

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL

***Escuela de Postgrado
en Administración
de Empresas***

**V Postgrado en Gerencia
de Servicios de Salud**

TESIS DE GRADO

**Red Integrada y Descentralizada
de los Servicios de Salud
del Cantón Salinas**

TUTOR:

DR. XAVIER MENDIETA, GSS

ALUMNOS:

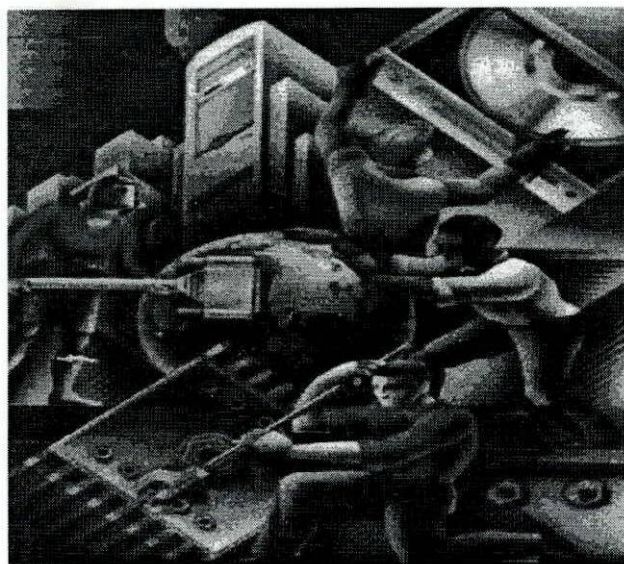
**Jorge Erazo Erazo
José López Naranjo
Wilson Cochea Perlaza**

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL

ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS



V Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud



TUTOR

Dr. Xavier Mendieta ,GSS

ALUMNOS;

Dr. Jorge Erazo Erazo
Dr. Wilson Cochea Perlaza
Dr. José López Naranjo

RED INTEGRADA Y DESCENTRALIZADA DE SALUD SALINENSE



RIDESS

*La Ley de Descentralización publicada en el
registro oficial N° 365 del 10 de Julio de 2.001,
delega atribuciones a las Municipalidades.*

*El Municipio de Salinas, por ésta Ley, mejora y
organiza la Atención en Salud para su población
y los Finitistas.*

CONTENIDOS

RED INTEGRADA Y DESCENTRALIZADA DE SALUD DEL CANTON SALINAS	1
I. ORIGEN DEL PROYECTO	1
II. ORIGEN Y OBJETIVO DEL ESTUDIO	2
III SITUACION ACTUAL Y SIN PROYECTO	3
AREA DE INFLUENCIA DEL PROYECTO	3
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	3
ANALISIS DE LA PROBLEMÁTICA	4
OFERTA DE SERVICIOS MÉDICOS	5
A. Primer nivel de atención	6
B. Segundo nivel de atención	7
C. Recursos humanos y equipamiento con que cuentan las unidades médicas	8
D. Servicios que ofrecen las unidades médicas	9
Consultorios privados, Dispensarios, Centros y Subcentros	9
Hospitales de Segundo nivel	9
Oferta de camas censables	9
IV DEMANDA	11
A) POBLACION QUE DEMANDA DEL SERVICIO	11
B) SERVICIOS QUE DEMANDAN	11
V. INTERACCIÓN ENTRE LA OFERTA Y LA DEMANDA	14
A) CONSULTORIOS PRIVADOS, DISPENSARIOS, CENTROS Y SUBCENTROS	14
B) HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL	16
Hospital José Garcés Rodríguez	16
Hospital Rafael Serrano López	17
Clínica De La F.A.E.	18
VI OPTIMIZACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL	19
PROYECTO "RIDESS"	19
A. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL PROYECTO	19
B. CARACTERÍSTICAS OPERACIONALES DEL PROYECTO	19
1) Consultas de urgencia	19
2) Consulta especializada	19

3) Cirugías	20
4) Hospitalización	20
5) Laboratorio, gabinete y otros	20
6) Farmacia	20
7) Otros	21
EVALUACIÓN DEL PROYECTO	23
I. COSTOS DE FUNCIONAMIENTO DE LA RED	23
A. Costos de inversión	23
B. Costos operativos	30
C. Costos de reposición y renovación de equipo	30
II. BENEFICIOS DEL PROYECTO	30
a. Ahorro de costos de traslado (tiempo) para pacientes que acuden a consulta de especialidad	30
b. Eliminación de la postergación de las consultas de especialización	30
c. Ahorro en los tiempos de espera para las personas que van a consulta de especialidad.	31
d. Generación de nuevas atenciones especializadas	31
e. Ahorro por disminución en los costos de traslado de pacientes a otros centros fuera de la localidad	32
f. Eliminación de la postergación de servicios auxiliares de diagnóstico	32
g. Ahorro en el tiempo de espera de los pacientes en consultas de urgencia	32
h. Ahorro en tiempo de traslado de los pacientes en consultas de urgencia	33
i. Beneficios Intangibles	33
III. EVALUACIÓN	34
C. Valor Actual Neto Social (VANS)	34
MARCO GENERAL LEGISLATIVO DE LA SALUD DEL ECUADOR	53
Marco constitucional	53
Definiciones principales	54
Política general de descentralización	54
Política de descentralización del sector salud	55
Índice de títulos y siglas	57
SISTEMA NACIONAL DE SALUD – SINASA -	59
Definición	59
Principios	59
Políticas	60

Integrantes	60
Acciones	60
CONSEJO NACIONAL DE SALUD – CONASA -	61
Definición	61
Atribuciones	61
Funciones	62
Integrantes	63
CONSEJO PROVINCIAL DE SALUD – CONPROSA -	64
Definición	64
Atribuciones	64
Funciones	64
Integrantes	65
CONSEJO CANTONAL DE SALUD – CONCASA –	65
Definición	65
Atribuciones	65
Funciones	66
Integrantes	66
COMITÉ PARROQUIAL DE SALUD – CPS –	67
Definición	67
Funciones	67
Integrantes	67
COMITÉ BARRIAL DE SALUD - CBS –	67
Definición	67
Funciones Integrantes	68
ASOCIACION DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD - ASUSA -	68
Definición	68
Representantes	68
Funciones	68
VEEDURIA CIUDADANA DE SALUD – VECISA -	69
Definición	69
Funciones	69
COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA – COMETHOS -	69
Definición	69
Funciones	69
Integrantes	69

SERVICIO DE ATENCION A LA COMUNIDAD –SERVICOM-	70
Definición	70
SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO -SERVIUS-	70
Definición	70
Funciones	70
PRESUPUESTO DE LA SALUD	71
Definición	71
Recursos	71
FONDO NACIONAL DE SALUD – FONASA -	71
Definición	71
Subcuentas	71
Criterios de asignación	71
FONDO PROVINCIAL DE SALUD –FONPROSA -	72
Definición	72
FONDO CANTONAL DE SALUD – FONCASA -	72
Definición	72
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA - MINSALUD –	73
Definición	73
Funciones	73
SUPERINTENDENCIA DE SALUD – SUPERSALUD -	73
Definición	73
Funciones	73
INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE - INH –	74
Definición	74
Atribuciones	74
Funciones	74
SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION EN SALUD – SIS –	74
Definición	74
Datos	74
Características	75
DIRECCION NACIONAL DE INFORMACION EN SALUD – DINASIS -	75
Definición	75
Funciones	75

DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD – DIPROSA –	76
Definición	76
Funciones	76
DIRECCION CANTONAL DE SALUD – DICASA -	77
Definición	77
Funciones	77
REGIMEN CONTRIBUTIVO OBLIGATORIO DEL IESS	78
Definición	78
REGIMEN CONTRIBUTIVO VOLUNTARIO DE MEDICINA PREPAGADA	78
Definición	78
Modalidades	78
Requisitos	78
Afiliación	79
REGIMEN SUBSIDIADO	79
Definición	79
Características	79
EMPRESAS ADMINISTRADORAS DEL SUBSIDIO – EMSUBSIDIO-	80
Definición	80
Funciones	80
Acreditación	81
Información	81
INSTITUCIONES DE SERVICIOS DE SALUD – INSALUD -	81
Definición	81
Registro de profesionales	81
Funciones	81
Acreditación de Instituciones	81
EMPRESAS MIXTAS DE SERVICIOS DE SALUD – EMESA -	82
Definición	82
Funciones	82
Organización y funciones	82
Junta directiva	83
Régimen jurídico	83
Actividades de transformación	84
UNIDAD DE PAGO POR AFILIADO – UPA -	84
Definición	84

PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD – PAIS –	85
Definición	85
Contenido	85
Definición	85
UNIDAD DE PAGO POR ACTO MEDICO – UNIPAM -	85
Definición	85
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL PAIS – MAPAIS -	85
Definición	85
CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	86
Formas de contratación	86
REQUISITOS PARA LA DESCENTRALIZACION PROVINCIAL DE LA SALUD	86
Elaboración del PLANPROSA	86
Acuerdos institucionales	86
Adopción del PLANOA	87
Adopción del PLANCOFI	87
Organización del CONPROSA	87
Creación de la DIPROSA	87
Adopción del Manual de cargos y funciones	87
Inscripción en la ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa	88
Inscripción en el Código de Trabajo	88
Afiliación al IESS.	89
Creación de la EMISA provincial	89
Contratación de servicios	89
Creación del FONPROSA	89
Organización de la REDINSA	90
REQUISITOS PARA LA DESCENTRALIZACION CANTONAL DE LA SALUD	90
Elaboración del PLANCASA.	90
Acuerdos institucionales	90
Adopción del PLANOA	90
Adopción del PLANCOFI	91
Organización del CONCASA	91
Creación de la DICASA	91
Adopción del Manual de cargos y funciones	91
Inscripción en la ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa	91
Inscripción en el Código de Trabajo	92

Afiliación al IESS.	92
Creación de la EMISA cantonal	93
Contratación de servicios	93
Creación del FONICAZA	93
Organización del SIS.	93
PLAN DE DESCENTRALIZACION	94
1. MARCO CONCEPTUAL.	94
1.1. Antecedentes.-	94
1.2. Marco Constitucional y Legal.	94
1.3. La demora en la descentralización.	98
1.4. Ventajas de descentralización.	99
2. OBJETIVOS.-	100
2.1. Objetivos finales.	100
3. METODOLOGÍA DEL PLAN	100
3.1. Características del plan.	100
3.2. Alcance del plan.	102
3.3. Fases del Plan.	102
4. APLICACIÓN	103
SECTOR 1: PLANIFICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN GENERAL.	106
Sistema Nacional de Planificación.	106
SECTOR 5 : SALUD: Promoción / Prevención	106
PRESTACIÓN COLECTIVA (ACCION PUBLICA DE SALUD).	107
PRESTACIÓN INDIVIDUALIZADA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.	107
PRESTACIÓN INDIVIDUALIZADA DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.	108
PRESTACIÓN IDIVIDULIZADA DE TERCER NIVEL.	108
SECTOR 6: Bienestar Social	109
GERONTOLOGIA Y DISCAPACITADOS.	109
NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.	109
REGLAMENTO A LA LEY DE DESENTRALIZAIO DEL ESTADO Y PARTICIPACION SOCIAL	101
CAPITULO 1	111
AMBITO DE APLICACIÓN	111
CAPITULO 2	112
DE LOS CONVENIOS DE TRANSFERENCIA DE FUNCIONES, RESPONSABILIDADES Y RECURSOS	112

RED DE SERVICIOS DE SALUD DEL CANTON SALINAS	115
SISTEMAS DE INFORMACION	115
OBJETIVO	115
FINALIDAD	115
PROPOSITO	115
IDENTIFICACION DEL SISTEMA	115
ENTORNO.	115
SUBSISTEMAS	116
SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE SERÁN APLICADOS A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD	116
SISTEMAS DEL NIVEL OPERATIVO	116
SISTEMAS DEL NIVEL GERENCIAL	117
SISTEMAS DEL NIVEL ESTRATÉGICO	117
MODELOS GERENCIALES QUE SE APLICARAN A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD	117
OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN LA RED DE SALUD	117
LA INFORMACIÓN COMO RECURSO ESTRATÉGICO	118
MODELO DE LAS FUERZAS COMPETITIVAS	118
MODELO DE LA CADENA DE VALOR	118
IMPACTO	119
PLAN DE MARKETING DE LA RED INTEGRADA Y DESCENTRALIZADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CANTÓN SALINAS "RIDESS"	121
ANTECEDENTES.-	121
PROPUESTA PARA CONFORMAR LA ESTRUCTURA ORGÁNICA Y FUNCIONAL DE LA ADMINISTRACIÓN DEL "RIDESS"	123
RESUMEN DE LOS ASPECTOS SOCIO ECONOMICO	124
VISIÓN DE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DEL CANTON SALINAS	138
ANÁLISIS COMPETITIVO	138
a) Fortalezas	138
b) Debilidades	139
c) Oportunidades	139
d) Amenazas	139

ESTRATEGIA COMERCIAL	139
1.- Atención primaria de Salud:	140
2.- Atención Secundaria de Salud.	140
Factores Esenciales	142
Social	142
Comercial	143
Plaza	143
MEDICION DEL ÉXITO.	145

RED INTEGRADA Y DESCENTRALIZADA DE SALUD DEL CANTON SALINAS

I. ORIGEN DEL PROYECTO

En el cantón Salinas existe una atención de servicios de salud, fragmentada, dependiente del Ministerio de Salud Pública, Fuerzas Armadas, Municipio y O.N.Gs. trabajan independientemente, brindando servicios similares, duplicando esfuerzos.

- a) La Constitución Política de la República del Ecuador, en la Sección 4ª: DE LA SALUD, dice: "Se garantiza de forma más extensa el derecho a la salud, y su protección y promoción."
- b) En la Sección 5ª: DE LOS GRUPOS VULNERABLES, en el segundo párrafo dice: " De modo especial se establece ciertas garantías a favor de los Niños y Adolescentes, así como "un sistema nacional descentralizado de protección integral para la niñez y adolescencia".
- c) En el Título XI: DE LA ORGANIZACIÓN TERRITORIAL Y DESCENTRALIZACIÓN. Capítulo I: Del Régimen Administrativo y Seccional: "Se impulsa un verdadero proceso de descentralización y desconcentración de la Administración pública y de participación de la ciudadanía, coherente con la declaratoria de que el Ecuador es un Estado participativo y de administración descentralizada."
- d) En el último párrafo de este capítulo dice: "La Descentralización será obligatoria cuando una entidad seccional la solicite y tenga capacidad operativa para asumirla."

II. ORIGEN Y OBJETIVO DEL ESTUDIO

El Cantón de Salinas es uno de los cantones más importantes de la Provincia del Guayas se encuentra ubicado en la Península de Santa Elena, constituye uno de los balnearios más importantes de Sud América por lo que su potencialidad turística Nacional e Internacional atrae gran concurrencia de visitantes lo que incrementa la población itinerante usuaria de todos los servicios y dentro de estos, el de atención médica que se ve incrementada en lo que a emergencias se refiere.

El Cantón Salinas cuenta con una población fija aproximadamente de **56.508** habitantes de los cuales:

CUADRO 1.1	
Menores de 1 año	1.303
De 1 a 4 años	4.857
De 5 a 14 años	11.676
De 15 a 49 años	31.931
De más de 50 años	7.032

El 50,3% son hombres y 49,7% mujeres; el 71,5% es rural y el 28,5% urbana. Esta población se ocupa en servicios el 26,0%; en comercio el 17,0% y en industria el 16,9%, se encuentran distribuidos en los siguientes sectores: Bazan, Ciudadela Italiana, Santa Rosa, Frank Vargas P., José Luis Tamayo (Muey) y Anconcito con una población flotante en temporada playera de más de 200.000 habitantes .

III SITUACION ACTUAL Y SIN PROYECTO

AREA DE INFLUENCIA DEL PROYECTO

Ámbito Cantonal.- El territorio que corresponde al Cantón Salinas se define conforme al Decreto Supremo No. 115, publicado en el Registro Oficial # 27 de Diciembre de 1937, modificado por la Ley No. 23 publicada en el Registro Oficial 168 de fecha 14 de Abril de 1993, instrumento por el cual se crea el Cantón La Libertad.

Mediante Ordenanzas expedida por ésta entidad Edilicia con fecha 16 de Enero de 1976, aprobada por Acuerdo Ministerial No. 362 de Junio 3 de igual año y publicada en el Registro Oficial No. 112 de Junio de 1976, se crearon y delimitaron las parroquias urbanas de la Cabecera del Cantón Salinas.

La ciudad de Salinas desde entonces ha experimentado un notable crecimiento y desarrollo, siendo necesario que se actualice su delimitación urbana así como su estructura político – administrativa.

La Influencia urbana está determinada actualmente por las parroquias Enríquez Gallo, Vicente Rocafuerte, Carlos Espinoza y Santa Rosa.

La influencia del área rural comprende las parroquias de José Luis Tamayo (Muey) y Anconcito.

SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

La I. Municipalidad de Salinas está gobernada por el Concejo Cantonal, constituido por los siguientes miembros:

- a) Alcalde
- b) 9 Concejales

En la Ley de Régimen Municipal, está puntualizando las funciones, los deberes, los derechos, las obligaciones, las prohibiciones de cada uno de ellos.

Por efectos de planificación territorial, denominaremos Salinas Ciudad al complejo urbano que constituye un ámbito continuo e integrado: conformado por la cabecera cantonal y la parroquia J. L. Tamayo (Muey), siendo importante señalar que la ciudad esta prácticamente unido a las parroquias de Santa Rosa, Santa Paula así como con el cantón La libertad del cual le separa únicamente su limite cantonal que es la carretera puerto Lucia - Anconcito

SECTORES DE INFLUENCIA A LA CABECERA CANTONAL

CUADRO 3.1

A Chipipe	B Milagro
C Bazan	D Francisco Rodríguez
E Evaristo Montenegro	F Cooresa 1 y 2
G Salinas	H Pueblo Nuevo
I Mar Bravo	J Sindicato de Sales
K Carbo Viteri	L La Italiana
M San Lorenzo	N Los Matias
O Frank Vargas	P Floresta 1 Y 2
R Brisas Del Mar	S 23 de Mayo
T Pedro Rodriguez	U Santa Rosa

Es importante señalar la formación de la Federación de Barrios en cada parroquia urbana y rural las cuales están debidamente estructurados y cuentan con el aval del municipio con el que interactúan permanentemente

ANALISIS DE LA PROBLEMÁTICA

El Cantón Salinas cuenta con catorce Centros de Salud, distribuidos en sus parroquias urbanas y rurales, y que brindan similares servicios; fragmentación que no obedece a ninguna planificación, organización ni integración con sistemas de información manual que no aportan a una

administración moderna ni ayudan en la toma de decisiones, lo que hace que la parte operativa sea caótica, la atención demorada y la insatisfacción del usuario evidente.

Estos sectores tienen como base la información proporcionada por el censo de población del año 1990, donde ya se determina que los mismos son grupos de población estables con muchas necesidades por satisfacer.

La Constitución Política del país garantiza la promoción y protección de la salud y el acceso permanente a los servicios de acuerdo a los principios de equidad, universalidad, solidaridad y eficiencia.

Sin embargo, es evidente que en muchos sitios, entre ellos Salinas persisten altos índices de morbi-mortalidad, especialmente materna e infantil, falta de acceso equitativo a los servicios por razones económicas, geográficas, culturales o sencillamente porque no existe una verdadera promoción de salud.

OFERTA DE SERVICIOS MÉDICOS

Los servicios médicos del Cantón Salinas son hospitales y centros de salud del M.S.P.; Centros de Salud Municipales; Clínicas de las Fuerzas Armadas; otras Clínicas y consultorios particulares e instituciones de salud ONGs. y son los siguientes:

CUADRO 3.2	
1 Clínica de Atención Especializada	Fuerza Aérea
1 Clínica	Base Naval
1 Dispensario	Cruz Roja
1 Consultorio Público	Escuela Sagrados Corazones
1 Centro de Salud Municipal	Iglesia San Judas Tadeo
1 Hospital José Garcés Rodríguez - MSP	Ciudadela Frank Vargas Pazzos
1 Sub Centro de Salud San Judas Tadeo	Ciudadela Frank Vargas Pazzos
1 Centro de Salud Municipal	Santa Rosa
1 Centro de Salud Municipal	José Luis Tamayo
1 Centro Hospital del Ministerio de Salud	Santa Paula (José Luis Tamayo)
1 Sub-Centro del Ministerio de Salud	Anconcito
1 Consultorio Médico Municipal	Anconcito
1 Policlínico privado Santa María	Salinas – Chipipe
1 Policlínico Privado “Cigüeña”	Salinas – Santa Paula

Las unidades medicas se clasifican de acuerdo con su nivel de complejidad, en unidades de primer y segundo nivel de atención

A. Primer nivel de atención

En el primer nivel de atención se encuentran los consultorios privados, los centros y subcentro de salud, estas unidades tienen como objetivo otorgar servicios preventivos y curativos de enfermedades no complicadas y vigilar el comportamiento de las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en la comunidad. En el cuadro siguiente se presentan las unidades medicas del primer nivel de atención del Cantón Salinas:

CUADRO 3.3		
Unidad Medica	Nombre	Localidad
Consultorios privados	San Judas Tadeo	Salinas
Dispensarios	Anconcito	Anconcito
Centros de salud	Santa Rosa	Santa Rosa
Subcentros de salud	Josè Luis Tamayo	José Luis Tamyo
	Grupo de Artilleria	Salinas
	Atahualpa	Salinas
	Santa Maria	Salinas
	Dr. Mauricio Lozano	
	Maternidad Loja	

B. Segundo nivel de atención

En este nivel se encuentran los hospitales del M. S. P., la Clínica de la F.A.E. la Clínica Granados, en donde además de prestar los servicios que otorgan las unidades de primer nivel, ofrecen servicios tales como consulta de especialidades. Las unidades medicas de segundo nivel existentes en el Cantón Salinas son:

CUADRO 3.4				
UNIDAD MEDICA	AREA	CANTON	PARROQUIA	LOCALIDAD
Hospital Dr. Josè Garcès R.	26	Salinas	Salinas	Salinas
Hospital Rafael Serrano L.	26	Salinas	J.L. TAMAYO	J.L.TAMAYO
F.A.E.	26	Salinas	Salinas	Salinas
Base Naval (BASALI)	26	Salinas	Salinas	Salinas
Granados	26	Salinas	J.L.Tamayo	J.L. Tamayo

C. Recursos humanos y equipamiento con que cuentan las unidades médicas

Las unidades médicas de primer y segundo nivel cuentan con diferentes recursos humanos y equipamiento para prestar los diferentes servicios médicos en el Cantón Salinas.

Los consultorios cuentan sólo con médicos generales, los cuales, en su mayoría como personal de apoyo mínimo auxiliares de enfermería,

Los hospitales de consulta externa y las clínicas cuentan con médicos generales. Algunas de ellas, tienen médicos de especialidades como: cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, traumatología, otorrinolaringología, oftalmología etc., y atención dental; enfermeras y personal administrativo. Así mismo, la mayoría disponen de Rayos X, Ambulancia, y Farmacia y Laboratorio clínico limitados.

CUADRO 3.5							
UNIDAD MEDICA	Médicos	Odontólogos	Enfermeras	Químicos	Técnicos	Administrac.	Total
Hosp. Dr. José Gacés R.	12	1	20	0	2	25	60
Hosp. Rafael Serrano L.	6	1	15	0	3	17	42
San Judas Tadeo	1	0	1	0	1	0	3
Anconcito MSP	1	1	1	0	1	0	4
Anconcito Municipal	1	0	1	0	0	0	2
Santa Rosa	7	1	2	0	0	3	13
José Luis Tamayo	3	1	2	0	0	3	9
F.A.E.	14	2	6	0	2	11	35
Base Naval (BASALI)	5	2	5	0	2	7	21
Granados	4	0	6	0	3	4	17
Santamaria	2	0	1	0	0	1	4
Maternidad Loja	1	0	2	1	1	2	7
Dr. Mauricio Lozano	1	0	2	0	1	1	5
Cruz Roja	1	0	2	0	1	1	5
TOTAL	58	9	63	1	17	78	226

Como puede observarse, el porcentaje de médicos (incluyendo odontólogos) con respecto al total de recursos humanos es de 29.6 por ciento, el porcentaje de personal administrativo es de 35.8 por ciento; y el 34% del personal de apoyo.

D. Servicios que ofrecen las unidades médicas

➤ Consultorios privados, Dispensarios, Centros y Subcentros

Otorgan el servicio de consulta externa general (morbilidad), cuidados del embarazo y puerperio, planificación familiar, desarrollo y control del menor de 5 años de edad. El horario de atención es de las 8 a las 16 horas, de Lunes a Viernes. Los consultorios privados extienden la atención hasta las 20 horas

➤ Hospitales de Segundo nivel

Además de los servicios que se ofrecen en los consultorios, cuentan con consulta de pediatría, gineco obstetricia y odontología; algunas cuentan con servicio de rayos "x" y laboratorio y con canalización y traslado de pacientes. El horario de atención para estos servicios es de las 8 a las 16 horas de Lunes a Viernes, mientras que el servicio de urgencias es las 24 horas del día los 365 días del año

En la clínica de la F.A.E. ofrece hospitalización a los enfermos que requieran una estadía mayor a 24 horas, y cuenta con las siguientes especialidades:

Oftalmología, Traumatología, Otorrinolaringología, Cirugía, Psiquiatría, Anestesiología, Sicología, Fisiatría.

➤ Oferta de camas censables

De acuerdo con la visita de campo y con las entrevistas realizadas al personal de las unidades médicas, se determinó que en el área de influencia

del proyecto (tomando en cuenta únicamente las unidades de segundo nivel de atención) se cuenta actualmente con un total de 80 camas censables.

CUADRO 3.6				
NOMBRE	TIPO	INSTITUCION	DOTAC CAMAS	
			HOSPIT	EMERG.
Hospital Dr. Josè Garcès R.	Hosp. Cant.	MSP	15	1
Hosp. Dr. Rafael Serrano L.	Hospital	MSP	15	1
San Judas Tadeo	SCS	MPS		1
Anconcito	SCS	MPS		1
Santa Rosa	SCS	Municipal		3
Josè Luis Tamayo	SCS	Municipal		2
F.A.E.	Hosp.	FF.AA.	15	3
Base Naval (BASALI)	Policlínico	FF.AA.	11	7
Grupo de Artilleria Atahualpa	Disp. Médico	FF.AA.		7
Granados	Clinica	Particular	18	3
Santamaria	Policlinico	Particular		4
Maternidad Loja	Clinica	Particular	6	2
Dr. Mauricio Lozano	Centro Médico	Particular		3
TOTAL			80	35

No es posible sumar camas de Hospitalización con camas de emergencia ya que las de emergencia solucionan problemas momentáneos y no cuentan con el entorno necesario para ser consideradas camas hospitalarias.

IV DEMANDA

A) POBLACION QUE DEMANDA DEL SERVICIO

La situación geográfica del cantón Salinas ubica a este cantón en la punta de la Península de Santa Elena separada del cantón La Libertad por la vía a Punta Carnero, y su parroquia Anconcito limita con el cantón Santa Elena es decir son poblaciones que se suceden unas a otras y con límites muy sutiles, de ahí que compartan a mas de sus orígenes ancestrales toda la infraestructura pública, y los problemas de salud, epidemias y pandemias que le son comunes a los habitantes de estos tres cantones.

En Septiembre de 2001 la población del cantón Salinas de acuerdo a la proyección del último censo de (1990) cuenta con 56.508 habitantes, y el área 26 determinada por el MSP se registra una población de 22144. El área 24 del MSP zona de influencia del Hospital de La Libertad Dr. Rafael Serrano López y se encuentra también en el cantón Salinas y registra como población 63990 de tal manera que la atención médica que se brinda en el cantón Salinas, es una atención compartida por los dos cantones así como por la población de toda la península.

De acuerdo con las cifras que maneja el INEC la población demandante de atención para el año 2010 será aproximadamente de 120.750. La misma que se incrementa durante la temporada playera en aproximadamente 200.000 habitantes.

B) SERVICIOS QUE DEMANDAN

La población de la Península de Santa Elena demanda diferentes servicios médicos en las distintas unidades médicas. Así, en los consultorios y hospitales de consulta externa y regionales solicitan consulta general, la cual se divide en: consulta externa general, de urgencia y de planificación familiar. A su vez, la consulta general se clasifica en controles de salud

(control del niño sano, de la mujer embarazada, de algunos enfermos crónicos, control dental e inmunizaciones) y en consulta de morbilidad

En esas mismas unidades médicas, las personas demandan atención de partos normales, cirugías menores, solicitan medicamentos para los tratamientos que los médicos les indican y frecuentemente requieren servicios auxiliares de diagnóstico, tales como laboratorio (análisis de sangre, de orina, etc.), gabinete (Rayos "X", electrocardiogramas, etc.) y otros.

En los hospitales generales, además de los servicios que demandan en las unidades mencionadas en el párrafo anterior, solicitan consultas y cirugías generales de mediano riesgo, termo - cunas, así como hospitalización, además consultas especializadas, mentales y de rehabilitación y cirugías más complejas.

PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AREA NO 26

CUADRO 3.7			
CAUSAS	No	%	Tasa Inc
Colecistitis calculosa	30	3.3	3.8
Apendicitis aguda	24	2.6	3.1
Amenaza de partos pret.	20	2.2	2.6
Politraumatismos	19	2.1	2.4
Labios leporinos	19	2.1	2.4
Hernias	15	1.6	1.9
Diarreas	12	1.3	1.5
Salmonelosis	11	1.2	1.4
Paladares hendidos	10	1.1	1.3
Amenaza de abortos	10	1.1	1.3
Partos	452	49.5	57.7
Abortos	69	7.5	8.8
Las demás	223	24.4	28.5
TOTAL	914	100.0	116.8

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA
AREA NO 26**

CUADRO 3.8			
CAUSAS	No	%	Tasa Inc
Infección respiratoria aguda	1282	41	579
Enfermedad diarreica aguda	362	12	163
Parasitosis	200	6	90
Infección de vías urinarias	160	5	72
Enfermedades de piel	120	4	54
Amigdalitis	117	4	53
Anemia aguda	61	2	28
Gastritis	57	2	26
Artritis	51	2	23
Las demas	699	22	316
TOTAL	3109	100	1404

V. INTERACCIÓN ENTRE LA OFERTA Y LA DEMANDA

El funcionamiento de los servicios médicos parte de las unidades médicas de menor a mayor complejidad; por lo general, con escalonamiento de servicios considerando el diagnóstico de cada paciente y las necesidades de estudio y tratamiento que requiere. Es decir, en la mayoría de los casos, los consultorios privados, centros y Subcentros de salud canalizan a los pacientes a los hospitales de segundo nivel.

A) CONSULTORIOS PRIVADOS, DISPENSARIOS, CENTROS Y SUBCENTROS.

Las personas que solicitan atención médica en los consultorios saben que esa unidad médica tiene limitaciones, por lo que generalmente solicitan atenciones de control y de morbilidad que ellos saben que son relativamente "leves" y "fáciles" de solucionar. Así, el tiempo de espera de atención para los usuarios en esa unidad médica, es de aproximadamente 30 minutos (tiempo promedio observado en el trabajo de campo).

Dado que los pacientes saben que los consultorios no cuentan con servicios auxiliares de diagnósticos, que su farmacia es muy limitada y que el médico tiene que realizar labores adicionales a la consulta, han aprendido a saltarse esta unidad médica. Así, cuando un paciente tiene la sensación de que su enfermedad tiene cierto grado de complejidad, se dirige directamente a una clínica privada o a un hospital, y en algunos casos a un médico particular.

En promedio, desde cada consultorio se canaliza una persona al día a las unidades médicas de segundo nivel de atención.

B) HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL

De acuerdo con el trabajo de campo realizado, los usuarios externos tienen una probabilidad cercana a uno de recibir la atención médica de consulta externa que solicitan, con un tiempo de espera promedio de 100 minutos.

Por otra parte, el tiempo de espera para la consulta de urgencia aparentemente grave es de cero minutos. El paciente que no presenta gravedad extrema debe esperar 25 minutos en promedio. Hay una enfermera que establece si un paciente debe realmente atenderse en urgencias o en consulta externa. Durante el trabajo de campo se observó que algunas personas al ver la congestión en consulta externa, se dirigían a urgencias, con objeto de ser atendidos más rápidamente; sin embargo, la enfermera los rechazó al no detectar en ellos gravedad aparente.

➤ Hospital José Garcés Rodríguez

El horario de atención en consulta externa es de Lunes a Viernes de las 8 a las 16 horas dividido en dos turnos: el matutino de las 8 a las 12 horas y el vespertino de las 12 a las 16 horas.

El procedimiento de atención al usuario externo actualmente consiste en otorgar al día un promedio de aproximadamente 36 fichas o consultas por médico. Para obtener éstas, el paciente requiere de llegar lo más temprano posible. Una vez que la obtiene, debe permanecer en el hospital hasta el inicio de las consultas, esperando su turno. El tiempo de espera de atención promedio es de aproximadamente 120 minutos.

Para la atención de urgencia se sigue el mismo procedimiento que en los hospitales regionales, siendo el tiempo de espera promedio de alrededor de 25 minutos. Se atienden en promedio 55 urgencias al día, de las cuales, solamente 3 se hospitalizan. En general, 10 de cada 100 de estas consultas representan las urgencias "verdaderas".

De acuerdo con los informes de la División Nacional de Estadística del M.S.P. el hospital, se cuenta con un total de 15 camas censales: 12 para adultos y 3 para pediatría con una ocupación del 78 % y 38 % respectivamente. Posee además 2 quirófanos con un índice de ocupación aproximado del 26 %. Se canalizan al Hospital Provincial pacientes, principalmente hacia las especialidades de otorrinolaringología y oftalmología y en menor proporción, a las especialidades de ginecología, traumatología, dermatología, cardiología, ortopedia y cirugía muy especializada.

Se atienden un promedio de 1524 consultas de especialidades al año, las que presentan mayor demanda son: 1) Ginecología y Obstetricia, 2) Pediatría, 3) Cirugía General, 4) Medicina Interna y 5) Traumatología y Ortopedia.

Urgencia "verdadera" es aquélla que requiere de atención médica inmediata, o de lo contrario, el paciente podría sufrir la pérdida de alguna capacidad física o mental, o bien, la vida.

➤ **Hospital Rafael Serrano López**

Esta unidad presta los servicios de consulta externa con el mismo horario que el hospital de Salinas. El procedimiento de atención de la consulta también es el mismo; sin embargo, los usuarios externos observan un tiempo promedio de aproximadamente 180 minutos.

En el servicio de urgencias se atienden en promedio 660 consultas al mes; de éstas, solamente 11 son canalizadas al hospital provincial. El tiempo de espera promedio para los pacientes que solicitan este servicio (observado en el trabajo de campo), es de 30 minutos.

Según entrevista realizada con el Director del hospital, se tienen 15 camas censales con un índice de ocupación aproximado del 60 al 70%, y un quirófano con una ocupación del 87%. Asimismo, también informó que se canalizan en promedio 150 pacientes al mes al Hospital Provincial

principalmente hacia las especialidades de ortopedia, otorrinolaringología, oftalmología y a cirugía especializada.

Finalmente el director de este hospital manifestó que la demanda de consulta general y de especialidad es muy alta (Se atienden alrededor de 44076 consultas por año, de las cuales, 6170 son de especialidad, 6780 de urgencia y el resto general) y que la falta de espacio es una limitante para poder incorporar más médicos.

➤ **Clínica De La F.A.E.**

Esta unidad presta los servicios de consulta externa en un horario de una sola jornada de 07 :00 a 14:30 El procedimiento de atención de la consulta también es el mismo; sin embargo, los usuarios externos observan un tiempo promedio de aproximadamente 30 minutos, atención de emergencias las 24 horas del día

Según entrevista realizada con el Director del hospital, se tienen 15 camas censales con 2 de emergencia, 2 quirófanos, 1 sala de partos, 8 consultorios, 1 laboratorio, 1 lavandería,

Los servicios médicos que prestan son los siguientes: Cirugía, Medicina interna, Ginecología, Pediatría, Otorrinolaringología, Traumatología, Oftalmología, Psiquiatría, Sicología y Odontología.

Los índices de actividad son relativamente bajos existiendo una marcada sub utilización de los servicios en relación a la capacidad instalada.

PROYECTO "RIDESS"

VI OPTIMIZACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

PROYECTO "RIDESS"

El proyecto consiste en una Red integrada de Servicios de Salud en el cantón Salinas, en la cuál se brinde atención de salud organizada, que se atienda con calidad, calidez, que se actúe con eficacia, eficiencia y con efectividad, que responda a las necesidades de los usuarios externos de acuerdo a la realidad local.

A. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL PROYECTO

Los Servicios de Salud que integren la Red serán acreditados de acuerdo a normas del M.S.P. en cuanto a estructura física, capacidad instalada..

B. CARACTERÍSTICAS OPERACIONALES DEL PROYECTO

1) Consultas de urgencia

La Red atenderá inmediatamente a las personas que presenten mayor gravedad aparente y se postergará durante algunos minutos, si hay congestión, a las personas "menos graves". Los casos de urgencias serán referidos desde los niveles de atención primaria a los de atención secundaria o atención directa en este nivel.

2) Consulta especializada

El proyecto aumentará la oferta de horas-médico de consulta de especialización, por lo que el tiempo de espera de los pacientes se reduciría. Por otra parte, en el corto plazo se eliminaría la postergación de este tipo de consultas.

3) Cirugías

El proyecto optimizará la atención quirúrgica, con resolución de casos de especialidades (otorrinolaringología, Traumatología, oftalmología, cirugía general), aprovechando el recurso humano de especialistas existentes en los hospitales existentes y las especialidades que por el momento disponen los hospitales de las fuerzas armadas.

Para esto los centros de atención primaria derivarán los pacientes a estos sitios de resolución. Actualmente las salas de quirófano están subutilizadas, los beneficios por este concepto se observarían en el mediano plazo.

4) Hospitalización

El proyecto contará con camas censales de ocupación inmediata, pero dado que ninguno de los hospitales cantonales están ocupados al 100 por ciento, la ocupación de las camas del proyecto no implicará en los primeros años descongestión; sin embargo, durante el horizonte de evaluación, el proyecto permitirá que no se saturen los hospitales que existen hoy día.

Los servicios de hospitalización y cirugía son los más importantes para un hospital de segundo nivel, siendo los beneficios de dichos servicios crecientes en el tiempo. Por lo cual, en este estudio se realizará un análisis del momento óptimo de la inversión.

5) Laboratorio, gabinete y otros

Dado que los Hospitales cantonales y ciertos dispensarios realizan exámenes básicos, se tendrá a la Cruz Roja como centro de referencia para la realización de exámenes más complejos. Para la realización de otros exámenes de gabinete como Rx, ecografía, se contará con personal de 24 horas cuando menos en uno de los hospitales o clínicas privadas de la red.

6) Farmacia

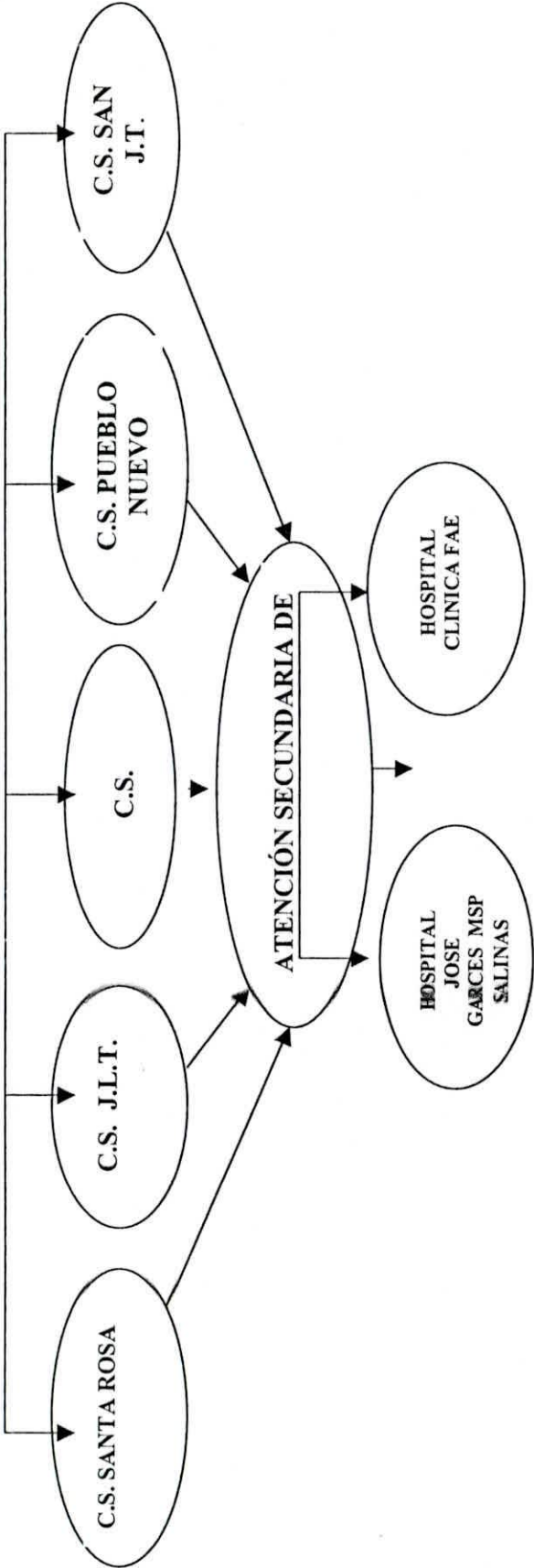
El funcionamiento de este servicio en la Red no afectará los costos o beneficios de los pacientes que deban adquirir medicina, ya que lo harán en

la unidad médica en que se atiendan. Sin embargo, implicará un mayor consumo de medicinas para los pacientes que en la situación sin proyecto no se atendían y en la situación con proyecto sí lo harán.

7) Otros

Es imperativo señalar que es necesaria una reingeniería de toda la red y la determinación de una distribución de especialidades definida a los diferentes Hospitales, como centros de atención (Maternidad - Cirugía y Traumatología – Pediatría). De tal manera que descongestionen de la consulta externa y la atención primaria sea más representativa en el primer nivel con programas de promoción y prevención

**FLUJOGRAMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE
LA RED DE SALUD DEL CANTON SALINAS**



EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Los costos y beneficios del proyecto se identificarán, cuantificarán y valorarán comparando la situación con proyecto y la situación sin proyecto durante un horizonte de evaluación de 30 años.

I. COSTOS DE FUNCIONAMIENTO DE LA RED

Los costos del proyecto se dividen en inversión y operación. En los costos de inversión se considera la adquisición del terreno, la construcción de la obra civil y la adquisición del equipo y mobiliario del hospital.

En los costos de operación se consideran los sueldos y salarios para el personal médico y no médico, mantenimiento y servicios básicos. Asimismo, se considera un monto de reinversión para la reposición y renovación de equipo.

Por la limitación de recursos de información técnica adecuada en este estudio no se incorpora los costos de la inversión de la infraestructura existente, analizando únicamente los costos de operación, y valorando principalmente las externalidades en relación a este costo y el impacto que éstas tendrían con la implementación de una red de integrada de servicios médicos.

A. Costos de inversión

La conformación de la administración de la red demandará los siguientes costos :

DATOS BASICOS SOBRE ANALISIS DE MERCADO DEL RIDESS																
</																

Fuente Datos del MSP

PRESUPUESTO DE INVERSION DE ACTIVOS FIJOS DEL RIDISS										
Rubro	Costo unitario		Q	Int	Plazo	Interés 3 años	3 años			
	del activo						Cap+Int	Valor C+I Anual	Valor C+I mensual	
Vehiculo	6.000.00	1	0.14	3		1.933.00	7.933.00	2.644.33	220.36	
Equipos de oficina	1.860.00	1	0.14	3		909.00	2.769.00	923.00	76.92	
Muebles de Oficina	884.00	1	0.14	1		125.00	1.009.00	336.33	28.03	
TOTAL INVERSION ACT FIJOS	8.744.00					2.967.00	11.711.00	3.903.67	325.31	
Los activos fijos cuyo equivalente unitario es de US\$ 8,744.00 son financiados con un crédito a 3 años con una tasa anual del 14% La depreciación de estos activos es considerado en línea recta al 20% anual										

PRESUPUESTO DE OTROS GASTOS DEL RIDESS

RUBROS	Mensual	1 año 2 año 3 año 4 año 5 año				
		Anual	Anual	Anual	Anual	Anual
Combustibles y lubricantes	80.00	960.00	1.008.00	1.058.40	1.111.32	1.166.89
Mantenimiento de equipo médico	30.00	360.00	378.00	408.24	440.90	476.17
Mantenimiento de vehículos	10.00	120.00	126.00	136.08	146.97	158.72
Gasto de seguro de personal adm	197.50	2.370.00	2.488.50	2.687.58	2.902.59	3.134.79
Insumos	400.00		-	-	-	-
Servicios básicos	120.00	1.440.00	1.512.00	1.632.96	1.763.60	1.904.68
Varios	40.00	480.00	504.00	544.32	587.87	634.89
Gasto de seguro de personal prov	216.00	2.592.00	2.721.60	2.939.33	3.174.47	3.428.43
Total de otros gastos		8.322.00	8.738.10	9.406.91	10.127.71	10.904.59
IVA		998.64	104.857.20	1.128.83	1.215.33	1.308.55
TOTAL GASTOS		9.320.64	113.595.30	10.535.74	11.343.03	12.213.14

PRESUPUESTO DE GASTOS DEL PERSONAL ADMINISTRADOR DEL RIDISS

No	CARGO	Sueldo Mensual	CRECIMIENTO		0.05		0.08		0.11		0.14	
			1 año	Sueldo Anual	2 año	Sueldo Anual	3 año	Sueldo Anual	4 año	Sueldo Anual	5 año	Sueldo Anual
1	Gerente General	450.00		7.090.20	7.941.02	8.893.95		9.961.22		11.156.57		
1	Gerente Técnico Administrativo	300.00		4.726.80	5.294.02	5.929.30		6.640.81		7.437.71		
1	Contador Financiero	300.00		4.726.80	5.294.02	5.929.30		6.640.81		7.437.71		
1	Coordinador de Promoción	300.00		4.726.80	5.294.02	5.929.30		6.640.81		7.437.71		
1	Coordinador Administrativo	150.00		2.363.40	2.647.01	2.964.65		3.320.41		3.718.86		
1	Secretaría Gerencia	200.00		3.151.20	3.529.34	3.952.87		4.427.21		4.958.47		
1	Conserje	90.00		1.418.04	1.588.20	1.778.79		1.992.24		2.231.31		
Total Administrativo		1.790.00		28.203.24	31.587.63	35.378.14		39.623.52		44.378.34		

**ROL DEL PERSONAL DE LA ADMINISTRACION DE LA RED
INTEGRADA DE SALUD DEL CANTON SALINAS "RIDESS"**

CARGO	SUELDO BASICO	BASICO ANUAL	DECIMO TERCERO	DECIMO CUARTO	DECIMO QUINTO	DECIMO SEXTO	COMPEN. COS VIDA	BONIFIC. COMPLEM.	SUBSIDIO TRANSP.	APORTE IESS	COSTO TOTAL ANUAL	RATIO	No	TOTAL
GERENTE GENERAL	450	5400	450	170	4.17	0.06	25	455	0	586	7090	1.31	1	7090
JEFE TEC. ADM.	300	3600	300	170	4.17	0.04	25	455	0	391	4945	1.37		4945
CONTADOR FINANCIERO	300	3600	300	170	4.17	0.04	25	455	0	391	4945	1.37	1	4945
COORD. DE PROMOCION	300	3600	300	170	4.17	0.04	25	455	0	391	4945	1.37	1	4945
COORD. ADMINISTR.	150	1800	150	170	4.17	0.02	25	455	192	195	2992	1.66	1	2992
SECRETARIA GERENCIA	200	2400	200	170	4.17	0.03	25	455	0	260	3515	1.46	1	3515
CONSERJE	120	1440	120	170	4.17	0.02	25	455	192	156	2563	1078	1	2563
TOTAL		21840								2370				30995
S.M.V. \$85 Pasaje\$0.2														

RED INTEGRADA DE SALUD DEL CANTON SALINAS GASTOS GENERALES ANUALES

I. PRESUPUESTO OPERATIVO

No	CARGO	SUELDO BASICO MENSUAL	SUELDO BASICO ANUAL	COSTO TOTAL ANUAL
1	GERENTE GENERAL	450	5.400	7.090
1	JEFE TEC. ADM.	300	3.600	4.945
1	CONTADOR FINANCIERO	300	3.600	4.945
1	COORD. DE PROMOCION	300	3.600	4.945
1	COORD..ADMINIST.	150	1.800	2.992
1	SECRETARIA GERENCIA	200	2.400	3.515
1	CONSERJE	90	1.440	2.134
	TOTAL		21.840	30.995

II. MATERIALES Y SUMINISTRO DE OFICINA

RUBRO	VALOR	TOTAL
Papelería 10 resmas	250	
Carpetas manila 500	50	
Esferográficos 300 Clips, borradores, etc. 100	400	
MANTENIMIENTO DE ACTIVOS FIJOS		
\$ 30.00 mensual x 12		360
MAQUINARIA Y EQUIPOS		
1 Aire Acondicionado	400	400
MUEBLES DE OFICINA		
6 Escritorios	80 c/u	480
4 Sillones ejecutivos	60 c/u.	240
2 Sillas secretaria ergonómicas	30 c/u.	60
6 Sillas	12 c/u.	72
4 Archivadores	80 c/u.	32
EQUIPOS DE OFICINA		
1 Computadora	1000	1000
1 Impresora	120	120
1 Telefax	100	100
1 Calculadora	40	40
1 Nevera	200	200
TOTAL		\$ 3.704

B. Costos operativos

El costo operativo asciende a 634.315 dólares anuales. Este costo incluye las remuneraciones al personal, las cuales están ponderadas por el factor de ajuste al precio de la mano de obra.

C. Costos de reposición y renovación de equipo

Se considera un 10% de la inversión para la reposición y renovación del equipo médico, cada tres años.

II. BENEFICIOS DEL PROYECTO

a. Ahorro de costos de traslado (tiempo) para pacientes que acuden a consulta de especialidad

El tiempo ahorrado se calculó restando del tiempo que actualmente utilizan para trasladarse fuera del Cantón para llegar a otro hospital o clínica privada (en promedio el ahorro en el tiempo de traslado fue de 600 minutos). Este ahorro se multiplicó por dos, debido a que en promedio las personas que acuden a consulta llevan un acompañante.

El valor del tiempo para los se calculó con el salario promedio ponderado de 120 dólares mensuales aproximadamente. Por lo que el valor de la hora fue de 0.75 a Octubre del 2001.

b. Eliminación de la postergación de las consultas de especialización

De acuerdo con encuestas realizadas a los pacientes la postergación de consultas de especialidad es de aproximadamente 15 días esto es debido a que no cuentan con los recursos económicos para trasladarse a la ciudad de Guayaquil, sin embargo, como no se conocen los efectos de dichas

postergaciones en la productividad de las personas, este beneficio se calculará de la siguiente forma: Se supondrá que el promedio diario de consultas que se postergan se subrogarán y que se deberá pagar por cada una de estas consultas 15 dólares (precio promedio observado en el mercado de este tipo de consultas), más 35 dólares por concepto de medicamentos.

c. Ahorro en los tiempos de espera para las personas que van a consulta de especialidad.

La integración de especialistas al servicio de la red facilitará la concurrencia de pacientes que requieran de especialidad a centro de salud que cuenten con estos especialistas como es el caso de la Clínica de la FAE, lo cual disminuirá el tiempo que actualmente pierden en la atención por especialistas al tener que concurrir a la ciudad de Guayaquil para su atención.

d. Generación de nuevas atenciones especializadas

Actualmente, algunas personas que tienen citas con especialistas deciden no atenderse debido a falta de dinero para acudir a Guayaquil, por ignorancia o simplemente por el quemeimportismo.. De acuerdo al director del Hospital el número de personas que deciden no acudir a la atención es de alrededor del 10% de los pacientes.

Con el funcionamiento de la red, los pacientes mencionados en el párrafo anterior ya irían a atenderse, lo cual representa un beneficio por mayor consumo de atenciones médicas de especialistas y medicamentos. Este beneficio se valorará de acuerdo con el precio de mercado de 15 dólares por atención más 35 dólares de medicamentos, menos los costos de tiempo para el traslado del paciente y el acompañante (en promedio 1 dólar).

e. Ahorro por disminución en los costos de traslado de pacientes a otros centros fuera de la localidad

De acuerdo con las cifras del hospital de área, se realizan un total de traslados de pacientes al día, cada uno con un costo variable aproximado de 10 dólares. Para valorar este beneficio, se supondrá que 10 traslados diarios se evitarán hacia otros hospitales (debido a la cercanía que tendría éste para algunas unidades médicas) y que se tendrá un ahorro del 50 por ciento en los costos de traslado. Asimismo, se considerarán un total de 365 días al año para traslados.

f. Eliminación de la postergación de servicios auxiliares de diagnóstico

Según se postergarán un total de 2550 servicios auxiliares de diagnóstico en los hospitales del cantón Salinas a partir de 2002, déficit que crecerá a una tasa del 5 por ciento anual. Sin embargo, como no se conocen los efectos de dichas postergaciones en los pacientes, este beneficio se valorará suponiendo que los servicios auxiliares de diagnóstico que se postergan se subrogarán y que se deberá pagar por cada uno de éstos un costo promedio de \$25 dólares (precio de mercado en un hospital de la zona del proyecto).

g. Ahorro en el tiempo de espera de los pacientes en consultas de urgencia

De acuerdo con cifras de los hospitales del cantón, se tienen un total de 20095 consultas de urgencias al año en promedio. De acuerdo al trabajo de campo, los pacientes que observan tiempo de espera (alrededor de 25 minutos) son el 80 por ciento. Con el proyecto, se supondrá que disminuye este tiempo en 15 minutos, debido a que los pacientes tendrán varias alternativas de centros con atención de consultas de urgencias.

h. Ahorro en tiempo de traslado de los pacientes en consultas de urgencia

De acuerdo con información de los hospitales de área en el año 2000 se atendieron un total de 20095 consultas de urgencias en el Hospital. Para conocer el número de consultas durante el horizonte de evaluación del proyecto, se utilizó la tasa de crecimiento que maneja el Instituto igual al 2.5 por ciento anual.. El número de pacientes desviados se calculó de acuerdo con la encuesta realizada en el área (50 por ciento de los pacientes manifestaron venir de un área más cercana al proyecto).

El tiempo ahorrado se calculó restando del tiempo que actualmente utilizan para trasladarse a otros hospitales con el que utilizarían para llegar al hospital de la red (en promedio el ahorro en el tiempo de traslado fue de 30 minutos). Para valorizar este beneficio se utilizó el mismo procedimiento señalado en el inciso "A".

i. Beneficios Intangibles

- a) Una mejor percepción de los usuarios externos de los servicios de salud que presta la Red.
- b) Mayor sensación de protección de la salud de los usuarios externos y de sus familias.
- c) Evitar manifestaciones por demandas en mejoras o ampliaciones de los servicios.

III. EVALUACIÓN

C. Valor Actual Neto Social (VANS)

De acuerdo con las estimaciones de valor actual de los beneficios y de los costos, el VANS del proyecto tomando en cuenta únicamente los costos operacionales del servicio, frente a los beneficios intangibles que este proyecto representa, consideramos que el mismo es rentable socialmente.

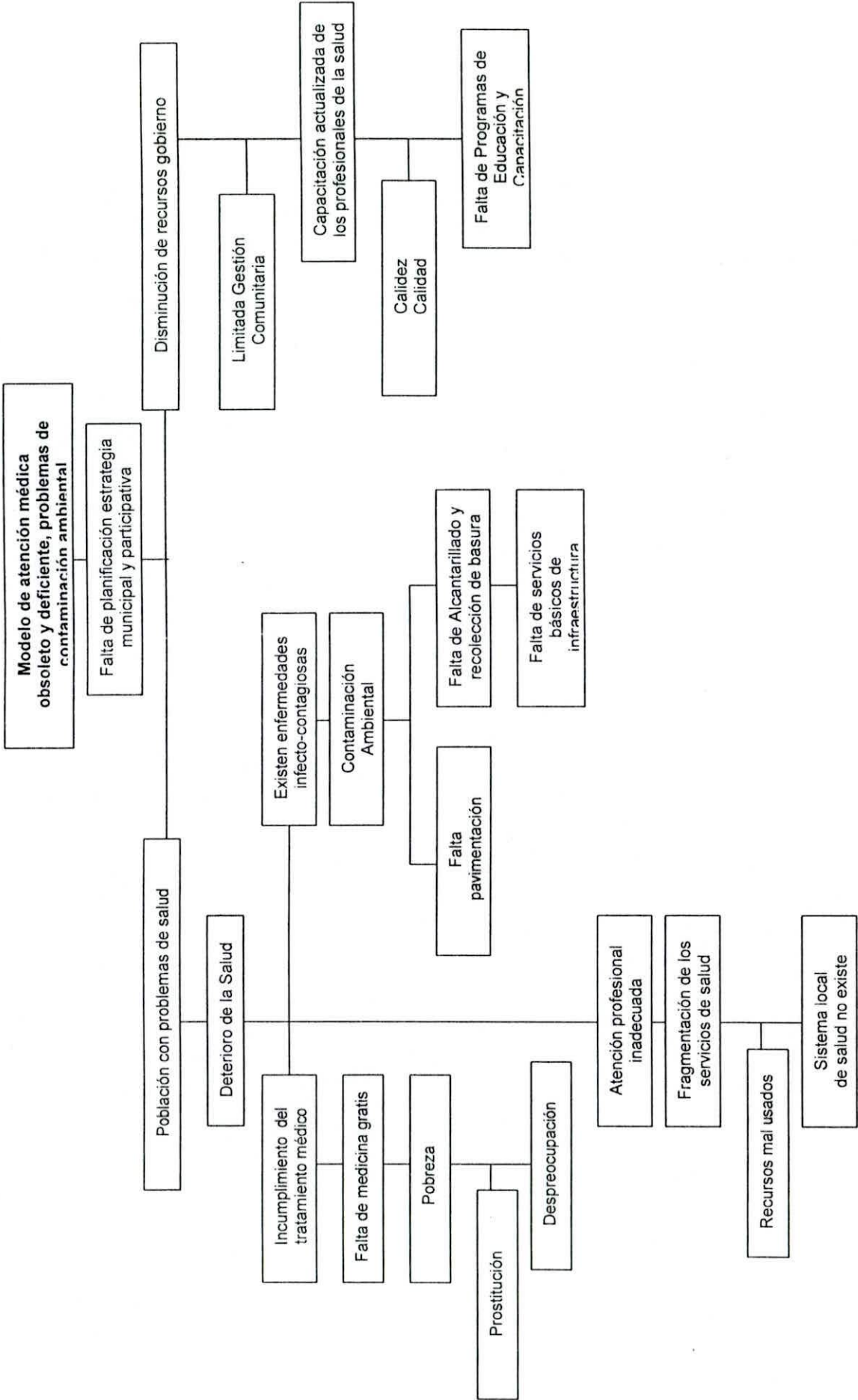
MARCO LOGICO PROYECTO "RIDESS"

1. ANALISIS DE INVOLUCRADOS EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DEL CANTÓN SALINAS

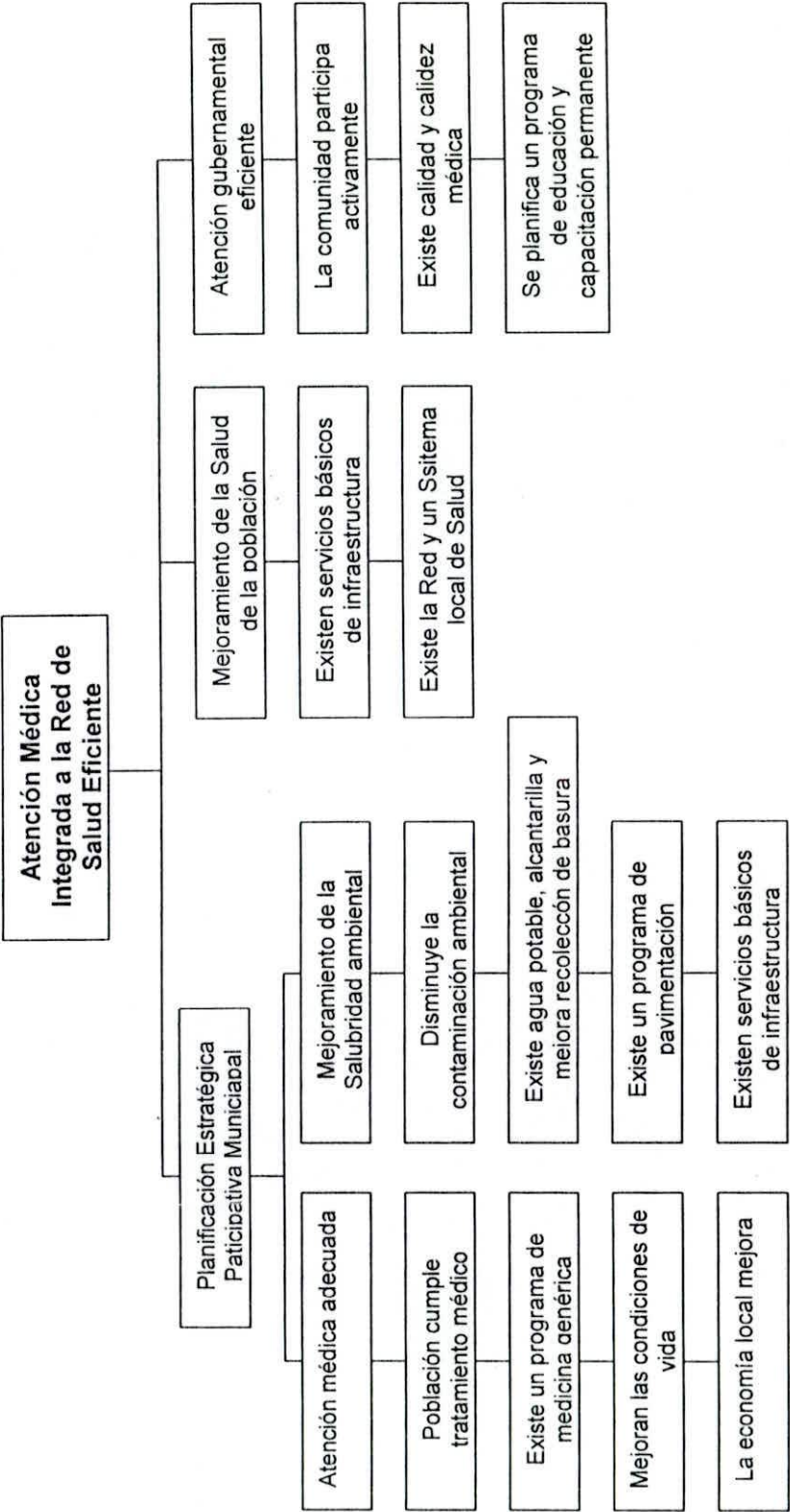
GRUPO	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS Y MANDATOS	INTERES EN PROYECTO	CONFLICTOS POTENCIALES
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE SALINAS	- Accesibilidad a los servicios de salud de la población del cantón Salinas eficazmente. - Bienestar de la comunidad.	- Dirección administrativa no gerenciada - Recursos Humanos no especializados - Dependencia centralizada en el Municipio de los Centros de Salud.	- Decisión política del Alcalde - La ley de modernización para conformar el CONCASA - Normas de los programas de salud, primaria y secundaria. - Poder de convocatoria.	Alto	- Inestabilidad en la designación de la Gerencia administrativa. - Programación de acuerdo a la época. - Incumplimiento de la política administrativa. - Ingerencia política.
HOSPITAL JOSE GARCES RODRIGUEZ AREA 26	- Accesibilidad a los servicios de salud de la población del cantón Salinas. - Atención integral de salud a toda la población. - Rectoría de las políticas de salud.	- Recursos humanos limitados - Modelo de atención estatal inapropiado - Fragmentación del sector salud. - Ingerencia política. - Recursos económicos limitados	- Fortaleza organizativa - Red de promotores de salud - Capacitación técnica - Poder centralizado	Bajo	- Conflictos generados por intereses políticos - Integración a la red inadecuada. - Duplicidad de actividades. - Recursos humanos no desean integrarse en el trabajo comunitario.
FUERZAS ARMADAS	- Accesibilidad a los servicios de salud peninsular, privada y venta de servicios prepagados. - Atención integral de salud. - Clínica de especialidades - Integración al desarrollo comunitario.	- Jerarquía militar. - Accesibilidad limitada - Duplicidad de actividades de salud	- Fortaleza organizativa - Poder centralizado - Servicios especializados - Decisión jerárquica de incorporación a la atención de la población. - Recursos económicos y humanos - Estrategias de intervención probada	Alto	- Conflictos generados por intereses políticos - Fenecimiento de recursos económicos y cierre del proyecto - Decisión jerárquica militar en la toma de decisiones locales.

Instituto Nacional del niño y la familia	• Establecer un programa de Educación para la salud a la población pre-escolar. • Control y evaluación del Niño sano.	• Limitada atención de salud para los pre-escolares por la falta de infraestructura	• Recursos económicos del presupuesto nacional. • Protección al Niño y la familia. • Los derechos del niño.	Medio	• Falta de capacitación a los maestros y madres cuidadoras en temas de salud preventiva. • Baja escolaridad del personal.
Dispensario de la Escuela Sagrados Corazones	• Brindar atención primaria y de referencia a sus alumnos • Integración a la comunidad	• Limitación de la infraestructura para prestar servicios de salud	• Red de referencia a la unidades de mayor capacidad resolutiva. • Recursos económicos deficientes	Medio	• Inestabilidad del programa y falta de colaboración de los involucrados. • Falta de recursos.
Federación de Barrios	• Acceso a los servicios de salud de forma equitativa, permanente y a bajo costo. • Servicios de calidad. • Resolución de la enfermedad en la localidad.	• Desconocimiento de derechos • Acceso in equitativo a los servicios • Alta morbilidad de patologías prevenibles. • Insalubridad.	• Fortaleza social. • Participación con las autoridades locales. • Planificación al desarrollo con las autoridades.	Alto	• Conflictos generados por cambios políticos. • Fenómenos naturales. • Aumento de la morbilidad por el sistema vial inadecuado
Políclínicos privados	• Participación activa en la Red. • Atención de salud prepagada. • Decisión privada	• Falta de recursos económicos por la población. • Falta de financiamiento. • Políticas económicas dolarizadas.	• Poder de la infraestructura actual. • Decisión desburocratizada.	Alto	• Inestabilidad Del proyecto. • Disponibilidad de recursos económicos. • Políticas de impuestos a los restadores de servicios de Salud

ARBOL DE PROBLEMAS



ARBOL DE OBJETIVOS



MARCO LÓGICO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRADA Y DESCENTRALIZADA DE SALINAS

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin Las condiciones de salubridad son óptimas en el Cantón Salinas, la atención médica mediante la Red de prestación de Servicios de Salud es eficiente y de calidad.	En el año 2005 la población de Salinas, obtendrá un óptimo servicio de salubridad y de atención médica. El avance de este proyecto sera un 30% anual	- Sistema de evaluación periódica - Control de perfiles epidemiológicos - Encuestas de satisfacción de usuarios	Sostenibilidad La Municipalidad de Salinas, la federación de barrios, las Fuerzas Armadas, el Ministerios Salud, el turismo y la eliminación de la injerencia política mantiene la implementación de la Red de Servicios de Salud.
Propósito Mejorar las condiciones salud del Cantón Salinas, establecer una red de servicios de salud	- En el año 2005 el 100% de la red estará integrada. - En el año 2005 el 90 % de la población participa en la promoción de salud y sus condiciones de salubridad están mejoradas	- Contratos de acreditación - Base de datos de carnetizados. - Disminución de índices de morbilidad.	Propósito a Fin Los actores de la red con la comunidad representada por la federación de barrios, participan en la planeación y estrategias para la sustentabilidad en el modelo de atención.
Resultados - La gerencia administrativa está funcionando - El Modelo de la red integrada para la atención está aceptada y adoptada. - La Federación de barrios está involucrada y participa en las decisiones. - Plan de información, comunicación para la prestación de servicios funciona, así como también la educación para la salud. - Red de servicios de salud del cantón	- Planes estratégicos preparados y aprobados. - El 2005 el 100% de la red esta funcionando como tal - Comisiones barriales de salud funcionando en un 100% el 2005 - El 100% de la comunidad conoce la red - Los estados financieros anuales presentan utilidades - Capacitación permanente ejecutándose 70 % de	- Informes gerenciales - Monitoreo mediante las reuniones periódicas - Mediante la observación y evaluación directa - Encuestas - Perfil epidemiológico - Sistemas de información local.	Resultado a Propósito - Los actores se involucran durante todo el proceso. - Las organizaciones barriales e instituciones apoyan, asesoran y se involucran en el proceso. - Existe decisión política del MSP y la I. Municipalidad del Cantos Salinas - Las FF.AA. dentro de su nuevo rol existe la desición de mejorar las condiciones debidas de la ciudadanía

Salinas sostenible 6. Capacitación del recurso humano realizada. 7. Impresión y distribución de materiales de apoyo para la red realizada. 8. Capacidad instalada de los prestadores de salud de la red terminada. 9. Sistemas de información gerencial implementada.	participación comunitaria. 7. Los usuarios conocen de los procesos de atención de la red. 8. Los establecimientos de salud al 2005 cuentan con una infraestructura adecuada y funcional. 9. Al 2005 el 100% de la red cuenta con sistemas de información moderna.	mediante la salubridad y la prestación de servicios de salud.
Actividades: 1.1 Estructuración del Concejo Cantonal de Salud. 1.2.- Nombramiento de Gerente 2.1.- Integración institucional de los prestadores de Salud. 2.2.- Implementación del flujo grama de acción de la red. 2.3.- Firma de convenios institucionales. 2.4.- Mapeo institucional. 3.1.- La organización de la federación de barrios interactúa en planificación, capacitación, monitoreo y evaluación del trabajo de la red. 4.1.- Marketing de información para la red 5.1.- Consolidación y desarrollo del sistema integrado de servicios de salud, mediante el análisis de costo. 5.2.- Categorización y carnetización de usuarios para establecer sistemas de copago. 5.3.- Determinación de fuentes de	1.1.- Cinco Reuniones previas a la conformación del CONCASA \$100 1.1.1.-Logística para las convocatorias a las reuniones \$60 2.1.- 4 Reuniones de trabajo de los prestadores de servicio \$40 2.2.- Gastos logísticos \$100 2.3.- Diligencias de parte legal para establecer los convenios \$500 2.4 Levantamiento de planos de las instituciones \$200 3.1.- Reuniones de trabajo con comités barriales de salud trimestral, refrigerios, logística \$80 4.1.-Gastos de publicidad (volantes, pancartas, cuñas radiales, trípticos, etc.)	Actividades a componentes • Decisión interinstitucional, y la comunidad representada por la Federación de Barrios coordinan efectivamente para el desarrollo y consolidación de la red. • Informes y actas de trascendencia documental para el desarrollo de la red. • Mediante la observación, diagnóstico y pronóstico de la red. • Ordenanzas aprobadas • Presupuesto autónomo

asignación presupuestaria. 5.4.- Fomentar turismo en salud. 6.1.- Determinar necesidades de capacitación 6.2.-Contratación de instituciones de capacitación. 6.3.-Implementación de la capacitación. 7.1.-Elaboración de materiales para difusión. 7.2.-Contratación con imprentas. 8.1.-Acreditación del personal y de los establecimientos que participaran en la red, de acuerdo a normas establecidas por el M.S.P. 9.1 Contratación de consultor.	\$ 3000 5.1.- Contratación de un consultor \$4000 5.2.- Equipo interdisciplinario que participa en este proceso \$15000 5.3.- Gestiones Interinstitucionales e Intersectoriales \$2000 5.4.-Contacto permanente y trípticos para Hoteles, Agencias turísticas restaurantes, centros de diversiones, transportes. \$2000 6.1.- Evaluación técnica de las necesidades de capacitación con consultor \$1000. 6.2.- Convenios interinstitucionales para capacitación \$200 6.3.- Facilitadores que transmiten conocimientos en los diferentes establecimientos y en eventos de integración \$2000 7.1.- Elaboración de boletines de los logros de la red \$120. 7.2.- Contratos con las imprentas para su elaboración \$1200 8.1.-Gastos por acreditación \$1000 9.1.- Contratación de consultor en informática \$4000	
---	--	--

SITUACION ACTUAL DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA "RIDESS"

Unidad médica	Médicos		Odontólogos		Enfermeras		Técnicos		Administrativos		Total
	Número	% del total	Número	% del total	Número	% del total	Número	% del total	Número	% del total	
HOSPITAL DE SALINAS	12	20%	1	2%	20	33%	2	3%	25	42%	60
SCS SAN JUDAS TADEO	1	33%	0	0%	1	33%	0	0%	1	33%	3
SCS ANCONCITO	1	25%	1	25%	1	25%	0	0%	1	25%	4
HOSPITAL LA LIBERTAD	6	14%	1	2%	15	36%	3	7%	17	40%	42
CENTRO DE SALUD SANTA ROSA	7	54%	1	8%	2	15%	0	0%	3	23%	13
CLINICA FAE	14	40%	2	6%	6	17%	2	6%	11	31%	35
POLICLINICO NAVAL	5	24%	2	10%	5	24%	2	10%	7	33%	21
CLINICA GRANADOS	4	24%	0	0%	6	35%	3	18%	4	24%	17
POLICLINICO SANTA MARIA	2	50%	0	0%	1	25%	0	0%	1	25%	4
CRUZ ROJA	1	14%	0	0%	1	14%	2	29%	3	43%	7
CS JOSE LUIS TAMAYO	3	1%	1	11%	2	22%	0	0%	3	33%	9
CS ANCONCITO MUNICIPAL	1	1%	0	0%	1	50%	0	0%	0	0%	2
POLICLINICO LOJA	1	20%	0	0%	2	40%	1	20%	1	20%	5
Total	58	26%	9	4%	63	28%	15	7%	77	34.7%	222

RESUMEN POR AGRUPACIONES

Unidad médica	Personal Médico ^a		Personal técnico ^b		Administrativos	
	Número	% del total	Número	% del total	Número	% del total
HOSPITAL SALINAS	13	22%	22	37%	25	42%
HOSPITAL LA LIBERTAD	7	17%	18	43%	17	40%
DISP. MUNICIPALES	15	52%	6	21%	8	28%
CLINICAS MILITARES	23	24%	14	24%	21	36%
CLINICAS PARTICULARES	9	27%	15	45%	9	27%
Total	67	30%	75	34%	80	36.0%

Fuente: INFORMES TECNICOS DE HOSPITALES DEL MSP Y PARTICULARES

Notas: a) Incluye médicos y odontólogos

b) Incluye enfermeras, técnicos, químicos y otros profesionistas

PERSONAL QUE LABORA ACTUALMENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA RIDSS

Factor de corrección para la mano de obra:

Calificada	1.0
Semicalificada	0.8
No calificada	0.7

Categoría	Clasificación mano de obra	Número	Sueldo anual (\$)	Total general privado (\$/año)	Factor de corrección	Total social (\$/año)
Director	Calificada	4	7.200	28.800	1.0	28.800
Administrador	Calificada	5	4.800	24.000	1.0	24.000
Secretaria	Semicalificada	4	2.400	9.600	0.8	7.680
Médico pediatra	calificada	3	4.800	14.400	1.0	14.400
Gineco-obstetra	calificada	6	4.800	28.800	1.0	28.800
Médico General	calificada	30	4.800	144.000	1.0	144.000
Traumatólogo ortopedista	calificada	1	4.800	4.800	1.0	4.800
Urologo	calificada	2	4.800	9.600	1.0	9.600
Internista	calificada	4	4.800	19.200	1.0	19.200
Categoría	Clasificación mano de obra	Número	Sueldo anual (\$)	Total general privado (\$/año)	Factor de corrección	Total social (\$/año)
Cirujano general	Calificada	6	4.800	28.800	1.0	28.800
Oftalmólogo	Calificada	1	4.555	4.555	1.0	4.555
Otorrinolaringólogo	Calificada	1	4.800	4.800	1.0	4.800
Psicólogo	Calificada	1	3.600	3.600	1.0	3.600
Enfermera general	Calificada	6	3.600	21.600	1.0	21.600
Jefe de lavandería	Semicalificada	4	1.800	7.200	0.8	5.760
Secretaria	Semicalificada	16	1.800	28.800	0.8	23.040
Técnico laboratorista	Semicalificada	10	3.600	36.000	0.8	28.800
Chofer	Semicalificada	4	1.800	7.200	0.8	5.760
Técnico en rayos X	Calificada	6	3.600	21.600	1.0	21.600
Auxiliar de enfermera	Semicalificada	60	1.440	86.400	0.8	69.120
Supervisor	Semicalificada	10	3.600	36.000	0.8	28.800
Categoría	Clasificación mano de obra	Número	Sueldo anual (\$)	Total general privado (\$/año)	Factor de corrección	Total social (\$/año)
Trabajadora social	Semicalificada	4	3.600	14.400	0.8	11.520
Auxiliar de farmacia	Semicalificada	8	1.920	15.360	0.8	12.288
Auxiliar de cocina	No Calificada	6	1.800	10.800	0.7	7.560
Lavandería	No Calificada	8	1.200	9.600	0.7	6.720
Costurera	No Calificada	4	1.200	4.800	0.7	3.360
Planchadora	No Calificada	4	1.200	4.800	0.7	3.360
Auxiliar de lavandería	No Calificada	4	1.200	4.800	0.7	3.360
TOTAL		222		634.315		575.683



BIBLIOTECA ESPAÑOLA
ESPOL

EXTERNALIDADES

DE SALUD SALINENSE

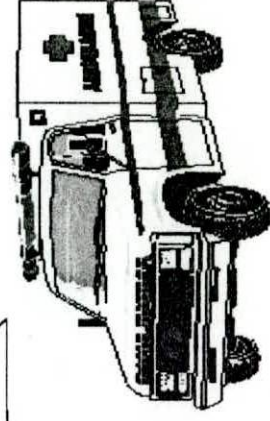
CENTROS DE SALUD



COMUNIDAD



HOSPITALES SECUNDARIOS



HOSPITALES TERCARIOS

AHORRO EN TIEMPO DE TRASLADO EN CONSULTAS DE URGENCIAS CON LA "RIDESS"

del tiempo (\$/hora)	0.75
e crecimiento anual del servicio	20.00%
e crecimiento anual de sueldos y salarios	12.00%
consultas de urgencias en canton Salinas	5.483
ucción de traslados al hospital provincial	20%
traslados ahorrados	1.096.6
o de personas	2
e crecimiento de la congestión en tránsito	1.00%
de tiempo (minutos) en la situación C/P	120

os	Valor del tiempo	Paciente y acompañante	No. atenciones urgentes	Ahorro de tiempo	Beneficio	Tasa social descuento	Factor de descuento	Valor actual del beneficio
001	0.75	2	1.316	2.00	3.948	12%		
002	0.84	2	1.579	2.02	5.359	12%		
003	0.94	2	1.895	2.04	7.274	12%	1.12	
004	1.05	2	2.274	2.06	9.874	12%	1.25	7.872
005	1.18	2	2.729	2.08	13.404	12%	1.40	9.541
006	1.32	2	3.274	2.10	18.195	10%	1.55	11.774
007	1.48	2	3.929	2.12	24.699	10%	1.70	14.529
008	1.66	2	4.715	2.14	33.527	10%	1.87	17.929
009	1.86	2	5.658	2.17	45.511	10%	2.06	22.125
010	2.08	2	6.790	2.19	61.778	10%	2.26	27.304
011	2.33	2	8.148	2.21	83.860	8%	2.44	34.318
012	2.61	2	9.777	2.23	113.836	8%	2.64	43.133
013	2.92	2	11.733	2.25	154.525	8%	2.85	54.214
014	3.27	2	14.079	2.28	209.758	8%	3.08	68.141
015	3.67	2	16.895	2.30	284.734	8%	3.32	85.645
016	4.11	2	20.274	2.32	386.510	6%	3.52	109.678
017	4.60	2	24.329	2.35	524.664	6%	3.74	140.454
018	5.15	2	29.195	2.37	712.200	6%	3.96	179.865
019	5.77	2	35.034	2.39	966.768	6%	4.20	230.336
020	6.46	2	42.041	2.42	1.312.330	6%	4.45	294.970
021	7.23	2	50.449	2.44	1.781.409	6%	4.72	377.739
022	8.10	2	60.539	2.46	2.418.156	6%	5.00	483.734
023	9.08	2	72.647	2.49	3.282.501	6%	5.30	619.472
024	10.16	2	87.176	2.51	4.455.798	6%	5.62	793.298
025	11.38	2	104.611	2.54	6.048.479	6%	5.95	1.015.901
026	12.75	2	125.534	2.56	8.210.447	6%	6.31	1.300.966
027	14.28	2	150.641	2.59	11.145.189	6%	6.69	1.666.022
028	15.99	2	180.769	2.62	15.128.926	6%	7.09	2.133.514
029	17.91	2	216.922	2.64	20.536.609	6%	7.52	2.732.187
030	20.06	2	260.307	2.67	27.877.214	6%	7.97	3.498.848
031	22.47	2	312.368	2.70	37.841.646	6%	8.45	4.480.638
032	25.17	2	374.842	2.72	51.367.764	6%	8.95	5.737.923
								26.192.070

AHORRO EN TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTAS DE URGENCIAS CON LA "RIDESS"

consultas de urgencias en hospital: (2001)	
nas	5.483
rtad	12.427
I	17.910
a de crecimiento anual del servicio	20.00%
a de crecimiento anual de sueldos y salarios	12.00%
centaje de urgencias que tienen tiempo de espera	5%
po ahorrado en urgencias (minutos) en la situación C/P	30
r del tiempo (\$/hora)	0.75

Años	Valor del tiempo	Paciente y acompañante	No. atenciones urgentes	Ahorro de tiempo	Beneficio	Tasa social descuento	Factor de descuento	Valor actual del beneficio
2001	0.75	2	896	0.50	672	12%		
2002	0.84	2	1.075	0.60	1.083	12%		
2003	0.94	2	1.290	0.72	1.747	12%	1.12	
2004	1.05	2	1.547	0.86	2.818	12%	1.25	2.246
2005	1.18	2	1.857	1.04	4.544	12%	1.40	3.234
2006	1.32	2	2.228	1.24	7.329	10%	1.55	4.742
2007	1.48	2	2.674	1.49	11.820	10%	1.70	6.953
2008	1.66	2	3.209	1.79	19.063	10%	1.87	10.194
2009	1.86	2	3.850	2.15	30.745	10%	2.06	14.947
2010	2.08	2	4.621	2.58	49.585	10%	2.26	21.915
2011	2.33	2	5.545	3.10	79.971	8%	2.44	32.726
2012	2.61	2	6.654	3.72	128.977	8%	2.64	48.871
2013	2.92	2	7.984	4.46	208.014	8%	2.85	72.980
2014	3.27	2	9.581	5.35	335.485	8%	3.08	108.984
2015	3.67	2	11.497	6.42	541.071	8%	3.32	162.749
2016	4.11	2	13.797	7.70	872.639	6%	3.52	247.624
2017	4.60	2	16.556	9.24	1.407.392	6%	3.74	376.762
2018	5.15	2	19.868	11.09	2.269.842	6%	3.96	573.247
2019	5.77	2	23.841	13.31	3.660.801	6%	4.20	872.201
2020	6.46	2	28.609	15.97	5.904.140	6%	4.45	1.327.061
2021	7.23	2	34.331	19.17	9.522.197	6%	4.72	2.019.137
2022	8.10	2	41.198	23.00	15.357.399	6%	5.00	3.072.135
2023	9.08	2	49.437	27.60	24.768.413	6%	5.30	4.674.283
2024	10.16	2	59.325	33.12	39.946.496	6%	5.62	7.111.965
2025	11.38	2	71.189	39.75	64.425.709	6%	5.95	10.820.922
2026	12.75	2	85.427	47.70	103.905.784	6%	6.31	16.464.136
2027	14.28	2	102.513	57.24	167.579.248	6%	6.69	25.050.338
2028	15.99	2	123.015	68.69	270.271.811	6%	7.09	38.114.325
2029	17.91	2	147.618	82.42	435.894.377	6%	7.52	57.991.305
2030	20.06	2	177.142	98.91	703.010.452	6%	7.97	88.234.318
2031	22.47	2	212.570	118.69	1.133.815.257	6%	8.45	134.249.347
2032	25.17	2	255.085	142.43	1.828.617.246	6%	8.95	204.261.648
								595.951.293

BENEFICIO POR DISMINUCION COSTOS DE TRASLADO POR AMBULANCIAS CON LA RIDESS

Número de traslados diarios	1
Número de días al año que hay traslados	365
Costo de traslado diario (\$/viaje)	150
Tasa de crecimiento anual	20.00%
Ahorro (%) en la situación c/p	50%
Ahorro (\$/traslado) en la situación c/p	75

Años		Ahorro (\$/traslado)	No. traslados al año	Beneficio	Tasa social descuento	Factor de descuento	Valor actual del beneficio
-1	2001	75	365	27.375	12%		
0	2002	90	365	32.850	12%		
1	2003	108	365	39.420	12%	1.12	0
2	2004	130	365	47.304	12%	1.25	37.710
3	2005	156	365	56.765	12%	1.40	40.404
4	2006	187	365	68.118	10%	1.55	44.077
5	2007	224	365	81.741	10%	1.70	48.084
6	2008	269	365	98.090	10%	1.87	52.455
7	2009	322	365	117.707	10%	2.06	57.224
8	2010	387	365	141.249	10%	2.26	62.426
9	2011	464	365	169.499	8%	2.44	69.363
10	2012	557	365	203.399	8%	2.64	77.070
11	2013	669	365	244.078	8%	2.85	85.633
12	2014	802	365	292.894	8%	3.08	95.148
13	2015	963	365	351.473	8%	3.32	105.720
14	2016	1.156	365	421.767	6%	3.52	119.683
15	2017	1.387	365	506.121	6%	3.74	135.490
16	2018	1.664	365	607.345	6%	3.96	153.384
17	2019	1.997	365	728.814	6%	4.20	173.643
18	2020	2.396	365	874.576	6%	4.45	196.577
19	2021	2.875	365	1.049.492	6%	4.72	222.540
20	2022	3.450	365	1.259.390	6%	5.00	251.932
21	2023	4.140	365	1.511.268	6%	5.30	285.206
22	2024	4.969	365	1.813.522	6%	5.62	322.874
23	2025	5.962	365	2.176.226	6%	5.95	365.518
24	2026	7.155	365	2.611.471	6%	6.31	413.794
25	2027	8.586	365	3.133.766	6%	6.69	468.446
26	2028	10.303	365	3.760.519	6%	7.09	530.317
27	2029	12.363	365	4.512.623	6%	7.52	600.358
28	2.030	14.836	365	5.415.147	6%	7.97	679.651
							5.694.727

AHORRO EN TIEMPO DE TRASLADO EN CONSULTAS DE ESPECIALIDADES DERIVADOS DESDE LA "RIDESS"

tiempo (\$/hora)	0.75
crecimiento anual del servicio	20.00%
de personas	2
crecimiento anual de sueldos y salarios	12.00%
crecimiento anual de la congestión en tránsito	1.00%
consultas de especialidad en Salinas	1.800
ción de traslados al hospital (%)	20%
traslados ahorrados	360
en tiempo (minutos) en la Situación C/P	600

s	Valor del tiempo	Paciente y acompañante	No.atención especialidad	Ahorro de tiempo	Beneficio	Tasa social descuento	Factor de descuento	Valor actual del beneficio
2001	0.75	2	432	10.00	6.480	12%		
2002	0.8	2	518	10.10	8.796	12%		
2003	0.9	2	622	10.20	11.940	12%	1.12	
2004	1.1	2	746	10.30	16.208	12%	1.25	12.921
2005	1.2	2	896	10.41	22.002	12%	1.40	15.660
2006	1.3	2	1.075	10.51	29.866	10%	1.55	19.326
2007	1.5	2	1.290	10.62	40.541	10%	1.70	23.848
2008	1.7	2	1.548	10.72	55.033	10%	1.87	29.430
2009	1.9	2	1.858	10.83	74.703	10%	2.06	36.317
2010	2.1	2	2.229	10.94	101.405	10%	2.26	44.817
2011	2.3	2	2.675	11.05	137.652	8%	2.44	56.330
2012	2.6	2	3.210	11.16	186.854	8%	2.64	70.801
2013	2.9	2	3.852	11.27	253.643	8%	2.85	88.989
2014	3.3	2	4.622	11.38	344.305	8%	3.08	111.849
2015	3.7	2	5.547	11.49	467.373	8%	3.32	140.581
2016	4.1	2	6.656	11.61	634.431	6%	3.52	180.029
2017	4.6	2	7.987	11.73	861.203	6%	3.74	230.546
2018	5.1	2	9.584	11.84	1.169.031	6%	3.96	295.238
2019	5.8	2	11.501	11.96	1.586.889	6%	4.20	378.083
2020	6.5	2	13.802	12.08	2.154.107	6%	4.45	484.174
2021	7.2	2	16.562	12.20	2.924.071	6%	4.72	620.035
2022	8.1	2	19.874	12.32	3.969.250	6%	5.00	794.020
2023	9.1	2	23.849	12.45	5.388.019	6%	5.30	1.016.824
2024	10.2	2	28.619	12.57	7.313.913	6%	5.62	1.302.149
2025	11.4	2	34.343	12.70	9.928.198	6%	5.95	1.667.537
2026	12.8	2	41.211	12.82	13.476.933	6%	6.31	2.135.454
2027	14.3	2	49.453	12.95	18.294.128	6%	6.69	2.734.671
2028	16.0	2	59.344	13.08	24.833.181	6%	7.09	3.502.030
2029	17.9	2	71.213	13.21	33.709.553	6%	7.52	4.484.713
2030	20.1	2	85.455	13.35	45.758.696	6%	7.97	5.743.140
2031	22.5	2	102.547	13.48	62.114.684	6%	8.45	7.354.687
2032	25.2	2	123.056	13.61	84.316.957	6%	8.95	9.418.439
								42.992.637

BENEFICIO POR ELIMINAR POSTERGACION DE ATENCIONES DE ESPECIALIDAD CON LA "RIDESS"

Número de atenciones de especialidad en SALINAS (2001)	1.524
Número de días hábiles de consulta especializada	240
Número de días hábiles de postergación	15
Número de atenciones postergadas	150
Valor de la atención (2001)	15.00
Valor de los medicamentos 2001 (\$)	35.00
Valor total 2001 (\$)	50.00
Tasa de crecimiento anual de los servicios	20.00%

Años		Valor de la atención	No. de atenciones	Valor del beneficio	Tasa social descuento	Factor de descuento	Valor actual del beneficio
-1	2001	50	150	7.500	12%		
0	2002	60	180	10.800	12%		
1	2003	72	216	15.552	12%	1.12	
2	2004	86	259	22.395	12%	1.25	17.853
3	2005	104	311	32.249	12%	1.40	22.954
4	2006	124	373	46.438	10%	1.55	30.049
5	2007	149	448	66.871	10%	1.70	39.337
6	2008	179	537	96.294	10%	1.87	51.495
7	2009	215	645	138.663	10%	2.06	67.412
8	2010	258	774	199.675	10%	2.26	88.248
9	2011	310	929	287.532	8%	2.44	117.664
10	2012	372	1.115	414.046	8%	2.64	156.886
11	2013	446	1.337	596.226	8%	2.85	209.181
12	2014	535	1.605	858.566	8%	3.08	278.908
13	2015	642	1.926	1.236.335	8%	3.32	371.877
14	2016	770	2.311	1.780.322	6%	3.52	505.192
15	2017	924	2.773	2.563.664	6%	3.74	686.299
16	2018	1.109	3.328	3.691.676	6%	3.96	932.330
17	2019	1.331	3.993	5.316.014	6%	4.20	1.266.562
18	2020	1.597	4.792	7.655.060	6%	4.45	1.720.612
19	2021	1.917	5.751	11.023.287	6%	4.72	2.337.436
20	2022	2.300	6.901	15.873.533	6%	5.00	3.175.384
21	2023	2.760	8.281	22.857.887	6%	5.30	4.313.729
22	2024	3.312	9.937	32.915.358	6%	5.62	5.860.161
23	2025	3.975	11.925	47.398.115	6%	5.95	7.960.973
24	2026	4.770	14.309	68.253.286	6%	6.31	10.814.907
25	2027	5.724	17.171	98.284.732	6%	6.69	14.691.949
26	2028	6.869	20.606	141.530.014	6%	7.09	19.958.874
27	2029	8.242	24.727	203.803.220	6%	7.52	27.113.942
28	2030	9.891	29.672	293.476.637	6%	7.97	36.834.034
29	2031	11.869	35.606	422.606.358	6%	8.45	50.038.688
30	2032	14.243	42.728	608.553.155	6%	8.95	67.977.085
							257.640.020

BENEFICIO POR ELIMINAR POSTERGACION DE OPERACIONES EN QUIROFANO EN LA "RIDESS"

Costo de la operación quirúrgica (2001)	600
Tasa de crecimiento anual del servicio	20.00%
Número de quirófanos en la RIDESS	5
Número de atenciones quirúrgicas máximas anuales de Hospitales de la RIDESS	4.800
Número de atenc. quirúrgicas subrogadas al año de las unidades médicas del RIDESS	1.334

Años		Valor de la atención	Déficit en atenciones	No. cirugías (RIDESS)	Valor del beneficio	Tasa social descuento	Factor de descuento	Valor actual del beneficio
1	2001	600	1.554			12%		
0	2002	720	1.585			12%		
1	2003	864	1.617			12%	1.12	
2	2004	1.037	1.649	1334	3.092.896	12%	1.25	2.465.638
3	2005	1.244	1.682	1334	3.752.510	12%	1.40	2.670.963
4	2006	1.493	1.716	1334	4.553.240	10%	1.55	2.946.278
5	2007	1.792	1.750	1334	5.525.366	10%	1.70	3.250.286
6	2008	2.150	1.785	1334	6.705.688	10%	1.87	3.586.008
7	2009	2.580	1.821	1334	8.138.931	10%	2.06	3.956.786
8	2010	3.096	1.857	1334	9.879.454	10%	2.26	4.366.319
9	2011	3.715	1.894	1334	11.993.334	8%	2.44	4.907.934
0	2012	4.458	1.932	1334	14.560.900	8%	2.64	5.517.257
1	2013	5.350	1.971	1334	17.679.813	8%	2.85	6.202.816
2	2014	6.420	2.010	1334	21.468.816	8%	3.08	6.974.219
3	2015	7.704	2.050	1334	26.072.301	8%	3.32	7.842.294
4	2016	9.244	2.091	1334	31.665.861	6%	3.52	8.985.643
5	2017	11.093	2.133	1334	38.463.051	6%	3.74	10.296.645
6	2018	13.312	2.176	1334	46.723.619	6%	3.96	11.800.016
7	2019	15.974	2.219	1334	56.763.524	6%	4.20	13.524.139
8	2020	19.169	2.264	1334	68.967.129	6%	4.45	15.501.601
9	2021	23.003	2.309	1334	83.802.058	6%	4.72	17.769.828
0	2022	27.603	2.355	1334	101.837.269	6%	5.00	20.371.801
1	2023	33.124	2.402	1334	123.765.078	6%	5.30	23.356.885
2	2024	39.748	2.451	1334	150.427.967	6%	5.62	26.781.786
3	2025	47.698	2.500	1334	182.851.246	6%	5.95	30.711.639
4	2026	57.238	2.550	1334	222.282.823	6%	6.31	35.221.278
5	2027	68.685	2.600	1334	270.241.652	6%	6.69	40.396.676
6	2028	82.422	2.653	1334	328.576.754	6%	7.09	46.336.616
7	2029	98.907	2.706	1334	399.539.113	6%	7.52	53.154.608
8	2030	118.688	2.760	1334	485.869.275	6%	7.97	60.981.090
9	2031	142.426	2.815	1334	590.904.072	6%	8.45	69.965.971
0	2032	170.911	2.871	1334	718.706.680	6%	8.95	80.281.541
								620.124.560

NUMERO DE ATENCIONES QUIRURGICAS QUE SE REQUERIRIAN POSTERGAR CON LA RIDESS

atenciones anuales máx. por quirófano	1.200
---------------------------------------	-------

Unidad médica	No. de quirófanos	No. atenciones anuales máximas	No. de operaciones en el 2000
Hospital Salinas	2	1.920	499
Hospital La Libertad	1	960	835
Clínica FAE	2	1.920	220
Clínicas Parti.			

Tasa de crecimiento anual	2.00%
---------------------------	-------

Año	Atenciones quirúrgicas								Déficit en atenciones quirúrgicas
	Salinas		La Libertad		La F.A.E.		Particulares		
	Cap. max	1.920	Cap. max	960	Cap. max	1.920	Cap. max		
	Actual	(max-act)	Actual	(max-act)	Actual	(max-act)	Actual	(max-act)	
01	499	-499.0	835	-835.0	220	-220.0	0	0	-1554.0
02	509	-508.980	852	-851.70	224	-224.40	0	0	-1585.080
03	519	-519.160	869	-868.734	229	-228.888	0	0	-1616.782
04	530	-529.543	886	-886.109	233	-233.466	0	0	-1649.117
05	540	-540.134	904	-903.831	238	-238.135	0	0	-1682.10
06	551	-550.936	922	-921.907	243	-242.898	0	0	-1715.742
07	562	-561.955	940	-940.346	248	-247.756	0	0	-1750.056
08	573	-573.194	959	-959.153	253	-252.711	0	0	-1785.058
09	585	-584.658	978	-978.336	258	-257.765	0	0	-1820.759
10	596	-596.351	998	-997.902	263	-262.920	0	0	-1857.174
11	608	-608.278	1.018	-1017.860	268	-268.179	0	0	-1894.317
12	620	-620.444	1.038	-1038.218	274	-273.542	0	0	-1932.204
13	633	-632.853	1.059	-1058.982	279	-279.013	0	0	-1970.848
14	646	-645.510	1.080	-1080.162	285	-284.593	0	0	-2010.265
15	658	-658.420	1.102	-1101.765	290	-290.285	0	0	-2050.470
16	672	-671.588	1.124	-1123.80	296	-296.091	0	0	-2091.479
17	685	-685.020	1.146	-1146.276	302	-302.013	0	0	-2133.309
18	699	-698.720	1.169	-1169.202	308	-308.053	0	0	-2175.975
19	713	-712.695	1.193	-1192.586	314	-314.214	0	0	-2219.495
20	727	-726.949	1.216	-1216.437	320	-320.498	0	0	-2263.885
21	741	-741.488	1.241	-1240.766	327	-326.908	0	0	-2309.162
22	756	-756.318	1.266	-1265.581	333	-333.447	0	0	-2355.345
23	771	-771.444	1.291	-1290.893	340	-340.116	0	0	-2402.452
24	787	-786.873	1.317	-1316.711	347	-346.918	0	0	-2450.501
25	803	-802.610	1.343	-1343.045	354	-353.856	0	0	-2499.511
26	819	-818.662	1.370	-1369.906	361	-360.933	0	0	-2549.502
27	835	-835.036	1.397	-1397.304	368	-368.152	0	0	-2600.492
28	852	-851.736	1.425	-1425.250	376	-375.515	0	0	-2652.502
29	869	-868.771	1.454	-1453.755	383	-383.025	0	0	-2705.552
30	886	-886.147	1.483	-1482.830	391	-390.686	0	0	-2759.663
31	904	-903.869	1.512	-1512.487	398	-398.50	0	0	-2814.856
32	922	-921.947	1.543	-1542.737	406	-406.470	0	0	-2871.153

BENEFICIO POR ELIMINAR POSTERGACION DE SERV. AUXILIARES DE DIAGNOSTICO CON LA "RIDESS"

Costo promedio del servicio (\$)	25.00
Tasa de crecimiento anual del servicio	20.00%
Serv. auxiliares que se postergarán en 2002	2.500

Años		Valor de la atención	No. de análisis	Valor del beneficio	Tasa social descuento	Factor de descuento	Valor actual del beneficio
-1	2001	25	0	0	12%		
0	2002	30	2.500	75.000	12%		
1	2003	36	3.000	108.000	12%	1.12	
2	1999	43	3.600	155.520	12%	1.25	123.980
3	2000	52	4.320	223.949	12%	1.40	159.402
4	2001	62	5.184	322.486	10%	1.55	208.672
5	2002	75	6.221	464.380	10%	1.70	273.171
6	2003	90	7.465	668.708	10%	1.87	357.605
7	2004	107	8.958	962.939	10%	2.06	468.138
8	2005	129	10.750	1.386.632	10%	2.26	612.835
9	2006	155	12.899	1.996.750	8%	2.44	817.114
10	2007	186	15.479	2.875.320	8%	2.64	1.089.485
11	2008	223	18.575	4.140.461	8%	2.85	1.452.646
12	2009	267	22.290	5.962.264	8%	3.08	1.936.862
13	2010	321	26.748	8.585.659	8%	3.32	2.582.483
14	2011	385	32.098	12.363.350	6%	3.52	3.508.278
15	2012	462	38.518	17.803.224	6%	3.74	4.765.963
16	2013	555	46.221	25.636.642	6%	3.96	6.474.515
17	2014	666	55.465	36.916.764	6%	4.20	8.795.568
18	2015	799	66.558	53.160.141	6%	4.45	11.948.696
19	2016	958	79.870	76.550.602	6%	4.72	16.232.191
20	2017	1.150	95.844	110.232.868	6%	5.00	22.051.279
21	2018	1.380	115.013	158.735.329	6%	5.30	29.956.454
22	2019	1.656	138.015	228.578.874	6%	5.62	40.695.560
23	2020	1.987	165.618	329.153.579	6%	5.95	55.284.535
24	2021	2.385	198.742	473.981.154	6%	6.31	75.103.519
25	2022	2.862	238.491	682.532.861	6%	6.69	102.027.422
26	2023	3.434	286.189	982.847.320	6%	7.09	138.603.290
27	2024	4.121	343.426	1.415.300.141	6%	7.52	188.291.261
28	2025	4.945	412.112	2.038.032.203	6%	7.97	255.791.902
29	2026	5.934	494.534	2.934.766.373	6%	8.45	347.490.886
30	2027	7.121	593.441	4.226.063.576	6%	8.95	472.063.091
							1.789.166.803

GENERACION DE NUEVAS ATENCIONES DE ESPEC. Y MAYOR CONSUMO DE
MEDICAMENTOS CON LA "RIDESS"

Valor del tiempo (\$/hora)	0.75
Número de personas	2
No. de consultas especializadas hosp. Salinas (2001)	1,524
Atenciones generadas (%)	10%
Tasa de crecimiento anual del servicio	20.00%
Tasa de crecimiento anual de sueldos y salarios	12.00%
Valor de la atención (\$)	15.00
Valor de los medicamentos (\$)	30.00
Valor total (\$)	45.00

Años		Valor de la atención	Costo de tiempo de traslado	Atenciones generadas	Beneficio	Tasa social descuento	Factor de descuento	Valor actual del beneficio
-1	2001	45	2	183	7.955	12%		
0	2002	54	2	219	11.482	12%		
1	2003	65	2	263	16.569	12%	1.12	
2	2004	78	2	316	23.907	12%	1.25	19.059
3	2005	93	2	379	34.491	12%	1.40	24.550
4	2006	112	3	455	49.753	10%	1.55	32.194
5	2007	134	3	546	71.759	10%	1.70	42.212
6	2008	161	3	655	103.488	10%	1.87	55.343
7	2009	193	4	786	149.232	10%	2.06	72.550
8	2010	232	4	944	215.174	10%	2.26	95.098
9	2011	279	5	1.132	310.228	8%	2.44	126.952
10	2012	334	5	1.359	447.234	8%	2.64	169.461
11	2013	401	6	1.631	644.698	8%	2.85	226.187
12	2014	481	7	1.957	929.280	8%	3.08	301.880
13	2015	578	7	2.348	1.339.393	8%	3.32	402.876
14	2016	693	8	2.818	1.930.378	6%	3.52	547.773
15	2017	832	9	3.381	2.781.966	6%	3.74	744.738
16	2018	998	10	4.057	4.009.015	6%	3.96	1.012.474
17	2019	1198	12	4.869	5.776.994	6%	4.20	1.376.392
18	2020	1438	13	5.843	8.324.262	6%	4.45	1.871.027
19	2021	1725	14	7.011	11.994.184	6%	4.72	2.543.310
20	2022	2070	16	8.413	17.281.364	6%	5.00	3.457.010
21	2023	2484	18	10.096	24.898.254	6%	5.30	4.698.786
22	2024	2981	20	12.115	35.871.077	6%	5.62	6.386.389
23	2025	3577	23	14.538	51.677.995	6%	5.95	8.679.820
24	2026	4293	26	17.446	74.448.090	6%	6.31	11.796.489
25	2027	5151	29	20.935	107.247.957	6%	6.69	16.031.803
26	2028	6182	32	25.122	154.494.458	6%	7.09	21.787.148
27	2029	7418	36	30.147	222.549.165	6%	7.52	29.607.899
28	2030	8902	40	36.176	320.574.480	6%	7.97	40.235.064
29	2031	10682	45	43.411	461.766.602	6%	8.45	54.675.455
30	2032	12818	50	52.094	665.131.193	6%	8.95	74.297.010
								281.316.949



MARCO LEGAL PROYECTO “RIDESS”

RED INTEGRADA Y DESCENTRALIZADA DE SALUD

SALINENSE



RIDESS

La Ley de Descentralización publicada en el registro oficial N° 365 del 10 de Julio de 2.001, delega atribuciones a las Municipalidades.

El Municipio de Salinas, por ésta Ley, mejora y organiza la Atención en Salud para su población y los Turistas.

MARCO GENERAL LEGISLATIVO DE LA SALUD DEL ECUADOR

REFERENCIA A APLICAR EN LA RED ITEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL CANTON SALINAS

Marco constitucional

1. Artículo 42.

Garantiza el derecho universal a la salud.

2. Artículo 43.

Establece que las acciones de salud pública serán gratuitas para todos y que de los servicios médicos asistenciales públicos serán gratuitos para las personas que los necesiten.

3. Artículo 44.

Otorga al Estado la capacidad de formulación de la política nacional de salud, así como la vigilancia de su aplicación y el control del funcionamiento de las entidades del sector.

4. Artículo 45.

Ordena al Estado la organización del Sistema Nacional de Salud con entidades públicas y privadas.

5. Artículo 46.

Establece las fuentes de financiamiento de las entidades públicas del Sistema Nacional de Salud.

6. Artículo 55.

Garantiza el derecho irrenunciable a la seguridad social a todos sus habitantes.

7. Artículo 225.

Impulsa la descentralización, el fortalecimiento de la participación ciudadana y la transferencia progresiva de atribuciones, funciones y recursos a las entidades autónomas provinciales y cantonales con capacidad operativa.

8. Artículo 226.

Establece las competencias transferibles.

Definiciones principales

1. Descentralización es la transferencia de competencias, atribuciones, funciones y recursos desde el gobierno central al régimen seccional autónomo compuesto por consejos provinciales, consejos municipales, juntas parroquiales y organizaciones comunitarias de elección popular. El Estado ejerce las atribuciones de dirección, orientación, regulación, coordinación, vigilancia y sanción sobre cada una de las competencias transferibles a través de sus órganos de intervención.
2. Autonomías son provincias, zonas metropolitanas o cantones descentralizados que gobiernan directamente las competencias transferibles con personalidad jurídica, patrimonio propio y libertad administrativa, manteniendo la unidad del Estado.
3. Municipio es la sociedad política local autónoma subordinada al orden jurídico constitucional del Estado.
4. Provincia es la sociedad política territorial autónoma subordinada al orden jurídico constitucional del Estado.
5. Autonomía total es la meta, descentralización progresiva es la ruta constitucional.
6. Descentralización de todas las competencias transferibles es la autonomía total.
7. Descentralización de más de la mitad de las competencias transferibles es autonomía parcial intermedia.
8. Descentralización de menos de la mitad de las competencias transferibles es autonomía parcial elemental.
9. Descentralización provincial es la entrega de competencias en su segundo nivel de complejidad.
10. Descentralización cantonal es la entrega de competencias en su primer nivel de complejidad.
11. Desconcentración es la delegación de la ejecución de competencias a las juntas parroquiales y organizaciones comunitarias como comités barriales y asociaciones gremiales.

Política general de descentralización

1. La descentralización progresiva es obligatoria para todas las entidades seccionales hasta alcanzar la autonomía total. El Estado asesora y fortalece la capacidad de gestión.
2. La Prefectura asume las funciones de la Gobernación.

3. Los Concejos provinciales y municipales asumen todas las atribuciones administrativas y algunas atribuciones tributarias y reguladoras limitadas de acuerdo a las competencias recibidas, al nivel de complejidad y a su capacidad operativa.
4. La transferencia de las competencias en salud y educación es prioridad de la descentralización.
5. Los requisitos básicos para la descentralización provincial y cantonal de cada competencia son los planes de desarrollo, de control, de participación comunitaria, de gestión, de finanzas y de sistemas de información establecidos por cada ministerio.
6. La asignación de recursos se basa en un estudio técnico de la participación presupuestal de las entidades seccionales.

Política de descentralización del sector salud

La Constitución Política del Ecuador garantiza a todas las familias ecuatorianas el derecho a la salud como servicio público esencial de asistencia ininterrumpida y de aplicación inmediata. Para cumplir esta garantía dispone la inversión estatal oportuna y completa para la atención médica de los estratos sociales sin capacidad de pago y reorganiza el sistema de seguridad social en salud para los estratos sociales con poder de contribución.

La descentralización de la estructura del Sistema Nacional de Salud otorga al Estado a través de sus organismos de intervención las atribuciones de dirección, orientación, regulación, coordinación, vigilancia y sanción. La política estatal promueve la unidad de criterios, la eficiencia, el control de costos, el aumento de la cobertura del sistema y el fortalecimiento de las redes regionales de salud.

La transferencia progresiva de competencias, funciones y recursos a las entidades autónomas provinciales y municipales para el suministro de los servicios de salud está condicionada al fortalecimiento de su capacidad operativa y a la participación comunitaria en los consejos de salud provinciales y cantonales.

La financiación del sistema depende de la asignación de recursos fiscales suficientes al Fondo Nacional de Salud para pagar los costos del proyecto gratuito de promoción y prevención y el paquete de atención integral en salud para todos los beneficiarios censados. Los recursos del subsidio a la oferta se transforman gradualmente en subsidio a la demanda en el lapso de un lustro. Cada beneficiario y los miembros de su familia tienen derecho a recibir el valor total o parcial del paquete de atención en salud según su categorización. Los recursos del subsidio se entregan a empresas administradoras solidarias autónomas propiedad de los afiliados..

Los municipios destinan una quinta parte de su presupuesto para realizar el plan municipal de salud, suministrar directamente o por contrato el proyecto de promoción y prevención, prestar el proyecto de tratamiento primario y realizar el censo obligatorio de la población sin capacidad de pago.

Las provincias destinan una quinta parte de su presupuesto para realizar el plan provincial de salud, suministrar el proyecto de tratamiento secundario y terciario y para vigilar y asesorar las actividades de los municipios.

Las instituciones privadas se organizan por profesionales médicos asociados autorizados por el Colegio Médico de la Provincia, el cual califica la idoneidad científica y moral de los asociados y establece el número de profesionales requerido para la demanda del mercado de salud.

Las entidades públicas se transforman en empresas estatales autónomas con juntas directivas en las que participan los usuarios, los profesionales y los empleados y trabajadores sindicalizados. Las de primer nivel de complejidad son controladas por los cantones. Las de segundo y tercer nivel de complejidad son controladas por las provincias. Este proceso se realiza luego del cumplimiento de requisitos de los cantones o provincias que manifiesten voluntad y capacidad operativa de ejecutarlo. La transferencia de competencias está condicionada a la elaboración de planes de salud basados en capacidad gerencial, control fiscal y desarrollo informático.

Las empresas administradoras contratan los servicios con las entidades públicas o con las instituciones privadas inicialmente en porcentajes iguales y compiten entre sí por la inscripción de nuevos afiliados. Las instituciones privadas y las entidades públicas compiten por la contratación de servicios con las empresas administradoras. Los usuarios ejercen su derecho a la libre elección de la empresa administradora, la institución y el médico para la atención de su salud.

El Estado regula el suministro de servicios y garantiza el control de la calidad científica y subjetiva del trabajo médico mediante la auditoría de la Historia Clínica, la automatización de los Registros Clínicos y el control interno y externo de la calidad administrativa, para asegurar la viabilidad económica del sistema.

Las oficinas de planificación provinciales y cantonales controlan la programación y ejecución de los proyectos. Las contralorías cantonales y provinciales realizan el control fiscal de fondos y gastos. La Superintendencia de salud es el órgano de vigilancia y sanción del sistema.

El control comunitario se ejerce a través de las entidades de participación sobre los consejos de salud, las direcciones seccionales,

las empresas estatales, las empresas administradoras y las instituciones de salud.

El código actualizado de ética médica regula el trabajo profesional y la moralidad de la relación médico paciente.

Las hojas de trabajo contienen las guías para la recopilación de datos que alimentan el sistema de información para su utilización por los responsables y usuarios.

Índice de títulos y siglas

1. Sistema Nacional de Salud	SINASA
2. Consejo Nacional de Salud	CONASA
3. Consejo Provincial de Salud	CONPROSA
4. Consejo Cantonal de Salud	CONCASA
5. Comisión Parroquial de Salud	CPS
6. Comisión Barrial de Salud	CBS
7. Asociación de Usuarios de los Servicios de Salud	ASUSA
8. Veeduría Ciudadana de Salud	VECISA
9. Comité de Ética Hospitalaria	COMETHOS
10. Servicio de Atención a la Comunidad	SERVICOM
11. Servicio de Atención al Usuario	SERVIUS
12. Presupuesto de la Salud	
13. Fondo Nacional de Salud	FONASA
14. Fondo Provincial de Salud	FONPROSA
15. Fondo Cantonal de Salud	FONCASA
16. Ministerio de Salud Pública	MINSALUD
17. Superintendencia de Salud	SUPERSALUD
18. Instituto Nacional de Higiene	INH
19. Sistema Nacional de Información en Salud	SIS
20. Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud	DINASIS

21. Dirección Provincial de salud	DIPROSA
22. Dirección Cantonal de Salud	DICASA
23. Régimen Contributivo Obligatorio	
24. Régimen Contributivo Voluntario	
25. Régimen Subsidiado	
26. Empresas Administradoras del Subsidio de Salud	
EMSUBSIDIO	
27. Instituciones de Servicios de Salud	INSALUD
28. Empresas Mixtas de Servicios de Salud	EMISA
29. Unidad de Pago por Afiliado	UPA
30. Paquete de Atención de Salud	PAS
31. Guía de procedimientos del PAS	GUIAPAS
32. Unidad de Pago por Acto Médico	UNIPAM
33. Copago	
34. Contratación de servicios	
35. Requisitos para la Descentralización de la Salud	
36. Plan de Descentralización de la Salud	PLANDESA
37. Plan Provincial de Salud	PLANPROSA
38. Plan Cantonal de Salud	PLANCASA
39. Proyecto de Censo para el Subsidio de Salud	PROCENSA
40. Proyecto de Promoción y Prevención	PROPP
41. Proyecto de Tratamiento Primario	PROTP
42. Proyecto de Tratamiento Secundario y Terciario	PROTST
43. Plan Operativo Anual	PLANOA
44. Plan de Control Fiscal	PLANCOFI

45. Proyecto de Automatización de los
Registros Clínicos
PROREGISTROS
46. Proyecto de Auditoría de la Historia Clínica PROAUDI
47. Proyecto de Ética Médica PROÉTICA
48. Hojas de Trabajo de Salud

SISTEMA NACIONAL DE SALUD – SINASA -

Definición

El SINASA es el grupo de entes de los subsectores público y privado dirigidos, integrados y coordinados por un grupo de normas y obligaciones para el suministro descentralizado de servicios de salud.

Sus componentes son los Sistemas Provinciales y Cantonales de Salud.

Principios

1. Equidad

Permite el acceso a igual calidad de servicios para todos los usuarios, previniendo la discriminación hacia los estratos sociales sin capacidad de pago.

2. Universalidad

Garantiza la protección de todas las personas en todas las edades.

3. Solidaridad

Establece que cada persona contribuye según su capacidad y recibe todo el paquete de salud según su necesidad. La inversión se focaliza en la población con menos ingresos y vulnerable.

4. Calidad

Garantiza el suministro integral de servicios de salud científicos, humanizados, continuos y satisfactorios compatibles con los protocolos de práctica profesional en instituciones acreditadas por los órganos de vigilancia.

5. Eficiencia

Asegura la óptima utilización de los recursos para el suministro de servicios de salud de buena calidad.

Políticas

1. Participación

Aprueba la intervención de los usuarios y representantes comunales en la planificación de las acciones de salud, en el manejo de las EMSUBSIDIO, en la integración de las juntas directivas de las EMESA provinciales y cantonales y en los mecanismos de evaluación, inspección y vigilancia del sistema.

2. Libre elección

Permite al usuario elegir la EMSUBSIDIO para su afiliación, la INSALUD o EMESA y el médico para su atención, según las posibilidades de la oferta.

3. Descentralización

Apoya la transferencia de recursos y competencias a los cantones y provincias con buena capacidad administrativa y científica, separando las funciones de administración y provisión de servicios.

4. Autonomía

Concede a las EMSUBSIDIO y EMESA mediante la autogestión el derecho a personalidad jurídica, libertad administrativa y patrimonio propio.

Integrantes

1. Subsector público

- a. Régimen contributivo obligatorio del IESS - ISSFA – ISSPOL.
- b. Régimen subsidiado del MINSALUD.

2. Subsector privado

- a. Régimen contributivo voluntario de medicina prepagada.
- b. INSALUD con fines de lucro
- c. INSALUD sin fines de lucro

Acciones

1. Promoción de la salud

- a. Información y educación para el cuidado de la salud individual y comunitaria
 - b. Saneamiento Básico ambiental.
 - c. Vigilancia Epidemiológica.
- 2. Prevención de la enfermedad
 - a. Prevención de accidentes y catástrofes.
 - b. Control de riesgos biológicos.
- 3. Tratamiento de la enfermedad
 - a. Tratamiento primario de enfermedades más frecuentes y de emergencias menores
 - b. Tratamiento secundario hospitalario clínico-quirúrgico de enfermedades de mediana complejidad y de emergencias mayores
 - c. Tratamiento terciario hospitalario clínico-quirúrgico de enfermedades de alta complejidad.
- 4. Rehabilitación de la enfermedad
 - a. Discapacidades físicas
 - b. Toxicomanías
 - c. Enfermedades mentales

CONSEJO NACIONAL DE SALUD – CONASA -

Definición

El CONASA es un organismo técnico-administrativo adscrito a la Presidencia de la República que dirige, coordina y vigila el funcionamiento del SINASA

Atribuciones

- 1. Formulación de la Política Nacional de Salud
- 2. Regulación de actividades
- 3. Financiamiento de actividades
- 4. Planificación

5. Coordinación intersectorial

6. Vigilancia y sanción

Funciones

1. Cumplimiento de la ley del SINASA

2. Adopción de su propio reglamento de trabajo.

3. Asesoría al MINSALUD para la formulación de la Política Nacional de Salud

4. Elaboración del PLANASA.

5. Elaboración de la metodología para la preparación del PLANCASA y del PLANPROSA.

6. Organización de los SIS.

7. Creación de la SUPERSALUD.

8. Creación del FONASA con sus fuentes de financiamiento.

9. Reorganización del INH.

10. Establecimiento de las bases para la Educación Médica continuada y la capacitación laboral.

11. Definición del sistema de acreditación de instituciones y profesionales.

12. Especificación de los requisitos jurídicos para la descentralización de los CONPROSA.

13. Especificación de los requisitos jurídicos para descentralización de los CONCASA.

14. Definición de los componentes del PROCENSA.

15. Definición de los componentes del PROPP.

16. Definición de los componentes del PROTP.

17. Definición de los componentes del PROTST.

18. Definición de los componentes del PAIS.

19. Definición del valor del UPA.

20. Definición del valor del PAM

21. Definición del valor del UNIPAM.
22. Definición del MAPAIS.
23. Definición de la lista de los medicamentos genéricos autorizados.
24. Elaboración de la lista negra de medicamentos.
25. Definición de los copagos.
26. Determinación de las medidas para evitar la selección adversa de los usuarios vulnerables.
27. Determinación de los mecanismos para evitar el aumento irregular de la demanda inducida por la oferta de servicios.
28. Determinación de los mecanismos para evitar el aumento irregular de la oferta inducida por la demanda de servicios.
29. Determinación de los mecanismos para equilibrar la asimetría de la información entre el médico y el paciente.
30. Información periódica al Congreso Nacional sobre la evolución del SINASA.

Integrantes

1. Ministro de Salud (presidente)
2. Ministro de Trabajo.
3. Ministro de Educación.
4. Director Nacional del IESS.
5. Director Nacional del ISSFA.
6. Representante de la Federación Médica.
7. Representante de las Facultades de Salud.
8. Representante de las EMSUBSIDIO.
9. Representante de las EMISA.
10. Representante de las INSALUD.
11. Representante de las Empresas de Medicina Prepagada.

CONSEJO PROVINCIAL DE SALUD – CONPROSA -

Definición

El CONPROSA es un organismo técnico administrativo adscrito a la Gobernación de la provincia, que dirige, coordina y vigila el funcionamiento del componente provincial del SINASA.

Atribuciones

1. Dirección del Sistema Provincial de Salud.
2. Planificación.
3. Regulación de actividades de salud provinciales.
4. Vigilancia del suministro del PROTST.
5. Financiamiento de actividades de salud.
6. Coordinación intersectorial con los cantones descentralizados.
7. Evaluación, control e inspección de los servicios de salud cantonales.
8. Control de medicamentos y alimentos.

Funciones

1. Dirigir el Sistema Provincial de Salud.
2. Asesorar a la DIPROSA en el desarrollo de las políticas del CONASA.
3. Aprobar el PLANDESA provincial.
4. Crear el FONPROSA.
5. Asesorar a la DIPROSA en la ejecución del PROTST.
6. Adoptar la metodología para la elaboración del PLANPROSA.
7. Aprobar la transformación de las entidades públicas de salud en EMESA.
8. Promover el aumento del presupuesto con rentas provinciales.
9. Evaluar los ajustes del valor de la UPA y el contenido del PAIS.
10. Controlar el desarrollo del PROCENSA.
11. Aprobar la organización de los CONCASA.

12. Aprobar la conformación de las asociaciones de usuarios.
13. Suministrar el PROPP en los cantones no descentralizados.
14. Controlar el suministro del PROTST.
15. Acreditar las INSALUD y las EMISA.
16. Asesorar y dar asistencia financiera a las EMISA cantonales.
17. Financiar los tribunales de ética medica.
18. Regular el funcionamiento de la red provincial de servicios de salud.

Integrantes

1. Gobernador, presidente.
2. Director Provincial de Salud.
3. Representante de las DICASA provinciales.
4. Representante de la DICASA de la capital provincial.
5. Representante de las EMSUBSIDIO.
6. Representante de la EMISA provincial para tratamiento secundario y terciario.
7. Representante de las INSALUD para tratamiento secundario y terciario.
8. Representante del Colegio Médico de la provincia.
9. Representante de las ASUSA de la EMISA provincial para tratamiento secundario y terciario.

CONSEJO CANTONAL DE SALUD – CONCASA –

Definición

El CONCASA es un organismo técnico administrativo adscrito a la Alcaldía Municipal que dirige, coordina y vigila el componente cantonal del SINASA.

Atribuciones

Políticas, control, planificación, financiamiento, operación, infraestructura.

1. Dirección del Sistema Cantonal de Salud.

2. Planificación de actividades
3. Control de las INSALUD y EMISA
4. Regulación de las actividades de salud cantonales.
5. Vigilancia del suministro del PROPP.
6. Vigilancia del suministro del PROTP.
7. Financiamiento del sistema con rentas propias.
8. Construcción de infraestructura.

Funciones

1. Concertar entre los integrantes del Sistema Cantonal de Salud las políticas del CONASA.
2. Asesorar y asistir técnicamente a los responsables cantonales del SINASA
3. Elaborar el PLANDESA cantonal.
4. Adoptar la metodología para la elaboración del PLANCASA.
5. Adoptar la metodología para la elaboración del PROPP.
6. Controlar el desarrollo del PROCENSA.
7. Transformar las entidades públicas de salud cantonales en EMISA cantonal.
8. Conformar la ASUSA en a EMISA cantonal.
9. Vigilar y controlar el suministro de los servicios y el manejo financiero en las EMSUBSIDIO y en la EMISA cantonal.
10. Construir la infraestructura y equipamiento básico para las EMISA cantonales.
11. Vigilar mercados, camales, droguerías y expendios de alimentos.
9. Vigilar los factores de riesgo y saneamiento ambiental.

Integrantes

1. Alcalde Municipal (presidente)
2. Director Cantonal de Salud.
3. Representante de los CPS.

4. Representante de la EMISA cantonal.
5. Representante de las INSALUD.
6. Representante de los profesionales de la salud.
7. Representante de las ASUSA.

COMITÉ PARROQUIAL DE SALUD – CPS –

Definición

El CPS es un organismo comunitario adscrito al CONCASA encargado de coordinar y vigilar el funcionamiento del componente parroquial del SINASA.

Funciones

1. Participar en el proceso de elaboración del PLANCASA.
2. Elegir un representante ante la EMESA.
3. Elegir un representante ante la junta directiva de las INSALUD.
4. Participar en el proceso del PLANOA.
5. Participar en el proceso del PLANDESA cantonal.
6. Participar en la ejecución del PROTP.
7. Participar en la ejecución de los programas del PROPP.
8. Verificar el funcionamiento del FONCASA.
9. Solicitar al Alcalde la realización de consultas populares para temas importantes de reorganización o inversiones de los servicios de salud.

Integrantes

Son cinco, elegidos por y entre los miembros de la Junta Parroquial correspondiente.

COMITÉ BARRIAL DE SALUD - CBS –

Definición

El CBS es un organismo comunitario adscrito al respectivo CPS encargado de coordinar y vigilar el funcionamiento del componente barrial del SINASA.

Funciones

1. Participar en el proceso del PROCENSA mediante el diligenciamiento de las encuestas CENSA y FOBENSA.
2. Verificar el proceso de carnetización.
3. Elegir un representante al CPS.
4. Proponer temas importantes para la propuesta de consulta popular en salud.

Integrantes

Son tres, elegidos por y entre los miembros de la junta barrial correspondiente.

ASOCIACION DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD - ASUSA -

Definición

La ASUSA es una organización de los usuarios de las EMISA encargada de vigilar la calidad subjetiva de los servicios de salud

Representantes

1. Uno (1) ante la Junta Directiva de la EMSUBSIDIO.
2. Uno (1) ante la Junta Directiva de la EMISA.
3. Uno (1) ante el CONCASA.
4. Dos (2) ante el COMETHOS.

Funciones

1. Participar en la Junta Directiva de la INSALUD.
2. Proponer a la Junta Directiva las demandas de los afiliados sobre el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
3. Vigilar la legalidad de las decisiones de la Junta Directiva.
4. Participar en la elección del representante ante el CONCASA.

VEEDURIA CIUDADANA DE SALUD – VECISA -

Definición

La VECISA es el mecanismo de participación de los ciudadanos independientes u organizados en el control de la administración de los recursos y el suministro de servicios de las entidades del SINASA utilizando las oficinas de atención a la comunidad de las DIPROSA Y DICASA.

Funciones

1. Vigilar la utilización adecuada de los recursos mediante la revisión de toda la información requerida.
2. Vigilar la calidad y oportunidad del suministro de servicios.
3. Comprometer a la comunidad en el apoyo a los programas de salud.

COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA – COMETHOS -

Definición

El COMETHOS es un organismo comunitario encargado de vigilar la aplicación del PROHISTORIA y del PROÉTICA

Funciones

1. Vigilar el cumplimiento del PROÉTICA.
2. Vigilar el cumplimiento del PROHISTORIA.
3. Atender las quejas sobre abuso de los derechos del paciente.
4. Atender los reclamos sobre la calidad de los servicios de salud.

Integrantes

1. Gerente de la INSALUD o su delegado.
2. Representante del personal médico.
3. Representante del personal de enfermería.
4. 2 representantes de la ASUSA.
5. 2 representantes del COMPARSA.

SERVICIO DE ATENCION A LA COMUNIDAD –SERVICOM-

Definición

El SERVICOM es una dependencia de las DIPROSA Y DICASA para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos.

• Funciones

1. Atender y canalizar las observaciones y denuncias de las VECISA.
2. Controlar la resolución de las solicitudes de los ciudadanos ante las EMSUBSIDIO.
3. Exigir a las EMSUBSIDIO, EMISA e INSALUD la entrega de información del SIS.
4. Garantizar que las EMISA y las INSALUD apliquen las medidas correctivas sobre la calidad de los servicios.
5. Elaborar las Hojas de Trabajo para la tramitación de las solicitudes y quejas.

SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO -SERVIUS-

Definición

El SERVIUS es una dependencia de las EMISA e INSALUD para recibir las solicitudes y quejas de los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud.

Funciones

1. Información personalizada a través de una línea telefónica abierta 24 horas.
2. Control de calidad de los servicios de salud.
3. Atención de las quejas y reclamos de los usuarios.

PRESUPUESTO DE LA SALUD

Definición

El Presupuesto de la Salud es el monto de la inversión que realiza el Estado para garantizar el suministro de los servicios de salud a todas las familias.

Recursos

1. Participación en el presupuesto nacional: mínimo 7 %. Se añade al incremento anual del presupuesto de la salud el valor de la inflación del sector.
2. Cuotas moderadoras y copagos por servicios según la categorización de los usuarios. Financian el 5%.
3. Participación asignada de los rendimientos financieros del Fondo de Solidaridad.
4. Impuestos locales o sobretasas creadas por los Consejos Provinciales y Municipales.

FONDO NACIONAL DE SALUD – FONASA -

Definición

El FONASA es una cuenta a cargo del MINSALUD administrada por el CONASA y manejada por encargo fiduciario. Recibe los recursos del presupuesto de la salud y la participación del Fondo de Solidaridad.

Los recursos correspondientes son girados a los FONPROSA y FONCASA según reglamentación del Ministerio de Finanzas.

Subcuentas

1. PAIS.
2. PROPP.
3. Accidentes de tránsito y emergencias.

Criterios de asignación

1. Volumen de la población total.
2. Volumen de la población sin capacidad de pago.
3. Factores de riesgo.

4. Cantidad y calidad de la oferta de servicios.
5. Cobertura de los servicios.

FONDO PROVINCIAL DE SALUD –FONPROSA -

Definición

El FONPROSA es una cuenta especial del presupuesto provincial administrada por la DIPROSA, con unidad de caja, con contabilidad independiente, sometido a las normas del régimen presupuesta y fiscal de la provincia.

Recibe los recursos girados por las entidades responsables:

1. Aportes de la participación fiscal provincial.
2. Partidas asignadas libremente para la salud.
3. Recursos recaudados en la provincia para la salud.
4. Recursos directos o provenientes de cofinanciación que se destinen a la salud

FONDO CANTONAL DE SALUD – FONCASA -

Definición

El FONCASA es una cuenta especial del presupuesto Municipal administrada por la DICASA, con unidad de caja, con contabilidad independiente, sometido a las normas del régimen presupuestal y fiscal del Municipio.

Recibe los recursos girados por las entidades responsables:

1. Transferencia de todas las rentas nacionales para la administración y suministro de los servicios de salud.
2. Aportes de la participación fiscal municipal.
3. Partidas asignadas libremente para la salud.
4. Recursos recaudados en el Municipio para la salud.
5. Recursos directos o provenientes de cofinanciación que se destinen a la salud

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA - MINSALUD –

Definición

El MINSALUD es un organismo dependiente de la Presidencia de la República que ejecuta las políticas establecidas por el CONASA.

Funciones

1. Ejecutar el PLANASA.
2. Normatizar la acreditación institucional.
3. Normatizar la acreditación profesional.
4. Regular la oferta de servicios.
5. Regular la medicina prepagada
6. Distribuir la información sobre las INSALLUD y EMISA.
7. Controlar el PROCENSA.
8. Financiar las actividades según la UPA.
9. Vigilar el suministro del PROPP.
10. Asesorar técnicamente a los responsables del sistema.
11. Instalar el SINAIN.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD – SUPERSALUD -

Definición

La SUPERSALUD es un organismo técnico legal autónomo adscrito al MINSALUD para la vigilancia y sanción en el funcionamiento del SINASA.

Funciones

1. Acreditar las INSALUD y EMISA.
2. Controlar la certificación médica periódica.
3. Ejecutar el PROREGISTROS.
4. Ejecutar el PROAUDI.
5. Realizar la auditoría médica administrativa.
6. Vigilar y sancionar

INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE - INH –

Definición

El INH es un organismo técnico autónomo adscrito al MINSALUD que controla la calidad de los alimentos, medicinas e insumos médico quirúrgicos

Atribuciones

1. Ejecución de las políticas de vigilancia sanitaria y control de calidad del MINSALUD.
2. Fijar los estándares de calidad de referencia nacional

Funciones

1. Control y vigilancia de la calidad y Bioseguridad de los alimentos, medicinas e insumos médicos durante las actividades de producción, importación, comercialización y consumo
2. Establecimiento de las normas para el control de calidad y vigilancia sanitaria de alimentos y medicinas
3. Establecimiento de las normas científicas para la expedición de registros y licencias sanitarias
4. Autorización de la publicidad para el consumo de productos
5. Efectuar las pruebas de laboratorio de los productos y ejercer funciones de laboratorio nacional de referencia.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION EN SALUD – SIS –

Definición

El SIS es una estructura del SINASA destinada a la recolección, procesamiento y sistematización de datos para su utilización en los procesos de planificación, ejecución, control y evaluación de los servicios de salud.

Datos

1. Población: volumen, estructura, dinámica y condiciones de vida.
2. PROCENSA: volumen, estructura y dinámica de la población seleccionada y afiliada a las EMSUBSIDIO.
3. Financiamiento del FONASA: volumen, estructura y dinámica de los recaudos, asignaciones, pagos e inversiones.

4. Diagnóstico de la oferta: volumen y estructura de las actividades en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
5. Diagnóstico epidemiológico: volumen y estructura de la morbilidad, mortalidad y discapacidad de la población.
6. Factores de riesgo: volumen y características de los factores ambientales, sociales, biológicos.
7. Participación social: volumen, estructura e identificación de las organizaciones, los espacios y las acciones.
8. INSALUD: volumen, estructura.
9. EMISA: volumen y estructura.
10. EMSUBSIDIO: Identificación y características generales.
11. Planes, programas, guías, estándares, procedimientos y protocolos del SINASA.

Características

1. El MINSALUD reglamenta la definición, estructuras y características de los datos del SIS, los períodos de actualización, los mecanismos automáticos para la transferencia, validación, organización y consolidación de los datos y la generación de indicadores de utilidad general.
2. La administración de la Red de Información en Salud – REDINSA - y de su base de datos, está a cargo de la DIPROSA o DICASA. REDINSA es un conjunto de medios físicos y logísticos que permiten actualizar, transferir y difundir la información del SIS.
3. El MINSALUD actualiza anualmente los requerimientos y los modelos de datos del SIS, para ajustarlos a las nuevas condiciones que surjan en el proceso de consolidación y operación del SINASA.

DIRECCION NACIONAL DE INFORMACION EN SALUD – DINASIS -

Definición

El DINASIS es un organismo técnico –administrativo adscrito al MINSALUD que dirige y controla el funcionamiento del SIS.

Funciones

1. Concertación entre los responsables y usuarios del modelo de

información y de la información necesaria para la gestión del SINASA. Debe incluir como mínimo: carnetización, administración de recursos y financiamiento, suministro de servicios, calidad de la atención y vigilancia epidemiológica

2. Definición de la estructura y de las especificaciones técnicas, funcionales, tanto del SIS como de la plataforma tecnológica.
3. Formulación de planes de financiación para la adquisición de hardware y software y para la contratación de servicios y recursos humanos.
4. Conformación de comités asesores de tecnología informática en las DIPROSA y DICASA.
5. Definición de los estándares, valores de referencia, modelos y metodología relacionados con los contenidos, formatos, flujos, esquemas, desarrollo, administración, evaluación, organización, contratación, intercambio y actualización.
6. Organización de los espacios para la participación de los usuarios de la información en la estructuración, ejecución y evaluación de los proyectos del SIS en la captación, validación, actualización, conservación y consulta de la base de datos.
7. Establecimiento de mecanismos para el control de costos, garantía de calidad, seguridad y acceso.
8. Organización de la REDINSA para articular a los responsables del SINASA con los usuarios externos, investigadores, comunidad, organizaciones nacionales e internacionales y ONG.
9. Organización de las Auditorías de Sistemas.

DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD – DIPROSA –

Definición

La DIPROSA es un organismo dependiente de la Gobernación Provincial que ejecuta las políticas del MINSALUD.

Funciones

- | | |
|----|--------------------------------|
| 1. | Suministrar el PROTST. |
| 2. | Asesorar a las DICASA |
| 3. | Elaborar el PLANPROSA |
| 4. | Controlar la EMISA provincial. |

DIRECCION CANTONAL DE SALUD – DICASA -

Definición

La DICASA es un organismo dependiente de la Alcaldía Municipal que ejecuta las políticas del MINSALUD

Funciones

1. Asesoría al Alcalde sobre las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
2. Determinación y diseño de la planta de personal requerido para el funcionamiento de la DICASA.
3. Categorización y carnetización de toda la población vulnerable y afiliación a las EMSUBSIDIO.
4. Elaboración del PLANCASA.
5. Establecimiento del sistema de investigación y vigilancia epidemiológica.
6. Coordinación de la elaboración y actualización del diagnóstico situacional en Salud.
7. Desarrollo de planes de capacitación del personal.
8. Acreditación y vigilancia a las INSALUD Y EMISA.
9. Garantía del acceso gratuito y ejecución de los programas del PROPP.
10. Garantía del acceso al tratamiento primario en las INSALUD Y EMISA.
11. Diseño, construcción, implementación y mantenimiento de su sistema de información, de acuerdo con los estándares definidos por el MINSALUD.
12. Control por la calidad, conservación, cobertura y oportunidad de los datos mediante mecanismos de auditoría informática
13. Mantenimiento de la información cantonal desagregada, consolidada y analizada y disponible para los integrantes de Sistema Cantonal de Salud.
12. Conformación del Comité de Sistemas de Información.

REGIMEN CONTRIBUTIVO OBLIGATORIO DEL IESS

Definición

El Régimen Contributivo Obligatorio es el conjunto de normas que regulan la incorporación al SINASA de los grupos familiares de asalariados con obligación contributiva. Se realiza mediante cotizaciones salariales al Fondo de Salud del IESS.

Es monopolio del IESS, ISFA e ISPOL. Está regido por la Ley Nacional de Seguridad Social

REGIMEN CONTRIBUTIVO VOLUNTARIO DE MEDICINA PREPAGADA

Definición

El Régimen contributivo voluntario es el conjunto de normas que regulan la incorporación al SINASA de personas o familias con capacidad contributiva voluntaria. Las empresas de Medicina Prepagada suministran servicios de salud privados contratados en un plan asistencial con tarifa pagada anticipadamente en las INSALUD o EMISA vinculadas. Algunos planes requieren el pago de una franquicia que equivale a un porcentaje fijo del valor de un servicio al momento de solicitarlo.

Modalidades

1. Integrado

La entidad aseguradora recauda las cuotas y provee los servicios.

2. Contrato

La entidad aseguradora recauda las cuotas. Los servicios los suministran las INSALUD contratadas.

3. Reembolso

La entidad aseguradora recauda las cuotas y reembolsa el pago que los afiliados realizan a las INSALUD por los servicios recibidos.

Requisitos

1. Autorización de funcionamiento.
2. Monto de capital y reservas determinado por la Superintendencia de sociedades.

Afiliación

1. Vigencia mayor de 1 año.
2. Declaración del estado de salud del usuario.
3. Definición del sistema de exclusiones y preexistencia.
4. Definición de tarifas y planes de servicios.

REGIMEN SUBSIDIADO

Definición

El Régimen Subsidiado es el conjunto de normas que regulan la incorporación de los grupos familiares sin capacidad de pago al SINASA mediante subsidios fiscales y parafiscales administrados por el FONASA.

Características

1. Dirección, orientación, regulación, control y vigilancia del Estado a través del CONASA y el MINSALUD.
2. Transformación de las INSALUD públicas en EMISA administradas por autogestión. Las juntas directivas son tripartitas: Alcalde o Gobernador, comunidad y funcionarios.
3. Transferencia de atribuciones, funciones y recursos para promoción, prevención y tratamiento primario a los cantones con capacidad administrativa acreditada.
4. Transferencias de atribuciones, funciones y recursos para tratamiento secundario y terciario a las provincias con capacidad resolutive acreditada.
5. Funcionamiento del FONASA que recibe del Presupuesto del Estado y del Fondo de Solidaridad los recursos para el subsidio a la demanda.
6. Funcionamiento del FONPROSA administrado por el Gobernador que recibe la participación correspondiente del FONASA y los recursos provinciales extrapresupuestarios.
7. Funcionamiento del FONCASA administrado por el Alcalde que recibe la participación correspondiente del FONASA y los recursos cantonales extrapresupuestarios.
8. Identificación, categorización y carnetización familiar de los beneficiarios del subsidio de salud.

9. Afiliación de los usuarios carnetizados a las EMSUBSIDIO.
10. Las EMSUBSIDIO reciben por cada usuario afiliado una UPA cuya cantidad la establece el CONASA.
11. Los usuarios afiliados reciben el PAIS que incluye prevención, atención médico quirúrgica y medicamentos esenciales.
12. Las EMSUBSIDIO contratan la atención a sus afiliados con las INSALUD y EMESA.
13. Los usuarios eligen libremente la EMSUBSIDIO para su afiliación, las INSALUD y los profesionales para su atención, de acuerdo a las posibilidades de la oferta.
14. Los usuarios organizan las ASUSA que los representan ante las Juntas directivas de las EMSUBSIDIO y de las EMISA.
15. La comunidad organiza las VECISA para la inspección física y financiera y la evaluación de los resultados de los Proyectos de Salud..

EMPRESAS ADMINISTRADORAS DEL SUBSIDIO – EMSUBSIDIO -

Definición

Las EMSUBSIDIO son empresas solidarias de salud de intermediación financiera dirigidas por organizaciones de afiliados legalmente autorizadas que administran la UPA, afilian a los beneficiarios carnetizados del régimen subsidiado y contratan el suministro del PAIS con las INSALUD y las EMISA.

Funciones

1. Determinar el sistema administrativo financiero de los subsidios.
2. Garantizar el suministro de servicios contenidos en el PAIS.
3. Suministrar información completa sobre los profesionales, las INSALUD y las EMISA contratadas.
4. Evitar la selección adversa.
5. Evitar la demanda inducida por la oferta.
6. Evitar la oferta inducida por la demanda.

Acreditación

1. Nombramiento de revisor fiscal autorizado por la SUPERSALUD.
2. Licencia De funcionamiento de la DIPROSA.

Información

1. Presupuesto independiente de ingresos y egresos de los servicios suministrados.
2. Facturación detallada de servicios y costos.
3. Presupuesto de publicidad.

INSTITUCIONES DE SERVICIOS DE SALUD – INSALUD -

Definición

Las INSALUD son entidades privadas de salud organizadas legalmente por asociaciones de profesionales médicos para contratar servicios para los afiliados de las EMSUBSIDIO a cambio de remuneraciones concertadas.

Registro de profesionales

Los Colegios Médicos provinciales son las entidades encargadas de registrar los médicos autorizados para la práctica profesional. La acreditación se realiza de acuerdo al sistema de certificación medica periódica establecido por el MINSALUD.

Funciones

1. Suministro de servicios de salud.
2. Suministro de medicamentos esenciales.
3. Suministros de información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios.

Acreditación de Instituciones

1. Cumplimiento de los requisitos mínimos de funcionamiento establecidos por el MINSALUD.
2. Sistema de Bioseguridad y de desecho de residuos orgánicos.
3. Sistema de contabilidad para el registro de los costos de los servicios ofertados.
4. Manual de cargos y de funciones para toda la planta de personal.

5. Aprobación de los estudios de factibilidad de los servicios a suministrar.
6. Planos de infraestructura aprobados por el colegio de arquitectos e ingenieros.
7. Sistema de eliminación de desechos biológicos.
8. Sistema eléctrico permanente garantizado.

EMPRESAS MIXTAS DE SERVICIOS DE SALUD – EMESA -

Definición

Las EMISA son entidades públicas de servicios de salud transformadas en empresas de economía mixta, descentralizadas y dirigidas por autogestión, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por los CONPROSA o CONCASA.

Funciones

1. Producción de servicios de salud eficientes, efectivos y con calidad
2. Suministro de los servicios de salud que la población requiera de acuerdo a los recursos y desarrollo de la empresa
3. Garantía de un manejo gerencial adecuado y una rentabilidad social y financiera
4. Oferta de paquetes de servicios a las EMSUBSIDIO, con tarifas competitivas en el mercado
5. Respeto de los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos institucionales.

Organización y funciones

1. Dirección: conformada por la Junta Directiva y el Gerente.
 - a. Mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la misión y objetivos institucionales.
 - b. Identificar las necesidades y expectativas de los usuarios.
 - c. Determinar los mercados y definir la estrategia de servicio.
 - d. Asignar recursos para las actividades.

- e. Adoptar y adaptar normas de calidad y eficiencia, controlando su aplicación en la gestión institucional.
- 2. Atención al usuario
 - a. Diseñar y producir servicios.
 - b. Suministrar servicios de salud con sus respectivos procedimientos y actividades.
 - c. Suministrar servicios administrativos.
- 3. Logística
 - a. Ejecutar en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, financieros, físicos y de información.
 - b. Realizar el mantenimiento de la planta física y de su dotación.

Junta directiva

- 1. Composición
 - a. 3 representantes del sector político administrativo.
 - b. 3 representantes del sector científico y los trabajadores de la salud.
 - c. 3 representantes de la comunidad.
- 2. Funciones
 - a. Nombrar gerente
 - b. Emitir acuerdos.
 - c. Nombrar revisor fiscal de terna enviada por la Contraloría cantonal o provincial.

Régimen jurídico

- 1. Los Actos están regidos por las normas jurídicas del Derecho Público.
- 2. Los contratos están regidos por las normas jurídicas del Derecho Privado.
- 3. El personal tiene el carácter de empleado o trabajador oficial.

4. El presupuesto se basa en un sistema de anticipos y reembolsos contra prestación de servicios.

Actividades de transformación

1. Inventario físico de las entidades públicas de salud para tratamiento primario
2. Definición de la naturaleza jurídica de las entidades públicas de salud para tratamiento primario.
3. Realización de estudios de factibilidad para transformar las entidades públicas de salud para tratamiento primario en EMISA cantonal con autogestión.
4. Cesión notariada de bienes y recursos del MINSALUD a las EMISA.
5. Determinación de la estructura, funciones y plan de cargos de la EMISA cantonal y provincial.
6. Separación de la planta de personal que corresponde a la DICASA o DIPROSA y a la EMISA cantonal o provincial.
7. Trámite de licencia sanitaria.
8. Inscripción en el Registro Especial de Instituciones de salud.
9. Incorporación de la planta de personal al régimen municipal o provincial.
10. Aprobación del manual de cargos y funciones.

UNIDAD DE PAGO POR AFILIADO – UPA -

Definición

La UPA es el valor anual de los servicios contenidos en el PAS que se paga a las EMSUBSIDIO por la atención de cada afiliado. El CONASA determina su monto anualmente.

PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD – PAIS –

Definición

El PAS es el conjunto de servicios de salud y medicamentos que recibe el afiliado a las EMSUBSIDIO.

Contenido

3. Promoción de la salud.
4. Prevención de la enfermedad.
5. Consulta médica general
6. Consulta médica especializada
7. Salud oral básica
8. Tratamiento hospitalario secundario y terciario.
9. Suministro de medicamentos esenciales.

COPAGO

Definición

El Copago es un desembolso que los usuarios realizan en el momento de recibir atención médica. Es un porcentaje del valor de los servicios que varía según la categorización del PROCENSA y el servicio recibido.

UNIDAD DE PAGO POR ACTO MEDICO – UNIPAM -

Definición

La UNIPAM es el valor que se paga según el sistema de remuneraciones relativas de las especialidades médicas y paramédicas jerarquizadas.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL PAIS – MAPAIS -

Definición

La MAPAIS es un manual que contiene la lista de actividades, procedimientos e intervenciones del PAIS con su respectivo valor y codificación.

CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD

Formas de contratación

1. Por salario

Es el pago periódico de una cantidad fija independientemente de la calidad y cantidad de los servicios prestados

2. Por diagnóstico

Es el pago por la atención de un caso completo según el Valor Estándar de Tratamiento por Patología -VTP-

3. Por actividad o servicio prestado

Es el pago de una cantidad fija por cada servicio prestado concertada con anticipación o según el MAPAIS

4. Por afiliado

Es el pago de un monto fijo por cada paciente afiliado sin relación con el número de veces que solicite los servicios.

5. Por presupuesto histórico

6. Por presupuesto proyectado

REQUISITOS PARA LA DESCENTRALIZACION PROVINCIAL DE LA SALUD

Elaboración del PLANPROSA

1. Decreto del Gobernador de la Provincia por el que establece la metodología para la elaboración del PLANPROSA.
2. Acuerdo del Consejo Provincial por el que se aprueba e incorpora el PLANPROSA al Plan de Desarrollo Provincial.
3. Concepto técnico del MINSALUD, calificando y aprobando la metodología utilizada para la elaboración del PLANPROSA.

Acuerdos institucionales

Acuerdos de coordinación de acciones entre las instituciones y sectores responsables para desarrollar cada uno de los procesos de los proyectos de salud con la DIPROSA y el MINSALUD.

Adopción del PLANOA

1. Decreto del Gobernador de la Provincia por el que incorpora la metodología del PLANOA para la programación, ejecución, evaluación e inspección física y financiera de los proyectos de salud.
2. Concepto técnico del MINSALUD aprobando el decreto suscrito por el Gobernador

Adopción del PLANCOFI

1. Decreto del Gobernador mediante el cual adopta el Programa General de Contabilidad, el Programa Anual Mensualizado de Caja y los sistemas de control fiscal posterior y selectivo de la Contraloría Provincial
2. Concepto técnico del MINSALUD aprobando el decreto suscrito por el Gobernador.

Organización del CONPROSA

1. Solicitud de autorización del Gobernador al MINSALUD para conformar el CONPROSA.
2. Decreto del Gobernador por el que constituye el CONPROSA.

Creación de la DIPROSA

1. Acuerdo del Concejo Provincial mediante el cual se organiza la DIPROSA, se establece su estructura administrativa y asistencial y se definen sus funciones y los manuales de procedimientos para sus actividades.
2. Certificado del Gobernador de la Provincia en el que consta que la DIPROSA funciona conforme al acto de creación.
3. Concepto técnico del MINSALUD aprobando la organización de la DIPROSA.

Adopción del Manual de cargos y funciones

1. Decreto de adopción del manual de cargos y funciones para la DIPROSA.
2. Realización del análisis ocupacional.
3. Definición del perfil y los requisitos de los cargos que se necesitan.

4. Decreto mediante el cual se adopta el manual específico de funciones y requisitos de los organismos de dirección y suministro de servicios.

Inscripción en la ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa

1. Certificación de la Dirección de Recursos Humanos del MINSALUD sobre los funcionarios de la DIPROSA y de la EMISA provincial.
 - a. Lista del personal de libre nombramiento y remoción.
 - b. Lista de empleados de Carrera Administrativa.
 - c. Situación actual del proceso de inscripción de cada empleado certificado por la Comisión de Servicio Civil.

El mismo proceso debe realizarse para los funcionarios que serán transferidos a la Administración Provincial por parte del MINSALUD.

2. Definición del mecanismo de selección para proveer los cargos de carrera administrativa conforme a las disposiciones vigentes.
3. Ordenanza para la inscripción en carrera administrativa para los funcionarios seleccionados.
4. Establecimiento del régimen de calificación de servicios.

Inscripción en el Código de Trabajo

1. Certificación de la Dirección de Recursos Humanos del MINSALUD
 - a. Lista de trabajadores oficiales
 - b. Lista de trabajadores con contrato de servicios
 - c. Situación actual del proceso de inscripción de cada trabajador certificado por la Comisión del Código del Trabajo.
2. Definición del mecanismo de selección para proveer los cargos de trabajadores.
3. Ordenanza para la inscripción en el código de Trabajo.
4. Definición del régimen de calificación de servicios.

Afiliación al IESS.

1. Presentación de listados completos, actualizados y certificados de la afiliación de los funcionarios de la DIPROSA y de la EMISA provincial a los fondos de cesantías, de pensiones y de salud del IESS. Se incluye identificación, nombre, cargo, pensión, seguridad social y cesantías.
2. Análisis y aprobación de la documentación por la Dirección de Recursos Humanos del MINSALUD.
3. Definición del pasivo de prestaciones por el IESS.

Creación de la EMISA provincial

1. Estudio de factibilidad técnico y financiero de la Oficina de Planificación Provincial que sustente la transformación de las entidades públicas de salud en EMISA. Debe establecer la estructura orgánica y funcional, su sede administrativa, las dependencias asistenciales y la organización a través de las áreas funcionales básicas: Dirección, logística y atención al usuario.
2. Acuerdo del Concejo Provincial mediante el cual se crea la EMISA provincial para el tratamiento secundario y terciario.
3. Actas notariadas de cesión de recursos humanos, físicos y financieros a la DIPROSA por parte del MINSALUD

Contratación de servicios

1. Celebración de contratos entre la DIPROSA y las EMSUBSIDIO para la afiliación de los beneficiarios carnetizados.
2. Celebración de contratos entre las EMSUBSIDIO y las INSALUD y EMISA provincial para suministrar servicios de salud a los afiliados.
3. Copia de los contratos suscritos.

Creación del FONPROSA

1. Acuerdo del Consejo Provincial que crea y reglamenta el FONPROSA.
2. Constancia de apertura de la cuenta a nombre del FONPROSA expedida por el BNF.
3. Acta de posesión del tesorero provincial y expedición de la póliza de manejo

4. Constancia de la Contraloría Provincial sobre acreditación de los responsables fiscales de la provincia y del Programa Anual Mensualizado de Caja aplicable al FONPROSA.
5. Concepto de viabilidad de la Secretaría de Finanzas para girar los recursos desde el FOPROSA.

Organización de la REDINSA

1. Resolución del Gobernador por la cual adopta el SIS para la DIPROSA.
2. Descripción de la información requerida en las áreas de diagnóstico situacional, planes, proyectos, programas, red de servicios, participación comunitaria, vigilancia y control de calidad.
3. Concepto técnico del DINASIS.

REQUISITOS PARA LA DESCENTRALIZACION CANTONAL DE LA SALUD

Elaboración del PLANCASA.

1. Decreto del Alcalde del Cantón por el que establece la metodología utilizada para la preparación del PLANCASA.
2. Acuerdo del Consejo Municipal por el que se aprueba y se incorpora el PLANCASA al Plan de Desarrollo Cantonal.
3. Concepto técnico de la DIPROSA o del MINSALUD calificando y aprobando la metodología utilizada para la preparación del PLANCASA.

Acuerdos institucionales

Acuerdos de coordinación de acciones entre las instituciones y sectores responsables para desarrollar cada uno de los procesos del PLANCASA con la DIPROSA y el MINSALUD.

Adopción del PLANOA

1. Decreto del Alcalde Municipal por el que incorpora la metodología del PLANOA para la programación, ejecución, evaluación e inspección física y financiera de los proyectos de salud.
2. Concepto técnico de la DIPROSA aprobando el decreto suscrito por el Alcalde

Adopción del PLANCOFI

1. Decreto del Alcalde mediante el cual adopta el Programa General de Contabilidad, el Programa Anual Mensualizado de Caja y los sistemas de control fiscal posterior y selectivo de la Contraloría Municipal.
2. Concepto técnico de la DIPROSA aprobando el decreto suscrito por el Alcalde.

Organización del CONCASA

1. Solicitud de autorización del Alcalde al CONPROSA para conformar el CONCASA.
2. Decreto del Alcalde por el que constituye el CONCASA.

Creación de la DICASA

1. Acuerdo del Concejo Municipal mediante el cual se organiza la DICASA, se establece su estructura administrativa y asistencial y se definen sus funciones y los manuales de procedimientos para sus actividades.
2. Certificado del Alcalde Municipal en el que consta que la DICASA funciona conforme al acto de creación.
3. Concepto técnico de la DIPROSA aprobando la organización de la DICASA.

Adopción del Manual de cargos y funciones

1. Decreto de adopción del manual de cargos y funciones para la DICASA.
2. Realización del análisis ocupacional.
3. Definición del perfil y los requisitos de los cargos necesarios.
4. Decreto mediante el cual se adopta el manual específico de funciones y requisitos de los organismos de dirección y suministro de servicios.

Inscripción en la ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa

1. Certificación de la Dirección de Recursos Humanos de la DIPROSA sobre los funcionarios de la DICASA y de la EMISA cantonal.
 - a. Lista del personal de libre nombramiento y remoción

- b. Lista de empleados de Carrera Administrativa
- c. Situación actual del proceso de inscripción de cada empleado certificado por la Comisión de Servicio Civil.

El mismo proceso debe realizarse para los funcionarios que serán transferidos a la Administración Municipal por parte de la Provincia.

- 2. Definición del mecanismo de selección para proveer los cargos de carrera administrativa conforme a las disposiciones vigentes.
- 3. Ordenanza para la inscripción en carrera administrativa de los funcionarios seleccionados.
- 4. Establecimiento del régimen de calificación de servicios.

Inscripción en el Código de Trabajo

- 1. Certificación de la Dirección de Recursos Humanos de la DIPROSA.
 - a. Lista de trabajadores oficiales.
 - b. Lista de trabajadores con contrato de servicios.
 - c. Lista de trabajadores inscritos por la Comisión del Código del Trabajo.
- 2. Definición del mecanismo de selección para proveer los cargos de trabajadores.
- 3. Ordenanza para la inscripción en el código de Trabajo.
- 4. Definición del régimen de calificación de servicios.

Afiliación al IESS.

- 1. Presentación de listados completos, actualizados y certificados de la afiliación de los funcionarios de la DICASA y de la EMISA cantonal a los fondos de cesantías, de pensiones y de salud del IESS. Se incluye identificación, nombre, cargo, pensión, seguridad social y cesantías.
- 2. Análisis y aprobación de la documentación por la Dirección de Recursos Humanos del MINSALUD.
- 3. Definición del pasivo de prestaciones por el IESS.

Creación de la EMISA cantonal

1. Estudio de factibilidad técnico y financiero de la Oficina de Planificación que sustente la transformación de las entidades públicas de salud en EMISA cantonal. Debe establecer la estructura orgánica y funcional, su sede administrativa, las dependencias asistenciales y la organización a través de las áreas funcionales básicas: Dirección, logística y atención al usuario.
2. Acuerdo del Concejo Municipal mediante el cual se crea la EMISA cantonal para el tratamiento primario.
3. Actas notariadas de cesión de recursos humanos, físicos y financieros a la DICASA por parte de la DIPROSA

Contratación de servicios

1. Celebración de contratos entre la DICASA y las EMSUBSIDIO para la afiliación de los beneficiarios carnetizados.
2. Celebración de contratos entre las EMSUBSIDIO y las INSALUD y EMISA cantonal para el suministrar servicios de salud a los afiliados.
3. Copia de los contratos suscritos.

Creación del FONCASA

1. Acuerdo del Consejo Municipal que crea y reglamenta el FONCASA.
2. Constancia de apertura de la cuenta a nombre del FONCASA expedida por el BNF.
3. Acta de posesión del tesorero municipal y expedición de la póliza de manejo
4. Constancia de la Contraloría Municipal sobre acreditación de los responsables fiscales del Municipio y del Programa Anual Mensualizado de Caja aplicable al FONCASA.
5. Concepto de viabilidad de la Secretaría de Finanzas para girar los recursos desde el FONASA.

Organización del SIS.

1. Resolución del Alcalde por la cual adopta el SIS para la DICASA.
2. Descripción de la información requerida en diagnóstico situacional, planes, proyectos, programas, red de servicios, participación comunitaria, vigilancia y control de calidad.
3. Concepto técnico de la DINASIS.

REGISTRO OFICIAL N°.365 DEL 10 DE JULIO DEL 2001
PLAN NACIONAL DESCENTRALIZACIÓN

COMISION NACIONAL DE DESCENTRALIZACIÓN,
AUTONOMIAS Y CIRCUNSCRIPCIONES TERRITORIALES.

PLAN DE DESCENTRALIZACIÓN

1. MARCO CONCEPTUAL.

1.1. Antecedentes.-

El presente plan de descentralización ha sido preparado para responder al mandato establecido por la trigésima segunda disposición transitoria de la constitución política de la Republica.

Representa el termino de una fase en la cual han confluído dos elementos: La formulación progresiva de normas, leyes o reglamentos ,dirigidos a caer las condiciones básicas para que el sistema sea posible ;y un consenso nacional que se ha fortalecido con el tiempo, acerca de la necesidad de descentralizar la gestión publica de los servicios y el poder político.

El propone pasar: a) De una estructura del estado basada en sectores, a una que considere el aspecto territorial; b) De un estado estructurado por delegación a medias (desde el poder central), a una estructurado por la representación, en el que la autoridad se construirá sobre la elección por votación popular; de un Estado sustentado en el régimen dependiente sectorial, a uno basado en el régimen autónomo.

En esencia, quiere precisar qué, como, con que recursos se descentralizará, hacia quien y en cuanto tiempo.

1.2. Marco Constitucional Y Legal.

El Marco jurídico de la descentralización esta dado por 10 leyes, desde la superior y la fundamental: la Constitución Política de la República hasta la mas específica, la ley especial de descentralización del Estado y dela participación social.

Están además la Ley de Modernización del Estado y su reglamento general, la Ley Especial de Distribución del 15% del Presupuesto Central, el Reglamento de Aplicación de la Ley de Gobiernos Seccionales, las leyes de Régimen Municipal, Régimen Provincial, Régimen para el Distrito Metropolitano de Quito y el Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva.

Otras leyes que aportan a la descentralización son las de Desarrollo Seccional, especial para la contratación de interés sociales y las que crean el Fondo de Desarrollo Provincial y el Fondo de Solidaridad.

1.2.1. La Constitución vigente desde 1998 marca algunos signos diferenciadores. Si la anterior era declarativa al proclamar el Estado ecuatoriano es descentralizado esta avanza en la dirección de viabilizar su ejecución, es mas clara y explicita.

Dedica un capitulo entero a la descentralización; busca despejar la superposición de competencias entregado a los concejos provinciales la ejecución de obras en el sector rural; fortalece la autonomía de la Consejos Provinciales, Consejos Municipales, Juntas Parroquiales y circunscripciones territoriales indígenas y Afro ecuatorianas; defiende el criterio de solidaridad y equidad d los recursos estatales incluye los criterios de control social y rendición de cuentas en el Régimen seccional autónomo, y crea los regímenes especiales de administración territorial por consideraciones demográficas y ambientales. Galápagos y la Amazonía entran en este concepto.

La constitución establece por principio de todas las áreas se pueden descentralizar. Por excepción señala las que deben mantenerse a nivel central: "La defensa y las seguridades nacionales, la dirección de las políticas exterior y las relaciones internacionales, la política económica y Tributaria del Estado, La gestión del endeudamiento externo y aquellas que la constitución y convenios internacionales expresamente excluyan ". Esta discriminación abre el universo descentralizable.

Finalmente, deja la puerta abierta para que los concejos provinciales y los concejos Municipales puedan asociarse. Este principio de mancomunidad es ratificado por las leyes de descentralización, la ley de Régimen Municipal y de Régimen para el Distrito Metropolitano de Quito.

1.2.2. La ley especial de descentralización y participación social define la transferencia definitiva de funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos (Descentralización) hacia los Gobiernos seccionales autónomos; y la delegación en forma permanente, (Desconcentración) y el ejercicio de una o mas atribuciones desde un organismo publico hacia otro órgano dependiente provincial o no. Esta ley incluye las finalidades principales de la descentralización y participación social referida a la distribución equitativa de los recursos, a la eficiencia de prestación de servicios públicos, al fortalecimiento de las capacidades locales y la consolidación de la gestión autónoma.

Busca definir claramente las relaciones de la función Ejecutiva y los gobiernos seccionales autónomos fomentar y ampliar la participación publica, transformar la organización administrativa y financiera del Estado y fortalecer las instituciones del Régimen Seccional Autónomo. Incluye disposiciones de transferencias de recursos en concordancia con a ley del 15%, establece las condiciones necesarias para suscribir convenios en el caso de la transferencia y delegación de funciones.

Igualmente, regula los términos de la desconcentración del Estado, la existencia de programas en este sentido, la determinación de funciones desconcentradas y el fortalecimiento de los organismos de desarrollo regionales.

Esta ley tiene normas explícitas y operativas para involucrar activamente todos los sectores sociales en la vida jurídica, política cultural y económica del país con la finalidad de mejorar las condiciones de vida y propiciar una justa distribución de los servicios y recursos públicos.

Los principios de la participación social son: Democracia, equidad social y de género, pluralismo, respeto y reconocimiento a los valores de los pueblos indígenas, negros y demás grupos étnicos; y describe las formas reconocidas de participación social a nivel local.

- 1.2.3. Por su parte, la ley de Modernización del Estado proclama la descentralización como eje de esta, fortalece el principio y la aplicación de la desconcentración al normar la delegación de actividades a la iniciativa privada (Privatizaciones) y la delegación de atribuciones hacia funcionarios delegados que las ejerzan a nivel Seccional.

Establece escasamente normas generales para la descentralización. En cuanto a la desconcentración determina que cada entidad pública establecerá un programa de concentración de atribuciones, funciones y responsabilidades a sus órganos regionales y provinciales. Además autoriza al presidente de la República a reorganizar y suprimir entidades públicas cuyas naturalezas haya dejado de ser prioritaria o indispensable o que no presten una atención eficiente y oportuna a las demandas de la sociedad.

- 1.2.4. La ley Especial de Distribución del 15% del Presupuesto del Gobierno Central para los Gobiernos Seccionales se propone regular la distribución, manejo, transferencia y control de dicha asignación

establecida en la constitución Política, para planes o proyectos de inversión, sin perjuicio de otros recursos que se asignan. La Ley crea el fondo de descentralización, que se distribuirá en un 70% a los Municipios y un 30% a los concejos provinciales aplicando criterio de distribución de acuerdo a la presencia de población con necesidades básicas insatisfechas., superficie territorial y volúmenes de población. La Constitución establece, a su vez criterios referidos al numero de habitantes, necesidades básicas insatisfechas a la eficiencia en la administración de los recursos, la capacidad de los regímenes seccionales de contribuir a su propio desarrollo y el impacto sobre las condiciones de vida de su población objetivo.

- 1.2.5. Las leyes de Régimen Municipal, régimen Provincial y Regímenes especiales, especifican las funciones de estos niveles de gobiernos en materia de planificación y ejecución de acciones de desarrollo.

Hay que recordar que la Constitución vigente modificó la forma de integración de los consejos provinciales para efectos de ampliar su composición y fortalecer la representatividad de todos los cantones que integran la provincia, y le señaló funciones específicas de ejecución de obras a nivel rural.

1.3. LA DEMORA EN LA DESCENTRALIZACIÓN.

A pesar del importante conjunto de normas legales que animan la descentralización y establecen las condiciones para su aplicación, es evidente su retraso.

Al no llevarse a la práctica los principios legales, se ha prologado la situación de ineficiencia estatal, de creciente inequidad geográfica y de divorcio entre los representados y sus representantes.

1.4. VENTAJAS DE DESCENTRALIZACIÓN.-

El análisis de lo que implica la descentralización, concebida como un instrumento para mejorar las condiciones de vida de los ecuatorianos y no como un objetivo en sí, permite apreciar alguno de sus ventajas.

1.4.1. La transferencia de la gestión de los servicios a las instancias locales permiten aproximar la gestión y el control de los servicios a los beneficiarios y consiguientemente incrementar su efectividad.

1.4.2. La descentralización es sobre todo, un ejercicio de solidaridad a distintos niveles, tanto para un desarrollo armónico del país como para una superación de las iniquidades territoriales y sociales. Impulsa la solidaridad entre los diversos actores para el establecimiento y perfeccionamiento de mecanismo de cooperación en la gestión pública.

Sobre esta base se podrán suprimir, en forma deliberad, desequilibrios entre regiones, entre áreas urbanas y rurales, y entre estratos y grupos de población, incorporando así el criterio de euidaden el acceso y distribución de los recursos nacionales.

1.4.3. Promueve una mayor democratización, nuevas formas de consultas y de participación social, nuevas instancias y de participación social, nuevas instancias y sistemas de representación. Actualmente la participación ciudadana tiene algunas limitaciones. Hay una ausencia de mecanismos de vinculación entre las instancias de representación y las formas de participación. El ciudadano esta alejado del control sobre la gestión publica esta distantes del poder y de los espacios donde se deciden los programas y las inversiones estatales.

La descentralización arroja mejores resultados cuando las comunidades locales tiene un alto grado de participación, porque están en capacidad de brindar mayor información sobre sus

preferencias. A su vez, un buen nivel de participación acrecienta la exigencia de la descentralización.

2. OBJETIVOS.-

2.1. Objetivos finales.

Todas las consideraciones anteriores prefiguran los objetivos de la descentralización:

- 2.1.1 Mejorar la provisión de servicios en calidad y cantidad, con la modernización del Estado, un nuevo diseño institucional representativo y sostenible, con reducción de costos administrativos y una cercanía entre las autoridades elegidas y los ciudadanos;
- 2.1.2 Crear nuevas condiciones entre los distintos sectores del país sobre la base la paulatina superación de las enormes diferencias regionales, la distribución mas representativa de los recursos, de forma de interrelación e integración regionales y la aplicación de políticas de programas generales que armonicen al país.
- 2.1.3 Profundizar la democracia motivando la participación de los ciudadanos en las decisiones y las políticas de sus comunidades, y transformado las condiciones de relacion entre representación política y participación social.

3. METODOLOGÍA DEL PLAN

3.1. Características del plan.

Las características del Plan de Descentralización pueden resumirse; en tres: parte de reconocer y tomar en cuenta la diversidad; entiende la descentralización como un mecanismo flexible; y facilita las interrelaciones entre actores.

Desde la misma constitución, hay un reconocimiento explícito del carácter diverso del Ecuador y la necesidad de sustentarse en esa diversidad para adaptar el conjunto de bienes y servicios que ofrece el sector publico a las

preferencias y características de los distintos sectores. En el camino irán tomando forma, distintas alternativas de transferencias de competencias que enriquecerán el sistema.

Hay diversas experiencias en América Latina con respecto a este punto, y que van desde una transferencia tanto de ingresos como de gastos, hasta formar mixtas en las que el poder central retiene partes del conjunto.

Decimos que se trata de un sistema en cuanto a la transferencia y la plena ejecución de las competencias se dará en forma progresiva, de acuerdo a la naturaleza de la competencia transferida y del desarrollo de quienes la asumirán. Por tanto, el incremento de recursos transferidos serán también progresivo.

La descentralización debe ser flexible para dar cabida a la diversidad. Se debe pensar que la transferencia de competencias ocurre hacia varios órganos de poder de distinto nivel y naturaleza. Todas las competencias transferibles son materia de una negociación institucional que, a su vez, convierte al sistema en flexible al máximo, y en un escenario de coordinación entre los diferentes actores, tanto del sector público como de la sociedad. Esta flexibilidad contempla también la posibilidad de la subsidiaridad, en el sentido de que las entidades centrales no intervendrá si no por defecto de las que asumieron la competencia.

Se trata de una reestructura del conjunto del Estado y no solo de un nivel. Ya nos planteamos al inicio de este documento, la necesidad de una estructura sectorial descentralizada que afecta a todos los niveles del Estado, hacia una estructura territorial descentralizada. Por esta razón, se busca diseñar progresivamente un esquema de encuentro entre lo sectorial y lo territorial. Incluso puede pensarse en proyectos piloto sectoriales y territoriales en una selección de territorios con balances regional y alta representatividad social.

La concepción de un sistema flexible obliga a trabajar sobre la base de una tipología de competencias y los respectivos objetivos, etapas y mecanismos de transferencia.

3.2. Alcance del plan.

EL nuevo modelo de gestión para el Ecuador, redactado por la anterior Comisión, redactado por la anterior Comisión de Descentralización, aborda la forma que alcanzará el funcionamiento del Estado, atendiendo tres aspectos fundamentales: El político que busca un sistema mas representativo y participativo; el administrativo con una redefinición de las competencias para los distintos niveles de gobierno; y el fiscal para alcanzar una redistribución mas equitativa de los recursos estatales.

El Plan de Descentralización que aquí se propone, por su parte, nos acerca a la construcción del modelo a partir de un conjunto normativo de programas coordinados en trono a las preguntas básicas, que transferir, hacia que nivel de gobierno y con que recursos necesarios para gestionar la transferencia.

Atendiendo a lo dispuesto en la Constitución, estas transferencias serna obligatorias para el Ejecutivo pues no podrá negarse a la demanda d e una competencia por parte de los gobiernos seccionales, pero optativos para éstos en la medida en que las transferencias se establecerán por convenios expertos en cada caso.

El cumplimiento del plan, por tanto, se ajusta a la voluntad y capacidad de los gobiernos seccionales de asumir competencias, mientras que el Gobierno Central tendrá que hacerlo necesariamente. El proceso de descentralización descansa exclusivamente sobre la voluntad de los actores para recibir competencias.

3.3. Fases del Plan.

Tres propuestas son importantes a tener en cuenta para el éxito del plan : difundir las experiencias que vayan produciéndose en provincias y cantones;

fortalecer a estos para que ganen capacidad de gestión; y descentralizar a partir de una concertación participativa con los actores.

Mientras tanto, a nivel central es necesario determinar los recursos disponibles para la administración de las competencias, para ejecutar la descentralización de manera transparente y ampliamente comunicada, fortaleciendo la administración financiera particularmente subnacional y buscando mitigar la heterogeneidad provincial y cantonal del país.

Las últimas fases de aplicación atienden a lo ya señalado: negociación entre actores para conseguir una amplia base de aceptación, con el diseño de acuerdos y pactos sociales locales, regionales y nacionales, pues si la acción se centra en las demandas de la población y de las instituciones, se darán consensos en forma creciente, ejecución de las transferencias y los recursos pertinentes de manera automática, y la evaluación de los casos de descentralización.

4. APLICACIÓN

En síntesis, la aplicación del plan debe responder a cuatro preguntas básicas:

4.1. **¿Qué descentralizar?** con los casos de descentralización que debe impulsarse, y con el correspondiente fortalecimiento institucional que se requiera en cada caso, sin que esta sea óbice para que opere la descentralización. (ver literal b) del punto 4.5.

4.2. **¿A quien descentralizar?** A partir de lo determinado por la constitución en cuanto al papel que jugará cada nivel de gobierno seccional y obedeciendo a la potestad auto definitoria concedida a los gobiernos seccionales. Si existiera desacuerdo con respecto a la capacidad de gestión del órgano receptor de la competencia, esto serán dirimidos por la Comisión Nacional de Competencia, pero teniendo presente el carácter obligatorio de la transferencia para el ejecutivo y potestativo para el gobierno Seccional receptor.

4.3. **¿Con que recursos descentralizar?** Que implica una distribución del presupuesto estatal de manera transparente, directa, predecible, redistributiva y en concordancia con las competencias asumidas. Es pertinente aquí realizar un ejercicio teórico para establecer los costos de una competencia.

4.4. **¿Cómo descentralizar?** Aplicando sistemas ágiles negociación y suscripción de convenios, y plazos muy perentorios para la transferencias.

Como la descentralización sufre un retraso en el Ecuador, las acciones descentralizadoras son urgentes, no admiten mas dilaciones.

En cuanto a los sectores en los que se agrupan las competencias, para efectos de sistematizar y facilita el proceso, el plan se acoge a la propuesta del modelo, a partir de una primera y básica diferenciación.

- a) Los sectores que no pueden descentralizar y que, según la Constitución deben quedar a nivel central, son "la densa y la seguridad nacional, la dirección de la política exterior y las relaciones internacionales, la política económica y tributaria del Estado, la gestión del endeudamiento externo y aquellas que la constitución y convenios internacionales expresamente excluyan",y,
- b) El resto de las competencias.

En cada una de las competencias consideradas por los diferentes sectores, se ha determinado la forma en que se deben ejecutar las atribuciones, funciones y responsabilidades ya sea de manera centralizada a nivel nacional de maneras descentralizada (exclusiva o concurrente entre los distintos niveles provincial y cantonal.).

La transferencia deberá cumplirse de acuerdo con los términos de los convenios entre los organismos centrales y los gobiernos seccionales, pero, en ningún caso en un plazo mayor de seis meses.

En este plan se señala un conjunto de competencias que se pueden transferir desde los diferentes sectores del gobierno, bajo el criterio de que la transferencia es obligatoria para los organismos centrales, pero optativa para los receptores. Por lo tanto, el señalamiento que se hace a continuación, no excluyen otros casos que se deban incorporar en el ejercicio práctico de la descentralización.

Sector 1: Planificación y administración general.

Sistema Nacional de Planificación.

Cada entidad debe hacerse cargo de su propia planificación, de fijar sus propios objetivos y políticas tendientes a su desarrollo. De igual manera, cada entidad debe procurar, por su cuenta, los recursos para la gestión

De esta competencia, además de los que ha recibido junto con aquella desde el centro.

Sector 5 : Salud:

Promoción / Prevención

Esta competencia comprende la construcción de entornos saludables: educación para la salud participación social, y comunicación social; prevención de epidemias y control de vectores.

- ◆ El Gobierno Nacional se reservará la formulación de políticas y normas nacionales, el control, la planificación y el funcionamiento de esta competencia. Delegará la planificación de las áreas operativas y de los a nivel cantonal.
- ◆ El gobierno provincial podrá asumir las atribuciones de dirigir y coordinar las actividades de las dependencias involucradas en el sector salud; ejercerá el control y actuará en la planificación.
- ◆ Dentro del ámbito de sus gestiones, el municipio podrá asumir la formulación de políticas y normas locales(tendientes a la prevención de riesgos), el control, la planificación, el financiamiento, la operación de algunos servicios y la construcción de infraestructura. El financiamiento se dará sin

perjuicio de la exoneración que corresponde a las personas que no pueden pagar las tasas correspondientes.

- ♦ Se propone crear el Consejo Cantonal de Salud, un órgano de planificación y coordinación cantonal de la salud, con los diversos actores, públicos y.
- ♦ Los hospitales (en todos sus niveles) mantendrá la operación, bajo la dirección concurrente del nivel nacional, provincial y cantonal; además, tendrían que apoyar a la investigación y el desarrollo científico.

PRESTACIÓN COLECTIVA (ACCION PUBLICA DE SALUD).

La acción de Alud publica comprende todas las actividades relacionadas con epidemias vacunaciones y la prevención colectiva. Desde el nivel nacional se delegará la planificación de las áreas operativas y de los servicios, al Consejo Cantonal de Salud transfiriéndole los recursos que corresponden. Las atribuciones para el nivel nacional, provincial y cantonal serían iguales a las establecidas en las competencia anterior.

PRESTACIÓN INDIVIDUALIZADA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Esta competencia comprende todas las actividades relacionadas con la prestación de servicios ambulatorios de salud hospitalarios en primer nivel de atención; vacunación, promoción educación (puesto de salud, subcentros y centros de salud, hospital cantonal).

- ♦ Al Gobierno Nacional le corresponde la fijación de políticas y normas nacionales; la planificación agregada de los servicios y su financiamiento.
- ♦ El gobierno Provincial podrá asumir la planificación, dirección, coordinación y control de todas las actividades de las entidades provinciales así como el financiamiento a recibir.

- ♦ Los municipios podrá asumir todas las atribuciones: políticas locales control, planificación, financiamiento a recibirlos recursos correspondiente.
- ♦ La gestión municipal de los servicios se basará en el modelo de los consejos cantonales de salud para la fijación de políticas, calificación, normas, control, planificación, financiamiento.

PRESTACIÓN INDIVIDUALIZADA DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.

Esta competencia comprende las actividades relacionadas con la prestación de servicios de salud ambulatorios y hospitalarios en el segundo nivel de atención (hospitales provinciales).

- ♦ Al Gobierno Nacional le corresponderá la fijación de políticas y normas nacionales, el control, la planificación de los servicios y su financiamiento.
- ♦ El Gobierno Provincial podrá dirigir y coordinar todas las actividades de las entidades provinciales relacionadas con la competencia. Adicionalmente, ejercerá el control, la planificación, financiamiento a recibir, operación y la construcción de infraestructura.

PRESTACIÓN IDIVIDULIZADA DE TERCER NIVEL.

La Competencia comprende todas las actividades relacionadas con la prestación de servicios de salud ambulatorios y hospitalarios en el tercer nivel de referencia. Incluyen los hospitales de especialidades (Ej: Eugenio Espejo, en Quito; Abel Gilbert en Guayaquil), especializados (en una sola rama Ej: Alberto Valenzuela en neumología); y, los generales de referencia nacional.

SECTOR 6: BIENESTAR SOCIAL

GERONTOLOGIA Y DISCAPACITADOS.

El Gobierno Nacional formulará las políticas y normas nacionales; ejercerá el control, y concurrirá con la planificación y el financiamiento. Los municipios podrán recibir la operación y la construcción de infraestructura; la formulación de políticas y normas locales, el control, la planificación y el financiamiento dentro de su jurisdicción.

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

Las entidades nacionales desconcentrarán la prestación de los servicios hacia los municipios. Estos podrán asumir la fijación de políticas, el control, el financiamiento (subvenciones), la planificación, la operación, y la construcción de infraestructura. Podrá asumir también la atribución de velar por la defensoría de derechos o control social. Los Municipios podrían delegar estas atribuciones a organizaciones no gubernamentales.



REGISTRO OFICIAL N°.349 DEL 18 DE JUNIO DEL 2001

No. 1581

Gustavo Noboa Bejarano

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

C O N S I D E R A N D O:

Que el Art. 1 de la Constitución Política de la República señala que el Gobierno del Ecuador es de administración descentralizada;

Que el Art. 225 de la Constitución Política de la República prescribe que el Estado impulsará mediante la descentralización y la desconcentración, el desarrollo armónico del país, el fortalecimiento de participación ciudadana y de las entidades seccionales, la distribución de los ingresos públicos y de la riqueza;

Que así mismo ordena que el Gobierno Central transferirá progresivamente funciones, atribuciones, competencias, responsabilidades y recursos a las entidades seccionales autónomas u otras de carácter regional. Desconcentrará su gestión delegando atribuciones a los funcionarios del régimen seccional dependiente;

Que el Art. 226 de la Constitución Política de la República dispone que las competencias del Gobierno Central podrán descentralizarse, excepto la defensa y la seguridad nacional, la dirección de la política exterior y las relaciones internacionales, la política económica y tributaria del Estado, la gestión de endeudamiento externo y aquellas que la Constitución y convenios internacionales expresan excluyan;

Que por mandato del Art. 226 de la Constitución Política de la República, en virtud de la descentralización, no podrá haber transferencia de competencias sin transferencia de recursos equivalentes, ni transferencia de recursos, sin la de competencias;

Que la descentralización será obligatoria cuando una entidad seccional la solicite y tenga capacidad operativa para asumirla;

Que la Ley de Descentralización del Estación y Participación Social, que se publicó en el Registro Oficial # 169 de 8 de Octubre de 1.977, tiene como propósito impulsar la ejecución de la descentralización y desconcentración administrativa y financiera del Estado, y la participación social en la gestión pública;

Que la descentralización tiene por objeto acercar la responsabilidad de los servicios a los usuarios, mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y facilitar la rendición de informes y cuentas de los servicios descentralizados; y,

En uso de la atribución que le confiere el numeral 5 del Art. 171 de la Constitución Política de la República.

D E C R E T A :

EL SIGUIENTE

REGLAMENTO A LA LEY DE DESCENTRALIZACIÓN DEL ESTADO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.

CAPITULO 1

AMBITO DE APLICACIÓN

Art. 1.- Las disposiciones de este reglamento se aplicarán a las entidades, organismos y dependencias del Gobierno Central Estado y otras del sector público; a las que integran el régimen seccional autónomo; y, a las personas jurídicas creadas por ley para el ejercicio de la potestad estatal, para la prestación de servicios públicos descentralizados o para desarrollar actividades económicas de responsabilidad del Estado.

CAPITULO 2

DE LOS CONVENIOS DE TRANSFERENCIA DE FUNCIONES, RESPONSABILIDADES Y RECURSOS

Art. 2.- Para la suscripción de los convenios señalados en el Art. 12 de la Ley de Descentralización, el Ministro y la entidad seccional autónoma deberán haber identificado y acordado, las funciones, responsabilidades, competencias y recursos que transferirán o recibirán respectivamente, y los compromisos que asumirán.

Art. 3.- Previa a la suscripción de los convenios, el Ministro y las entidades seccionales autónomas deberán emitir sendos acuerdos ministeriales y resoluciones sobre las funciones y competencia que transferirán y recibirán, respectivamente. Las resoluciones de las entidades autónomas deberán declarar su capacidad para asumir nuevas funciones, responsabilidades, competencias y recursos.

Art. 4.- Los convenios serán suscritos por el Presidente de la República, el Ministro que transfiere las funciones y competencias, el Ministro de Economía y Finanzas y los representantes legales del Gobierno Seccional Autónomo recipiente.

Art. 5.- Los convenios contendrán:

Los nombres de los participantes y la calidad en que intervienen.

Los antecedentes y, entre ellos, la referencia a los estudios que se hubieren realizado.

Las obligaciones y derechos de las partes.

Las competencias que se hubieren identificado como transferibles.

Las que efectivamente se transfieren con una debida enumeración y descripción.

El plazo de inicio y las condiciones, si las hubiere, requerido para que operen las competencias y funciones que se transfieran.

Los recursos financieros que se transferirán, con indicación de las partidas presupuestarias correspondientes o los derechos de cobro sobre impuestos relacionados con las competencias, atribuciones y funciones transferidas.

Los recursos humanos, técnicos, materiales y equipos que se transferirán, debidamente especificados.

Las condiciones de políticas generales, coordinación y control que se conservarán en el Ministerio, organismo o dependencia central.

Una cláusula de denuncia del convenio en el caso de que no se haga efectiva la entrega de los recursos determinados para la transferencia.

Una cláusula sobre controversias que se sujetarán a la resolución de la Comisión Nacional de Competencias.

Una cláusula de subsidiariedad del Gobierno Nacional sobre las transferencias, de acuerdo con el Art. 17 de la Ley de Descentralización.

Una cláusula sobre la transferencia de información, asesoría, expedientes y archivos.

Una cláusula sobre el procedimiento, términos y resoluciones respecto de los trámites pendientes.

Los documentos habilitantes de la capacidad de las partes.

Las cláusulas que fueren necesarias para el caso.

Art. 6.- Los Ministerios y entidades seccionales autónomas podrán también suscribir convenios generales, con la enumeración y descripción de las competencias por transferirse que, posteriormente, pueden perfeccionarse con uno o más adendums sobre las competencias que efectivamente se transfieran.

Art. 7.- Los convenios entrarán en vigencia inmediata, sin perjuicio de su publicación en los medios de comunicación social, locales o nacionales. No hará falta su publicación en el Registro Oficial.

Art. 8.- el Ministro o máxima autoridad del organismo central deberá atender la solicitud de descentralización de competencias y funciones, formulado por un organismo seccional, en el término perentorio de treinta días.

Art. 9.- En el caso de que la autoridad requerida no respondiera a la solicitud, se entenderá que ha sido aceptada. Con la aceptación expresa o tácita, las partes designarán delegados para acordar los términos del convenio de transferencias de competencias y recursos.

Art. 10.- El convenio de transferencia de competencias y recursos deberá ser suscrito por las máximas autoridades del organismo centralizado y del Gobierno Seccional Autónomo, en el término de noventa días. Si la autoridad máxima del organismo central se opusiera o retardare negligente o deliberadamente la firma del convenio, se entenderá que ha sido aceptado en los términos constantes en la solicitud del organismo receptor. En este evento, no hará falta el requisito contemplado en el Art. 3 de este reglamento.

Art.- 11.- En el evento de negligencia u oposición señalado en el artículo anterior, la máxima autoridad del organismo receptor dirigirá una solicitud al Ministerio de Economía y Finanzas, para que ejecute la transferencia de recursos que correspondan a las competencias, funciones y atribuciones que asumirá. La solicitud deberá ser atendida expresamente en el término de treinta días. En caso contrario, el organismo receptor pedirá la intervención de la Procuraduría General del Estado.

Art. 12.- Al tenor del Art. 8 de su ley orgánica, la Procuraduría General del Estado, requerirá a los organismos y entidades centrales, que atiendan oportuna y diligentemente las solicitudes de transferencia de competencias y recurso, o que dejen sin efecto actos ilegales e infundados que se opongan al proceso.

SISTEMAS DE INFORMACION DEL “RIDESS”

RED DE SERVICIOS DE SALUD DEL CANTON SALINAS

SISTEMAS DE INFORMACION

OBJETIVO

Contar con un sistema de información moderna en los diferentes proveedores de salud del cantón que permita integrar el servicio de la red a través de un servidor que facilite disponer de la información necesaria y oportuna, así como de la intercomunicación, que optimice la atención, y que se constituya en una herramienta de trabajo y un medio para salvar vidas.

FINALIDAD

Contar con un sistema de información integrado a través de una red moderna de computación que contenga una base de datos de los habitantes del cantón, con sus historiales clínicos, su carnetización y categorización, información disponible en todos los sitios en que funcione la red de salud.

PROPOSITO

Optimizar los servicios de salud en el cantón salinas, con una herramienta moderna que de mayor eficiencia y calidad al servicio; equidad a los usuarios. Y optimice la gestión gerencial, de planificación, organización y funcionamiento de la red.

IDENTIFICACION DEL SISTEMA

ENTORNO.

POBLACION.- El cantón Salinas cuenta con una población fija aproximadamente de 56.508 habitantes de los cuales

Menores de 1 año:	1.303	De 1 a 4 años:	4.857	De 5 a 14 años :	11.676
De 15 a 49 años:	31.931	De más de 50 años:	7.032.		

Que participa en la red como asociación de usuarios de los servicios de salud ASUSA.

De estos el 50,3% son hombres y 49,7% mujeres; el 71,5% es rural y el 28,5% urbana. Esta población se ocupa en servicios el 26,0%; en comercio el 17,0% y en industria el 16,9%, distribuidos en los sectores: Bazan, Ciudadela Italiana, Santa Rosa, Frank Vargas P., José Luis Tamayo (Muey) y Anconcito con una población flotante en temporada playera de más de 200.000 habitantes.

TURISMO.-Salinas es uno de los cantones más importantes de la Provincia del Guayas se encuentra ubicado en la Península de Santa Elena, constituye uno de los balnearios más importantes de Sud América con potencialidad turística Nacional e Internacional que incrementa su población flotante en temporada de mas de 200.000 habitantes.

PROVEEDORES.- El cantón Salinas cuenta con catorce centros de Salud, distribuidos en sus parroquias urbanas y rurales, y que brindan similares servicios. Y que dependen del M.S.P., del Municipio, de Las Fuerzas Armadas, de O.N.Gs. y Clínicas Particulares. Además de proyectos de apoyo como MODERSA.

ORDEN LEGAL.- La constitución de la república a través de los artículos: 42, 43, 44, 45, 46, 55, 225 ley de Descentralización de servicios de salud, 226 transferencia de competencias.

COMPETIDORES.- Servicios de salud, y redes de salud existentes en los cantones vecinos como La Libertad y Santa Elena, donde las distancias son muy cortas.

SUBSISTEMAS

Hospitales y Centros de Salud del M.S.P.; Centros de Salud Municipales; Clínicas de las Fuerzas Armadas; otras Clínicas y consultorios médicos particulares e Instituciones de salud O.N.Gs. que se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

1 Clínica de Atención Especializada	Fuerza Aérea
1 Clínica	Base Naval
1 Dispensario	Cruz Roja
1 Consultorio Público	Escuela Sagrados Corazones
1 Centro de Salud Municipal	Iglesia San Judas Tadeo
1 Hospital José Garcés Rodríguez - MSP	Ciudadela Frank Vargas Pazzos
1 Sub Centro de Salud San Judas Tadeo	Ciudadela Frank Vargas Pazzos
1 Centro de Salud Municipal	Santa Rosa
1 Centro de Salud Municipal	José Luis Tamayo
1 Centro -Hospital del Ministerio de Salud	Santa Paula (José Luis Tamayo)
1 Sub-Centro del Ministerio de Salud	Anconcito
1 Consultorio Médico Municipal	Anconcito
1 Policlínico privado Santa María	Salinas – Chipipe
1 Policlínico Privado "Cigüeña"	Salinas – Santa Paula

SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE SERÁN APLICADOS A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

➤ SISTEMAS DEL NIVEL OPERATIVO

Las acciones de rutina que se van a llevar a cabo en los diferentes prestadores de salud entre tenemos: **flujo de caja, flujo de atención al cliente, protocolos de tratamiento, compra de medicamentos e insumos, créditos con los proveedores, censos diarios de camas hospitalarias stock de medicinas e insumos hospitalarios, investigación de operaciones** etc.

➤ SISTEMAS DEL NIVEL GERENCIAL

Como herramientas necesarias aplicadas en el sostenimiento de las unidades **en el aspecto administrativo, técnico, financiero y permitir la supervivencia de la misma.**

➤ SISTEMAS DEL NIVEL ESTRATÉGICO

Que permita a los directivos conocer permanentemente los indicadores que se generen en las actividades de la red y **realizar actividades necesarias de planificación, programación y control.**

MODELOS GERENCIALES QUE SE APLICARAN A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

- **MODELO NARRATIVO.-** Se aplicará tanto la forma oral como escrita: se comunicará en forma verbal sobre los procedimientos y políticas del servicio de la red, y se documentará por escrito todos los procesos a llevarse a cabo, como historias clínicas, los balances, los protocolos, las facturas de compra de medicina e insumos.
- **MODELO FISICO.-** Establecer patrones de distribución física de los diferentes servicios de salud, que sean funcionales y que guarden relación entre servicios afines y que las actividades se realicen con criterio ergonómico, de buena ventilación e iluminación, etc.
- **MODELO GRAFICO.-** Los centros de salud **tendrán diagramas de información a los usuarios sobre los servicios que se presten en cada uno de los servicios flujos de pacientes, organigramas que serán conocidos tanto por los clientes internos como los externos.**
- **MODELO MATEMÁTICO.-** Se implementará en los servicios **programas estadísticos como el Epi-Info** para procesamiento de datos y toma de decisiones.
- **MODELO FINANCIERO.-** Se introducirán programas **para el control del efectivo, pérdidas y ganancias, y todo lo relacionado al presupuesto.** Ejemplo Winsig.
- **MODELO ESTADÍSTICO.-** Proporcionará informes **estadísticos, perfiles epidemiológicos, proyecciones, tendencias, varianzas, medias, etc. a través del Epi-Info o Excel** que permitan implementar programas de monitoreo, prevención, y promoción, así como control de inventarios de medicinas e insumos para programar la compra de los mismos.
- **MODELO OPTIMIZACIÓN.-** Los prestadores de salud aplicarán **este modelo para tomar la mejor decisión entre varias alternativas**, a través de la programación lineal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN LA RED DE SALUD

- ✓ Mejoramiento de la calidad de la atención a los usuarios externos a través de la oportuna y pronta atención, al disminuir el tiempo de espera.
- ✓ Automatizar los procesos operativos y administrativos.

- ✓ Dar valor agregado al servicio que se presta
- ✓ Servir como ventaja competitiva frente a otros prestadores de salud.
- ✓ Aumentar la productividad y rendimiento de los servicios y del recurso humano.
- ✓ Disminuir costos de operación.

LA INFORMACIÓN COMO RECURSO ESTRATÉGICO

MODELO DE LAS FUERZAS COMPETITIVAS

- ✓ Servicios de Salud con personal Idóneo y equipamiento necesario en cada uno de los Centros médicos.
- ✓ Especialistas en el segundo nivel de atención con equipos de última tecnología y personal de apoyo debidamente capacitado y entrenado.
- ✓ Programa de promoción y prevención salud para todos los grupos etáreos; servicios de rehabilitación, estimulación temprana, evaluaciones periódicas y seguimiento de cuadros patológicos.
- ✓ Programas que disminuyan el costo a través de combos de salud (Controles de maternidad, ecografía, parto, post parto, atención al recién nacido).
- ✓ Alianzas con proveedores de medicinas e insumos que atiendan la necesidades en forma oportuna, y con descuentos que trasciendan al usuario, lo que permitirá disponer de un stock permanente a precios más bajos del mercado.
- ✓ Disponer de Laboratorios clínicos y gabinetes de Imagenología, que realicen exámenes a precios especiales.
- ✓ Servicio de ambulancia permanente para referir pacientes críticos con personal médico y paramédico debidamente entrenados.

MODELO DE LA CADENA DE VALOR

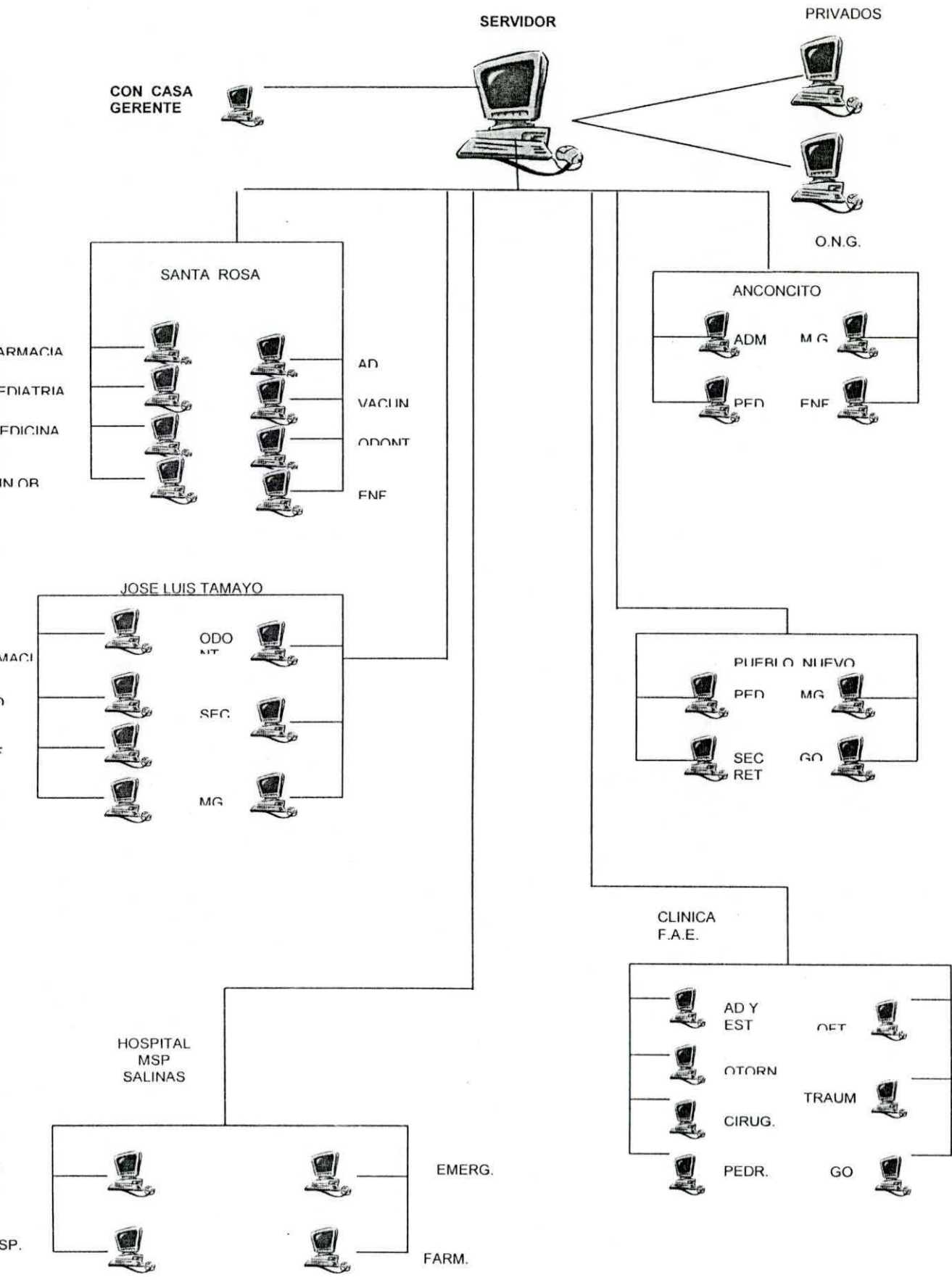
- ✓ Disponer de una base de datos de los usuarios del servicio, la misma que se puede tener acceso desde cualquier punto de la red, en la cual estén todos los datos relevantes de su historial clínico, antecedentes patológicos, tratamientos etc.
- ✓ Referencia y Contrarreferencia de pacientes hacia especialistas, laboratorios, gabinetes de Imagenología, con reportes rápidos, resultados a través de intranet hacia el expediente individual.
- ✓ Disposición del servicio de ambulancia con personal médico y paramédico.

- ✓ Información permanente al usuario interno y externo de las innovaciones tecnológicas de la red.
- ✓ Atención personalizada y humanizada, oportuna, con personal idóneo, competente debidamente capacitado y entrenado, comprometido con la misión, visión y planes estratégicos de la red.
- ✓ Administración y dirección con personal capacitado en administración de empresas de salud que apoyen los planes, los programas, y adopten las estrategias más convenientes para el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos.

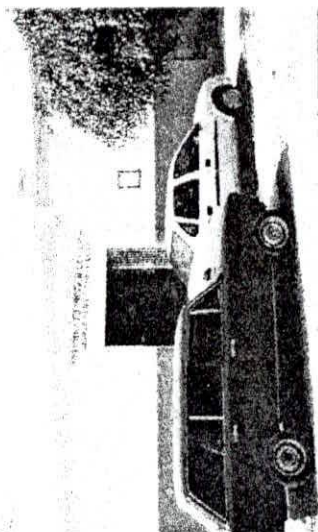
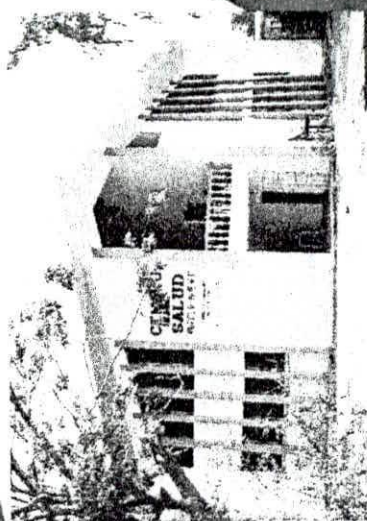
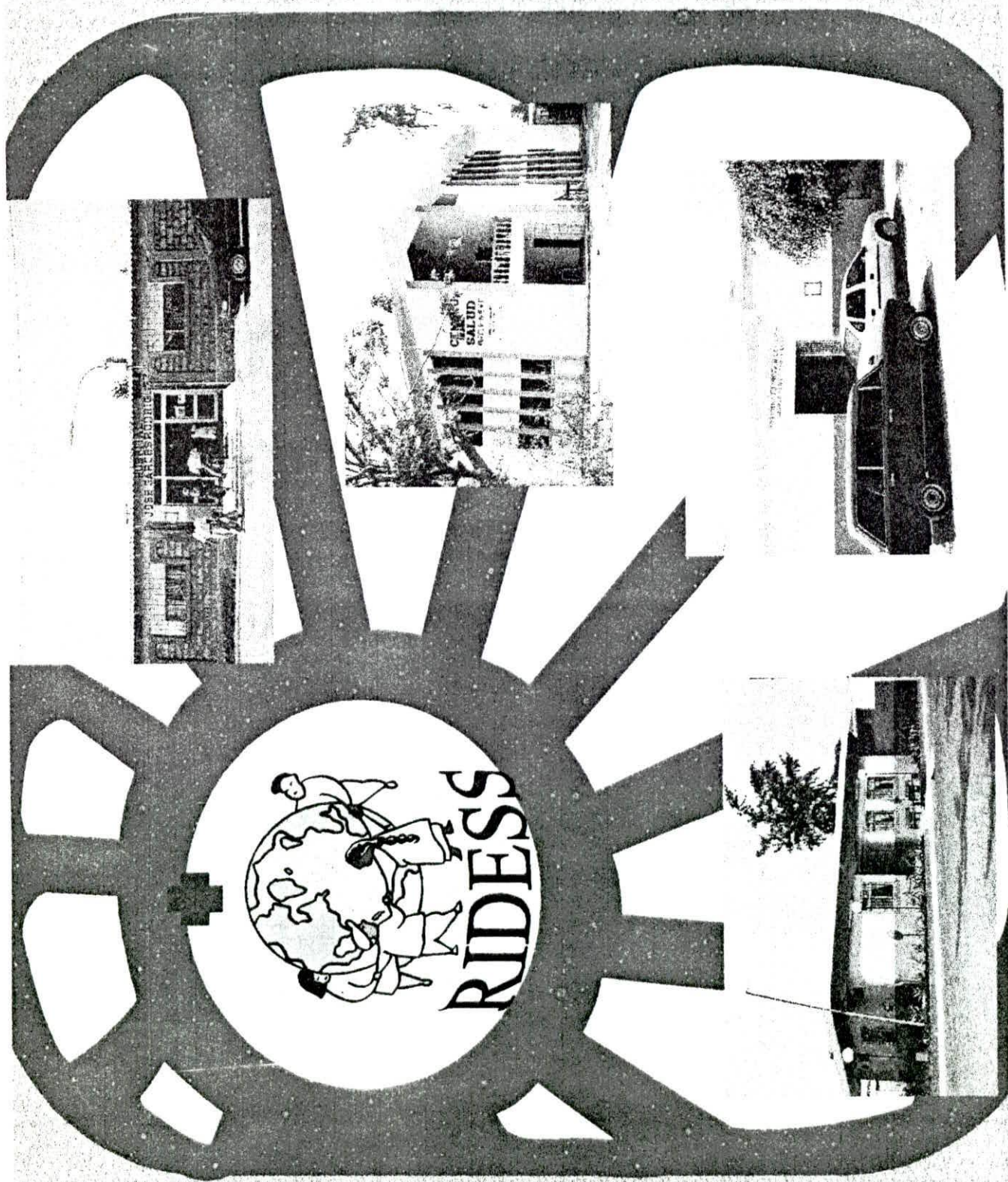
IMPACTO

- Disminuir la morbilidad materno infantil a través de programas específicos.
- Ofrecer calidad de atención al usuario externo a través de un servicio ágil y oportuno en cualquiera de los centros de salud de la red
- Disminuir costos de operación en el servicio
- Aumento de la productividad y el rendimiento en los servicios que presta la red
- Contar con información en forma oportuna que permita tomar decisiones.
- Usuario interno y externo satisfecho
- Mayor atracción al turismo al contar con servicios de calidad
- Agilidad en la referencia y contrarreferencia de pacientes

FLUJO DE LA
INFORMACION DE LA RED



MARKETING



PLAN DE MARKETING DE LA RED INTEGRADA Y DESCENTRALIZADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CANTON SALINAS “RIDESS”.

ANTECEDENTES.-

El Ilustre Consejo Cantonal de Salinas resolvió por unanimidad de sus miembros crear una Red Integrada y descentralizada de los Servicios de Salud Salinenses propuesta realizada por un grupo de estudiantes de Post Grado de la Escuela Superior Politécnica del Litoral, por cuanto es tangible la fragmentación en la atención de la salud cantonal y considerando la decisión política del Gobierno Nacional en optimizar los recursos económicos para el mejoramiento de la atención a la población mediante el siguiente esquema legal:

Que el Art. 1 de la Constitución Política de la República señala que el Gobierno del Ecuador es de administración descentralizada;

Que el Art. 225 de la Constitución Política de la República prescribe que el Estado impulsará mediante la descentralización y la desconcentración, el desarrollo armónico del país, el fortalecimiento de participación ciudadana y de las entidades seccionales, la distribución de los ingresos públicos y de la riqueza;

Que así mismo ordena que el Gobierno Central transferirá progresivamente funciones, atribuciones, competencias, responsabilidades y recursos a las entidades seccionales autónomas u otras de carácter regional. Desconcentrará su gestión delegando atribuciones a los funcionarios del régimen seccional dependiente;

Que el Art. 226 de la Constitución Política de la República dispone que las competencias del Gobierno Central podrán descentralizarse, excepto la defensa y la seguridad nacional, la dirección de la política exterior y las relaciones internacionales, la política económica y tributaria del Estado, la gestión de endeudamiento externo y aquellas que la Constitución y convenios internacionales expresan excluyan;

Que por mandato del Art. 226 de la Constitución Política de la República, en virtud de la descentralización, no podrá haber transferencia de competencias sin transferencia de recursos equivalentes, ni transferencia de recursos, sin la de competencias;

Que la descentralización será obligatoria cuando una entidad seccional la solicite y tenga capacidad operativa para asumirla;

Que la Ley de Descentralización del Estado y Participación Social, que se publicó en el Registro Oficial # 169 de 8 de Octubre de 1.977, tiene como propósito impulsar la ejecución de la descentralización y desconcentración administrativa y financiera del Estado, y la participación social en la gestión pública;

Que la descentralización tiene por objeto acercar la responsabilidad de los servicios a los usuarios, mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y facilitar la rendición de informes y cuentas de los servicios descentralizados.

PROPUESTA PARA CONFORMAR LA ESTRUCTURA ORGANICA Y FUNCIONAL DE LA ADMINISTRACIÓN DEL “RIDESS”

El Concejo Cantonal de Salud, estará integrado por el Alcalde del Cantón o su delegado quien lo presidirá.

- El gerente de Servicios de Salud quien será nombrado por el Alcalde.
- El representante de las FF.AA.
- El representante de la Federación de Barrios del Cantón Salinas.
- En el Concejo Cantonal de Salud funcionará los Concejos Parroquiales de Salud, instancia que estará formado por el Presidente de la Junta Parroquial de cada jurisdicción Parroquial o su delegado.
- El representante de la Federación Parroquial de Barrios.
- El Teniente Político.
- El Gerente de Salud será nombrado por el Alcalde y los diferentes Jefes a su experiencia y honestidad.
- El Flujograma de atención al cliente será mediante una exhaustiva promoción para que el ciudadano obtenga el conocimiento adecuado de cómo recibir atención primaria de Salud es la siguiente:

1.- el Centro de Salud de Santa Rosa, será de consulta médica general y con las siguiente especialidades: Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Cirugía general y Medicina Interna.

Además todos los programas de salud establecidos por el Ministerio del Ramo.

El centro de Salud de Muey atenderá a los clientes de la Parroquia en medicina general y pediatría, además vacunación y el Programa de educación para la Salud.

El Centro de salud de Anconcito, tendrá su zona de influencia a la Parroquia del mismo nombre. Se propenderá para que haya unidad de esfuerzos entre el Municipio y el Ministerio.

El centro de Salud atenderá en medicina general, pediatría y Gineco Obstetricia; además de los programas establecidos por el Ministerio del Ramo.

En el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, cuya área de influencia para atención médica es:

Barrios: Bazán, Milagro, Francisco Rodríguez, Evaristo Montenegro, Coresa, Pueblo Nuevo, Mar Bravo y Sindicato de Sales.

La atención sería en medicina general, Pediatría y Gineco Obstetricia.

El Sub centro de Salud denominada "San Judas Tadeo" ubicado en el Barrio Frank Vargas tiene influencia de los siguientes barrios: Pedro José Rodríguez, Floresta 1 y 2, Brisas de Mar, 23 de Mayo y Frank Vargas.

Atenderá en consulta externa de medicina General, Pediatría y Gineco Obstetricia.

Cuando un cliente necesite transferencia al Hospital de mayor complejidad como el Hospital José Garcés o la clínica de la FAE, será admitido por la emergencia en donde se lo registrará como ingreso para su evaluación diagnóstico y tratamiento médico o Quirúrgico.

RESUMEN DE LOS ASPECTOS SOCIO ECONOMICO

En términos generales, podemos señalar que el Cantón Salinas, en su cabecera cantonal y parroquias rurales, como consecuencia de su entorno natural, y como estación balnearia, ha desarrollado históricamente una situación socioeconómica particular, que se caracteriza por un predominio del sector terciario y su complementaridad sectorial con sus parroquias rurales (Muey y Anconcito) y el relativamente nuevo cantón La Libertad.

Asimismo, debemos destacar que, como consecuencia de la crisis económica que vive el país en el Cantón Salinas se produce un deterioro en la calidad de la atención y reducción de las coberturas de algunos de los servicios sociales colectivos, como son la salud y la educación, como en el dinamismo de sus actividades económicas reputadas como tradicionales.

Para comprender mejor lo que sucede en nuestro territorio de trabajo hemos dividido la exposición de los aspectos socio – económicos a nivel de Salinas, Santa Rosa, Muey y Anconcito, por ser unidades socio – espaciales con características específicas que conforman identidades específicas integradas en un conjunto y en totalidad peninsular, como se demuestra en los resúmenes de cuadros estadísticos que se detallan a continuación:



CUADRO No. 1.1
LA POBLACION NACIONAL, PROVINCIAL CANTONAL Y DE LA CIUDAD
DE SALINAS SEGÚN CENSOS DE LA POBLACION
AÑOS 1982-1990

AÑO	NACIONAL	PROVINCIA DEL GUAYAS	CANTON SALINAS CON LA LIBERTAD	CANTON SALINAS SIN LA LIBERTAD	CIUDAD DE SALINAS
1982	8.138.974	2.038.454	67.941	26.165	22.991
.1990	9.648.189	2.515.146	85542	32.434	27.146

(*) Incluye a Libertad que a la fecha poseía una población e 41.776 habitantes como cabecera parroquial mientras el actual cantón registraba 26.165 habitantes, que representa el 38.51% del total.
(**) Incluye la Libertad que la fecha poseía una población de 53.108 habitantes, como cabecera parroquial.
(***) cabecera Cantonal (Área Urbana + Periferia) y José Luis Tamayo (Muey)

Fuente: Censo de población de 198 y 1990.- INEC, Quito

Elaboración: Plan de Estratégico de desarrollo Urbano Cantonal de Salinas

CUADRO No.1.2.
TASAS DE CRECIMIENTO RELATIVO AL PERIODO INTERCENSAL A NIVEL NACIONAL,
PROVINCIAL, CANTONAL Y CIUDAD DE SALINAS PERIODO 1982 – 1990

PERIODO	NACIONAL		PROVINCIA DEL GUAYAS		CANTON SALINAS CON LA LIBERTAD		CANTON SALINAS		CANTON SALINAS SIN LA LIBERTAD
	ANUAL	PERIODO	ANUAL	PERIODO	ANUAL	PERIODO	ANUAL	PERIODO	
1982- 1990	2.13	18.54	2.63	23.38	2.88	23.96	1.50	8.73	1.98

(*) La tasa de crecimiento anual de la parroquia La Libertad es del 3%
Fuente: Censo de Población 1982-1990 INEC, Quito.
Elaboración: Plan Estratégico de desarrollo Urbano Cantonal de Salinas.

CUADRO No. 1.3
PROYECCIONES DE CRECIMIENTO AL 2000 (1)

	1990	2000	2001	2002	2003	2004
Cantón Salinas con La Libertad	85.542	107.543	109.743	11.943	114.413	116.343
Cantón Salinas sin La Libertad	32.434	40.270	41.054	41.838	42.622	43.406
Ciudad de Salinas	19.298	21.236	21.430	21.624	21.818	22.012

(1) Proyecciones obtenidas a través del método aritmético.

Elaboración: Plan Estratégico de Desarrollo Urbano Cantonal de Salinas.

CUADRO No.1.4.
POBLACION RURAL DEL CANTON SALINAS POR CABECERAS
PARROQUIALES Y RESTOS DE LA POBLACION
AÑOS: 1982- 1990

PARROQUIA	1982				1990			TASA DE CRECIMIENTO
	CABECERA PARROQUIAL	RESTO DE LA PARROQUIA	TOTAL	%	CABECERA PARROQUIAL	RESTO DELA PARROQUIA	TOTAL	%
Anconcito	3106	35	3,141	37.46	4.924	77	5.001	38.11
J.L.Tamayo (Muey)	5.055	188	5.243	62.54	7.834	287	8.121	61.89
TOTAL	8.161	223	8.384	100.0	12.758	364	13.122	100.00

Fuente: Censo Poblacional de 1982 - 1990 INEC, Quito
Elaboración: Plan Estratégico de Desarrollo Urbano Cantonal de Salinas

CUADRO No.1.5

PROYECCIONES DEL CRECIMIENTO POBLACIONAL PARROQUIAL (1)
200-2004

	2000	2001	2002	2003	2004
Anconcito	7.568	7.801	8.034	8.267	8.500
José Luis Tamayo	11.719	12.079	12.439	12.799	13.159

(1) Sin La Libertad

Fuente Censo de Población de 1982- 1990 INEC, Quito
Elaboración: Plan Estratégico de Desarrollo Urbano Cantonal de Salinas

CUADRO No.1.6
POBLACION NACIONAL, PROVINCIA DEL GUAYAS, CANTON Y CIUDAD
DE SALINAS EN VALORES ABSOLUTOS Y RELATIVOS POR SEXO
AÑO: 1990

AÑO Y SEXO	NACIONAL		PROVINCIA DEL GUAYAS		CANTON SALINAS (1)	CIUDAD DE SALINAS	% POBLACION %
	POBLACION	%	POBLACIÓN	%	POBLACION		
1990: TOTAL	9,648,189	100.00	2,515,146	100.00	32,434		100.00 27,433
HOMBRES	4,796,412	49.71	1,256,446	49.96	16,452		100.00 50.72 13,807
MUJERES	4,851,77	50.29	1,258,700	50.04	15,982		50.33 49.28 13,626
							49.67

(1) Sin La Libertad
Fuente Censo de Población de 1982- 1990 INEC, Quito

Elaboración: Plan Estratégico de Desarrollo Urbano Cantonal de Salinas

CUADRO No.1.7
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD A NIVEL NACIONAL,
PROVINCIA DEL GUAYAS, CANTON Y CIUDAD E SALINAS EN PORCENTAJES
AÑO: 1990

AÑO Y GRUPO DE EDAD	NACIONAL		PROVINCIA DEL GUAYAS		CANTON SALINAS (1)		CIUDAD DE SALINAS	
	POBLACION	%	POBLACION	%	POBLACION	%	POBLACION	%
1990: TOTAL	9,648,189	100.00	2,515,146	100.00	32,434	100.00	27,433	100.00
0-14 AÑOS	3,739,224	38.76	918,086	36.50	12,82	39.53	10,653	38.83
15-64 AÑOS	5,490,782	56.91	1,502,496	59.74	18,522	57.11	15,819	57.66
65 Y mas años	418,183	4.33	94,564	3.76	1,092	3.37	961	3.50

(1) Sin La Libertad
Fuente Censo de Población de 1982- 1990 INEC, Quito
Elaboración: Plan Estratégico de Desarrollo Urbano Cantonal de Salinas

COEFICIENTES DE DEPENDENCIAS AÑO 1990

AÑO	NACIONAL	PROVINCIA DEL GUAYAS	CANTON SALINAS (1)	CIUDAD DE SALINAS
1990	75.72	67.39	75.12	73.42

COEF. Dependencia (Población (0-14)+ Población (65 y mas años))/ Población (15-64 años)
(1) Sin Libertad

Fuente Censo de Población de 1982- 1990 INEC, Quito

Elaboración: Plan Estratégico de Desarrollo Urbano Cantonal de Salinas

**CIUDAD DE SALINAS: POBLACION INMIGRANTE POR LUGAR
DE NACIMIENTO
AÑO 1990**

LUGAR DE NACIMIENTO	NO.	%
Cantones de la Provincia del Guayas	5,133	62.11
Provincias de Manabí	1,453	17.58
Provincia de Los Ríos	240	2.90
Otras provincias de la Costa	329	3.98
Provincias de la Sierra	1,068	12.92
Provincias del Oriente y Galápagos.	41	0.50
TOTAL	8,264	100.00

Fuente Censo de Población de 1982- 1990 INEC, Quito
Elaboración: Plan Estratégico de Salinas

**CANTON SALINAS: POBLACION ACTIVA E INACTIVA POR TIPO DE ACTIVIDAD DE LA CIUDAD DE
SALINAS Y PARROQUIAS RURALES, EN PORCENTAJES
AÑO 1990(1)**

TIPO DE ACTIVIDAD	CIUDAD DE SALINAS		PARROQUIAS RURALES		TOTAL DEL CANTON	
	POBLACION	%	POBLACION	%	POBLACION	%
ACTIVA						
Ocupados	8,780	100.00	1,511	100.00	10,291	100.00
Desocupados	8,495	96.75	1,479	97.88	10	96.92
Cesantes	285	3.25	32	2.12	317	3.08
Busca Trabajo	200	2.28	23	1.52	223	2.17
	85	0.97	9	0.60	94	0.91
INACTIVA						
Quehaceres	12,332	100.00	2,100	100.00	14,432	100.00
Estudiantes	6,232	50.54	1,172	55.81	7,404	51.30
Jubilados	5,639	45.73	862	41.05	7	45.05
Pensionistas	140	1.14	13	0.62	153	1.06
Impedidos y/o	41	0.33	2	0.10	43	0.30
No declarados	280	2.27	51	2.43	331	2.29
	280	2.27	51	2.43	331	2.29
TOTAL	21,657	100.00	3,711	100.00	25,368	100.00

(1) Comprende a todas las personas de 8 años y mas

2) Sin La Libertad

Fuente Censo de Población de 1990 INEC, Quito

Elaboración: Plan Estratégico de Salinas

**CANTON SALINAS: POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA POR RAMAS DE ACTIVIDAD
DE ECONOMICA DE LA CIUDAD DE SALINAS Y PARROQUIAS RURALES EN PORCENTAJES
AÑO: 1990**

RAMAS DE ACTIVIDAD ECONOMICA	CIUDAD DE SALINAS		PARROQUIA RURAL		TOTAL DEL CANTON (1)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Agricultura, Selvicultura, Caza y Pesca	2,232	21.80	35	66.04	2,267	22.03
Explotación de minas y canteras	178	1.74	0	0.00	178	1.73
Industrias manufactureras	1,095	10.70	0	0.00	1,095	10.64
Electricidad, gas y agua	38	0.37	0	0.00	38	0.37
Construcción	1,525	14.90	0	0.00	1,525	14.82
Comercio, restaurantes, hoteles	1,480	14.46	0	0.00	1,480	14.38
Transportes, almacenamiento y comunicaciones	455	4.44			455	4.42
Establecimientos financieros, seguros, bienes, inmuebles, servicios prestados a empresas	178	1.74	1	1.89	179	1.74
Servicios comunales, sociales y personales	2,622	25.61	7	13.21	2,629	25.55
Actividades no bien especificas	350	3.42	1	1.89	351	3.41
Trabajadores nuevos	85	0.83	9	16.98	94	0.91

(1) Sin La Libertad

Fuente Censo de Población de 1990 INEC, Quito

Elaboración: Plan Estratégico de Desarrollo Urbano Cantonal de Salinas

**PROYECCIONES DE LA POBLACION SEGÚN
CENSO DE POBLACION DE 1990**

	1990	2000	2005	2015
CANTON	32.434	39.643	46.235	66.050
Salinas Ciudad	24.146	33.182	38.699	53.282
Área Urbana	19.298	23.512	27.257	37.528
Cab. Muey	7.834	9.670	11.442	15.754
Cab. Anconcito	4.924	6.165	7.174	9.842
Área Rural	364	296	362	2.926

Tomado: Info Plan V Censo de Población de 1990- INEC/REDATAM
Elaboración: Plan Estratégico de Desarrollo Urbano Cantonal de Salinas

VISIÓN DE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DEL CANTON SALINAS

SALINAS TIENE UNA IMAGEN URBANA ATRACTIVA Y ES SEDE DE EVENTOS INTERNACIONALES ADEMÁS DE SER EL CENTRO DE SERVICIOS DE ALTO NIVEL QUE APOYAN EL DESARROLLO DEL TURISMO PENINSULAR. A ELLA SE ACCEDE DESDE CUALQUIER PUNTO DEL PAIS A TRAVES DE DIFERENTES MEDIOS DE TRANSPORTE. SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS SON COMPETITIVAS, GENERADORAS DE EMPLEO PARA LA MANO DE OBRA LOCAL QUE SE DESARROLLA EN LAS CULTURAS DE SERVICIO AL CLIENTE Y PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE. LA COMUNIDAD QUE – GOZANDO DE UNA CALIDAD DE VIDA MODERNA – APOYA, PARTICIPA Y COLABORA EN EL QUEHACER DEL GOBIERNO MUNICIPAL, ASUME CAMBIOS EN SU CONCIENCIA Y MENTALIDAD CIUDADANA BAJO EL SLOGAN “SI DIOS CREO LA NATURALEZA, LA OBLIGACIÓN DEL HOMBRE SERÁ CONSERVARLA”.

ANÁLISIS COMPETITIVO

Para comprobar la estrategia comercial realizamos el análisis FODA correspondiente al RIDESS:

a) FORTALEZAS:

- 1.- Decisión Política Nacional
- 2.- Decisión Política Local
- 3.- Infraestructura básica de atención primaria de Salud.
- 4.- Infraestructura hospitalaria
- 5.- Recursos Humanos que prestan servicios de Salud al público.
- 6.- Turismo Nacional y extranjero

b) DEBILIDADES:

- 1.- Duplicidad de acciones y actividades de Salud.
- 2.- Sistema Local de salud desorganizado.
- 3.- No existe coordinación interinstitucional.
- 4.- Falta optimizar los recursos económicos y humanos.
- 5.- Población asiste a donde cree conveniente para la solución de los problemas de salud.

c) OPORTUNIDADES

- 1.- El Cantón Salinas es turístico.
- 2.- La Ley de descentralización.
- 3.- Participación activa de los involucrados.
- 4.- La nueva Ley de Seguridad Social.

d) AMENAZAS

- 1.- Oposición de los sindicatos del Ministerio de Salud Pública al nuevo sistema.
- 2.- Influencia Política
- 3.- Oposición a la reingeniería
- 4.- Fenómenos naturales, como el del Niño.
- 5.- Transferencia económica del gobierno central a tiempo.

La distribución en la venta de servicios de Salud se hará a través de la red mediante la administración del CONCASA de Salinas, de acuerdo a la estructura orgánica funcional anteriormente mencionada.

ESTRATEGIA COMERCIAL

El mercado de venta de servicios está dirigido principalmente a la población permanente del Cantón cuya área de influencia está determinada por la cabecera cantonal con sus parroquias urbanas Salinas y Santa Rosa, y las Parroquias rurales de José Luis Tamayo (Muey) y Anconcito.

La población temporal, es decir el turismo nacional y extranjero visita la ciudad de Salinas los meses Diciembre, Enero, Febrero, Marzo y Abril

quintuplicando la población existente esto significa que deberemos proponer acciones de temporada turística con otra estrategia por cuanto los visitantes tiene otro poder adquisitivo y nivel socioeconómico más alto.

Considerando la estrategia debemos tomar muy en cuenta la distribución de acuerdo a nuestra propuesta que es la siguiente:

1.- Atención primaria de Salud:

Los centros de salud municipales ubicados en Salinas sector Pueblo Nuevo cuya área de influencia es el lado oeste de la ciudad; el centro de Salud Santa Rosa ubicada en la parroquia urbana del mismo nombre, el centro de Salud de José Luis Tamayo ubicada en la parroquia del mismo nombre y de anconcito con las mismas características.

La calidad de servicio que prestará es la siguiente propuesta:

Centro de Salud de Pueblo Nuevo: Consulta externa en pediatría y medicina general.

En el Centro de Salud de Santa Rosa se concentrará la consulta medica en todas sus especialidades básicas como son pediatría, Gineco – obstetricia, medicina general, medicina interna y cirugía general además de los servicios de odontología laboratorio y fisiatría.

En José Luis Tamayo (Muey) se ofrecerá la consulta externa en Medicina General y Odontología.

En Anconcito se ofrecerá, lo anteriormente descrito potenciado con la observación medica, planificación familiar, prevención de tratamiento de las enfermedades de la mujer y el niño, atención del parto emergente, control de embarazo.

2.- Atención Secundaria de Salud.

La propuesta de atención secundaria se hará en el Hospital José Garcés Rodríguez, previa a una reingeniería de procesos, será un hospital base de cirugía medicina interna, obstetricia y pediatría.

El Hospital de la Fuerza Área Ecuatoriana con la infraestructura que presenta es adecuada para prestar todos los servicios e inclusive hospitalización con otras especialidades como son: traumatología, oftalmologías, otorrinolaringología, psicología.

Fuerza de Ventas.- Las ventas se harán directamente al consumidor de los productos que se expuso anteriormente de acuerdo al siguiente plan:

- a) Concienciar la autogestión y cogestión ciudadana.

- b) Cumplida la meta de obtener un producto de calidad se realizarán promociones, ventas de servicios al seguro social y a la empresa privada.
- c) Socializar la red Integrada de Servicios de Salud del Cantón Salinas.
- d) Cuando la comunidad de empodere de la Red los servicios deberán expandirse hacia los cantones vecinos como La Libertad, Santa Elena, Puerto López y Playas.
- e) La cobertura de estas actividades se harán por medios de comunicación masiva.

MERCADEO DE SERVICIOS DE SALUD
IDENTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS PUBLICOS DE SALUD.
SERVICIOS INFRAESTRUCTURA
CONSULTORIOS

Policlínico Cigüeña	Medicina general Cirugía Plástica Obstetricia Enfermería	Habitaciones de Hospitalización 3 categorías. Laboratorios Farmacia Quirófano Sala de Partos Emergencias
Policlínico Santa María	Medicina General Cirugía General Emergencia	Hospitalización General Sala de Recuperación Quirúrgica 2 Consultorio 1 Quirófanos
Consultorios	Medicina General	4

MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD DE SALINAS
IDENTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS PUBLICOS DE SALUD
SERVICIOS INFRAESTRUCTURA
CONSULTORIOS

Policlínico Cigüeña	Medicina general Cirugía Plástica Obstetricia enfermería	Habitaciones de Hospitalización 3 categorías. Laboratorios Farmacia Quirófano Sala de Partos Emergencias
Policlínico Santa María	Medicina General Cirugía General Emergencia	Hospitalización General Sala de Recuperación Quirúrgica 2 Consultorio 1 Quirófanos
Consultorios	Medicina General	4

Factores Esenciales:

Producto: En el diseño del producto se tomó en cuenta el mal servicio, la duplicidad de actividades y la fragmentación de los prestadores de servicios de salud.

Por lo tanto en el objetivo del mejoramiento de la calidad de atención y optimización de recursos se determinó tomar decisión de organizar una Red Integrada de servicios de Salud Salinense "RIDESS"

En La Red de Salud se hará una mezcla de marketing Comercial y Social; porque el producto esta dirigido a la población permanente de condición económicamente baja y a los turistas nacionales y extranjeros que visitan la ciudad de Salinas a quienes se les proveerán los servicios médicos, clínicos y quirúrgicos, odontología y todas las especialidades básicas y otras subespecialidades, que se incrementarán de acuerdo a la demanda.

El precio de los servicios de Salud se establecerán con los siguientes parámetros:

Social:

- 1.- Precios ofertados sin fines de lucros.
- 2.- Subsidiar a la clase pobre e indigentes.
- 3.- El precio será por segmentación social.
- 4.- Categorización del precio.

Comercial.

- 1.- El precio será de acuerdo al análisis de costos por servicios.
- 2.- Las utilidades serán de beneficios para la reinversión en la Red.
- 3.- Este precio equipará al social.

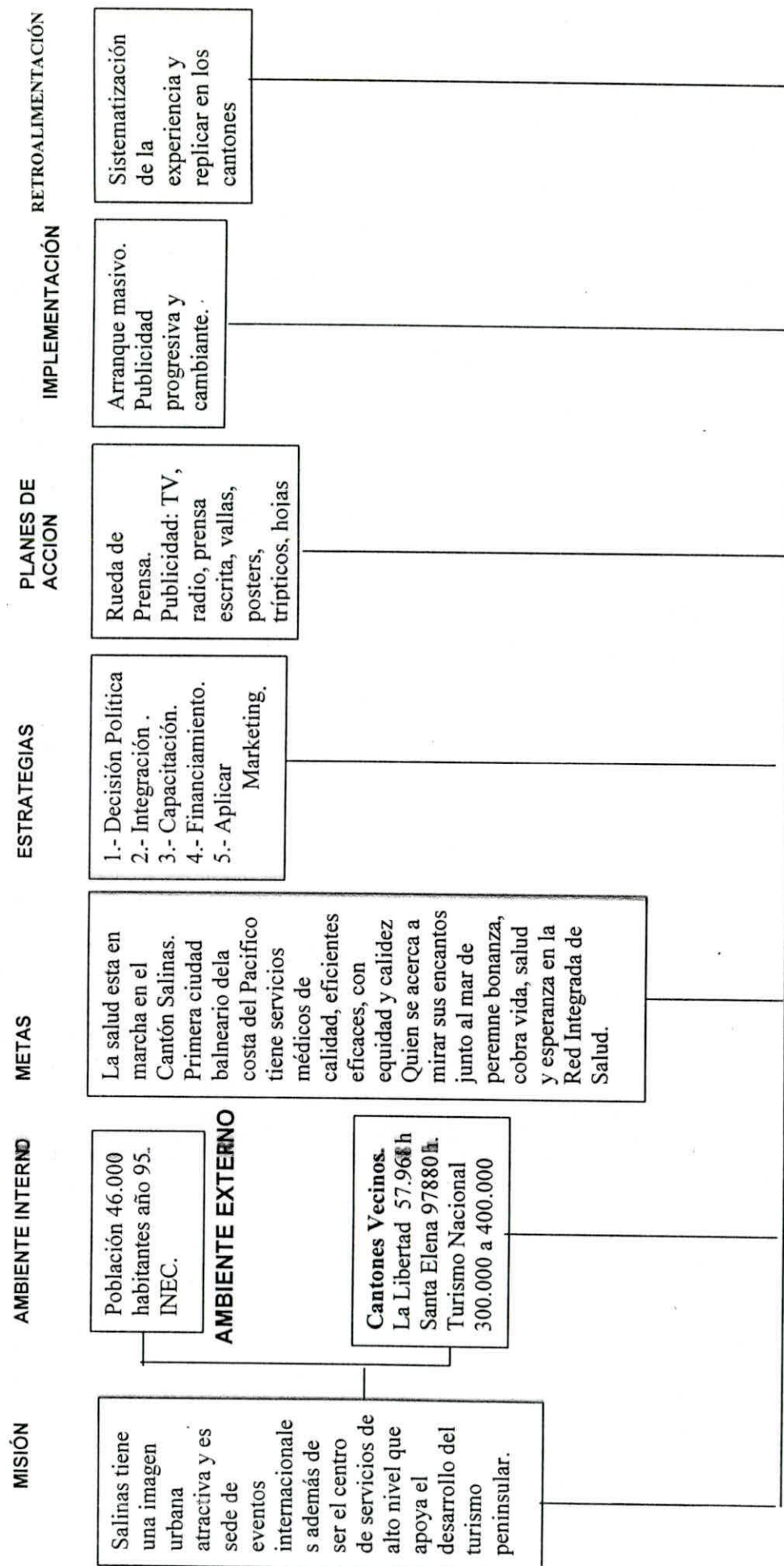
Plaza.-

La población del Cantón Salinas será beneficiada con la organización de la Red y obtendrá todos los servicios médicos en los lugares estratégicamente ubicados con la infraestructura básica.

Los turistas obtendrán ésta alternativa de salud con calidad y eficacia.

ESTRATEGIA.

UNIDAD ESTRATEGICA DE LA RED



MEDICION DEL ÉXITO.

En el primer trimestre, luego del lanzamiento del proyecto, la población Salinense y de la Península tendrán el conocimiento adecuado de cómo funciona la red de Servicios de Salud Salinense y sus ventajas; la evaluación se la realizara mediante encuestas.

Al término de la temporada invernal, el 40% de turistas nacionales conocerán y solicitarán los servicios de emergencias y especialidades de la red.