHO, y manuales de precios de referencia en farmacias del país. Se observó que no había sobrantes significativos de los distintos antibióticos recetados en la mayoría de los tratamientos de primera elección. Sí se hallaron sobrantes en los tratamientos alternativos. Es posible que el hecho de no encontrar sobrantes significativos se deba a la existencia de una gran cantidad de laboratorios locales que expenden tales tratamientos en la cantidad apropiada de comprimidos”.

En la revista Salud Pública de México, vol. 48 supl.1 Cuernavaca 2007 se presenta la investigación realizada por Dra. Reynales Shigematsu, L M. et al, sobre “El costo de las enfermedades atribuibles al tabaco”, cuyo abstract dice:

“Cuantificar el efecto de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco, en términos epidemiológicos (morbilidad) y económicos (costos de atención médica), en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a escala nacional. Material y métodos: Los costos de la atención médica se estimaron desde la perspectiva del proveedor y se empleó la metodología del costeo de enfermedad. A partir de una muestra de

pacientes ($n= 1\ 596$) atendidos en las unidades médicas se estableció la frecuencia de utilización de servicios en los tres niveles de atención. Para cada enfermedad se consideraron costos promedio por paciente y costos totales de enfermedad, los cuales se mensuraron en pesos mexicanos de 2004. Se calculó la fracción atribuible al consumo de tabaco para cada enfermedad, misma que se usó para atribuir los costos al tabaco. Resultados: Los costos totales anuales de atención médica nacional corresponden a 7 114 millones para el infarto agudo del miocardio, 3 424 millones para la enfermedad vascular cerebral, 1 469 millones para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 102 millones para el cáncer pulmonar. El costo total anual para el IMSS por estas cuatro enfermedades asciende a 12 100 millones de pesos. Los costos atribuibles al consumo de tabaco corresponden a 7 100 millones de pesos, lo cual equivale a 4.3% del gasto de operación de la institución en el año 2004. Conclusiones: Estos resultados confirman el elevado costo de la atención médica de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en el IMSS y generan información de primera mano necesaria para impulsar las medidas de prevención en esa institución y reforzar las políticas de control del tabaquismo ya aplicadas en México.

DEFINICIÓN DE PALABRAS CLAVE

- **Costos:** Conjunto de erogaciones y desembolsos constantes, que se están pagando de inmediato, que se han pagado en el pasado en beneficio de la operación presente o que están acumulándose para ser pagados en el futuro.

- **Centro de salud:** se refieren al edificio donde se atiende a la población en un primer nivel asistencial sanitario. El personal y actividad asistencial del mismo puede variar de un lugar a otro y de un centro a otro.
- **Costos fijos** son aquellos cuyo monto total no se modifica de acuerdo con la actividad de producción. En otras palabras, se puede decir que los Costos Fijos varían con el tiempo más que con la actividad; es decir, se presentarán durante un periodo de tiempo aun cuando no haya alguna actividad de producción.
- **Costos variables:** son aquellos que están en función del volumen de producción; varían de forma proporcional a las fluctuaciones de producción de un período dado.
- **Presupuesto:** Es la estimación programada en forma sistemática de las condiciones de operación y de los resultados a obtener por un organismo en un periodo determinado.

El presupuesto es la expresión cuantitativa de un plan de acción y una ayuda la coordinación y la ejecución. Los presupuestos se pueden crear para la organización en general o para cualquier sub-unidad. El presupuesto general resume los objetivos de todas las sub-unidades de una organización.

El presupuesto por programas es el que se calcula y desglosa en sub-actividades de tal manera que cada una constituya un programa o paquete completo. Auxilia a la administración pública pues obliga a planear con mayor grado de análisis la inversión y el gasto publico.

Los presupuestos públicos se elaboran con base en la idea de control de gastos, se hace primero una estimación de los gastos que se han de

originar debido a necesidades pública y después se planea la forma de cubrirlas, estudiando la aplicación de ingresos que se recaben de los impuestos, obtención de empréstitos y otras formas de financiamiento.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 MATERIAL

3.1.1. Lugar de la Investigación

Área de Salud Baquerizo Moreno Área de Salud N° 13 .Juján

3.1.2. Período de la investigación

Enero – Diciembre 2011

3.1.3. Recursos disponibles

3.1.3.1. Recursos Humanos

- Investigador
- Tutor

3.1.3.2 Recursos físicos:

- Área de Administración y Estadística del Centro de Salud Baquerizo Moreno
- Producción del CS N° 13
- Computador e impresora
- Materiales de oficina

3.1.4. Población y muestra

- Producción de los servicios del Centro de Salud Baquerizo Moreno. 2011
- Presupuesto ejecutado 2011

3.2. MÉTODOS

3.2.1. Tipo de investigación

Descriptivo

3.2.2. Diseño de la investigación

No experimental.

3.2.3. Técnicas de investigación

1. Obtención de datos de Estadística, Administración, Contabilidad, Proveduría del Centro de Salud N° 13
2. Identificación de los centros de costos:
 - Centros de productivos
 - Centros de Costos administrativos
3. Asignación de costos indirectos a centros de costos productivos
4. Asignación de costos por actividades productivas

El Informe: la estructura del informe de investigación seguirá fielmente los pasos fundamentales del diseño de la investigación; para la presentación del informe se seguirán las normas de la metodología formal de presentación de trabajos.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Producción del Área de Salud

Cuadro N° 4.1.1

Atenciones brindadas por médicos en las Unidades Operativas

Área de Salud N° 13 Juján Provincia del Guayas 2011

Unidades operativas	Lugar de atención				Protección social
	Establecimiento	Comunidad	Escuela	Domicilio	Familias con riesgo biomédico captadas y em seguimiento
C. S. A. Baquerizo Moreno (Jujan)	15.940	285	728	665	28
C.S. Simón Bolívar	13.043	88	304	710	0
Tres Postes SCU	6.026	122	826	243	5
Mata de Plátano SCR	3.004	588	153	425	32
Lorenzo de Garaicoa SCR	4.176	497	293	690	0
Inés María SCR	3.300	425	109	640	0
Soledad SCR	2.677	21	349	492	0
Santo Domingo SCR	2.934	32	347	497	0
Río Chico SCR	2.798	231	111	793	0
Libertad de Ñauza SCR	5.633	25	430	469	0
Total	59.531	2.314	3.650	5.624	74
Porcentaje	83,71	3,25	5,13	7,91	

Fuente: Datos Estadísticos Área 13

Análisis y discusión

En el Área de salud N° 13 Jujan el 84% de las atenciones se dan dentro de los establecimientos de salud, el 3% en la comunidad, el 5% en las escuelas y el 8% en atenciones en domicilio.

Evidenciándose que el trabajo esta relacionado sobre a demandad espontánea de la población con muy poco trabajo sobre los programas de promoción y fomento de la salud.

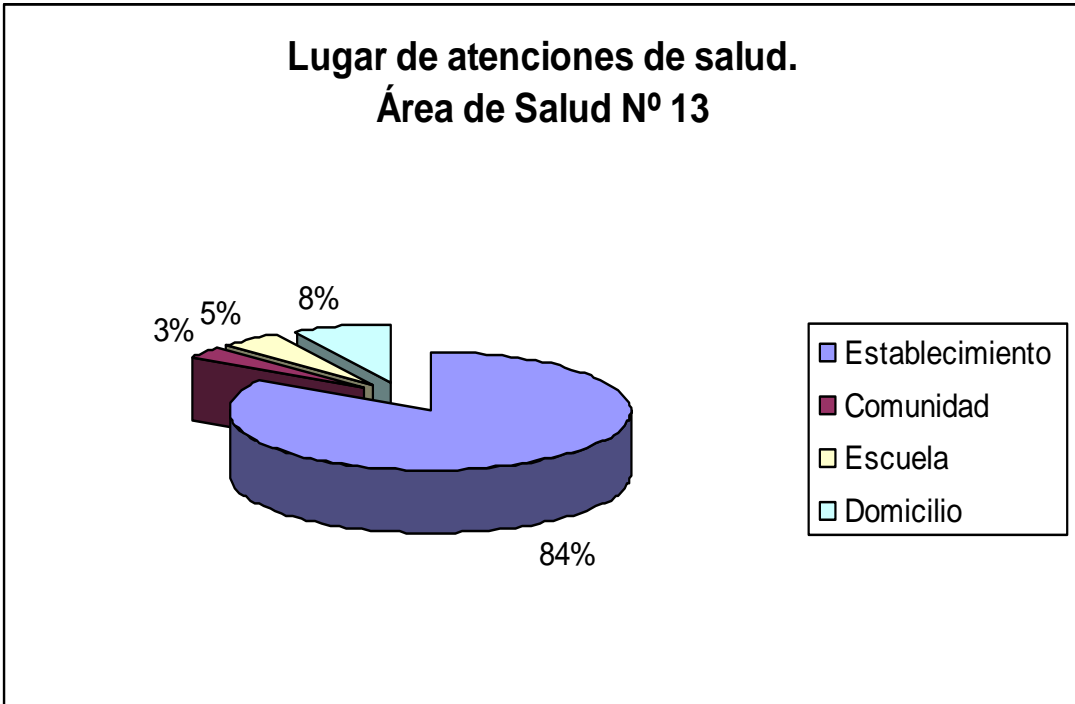


Gráfico N° 4.1.1

**Atenciones brindadas por médicos en las Unidades Operativas
Área de Salud N° 13 Juján Provincia del Guayas 2011**

Cuadro N° 4.1.2**Atenciones de morbilidad brindadas por médicos en las Unidades Operativas****Área de Salud N° 13 Juján Provincia del Guayas 2011**

Unidades operativas	Atención de morbilidad					
	Tipo de consulta			Clase de diagnóstico		
	Primera	Sub secuente	Total	Presuntivo	Definitivo	Total
CS A. Baquerizo Moreno (Jujan)	1.079	865	1.944	12	1.932	1.944
CS Simón Bolívar	1.115	859	1.974	67	1.907	1.974
SCU Tres Postes	259	619	878	33	845	878
SCR Mata de Plátano	298	87	385	50	335	385
SCR Lorenzo de Garaicoa	583	210	793	182	611	793
SCR Inés María	64	85	149	4	145	149
SCR Soledad	197	448	645	339	306	645
SCR Santo Domingo	149	91	240	1	239	240
SCR Río Chico	1	8	9	0	9	9
SCR Libertad de Ñauza	267	405	672	6	666	672
Total	4.012	3677	7.689	694	6.995	7.689
Porcentaje	52,17	47,82	100,00	9,02	90,94	100,00

Fuente: Datos Estadísticos Área 13

Análisis y discusión

Del total de las atenciones de morbilidad el 52% correspondieron a las de primera vez y el 48% fueron subsecuentes; de las cuales el 9% tuvo diagnóstico presuntivo y el 91% definitivo. Este resultado corrobora que la población acude a la atención de morbilidad más frecuente y a las consultas tradicionales de fomento como son planificación familiar, pero con una baja cobertura de PAP, limpieza dental entre las más significativas.

Gráfico N° 4.1.2

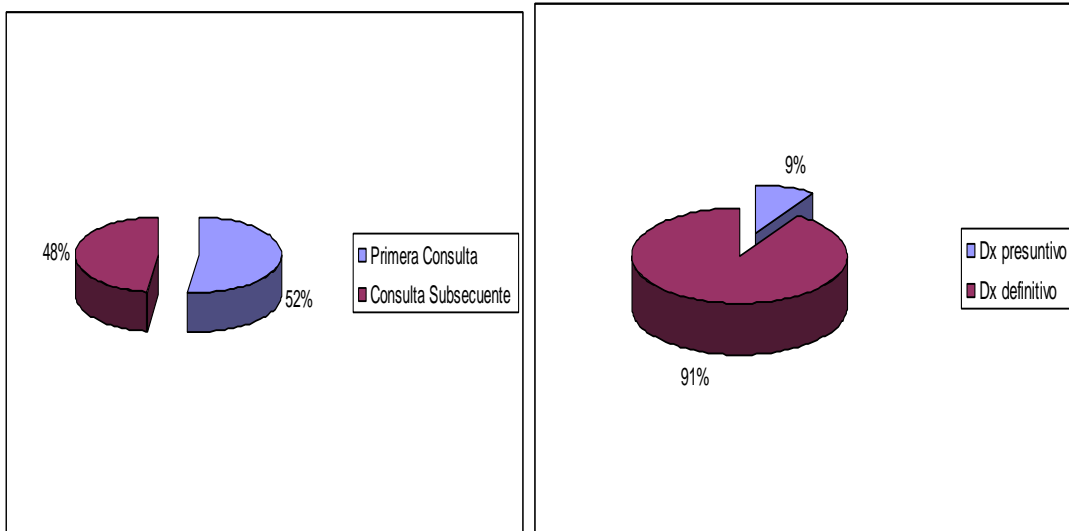


Gráfico N° 4.1.2

**Atenciones de morbilidad brindadas por médicos en las Unidades Operativas
Área de Salud N° 13 Juján Provincia del Guayas 2011**

Cuadro N° 4.1.3**Atenciones brindadas por obstetrices en las Unidades Operativas
Área de Salud N° 13 Juján Provincia del Guayas 2011**

Unidades operativas	Lugar de atención					
	Establecimiento		Comunidad		Domicilio	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CS A. Baquerizo M	1620	97,59	0		40	2,41
CS Simón Bolívar	1685	96,34	64	3,66	-	-
SCU Tres Postes	514	100,00	0	-	-	-
SCR Mata de Plátano	191	67,97	41	14,59	49	17,44
SCR L. de Garaicoa	157	100,00	0		-	
SCR Inés María	4.167	95,55	105	2,41	89	2,04
SCR Soledad	1620	97,59	0		40	2,41
Total	9954	95,88	210	2,02	218	2,10

Fuente: Datos Estadísticos Área 13

Análisis y discusión

Las atenciones dadas por Obstetrices en el 95,88% se realizan en los establecimientos de salud. El 2% en la comunidad y en el domicilio respectivamente. El tipo de atención brindado por este tipo de recurso humano esta dado por el modelo centrado en la atención de la demanda, con un bajo rendimiento de cobertura en comunidad y domicilio, con un bajo rendimiento de los programas de promoción de la salud y de fomento.

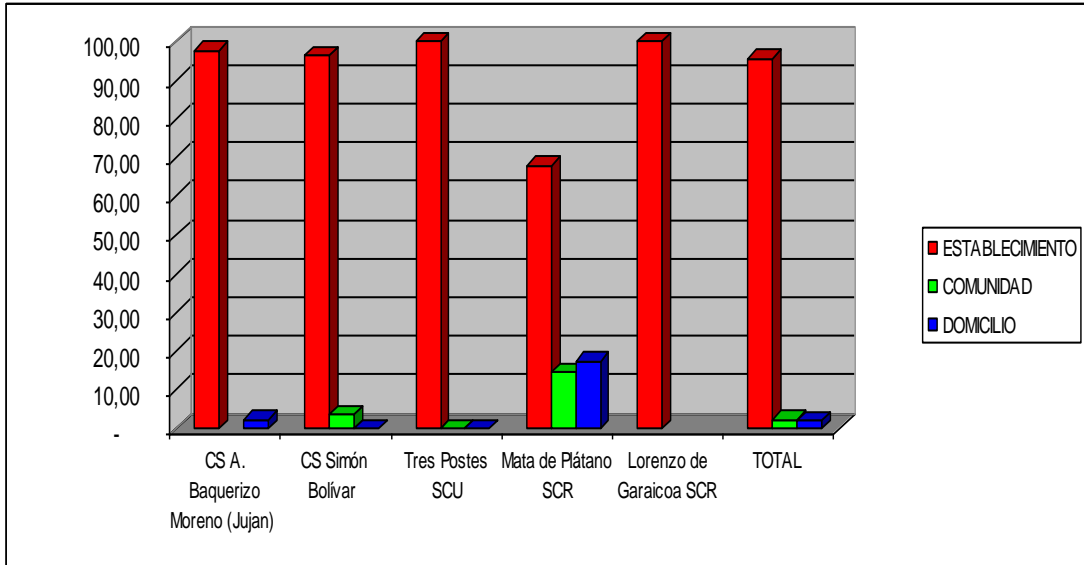


Grafico N° 4.1.3
Atenciones brindadas por obstetricas en las Unidades Operativas
Área de Salud N° 13 Juján Provincia del Guayas 2011

Cuadro N° 4.1.4**Atenciones odontológicas en las Unidades Operativas
Área de Salud N° 13 Juján Provincia del Guayas 2011**

Unidades operativas	Lugar de de atención					
	Establecimiento		Comunidad		Escuela	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CS A. Baquerizo Moreno	908	80,93	0	-	214	19,07
CS Simón Bolívar	854	100,00	0	-	0	-
SCU Tres Postes	718	72,67	60	6,07	210	21,26
SCR Mata de Plátano	240	58,68	93	22,74	76	18,58
SCR Lorenzo de Garaicoa	207	55,20	50	13,33	118	31,47
SCR Inés María	146	100,00	0	-	0	-
SCR Soledad	173	100,00	0	-	0	-
TOTAL	3246	79,81	203	4,99	618	15,20

Fuente: Datos Estadísticos Área 13

Análisis y discusión

Las atenciones odontológicas brindadas en el Área de Salud N° 13 el 79,81% al igual que las médicas en los establecimientos de salud; el 4,99% en las comunidades y el 15,20% en las escuelas, dando como resultado bajos indicadores de la atención odontológica y con altos índices de extracciones de piezas dentarias.

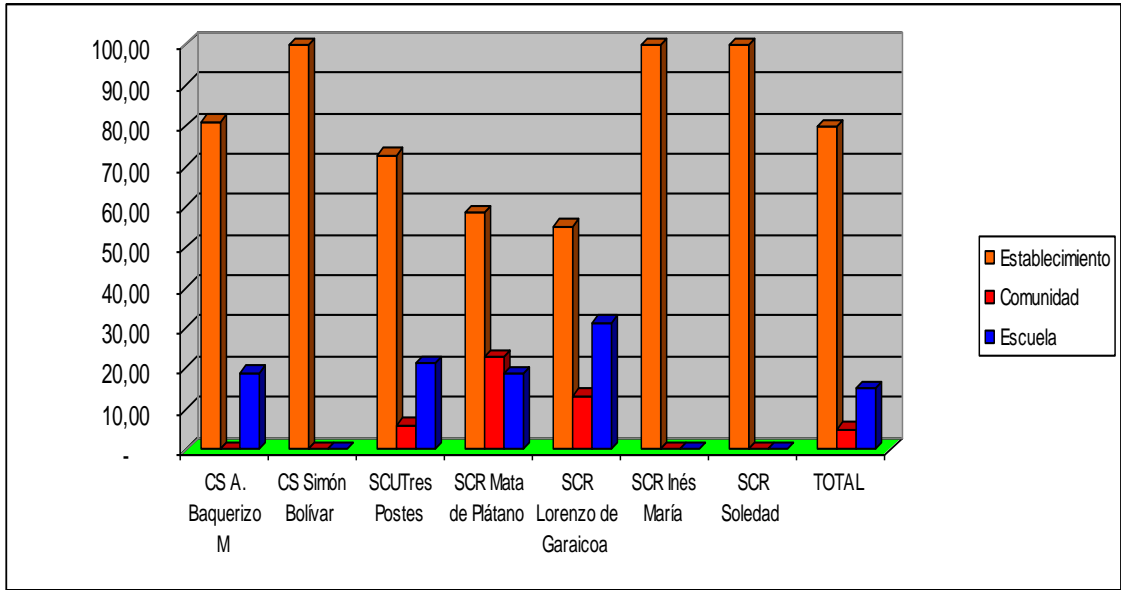


Gráfico N° 4.1.4
Atenciones odontológicas en las Unidades Operativas
Área de Salud N° 13 Juján Provincia del Guayas 2011

Cuadro N° 4.1.5

**Atenciones preventivas a mujeres en servicios ambulatorios por unidades operativas, según componente
Área de Salud No. 13 Jujan Guayas 2011**

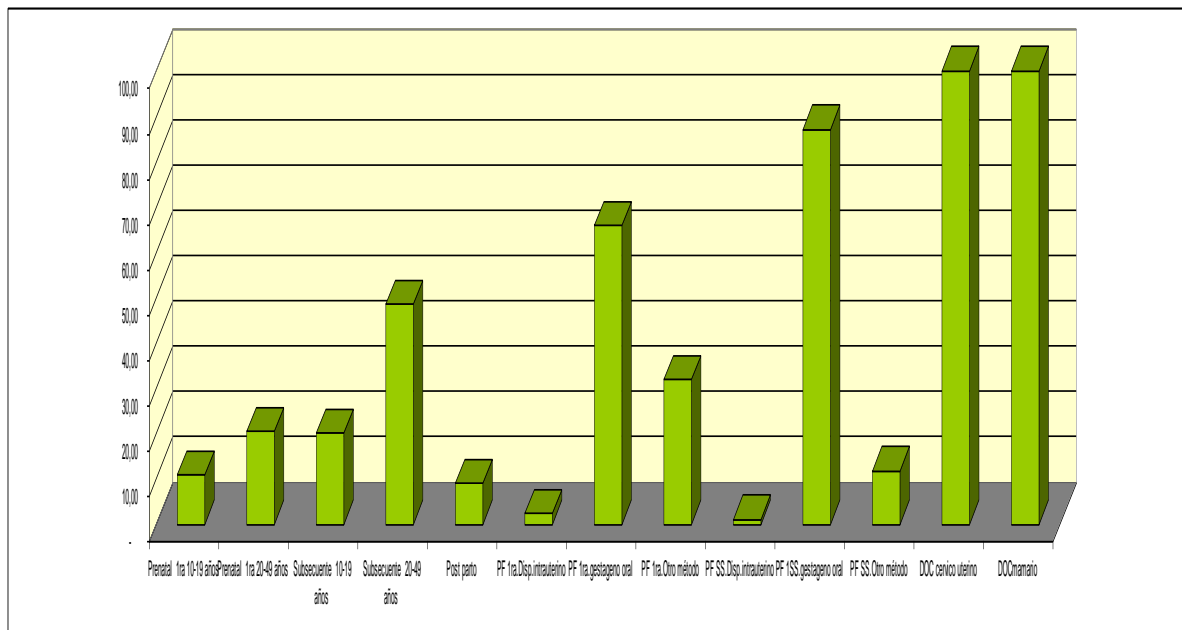
Unidades de salud	Atención preventiva Mujeres												
	Pre natal				Post parto	Planificación familiar						D. O. C.	
	Primera		Subsecuente			Primera			Subsecuente			Cérvico uterino	Mamario
	10-19 años	20-49 años	10-19 años	20-49 años		Dispositivo Intra Uterino	Gestágenos Orales	Otro método	Dispositivo Intra uterino	Gestágenos orales	Otro métodos		
C. S A. Baquerizo Moreno	43	96	63	121	35	4	45	149	5	253	44	120	123
C. S. Simón Bolívar	28	60	96	228	26	1	117	6	3	420	40	18	144
SCU Tres Postes	18	17	16	63	15	3	133	13	4	223	8	65	102
SCR Mata de Plátano	0	8	6	21	2	0	8	1	2	55	3	27	27
SCR Lorenzo de Garaicoa	15	10	14	32	9	0	24	0	1	35	1	3	3
SCR Inés María	1	7	0	6	2	0	11	0	0	52	0	0	5
S CR Soledad	1	5	0	4	0	0	0	4	0	35	45	0	0
SCR Santo Domingo	4	1	2	8	0	0	0	1	0	0	4	0	0
SCR Río Chico	1	4	2	8	0	0	23	0	0	63	6	0	16
SCR Libertad de Ñauza	5	7	13	21	6	5	6	4	0	18	5	3	0
Total	116	215	212	512	95	13	367	178	15	1.154	156	236	420
Porcentaje	11,00	20,38	20,09	48,53	9,00	2,33	65,77	31,90	1,13	87,09	11,77		

Fuente: Datos Estadísticos Área

Análisis y discusión

La atención preventiva a mujeres en lo relativo a la atención prenatal en el grupo de mujeres de 10 a 19 años es del 11% y en el grupo de 20 a 49 años el 20%. Las consultas subsiguientes en el primer grupo representan el 20% y en el segundo grupo el 48,53% y la atención post parto es del 9%.

Con relación a Planificación Familiar las consultas por dispositivos intrauterinos representan el 2%, de gestágenos orales el 66% y por otros métodos el 31,9% y las consultas subsiguientes las relacionadas con el primer grupo representa el 1,13%; la de gestágenos orales el 87% y de otros métodos el 11,77%. También se realiza el control del DOC cervico uterino y doc mamario, con una cobertura que no alcanza el 20% con relación a la meta nacional que es del 80%.



Cuadro Nº 4.1.5

**Atenciones preventivas a mujeres en servicios ambulatorios por unidades operativas, según componente
Área de Salud No. 13 Jujan Guayas 2011**

Cuadro N° 4.1.6

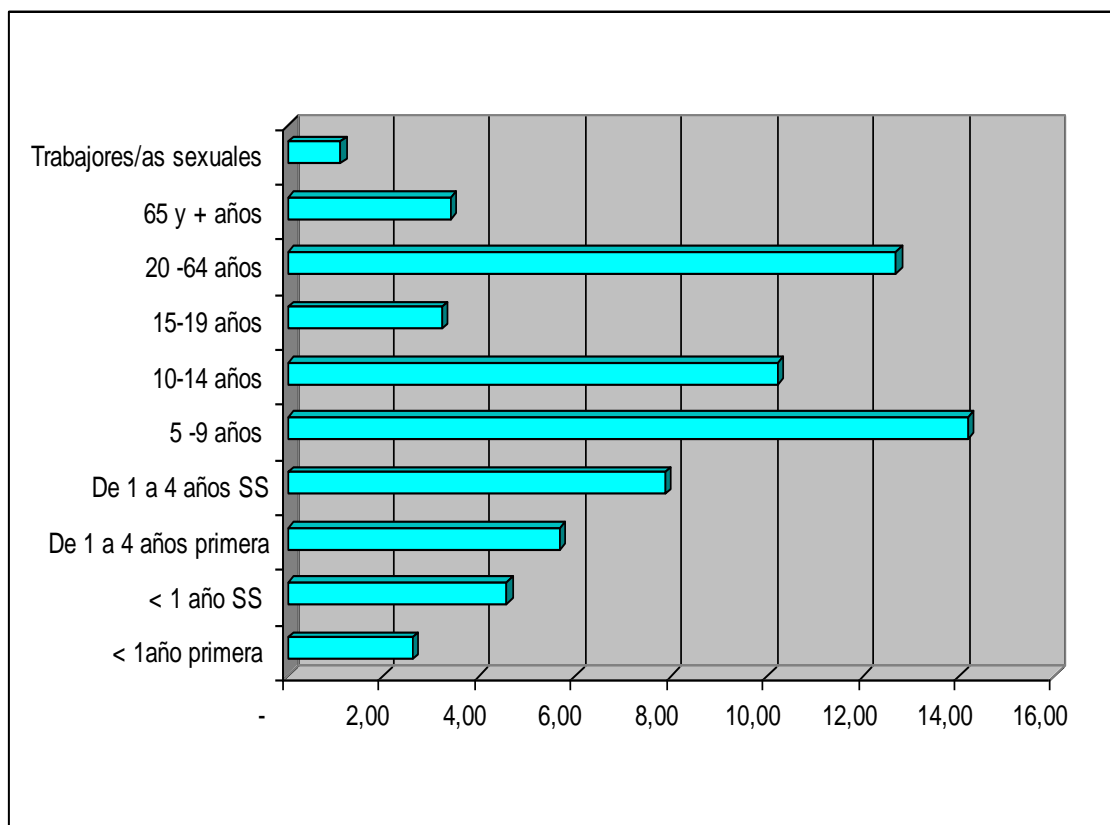
**Atenciones preventivas por grupos en servicios ambulatorios por unidades operativas, según componente
Área de Salud No. 13 Jujan Guayas 2011**

Unidades de Salud	ATENCIÓN PREVENTIVA										
	Niños/as					Adolescentes		Adultos		Trabajadores / as sexuales	Total consultas preventivas
	< 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años	10 - 14 años	15 - 19 años	20 - 64 años	65 años y más		
	Primera	Subsecuente	Primera	Subsecuente							
C. S.A. Baquerizo M. (Jujan)	103	213	164	181	133	168	87	256	39		
C. S. Simón Bolívar	38	11	105	43	90	108	36	154	18	4	1794
Tres Postes SCU	31	42	18	68	67	18	22	347	25	0	1318
Mata de Plátano SCR	18	18	34	38	104	78	9	10	16	0	485
Lorenzo de Garaicoa SCR	6	58	15	95	169	184	35	126	21	0	856
Inés María SCR	6	19	20	63	116	124	21	44	36	0	533
Soledad SCR	5	12	18	122	192	93	14	14	14	0	578
Santo Domingo SCR	13	31	83	87	318	183	44	202	106	5	1092
Río Chico SCR	38	30	92	57	164	64	48	50	24	1	691
Libertad de Ñauza SCR	20	55	58	88	165	73	28	155	64	0	799
Total	278	489	607	842	1.518	1.093	344	1.358	363	118	10.699
Porcentaje	2,60	4,57	5,67	7,87	14,19	10,22	3,22	12,69	3,39	1,10	100,00
Relación primera consulta/subsecuente	1/ 1,76		1/1,38								

Fuente: Datos Estadísticos Área 13

Análisis y discusión

Las atenciones preventivas en el grupo de menores de 1 año la atención de primera vez fue del 2,60% y subsecuentes del 4,57%, con una relación de consulta primera / subsecuente de 1/1,76. En el grupo de 1 a 4 años las primeras consultas representaron el 5,67% y las subsecuentes el 7,87% con una relación de 1 /1,38 consultas. El grupo de 5 a 9 años con el 1% de 10 a 14 años con el 10,22% el grupo de 15-19 años el 3,22%; de 20 a 64 años el 12,69% y en el grupo de 65 y más años el 3,39% y el grupo de trabajadores/as sexuales representó el 1,10%.



Cuadro Nº 4.1.6

Atenciones preventivas por grupos en servicios ambulatorios por unidades operativas, según componente
Área de Salud No. 13 Jujan Guayas 2011

Cuadro Nº 4.1.7

Atenciones odontológicas según tipo de consulta en las unidades operativas

Área de Salud No. 13 Jujan Guayas 2011

Unidades operativas	Tipo de consulta					
	Primera	%	Subsecuente	%	Total	%
CS A. Baquerizo Moreno	1.079	13,94	865	11,17	1.958	25,29
CS Simón Bolívar	1.115	14,40	859	11,10	1.988	25,69
SCU Tres Postes	259	3,35	619	8,00	881	11,39
SCR Mata de Plátano	298	3,85	87	1,12	389	5,02
SCR Lorenzo de Garaicoa	583	7,53	210	2,71	801	10,34
SCR Inés María	64	0,83	85	1,10	150	1,94
SCR Soledad	197	2,54	448	5,79	648	8,37
SCR Santo Domingo	149	1,92	91	1,18	242	3,13
SCR Río Chico	1	0,01	8	0,10	9	0,12
SCR Libertad de Ñauza	267	3,45	405	5,23	675	8,73
TOTAL	4.012	51,83	3.677	47,50	7.741	100,00

Fuente: Datos Estadísticos Área 13

Análisis y discusión

Las atenciones odontológicas en un 51% se dan en las dos unidades de salud más grandes del área de salud y el restante 49% se ofertan en las unidades más pequeñas, con un porcentaje mínimo en el SCS Río Chico que no cuenta con el recurso humano en forma permanente.

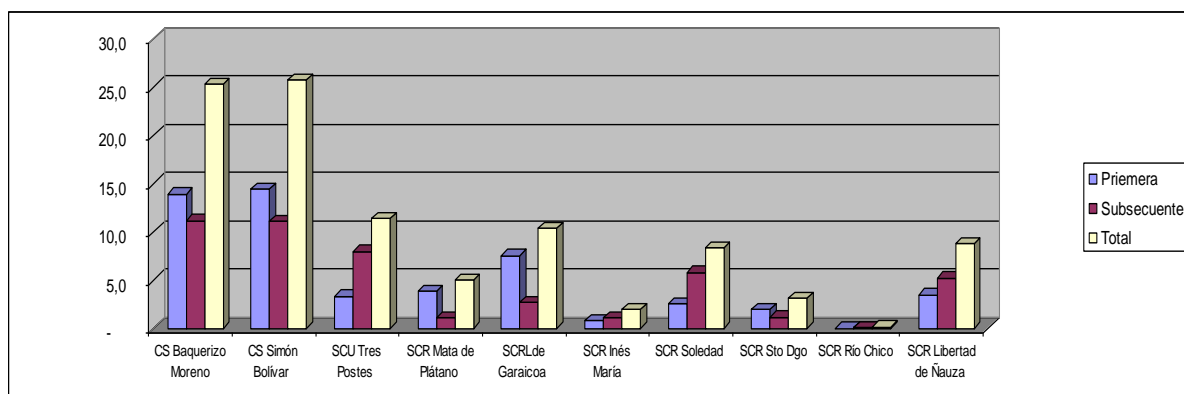


Gráfico Nº 4.1.7

Atenciones odontológicas según tipo de consulta en las unidades operativas

Área de Salud No. 13 Jujan Guayas 2011

Cuadro Nº 4.1.8

**Atenciones odontológicas según diagnóstico en las unidades operativas
Área de Salud No. 13 Jujan Guayas 2011**

UNIDADES OPERATIVAS	Clase de diagnóstico					
	Presuntivo	%	Definitivo	%	total	%
CS Baquerizo Moreno	12	0,16	1.946	25,14	1.958	25,29
CS Simón Bolívar	67	0,87	1.922	24,83	1.989	25,69
SCU Tres Postes	33	0,43	848	10,95	881	11,38
SCR Mata de Plátano	50	0,65	339	4,38	389	5,03
SCR L de Garaicoa	182	2,35	619	8,00	801	10,35
SCR Inés María	4	0,05	146	1,89	150	1,94
SCR Soledad	339	4,38	309	3,99	648	8,37
SCR Santo Domingo	1	0,01	243	3,14	242	3,13
SCR Río Chico	0	-	9	0,12	9	0,12
SCR Libertad de Ñauza	6	0,08	669	8,64	675	8,72
TOTAL	694	8,97	7.047	91,03	7.741	100,00

Fuente: Datos Estadísticos Área 13

Análisis y discusión

El diagnóstico de las atenciones odontológicas en su mayoría es definitivo con un 93% y sólo el 8,97%. Situación que se observa en todas las unidades de salud.

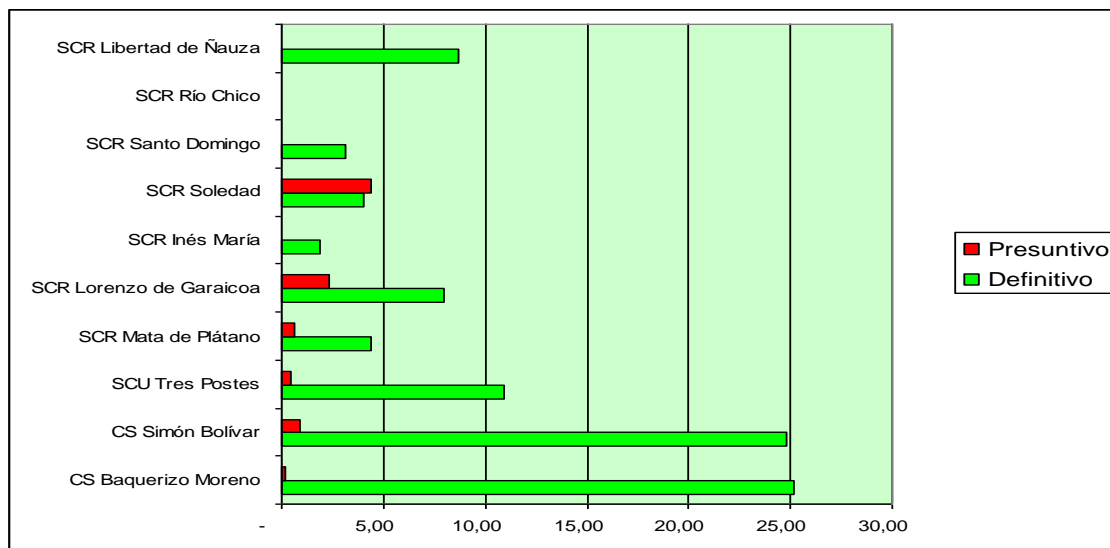


Gráfico Nº 4.1.8

**Atenciones odontológicas según diagnóstico en las unidades operativas
Área de Salud No. 13 Jujan Guayas 2011**

Cuadro Nº 4.1.9

Determinaciones de Laboratorio Clínico y recetas dispensadas en servicios ambulatorios Área de Salud No. 13 Jujan Guayas 2011

Unidades de salud		Total		CS Jujan		SC S Bolívar	
LABORATORIO CLINICO	Determinaciones	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Hematológicos	3279	16,81	1491	22,60	1788	13,85
	Bacteriológicos	120	0,62	25	0,38	95	0,74
	Química sanguínea	11308	57,97	4054	61,46	7254	56,18
	Materias fecales	1063	5,45	347	5,26	716	5,55
	Orina	2008	10,29	427	6,47	1581	12,25
	Otros exámenes	1729	8,86	252	3,82	1477	11,44
	Total determin.	19507	100,00	6596	33,81	12911	66,19

Fuente: Estadística del Área 13

Análisis y discusión

Las determinaciones que se realizaron en el Área de Salud Nº 13 fueron hematológicas el 16,81% exámenes bacteriológico 0,62%; química sanguínea el 57,97%; materias fecales el 5,45%; orina el 10,29% otros exámenes 8,86%.

Del cien por cien de los exámenes el 33,81% se realizaron en el CS de Jujan y el 66% en el CS S. Bolívar.

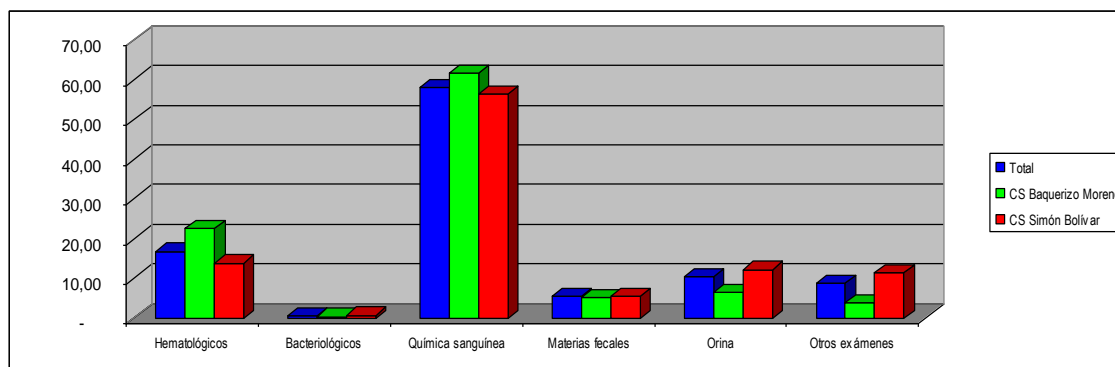


Gráfico Nº 1.4.9

Determinaciones de Laboratorio Clínico en servicios ambulatorios por unidades operativas, Área de Salud No. 13 Jujan Guayas 2011

Cuadro 4.1.10

Recetas dispensadas en farmacia en servicios ambulatorios por unidades operativas

Área de Salud No. 13 Jujan Guayas2.011

Unidades de Salud	Nº	%
CS Baquerizo Moreno	19199	26,12
CS Simón Bolívar	18419	25,06
SCU Tres Postes	8339	11,35
SCR Mata de Plátano	3817	5,19
SCR Lorenzo de Garaicoa	6130	8,34
SCR Inés María	3389	4,61
Soledad SCR	2805	3,82
SCR Santo Domingo	2939	4,00
SCR Río Chico	2895	3,94
SCR Libertad de Ñauza	5571	7,58
Total	73503	100,00

Fuente: Estadística del Área 13

Análisis y discusión

El 26% de las recetas dispensadas fueron el CS de Juján; el 25% del CS de Simón Bolívar y el 48,48% en los subcentros de salud.

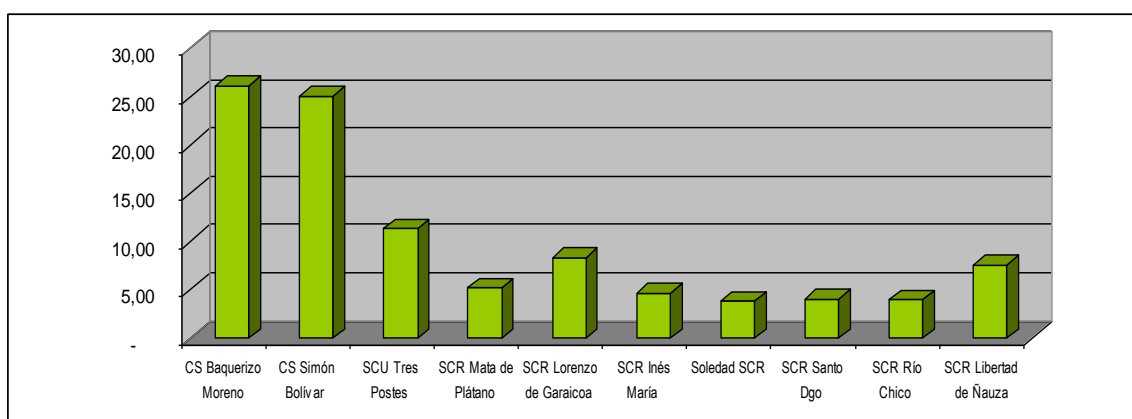


Gráfico Nº 4.1.10

Recetas dispensadas en Farmacia en servicios ambulatorios por unidades operativas

Área de Salud No. 13 Jujan Guayas2.011

Cuadro Nº 4.1.11

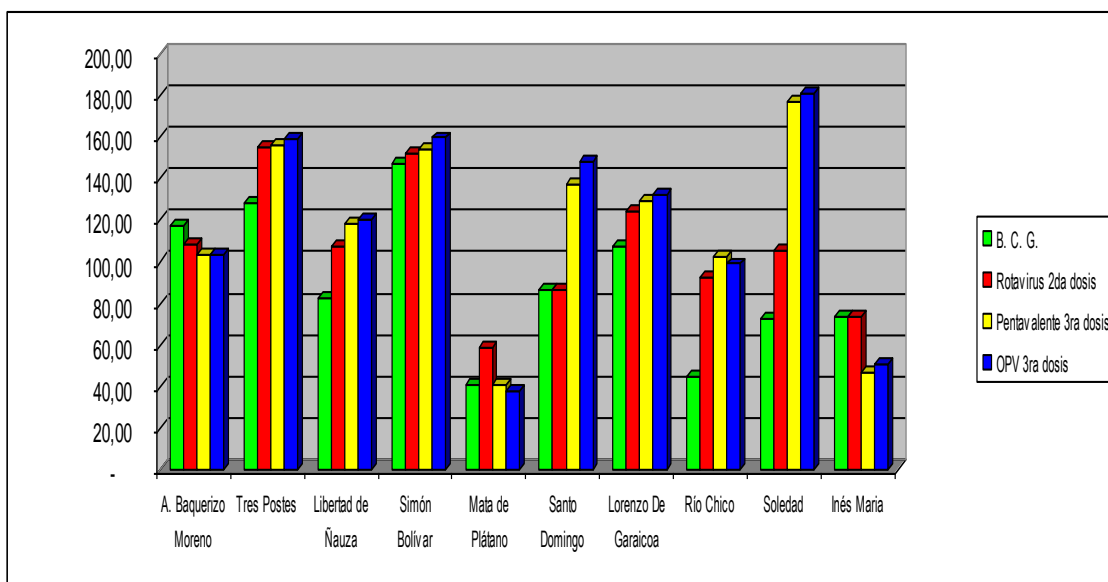
**Coberturas de vacunación BCG, Pentavalente y OPV en menores de un año
Área de Salud No. 13 Jujan Guayas2.011**

Unidades de Salud		Población Objetivo anual	B. C. G.		Rotavirus		
			Nº	%	Pob. 6-12 m	2da. Dosis	
						Nº	%
CS	A. Baquerizo Moreno	309	363	117,66	309	335	108,59
SCR	Tres Postes	90	116	128,54	90	140	155,13
SCR	Libertad de Ñauza	36	30	82,35	36	39	107,05
CS	Simon Bolívar	141	208	147,04	141	215	151,99
SCR	Mata De Plátano	74	30	40,80	74	43	58,47
SCR	Santo Domingo	28	24	86,76	28	24	86,76
SCR	Lorenzo De Garaicoa	102	109	107,06	102	127	124,73
SCR	Río Chico	31	14	44,73	31	29	92,65
SCR	Soledad	28	20	72,45	28	29	105,06
SCR	Inés Maria	30	22	73,82	30	22	73,82
Total Área 13		868	936	107,79	868	1003	115,50
Unidades de Salud		Pentavalente					
		1ra. dosis		2da. dosis		3ra. dosis	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
CS	A. Baquerizo Moreno	378	122,52	336	108,91	318	103,08
SCR	Tres Postes	141	156,24	154	170,65	141	156,24
SCR	Libertad de Ñauza	55	150,97	44	120,78	43	118,03
CS	Simon Bolívar	265	187,34	237	167,54	218	154,11
SCR	Mata De Plátano	34	46,24	44	59,83	30	40,80
SCR	Santo Domingo	24	86,76	27	97,60	38	137,36
SCR	Lorenzo De Garaicoa	126	123,75	133	130,63	132	129,64
SCR	Río Chico	22	70,28	26	83,06	32	102,23
SCR	Soledad	36	130,42	31	112,30	49	177,51
SCR	Inés Maria	20	67,11	19	63,75	14	46,97
Total Área 13			126,79	1051	121,03	1015	116,89
Unidades de Salud		OPV. (Antipoliomielítica)					
		1ra dosis		2da. dosis		3ra. dosis	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
CS	A. Baquerizo Moreno	381	123,50	337	109,23	319	103,40
SCR	Tres Postes	142	157,35	158	175,08	144	159,56
SCR	Libertad de Ñauza	53	145,48	46	126,27	44	120,78
CS	Simon Bolívar	267	188,75	238	168,25	226	159,77
SCR	Mata De Plátano	28	38,08	49	66,63	28	38,08
SCR	Santo Domingo	22	79,53	28	101,21	41	148,21
SCR	Lorenzo De Garaicoa	131	128,66	146	143,39	135	132,59
SCR	Río Chico	23	73,48	24	76,67	31	99,04
SCR	Soledad	35	126,80	31	112,30	50	181,14
SCR	Inés Maria	21	70,46	18	60,40	15	50,33
Total Área 13			127,02	1075	123,80	1033	118,96

Fuente: Área de Salud Nº 13 Estadística 2011

Análisis y discusión

Las coberturas de vacunación del Área de Salud N° 13 demuestran coberturas altas; así la BCG tiene una cobertura mayor al 100%, la de rota virus 2da dosis con el 115,5%; la vacuna pentavalente 3ra dosis con el 116,89%, la vacuna OVP (antipoliomelítica) tercera dosis el 118,97 con relación a las poblaciones objetivo manejado para la programación local, la misma que es posible tenga un sesgo de cálculo ya que hasta el año 2011, se utilizó las poblaciones proyectadas en función del Censo 2001 y por otro lado la alta movilidad poblacional.



Cuadro N° 4.1.11

**Coberturas de vacunación BCG, Pentavalente y OPV en menores de un año
Área de Salud N° 13 Jujan Guayas 2011**

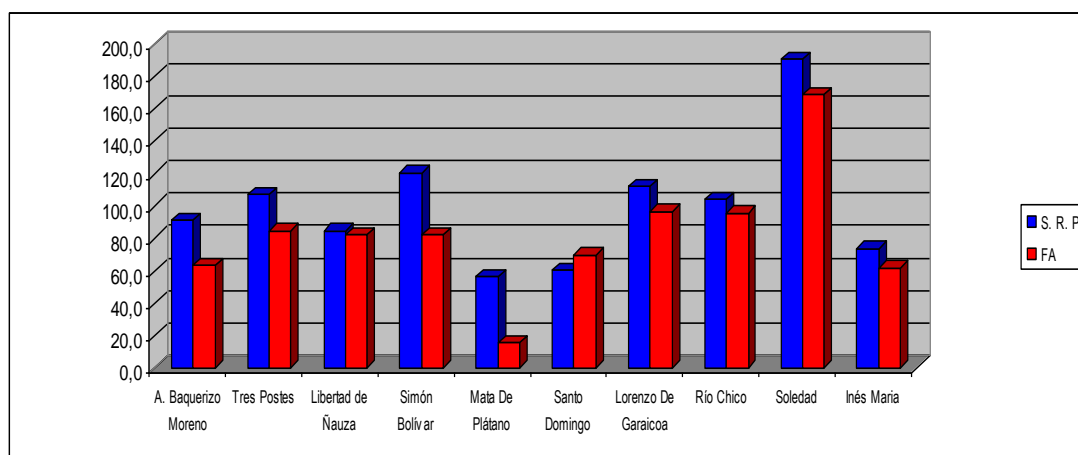
Cuadro Nº 4.1.12**Coberturas de vacunación SRP, FA en población entre 12 -23 meses
Área de Salud Nº 13 Jujan Guayas2.011**

ESTABLECIMIENTOS		Pob. 12-23 m.	S. R. P.		FA	
			Nº	%	Nº	%
CS	A. Baquerizo Moreno	351	320	91,1	222	63,2
SCR	Tres Postes	103	110	107,0	87	84,7
SCR	Libertad de Ñauza	41	35	84,4	34	82,0
CS	Simón Bolívar	161	194	120,4	132	81,9
SCR	Mata De Plátano	84	47	56,1	13	15,5
SCR	Santo Domingo	32	19	60,3	22	69,8
SCR	Lorenzo De Garaicoa	116	130	112,1	112	96,6
SCR	Río Chico	36	37	103,8	34	95,4
SCR	Soledad	31	60	190,9	53	168,6
SCR	Inés Maria	34	25	73,7	21	61,9
Total Área 13		989	977	98,8	730	73,8

Fuente: Área de Salud Nº 13 Estadística 2011

Análisis y discusión

La cobertura de la vacuna SRP es en el área de Juján en un 98,8% con variaciones dentro de las unidades, lo que posiblemente se debe a la movilidad de la población de la zona. La vacuna FA alcanza el 73,8% con coberturas muy bajas en Mata de Plátano con el 15,5% y en Soledad alcanzó el 168,6%, donde el personal de enfermería es itinerante.

**Gráfico Nº 4.1.12****Coberturas de vacunación SRP, FA en población entre 12 -23 meses
Área de Salud No. 13 Jujan Guayas2.011**

Cuadro N° 4.1.13

**Coberturas de vacunación dT en prenatales y dT en mujeres
Área de Salud N° 13 Jujan Guayas 2.011**

ESTABLECIMIENTOS		dT (toxoides diftérico y tetánico) Mujeres en edad fértil							
		Prenatal						Cob. Prenatal	
		Pob. Embar.	1ra dosis		2da.dosis		Ref	(2° dosis +Ref)	
			N°	%	N°	%	N°	N°	%
CS	A. Baquerizo M	386	179	46,4	220	57,0	62	282	73,1
SCR	Tres Postes	113	41	36,3	98	86,9	21	119	105,5
SCR	Libertad de Ñauza	46	23	50,5	19	41,7	6	25	54,9
CS	Simón Bolívar	177	197	111,4	183	103,5	34	217	122,7
SCR	Mata De Plátano	92	5	5,4	10	10,9	25	35	38,1
SCR	Santo Domingo	35	4	11,6	35	101,2	1	36	104,1
SCR	L. de Garaicoa	127	105	82,5	74	58,1	23	97	76,2
SCR	Río Chico	39	16	40,9	21	53,7	13	34	86,9
SCR	Soledad	35	14	40,6	40	115,9	15	55	159,4
SCR	Inés Maria	37	7	18,8	3	8,1	21	24	64,4
Total Área 13		1085	591	54,4	703	64,8	221	924	85,1

ESTABLECIMIENTOS		dT (Toxoides diftérico y Tetánico) Mujeres en edad fértil (MEF)							
		Mujeres en edad fértil						Cob. MEF (1)	
		Pob MEF.	1ra dosis		2da dosis		Ref	(2° dosis +Ref)	
			15- 45 a.	N°	%	N°	%	N°	N°
CS	A. Baquerizo M	3721	215	5,8	249	6,7	153	402	10,8
SCR	Tres Postes	1089	87	8,0	231	21,2	149	380	34,9
SCR	Libertad de Ñauza	439	55	12,5	30	6,8	12	42	9,6
CS	Simón Bolívar	1690	316	18,7	291	17,2	51	342	20,2
SCR	Mata De Plátano	878	6	0,7	22	2,5	86	108	12,3
SCR	Santo Domingo	330	4	1,2	125	37,8	19	144	43,6
SCR	L. de Garaicoa	1114	123	11,0	80	7,2	38	118	10,6
SCR	Río Chico	342	50	14,6	37	10,8	29	66	19,3
SCR	Soledad	302	23	7,6	80	26,5	45	125	41,4
SCR	Inés Maria	326	13	4,0	6	1,8	36	42	12,9
Total Área 13		10232	892	8,7	1151	11,2	618	1769	17,3

(1) Cobertura MEF suma embarazadas + no embarazadas.

Fuente: Departamento de Estadística e Informática.-

Análisis y discusión

La cobertura de vacuna dT en mujeres del grupo prenatal alcanza el 85,1% en el Área de Salud N° 13, con coberturas bajas en CSR Mata de Plátano con el 38% y llegando a 159% en el SCS Soledad, posiblemente por la movilidad de la población y debido a que el personal de enfermería en algunas unidades es itinerante.

La cobertura de esta vacuna en las mujeres en edad fértil es baja alcanzando el 17,35% en todas el área y en todas las unidades son bajas fluctuando entre el 9,6% en el SCR Libertad de Ñauza y el 43,6% en el SCR Santo Domingo, lo que refleja el desconocimiento de este segmento de la población de los beneficios de esta inmunización.

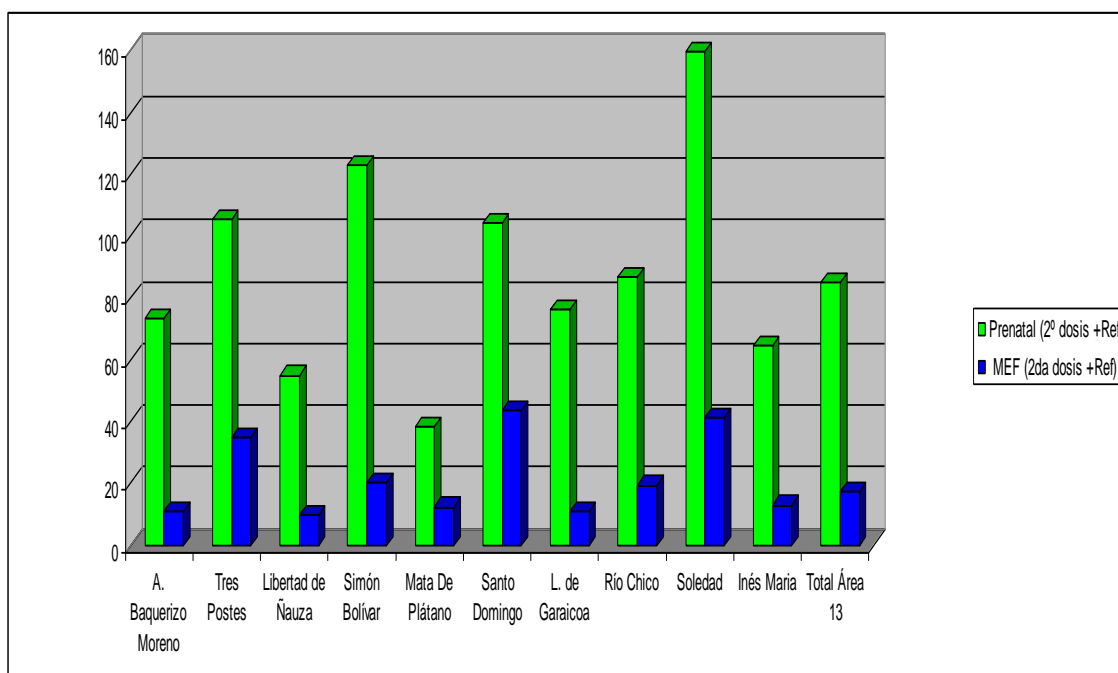


Gráfico N° 4.1.13

**Coberturas de vacunación dT en prenatales y dT en mujeres
Área de Salud No. 13 Jujan Guayas 2.011**

Cuadro Nº 4.1.14

**Coberturas de vacunación DT, SRP, Varicela en niños/as de 6 años
Área de Salud Nº 13 Jujan Guayas 2.011**

Unidades de Salud		6 años						
		Pob. 6 años	Difteria y Tétanos (DT)		SRP		Varicela	
			Dosis única		Dosis única		Dosis única	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
CS	A. Baquerizo Moreno	250	245	97,9	279	111,5	289	115,5
SCR	Tres Postes	73	112	153,0	123	168,0	122	166,6
SCR	Libertad de Ñauza	30	90	304,5	53	179,3	52	175,9
CS	Simón Bolívar	124	280	226,4	15	12,1	132	106,7
SCR	Mata De Plátano	64	14	21,8	33	51,3	37	57,6
SCR	Santo Domingo	24	60	248,1	50	206,7	61	252,2
SCR	Lorenzo de Garaicoa	77	1	1,3	128	165,5	128	165,5
SCR	Río Chico	24	20	84,1	29	122,0	29	122,0
SCR	Soledad	21	20	95,4	38	181,2	38	181,2
SCR	Inés Maria	23	4	17,7	47	207,6	47	207,6
Total Área 13		710	846	119,2	795	112,0	935	131,7

Fuente: Departamento de Estadística e Informática.

Análisis y discusión

La vacunación para niños del grupo de 6 años la vacunación DT alcanzó el 119% con variaciones significativas que van del 1,3% en Lorenzo de Garaicoa y 305% en el SCR Libertad de Ñauza. Con a vacuna SRP las coberturas son altas 112% al igual que la de varicela con el 131%, posiblemente influye la falta de personal de enfermería en forma permanente en los subcentros de salud.

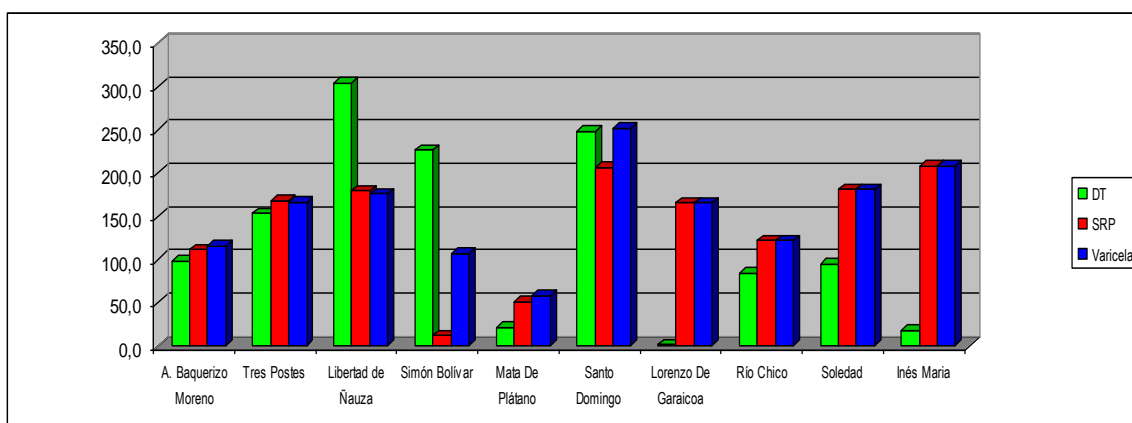


Gráfico Nº 4.1.14

**Coberturas de vacunación DT, SRP, Varicela en niños/as de 6 años
Área de Salud No. 13 Jujan Guayas2.011**

Cuadro Nº 4.1.15**Coberturas de vacunación Varicela, Hepatitis B en niños/as de 11 años
Área de Salud No. 13 Jujan Guayas2.011**

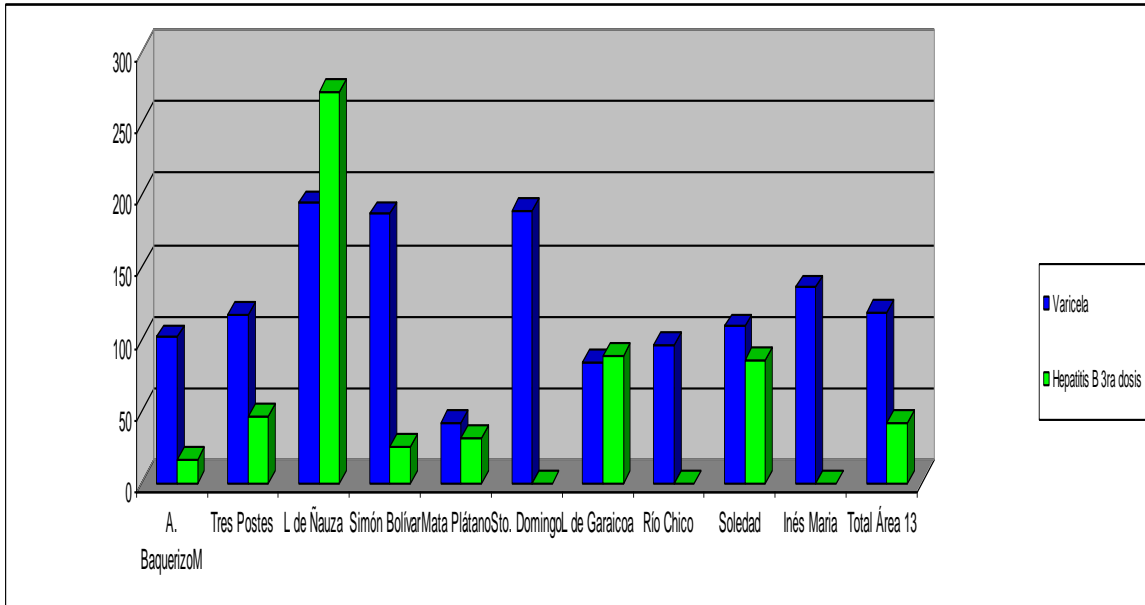
Unidades de salud		11 AÑOS								
		Pob. 11 años	Varicela		Hepatitis B (Séptimo de Básica)					
			Dosis única		1ra dosis		2da dosis		3ra dosis	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CS	A. Baquerizo M	252	255	101,0	208	82,4	210	83,2	41	16,2
SCR	Tres Postes	74	86	116,4	130	176,0	152	205,8	34	46,0
SCR	L de Ñauza	30	58	194,5	76	254,9	61	204,6	81	271,7
CS	Simón Bolívar	125	233	186,8	288	230,9	247	198,0	31	24,9
SCR	Mata Plátano	65	27	41,6	34	52,4	24	37,0	20	30,8
SCR	Sto. Domingo	24	46	188,6	65	266,4	28	114,8	0	0,0
SCR	L de Garaicoa	78	65	83,3	83	106,4	57	73,1	69	88,4
SCR	Río Chico	24	23	95,9	23	95,9	24	100,1	0	0,0
SCR	Soledad	21	23	108,7	22	104,0	22	104,0	18	85,1
SCR	Inés Maria	23	31	135,8	43	188,3	40	175,2	0	0,0
Total Área 13		716	847	118,3	972	135,7	865	120,8	294	41,1

Fuente: Departamento de Estadística e Informática.-

Análisis y discusión

La vacunación para el grupo de niños/as 11 años la vacuna de varicela tiene una cobertura promedio del 118% siendo la más baja del 41,6% en el SCR Mata de Plátano y la máxima en el SCR Libertad de Ñauza con el 194%.

La vacunación de Hepatitis B que es una vacuna de tres dosis la cobertura de la 1ra dosis es alto con el 135% de cobertura con una baja cobertura de 3ra dosis con una cobertura del 41% con variaciones significativas donde la vacuna no fue administrada como en los SCR de Inés María, Río Chico y Sto. Domingo y el 271% el CS de Simón Bolívar.



Cuadro Nº 4.1.15

**Coberturas de vacunación Varicela, Hepatitis B en niños/as de 11 años
Área de Salud No. 13 Jujan Guayas 2011**

4.2 Costos

Cuadro N° 4.2.1

Terrenos, construcción, valor promedio por m2 y depreciación de la construcción por año

Área de salud N° 13 Jujan 2011

Unidades de Salud	Área de terreno	Valor m2	Costo Terreno	Área construida	Valor m2	Costo edificio	Costo propiedad	Depreciación año *
	m2	\$	\$	m2	\$	\$	\$	\$
CS. A. Baquerizo M	285	50,00	14.250,00	183	800,00	146.400	160.650	3.213,00
CS. Simón Bolívar	1473	50,00	73.650,00	342	800,00	273.600	347.250	6.945,00
SCR. Tres Postes	384	50,00	19.200,00	90	800,00	72.000	91.200	1.824,00
SCR. Libertad de Ñauza	300	15,00	4.500,00	78	800,00	62.400	66.900	1.338,00
SCR. Mata De Plátano	499	15,00	7.485,00	76	800,00	60.800	68.285	1.366,00
SCR. Santo Domingo	600	15,00	9.000,00	81	800,00	64.800	73.800	1.476,00
SCR. Lorenzo de Garaicoa	632	15,00	9.480,00	192	800,00	153.600	163.080	3.267,00
SCR. Río Chico	1200	15,00	18.000,00	72	800,00	57.600	75.600	1.512,00
SCR. Soledad	171	15,00	2.565,00	82	800,00	65.600	68.165	1.363,00
SCR. Inés Maria	400	15,00	6.000,00	192	800,00	153.600	159.600	3.192,00
Costo total	5944	15,00	164.130,00	1388	800,00	1.110.400	1.274.530	25.491,00

* Depreciación de inmuebles: 50 años Fuente: Área N° 13 Juján 2011

Cuadro 4.2.3**Costo de medicamentos dispensados por unidades de salud****Área de Salud No. 13 Jujan Guayas 2.011**

Unidades de Salud	Costo anual ^{(1) + (2)}
CS Baquerizo Moreno	67.196,50
CS Simón Bolívar	64.466,50
SCU Tres Postes	29.186,50
SCR Mata de Plátano	13.359,50
SCR Lorenzo de Garaicoa	21.455,00
SCR Inés María	11.861,50
Soledad SCR	9.817,50
SCR Santo Domingo	10.286,50
SCR Río Chico	10.132,50
SCR Libertad de Ñauza	19.498,50
Total	257.260,50

(1) Medicación de Programas Nacionales (presupuesto no incluido en el presupuesto del Área de Salud)

(2) Medicación de presupuesto anual (Ejecución de Gastos). Ejercicio activo 2011)

Fuente: Botica –bodega Área 13 Jujan 2011

Laboratorio Clínico	Costo anual reactivos
Costo de reactivos	36.000

Fuente: Dep Financiero Área 13 Jujan 2011

Cuadro Nº 4.2.5**Presupuesto 2011 Área 13 Alfredo. Baquerizo Moreno (Juján)**

01. Administración general de los Servicios de Salud	18.660,62
03. Equipamiento, insumos, mantenimiento, medicamentos	95.902,23
20. Prestación de Servicios de Salud	404.105,23
50. Plan anual de inversiones	112.265,28
Total anual	630.933,36

Fuente Ministerio de Economía y SIGEF- Ejecución de Gastos Finanzas Ejercicio activo 2011 Coordinadora/Unidad Ejecutora 1234 <https://esigef.mef.gob.ec/eSIGEF/general/frmManteniminto.aspx?ID=zeGfCEhMgO>

Cuadro Nº 2.2.6**Ejecución de Gastos Mes de Enero al mes de Diciembre 2011****Área 13 Alfredo. Baquerizo Moreno (Juján)**

Presupuesto vigente	630.933,36
Reservado positivo	-
Reservado negativo	-
Pre compromiso	-
Comprometido	620.352,70
Devengado	620.352,70
Pagado	620.352,70
Saldo presupuesto	10.580,66
Saldo disponible	10.580,66

Fuente y elaboración: Servicio Financiero del Área 13. Juján

CUADRO 2.2.7

Talento humano y costo anual Área de Salud N° 13 Baquerizo Moreno 2011

CS Baquerizo Moreno	Talento Humano						Costo año		
	Total	Nombramiento	Transf. de otra Área	Contrato	Rural	Transf. a otra Área	Costo año	Transf. de otra Área	Transf. a otra Área
Grupo de conducción									
Director del Área	1		1	1				36.468,00	
Coordinador	1			1			15.507,00		
Administrador	1			1			23.275,00	36.468,00	
Financiero	1			1			23.275,00		
Aux. contabilidad	1			2			8.784,00		
Lic en Enfermería	1		1					23.313,00	
Estadístico	2	1		1			19.708,00		
Secretaria	2	1		1			17.568,00		
Total	10	2	2	8			108.117,00	59.781,00	
Grupo técnico									
Médicos	9			3	6		125.886,00		
Obstetriz	2			2			24.277,00		
Odontólogo	3			2	1		36.417,00		
Lic en Enfermería	2				2		24.277,00		
Técnicos	2	1		1			18.003,00		
Lic en Laboratorio	1			1			14.581,00		
Aux. de Enfermería	1	1					9.869,00		
Aux. de Odontología	1	1					9.869,00		

	Total	Nombramiento	Transf. de otra Área	Contrato	Rural	Transf. a otra Área	Costo año	Transf. de otra Área	Transf. a otra Área
CS Simón Bolívar									
Total	21	3		9	9		263.179,00		
Limpieza	2	1		1			16.644,00		
Chofer	2	2					18.648,00		
Inspector sanitario	2	1				1	9.324,00		9.324,00
Total	6	4		1		1	44.616,00		9.324,00
Médicos	4			1	3		35.453,00		
Obstetrix	2				2		24.278,00		
Odontólogo	2				2		24.278,00		
Lic en Enfermería	2			1	1		24.278,00		
Lic en Laboratorio	1			1			14.181,00		
Aux. de Enfermería	1	1					9.869,00		
Total	12	1		3	8		132.337,00		
Aux. de Estadística	2			2			16.558,00		
Limpieza	1			1			7.964,00		
SCR Lorenzo de Garaicoa									
Médicos	2			1	1		24.278,00		
Obstetrix	1			1			12.139,00		
Odontólogo	1				1		12.139,00		
Lic en Enfermería	1				1		12.139,00		
Total	5			2	3		60.695,00		
Aux. de Estadística	1			1			8.279,0		

	Total	Nombramiento	Transf. de otra Área	Contrato	Rural	Transf. a otra Área	Costo año	Transf. de otra Área	Transf. a otra Área
SCU Tres Postes									
Médicos	3				3		36.417,00		
Obstetriz	1			1			12.139,00		
Odontólogo	3			1	2		24.278,00		
Lic en Enfermería	1*						12.139,00		
Aux. de Enfermería	1	1					9.869,00		
Total	8	1		2	5		94.842,00		
Aux. de Estadística	1			1			8.279,00		
Agenda	1			1			4.592,00		
*Itinerante SCR Libertad									
SCR Mata de Plátano									
Médicos	2				2		24.278,00		
Obstetriz	1			1			12.139,00		
Odontólogo	1				1		12.139,00		
Aux. de Enfermería	1	1					9.869,00		
Total	5	1		1	3		58.425,00		
Aux. de Estadística							8.279,00		
SCR Inés María									
Médicos	2			1	1		24.278,00		
Obstetriz Itinerante	1*								
Odontólogo	1			1			12.139,00		
Lic en Enfermería	1			1			12.139,00		
Total	4			3	1		48.556,00		

	Total	Nombramiento	Transf. de otra Área	Contrato	Rural	Transf. a otra Área	Costo año	Transf. de otra Área	Transf. a otra Área
Soledad SCR									
Médicos	2			1	1		24.278,00		
Odontólogo	1			1			12.139,00		
Lic en Enfermería itinerante R. Chico	1*				1		12.139,00		
Total	3			2	2		48.556,00		
SCR Santo Domingo									
Médicos	1				1		12.139,00		
Odontólogo	1				1		12.139,00		
Lic en Enfermería	1			1			12.139,00		
Total	3			1	2		36.417,00		
SCR Libertad de Ñauza									
Médicos	2				2		24.278,00		
Odontólogo	2			1	1		24.278,00		
Lic en Enfermería	1				1		12.139,00		
Promotor	1			1			4.592,00		
Total	6			2	4		65.287,00		
SCR Río Chico									
Médicos	1				1		12.139,00		
Lic en Enfermería	*								
Total	1				1		12.139,00		
Gran total		12	2	40	38	1	1.027.117,00	59.781,00	9.324,00
Porcentaje							94,58	4,68	0,73

Fuente. Ministerio de Relaciones Laborales Resolución N° MRL 2011. Recursos Humanos Área 13 Baquerizo Moreno. 2011
Presupuesto Área Baquerizo Moreno. 2011

Análisis y discusión

Revisando la plantilla de Recursos Humanos del Área de Salud N° 13 se observa que la mayor del parte del recurso está ubicada en el Centro de Salud N° 13 Juján, que es la cabecera administrativa. En las otras unidades el equipo de talento humano es incompleto y se utiliza en los recursos de obstetricia, enfermería y odontología con la modalidad de itinerancia para cubrir la falta de estos profesionales.

Con relación al financiamiento el 36,86 % se hace a través del Presupuesto del Área, el 57,69% a través de programas centrales como Medicatura Rural, FONIN, entre otros, el 5,45 % corresponde a otras Áreas de Salud por transferencia administrativas y del presupuesto del Área el 2,30% es pagado a funcionarios con transferencia a otras Áreas.

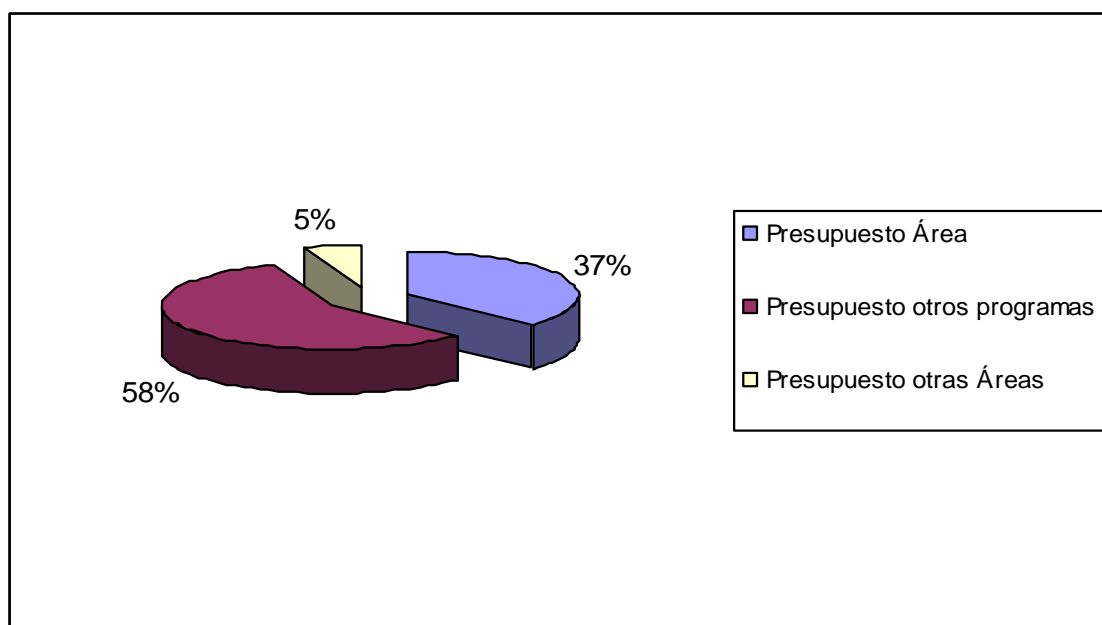


Gráfico 2.2.7

Talento humano y costo anual. Área de Salud N° 13 Baquerizo Moreno 2011

4.3 Determinar los costos reales de los servicios de atención que se ofrecen en el Área de Salud N° 13 Juján

Cuadro 4.3.1

Costo por intervención del área de conducción Área de Salud N° 13 Baquerizo Moreno

Conducción del Área	Costo por intervención
Dirección del Área	0,28
Administración del área	0,15
Área Financiero	0,15
Coordinación enfermería	0,11
Estadística área	0,09
VALOR PROMEDIO	0,91

Fuente. Estadística y financiero del Área de Salud N° 13

Análisis y discusión

El costo del grupo de conducción se debe indexar al costo final de las unidades de producción como son consultas médicas, de odontología, vacunación entre otras.

Cuadro 4.3.2

Costo de la consulta médica del por unidades.

Área de Salud Nº 13 Baquerizo Moreno

Consulta médica	COSTO	
	COSTO TH	COSTO CONSULTA
CS Baquerizo Moreno (Jujan)	125.886,00	7,15
CS Simón Bolívar	35.453,00	2,51
SCU Tres Postes	36.417,00	5,05
SCR Mata de Plátano	24.278,00	5,82
SCR Lorenzo de Garaicoa	24.278,00	4,29
SCR Inés María	24.278,00	5,43
SCR Soledad	24.278,00	6,86
SCR Santo Domingo	12.139,00	3,19
SCR Río Chico	12.139,00	3,09
SCR Libertad de Nauza	24.278,00	3,70
VALOR PROMEDIO		4,83

Fuente. Estadística y financiero del Área de Salud Nº 13

Análisis y discusión

El costo promedio de la consulta ofrecida por los operadores médicos como promedio en el área es de \$ 4,83 USD, con variaciones de costo entre los distintos servicios así en el CS Baquerizo Moreno (Jujan) tiene el costo más alto \$ 7,15 USD y el más bajo es del CS Simón Bolívar \$2, 51 USD.

Cuadro 4.3.3

Costo de la consulta odontológica por unidades.

Área de Salud Nº 13 Baquerizo Moreno

Consulta odontológica	COSTO	
	COSTO TH	COSTO CONSULTA
CS Baquerizo Moreno (Jujan)	46.286,00	9,69
CS Simón Bolívar	24.278,00	4,18
SCU Tres Postes	24.278,00	11,56
SCR Mata de Plátano	12.139,00	10,60
SCR Lorenzo de Garaicoa	12.139,00	4,16
SCR Inés María	12.139,00	10,88
SCR Soledad	12.139,00	12,61
SCR Santo Domingo	12.139,00	17,22
SCR Río Chico	24.278,00	14,76
SCR Libertad de Ñauza	179.815,00	8,49
VALOR PROMEDIO		9,69

Fuente. Estadística y financiero del Área de Salud Nº 13

Análisis y discusión

El costo promedio de la consulta ofrecida por los operadores odontológicos como promedio en el área es de \$ 9,69 USD, con variaciones de costo entre los distintos servicios así en el CCR de Santo Domingo es de 17,22 USD siendo el costo más alto y el más bajo es del CS Simón Bolívar \$4, 81 USD.

Costo elevado si Se tienen en cuenta que la mayor parte de las atenciones son extracciones o limpieza bucal.

Cuadro 4.3.4

Costo de la consulta de obstetrices del por unidades.

Área de Salud N° 13 Baquerizo Moreno

Consulta obstetriz	COSTO	
	COSTO TH	COSTO CONSULTA
CS Baquerizo Moreno (Jujan)	48.679,00	10,01
CS Simón Bolívar	24.278,00	3,97
SCU Tres Postes	12.139,00	4,95
SCR Mata de Plátano	12.139,00	9,18
SCR Lorenzo de Garaicoa	14.581,00	7,42
SCR Inés María	0,0	0,0
SCR Soledad	0,0	0,0
SCR Santo Domingo	0,0	0,0
SCR Río Chico	0,0	0,0
SCR Libertad de Ñauza	0,0	0,0
VALOR PROMEDIO		6,67

Fuente. Estadística y financiero del Área de Salud N° 13

Análisis y discusión

El costo promedio de la consulta ofrecida por los operadores obstetriz en promedio en el área es de \$ 6,67 USD, con variaciones de costo entre los distintos servicios así en CS Baquerizo Moreno (Jujan) es de 10,01 USD siendo el más alto y el más bajo es del CS Simón Bolívar \$ 3,97 USD.

Cuadro 4.3.5

Costo de la atención de enfermería del por unidades.

Área de Salud Nº 13 Baquerizo Moreno

ENFERMERÍA	COSTO TH	COSTO ATENCION ENFERMERÍA
CS Baquerizo Moreno	34147	2,66
CS Simón Bolívar	34147	3,56
SCU Tres Postes	22008	3,33
SCR Mata de Plátano	9869	2,64
SCR L de Garaicoa	12139	2,08
SCR Inés María	12139	4,00
SCR Soledad	12139	3,98
SCR Santo Domingo	12139	3,99
SCR Río Chico	6069,5	2,09
SCR Libertad de Ñauza	6069,5	1,66
VALOR PROMEDIO		2,96

Fuente. Financiero del Área de Salud Nº 13

Análisis y discusión

El costo promedio de la atención de enfermería en promedio en el área es de \$ 2,96 USD, con variaciones de costo entre los distintos servicios así el más alto es en SCR Inés María con 4,00 USD y el más bajo es en el SCR Libertad de Ñauza \$ 1,66 USD.

Este valor debe ser endexado en las consultas de morbilidad o fomento donde participa el personal de enfermería con actividades intermedias. Y es costo es final en las acciones de vacunación donde enfermería produce un servicio final.

Cuadro 4.3.6

Costo promedio de receta dispensada Área de Salud N° 13 Baquerizo Moreno

Farmacia	
N° de recetas despachadas	73.503
Valor total medicamentos	\$257.260,50
Valor promedio receta	3,49

Fuente. Farmacia Área de Salud N° 13

Análisis y discusión

El costo promedio de las recetas dispensadas en el área de salud es de \$ 3,49 USD. Valores que varían con recetas de costo máximo \$ 29,90 USD y \$ 0,18 USD la mínima.

Cuadro 4.3.7

Costo promedio de determinación de laboratorio Área de Salud N° 13 Baquerizo Moreno

Laboratorio Clínico			
	Costo TH	Costo reactivos	Costo X
Costo promedio Determinaciones	1,96	1,85	3,81
CS. A. Baquerizo Moreno	3,58	1,85	5,43
CS. Simón Bolívar	1,13	1,85	2,98

Fuente. Financiero del Área de Salud N° 13

Análisis y discusión

El costo promedio de las determinaciones de laboratorio en el área de salud es de \$ 3,81 USD. Valores que varían en el CS. Simón Bolívar es de \$ 2,98 USD y CS. A. Baquerizo Moreno de 5,43

Cuadro 4.3.8

Costo promedio de depreciación de muebles por unidades de salud

Área de Salud N° 13 Baquerizo Moreno

Unidades de Salud		Depreciación
CS	A. Baquerizo M	0,50
CS	Simón Bolívar	0,36
SCR	Tres Postes	1,84
SCR	Libertad de Nauza	1,04
SCR	Mata De Plátano	1,64
SCR	Santo Domingo	0,86
SCR	L. de Garaicoa	0,76
SCR	Río Chico	0,76
SCR	Soledad	0,85
SCR	Inés María	3,14
Valor promedio		0,71

Fuente. Inventario del Área de Salud N° 13

Análisis y discusión

El promedio de depreciación de los muebles que debe ser endexado por cada tipo de producto final es de \$ 0,71 USD. Valores que varían en el CSR Inés María \$ 3,14 USD y \$ 0,36 USD en el CS Simón Bolívar.

Cuadro 4.3.9

Costo promedio de depreciación de equipos por unidades de salud

Área de Salud N° 13 Baquerizo Moreno

Unidades de Salud		Depreciación
CS	A. Baquerizo M	5,99
CS	Simón Bolívar	4,49
SCR	Tres Postes	2,72
SCR	Libertad de Nauza	4,82
SCR	Mata De Plátano	3,05
SCR	Santo Domingo	5,80
SCR	L. de Garaicoa	6,62
SCR	Río Chico	6,62
SCR	Soledad	5,90
SCR	Inés María	1,59
Valor promedio		3,68

Fuente. Inventarios del Área de Salud N° 13

Análisis y discusión

El promedio de depreciación de los equipos que debe ser endexado por cada tipo de producto final es de \$ 3,68 USD. Valores que varían en el CSR Inés María y L. de Garaicoa es de \$ 6,62 USD y \$ 1,59 USD en el CSR Inés María.

Cuadro 4.3.10

Costo promedio de depreciación de inmuebles por unidades de salud

Área de Salud N° 13 Baquerizo Moreno

Unidades de Salud		Depreciación
CS	A. Baquerizo M	0,08
CS	Simón Bolívar	0,19
SCR	Tres Postes	0,10
SCR	Libertad de Nauza	0,13
SCR	Mata De Plátano	0,08
SCR	Santo Domingo	0,17
SCR	L. de Garaicoa	0,43
SCR	Río Chico	0,20
SCR	Soledad	0,16
SCR	Inés Maria	0,10
Valor promedio		0,14

Fuente. Inventario del Área de Salud N° 13

Análisis y discusión

El promedio de depreciación de los inmuebles que debe ser endexado por cada tipo de producto final es de \$ 0,14 USD en promedio. Los valores varían en el CS A. Baquerizo M es de \$ 0,08 USD y CSR L. de Garaicoa es de \$ 0,43.

Cuadro 4.3.11**Costo promedio de las actividades finales****Área de Salud N° 13 Baquerizo Moreno**

Valor promedio de la consulta médica	\$13,23
Costo consulta médicos	4,83
Grupo conducción área	0,91
Atención de enfermería	2,96
Depreciación muebles	0,71
Depreciación equipos	3,68
Depreciación inmuebles	0,14
Valor promedio de la consulta de obstetricia	\$15,07
Costo consulta médicos	6,67
Grupo conducción área	0,91
Atención de enfermería	2,96
Depreciación muebles	0,71
Depreciación equipos	3,68
Depreciación inmuebles	0,14
Valor promedio de la consulta de odontología	\$15,13
Costo consulta médicos	9,69
Grupo conducción área	0,91
Depreciación muebles	0,71
Depreciación equipos	3,68
Depreciación inmuebles	0,14

Análisis y discusión

El valor de las consultas de morbilidad y de fomento de acuerdo al operador varían así la consulta médica tiene un valor promedio de \$ 13, 23USD; la consulta da por obstetricas \$ 15,07USD y la odontología es \$ 15.13 USD.

Al valor de estas consultas se debe agregar el valor de las determinaciones de laboratorio, las mismas que son variables y no son solicitadas a todos los usuarios y la receta de medicamentos, que tampoco es dada a todos los consultantes y otras veces debido a la falta de medicamentos se debe comparar en el comercio local.

El costo de cada consulta es alto con relación al costo de la atención privada que es 10 USD, en esa población.

Valor promedio de vacunación	\$8,40
Atención de enfermería	2,96
Grupo conducción área	0,91
Depreciación muebles	0,71
Depreciación equipos	3,68
Depreciación inmuebles	0,14

El valor promedio para la aplicación de una vacuna es de \$ 8,40 USD alto ya que se debe agregar el valor del biológico, el mismo que no es parte del presupuesto del Área de Salud, porque es manejado desde el nivel central MSP a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones y cuyos valores varían de acuerdo al tipo de biológico y la procedencia del mismo.

5. DISEÑAR UN PROGRAMA DE GESTION DE COSTOS PARA EL ÁREA DE SALUD Nº 13 BAQUERIZO MORENO- JUJÁN

En actualidad las exigencias del cliente cada vez son mayores en cuanto a calidad, servicio y precio; es por ello que las tendencias mundiales que actualmente rigen el campo empresarial reconocen que contar con información de costos que permita conocer cuáles son los productos y/o servicios que rentables y cuáles no, y tener una ventaja competitiva sobre aquellas que no la tienen, y esta información para la dirección es importante para poder tomar decisiones estratégicas y operativas en forma acertada.

Los sistemas de costeo existentes fueron pensados y diseñados en un principio para las empresas manufactureras, pero en la actualidad todas las organizaciones, incluyendo las de servicios, reconocen la importancia de contar con información referente a sus costos.

En el Ecuador este proceso en las Instituciones estatales prestadoras de Servicios de Salud es incipiente y no se observan cambios que obliguen a la mejorar los servicios que brindan a los usuarios, por la falta de implantación de los sistemas de gestión de calidad y sistemas de costeo, entre otros, que les permitan mantenerse competitivas en un mercado relativamente cautivo que es básicamente la población de los quintiles más bajos, con menos recursos económicos y con un alto costo de bolsillo que no es cuantificado por falta de estudios sobre el tema.

En el Área de Salud Nº 13 Baquerizo Moreno, se realizó un proyecto de tesis denominado Determinación de los costos en el Área de Salud Nº 13 Baquerizo Moreno 2011, donde se utilizó como sistema de costos el estándar, por lo que hace la propuesta de la implantando un sistema de costeo ABC en cada una de sus unidades.

Para el Área de Salud la importancia es relativamente grande que tienen los costos indirectos, la diversidad de los servicios que presta, la inadecuada organización para el manejo de los costos y la ausencia de un sistema de información que soporte la gestión de costos, hace imperativo implantar un sistema de costos que contribuya con las decisiones estratégicas de la organización.

En este caso en particular, no cuenta con información del costo de los servicios que ofrece, pues se desconoce el costo asociado a los equipos, mantenimiento, servicios públicos, personal, insumos y dotación por actividad y por ende los directivos como los usuarios internos desconocen el impacto de sus actividades sobre la población y no se hace evaluación de la calidad.

El desconocimiento de los costos trae como consecuencia un bajo nivel de competitividad, debido a que se pierde poder de negociación al no conocer cuánto es lo máximo que se puede gastar en ofrecer un servicio o el valor mínimo que puede emplear de tal manera que no se generen pérdidas.

De acuerdo con lo anterior el Área de Salud Baquerizo Moreno requiere de un buen sistema de costos con el cual pueda determinar con exactitud el costo de los servicios que ofrece, para ello es indispensable conocer no solo los insumos y los recursos que requieren los servicios, sino también las áreas relacionadas con ellos y las actividades que los involucran.

Se propone aplicar la metodología de costeo ABC y su aplicación como piloto en un servicio de una Institución, que actualmente desconoce parcialmente el costo de los servicios que ofrece. Para ello se deben identificar los servicios prestados y realizar un análisis crítico de los procesos y sus actividades, entre otros aspectos. La implantación del sistema de costeo se debe enmarcar integralmente y en el contexto de un proceso de planeación estratégica que incorpore en forma consistente una gestión administrativa, presupuestal y de costos enfocada por actividades.

El sistema de costeo ABC permitirá tomar decisiones estratégicas en forma acertada, debido a que al determinar los costos se puede asignar el precio del producto o servicio y analizar cómo se encuentra éste en relación con el presupuesto existente.

En el proceso de planificación estratégica del Área de Salud debe definir en la perspectiva financiera a corto y mediano plazo mejoras en los indicadores de liquidez que una viables a través de una reducción importante en los costos de sus servicios en razón a que sus precios están regulados y la negociación con su financiador será en base a necesidades reales y no con presupuestos históricos.

De otra parte, es sostenible porque necesariamente los procesos deben ser eficientes, y el sistema de información de los costos garantizará una gestión adecuada de estos en el largo plazo y permanente capacitación, entrenamiento y soporte. Los costos se deben enlazar a procesos eficientes, ya que éstos requieren de tecnología de información en su gestión y optimización. De igual manera la eficiencia lograda en los procesos se debe medir permanentemente para monitorear el desempeño.

PROPUESTA

Costeo ABC. ¿Por qué y cómo implantarlo?

Como respuesta a las necesidades de la optimización de procesos y la orientación hacia la generación de valor del Área de Salud Baquerizo Moreno es necesario comenzado a desarrollar la iniciativas del la implantación de un sistema de información de costos ABC.

Las presiones competitivas actuales en el país y las exigencias de los clientes por obtener servicios de mejor calidad y con mayor velocidad, están obligando

a las organizaciones a repensar la forma como agregar valor a los servicios que ofrecen a sus clientes, siendo más competitivas y de mayor calidad.

Dado lo anterior, el costo toma una importancia estratégica desde el punto de vista de la determinación de precios. Los sistemas de estimación de costos tradicionales no reconocen los diferentes recursos utilizados, los costos asociados con los procesos complejos y el margen directo real de cada servicio.

Esto hace que se busquen herramientas administrativas que ayuden a la gerencia en el proceso de toma de decisiones para lograr mejoras en los procesos y reducciones de costos, que permitan obtener una ventaja competitiva. La contabilidad de costos debe cambiar radicalmente y es claro que métodos tradicionales que fueron perfectamente válidos para asignar costos hace años ya no lo son.

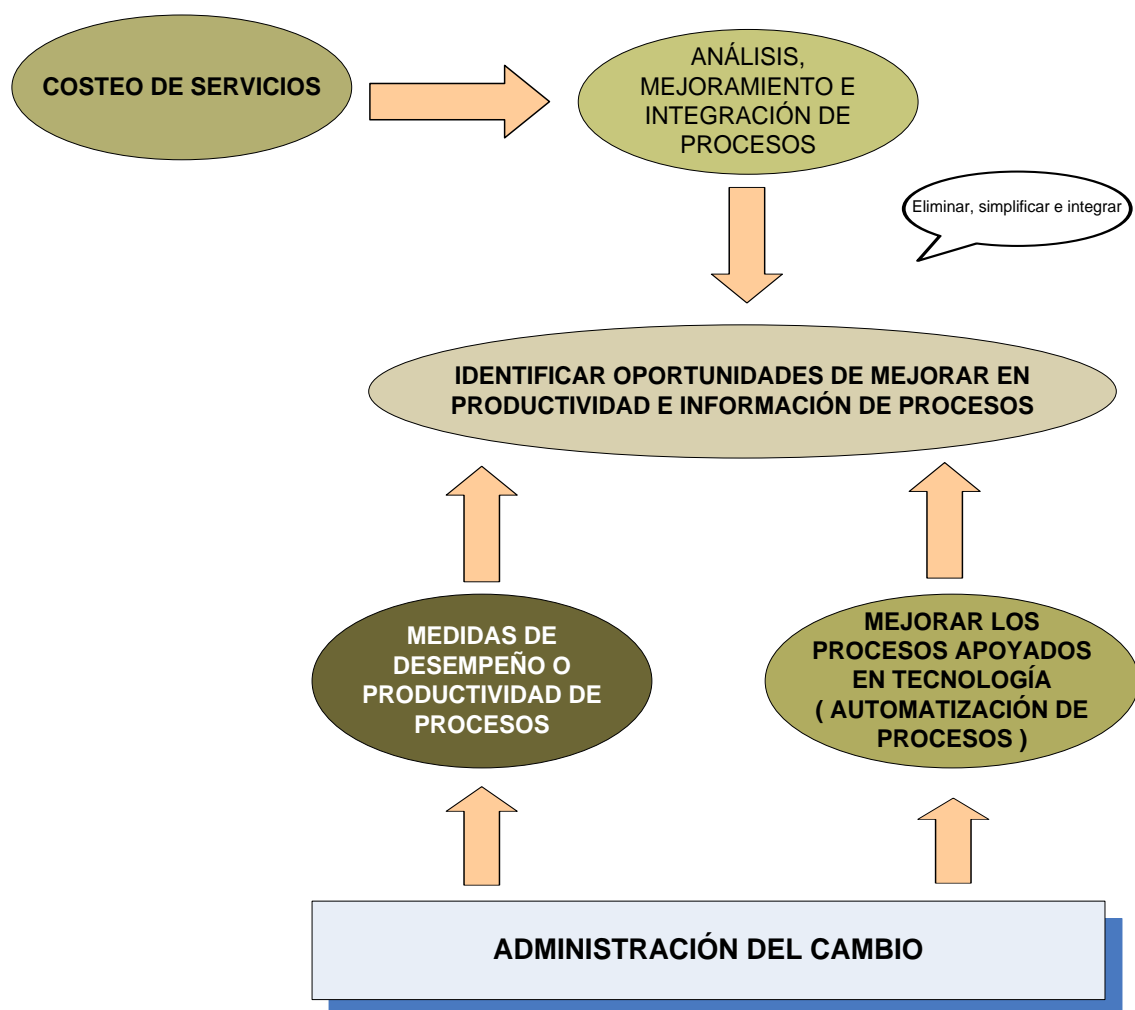
ABC (Sistema de Costeo Basado en Actividades), es una respuesta para diseñar sistemas de costos compatibles con las nuevas realidades competitivas y para el cumplimiento de la normatividad, sin producir las distorsiones de los precios. Se pretenderá a integrar metodológicamente el proceso de planeación estratégica la implantación del sistema de costeo ABC como parte del mejoramiento interno de los procesos de gestión administrativa de presupuestación enfocado por actividades.

Para responder a las necesidades de la población y del Estado se planea utilizar un enfoque a corto y mediano plazo que integre las iniciativas en su proceso de planeación estratégica, utilizando metodologías como:

- Cuadro de mando
- Mejoras de procesos apoyados en una solución tecnológica
- Costeo basado en actividades (ABC)
- Administración basada en actividades

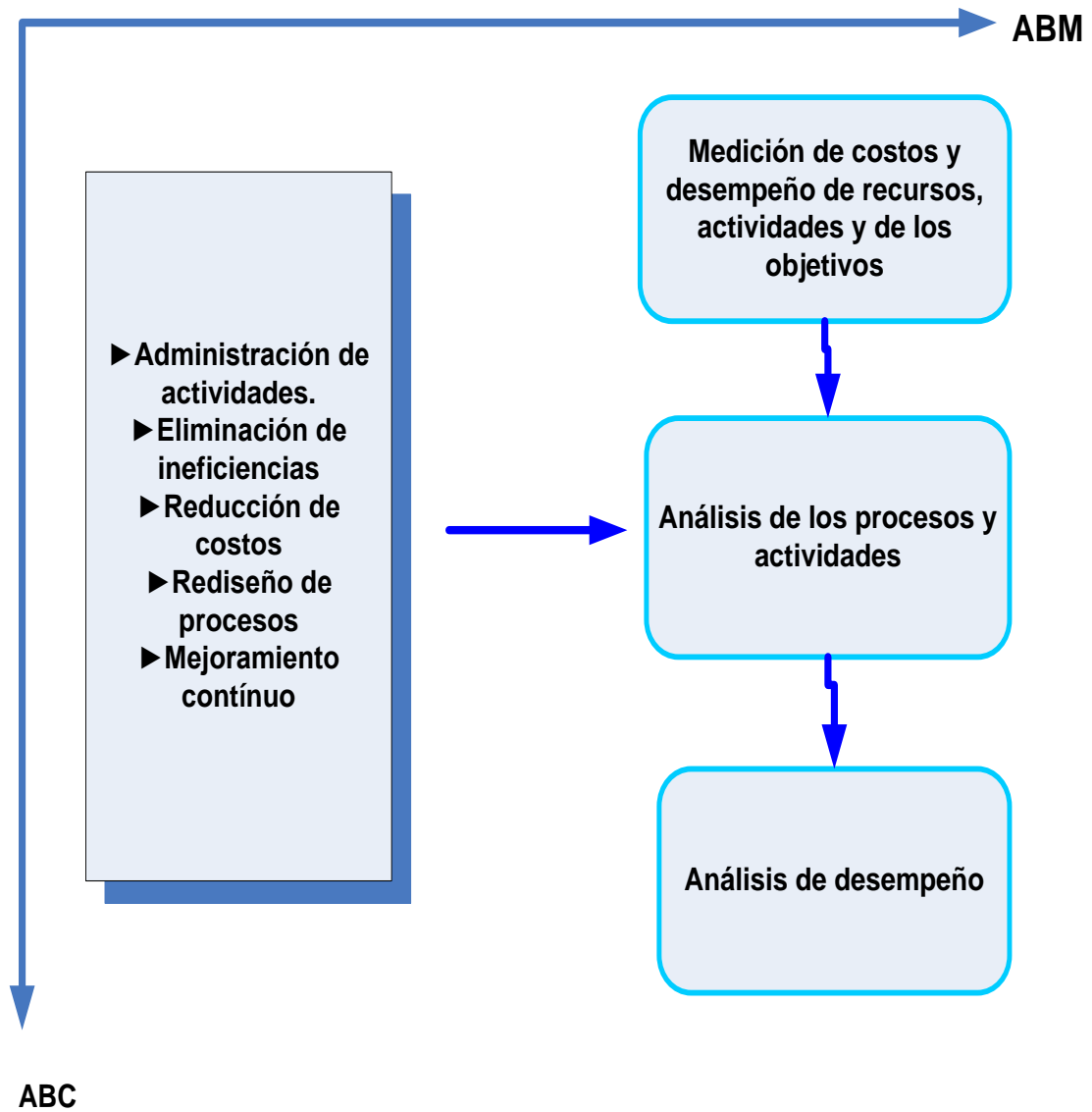
- Presupuesto basado en actividades
- Medición del desempeño o productividad de los procesos
- Administración del cambio

Estas herramientas deben estar incorporadas de una manera estructurada y coordinada para obtener una mejor relación costo-beneficio para el área de salud, de la siguiente manera:



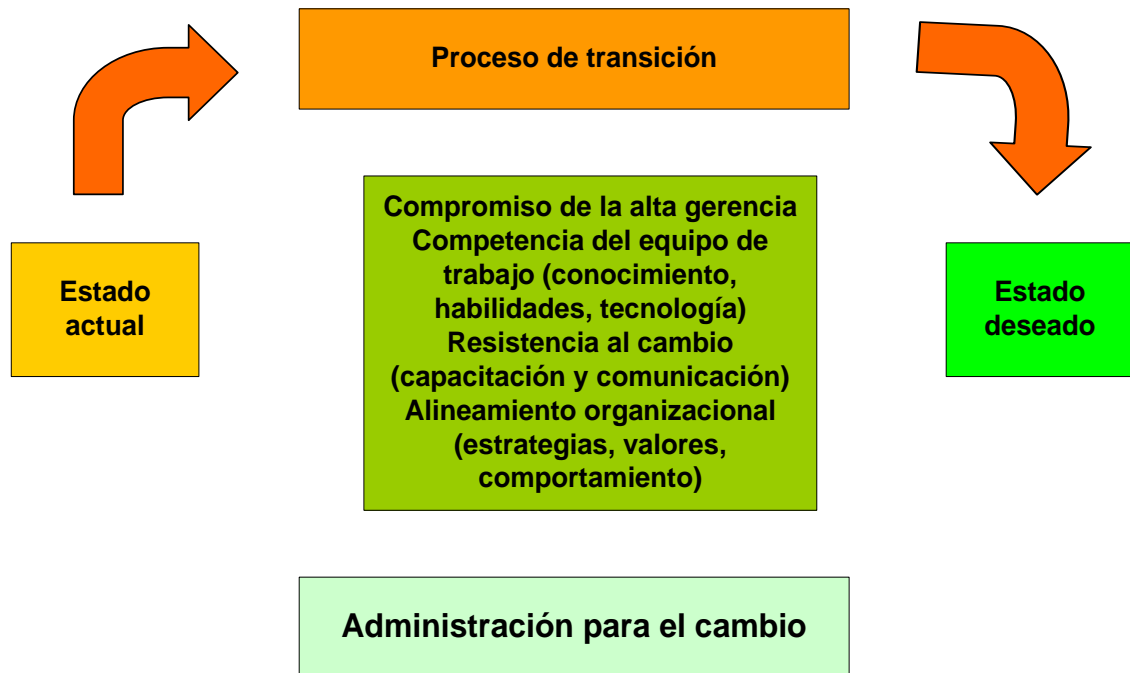
Los gerentes deben utilizar la información de ABM para establecer prioridades, con un enfoque de reducción de costos y toma de decisiones estratégicas. La metodología ABC/ABM está construida sobre dos ejes. El vertical (ABC)

proporciona información en un momento determinado. El horizontal (ABM) revela las causas y resultados de los costos.



ABC como "insumo" para las herramientas de medición del desempeño

ADMINISTRACIÓN DEL CAMBIO



Ventajas del enfoque planteado son las siguientes:

- El modelo ABC genera cambios operativos en las organizaciones, haciéndolas más rentables.
- La integración de las herramientas y metodologías propuestas dentro de este enfoque.
- El modelo ABC nos permite contar con un criterio sólido de evaluación y apoyo tanto desde el punto de vista funcional como técnico.
- Facilidad en el proceso de incorporación de nuevas estrategias en las compañías, su proceso de gestión de cambio mediante capacitación de los usuarios y una adecuada estrategia de comunicación del proyecto a toda la organización.

- Plan de mejoramiento orientado a implantar mejoras rápidas, identificadas en el análisis de productividad y en los análisis de rentabilidad fruto.

METODOLOGÍA plantea en siete fases que van desde la definición del proyecto hasta el rediseño de procesos, todo soportado por un profundo manejo de la administración del cambio.

Las fases que se deben desarrollar son seis

Fase permanente:

Administración del cambio

Objetivo

Desarrollar e implantar una estrategia de manejo del cambio organizacional al interior del Área, que permita que el proyecto de costos sea adecuadamente recibido por los diferentes funcionarios de la organización.

Actividades

- Definir los patrocinadores del cambio.
- Identificar el mapa de roles.
- Definir la estrategia de comunicación.
- Desarrollar estrategia de formación y comunicación con el primer nivel de la organización alrededor de la utilización, compromiso y beneficios generados por el proyecto de costos ABC.
- Desarrollar estrategia de formación y comunicación con los usuarios claves de la organización (dueños de procesos), para garantizar su compromiso con la calidad de la información requerida para que el modelo de costos ABC, funcione de manera oportuna y confiable para el soporte de las decisiones.

Resultado final

- Definición del mapa de roles.
- Estrategia de comunicaciones.
- Reuniones de divulgación del proyecto.

La resistencia al cambio

- Porque envuelve aspectos tales como la autoestima y el sentido personal de lo que es control.
- Ocurre sin importar que la gente tenga una actitud positiva o negativa respecto al cambio.
- Es expresada abierta o encubiertamente.
- Es minimizada por los beneficios de la comunicación del cambio y la participación de todos los empleados (enfoque colaborativo).

FASE I: Establecer la dirección del proyecto

Objetivos

Desarrollar la comprensión común entre la alta dirección del área de salud y el equipo del proyecto, acerca de la situación existente y definir hacia dónde se dirigirá la organización.

Actividades

- Integrar al equipo de proyecto.
- Comprender la estrategia y la organización (estructura) de la institución
- Preparar el plan de trabajo detallado.
- Definir la estrategia de comunicación del proyecto.
- Establecer los procedimientos de seguimiento y control del proyecto.
- Realizar el lanzamiento del proyecto.
- Capacitar al equipo del proyecto en las metodologías ABC, ABM.

- Capacitar al equipo del proyecto en la metodología

Resultado final

- Definición del equipo de proyecto.
- Plan de trabajo detallado.
- Estrategia de comunicación definida.
- Lanzamiento del proyecto en la organización.

En esta primera fase es importante que la implantación de esta nueva forma de trabajo corresponda a la alta dirección, en cabeza del gerente de el área de salud quien debe tener como patrocinadores de apoyo a los coordinadores de las diferentes unidades funcionales. La falta de liderazgo puede generar resultados que afecten la ejecución de la metodología como cambios superficiales de corto plazo o cambios distorsionados.

FASE II: Estructuración y distribución de costos directos

Actividades

- Identificar los servicios que son prestados de actividades finales e intermedias
- Evaluar metodológicamente la construcción de los protocolos que no existen actualmente.
- Evaluar y/u orientar la forma como se identificaron los materiales y sus consumos.
- Evaluar y/u orientar la identificación de las actividades que son realizadas para efectos de la prestación de cada servicio.
- Evaluar y/o orientar la identificación de los tiempos de dedicación a las actividades que son realizadas en la prestación de los diferentes servicios
- Orientar el proceso de valoración de las hojas de costos (protocolos) a efectos de calcular el costo directo de los servicios (objeto de costo).

- Definir los procedimientos para actualizar y darle mantenimiento a las hojas de costos (protocolos).

Costo directo. Se considera como costo directo de los productos las erogaciones consistentes en la compra de insumos, las obligaciones laborales y la depreciación de los equipos involucrados en el proceso de prestación del servicio.

Resultado final

- Hojas de costos definidas para cada producto
- Catálogo de productos y servicios de IPS.
- Costeo directo de los diferentes productos y servicios (protocolos) Manual de manejo de sistema de costos directos de la organización.

FASE III: Analizar los procesos y actividades

Actividades

- Identificar la cadena de valor. Identificar el funcionamiento de los procesos actuales
- Levantar los procesos actuales de la organización para la comprensión y análisis de los mismos.
- Desarrollar el análisis del desempeño de productividad de los procesos con base en el levantamiento de información realizado anteriormente
 - o Salarios de los empleados
 - o Identificación de distribución de tiempos del personal
 - o Desarrollo de análisis de desempeño de productividad
 - o Generación y análisis de informes
- Determinar las oportunidades de mejora arrojadas por el análisis de productividad administrativa del área de salud

- Consolidar la estrategia de ABC como una estrategia corporativa para la organización.

Resultado final

- Mapa de los procesos actuales
- Análisis de productividad de los servicios
- Lista de actividades clasificadas según los atributos:
 - o Primarios y apoyo
 - o Críticas, esenciales, no esenciales y opcionales
- Manuales, análisis, informes, etc.
- Identificación de las oportunidades de mejora para los procesos de negocio, teniendo en cuenta infraestructura, organización (personas), políticas, procedimientos, tecnología, e infraestructura física.

Medida de desempeño o productividad

Utilizar las medidas de desempeño o productividad que permita de una manera flexible obtener información y analizar los costos del recurso humano de la forma que se desee. Como resultado se obtendrá información cuantitativa y real del costo y fragmentación de los procesos, análisis de valor agregado y duplicidades. El análisis también provee información básica para iniciar el rediseño de procesos críticos de la organización.

Informes generados por el análisis de productividad

Para el análisis de productividad de toda la organización, los informes deben clasificar las actividades en críticas, esenciales, no esenciales y opcionales, de acuerdo con la siguiente descripción:

Actividades críticas

Son cruciales para definir los objetivos del área de salud. Estas deben ser realizadas continuamente y oportunamente y se constituyen en los momentos de verdad.

Actividades esenciales

Actividades que deben ser desempeñadas de manera indispensable para generar los productos y servicios que ofrece la organización, pero no son percibidas de manera directa.

Actividades no esenciales

Una actividad no esencial es aquella que no es considerada importante para la generación de los productos y servicios que ofrece la compañía.

Actividades opcionales

Son actividades realizadas en el área de salud y que en caso de no hacerse no generan ningún traumatismo o paro en los procesos de la organización.

Análisis de actividades.

Diagrama de Pareto

Generan valor

No generan pero son importantes

No son importantes

- Informe de importancia de las actividades
- Pareto macro-procesos
- Informes por atributos - Clasificación de actividades:
 - o Número de actividades

- Costo de las actividades

FASE IV: Obtener información sobre costos y cost drivers

Actividades

- A partir del modelo de contabilidad de costos y de costos directos (protocolos) que debe ser evaluado y estructurado en la fase II, se debe evaluar con el área de sistemas el estado actual de la información para alimentar el sistema de costos completo y los nuevos requerimientos de ABC; en caso de observarse deficiencias o se requieran cambios, estos se deben coordinar con el área de costos
- Identificar cambios que sean necesarios para que la estructura contable se ajuste a los requerimientos de información de ABC.
- Diseño de un modelo de costeo basado en actividades del área de salud.
- Documentar los posibles conductores del costo y las premisas del modelo.
- Visualizar los objetos de costo.
- Validar con la alta dirección conductores de costos preliminares, objetos de costo y premisas básicas del modelo.
- Validar el modelo con la alta dirección de la IPS.
- Identificar las fuentes de los datos financieros y operativos que alimentarán el modelo de costos, lo cual incluye identificar las características técnicas de los aplicativos, la disponibilidad, periodicidad y responsables de la información.

Resultado final

- Definir de las fuentes de información financiera y operativa donde se obtendrán los cost drivers y demás información del modelo de costos (tanto para las hojas de costos de los protocolos, como para el modelo de costos).
- Definición de fuentes de información del sistema de costeo directo como insumos para el sistema ABC.

- Diccionario de conductores de costos de recursos y actividades.
- Premisas básicas del modelo.
- Definición de interfases requeridas y/o modificaciones de sistemas.

FASE V: Diseñar el modelo de costos ABC

Actividades

- Recopilar la información que alimentará el modelo de costos: Información contable, conductores de costos de recursos, actividades y objetos de costo (definidos en la Fase IV).
- Desarrollar la estructura del modelo conceptual de costos (distribución de los recursos mediante conductores a las actividades y objetos de costo).
- Crear el modelo de costos para el período base.
- Verificar la funcionalidad del modelo de costos.
- Validar los resultados del modelo con los datos contables del período base.

Resultado final

- Definición de conductores de costos de recursos y actividades.
- Definición de las fuentes de información de donde se obtendrán los cost drivers.
- Asignación de recursos a actividades y actividades a objetos de costo.
- A manera de ejemplo, un modelo de costos para la IPS tendría las siguientes características:

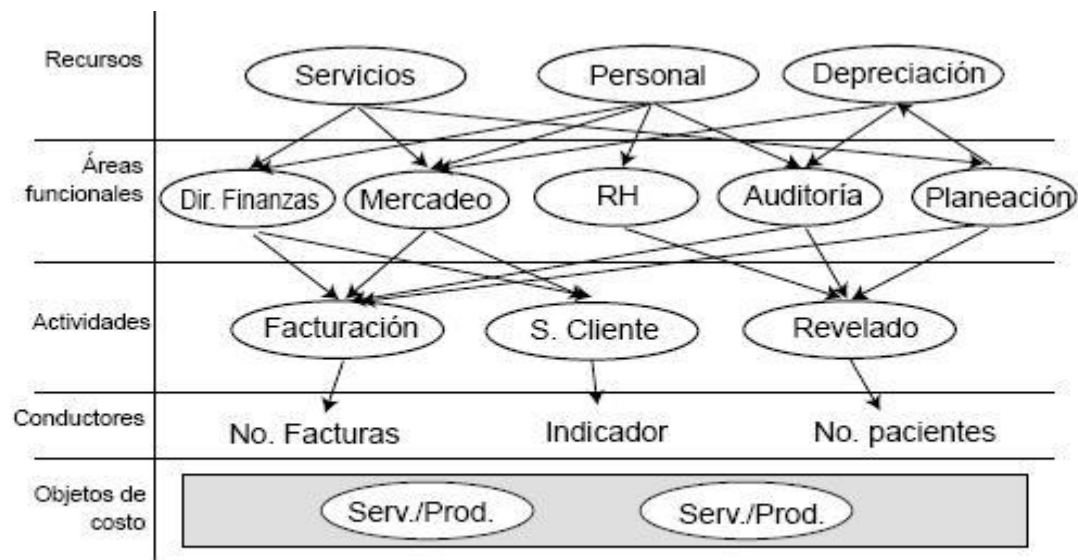


Gráfico basado en el informe: *Mejorando la rentabilidad de la organización, sistema de costo ABC/M*. Cali, febrero 22 de 2002. KPMG.

FASE VI: Desarrollar análisis de rentabilidad y costos de los productos y servicios

Objetivos

- Definir los indicadores, reportes y análisis requeridos por la organización en el sistema seleccionado.
- Adelantar los análisis de rentabilidad y de costos sobre los diferentes objetos de costo definidos y otros análisis considerados dentro de la metodología de administración del valor económico. (Por ejemplo, el análisis de procesos vs. rentabilidad del patrimonio del área de salud).
- Analizar con la alta dirección del área los resultados de la rentabilidad real de sus productos y servicios y definir acciones correctivas para la organización a partir de estos análisis.

Actividades

- Definir y adelantar los análisis de rentabilidad sobre los objetos de costos, utilizando tendencias.

- Analizar la información de costos generada con los responsables de cada área.

Resultado final

- Modelo parametrizado para el período base.
- Informes de análisis de rentabilidad del negocio.
- Diseño de los reportes (informes) del sistema.
- Oportunidades de mejora identificadas y plan de mejoramiento definido.

FASE VII: Rediseño de procesos

Objetivos

Esta es una etapa de cierre del proceso que debe desarrollar el área, con el objeto de implantar las mejoras sugeridas por el proyecto.

Actividades

- Evaluar plan de implantación sugerido por el equipo del proyecto.
- Definir indicadores de monitoreo para realizar seguimiento al impacto de las mejoras.
- Identificar los procesos críticos a intervenir.
- Definir recursos para la implantación.
- Coordinar planes de mejoramiento en los aspectos: Recurso humano, procedimientos y tecnología.
- Definir plan de cierre de brechas.
- Realizar implantación
- Simular procesos a rediseñar, es decir, que para cualquier proyecto de rediseño de procesos se adelante la simulación de los procesos actuales y de los escenarios propuestos.

Resultado final

Procesos implantados y/o mejorados.

Beneficios del sistema de costeo basado en actividades

Los beneficios que trae para el área de salud la implantación de un sistema de costeo basado en actividades debe estar soportados en la capacitación del personal en la metodología que le permita mantener y mejorar el modelo, de tal modo que apoye la forma como se identifican y priorizan las oportunidades de mejoramiento de procesos y la generación de información con calidad y oportunidad, para tomar decisiones de tipo estratégico.

Beneficios derivados de la administración basada en actividades

Para obtener los beneficios de la administración basada en actividades se deben cumplir los pasos, luego de implantar el sistema de costeo basado en actividades:

- Aprender y mejorar el uso del sistema.
- Capacitar a los usuarios sobre las bondades del sistema.
- Usar un lenguaje común.
- Realizar análisis a través de toda la organización.
- Enlazar el conocimiento del negocio y el entendimiento de los costos.

Beneficios estratégicos y de productividad

Los beneficios derivados del sistema de administración basada en actividades son:

Reducir los costos de actividades

Las iniciativas de mejoramiento pueden ser dirigidas hacia metas de reducción en los costos de salida de unidades, ya sea por medio de una disminución del costo de actividad o su frecuencia (cantidad de salida).

Procesos comerciales y administrativos más eficientes

La eficiencia y la efectividad de los procesos pueden mejorarse al medir el costo de las agrupaciones de actividades, asegurándose que los cambios que se hagan a las actividades reduzcan el costo general del proceso.

Mejorar las medidas de rendimiento

Los costos de salida deben proporcionar medidas de rendimiento específico y cuantificable que mejoran la habilidad de enfocar los esfuerzos de las personas.

Enfoque de iniciativas estratégicas

Al determinar los costos de salida de los servicios, clientes, centros de atención a clientes y proveedores específicos se puede obtener una visualización más clara de la rentabilidad; esto permite a área de salud tomar medidas correctivas para rectificar áreas problemáticas.

CONCLUSIONES

1. La propuesta de la implementación del Sistema de Costos para el Área de Salud N° 13 Baquerizo Moreno- Juján, se hace necesario que la organización para que emprenda una la labor de desarrollar su sistema de costos según la metodología del costeo por actividades, se empiece a identificar dentro de su estructura organizativa las áreas generadoras o creadoras de valor y aquellas generadoras de costos y gastos (unidades de apoyo y unidades creadoras de costo; dicha información le permitirá a la organización establecer su estructura de costos, a fin de que estos sean asignados a los productos o servicios ofrecidos por las Unidades Creadoras de Valor. El capital humano es el recurso más importante con el que debe contar la unidad de salud, su colaboración debe convertirse en pieza fundamental al momento de identificar los procesos y actividades necesarios para la prestación de los servicios, quién más que los funcionarios que los realizan para brindar dicha información, por lo tanto, es necesario que al momento de emprender la labor de desarrollar un sistema de costos se informe y concientice al personal de la importancia y los beneficios de dicho cambio para la organización, a fin de recibir de parte de ellos su colaboración y compromiso en el cumplimiento de dicho objetivo; sólo de esta manera se podrá asegurar el éxito. Las metodologías utilizadas para la realización del diagnóstico de la situación actual permitirán que el análisis se centre en los focos vitales y no en los triviales, convirtiéndose en herramientas para priorizar las oportunidades de mejorar.
2. La producción del Área de Salud N° 13 tiene un rendimiento regular de acuerdo al tiempo contado y al tiempo reportado de trabajo de los

médicos, obstetrices y odontólogos representa el 75% del mismo, lo que evidencia por lo que disminuye la producción y por ende aumentan los costos. Con relación a enfermería no se lleva este control por lo que se no entrega los reportes a Estadística del Área y lo hace en forma directa a la Dirección Provincial de Salud lo relacionado a vacunación y programas verticales, lo que hace difícil obtener la información.

3. Los costos indirectos son relativamente altos, mientras que los directos son bajos, dada la composición del gasto. Determinar los costos reales de los servicios de atención de salud que se ofrecen en el CS N° 13 es difícil por los datos no están completos, están donde distintos operadores, y los archivos no son asequibles. Se mantiene el sistema tradicional los datos y los costos se calcularon en forma extracontable y su verificación con la contabilidad es sumamente complejo. Se determinaron los costos de los servicios de atención de salud que se ofrecen en el CS N° 13 fueron calculados con los datos disponibles, existiendo algunas falencias en la recolección de los datos, por la falta de acceso a los datos.

4. La propuesta diseñada es factible implementarla debido a que no requiere de contratación de personal administrativo, sino de redistribuir las funciones del personal de esa área.

RECOMENDACIONES

1. La producción de enfermería debe ser reportadas en el Área de Salud N° 13, ya que para la gerencia estos datos hace deben ser conocidos y discutidos para buscar las estrategias de mejoramiento de la producción.
2. Se recomienda el levantamiento de procesos e inventarios como herramienta indispensable para identificar lo que realiza la organización y el cómo lo lleva a cabo, a fin de establecer las personas involucradas en dichas actividades y los recursos (materiales, maquinaria y equipo, información, entre otros) necesarios para su realización, costos que están relacionados con el servicio o producto a costear. Dicha labor se reflejara en los manuales de procedimientos y funciones.
3. Implementar la metodología de costos para tener bien establecidos los costos indirectos y de los servicios de poyo técnico, para evitar desviaciones.
4. Para determinar los costos reales de los servicios de atención de salud que se ofrecen en el CS N° 13, es necesario implementar la metodología porque sino el presupuesto que le es asignado sierre será irreal y el Estado no puede cubrir las necesidades de salud del segmento de población que debe cubrir, que en una zona eminentemente rural corresponde a la mayoría de la población.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Análisis de la UNICEF al *presupuesto 2009 -2010*. Quito –Ecuador
- 2 .Brimson J. A (2001), "*En defensa de la gestión basada en el costo por actividades*" México Editorial. Mc Graw Hill
- 3 Cárdenas Nápoles, Raúl (2003)" *Contabilidad de costos 2*" México IMCP. Capítulo III
- 4 Cashin James A., Polimeni S. Ralph. (2003) *Contabilidad de costos*". México: Serie Schawn. Editorial. Mc Graw Hill.
- 5 Castaño S (2002) *Finanzas y costos. Un acercamiento a la gestión financiera de las organizaciones de salud*. Centro de Gestión Hospitalaria. Impreso en Colombia
- 6 Castaño S (2007) *¿Cómo calcular sus costos? Guía para profesionales*. Centro de Gestión Hospitalaria. Impreso en Colombia 3ra ed.
- 7 Del Río González Cristóbal (2007) *Costos II, Predeterminados, de Operación y de Producción en común o Conjunta*". Editorial ECAFSA. Capitulo I
- 8 Dirección Provincial de Salud del Guayas. Departamento de Estadística e Informática. *Sala de Situación 2010*. Guayaquil-2011
- 9 Drucker, Peter. (1996) *La administración, en una época de grandes cambios*", Buenos Aires: Editorial Sudamericana
- 10 Gilmore, C, Demoraes, H. (1996) *Manual de Gerencia de la Calidad. Manual operativo PALTEX. OPS/OMS. Vol. III. N° 9*
- 11 Healy S. (1988) *Health Care Quality Assurance. Terminology*. Int. J. Health Care Quality Assurance. Pág. 1: 20-31.
- 12 IPSS, Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud. (2005) "*Indicadores de salud*". Oficina de gestión de mejoramiento de gestión y procesos. Lima
- 13 Johnson T. (2007) " *Es tiempo de detener la sobreventa de los conceptos del "Análisis por Actividades" (Activity Based)*", Revista

- Costos y Gestión, España, Publicación T.II-No.8.
- 14 Kaplan Robert, S. et al (2000) “ *Cuadro de Mando Integral*” España Editora Gestión
 - 15 Kaplan, R. S. et al (2009). “*Costo y Efecto*”, Barcelona –España. Editorial Gestión
 - 16 Malagon-Londoño, Gustavo; (2007.) *Auditoria en Salud.*, Colombia. Edit. Médica Internacional 2da ed.
 - 17 Malagon- Londoño, G (1998) *Administración Hospitalaria.*, Colombia. Edit. Médica Internacional. 1a ed
 - 18 Malagon-Londoño, G; et al (2001) *Garantía de Calidad en Salud.* 1a ed. Colombia. Edit. Médica Internacional,
 - 19 Mejía, B (1999). *Gerencia de procesos: para la organización y el control interno de empresas de salud* Colombia. 2a ed,
 - 20 Player Steve & Lacaerda R., (2002) “*Gerencia Basada en Actividades*” Colombia: Andersen. Mc Graw Hill.
 - 21 Ramos Domínguez N. et al. (1990) *Medicina social y salud pública en Cuba.* La Habana: Editorial Pueblo y Educación, pág.36-41
 - 22 Rubio Cebrián, S. (1995) *Glosario de Economía de la Salud.* Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud.
 - 23 Serrano P. (2006) *Economía y Salud.* Loja UTPL
 - 24 Shank John et al (1995), “*Gerencia Estratégica de Costos*”. Grupo Editorial NORMA.
 - 26 Shank & Govindarajan V (2005), “ABC El costo”.
 - 26 Vanormelingen K (1994) *La gerencia de calidad total en Salud.* OPS – Quito-Ecuador.
 - 27 MSP. Dirección de Economía de la Salud en www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/des_ecuador.pdf
Consultado el 20 enero 2012
 - 28 cgcom.es/Europa_al_dia/2008/265 (enero 2012)

29 Fuentes indicadores del desarrollo mundial Base de datos de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud En www.who.int/nha/en complementada con datos del país. Consultado enero 20 2012

BIBLIOGRAFÍA DE LA PROPUESTA

- 1 Aplicación del Costeo por actividades en la hotelería cubana En: www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/fin/cosactivhotcuba.htm consulta 12 de agosto de 2012.
- 2 Costeo ABC y Administración basada en actividades www.conteckamericas.com/ABC.htm Consultada el 30 de agosto de 2012
- 3 Costos estándar En www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/fin/costosestandar.htm. Consulta 10 de septiembre de 2012.
- 4 Costos y gestión en Entidades Prestadoras de Salud [En línea:] www.fondesif.gov.bo/ConceptosyTecnicas-Costeo.pdf. Consultada el 2 de junio de 2012
- 5 El costeo ABC: base para el control de inventarios [En línea:] www.gestiopolis.com/canales/financiera/articulos/20/ABCinventario.htm Consulta 30 de septiembre de 2012.
- 6 Gallego, B, et al (1996) Diseño y desarrollo de un sistema de costos para los servicios que se prestan en el área de Laboratorio Clínico del Hospital Mario Correa Rengifo, de la ciudad de Cali. Santiago de Cali, 1996, 135 p. Trabajo de grado (Ingeniero Industrial). Universidad Autónoma de Occidente. Facultad de Ingeniería.
- 7 Gutiérrez Restrepo, O. (2004) Manual de costos. Santiago de Cali: Editorial Marín Vieco, 2da ed. pp. 11-57, 67-141, 197-210.
- 8 Hargadon, Bernard J. et al (2002) Contabilidad de Costos. Medellín: Editorial EAFIT, pp 336

- 9 KPMG. (2002) Mejorando la rentabilidad de su organización. Sistema de Costos ABC/M. Cali, KPMG Advisory Services
- 10 Vásquez, JC. (2007) Manual de costos estándar. 3 de Buenos Aires: Editorial Aguilar. pp. 31-68, 837-1012



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE COSTOS.
ÁREA DE SALUD N°13 BAQUERIZO MORENO 2011

AUTOR/ES:
DR. ANDRÉS ANTONIO LANATA
ÁLAVA

TUTOR:
DR. JOSE VAZQUEZ VERGARA
REVISOR:
DR. GUILLERMO CAMPUZANO CASTRO

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Médicas

CARRERA: MAESTRÍA EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD

FECHA DE PUBLICACIÓN:
15 DE MARZO DEL 2015

No. DE PÁGS: 104

ÁREAS TEMÁTICAS:

SALUD

PALABRAS CLAVE:

CENTRO DE SALUD, COSTOS, COSTOS FIJOS, COSTOS VARIABLES, PRESUPUESTO

RESUMEN:

Nunca se debe olvidar que la salud, y con ello la asistencia sanitaria, es un derecho de la ciudadanía, sin embargo también debemos considerar que la cobertura a otorgar debe ser adecuadamente seleccionada para poder obtener de ella el mayor de los réditos, intentando en ese proceso hacerlo eficiente, o sea a un costo accesible para ser solventado por el Estado, o por el usuario que accede a ella. A fin de ser prácticos, se intentará la aplicación del enfoque económico que permita al sistema de servicios de salud brindar a cada uno de sus demandantes la mejor calidad de atención de acuerdo a su necesidad, lo que no significa obviamente la más cara, sino la mejor. El objetivo de este trabajo fue determinar los costos por servicios ofertados a la población del Centro de Salud N° 13 Baquerizo Moreno (Juján). Esta investigación, por el periodo y secuencia en al que se llevó a cabo, emplea un estudio descriptivo y por el diseño no experimental-Transversal. El periodo de investigación es de enero a diciembre del 2011.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI: X

NO

CONTACTO CON
AUTOR/ES:

Teléfono:
099618308

E-mail: andreslanata@outlook.com

CONTACTO EN LA
INSTITUCIÓN:

Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

Teléfono: 2- 288086

E-mail: egraduadosug@hotmail.com

