

T  
614  
CAR

**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL  
ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION DE  
EMPRESAS**

**PROGRAMA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

**SEGUNDA PROMOCION**

**TRABAJO DE GRADUACION**

**TITULO DEL TRABAJO**

**ESTUDIOS DE COSTO Y DE MERCADO, DEL PARTO Y CESAREA  
EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO  
"DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL"  
Y RECOMENDACIONES PARA SU FINANCIAMIENTO**

**REALIZADO POR: GRUPO ATENCION PRIMARIA DE SALUD  
DRA. ABIGAIL CARRIEL UBILLA  
DRA. LUISA ULLOA MORQUECHO  
DR. EULOGIO VERA SANCHEZ**

**DIRIGIDO POR: LCDA. MARIA CRISTINA RAMOS**

**GUAYAQUIL, DICIEMBRE 1997**

## **DEDICATORIAS**

*A Gabriel, mi pequeño hijo. A Pablo, mi esposo. Con amor.*

**Abigail**

*A mis adorados hijos Eulogio y Marcela. A mis amantísimos padres.*

*Soportes de este triunfo académico.*

**Eulogio**

*A la memoria de mi madre, a “Chevito”, Xavier, Darina, baluartes de mi vida. A Servio, tiernamente.*

**Margot**

## **AGRADECIMIENTOS**

- *Al Dr. Jaime Castrillón Cifuentes, quien supo llenar nuestras expectativas y deseos de aprender; gracias por motivarnos e inspirar este trabajo.*
- *A la Lcda. María Cristina Ramos, nuestra tutora y compañera de alegrías y vicisitudes.*
- *Al Dr. Ernesto Torres Terán, Coordinador del Postgrado, por sus sugerencias y recomendaciones.*
- *A Hortensia porque su alegría permanente fue un ingrediente estimulante en la relación de equipo.*
- *A Vicente -"Pepe Viche"-, por los sustos que pusieron a prueba nuestra amistad y compañerismo.*
- *A Abigail, por su espíritu incansable de ayuda, gran creatividad y fortaleza permanente del equipo.*
- *A Jorge, por la fuerza de su pensamiento innovador.*
- *A Luisa, por su energía, por la perseverancia que motivó la unidad del equipo.*
- *A Eulogio, por la seguridad de contar con él; por su equilibrio y madurez que nos permitió sentirlo como la piedra angular del equipo.*

*Gracias a todos por el año compartido y por permitirnos aprender a ser equipo.*

- *Al Ab. Eulogio Vera Jordán, por la generosidad con la que compartió su “cuartel general”.*
- *A las mujeres de mi familia: mi madre y hermana, quienes con generosidad extendieron su tiempo para poder apoyarme. **Abigail***
- *A mi familia: mi padre, mi madre, mi hermana y hermano quienes supieron apoyarme en los momentos más difíciles. A mis compañeras Luisa y Abigail, por la generosidad y distinción con que siempre me trataron. **Eulogio***
- *Con la profundidad del pensamiento y diafanidad, a mi familia que en todo momento estuvo conmigo. **Margot***

*Para volar tan rápido como el pensamiento y a cualquier sitio que exista, debes empezar por saber que ya has llegado.*

*Juan Salvador Gaviota  
(Richard Bach)*

## **RESUMEN EJECUTIVO**

El presente trabajo utilizó y valoró a los estudios de costo y de mercado como herramientas para la gestión. Tiene el objetivo de contribuir al crecimiento y desarrollo del Hospital Materno Infantil del Guasmo “Matilde Hidalgo de Procel”, mediante el planteamiento de una propuesta de financiamiento del servicio tocoquirúrgico, propuesta que combina los resultados del estudio de costos para proyectar un crecimiento del servicio; y los de mercado para pensar en su desarrollo, mejorando su imagen y credibilidad, así como la calidad y calidez.

La implementación exitosa de esta propuesta va acompañada de la gestión para superar las trabas de orden jurídico y político que se presentan como obstáculos a la modernización del sector salud y , por ende, a la participación de los usuarios en el financiamiento de los servicios.

Este tipo de estudios se hacen imprescindibles para la toma de decisiones por la gerencia moderna que debe enfrentar el reto de la eficiencia, es decir hacer más con menos; ya que los fondos para salud son cada vez más escasos.

Para el desarrollo del trabajo hemos seguido los siguientes pasos: Planteamiento del problema, planteamiento de objetivos, determinación de variables operacionales: costos, demanda, competencia; determinación de dimensiones de las variables, indicadores, escala de medición, elaboración de instrumentos aplicados: encuesta de mercado y de establecimientos de salud. Se tomó como universo a la población de mujeres en edad fértil del Area de Salud # 1 – Guasmo Sur (44.415), calculándose mediante el programa de EPI – INFO 6.0 una muestra de 116 hogares. La muestra definitiva fue de 120 hogares.

Para el estudio de costos, obtuvimos la información del primer semestre de 1997 de los registros existentes en los Departamentos de Contabilidad y Estadística del Hospital. El ordenamiento de la información así como su análisis fue posible gracias a la metodología de determinación de costos fijos y variables (directos e indirectos) y asignación de costos indirectos.

La realización de un estudio de Costos en el Hospital Materno Infantil del Guasmo tropieza con algunas limitaciones, entre las más importantes: que no se lleva una Contabilidad de Costos sino una Contabilidad General que no presenta la información debidamente organizada para el efecto y el inadecuado control de gestión que no permite determinar ni costear los consumos de materiales que tiene cada departamento.

Sin embargo, el estudio de costos del parto y cesárea arrojó información valiosísima: el costo del parto institucional es de S/.589.919,25 y el de la cesárea es de 849.101,30. Facilitó información que permite evaluar la capacidad de recuperación de costos de este departamento: con la actual tarifa de S/.50.000 por el paquete quirúrgico de parto, el servicio recupera el 79.38% de los costos variables o el 8.5% de los costos totales de la atención del parto. Con la actual tarifa de S/.120.000 por el paquete quirúrgico para cesárea, se recuperan el 92.5% de los costos variables y el 14.13% de los costos totales. El 10.68% de los costos de la atención del parto y el 15% de los de cesárea son costos variables. El 89.32% de los costos de la atención del parto y el 85% de los de cesárea son costos fijos.

El estudio de costos también posibilita realizar una programación técnica, administrativa y financiera dentro de la cual se desarrollen las acciones del servicio. Además permite determinar algunos problemas administrativos e ineficiencias.

El estudio de mercado nos permitió tener un perfil de la demanda y de sus preferencias y determinar al público objetivo de las acciones de marketing; conocer

los establecimientos de salud del área que brindan atención gineco obstétrica, clasificarlos y evaluarlos como competidores o proveedores, y tener las bases para el planteamiento de una estrategia comercial o plan de marketing.

Finalmente, toda esta información que, en sí misma es un valioso aporte, nos permitió plantear una propuesta para una participación financiera de las usuarias mediante el cobro del paquete quirúrgico para parto en primera instancia. Esta propuesta tiene el mérito de estar sustentada en la información proporcionada por herramientas de la gerencia; y en esa medida abre puertas y orienta hacia un futuro de eficiencia y mejoramiento del servicio toco - quirúrgico y de transformación del Hospital Materno Infantil del Guasmo en una organización moderna.

# INDICE

**Pág.**

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**EPIGRAFE**

**RESUMEN EJECUTIVO**

<b>1. ANTECEDENTES .....</b>	<b>6</b>
<b>2. JUSTIFICACION .....</b>	<b>11</b>
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>13</b>
<b>4. OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>5. METODOLOGIA .....</b>	<b>16</b>
<b>6. MARCO TEORICO .....</b>	<b>21</b>
6.1. El contexto latinoamericano: Toda Crisis es una Oportunidad	
6.2. Propuestas de solución y reformas al financiamiento de los servicios de salud	
6.3. Experiencias de los países de la Región	
6.4. Experiencias nacionales	

- 6.5.Marco Jurídico del Financiamiento de la Salud en el Ecuador
- 6.6.La Experiencia Local: Area de Salud # 1 - Guasmo Sur -
- 6.7.Los Estudios de Costo: Información para la Toma de Decisiones
- 6.8.El Marketing: Una Herramienta de Gestión

<b>7. RESULTADOS .....</b>	<b>48</b>
7.1. Análisis Institucional	
7.2. Estudio de Costos	
7.3. Estudio de Mercado	
7.4. Limitaciones de un Estudio de Costos en el Hospital Materno Infantil del Guasmo.	
7.5. Estudio de Mercado	
<b>8. CONCLUSIONES .....</b>	<b>87</b>
<b>9. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>96</b>
<b>10. ANEXOS</b>	
<b>11. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>100</b>

## 1. ANTECEDENTES

Durante la década de los 80, los países de América Latina y El Caribe enfrentaron la crisis del endeudamiento externo aplicando políticas de ajuste que afectaron el gasto social y dentro de él al gasto en salud.

En la década de los 90 empiezan a vislumbrarse signos de recuperación. Sin embargo, en la medida en que los recursos que se necesitan inyectar no están disponibles en el corto plazo y son cada día más escasos; los efectos de la crisis perdurarán. Por ello, la búsqueda de soluciones se ha orientado hacia otras áreas donde las disciplinas económicas y administrativas hacen un gran aporte: el desarrollo de la capacidad gerencial, la mayor incorporación de los subsistemas privados y el aumento de la eficiencia.

En la actualidad existen dos grandes líneas o propuestas para abordar soluciones eficaces, eficientes y con equidad en la Región. Una solución es la propuesta de los SILOS, desarrollada por la OPS durante la década de los 80 y la otra, de naturaleza más específica y más centrada en los mecanismos de asignación de recursos en el sector salud, corresponde a los organismos internacionales de crédito multilateral, principalmente el Banco Mundial.

La propuesta SILOS se basa fundamentalmente en acercar las soluciones de los problemas de salud a las personas y comunidades mediante la conformación de un sistema que actúe en forma integrada y coordinada, logrando la participación creciente de las personas y comunidades, ejerciendo control social sobre las entidades proveedoras y ganando eficiencia mediante soluciones tecnológicas y administrativas adecuadas.

La propuesta del Banco Mundial es más específica en puntos que en la propuesta SILOS no han recibido la debida atención; esto es, los mecanismos de asignación

de recursos y el problema relacionado a la compatibilización de las demandas con los recursos disponibles.

Esta propuesta consta de cuatro políticas de financiamiento: cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud, provisión de seguros frente a riesgos, empleo eficiente de los recursos no gubernamentales, descentralización de los servicios de salud gubernamentales.

La propuesta SILOS y la del Banco Mundial no son contradictorias y más bien se complementan entre sí.

Sobre la base de éstas, en los diversos países de la Región se han desarrollado algunas experiencias que buscan compartir costos de la atención médica entre los pacientes y los proveedores. Estas experiencias nos señalan que se puede operar tanto sobre la demanda como sobre la oferta de servicios de salud en lo relacionado a su financiamiento.

El Ecuador, también fue afectado por la crisis del endeudamiento externo. Ante adversos factores internacionales prevalecientes desde 1982, se evidenció la escasa sustentabilidad de las estrategias de desarrollo del país. A la crisis de la deuda se añadió un pronunciado deterioro en términos del intercambio; y, en particular el derrumbe de los precios del petróleo, a partir de 1985. Las políticas de ajuste repercutieron en una reducción del gasto público y, particularmente, de la inversión en capital humano - principalmente en educación y salud - .

Aunque es difícil diferenciar causalmente los efectos de la crisis con los de las políticas de ajuste, la evidencia empírica muestra un proceso sostenido de deterioro en las condiciones sociales, a partir de 1982. El deterioro social puede

observarse en distintas dimensiones: pobreza, distribución del ingreso y de la tierra, empleo y acceso a los servicios sociales.

Observamos, entonces, que en el subsector público, la disponibilidad de recursos financieros para la atención de salud se ve afectada por la situación económica del país, el estado de los fondos públicos, las políticas de desarrollo gubernamental y las presiones de diferentes grupos de interés que operan en el escenario político.

Quizá por ello, en nuestro país, pocos y débiles han sido los intentos para poner en marcha sistemas de participación financiera de los usuarios en los servicios de salud.

Por otra parte para que sea viable la participación financiera de los usuarios, es preciso que nuestro sistema de salud mejore aspectos operativos y legales. Operativos como: falta de personal contable y administrativo a nivel de las áreas de salud con una capacitación y preparación suficiente para emprender en las soluciones; la calidad sentida de los usuarios es deficiente, el sistema de control de los recursos públicos es demasiado centralizado.

Entre los aspectos legales a superar encontramos la falta de claridad y definición de las políticas y normativas legales en cuanto a los aspectos financieros en salud. Muchas de estas normativas son incongruentes, contradictorias, demagógicas y controversiales. La falta de un objetivo también claro y definido respecto a la participación financiera del usuario contribuye ampliamente a esta situación.

Conscientes de esta problemática, en el Hospital Materno Infantil del Guasmo “Matilde Hidalgo de Procel”, como Jefatura de Área # 1 – Guasmo Sur -, en Diciembre de 1996, se creó el Comité de Desarrollo Institucional, cuyo objetivo era el planteamiento y conducción de políticas que propendan al crecimiento y desarrollo del Hospital y del Área. Este comité se encuentra conformado por

miembros representativos de la comunidad, de los sindicatos y de los directivos del Hospital.

Amparados en el Acuerdo Ministerial # 114 y en las políticas de salud dictadas para el período 1993 -1996 por el gobierno del Presidente Sixto Durán Ballén, en concordancia con la Constitución Política del Estado y el Código de Salud; el comité se planteó como primera y fundamental actividad la elaboración de un proyecto de reglamento para la recuperación de costos o autogestión del Hospital.

Este proyecto de reglamento tenía como finalidad posibilitar la obtención de fondos a través de la autogestión para la inversión en prioridades que no son atendidas por el Presupuesto Regular como son: mantenimiento de la infraestructura y de equipos, capacitación, algunas contrataciones de personal y contenidos de paquetes quirúrgicos.

Basados en dicho proyecto de Reglamento, en Enero de 1997 se conformaron paquetes quirúrgicos de parto normal y cesárea (con y sin ligadura). Para estimar su precio al público, se consideró como criterio el costo del contenido, mismo que fue consensuado entre los expertos del Hospital, determinándose el paquete quirúrgico de parto en S/.50.000 y el de cesárea en S/.120.000

En el mismo mes de enero se inició la venta de estos paquetes quirúrgicos. Los fondos recaudados se depositaban en una cuenta corriente manejada por dos representantes del comité: el Director del Hospital y el Presidente del Comité Local de Salud.

A poco de iniciado este proceso empezamos a visualizar los cambios; se pudo reparar algunos equipos y transportes por largo tiempo inutilizados, se contrató algún personal de servicio y administrativo, necesario pero cuyas partidas no habían podido crearse; el desabastecimiento continuo fue quedando atrás.

Entre las ventajas para los usuarios externos citamos: la disponibilidad de servicio completo en el mismo Hospital, incluido el de Farmacia. Para el usuario interno: se pudo establecer un mejor control del manejo de los insumos y de la contabilidad, con la consecuente disminución de conflictos.

Entre las debilidades de la implantación de esta estrategia tenemos que la misma se basó solamente en cálculos estimativos de los costos de los insumos que forman parte del paquete quirúrgico.

En todo caso esta experiencia resultó positiva para el Hospital y demostró ser una buena estrategia para propender al mejoramiento de la atención a los usuarios y al crecimiento y desarrollo de la institución.

## **2. JUSTIFICACION**

Los estudios de costos son instrumentos valiosos que brindan información necesaria para:

1. Realizar una programación técnica administrativa y financiera dentro de la cual se desarrollen las actividades de la unidad de salud.
2. Ejercer mecanismos de control presupuestario.
3. El análisis técnico financiero normativo de los recursos humanos, físicos, de servicios y programas específicos.
4. La toma de decisiones a través de indicadores que determinan problemas o deficiencias específicas
5. El establecimiento de políticas y procedimientos en la recuperación de costos y venta de servicios.
6. Determinar mecanismos útiles para la asignación de recursos conforme a las necesidades reales de las unidades de salud.
7. La conformación y desarrollo del sistema de información gerencial en las unidades operativas conectándose con otros sistemas gerenciales.

Por todo ello, los estudios de costos, por sí solos constituyen ya un aporte para la toma de decisiones gerenciales con la visión de elevar la producción, mejorar el acceso de los consumidores al menor costo posible, evaluar la capacidad de recuperación de costos de los servicios y desarrollar las organizaciones.

Sin embargo, sus fortalezas se potencializan cuando a la par se implementan estudios de mercado que nos permiten operativizar la información arrojada por los estudios de costos, relacionando la oferta con la demanda de forma tal que podamos satisfacer las necesidades de los clientes y a la vez obtener beneficios para la institución.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El escaso presupuesto estatal que se asigna al sector salud y que en nuestro país constituye el 4% del Presupuesto Nacional ha permitido que las unidades operativas del MSP entren en desigual competencia dentro del mercado, ya que al desconocerse los costos de los servicios que brinda, no es factible la elaboración de un presupuesto real acorde a las necesidades internas y de su entorno, peor aún a la obtención de réditos de tipo económico que permitan su mantenimiento y desarrollo institucional.

Observamos así: inequidad en los servicios prestados a la comunidad, poca efectividad de los mismos, accesos restringidos, desperdicios y mala utilización de los recursos humanos, materiales y financieros, lo que se traduce en una mala calidad de servicios y bajas coberturas.

Se impone, entonces, la necesidad de realizar un estudio de costos de los servicios que permitan resolver algunos de estos problemas con la visión de elevar la producción, mejorar la calidad y el acceso de los consumidores al menor costo posible.

Debe también darse un proceso de ajuste entre la capacidad de la organización y las exigencias de sus clientes. Esto implica tener un claro conocimiento, no sólo de lo que somos capaces de ofertar, sino también de las necesidades de las usuarias, con respecto al precio que estarían dispuestas a pagar y por qué tipo de atención. Implica también estar muy bien ubicados con respecto a la competencia, conocerla en sus fortalezas y debilidades. En otras palabras, proyectar el crecimiento y desarrollo institucional, significa también competir en el mercado, y por tanto conocerlo para reducir los riesgos, desarrollar la respuesta que debe dar la organización y obtener ventajas.

En esa medida es necesario realizar un estudio de costos y de mercado del parto y cesárea institucionales que sirva de base para proyectar el pago de estos servicios por las usuarias, con la visión de contribuir al desarrollo del área toco - quirúrgica del Hospital Materno Infantil del Guasmo “Matilde Hidalgo de Procel”, como eje fundamental del crecimiento y desarrollo institucional y poblacional.

## **4. OBJETIVOS**

### **General:**

- Desarrollar un estudio de costos y de mercado del parto institucional y de la cesárea en el Hospital Materno Infantil del Guasmo, que permita el financiamiento de estos servicios para desarrollar el área toco-quirúrgica como eje fundamental de un proceso que convierta al Hospital Materno-Infantil del Guasmo en una institucional moderna, solvente y capaz de responder a las necesidades de los usuarios internos y externos.

### **Específicos:**

- Realizar un estudio de costos del parto institucional y de la cesárea en el Hospital Materno Infantil del Guasmo “Matilde Hidalgo de Procel”.
- Realizar un estudio de mercado con respecto a este tipo de servicios en el Area de Salud # 1 Guasmo Sur.
- Desarrollar una propuesta que permita el financiamiento de estos servicios y orientar un proceso sostenido de crecimiento y desarrollo del área toco-quirúrgica del Hospital Materno-Infantil del Guasmo “Matilde Hidalgo de Procel”.

## **5. METODOS Y TECNICAS**

### **Método**

Se trata de un estudio descriptivo de costos y de mercado:

1. Servicios funcionales y de soporte del Hospital Materno Infantil del Guasmo.
2. Sujetos: Población de mujeres en edad fértil que viven en las 61 cooperativas que corresponden al área de salud # 1 Guasmo Sur.

### **Universo de estudio**

El universo para ser muestreado estuvo constituido por todas las mujeres de edades comprendidas entre 15 y 49 años, es decir, mujeres en edad fértil (MEF), que se encontraban residiendo en hogares particulares localizados en las diferentes cooperativas del Area de Salud #1 - Guasmo Sur.

Población: 44.415 mujeres en edad fértil del área de salud # 1 Guasmo Sur.

### **Tamaño de la Muestra**

Muestra: El cálculo del tamaño de la muestra se realizó utilizando el programa de EPI INFO 6.0

Las restricciones muestrales fueron:

Nivel de confianza(nc) = 90%

Prevalencia (p) = 30%

Especificidad(E) = 77%

Muestra = 116

La muestra calculada fue de 116 hogares. Adicionalmente, con el objetivo de compensar el porcentaje de no respuesta se incrementó el 3% sobre la muestra. La muestra definitiva fue de 120 hogares.

### **Tipo de muestreo**

Para la selección de la muestra se aplicó la técnica de Muestreo Aleatorio por Conglomerados en dos etapas (cooperativas y manzanas).

Para el efecto se actualizó la cartografía del censo del área # 1 del año 1.996. Con esta información se verificó el número de manzanas existentes y se procedió a sortear las viviendas en forma aleatoria. Adicionalmente se tomaron propositivamente 16 encuestas a usuarias realizadas dos por cada turno en los servicios de: Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización en las tres guardias de Emergencia y Hospitalización y en los dos horarios de Consulta Externa Gineco-Obstétrica, con el objetivo de tener una noción - opinión de las usuarias.

### **Diseño**

- Análisis institucional: documental y de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas
- Metodología de distribución de costos directos e indirectos del servicio toco-quirúrgico del Hospital Materno Infantil del Guasmo.
- Estudio de la demanda: Características socioeconómicas, capacidad de pago, forma de pago, preferencia de servicios.
- Estudio de la competencia y proveedores: Identificación de establecimientos médicos privados, razón social, ubicación, servicios que presta, precios que cobra por servicio, formas de pago.

## **Técnicas e Instrumentos**

Técnicas de costos:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Revisión de documentos</li><li>2. Observación directa</li><li>3. Cálculo de costos.</li></ol>
Instrumentos de costos:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Guía de observación documentada</li><li>2. Hoja electrónica (Excel)</li></ol>
Técnicas de mercado:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Encuestas</li><li>2. Entrevistas.</li></ol>
Instrumentos de mercado:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Formulación de encuestas</li><li>2. Guía de entrevistas.</li></ol>

## **Procedimientos**

Estudio semestral que se realizó siguiendo la siguiente ruta:

1. Análisis institucional de FODA y documental
2. Autorización de los directivos del hospital
3. Reuniones con los jefes de servicio investigado a quienes se le solicitó su colaboración para que aporten con la información requerida para el presente proyecto.
4. Capacitación a personal de campo, que se realizó dirigida a la supervisora de campo y a las encuestadoras.
5. Reconocimiento del terreno con el personal de encuestadoras y la supervisora de campo, para identificar el área geográfica y las cooperativas donde se realizaron las encuestas y entrevistas según los casos respectivos.

6. Trabajo de campo realizado por el personal de encuestadoras.
7. Entrega de encuestas y codificación de resultados.
8. Procesamiento de datos.
9. Análisis de resultados
10. Presentación del proyecto, limitaciones, conclusiones y recomendaciones.

### **Procesamiento de la información**

1. Control de calidad de los datos
2. Codificación
3. Procesamiento electrónico
4. Presentación de resultados.

## **6. MARCO TEORICO**

### **6.1. El Contexto Latinoamericano: Toda Crisis es una Oportunidad**

Los años 80 fueron difíciles para la región de América Latina y el Caribe por los diversos impactos de la crisis del endeudamiento.

La consiguiente reducida disponibilidad de recursos obligó a los países de la región, a implementar políticas de ajuste que perseguían restituir los desequilibrios macroeconómicos y reestructurar las economías para hacerlas más autosuficientes y competitivas dentro del proceso de internacionalización de las economías.

Los efectos de la crisis y las políticas de ajuste se manifestaron sobre todo en la disminución del gasto social de los gobiernos, incluido el de salud.

Siendo la salud de las personas, en América Latina y el Caribe, altamente dependiente de la acción gubernamental; ante la crisis económica no sólo que aumentó la demanda sobre el sistema público de salud, sino también las dificultades para atenderla debido al reducido ingreso público.

Los comienzos de los años 90 encuentran a los países latinoamericanos haciendo progresos, aunque dispares, en su recuperación económica. Sin embargo, los costos de la crisis permanecen, la recuperación no ha sido instantánea y tomará largos años en la mayoría de los países. Los recursos que se necesitan inyectar nuevamente en el sector salud no estarán disponibles en el corto plazo, por lo que la búsqueda de soluciones se ha centrado en otras áreas como: el aumento de la eficiencia, la maximización de la capacidad gerencial y la mayor incorporación de los subsistemas privados: lo cual a su vez implica recurrir a disciplinas económicas y administrativas para lograr la optimización de recursos que ha resultado exitosa en otras esferas de la actividad humana.

## **6.2. Propuestas de Solución y Reformas al Financiamiento de los Servicios de Salud.**

En la actualidad existen dos grandes líneas o propuestas para abordar soluciones eficaces, eficientes y con equidad en la Región. Ellas no son contradictorias, y en parte importante se complementan.

Una solución es la propuesta de los SILOS, desarrollada por la OPS durante la década de los 80. La otra propuesta, de naturaleza más específica y más centrada en los mecanismos de asignación de recursos en el sector salud, corresponde a los organismos internacionales de crédito multilateral, principalmente el Banco Mundial.

El desarrollo de los SILOS persigue generar una solución a los problemas de salud eficiente y equitativa. En términos específicos, busca acercar las soluciones hacia las personas y comunidades comprendidas; hacer que los sistemas de salud sean sensibles a las necesidades de las comunidades; lograr una participación creciente de las personas y comunidades en las soluciones a sus problemas de salud, ejerciendo control social sobre las entidades proveedoras; aumentar la eficiencia mediante soluciones tecnológicas y administrativas adecuadas y conformar un sistema global que actúe en forma integrada y coordinada a fin de mejorar la eficiencia macro de los sistemas de salud.

La propuesta SILOS ha girado principalmente en torno a la definición de los aspectos conceptuales y los principios de operación que orienten las soluciones específicas en cada caso. Estos procesos fueron especialmente impulsados por la Resolución XV de la 33ª. Reunión del Consejo Directivo de la OPS, en septiembre de 1988.

Un aspecto de especial importancia son los mecanismos de asignación de recursos y el problema relacionado a la compatibilización de las demandas con los recursos disponibles. Estos aspectos no han recibido en la propuesta SILOS la debida atención; pero ellos constituyen el punto focal de la segunda propuesta.

### **6.2.1. Reformas al Financiamiento de los Servicios de Salud**

Su punto de partida es la improbabilidad de que los gobiernos de la región puedan obtener recursos adicionales para salud en el corto plazo, o estén en condiciones de reasignar volúmenes sustanciales de éstos hacia el sector salud, desde otros sectores de la acción gubernamental.

La proposición central es “reducir la responsabilidad del gobierno en cuanto al pago de los servicios de salud que rinden escasos beneficios a la sociedad como un todo (por oposición a los beneficios directos para los usuarios del servicio). De esta forma, se dispondría de un mayor caudal de recursos del gobierno (o públicos) para sufragar los servicios que proporcionan beneficios considerables a toda la sociedad. Este planteamiento, al relevar al gobierno de la carga de expender fondos públicos a fin de costear atención de salud para los ricos, liberaría recursos y de esta forma podría gastarse más en los pobres.”\*

La propuesta consta de cuatro políticas de financiamiento.

#### **a) Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud**

Indica que es necesario establecer aranceles en las instalaciones del gobierno, especialmente para medicinas y atención curativa. Estos cobros tienen un efecto moderador del uso y generan recursos. Necesariamente estaría acompañado de

---

\* Banco Mundial (1987), p.696. Tomado de Miranda, E. Cobertura, Eficiencia y Equidad en el Area de Salud en América Latina: Problemas y Propuestas de Solución. Estudios Públicos #46 Otoño 1992. Separata Centro de Estudios Públicos, Santiago de Chile.

tarifas diferenciales para proteger a los pobres y provisiones para financiar los costos catastróficos para todas las familias.

Para que los aranceles sean efectivos es precondition a asegurar la accesibilidad y calidad de las atenciones, que los aranceles sean efectivamente canalizados hacia las atenciones de mayor beneficio social y hacia los pobres y crear mecanismos para que los pobres estn en condiciones de sufragar aranceles nuevos o aumentados.

En el corto plazo el establecimiento de aranceles puede ser modesto, cubriendo s3lo una parte de los costos y s3lo en algunas prestaciones. Pero en el largo plazo los aranceles incorporar3an el costo total, seg3n se cuente con adecuados sistemas de prepago o seguros de salud.

Donde actualmente el precio sea cero, aun incrementos modestos de los aranceles pueden generar ingresos suficientes para cubrir entre el 15 y el 20% de los costos operativos del sistema de atenci3n de la salud en la mayor3a de los pa3ses, proporci3n que basta para sufragar una parte sustancial del costo de los insumos no salariales cuyo financiamiento es insuficiente en la actualidad, tales como medicamentos, combustibles y mantenimiento de edificios. Por "incrementos modestos" se entiende aumentos que constituyan aun para las familias pobres, el 1% o menos de su ingreso anual, en la hip3tesis de dos visitas anuales por persona a una instalaci3n de salud del gobierno, para atenci3n curativa.

A mayor plazo, el arancel para el usuario no s3lo proporciona un medio de obtener ingresos sino que tambi3n mejora el empleo de los recursos gubernamentales. Transcurrido cierto tiempo y una vez que se haya establecido el mecanismo para amparar a los pobres (conjuntamente con sistemas para cubrir los costos catastr3ficos para todas las familias), debe considerarse el aumento de los aranceles de los servicios curativos para que reflejen el costo de su provisi3n. Esto liberar3a un caudal de recursos equivalente quiz3 al 60% de los gastos gubernamentales actuales en salud, para su readjudicaci3n a programas preventivos b3sicos y al cuidado curativo de nivel primario para los pobres.

#### **b) Provisión de Seguros u otra Protección frente a Riesgos.**

Consiste en el establecimiento de formas de prepago, primas de seguros o impuestos específicos para salud, de modo de traspasar los riesgos de enfermedad. Un primer paso en esta dirección lo constituiría la instauración de cobertura obligatoria para todos los trabajadores del sector formal de la economía. Esto, en el tiempo, debiera hacerse extensivo también al sector pasivo.

#### **c) Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales**

Persigue estimular la provisión, en el sector no gubernamental, de atenciones de salud por los cuales las personas están dispuestas a pagar. Se refiere a instituciones sin fines de lucro, los médicos privados, los farmacéuticos y otros practicantes de actividades relacionadas con la salud.

Esta proposición parte del reconocimiento del papel que en el pasado y presente tienen los proveedores privados en los países de la región. Desconocer estas realidades implica que los gobiernos reducirían sus opciones y grados de libertad para realmente focalizar sus esfuerzos en los pobres y las acciones de beneficio colectivo.

Los gobiernos mantendrían las acciones normativas, supervisoras, fiscalizadoras, aseguradoras de estándares adecuados y control de la calidad. Por último, en todos los países, en la mayor parte de las áreas de la atención preventiva donde hay un caudal importante de beneficios sociales, el papel del gobierno continuará siendo predominante y, en realidad, deberá ampliarse.

#### **d) Descentralización de los servicios de salud gubernamentales**

Propone la descentralización de los procesos de planificación, elaboración de presupuestos y adquisición de los servicios de salud gubernamentales, particularmente de aquellos que rinden beneficios privados por los cuales se cobra a los usuarios. Empleo de los incentivos del mercado donde sea posible a fin de motivar al personal y mejorar la asignación de recursos.

Se persigue crear condiciones para que las unidades estatales productoras de prestaciones de salud dispongan de la autonomía y recursos necesarios para proveer los servicios en la calidad y condiciones que las poblaciones atendidas requieren. La descentralización aumenta la responsabilidad de las unidades locales en la planificación y presupuestación, en la cobranza de los aranceles a los usuarios y en la determinación de la forma en que habrán de gastarse los fondos cobrados y los transferidos por el gobierno central. A menudo también implica una mayor responsabilidad por la administración del personal y su disciplina.

Un principio general de la descentralización de la planificación financiera debe ser que los ingresos percibidos por cobranza de aranceles a los usuarios deben mantenerse lo más cerca que sea posible al punto de recepción. Ello aumenta los incentivos para la cobranza, incrementa la responsabilidad del personal local, asegura - dentro de ciertos límites- que la determinación de los gastos se atenga a las necesidades locales y fomenta el desarrollo de la capacidad administrativa en el seno de la comunidad.

De ninguna manera la puesta en práctica de estas reformas habrá de resolver todos los problemas del sector de la salud. La reforma de la política de financiamiento tendrá escasos efectos si no existe un compromiso político del gobierno con el aumento de la eficiencia del sector de la salud. Sin embargo, sin reformas financieras, no se dispondrá de los ingresos necesarios para poner en práctica las decisiones políticas de redistribución de recursos, dentro y fuera del sector de la salud.

El conjunto de políticas financieras tampoco es fácilmente aplicable. En los países donde la capacidad administrativa es débil, la introducción de nuevos enfoques demandará tiempo. Además, cada uno de los cuatro componentes contienen contratiempos potenciales, que aflorarán si la ejecución no es cuidadosa.

Los aranceles para los usuarios pueden impedir que procuren atención aquellos que más la necesitan. Los esquemas de distribución de riesgos pueden elevar los costos y acentuar las disparidades existentes. La eliminación de reglamentos para el sector no gubernamental y la descentralización administrativa pueden aumentar la desigualdad desde el punto de vista geográfico y reducir la calidad de los servicios. Para evitar estos escollos es necesario contar con el complemento de una atención sistemática y sostenida a los programas de control.

### **6.3. Experiencias de los Países de la Región**

Las experiencias existentes en los países latinoamericanos nos señalan que se puede operar tanto sobre la demanda como sobre la oferta de servicios de salud en lo relacionado al financiamiento de la producción de los servicios de salud.

Compartir los costos de la atención médica entre los pacientes y los proveedores es la medida que opera sobre la demanda. A su vez esta medida adopta varias formas:

- Cobros al usuario: Un sistema de precios para diferentes procedimientos médicos.
- Copagos: Una cantidad fija por visita o receta que representa algún porcentaje del costo total de atención de la salud.
- Franquicias: Gastos que el paciente debe cubrir antes de recibir cualquier reembolso.
- Financiación comunitaria en forma de contribución en especie.

En la aplicación de estas medidas el objeto es doble:

- a) hacer que el usuario sufrague una proporción del gasto de la atención de salud para reunir fondos que permitan que la institución proveedora del servicio complemente las asignaciones regulares de su presupuesto, y
- b) reducir la demanda de cierto tipo de atenciones.

Por el lado de la oferta, un aporte al control de costos o la reducción de gastos en la atención de salud se puede lograr racionando los recursos de tres maneras:

- a) obligando a los proveedores de atención sanitaria a aumentar la eficiencia de su producción (es decir, a entregar la misma cantidad de servicios con menos insumos);
- b) reduciendo los precios pagados por diferentes insumos (por ejemplo, recortando salarios y sueldos del personal de salud, empleando medicamentos genéricos en lugar de marcas registradas); y
- c) prestando menos servicios (reduciendo el número de pruebas de diagnóstico, etc.).

En consecuencia, las estrategias de control de costos que operan sobre la oferta incluyen controles directos e incentivos.

Se puede imponer controles directos:

- a) sobre las cantidades de insumos (número de empleados, monto total de los presupuestos operativos, equipos médicos, construcción de nuevos establecimientos de salud, número de médicos en ejercicio);
- b) sobre las cantidades de productos (ingresos, prescripción de medicamentos);
- c) sobre los precios de los insumos (honorarios y sueldos, precios de los equipos, precios de los medicamentos);
- d) sobre la organización y entrega de los servicios (listas de medicamentos, procedimientos de alta tecnología, provisión privada de ciertos servicios, reducción de la duplicación de esfuerzos institucionales a través de la coordinación intrasectorial).

Los incentivos, a la vez, en su mayor parte afectan los precios cobrados por diferentes productos o servicios, imponen sanciones para los gastos excesivos y recompensan los ahorros. Los sistemas de pago por categorías de diagnóstico (en inglés diagnosis related groups, DRG), la capitación y los presupuestos globales anticipados ofrecen una vasta variedad de incentivos para que los proveedores modifiquen el ejercicio de su práctica médica, ya que deben absorber los costos adicionales si exceden los honorarios fijos o la capitación. Por otro lado, los sistemas tradicionales de pago por servicio incentivan a los proveedores a brindar más consultas y pruebas diagnósticas, a recetar con más frecuencia y a elevar sus honorarios o los precios de los servicios.

#### **6.4. Experiencias de recuperación de costos en el Ecuador**

En nuestro país existen pocos estudios realizados para conocer cuánto nos cuesta producir los servicios de salud, careciendo así de una información valiosa que nos permitiría hacer frente a problemas como los altos costos y la poca efectividad, el desperdicio de recursos, la inequidad en la determinación de prioridades, etc.

Sin embargo la creciente necesidad de enfrentar con datos claros y precisos los procesos de modernización y descentralización del Estado, y dentro de ello del sector salud, ha posibilitado que se desarrollen algunos estudios y experiencias.

Una experiencia interesante es la de la Jefatura de Salud #2 ubicada en la ciudad de Babahoyo, provincia de Los Ríos. Nos referimos al Centro Materno Infantil de Barrio Lindo, donde desde 1994 se vienen desarrollando actividades comunitarias que se concretizan en la conformación de un Comité de Salud, que junto al equipo de prestadores de servicio, estudian las necesidades del sector y plantean soluciones.

El Comité de Salud resolvió el depósito de una donación de S/.1000 en el momento en el que el usuario acude por atención de morbilidad. Al final de cada mes y en presencia de algún representante del Comité de Salud y de los prestadores se conoce el valor recaudado y se lleva por parte de la comunidad un control contable sencillo.

El monto recaudado ha permitido el pago de recursos humanos y mantenimiento.

También se ha establecido un sistema de gratuidad o exoneración de los pagos a personas de escasos recursos.

Esta experiencia logró la intervención positiva de la Dirección Provincial de Salud, la cual a través de partidas presupuestarias creó servicios complementarios de ecosonografía, laboratorio clínico, radiología, que actualmente se ofertan a la comunidad.

En cuanto a estudios de costos:

La Dirección Nacional de Planificación del MSP, en 1974 realizó estudios de costos en el Hospital Territorial #1 de las Fuerzas Armadas, en la Maternidad Isidro Ayora, en el Hospital Eugenio Espejo y en el Hospital Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito, sin embargo estos estudios han sido experiencias aisladas, sin proyección futura ni análisis sistemático para mejorar los procesos gerenciales de toma de decisiones.

En el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra se desarrolló el Proyecto de Supervivencia de Salud Infantil con asistencia técnica prestada por MANAGEMENT SCIENCE FOR HEALTH (institución sin fines de lucro), mediante la formulación de un sistema de costos y rendimientos denominado SICO. Este sistema que constituyó una base instrumental importante para el desarrollo futuro, con la finalización del proyecto y de la asistencia técnica respectiva, quedó incompleto.

En 1994, el Proyecto de FASBASE desarrolla un sistema de costos denominado SICCUS, la cual fue una propuesta de tipo metodológica que combina la experiencia ecuatoriana de SICO con la experiencia aplicada en Chile.

Los hospitales Abel Gilbert Pontón de Guayaquil, Vicente Corral Moscoso de Cuenca y San Luis de Otavalo, conjuntamente con sus respectivas Direcciones Provinciales de Salud han tecnificado un sistema automatizado que permite

disponer de un sistema de determinación y de recuperación de costos denominado SICOPLUS.

Otros estudios fundamentales fueron realizados en 1994 por Vallejo Francisco y Buchholz Gregory. En ellos se establecen los elementos técnicos para diseñar una canasta esencial de servicios de salud para el caso ecuatoriano y además se intenta realizar las estimaciones preliminares de los costos que sería necesario cubrir aplicando los criterios del análisis costo - efectividad para implementar un paquete de salud con cobertura nacional.

### **6.5. Marco Jurídico del Financiamiento de la Salud en el Ecuador**

La existencia legal de las instituciones y entre estas los servicios de salud, requieren de una plataforma jurídica que permita definir su naturaleza y normaticen sus actividades dentro del marco de la ley, constituyéndose en fortalezas o debilidades que favorezcan o limiten el desarrollo de políticas de salud, pero que deberán siempre ser concordantes y estar dentro del contexto de la carta fundamental del estado que es la Constitución de la República.

Es así como revisaremos algunos códigos, leyes, decretos, normas, que se han dictado en las últimas décadas en el área de la Salud Pública en el Ecuador y que han marcado diversos escenarios en un camino en el que se impone realizar una reforma en el sector salud.

- La Constitución Política de la República del Ecuador en un art. #22 numeral 15 garantiza a los Ecuatorianos el derecho a un nivel de vida que asegure la salud, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales; pero no establece la gratuidad de la atención médica.

- El Código de Salud Ecuatoriano en su art. 96 dice que el Estado fomentará y promoverá la salud individual y colectiva.
- De igual manera el art. 248 de este mismo cuerpo legal dispone que los Servicios que se presten en las diferentes dependencias del servicio nacional de salud, satisfagan el pago de derechos, los cuales serán invertidos, según las necesidades propias de cada unidad, por los jefes de cada servicio, quedando sujetos al control de fiscalización necesaria. Los derechos y prestación de servicios serán establecidos en los reglamentos internos de cada dependencia los mismos que, para su vigencia, deberán ser aprobados por el Ministerio de Salud.
- El Decreto Ejecutivo 915 del 17 de febrero de 1981 promulgado en el registro oficial # 391 de marzo 5 de 1981 en la presidencia del Dr. Jaime Roldós Aguilera, declara la gratuidad de los servicios básicos de salud; considerando que es derecho constitucional el tener un nivel de ayuda que asegure la salud, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, debe traducirse en una efectiva prestación de los servicios asistenciales ofreciendo la atención médica gratuita a todos los habitantes del país, la misma que incluirá exámenes complementarios, servicios de rayos x, emergencias, atención del parto, y demás de tipo preventivo de la salud. Para financiar los mencionados servicios de medicina preventiva y curativa el Ministerio de Finanzas y Crédito Público destinará los recursos necesarios con cargo a los fondos provenientes de la disminución de los subsidios que se entregaban a los derivados del petróleo.
- En el periodo presidencial del Arquitecto Sixto Durán Ballén, se dictan las políticas de salud para el periodo 1993-1996 lo cual está contenido en el Acuerdo Ministerial # 114 a ejecutarse por el Ministerio de Salud Pública con la participación activa de otras carteras del estado, Entidades del Sector Público, Organizaciones no gubernamentales e iniciativa privada. Estas

políticas están dirigidas a poner en marcha de manera efectiva el proceso de descentralización administrativa financiera del sistema de prestación de servicios del Ministerio de Salud Pública por medio de la creación y fortalecimiento en el año de 1992 de las Areas de Salud, y el desarrollo de la programación y administración local de las acciones de salud; de igual forma considera el diseño e implantación de modelos de autogestión de los servicios hospitalarios que garanticen la recuperación parcial de costos de producción de los distintos tipos de atención médica a través de contribuciones directas de los usuarios, ventas de servicios a instituciones públicas y privadas y búsqueda de donaciones de organismos nacionales e internacionales.

- La Ley de Maternidad Gratuita fue expedida por el Congreso Nacional el 9 de Septiembre de 1994 y publicada en el suplemento del Registro Oficial #523. Para su financiamiento se incrementa en un 3% las tarifas del impuesto a los consumos especiales señalados en el Art. 78 de la Ley de Régimen Tributario Interno publicado en el Registro Oficial #341 del 22 de Diciembre de 1989. Los valores por este concepto serán transferidos mensualmente por el Ministerio de Finanzas a las cuentas del Ministerio de Salud el que los destinará en su totalidad a financiar la prestación del servicio establecido en esta Ley.

En el Registro Oficial #667, publicado el 3 de Abril de 1995 se dictó la Ley Reformatoria a la Ley de Maternidad Gratuita en la cual se establece que toda mujer que acuda a un hospital, centro o institución de salud pública en estado de gravidez tendrá derecho a que el control prenatal, atención del parto y puerperio sean enteramente gratuitos.

Hasta la presente fecha esta Ley no ha sido reglamentada y su expedición resulta demagógica, controversial y contradictoria, ya que aparece en un período en que se promueven unas políticas de salud orientadas al diseño de modelos de

autogestión de los servicios de salud y a la recuperación parcial de costos mediante pago o contribución del usuario.

- El Dr. Fabián Alarcón Rivera, Presidente Interino de la República del Ecuador, según Decreto #350 B publicado en el Registro Oficial #102 del 7 de Julio de 1997, faculta al Ministerio de Salud Pública para que desarrolle e implemente el modelo de cogestión y autogestión gerencia hospitalaria en las unidades de salud a su cargo y dispone que cada una de las unidades operativas proceda a la apertura de una cuenta rotativa de ingresos en la que se depositarán los fondos recaudados a través del modelo ya mencionado; de igual forma se dispone al Ministerio de Finanzas y Crédito Público la no utilización de los fondos provenientes de la cogestión y autogestión con la finalidad de no afectar el desarrollo del proceso gerencia hospitalario, destinando estos fondos al mejoramiento de la calidad y ampliación de las coberturas de los servicios de salud, mediante la aplicación de un modelo de gerencia social moderna aplicado al sector salud.

#### **6.6. La Experiencia local: Area de Salud # 1 - Guasmo Sur**

Conscientes de la problemática de costos, en el Hospital Materno Infantil del Guasmo “Matilde Hidalgo de Procel”, como Jefatura de Area # 1 – Guasmo Sur -, en Diciembre de 1996, se creó el Comité de Desarrollo Institucional, cuyo objetivo era el planteamiento y conducción de políticas que propendan al crecimiento y desarrollo del Hospital y del Area. Este comité se encuentra conformado por miembros representativos de la comunidad, de los sindicatos y de los directivos del Hospital.

Amparados en el Acuerdo Ministerial # 114 y en las políticas de salud dictadas para el período 1993 -1996 por el gobierno del Presidente Sixto Durán Ballén, en concordancia con la Constitución Política del Estado y el Código de Salud; el comité se planteó como primera y fundamental actividad la elaboración de un proyecto de reglamento para la recuperación de costos o autogestión del Hospital.

Este proyecto de reglamento tenía como finalidad posibilitar la obtención de fondos a través de la autogestión para la inversión en prioridades que no son atendidas por el Presupuesto Regular como son: mantenimiento de la infraestructura y de equipos, capacitación, algunas contrataciones de personal y contenidos de paquetes quirúrgicos.

Basados en dicho proyecto de Reglamento, en Enero de 1997 se conformaron paquetes quirúrgicos de parto normal y cesárea (con y sin ligadura). Para estimar su precio al público, se consideró como criterio el costo del contenido, mismo que fue consensuado entre los expertos del Hospital, determinándose el paquete quirúrgico de parto en S/.50.000 y el de cesárea en S/.120.000

En el mismo mes de enero se inició la venta de estos paquetes quirúrgicos. Los fondos recaudados se depositaban en una cuenta corriente manejada por dos representantes del comité: el Director del Hospital y el Presidente del Comité Local de Salud.

A poco de iniciado este proceso empezamos a visualizar los cambios; se pudo reparar algunos equipos y transportes por largo tiempo inutilizados, se contrató algún personal de servicio y administrativo, necesario pero cuyas partidas no habían podido crearse; el desabastecimiento continuo fue quedando atrás.

Entre las ventajas para los usuarios externos citamos: la disponibilidad de servicio completo en el mismo Hospital, incluido el de Farmacia. Para el usuario interno:

se pudo establecer un mejor control del manejo de los insumos y de la contabilidad, con la consecuente disminución de conflictos.

Entre las debilidades de la implantación de esta estrategia tenemos que la misma se basó solamente en cálculos estimativos de los costos de los insumos que forman parte del paquete quirúrgico.

En todo caso esta experiencia resultó positiva para el Hospital y demostró ser una buena estrategia para propender al mejoramiento de la atención a los usuarios y al crecimiento y desarrollo de la institución.

## **6.7. Los Estudios de Costo: Información para la toma de decisiones**

### **6.7.1. Definición de Costo**

Costo es la suma de erogaciones en la que incurre la persona natural o jurídica para adquirir un bien o un servicio, con la intención de que genere ingresos en el futuro.

### **6.7.2. Elementos del Costo**

En cualquier costo concurren dos o tres elementos que contribuyen a una conformación.

El número de elementos depende de si se trata del costo de un producto manufacturado, de una comercialización o de un servicio.

### 6.7.3. Clasificación

Los costos pueden ser clasificados de acuerdo con el enfoque que se les dé:

1. De acuerdo con la función en la que se incurre:

- **Costos de producción:** son los que se generan en el proceso de manufactura. Son ejemplos de ellos: la materia prima, la mano de obra directa y los costos generales de fabricación.
- **Costos de distribución o venta:** son aquellos en los que se incurre cuando se ofrece y se lleva el producto o el servicio al cliente. Ej: los costos de publicidad.
- **Costos de administración:** son aquellos en los que se incurre en la gestión de la logística que garantiza la actividad de la producción, de la comercialización de la prestación de un servicio. Ej: la papelería consumida en la oficina de recursos humanos, los salarios de los directivos del hospital.

2. De acuerdo con la identificación con el producto o servicio, con un departamento o división:

- **Costos directos:** son los que se identifican con una actividad o con un producto o división. Ej: El costo de una anestesia en una cirugía.
- **Costos indirectos:** son los que no se pueden identificar con una actividad, producto, división, departamento, pero tiene relación con estos. Ej: el salario del director del hospital con el costo de una cirugía.

3. De acuerdo con el tiempo en que fueron calculados:

- Históricos : son los que ya ocurrieron.
- Predeterminados: se determinan antes de su ocurrencia. Los costos que se usan en la elaboración de los presupuestos pertenecen a ésta clasificación.

4. De acuerdo con el tipo de sacrificio incurrido:

- Costos desembolsables: Los que implican salida de efectivo. Ej: El costo de los servicios públicos.
- Costo de oportunidad: Es aquel en el que se incurre por tomar una decisión en lugar de otra. Así, por ejemplo, el costo en el que incurre el médico al no atender su consultorio por asistir a un curso de capacitación es un costo de oportunidad. En esta decisión hay un costo que no implica salida de efectivo.

5. De acuerdo con su comportamiento:

- Costo fijo (CF): Es aquel que no varía aunque los niveles de la actividad cambien, dentro de cierto rango de volumen de actividad y de tiempo. Ej: el sueldo de un funcionario.
- Costos variables: son aquellos que varían de acuerdo con los cambios en los niveles de la actividad, dentro de cierto rango de volumen de actividad y de tiempo.

#### 6.7.4. Asignación de los Costos Indirectos

Uno de los propósitos de la contabilidad de costos es determinar el costo de producir o comercializar un bien o de prestar un servicio. Es, por lo tanto una tarea importante identificar todos los costos que concurren en la fabricación y comercialización de un bien o prestación de servicio. Dentro de éste proceso está la asignación de los costos indirectos a las unidades de actividad de la empresa.

**Procedimiento:** Comprende los siguientes pasos:

1. Identificar cuales son los costos indirectos pasando por los departamentos
2. Identificar los departamentos a los cuales se va a distribuir
3. Identificar cuales son los departamentos soporte y cuales son los funcionales
4. Identificar una base de distribución para poder repartir los costos de los departamentos de soporte y de los funcionales.
5. Calcular el factor de asignación (FA)

$$FA = \frac{\text{COSTO DISTRIBUIBLE}}{\text{BASE DE DISTRIBUCION}}$$

6. Distribución del costo a departamentos:

$$\text{COSTO DISTRIBUIDO} = FA \times \text{Base Propia de cada departamento}$$

7. Ubicar dentro de una matriz todos los costos indirectos distribuidos.

Cuando el reparto es indirecto por pasos escalonados se tiene que tener claridad por donde empezar la distribución. El criterio es:

1. El orden de reparto se inicia por aquel departamento de servicio que presta soporte a la mayoría de departamentos (se escoge al departamento que presta servicios a todos).
2. Si hay conflictos se comienza por aquel que tenga una mayor cantidad de costos.

### **6.8. Marketing: Herramienta de Gestión**

El marketing consiste en identificar y satisfacer, obteniendo beneficios, las necesidades de los clientes.

Los beneficios de una organización, incluso su supervivencia, dependen de su capacidad para satisfacer las necesidades de sus clientes.

El marketing consta de tres componentes:

1. Identificar las necesidades
2. Satisfacerlas
3. Obtener beneficios

El marketing se encarga, por tanto, de intentar reducir el riesgo, aplicando técnicas formales de manera sistemática para estimar la situación y desarrollar la respuesta que debe dar la empresa.

Hay que diferenciar el marketing de las ventas. La venta no es más que la parte del marketing que se ocupa de persuadir a los clientes para que adquieran el producto o servicio que mejor armoniza las capacidades de la organización y las exigencias de sus clientes.

Si el marketing se ha hecho bien, la venta puede seguir siendo difícil, pero será efectiva. En caso contrario, los vendedores intentan con frecuencia vender lo que la organización productora desea que el cliente quiera, es decir, no necesariamente lo que el cliente quiere de verdad. Este aspecto es de vital importancia, porque si bien es posible inducir al cliente a comprar determinado producto en una ocasión, para que repita la compra, el producto tiene que satisfacer con precisión sus necesidades.

La venta es, pues, la última etapa del proceso de marketing.

Las investigaciones parecen sugerir que una empresa orientada por el marketing tiene más probabilidad de éxito debido a cuatro factores básicos:

- La organización está genuinamente orientada por el marketing (no sólo de palabra sino también de hecho)
- Es sensible al entorno en el cual opera. Observa las actitudes del cliente, la acción competitiva, los cambios en la sociedad, la economía, la legislación, etc.
- Tiene una organización flexible capaz de adaptarse a las variables necesidades del mercado
- Su personal demuestra una creciente profesionalización en marketing.

### **6.8.1. El Ciclo de planificación del marketing**

La planificación del marketing puede definirse como la “toma de decisiones anticipadas”

Esta ayuda a evitar el fracaso al obligar al ejecutivo a considerar los objetivos, su organización y el entorno empresarial.

El proceso propone un enfoque “sistemático” en la elaboración de resoluciones que comienza con la fijación de “objetivos” y valiéndose de una serie de “tácticas”.

El lema es “Trabajar la planificación y planificar el trabajo”

El ciclo de planificación del marketing comprende:

- Análisis FODA
- Plan
- Implementación
- Control

### **6.8.2. Elementos del proceso de decisión de marketing**

- Mercado
- Los segmentos del mercado
- Los objetivos

## **a) El Mercado**

Nos interesa estudiar el mercado global, su forma, conducta y peculiaridades. El conjunto del mercado es el monto total gastado para satisfacer una demanda, sin tener en cuenta los productos que la satisfagan

La primera tarea es, por lo tanto, evaluar el valor total del mercado, es decir, el valor total económico del gasto. La segunda, verificar la naturaleza del crecimiento de la demanda.

Es necesario descubrir qué parte del mercado corresponde a cada tipo de producto y cuáles fueron las tendencias de cada uno de ellos durante los últimos años, digamos de 4 a 10. Si el tipo de producto que una organización produce está en declive mientras los productos de los competidores crecen, la tendencia puede significar una amenaza para el éxito de la organización.

## **b) Segmentos del mercado**

Cada mercado puede dividirse en segmentos de grupos de clientes potenciales con características similares.

Existen tres amplias variables segmentadas:

- Distribución geográfica: según poblaciones, departamentos o países.
- Distribución de clientes: se refiere a diferentes tipos de clientes que tienen distintas necesidades y hábitos de compra.
- Distribución de productos: significa que diferentes productos son pertinentes para diferentes grupos de compradores o diferentes necesidades, exigencias y deseos de un grupo de clientes en distintas circunstancias.

### **c) Los objetivos:**

La fijación de objetivos se relaciona con la identificación del segmento (o segmentos) que ofrece a la empresa el mejor rédito por el esfuerzo. Es decir, se trata de ajustar los puntos fuertes de la empresa a las oportunidades ofrecidas por los segmentos mientras se minimizan las amenazas planteadas por la competencia y el medio.

### **6.8.3. Estudios de mercado**

Para identificar el mejor objetivo para la organización, para obtener información sobre mercados y segmentos, el método adecuado son los estudios de mercado.

Un estudio de mercado es “El acopio sistemático, registro y análisis de datos sobre problemas relacionados con la comercialización de bienes y servicios”.<sup>1</sup>

Los ejecutivos necesitan estar informados para reducir los riesgos en la toma de decisiones. Los estudios de mercado son una herramienta de la gestión; su función es proporcionar respuestas a las preguntas importantes que se plantean a los directivos en el cumplimiento de sus tareas.

Existen 5 pasos en los estudios de mercado:

- La identificación del problema
- La investigación secundaria (publicaciones de otras fuentes)
- La investigación primaria (uso de cuestionarios, muestreos, etc.)
- El análisis y la interpretación (con la ayuda de programas estadísticos informáticos, etc.)

---

<sup>1</sup> Fuente: American Marketing Association; citada en: Davies, E. Aprenda los Secretos del Marketing. Primera edición: enero, 1995. Plaza & Janés Editores, S.A. Barcelona - España

- La utilización de resultados: introducción de la información en el proceso de decisión de marketing

#### **6.8.4. El Estudio de la Competencia**

Muy pocas organizaciones tienen un monopolio, Y aunque hay organizaciones que ostentan el monopolio de un producto o servicio en particular, existe normalmente un modo alternativo de satisfacer esa misma necesidad. De modo que todos ellos compiten entre sí.

El marketing estudia la competencia y usa esa información de manera positiva. La clave es desarrollar ventajas diferenciales sobre el que compite con nuestra organización. Estas ventajas diferenciales se refieren a las necesidades de nuestro mercado objetivo. Para lograrlo es necesario:

- Decidir quiénes son los competidores (locales, nacionales o internacionales)
- Recoger toda la información posible, como pueden ser avisos, folletos, listas de precios, material publicitario gráfico y, si estuvieran a mano, balances publicados.

Luego la dirección de la organización debe evaluar los puntos fuertes y débiles de cada competidor en función de la demanda no satisfecha de las necesidades observadas en el público objetivo.

#### **6.8.5. La Estrategia de Mercado o Plan de Marketing**

Es un plan que usa varias herramientas de marketing para conseguir sus objetivos en una situación dada de mercado. Existen cuatro áreas principales conocidas como la *mezcla de marketing*:

**Producto:** Se refiere a la naturaleza del mismo, su diseño, características, funcionamiento, etc.

**Precio:** Debe determinarse de acuerdo con lo que puede pagar el cliente. Al hacerlo es necesario tener en cuenta la acción de la competencia.

**Distribución:** Se refiere a la selección de los canales de distribución, es decir, a las distintas maneras de poner los productos a disposición del público objetivo.

**Promoción:** Significa informar y persuadir a los clientes para que adquieran el producto. La finalidad de la estrategia de promoción es llevar al comprador potencial del desconocimiento a la acción de compra.

Russell Colley describe el “espectro de comunicación del marketing”<sup>2</sup> del siguiente modo: Desconocimiento - Conocimiento - Comprensión - Convicción - Acción.

Para ello se deben establecer objetivos y estrategias de promoción para lograr “mover” al público en ese recorrido. Los medios de comunicación deben ser seleccionados teniendo en cuenta su alcance y sus niveles de eficiencia en las distintas etapas de sus actitudes.

---

<sup>2</sup> Citado en Davies, E. y Davies, B. Aprenda los Secretos del Marketing. Enero de 1995, Plaza & Janés Editores, S.A. Barcelona - España.

## **7. RESULTADOS**

### **7.1. Análisis Institucional**

#### **El Hospital Materno Infantil del Guasmo Sur “Matilde Hidalgo de Procel”**

Pertenece al Area de Salud #1 Guasmo Sur, de la Dirección Provincial de Salud del Guayas. Está localizado en la Cooperativa Causa Proletaria de la parroquia Ximena, que es un sector urbano marginal al sur de la ciudad de Guayaquil. El Area #1 es un asentamiento consolidado de más o menos 20 años que tiene bajo su jurisdicción una población de 173.689, en su gran mayoría joven y con un status socio - económico de clase baja.

El Hospital Materno Infantil del Guasmo es la Jefatura del Area de Salud #1 y tiene a su cargo la administración de 10 subcentros de salud satélites que están distribuidos en las diversas cooperativas del Guasmo Sur.

Los servicios de salud que presta el Hospital son de atención básica y además:

- Consulta especializada en Gineco Obstetricia y Pediatría
- Atención Odontológica
- Radiología
- Ecografía
- Laboratorio Clínico
- Servicios de hospitalización para partos normales y cesáreas, atención pediátrica perinatal, cirugía y Anestesia general, para cuadros emergentes y agudos no complejos.
- Unidad de cuidados intensivos de Neonatología

Las fuentes de financiamiento son:

1. Ingresos fiscales vía presupuesto regular del Estado
2. Vía extrapresupuestaria a través del proyecto FASBASE
3. Ingresos propios que son generados por autogestión en los servicios de diagnóstico, Odontología y venta de medicinas.

La mayor parte del presupuesto fiscal (84% aproximadamente) está destinado a gastos fijos como pago de sueldos y remuneraciones, un 6% a servicios básicos: agua, luz, teléfono, mantenimiento, subsistencias, viáticos, un 10% para suministros y materiales.\* No se contempla utilizar este presupuesto en gastos de capital ni inversiones.

El presupuesto original asignado para 1997 fue de S/.4.972'535.000; siendo al 30 de septiembre incrementado a S/.6.490'733.009

Los ingresos fiscales y del proyecto FASBASE se manejan con el mismo criterio contable y presupuestario, aplicando las mismas cuentas y partidas. Los ingresos por autogestión se manejan con criterio contable pero no presupuestal. Todas estas actividades y registros se realizan en el servicio de contabilidad, que es el encargado de elaborar los estados financieros y mantener actualizado el sistema por partida doble, de acuerdo al Reglamento Orgánico Funcional del Ministerio de Salud Pública. No se lleva contabilidad de costos en el área Administrativa financiera del hospital.

Revisada la documentación y realizado el análisis FODA, encontramos las siguientes fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del servicio tóco - quirúrgico:

---

\* Información del Departamento de Contabilidad del Hospital Materno Infantil del Guasmo

## ***FORTALEZAS:***

- Red de subcentros de salud como proveedores y distribuidores
- Infraestructura y equipamiento adecuados
- Existe experiencia de participación comunitaria a través del Comité de Desarrollo Institucional
- Proyecto de Reglamento de Recuperación de Costos para el Area de Salud # 1
- Experiencia previa de participación del usuario en el financiamiento de los servicios de salud (compra de paquetes quirúrgicos, pago de servicios auxiliares de diagnóstico y de medicamentos).
- Equipo gerencial en la Unidad de Conducción del Area.
- Jefa del Departamento Gineco-Obstétrico forma parte de la Unidad de Conducción del Area
- 84% de los costos están cubiertos por el presupuesto regular del Estado
- Atención permanente las 24 horas del día.

## ***OPORTUNIDADES***

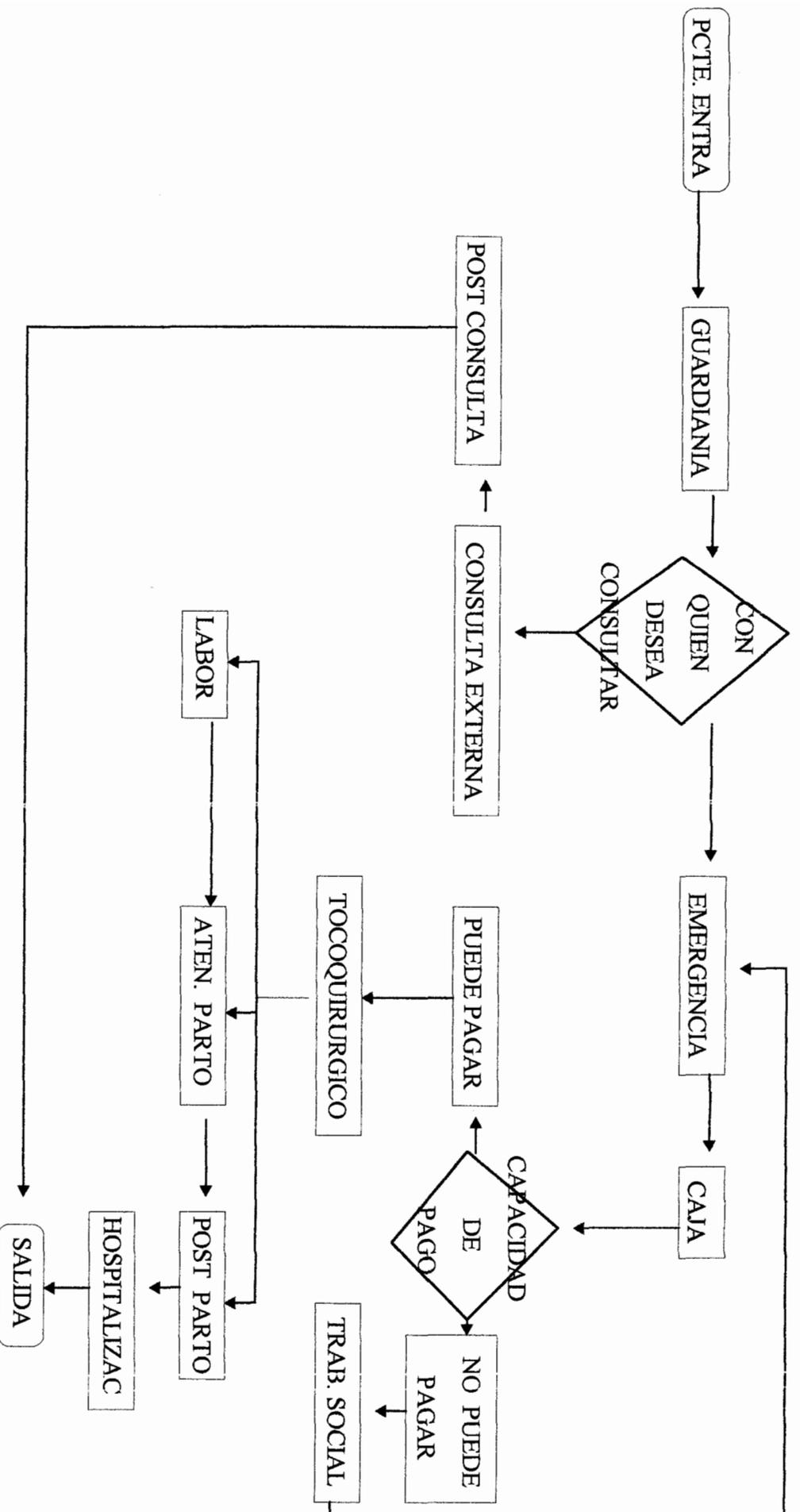
- Existe voluntad de pago
- Decreto #350 B del 7 de Julio de 1997 que implementa modelo de autogestión y cogestión de gerencia hospitalaria en las unidades del MSP.
- Las tendencias internacionales hacia la participación del usuario en el financiamiento de los servicios de salud.
- La competencia tiene tarifas para parto y cesárea, más elevadas
- La posibilidad de un debate amplio y resoluciones a incluirse en la Constitución Política del Estado, en torno a políticas para reformar el sistema de salud, incluyendo las de financiamiento.

## ***DEBILIDADES***

- Bajo aprovechamiento de la capacidad instalada
- Baja credibilidad
- Plantilla de personal de guardia incompleta
- Personal brinda un trato poco cálido al usuario
- Alto número de rechazos en la Emergencia del Hospital
- La razón parto - cesárea es de 1.5
- El Hospital Materno Infantil del Guasmo carece de personería jurídica

## ***AMENAZAS***

- Escasa capacidad de pago
- Ingreso familiar depende de una sola persona en la mayoría de los casos
- La mayoría de mujeres no tienen ingresos propios
- Políticas y normativas legales no bien definidas o controversiales.
- Alta preferencia de las usuarias por la Maternidad Sotomayor.
- Tendencia decreciente de la fecundidad en las mujeres del área urbana
- Tendencia decreciente de la atención de partos en el Hospital Materno Infantil del Guasmo.



**FLUJOGRAMA DE ATENCION DEL PARTO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO SUR  
"MATILDE HIDALGO DE PROCEL"**



## **7.2. ESTUDIO DE COSTOS REALES DEL PARTO Y LA CESÁREA INSTITUCIONALES**

### **7.2.1. El Flujoograma de pacientes**

La paciente llega al Hospital Materno Infantil del Guasmo; es recibida en el servicio de Guardianía, donde se le proporciona información para su orientación en el Hospital.

Es canalizada por esta vía hacia la Emergencia Gineco-Obstétrica donde se realiza la valoración gineco-obstétrica; se toma muestras para examen de sangre y previo el pago en caja de un valor de S/.50.000 en el caso del parto, y de S/.120.000 en el caso de cesárea, lo cual corresponde a un paquete quirúrgico, despachado en Farmacia; ingresa al Area Toco-Quirúrgica, donde es atendida por un profesional médico u obstetrix y auxiliar. El recién nacido es recibido por un Residente de Pediatría.

Posterior al parto ingresa al servicio de HOSPITALIZACION, donde permanece en alojamiento conjunto con el recién nacido por un tiempo de 24 horas en el caso de parto y 48 horas en el caso de cesárea. Al término de este período y previa valoración del Residente de Hospitalización es dada de alta, egresando de esta unidad hospitalaria.

### **7.2.2. Departamentos y Servicios involucrados en la Atención del Parto y Cesárea**

#### **a) Departamentos básicos:**

Emergencia Gineco - Obstétrica

Hospitalización Gineco-Obstétrica

Toco-quirúrgico

**b) Departamentos de soporte:**

Esterilización

Lavandería y Ropería

Laboratorio

Servicios Técnicos de Colaboración Médica (Enfermería, Estadística y Farmacia)

Mantenimiento

Servicios Varios

Administración

**7.2.3. Costos Fijos: Salarios Directos**

**a) Salarios Personal Área de Parto**

<b>CARGO</b>	<b>SALARIO REAL/MENSUAL</b>
1 Médico Residente	S/. 1'031.970
1 Médico Residente	820.530
1 Médico Residente	820.530
1 Obstetrix	963.250
1 Obstetrix	963.250
1 Médico Residente de Pediatría	820.530
1 Auxiliar de enfermería	911.675
1 Auxiliar de enfermería	914.925
1 Auxiliar de enfermería	922.675
1 Auxiliar de Enfermería	939.175
<b>TOTAL</b>	<b>S/. 9'108.510</b>

**b) Salarios Personal Area de Cirugía (Cesárea)**

<b>CARGO</b>	<b>SALARIO REAL/MENSUAL</b>
1 Médico Residente	S/. 1'031.970
1 Médico Residente	954.450
1 Médico Residente	820.530
1 Médico Residente de Pediatría	820.530
1 Auxiliar de Enfermería	909.175
1 Auxiliar de enfermería	933.175
1 Auxiliar de enfermería	905.675
1 Auxiliar de enfermería	884.675
1 Auxiliar de enfermería	925.175
1 Auxiliar de Enfermería	932.425
1 Médico Residente de Anestesiología	889.090
1 Médico Residente de Anestesiología	820.530
1 Médico Residente de Anestesiología	820.530
1 Tecnólogo Anestesista	864.050
1 Tecnólogo Anestesista (cogestión)	600.000
<b>TOTAL</b>	<b>S/. 14'023.655</b>

**c) Salarios Personal Area Emergencia Gineco - Obstétrica**

TOTAL: S/.13'558.250
----------------------

Dentro de este personal se encuentran 10 auxiliares de Enfermería. Debemos señalar que su disponibilidad es para la atención de la Emergencia Gineco-Obstétrica y Pediátrica; por lo que en el estudio de costos, se decidió dividir para

2 sus salarios; vista la dificultad de obtener el porcentaje de Emergencias gineco-obstétricas y pediátricas para una distribución más equitativa.

**d) Salarios Personal de Hospitalización Gineco - Obstétrica**

TOTAL: S/.9'820.970
---------------------

**e) Salarios personal de Enfermería**

TOCO QUIRURGICO	S/. 5'415.003
HOSPITALIZACION G-O	5'742.689
SUPERVISORAS	3'116.560
SALARIO JEFA DIRECTIVA	1'689.000

Revisado el distributivo del personal del Hospital, en cuanto a Enfermeras, encontramos:

- En Hospitalización Gineco-Obstétrica: 6 Enfermeras
- En el Area toco-Quirúrgica: 6 enfermeras
- No hay Enfermeras en Emergencia Gineco-Obstétrica

Además existen:

- 1 Jefa de Enfermería

- 3 Supervisoras

En este caso surgieron las siguientes inquietudes:

- La disponibilidad de Enfermeras en Hospitalización no sólo es para la atención del post-parto y post-cesárea, sino también para otras situaciones gineco-obstétricas que también requieren hospitalización. Igual ocurre con la disponibilidad de Enfermeras para el Area toco-Quirúrgica.
- La Jefa de Enfermeras realiza un trabajo netamente administrativo
- Las tres supervisoras rotan indistintamente por Emergencia, Area de Parto y Hospitalización.

Por ello se tomaron las siguientes decisiones para el estudio de costos:

- Los salarios de las Enfermeras de Hospitalización se cargarán íntegros a este servicio. Al final, de los costos totales correspondientes a Hospitalización se asignará un 46.6% a la atención del parto y un 31.3% a la atención de cesáreas; dado que partos representa el 46.6% de la producción mensual del Area Toco-Quirúrgica y Cesáreas el 31.3%
- En cambio, se sumarán los salarios de las Enfermeras del Area Toco-Quirúrgica, y del monto total se asignará a la atención del parto un 46.6% y a la atención de las cesáreas un 31.3%, como salarios directos.
- El salario de la Jefa de Enfermeras será considerado como salario indirecto en Administración, junto con los salarios del resto de los directivos del Hospital, ya que su función no es de atención directa a la usuaria, sino más bien de tipo administrativo.

- Los salarios de las 3 supervisoras se sumarán y se asignarán a atención del parto y a atención de cesáreas con igual criterio que en el caso de las Enfermeras de Toco-Quirúrgico.

**f) Porcentaje del Sueldo de Enfermería que se Asignará a la Atención del Parto**

DE SUPERVISORAS	S/. 1'452.316,9
DE TOCO-QUIRURGICO	2'523.391,3
<b>TOTAL</b>	<b>3'975.708,2</b>

**g) Porcentaje del Sueldo de Enfermería que se asignará a la Atención de Cesárea**

DE SUPERVISORAS	S/. 975.483,2
DE TOCO-QUIRURGICO	1'694.895,9
<b>TOTAL</b>	<b>2'670.379,1</b>

#### 7.2.4. Costos Fijos: Salarios Indirectos

a) JEFA DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA:	<b>S/.1'365.310</b>
---	---------------------

Su salario se distribuirá entre:

Emergencia Gineco-Obstétrica

Area de Parto

Cirugía Gineco-Obstétrica

Hospitalización

Consulta Externa

Correspondiendo a cada servicio un 20% de su sueldo, ya que sus actividades Como Jefa del Departamento está distribuida entre dichos servicios.

20% Salario Jefa del Dpto.Gineco-Obstetricia:	<b>S/.273.062</b>
---	-------------------

b) Salario Secretaria del Departamento de Gineco-Obstetricia:	<b>S/.640.500</b>
---	-------------------

De igual forma se procederá en relación al salario mensual de la secretaria del Departamento, pero considerando que su disponibilidad es 50% de su tiempo para Gineco-Obstetricia y 50% para Anestesiología.

c) JEFA DEL DPTO. DE ANESTESIOLOGIA:	S/.1'053.820
d) MEDICO ANESTESIOLOGO	1'119.940

Estos profesionales trabajan 4 horas cada uno y realizan labores administrativas del servicio (50%) - salarios indirectos - y 50% en atención de Anestesia quirúrgica - salario directo -

#### 7.2.5. Salarios Administrativos

DIRECTIVOS	S/.4'493.025
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	3'128.150
CONTABILIDAD	3'405.575
PAGADURIA	1'744.325
PROVEEDURIA	749.375
SUMINISTROS	863.450
RECURSOS HUMANOS	2'135.850
CENTRAL TELEFONICA	1'608.950
CONTRATADOS POR FASBASE	535.920
SECRETARIAS	1'711.000
<b>TOTAL</b>	<b>20'375.620</b>

### 7.2.6. Otros Salarios Indirectos

SERVICIOS VARIOS	S/.18'507.340
MANTENIMIENTO	4'282.550
SERVICIOS TECNICOS DE COLABORACION MEDICA (ENFERMERERIA, ESTADISTICA Y FARMACIA)	11'294.610
LABORATORIO	12'767.240
LAVANDERIA Y ROPERIA	4'460.250
ESTERILIZACION	3'645.850

### 7.2.7. Costos Variables: Directos

Insumos: Paquete quirúrgico para parto =	S/. 49.730
Paquete quirúrgico para cesárea =	S/.116.509
Insumos exámenes de laboratorio =	S/. 3.890

### 7.2.8. Costos Variables: Indirectos

- **Servicios Públicos:** agua, luz, teléfono

LUZ	S/.6'670.925
TELEFONO	1'257.816
AGUA	4'320.000
<b>TOTAL</b>	<b>S/.12'248.741</b>

### 7.2.9. El Nivel de Actividad

Para determinar el nivel de actividad, hemos revisado el comportamiento de la atención del parto institucional y de las cesáreas en el Hospital Materno Infantil del Guasmo.

Ha sido preciso determinar, para una distribución de costos, lo más equitativa posible, la producción total del Area Toco-Quirúrgica del Hospital. Así se obtendrán diferentes porcentajes de producción que nos permitirán, en el momento que se requiera, distribuir costos porcentualmente, entendiendo que a mayor producción, mayores costos causados a la entidad.

**HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO "MATILDE  
HIDALGO DE PROCEL"  
PRODUCCION DEL AREA TOCO-QUIRURGICA  
AÑO 1997**

MESES DEL AÑO	PARTOS	CESAREAS	LEGRADOS	SALPINGECTOMIAS	OTRAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS	TOTAL ACTIV.
ENERO	79	46	33	17	6	181
FEBRERO	96	54	26	22	3	201
MARZO	93	91	26	22	3	235
ABRIL	73	41	17	7	2	140
MAYO	70	62	16	8	2	158
JUNIO	89	42	18	9	0	158
PROMEDIO	83	56	23	14	2	179
%	46.6%	31.3%	12.7%	7.9%	1.5%	100%

## 7.2.10. Asignación de Costos Indirectos

### a) Bases de Distribución

Número de Instalaciones Eléctricas	343
Número de Teléfonos	18
Número de grifos	178

### b) Factor de Asignación

Para luz eléctrica	S/. 19.449/instalación eléctrica
Para Teléfono	69.879/teléfono
Para agua	24.270/grifo

### c) Para el Servicio Toco - Quirúrgico:

Fa luz	S/. 19.449 X 56	S/.1'089.144
Fa Teléfono	S/.69.879 X 1	S/.69.879
Fa agua	S/:24.270 X 21	S/.509.670

Los valores anteriores fueron repartidos entre Atención del Parto y Atención de Cesáreas de acuerdo al porcentaje de producción mensual de cada servicio:

**d) Para Parto: 46.6%**

Luz	S/.507.541
Teléfono	32.563
Agua	237.506

**e) Para Cesárea: 31.3%**

Luz	S/.340.000
Teléfono	21872
Agua	159.526

**f) Asignación de Costos de Luz Eléctrica a los Departamentos de Soporte**

<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>Fa</b>	<b># INSTALACIONES ELÉCTRICAS</b>	<b>TOTAL (S/.)</b>
Administración	S/.19.449/instalación	43	S/.836.307
Servicios Varios	S/.19.449/instalación	7	136.143
Mantenimiento	S/.19.449/instalación	10	194.490
Servicios Téc. De Colaboración	S/.19.449/instalación	20	388.980
Laboratorio	S/.19.449/instalación	15	291.735
Lavandería	S/.19.449/instalación	12	233.388
Esterilización	S/.19.449/instalación	7	136.143
<b>TOTAL</b>			<b>S/.2'217.186</b>

**g) Asignación de Costos de Teléfono a los Departamentos de Soporte**

<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>Fa</b>	<b># PUNTOS TELEFONICOS</b>	<b>TOTAL (S/.)</b>
Administración	S/. 69.879/teléfono	6	S/.419.274
Servicios Varios	S/. 69.879/teléfono	1	69.879
Mantenimiento	S/. 69.879/teléfono	1	69.879
Servicios Téc. De Colaboración	S/. 69.879/teléfono	1	69.879
Laboratorio	S/. 69.879/teléfono	1	69.879
Lavandería	S/. 69.879/teléfono	0	69.879
Esterilización	S/. 69.879/teléfono	0	69.879
<b>TOTAL</b>			<b>S/.698.790</b>

**h) Asignación de Costos de Agua a los Departamentos de soporte**

<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>Fa</b>	<b># GRIFOS</b>	<b>TOTAL (S/.)</b>
Administración	S/.24.270/grifo	9	S/.218.430
Servicios Varios	S/.24.270/grifo	10	242.700
Mantenimiento	S/.24.270/grifo	6	145.620
Servicios Téc. De Colaboración	S/.24.270/grifo	7	169.890
Laboratorio	S/.24.270/grifo	6	145.620
Lavandería	S/.24.270/grifo	3	72.810
Esterilización	S/.24.270/grifo	3	72.810
<b>TOTAL</b>			<b>S/067.880</b>

### 7.2.11. Distribución de los departamentos de Soporte en los Básicos

a) **Administración:** Base de distribución = # de funcionarios

Costo distribuible = S/.25'204.014

Fa = Costo Distribuible

Base de distribución

Fa = 25'204.014

244-18

Fa = S/.111.522,19/funcionario

DEPARTAMENTO	# DE FUNCIONARIOS	Fa X Base Propia	TOTAL (S/.)
AREA DE PARTO	17	S/.11.522,19 X17	S/.1'895.877,23
AREA DE CESAREA	24	S/.11.522,19 X24	2'676.532,56
EMERGENCIA	16	S/.11.522,19 X16	1'784.355,04
HOSPITALIZACION	18	S/.11.522,19 X18	2'007.399,42
ESTERILIZACION	4	S/.11.522,19 X4	446.088,76
LAVANDERIA	7	S/.11.522,19 X7	780.655,33
LABORATORIO	14	S/.11.522,19 X14	1'561.310,66
SERV. TEC. COL.	13	S/.11.522,19 X13	1'449.788,47
MANTENIMIENTO	5	S/.11.522,19 X5	557.610,95
SERV. VARIOS	22	S/.11.522,19 X22	2'453.488,18
OTROS	121		

## b) Servicios Varios

Base de Distribución = m2  
Costo Distribuible = S/.21'409.550,18  
Base de distribución = 2.566,58 m2  
Factor de Asignación = S/.8.341,66/m2

DEPARTAMENTO	m2	Fa X Base Propia	TOTAL (S/.)
AREA DE PARTO	386,25	8341,66 X 386,25	S/.3'221.966,18
AREA DE CESAREA	131,25	8341,66 X 131,25	1'094.842,87
EMERGENCIA	21,87	8341,66 X 21,87	182.432,10
HOSPITALIZACION	297,25	8341,66 X 297,25	2'479.558,44
ESTERILIZACION	35	8341,66 X 35	291.958,1
LAVANDERIA	76,5	8341,66 X 76,5	638.136,99
LABORATORIO	54,68	8341,66 X 54,68	456.121,97
SERV. TEC. COL.	177,62	8341,66 X 177,62	1'481.645,65
MANTENIMIENTO	159,68	8341,66 X 159,68	1'331.996,27
OTROS	1.784,35		

## c) Mantenimiento

Base de Distribución = solicitudes atendidas  
Costo Distribuible = S/.6'582.146,22  
Base de distribución = 33 solicitudes  
Factor de Asignación = 199.640,8/solicitud atendida

<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>solicitudes atendidas</b>	<b>Fa X Base Propia</b>	<b>TOTAL (S/.)</b>
AREA DE PARTO	2	199.640,8 X 2	S/.399.281,6
AREA DE CESAREA	2	199.640,8 X 2	S/.399.281,6
EMERGENCIA	1	199.640,8 X 1	S/.199.640,8
HOSPITALIZACION	2	199.640,8 X 2	S/.399.281,6
ESTERILIZACION	4	199.640,8 X 4	S/.798.563,2
LAVANDERIA	2	199.640,8 X 2	S/.399.281,6
LABORATORIO	4	199.640,8 X 4	S/.798.563,2
SERV. TEC. COL.	2	199.640,8 X 2	S/.399.281,6
OTROS	16		

**d) Servicios Técnicos de Colaboración Médica: Farmacia y Estadística**

Base de Distribución = # de pacientes de cada departamento atendidos

Costo Distribuible = S/.15'254.074,72

Base de distribución = 3.211 pacientes

Factor de Asignación = S/.4.750,57/paciente de cada dpto. atendido

<b>DEPARTAMENTO</b>	<b># de pacientes atendidos</b>	<b>Fa X Base Propia</b>	<b>TOTAL (S/.)</b>
AREA DE PARTO	89	S/.4.750 X 89	S/. 422.800,73
AREA DE CESAREA	56	S/.4.750 X 56	S/. 266.031,92
EMERGENCIA	243	S/.4.750 X 243	S/.1'154.388,51
HOSPITALIZACION	205	S/.4.750 X 205	S/. 973.866,85

### e) Laboratorio Clínico

Base de Distribución = % de exámenes brindados a cada departamento

Costo Distribuible = S/.16'090.469,83

DEPARTAMENTO	%	TOTAL (S/.)
AREA DE PARTO	10	S/.1609.046,98
AREA DE CESAREA	10	S/.1609.046,98
EMERGENCIA	10	S/.1609.046,98
HOSPITALIZACION	10	S/.1609.046,98

### f) Esterilización

Base de distribución = Porcentual

Costo Distribuible = 5'391.413,06

DEPARTAMENTO	%	TOTAL (S/.)
AREA DE PARTO	30	S/.1'617.423,92
AREA DE CESAREA	30	S/.1'617.423,92
EMERGENCIA	10	S/. 539.141,3
HOSPITALIZACION	10	S/. 539.141,3

### g) Lavandería y Ropería

Base de distribución = Kg ropa lavada/mes  
Costo Distribuible = S/.6'657.331,92  
Base de distribución = 954 Kg de ropa  
Factor de asignación = S/:6.978,34/Kg ropa lavada

DEPARTAMENTO	KG DE ROPA LAVADA	Fa X Base propia	TOTAL (S/.)
AREA DE PARTO	178	S/:6.978,34 X 178	S/.1'242.144,52
AREA DE CESAREA	356	S/:6.978,34 X 356	2'484.289,04
EMERGENCIA	0	S/:6.978,34 X 0	0
HOSPITALIZACION	150	S/:6.978,34 X 150	1'046.751

### h) Hospitalización

Porcentual en base a la producción de partos y cesáreas.

Costo Distribuible = S/.27'347.293,6

DEPARTAMENTO	%	TOTAL (S/.)
AREA DE PARTO	46,6	S/.12'743.838,81
AREA DE CESAREA	31,3	S/. 8'559.702,90

## i) Emergencia

En base a la proporción de pacientes atendidos en Emergencia y que terminan en parto o en cesárea.

Costo Distribuible = S/.19'550.939,73

<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>Proporción de pacientes que ...</b>	<b>TOTAL (S/.)</b>
AREA DE PARTO	2,92	S/.7'161.516,38
AREA DE CESAREA	4,3	4'546.730,16

### 7.2.12. El Nivel de Actividad

Para determinar el nivel de actividad, hemos revisado el comportamiento de la atención del parto institucional y de las cesáreas en el Hospital Materno Infantil del Guasmo.

Ha sido preciso determinar, para una distribución de costos, lo más equitativa posible, la producción total del Area Toco-Quirúrgica del Hospital. Así se obtendrán diferentes porcentajes de producción que nos permitirán, en el momento que se requiera, distribuir costos porcentualmente, entendiendo que a mayor producción, mayores costos causados a la entidad.

**HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO "MATILDE  
HIDALGO DE PROCEL"**

**PRODUCCION DEL AREA TOCO-QUIRURGICA**

**AÑO 1997**

<b>MESES DEL AÑO</b>	<b>PARTOS</b>	<b>CESAREAS</b>	<b>LEGRADOS</b>	<b>SALPINGEC -TOMIAS</b>	<b>OTRAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS</b>	<b>TOTAL ACTIV.</b>
ENERO	79	46	33	17	6	181
FEBRERO	96	54	26	22	3	201
MARZO	93	91	26	22	3	235
ABRIL	73	41	17	7	2	140
MAYO	70	62	16	8	2	158
JUNIO	89	42	18	9	0	158
PROMEDIO	83	56	23	14	2	179
<b>%</b>	<b>46.6%</b>	<b>31.3%</b>	<b>12.7%</b>	<b>7.9%</b>	<b>1.5%</b>	<b>100%</b>

**7.2.13.Limitaciones para un Estudio de Costos Reales de la Atención del Parto**

y

**Cesárea Institucionales en el Hospital Materno Infantil del Guasmo "Matilde**

**Hidalgo de Procel"**

- No se lleva una Contabilidad de Costos que permita recopilar, organizar, codificar toda la información referente a los costos en que se incurre para la prestación de los servicios.

- El sistema de control de gestión es inadecuado y no permite establecer en forma precisa el consumo de materiales relacionados directa e indirectamente con la atención del parto institucional, para luego poder establecer un costo más preciso. De tal forma que se pensó en primera instancia establecer los costos de acuerdo a las solicitudes de materiales a Proveduría por parte de cada departamento. Finalmente este criterio lo que hizo fue sobrecargar los costos de materiales; pues no se consideraban consumos sino pedidos. Por ello, no se pudo trabajar con costos de materiales, excepto en el caso de los directos al parto y los de Administración.
- El inadecuado control de gestión también nos llevó a no poder hacer uso de bases de distribución más adecuada para los casos de mantenimiento, servicios técnicos de colaboración médica, entre otros. Bases de distribución como horas servidas no pudimos obtener. Para Lavandería y Ropería se realizó un estimativo de los kilos de ropa lavada investigando el peso de una unidad de ropería de parto y hospitalización. }
- Se desconocen los costos de inversión y por tanto los de depreciación de edificios y equipos.
- Al distribuir los costos de luz y agua, teniendo como bases de distribución el número de instalaciones eléctricas y de grifos; creemos que no se logra establecer una correcta distribución a los departamentos de esterilización y de Lavandería que tienen un consumo de luz y de agua que no se compara con el resto de departamentos; sin embargo sus espacios físicos cuentan con pocas instalaciones eléctricas y pocos grifos.
- Al revisar el distributivo del personal del Hospital, nos encontramos con varios traslados hacia otros departamentos dentro del mismo Hospital o hacia otras áreas de salud de la ciudad. Sin embargo, estos funcionarios cobran sus salarios en el área de estudio; por tanto dichos costos se cargan a los servicios y

en última instancia a los usuarios, lo cual aumenta los costos de los servicios y los costos trasladados al usuario. Esta situación dificultó en algunos casos establecer los costos por salarios directos e indirectos.

- Los registros estadísticos en lo referente a producción toco - quirúrgica no guardan concordancia con los datos registrados en el Departamento de Gineco - Obstetricia, porque existen diferentes criterios en la selección de diagnósticos.
- Hubo dificultades en la identificación de departamentos básicos y de soporte; y al momento de la distribución de costos indirectos existieron controversias para vaciar los departamentos de soporte en los básicos.





## MATRIZ DE COSTOS (PARTO)

N. ACTIV.	CV/u	CVT	CFT	CF/u	CT/u	CTT	TARIFA ACTUAL	INGRESOS	
83	62988,81	5228070,83	43735226,55	526930,44	589919,25	48963297,38	50000	4150000	
83	62988,81	5228070,83	43735226,55	526930,44	589919,25	48963297,38	88,487,88	7344494,6	15%
83	62988,81	5228070,83	43735226,55	526930,44	589919,25	48963297,38	117983,85	9792659,48	20%
149	62988,81	9385332,70	43735226,55	293525,00	356513,82	53120559,25	50000,00	7450000	79,38%CVT
149	62988,81	9385332,70	43735226,55	293525,00	356513,82	53120559,25	62988,81	938533,27	17,67%CTT
149	62988,81	9385332,70	43735226,55	293525,00	356513,82	53120559,25	53477,00	7968083,89	15%CTT
149	62988,81	9385332,70	43735226,55	293525,00	356513,82	53120559,25	71302,76	10624111,85	20%CTT

### MATRIZ DE COSTOS CESAREA

N.ACTIV.	CV/u	CVT	CFT	CF/u	CT/u	CTT	TARIFA ACTUAL	INGRESOS
56	129725,8	7264644,7	40285028,05	719375,5	849101,3	47549672,75	120000	6720000
56	129725,8	7264644,7	40285028,05	719375,5	849101,3	47549672,75	129725,8	7264644,7

## **7.3. ESTUDIO DE MERCADO**

### **7.3.1. La Demanda: Características Generales**

Nuestra población objetivo está constituida por las mujeres en edad fértil. Siendo la ENDEMAIN - 94 (Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil - 94) una encuesta que tiene representatividad a nivel de las 10 provincias de la sierra y 5 de la costa, la hemos tomado como fuente para obtener la información necesaria para perfilar la demanda y orientar el plan de marketing.

#### **a) Características Socioeconómicas y demográficas**

- A nivel nacional, alrededor del 58% son mujeres menores de 30 años de edad; leve incremento se observa en mujeres jóvenes de 15 a 19 años de edad en relación a 1989.
- El 41.4% se identifican dentro de la población económicamente activa (PEA), porcentaje que se ha incrementado en alrededor de 4 puntos porcentuales.
- El 42.5% tiene entre 1 y 3 hijos actualmente vivos, apreciándose un menor porcentaje de mujeres con 6 y más hijos en comparación a la investigación de hace 5 años.
- En relación a la condición de migración, la región sierra presenta un mayor porcentaje de mujeres no nativas (11.2%).
- Entre regiones sierra y costa, las de la segunda son más jóvenes, más alto porcentaje en unión, especialmente en unión consensual (29.4% costa y 5.2% sierra), declararon menor participación dentro de la PEA (29.9% costa y 54.3% sierra) y menor número de

hijos sobrevivientes (entre 1 y 3 hijos)

- El 5% de las MEF no tienen ningún nivel de instrucción aprobado y en el otro extremo, cerca del 12% ha aprobado algún año de instrucción superior. Porcentajes que son casi iguales a los encontrados hace 5 años (ENDEMAIN 89), ocurriendo lo mismo en los niveles primario y secundario. Este hecho que presenta la encuesta, demuestra que a nivel nacional, en los últimos 5 años, no ha habido una mejora sustancial en la instrucción de esta población, reflejo de la crisis socio - económica que viene soportando el país.
- Un hecho bastante conocido y aceptado es que el nivel de educación de las mujeres está asociado de manera estrecha con sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus preferencias hacia el tamaño ideal de familia y la práctica de la planificación familiar. A su vez determina la demanda de servicios de salud y de planificación familiar.
- Los nacidos vivos de acuerdo a la edad de la madre al momento del nacimiento, revela que el 18.2% son de madres menores de 20 años.

#### **b) Indicadores demográficos: Tasa Global de Fecundidad (TGF)**

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) se encuentra en descenso y registra para el período 1989 - 1994 un promedio de 3.6 hijos por mujer. Las tasas específicas han seguido una tendencia descendente y consistente en las edades intermedias.

La mayoría de las mujeres más fecundas son las que tienen de 20 - 24 años de edad.

Aproximadamente 2/3 de la TGF ocurre antes de los 30 años de edad.

Las principales ciudades del país, Quito y Guayaquil, presentan las tasas de fecundidad más bajas: 3.0 para Quito y 2.6 hijos para Guayaquil.

Los promedios de hijos por mujer, de quienes tenían 35 años o más, exceden en todos los casos a la TGF de 3.6 hijos estimada para el período de 1989 - 1994

Las ecuatorianas comienzan a tener hijos a edades tempranas. Antes de los 20 años, ya un 31% ha tenido 1 hijo; la edad mediana al nacimiento del primer hijo es de alrededor de 21 años.

**EVOLUCION DE LAS TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD (POR 1000 MUJERES) Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, SEGÚN VARIAS FUENTES Y PERIODOS**

<b>EDAD</b>	<b>ENF 1965 - 1969</b>	<b>ENF 1975 - 1979</b>	<b>ESMIVD 1981- 1982</b>	<b>ENDESA 1982 - 1987 a)</b>	<b>ENDEMAIN I 1984 -1989 b)</b>	<b>ENDEMAIN II 1989- 1994 c)</b>
15 - 19	138	103	88	91	84	91
20 - 24	305	240	222	216	197	184
25 - 29	309	261	254	213	183	174
30 - 34	283	203	203	153	142	132
35 - 39	217	163	140	109	100	89
40 - 44	93	81	75	62	48	46
45 - 49	28	17	14	23	13	7
<b>TGF</b>	<b>6.9</b>	<b>5.4</b>	<b>4.9</b>	<b>4.3</b>	<b>3.8</b>	<b>3.6</b>

FUENTE: ENDEMAIN - 94

### **c) Regulación de la Fecundidad**

El uso mayor de métodos anticonceptivos se encuentran entre las MEF que tienen 3 hijos (70.9%).

En el país las mujeres esperan en promedio, tener 2 hijos vivos, 24 años de edad para empezar a usar anticonceptivos e inician el uso 5.3 años después de la primera unión conyugal.

La prevalencia anticonceptiva en Ecuador es de 56.8%, lo que equivale a decir que más de 1 de cada 2 mujeres se encontraba regulando su fecundidad.

Existe mayor uso de métodos anticonceptivos en las áreas urbanas y la tasa más alta se encuentra entre las mujeres que residen en Quito (70.1%) y Guayaquil (65.6%).

La esterilización femenina es el método más usado. Es más notorio su uso en áreas urbanas, en las cuales representa aproximadamente 1/3 de la prevalencia total.

### **d) Preferencias reproductivas**

Los resultados de la ENDEMAIN - 94 determinan que el 38.2% de las encuestadas desea tener más hijos.

Las mujeres sin hijos o con 1 solo hijo actualmente vivo desea tener en promedio 2.2 hijos.

**e) Area de Salud # 1 - Guasmo Sur: La Demanda Real**

**PRODUCCION DE PARTOS Y CESAREAS DEL HOSPITAL MATERNO  
INFANTIL DEL GUASMO "MATILDE HIDALGO DE PROCEL"  
DESDE 1994 HASTA JUNIO DE 1997**

<b>AÑO</b>	<b>TOTAL PARTOS</b>	<b>PROMEDIO MENSUAL</b>	<b>TOTAL CESAREAS</b>	<b>PROMEDIO MENSUAL</b>	<b>TOTAL ACTIVIDADES</b>	<b>RAZON PARTO CESAREA</b>
1994	1431	119	554	46	1.985	2.6
1995	1258	104	630	53	1.888	2
1996	1160	97	562	47	1.722	2
1997	500	83	433	56	933	1.2
<b>TOTAL</b>	<b>4.349</b>		<b>2.179</b>		<b>6.528</b>	<b>2</b>

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO

ELABORACION: GRUPO "GERENTES APS"

**e) Resultados de la Encuesta de Mercado realizada en el Area de Salud # 1 -  
Guasmo Sur: La Demanda Potencial**

**DISTRIBUCION POR EDADES DE MEF  
AREA DE SALUD # 1 - GUASMO SUR  
GUAYAQUIL, 1997**

<b>RANGO DE EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
15 - 19	14	11.70%
20 - 25	32	26.70%
26 - 30	12	10%
31 - 35	20	16.70%
36 - 40	23	19.20%
41 - 45	19	15.80%
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100.1%</b>

FUENTE: ENCUESTA DE MERCADO, OCTUBRE 1997

ELABORACIÓN: GRUPO "GERENTES APS"

El grupo de MEF menores de 30 años es el que tiene el mayor porcentaje (49.9%). Predominando las consideradas más fecundas, es decir el grupo de 20 a 24 años (26.70%).

**DISTRIBUCION POR NUMERO DE HIJOS DE MEF  
AREA DE SALUD # 1 - GUASMO SUR  
GUAYAQUIL, 1997**

<b>NUMERO DE HIJOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1 - 2	59	49.20%
3 - 4	45	37.50%
5 Y MAS	16	13.30%
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

FUENTE: ENCUESTA DE MERCADO, OCTUBRE 1997

ELABORACIÓN: GRUPO "GERENTES APS"

El mayor porcentaje de mujeres encuestadas tiene entre 1 y 2 hijos.

Se confirma la información de la ENDEMAIN - 94 en relación a que las mujeres están teniendo su primer hijo a edades más tempranas.

**f) La Demanda Potencial: Capacidad de Pago y Formas de Financiamiento de la Atención del Parto y Cesárea Institucionales.**

**DISTRIBUCION POR INGRESO FAMILIAR MEF  
AREA DE SALUD # 1 - GUASMO SUR  
GUAYAQUIL, 1997**

<b>INGRESO FAMILIAR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
< S/. 100MIL	2	1.7%
De S/.100 mil a S/.500 mil	24	20%
De S/.501 mil a S/. 1 millón	47	39.2%
De S/1 millón a S/3 millones	34	28.3%
De S/ 3 mill. A S/6 mill.	4	3.3%
De S/: 6 mill. A 9 mill.	2	1.7%
No sabe	7	5.8%
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

FUENTE: ENCUESTA DE MERCADO, OCTUBRE DE 1997

ELABORACION: GRUPO "GERENTES APS"

Del total de MEF encuestadas, el 28.3% (34), declara que tiene un trabajo y el restante 71.7% (86), no trabajan.

Estos ingresos en la mayoría de las familias dependen de una sola persona que trabaja remuneradamente; lo cual ocurre en el 64.20% de los hogares. En estos casos los ingresos son percibidos mensualmente en un 46.70% y en un 20.8% diaria y semanalmente.

**DISTRIBUCION POR VOLUNTAD DE PAGO DE MEF**  
**AREA DE SALUD #1 - GUASMO SUR**  
**GUAYAQUIL, 1997**

<b>CUANTO DESTINARIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
De S/:30 mil a S/:50 mil	30	25%
De S/:60 mil a S/:100 mil	28	23.5%
De S/:150 mil a S/:250 mil	15	13.2%
De S/:300 mil a S/:500 mil	25	20.6%
De S/:600 mil a S/:800 mil	1	0.70%
De S/:1 millón y más	8	5.90%
No sabe	10	8.10%
<b>TOTAL</b>	<b>117*</b>	<b>97.1%*</b>

FUENTE: ENCUESTA DE MERCADO

\* 3 NO APLICAN PORQUE ESTAN

LIGADAS

ELABORACION: GRUPO GERENTES APS

El 48.5% de las MEF encuestadas declaró que destinarían para la atención del parto o cesárea, entre S/:30.000 y S/:100.000

**DISTRIBUCION POR FORMA DE FINANCIAMIENTO DEL PAGO POR  
PARTO Y CESAREA INSTITUCIONALES DE MEF  
AREA DE SALUD # 1 - GUASMO SUR  
GUAYAQUIL, 1997**

<b>COMO FINANCIARIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Ahorro	57	47.8%
Aporte del esposo	29	24.3%
Préstamo	8	6.6%
Al contado	8	6.6%
Trabajo propio	7	5.9%
Otros	5	4.4%
No aplica	4	2.9%
No sabe	2	1.5%
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

FUENTE: ENCUESTA DE MERCADO, OCTUBRE DE 1997

ELABORACION: GRUPO "GERENTES APS"

En un 47.8% de los casos encuestados, las MEF financiarían el pago de la atención del parto y cesárea mediante el ahorro. En un 24.3% mediante el aporte del esposo.

**DISTRIBUCION POR LUGAR DE ATENCION DEL ULTIMO PARTO DE  
MEF  
AREA DE SALUD # 1 - GUASMO SUR  
GUAYAQUIL, 1997**

<b>ULTIMO PARTO EN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Maternidad Sotomayor	73	60.8%
Clínica privada	17	14.2%
Hospital	7	5.8%
Dr. particular	4	3.3%
Policlínico	6	5%
Casa	11	9.2%
Otros	2	1.7%
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

En un 60.8% , las MEF encuestadas respondieron que su último parto o cesárea fue atendido en la Maternidad Sotomayor.

Un 22.5% de las MEF encuestas se atendieron su último parto en clínicas o policlínicos privados, o con médicos particulares.

Entre la Maternidad Sotomayor y los establecimientos y médicos particulares totalizan un 83.3% de MEF que se atendieron su último parto en dichos lugares.

Sorprende el 9.2% de MEF que declararon que su último parto se lo atendieron en casa.

Este mismo porcentaje mantuvo como su preferencia a la Maternidad Sotomayor para atenderse su parto o cesárea en caso de un nuevo embarazo; aduciendo como razones de la preferencia: mejor atención (33.3%) y seguridad (27.5%).

Es de señalar que en cuanto a las razones de la preferencia por uno u otro establecimiento, el parámetro costos, sólo fue considerado por un 8.3% de las MEF encuestadas. El costo no estuvo entre las primeras elecciones.

En un 11.7% de los casos, las MEF, utilizarían el Hospital Materno Infantil del Guasmo para atenderse su parto o cesárea en caso de un nuevo embarazo. En un porcentaje similar (11.7%) refirieron que se atenderían en Clínicas o Policlínicos privados de la zona.

### **7.3.2. Análisis de la Competencia**

Para el análisis de la competencia se utilizaron los resultados de la encuesta de establecimientos de salud que brindan atención gineco - obstétrica en el Area de Salud # 1 - Guasmo Sur, realizada por el equipo de trabajo en Octubre de 1997.

A partir de estos resultados, se calificó a los establecimientos de salud que brindan atención del parto y cesárea en base a una matriz de calificación y ponderación.

## MATRIZ DE PONDERACION

PARAMETROS	PONDERACION
1. Precio del parto y cesárea	7
2. Forma de pago	9
3. Capacidad Resolutiva	10
4. # de camas disponibles	8
5. Servicios que oferta	10
6. Horarios de atención	10
7. Promedio mensual de partos	10
8. Promedio mensual de cesáreas	5
9. Accesibilidad geográfica	8

Los resultados fueron los siguientes:

- La Maternidad Sotomayor se constituye en nuestro principal competidor fuera del Area de Salud # 1. Su capacidad resolutiva y nivel de credibilidad son sus principales ventajas diferenciales<sup>3</sup>
- En el Area de Salud # 1 - Guasmo Sur - existen 14 establecimientos que dan atención del parto y cesárea (competidores potenciales). Todos ellos son privados con y sin fines de lucro.
- De acuerdo a los puntajes obtenidos son 3 los que podríamos considerar como competidores reales: Clínica Maternidad Gaibor, Policlínico Camacho, Centro Médico San Vicente. El mayor puntaje lo obtuvo la Clínica Maternidad Gaibor.

<sup>3</sup> Grupo "Gerentes APS". Encuesta de Mercado para Parto y Cesárea en el Area de Salud # 1 - Guasmo Sur. Octubre de 1997

- Las principales fortalezas de nuestros 3 competidores son: Capacidad resolutoria, accesibilidad geográfica y servicios que ofertan. Una ventaja diferencial de la Clínica Maternidad Gaibor es el horario de atención permanente que oferta.
- Las principales debilidades de nuestros 3 competidores son: precios del parto y cesárea, formas de pago, número de camas disponibles. Las debilidades de mayor consideración en nuestro principal competidor, la Clínica Maternidad Gaibor, es el precio del parto y cesárea.
- Las principales fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del servicio toco - quirúrgico del Hospital Materno Infantil del Guasmo han sido analizadas en el punto “Análisis Institucional”.

### **7.3.3. Los Proveedores**

Se han identificado 22 consultorios de atención gineco - obstétrica, de los cuales 15 son consultorios médicos y 7 obstétricos.

El principal tipo de servicio de interés que brindan, en relación a este estudio, son las consultas externas prenatales, dentro de un rango de 10 a 44 consultas prenatales al mes.

Seis de estos proveedores (27.2%) declararon que también atienden partos. Cobran por dicha atención entre S/.200.000 y S/.250.000.

Sus horarios de atención son de 8 horas al día divididos en dos jornadas: de 08h00 a 12h00 y de 16h00 a 20h00.

## 8. CONCLUSIONES

⇒ El estudio de costos de la atención del parto y de la cesárea institucionales en el Hospital Materno Infantil del Guasmo “Matilde Hidalgo de Procel”, nos ha permitido:

### **a) Evaluar la capacidad de recuperación de costos del servicio toco - quirúrgico:**

- El costo total unitario de la atención del Parto institucional en el Hospital Materno Infantil del Guasmo, luego de estimar los costos fijos y variables, directos e indirectos y plantear las respectivas matrices, para la fecha es de S/.589.919,25 cuando el nivel de actividad es de 83 partos mensuales en promedio.
- El costo total total que se causa por ello es de S/. 48'963.297.38 mensuales. De este valor el 10.68 % corresponde a costos variables y el restante 89.32% son costos fijos.
- La tarifa actual de S/ 50.000 que se cobra a las usuarias del servicio de atención de parto permite la recuperación del 79.38 % de los costos variables totales y el 8.5 % del costo total.
- El costo total unitario de la cesárea en el Hospital Materno Infantil del Guasmo es de S/.849.101,30 cuando el nivel de actividad es de 56 cesáreas mensuales en promedio.

- El costo total que se causa por ello es de S/. 47'549.672,75 mensuales. De este valor el 15% corresponde a costos variables totales y el 85% a costos fijos totales.
- La tarifa que el Hospital cobra por el paquete quirúrgico para parto normal es de S/.50.000, lo cual genera un ingreso mensual de S/.4'150.000. De esta forma se recupera el 79.38% de los costos variables totales y un 8.5% del costo total total.
- Para recuperar el total de los costos variables de la atención del parto, conservando el mismo nivel de actividad, se tendría que aumentar la tarifa de S/ 50.000 a S/ 62.989, es decir en un 26%.
- La tarifa que el Hospital cobra por el paquete quirúrgico para cesárea es de S/.120.000, lo cual genera un ingreso mensual de S/.6'720.000. De esta forma se recupera el 92.5% de los costos variables totales y el 14.13% de los costos totales totales.
- Según experiencias internacionales de recuperación de costos, el establecimiento de tarifas mínima para los servicios permite la recuperación del 15 al 20% de los costos operativos.

**b) Determinar problemas técnicos y administrativos e ineficiencias específicas:**

- Se están repitiendo exámenes de laboratorio, que de llevar un adecuado control prenatal, las embarazadas ya deberían tener. Esto aumenta los costos de la atención para el Hospital y para las pacientes. Indicando que el sistema de referencia - contrarreferencia no funciona adecuadamente.

- El costo del kilo de ropa lavada, aun sin haber podido determinar los insumos consumidos, casi dobla al que se cobra regularmente en el mercado de la zona. Esto se debe a los salarios del personal sujeto al Código del Trabajo que en casi todos los casos son más altos que los de profesionales de Carrera.
- Los costos por mano de obra de servicios varios y generales: guardianía, limpieza, lavandería y ropería, son altos e influyen indirectamente en el costo total del parto y cesárea.
- El porcentaje de cesáreas es alto (31.3%), para un establecimiento de salud que por su naturaleza debe atender un mayor porcentaje de partos. Siendo la razón parto/cesárea de 1.2, cuando el estándar es de 10.
- El servicio de hospitalización Gineco-obstétrico está trabajando al 39.33% de su capacidad máxima instalada.

**c) Obtener información para realizar una programación técnica administrativa y financiera dentro de la cual se desarrollen las actividades de la unidad de salud.**

- Para recuperar el 15% de los costos totales de la atención del parto conservando el mismo nivel de actividad (83 partos mensuales) la tarifa tendría que ser de S/.88.487,88. Para recuperar el 20% conservando el mismo nivel de actividad, la tarifa tendría que ser S/117.983,85.
- Un promedio de 83 partos al mes significa entre 2 y 3 partos al día, lo cual puede ser indicativo de bajas coberturas de atención institucional del parto.

Considerando que se trata de la Jefatura de Area, único hospital público de referencia en esa zona, que, por demás, se trata de un área urbano - marginal. Esto podría hacernos pensar que no existe una buena promoción del servicio en la comunidad, o que hay falta de credibilidad, o que no funciona el sistema de referencia de parturientas de los subcentros de salud satélites al Hospital del Guasmo, o que hay un número significativo de partos complicados que ameritan ser referidos a una unidad de mayor complejidad, o que la competencia oferta mejor atención, etc.

- Al aumentar el nivel de actividad de 83 partos a 149 se incrementaría la utilización del servicio de hospitalización Gineco-obstétrico a un 50%. Esto significa realizar dos partos diarios más.
- De esta forma y cobrando la misma tarifa de S/:50.000, se recuperaría el 79.38% de los costos variables totales; porcentaje similar al que actualmente se recupera de los costos variables; sin embargo la recuperación del costo total se eleva del 8.5% al 14%.
- Para recuperar el 15% del costo total total de la atención del parto con este nuevo nivel de actividad (149) , la tarifa debería ser S/ 53.477; es decir un mínimo porcentaje más de la tarifa actual.
- Si queremos recuperar el 20% del costo total total de la atención del parto, con el mismo nivel de actividad de 149 partos al mes, la tarifa debería ser S/.71.302,76; un 43% más de la tarifa actual .
- Al año, con una tarifa de atención del parto institucional de S/.70.000, tendríamos un ingreso de S/.125'160.000, con un nivel de actividad de 149 partos mensuales.

⇒ **El Estudio de mercado nos ha permitido:**

**a) Tener un perfil de la demanda potencial y real:**

- La ENDEMAIN 94, caracteriza a las MEF así: mujeres jóvenes , menores de 30 años, en un alto porcentaje en unión consensual, por su edad, con alta capacidad reproductiva, con un promedio de hijos entre 1 y 3, con poca integración a la PEA, lo que significa que tienen poca capacidad de pago con ingresos propios.
- La misma encuesta nos presenta que existe una tendencia decreciente de la fecundidad en el país. La actual Tasa Global de Fecundidad en el país es de 3.6 hijos por mujer.
- La encuesta ratifica que nuestro grupo objetivo deben ser las mujeres menores de 30 años, fundamentalmente las comprendidas entre los 20 y 24 años. Con especial cuidado, por razones de riesgo reproductivo, a las menores de 20 años; ya que las ecuatorianas están empezando a tener hijos a edades más tempranas: ya a los 20 años, el 31% ha tenido su primer hijo; siendo la edad mediana al nacimiento del primer hijo, de 21 años.
- Las mujeres mayores de 35 años, por razones de riesgo reproductivo, y porque su número promedio de hijos excede a la TGF de 3.6 ; no constituyen, de acuerdo a esta información un público objetivo importante.
- Existe una alta prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (65.6%). Aproximadamente 1/3 de la prevalencia total está representado por el uso de la esterilización femenina.
- Existe un 38.2% de MEF que desea tener más hijos. El promedio de hijos que las MEF desean es de 2.

- Los resultados de la encuesta de mercado realizada por este equipo de trabajo concuerdan en algunos aspectos con los resultados de la ENDEMAIN. Así: las MEF del Area de Salud # 1 - Guasmo Sur que respondieron a nuestra encuesta son en un 49.9% mujeres jóvenes, menores de 30 años; siendo éstas un mercado potencial por su alta capacidad reproductiva, sobre todo las del grupo de 20 a 24 años (26,70%), por ser las más fecundas.
- La mayoría de nuestras encuestadas (49.20%) tienen entre 1 y 2 hijos.

**c) Obtener información sobre la capacidad y voluntad de pago de la población objetivo**

Según la encuesta de mercado realizada por este equipo de trabajo:

- El mayor porcentaje de las familias (39.2%) encuestadas tienen un ingreso mensual entre S/.500.000 y S/.1'000.000
- Este ingreso familiar en la mayoría de los casos (64.20%), depende de una sola persona. Este ingreso en la mayoría de los casos (46.70%) lo perciben mensualmente.
- El 71.7% de las MEF encuestadas manifestó que no trabaja; por tanto no tendría ingresos propios.
- Existe voluntad de pago que se manifestó en que el 48.5% destinaría entre S/.30.000 y S/.100.000 para gastos de atención del parto o cesárea. Este gasto lo financiarían a través del ahorro en un 47.8% y en un 24.3% mediante el aporte del esposo.

#### **d) Conocer las preferencias de la población objetivo**

- Existe una alta preferencia de las MEF encuestadas por la Maternidad Sotomayor: el 60.8% se atendió su último parto en dicha institución. Un porcentaje similar mantuvo su preferencia por la Maternidad Sotomayor para la atención de un próximo parto o cesárea, aduciendo como razones de la preferencia: mejor atención (33.3%) y seguridad (27.5%).
- Un 22.5% de las MEF encuestas se atendieron su último parto en clínicas o policlínicos privados, o con médicos particulares.
- Entre la Maternidad Sotomayor y los establecimientos y médicos particulares totalizan un 83.3% de MEF que se atendieron su último parto en dichos lugares.
- Sorprende el 9.2% de MEF que declararon que su último parto se lo atendieron en casa.
- Es de señalar que en cuanto a las razones de la preferencia por uno u otro establecimiento, el parámetro costos, sólo fue considerado por un 8.3% de las MEF encuestadas. El costo no estuvo entre las primeras elecciones.
- En un 11.7% de los casos, las MEF, utilizarían el Hospital Materno Infantil del Guasmo para atenderse su parto o cesárea en caso de un nuevo embarazo. En un porcentaje similar (11.7%) refirieron que se atenderían en Clínicas o Policlínicos privados de la zona.

**e) Evaluar las fortalezas y debilidades del servicio toco - quirúrgico y de la competencia**

- Nuestro principal competidor se encuentra fuera del Area de Salud # 1 y se trata de la Maternidad Sotomayor. Su capacidad resolutive y nivel de credibilidad son sus principales ventajas competitivas.
- En el Area de Salud # 1 - Guasmo Sur - existen 14 establecimientos que dan atención del parto y cesárea (competidores potenciales). Todos ellos son privados con y sin fines de lucro. De ellos sólo 3 pueden ser considerados como competidores reales. Siendo la Clínica Maternidad Gaibor, el principal.
- Las fortalezas más importantes de nuestros competidores son: Capacidad resolutive, accesibilidad geográfica y servicios que ofertan. Una ventaja diferencial de la Clínica Maternidad Gaibor es el horario de atención permanente que oferta.
- Las principales debilidades de nuestros 3 competidores son: precios del parto y cesárea, formas de pago, número de camas disponibles. Las debilidades de mayor consideración en nuestro principal competidor, la Clínica Maternidad Gaibor, son el precio del parto y cesárea.
- Las principales fortalezas del servicio toco - quirúrgico del Hospital Materno Infantil del Guasmo son: atención permanente, infraestructura y equipamiento adecuados, tarifas bajas, exoneraciones de pago, los costos en un 84% están cubiertos por el presupuesto regular del Estado, red de subcentros de salud como proveedores y distribuidores.
- Las principales debilidades del servicio toco - quirúrgico del Hospital Materno Infantil del Guasmo son: bajo aprovechamiento de la capacidad instalada, baja

credibilidad, plantilla de personal de guardia incompleta, poca calidez hacia la usuaria, alto número de rechazos en la Emergencia, el Hospital carece de personería jurídica.

**f) Obtener información sobre posibles proveedores:**

- Se identificaron 22 consultorios de atención gineco - obstétrica, de los cuales 15 son consultorios médicos y 7 obstétricos. Brindan consultas prenatales y en 6 de los casos también atienden partos por lo cual cobran entre S/. 200.000 y S/. 250.000. Atienden 8 horas al día en dos jornadas de 08h00 a 12h00 y de 16h00 a 20h00

El principal tipo de servicio de interés que brindan, en relación a este estudio, son las consultas externas prenatales, dentro de un rango de 10 a 44 consultas prenatales al mes.

Seis de estos proveedores (27.2%) declararon que también atienden partos. Cobran por dicha atención entre S/.200.000 y S/.250.000.

Sus horarios de atención son de 8 horas al día divididos en dos jornadas: de 08h00 a 12h00 y de 16h00 a 20h00.

## **9. RECOMENDACIONES**

Para la implementación de una alternativa de financiamiento del parto y cesárea institucionales es preciso considerar lo siguiente:

### **a) Una plataforma legal acorde a las nuevas necesidades:**

- Habiéndose observado incongruencia en la normativa legal que rige el financiamiento de los servicios de salud: leyes inconexas, controversiales, demagógicas y contradictorias, que no obedecen a necesidades sino a escenarios políticos coyunturales; se sugiere proponer al Congreso Nacional y a la Asamblea Nacional, sobre la base de un estudio de la normativa jurídica relacionada al sector salud en lo político, administrativo y financiero, la revisión, derogatoria y reforma de leyes, decretos, acuerdos, reglamentos que son incompatibles con las necesidades de modernización del sector salud del país y por tanto con la participación financiera de los usuarios en los servicios de salud y el manejo local de los recursos.
- Gestionar, por parte de los directivos del Hospital Materno Infantil del Guasmo, el reconocimiento de la personería jurídica institucional. Para ello se recomienda revisar si existe el decreto de creación del Hospital, escrituras públicas de propiedad del terreno en que funciona la organización de tal manera que se la reconozca como institución capaz de contratar y adquirir compromisos civiles en el orden nacional e internacional.
- Conseguir la aprobación del Reglamento de Recuperación de Costos para que este pueda ser aplicado en todos los servicios capaces de generar ingresos, determinando el manejo, destino y recaudación de los mismos.

### **b) En cuanto a aspectos operativos:**

- Plantear y desarrollar una estrategia comercial o plan de marketing que considere como objetivos y estrategias, fundamentados en los análisis y resultados planteados en este trabajo, los siguientes:

#### **OBJETIVO GENERAL**

Iniciar un proceso de mejoramiento continuo de la calidad del servicio Toco-Quirúrgico del Hospital Materno Infantil del Guasmo que le permita sostenibilidad en el desarrollo de autonomía y autogestión.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Cubrir las necesidades de atención del parto y cesárea de las embarazadas del Area #1-Guasmo Sur
- Captar la preferencia de las embarazadas del Area de Salud #1- Guasmo Sur para la atención del parto o cesárea en el Hospital Materno Infantil del Guasmo
- Desarrollar las capacidades y habilidades técnicas, la creatividad, iniciativas y motivación del personal del Hospital Materno Infantil del Guasmo
- Generar recursos propios que permitan autofinanciar el mejoramiento del servicio toco-quirúrgico del Hospital Materno Infantil del Guasmo

## **ESTRATEGIAS**

- Trabajar en el mejoramiento de la imagen institucional
- Trabajar en el mejoramiento continuo de la calidad y calidez del servicio toco-quirúrgico del Hospital Materno Infantil del Guasmo.
- Desarrollar la motivación de los usuarios internos y externos
- Desarrollar la capacidad gerencial y de trabajo en equipo del servicio Toco-Quirúrgico del Hospital Materno Infantil del Guasmo.
- Mantener tarifas para la atención del parto y cesárea más bajas que la competencia.
- Fortalecer la participación comunitaria en el Comité de Desarrollo Institucional
- Impulsar la aprobación del Reglamento de Recuperación de Costos y de Desarrollo Institucional, así como la obtención de la personería jurídica del Hospital
- Implementar un sistema de participación del usuario en el financiamiento del servicio
- Utilizar los fondos recaudados fundamentalmente en el mejoramiento del servicio Toco-Quirúrgico del Hospital Materno Infantil del Guasmo.

La estrategia de marketing permitirá:

- Proyectar el mejoramiento del servicio toco-quirúrgico a partir de la venta de los paquetes quirúrgicos para parto, incrementando paulatinamente tanto el nivel de actividad como la tarifa, de la siguiente manera:

- ⇒ Durante los tres primeros meses de 1998 se mantendrá la tarifa de S/. 50.000. y el nivel de actividad en 83 partos promedio mensual. Esto significará un ingreso a marzo de 1998 de S/. 12'450.000 que podrán ser invertidos en un programa de mejoramiento continuo de la calidad del servicio que involucre a los directivos y a la Unidad de Conducción del Area; programa centrado en la identificación de los problemas que están afectando la imagen y credibilidad institucional.
- ⇒ Involucrar en este proceso a los subcentros satélites para mejorar la referencia y contrarreferencia, de tal forma que aprovechemos la fortaleza de contar con esta red de proveedores y distribuidores para aumentar la demanda de atención del parto en el Hospital Materno Infantil del Guasmo y también para corregir falencias que están sobrecargando los costos del parto y cesárea en el Hospital y para las usuarias.
- ⇒ Durante los meses de abril, mayo y junio se incrementará el nivel de actividad de 83 a 105 partos mensuales en promedio (1 parto diario más), manteniendo la tarifa de S/. 50.000 con lo cual tendríamos a junio de 1998 un ingreso de S/.15'750.000, que podrían ser invertidos en la promoción del servicio, siguiendo las orientaciones del plan de marketing planteado sobre la base de este trabajo aprovechando otra fortaleza institucional que es contar con un equipo gerencial en la Unidad de Conducción.
- ⇒ Considerar que nuestra población objetivo son las MEF jóvenes, menores de 30 años que al embarazarse, vayan a atender sus partos o cesáreas en la Maternidad Sotomayor, en Clínicas Privadas o que dan a luz en casa.
- ⇒ Que tienen reducida capacidad de pago y que en su mayoría ahorran para poder financiar los gastos por atención del parto y cesárea.
- ⇒ Durante los meses julio, agosto y septiembre, se incrementará el nivel de actividad de 105 a 127 partos mensuales (1 a 2 partos diarios más que en la actualidad), aumentando además la tarifa de S/.50.000 a S/. 70.000, con lo cual obtendríamos a septiembre de 1998 un ingreso de S/. 26'670.000, que podrían ser utilizados en mejorar e implementar el servicio toco-quirúrgico, a través de una priorización de necesidades y requerimientos por parte de sus directivos.

⇒ Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre se incrementará el nivel de actividad de 127 a 149 partos mensuales (2 partos diarios más que en la actualidad), manteniendo la tarifa de S/. 70.000, con lo cual se obtendría un ingreso de S/. 31'290.000, que serían invertidos: en mantener la publicidad, mejorar el servicio siempre en base a prioridades, y otorgar estímulos al personal del servicio toco-quirúrgico.

Readecuar el sistema de control de gestión y su retroalimentación para que permita obtener la información necesaria para monitorear el desarrollo de este plan y continuar proyectando el financiamiento para los años siguientes.

- Parte del plan de marketing debe considerar el involucramiento de los proveedores potenciales identificados en este trabajo para que se conviertan en reales proveedores del Hospital, mediante estímulos económicos a la remisión de pacientes en la perspectiva de establecer un programa de maternidad abierta a los profesionales médicos y obstetras del sector, previa acreditación de los mismos y continua evaluación de su desempeño
- Considerar la modalidad de hospital de día para la atención del parto, es decir reducir la estancia de las pacientes a 8 horas, como una estrategia que permite: disminuir costos hospitalarios y para la paciente, dar facilidad para su pronto retorno al hogar y disminuir el porcentaje de mujeres que aún atienden sus partos en casa. Establecer un estudio comparativo de costos como sustento de esta decisión.
- Adoptar una estrategia de marketing establece un enfoque específico sobre la manera de dirigir una organización hacia el éxito. En esa medida el éxito del servicio toco-quirúrgico deberá extenderse a todo el Hospital en la perspectiva de su transformación en una organización moderna.

ESPOL – ESPAE  
POSTGRADO DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

ESTUDIO DE COSTOS Y MERCADO DEL PARTO Y CESAREA  
EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO  
“MATILDE HIDALGO DE PROCEL”

ENCUESTA A LA DEMANDA

I. DATOS DE IDENTIFICACION

1. DIRECCION:.....  
.....

2. A QUE SUBCENTRO DE SALUD CORRESPONDE:.....

3. EDAD:

4. # DE HIJOS

5. TRABAJA: SI

NO

II. UTILIZACION DEL SERVICIO

6. DONDE SE ATENDIO EL ULTIMO PARTO (O CESAREA)

.....

7. SI AHORA ESTUVIERA EMBARAZADA, DONDE SE ATENDERIA EL PARTO (O CESAREA):

EN CASA

CLINICA O POLICLINICO

MATERNIDAD DEL GUASMO

MATERNIDAD SOTOMAYOR

IESS

OTROS

Especifique:

8. POR QUÉ.....  
.....  
.....

III. CAPACIDAD DE PAGO

9. SI ESTUVIERA EMBARAZADA, CUANTO DESTINARIA PARA GASTOS DE MATERNIDAD (ATENCIÓN DEL PARTO O CESÁREA)

10. COMO FINANCIARÍA ESOS GASTOS  
.....  
.....  
.....

11. CUANTAS PERSONAS TRABAJAN EN LA FAMILIA

**IV. EMERGENCIA**

13. ¿Han sido atendidos Ud. o algún familiar o vecino (a) en la *EMERGENCIA* de la Maternidad del Guasmo?

SI

NO

14. Alguna vez Ud. o algún familiar o vecino (a) necesitaron ser atendidos en la *EMERGENCIA* de la Maternidad del Guasmo y fueron rechazados?

SI

NO

15. ¿Cuál fue la causa de dicho rechazo? Explique

**12. CUANTO GANAN:**

	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3	PERSONA 4	PERSONA 5	TOTAL
DIARIO						
SEMANAL						
QUINCENAL						
MENSUAL						
TOTAL DE INGRESOS						

## **BIBLIOGRAFIA**

- **Alvarez Juan. ESTUDIO DE COSTOS EN CLINICA. Editorial XX, 1992, Guayaquil - Ecuador.**
- **Bach J.R. y Vilate A. COSTOS. Teoría Práctica Tomo II. Brasil 1981.**
- **Castrillon Cifuentes Jaime. COSTOS PARA GERENCIAR SERVICIOS DE SALUD. Ediciones Uni-Norte, 1996.**
- **CEPAR -USAID ENDEMIAN -94 CDC - NACIONES UNIDAS**
- **Código de la Salud. LEY DE DISCAPACIDADES REGLAMENTOS. Edición 25 - Actualizado Agosto 1993 Quito - Ecuador.**
- **Davies - E. APRENDE LOS SECRETOS DE MARKETING EN UNA SEMANA. 1era. Edición, Enero 1995.**
- **Estrella W. Ortega M, Recalde R., Freire C. GERENCIA EN CALIDAD Y SALUD. Organización Panamericana de la Salud 1994.**
- **Maques Patricio Dr. - CONTROL DE COSTOS EN SALUD: EXPERIENCIAS EN PAISES DE LAS AMERICAS.- BOL OF SAINT PANAMAN 109(2), 1990.**
- **Miranda Ernesto. - ESTUDIOS PUBLICOS 1992, Santiago de Chile.**
- **La Legislación Farmacéutica en el Ecuador MSP/ OPS - OMS/ Holanda Quito - Ecuador 1994.**
- **Palacios Ivan Dr. MERCADOTECNIA EN SERVICIO DE SALUD. Escuela de Postgrado en Administración de Empresas (ESPAE) 1996.**

- **Políticas y Programas de Salud. Período 1993 - 1996. Acuerdo 114 - MSP Quito Junio 1.993.**
- **Proaño Arandi Ramiro Lcdo. Quel - Mejia Eduardo Telgo. SISTEMAS DE COSTOS PARA UNIDADES DE SALUD SICOPLUS - METODOLOGIA PARA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE COSTOS. Quito, Febrero de 1996 - Proyecto Fasbase - MSP 1996.**
- **Proaño Arandi Ramiro Lcdo. PROYECTO DE SUPERVIVENCIA Y SALUD INFANTIL. Ecuador 1993.**