

UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS

MAESTRIA EN DESCENTRALIZACION Y DESARROLLO LOCAL

**PAUTAS BASICAS PARA LA CONSTRUCCION DE UN
MODELO SUSTENTABLE DE ATENCION DE SALUD
PRIMARIA EN COTACACHI**

LUZ ELENA BURBANO CADENA

2001

MAESTRIA EN DESCENTRALIZACION Y DESARROLLO LOCAL

UDLA – GTZ

**PAUTAS BASICAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO
SUSTENTABLE DE ATENCIÓN DE SALUD PRIMARIA EN COTACACHI**

OCTUBRE DEL 2001

LUZ ELENA BURBANO CADENA

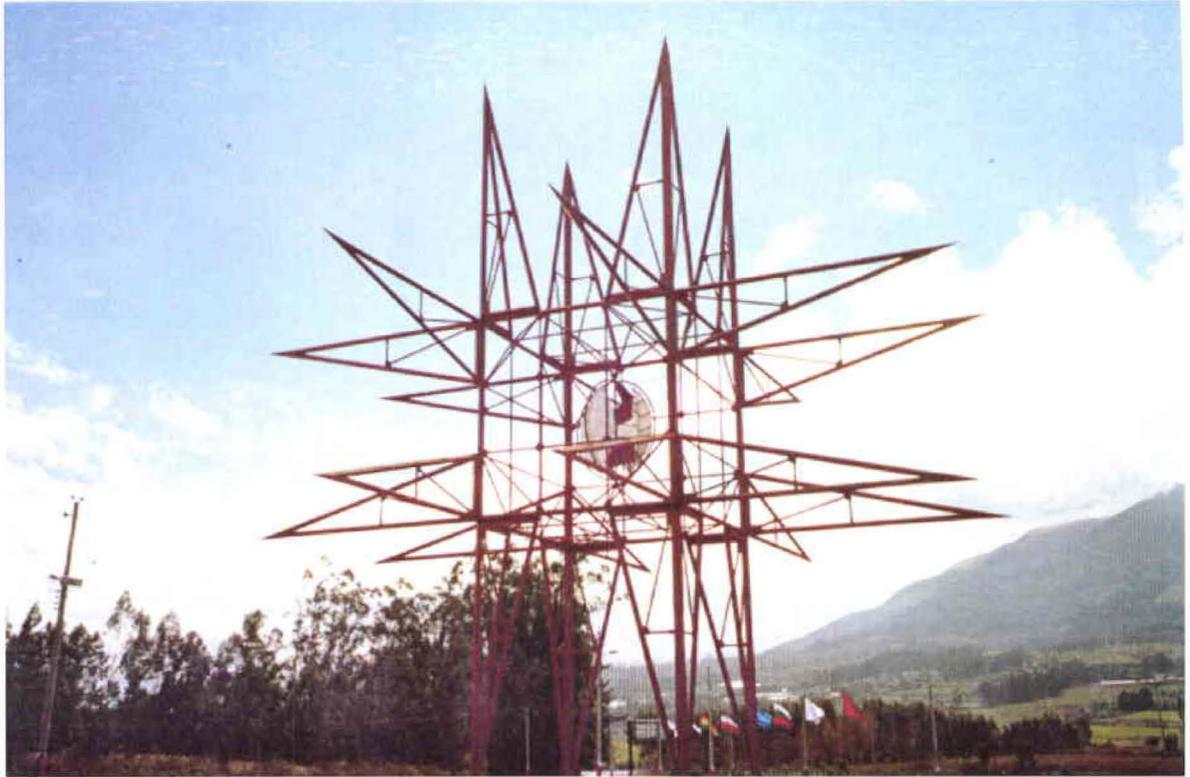


FOTO 1

A PROPÓSITO DEL CAMBIO

“El proceso de cambio, se lo construye sobre la base de escuchar, respetar al otro, retroalimentar, informar, reflexionar, consensuar, ajustar y seguir en la construcción como un espiral que se alimenta y crece”.

LUZ ELENA BURBANO C.

INDICE

	PAG.
Resumen Ejecutivo	4
Introducción	7
Capítulo 1	
Presentación del Problema y Diagnóstico del entorno actual	9
Razones por las cuales se escogió el tema	10
Capítulo 2	
Definición de hipótesis del tema	12
Relación del tema y su importancia conceptual con la descentralización	
El desarrollo local, en su ámbito nacional y regional	14
Presentación de Hipótesis	19
Marco del desarrollo del tema y su delimitación	20
Capítulo 3	
Descripción del Proyecto de Cambio y sus Objetivos de cambio	23
Resultados tangibles del PC	24
Viabilidad de los objetivos y resultados	24
Inicios y primeras intervenciones	24
Capítulo 4	
Los caminos recorridos en el Proyecto de cambio y las herramientas utilizadas	

Etapas del proceso

Primera etapa: Inicio y respaldo institucional 28

Segunda etapa: Promoción de la sustentabilidad económica del modelo de salud 32

Tercera etapa: Negociación con gobierno central 40

Capítulo 5

Conclusiones 42

Capítulo 6

Reflexiones en torno al Proyecto de Cambio y el proceso experimentado. 45

PAUTAS BASICAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO SUSTENTABLE DE ATENCIÓN DE SALUD PRIMARIA EN COTACACHI

RESUMEN EJECUTIVO

Las pautas básicas para la construcción de un Modelo Sustentable de Atención de Salud requiere el desarrollo de algunos elementos centrales: impulsar procesos participativos organizativos consistentes; contar con un fuerte apoyo político del líder de la gestión local; y tener los suficientes recursos económicos que permitan brindar los servicios de salud.

Cotacachi, ha desarrollado un proceso de participación y organización ciudadana y de gestión social con características novedosas, desde agosto de 1996, cuando es elegido alcalde del cantón un líder indígena, con el apoyo y trabajo desarrollado por la Unión de Organizaciones Campesinas de Cotacachi UNORCAC.

Uno de los mecanismos de participación social instituidos es la Asamblea de Unidad Cantonal, instancia que funciona desde hace seis años. Durante la primera asamblea, la comunidad demanda la conformación del Comité Intersectorial de Salud **CIS**, encargado de mejorar los servicios de salud ofrecidos en el cantón e incorporar a la medicina andina como opción reconocida.

La gestión del **CIS** avanza y se propone la gestión del Sistema Descentralizado de Salud **SDS** que cuenta con el apoyo técnico y financiero del Ministerio de Salud Pública, Programa Modersa. El sistema es concebido como un modelo sustentable de salud que tiene por objetivos mejorar la cobertura, la equidad y calidad de atención de los servicios de salud y el aseguramiento universal de los usuarios.

El **SDS** además plantea algunos elementos estratégicos para el logro del éxito: la participación comunitaria, el control social, la amplia y continua participación ciudadana, la gestión desconcentrada y descentralizada de los procesos, la provisión de los servicios de salud mediante una red con proveedores públicos y privados, que sean contratados bajo condiciones de eficiencia y eficacia

El proceso social vivido en Cotacachi se ajusta a los términos sociales y de gestión requeridos en el SDS.

La provisión de servicios de salud con la participación de proveedores públicos o privados, supone un análisis de la **sustentabilidad económica** entendida como:

La identificación de los costos reales de las prestaciones de salud.

La existencia de las suficientes fuentes y recursos financieros públicas y privadas que permitan crear un Fondo Local de Salud **FLS** que se constituya en el mecanismo financiero que permita otorgar servicios de salud a la población pobre e indigente del cantón.

Estas consideraciones tienen mayor prioridad si se considera la adopción de la dolarización y el grave proceso inflacionario sufrido en el Ecuador, aspecto que incide directamente en los costos de las prestaciones de salud.

El nivel de avance del **SDS** en Cotacachi requería trabajar en la importancia de la sustentabilidad económica, mediante un proceso de toma de conciencia y cambio de actitud de los involucrados.

Por ello el **Proyecto de Cambio PC** se propone contribuir a la construcción del Modelo Sustentable de Atención de Salud mediante la consecución de dos objetivos de cambio:

-Conseguir conciencia y cambio de actitud frente a la importancia de lo económico mediante la definición y actualización de los costos de las prestaciones de salud primaria formal.

-Crear las condiciones para lograr la transferencia de los recursos económicos necesarios desde el gobierno central al local que posibiliten la creación del **FLS** que permita otorgar los servicios de salud primaria de manera descentralizada y eficiente en el Cantón Cotacachi.

Se espera que los resultados previstos aporten para que la sustentabilidad del modelo de salud en Cotacachi tenga más posibilidades de éxito y que se constituya en un ejemplo de descentralización, por ser el primer Municipio en el país que solicita la transferencia de competencia de salud basado en un presupuesto por resultados.

En el gobierno central existe una buena apertura técnica, que se basa en la existencia de ley de descentralización del país y sus disposiciones, que tienen relación con la transferencia de competencias determinada en ella y en las propuestas para tal propósito elaboradas por el Consejo Nacional de Modernización **CONAM**.

Sin embargo, a nivel político se necesitará de una negociación que pasa por aprobar un presupuesto para salud para Cotacachi, en un momento en que el Estado cuenta con pocos recursos y en que las prioridades presupuestarias no están precisamente en lo social.

En conclusión, se puede afirmar que para llevar adelante este proceso es necesario considerar que:

- Cualquier proceso de descentralización en salud primaria deberá propiciar un proceso de organización y participación ciudadana, como ingredientes que incrementan la posibilidad de éxito de la gestión.

- Es necesario trabajar el elemento económico inscrito en una alternativa de gestión de la salud a nivel local (Modelo Sustentable de Salud) que considere las particularidades locales y el entorno nacional como elementos decisivos a la hora de negociar y abrir camino para lograr la transferencia de la competencia de salud en un marco de responsabilidad política y corresponsabilidad ciudadana.

El impacto más significativo ha sido conseguir que Cotacachi se convierta en un ejemplo de construcción de la descentralización de la competencia en salud desde el nivel cantonal hasta el provincial y regional.

Por último es importante anotar que todo el proceso descrito en etapas, que aparece dirigido por efectos de la sistematización y de la exposición, en la realidad fue un proceso no lineal, que no estaba marcada desde un inicio, sino que se fue construyendo en base a errores y aciertos, en base a revisiones y ajustes realizados como consecuencia de lo sucedido en lo cotidiano, en el diario transcurrir en el que las personas constituimos el ingrediente que permitimos o no la construcción del cambio de conciencia y de actitud.

I.- INTRODUCCIÓN

La grave crisis social, económica, política y ética que soporta el país, ha incidido de manera significativa en el agravamiento de la crisis del sector salud, crisis que se evidencia en los deficientes servicios de salud del país, que presentan serios problemas de cobertura, de calidad, de equidad y de eficiencia.

En efecto, los principales problemas de salud tienen relación con inadecuado modelo de atención, escasa y mala distribución de la inversión en salud, limitada capacidad de gestión, fragmentación institucional, insuficiente cobertura, afectación de la calidad e insatisfacción creciente de los usuarios.

Este evidente deterioro en la resolución de los problemas de salud en el país, que afecta especialmente a los sectores menos protegidos, ha planteado la necesidad de proponer un cambio en la concepción de las políticas y en la manera de operar y administrar la salud en el Ecuador.

En el país, las instituciones del estado, como Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social **IESS**, entre otros, que brindan servicios de salud a la población ecuatoriana tienen una organización centralizada poco eficiente y muy costosa. Ahora mismo se está discutiendo en el Congreso Nacional una nueva ley que rija al **IESS**, ley que entre otros múltiples temas incide en el tipo de aseguramiento (privado, público, mixto) al que podrán o no acceder la población ecuatoriana de escasos recursos.

La discusión actual sobre esta problemática y sus posibles soluciones tanto en el Ecuador como en varios países de Latinoamérica se concentra en la posibilidad de descentralizar los servicios básicos de salud para que las instituciones de los gobiernos subnacionales puedan brindar este tipo de servicios de manera eficaz y eficiente.

El presente "Proyecto de Cambio" en adelante **PC** se inscribe dentro de la problemática de la salud en el Ecuador e intenta sugerir algunas pautas básicas que permitan a través de una propuesta de descentralización crear un modelo sustentable de atención primaria de salud que mejore cualitativamente la atención, la cobertura, la equidad, y el acceso de la población de menores recursos económicos.

Si partimos del supuesto de que un modelo de salud sustentable tiene tres elementos principales: lo social, lo político y lo económico, el proceso de participación y organización social vivido en Cotacachi desde el año 96, nos permite afirmar que los dos primeros elementos han sido trabajados de manera sistemática en el cantón y que falta desarrollar el tercero es decir lo económico.

En este sentido el **PC** identificó la necesidad de trabajar en un cambio de conciencia y de actitud frente a la importancia de lo económico, específicamente en la definición y actualización de los costos de las

prestaciones de salud primaria, así como en crear las condiciones para lograr acuerdos entre el gobierno local y central cristalizados en la transferencia de recursos financieros que permitan la constitución del Fondo Local de Salud **FLS**.

La descripción del desarrollo del **PC** se lo realiza en **seis** capítulos. El **primero** contiene la problemática de salud y el diagnóstico del entorno, en el **segundo** capítulo se relaciona el tema de salud con el proceso de descentralización en el Ecuador y en Cotacachi y se definen las hipótesis; en el **tercer** capítulo, se describe el **PC** con sus objetivos, su viabilidad y las primeras intervenciones; durante el **cuarto** capítulo se aborda el proceso recorrido por el **PC**, sus hitos, las herramientas metodológicas; en el capítulo **quinto**, se abordan algunas reflexiones y experiencias sobre el proceso de operación del **PC**; y, por fin en el capítulo **sexto** se incluyen algunas recomendaciones.

La descripción del desarrollo del **PC**, aparece como un proceso muy estructurado y con un camino predeterminado. Sin embargo es oportuno anotar que este fue un proceso con una rica experiencia en el sentido de que el Proyecto de Cambio involucraba conseguir **cambios de actitudes y cambios de conciencia en las personas** que participábamos en el proyecto.

CAPITULO 1

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA Y DIAGNOSTICO DEL ENTORNO ACTUAL

La problemática de salud en el país ha sido extensamente tratado por varias instituciones especialistas y por investigadores y estudiosos del tema.

Dos parecen ser los aspectos más relevantes.

Primero:

Los **deficientes servicios de salud** del país, que adolecen de una baja cobertura, calidad y eficiencia.

Los deficientes servicios de salud tienen directa relación con un gastado e inadecuado modelo de atención, escasa y mala distribución de la inversión en salud, limitada capacidad de gestión, fragmentación institucional e insatisfacción creciente de los usuarios.

Esta situación ha sido reconocida por varios ministros de salud que han ocupado la cartera durante éstos últimos años, a manera de ejemplo se cita el discurso pronunciado por el Ministro de Salud, Dr. Fernando Bustamante, a propósito del Seminario Internacional “Hacia el Fortalecimiento de la Rectoría del estado en Salud en el Ecuador: Logros, Retos y Perspectivas”, realizado en Mayo del año 2000, sostiene que: “El diagnóstico político – organizativo del sector salud muestra la existencia de problemas estructurales, que suelen manifestarse en prácticas ineficientes, duplicación de esfuerzos y dispendio de recursos, así como una escasa coordinación entre los subsectores público y privado, que prestan servicios de salud”.

Existe consenso en señalar que las líneas de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, IESS, Fuerzas Armadas, Junta de Beneficencia de Guayaquil, SOLCA, ONGs, y servicios del sector privado son inconexas y fragmentadas a pesar de ciertos avances alcanzados en campos específicos. Sostiene que en el Ecuador la disponibilidad nacional de infraestructura hospitalaria expresada en número de camas y servicios ambulatorios es adecuada, pero no está aprovechada por falta de organización y coordinación entre los diferentes subsectores¹.

¹ “Hacia el Fortalecimiento de la Rectoría del estado en Salud en el Ecuador: Logros, retos y perspectivas”-Memorias.- Discurso pronunciado por Ministro de Salud Pública. Dr. Fernando Bustamante.- página 15.- Mayo 2000.

Segundo:

El **deterioro de las condiciones de vida de la población** no solo de los sectores pobres e indigentes del país sino la clase media empobrecida durante éstos últimos años. Esta situación se manifiesta en la agudización de la concentración del ingreso que dan como resultado graves desequilibrios sociales, como la falta de accesibilidad a los servicios básicos de salud y educación.

Así, se estima que cuatro de cada diez ecuatorianos tienen ingresos diarios inferiores a US \$ 2 y dos de cada diez ecuatorianos ingresos inferiores a US \$1, por lo que para 1999 el porcentaje de la población en situación de pobreza aumentó al 61.3%, lo que supera ampliamente el promedio de América Latina (36%) que tiende más bien a reducirse.

Se puede citar otros indicadores que traducen la gravedad de los desequilibrios sociales, así uno de cada dos niños niñas ecuatorianos sufren algún grado de desnutrición con efectos serios sobre su desarrollo intelectual, que afectan directamente su posibilidad de aprender ahora y en consecuencia, la de ser en el futuro un elemento productivo para el país. Uno de cada tres niñas niños no completan los seis grados de primaria; el 40% de los niños y adolescentes se alejan de la escuela. Cuatro de cada diez mujeres indígenas son analfabetas, analfabetismo que incide directamente en la morbilidad y mortalidad materna e infantil².

Estos antecedentes llevan a la conclusión de que es necesario estructurar propuestas que tiendan a solucionar la situación y problemáticas planteadas dentro de la Ley de Descentralización aprobada en el Ecuador y de la tendencia de reforma del Estado impulsado fundamentalmente por el Consejo Nacional de Descentralización **CONAM**.

Razones por las cuales se escogió el tema:

Si se realiza un análisis sobre la factibilidad de éxito del modelo sustentable de salud que actualmente está en ejecución en el cantón Cotacachi, podemos afirmar que el camino recorrido hasta ahora que tiene relación con un proceso de auténtica participación y organización social, sienta las bases sociales que permiten darle presencia y gestión ciudadana al modelo.

De igual manera si se analiza el camino recorrido en el aspecto económico, podemos afirmar que es el aspecto menos trabajado y que se constituye por esta razón en el elemento clave a ser trabajado por el **PC** y que por tanto constituye el eslabón o la conexión entre el éxito o fracaso del modelo.

² "Ajuste con Rostro Humano, la Pro forma Presupuestario 2000 como herramienta del Ajuste Social".- Daniel Badillo M. UNICEF.- ECUADOR.- página 1.- Enero del 2000.

En este sentido, es indispensable identificar cuál o cuáles son las contrapartes institucionales que nos permiten introducir esta noción de cambio de actitud y de conciencia sobre la importancia de lo económico. El equipo técnico del Comité Intersectorial de Salud **CIS**, es la instancia organizativa idónea que permite trabajar y potenciar este cambio de conciencia y de actitud frente a lo económico.

Es aún más importante trabajar en este sentido debido a que si logramos éxito en el modelo sustentable y descentralizado en Cotacachi, este será un ejemplo demostrativo para el resto del país.

Se constituirá en un determinante para que el resto de Municipios puedan asumir el reto de dar servicios de salud eficiente y efectivos a la población de su competencia.

Se constituirá también en un ejemplo en cuanto a la formulación de la propuesta técnica del modelo, a las herramientas y caminos de negociación utilizados, que permitieron realizar la transferencia de la competencia de salud primaria en un marco de responsabilidad institucional y de negociación transparente con el gobierno central.

CAPITULO 2

DEFINICION E HIPOTESIS DEL TEMA

Relación del tema y su importancia conceptual con la descentralización

La Ley de Descentralización en el Ecuador, propicia la descentralización de la prestación de servicios como salud, educación, transporte, ambiente, turismo, entre otros. En este marco legal, se espera que se establezca acuerdos mutuos entre el gobierno central y el gobierno local para realizar las transferencias de servicios a los gobiernos subnacionales.

La transferencia de las competencias de los servicios, debe ser analizada bajo los principios de subsidiaridad, flexibilidad, competencias, grado de descentralización, aspectos financieros³.

Se entiende por **subsidiaridad**, la satisfacción de las necesidades básicas de la población deben ser de responsabilidad de las organizaciones con capacidad y presencia en el nivel más cercano donde aquellas se producen.

El principio de **flexibilidad**, propicia que la descentralización debe ajustarse a las características de cada localidad. Es decir, la prestación de los servicios locales no debe realizarse de manera uniforme, en circunstancias de diversidad.

Las **competencias**, existen de dos tipos **exclusivas y / o concurrentes**. La primera consiste en que no requieren de mayor coordinación con otros órganos, la transparencia es alta y la responsabilidad frente a los usuarios es directa, lo que fomenta la rendición de cuentas. La segunda, se entiende como la competencia compartida entre diferentes entidades, se aplica en sectores complejos desde el punto de vista técnico y financiero. Este es el caso de los servicios de salud que requieren de las ventajas comparativas de diferentes niveles de gobierno, para ser prestadas en forma eficiente.

No obstante, las competencias concurrentes requieren de suprema claridad en la asignación de las responsabilidades. Si no existe esta condición mínima, se abren puertas a la descoordinación, la superposición de responsabilidades y los “vacíos” de entendimiento como responsabilidades que ninguna entidad ejerce en la práctica. Por tanto, el diseño de la concurrencia es clave para aprovechar las ventajas que brindan, sobre todo porque es el tipo de competencia que más se aplica en la práctica.

La **descentralización** es un proceso de delegación de poder político, administrativo y fiscal desde el gobierno central hacia los niveles subnacionales elegidos localmente con el propósito de “acercar” al gobierno hacia la

³ “Competencias: ¿Qué descentralizar?.- CONAM – GTZ.- páginas 15 – 20.- Mayo 2001

población, mejorar la eficiencia y eficacia en la provisión de los servicios, buscar la equidad y profundizar la democracia al incorporar a la población en la toma de decisiones a través de la participación ciudadana.

El grado de **descentralización**, es en suma el grado de dependencia de los niveles subnacionales al gobierno central. Encontrar en cada competencia el grado de descentralización y aceptación de estas dos visiones, no es tan fácil.

Generalmente, las decisiones sobre el grado de descentralización abarcan la desconcentración y la descentralización. La diferencia principal entre los dos grados de descentralización no radica en la toma de decisiones, sino en la calidad de las decisiones.

Por último, los **aspectos financieros**, donde juega un papel muy importante los recursos fiscales destinados al financiamiento y operación de aquellos. En este contexto es importante tener respuesta a las siguientes preguntas:

Costo histórico. ¿Cuánto le costaba al estado una competencia antes de la transferirla?.

Costo futuro. ¿Cuánto le costará al estado esa competencia después de la transferencia?

Costo del proceso. ¿Cuánto le costará al Estado transferir la competencia?

En la práctica se dan **algunos problemas** que es necesario mencionar:

En el costo histórico, no siempre es posible la liberación de recursos; la inflación requiere transformar los valores corrientes en valores reales; se requiere un acuerdo entre los actores sobre el método de costeo a ser aplicado en cada competencia.

En el costo futuro, se necesitan recursos para los procesos de reestructuración institucional, para identificación de la demanda y de la cantidad de servicios a producir, se producirá cambios de precios relativos entre bienes privados y bienes públicos descentralizados y mejoramiento en la calidad de los servicios que muchas veces exige mayores inversiones

En el costo del proceso de transferencia, hay que tomar en consideración recursos para cubrir los costos de capacitación del personal y las indemnizaciones para la reducción del personal.

Tomando en consideración estos principios, a continuación se hace un análisis específico de lo que significan y la connotación que tienen para la pertinencia del **PC**:

1. La atención de los servicios de salud a nivel primario, puede ser brindado con eficiencia y eficacia por el gobierno local de Cotacachi;

2. Los servicios de salud han sido organizados de acuerdo a la diversidad y circunstancias específicas locales, así por ejemplo, se ha recuperado la medicina tradicional andina y se la esta ofreciendo como alternativa curativa para aquellos usuarios que así lo consideren, que son principalmente la población indígena del cantón;
3. La transferencia de la competencia de salud requiere considerar los diferentes niveles de gobierno para hacer más eficiente los servicios utilizando las ventajas comparativas, el **PC** propone la transferencia de la competencia de salud primaria únicamente, el resto de niveles de atención de salud, es decir de segundo y tercer nivel será tratado a nivel provincial y / o regional, momento en el que se decidirá aspectos como la asignación de las responsabilidades;
4. El **PC** propone la descentralización de la competencia de salud bajo una clara directriz por parte del gobierno local, sin embargo a nivel del gobierno central, esto es Ministerio de Salud Pública aún no hay claridad institucional – política sobre los niveles que se deben descentralizar y los que se deben desconcentrar;
5. Por último, y que constituye la parte medular de la propuesta del **PC**, es la transferencia de la competencia de salud acompañado de un presupuesto **no histórico** sino un **presupuesto elaborado en base a resultados** de atención de servicios de salud primaria.

En este aspecto, el **PC** ha trabajado en revisar los costos de las prestaciones de salud primaria, tomando en cuenta la dolarización y la inflación sufrida por el país a partir del año 1999 y la reelaboración del presupuesto por productos. Esta revalorización de costos fue realizada en común acuerdo con el grupo tarea institucional, es decir el **CIS**.

Por todo lo antedicho, es oportuno tomar en consideración que la transferencia de dicha competencia, supone una alta responsabilidad política para la autoridad local.

El desarrollo local, en su ámbito nacional y regional:

Cotacachi, ha tenido un proceso de desarrollo social, gestión local y participación ciudadana sostenido, desde el año 96, año en el que es electo alcalde del cantón un indígena.

Es importante además anotar que el hecho de que un indígena sea electo nombrado primera autoridad local no es casual, pues el cantón Cotacachi tiene una importante presencia indígena⁴ que ha trabajado desde hace décadas

⁴ De acuerdo al Plan de Desarrollo Local de Cotacachi de año 1997, el 50% de la población de Cotacachi es indígena. La población total en Cotacachi es de 35.748 habitantes para el año 1998 según cifras aportadas por CEPAR.

(años setentas) en el movimiento indígena nacional y cantonal. Fruto de este trabajo se ha conseguido un cambio de las relaciones interétnicas que se expresa en el trato cotidiano de los sectores blanco mestizo a los indígenas en los distintos ámbitos: educativo, atención en los servicios públicos, en la composición de las autoridades del consejo municipal y de la asamblea cantonal, entre otros



FOTO 2

A partir de 1996 el Municipio de Cotacachi inicia un proceso de concertación y de planificación local altamente participativo dirigido a promover y estructurar el Plan de Desarrollo Local integral y sustentable, con énfasis en algunos ejes básicos salud, educación, medio ambiente y turismo.

En un primer momento, este proceso permite ubicar los problemas y posteriormente diseñar las estrategias y acciones operativas con el objetivo de dar soluciones prácticas, participativas y de corresponsabilidades entre los distintos actores.

La instancia organizativa y de participación fue y es la Asamblea de la Unidad Cantonal, cuenta con la participación de los representantes de organizaciones sociales urbanas y rurales. A partir de la convocatoria a las Asambleas Anuales se lanza el primer Plan de Desarrollo Local a finales del año 97 y se estructuran los Comités Intersectoriales manteniendo los cuatro ejes de desarrollo: educación, salud, medio ambiente y turismo.



FOTO 3

Específicamente para el área de salud, se crea el Comité Intersectorial de Salud, **CIS**, que se constituiría en la instancia de conducción y concertación en la formulación de las políticas de salud y co - gestión de los proyectos locales de salud.

Con el afán de avanzar en el proceso e impulso al sector salud, el Consejo Municipal de Cotacachi, en diciembre de 1997 aprobó una ordenanza declaratoria de "Cantón Saludable", la misma que supera la visión sectorial de la problemática y permite emprender políticas y estrategias que priorizan la promoción de una cultura saludable, la prevención de enfermedades y la articulación de la medicina tradicional con la medicina oficial en todos sus componentes, incorpora la visión integral y de sinérgica de los problemas y de las soluciones, incorporando en la práctica la intersectorialidad.



FOTO 4

El **CIS**, en enero de 1998, define como una oportunidad estratégica solicitar al Ministerio de Salud Pública que se le incorpore al cantón dentro del programa de Sistemas Descentralizados de Salud, **SDS**, el mismo que esta operado bajo del proyecto MODERSA propiciado y financiado por el Banco Mundial.

El pedido se concreta en julio del mismo año, se suscribe un convenio cuyo propósito central es crear las condiciones técnicas, políticas y financieras para el desarrollo de este sistema.

Con la finalidad de ejecutar el convenio, se crea una Secretaría Técnica como instancia de gestión del **SDS** y de coordinación con el **CIS**. La Secretaría Técnica esta conformada por un Coordinador y dos apoyos técnicos, en gestión del sistema y en incorporación de la medicina andina al sistema.

El **CIS** esta conformado por todas las instituciones públicas y privadas del cantón que de alguna manera brindan servicios de salud. Entre ellos podemos enumerar a: Municipio de Cotacachi, Patronato Municipal, Dirección Provincial de Salud de Imbabura, Area de Salud 3: Hospital Asdrúbal de la Torre, Dispensario Médico del IESS de Cotacachi, Seguro Social Campesino, UNORCAC: Proyecto Jambi Mascaric, Fundación Ayuda en ACCIÓN, Proyecto DRI Cotacachi, Comités Locales de Salud, Iglesia Católica, INFA; Juntas Parroquiales de Quiroga, Imantag, prestadores privados de Salud, Consejo de Juntas parroquiales de INTAG, Federación de Barrios, Coordinadora de niñez y

En la misma Asamblea se crea la Federación de Barrios para garantizar la seguridad ciudadana y fortalecer a las organizaciones sociales de los barrios de la ciudad de Cotacachi. Además en esta ocasión participaron un considerable número de niños, niñas y jóvenes realizando una promoción de sus derechos y responsabilidades de este grupo poblacional y en el pedido de creación del Comité de niños y jóvenes como un espacio organizativo y operativo de sus propuestas.

Durante la V Asamblea, el **CIS** presenta los avances en la operación del **SDS**, avances que tienen relación con la sustentabilidad política y social del modelo.

En ella también se presenta el análisis de la importancia de la viabilidad económica, como elemento que permite avanzar en el proceso en tanto se tome conciencia de ella y se amplíe el conocimiento sobre sus implicaciones.

En suma se identifica la necesidad de trabajar en un cambio de conciencia y de actitud frente a la importancia de lo económico, como un aporte a construir la sustentabilidad del modelo de salud.

Presentación de Hipótesis:

Hipótesis académica:

La factibilidad de modelo de salud, depende de la sustentabilidad política, social y económica, de estas la económica es la menos trabajada y sobre la que menos conciencia hay, pero a la larga es la más importante para lograr con éxito el proyecto.

Hipótesis de cambio:

Si se aumenta la conciencia, y el conocimiento sobre la importancia de la sustentabilidad económica, se aumenta sustancialmente la posibilidad del éxito del modelo de salud.

En otras palabras, si no se aumenta la conciencia y el conocimiento de la sustentabilidad económica, se pone en peligro la descentralización de salud en el país.

Marco del desarrollo del tema y su delimitación:

Luego de analizar el avance de los elementos que le confieren sustentabilidad a la construcción de un “Modelo de Atención de Salud Primaria en Cotacachi”, se delimita el tema del **PC** al desarrollo de la sustentabilidad económica.

El desarrollo de éste elemento ayudará a la toma de conciencia de su importancia, a la implementación operativa del modelo, aumentando las posibilidades de éxito del mismo, que servirá de emulación para el resto de gobiernos locales del país.

Por tanto, el propósito del **PC**, es aportar con la definición de los costos de las prestaciones de salud y abrir las posibilidades de negociación con el gobierno central (Ministerio de Economía) de un presupuesto por producto que sea transferido al Municipio de Cotacachi para que este a su vez pueda asumir la competencia de salud como su responsabilidad frente a la población usuaria del servicio.

En este sentido, el **SDS**, es concebido como un nuevo modelo de atención de la salud, demostrativo, descentralizado, integrado por proveedores o prestadores de promoción y de los servicios de salud sean éstos públicos o privados con y sin fines de lucro, que operaran bajo acuerdos de desempeño o compromisos de gestión para la entrega respectivos servicios.

El modelo plantea algunas alternativas para la organización, gestión, promoción, provisión, financiamiento de los servicios de salud.

En el aspecto **organizativo**, el modelo toma en consideración tres elementos estratégicos: la participación comunitaria y control social, la amplia y continua participación ciudadana expresada mediante la afluencia de representantes comunitarios en las cuatro Asambleas de Unidad Cantonal, constituyen la garantía para promover el nuevo modelo de salud; la relación intersectorial, principalmente con educación, turismo, vivienda; y, la relación intrasectorial con la participación de todas las instituciones y organizaciones que son parte del sector salud

En lo relativo a la **gestión**, el modelo considera la realización de una planificación estratégica local en la que se detecten y prioricen de manera participativa los problemas y las soluciones locales; la descentralización y desconcentración de los procesos, que permitan una gestión con autonomía y en acuerdo con la realidad local y las necesidades de la salud de la población; un estilo de gerencia participativa, conducido por el Comité Intersectorial de Salud CIS, con su presidencia y gerencia técnica, que promueve la vinculación

y el apoyo de todos los actores que participan con acciones de salud en el Cantón, el logro de los objetivos y el permanente fortalecimiento del SDS.

En lo relativo a la **promoción**, en el modelo se consideran tres estrategias básicas: propiciar un estilo de vida saludable, dirigidos a conseguir como estrategia fundamental cambios radicales en los hábitos de los individuos y familias del sector urbano y rural; desarrollo de entornos saludables de la vida cotidiana en el hogar y en trabajo (sobretudo tomando en consideración que el cantón tiene una producción importante de artesanía, minería, flores, turismo; promoción de la salud ambiental, que cuenta con el apoyo legal de la Ordenanza Municipal de "Cotacachi Cantón Saludable" y "Cotacachi Cantón Ecológico".

En relación con la **provisión de servicios de salud**, el modelo propone implementar una red de servicios con las siguientes características:

Integral, es decir contempla la promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad. Integrada, según niveles de complejidad y capacidad resolutive y con la incorporación de sistemas de referencia y contrarreferencia.

Plural, es decir con prestadores de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro

Articulada funcionalmente a las prácticas y saberes de la medicina tradicional alternativa.

Eficiente, en el uso y distribución de los recursos en función de maximizar los resultados de los servicios de salud en beneficio de la población.

Eficaz, en el cumplimiento de los objetivos previstos en el modelo

Efectivo, en la resolución de los problemas de la población.

En lo relativo al **financiamiento**, el modelo prevé la existencia de fuentes de financiamiento públicas, privadas y externas.

En éstas modalidades se incluyen también el copago de los usuarios que tengan capacidad de hacerlo.

La cobertura del servicio de salud esta previsto que sea para toda la población del cantón, es decir 36.894 habitantes contabilizados hasta el año 1999. Se prevé financiar un conjunto de prestaciones esenciales de salud primaria.

Las fuentes de financiamiento previstas en el gobierno local son: Ministerio de Economía, Ministerio de Salud Pública (Banco Mundial a través del proyecto MODERSA). En el gobierno local son: Municipio, los usuarios a través del copago, organizaciones no gubernamentales, empresas asociativas impulsadas por el Municipio de Cotacachi, cooperación internacional.

II.- DESARROLLO DEL PROYECTO DE CAMBIO

CAPITULO 3

DESCRIPCION DEL PROYECTO DE CAMBIO Y SUS OBJETIVOS DEL CAMBIO

El tema del **PC** “**Pautas Básicas para la construcción de un Modelo Sustentable de Atención de Salud Primaria en Cotacachi**”, se define por una parte como el apoyo técnico para conseguir un cambio de conciencia y de actitud frente a la importancia del elemento económico; y por otra parte, como el apoyo en la creación de las condiciones que permitan lograr la transferencia de los recursos económicos necesarios desde el gobierno central al local para otorgar los servicios de salud primaria de manera descentralizada y eficiente.

El **PC**, ha concentrado el desarrollo de su trabajo en el equipo técnico del Comité Intersectorial de Salud **CIS**, como contraparte que avala el proceso del **PC** desde sus inicios.

De igual forma es necesario señalar, que el **PC** cuenta desde su inicio con el apoyo político del Alcalde de Cotacachi y de la Presidenta de la Asamblea de Unidad Cantonal.

La visión de desarrollo del **PC**, es que el **CIS**, logre implementar y sostener el Modelo de Salud en términos económicos sociales y políticos con características de alta calidad, eficiencia y calidez.

La sostenibilidad del modelo en el aspecto económico radica en el establecimiento del costo actualizado del conjunto de prestaciones de salud primaria, determinación del presupuesto suficiente para brindar los servicios de salud para la población beneficiaria en Cotacachi; el financiamiento respectivo contando con fuentes financieras públicas y privadas que permitan constituir el Fondo Local de Salud **FLS**, la transferencia de la competencia de salud desde el gobierno central hacia el gobierno local.

EL PROYECTO DE CAMBIO Y SUS OBJETIVOS:

Objetivos de Cambio del **PC** son:

Conseguir conciencia y cambio de actitud frente a la importancia de lo económico mediante la definición y actualización de los costos de las prestaciones de salud primaria formal.

Crear las condiciones para lograr la transferencia de los recursos económicos necesarios desde el gobierno central al local para otorgar los servicios de salud primaria de manera descentralizada y eficiente en el Cantón Cotacachi.

Los resultados tangibles esperados del PC son:

- Costos de los paquetes de prestaciones de servicios de salud primaria formal.
- Presupuesto de atención primaria de salud por resultados
- Apoyo a la negociación técnica con el Ministerio de Economía para lograr una transferencia de recursos financieros por productos
- Asistencia técnica al equipo técnico del CIS en Cotacachi.

Viabilidad de los objetivos y resultados planteados:

El **CIS** ha venido trabajando desde hace varios años atrás en el avance e implementación del Modelo Sustentable de Atención de Salud, el aporte del **PC**, está identificado como un producto que permitirá al **CIS** negociar con el gobierno central el presupuesto de salud por productos y negociar con los prestadores de servicios de salud los precios a ser reconocidos por prestación otorgada. El avance del **PC** coincidirá con la necesidad del **CIS** de contar con esta información para las respectivas negociaciones.

El proyecto MODERSA del Ministerio de Salud Pública, se ha mostrado interesado en el trabajo desarrollado en el PC e incluso ha creído pertinente que el mismo se lo pueda hacer en los demás SDS que se desarrollan con otros municipios en el país.

El alcalde como primera autoridad política del cantón está dispuesto a negociar el presupuesto por resultados con el gobierno local.

Los inicios y primeras intervenciones:

El primer contacto con el proceso de descentralización y constitución del modelo de salud del Cantón Cotacachi lo realicé cuando tuve la oportunidad como alumna de la maestría de visitar el Municipio y mantener reuniones de trabajo con el Alcalde, la Presidenta de la Asamblea de Unidad Cantonal y los técnicos encargados de gestionar el Comité Interinstitucional de Salud.

Un mes después, coincidentalmente el Ministro de Salud me encarga la coordinación general del programa MODERSA, esta fue una de las razones por

las que inicialmente me interesó conocer más profundamente el proceso vivido en Cotacachi.

Desde la coordinación de MODERSA, pude conocer desde la perspectiva del gobierno central, la concepción de los Sistemas Descentralizados de Salud SDS en el país.

En el corto tiempo que tuve la oportunidad ocupar el cargo de coordinadora de MODERSA (aproximadamente 2 meses) visité tres de los **SDS** en el país, en cada uno de ellos se conversó y analizo con los alcaldes de las ciudades respectivas y con el grupo técnico responsable sobre los avances y dificultades que tenían y que habían afrontado.

En todos los casos pude percibir dos dificultades más importantes:

Visión del banco desde la desconcentración y visión del municipio desde la descentralización⁵, ello hace que el proceso no sea compatible y se manifiestan contradicciones como:

- Una concepción distinta sobre el desarrollo local, desde el gobierno central y desde el Proyecto MODERSA impulsado por el Banco Mundial, la propuesta de desconcentración del sector salud, que implica básicamente una delegación de funciones en este caso del sector salud, pero con un control y seguimiento sobre lo actuado y que fundamentalmente se centra en el control financiero, por ello las principales dificultades y tropiezos en los tres **SDS** visitados, las transferencias de recursos financieros, desde la visión local, los procesos de aprobación y desembolso son muy lentos debido a los múltiples trámites burocráticos que el Banco Mundial y el programa MODERSA había previsto cumplirlos para justificar los respectivos compromisos previstos en los acuerdos de convenio.

La visión desde el desarrollo local, implica una propuesta de descentralización, y por tanto en lo financiero tener una responsabilidad y capacidad de ordenar y controlar el gasto desde el gobierno local. Las autoridades locales proponen encargar y responsabilizar a cada SDS para que maneje un desembolso mayor y no pedir autorización para cada trámite.

- Una fuerte influencia desde el Banco Mundial y MODERSA sobre el modelo que debía implementarse. En cada caso el equipo técnico tenía una muy buena visión de su realidad y necesidades locales y por tanto, ya habían realizado propuestas propias respecto a cómo debería ser el modelo en cada caso. La primera autoridad local respaldaba al equipo técnico en sus propuestas.

⁵ Plan de Desarrollo del Cantón Cotacachi. Un proceso participativo.- Asamblea de Unidad Cantonal.- Parte Introductoria.- Diciembre de 1997.

Desde el programa MODERSA y específicamente desde la coordinación, se miró con preocupación desde un inicio, la posibilidad o no de que cada **SDS** sea sostenible. La sostenibilidad está considerado bajo varios aspectos como:

- Organización, participación, número y condición social de los usuarios y afiliados.
- Dificultades de ofrecer los servicios de salud con calidad desde el sector público por la fuerte intervención de sindicatos de la salud en el área. sobretodo cuando se trata del segundo y tercer nivel de referencia.
- La viabilidad para la conformación del **FLS**, hasta ahora se había constituido como un fondo virtual antes que real.

Lamentablemente mi participación en MODERSA como coordinadora fue muy corta y ello no me permitió intervenir de una manera profunda en el proceso de cada **SDS**. Al salir de MODERSA, me quedó la preocupación de seguir adelante con el planeamiento inicial del **PC** que consistía en apoyar en la parte económica del modelo de salud en Cuenca, Cotacachi y Quito norte.

Este reto suponía realizar traslados constantes a los tres SDS, lo que en calidad de coordinadora podía asumirlo dentro del trabajo cotidiano que suponía la coordinación, pero en calidad de consultora era mucho más complicado asumir este tipo de gastos, de tal manera que en conjunto con el Coach de mi Proyecto de Cambio Dr. Gerrit Burgwal, se analizó que sería conveniente seguir con el PC planteado para el cantón Cotacachi.

CAPITULO 4

LOS CAMINOS RECORRIDOS POR EL PROYECTO DE CAMBIO Y LAS HERRAMIENTAS UTILIZADAS

ETAPAS DEL PROCESO

Primera etapa: Inicio y respaldo institucional

Después de tomada la decisión de delimitar el PC para el cantón Cotacachi, se inicia la gestión política e institucional con las primeras autoridades locales, esto es la Presidenta de la Asamblea de Unidad Cantonal, Dra. Patricia Espinosa M y el Alcalde del Cantón Economista Auki Tituaña.

Tomando en consideración que la relación que hasta ahora había establecido con las autoridades locales del cantón y con los técnicos del Comité interinstitucional de Salud CIS, era desde la **Coordinación de MODERSA**, era importante, que desde **mi nuevo rol**, esto es el de **consultora externa ad-honoren**, podría contar con el apoyo político e institucional de éstas instancias.

Para tal propósito era necesario considerar que el Programa Modersa tenía entre sus objetivos impulsar la desconcentración de la competencia de salud, objetivo no compartido desde lo local, cuyo propósito era lograr una descentralización de la competencia de salud primaria. Esta posición de Modersa, podía ser atribuible a una decisión de quien funge como primera autoridad del Programa, por tanto, esto era una primera aclaración que desde mi nuevo rol debía hacerlo con las principales autoridades locales, con el afán de lograr su anuencia y confianza para iniciar con la operación del PC.

En sendas reuniones personales con la Presidenta de la Asamblea de la Unidad Cantonal y con el Alcalde, se expuso los objetivos, alcances y resultados del PC, mencionando que el gran paraguas que cobijaba al mismo era la **descentralización** de la competencia de salud primaria bajo los criterios de **subsidiaridad, flexibilidad y de concurrencia**⁶.

En las reuniones mantenidas con las autoridades locales, se utilizó algunas técnicas de negociación⁷, en el que la meta era conseguir que el PC interesara suficientemente a las autoridades locales y permitiera a esta consultoría desarrollarlo contando con su apoyo y confianza.

⁶ Para una aclaración del contenido teórico y operativo de los términos: subsidiaridad, flexibilidad y concurrencia, consultar: "Competencias: ¿Qué descentralizar?.- CONAM –GTZ.- pg 15 a 20.- mayo 2001.

⁷ Para mayor detalle consultar "Sí... ¿de acuerdo?. Cómo negociar sin ceder.- Roger Fisher, William Ury y Bruce Patton.- Grupo Editorial Norma.-1993.

Las reuniones afortunadamente no tuvieron una constatación inicial de posiciones, sino que como las autoridades locales mostraron desde un inicio una actitud abierta y de escuchar las propuestas que se le exponían, esta actitud fue de gran apoyo en el momento en que se expuso el **PC**. En la exposición se puso mucho énfasis en los resultados a lograrse. De antemano esta consultoría había realizado un esfuerzo de conocer los intereses de las autoridades en el tema local a través de lectura de material de difusión sobre el Modelo de Salud propiciado por la Asamblea, a través de conversaciones mantenidas con funcionarios de la alcaldía, entre otras fuentes.

Al final de la reunión, se establecieron compromisos mutuos, en el caso de las autoridades era respaldar el **PC** en términos institucionales y de mi parte me comprometía a llevarlo adelante en forma profesional y ética.

De esta manera es aceptado por las autoridades locales y enseguida se nombra como 0grupo tarea del **PC** al **CIS**

Al interior del equipo técnico del **CIS**, siendo mi contraparte y grupo tarea era importante que sea reelaborada mi nuevo rol, desde la Coordinadora de MODERSA a consultora externa ad-honorem. Esta es una tarea que no la pude resolver en una reunión personal como en el caso de las autoridades locales, sino que la tuve que demostrar en el trabajo cotidiano disolviendo dudas y expectativas, respecto a mis “verdaderos” intereses, que tal vez rebasaban los del simple apoyo técnico, o tal vez mi interés era incidir de manera negativa en las relaciones que el **CIS** mantenía con las nuevas autoridades nombradas en MODERSA.

La manera de disolver estas dudas fue utilizando la técnica de “separar a las personas del problema”⁸, esta técnica ante todo recalca el hecho de que las negociaciones son llevadas a cabo por seres humanos no con representantes abstractos del **CIS** en este caso. Cada uno de estos seres humanos tienen emociones, valores profundos, distintas procedencias y puntos de vista. Esta consideración te lleva al campo del otro ser humano en el que se establecen un compromiso psicológico tendiente a obtener un resultado mutuamente satisfactorio

En el caso concreto, al **CIS** le interesaba mi apoyo técnico, esto fue transformado en un resultado mutuamente satisfactorio (plan de trabajo conjunto) y la actitud adoptada por mí de mantenerme apegada a mi nuevo rol de consultora y al margen de las relaciones que el equipo **CIS** debía tener con las nuevas autoridades de MODERSA⁹.

Lograda esta primera etapa de apertura y confianza política e institucional, es necesario realizar un balance entre el entorno y la organización institucional y los resultados previstos en el **PC**.

⁸ Para una aclaración del contenido teórico y operativo de los términos subsidiaridad, flexibilidad y concurrencia consultar “Competencias: Qué descentralizar?.- página 21.- CONAM – GTZ.-

⁹ Para esta etapa también se utilizó las técnicas de negociación citadas en el pie de página anterior.

Para el análisis organizativo se toma en consideración la estructura de la Asamblea de Unidad Cantonal y al Comité interinstitucional de Salud CIS, instancias creadas en la nueva administración y que debían responder a los nuevos retos y planteamientos de las autoridades locales y del nuevo plan de desarrollo local.

La Asamblea de la Unidad Cantonal es la estructura de concertación y cogestión entre el gobierno local y actores del sector público y sociedad civil. debajo de esta instancia esta el Concejo de Desarrollo y Gestión, que es la instancia ejecutiva de la Asamblea. Es creada con el objetivo de dar continuidad a las resoluciones adoptadas en esta, como también de dar seguimiento a las políticas y actividades insertadas en el Plan de Desarrollo Cantonal y además de coordinar con varias ONGs que trabajan en Cotacachi.

Además el Consejo es el encargado de coordinar las acciones de los comités de salud, educación, turismo y producción, gestión ambiental y manejo de recursos naturales y de organización y modernización municipal. Por tanto el Comité Interinstitucional de Salud se encuentra articulado a la Asamblea y al Consejo de Desarrollo.

Esta organización e institucionalidad viene funcionando desde 1997¹⁰, con gran participación ciudadana, que propugnan el funcionamiento de un novedoso sistema de gestión y administración de la salud.

La gestión y el avance del **CIS** en el planteamiento de éste novedosos sistema de salud ha avanzada significativamente, en términos de diagnóstico de la salud en el cantón, de la participación ciudadana lograda en torno al análisis del tema salud y sus posibles soluciones, de consensos logrados entre las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud en el cantón, del Convenio firmado con Modersa, a través del que se propicia un nuevo modelo de salud.

¹⁰ “Cuarto Boletín de Salud”: Cotacachi, en la gran minga por la vida.- Comité Intersectorial de Salud.- página 8—septiembre del 2000.

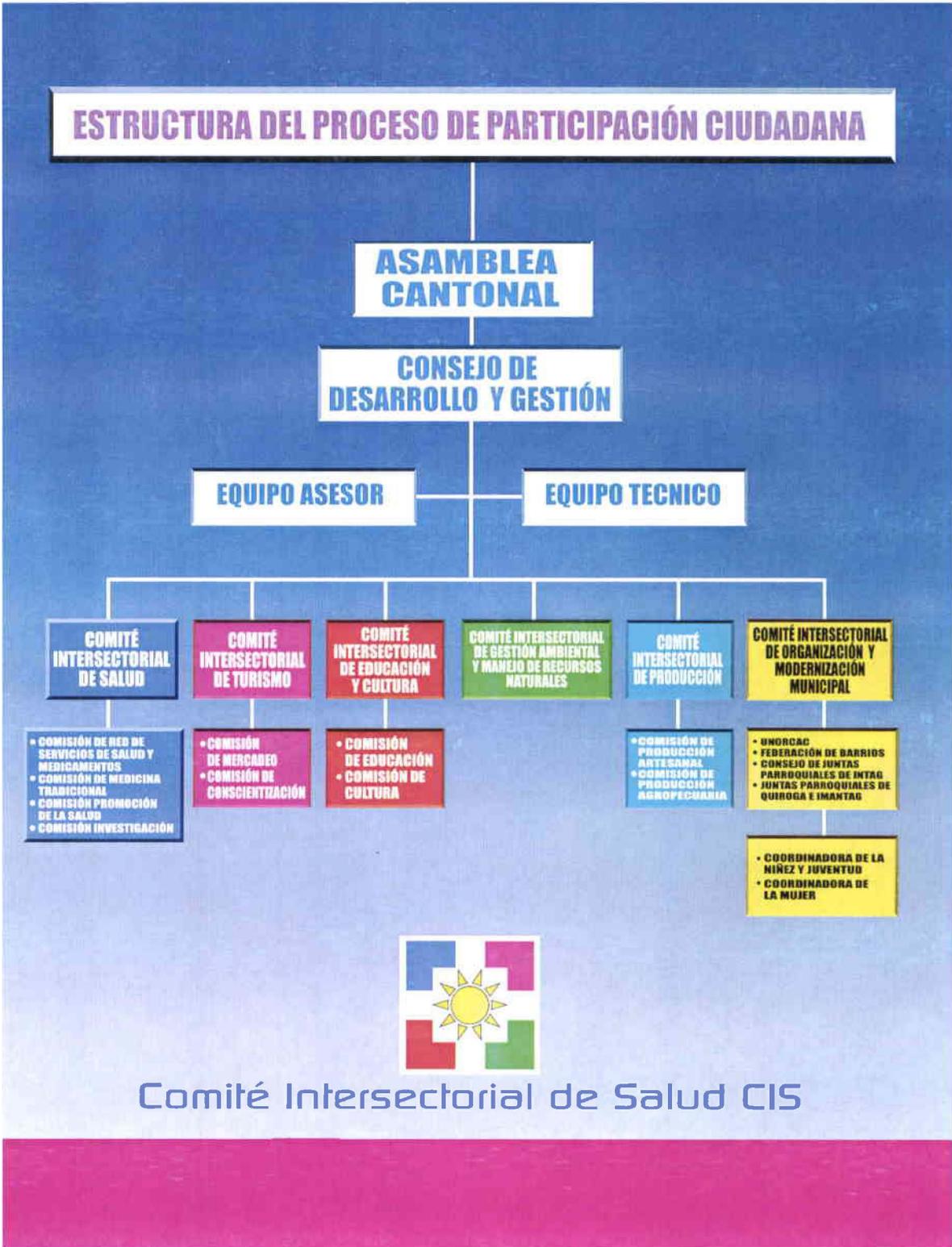


GRAFICO 5

Sin embargo, en el análisis organizacional se detectó que existe todavía un camino por recorrer y que tiene relación con la negociación entre los distintos actores locales y centrales sobre la transferencia de la competencia de salud primaria y los recursos necesarios para ello. En este punto, era necesario un aporte técnico que facilite un instrumento básico (presupuesto por resultados) para que en base a él su pudiera negociar la transferencia de la competencia de salud primaria e intervengan seguidamente otras instancias políticas en la negociación.

El análisis del entorno y la organización fue realizado utilizando el “modelo sistémico en la organización”,¹¹ en el que el núcleo concurrente y participativo constituye la Asamblea de Unidad Cantonal, que en realidad constituye la creación de una institucionalidad en manos de las organizaciones sociales locales, es crear una instancia para la participación, el debate y los acuerdos.

Los distintos Comités son como sus satélites que alrededor funcionan orgánicamente al ritmo que sus integrantes (organizaciones sociales, sectores privados y públicos) así lo convienen. Los Comités además viven en un proceso que supone un constante aprendizaje y reto porque se les ha entregado la facultad de crear y de operar en base a reglas flexibles.

El Comité que más ha avanzado es el de salud, porque tiene un ingrediente de apoyo técnico externo (MODERSA) que imprime unas características particulares, propone una propuesta de modelo, tiene recursos financieros que solventa un equipo técnico responsable del avance, condiciona, en cierto sentido, el avance del proceso. El resto de comités no han avanzado tanto.

El límite del sistema, es el sistema mayor, en este caso el gobierno central que se mueve y decide a ritmo y con intereses distintos que el sistema local. Entre este límite central y local hay que tender puentes para el debate, los análisis y los acuerdos¹². Uno de éstos puentes lo constituye el apoyo técnico de mi consultoría para crear un instrumento (presupuesto por resultados) que permite abrir la negociación entre las partes (local y central).

Segunda etapa: Promoción de la sustentabilidad económica del modelo de salud

Para iniciar la segunda etapa, de la promoción de la sustentabilidad económica del modelo de salud se identifican dos problemas centrales:

El primer **problema detectado** es identificar cómo y en qué condiciones económicas se podría realizar la transferencia de competencia en salud primaria.

¹¹ Gestión de Cambio Organizacional. Caminos y herramientas.- Arthur Zimmermann.- página 30.- Ediciones Abya-Yala 2000.

¹² Ver anexo 1: Mapeo de Actores, y los roles cumplidos por cada uno de ellos.

Al realizar el análisis sobre el estado de avance del modelo de salud propuesto, se detecta que el cuello de botella en su planteamiento era **la determinación de la viabilidad económica** y específicamente determinar **el costo de las prestaciones de servicios de salud primaria** a la población del cantón.

Esta constatación se la hace realizando un análisis del estado de situación del Sistema Descentralizado de Salud de Cuenca, en el que ya se habían contratado los prestadores de servicios de salud, los mismos que argumentaban que los precios contratados eran muy bajos frente a los costos reales fruto de la dolarización y de la fuerte inflación sufrida en el país.

En el caso de Cotacachi, los prestadores de servicios previstos, sobretudo los prestadores públicos, no tenían aún claridad de las condiciones que debían cumplir para ser contratados en calidad de prestadores de servicios eficientes y eficaces. Fue necesario durante algunos talleres en los que se analizaba los costos de las prestaciones de servicios aclarar principios que motivarían al CIS para realizar la contratación de los servicios, esto es servicio de calidad, oportuno, cálido.

El segundo **problema detectado**, es determinar el grado de corresponsabilidad de los actores principales en la ejecución del modelo previsto, esto es gobierno central, local y usuarios de los servicios de salud.

Se trataba de aportar con algunas **herramientas técnicas y caminos de negociación** que permitan realizar la transferencia de la competencia de salud primaria, en un marco de **responsabilidad institucional** y de negociación transparente con el gobierno central.

Dado que existen necesidades de salud en el cantón y dadas las características socio económicas poblacionales, es indispensable que tanto el **gobierno central** como **el local** asuman responsabilidades frente a éste hecho. De igual modo es necesario que la **población usuaria** tome también sus responsabilidades de acuerdo a sus capacidades socio económicas.

Con la constatación de estos dos problemas centrales, durante la **segunda etapa**, se decide trabajar con el equipo técnico del CIS, y las instituciones que la representan.

El objetivo fundamental de esta segunda etapa era realizar **la promoción de la importancia de la sustentabilidad económica** del modelo de salud de Cotacachi.

Para lograr este propósito era necesario partir de una base conceptual acordada que permitiera llegar a una meta común. Para ello se trabajó a través de un diagrama que permite visualizar el proceso de **Gestión del Modelo de Salud Primaria Descentralizado**¹³ y determinar los apoyos técnicos puntuales que se necesitaría en torno a la sustentabilidad económica..

¹³ Ver anexo 2: Gestión del Modelo de Salud de Cotacachi.

Vale la pena puntualizar que para el equipo técnico del **CIS**, la aclaración del tema económico en el estado de avance del modelo de salud, era un asunto importante y muy oportuno, tenían la urgente necesidad de respuestas sobre el tema, por esta razón fue muy fácil entrar en el análisis de la **Gestión del Modelo**, sin que se presente resistencia o reparos por parte de ninguno de los miembros.

El modelo identifica los distintos **actores** que participan, los **roles y los intereses** que cada uno de ellos cumple y tiene, el **entorno nacional y local** que cobija y determina (en ocasiones) al proceso, y por último las **relaciones interinstitucionales y sociales** que se dan en torno al proceso de gestión del modelo de salud.

Los principales **actores** identificados son:

A nivel local:

Asamblea Cantonal y su presidenta

Municipio de Cotacachi y su Alcalde

Prestadores de servicios de salud, representados por varias instituciones del sector privado y público, usuarios de los servicios de salud, representados en varias organizaciones sociales rurales y urbanas del cantón.

Prestadores y usuarios conforman el Comité interinstitucional de Salud CIS

A nivel nacional:

Ministerio de Salud Pública, con su proyecto específico Modersa

Instituto del Seguro Social, con sus respectivas representaciones provinciales

Ministerio de Economía y Crédito Público

Los sindicatos de salud.

Roles e intereses de los actores locales:

La Asamblea Cantonal y el Municipio tienen el **rol de liderar y facilitar** el proceso de gestión del modelo de salud primaria descentralizado, y el **interés de promover** una gran **participación social** en torno a la formulación y gestión del modelo, que propicie el **desarrollo humano sustentable** de la población, con alta cobertura y equidad de género y generacional.

Los prestadores de servicios del sector privado y público, tienen el **rol de ofrecer los servicios de salud de forma eficiente y efectiva**, en aquellas zonas en que ya ofrecían sus servicios pero de forma ineficiente. Tienen el **interés de obtener una ganancia razonable** por sus servicios, ganancia que les permita mantener el servicio de manera permanente, oportuna y eficiente. Además tienen el interés de mejorar su imagen y posición institucional en los diferentes sitios geográficos donde actúan y por tanto tener estabilidad laboral.

Los usuarios de los servicios de salud tienen el rol de acceder a los servicios de salud, eficientes, efectivos y cálidos, para ello están dispuestos a copagar en la medida que sus ingresos así lo permitan. Tienen **el interés de recibir los mejores servicios de salud al menor costo posible.**

Entorno nacional y local:

En el entorno nacional, una de las instituciones que tienen una gran influencia en la gestión del modelo de salud, es el Instituto de Seguridad Social, institución que esta desde hace años en intentos de cambio y reorganización y para tal propósito se puso a consideración del Congreso una nueva Ley que permita su cambio.

Uno de los capítulos más controversiales y conflictivos es aquel que tiene que ver con el aseguramiento de los usuarios, en el que se disputa la opción de aseguramiento público y / o privado con la consiguiente consecuencia de accesibilidad para la población de menores ingresos económicos.

El Ministerio de Economía al promulgar y poner a consideración el presupuesto del estado, y determinar la prioridad o no del sector social y específicamente el sector salud, lo que permitirá o no tener una transferencia de competencia acompañada de un presupuesto que acompañe y facilite el proceso.

El Ministerio de Salud Pública con su programa Modersa, en tanto siga apoyando de manera efectiva al proceso de descentralización que demanda el gobierno local y las organizaciones sociales.

Los sindicatos de salud organizados alrededor de las instituciones de salud del sector público que demandan justos salarios, y que por el lado de la oferta es necesario que den servicios de salud eficientes, eficaces y cálidos.

Relaciones Institucionales y sociales:

Se detectan **cuatro** principales relaciones entre instituciones y organizaciones sociales:

Primera:

Existe un Convenio de Cooperación suscrito entre el Municipio de Cotacachi y el Ministerio de Salud Pública programa MODERSA, el 29 de Julio de 1998, con el objetivo fundamental de "Mejorar el nivel de salud de la población del Cantón Cotacachi, mediante la viabilización y ejecución conjunta entre las instituciones que firman el convenio, de un cambio progresivo en el modelo de atención de salud del cantón, orientándolo hacia una gestión descentralizada y autónoma.....población"¹⁴.

¹⁴ Convenio del Sistema Descentralizado de Salud de Cotacachi.-página 2.

Uno de los componentes del modelo tiene relación con el logro de la sustentabilidad del modelo, en términos organizativos, participativos, económicos y políticos. Para la sustentabilidad económica, esta previsto la conformación de un Fondo Local de Salud **FLS**, que debería nutrirse de recursos nacionales y locales. Sin embargo hasta ahora este fondo es “virtual”, y en la práctica no se ha constituido como tal, este constituye el talón de Aquiles del modelo.



GRAFICO 6

Segunda:

Existe un compromiso adquirido por las instituciones y actores locales y nacionales de ofrecer a los usuarios una alternativa de servicios de salud eficientes, eficaces y equitativos. Sin embargo, entre la oferta y la demanda de los servicios de salud, es necesario determinar los costos actuales de estos servicios, dado la inflación sufrida y dolarización adoptada por el país. Es por tanto indispensable realizar una revisión de los costos de los servicios de salud.



GRAFICO 7

Tercera:

Luego del proceso participativo y organizativo vivido en el cantón desde el año 96, los usuarios demandarán un servicio de salud de calidad a los prestadores de servicios, sean estos públicos o privados, para lo cual están dispuestos a realizar un copago por los servicios recibidos¹⁵. Además se constituirán en la contraloría social de los servicios de salud prestados.

¹⁵ Esta es una resolución adoptada por la última Asamblea de Unidad Cantonal, realizada en Septiembre de este año y que respalda ampliamente a las propuestas realizadas por el CIS en la misma Asamblea.



GRAFICO 8

Cuarta:

El compromiso adquirido por parte de los prestadores de servicios, cuenta a su vez con el compromiso de las autoridades locales y del Comité Intersectorial de Salud CIS de reconocer un pago justo por los servicios prestados, de tal modo que los prestadores de servicios no están dispuestos a trabajar con un pago parcial de sus servicios, es por ello muy importante determinar el costo de los servicios para poder contratarlos con reglas claras y precios justos.

Como se puede concluir de lo expuesto, principalmente en el análisis de las relaciones institucionales y sociales, era indispensable realizar una revisión de los costos de las prestaciones de salud primaria en el cantón para poder acordar con los prestadores de servicios públicos y privados, para poder convenir en el copago con los usuarios de los servicios y para poder negociar con el Gobierno local un presupuesto por producto y no un presupuesto histórico.



GRAFICO 9

Las herramientas que se utilizaron para lograr **la promoción de la importancia de la sustentabilidad económica** del modelo de salud de Cotacachi, fue el diagrama citado anteriormente (anexo 2). Se lo utilizó como ejemplo inspirador y similar que fue elaborado por algunos maestrantes¹⁶ con ocasión de la visita al Municipio de Cuenca, quien está propiciando un Modelo de Salud similar al de Cotacachi, tienen el mismo apoyo del Ministerio de Salud Pública y del Programa MODERSA.

Este ejemplo inspirador fue presentado al equipo técnico del **CIS**, con él y durante algunas reuniones de trabajo se construyó el diagrama que representaba el proceso y la gestión en el Cantón Cotacachi, y se logró

¹⁶ Los maestrantes son: Gunter Meinner, María Dolores Almeida y Luz Elena Burbano.

acuerdos en torno a la importancia de la sustentabilidad económica y que lo más urgente era revisar los costos de las prestaciones de servicios de salud primaria

A partir de éstas constataciones de grupo (equipo técnico del **CIS** y mi apoyo) se estructura un plan de trabajo conjunto del grupo tarea y de mi apoyo como consultora.

El plan de trabajo conjunto tenía previsto algunas actividades como:

- Esclarecer metodologías utilizadas para calcular los costos de las prestaciones de salud, tomando en consideración la inflación y la dolarización adoptada en el país.
- Revisar en conjunto los costos de las prestaciones de salud establecidos para el año 98.
- Proponer una metodología adecuada y tomando en consideración las actuales condiciones político monetarias e inflacionarias del país.

Se inicia la ejecución del plan de trabajo, para lo que se convino con el equipo técnico del **CIS** realizar reuniones parciales con los consultores y/o instituciones que habían realizado los cálculos de costos de las prestaciones de salud, en este caso eran consultores particulares contratados por el Programa MODERSA y con CEPAR, institución que asesora el proceso de salud en Cotacachi.

Pero por un problema de presencia en Cotacachi de las consultoras y / o las personas representantes de instituciones, esta consultoría realizó las reuniones parciales en la ciudad de Quito.

En concreto se establecieron reuniones técnicas con la Econ. Ruth Lucio, consultora de MODERSA, quien explicó su metodología de trabajo para establecer los costos de las prestaciones de los servicios de salud. En suma la metodología adoptada fue de cálculos parciales de las prestaciones, apoyados en la información de grupos de expertos en salud, conocedores de cuánto y qué se utiliza en cada prestación de salud.

El cálculo se lo realizó por actividad en cada prestación, los costos calculados incluían rubros de mano de obra, materiales utilizados, costos indirectos.

Se realizó además un cálculo del costo por la cobertura prevista, es decir número de usuarios por cada prestación de salud. En cada uno se revisó el costo, los insumos, hasta llegar a establecer costos parciales y totales (ver anexo 3). Los costos fueron calculados con fecha Agosto de 1999.

De igual modo, esta consultoría realizó reuniones de trabajo con los técnicos del CEPAR, quienes habían apoyado al **CIS** en recalculer los costos de las prestaciones de salud. Metodológicamente se basaron en los costos calculados por la Econ. Ruth Lucio y sobre ello aplicaron el Índice de Precios al Consumidor promedio nacional para el año 2000.

Con estos antecedentes, esta consultoría investiga en las instituciones del estado

Competentes en el tema (Ministerio de Economía y Crédito Público y el Banco Central del Ecuador) las normativas que se habían adoptada en el país para recalculer costos tomando en consideración dolarización e inflación. Se identifica la "Norma Ecuatoriana de Contabilidad NEC 17, conversión de estados financieros para efectos de aplicar el esquema de dolarización", norma que fue expedida por el Superintendente de Bancos, el Superintendente de Compañías y la Directora General del Servicios de Rentas Internas (anexo 4).

Estos resultados y metodología son expuestos al equipo técnico del CIS y se conviene en adoptarla como pertinente para los efectos de la actualización de los costos de las prestaciones de los servicios de salud primaria.

Esta consultoría realiza la actualización de costos de las prestaciones de salud primaria pertinente y el presupuesto por resultados, a continuación se incluye un ejemplo de la actualización de costos para "control prenatal" con el objeto de visualizar la metodología y el proceso de cálculo adoptado. E el cálculo completo para todas las prestaciones de salud están en el anexo 5.

CUADRO 1

EJEMPLO - CONTROL CAPITAL TOTAL / AGOSTO 99										
DESCRIPCION	FECHA	% INICIAL	INDICE DE BRECHA	COSTO	REESPRESION	BRECHA	VALOR TOTAL	REESPRESION MONETARIA	PG	RESERVA CAPITAL
CONTROL PRENATAL TOTAL	Ago-99			694.863,200			694.863,200			
REESPRESION DIC / 99		17,66%			122.712,841		817.576,041			
APLICACION DE LA NEC-17										
AJUSTE INTEGRAL POR INFLACION	31/03/00	32,81%		268.246,699			1.085.822,740		268.246,7	
AJUSTE BRECHA A DIC / 99		62,48%		678.422,048			1.764.244,788			
		-3,59%		-63.336,388			1.700.908,400		68,036	

En el grupo tarea se acuerda que la actualización de costos servirá para:

Negociar las prestaciones de salud con los proveedores locales

Negociar con los usuarios del servicio el co-pago

Estructurar un presupuesto necesario para ser presentado y negociado en las respectivas instancias en el gobierno central (Ministerio de Economía)..

Posteriormente en una reunión mensual del CIS y con presencia del Alcalde se presenta los avances del PC, hay anuencia de la sala para lo presentado y se dan comentarios positivos a la labor.

Tercera etapa: Negociación con gobierno central

Por otro lado, en Quito, se inicia un proceso de negociación en el gobierno central, Ministerio de Economía y **CONAM**.

Se mantienen reuniones con la Subsecretaria de Inversión, Economista María Dolores Almeida, quien manifiesta el interés institucional de llegar a acuerdos con los Municipios para lograr transferencias de algunas competencias entre las que la competencia de salud es una de las más interesantes.

Sin embargo, se propone tener una reunión con el Subsecretaria de Presupuesto, Economista Salín Nevares, con la finalidad de presentar los costos de las prestaciones de servicios y el presupuesto y afinar el camino para lograr acuerdos

Para las reuniones con las autoridades centrales, se utiliza la técnica de "cambio de actitudes"¹⁷, sabiendo que las personas con quienes nos entrevistábamos recibirían la información dada en el **campo de aceptación**, es decir que las personas están de acuerdo en la información proporcionado refuerza su propia convicción, en este caso se refiere a que los funcionarios del Ministerio de Economía tienen una actitud positiva frente a las propuestas de transferencia de competencias especialmente aquellas de salud y educación. Esta actitud esta reforzada porque existe una buena apertura técnica, que se basa en la existencia de ley de descentralización del país y sus disposiciones, que tienen relación con la transferencia de competencias determinada en ella.

Sin embargo a nivel político se necesitará abordar otro tipo de negociación, que pasa por aprobar un presupuesto para salud, en un momento en el que el Estado cuenta con pocos recursos y en el que las prioridades presupuestarias no esta precisamente en lo social.

Por su parte el Municipio de Cotacachi está dispuesto a asumir la transferencia de salud, con responsabilidad, esto es logrando una negociación con Ministerio de Economía que le permita mediante la aprobación de un presupuesto por resultados (establecidos en base a costos reales y eficientes de las prestaciones de salud primaria formal en el cantón), brindar servicios de salud a su población de manera eficiente y eficaz.

La negociación del Municipio sostiene que Cotacachi sería el primer Municipio en el país que toma esta iniciativa y presenta un pedido de transferencia de competencia basándose en resultado y en un presupuesto ajustado a las necesidades y a la realidad.

La estrategia de sostenibilidad del **PC**, tiene que ver con algunos aspectos relacionados con lo institucional y su permanencia y continuidad; con la apertura y flexibilidad de las partes es decir gobierno central y local para

¹⁷ "Cuarto Boletín de Salud". En la gran minga por la vida.-Comité Intersectorial de Salud.- página 87.- Septiembre del 2000.

realizar la transferencia presupuestaria, con el apoyo institucional del **CIS** y de todos sus miembros, en el momento en que se dé la aprobación del presupuesto por resultados y la aceptación por parte de ellos de que la transferencia de los recursos sea al CIS como equipo técnico e instancia de gestión del modelo de salud; y, por último con la posibilidad de replicabilidad del PC en otros municipios del país.

La sostenibilidad del PC, también enfrentará posibles resistencia en el momento de las transferencias efectivas del presupuesto a nivel local. A pesar de que a nivel local están supuestamente acordado la transferencia de recursos a través de la concertación en el Comité Interinstitucional de Salud, los efectos y consecuencias se sentirán en el momento mismo, por lo que el CIS deberá estar armada en términos técnicos para lograr negociar y bajar las resistencias

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

Las siguientes **conclusiones** han sido elaboradas a la luz de las hipótesis, objetivos, resultados e impactos que se propuso el **PC**:

1. El proceso político y organizativo y de participación sobre el tema salud, otorga a la población de Cotacachi el estatus de ejercer **ciudadanía**, **opinando** a través de los canales institucionales pertinentes (Asamblea Cantonal y Comisiones Sectoriales), **decidiendo** sobre sus necesidades y prioridades en el tema salud, **colaborando** en la gestión y control del Modelo Sustentable de Salud.

Este proceso si bien es muy específico de Cotacachi, es importante anotar que en realidad es el corazón o la razón de ser de la descentralización, es volver el poder y control a los ciudadanos y la única manera de hacerlo **es creando opinión, creando criterio, creando ciudadanía**.

Por tanto cualquier proceso de descentralización en salud primaria deberá propiciar un proceso de organización y participación ciudadana, que de alguna manera asegure el éxito del proceso.

2. El **elemento económico** cobra su **importancia** en el marco de la gestión de un **Modelo Sustentable de Salud**.

No es suficiente realizar un **ejercicio matemático de recalcular los costos de las prestaciones de los servicios salud**, dada la inflación y la dolarización del país. Es necesario plantear cómo se va a resolver los principales problemas de gestión de la salud, es decir cómo se mejorará la cobertura, la calidad, la equidad y la eficiencia.

El análisis debe pasar por consideraciones que incluyan el **interés y la demanda ciudadana de acceso a servicios de salud eficientes** para lo que se requiere un contar con un **presupuesto por resultados suficiente**, que permita contratar a los **mejores prestadores de servicios de salud públicos y privados**.

Es necesario trabajar en el **nivel de conciencia de los actores locales** con la finalidad de que interioricen e incorporen la importancia de lo económico en su conocimiento y luego se conviertan en **agentes de cambio** frente a la temática. Así por ejemplo si el ciudadano tiene conciencia y conocimiento del costo de una prestación de salud y a qué servicios tiene derecho, o bien teniendo conciencia de que es muy importante la transferencia del recurso desde el nivel central para tener acceso a los servicios de salud, entre otros..

Por tanto, es necesario trabajar el elemento económico inscrito en una alternativa de gestión de la salud a nivel local (**Modelo Sustentable de Salud**) que considere las particularidades locales y el entorno nacional como elementos decisivos a la hora de negociar y abrir camino para lograr la transferencia de la competencia de salud en un marco de responsabilidad política y corresponsabilidad ciudadana.

3. En este entorno descrito, el **PC** logró establecer los nuevos **costos de los paquetes de prestaciones de servicios de salud primaria y el presupuesto de atención primaria de salud por resultados** consignados en el anexo 5, Con éstos instrumentos técnicos, se abre una negociación con el nivel central de gobierno.

4. En cuanto a la negociación a nivel central, parte del impacto de este **PC**, es haber estimulado la conformación de un equipo de trabajo integrado por varias instituciones del nivel central que están preocupadas del tema descentralización de la competencia de salud y educación. Las instituciones son CONAM, Ministerio de Economía, Asociación de Municipalidades del Ecuador, AME, Ministerio de Salud Pública y Programa MODERA..

Él impacto más significativo es que con este grupo de trabajo a nivel central se ha logrado acordar que **Cotacachi se convierta en un ejemplo de cómo se podría construir la descentralización de la competencia en salud desde el nivel cantonal hasta el provincial y regional. Se han establecido los primeros pasos operativos para el efecto.**

5. La asistencia técnica al equipo técnico del **CIS** en Cotacachi, se la trabajó como un **acompañamiento técnico** al proceso de gestión del Modelo Sustentable de Salud, construyendo el proceso desde una posición de **agente de cambio no de consultor consejero.**

Al iniciar el proceso de gestión del **PC**, el equipo técnico del **CIS**, tenía la necesidad de conocer la importancia de lo económico, debido a que el avance del proceso requería claridad interna para adoptar resoluciones.

El acompañamiento fue dado desde varios ángulos, aporte en criterios metodológicos para el cálculo de los costos de las prestaciones de salud hasta la identificación de los actores locales, sus roles, intereses, posiciones, relaciones, ello apoyo a obtener consensos puntuales con cada uno de ellos, principalmente cuando se trataba de apoyar a las negociaciones con los potenciales prestadores de los servicios de salud.

CAPITULO 6:

REFLEXIONES EN TORNO AL PROYECTO DE CAMBIO Y EL PROCESO EXPERIMENTADO:

Este último capítulo, tiene el ánimo de aportar de alguna manera con reflexiones y algunas experiencias vividas en el momento de gestión del PC.

Este recuento de reflexiones y experiencia tienen el afán de ser una modesta contribución para los futuros maestrantes, quienes tendrán que recorrer similar camino al transitado por la primera promoción de maestrantes.

En suma, la intención es contar lo vivido en el proceso, como un camino con experiencias, que pueden ser aprovechadas para ilustrar los caminos de gestión de otros Proyectos de Cambio que los futuros maestrantes tengan en mente cristalizarlos.

Estas **reflexiones y experiencias**, se organizarán tomando en consideración el ciclo de proyectos, es decir la **identificación, el proceso y los resultados del PC** y tratando de responder a algunas preguntas generadoras relacionada con utilidades, lecciones, procedimientos.

En la etapa de identificación del PC:

Es importante tener claro como maestrante el tipo de respaldo institucional con el que uno cuenta para cursar la maestría. En la primera promoción, participaron maestrantes con respaldo institucional del gobierno, consejos provinciales, cooperación externa e independientes.

Mi caso fue el último, es decir, **independiente**, decidí cursar la maestría a mi cuenta y riesgo, eso significaba que el respaldo institucional debía procurarme y por tanto toda la responsabilidad la asumía.

Este es un gran reto personal a la hora de identificar el **tema del PC**. Para hacerlo debía considerar el interés de la institución contraparte (en mi caso el Municipio y de la Asamblea Cantonal de Cotacachi), este tema debía ser evaluado desde el punto de vista de que **si requería o no un cambio**.

En mi caso, escogí Cotacachi, porque reflexione sobre su fuerte proceso de desarrollo local principalmente lo referente a organización y participación que permitiría llegar con mayor seguridad a un buen final el **PC**.

Sin embargo esta reflexión me conducía a la siguiente, si Cotacachi tenía una buena trayectoria en lo social, era indispensable aportar con un **tema que prioritariamente interese a la localidad y a la población**. Para tal propósito fue necesario hacer un análisis del entorno local y nacional. El **tema salud**

estaba presente en los dos entornos y constituía la primera prioridad dentro del Plan de Desarrollo Local.

Los riesgos de ser una maestrante independiente en términos institucionales son altos, esa consideración determina que a la hora de determinar el **tema** de tu **PC** seas muy rigurosa pero a la vez muy flexible.

Riguroso porque debes considerar todos los elementos positivos y negativos que apoyan tu elección, considerar el entorno, los actores, las viabilidades, aspectos que en otro caso son analizados y asumidos por una institución.

Flexible, porque al no tener una posición institucional que de alguna manera se adopta al trabajar para tal o cual organismo, el maestrante independiente está más dispuesto a escuchar, a entender la posición del otro y no solamente a defender tu posición institucional.

En la etapa del proceso del PC:

1. La organización institucional de la Asamblea Cantonal y del **CIS**, permite una amplia participación de todos sus miembros y sobretodo de un proceso de consulta y de consensos al que como consultor no estaba acostumbrada pese a que intelectualmente lo sabemos y hasta añoramos.

Aprendí a diferenciar el papel de “consultor” al de “agente de cambio”, el primero consulta con las contrapartes institucionales y se toman decisiones, un agente de cambio acompaña procesos y reflexiona en el conjunto organizado para aportar a tomar una decisión del grupo.

Un **agente de cambio** debería cultivar algunas características como:

Pensar que para **conseguir el cambio** es necesario realizar un recorrido, un camino, un **proceso**, que tendrá **altos y bajos**, que nos es posible encontrar la solución como arte de magia, ni tampoco la solución integral. El cambio se implementa como un proceso iterativo, con pasos de cambio, de reflexión, de ajuste.

El **agente de cambio**, es quien **facilita procesos**, no quien por su rol y su presencia impone el cambio. La imposición no hace más que crear resistencias inesperadas. Los **procesos de cambio** deben iniciar por una fase exploratoria, lenta y cautelosa.

El agente de cambio no es protagonista, que juega todos los papeles, es quien **promueve**. Estimula o crea nuevas relaciones en el afán de definir papeles afines al proceso.

El agente de cambio, debe **prever a largo plazo** posibles fuerzas de resistencia, no debe dejarse estar en el logro actual conseguido sino ponerse en posición de **divisar a lo lejos**, lo que le permite ajustar, reconstruir.

2. La constatación de que no se trata de un ejercicio académico que tiene como referencia lo metodológico intelectual, sino es un ejercicio vivo, con participación de la población involucrada, y que por tanto debe tomar en consideración los intereses y las opiniones de la población.

En el caso específico de mi **PC**, era muy importante tomar en cuenta las directrices que la población organizada había dado por cuatro años consecutivos sobre el tema salud en la Asamblea Cantonal, percibir como el **CIS** interpretaba esos mandatos y cómo los estaba ejecutando. Aprendí a tomar en consideración la opinión del otro como sujeto social con intereses y derechos.

3. El **PC**, debe ser considerado como un camino que se va construyéndolo en lo cotidiano, por tanto es muy importante tomar en cuenta la participación y las reacciones de todos y cada uno de las personas que en él participan.

En el caso de mi **PC**, aprendí a tomar en cuenta las posiciones y reacciones de cada uno de los miembros del equipo técnico del **CIS**, de las instituciones que formaban parte del **CIS** y que serían potenciales prestadores de servicios de salud, ello me reflejaba una mapa de actores y de intereses que hacía más accesible el desenvolvimiento y avance del **PC**.

4. Durante el proceso del **PC**, los actores cumplen distintos roles que le son asignados por razones de organización y confianza institucional. Es muy importante captar estos roles y tenerlos en cuenta para el momento de actuar como agente de cambio en el proceso.

En el caso presente, es muy importante saber los roles que desempeñaba cada uno de los técnicos del **CIS**, sus perfiles, sus profesiones, sus antecedentes respecto al proceso con Cotacachi, sus relaciones internas y sus conflictos de tal manera de que el agente de cambio, con toda esta información, podrá desenvolverse con cuidado. Por ejemplo, el momento que el agente de cambio realiza consultas o transmite resultados es muy importante que todo el equipo técnico del **CIS** este presente para no herir susceptibilidades y también ganar consensos del grupo.

5. La ruta inicial que uno construye al inicio del proceso del **PC** será distinta a la recorrida en la realidad, en el caso de mi **PC** la ruta inicial fue cambiada cuando la contraparte local (equipo técnico del **CIS**) priorizó necesidades y resultados.

La ruta también varió porque los tiempos de las instituciones que acompañan al proceso (MODERSA, prestadores de servicios, consultores) son diversos el agente de cambio debe saber adecuarse a ellos.

En este sentido la experiencia es saber ser flexible ante las rutas y tiempos de los demás, esa flexibilidad permite avanzar en el proceso armando una ruta conjunta.

6. Durante el proceso, todos los eventos son importantes, desde los talleres formales hasta las conversaciones de pasillo, la reflexión sobre estos acontecimientos te conducen a identificar aliados, resistencias, caminos cortos, entre otros.

En mi caso no halle resistencias al PC pero su muchos caminos cortos que se dieron por la fluidez de información que se me entregaba y sobre la que continuamente se repensaba tratando de develar el interés, la reacción.

En fin el proceso de cambio, se lo construye en base a escuchar, respetar al otro, retroalimentar, informar, reflexionar, consensuar, ajustar y seguir en la construcción como un espiral que se alimenta y crece.

En la etapa de los resultados del PC:

Es muy importante considerar el proceso seguido que te llevó a conseguir los resultados esperados, más que valorar el resultados por sí mismos. La secuencia o sistematización del proceso son aspectos generalizables como experiencia, que en mi caso personal, los hice conciencia como un comportamiento que uno debe adoptar para conseguir los resultados.

De tal manera, que la reflexión pasa por considerar que no solo cuentan los productos conseguidos sino **cómo** se los consiguió, es decir todo **el proceso de cambio**, en el que es fundamental considerar el cambio de conciencia.

Los resultados del **PC** deben ser conseguidos por convencimientos de los actores que participan y por consenso de los mismos. . En el caso de mi PC, uno de los resultados es la transferencia de los recursos económicos desde el gobierno central al gobierno local, el logro de este resultado esta mediatizado por un proceso de negociación no fácil.

El aprendizaje consiste en que es necesario ir a un ritmo menor en el avance de las negociaciones con el gobierno central pero asegurando un pleno respaldo a nivel local, lo que le dará mayor seguridad a la negociación.

BIBLIOGRAFIA

BANCO MUNDIAL.- “Más allá del centro. La descentralización del estado”.- Washington 1999.

BARRERA AUGUSTO y otros.- “Un modelo para des armar.- Grupo democracia y desarrollo.- Quito.-Diciembre 1999.

BURGWAL GERRIT.- “Planificación estratégica y operativa aplicada a gobiernos locales.- Quito.- 1999

CARE.- “Manual de Costos”.- Programa Apolo.- Quito – Ecuador 1997.

CENTRO DE ESTUDIOS Y PROMOCION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL CEPAR .- Investigación sobre la Situación de la salud en Cotacachi.- Cotacachi.- Junio 1998.

CONAM.- GTZ “Competencias: ¿ Qué descentralizar’.- CONAM – GTZ.- Mayo 2001

CONAM – GTZ – “Propuesta del Nuevo Modelo de Gestión para el Ecuador”.- Quito.- Abril 2000.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR.- Asamblea Nacional Constituyente.- Quito.- 1998.-

GUERRERO FERNANDO y otros.- “Ciudades Emergentes”.- Quito.- 1999

GRUPO DEMOCRACIA Y DESARROLLO LOCAL.- <“Taller de Capacitación de Autoridades Locales.- Ecuador.- Julio 2000

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.- “Subproyecto de Sistema Descentralizado de Salud para el Cantón Cotacachi, Imbabura”.- Cotacachi.- Marzo 2000

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.- “Guía para la Organización de Sistema Descentralizados de Salud”.- Modersa.- Quito- Ecuador.- Diciembre 2000.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA “Hacia el Fortalecimiento de la Rectoría del estado en Salud en el ecuador: Logros, retos y perspectivas”-Memorias.-

Discurso pronunciado por Ministro de Salud Pública. Dr. Fernando Bustamante.- Mayo 2000.

UNICEF "Ajuste con Rostro Humano, la Pro forma Presupuestario 2000 como herramienta del Ajuste Social".- Daniel Badillo M. - ECUADOR.- página 1.- Enero del 2000.

WEISNER EDUARDO.- "La descentralización, el gasto Social y la Gobernabilidad en Colombia." – Bogotá 1995.

WILLIAM URY Y OTROS.- "Sí de ¡acuerdo!. Cómo negociar sin ceder.- Bogotá 1991.

ZIMMERMANN TAHÚR.- Gestión del Cambio Organizacional. Caminos y herramientas.- Quito.- 2000

ANEXOS

Anexo 1: Mapeo de Actores

Anexo 2: Gestión del Modelo de Salud de Cotacachi

Anexo 3: Costo del Conjunto de las Prestaciones de Salud para Cotacachi.

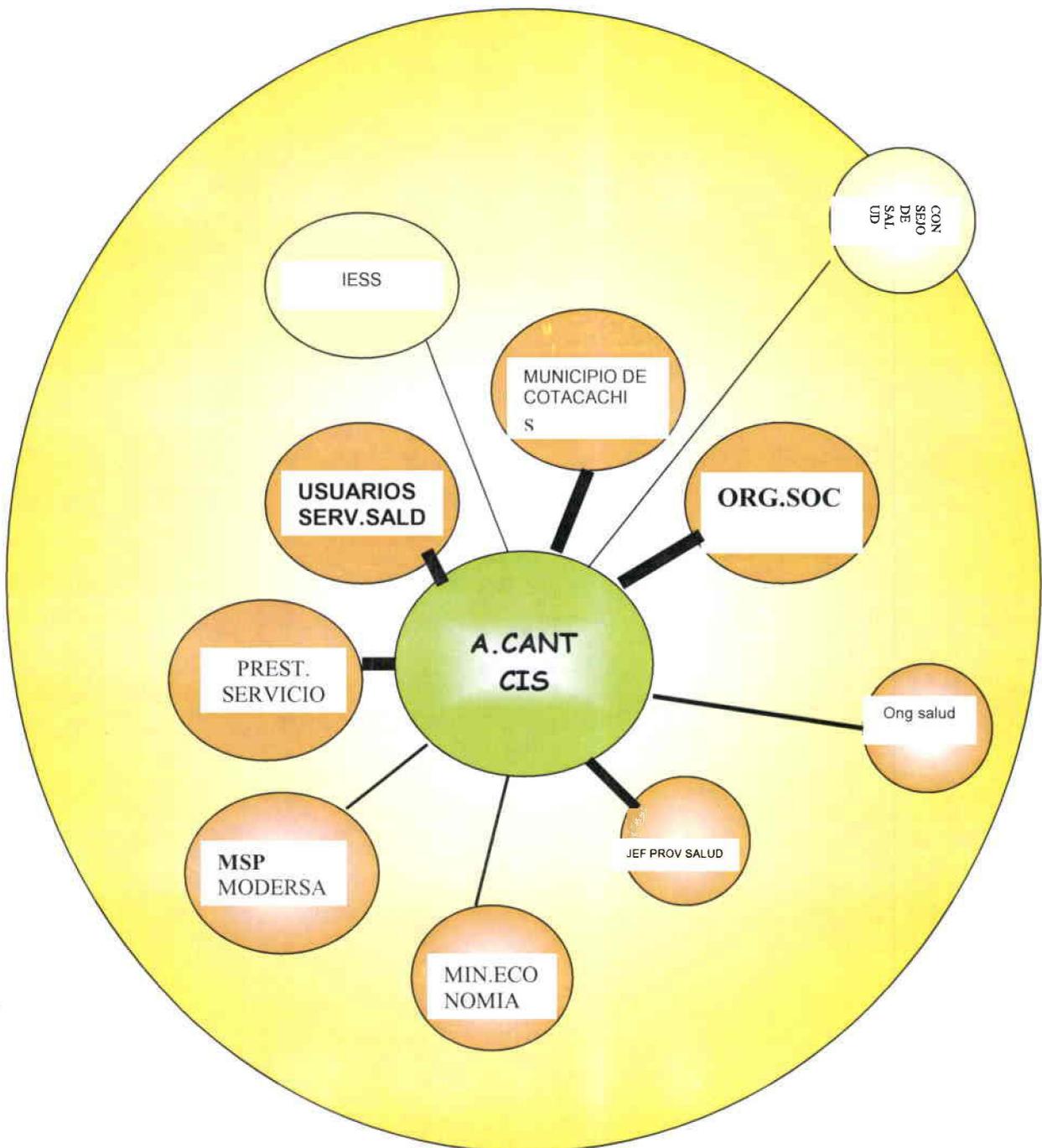
Anexo 4: Norma de Contabilidad NEC 17

Anexo 5: Actualización del Costo del Conjunto de las Prestaciones de Salud para Cotacachi.

ANEXO 1

MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD COTACACHI

MAPEO DE ACTORES



Anexo 2

MODELO SALUD COTACACHI

GESTION

ROLES / INTERESES / ENTORNO / RELACIONES / ACCIONES / ENTORNO NACIONAL LOCAL

ASAMBLEA CANTONAL

LEY IESS / PRESUPUESTO EST. DESCENTRALIZACION

SINDICATOS SALUD

NO PARTICIPACION POR PAGO PARCIAL DE COSTOS

- PARTICIPACION SOCIAL
- DESARROLLO HUMANO SUSTENT.
- EQUIDAD / COORDINACION, GENERO, GENERACION
- COBERTURA / CALIDAD

CONVENIO COMPROMISO SOTENIBILIDAD POR MODELO CAPITAL SEMILLA

- FACULTA Y LIDERA PROCESO DE SERVICIOS DE SALUD

MUNICIPIO

- ROLES POLITICAS SALUD / FINANCIADO CAPITAL SEMILLA
- RESPONSABLES DE LAS POLITICAS DE SALUD
- NORMA MODELO SALUD (WB)
- OTORGA MAYORIA DE RECURSOS
- ASISTENCIA TECNICA
- IMPLEMENTACION DE MODELO DESCENTRALIZADO, SE INICIA PROCESO DESCONCENTRACION.
- TRANSFERENCIA DE COMPETENCIAS
- SERVICIO EFICIENTE Y EFICAZ.
- ATENCION PRIMARIA Y HOSP.CANT

COMUNIDAD GESTION DESARROLLO

- PROMOCION SALUD
- PREST. SERVICIOS SALUD DEFICIENTE

PREST. SERVICIO SECTOR PRIVADO PUBLICO RECONVERTIDO

GANANCIA TRABAJO EN ZONAS DONDE YA ACTUARON

CIS

MSP MODERNA

REVISION DE COSTOS PAQUETES SERVICIOS

USUARIOS

- PUBLICOS CUBRIR DEFICIT.

DEMANDA SERVICIOS CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EFICACIA D <=> COPAGO

- UTILIZAN SERVICIOS DE . SALUD
- COPAGO SERVICIOS
- PROMOVER Y EXIGIR EL DERECHO A LA SALUD
- EJERCICIO DE DEBERES
- MEJOR SERVICIO MENOR COSTO Y DERECHOS DE LA SALUD

OFERTAS SERVICIOS CON CALIDAD, EQUIDAD, UNIVERS, EFICIENTE Y EFICAZ

MEJORAR SU POSICION INSTITUCIONAL EN LO LOCAL ESTABILIDAD LABORAL MEJOR. INGRESOS

FINANCIACION Y TRANSFERENCIA

ANEXO 3

CONJUNTO PRESTACIONES SALUD PUBLICA/HOSPITAL Y UNIDADES DEL AREA DE SALUD/ AGOSTOS 1999. CANTON						
ACTIVIDAD	Mano de Obra	Materiales	C.Indirectos	COSTO TOTAL	N. USUARIOS	TOTAL
1. Control prenatal						
1.1. Consulta (5)	37,500	5,370	8,574	51,444	7,105	365,509,620
1.2. Visita Domiciliaria (1)	11,250	1,074	2,465	14,789	1,421	21,015,169
1.3. Laboratorio (2)	2,540	35,880	7,684	46,104	2,842	131,027,568
1.4. Ecosonograma (Selectiva 20 %)	5,600	6,571	2,434	14,605	284	4,147,820
1.5. Consulta odontológica (2)	30,000	17,300	9,460	56,760	2,842	161,311,920
1.6. Toxoide tetánico (2)	1,875	1,600	695	4,170	2,842	11,851,140
Total	88,765	67,795	31,312	187,872		694,863,237
2. Control menor de un año.						
2.1. Consulta médica (6)	45,000	6,444	10,289	61,733	6,816	420,772,128
2.2. Inmunizaciones (4)	7,500	1,600	1,820	10,920	9,088	99,240,960
Total	52,500	8,044	12,109	72,653		520,013,088
3. Control de 1a menores de 5 años						
3.1. Consulta médica (6)	45,000	6,444	10,289	61,733	21,186	1,307,875,338
3.2. Inmunizaciones (4)	3,750	1,600	1,070	6,420	14,124	90,676,080
3.3. Consulta odontológica (2)	30,000	17,300	9,460	56,760	7,062	400,839,120
3.4. Estimulación del desarrollo psicomotor (2)	11,250	2,148	2,680	16,078	7,062	113,542,836
Total	90,000	27,492	23,499	140,981		1,912,933,374
4. Salud escolar Integral:						
4.1. Consulta médica (2)	15,000	2,148	3,430	20,578	19,164	394,356,792
4.2. Control odontológica (6)	90,000	51,900	28,380	170,280	57,492	9,789,737,760
4.3. Inmunizaciones (2)	1,875	1,600	695	4,170	19,164	79,913,880
4.4. Laboratorio (1)	1,270	17,940	3,842	23,052	9,582	220,884,264
4.5. Desparasitación (80%)		23,000	4,600	27,600	19,164	528,926,400
Total	108,145	98,588	40,947	246,680		11,013,819,096
5. Adolescentes:						
5.1. Consulta médica (2)	15,000	2,148	3,430	20,578	8,176	168,245,728
5.2. Laboratorio (2)	2,540	35,880	7,684	46,104	8,176	376,946,304
Total	17,540	38,028	11,114	66,682		545,192,032
6. Mujeres en edad Fértil						
6.1 Toxoide Tetánico (2)	3,750	3,200	1,390	8,340	3,012	25,120,080
Total	3,750	3,200	1,390	8,340		25,120,080
Subtotal 1 a 6 en Sucres Corrientes 1999						14,711,940,907
Subtotal 1 a 6 en Dolares						1,471,192
7. Participación comunitaria						
7.1. Valorización y complementación de prácticas de la Medicina tradicional				4,000	36,894	4,000
7.2. Promoción de salud Ambiental				20,000	36,894	20,000
7.2.1. Riesgos Ambientales						
7.2.2. Riesgos de trabajo						
7.3. Control Zoomosis				5,000	36,894	5,000
7.4. Visitas Domiciliares de Salud Integral				22,000	36,894	22,000
7.5. Programa permanente de Educación para la salud				40,000	36,894	40,000
7.6. Atención Preventiva comunitaria a asilos y guarderías				5,000	200	5,000
7.7. Incentivo a proyectos Productivos					36,894	
7.8. Programa de adolescentes				10,000	4,088	10,000
7.9. Formación y fortalecimientos de grupos comunitarios para salud				20,000	36,894	20,000
Subtotal 7 en Dolares				126,000		126,000
TOTAL EN DOLARES						1,597,192

ANEXO 3

CONJUNTO DE PRESTACIONES DE CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA CASOS CRONICOS HOSPITAL Y AREAS SALUD						
COTACACHI						
8.1. Tuberculosis						
8.1.1. Consulta médica (6)	45,000	6,444	10,289	61,733	1,548	95,562,684
8.1.2. Visitas Domiciliares (2)	22,500	2,148	4,930	29,578	516	15,262,248
8.1.3. Hospitalización (5días)	400,000	227,500	125,500	753,000	1,290	971,370,000
8.1.4. BAAR (3)	24,609	28,950	10,712	64,271	774	49,745,754
8.1.5. Exámenes Laboratorio (2)	2,540	4,276	1,363	8,179	516	4,220,364
8.1.6. Medicamento Antituberculoso		601,100	120,220	721,320	258	186,100,560
total				1,838,081		1,322,261,810
8.2 HTA						
8.2.1. Consulta médica (6)	45,000	6,444	10,289	61,733	13,062	806,356,446
8.2.2. Exámenes Laboratorio (2)	2,540	35,880	7,684	46,104	4,354	200,736,816
total				107,837		1,007,093,262
8.3 Diabetes						
8.3.1. Consulta médica (6)	45,000	6,444	10,289	61,733	2,658	164,086,314
8.3.2. Exámenes Laboratorio (2)	2,540	4,276	1,363	8,179	886	7,246,594
total				69,912		171,332,908
8.4 Neurocisticercosis						
8.4.1. Consulta médica (6)	45,000	6,444	10,289	61,733	120	7,407,960
8.4.2. Exámenes Laboratorio (2)	2,540	35,880	7,684	46,104	40	1,844,160
total				107,837		9,252,120
8.5 Desnutrición Crónica y Anemia						
8.5.1. Consulta médica (6)	45,000	6,444	10,289	61,733	960	59,263,680
8.5.2. Exámenes Laboratorio (2)	2,540	35,880	7,684	46,104	320	14,753,280
8.5.3. Micronutrientes		20,000		20,000	160	3,200,000
total				66,104		77,216,960
8.6 Enf. Osteomioarticulares (Artritis/Artrosis)						
8.6.1. Consulta médica (6)	45,000	6,444	10,289	61,733	11,598	715,979,334
8.6.2. Exámenes Laboratorio (2)	2,540	35,880	7,684	46,104	3,866	178,238,064
total				107,837		894,217,398
TOTAL						3,481,374,258

ANEXO 3

CURATIVAS HOSPITAL CENTROS Y SUBCENTROS DEL CANTON COTACACHI						
ACTIVIDAD	Mano De Obra	Materiales	Costo ind.	Costo	Usuarios	TOTAL
10. Consulta Morbilidad						
10.1. Consulta (2)	15,000	2,148	3,430	20,578	44,273	911,049,794
10.2. Consulta dermatológica (3)	22,500	3,222	5,144	30,866	66,409	2,049,780,194
10.3. Ecosonografía Morbilidad (20%)	5,600	6,571	2,434	14,605	7,379	107,770,295
10.4. Laboratorio Básico (60%9	1,270	17,940	3,842	23,052	22,136	510,279,072
10.5. Radiología (6%)	8,750	48,400	11,430	68,580	2,214	151,836,120
10.6. Medicinas (N. Recetas)		50,000		50,000	22,136	1,106,800,000
total	53,120	128,281	28,280	207,981	164,547	4,837,615,475
11. Consulta Especialidad						
11.1. Consulta médica (2)	15,000	2,148	3,430	20,578	14,758	303,690,124
11.2. Consulta rehabilitación (5)	37,500	5,370	8,574	51,444	36,894	1,897,974,936
total	52,500	7,518	12,004	72,022	51,652	2,201,665,060
12. Regulación Fecundidad						
12.1. Consulta médica	7,500	1,074	1,715	10,289	502	5,165,078
12.1.1. Métodos de barrera						
Consulta médica (3)	22,500	3,222	5,144	30,866	1,506	46,484,196
Exámen de Laboratorio (1)	1,270	17,940	3,842	23,052	502	11,572,104
Medicamento o insumo		224,500		224,500	502	112,699,000
12.1.2. Trat. Temporal DIU						
Consulta médica (3)	22,500	3,222	5,144	30,866	1,506	46,484,196
Exámen de Laboratorio (1)	1,270	17,940	3,842	23,052	502	11,572,104
Medicamento o insumo		30,375		30,375	502	15,248,250
12.1.3. Anticonceptivos Orales						
Consulta médica (3)	22,500	3,222	5,144	30,866	1,506	46,484,196
Exámen de Laboratorio (1)	1,270	17,940	3,842	23,052	502	11,572,104
Medicamento o insumo		360,000		360,000	502	180,720,000
total	74,310	479,435	26,673	789,918	6,032	488,001,220
13. DOC						
13.1. Consulta médica (.3)	22,500	3,222	5,144	30,866	8,573	264,614,218
13.2. Toma/envío muestra al laboratorio	1,270	20,078	4,270	25,618	2,858	73,216,244
13.3. Gram y Fresco (1)	1,270	2,138	682	4,090	2,858	11,689,220
total	25,040	25,438	10,096	60,574	14,289	349,519,682
14. Emergencias						
14.1. Consulta (1)	7,500	19,985	5,497	32,982	1,834	60,488,988
total	7,500	19,985	5,497	32,982	1,834	60,488,988
15. Con. Odontol. Curativa						
15.1. Consulta (3)	22,500	25,950	9,690	58,140	8,364	486,282,960
total	22,500	25,950	9,690	58,140	8,364	486,282,960

ANEXO 3

CONJUNTO DE PRESTACIONES DE CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CASOS AGUDOS						
9. Control de AGUDOS:	Mano De Obra	Materiales	Costo Ind.	Costo	Usuarios	TOTAL
9.1. Hepatitis						
9.1.1. Consulta médica (3)	22,500	3,222	5,144	30,866	780	24,075,480
9.1.2. Exámenes Laboratorio (2)	2,540	35,880	7,684	46,104	520	23,974,080
Total	25,040	39,102	12,828	76,970	1,300	48,049,560
9.2. Cólera						
9.2.1. Consulta médica (1)	7,500	1,074	1,715	10,289	50	514,450
9.2.2. Exámenes Laboratorio (1)	1,270	17,940	3,842	23,052	50	1,152,600
9.2.3. Medicamentos		222,600		222,600	50	11,130,000
9.2.4. Hospitalización (3)	240,000	136,500	75,300	451,800	150	67,770,000
total				707,741		80,567,050
9.3. Intoxicación Alimenticia						
9.3.1. Consulta médica (1)	7,500	1,074	1,715	10,289	162	1,666,818
9.3.2. Exámenes Laboratorio (1)	1,270	17,940	3,842	23,052	162	3,734,424
9.3.3. Medicamentos					162	0
9.3.4. Hospitalización (3)	240,000	136,500	75,300	451,800	486	219,574,800
Total				485,141		224,976,042
9.4. Intoxicación química						
9.4.1. Consulta médica (1)	7,500	1,074	1,715	10,289	108	1,111,212
9.4.2. Exámenes Laboratorio (1)	1,270	17,940	3,842	23,052	108	2,489,616
9.4.3. Medicamentos					0	0
9.4.4. Hospitalización (3)	240,000	136,500	75,300	451,800	324	146,383,200
Total				485,141		149,984,028
TOTAL				485,141	580	503,576,680

ANEXO 3

RECUPERACION CIRUGIAS HOSPITAL CANTON COTACACHI					
16. Cirugias	Costo Procedimiento	Días	Costo	Usuarios	TOTAL
16.1. Cirugías menores	145,000	0	145,000		0
16.2. Vasectomia	365,000	0	365,000		0
16.3. Salpingectomia	515,000	0	515,000		0
16.4. Apendicectomia (2)	700,000	160	860,000	2	1,720,000
16.5. Colectistectomia (2)	1,200,000	160	1,360,000	59	80,240,000
16.6. Laparotomia (2)	1,340,000	160	1,340,000		0
16.7. Histerectomía (2)	1,190,000	160	1,350,000		0
16.8. Hemiorrafias (2)	780,000	160	940,000	51	47,940,000
16.9. Reducción de Fracturas	430,000	0	430,000		0
16.10. Osteosintesis	800,000	0	800,000		0
TOTAL					129,900,000

ANEXO 3

CONJUNTO DE PRESTACIONES DE CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CASOS AGUDOS						
9. Control de AGUDOS:	Mano De Obra	Materiales	Costo Ind.	Costo	Usuarios	TOTAL
9.1. Hepatitis						
9.1.1. Consulta médica (3)	22,500	3,222	5,144	30,866	780	24,075,480
9.1.2. Exámenes Laboratorio (2)	2,540	35,880	7,684	46,104	520	23,974,080
Total	25,040	39,102	12,828	78,970	1,300	48,049,560
9.2. Cólera						
9.2.1. Consulta médica (1)	7,500	1,074	1,715	10,289	50	514,450
9.2.2. Exámenes Laboratorio (1)	1,270	17,940	3,842	23,052	50	1,152,600
9.2.3. Medicamentos		222,600		222,600	50	11,130,000
9.2.4. Hospitalización (3)	240,000	136,500	75,300	451,800	150	67,770,000
total				707,741		80,597,050
9.3. Intoxicación Alimenticia						
9.3.1. Consulta médica (1)	7,500	1,074	1,715	10,289	162	1,666,818
9.3.2. Exámenes Laboratorio (1)	1,270	17,940	3,842	23,052	162	3,734,424
9.3.3. Medicamentos					162	0
9.3.4. Hospitalización (3)	240,000	136,500	75,300	451,800	486	219,574,800
Total:				485,141		224,976,042
9.4. Intoxicación química						
9.4.1. Consulta médica (1)	7,500	1,074	1,715	10,289	108	1,111,212
9.4.2. Exámenes Laboratorio (1)	1,270	17,940	3,842	23,052	108	2,489,616
9.4.3. Medicamentos					0	0
9.4.4. Hospitalización (3)	240,000	136,500	75,300	451,800	324	146,383,200
Total				485,141		149,984,028
TOTAL				485,141	580	503,576,680

ANEXO 3

RECUPERACION CIRUGIAS HOSPITAL CANTON COTACACHI					
16. Cirugias	Costo Procedimiento	Dias	Costo	Usuarios	TOTAL
16.1. Cirugias menores	145,000	0	145,000		0
16.2. Vasectomia	365,000	0	365,000		0
16.3. Salpingectomia	515,000	0	515,000		0
16.4. Apendicectomia (2)	700,000	160	860,000	2	1,720,000
16.5. Colectomia (2)	1,200,000	160	1,360,000	59	80,240,000
16.6. Laparotomia (2)	1,340,000	160	1,340,000		0
16.7. Histerectomía (2)	1,190,000	160	1,350,000		0
16.8. Hemiorrafias (2)	780,000	160	940,000	51	47,940,000
16.9. Reducción de Fracturas	430,000	0	430,000		0
16.10. Osteosintesis	800,000	0	800,000		0
TOTAL					129,900,000

RESUMEN ACTIVIDADES CANTON	
PRESTACIONES	TOTAL
Salud Pública	467,040
Crónicos	115,128
Agudos	25,443
Curativas	484,648
Cirugia/Hospitalizacióm	29,603
Perinatal	15,798
Medicamentos e Insumos	185,822
TOTAL	1,323,482
Usuarios	36,894
Percapita	36
PERCAPITA	
Usuarios Salud Pública	13
Usuarios Crónicos	23
Usuarios Agudos	44
Usuarios Curativas	9
Usuarios Cirugia	54
Usuarios Perinatal	29
TOTAL	

ANEXO 4

**NORMA ECUATORIANA DE CONTABILIDAD NEC 17
CONVERSIÓN DE ESTADOS FINANCIEROS PARA EFECTOS DE
APLICAR EL ESQUEMA DE DOLARIZACIÓN**

Resolución SB-SC-SRI-01

**EL SUPERINTENDENTE DE
BANCOS, SUBROGANTE; EL
SUPERINTENDENTE DE
COMPAÑÍAS; Y LA DIRECTORA
GENERAL DEL SERVICIO DE
RENTAS INTERNAS**

Considerando:

Que es indispensable emitir las normas que faciliten el proceso de dolarización;

Que es necesario propiciar la transparencia de los estados financieros y de los registros contables;

Que la séptima disposición transitoria de la Ley para la Transformación Económica del Ecuador, dispone que las sociedades y las personas naturales obligadas a llevar contabilidad, efectuarán la conversión de las cifras contables de sucres a dólares de los Estados Unidos de América, de conformidad con la norma ecuatoriana de contabilidad que será promulgada por la Federación Nacional de Contadores del Ecuador y aprobada conjuntamente por el Director del Servicio de Rentas Internas, Superintendente de Bancos y Superintendente de Compañías;

Que la Federación Nacional de Contadores del Ecuador ha puesto en conocimiento de

las autoridades antes mencionadas, la Norma Ecuatoriana de Contabilidad NEC 17 "Conversión de estados financieros para efectos de aplicar el esquema de dolarización"; y,

En ejercicio de sus atribuciones legales,

Resuelven:

Art. 1.- Aprobar la Norma Ecuatoriana de Contabilidad NEC 17 "Conversión de estados financieros para efectos de aplicar el esquema de dolarización", con las siguientes aclaraciones:

1. Las instituciones del sistema financiero y de seguros se sujetarán a lo dispuesto en la Ley General de Instituciones del Sistema Financiero en lo relativo a su capitalización, por tanto en este ámbito, la NEC 17 no será aplicable para dichas instituciones; y,

2. Las instituciones del sistema financiero y de seguros mantendrán la reexpresión monetaria integral, conforme las disposiciones que, al respecto, ha impartido la Superintendencia de Bancos.

Art. 2.- La fecha de transición será el 31 de marzo del 2000. En consecuencia, a la mencionada fecha se efectuará la reexpresión y conversión de los estados financieros y, a partir del 1 de abril del 2000, la conta-

bilidad se llevará en dólares de los Estados Unidos de América.

Art. 3.- La presente resolución y la Norma Ecuatoriana de Contabilidad NEC 17 "Conversión de estados financieros para efectos de aplicar el esquema de dolarización" entrará en vigencia a partir de la presente fecha, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Comuníquese y publíquese conjuntamente con la NEC 17, en el Registro Oficial. Dada en Quito, Distrito Metropolitano, a los treinta y un días del mes de marzo del dos mil

f.) Ing. Gustavo Muñoz González, Superintendente de Bancos, Subrogante.

f.) Dr. Xavier Muñoz Chávez, Superintendente de Compañías.

f.) Econ. Elsa de Mena, Directora General del Servicio de Rentas Internas.

Norma Ecuatoriana de Contabilidad NEC 17

Conversión de estados financieros para efectos de aplicar el esquema de dolarización

Esta Norma, ha sido desarrollada con referencia a la Norma Internacional de Contabilidad NIC 21 y 29, reformadas en 1993 y 1994. La Norma se muestra en tipo cursivo, y debe ser leída en el contexto de la guía de implantación de esta Norma. No se intenta que las normas ecuatorianas de contabilidad se apliquen a partidas inmatriciales

INTRODUCCIÓN

1. La unidad monetaria de la República del Ecuador es el Sucre y el tipo de cambio con respecto al Dólar de los Estados Unidos de América (EUA) ha sufrido un deterioro importante en los últimos años, pasando de S/ 6 800 por 1 US\$, al 1 de enero de 1999 a S/ 25 000 por 1 US\$ al 10 de enero del 2000. En su afán de corregir los efectos de las distorsiones económicas y de información financiera, el Gobierno Ecuatoriano anunció la adopción del esquema de dolarización, fijando el Banco Central del Ecuador la tasa de cambio en S/ 25 000 por 1 US\$; así como también ha emitido la Ley Fundamental para la Transformación Económica del Ecuador.

2. La Disposición transitoria séptima de la Ley Fundamental para la Transformación Económica del Ecuador establece que las sociedades y las personas naturales obligadas a llevar contabilidad, efectuarán la conversión de las cifras contables de sucres a dólares de los Estados Unidos de América

3. Considerando los efectos de la devaluación del sucre, unidad monetaria de la República del Ecuador y el efecto que esa devaluación tendría en los estados financieros, al momento de convertirlos a dólares de los Estados Unidos de América, es necesario efectuar ciertos ajustes a los estados financieros expresados en sucres antes de proceder a la conversión.

OBJETIVO Y ALCANCE

Objetivo

4. El objetivo de esta norma es definir el tratamiento contable para ajustar los estados financieros expresados en sucres como procedimiento previo a la conversión a dólares de los Estados Unidos de América;

y, definir el criterio a utilizar para convertir los estados financieros expresados en sucres a dólares de Estados Unidos de América

Alcance

5. Esta Norma complementa otras normas ecuatorianas de contabilidad relacionadas con efectos de las variaciones en tipos de cambio de moneda extranjera

6. Esta Norma debe ser aplicada al ajustar los estados financieros expresados en sucres a la fecha de transición, por la brecha entre las tasas de inflación y devaluación acumulada, a partir de diciembre de 1991, hasta la fecha de transición.

7. Esta Norma trata del proceso de conversión de los estados financieros expresados en sucres a dólares de los Estados Unidos de América en la fecha de transición, para incorporar dichos estados financieros al esquema de dolarización.

8. Esta Norma no trata del registro de operaciones en moneda extranjera ni sobre el ajuste integral de los estados financieros por inflación. Esta Norma no debe ser aplicada para ajustar los estados financieros de compañías en liquidación, para las cuales deben convertirse sus estados financieros a la tasa de S/. 25 000, y aplicar los principios de contabilidad generalmente aceptados para las compañías en estado de liquidación.

DEFINICIONES

9. Los siguientes términos se usan en esta Norma con los significados que se indican:

Estados financieros al inicio del año, son los estados financieros al 31 de diciembre de 1999 y expresados en sucres, que incluyen el ajuste por inflación de los activos no

monetarios, pasivos no monetarios y patrimonio hasta esa fecha

Estados financieros de la fecha de transición, son los estados financieros a la fecha de transición, expresados en sucres, que incluyen la corrección monetaria integral por inflación a esa fecha e incluye además el ajuste por el índice especial que cubre la brecha, entre la inflación y la devaluación, los cuales servirán de base para convertirlos a dólares de Estados Unidos de América

Activos monetarios, son todas aquellas cuentas del activo, en moneda nacional, que representan bienes o derechos líquidos o que por su naturaleza habrán de liquidarse por un valor igual al nominal, tales como: caja, bancos, cuentas por cobrar incluyendo anticipos y retenciones de impuesto a la renta, depósitos a plazo, certificados de ahorro, bonos del Estado, certificados financieros y otros títulos y cuentas similares.

Activos no monetarios, son todas aquellas cuentas del activo susceptibles de sufrir variaciones en su costo de adquisición o valor nominal como consecuencia de su exposición a la inflación o devaluación, pactos de ajuste o de mercado, tales como: acciones, participaciones y derechos en sociedades, inventarios, gastos pagados por anticipado, propiedad, planta y equipo, bienes recibidos en dación en pago, cargos diferidos, cuentas por cobrar con reajuste pactado sobre el principal, activos en moneda extranjera, depósitos o ahorros con reajuste pactado sobre el principal, entre otros similares

Pasivos monetarios, son todas aquellas cuentas, en moneda nacional, que representan obligaciones que por su naturaleza, habrán de liquidarse por un valor igual al nominal

Pasivos no monetarios, son todas aquellas cuentas que representan obligaciones que son susceptibles de sufrir variaciones en su valor de registro o valor nominal, por tratarse de deudas contraídas en monedas distintas del Sucre o porque tratándose de deudas en sucres, se ha pactado algún reajuste del principal entre el deudor y el acreedor.

Patrimonio, involucra los rubros del balance general que hacen relación con aportes directos o indirectos de los propietarios, socios, accionistas o partícipes, tales como: capital pagado, capital adicional, prima en emisión de acciones, aportes para futuras capitalizaciones, reservas obligatorias y voluntarias, reserva por revalorización del patrimonio, acciones en Tesorería, utilidades no distribuidas o pérdidas acumuladas y la cuenta de reexpresión monetaria.

Cuenta reexpresión monetaria, es la cuenta patrimonial en la que se registra el efecto de aplicar la corrección monetaria a los activos y pasivos no monetarios y al patrimonio hasta el 31 de diciembre de 1999.

Ganancia o pérdida por posición monetaria neta, la ganancia o pérdida por posición monetaria se registrará en la cuenta denominada resultado por exposición a la inflación, es la cuenta del estado de resultados en la que se registra el efecto de aplicar la corrección monetaria integral a los estados financieros a partir del 1 de enero del 2000.

Cuenta de reserva por revalorización del patrimonio, es la cuenta patrimonial en la que se registra los ajustes por inflación a las cuentas patrimoniales, con excepción de utilidades no distribuidas o pérdidas acumuladas.

Índice de ajuste de inflación, se expresa en un porcentaje que refleja la variación

que registra el Índice Nacional General de Precios al Consumidor Urbano elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) entre la fecha de transición y el 1 de enero del 2000.

Índice de devaluación, se expresa en un porcentaje que refleja la variación del tipo de cambio ocurrido en un periodo, este índice surge de las cotizaciones del dólar de los Estados Unidos de América en el mercado nacional, mercado libre, publicado por el Banco Central del Ecuador.

Índice proporcional mensual, se expresa en un porcentaje que refleja la inflación ocurrida entre el mes siguiente a la fecha de origen (posterior al 1 de enero del 2000) y la fecha de transición.

Índice especial de corrección de brecha, se expresa en un porcentaje que refleja la diferencia que existe entre el índice de devaluación acumulada y el índice de inflación acumulada, desde el 31 de diciembre de 1991 o la fecha de origen en caso de ser posterior, hasta la fecha de transición.

El **Índice de inflación acumulada**, es el que surge del Índice Nacional General de Precios al Consumidor Urbano elaborado por el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC) y el índice de devaluación acumulada, surge de las cotizaciones del dólar de los Estados Unidos de América en el mercado nacional, mercado libre, publicado por el Banco Central del Ecuador. Con estos índices se determinará, el índice especial de corrección de brecha, que refleja, la variación existente entre la devaluación y la inflación acumulada del periodo comprendido entre el 31 de diciembre de 1991 y la fecha de transición. En los apéndices I, II y III se incluye un detalle de los índices de inflación acumulada y también los índices de devaluación acumulada determinados en

base a los tipos de cambio del dólar de Estados Unidos de América y un ejemplo de cómo se utilizará el índice especial de corrección de brecha.

Tasa de conversión, es la cotización fijada por el Banco Central del Ecuador, de S/. 25.000 por 1 US\$, que rige para convertir los estados financieros a la fecha de transición.

Fecha de transición, es la fecha en que los estados financieros deben ser convertidos de sucres a dólares de los Estados Unidos de América. Además es la fecha de inicio de los registros contables en dólares de los Estados Unidos de América, bajo el esquema de dolarización.

Reserva de Capital, se incluyen en este rubro las siguientes cuentas que se originaron en ajustes parciales por inflación hasta el periodo de transición, como por ejemplo: reserva por revalorización del patrimonio, reexpresión monetaria.

Fecha de origen, se refiere a la fecha en que se produjo la transacción.

Período de transición, se refiere al periodo comprendido entre el 1 de enero del 2000 y la fecha en que el Gobierno Nacional, oficialmente define que debe realizarse la conversión a dólares de Estados Unidos de América.

Valor justo, es la cantidad por la que un activo podría ser intercambiado entre un comprador informado y dispuesto y un vendedor informado y dispuesto, en una transacción en libre competencia.

Cantidad recuperable, es la cantidad que la empresa espera recuperar del uso futuro de un activo, incluyendo su valor residual en su disposición.

Valor neto realizable, es el precio estimado de venta en el curso ordinario de los negocios menos los costos estimados de terminación y los costos estimados necesarios para hacer la venta.

REEXPRESIÓN MONETARIA INTEGRAL APLICABLE A LOS ESTADOS FINANCIEROS HASTA LA FECHA DE TRANSICIÓN

10. A partir del 1 de enero del 2000, las partidas no monetarias del balance general deben ser ajustadas con el propósito de reconocer los efectos de la inflación, entre el 1 de enero del 2000 y la fecha de transición. Para determinar y registrar este ajuste se debe utilizar el porcentaje de ajuste de inflación correspondiente a dicho periodo. Los procedimientos de ajuste son aquellos establecidos por la Norma Ecuatoriana de Contabilidad (NEC) 16 "Corrección Monetaria Integral de Estados Financiero" y por las disposiciones legales vigentes, los cuales se resumen a continuación:

a) Activos no monetarios (excepto inventarios)

Los activos no monetarios poseídos a la fecha de transición tales como: activo fijo, bienes recibidos en dación en pago, gastos pagados por anticipado, patentes y demás intangibles se ajustarán aplicando al valor del activo reexpresado al 31 de diciembre de 1999, el índice de ajuste de inflación. Cuando el activo haya sido adquirido durante el periodo de transición, se aplicará el índice proporcional mensual, determinado con base al número de meses transcurridos desde el mes siguiente en que se adquirió, fabricó o construyó el activo no monetario (fecha de origen) y la fecha de transición.

En el caso de los activos depreciables o amortizables, el ajuste efectuado a estos activos tendrá efecto en el cargo por depreciación o amortización a partir del mes siguiente.

En el caso de inversiones en acciones, el costo de adquisición de acciones, participaciones y derechos, una vez ajustado por corrección monetaria, no debe exceder al valor patrimonial proporcional que certifique la sociedad receptora de la inversión, una vez que esta última haya aplicado el sistema de corrección monetaria integral a sus estados financieros. Si se tratan de inversiones inscritas en las bolsas de valores, se reajustarán al valor de mercado del día de cierre o en su falta, al de la última negociación efectuada durante el período de transición, ajustada por el índice proporcional mensual por el número de meses transcurridos desde el mes siguiente en que se efectuó la negociación y la fecha de transición.

Inventarios

Cuando se trate de inventarios adquiridos, se deben ajustar en base al último costo de adquisición. Si no se hubieren realizado adquisiciones durante el último mes del período de transición, los inventarios se ajustarán, con el valor que resulte de aplicar al costo de la última adquisición realizada durante el período de transición, el índice proporcional mensual por el número de meses transcurridos desde el mes siguiente en que se adquirió el inventario (fecha de origen) y la fecha de transición. De no haberse realizado adquisiciones durante el período de transición, los inventarios se ajustarán aplicando, al costo ajustado que tenían al 31 de diciembre de 1999, el índice de ajuste de inflación, correspondientes a dicho período.

Cuando se trate de inventarios de productos terminados, fabricados por la compañía, se debe ajustar la porción del costo correspondiente a la materia prima e insumos directos utilizados en la fabricación, de acuerdo con los procedimientos descritos en el párrafo precedente. La porción del costo correspondiente a mano de obra y gastos indirectos de fabricación se ajustará al último costo de producción. Si no se hubiere realizado ninguna producción durante el último mes del período de transición, se ajustarán aplicando al costo de la mano de obra y gastos de fabricación de la última producción, el índice proporcional mensual por el número de meses transcurridos desde el mes siguiente en que se fabricó el inventario (fecha de origen) y la fecha de transición.

Cuando no exista producción durante el período de transición, los inventarios de productos terminados, se ajustarán aplicando al costo unitario ajustado de los inventarios al 31 de diciembre de 1999, el índice de ajuste de inflación correspondiente a dicho período.

Cuando se trate de inventarios de productos que a la fecha de transición se encuentren en proceso, se ajustará únicamente el costo correspondiente a la materia prima de acuerdo con los procedimientos descritos en los párrafos precedentes.

Las mercaderías en tránsito se ajustarán por el índice de ajuste de inflación o proporcional mensual, según corresponda.

b) Pasivos no monetarios

Los pasivos no monetarios existentes a la fecha de transición, tales como créditos diferidos, etc., se ajustarán aplicando al valor del pasivo al 31 de diciembre de 1999, el índice de ajuste de inflación. Cuando el pasivo haya sido originado durante el período de transición, se aplicará el

índice proporcional mensual por el número de meses transcurridos desde el mes siguiente en que se contrajo el pasivo no monetario (fecha de origen) y la fecha de transición.

c) Patrimonio

El Patrimonio reexpresado al 31 de diciembre de 1999, debe ajustarse en base al índice de ajuste de inflación. Para tal efecto, el patrimonio debe descomponerse en dos grupos de cuentas, excluyendo la cuenta Reexpresión Monetaria:

Grupo 1 - Utilidades no distribuidas a disposición de los propietarios, socios o accionistas o pérdidas acumuladas. En relación con este grupo, el ajuste debe registrarse como un mayor valor de las utilidades no distribuidas o pérdidas acumuladas:

Grupo 2 - Capital, reservas, aportes para futuras capitalizaciones y acciones en Tesorería. En relación con este grupo de cuentas, el ajuste debe registrarse como crédito en la Cuenta de Reserva por Revalorización del Patrimonio.

Cuando el Patrimonio registre aumentos o disminuciones durante el período de transición, (aportes en efectivo o en especie, diferentes a la capitalización de reservas o utilidades de ejercicios anteriores; pagos de dividendos o retiro de utilidades de ejercicios anteriores; disminuciones efectivas de reservas, aportes y capital, y las acciones propias en Tesorería), deben ser objeto de ajuste aplicando el índice proporcional mensual por el número de meses transcurridos desde el mes siguiente en que se aumentó o disminuyó el patrimonio (fecha de origen) y la fecha de transición.

La utilidad o pérdida del ejercicio durante el período de transición no está sujeta a reexpresión en dicho período.

11. El resultado de la aplicación de la corrección monetaria integral se debe registrar en los resultados del período en la cuenta Resultado por Exposición a la Inflación, la cual reflejará la ganancia o pérdida por la posición monetaria neta. Esa ganancia o pérdida forma parte del rubro de resultados financieros en el estado de resultados.

12. Los estados de resultados y de flujos de efectivo no están sujetos a reexpresión monetaria.

UTILIZACIÓN DEL ÍNDICE ESPECIAL DE CORRECCIÓN DE BRECHA

13. Durante los últimos años ha existido una brecha entre la inflación y la devaluación anual del sucre con relación al dólar de los Estados Unidos de América, en los primeros años de la década del noventa la inflación fue mayor que la devaluación, en cambio, en los dos últimos años la devaluación ha sido sustancialmente mayor que la inflación.

14. Con el objetivo de contar con estados financieros en sucres que puedan convertirse a dólares de los Estados Unidos de América a tasa de cambio corriente, los pasos previos que deben ejecutarse son los siguientes:

(i) Reexpresar los estados financieros por el ajuste integral de inflación por el período comprendido entre el 1 de enero del 2000 y la fecha de transición, como se indica en el párrafo 10 precedente; y,

(ii) Ajustar las partidas no monetarias del balance general para reconocer el cambio del poder adquisitivo del Sucre con relación al Dólar de los Estados Unidos de América, por el índice especial de corrección de brecha, el cual surge de la variación acu-

mulada de la diferencia entre las tasas de inflación y devaluación por el período comprendido entre el 31 de diciembre de 1991 o fecha de origen en caso de ser posterior y la fecha de transición.

15. Los procedimientos de ajuste utilizando el índice especial de corrección de brecha, son los siguientes:

a) Activos no monetarios (excepto inventarios)

Los activos no monetarios poseídos a la fecha de transición tales como: propiedad, planta y equipo, bienes recibidos en dación en pago, gastos pagados por anticipado, patentes y demás intangibles se ajustarán aplicando al valor del activo reexpresado a la fecha de transición el índice especial de corrección de brecha, por el período comprendido, entre el 31 de diciembre de 1991 o la fecha de adquisición si es posterior, y la fecha de transición.

Para el caso de los activos fijos, el valor ajustado no deberá superar el valor justo o la cantidad recuperable del activo.

En el caso de inversiones en acciones, al costo reexpresado de acciones, participaciones y derechos, a la fecha de transición se le aplicará el índice especial de corrección de brecha, por el período comprendido entre el 31 de diciembre de 1991 o la fecha de adquisición del activo, si es posterior, hasta la fecha de transición.

Una vez ajustado por inflación las inversiones, participaciones y derechos de participación, por el índice corrector de brecha, el saldo de dichas inversiones no deberá superar el valor de mercado o el valor patrimonial proporcional a la fecha de transición

Inventarios

Los inventarios ajustados por reexpresión monetaria integral a la fecha de transición, deben ajustarse por el índice de brecha desde la fecha de adquisición o producción hasta la fecha de transición.

Para aquellos inventarios que previamente han sido ajustados por el ajuste integral de inflación a su valor de mercado, no se requiere efectuar el ajuste por corrección de brecha.

Los inventarios ajustados no deben exceder del valor de mercado (valor neto realizable o al valor de reposición).

b) Pasivos no monetarios

Los pasivos no monetarios existentes a la fecha de transición y una vez ajustados por inflación a esa fecha, deben ser ajustados por el índice especial de corrección de brecha por el período comprendido desde la fecha de origen de la transacción hasta la fecha de transición.

c) Patrimonio

El valor ajustado del patrimonio registrado a la fecha de transición y una vez ajustado por inflación debe ser ajustado por el índice especial de corrección de brecha, por el período comprendido entre el 31 de diciembre de 1991 o la fecha de adquisición si es posterior, y la fecha de transición.

16. El efecto del ajuste de las partidas no monetarias producto de la aplicación de este índice especial de corrección de brecha, se registrará en las siguientes cuentas:

a) En la cuenta patrimonial Reexpresión Monetaria, el efecto acumulado hasta el 31 de diciembre de 1999; y,

b) En la cuenta denominada Resultado por exposición a la inflación, el efecto por el período comprendido entre el 1 de enero del 2000 y la fecha de transición.

17. Los estados de resultados y de flujos de efectivo no están sujetos al ajuste por el índice de brecha

CONVERSIÓN DE ESTADOS FINANCIEROS

18. Los saldos de los estados financieros a la fecha de transición, expresados en sucres y ajustados por:

a) Ajuste integral de inflación por el período comprendido entre el 1 de enero del 2000 y la fecha de transición; y,

b) El índice especial de corrección de brecha hasta la fecha de transición, se dividirán para S/. 25 000, con lo cual se obtendrán los saldos de los estados financieros convertidos a Dólares de los Estados Unidos de América. Estos saldos serán la base para iniciar la contabilidad en dólares.

OTROS ASUNTOS

19. Esta Norma no incluye el tratamiento tributario de las partidas que surjan como consecuencia del procedimiento de conversión. Para tales efectos, los contribuyentes

deben considerar las resoluciones que emita o haya emitido el Servicio de Rentas Internas.

REVELACIONES

20. Deben hacerse las siguientes revelaciones:

a) La ganancia o pérdida neta resultante de la corrección monetaria imputada al patrimonio y/o a los resultados del período debe estar revelada en los estados financieros o en notas. La ganancia o pérdida que de acuerdo con esta norma debe aplicarse a los resultados, se debe revelar como parte de los resultados financieros;

b) Los saldos de las cuentas reserva por revalorización del patrimonio y reexpresión monetaria deben revelarse como parte de la cuenta patrimonial "capital adicional"; y,

c) En las notas a los estados financieros se debe incluir una descripción del método utilizado para la conversión de las partidas monetarias y las partidas no monetarias, incluyendo un resumen de los índices utilizados y su fuente.

Fecha de vigencia

Esta Norma tiene vigencia para estados financieros que cubren períodos que empiezan en o después del 1 de enero del 2000.

APÉNDICE I
TABLA DE ÍNDICE DE CORRECCIÓN DE LA BRECHA ENTRE LA DEVALUACIÓN Y LA INFLACIÓN AL 31 DE DICIEMBRE DE 1999

MES	1991		1992		1993		1994		1995	
	IPC (A)	T/C (B)	IPC	FACTOR	IPC	T/C	IPC	T/C	IPC	T/C
Enero	39.17	1.220.50	0.3062	0.3062	61.06	1.841.69	0.44276	79.77	2.062.83	0.66664
Febrero	41.26	1.340.00	0.3192	0.3192	62.70	1.844.19	0.47951	81.40	2.064.30	0.69949
Marzo	43.46	1.534.25	0.31745	0.31745	64.39	1.865.69	0.50187	83.06	2.145.80	0.68445
Abril	45.78	1.429.50	0.31925	0.31925	66.12	1.890.03	0.52233	84.76	2.164.49	0.70408
Mayo	48.23	1.467.50	0.32959	0.32959	67.90	1.916.80	0.54151	86.49	2.170.43	0.73410
Junio	50.79	1.497.50	0.34759	0.34759	69.73	1.945.14	0.59275	88.26	2.179.45	0.76223
Julio	53.50	1.543.00	0.30834	0.30834	71.61	1.956.19	0.66946	90.07	2.214.23	0.77016
Agosto	56.36	1.741.46	0.40836	0.40836	73.55	1.946.56	0.64381	91.91	2.262.10	0.76731
Septiembre	59.56	1.820.54	0.41889	0.41889	75.51	1.946.15	0.68847	93.79	2.260.39	0.80563
Octubre	62.53	1.925.96	0.4128	0.4128	77.53	1.964.48	0.71786	95.71	2.290.33	0.81771
Noviembre	65.40	1.182.50	0.29066	0.29066	76.60	1.981.44	0.68250	98.40	2.305.45	0.80973
Diciembre	67.18	1.234.43	0.26883	0.26883	78.17	2.040.81	0.66603	98.16	2.327.17	0.85672

MES	1996		1997		1998		1999	
	IPC	T/C	IPC	FACTOR	IPC	T/C	IPC	T/C
Enero	121.66	2.953.82	0.78991	3.702.06	305.70	4.526.57	0.97745	302.30
Febrero	124.52	2.976.89	0.81735	3.756.79	313.42	4.847.96	1.04208	315.74
Marzo	127.04	3.058.67	0.80743	3.801.18	321.12	4.884.91	0.97248	329.79
Abril	129.82	3.086.91	0.85009	3.869.19	329.72	5.063.54	0.97424	344.46
Mayo	132.66	3.124.99	0.84734	3.910.49	338.34	5.222.23	0.98668	359.78
Junio	135.57	3.174.05	0.89815	3.986.60	347.28	5.264.47	1.04464	375.78
Julio	138.53	3.216.49	0.87420	4.042.91	356.35	5.535.49	1.08346	392.49
Agosto	141.57	3.266.29	0.88077	4.104.80	366.17	5.468.70	1.1261	409.95
Septiembre	144.66	3.305.02	0.90471	4.159.96	376.18	6.185.95	0.94234	428.19
Octubre	147.83	3.338.00	0.93700	4.260.14	386.51	6.736.00	0.85094	447.23
Noviembre	147.10	3.417.42	0.81988	4.327.42	377.10	6.462.45	0.86592	425.00
Diciembre	150.77	3.631.74	0.80657	4.442.79	389.43	6.761.24	0.86383	448.70

Notas

A - Índice de Precios al Consumidor Urbano publicado por el INEC. Para el caso de los índices mensuales, han sido reconstruidos para reflejar el criterio por el Reglamento de Corrección Monetaria emitido por las autoridades tributarias.

B - Tipo de cambio tomado del Banco Central del Ecuador. Tabla 4.4.1 total sistema financiero tasa de compra al cierre de cada mes.

C - Factor que sirve para ajustar la brecha, por el periodo comprendido entre el 31 de diciembre de 1991 o la fecha de adquisición del activo, si es posterior, hasta el 31 de diciembre de 1999. Este factor se aplica a las partidas no monetarias existente al 31 de marzo del 2000. Esta parte del ajuste se lleva al patrimonio según el criterio indicado en el párrafo 16 de la NEC.

* El cálculo se efectuó considerando la inflación anualizada de noviembre a noviembre dividida entre 12 meses.

** Los datos han sido calculados tomando como inicio el mes de noviembre de 1991.

APÉNDICE II
TABLA DE COEFICIENTE DE AJUSTE POR INFLACIÓN AL 31 DE MARZO DEL 2000

MES	AÑO	IPC	COEFICIENTE DE AJUSTE
Noviembre	1999	425.00	
Diciembre	1999	448.70	0.328118
Enero	2000	513.00	0.257967

MES	AÑO	IPC	COEFICIENTE DE AJUSTE
Febrero	2000	564.45	0.100292
Marzo	2000		

TABLA DE CORRECCIÓN DE BRECHA AL 31 DE MARZO DEL 2000

Diciembre 1999-Marzo del 2000			
MES	IPC	T/C	FACTOR
Noviembre (1) (2)	425.00		
Diciembre/99 (3)	448.70	19.525.89	(0.0359654)
Enero (3)	513.00	25.000.00	(0.2050669)
Febrero	564.45	25.000.00	(0.0911507)
Marzo	-	-	-

(1) Utilizamos el IPCU de Nov./99 porque dicho índice se usó en el cálculo de la Corrección Monetaria al 31 de diciembre de 1999.

(2) El factor de -0.0359654 debe ser aplicado para ajustar por brecha las partidas no monetarias al 31 de marzo del 2000 originadas o adquiridas hasta el 31 de diciembre de 1999. Corresponde a la segunda parte del ajuste de brecha indicado en la NEC.

(3) Los factores de -0.2050669 y -0.0911507 deben ser aplicados, para ajustar por brecha las partidas no monetarias al 31 de marzo del 2000 originadas en el mes de enero o febrero del 2000, respectivamente. Corresponde a la segunda parte del ajuste de la brecha indicado en la NEC.

(4) Las partidas no monetarias en el mes de marzo del año 2000 no requieren ajuste por brecha.

ÍNDICE

NORMA ECUATORIANA DE CONTABILIDAD NEC 16 CORRECCION MONETARIA INTEGRAL DE ESTADOS FINANCIEROS

ALCANCE	251
REEXPRESION MONETARIA INTEGRAL DE LOS ESTADOS FINANCIEROS	252
COSTO HISTÓRICO DE LOS ESTADOS FINANCIEROS	252
COSTOS ACTUALES DE LOS ESTADOS FINANCIEROS	255
CIFRAS DEL PERÍODO ANTERIOR	256
ESTADOS FINANCIEROS CONSOLIDADOS	256
SELECCIÓN Y USO DEL ÍNDICE GENERAL DE PRECIOS	256
REVELACIONES	256
DISPOSICIÓN TRANSITORIA	257
FECHA EFECTIVA	257

ANEXO 5

COSTO DEL CONJUNTO DE PRESTACIONES DE SALUD PUBLICA Y UNIDADES DEL AREA DE SALUD

ACTIVIDAD	CORRECCION DE LA BRECHA ENTRE LA DEVALUACION Y LA INFLACION AL 31 DE MARZO DEL 2000							Dolares		
	17.66 %		32.81 %		62.48%		-3.59%		Costo total	Costo Unitario
1. Control prenatal										
1.1. Consulta (5)	64,548,999	430,058,619	141,102,233	571,160,852	356,861,300	928,022,152	-33,315,995	894,706,157	35,788	5
1.2. Visita Domiciliaria (1)	3,711,279	24,726,448	8,112,748	32,839,195	20,517,929	53,357,125	-1,915,521	51,441,604	2,058	1
1.3. Laboratorio (2)	23,139,469	154,167,037	50,582,205	204,749,241	127,927,326	332,676,567	-11,943,089	320,733,478	12,829	5
1.4. Ecosonograma (Selectiva 20 %)	732,505	4,880,325	1,601,235	6,481,560	4,049,678	10,531,238	-378,071	10,153,167	406	1
1.5. Consulta odontológica (2)	28,487,685	189,799,605	62,273,250	252,072,855	157,495,120	409,567,976	-14,703,490	394,864,485	15,795	6
1.6. Toxide tetánico (2)	2,092,911	13,944,051	4,575,043	18,519,095	11,570,730	30,089,825	-1,080,225	29,009,600	1,160	0
Total	122,712,648	817,676,085	288,246,713	1,085,822,798	678,422,084	1,764,244,882	-63,336,391	1,700,908,491	68,036	
2. Control menor de un año.										
2.1. Consulta médica (6)	74,308,358	495,080,486	162,435,907	657,516,393	410,816,242	1,068,332,636	-38,353,142	1,029,979,494	41,199	6
2.2. Inmunizaciones (4)	17,525,954	116,766,914	38,311,224	155,078,138	96,892,821	251,970,958	-9,045,757	242,925,201	9,717	1
Total	91,834,311	611,847,399	200,747,132	812,594,531	507,709,063	1,320,303,594	-47,398,899	1,272,904,695	50,918	
3. Control de 1a menores de 5 años										
3.1. Consulta médica (6)	230,970,785	1,538,846,123	504,895,413	2,043,741,536	1,278,929,711	3,320,871,247	-119,212,098	3,201,459,149	128,058	6
3.2. Inmunizaciones (4)	16,013,396	106,689,476	35,004,817	141,694,293	88,530,594	230,224,887	-8,265,073	221,959,813	8,878	1
3.3. Consulta odontológica (2)	70,788,189	471,627,309	154,740,920	626,368,229	391,354,869	1,017,723,098	-38,536,259	981,186,839	39,247	6
3.4. Estimulación del desarrollo psicomotor (2)	20,051,665	133,594,501	43,832,356	177,426,857	110,856,300	288,283,157	-10,349,365	277,933,791	11,117	2
Total	337,824,034	2,250,757,408	738,473,506	2,989,230,813	1,869,671,475	4,856,902,388	-174,362,796	4,682,539,592	187,302	
4. Salud escolar integral:										
4.1. Consulta médica (2)	69,643,409	464,000,201	152,238,466	616,238,668	385,025,919	1,001,264,587	-35,945,399	965,319,188	38,613	2
4.2. Control odontológica (6)	1,728,867,688	11,518,605,448	3,779,254,448	15,297,859,896	9,558,102,883	24,855,982,759	-892,329,063	23,963,633,696	958,545	17
4.3. Inmunizaciones (2)	14,112,791	94,026,671	30,850,151	124,876,822	78,023,038	202,899,860	-7,284,105	195,615,755	7,825	0
4.4. Laboratorio (1)	39,008,161	259,892,425	85,270,705	345,163,130	215,657,923	560,821,053	-20,133,476	540,687,577	21,628	2
4.5. Desparasitación (80%)	93,408,402	622,334,802	204,185,049	826,522,851	516,411,477	1,342,934,328	-48,211,342	1,294,722,986	51,789	3
Total	1,945,040,452	12,958,859,548	4,251,801,818	17,210,661,366	10,753,221,222	27,963,882,568	-1,003,903,385	26,959,978,203	1,078,399	
5. Adolescentes:										
5.1. Consulta médica (2)	29,712,196	197,957,924	64,949,995	262,907,918	164,264,867	427,172,786	-15,335,503	411,837,283	16,473	2
5.2. Laboratorio (2)	86,568,717	443,515,021	145,517,278	589,032,300	368,027,381	957,059,681	-34,358,443	922,701,238	36,908	5
Total	96,280,913	641,472,945	210,467,273	851,940,218	532,292,248	1,384,232,466	-49,693,946	1,334,538,521	53,382	
6. Mujeres en edad Fértil										
6.1 Toxide Tetánico (2)	4,436,206	29,556,286	9,897,417	39,253,704	24,525,714	63,779,418	-2,289,681	61,489,737	2,460	1
Total	4,436,206	29,556,286	9,897,417	39,253,704	24,525,714	63,779,418	-2,289,681	61,489,737	2,460	
Subtotal 1 a 6 en Sucres Corrientes 1999	2,598,128,764	17,310,069,671	5,679,433,859	22,989,503,530	14,363,841,806	37,353,345,336	-1,340,985,098	36,012,360,238	1,440,494	
Subtotal 1 a 6 en Dolares									1,471,192	
7. Participación comunitaria										
7.1. Valorización y complementación de prácticas de la Medicina tradicional							4,000	36,894	4,000	0.11
7.2. Promoción de salud Ambiental							20,000	36,894	20,000	0.54
7.2.1. Riesgos Ambientales										
7.2.2. Riesgos de trabajo										
7.3. Control Zoonosis							5,000	36,894	5,000	0.14
7.4. Visitas Domiciliares de Salud Integral							22,000	36,894	22,000	0.60
7.5. Programa permanente de Educación para la salud							40,000	36,894	40,000	1.08
7.6. Atención Preventiva comunitaria a asilos y guarderías							5,000	200	5,000	25.00
7.7. Incentivo a proyectos Productivos								36,894		0.00
7.8. Programa de adolescentes							10,000	4,088	10,000	2.45
7.9. Formación y fortalecimientos de grupos comunitarios para salud							20,000	36,894	20,000	0.54
Subtotal 7 en Dolares							126,000		126,000	
TOTAL EN DOLARES									1,597,192	

ANEXO 5

COSTO DEL CONJUNTO DE PRESTACIONES DE CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CASOS CRONICOS HOSPITAL Y AREAS DE SALUD										
CORRECCION DE LA BRECHA ENTRE LA DEVALUACION Y LA INFLACION AL 31 DE MARZO DEL 2000										
	17.66 %		32.81 %		62.48%		-3.59%		Dolares	
									Costo total	Costo Unitario
8.1. Tuberculosis										
8.1.1. Consulta médica (6)	16,876,370	112,439,054	36,891,254	149,330,308	93,301,576	242,631,884	-8,710,485	233,921,399	9,357	6
8.1.2. Visitas Domiciliarias (2)	2,695,313	17,957,561	5,891,878	23,849,437	14,901,128	38,750,565	-1,391,145	37,359,420	1,494	3
8.1.3. Hospitalización (5días)	171,543,942	1,142,913,942	374,990,064	1,517,904,006	948,386,423	2,466,290,430	-88,539,826	2,377,750,603	95,110	74
8.1.4. BAAR (3)	8,785,100	58,530,854	19,203,973	77,734,827	48,568,720	126,303,548	-4,534,297	121,769,250	4,871	6
8.1.5. Exámenes Laboratorio (2)	745,316	4,965,680	1,629,240	6,594,920	4,120,506	10,715,426	-384,684	10,330,742	413	1
8.1.6. Medicamento Antituberculoso	32,865,359	218,965,919	71,842,718	290,808,637	181,697,236	472,505,873	-16,962,961	455,542,912	18,222	71
total	233,511,400	1,555,773,010	510,449,125	2,066,222,135	1,290,975,590	3,357,197,725	-120,523,398	3,236,674,327	129,467	
8.2 HTA										
8.2.1. Consulta médica (6)	142,402,548	948,758,994	311,287,826	1,260,046,820	787,277,253	2,047,324,074	-73,498,934	1,973,825,140	78,953	6
8.2.2. Exámenes Laboratorio (2)	35,450,122	238,186,938	77,492,934	313,679,872	195,987,184	509,667,056	-18,297,047	491,370,009	19,655	5
total	177,852,670	1,184,945,932	388,780,760	1,573,726,692	983,264,437	2,556,991,130	-91,795,982	2,465,195,148	98,608	
8.3 Diabetes										
8.3.1. Consulta médica (6)	28,977,643	193,063,957	63,344,284	256,408,241	160,203,869	416,612,111	-14,956,375	401,655,736	16,066	6
8.3.2. Exámenes Laboratorio (2)	1,279,749	8,526,343	2,797,493	11,323,835	7,075,132	18,398,968	-660,523	17,738,445	710	1
total	30,257,392	201,590,300	66,141,777	267,732,077	167,279,002	435,011,078	-15,616,898	419,394,181	16,776	
8.4 Neurociaticososis										
8.4.1. Consulta médica (6)	1,308,246	8,716,206	2,859,787	11,575,993	7,232,680	18,808,673	-675,231	18,133,442	725	6
8.4.2. Exámenes Laboratorio (2)	325,679	2,169,839	711,924	2,881,763	1,800,525	4,682,288	-168,094	4,514,194	181	5
total	1,633,924	10,886,044	3,571,711	14,457,756	9,033,206	23,490,961	-843,326	22,647,636	906	
8.5 Desnutrición Crónica y Anemia										
8.5.1. Consulta médica (6)	10,465,966	69,729,646	22,878,297	92,607,943	57,861,443	150,469,385	-5,401,851	145,067,534	5,803	6
8.5.2. Exámenes Laboratorio (2)	2,605,429	17,358,709	5,695,393	23,054,102	14,404,203	37,458,305	-1,344,753	36,113,551	1,445	5
8.5.3. Micronutrientes	565,120	3,765,120	1,235,336	5,000,456	3,124,285	8,124,741	-291,678	7,833,063	313	2
total	13,636,515	90,853,475	29,809,025	120,662,500	75,389,930	196,052,431	-7,038,282	189,014,148	7,561	
8.6 Enf. Osteomioarticulares (Artritis/Artrrosis)										
8.6.1. Consulta médica (6)	126,441,950	842,421,284	276,398,423	1,118,819,708	699,038,553	1,817,858,261	-65,261,112	1,752,597,150	70,104	6
8.6.2. Exámenes Laboratorio (2)	31,476,842	209,714,906	68,807,461	278,522,367	174,020,775	452,543,142	-16,246,299	436,296,843	17,452	5
total	157,918,792	1,052,136,190	345,205,884	1,397,342,075	873,059,328	2,270,401,403	-81,507,410	2,188,893,993	87,556	
TOTAL	614,810,694	4,096,184,962	1,343,958,283	5,440,143,235	3,380,661,493	8,836,144,728	-317,325,298	8,519,191,432	340,873	

ANEXO 5

COSTO DE CURATIVAS HOSPITAL CENTROS Y SUBCENTROS DEL CANTON COTACACHI

ACTIVIDAD	CORRECCION DE LA BRECHA ENTRE LA DEVALUACION Y LA INFLACION AL 31 DE MARZO DEL 2000								Dolares	
	17.66 %		32.81 %		62.48%		-3.59%		Costo total	Costo Unitario
10. Consulta Morbilidad										
10.1. Consulta (2)	160,891,394	1,071,941,188	351,703,904	1,423,645,091	889,493,453	2,313,136,544	-83,041,674	2,230,096,871	89,204	2
10.2. Consulta dermatológica (3)	361,991,182	2,411,771,376	791,302,189	3,203,073,565	2,001,280,363	5,204,353,928	-186,836,306	5,017,517,622	200,701	3
10.3. Ecosonografía Morbilidad (20%)	19,032,234	126,802,529	41,603,910	168,406,439	105,220,343	273,626,782	-9,823,201	263,803,580	10,552	1
10.4. Laboratorio Básico (60%9	90,115,284	600,394,356	196,989,388	797,383,744	498,205,363	1,295,589,108	-46,511,649	1,249,077,459	49,963	2
10.5. Radiología (6%)	26,814,259	178,850,379	58,615,189	237,265,568	148,243,527	385,509,095	-13,839,777	371,669,318	14,867	7
10.6. Medicinas (N. Recetas)	195,460,860	1,302,260,880	427,271,795	1,729,532,675	1,080,612,015	2,810,144,690	-100,884,194	2,709,260,496	108,370	5
	654,504,233	4,391,829,708	1,397,496,374	5,643,299,440	3,623,852,161	9,397,563,079	-311,941,191	9,085,621,888	369,614	6
11. Consulta Especialidad										
11.1. Consulta médica (2)	63,631,676	357,321,800	117,237,283	474,559,082	296,504,515	771,063,597	-27,661,183	743,382,414	29,735	2
11.2. Consulta rehabilitación (5)	335,182,374	2,233,157,310	732,696,913	2,965,856,223	1,853,068,968	4,818,923,191	-172,999,343	4,645,923,849	185,837	5
	398,814,050	2,590,479,110	849,934,196	3,430,415,305	2,150,573,523	5,590,986,788	-200,660,526	5,390,326,313	215,572	7
12. Regulación Fecundidad										
12.1. Consulta médica	912,153	6,077,231	1,993,939	8,071,170	5,042,867	13,114,037	-470,794	12,643,243	506	1
12.1.1. Métodos de barrera										
Consulta médica (3)	8,209,109	54,693,305	17,944,873	72,638,178	45,384,334	118,022,512	-4,237,008	113,785,504	4,551	3
Exámen de Laboratorio (1)	2,043,634	13,615,738	4,467,323	18,083,061	11,298,297	29,381,358	-1,054,791	28,326,567	1,133	2
Medicamento o insumo	19,902,643	132,601,643	43,506,599	176,108,243	110,032,430	286,140,673	-10,272,450	275,868,222	11,035	22
12.1.2. Trat. Temporal DIU										
Consulta médica (3)	8,209,109	54,693,305	17,944,873	72,638,178	45,384,334	118,022,512	-4,237,008	113,785,504	4,551	3
Exámen de Laboratorio (1)	2,043,634	13,615,738	4,467,323	18,083,061	11,298,297	29,381,358	-1,054,791	28,326,567	1,133	2
Medicamento o insumo	2,692,841	17,941,091	5,886,472	23,827,563	14,887,461	36,715,024	-1,369,869	37,325,155	1,493	3
12.1.3. Anticonceptivos Orales										
Consulta médica (3)	8,209,109	54,693,305	17,944,873	72,638,178	45,384,334	118,022,512	-4,237,008	113,785,504	4,551	3
Exámen de Laboratorio (1)	2,043,634	13,615,738	4,467,323	18,083,061	11,298,297	29,381,358	-1,054,791	28,326,567	1,133	2
Medicamento o insumo	31,915,152	212,635,152	69,765,593	282,400,745	176,443,986	458,844,731	-16,472,526	442,372,205	17,695	35
	42,168,395	281,944,195	92,177,789	373,121,984	233,126,617	585,252,627	-21,759,645	563,493,012	23,423	40
13. DOC										
13.1. Consulta médica (.3)	46,730,871	311,345,089	102,152,324	413,497,413	256,353,183	671,850,596	-24,119,436	647,731,160	25,909	3
13.2. Toma/envío muestra al laboratorio	12,929,989	86,146,233	28,264,579	114,410,812	71,483,875	185,894,887	-6,673,619	179,221,067	7,169	3
13.3. Gram y Fresco (1)	2,064,316	13,753,536	4,512,535	18,266,071	11,412,641	29,678,713	-1,065,466	28,613,247	1,145	0.4
	61,725,176	411,244,858	134,929,438	546,164,306	339,270,699	987,424,196	-31,858,521	955,565,674	34,223	6.7
14. Emergencias										
14.1. Consulta (1)	10,682,355	71,171,343	23,351,318	94,522,661	59,057,759	153,580,420	-5,513,537	148,066,883	5,923	3
	10,682,355	71,171,343	23,351,318	94,522,661	59,057,759	153,580,420	-5,513,537	148,066,883	5,923	3
15. Con. Odontol. Curativa										
15.1. Consulta (3)	85,677,571	572,160,531	187,725,870	759,886,401	474,777,023	1,234,663,424	-44,324,417	1,190,339,007	47,614	6
	85,677,571	572,160,531	187,725,870	759,886,401	474,777,023	1,234,663,424	-44,324,417	1,190,339,007	47,614	6

ANEXO 5

**COSTO DEL CONJUNTO DE PRESTACIONES DE CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA CASOS AGUDOS
CORRECCION DE LA BRECHA ENTRE LA DEVALUACION Y LA INFLACION AL 31 DE MARZO DEL 2000**

	17.66 %		32.81 %		62.48%		-3.59%		Dolares	
									Costo total	Costo Unitario
9. Control de AGUDOS										
9.1. Hepatitis										
9.1.1. Consulta médica (3)	4,251,730	28,327,210	9,294,158	37,621,367	23,505,830	61,127,198	-2,194,466	58,932,731	2,357	3
9.1.2. Exámenes Laboratorio (2)	4,233,823	28,207,903	9,255,013	37,462,915	23,406,830	60,869,745	-2,185,224	58,684,521	2,347	5
Total	8,485,552	56,535,112	18,549,170	75,084,283	46,912,660	121,996,942	-4,379,690	117,617,252	4,705	4
9.2. Cólera										
9.2.1. Consulta médica (1)	90,852	605,302	198,600	803,901	502,278	1,306,179	-46,892	1,259,287	50	1
9.2.2. Exámenes Laboratorio (1)	203,549	1,356,149	444,953	1,801,102	1,125,328	2,926,430	-105,059	2,821,371	113	2
9.2.3. Medicamentos	1,965,558	13,095,558	4,296,653	17,392,211	10,866,653	28,258,864	-1,014,493	27,244,371	1,090	22
9.2.4. Hospitalización (3)	11,968,182	79,738,182	26,162,098	105,900,280	66,166,495	172,066,774	-6,177,197	165,889,577	6,636	44
Total	14,228,141	94,795,191	31,102,302	125,897,493	78,660,754	204,558,247	-7,343,641	197,214,606	7,889	
9.3. Intoxicación Alimenticia										
9.3.1. Consulta médica (1)	294,360	1,961,178	643,463	2,604,641	1,627,379	4,232,020	-151,930	4,080,090	163	1
9.3.2. Exámenes Laboratorio (1)	659,499	4,393,923	1,441,646	5,835,570	3,646,064	9,481,633	-340,391	9,141,243	366	2
9.3.3. Medicamentos										
9.3.4. Hospitalización (3)	38,776,910	258,351,710	84,765,196	343,116,906	214,379,443	557,496,348	-20,014,119	537,482,229	21,499	44
Total	39,730,769	264,706,811	86,850,305	351,557,116	219,652,886	571,210,002	-20,506,439	550,703,563	22,028	
9.4. Intoxicación química										
9.4.1. Consulta médica (1)	196,240	1,307,452	428,975	1,736,427	1,084,920	2,821,347	-101,286	2,720,060	109	1
9.4.2. Exámenes Laboratorio (1)	439,666	2,929,282	961,097	3,890,380	2,430,709	6,321,089	-226,927	6,094,162	244	2
9.4.3. Medicamentos										
9.4.4. Hospitalización (3)	25,851,273	172,234,473	56,510,131	228,744,604	142,919,628	371,664,232	-13,342,746	358,321,486	14,333	44
Total	26,487,179	176,471,207	57,900,203	234,371,410	146,435,257	380,806,668	-13,670,959	367,135,708	14,685	
TOTAL	88,931,642	592,508,322	194,401,880	788,910,302	491,661,697	1,278,571,859	-45,900,730	1,232,671,129	49,307	85

ANEXO 5

RECUPERACION CIRUGIAS HOSPITAL CANTON COTACACHI

CORRECCION DE LA BRECHA ENTRE LA DEVALUACION Y LA INFLACION AL 31 DE MARZO DEL 2000

	17.66 %		32.81 %		62.48%		-3.59%		Dolares	
									Costo total	Costo Unitario
16. Cirugías										
16.1. Cirugías menores	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16.2. Vasectomia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16.3. Salpingectomia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16.4. Apendicectomia (2)	303,752	2,023,752	663,993	2,687,745	1,679,303	4,367,048	-156,777	4,210,271	168	84
16.5. Colectectomia (2)	14,170,384	94,410,384	30,976,047	125,386,431	78,341,442	203,727,873	-7,313,831	196,414,042	7,857	133
16.6. Laparotomia (2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16.7. Histerectomia (2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16.8. Hemiorrafias (2)	8,466,204	56,406,204	18,506,876	74,913,080	46,805,692	121,718,772	-4,369,704	117,349,068	4,694	92
16.9. Reducción de Fracturas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16.10. Osteosintesis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL:	22,940,340	152,840,340	50,146,916	202,907,256	126,926,437	329,813,693	-11,640,312	317,973,381	12,719	

ANEXO 5

COSTO DEL CONJUNTO DE PRESTACIONES DE CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA CASOS AGUDOS

CORRECCION DE LA BRECHA ENTRE LA DEVALUACION Y LA INFLACION AL 31 DE MARZO DEL 2000

	17.66 %		32.81 %		62.48%		-3.59%		Dolares	
									Costo total	Costo Unitario
9. Control de AGUDOS										
9.1. Hepatitis										
9.1.1. Consulta médica (3)	4,251,730	28,327,210	9,294,158	37,621,367	23,505,830	61,127,198	-2,194,466	58,932,731	2,357	3
9.1.2. Exámenes Laboratorio (2)	4,233,823	28,207,903	9,255,013	37,462,915	23,406,830	60,869,745	-2,185,224	58,684,521	2,347	5
Total	8,485,552	56,535,112	18,549,170	75,084,282	46,912,660	121,996,942	-4,379,690	117,617,252	4,705	4
9.2. Cólera										
9.2.1. Consulta médica (1)	90,852	605,302	198,600	803,901	502,278	1,306,179	-46,892	1,259,287	50	1
9.2.2. Exámenes Laboratorio (1)	203,549	1,356,149	444,953	1,801,102	1,125,328	2,926,430	-105,059	2,821,371	113	2
9.2.3. Medicamentos	1,965,558	13,095,558	4,296,653	17,392,211	10,866,653	28,258,864	-1,014,493	27,244,371	1,090	22
9.2.4. Hospitalización (3)	11,968,182	79,738,182	26,162,098	105,900,280	66,166,495	172,066,774	-6,177,197	165,889,577	6,636	44
Total	14,228,141	94,795,191	31,102,302	125,897,493	78,660,754	204,558,247	-7,343,641	197,214,606	7,389	
9.3. Intoxicación Alimenticia										
9.3.1. Consulta médica (1)	294,360	1,961,178	643,463	2,604,641	1,627,379	4,232,020	-151,930	4,080,090	163	1
9.3.2. Exámenes Laboratorio (1)	659,499	4,393,923	1,441,646	5,835,570	3,646,064	9,481,633	-340,391	9,141,243	366	2
9.3.3. Medicamentos										
9.3.4. Hospitalización (3)	38,776,910	258,351,710	84,765,196	343,116,906	214,379,443	557,496,348	-20,014,119	537,482,229	21,499	44
Total	39,730,769	264,706,811	86,850,305	351,557,118	219,652,886	571,210,002	-20,506,439	550,703,563	22,028	
9.4. Intoxicación química										
9.4.1. Consulta médica (1)	196,240	1,307,452	428,975	1,736,427	1,084,920	2,821,347	-101,286	2,720,060	109	1
9.4.2. Exámenes Laboratorio (1)	439,666	2,929,282	961,097	3,890,380	2,430,709	6,321,089	-226,927	6,094,162	244	2
9.4.3. Medicamentos										
9.4.4. Hospitalización (3)	25,851,273	172,234,473	56,510,131	228,744,604	142,919,628	371,664,232	-13,342,746	358,321,486	14,333	44
Total	26,487,179	176,471,207	57,900,203	234,371,410	146,435,257	380,806,668	-13,670,959	367,135,708	14,686	
TOTAL	88,931,642	592,508,322	194,401,980	786,910,392	491,661,657	1,278,571,859	-45,900,730	1,232,671,129	48,307	65

ANEXO 5

RECUPERACION CIRUGIAS HOSPITAL CANTON COTACACHI

CORRECCION DE LA BRECHA ENTRE LA DEVALUACION Y LA INFLACION AL 31 DE MARZO DEL 2000

	17.66 %		32.81 %		62.48%		-3.59%		Dolares	
16. Cirugías									Costo total	Costo Unitario
16.1. Cirugías menores	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16.2. Vasectomia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16.3. Salpingectomia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16.4. Apendicectomia (2)	303,752	2,023,752	663,993	2,687,745	1,679,303	4,367,048	-156,777	4,210,271	168	84
16.5. Colectectomia (2)	14,170,384	94,410,384	30,976,047	125,386,431	78,341,442	203,727,873	-7,313,831	196,414,042	7,857	133
16.6. Laparotomia (2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16.7. Histerectomía (2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16.8. Hemiorrafias (2)	8,466,204	56,406,204	18,506,876	74,913,080	46,805,692	121,718,772	-4,369,704	117,349,068	4,694	92
16.9. Reducción de Fracturas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16.10. Osteosintesis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	22,940,340	162,840,340	50,146,916	202,987,256	126,826,437	329,813,693	-11,840,312	317,973,381	12,719	

RESUMEN ACTIVIDADES CANTON	
PRESTACIONES	TOTAL
Salud Pública	1,566,494
Crónicos	340,873
Agudos	49,307
Curativas	47,614
Cirugia/Hospitalizaciom	12,719
Perinatal	0
Medicamentos e Insumos	0
TOTAL	2,017,007
Usuarios	36,894
Percapita	54.67
PERCAPITA	
Usuarios Salud Pública	
Usuarios Crónicos	
Usuarios Agudos	
Usuarios Curativas	
Usuarios Cirugia	
Usuarios Perinatal	