

**ESCUELA SUPERIOR
POLITECNICA DEL LITORAL**

**ESCUELA DE POSTGRADO EN
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

**POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS
DE SALUD**

CUARTA PROMOCIÓN

TRABAJO DE GRADUACIÓN

**COSTOS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS EN
EL AREA DE SALUD TRES DE LA PROVINCIA DE
LOJA AÑO 1999.**



Realizado por:

Dra. Jenny Encalada

Dra. Gloria Patricia Rodríguez

Dirigido por:

Lcda. María Cristina Ramos

Guayaquil, septiembre del 2000

INDICE

1. RESUMEN EJECUTIVO.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
4. JUSTIFICACIÓN.....	11
5. OBJETIVOS.....	13
6. METODOLOGÍA.....	14
7. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	18
LA SALUD EN EL ECUADOR.....	18
SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD.....	21
REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR.....	27
CALIDAD TOTAL.....	43
UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE COSTOS EN LA MODERNIZACIÓN ESTATAL Y REFORMA SECTORIAL.....	47
CONCEPTUALIZACIÓN DE COSTOS.....	50
8. RESULTADOS.....	63
9. CONCLUSIONES.....	82
10. RECOMENDACIONES.....	84
BIBLIOGRAFIA.....	87
ANEXOS.....	89

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación se lo realiza como requisito previo a la obtención del título de Especialista en Servicios de Salud.

El tema motivo de análisis es “Costeo de los servicios prestados en el área de salud N°. 3 de la ciudad de Loja en el año 1999”

La Modernización del Estado dentro de la cual se encuentra la Modernización del Sector salud, en su reforma propone un plan Nacional de Salud para corregir los principales problemas observados en el sector, conscientes de ésta realidad es necesario prepararse con la utilización de herramientas que permitan medir nuestro avance en forma oportuna y viabilicen la toma de decisiones oportunamente.

El área de Salud N°. 3 de la Ciudad de Loja, que se encuentra ubicada al norte de la ciudad, está empeñada en ejecutar un plan estratégico en donde una de las debilidades encontradas fue la falta de información contable – financiera.

Dentro de éste marco se realiza el estudio de Costos de los servicios que oferta el área en Consulta Externa, Visita Domiciliara, y Control Escolar

encontrándose que el servicio más costoso es la visita domiciliaria, y el servicio menos costoso es la consulta externa.

Se analiza los costos variables, los mismos que en la mayoría de las unidades tienen valores discordantes entre los servicios ofertados y los insumos utilizados. Sin embargo en general los costos variables son bajos situación plenamente justificada por que las unidades del área son de atención primaria y por lo tanto el gasto variable es bajo.

También se analiza el costo de la consulta por cada profesional, el valor aumenta en las unidades en las que hay un número reducido de usuarios, circunstancia que amerita una redistribución de los recursos existentes en esas unidades.

Los montos de recuperación observados son mínimos, permiten la recuperación de los gastos variables en un alto porcentaje, quedando los gastos fijos para ser cubiertos con el presupuesto del estado.

En general los costos obtenidos tanto en consulta externa como en visita domiciliaria son inferiores a los costos de los servicios en la consulta privada.

COSTEO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS EN EL AREA DE SALUD TRES DE LA PROVINCIA DE LOJA AÑO 1999

1. INTRODUCCIÓN.

Dentro de las políticas Gubernamentales se encuentra en marcha la Ley de Modernización del Estado, y se plantean políticas para la Reforma del Sector Salud, las mismas que se definen para la resolución de los principales problemas de salud y de los servicios de salud.

Entre los problemas de Salud existe una persistencia de las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias, pero además un aumento en las tasas de enfermedades crónico-degenerativas cardiovasculares, accidentes, entre otras.

En los problemas de los servicios de salud se encuentran la asignación y distribución inequitativa de recursos mediante un presupuesto histórico por lo general alejado de la realidad, incoordinación interinstitucional, discontinuidad de políticas y planes, acceso inequitativo a los servicios, duplicación de inversiones.

En suma los procesos de reforma sectorial han generado una presión para

la formulación de procedimientos de costeo de los servicios como una forma de mejoramiento de los servicios de salud no sólo en términos de eficiencia sino también de eficacia y equidad, el análisis del costo del servicio también es de hecho el reflejo de la calidad de la atención.

Se está implementando en el país un sistema de información gerencial WINSIG, que es una opción de costeo de los servicios que se ofertan y sirve como herramienta analítica en la toma de decisiones tanto a lo largo del proceso como en los resultados.

En la provincia de Loja, no se encuentra la posibilidad de evaluar las actividades cumplidas en base a este programa, además no existen estudios que permitan conocer los costos de los servicios que ofertamos, por lo que es una necesidad emprender en la tarea de conocer los costos de los servicios para en base de este conocimiento poder hacer un análisis comparativo con otras áreas y además optimizar los recursos existentes, disminuyendo al máximo la capacidad ociosa.

2. ANTECEDENTES.

La Salud y la Educación pilares fundamentales del progreso de los pueblos, entendidas como obligación del Estado en coordinación con personas, familias y comunidades representan inversiones de amplio rédito social y económico; siempre han sido motivo de interés, sin embargo el enfoque económico de la salud es motivo de gran controversia entre los diferentes sectores de la población y actualmente tiene mayor relevancia debido al constante incremento de los costos de la salud llegando al punto de ser prácticamente imposible su financiamiento por parte del estado.

Las condiciones de salud de América Latina y las tendencias que empiezan ya a definir su futuro, apuntan en una dirección muy clara que es la necesidad de una reforma cabal de la salud con sistemas de salud que incorporen a las poblaciones e instituciones.

El Banco mundial desde hace algún tiempo mantiene créditos para América Latina y el Caribe con la finalidad de apoyar las Reformas en Salud.

En un informe sobre Desarrollo Mundial en 1993 se reconoce que los

principales problemas de los sistemas de salud son cuatro:

- ◆ La concentración de recursos en intervenciones poco costo -efectivas.
- ◆ El uso ineficiente de éstos recursos que se expresa en el gasto excesivo en medicamentos de marca, el uso inapropiado del personal de salud.
- ◆ La iniquidad en el acceso a los servicios básicos de salud.
- ◆ La explosión en los costos.

Dentro de éste marco, en el Ecuador desde 1998 se plantea la ley de Descentralización del Estado y Participación Social con una realidad preocupante en donde los principales problemas políticos y sociales que afectan la salud son:

- ◆ Altos niveles de pobreza y aumento significativo de los niveles de indigencia.
- ◆ Aumento de las desigualdades sociales, un 30 % de la población ecuatoriana carece de servicios de salud.
- ◆ Un insuficiente presupuesto para las acciones en salud agravada por la centralización de decisiones sobre asignación de recursos.
- ◆ Inadecuado funcionamiento del sistema nacional de salud debido principalmente a la falta de liderazgo, fragmentación del sector e

incoordinación con las instituciones.(2)

El Ministerio de Salud Pública mediante un amplio proceso de consulta y participación interinstitucional en los ámbitos nacional, regional y local definió políticas nacionales, sectoriales e institucionales en materia de salud que fueron acogidas como Políticas de Estado desde el 10 de agosto de 1998 y están contenidas en el documento “Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud”, en el cual se plantean siete pilares fundamentales:

- ◆ Capacidad de definición de políticas de seguimiento, evaluación y control.
- ◆ Descentralización y desconcentración
- ◆ Participación de la comunidad como demandante efectiva
- ◆ Eficiencia en el uso de los recursos
- ◆ Eficacia en la consecución de los resultados
- ◆ Participación de diferentes actores en la ejecución y prestación de servicios.
- ◆ Coordinación y vinculación programática entre sectores.

Conscientes de ésta realidad y consecuentes con las Políticas de Salud para el quinquenio, el área de salud Número Tres como Unidad Técnico

administrativa y financiera independiente, está empeñada en realizar un análisis de costos de los servicios que ofrece con el fin de que en base a éste análisis se optimizen los recursos existentes tanto humanos como materiales, y se coadyuve a la contención de costos.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Siendo el área de Salud N°. 3 un conjunto de unidades de salud que cubre un importante sector de la población urbana y rural del cantón Loja, y teniendo apenas cinco años de creación, se orienta como una organización moderna en la cual se ha implementado un sistema de Descentralización efectivo que supera el antiguo esquema administrativo, y aspira a garantizar solvencia técnica en el servicio prestado y optimización del recurso existente para estar acorde con los lineamientos propuestos en el Plan Nacional de Salud y ofrecer servicios de calidad con eficacia y eficiencia que conlleven al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Entre las debilidades analizadas en función de la visión institucional, la de mayor relevancia es la carencia de un estudio de costos de los servicios que oferta el área por unidad operativa.

Además al ser un objetivo a mediano plazo el establecimiento de una metodología administrativa fundamentada en los avances técnicos y científicos, se hace necesario establecer un sistema de información gerencial de tal manera que los datos coadyuven al éxito de los planes y estrategias gerenciales en el área de salud N°. 3.

En virtud de lo expuesto se considera impostergable el estudio de costos de las unidades operativas que se iniciará con éste trabajo, mediante el estudio de los costos de Consulta externa, Visita Domiciliaria y Control Escolar programas que concentran gran cantidad de tiempo y personal. Conocimiento que se complementará con la estimación de la recuperación de costos alcanzado por cada unidad operativa.

Los resultados obtenidos facilitarán la toma de decisiones respecto a la administración de los recursos y al establecimiento de estrategias de motivación y control.

4. JUSTIFICACIÓN

La consecución de los Objetivos planteados en el Plan Estratégico del Area de Salud N°. 3 requieren del conocimiento técnico – administrativo de todos los componentes de la Gerencia en Salud, hasta ahora en áreas no cuenta con estudios de costos que permitan fundamentar los planes y programas existentes.

Un elemento primordial para gerenciar es la información que se obtendrá de la presente investigación, será una herramienta que a más de convertirse en un instrumento de el sistema de información contable – financiera y a implementar el sistema de información gerencial que se requiere.

Nos va a brindar la información relacionada con el costo del servicio que se oferta en cada una de las unidades operativas, el nivel de recuperación de costos y el análisis correspondiente del cruce de éstas variables, con esto estaremos en condiciones de optimizar los recursos existentes y ofertar nuestros servicios a grupos diferentes de usuarios y competir con otros proveedores de servicios de salud.

Este conocimiento permitirá establecer un sistema de control

administrativo que estimule un mejor rendimiento y fomente la creatividad y compromiso.

Además se obtendrá la información que permite cumplir con el objetivo de “Dar servicio de calidad con optimización de los recursos existentes”.

Por último éste conocimiento nos va a permitir actuar en forma metodológicamente y técnica que permitan mejorar el rendimiento y realizar otras investigaciones que en base del costo de los servicios puedan medir también calidad, y sirva para priorizar inversiones, y a la vez privilegiar las mejores opciones y de ésta manera potenciar los resultados.

5. OBJETIVOS:

5.1. OBJETIVO GENERAL

Estimar los costos en los que incurre el Area de Salud N°. 3 de la Ciudad de Loja, para la prestación de servicios en las diferentes unidades operativas, y conocer el monto de recuperación, durante el año 1999.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a. Determinar los Costos Fijo y Variable de los servicios de Consulta Externa, Visita Domiciliaria y Control Escolar, en cada unidad operativa.
- b. Determinar el Costo Total por Unidad Operativa y por usuario
- c. Determinar el Costo fijo de atención en relación al costo fijo profesional.
- d. Estimar los montos de recuperación de costos por Unidad Operativa.

6. METODOLOGIA:

a. Tipo:

Estudio administrativo, descriptivo, transversal que analiza categorías financieras.

b. Universo:

El área de Salud N°. 3 de la Provincia de Loja, que se encuentra ubicada al norte de la ciudad capital y limita con el área 12 (Saraguro) y el área 1 (Centro de la ciudad), cuenta con 10 unidades operativas.

c. Período:

El tiempo de estudio es de 1 año que abarca desde el 1 de Enero de 1999 al 31 de diciembre de 1999.

d. Unidad de Análisis:

Se realiza un costeo de los servicios de consulta externa, visita domiciliaria y control escolar de las 10 unidades que conforman el Area

de Salud N°. 3.

e. Criterios de exclusión:

- 1) Los gastos por compra de medicamentos, ya que estos son cubiertos por pago directo del usuario.
- 2) Los costos por depreciación de planta física, muebles e instrumental.

f. Técnicas:

1) GASTOS FIJOS:

- Calculo de costo/usuario por profesional ✓
- Calculo de costo/usuario por unidad operativa ✓
- Calculo de costo/actividad por unidad operativa ✓

Instrumento:

Rol de pagos ✓

Concentrados mensuales y anuales de cada unidad operativa y de cada uno de los profesionales.

2) GASTOS VARIABLES

- Calculo de Insumos, Suministros, Materiales y Lencería por Unidad

Operativa.

Instrumento:

Kardex

3) PRODUCCIÓN:

- Cálculo de acciones cumplidas durante el año 1999 en consulta externa, visita domiciliaria y control escolar.

Instrumento:

Concentrados mensuales de cada unidad operativa

g. Procedimiento

Se tomó el rol de pagos de todo el personal que se encuentra prestando sus servicios en el área y se procedió a determinar los ingresos totales del año 1999, que incluye los sobresueldos, décimos y bonificaciones.

Se determinó mediante Kardex los egresos realizados a cada unidad operativa y se hizo el cálculo financiero correspondiente al año 1999.

Se obtuvo toda la información de los servicios prestados en consulta externa, visita domiciliaria, y control escolar durante todo el año en cada unidad operativa.

Con toda ésta información se aplicó una planilla de cálculo para determinar cuanto cuesta cada uno de los servicios prestados por unidad operativa.

Luego se aplicó una matriz comparativa en la que se incluyen todos los profesionales y el costo unitario de cada uno de los servicios ofertados.

Finalmente para determinar la recuperación de costos se procedió a revisar todos los depósitos realizados por cada unidad operativa durante todo el año por venta de especies valoradas.

7. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.

LA SALUD EN EL ECUADOR.

Mediante decreto N°. 084 del 16 de Junio de 1967 se crea el Ministerio de Salud Pública, el mismo que responde a algunas inquietudes del momento, las entidades que hasta entonces hacían salud en el país habían sido creadas con el fin de atender las necesidades de determinados grupos poblacionales ya sea éstos empleados públicos, militares, comunidad desprotegida que estaba a cargo del Ministerio de Previsión Social, y la consulta privada dirigida a la población con capacidad de pago, existían también algunas agencias internacionales que hacían salud para grupos poblacionales específicos. Todas éstas actividades en salud se ejecutaban en forma independiente sin ningún tipo de planificación.

A la vez que esto sucedía en el país, es convocada una reunión a los presidentes de las Américas en donde deciden reafirmar la necesidad de mejorar las condiciones de salud de todos los países como base para la prosperidad social y económica. Para lograr éstos objetivos era necesario la presencia de una entidad que se encargue de coordinar todas las acciones desarrolladas en salud como sanidad, asistencia social, nutrición y vivienda.

Dentro de éste marco se crea el Ministerio de Salud Pública el mismo que desde su creación ha implementado progresivamente leyes y programas que se inician con la obligatoriedad de la Medicatura Rural en Unidades del Ministerio de Salud, luego se implementan programas para tratar problemas puntuales de salud como LEA, Inmunizaciones, IRA, EDA, Salud mental, Estomatología, SISVAN, que fueron estructurados, programados y evaluados con un modelo vertical, que a más de limitar las iniciativas locales en muchas ocasiones eran improductivos por que no se basaban en el conocimiento de la realidad local.

Esta era de normatización correspondía ya a una idea inicial de programación para la prestación de servicios de salud, teniendo un impacto importante en la población, con un cambio en su calidad y esperanza de vida, sin embargo el desarrollo logrado no ha estado acorde con todas las necesidades del momento.

Desde 1972 hasta 1977 se llevan a cabo una serie de programas de promoción y protección de la salud, el Ministerio de Salud Pública experimenta una reforma interna importante en los programas de salud materno – infantil, control del niño sano, Detección oportuna del Cáncer Cérvico – uterino, Inmunizaciones, control y vigilancia epidemiológica

entre otros los mismos que alcanzan coberturas de hasta el 60%.

En 1977, en Asamblea de la OMS se hace la declaratoria de salud para todos en el año 2000 y en 1978 en la reunión de Alma Ata queda establecido que para llevar a cabo dicha política era necesario una estrategia específica distinta a las utilizadas hasta entonces que implemente la participación de la comunidad para satisfacer las necesidades prioritarias de salud de las familias a ésta se la define como “Atención Primaria de Salud”.(3)

La Atención Primaria en Salud implementa algunos componentes no aplicados hasta ese momento y considera que es necesario que los programas sean accesibles a la comunidad y con participación de la misma, que los servicios de salud se deben dar en una forma planificada y con énfasis en la prevención, que debe haber una regionalización funcional y descentralización administrativa, que los servicios se deben extender al mejoramiento ambiental, que es necesario sistemas de información desarrollados, que se debe hacer investigación operativa y por último que se debe formar y utilizar los recursos en base a las necesidades del país.

Mediante créditos del Banco Mundial destinados a los países de América

Latina se implementan en el país programas como Salud Familiar, FASBASE, FONNIN, consideradas éstas como estrategias para la Atención Primaria en Salud.

Los primeros pasos de la modernización se dan en 1980 cuando se crea el Consejo Nacional de Salud para integrar a todas las entidades que hacen salud con una coordinación interinstitucional del sector.

En 1992 el gobierno aplica reformas para modernizar el país, el planteamiento político es neoconservador y se opta por la privatización de los servicios, el Congreso expide la ley de Modernización, Privatización de la Prestación de Servicios; y más tarde se crea el Consejo Nacional de Modernización CONAM.

SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de Salud están constituidos por subsectores públicos y privados con y sin fines de lucro.

El subsector público está integrado por:

- ◆ Ministerio de Salud Pública

- ◆ Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- ◆ Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas
- ◆ Servicio de Sanidad de la Policía
- ◆ Instituto Nacional del Niño y la Familia
- ◆ Ministerio de Bienestar Social
- ◆ Gobiernos Seccionales
- ◆ Cruz Roja

El Subsector Privado lo integra:

- ◆ Junta de Beneficencia de Guayaquil
- ◆ Sociedad protectora de la Infancia
- ◆ Sociedad de Lucha contra el Cáncer
- ◆ Consultorios y Clínicas Particulares

Ministerio de Salud Pública.

Cuenta con Unidades de Salud de capacidad resolutive que va desde los puestos de Salud hasta Hospitales de Especialidad, le corresponde la función de regulación, dirección y control del sector, se encuentra organizado en áreas de salud que son pequeñas redes de servicios con delimitación geográfico poblacional. Existe un sistema de

descentralización técnica y desconcentración administrativa, la función de las áreas es la ejecución de planes de intervención en base a la capacidad resolutiva basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud con fuerte componente de participación comunitaria.

Dispone de 1541 establecimientos entre centros, subcentros y puestos de salud, 124 hospitales de los cuales 14 son de especialidad, 24 de tipo general y 85 cantonales; utiliza el 23 % de la fuerza laboral del sector salud, cubre el 30 % de la población aproximadamente.(4)

Se encuentra aplicando un plan piloto de mejoramiento en base a microproyectos en 98 hospitales del país de diferente nivel de complejidad y desarrolla programas orientados a la solución de problemas de salud en la comunidad.

Su financiamiento proviene del presupuesto del estado, las fuentes extrapresupuestarias son debidas a préstamos a través de convenios con la Banca Internacional como FASBASE con 102 millones de dólares, MODERSA con 60 millones de dólares, USAID que invierte en programas orientados al mejoramiento de la gestión.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Presta servicio a un grupo de población determinado, conformado por los servidores públicos que representan el 28 % de la PEA. su sistema de descentralización administrativa divide al servicio de seguridad nacional en regiones. Dispone de servicios para trabajadores del sector rural a través del Seguro Social Campesino y cubre al 14 % de la población rural.

Cuenta con Hospitales Generales y 1026 servicios ambulatorios, ofrece una atención curativa y de rehabilitación con acciones muy puntuales en cuanto a fomento y protección. Se financia a través del aporte de empleados y empleadores y del aporte del estado; para los afiliados al seguro social campesino el modelo de aseguramiento es familiar.

Servicios de Sanidad de la Fuerzas Armadas y Policía.

Presta servicios al personal de la Fuerzas Armadas y Policía y a sus familiares directos, servicios que se guían por los mismos principios que la seguridad social. Además vende servicios para la población civil y tiene incluido un plan de seguro privado.

Cumple con funciones de recuperación y rehabilitación principalmente con escasas actividades de fomento y protección. Dispone de 101 establecimientos ambulatorios y 21 hospitales generales, con lo que logra dar una cobertura del 7 %. Su financiamiento está dado por fondos del estado en su totalidad.

Junta de Beneficencia de Guayaquil

Algunos Hospitales y maternidades de la ciudad de Guayaquil están a cargo de la Junta de Beneficencia que es una entidad autónoma que se rige por sus propios estatutos, brinda servicios a la población de escasos recursos, presta servicios de curación y rehabilitación para lo cual dispone de tres hospitales uno general y dos de especialidad y un servicio ambulatorio para brindar ésta atención.

Su financiamiento está dado en un 5 % por el estado, el resto es por los ingresos de la venta de la lotería nacional y el rendimiento financiero de sus inversiones, aunque hace recuperación parcial de costos de ciertos servicios que oferta como las salas de velación.

Cumple con funciones de recuperación y rehabilitación principalmente con escasas actividades de fomento y protección. Dispone de 101 establecimientos ambulatorios y 21 hospitales generales, con lo que logra dar una cobertura del 7 %. Su financiamiento está dado por fondos del estado en su totalidad.

Junta de Beneficencia de Guayaquil

Algunos Hospitales y maternidades de la ciudad de Guayaquil están a cargo de la Junta de Beneficencia que es una entidad autónoma que se rige por sus propios estatutos, brinda servicios a la población de escasos recursos, presta servicios de curación y rehabilitación para lo cual dispone de tres hospitales uno general y dos de especialidad y un servicio ambulatorio para brindar ésta atención.

Su financiamiento está dado en un 5 % por el estado, el resto es por los ingresos de la venta de la lotería nacional y el rendimiento financiero de sus inversiones, aunque hace recuperación parcial de costos de ciertos servicios que oferta como las salas de velación.

Sociedad de Lucha contra el Cáncer

Tiene un régimen jurídico autónomo regido por un cuerpo directivo de filántropos, con una descentralización técnica y administrativa que le ha permitido implementar cambios y reformas tanto en la planta física como en equipamiento, siendo al momento una de las entidades de servicio sin fines de lucro mejor equipadas y que tiene una Unidad estratégica de negocios única en el país. Cumple con actividades de prevención, recuperación.

Se financia con asignaciones fiscales producto de los impuestos directos a transacciones financieras, y un porcentaje pequeño es debido a recuperación de costos por pago directo de los usuarios.

Gobiernos Seccionales

Se ha implementado en el país un sistema de servicios a cargo de municipios, los mismos que brindan atención con recuperación parcial de costos en base al pago directo del usuario y el resto lo hacen mediante acuerdos interinstitucionales y apoyo de las ONGs. De acuerdo a las reformas del sector salud son éstos organismos seccionales quienes brindarán servicio de atención directa al usuario.

Sector Privado

Se basa en leyes que rigen su funcionamiento, las mismas que son controladas por el Ministerio de Salud Pública.

Algunas funcionan con donaciones y ayuda internacional, aportes de organismos locales y de la curia. En tanto que las que el resto son financiadas por pago directo del usuario o por medio de seguros privados, por lo tanto atienden a la población con capacidad de pago y cubren aproximadamente el 15% de la población.

De entre todos los servicios de salud existentes se cree que esta cubierta el 80 % de la población quedando el 20 % sin ningún tipo de atención en salud.(4)

REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR

Análisis del Contexto.

Para plantear las Políticas del Sector Salud en el Ecuador, son considerados los principales problemas tanto de salud como de los servicios de salud que se definen de la siguiente manera:

1. Problemas de Salud.- A pesar de que hay el reconocimiento de que ha habido cambios importantes en el mejoramiento del nivel de vida de la población el impacto social ha sido limitado debido a que la salud aún no se ha constituido en parte fundamental del accionar político ni de las demandas sociales lo que indica el escaso interés de los gobiernos y la reducida conciencia sanitaria de la población.

A partir de la década de los 80 se observa en el país un incremento de patologías propias del desarrollo como son las crónico – degenerativas, cardiovasculares y cerebrovasculares, traumatismos, violencia, cáncer, enfermedades mentales SIDA; que coexisten con enfermedades derivadas del atraso y la carencia de servicios de salud como IRA, EDA, dengue, malaria, y el recrudecimiento de la Tuberculosis y el Cólera.

La distribución del riesgo de enfermar y morir no es uniforme, varía de acuerdo a condiciones de pobreza, región geográfica, género y etnia observándose que es más elevado en las áreas urbano – marginales y rurales especialmente en las que hay una alta concentración de población indígena.

La tasa de mortalidad materna alcanza el 15 por 10.000 y sucede por

causas prevenibles, la tasa de mortalidad infantil es de 44 por 1.000, el grado de desnutrición en niños y madres es alto, hay una tasa de accidentabilidad más alta de las Américas. En cuanto a saneamiento ambiental cerca de la mitad de las familias rurales y el quito de las familias urbanas no disponen de agua potable ni alcantarillado.(5)

Todos éstos planteamientos analizados nos ubican en el país con más bajos niveles de salud de Latinoamérica, lo que no es consecuencia de falta de una o más acciones sino de problemas estructurales que datan de muchos años.

2. Problemas de los Servicios de Salud.- Las limitaciones encontradas en los servicios de salud se deben en parte a que históricamente el estado había privilegiado el modelo asistencial, burocrático, inequitativo e ineficiente de atención médico – curativa y de recuperación de la fuerza laboral.

Por otra parte el estado ha descuidado la conducción, normalización y regulación de las actividades en salud lo que ha desencadenado en una ineficaz asignación y distribución de recursos, incoordinación interinstitucional, acceso inequitativo a los servicios, discontinuidad en las políticas y planes, innecesaria duplicación de inversiones,

gestión centralizada, escasa capacidad para responder a las demandas de diversidad socio – epidemiológica de salud, entre otros; lo que no ha permitido un adecuado desarrollo del sector.(6)

Hay una insuficiente atención a los problemas del ambiente, especialmente dado el apresurado deterioro debido a la irracional explotación de los recursos naturales, y al alto grado de contaminación ambiental.(8)

Existe una iniquidad en la formación utilización y distribución de los recursos que trabajan en el sector salud a más de una falta de correspondencia entre el perfil profesional y la necesidad real, persisten bajos salarios, falta de programas de educación continua y un régimen de incentivos apropiados.

En lo que ha tecnología en salud se refiere no se ha planificado ni utilizado debidamente en base a los requerimientos de la población.

3. Contexto Económico.- El escenario económico en el que el sector salud se va a desenvolver en los próximos años tiene como antecedente los siguientes elementos:

- ◆ La baja tasa de crecimiento económico de los últimos 15 años apenas ha logrado superar el crecimiento demográfico lo que ha determinado que el gasto en salud a nivel de país se ha mantenido desde 1985 en el 1.6% del PIB, de aquí el gasto fiscal es del 1% ubicándose entre uno de los más bajos de América Latina.

- ◆ Un limitado crecimiento del sector formal y un bajo nivel educativo de la fuerza laboral ha conducido a la expansión de la economía formal y al descenso de la productividad.

- ◆ Una inversión nacional que en los últimos 25 años ha dependido mayoritariamente de créditos internacionales, generando un significativo crecimiento de la deuda externa a niveles del 9.5% del PIB para 1998.(7)

- ◆ La asignación del presupuesto del estado para el Ministerio de Salud fue del 7 % en la década del 80 y 90, bajo al 2.8% en 1997, recuperándose al 4.1 % en 1998.

- ◆ Existe un gasto directo en salud por los hogares de un 33 %, que para los grupos económicamente más deprimidos representa el 17% del total de sus ingresos.

- ◆ La acumulación de estos problemas estructurales, agravados por el desgobierno general de los últimos años conjuntamente con el fenómeno del niño, la caída del precio del petróleo en los mercados internacionales, condujo a que en 1999 el país enfrente una situación económica muy delicada con un importante déficit de cuenta corriente altas tasas de interés y fuerte aceleración del proceso inflacionario y un severo ajuste fiscal.

- ◆ Estos factores agravados por la reciente crisis financiera registrada en el sistema bancario, obligaron al gobierno a adoptar medidas extremas que incluyeron el congelamiento parcial de capital circulante, medidas de orden tributario, incremento en el precio de los combustibles y restricciones en el gasto fiscal.

- ◆ Las políticas de ajuste fiscal al restringir los recursos para el sector social, han afectado de manera particular a los programas de Salud Pública y al funcionamiento de los servicios de salud cuya cobertura y calidad de atención acusa serias limitaciones tanto a nivel ambulatorio como hospitalario; a consecuencia de lo cual se estima que aproximadamente el 30 % de la población no tiene acceso a servicios institucionales de salud.

4. Contexto Social.- Se estima que en el país el 63 % de la población se encuentra en áreas urbanas y el 37 % en áreas rurales. En el índice de desarrollo humano nos ubicamos en el país N°. 72 de entre 175 países, el nivel de desempleo es del 10 %; los niveles de pobreza e indigencia son del 54 % y 14 % respectivamente.

Evidencia una situación social crítica, con grandes disparidades entre los que tienen y no capacidad de gasto.

La situación económica analizada ha provocado que exista un éxodo masivo de la población económicamente activa, entre éstos hay un número considerable de personal capacitado técnica y científicamente que luego de haberse formado en el país entregan el fruto de su formación a otros países significando eso otra pérdida para el estado, cuyas consecuencias son más graves por que el país pierde fuerza de trabajo calificada.

En éstas circunstancias el gobierno nacional ha definido como objetivo central de su gestión la reducción de la pobreza a través de una acción política pública que combina los siguientes ejes:

- ◆ Estabilidad macroeconómica
- ◆ Reactivación económica

- ◆ Equidad social
- ◆ Formación de capital humano
- ◆ Reforma del estado.(6)

5. **Contexto Legal.-** El Consejo nacional de Salud, reunido el 15 de Enero de 1998, respaldó la propuesta "Rol del Estado y Políticas Nacionales de Salud", la misma que luego constituyó el tema central de la primera conferencia Nacional de Salud que bajo el lema "Salud Base del Desarrollo Nacional" se realizó el 23 de Enero de 1998, con la participación de más de 300 representantes del sector salud.

Durante éste evento, se señalaron además los ejes de política fundamentales a ser tomados en cuenta en la propuesta de reformas a la carta constitucional, la misma que fue presentada a la asamblea Nacional Constituyente el 30 de Enero de 1998 por el presidente del Consejo Nacional de Salud.

Los ejes temáticos de la propuesta de reformas presentados a la asamblea, giraron alrededor de los siguientes aspectos:

- a. El derecho a la salud y a condiciones necesarias para una vida saludable, incluyendo el acceso universal, equitativo y permanente a

los servicios de salud.

- b. Una concepción integral de la salud, que comprenda no solo a los servicios de atención médica sino a las acciones de protección ambiental, saneamiento básico, alimentación y nutrición, salud mental y laboral vivienda, educación, etc.
- c. El impulso a la promoción de salud mediante la coordinación intersectorial y a la participación ciudadana en particular el desarrollo de una cultura por la salud y la vida.
- d. El rol rector del estado en materia de políticas, regulación y control de las actividades de salud a nivel nacional.
- e. La organización del Sistema Nacional de Salud con la participación de las entidades públicas y privadas que forman el sector salud.
- f. La gestión descentralizada de los servicios de salud con participación de los organismos seccionales y de la comunidad.
- g. La organización de un seguro nacional de salud base pública, cobertura familiar y financiamiento solidario.

- h. El fortalecimiento de las actividades y programas de Salud Pública, garantizando su financiamiento fiscal y cobertura universal.
- i. El reconocimiento al saber y prácticas de salud tradicionales y la búsqueda de su complementariedad con el sistema oficial.
- j. La regulación de los precios y calidad de los medicamentos y el uso de medicamentos esenciales y genéricos en las instituciones del sector.
- k. La Formación y Educación continua de los recursos humanos en salud y la gestión para su desarrollo integral.
- l. El fomento de las actividades de investigación y desarrollo científico de salud, en base a prioridades y principios bioéticos.
- m. El financiamiento del sistema de Salud con las asignaciones del gobierno central, de los organismos seccionales, fondo de solidaridad y de personas con capacidad de aporte. Además que el MSP reciba al menos el 6% del presupuesto y que no se produzcan recortes en ésta materia.

Se puede resumir los aportes de la reforma constitucional en los siguientes:

- 5.1. Por primera vez se crea en la carta constitucional una sección específica sobre la salud, superando de ésta manera las disposiciones dispersas y contradictorias que se mantenían en anteriores textos constitucionales.
- 5.2. De igual modo es la primera carta constitucional donde expresamente se consigna que el estado garantiza el Derecho a la Salud, lo que reconoce en justicia éste beneficio inherente e inmanente a la condición humana, presente ya en casi todas las constituciones del mundo.
- 5.3. Se plantea doctrinariamente un concepto y visión integral de la salud donde se articulan tanto los aspectos que impulsan la promoción de condiciones de vida saludables y los correspondientes a la atención preventiva y curativa, a nivel individual y colectivo.
- 5.4. Se mencionan los elementos básicos que definen el rol rector del estado en la salud.

- 5.5. Se prevé la organización sistemática del sector salud que permitirá optimizar los esfuerzos y recursos actualmente dispersos en beneficio de lograr la cobertura universal con servicios de salud, en base a modelos de gestión descentralizados y participativos, sustentados en los principios de equidad, solidaridad, integralidad, calidad y eficiencia.
- 5.6. Se garantiza el financiamiento para las entidades públicas del sistema de salud y de los mecanismos para su sostenibilidad.(6)

En suma, éste paso inédito en la Salud Pública nacional abre el camino para la construcción de POLITICAS DE ESTADO EN SALUD, las mismas que al tener una base constitucional sustantiva, permitirán impulsar, de manera sostenida y coherente, los procesos de cambio que el país demanda para mejorar las condiciones de salud de toda la población.

6. Razones que justifican la Reforma del Sector Salud.

- 6.1. La superación de la crisis de la salud en el país no es de responsabilidad institucional exclusiva del Ministerio de salud Pública, sino que requiere la participación y compromiso de todas

- 5.5. Se prevé la organización sistemática del sector salud que permitirá optimizar los esfuerzos y recursos actualmente dispersos en beneficio de lograr la cobertura universal con servicios de salud, en base a modelos de gestión descentralizados y participativos, sustentados en los principios de equidad, solidaridad, integralidad, calidad y eficiencia.
- 5.6. Se garantiza el financiamiento para las entidades públicas del sistema de salud y de los mecanismos para su sostenibilidad.(6)

En suma, éste paso inédito en la Salud Pública nacional abre el camino para la construcción de POLITICAS DE ESTADO EN SALUD, las mismas que al tener una base constitucional sustantiva, permitirán impulsar, de manera sostenida y coherente, los procesos de cambio que el país demanda para mejorar las condiciones de salud de toda la población.

6. Razones que justifican la Reforma del Sector Salud.

- 6.1. La superación de la crisis de la salud en el país no es de responsabilidad institucional exclusiva del Ministerio de salud Pública, sino que requiere la participación y compromiso de todas

las instancias públicas y privadas que conforman el sector salud, incluyendo las organizaciones sociales formales y tradicionales relacionadas con la salud.

6.2. La salud, en su más amplia concepción constituye factor sustantivo de los procesos de cambio social y económico en tanto contribuye a mejorar las capacidades individuales y colectivas para enfrentar los desafíos del desarrollo y su acción sinérgica, la protección ambiental, la producción, la creatividad y el compromiso ético con el bien común.

6.3. El sector salud como uno de los más complejos y dinámicos de la sociedad, demanda profundas transformaciones institucionales en el marco de los procesos de modernización y de reforma del estado para el cumplimiento efectivo de sus roles.

7. Rol del Estado en la Reforma de Salud

El Estado es el garante del derecho a la Salud de toda la población como bien público y la formulación de políticas nacionales es una función indelegable, se plantea los siguientes roles fundamentales en el campo de la salud a través del MSP, el CONASA, y las entidades

públicas descentralizadas que por transferencia o delegación hayan asumido las Instituciones Nacionales o Provinciales de Salud.

7.1. Rectoría en Salud.- Este rol implica la responsabilidad del Estado de conducir, regular, normar, coordinar y evaluar las actuaciones de las personas y entidades públicas y privadas para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud que incluye tareas sustantivas en materia de autoridad sanitaria, cuya aplicación se da a nivel central como a nivel intermedio y local.

7.2. Promoción de la Salud.- El Estado debe privilegiar la Promoción de la Salud generando condiciones favorables de vida y trabajo, incorporando acciones intersectoriales, la participación y movilización social, el establecimiento de políticas públicas saludables y otras acciones conducentes al desarrollo y bienestar garantizando el respeto de los valores étnico-culturales de género y los derechos de las personas y comunidades.

7.3. Garantía de Acceso Equitativo a la Atención.- El estado debe establecer políticas, estrategias y modalidades de financiamiento para garantizar el acceso equitativo a la atención de salud de toda la población del país, con énfasis en las intervenciones de salud

pública y la protección de los grupos poblacionales de mayor riesgo biológico y socio económico.

7.4. Provisión Descentralizada de Servicios.- El estado debe impulsar el diseño y aplicación de modelos de atención integral y de gestión descentralizada basados en principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia en coordinación con otros proveedores públicos y privados y con la participación de organismos seccionales y de la sociedad civil.

8. Ejes de la Reforma en Salud

La reforma en salud se la define como un conjunto de cambios en los roles, recursos, funciones e interrelaciones de las instituciones que conforman el sector y en la organización, gestión y financiamiento de los servicios de salud públicos y privados.

Los ejes estratégicos para guiar la reforma son los siguientes:

a.- Organización del Sistema Nacional de Salud, con la rectoría del MSP y apoyo del Consejo Nacional de Salud.

- b.- Fortalecimiento Técnico y Financiero de la Salud Pública.
- c.- Seguro Universal de Atención a las Personas.
- d.- Descentralización de la Gestión de los Servicios.
- e.- Regulación Sectorial.
- f.- Desarrollo Integral de los Recursos Humanos.

9. Roles del Estado.-

Los roles del estado se ejercen a través del MSP, el CONASA y las entidades públicas descentralizadas que, por transferencia o delegación de las instituciones nacionales o provinciales de salud lo hayan asumido.

Los roles que vienen cumpliendo el estado son:

- a.- Rectoría en Salud.
- b.- Promoción de la Salud.
- c.- Garantía del Acceso Equitativo a la Atención de Salud.
- d.- Provisión Descentralizada de Servicios.

CALIDAD TOTAL

Los gobiernos que se desarrollaron en la era industrial en los cuales las burocracias eran perezosas y centralizadas, se preocupaban del cumplimiento de las reglas y regulaciones, de mantener las cadenas de mando; ahora resultan estar fuera de actualidad, por lo que al momento las empresas son con autoridades y líneas de mando descentralizadas, en donde hay un allanamiento de jerarquías y concentración de todos los recursos en la calidad y el acercamiento al cliente factores que conllevan a lograr mantener la competitividad en el mundo globalizado actual.

Para lograr cambios que se conviertan en una promesa para el futuro es necesario contar con seres humanos capaces de aceptar que hay cosas que están mal, que probablemente aún no se ha encontrado el camino para lograr que cambien, que quizá somos parte de la causalidad, pero que también y seguramente somos y debemos ser parte de su superación.

La teoría de la calidad total tiene su origen con Edward Deming en 1940, profesor de administración, quien planteó los principios de la calidad total y consistía en trabajar en equipo con responsabilidad compartida, controlar los procesos, medir los resultados, descentralizar las actividades, y prevenir los riesgos con un enfoque de mercado.

Avedis Donabedian define la calidad total como la atención prestada con la máxima capacidad para resolver los problemas de salud del usuario, con el mínimo riesgo. Considera que el criterio cero errores planteado por Ishikawa, no es aplicable en salud y sugiere “garantía de la calidad”, la misma que debe ser evaluada con tres indicadores fundamentales:

- ◆ La estructura: son las condiciones físicas e institucionales adecuadas en las que se puede mejorar la calidad, estructura física, estructura administrativa, estructura financiera, estructura en recursos humanos.
- ◆ El Proceso: es decir las acciones que constituyen la prestación de atención médica de calidad en base a la identificación de puntos críticos.
- ◆ Los resultados: mejorar la calidad de vida del usuario.

El mejoramiento de la calidad se lo ha entendido como dependiente de las medidas de estructura de proceso, ahora se hace investigaciones para mejorar la calidad en base a los resultados. Los esfuerzos para mejorar la calidad no son un artificio de lujo ni se los realiza solo en los países en los que se considera que los recursos son escasos; el monitoreo y mejoramiento de calidad son instrumentos de ahorro.

En salud existe la necesidad de acomodar dentro de la definición de calidad un conjunto más complejo de responsabilidades hacia los usuarios y la sociedad.

- ◆ Responsabilidades hacia los individuos: los individuos no solo son proveedores de satisfacción, quizá porque los usuarios no están con frecuencia capacitados para distinguir entre la atención buena y una atención de mala calidad, quienes hacemos salud tenemos la responsabilidad fiduciaria de actuar en nombre de los pacientes, sirviendo a sus intereses de la manera que nos parezca más adecuada incluso a costa de sus propios deseos.

Debido a que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, nuestros conceptos acerca de cómo manejar la relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios entre el cliente y el proveedor en el mundo de los negocios. La atención en salud es producto del esfuerzo conjunto entre el médico y el paciente, el cliente es parte de la línea de producción de forma más íntima que lo que sucede en un modelo industrial. La capacidad para educar a los pacientes en la producción de los cuidados de la salud es un atributo sobresaliente característico de la calidad de la atención.

- ◆ Responsabilidades hacia la sociedad: los trabajadores actúan bajo un contrato social muy diferente del que regula los negocios. Por una parte, son responsables del bienestar social, sus responsabilidades sociales toman diversas formas como lograr equidad en la distribución de los beneficios de la atención a la salud y la necesidad fundamental de la relación entre costos y calidad.

- ◆ Responsabilidades para la gestión de las relaciones entre costos y calidad: es muy importante la eficiencia como elemento básico de la calidad tanto en el modelo industrial como en el modelo de la atención en salud.

En el modelo industrial, el enfoque sobre la relación entre costos y calidad defiere, las mejoras en el diseño pueden ocasionar más costos pero se argumenta que el aumento de costos se compensa con la eficiencia en la producción y con el aumento en las ventas, por lo tanto la calidad no solo es gratuita sino que además genera ganancias, de esta manera desaparece el conflicto potencial entre lograr mejorar calidad que tener menores costos. Esta capacidad del modelo industrial para armonizar aspectos que parecen opuestos, es una manifestación de su naturaleza, de ahí la gran fuerza de atracción de este modelo.

UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE COSTOS EN LA MODERNIZACIÓN ESTATAL Y REFORMA SECTORIAL.

Análisis de Costos.

Los procesos de la reforma sectorial han generado una nueva presión por generar procedimientos de costeo de los servicios, el costeo incluye uno de los principales renglones de análisis en salud. Además son un condicionante del financiamiento y de la posibilidad de expansión de programas que puedan tener una relación más favorable de costo beneficio del gasto en salud. El análisis de los costos es una forma de llegar al mejoramiento de los servicios de salud, no sólo en términos de eficiencia sino también de eficacia y equidad. El costo de un servicio es de hecho el reflejo de la calidad de la atención.

Por otra parte el análisis comparativo de costos ofrece elementos que permiten bajo condiciones más o menos estables determinar el tipo de tratamiento que se ofrece.

Se considera que los análisis de costos promedio permiten una racionalización institucional, los costos presuntivos pueden ser empleados para regular las relaciones interinstitucionales de compra de

servicios y finalmente el costeo por usuario en los diferentes departamentos y/o servicios facilita el conocimiento en relación a la eficiencia.

En busca de lograr un sistema de información que costee servicios se encuentra implantándose en el país un sistema de información gerencial WINSIG que es una versión actual del SIG actividad cumplida por la OPS, ofrece una opción de costeo de la atención del paciente que es tanto exacta como económica en su aplicación, se trata de registrar los procedimientos y recursos en la cual se incluye por una parte los materiales y por otra el personal que ha sido utilizado para que el usuario reciba un servicio médico la misma que se asocia con una tabla de costos que el SIG tiene implementada y actualizada sobre bases permanentes.

El SIG es por lo tanto una herramienta analítica para la toma de decisiones, enmarca en los procesos de gerencia productiva de los Sistemas de Salud de las Américas, de hecho su principal aporte consiste no en generar nueva información sino en relacionar selectivamente información existente para ofrecer al gerente una visión estratégica de la gestión de establecimientos o sistemas de salud.

El SIG es un instrumento gerencial, no administrativo es decir que privilegia su aplicación en las estrategias de gestión, planificación global y manejo organizacional en le más amplio sentido del término en la cual se incluye la gestión de los recursos.

Uno de los propósitos es proporcionar instrumentos analíticos que permitan al gerente modelar inteligentemente con opciones de costo beneficio. Y una consecuencia de este tipo de análisis es cuantificar la capacidad productiva potencial, compararla con la producción actual y medir objetivamente la capacidad ociosa.

El conocimiento de problemas relevantes, las causas asociadas y las probabilidades de acción constituyen los ingredientes para formular y ejecutar opciones y metas de cambio. Las características del SIG por ejemplo el hecho de usar un número reducido de indicadores que afectan el perfil global de desempeño organizacional y la transferencia de los problemas relevantes permiten establecer sobre la marcha procesos de cambio dirigidos a fortalecer la relación eficiencia / producción / resolución. Entonces, si las metas de cambio se cumplen se habrá dada un uso eficiente a los recursos que permitirá mayor pertinencia e incremento de la producción y en última instancia, el mejoramiento cualitativo y cuantitativo de la cobertura. La simple lectura de la

evolución de los indicadores permite monitorear el cumplimiento de las metas de cambio.

El SIG permite a los gerentes asumir el reto de optimizar la productividad social de los recursos para alcanzar mayores niveles de cobertura con equidad. La noción de productividad manejada por el programa integra los conceptos de eficiencia (rendimientos de los recursos), y efectividad (impacto de los servicios) en una perspectiva de equidad social, y puede ser definida como la eficiencia con que los recursos son transformados en servicios con niveles de pertinencia, calidad y cobertura suficientes para la objetiva consecución de los objetivos de desarrollo.

CONCEPTUALIZACIÓN EN COSTOS.

Costo.

“Es la suma de erogaciones en las que incurre la persona natural o jurídica para adquirir un bien o un servicio, con la intención de que genere ingresos en el futuro”(1).

Características de los Costos.

- ◆ Costo – activo, es la erogación que ocurre cuando se adquiere un bien o un servicio, cuya capacidad de generar ingresos abarca diferentes periodos.
- ◆ Costo – gasto, con los costos que se enfrentan a los ingresos del período, y que han contribuido a la operación del sistema durante ese período.
- ◆ Costo – perdida, son las erogaciones que no producen ingresos esperados o no.

Elementos del Costo

En cualquier costo concurren dos o tres elementos que contribuyen a su conformación, el número de elementos depende de si se trata del costos de un producto manufacturado, de comercialización o de un servicio.

Costos del Servicio.

Es la prestación de un servicio, dependiendo de que tipo sea, concurren

varios elementos.

- ◆ Consulta Médica, en éste servicio se incluyen los siguientes elementos:
 - Costo de salario directo que es el salario del médico,
 - Costos generales que son todos aquellos costos indirectos a una consulta, como son: insumos, suministros y materiales utilizados, servicios públicos, salarios, etc.

- ◆ Visita Domiciliaria, en este rubro se incluye:
 - Costo de salario directo que es el salario del médico, enfermera.
 - Costos generales que incluye suministros, materiales y salarios.

- ◆ Control escolar, que incluye:
 - Costo de salario directo del médico, enfermera.
 - Costos generales de insumos, suministros, materiales, salarios.

Clasificación de los Costos.

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

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

- ◆ *Costo de producción:* Son los que se generan en el proceso de manufactura. Son ejemplo de ellos: La materia prima, la mano de obra directa y los costos generales de fabricación.

- ◆ *Costo de distribución o venta:* Son aquellos en los que se incurre cuando se ofrece y se lleva el producto o el servicio al cliente. Ejemplo: Los costos de publicidad.

- ◆ *Costo 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. La papelería consumida en la oficina de recursos humanos, los salarios de 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. Ejemplo: El costo de la anestesia en una cirugía.

- *Costos indirectos:* Son los que se pueden identificar con una

actividad, producto, división, departamento, pero tienen relación con éstos. Ejemplo: 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 esta clasificación

4. De acuerdo con la autoridad sobre la incurrencia del costo:

- ◆ *Costos controlables:* Cuando sobre ellos se tiene la suficiente autoridad para que ocurran o no. Ejemplo: El consumo de papelería en la oficina de recursos humanos es controlable por parte del directivo de esta oficina.

- ◆ *Costos no controlables:* Cuando sobre ellos no se tiene suficiente autoridad para que ocurran o no. Las depreciaciones de planta no son controlables por los directivos de la oficina de recursos humanos.

5. De acuerdo do la importancia en la toma de decisiones:

- ◆ *Costos relevantes:* Cambian según la opción que se tome. Ejemplo: Los honorarios del cirujano aumentan según se incremente el número de cirugías.

- ◆ *Costos irrelevantes:* Permanecen inmutables cualquiera que sea la opción que se tome. Ejemplo: La depreciación del equipo de cirugía permanece constante cualquiera que sea el número de cirugías; el salario de los directivos de una clínica permanece inmutable aunque el número de cirugías aumente o disminuya.

6. De acuerdo con el tipo de sacrificio incurrido:

- ◆ *Costos desembolsables:* Los que implican salida de efectivo. Ejemplo: El costo de os servicios públicos.

- ◆ *Costos 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 desición hay un costo que no implica salida de efectivo.

7. De acuerdo con el cambio originado por un aumento o disminución en la actividad:

- ◆ *Costos diferenciales:* Son aquellos que se producen cuando hay un aumento o disminución en la actividad. Pertenecen a este grupo:
 - *Costo decremental:* Cuando se produce por la disminución en la actividad. El costo de los anestésicos disminuye si disminuye el número de cirugías.
 - *Costo incremental:* Cuando se produce por el aumento en la actividad. El costo de la energía eléctrica y de los anestésicos aumenta si el número de las cirugías aumenta.

- ◆ *Costos sumergidos:* Son los que permanecen inmutables no importa la opción que se elija. Las depreciaciones y el salario de los directivos son un ejemplo de este tipo de costo, ya que aunque el número de pacientes atendidos por el hospital aumente, las depreciaciones y el salario de los directivos permanecen en el mismo nivel.

8. Según se puede o no evitar al tomar una decisión:

- ◆ *Costos evitables:* Aquellos de los que se puede prescindir al tomar

una decisión. Los costos de anestesia si no se lleva a cabo la cirugía, lo mismo que los costos del cirujano y del anesthesiologo si se les paga por cirugía.

- ◆ *Costos inevitables*: Aquellos de los que no se puede prescindir cuando se quiere tomar una determinada decisión. El salario del director de la sala de cirugía, realícese o no la cirugía, es el mismo.

9. 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. Ejemplo, el sueldo de un funcionario

Los costos fijos se pueden dividir en dos conjuntos:

- *Costos fijos discrecionales*: Los que son susceptibles de ser modificados; se tiene poder sobre ellos. Ejemplo: los sueldos, si la actividad se suspende, si se cierra el departamento, si se clausura la empresa, se puede pensar en prescindir de estos costos.
- *Costos fijos comprometidos*: Se llaman también “sumergidos,

muertos”. No se tiene poder sobre ellos para suspender su incurrencia. Por ejemplo: la depreciación de una maquinaria.

- ◆ *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.

- ◆ *Costos semivARIABLES o semifijos:* Son costos que están conformados por una parte fija y una variable. La forma como este tipo de costo se manifiesta es muy diverso. Es bueno también advertir que los costos, en cuanto a su comportamiento se refiere, no son tratados de idéntica forma en todas las empresas. Así, en una Cía unos costos pueden ser considerados fijos, y en otra semifijos

Ubicación de los Centros de Costos

Los centros de costos que se analizan en este trabajo son:

Consulta externa de 10 unidades operativas

Visita Domiciliaria de 10 unidades operativas

Control escolar de los alumnos del área de influencia de 10 unidades operativas.

Análisis de Costo – Beneficio

Es un principio de evaluación económica por el cual los costos y las consecuencias de un programa o acción dada pueden ser expresadas en unidades monetarias.

Análisis de Costo – Efectividad

Se define como el análisis de acciones alternativas para conseguir un mismo objetivo, permite identificar cuál o cuales de los programas técnicamente eficientes producen el resultado deseado a menor costo.

Análisis de Costo – Utilidad

Es un principio de evaluación económica con el cual los costos de un programa se expresan en unidades monetarias, y sus consecuencias en unidades físicas.

Capacidad teórica, máxima, ideal. Mantenimiento, ya sea curativo o preventivo; fallas en el personal, como inasistencia, inexperiencia, ineficiencia; problemas en los insumos, como en materiales, suministros, combustibles, energía, etc. Cuellos de botella en los procesos previos o

posteriores a una unidad de trabajo, etc.

Capacidad práctica, normal. Es aquella en donde se ponderan todas las restricciones posibles generadas por variables endógenas y exógenas al sistema.

Atención en Salud

Comprende el conjunto de conocimientos, actitudes y medio que se aplican para la resolución de los problemas de salud a nivel personal o colectivo.

Descentralización

Consiste en la transferencia definitiva de funciones, atribuciones y recursos, especialmente financieros materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, a efecto de distribuir los recursos y los servicios de acuerdo con las necesidades de las respectivas circunscripciones territoriales.

Efectividad

Mide los resultados del programa en términos de los resultados inmediatos y el cumplimiento de los objetivos previamente definidos.

Eficacia

Caracteriza un proceso de producción de acciones o servicios de salud que aplicado en condiciones ideales produce los resultados deseados.

Eficiencia

Expresa la relación entre los resultados obtenidos en un programa de salud y los esfuerzos realizados en términos de los recursos utilizados.

Mide la relación entre el resultado conseguido y el esfuerzo invertido en dinero, recursos y tiempo.

Reforma del Sector Salud

Es el conjunto de cambios en los roles, recursos, funciones e interrelaciones de las instituciones que conforman el sector de la

organización, gestión y financiamiento de los servicios de salud públicos y privados.

Sector Salud

Conjunto de instituciones creadas para intervenir directa e indirectamente en el proceso salud – enfermedad.

Sistema de Salud

Es el conjunto de instituciones públicas y privadas del sector, relacionadas entre sí por valores, normas y reglas comunes que las articulan funcionalmente, con la finalidad de mejorar el estado de salud de la población.

TABLA N° 1**USUARIOS ATENDIDOS POR UNIDAD OPERATIVA Y SERVICIO**

AREA DE SALUD N° 3

LOJA - 1999

UNIDADES	TOTAL DE ATENCIÓN	ATENC. CONSULT. EXTERTA	ATENC. CONTROL ESCOLAR	ATENC. VISITA DOMIC.
Centro de Salud N°3	19.051	17.275	1776	--
Subc. Conzacola	2.162	1.738	253	171
Subc. San Cayetano	1.172	913	186	73
Subc. Belén	2.556	1.847	636	73
Subc. Motupe	4.576	3.905	671	--
Subc. Santiago	1.219	890	288	41
Subc. San Lucas	2.480	1.844	403	233
Subc. Jimbilla	545	490	55	--
Puesto de Pichic	438	394	27	17
Puesto Las Juntas	536	284	10	242
TOTAL	34.735	29.580	4.305	850

Clasificación de los servicios ofertados en razón de su producción total anual por unidad operativa.

La mayor demanda de servicios ofertados esta en la consulta externa (85%), y el menor porcentaje lo ocupa el trabajo comunitario a pesar de ser unidades de atención primaria que tienen como actividades fundamentales las de prevención, promoción de la salud.

TABLA N° 2**CALCULO DEL COSTO FIJO DE LA JEFATURA DE AREA**

AREA DE SALUD N° 3

LOJA - 1999

UNIDADES	DENOMINACIÓN	CARGA HORARIA	INGRESO ANUAL (\$)
Centro de Salud N°3	Méd. Trat. 12	8 HD	3270
	Méd. Trat. 11	4 HD	2046
	Méd. Trat. 8	4 HD	1955
	Méd. Trat. 3	4 HD	1773
	Méd. Trat. 3	8 HD	2152
	Obstetriz	4 HD	1427
	Profesional 2	6 HD	764
	Aux. de Farm.		1498
	Aux. de Enf.		1541
	Aux. de Enf.		1527
	Aux. de Enf.		1577
	Aux. de Enf.		1619
TOTAL			21.347

Esta unidad donde funciona la jefatura de área es de segundo nivel, los médicos y profesionales cubren las especialidades básicas. La demanda en consulta externa es alta.

El costo fijo no considera rubros por alquiler de local, ya que la unidad funciona en edificio propio, por lo tanto se considera únicamente los gastos en sueldos y salarios anuales, incluidos bonificaciones y sobresueldos.

TABLA N°. 3**CALCULO DEL COSTO FIJO DE LAS UNIDADES URBANAS**

AREA DE SALUD N°. 3

LOJA - 1999

UNIDADES	DENOMINACIÓN	CARGA HORARIA	INGRESO ANUAL (\$)
Subc. Conzacola	Méd. Trat. 3	8 HD	2144
	Profesional 2	6 HD	790
	Aux. de Enf.		575
TOTAL			3509
Subc. San Cayetano	Méd. Trat. 8	8 HD	2333
	Profesional 2	6 HD	760
TOTAL			3093
Subc. Belén	Méd. Trat. 5	8 HD	2061
	Profesional 2	6 HD	674
	Aux. de Enf.		1539
TOTAL			4274
Subc. Motupe	Méd. Trat. 6	8 HD	2188
	Méd. Trat. 5	4 HD	1815
	Profesional 2	6 HD	853
	Aux. de Enf.		1480
	Aux. de Estad.		1412
TOTAL			7748

Las unidades urbanas, de primer nivel de complejidad, cuentan con profesionales de planta por lo tanto el gasto es similar en cada una de ellas y al igual que en el centro 3, se consideran costos por sueldos y salarios anuales, pues todas funcionan en locales propios.

TABLA N°. 4
CALCULO DEL COSTO FIJO DE LAS UNIDADES RURALES
 AREA DE SALUD N°. 3
 LOJA - 1999

UNIDADES	DENOMINACIÓN	CARGA HORARIA	INGRESO ANUAL (\$)
Subc. Santiago	Méd. Rural	8 HD	1685
	Enf. Rural	8 HD	622
	Aux. de Enf.		1455
TOTAL			3762
Subc. San Lucas	Méd. Rural	80 %	1343
	Enf. Rural	8 HD	624
	Aux. de Enf.		1665
TOTAL			3632
Subc. Jimbilla	Méd. Rural	60 %	999
	Enf. Rural	8 HD	631
	Aux. de Enf.		1358
TOTAL			2988
Puesto de Pichic	Méd. Rural	20 %	338
	Aux. de Enf.	60 %	470
TOTAL			808
Puesto Las Juanas	Méd. Rural	40 %	668
	Aux. de Enf.	40 %	313
TOTAL			981

Las unidades rurales cuentan con personal que cumple la medicatura rural y en forma itinerante, por lo tanto el cálculo de costo por unidad se realiza en base al porcentaje de tiempo que permanecen en cada unidad operativa, circunstancia que disminuye los costos fijos.

TABLA N°. 5
HORAS TRABAJADAS POR SERVICIO Y UNIDAD OPERATIVA
 AREA DE SALUD N°. 3
 LOJA - 1999

SERVICIOS UNIDADES	TOTAL HORAS	HORAS EN CONSULTA EXTERNA	HORAS EN CONTROL ESCOLAR	HORAS EN VISITA DOMIC.
Centro de Salud N°3	2.632	2.148	484	--
Subc. Conzacola	464	268	45	151
Subc. San Cayetano	291	150	50	91
Subc. Belén	246	168	48	30
Subc. Motupe	1012	876	136	--
Subc. Santiago	151	83	52	16
Subc. San Lucas	383	144	45	194
Subc. Jimbilla	241	184	--	57
Puesto de Pichic	176	154	12	10
Puesto Las Juntas	170	54	5	111
TOTAL	5.766	4.229	877	660

Del total de horas trabajadas el mayor porcentaje esta utilizado en la consulta externa (72%), para atender el 85 % de usuarios, por lo tanto es una actividad que utiliza porcentualmente un tiempo y atiende un mayor porcentaje de usuarios.

Para control escolar se ocupa el 15% del tiempo total y tiene un costo del 16% por lo tanto es una actividad que tiene relación entre tiempo utilizado y la productividad.

En tanto que la visita domiciliaria atiende el 2.5% de los usuarios y utiliza el 12% del tiempo total.

TABLA N°. 6
COSTO FIJO POR SERVICIO Y POR UNIDAD
 AREA DE SALUD N°. 3
 LOJA - 1999

NOMBRE DE UNIDAD	COSTO FIJO TOTAL POR ATENCIONES	COSTO FIJO TOTAL POR CONSULTA EXTERNA		COSTO PO N°
		N°.	%	
Centro de Salud N°3	21347	17422	81.6	392
Subc. Conzacola	3509	2026	57.7	34
Subc. San Cayetano	3093	1594	51.5	53
Subc. Belén	4930	3367	68.3	96
Subc. Motupe	7748	6706	86.5	104
Subc. Santiago	3762	2067	55.0	129
Subc. San Lucas	3632	1365	37.6	42
Subc. Jimbilla	2988	2281	76.3	--
Puesto de Pichic	808	707	87.5	55
Puesto Las Juntas	981	312	31.8	29
TOTAL	52798	37847	71.7	860

TABLA N°. 7

COSTO FIJO DE CONSULTA EXTERNA POR UNIDAD

OPERATIVA

AREA DE SALUD N°. 3

LOJA – 1999

NOMBRE DE UNIDAD	COSTO FIJO TOTAL	N°. DE ATENCIONES	COSTO UNITARIO
Centro de Salud N°3	17422	17.275	1.00
Subc. Conzacola	2026	1738	1.16
Subc. San Cayetano	1594	913	1.75
Subc. Belén	3367	1847	1.82
Subc. Motupe	6706	3905	1.72
Subc. Santiago	2067	890	2.32
Subc. San Lucas	1365	1844	0.74
Subc. Jimbilla	2281	490	4.66
Puesto de Pichic	707	394	1.80
Puesto Las Juntas	312	284	1.09
COSTO UNITARIO PROMEDIO			1.93

El costo de la consulta externa promedio es de 1.9 dólares, existiendo valores muy elevados como en el subcentro de Jimbilla, debido a un costo fijo alto y baja productividad.

Los valores obtenidos son inferiores a los de la consulta externa del Hospital Regional y por supuesto a los de las consultas privadas.

TABLA N° 8**COSTO FIJO DE CONTROL ESCOLAR POR UNIDAD OPERATIVA**

AREA DE SALUD N° 3

LOJA - 1999

NOMBRE DE UNIDAD	COSTO FIJO TOTAL	N°. DE ATENCIONES	COSTO UNITARIO
Centro de Salud N°3	3925	1776	2.21
Subc. Conzacola	341	253	1.34
Subc. San Cayetano	532	186	2.86
Subc. Belén	962	636	1.51
Subc. Motupe	1042	671	1.55
Subc. Santiago	1296	288	4.50
Subc. San Lucas	427	403	1.05
Subc. Jimbilla	707	55	12.85
Puesto de Pichic	55	27	2.03
Puesto Las Juntas	29	10	2.90
COSTO UNITARIO PROMEDIO			3.28

El costo promedio del control escolar es superior al de la consulta externa, pero al ser promedio un valor que infiere y da un cambio radical a los datos es el del Subcentro de Jimbilla, que es totalmente alto, si a este dato se lo considera como un extremo y no se lo utiliza para el promedio el valor es de 2.2 dólares por control escolar.

TABLA N°. 9
COSTO FIJO DE VISITA DOMICILIARIA POR UNIDAD
OPERATIVA
 AREA DE SALUD N°. 3
 LOJA - 1999

UNIDAD	COSTO FIJO TOTAL (\$)	NUMERO DE ATENCIONES	COSTO POR ATENCIÓN(\$)
CENTRO TRES	--	--	--
CONZACOLA	1142	171	6.7
SAN CAYETANO	967	73	13.2
BELÉN	601	73	8.2
MOTUPE	--	--	--
SANTIAGO	399	41	9.7
SAN LUCAS	1840	233	7.9
JIMBILLA	--	--	--
PICHIC	46	17	2.7
LAS JUNTAS	640	242	2.6
COSTO PROMEDIO			7.5

El costo de la visita domiciliaria en San Cayetano, Santiago es elevado en relación al promedio área, lo que motiva hacer un análisis de las reales necesidades de cumplir con esta actividad en estas unidades.

La visita domiciliaria es la actividad más costosas por la cantidad de personal y tiempo requerido. A pesar del elevado costo es necesario tener presente que una visita domiciliaria además de atender al usuario ejecutan otras acciones que proyectan un servicio no medible como la confianza del usuario a la unidad de salud.

Por ser una actividad más costosa se orienta a grupos de riesgo y control.

TABLA N° 10
COSTO FIJO TOTAL POR UNIDAD OPERATIVA
 AREA DE SALUD N° 3
 LOJA - 1999

NOMBRE DE UNIDAD	COSTO FIJO TOTAL (\$)	NUMERO DE ATENCIONE S	COSTO FIJO POR USUARIO
Centro de Salud N°3	21347	19051	1.12
Subc. Conzacola	3509	2162	1.62
Subc. San Cayetano	3093	1172	2.63
Subc. Belén	4930	2556	1.93
Subc. Motupe	7748	4576	1.70
Subc. Santiago	3762	1219	3.08
Subc. San Lucas	3632	2480	1.46
Subc. Jimbilla	2988	545	5.48
Puesto de Pichic	808	438	1.84
Puesto Las Juntas	981	536	1.83
COSTO PROMEDIO			1.52

El costo fijo total promedio tiene un valor que se lo podría considerar bajo, sin embargo Jimbilla tiene un valor elevado que está por encima del costo de una consulta privada, esto debido a que tiene poca productividad.

TABLA N° 11

COSTOS VARIABLES POR UNIDAD OPERATIVA

AREA DE SALUD N° 3

LOJA - 1999

COSTOS UNIDADES	DIRECTOS		INDIRECTOS		TOTAL POR UNIDAD
	INSUMOS	SUMINIS- TROS	LENCE- RIA	MATERIAL LIMPIEZA	
Centro N°3	90.14	149.57	45.04	33.92	318.67
Conzacola	16.84	2.98	1.80	5.25	26.87
San Cayetano	17.11	1.49	1.88	2.36	22.84
Belén	32.31	10.22	2.10	7.26	51.89
Motupe	49.85	4.8	12.70	6.25	73.60
Santiago	2.61	19.36	1.23	3.93	27.13
San Lucas	26.73	3.81	1.66	6.20	38.40
Jimbilla	21.27	1.66	0.47	3.57	26.97
Pichic	8.17	0.94	1.70	2.14	12.95
Las Juntas	3.15	0.15	0.86	3.24	7.40
TOTAL	268.18	194.98	69.44	74.12	606.72

El costo variable por unidad operativa en lo que se refiere a los costos directos es necesario compararlos con la producción. Unidades como Belén, Motupe y Santiago tienen una producción que no se relaciona con los costos directos.

Los costos indirectos son bajos por lo general en todas las unidades a excepción de Motupe que tiene costos elevados de lencería.

TABLA N°. 12

COSTOS VARIABLES EN NUMERO Y PORCENTAJE

AREA DE SALUD N°. 3

LOJA - 1999

COSTOS UNIDADES	DIRECTOS		INDIRECTOS		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°
Centro 3	239.71	75.2	78.96	24.8	318.67
Subcentro Conzacola	19.82	73.7	7.05	26.3	26.87
Subcentro San Cayetano	18.6	81.4	4.24	18.6	22.84
Subcentro Belén	42.53	81.9	9.36	18.1	51.89
Subcentro Motupe	54.65	74.3	18.95	25.7	73.6
Subcentro Santiago	21.97	81	5.16	19	27.13
Subcentro San Lucas	30.54	79.5	7.86	20.5	38.40
Subcentro Jimilla	22.93	85	4.04	15	26.97
Puesto Pichic	9.11	70.3	3.84	29.7	12.95
Puesto Las Juntas	3.3	44.6	4.1	55.4	7.40
TOTAL		74.70		25.30	606.72

Los costos directos representan el 75 % del costo variable total, igualmente se observan diferencias importantes en algunas unidades que no tienen relación con su nivel de productividad.

TABLA N°. 13**COSTO VARIABLE POR UNIDAD OPERATIVA Y POR USUARIO**

AREA DE SALUD N°. 3

LOJA - 1999

NOMBRE DE UNIDAD	NUMERO DE ATENCIONES	COSTO VARIABLE TOTAL (\$)	COSTO VARIABLE UNITARIO
Centro de Salud N°3	19051	319	0.02
Subc. Conzacola	2162	27	0.01
Subc. San Cayetano	1172	23	0.02
Subc. Belén	2556	52	0.02
Subc. Motupe	4576	74	0.02
Subc. Santiago	1219	27	0.02
Subc. San Lucas	2480	38	0.01
Subc. Jimbilla	545	27	0.04
Puesto de Pichic	438	13	0.03
Puesto Las Juntas	536	8	0.01
COSTO UNITARIO PROMEDIO			0.02

El costo unitario promedio es de 0.02 dólares valor que se justifica debido a que la atención que se brinda es de primer nivel con bajo requerimiento de insumos.

TABLA N°. 14**PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL AREA**

AREA DE SALUD N°. 3

LOJA - 1999

CARGO	DENOMINACIÓN	CARGA HORARIA	INGRESO ANUAL(\$)	COSTO POR UNIDAD
Jefe de Area	Méd. Trat. 8	8 HD	2385	238.5
Coordinadora de A.	Profesora 2	8 HD	877	87.7
Enfermera de Area	Prof. 3	8 HD	1047	104.7
Contadora de Area	Tec. Adm. 1	8 HD	944	94.4
Aux. de Contabilid	Tec. Adm. 1	8 HD	944	94.4
Administrador	Administrad	8 HD	1395	139.5
Aux. de estadísti.	Aux. de prof.	8 HD	1412	141.2
Guardalmacén	Aux. Adm	8 HD	1580	158
Conserje	Aux. Adm	8 HD	1420	142
Pagadora	Aux. Adm	8 HD	976	97.6
COSTO PROMEDIO				129.8

El costo promedio calculado se recarga a cada unidad operativa como un rubro de costos administrativos, en virtud de ser un personal que trabaja con todas las unidades en el proceso administrativo del área.

TABLA N°. 15**COSTO TOTAL POR UNIDAD OPERATIVA**

AREA DE SALUD N°. 3

LOJA - 1999

COSTO UNIDAD	COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE TOTAL	COSTOS DE ADMINIS- TRACIÓN	COSTO TOTAL TOTAL
Centro N°. 3	21347	319	130	21796
Subcentro Conzacola	3509	27	130	3666
Subcentro San Cayetano	3093	23	130	3246
Subcentro Belén	4930	52	130	5112
Subcentro Motupe	7748	74	130	7952
Subcentro Santiago	3762	27	130	3919
Subcentro San Lucas	3632	38	130	3800
Subcentro Jimbilla	2988	27	130	3145
Puesto de Pichic	808	13	130	951
Puesto Las Juntas	981	8	130	1119

De acuerdo a lo observado el 96.5% del gasto corresponde a los costos fijos, valor superior al observado en otras unidades estudiadas, esto indica que el área está apalancada, situación no conveniente en épocas de crisis económica como la presente.

TABLA N°. 16
COSTO TOTAL UNITARIO EN CADA UNIDAD OPERATIVA
AREA DE SALUD N°. 3
LOJA - 1999

COSTO UNIDAD	COSTO TOTAL TOTAL	NUMERO TOTAL DE ACTIVIDADES	COSTO TOTAL UNITARIO
Centro N°. 3	21795.8	19051	1.14
Subcentro Conzacola	3665.8	2162	1.70
Subcentro San Cayetano	3245.8	1172	2.77
Subcentro Belén	5111.8	2556	2.00
Subcentro Motupe	7943.8	4576	1.74
Subcentro Santiago	3918.8	1219	3.21
Subcentro San Lucas	3799.8	2480	1.053
Subcentro Jimbilla	3144.8	545	7.24
Puesto de Pichic	950.8	348	2.17
Puesto Las Juntas	1118.8	536	2.09
COSTO PROMEDIO			2.56

El costo promedio de la consulta en las unidades del área es de 2.56 dólares, valor inferior al costo de la atención en otros centros de salud, y menor al valor de la consulta privada.

Análisis especial y una auditoria requieren unidades como Jimbilla que tiene un costo más alto que una consulta privada.

TABLA N°. 17

COSTO FIJO DE ATENCIÓN POR PROFESIONAL

AREA DE SALUD N°. 3

LOJA - 1999

PROFESIONAL	INGRESO TOTAL	NUMERO DE ATENCIONES	COSTO UNITARIO
Médico Tratante 12	3270	6778	0.48
Médico Tratante 11	2046	1656	1.23
Médico Tratante 8	1955	2087	0.93
Médico Tratante 3	1773	1950	0.90
Médico Tratante 3	2152	3382	0.63
Obstrettriz	1427	1422	1.00
Médico Tratante 3 Conzacola	2144	2162	0.99
Médico Tratante 8 San Cayetano	2333	1172	1.99
Médico Tratante 5 Belén	2061	2556	0.80
Médico Tratante 6 Motupe	2188	1858	1.17
Médico Tratante 5 Motupe	1815	2047	0.88
Médico Rural Santiago	1685	1219	1.38
Médico Rural San Lucas	1343	2480	0.54
Médico Rural Jimbilla	999	545	1.83
Médico Rural Pichic	338	438	0.77
Médico Rural Las Juntas	668	536	1.24

La baja productividad conlleva alto costo en cada atención, esto se refleja en la presente tabla donde incluso se cuadruplican los costos en las unidades que tienen bajos índices de productividad.

TABLA N° 18**COSTO DIFERENCIAL ENTRE INGRESO Y EGRESO**

AREA DE SALUD N° 3

LOJA - 1999

UNIDAD	MONTO INVERTIDO	MONTO RECUPERADO	GASTO TOTAL
CENTRO N° 3	21666	1403	20263
SUBCENTRO CONZACOLA	3536	87	3449
SUBCENTRO SAN CAYETANO	3116	30	3086
SUBCENTRO BELÉN	4982	16	4966
SUBCENTRO MOTUPE	7814	61	7753
SUBCENTRO SANTIAGO	3789	32	3757
SUBCENTRO SAN LUCAS	3670	50	3620
SUBCENTRO JIMBILLA	3015	23	2992
PUESTO DE PICHIC	821	3	818
PUESTO LAS JUNTAS	989	5	984

MATRIZ DE COSTOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

N. de A	CV/u	CVT	CFT	CF/u	C.T.	CT/u
1	0.02	0.02	3860	3860	3860.02	3860.02
500	0.02	10	3860	7.72	3870	7.74
1000	0.02	20	3860	3.86	3880	3.88
2000	0.02	40	3860	1.93	3900	1.95

MATRIZ DE COSTOS EN EL SERVICIO DE VISITA DOMICILIARIA

N. de A	CV/u	CVT	CFT	CF/u	C.T.	CT/u
1	0.02	0.02	15000	15000	15000.02	15000.02
500	0.02	10	15000	30	15030	30.06
1000	0.02	20	15000	15	15015	15.01
2000	0.02	40	15000	7.5	15007.5	7.50

MATRIZ DE COSTOS EN EL SERVICIO DE CONTROL ESCOLAR

N. de A	CV/u	CVT	CFT	CF/u	C.T.	CT/u
1	0.02	0.02	6560	6560	6560.02	6560.02
500	0.02	10	6560	13.12	6570	13.14
1000	0.02	20	6560	6.56	6580	6.58
2000	0.02	40	6560	3.28	6600	3.3

CONCLUSIONES.

- ◆ El estudio de costos permite determinar la productividad de los recursos, elemento primordial para establecer planes y programas de mejoramiento para el servicio.
- ◆ Los costos fijos son más altos en las unidades urbanas por el costo del médico, en tanto que en las unidades rurales el mayor valor es por salarios del personal auxiliar.
- ◆ El costo fijo más bajo es el de consulta externa.
- ◆ El mayor tiempo utilizado en relación a usuarios atendidos esta en la visita domiciliaria, tiene el costo más elevado.
- ◆ El costo fijo es más bajo en las unidades que tienen mayor productividad.
- ◆ Al ser la consulta externa la actividad más barata, debe ser aprovechada para motivar al usuario a regresar al servicio no sólo cuando haya daño de la salud sino también para prevenir la

enfermedad.

- ◆ El control escolar es un actividad que tiene costo bajo, y al tomar un grupo importante de la población vale la pena fortalecerla.
- ◆ La consulta externa en todas las unidades es más barata que las actividades extramurales.
- ◆ El costo variable representa el 3.5% del costo total, y es muy elevado en Motupe.
- ◆ El costo fijo representa el 96.5 % del costo total.
- ◆ El costo total sufre un incremento considerable debido a los costos por personal administrativo que representan el 2.4 % del costo total.
- ◆ La recuperación de costos es mínima y tiene grandes diferencias en cuanto al número de usuarios atendidos, lo que hace necesario revisar esas unidades las fichas de categorización.

RECOMENDACIONES.

Generales:

- ◆ Establecer un sistema de información contable – financiera, que facilite información válida, confiable y oportuna para la toma de decisiones a nivel individual y organizacional en función del mejoramiento continuo de la calidad de atención.
- ◆ Socializar a todo nivel la información sobre la producción de cada unidad operativa para su análisis y establecimiento de metas de mejoramiento continuo que proporcionen satisfacción al cliente interno y externo.
- ◆ Estudiar la conveniencia técnica social y económica de la redistribución de recurso, con el fin de optimizarlos y alcanzar altas coberturas con servicios de calidad.
- ◆ Que se establezca un programa de mejoramiento en el que se fijen metas de producción en relación con las normas establecidas, con el fin de aprovechar los recursos y bajar los costos.

Específicas:

- ◆ Plantear un sistema de remuneraciones que tenga relación con la responsabilidad y productividad de cada uno de los miembros del equipo de salud.

- ◆ Asignar recursos en base al tamaño poblacional y su perfil epidemiológico.

- ◆ Debido a que la visita domiciliaria tiene costos tan elevados debe ser una actividad programada con el fin de que alcance los objetivos propuestos en función de los grupos poblacionales de riesgo, y deben medirse los resultados en forma permanente para verificar su impacto.

- ◆ El programa de salud escolar es proporcionalmente más barato al contar con población cautiva y que cada niño representa un hogar, debe fortalecerse éste programa con acciones de promoción y prevención dirigidas al niño y su familia.

- ◆ La consulta externa debe fomentarse por su bajo costo especialmente en aquellos grupos que deben acudir a controles en forma periódica,

esto disminuye los costos a la vez que permite un seguimiento más técnico y eficaz.

- ◆ En las unidades que tiene costos variables elevados que no están de acuerdo con la productividad debe realizarse una auditoria.
- ◆ En las unidades que tiene poca productividad se debe realizar más actividades comunitarias.
- ◆ Realizar un estudio para conocer las causas de la baja demanda de algunas unidades operativas para plantear estrategias exitosas que las mejoren.
- ◆ Gestionar la vigencia del pago en función de productividad, como estrategia para aumentar las coberturas.
- ◆ En las unidades en las que el costo fijo del médico es muy alto se deben realizar otras actividades con el fin de cubrir la demanda establecida.

BIBLIOGRAFIA.

1. Castrillón Cifuentes Jaime COSTOS PARA GERENCIAR SERVICIOS DE SALUD. Ediciones Uni – norte, 1996
2. Muñoz O. REFORMA LOCAL EN SALUD. Experiencias locales en el Azuay. Ed. Dirección provincial de salud del Azuay. Cuenca 1997.
3. Pozo Pozo Rosa COSTOS DE ATENCION A USUARIOS CON MORBILIDADES MAS FRECUENTES. Ed. Federación Ecuatoriana de Enfermeras. Quito 1999.
4. Sacoto Fernando. PLAN FAMILIAR Y COMUNITARIA INTEGRAL. Ministerio de Salud Pública. 1998
5. Echeverría Ramiro. ROL DEL ESTADO POLITICAS NACIONALES DE SALUD Y REFORMA CONSTITUCIONAL. Propuesta para mejorar la salud de todos los Ecuatorianos. Ministerio de Salud Pública.

6. Rodas Edgar. PLAN NACIONAL DE SALUD. Nina Comunicaciones. Ministerio de Salud. 1999
7. Varios Autores. 5 AÑOS PROYECTO APS. Análisis de conceptos metodología y resultados. Convenio ecuatoriano – Belga. 1998.
8. Sacoto Fernando y Otros. PROYECTO DE MODERNIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. Ministerio de Salud Pública 1998.
9. Lucio Ruth. ECONOMIA DE LA SALUD. Correo poblacional y de la salud. Ed. N°. 4 1996.
10. Naranjo Plutarco. SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA INTEGRAL. Ministerio de Salud Pública. 1990.

ANEXO 1

CREACIÓN DEL AREA DE SALUD TRES – LOJA

El área de Salud N°. 3 fue creada mediante acuerdo ministerial desde 1995 conjuntamente con otras 12 áreas que conforman la provincia de Loja.

Se encuentra ubicada al norte del área urbana de la Ciudad de Loja, cuenta con 10 unidades operativas de las cuales el Centro de Salud es la Unidad de mayor complejidad, 4 subcentros urbano – marginales, 3 subcentros rurales y 2 puestos de salud.

Dispone de planta física propia en ocho unidades, un subcentro funciona en convenio con la Universidad Nacional de Loja y un puesto de salud en la Casa Comunal.

Su financiamiento está dado en el 85 % por fondos de gobierno mediante alícuotas mensuales del presupuesto nacional y el 15 % restante de autogestión.

Cuenta con 48 personas de las cuales:

- 12 son Médicos
- 3 Odontólogos
- 10 Enfermeras
- 1 Trabajadora Social
- 1 Onstetriz
- 8 Auxiliares de enfermería
- 3 Inspectores Sanitarios
- 10 Administrativos

Dentro del personal medico existen:

1 Internista

1 Endocrinólogo

1 Salubrista

El resto de profesionales son Médicos Generales

Cuenta con unidades que de acuerdo a la antigua clasificación por niveles estarían dentro del primero y segundo nivel de complejidad, sin embargo en la actual noción de niveles que refleja las diversas instancias o planos tecnológicos de resolución de problemas de salud, le

corresponde cubrir actividades de fomento, protección y prevención de la salud principalmente.

La población que se encuentra dentro del área de influencia es de 51.674 habitantes distribuidos por grupos programáticos de la siguiente manera:

Menores de 1 año:	1.536
De 1 a 4 años:	4.964
De 5 a 14 años:	12.566
De 15 a 14 años:	24.255
De 50 y más:	8.353

ANEXO 2

Las unidades del área distribuidas de acuerdo a su ubicación geográfica son las siguientes:

Unidades de Ubicación Urbana:

Centro de Salud N°. 3

Subcentro de Salud de Conzacola

Subcentro de Salud de Motupe

Subcentro de Salud de San Cayetano

Subcentro de Salud de Belén

Unidades de Ubicación Rural:

Subcentro de Salud de Santiago

Subcentro de Salud de San Lucas

Subcentro de Salud de Jimbilla

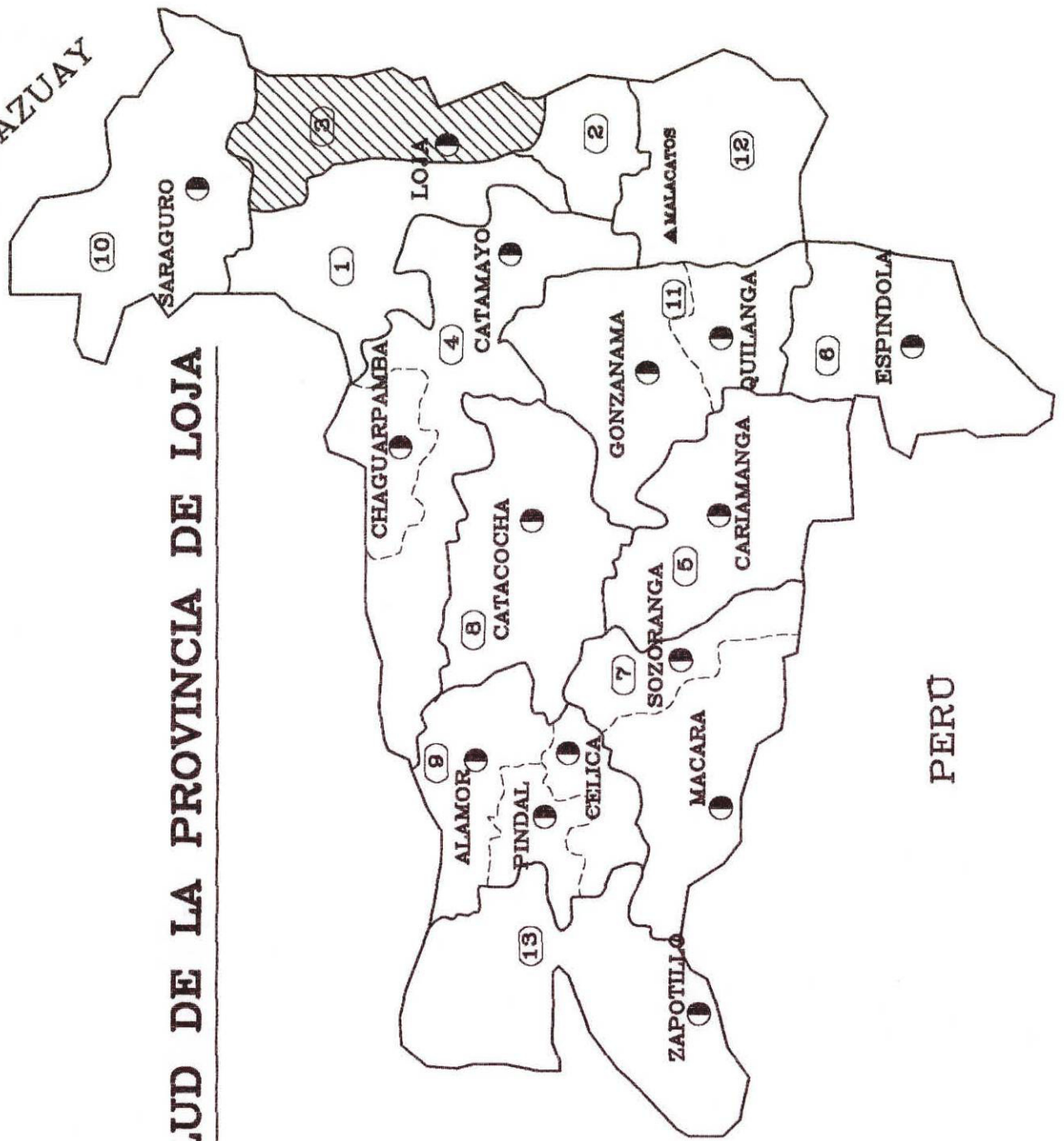
Puesto de Salud de Pichic

Puesto de Salud de Las Juntas

AZUAY

ZAMORA CHINCHIPE

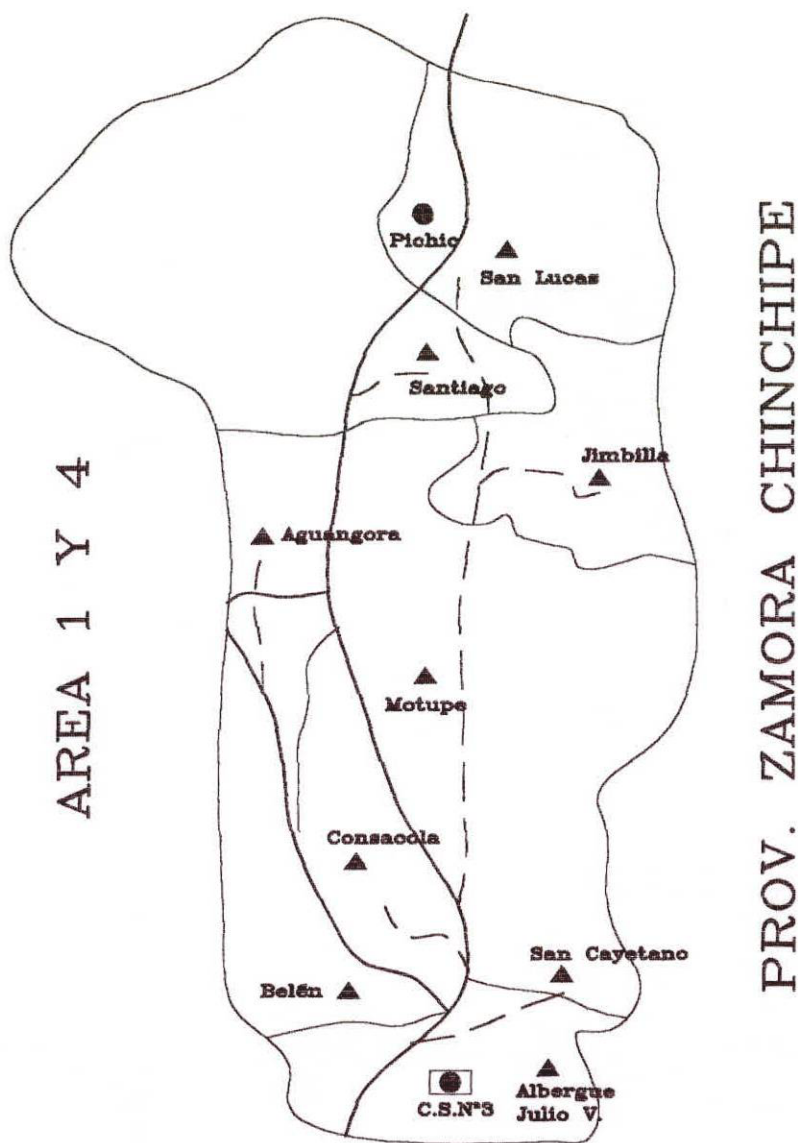
ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE LOJA



PERU

CROQUIS ÁREA 3 - LOJA

AREA 10



AREA 1

SIMBOLOGÍA	
◻●	Centro de Salud
▲	Subcent. Salud
●	Puesto Salud
—	Carr. 1er. orden
- -	Carr. 2do. orden