

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autora: Liliam Ávila

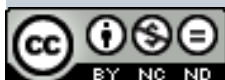
ANÁLISIS DE COSTOS DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL DISTRITO DE PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ, PARA EL AÑO 2019

2023

Director: Mg. César Reale
Co-directora: Esp. Analía Sesta

Citar como: Ávila, L. (2021). Análisis de costos de la atención pediátrica en una organización sanitaria de primer nivel de atención del distrito de Panamá, República de Panamá, para el año 2019. [Trabajo final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/743>



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen/Abstract- Palabras clave-link.

1. Introducción:	1
1.1 Presentación:	1
1.2 Descripción del Problema:	2
1.3 Contexto:	4
1.4 Utilidad y relevancia:	5
1.5 Estructura de la Tesis:	8
2. Planteamiento del Problema.	8
2.1 Formulación del Problema de la Tesis.	8
2.2 Objetivos. Objetivo General.	9
3. Marco Teórico.	9
3.1 Sector Salud Panameño.	9
3.2 Corregimiento de Río Abajo, Distrito de Panamá.	22
3.3 Centro de Salud de Río Abajo	25
3.4 Costos.	29
3.5 Importancia de Costos en Prestaciones Pediátricas.	40
4. Metodología y técnicas a utilizar:	42
4.1 Tipo de estudio y diseño:	42
4.2 Ámbito de estudio o campo:	42
4.3 Población:	42
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:	43
4.5 Plan de análisis de los resultados:	44
5. Desarrollo:	46
6. Conclusiones:	74

7. <i>Discusión - Propuestas</i>.....	76
9. <i>Anexos</i>.....	82

Resumen

Este estudio presenta un análisis de costos de la atención pediátrica en una organización sanitaria de primer nivel de atención del distrito de Panamá, República de Panamá, para el año 2019. El objetivo general fue el analizar los costos de la atención pediátrica en una organización sanitaria de primer nivel de atención del distrito de Panamá, entendiendo esta atención como la prestación de servicios de los distintos profesionales (pediatras, médicos generales, enfermeras, estimuladoras tempranas; etc.) y lo que de su atención derive, como medicamentos y estudios de laboratorio que se ofrecen en el Centro de Salud. Se estableció una metodología cuantitativa, de tipo descriptiva y temporalidad retrospectiva de corte transversal en el ámbito de economía de la salud y gestión sanitaria.

Como conclusiones se presentó que la oferta de servicios se realiza de acuerdo a la normativa técnica y administrativa a nivel nacional. La oferta de atención del especialista en pediatría es, en su mayor parte, para los grupos etarios de los menores de cinco años, tanto las atenciones preventivas como de morbilidad. Las demás necesidades, son atendidas por medicina general. La metodología del costeo en cascada estableció que más del 80% de los costos pertenece al recurso humano, y un 5 % desagregado en costos de insumos de laboratorio y medicamentos; los restantes puntos porcentuales se desagregan en las demás áreas. El centro de costo final de pediatría representó el 20.3% del costo total con un costo promedio unitario de 87.58 balboas panameñas (87.58 dólares estadounidenses) (TC 1BL/ 1US\$).

Palabras clave: atención primaria en salud, costos, gestión en salud, metodología de costeo, pediatría.

Abstract

This study presents an analysis of the costs of the pediatric attention in a first-level health care organization in the district of Panama, Republic of Panama, for 2019. The general objective was to analyze the costs of pediatric care in a the first level health care organization of the district of Panama, understanding this care as the provision of services by different professionals (pediatricians, general practitioners, nurses, early stimulators, etc.) and what is derived from their care as medicines, and laboratories offered at the Health Center. A quantitative, descriptive, and retrospective cross-sectional methodology was established in the field of health economics and health management.

As conclusions, it was presented that the offer of services is carried out according to the technical and administrative regulations at the national level. Specialist care in pediatrics is offered mostly for the age groups of children under five years of age, both preventive and morbidity care. The rest are attended by general medicine. Through a cascade costing, it was established that more than 80% of the costs belong to human resources, and 5% broken down into costs of laboratory supplies and medicines; the remaining percentage points are broken down into the other areas. The final cost center for pediatrics represented 20.3% of the total cost with an average unit cost of 87.58 Panamanian balboas (87.58 US dollars) (TC 1BL/ 1US\$).

Keywords: costing methodology, costs, health management, pediatrics, primary healthcare.

1. Introducción:

1.1 Presentación:

La niñez y adolescencia comprende un periodo de desarrollo vulnerable, que puede estar influenciado positivamente por factores protectores abordados desde el escenario de la comunidad y con atenciones oportunas. Involucra, de la misma forma, "inversión en salud", que aparte de ser un deber primordial del estado, responde a un desarrollo de vida de cada uno desde el nacimiento hasta la adultez, y comprende: la supervivencia infantil, el crecimiento saludable, el desarrollo apropiado, y en general; la preparación para toda la vida (Bernal, 2019).

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en su análisis causal del estado del derecho a la vida realizado en Panamá para el año 2019, determinó que existe una distribución inequitativa de los recursos destinados a la salud de los niños. Presentó una realidad alarmante: las defunciones durante el primer año de vida para el año de estudio 2017 fueron por causas prevenibles y por la oferta de servicios de salud insuficiente (UNICEF, 2019).

En la provincia de Panamá, en el corregimiento de Río Abajo, se encuentra el Centro de Salud que lleva su nombre, es una institución pública que está regulada por el Estado. Tiene una población de responsabilidad de 29.734 habitantes con una densidad de 4.719 habitantes por km², posee una pirámide poblacional regresiva con 22.6% de población entre los 0-19 años. Según el Análisis de Situación de Salud del Centro de Salud de Río Abajo, la morbilidad del grupo para el 2019 fue elevada, presentándose como causa principal la rinofaringitis aguda, observándose además otros cuadros respiratorios como la influenza, faringitis aguda y la rinitis alérgica; además de infecciones de las vías urinarias (MINSAL, 2019).

La presente investigación presenta un análisis de costos de la atención pediátrica en una organización sanitaria de primer nivel de atención del Distrito de Panamá; el Centro de Salud de Río Abajo, para el año 2019. Entendiendo esta atención como la prestación de servicios de los distintos profesionales (pediatras, médicos generales, enfermeras,

estimuladoras tempranas; etc.) y lo que de su atención derive, como medicamentos, laboratorios que se realizan en el Centro de Salud, y se enmarca en el campo de la economía de la salud como disciplina de investigación.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son los costos de atención del servicio de pediatría del centro de salud de Río Abajo, distrito de Panamá, República de Panamá, para el año 2019?

1.2 Descripción del Problema:

A diferencia de otros países, en Panamá, la atención primaria en pediatría tiene un escaso reconocimiento institucional y social, además de dificultades de coordinación tanto en el ámbito asistencial como el ámbito gerencial (Pueyo et al., 2011). La escasez de información relativa a los costos en salud en el Centro de Salud de Río Abajo de esta población vulnerable, constituye un importante problema para la organización del sistema sanitario, condicionada por dos circunstancias: los pocos datos que existen para identificar los montos económicos que alcanzan la producción del servicio de pediatría y la creciente demanda de la población pediátrica a la cual se deben.

Dentro de lo planteado, en aras de una atención primaria del grupo pediátrico fortalecida, poca atención se ha otorgado a la gestión de este primer nivel organizativo sanitario, no existe un adecuado control y manejo eficiente con respecto a los costos de los servicios de este grupo. Actualmente, se perpetúa un sistema de información centralizado en el nivel sanitario superior, se carece de una gestión basada en la identificación de los costos de las prestaciones y/o de la identificación de los gastos cuantiosos; por lo que muchas veces se cuestiona con qué base se solicita el recurso presupuestal al estado. Además, existe poca evaluación de la implementación de las políticas que norman cómo es la prioridad de la oferta de atención pediátrica; lo cual lleva a una demanda insatisfecha creciente. La falta de uso de herramientas de gestión por parte de los tomadores de decisiones, además de la escasez del recurso humano, forman parte de la multicausalidad del problema.

El centro de atención objeto de este estudio carece de un enfoque lógico entre el modelo de atención sanitario y la información financiera oportuna de la prestación de salud, por lo cual difícilmente se puede regular el gasto sanitario que constantemente va en aumento, y, por ende, se desconocen los costos en cada fase del proceso de salud, como la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes que padecen de las enfermedades que se atienden en el centro. Aún más, al desagregar el grupo de 0-19 años en subgrupos (<1 año, 1-4 años, 5-9 años, 10-14 años y de 15- 19 años) basados en la concentración de atenciones según normativa, hay un vacío de información en el consumo de recursos del centro. Se espera que las edades más tempranas presenten mayor gasto de recursos. No conocer cuánto cuesta una atención pediátrica e, hilando más allá, el desconocimiento de la variabilidad del costo prestacional en los subgrupos de esta; no promueve un cambio, más bien perpetúa la concentración de problemas de planificación y en consecuencia resultados deletéreos en perjuicio de esta población tan sensible.

La poca oferta a las consultas médicas de niños y adolescentes ha sido durante mucho tiempo una preocupación planteada por las familias que intentan obtener una atención. El acceso funcional está subvalorado, obligando muchas veces a buscar atención prepaga a pesar de la normativa nacional existente. Actualmente no hay un costo establecido por prestaciones en salud, ni regulaciones de estas en el ámbito público y privado. La oferta de atenciones varía enormemente en el país. Una consulta por pediatría puede variar de B1.20.00 a B1.50.00 (US\$20.00 a US\$50.00) (Panamá Legal, 2020). Al no haber una regulación en este tema, la población está expuesta a un gasto de bolsillo cada vez mayor con la pobre gestión de los recursos.

Pocos estudios han abordado el problema en relación con los costos de producción de servicios de atención médica, por razones metodológicas de infraestructura y por falta de una cultura de eficiencia económica en el personal encargado de tomar decisiones en salud (Aguilar De Safi, 2008). Se puede mencionar que esta problemática, es conocida por el ente rector de la salud panameña, para lo cual en cumplimiento de las políticas nacionales de salud y la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación para la salud del Ministerio de Salud, determina como un tema de Categoría A, sub prioridad

clasificada como crítica el “Estudio sobre los mecanismos de rendición de cuentas efectivas del sistema de salud” (ICGES, 2016). A pesar de que existe vasta literatura internacional donde se valida la importancia de la estimación de los costos prestacionales como herramienta fundamental en toda organización, existe poco desarrollo práctico en las organizaciones de salud del país y más aún en esta población sensible, la cual por su importancia en las políticas públicas debería estar fortalecida y desarrollada.

1.3 Contexto:

El Centro de Salud de Río Abajo está ubicado en la Calle 6ª del Corregimiento de Río Abajo. Inicialmente, fue construido por la Organización Panameña Antituberculosa (OPAT), con el objetivo específico de atención médica exclusiva de pacientes tuberculosos, en el año 1958. Trece años más tarde, en 1971 pasó a la administración del Ministerio de Salud y se le denominó Centro de Salud de Río Abajo, diversificando la oferta de sus servicios y aumentando su cobertura de atención dentro del primer nivel de atención.

En el año 2019 cuenta con un total de 79 colaboradores que forman parte del recurso humano dedicado a la atención directa e indirecta de los pacientes. Se ofrece la cartera de servicios a la población pediátrica (de 0 a 19 años) por un especialista en pediatría, una enfermera pediátrica, una estimuladora temprana de tiempos completos y un médico general según la demanda.

El Centro de Salud tiene un sistema de información digital de registros médicos y de laboratorio y, además; un sistema de registros físicos de administración, contabilidad y farmacia lo cual permitió disponer de la información para el desarrollo de la investigación.

La dirección administrativa de la institución custodia la información propia del Centro de Salud generada por los sistemas de información digitales y físicos y por Ley de Acceso a la Información Pública, Ley 6 del año 2002; está disponible a los investigadores previa solicitud y cumplimiento del debido proceso.

Esta investigación se realiza retrospectivamente al año 2019, año en el que el Centro de Salud tuvo un funcionamiento sin afectación de la pandemia por COVID-19 que dio inicio en marzo del año 2020. Posterior al inicio de pandemia, el 11 de marzo del 2020, muchos servicios se vieron afectados producto de las restricciones de movilización en la población establecidas por seguridad pública.

Este estudio presenta un análisis de costos que no ha sido realizado anteriormente en este tipo de nivel de atención para evaluar el costo de la atención pediátrica. Por lo cual tuvo un apoyo expedito por parte de los funcionarios de salud de la institución.

1.4 Utilidad y relevancia:

Este estudio puede considerarse como el primero cuyo objetivo es el análisis de costos de la consulta de pediatría y permitirá la comparación con otras instalaciones para determinar un estándar poblacional de las prestaciones a nivel nacional.

De igual forma, los resultados son valiosos por ser uno de los pocos análisis de costos de una instalación de primer nivel de atención en Panamá. El mismo podrá generar referencias para los niveles gerenciales, establecer la elaboración de una herramienta de gestión que contribuya con el mejor aprovechamiento de los recursos y también permitir fortalecer las necesidades actuales del nivel asistencial en salud.

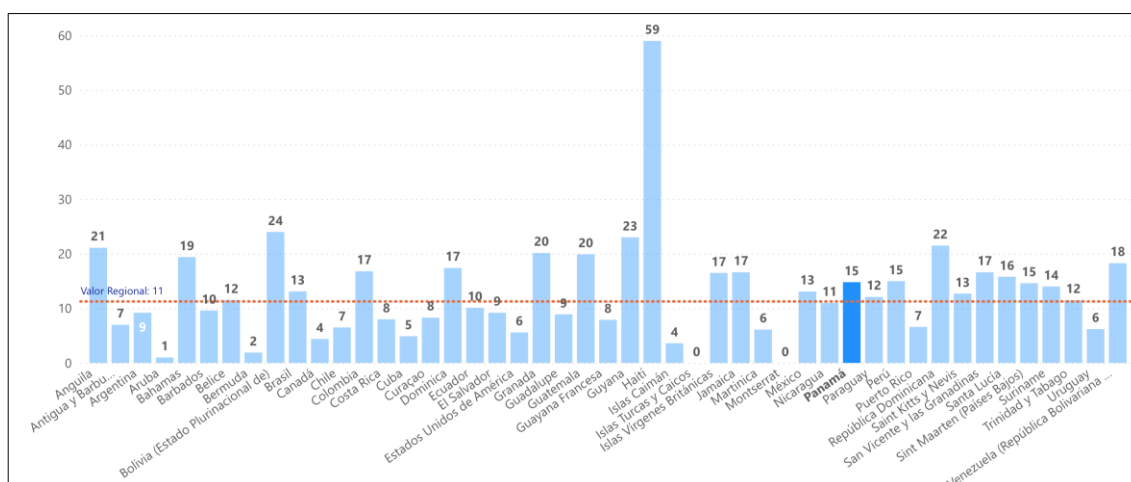
Entre otras utilidades se puede establecer una base para la presupuestación y así mismo solventar el problema en relación con los costos de producción de servicios de atención en salud, y disponer de información objetiva que permita introducir criterios racionales en la asignación de recursos para tomar decisiones en salud. Se puede mencionar, que también presenta resultados sobre los mecanismos de rendición de cuentas efectivas del sistema de salud, problemática establecida y priorizada por el ente rector de la salud panameña, el Ministerio de Salud.

Por último, permitirá desarrollar una herramienta destinada a medir el desempeño de la unidad analizada y su productividad para la medición y evaluación en cuanto al uso eficiente de los recursos en salud.

Relevancia

La mortalidad infantil es un indicador que muestra la cantidad de muertes de niños menores de un año por cada 1.000 nacimientos vivos (CDC, 2022) . Este es uno de los indicadores más importantes de la población infantil y de la población en general ya que brinda información del estado de salud del país y su condición socioeconómica (Díaz Elejalde & Alonso Uría, 2008). Su importancia radica en que la mayoría de las muertes durante la infancia son evitables y las intervenciones en los distintos países para un cambio en esta son de gran efecto y bajo costo y las mismas pueden reducir el número de defunciones hasta más de un 50% (OPS/OMS 2012). La mortalidad infantil se presenta usualmente en situaciones de pobreza y que carecen de una atención sanitaria básica. El promedio de la región de las Américas es de 11.4 muertes por 1000 nacimientos vivos, Panamá se encuentra por encima de este con 14.8 muertes (OPS, 2021).

Gráfica 1. Tasa de mortalidad infantil de la Región de las Américas. Año 2015.



Fuente: Plataforma de Información de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021).

Según informe de Contraloría General para el año 2018 hubo un incremento porcentual del 15.4% respecto a la cifra del año 2012. Este aumento no permite a Panamá clasificar esta meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible como una meta alcanzada. La principal causa de defunción infantil fueron afecciones del periodo perinatal, la segunda malformación congénitas. La tercera y cuarta causa corresponden a muertes evitables por neumonía y diarrea (MINSAL, 2020).

Además del análisis de las defunciones, la morbilidad infantil es otro indicador que mide proporción de la población infantil que enferma. De acuerdo con los informes estadísticos del Ministerio de Salud, para el año 2019, la rinofaringitis aguda (resfriado común) es la causa de morbilidad más diagnosticada a nivel nacional, el 31.2% de este diagnóstico se dio en menores entre 1 y 4 años, representando un alto porcentaje en este grupo de edad. Además, el grupo de menores de 5 años obtuvo los mayores porcentajes de diagnósticos por: otras infecciones agudas de sitios múltiples de vías respiratorias (29.0%), faringitis aguda (23.9%) y parasitosis intestinal (27.7%) (MINSAL, 2020).

La región de las Américas, según la Organización Panamericana de la salud, ha logrado grandes avances en cuanto a la mortalidad y la morbilidad infantil, sin embargo, aún hay brechas o bolsos intrageográficos que son subvalorados ante los promedios de países. Estos son los nuevos desafíos en esta etapa de vida (OPS/OMS, 2022).

La Ley N.º 15 de 6 de noviembre de 1990, por la cual “la República de Panamá ratifica La Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución No 44/25 del 20 de noviembre de 1989”, establece el compromiso de parte de los estados a asegurar la plena aplicación de ese derecho y, en particular, adoptar las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil (menores de 1 año) y la mortalidad en niños de 1 a 4 años, asegurando la prestación de la asistencia médica y la atención necesaria a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud.

1.5 Estructura de la Tesis:

En el desarrollo de esta investigación se realizará una presentación del marco teórico desglosado primeramente en brindar una panorámica del sector salud panameño; sus generalidades y financiamiento. Además, se presenta la caracterización de la cartera de prestaciones en pediatría según la normativa panameña. Posteriormente, se aborda una descripción del corregimiento de Río Abajo, lugar donde se sitúa la instalación de salud a estudiar, luego del centro de salud y finalmente se expone un análisis de la bibliografía en el tema de costos.

Se realizará un análisis de costos bajo metodología cuantitativa, de tipo descriptiva y temporalidad retrospectiva de corte transversal en el ámbito de estudio de economía de la salud y gestión sanitaria.

Por último, se expondrán los resultados con las conclusiones y se dejará plasmada una discusión de los mismos, todo esto en respuesta a los objetivos previamente establecidos.

2. Planteamiento del Problema.

2.1 Formulación del Problema de la Tesis.

La poca experiencia en el desarrollo de sistemas de costos que pueda orientar en cuanto cuesta una atención de pediatría del primer nivel de atención lleva un peso preponderante en el desarrollo hacia mejoras del sistema sanitario y permite exponer el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los costos de atención del servicio de pediatría del centro de salud de Río Abajo, distrito de Panamá, República de Panamá, para el año 2019?

2.2 Objetivos.

Objetivo General

Analizar los costos de la atención pediátrica en la organización sanitaria de primer nivel de atención del distrito de Panamá, corregimiento de Río Abajo, Centro de Salud de Río Abajo, República de Panamá, para el año 2019.

Objetivos Específicos

- Describir la cartera de prestaciones para la atención de pediatría en sus diferentes grupos etarios.
- Describir los sistemas de registro y procesamiento de datos de costos de la consulta de atención pediátrica de la institución.
- Determinar el costo de la consulta de atención pediátrica del Centro de Salud.

3. Marco Teórico.

3.1 Sector Salud Panameño

3.1.1 Generalidades

En Panamá existen dos instituciones de salud que prestan servicios de atención en el sector público: desde 1969 el Ministerio de Salud (MINSAL) como institución rectora de la salud y desde 1941 la Caja de Seguro Social (CSS), entidad autónoma encargada de brindar las prestaciones de salud a la población asegurada mediante el sistema de afiliación a la misma.

La creación del MINSAL, como ente rector de la salud panameña, se concretó a través del Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969 y de su Estatuto Orgánico por medio del Decreto Ejecutivo N° 75 del 27 de febrero de 1969, aún vigentes en el país. Los mismos establecen al MINSAL como el encargado de la formulación y ejecución del Plan Nacional de Salud, supervisión y evaluación de todas las actividades que se realicen en el sector. Se estructura organizativa para su funcionamiento en tres niveles (MINSAL, 2018):

- Nivel ministerial: con funciones políticas-administrativas.
- Nivel de la Dirección General de Salud y Servicios Técnicos: con funciones normativas de supervisión y auxiliares de administración.
- Nivel regional de salud: se estructura como organismo descentralizado con la responsabilidad de dirigir, normatizar, integrar, coordinar, supervisar y evaluar las acciones en salud que se ejecuten en su área de jurisdicción.

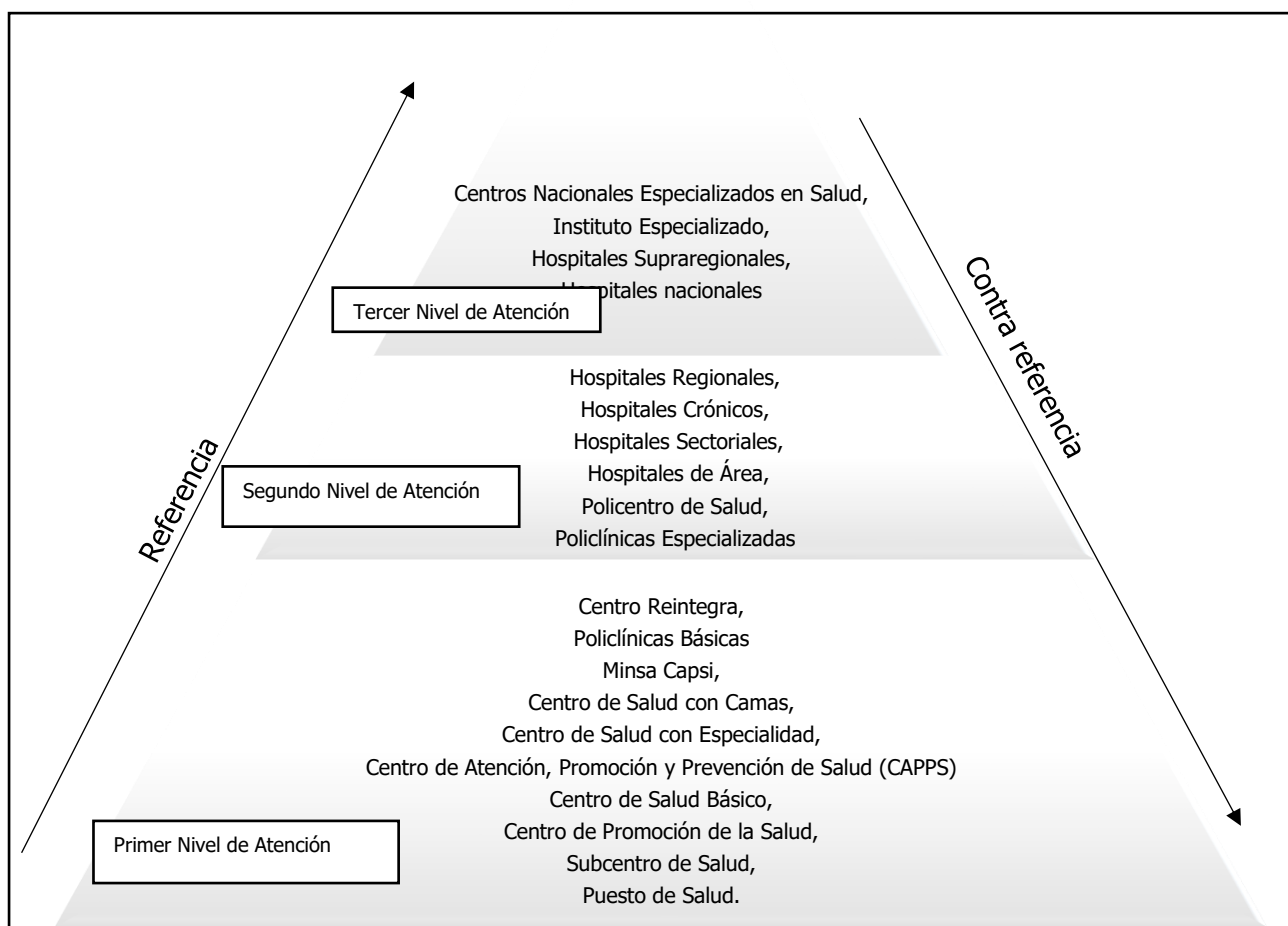
Ambas, el MINSA y la CSS, se dividen administrativamente en 15 regiones sanitarias con presencia conjunta en la mayoría de las áreas geográficas y distribuidas según niveles de atención, ofertando similar cartera de servicios a la población en general. La cartera de servicios responde a las intervenciones integrales en salud, priorizando según el nivel de atención y de la capacidad resolutive. Estas intervenciones son en promoción, prevención, curación y rehabilitación.

El 12 de diciembre del año 2018 a través del Decreto Ejecutivo (D.E.) 420 se estableció a nivel nacional un modelo de atención basado en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) cimentado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Mediante este modelo, se permite la organización y coordinación de los distintos prestadores, donde el primer nivel de atención se desarrolla como actor principal (Pedraza, 2020). Uno de los objetivos fundamentales por la cual fueron adoptadas las RISS fue el de dirigir esfuerzos para fortalecer el primer nivel de atención con el incremento de recursos públicos para mejorar su capacidad resolutive y articuladora con otros actores de la red sanitaria, este acorde a la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (OMS/OPS, 2014).

El primer nivel de atención, según el MINSA, tiene su fortaleza en la prevención y promoción de la salud. La cartera de servicios de este nivel de atención varía en todo el territorio nacional, existiendo una diversa red de instituciones que se dividen de menos a mayor jerarquía en: Puesto de Salud, Subcentro de Salud, Centro de Promoción de la Salud y Centro de Salud; los primeros siendo dependientes de este último. Debido a este engranaje, el Centro de Salud es una unidad fundamental de estudio y accionar, sin embargo, cabe mencionar que la cantidad y diferencia de la cartera de prestaciones entre los distintos centros de salud y sobre todo de la cantidad, población de

responsabilidad y el acceso geográfico a la atención de salud hacen de cada uno una unidad de estudio característica.

Diagrama 1. Centros de atención de la Red Pública de Servicios de Salud según nivel de atención de la República de Panamá.



Fuente: Red Pública de Servicios de Salud, reorganización y definición por niveles de atención y grados de complejidad (MINSA, 2003).

La prestación de bienes y servicios de salud se desarrolla en tres niveles de atención diferenciados según su capacidad resolutive.

El articulador de los tres niveles es el sistema único de referencia y contra referencia solidificado en un documento físico y virtual denominado SURCO. La cantidad y diferencia entre los establecimientos de salud en todos los niveles y sobre todo en el nivel local dependerá de la población de responsabilidad y el acceso geográfico a la atención de salud. En caso de que exista: Puesto de Salud, Subcentro de Salud, Centro de Promoción de la Salud y un Centro de Salud; los primeros serán dependientes de este último y recibirán un apoyo, asistencia periódica del equipo básico de Salud del Centro de Salud del que dependen o por equipo de salud itinerante.

El total de instalaciones que prestan servicios de salud MINSA-CSS para el año 2019, según los reportes del MINSA, son 908 de las cuales un 20.9% (190) son centros de salud, 11.9% (108) son subcentros de salud, y 53.0% (481) puestos de salud (MINSA, 2019). Según la organización de la red pública de los servicios de salud los puestos de salud, subcentro de salud son dependientes tanto en recuso humano como económico de los centros de salud.

En general las características, recurso humano y cartera de prestaciones de servicios del primer nivel de atención del MINSA se ofertan de la siguiente forma:

Cuadro 1. Características, recurso humano y cartera de prestaciones de servicios del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Panamá.

Instalación	Puesto de Salud	Sub centro de Salud	Centro de Promoción de la Salud	Centros de Salud Básico	Centro de Salud con Especialidad	Centro de Salud con Camas	MINSA CAPSI (Centro de Atención de Salud Integral)
Características	Dependencia del Centro de Salud. Ubicación en áreas rural de difícil acceso.	Dependencia del Centro de Salud. Ubicación en áreas de difícil acceso	Dependencia del Centro de Salud. Ubicación en áreas de la comunidad.			Mayor capacidad resolutive, Dotado de camas, actúa como centro de referencia para Centros Básicos.	Instalación de mayor grado de complejidad que busca desarrollar un nuevo modelo de instalación incorporando recursos humanos y tecnología de información y comunicación (TICs) que facilite a la población una atención integral, continua e integrada a la red de servicios a nivel regional y nacional, en el marco de la Estrategia Renovada de

							Atención Primaria de Salud y acorde al modelo de Atención Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental.
Recurso Humano	Ayudante de Salud o Asistente Salud.	Enfermería (Técnico) o Enfermera permanente.	Participa el equipo del centro de salud básico de salud.	Médico, odontólogos, enfermeras, auxiliares o técnica de enfermería, farmacéuticos, inspector de Saneamiento Ambiental y Vectores, otros.	Médico generales y especialistas, odontólogos, enfermeras, auxiliares o técnica de enfermería, farmacéuticos, inspector de Saneamiento Ambiental y Vectores, otros.	Médico generales y Especialistas, Odontólogos, Enfermeras, auxiliares o Técnico de Enfermería, Farmacéutico, Laboratorista, Técnica de Saneamiento Ambiental, y/o vectores, Especialistas de Gineco-Obstetricia, Pediatría y otros según perfil epidemiológico.	Médicos Generales y Especialistas Gineco-Obstetricia, Pediatría, Odontólogos, Enfermeras, auxiliares o Técnico de Enfermería, Farmacéutico, Laboratorista, Técnica de Saneamiento Ambiental, y/o vectores y otros según perfil epidemiológico.

Cartera de Servicio	<ul style="list-style-type: none"> Promoción y prevención de la Salud Primeros Auxilios 	<ul style="list-style-type: none"> Promoción y prevención de la Salud Primeros Auxilios Atención Médica y enfermería programada a la Población (controles de Salud y Atención de Morbilidad) 	<ul style="list-style-type: none"> Participación Social y Educación Comunicación para la Salud Organización comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Promoción y Prevención de la Salud Diagnóstico y tratamiento de problemas de Salud Saneamiento básico y ambiental. 	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la Salud. Prevención de la Salud. Atención en general, controles de salud, otros. Servicios de Urgencias Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud por Medicina General y Especialistas. Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, como laboratorios, radiografías, farmacias otros. Saneamiento básico y Ambiental. 	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la Salud. Prevención de la Salud. Apoyo al diagnóstico y tratamiento (laboratorio, farmacia, radiólogos y otros). Saneamiento básico y ambiental. Atención de parto normal. 	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la Salud. Prevención de la Salud. Atención en general, controles de salud, otros. Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud. Apoyo al diagnóstico y tratamiento (laboratorio, farmacia, radiólogos y otros). Saneamiento básico y ambiental. Centro de referencia. Atención de parto normal.
----------------------------	---	---	---	--	--	--	--

**Pertenece también al primer nivel de atención el Centro Reintegra dirigido al tratamiento y atención de personas con diferentes tipos de discapacidad física y sensorial fueron creadas para descentralizar la atención.

Fuente: Red Pública de Servicios de Salud, reorganización y definición por niveles de atención y grados de complejidad (MINSA, 2003).

3.1.2 La financiación de una organización de primer nivel de atención

La descripción del financiamiento es importante para la concreción de la equidad en los recursos y el seguimiento de estos en la producción de salud en las comunidades. Según el Manual de Clasificaciones Presupuestarias del Gasto Público del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) actualizado al año 2018 mediante Resolución N° 819, las instituciones que integran el sector público se clasifican con el objetivo de facilitar la planificación, administración presupuestaria, y el control de la ejecución de los gastos. El MINSA pertenece al Gobierno Central, por ende, los recursos le son asignados a través del Presupuesto Nacional, y están sujetos al control previo del gasto y fiscalización de la Contraloría General de la República y a un sistema centralizado de pagos.

La fuente de financiamiento del MINSA proviene año tras año de un proceso de planificación con actuación preponderante de la administración pública, quien pauta las políticas públicas sanitarias y así mismo destina los ingresos del ministerio. Las últimas Políticas Públicas Sanitarias se realizaron para una década a diferencia de las anteriores, las cuales eran quinquenales. Las mismas, del 2016 al 2025, establecen líneas estratégicas en función de los Planes de Gobierno del 2016-2019, direccionando el presupuesto y accionar en salud: "Al analizar la distribución de la inversión pública, según áreas de prioridad del Plan Estratégico de Gobierno, el 58.8% corresponde al ámbito de actuación de desarrollo social, mejora de la calidad de vida, dentro del cual el 8.4% fue asignado a la línea de intervención de salud" (MINSA, 2016).

Según la ley 67 del 13 de diciembre del año 2018 se asignó un presupuesto para la ejecución de los programas de funcionamiento e inversión del Ministerio de Salud para el año 2019 donde se destina Bl. 2,332,412,700 (US\$ 2,332,412,700) para presupuesto total de gastos. De este total, el 75% (Bl. 1,757,726,100) (US\$ 1,757,726,100) corresponde al gasto de funcionamiento del ministerio, que incluye la provisión de la atención y el programa de salud pública.

La Dirección de Finanzas, ubicada en el nivel auxiliar de apoyo del MINSA y dependiente jerárquicamente del Despacho Superior del ministro (máxima autoridad de Salud) vela por

el financiamiento de los recursos con base en las operaciones de cada unidad administrativa. Su funcionamiento está desagregado en tres niveles: nacional, regional y local. De esta forma se establecen mecanismos de funcionamiento en todos los niveles de la organización, cumpliendo las disposiciones legales.

Además de lo establecido anteriormente, a través del Decreto N.º 401 del 29 de diciembre de 1970, se fundamenta la creación de los Comités de Salud con el objetivo de darles sostenibilidad financiera y de prestación de servicios a los Centros de Salud en un primer nivel de atención a través de la participación comunitaria activa y democrática. Es así como en un primer nivel de atención, aparte de los recursos provenientes del estado a través de la financiación del MINSA, funcionan los comités, los cuales con base legal realizan la contratación de recursos humanos, compra y venta de bienes y servicios, además de la administración de fondos de los ingresos de donaciones por la prestación de servicios en la institución de salud; administrados en conjunto con el Director médico del centro y fiscalizados por el MINSA y la Contraloría General. Estos entes públicos no estatales o personas públicas no estatales se rigen entre el Derecho Público y el Derecho Privado; poseen patrimonio e ingresos propios y se someten al Estado Central. Lo establece el artículo 13 del decreto mencionado que cita:

Artículo 13. Constituirán el patrimonio de los Comités de Salud, los fondos provenientes y aportes voluntarios de los miembros de la comunidad que acuden al Centro de Salud a solicitar y recibir algún servicio de salud, y de los que proceden de las actividades que promueva para su consecución.

La prestación en un primer nivel de atención no se cobra. El estado la ofrece gratuitamente y el usuario aporta voluntariamente un monto para gestionar nuevos beneficios para esa institución gestionada por el Comité de Salud. Si bien, la voluntariedad de este aporte dista muchas veces de la realidad, la discusión no compete al estudio de esta tesis; sino que se centra en que la base para un presupuesto ajustado a la realidad de una organización sanitaria debe ser el estudio de los costos generados por la variedad de demanda en salud de la cartera de servicios ofertada.

3.1.3. Caracterización de la cartera de prestaciones de la atención pediátrica.

Para describir la cartera de prestaciones de pediatría se debe dejar claro que en el país no existe un conjunto de beneficios de salud explícito para las personas; a pesar de que muchos países de América Latina poseen este tipo de planes de beneficios, aún en Panamá no se ha establecido uno. Sin embargo, se cuenta con un detalle de servicios que se consideran importantes que el estado mediante el rector de la salud, MINSA, se deben garantizar a toda la sociedad para el alcance de una calidad de vida integral, sin que esto signifique que los que no están listados se encuentran excluidos de la oferta. Para aquellos bienes o servicios no detallados y en donde se establezca el requerimiento para el ciudadano, se realizan procedimientos especiales de solicitud, compra y finalmente obtención de este.

Los parámetros a evaluar para la atención en los diferentes niveles del sistema sanitario con respecto a la población de 0 a 9 años se encuentran plasmados en las Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña desde el nacimiento a los 9 años de edad, Ministerio de Salud de Panamá, 2009. En esta norma se promueve una cobertura del 90% de la población en su área de responsabilidad y desagrega las atenciones de control de la siguiente forma:

Cuadro 2. Número de controles según grupo de edad de la población de 0 a 9 años.

Grupo de Edad	Número de Controles
< 1 mes	2 controles
1 a 11 meses	7 controles
12 a 23 meses	3 controles x año
24 a 59 meses	2 controles x año
5 a 9 años	1 control x año

Fuente: Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña desde el nacimiento a los 9 años de edad, Ministerio de Salud, Panamá 2009.

Además, explicita las responsabilidades del nivel primario en salud aparte de las atenciones de la siguiente forma:

- a. Planificar y evaluar las actividades a realizar con la participación de la comunidad.
- b. Coordinar el desarrollo de actividades con instituciones y organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y privadas del nivel local.
- c. Organiza equipos multidisciplinarios de trabajo para ejecutar las actividades, tareas y procedimientos establecidas en esta norma, con la participación de Médicos Generales, Pediatras y otros especialistas, Odontólogos, Enfermeras, Enfermeras Pediátricas, Auxiliares, Técnicos y Asistentes de Enfermería, Asistentes de Odontología, Trabajadores Sociales, Educadores para la Salud, Equipos de Salud Mental, Psicólogos, Nutricionistas, Ayudantes de salud y Promotores de salud, en beneficio de la población objetivo.
- d. Proveer información al nivel regional.

De igual forma, presenta una serie de actividades según profesional y grupo etario que deberían ofrecerse a la población:

Tabla 1. Cronograma de actividades control según profesional y grupo etario, hasta los 9 años.

	Actividades	R N	Días		Meses										Años														
			3	15	1	2	3	4	6	8	10	12	15	18	24	1 1/ 2	3	3 1/ 2	4	4 1/ 2	5	6	7	8	9				
Profesional	Médico	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	Enfermera	*		A	A	*		*		*		*		A		*		*		*									
	Odontólogo							*		*																			
	Nutricionista			*				*		*																			
1	Preparación y llenado del Expediente Clínico	±																											
2	Historia Clínica	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3	Revisión de Trajeta de Vacunas	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4	Exámen Físico	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5	Peso, Talla	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6	Perímetro Cefálico	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
7	IMC	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
8	Presión Arterial	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
9	Ev. Nutricional	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
10	Ev. Desarrollo Psicomotor	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
11	Ev. De Audición	*			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
12	Ev. De Visión	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
13	Ev. Psico. Soc.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
14	Ev. Salud Bucal					*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		*	
15	Tamizaje Metabólico		*																										
16	BHC							P	*		P	*		P	*										P	*			
17	Urianálisis							P	*		P	*		P	*										P	*			
18	Solubilidad Hb/ Electroforesis										P	*																	
19	Perfil Lipídico														R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
20	Vacunación	*			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
21	Hierro							*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
22	Vitamina A							*																					
23	Desparasitación										*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
24	Consejería y seguimiento	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
25	Est. Desarrollo	*			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	

Fuente: Normas integrales para la atención de la niñez del nacimiento a los 9 años de edad. MINSA, 2009.

* Para ser realizado en las citas de control o en oportunidades de contacto con el paciente, si ha perdido alguna cita. A: Será atendido por Enfermera en ausencia de Médico. P: Entregar Papeletas de Laboratorio; R: Realizar en población de RIESGO; ± Rango para realizar la actividad a partir de la edad donde está el asterisco

Para la población de 10 a 19 años, se dispone de las Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes del año 2006. La atención del adolescente está orientada por la Guía de Actividades para la Atención Integral del Adolescente presentada en la tabla a continuación. Se establece un control por cada año de edad y la responsabilidad para el cumplimiento de las actividades es de los médicos, enfermeras, odontólogos, auxiliares y técnicos de enfermería, y trabajadores sociales, educadores para la salud ayudantes de salud, psicólogo, nutricionista y otros especialistas.

Tabla 2. Cronograma de actividades control según profesional y grupo etario, desde los 10 a 19 años.

Actividades	Edad en Años									
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1 Formularios de ingreso al programa	*									
2 Historia Clínica	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3 Evaluación de factores protectores y de riesgo	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4 Exámen Físico, peso , talla, IMC, frecuencia cardiaca y respiratoria, presión arterial	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5 Evaluación de vacunas	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6 Exámen de Audición	S	S	S	S	S	D	S	S	S	S
7 Exámen de visión	I	I	D	I	I	D	I	I	I	I
8 Evaluación Nutricional	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
9 Evaluación del crecimiento	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
10 Evaluación desarrollo puberal (Tanner)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
11 Evaluación sexualidad	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
12 Evaluación Columna Vertebral	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
13 PAP	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
14 Laboratorios										
BHC	*	M	M	M	M	*	M	M	M	M
Urianálisis	*					*				

	Parasitología	*					*				
	Solubilidad HB /Electroforesis	±									
	Perfil Lipídico	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	Pesquizado por ETS y VIH	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
15	Complementos nutricionales	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
16	Entregas educativas										
	A los padres	*	*	*	*	*	*	*	*	OP	OP
	Al adolescente (estilo de vida saludable, alimentación, prevención de accidentes, sexualidad, conductas de riesgo, invitar a las actividades de Promoción).	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
17	Evaluación por Odontología	±									

* Para ser realizado en las citas de control o en oportunidades de contacto con el paciente.

± Rango en el que se debe realizar la actividad a partir de la edad donde está el asterisco S: Evaluación Subjetiva, por historia

I: Técnica Indirecta; D: Técnica Directa; R: Realizar en población de RIESGO;

M: las niñas que menstruan se les debe realizar BHC anual

OP: Opcional

Fuente: Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes, Panamá 2006.

3.2 Corregimiento de Río Abajo, Distrito de Panamá

3.2.1 Aspectos Generales del Corregimiento de Río Abajo:

El corregimiento de Río Abajo fue creado en el año 1937 de conformidad con el acuerdo N° 20 del 18 de junio. Los primeros pobladores eran los obreros del Canal de Panamá, se establecieron entre los años 1914 y 1930, posteriormente trabajaban con la empresa Panamá Canal Company y con las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América. La gran mayoría de estas personas eran originarias de las islas de las Antillas.

Los terrenos del corregimiento de Río Abajo han evolucionado con el transcurrir de los años, de un uso para la agricultura y la ganadería, a un uso habitacional hasta lo que es hoy en día, un área habitacional y comercial de gran crecimiento.

3.2. 2 Características Geográficas, Económicas y Culturales:

El Corregimiento tiene una forma casi rectangular de suroeste a noreste, con su parte más angosta hacia el noreste. Está constituido por sabanas con pequeñas elevaciones, quebradas y ríos.

Algunas de las comunidades que conforman este corregimiento son: Villa Lorena, Villa Gabriela, Victoriano Lorenzo, La Rosita, La Marina, San Cristóbal, Villa Elena No.1 y No.2, El Porvenir, Blas Bloise, Altos del Río, El Progreso N°1 y N°2, Marcasa, La Florida, Villa María, Villa Rica, Río Abajo Centro desde calle 4 y 19.

En el Corregimiento se aprecia una gran actividad comercial, de pequeños establecimientos dedicados en su mayoría a la compra y venta de productos de primera necesidad, tales como tiendas de alimentos y víveres, ferreterías, farmacias, mueblerías, bodegas, kioscos, restaurantes, entre otros.

También se puede apreciar una gran cantidad de establecimientos dedicados a otras actividades de servicios, entre ellos clínicas, lavanderías, estaciones de gasolina, talleres de mecánica en general, chapisterías, electrónicas, salones de belleza, peluquerías, taller de ebanistería, entre otras.

3. 2.3 Localización y División Política:

Localización: El Corregimiento de Río Abajo se localiza dentro del área de la Ciudad de Panamá, hacia el este de la provincia del mismo nombre.

Límites: Norte: Con el Distrito de San Miguelito,

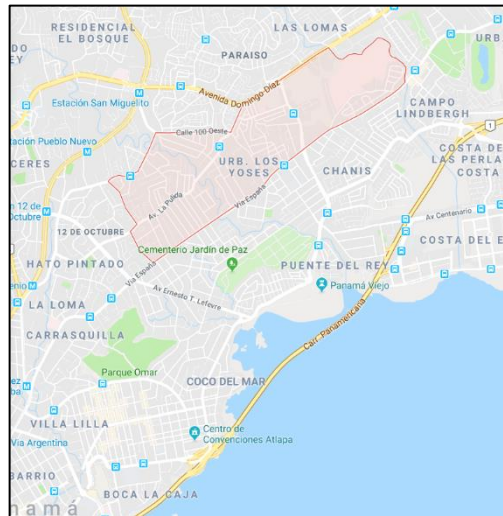
Sur: Con el Corregimiento de Juan Díaz

Este: Con el Corregimiento de Parque Lefevre,

Oeste: Con el Corregimiento de Pueblo Nuevo.

Superficie Total: 6.3 Km².

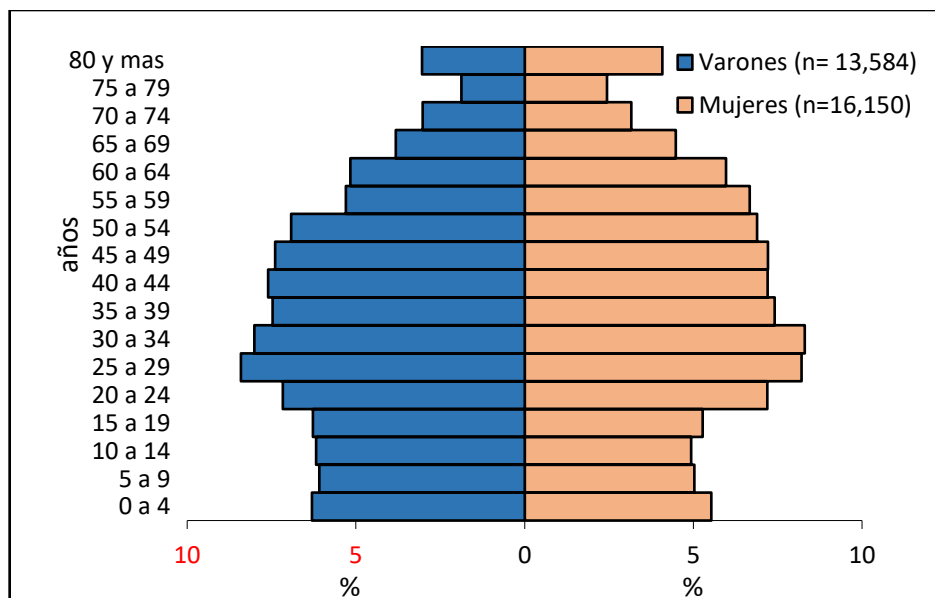
Ilustración 1. Ubicación geográfica del Corregimiento de Río Abajo.



Fuente: www.googlemaps.com

3. 2.4 Población del Corregimiento de Río Abajo

Gráfica 2. Población del Corregimiento de Río Abajo. Año 2019



Fuente: Elaboración propia con datos de Registros médicos del Centro de Salud de Río Abajo.

La población del Corregimiento de Río Abajo para el año 2019 correspondía a 29 730 habitantes. De los cuales el 54% (16,150) correspondía al sexo femenino y el 46% (13,584) al sexo masculino. El mayor porcentaje poblacional se encuentra en los grupos etarios de 25 a 29 años y el de 30 a 34 años encontrándose en una población productiva lo que podría indicar que la estructura de la población se encuentra en un proceso de transición hacia el envejecimiento poblacional.

A pesar de esto, el grupo poblacional de menores de 19 años correspondía al 22.6% (6 729) habitantes lo que conlleva a una cantidad considerable de habitantes que continuarán y continúan una demanda de salud en dicha institución y para lo cual debe mantenerse una planificación lógica y estratégica dirigida a este grupo etario prioritario.

3.3 Centro de Salud de Río Abajo

El Centro de Salud de Río Abajo está ubicado en la Calle 6ª del Corregimiento de Río Abajo. Posee 61 años de haber sido creado por la Organización Panameña Antituberculosa (OPAT) y 74 años de extender la cartera de prestaciones y pertenecer a al Ministerio de Salud.

Es un centro de 660.18 metros cuadrados de dos pisos distribuidos de la siguiente forma:
Primer piso: atención de farmacia, urgencias, pediatría, medicina general, ginecología, fisioterapia, estimulación temprana, trabajo social, laboratorio, área de atención al cliente y administrativa para agendar citas.

Segundo piso: atención de odontología, salud pública, psiquiatría, psicología, áreas administrativas de registros médicos, contabilidad y dirección del centro de salud.

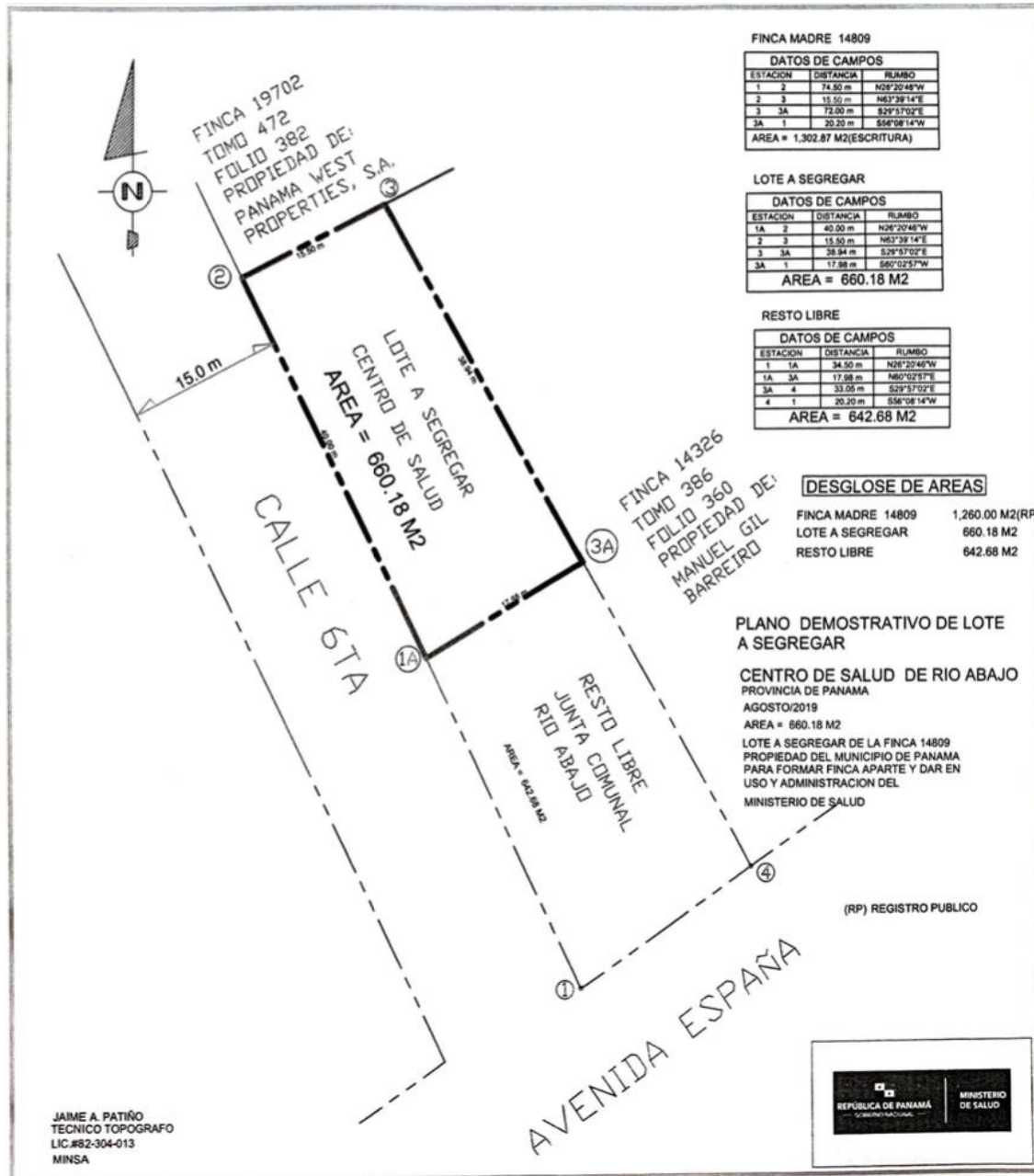
No posee elevadores sino una escalera de acceso al segundo piso y su horario de atención es de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

Ilustración 2. Imagen fotográfica del Centro de Salud de Río Abajo.



Fuente: Ministerio de Salud. Centro de Salud de Río Abajo.

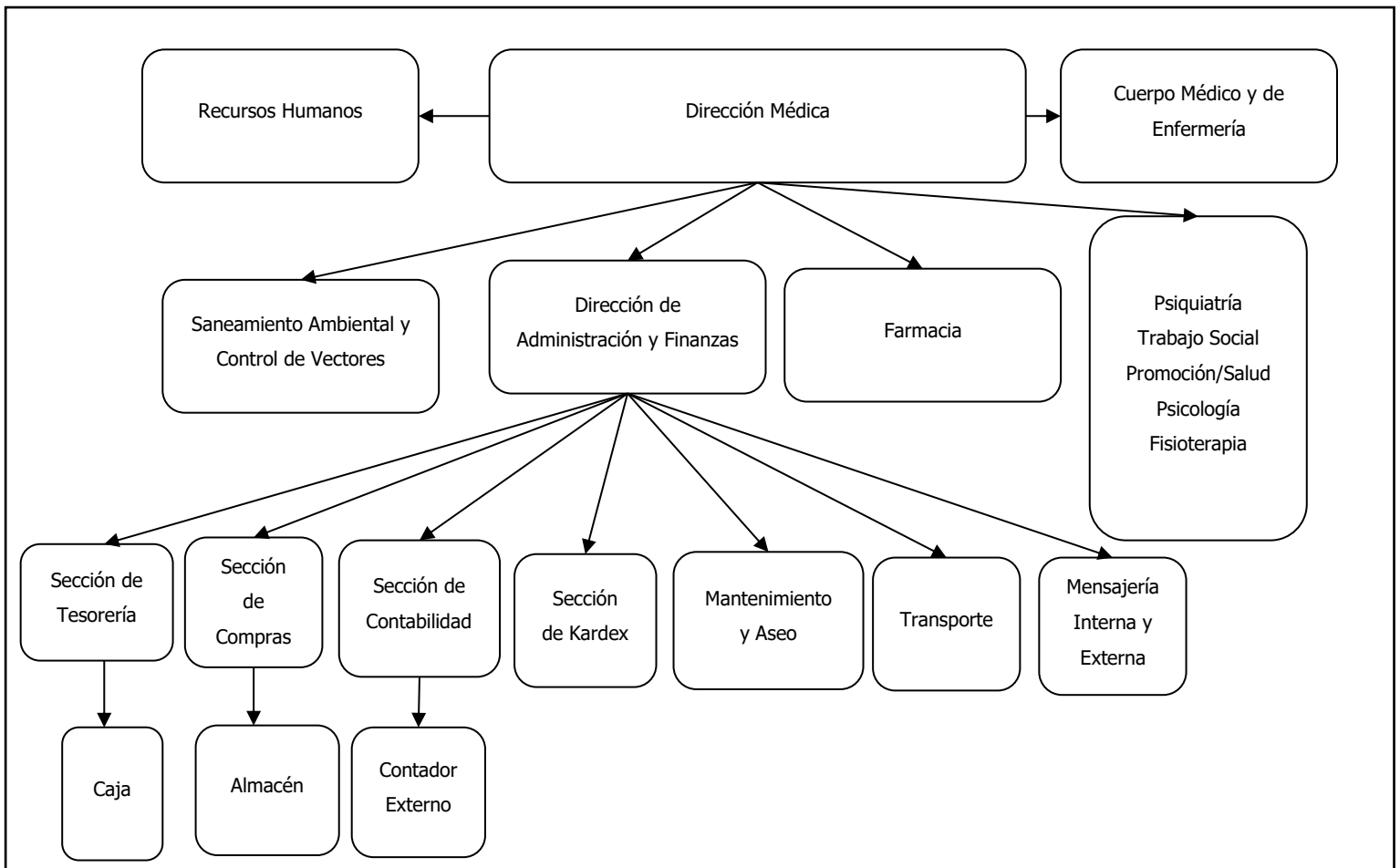
Ilustración 3. Plano demostrativo de lote de Centro de Salud de Río Abajo.



Fuente: Ministerio de Salud. Centro de Salud de Río Abajo.

Presenta la siguiente Estructura Organizativa:

Diagrama 2. Estructura Organizativa del Centro de Salud de Río Abajo.



Fuente: Ministerio de Salud. Centro de Salud de Río Abajo.

Dentro de los objetivos estratégicos del Centro se mencionan:

- Visión: Mejorar las condiciones de vida y bienestar de la población que acude al Centro de Salud de Río Abajo con servicios de salud integrales y de calidad.
- Misión: Garantizar la atención de excelencia a la población que acude al Centro de Salud de Río Abajo basados en la estrategia de atención primaria, mediante la promoción, prevención y provisión con eficiencia y eficacia.

3.4 Costos

A pesar de que existe una extensa literatura que aborda el tema de costos, su análisis y metodología, este estudio se limitará a desarrollar los conceptos y temas que abordan el tema de investigación.

3.4.1 Concepto de Costo

El concepto de costo en economía varía del concepto de costo en otros ámbitos. Según Mankiw se refiere como el “valor de todo a lo que el vendedor renuncia para producir un bien” (Mankiw, 2012). Implica, entonces, una concepción que podría considerarse más abarcadora porque toma en cuenta el valor de algo implícito o explícito a lo que se renuncia por otra opción que se considera de mayor utilidad.

Los costos no son absolutos, son relativos a la mirada y objetivos del que los analiza; de ahí que para el prestador de un servicio el costo va dirigido a los costos directos de su prestación; en cambio, para el demandante los costos difieren. Por ende, se establecen los costos relevantes que son aquellos que permiten la toma de decisiones y presentan la perspectiva de la evaluación (Lenz-Alcayaga, 2010).

3.4.2 Costo en organizaciones de salud

Las organizaciones de salud como instituciones prestadoras de salud funcionan en uno de los mercados más complejos que no se asemeja a la producción de ningún otro bien. La producción de salud constituye un bien público y es tutelado por la mayoría de los estados. A diferencia de muchos otros bienes, la salud no posee rivalidad, no es exclusiva, no es homogénea y presenta indivisibilidad de su beneficio. Adicional, el mercado sanitario no deja de presentar fallas como la de asimetría de información, el riesgo moral, de selección adversa y externalidades (positivas y negativas).

El objetivo de conocer los costos en las organizaciones es poder dar seguimiento a los recursos empleados en cada proceso para determinar su eficiencia. De esta forma, direccionar los recursos generadores de la actividad/prestación a la salud de la población.

Según Cuervo y Osorio los costos pueden ser clasificables de acuerdo con su identificación al objetivo de la organización en directos e indirectos y de acuerdo con su comportamiento frente a los niveles de operación en fijos y variables. (Cuervo Tafur & Osorio Agudelo, 2013).

Los costos en salud, considerando que hay funciones de administración y de producción en una organización y hasta costos de comercialización si es privada; pueden clasificarse según el siguiente esquema:

Cuadro 3. Clasificación de costos

Costos de Producción o inventariables			
Directos		Indirectos	
El servicio o bien ofertado es consecución directa de ellos.		Están ligados indirectamente al producto o servicio	
Mano de obra como el recurso humano	Insumo: medicamentos, equipo.	Fijos: Sueldos de directivos, administradores de depreciación de instalaciones.	Variables: agua, luz, teléfono, mantenimiento
Costos de Período o no inventariables			
Costos de Administración General		Costos de comercialización	
Directos	Indirectos	Directos	Indirectos

Fuente: Sistema de información gerencial como base del presupuesto por resultados y costos en Hospitales Públicos Seleccionados (Schweiger, y otros, 2008).

El proceso de realizar la clasificación entre costos fijos y costos variables puede generar dudas, por lo cual se recurre a los siguientes supuestos (Schweiger, y otros, 2008):

- Supuesto de actividad unidimensional: el costo solo existe para esa actividad. Por ejemplo, el costo de la mano de obra del médico pediatra para la consulta externa de pediatría.
- Supuesto de linealidad: se cumple si al establecer la actividad como variable independiente y el costo como variable dependiente en un sistema de coordenadas y se presenta un comportamiento de relación lineal.

3. 4.3 Métodos de costeo aplicado de Organizaciones Sanitarias

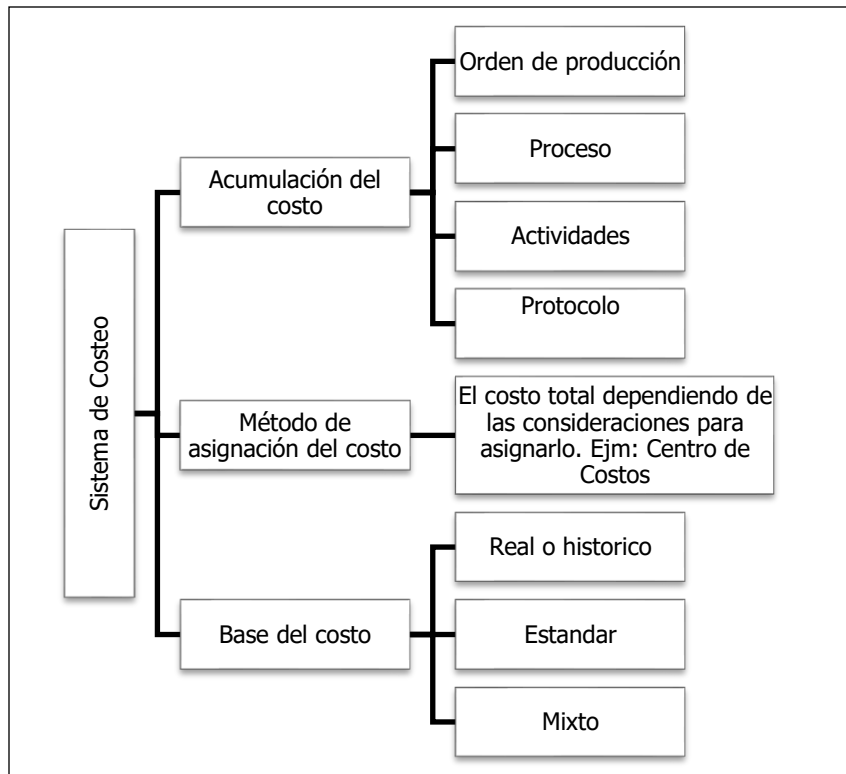
La metodología de costeo se refiere al conjunto de procedimientos previamente determinados para que a partir del análisis y clasificación de los costos se disponga de cierta información para la toma de decisiones. Según Cuervo y Osorio se define como: "el conjunto de reglas, procesos y procedimientos, que hacen posible el cálculo sistemático de datos relacionados con el consumo de recursos necesarios para producir un bien o prestar un servicio, con el objetivo de suministrar información relevante encaminada a facilitar la toma de decisiones" (Cuervo Tafur & Osorio Agudelo, 2013). Las metodologías van acorde a la madurez institucional, a sus normativas, a su capacidad y contexto; es decir, a las características intrínsecas de la organización y dependiendo de la evaluación en su conjunto se realiza la metodología.

La metodología o sistema de costeo debe ser valorada en sus tres esferas:

- El método de acumulación del costo (orden de producción, proceso, actividades, protocolo),
- El método de asignación de costo (forma de asignar los costos al producto)
- La base del costo (fuente u origen de la información para valorar los costos).

Igualmente, según Martínez los costos pueden acumularse bajo la denominación objeto de costo, descrito como aquel servicio o centro de producción al cual se le imputan directamente los costos y persiguen los objetivos de la organización (Martínez, 2002).

Diagrama 3. Componentes del Sistema de Costeo



Fuente: Costeo basado en actividades ABC: Gestión basada en actividades ABM. (Cuervo Tafur & Osorio Agudelo, 2013).

A continuación, se presenta un cuadro comparativo de la metodología de costeo:

Cuadro 4. Comparativo de Metodologías de Costeo

De acuerdo con las características de la producción	
Costos por Órdenes de Fabricación	Costos por Procesos
Se aplica en empresas en las cuales la producción es heterogénea, es decir, se fabrica a solicitud del cliente y con las especificaciones dadas por el mismo, el objetivo de este tipo de producción no es mantener unidades en inventario, es una modalidad de producción poco económica y la unidad de costeo es cada orden de fabricación	Se aplica en empresas en las cuales la producción es homogénea, se fabrican grandes cantidades y se mantienen bajos inventarios, es una modalidad de producción más económica, la unidad de costeo es cada proceso y el costo unitario se calcula por promedios de producción
De acuerdo con la base de costos utilizada	
Base Histórica	Base predeterminada
Es una metodología de costos que basa su cálculo en datos reales, pasados, sobre los cuales ya no se tiene ningún control. En esta clasificación se encuentran los costos por órdenes y los costos por procesos	Es una metodología que calcula los costos antes de que se incurra en ellos. Busca mejorar la planeación y el presupuesto. Utiliza metodologías de: Costos Estimados: Son aquellos que se conocen con anticipación, pero su cálculo es subjetivo, dado que los criterios utilizados para calcular el costo no tienen justificación científica. Se utiliza la información histórica y la experiencia para estimar el comportamiento futuro.

	<p>Costos Estándar: Son los costos que se calculan mediante la utilización de procedimientos científicos, tales como la ingeniería industrial (tiempos y movimientos), se calcula el consumo óptimo de recursos y al finalizar el proceso productivo se determinan las variaciones de lo real frente al estándar establecido.</p>	
De acuerdo Filosofías		
Costeo Total o Absorbente	Costeo Directo o Variable	Costeo Basado en Actividades (ABC)
<p>Es una metodología de costeo que incluye dentro de su cálculo todos los costos asociados a la producción, tanto fijos como variables, los gastos se asignan al periodo en el cual se consumieron.</p>	<p>Esta metodología considera para calcular el costo del producto solo lo variable, todos los costos fijos se asignan al periodo en el cual se consumieron, por lo tanto, no hacen parte del valor de los inventarios. Es requisito de esta metodología la separación de costos en fijos y</p>	<p>Es una metodología que tiene en cuenta para el cálculo del producto, tanto lo fijo como lo variable y además incluye en el costo del producto todos los gastos consumidos.</p> <p>Esta metodología</p>

	<p>variables. Los gastos se asignan (como los costos fijos) al periodo en el que se consumieron.</p>	<p>introduce un nuevo concepto, el costeo de las actividades necesarias para elaborar el producto. Actualmente es la metodología más utilizada.</p>
--	--	---

Fuente: Sistema de información gerencial como base del presupuesto por resultados y costos en Hospitales Públicos Seleccionados (Schweiger, y otros, 2008).

Costeo Basado en Actividades, también denominado costo ABC (Activity Based Cost).

Esta metodología clasifica los costos con base en las actividades directas o fundamentales para la concreción del bien o producto que ofrecen a la organización. La actividad es definida como el conjunto de recursos para la concreción del servicio/producto que ofrece la empresa.

Data de los años 80 por Robert Kaplan Cooper, según este método los costos directos e indirectos se asignan basándose en las actividades. Fue en un inicio diseñado para empresas manufactureras y posteriormente extrapolado a las organizaciones sanitarias donde puede costear actividades de promoción, prevención curación y rehabilitación (Legrá Álvarez, Fernández García, & Collazo Herrera, 2018).

En este método se establecen “drivers o cost drivers” que permiten establecer una diferenciación de los costos asignados a cada actividad, la cual podría considerarse como lo que motiva a la demanda. El inductor del costo es la actividad, antes que el producto, así

que esta es valorada y no discrimina entre el costo y el gasto de la organización, sino que el gasto se distribuye porcentualmente a cada actividad (Castellanos, 2003).

Una de las principales ventajas es que dimensiona las principales actividades generadoras de costos de la organización, valorándolas económicamente para la dirección de decisiones. Una desventaja es que, aunque se puede establecer en la mayoría de las organizaciones, se debe tener una organización estructural capaz de definir sus actividades directas en la producción del bien/servicio.

Costeo por Protocolo

En salud un protocolo se refiere a los planes precisos, detallados y ordenados para el estudio de un problema clínico o los planes de una terapia (BVS, 2020). Permite guiar al médico para realizar un procesamiento con eficiencia dentro de la organización sanitaria. Puede ser considerada una herramienta para otros métodos de costeos como el costeo basado en actividades o costeo estándar (Duque Roldan & Osorio Agudelo, 2003).

Para poder llevarse a cabo este tipo de costeo se requiere de un funcionamiento con base en protocolos establecidos en la organización. Posee como desventaja que su operacionalización centra su atención en el componente asistencial, sin embargo, el componente de gestión queda subvalorado.

Costeo por paciente o patología

El enfoque está basado en conocer los costos por el demandante paciente /patología para establecer criterios de valoración; a diferencia de los demás costeos, valora la individualidad bajo la premisa a pesar de que ciertos grupos de pacientes o patologías poseen ciertas características que permiten asociarlas, la demanda en salud usualmente es heterogénea y presenta "productos distintos" (Reyes Hernandez, Perez Guevara, Becerra Suarez, Gomez Alfonso, & Perez Falco , 2012).

Este costeo establece al paciente como el centro de costeo, por ende, para desarrollarlo se requiere un sistema de gestión e información complejo y organizado para conocer los costos

originados por la persona/paciente a la cual sirve la organización. Sin embargo, no establece criterios alineados a la gestión por procesos o actividades. En un estudio realizado en el Hospital de Cien Fuegos en Cuba, en donde se valoraron los costos por pacientes atendidos con cataratas y los resultados mostraron que este tipo de costeo permite darles seguimiento a los recursos y determinar hasta qué punto fueron utilizados en relación con las necesidades del paciente (Reyes Hernandez, Martin Garcia, & Perez Guevara, 2015).

Costeo por Grupos Relacionados de Diagnóstico

Es una metodología de costeo que nace a partir del establecimiento de un modelo de aseguramiento y pago de prestaciones. Se dirige a la agrupación de pacientes con un diagnóstico y utilización de recursos similar que permita establecer los costos desde su ingreso hasta su alta de la organización (Torres Hinstroza & Lopez Orozco, 2012). A diferencia del costo por paciente/patología no se realiza el costeo por orden de producción individual sino por grupo relacionados de diagnósticos.

Estos grupos pueden establecerse por una cantidad de pacientes que conforman un grupo por sus características clínicas y que al mismo tiempo sean excluyentes de otros grupos. Un ejemplo de este grupo sería el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para agrupación de pacientes (Paolillo , y otros, 2016).

Una de las ventajas más importantes es que permite la asociación de lo técnico con la gestión, ya que se pondera cada GDR con un costo unitario y un costo global (Schweiger, y otros, 2008).

Costeo completo con reasignaciones en cascada

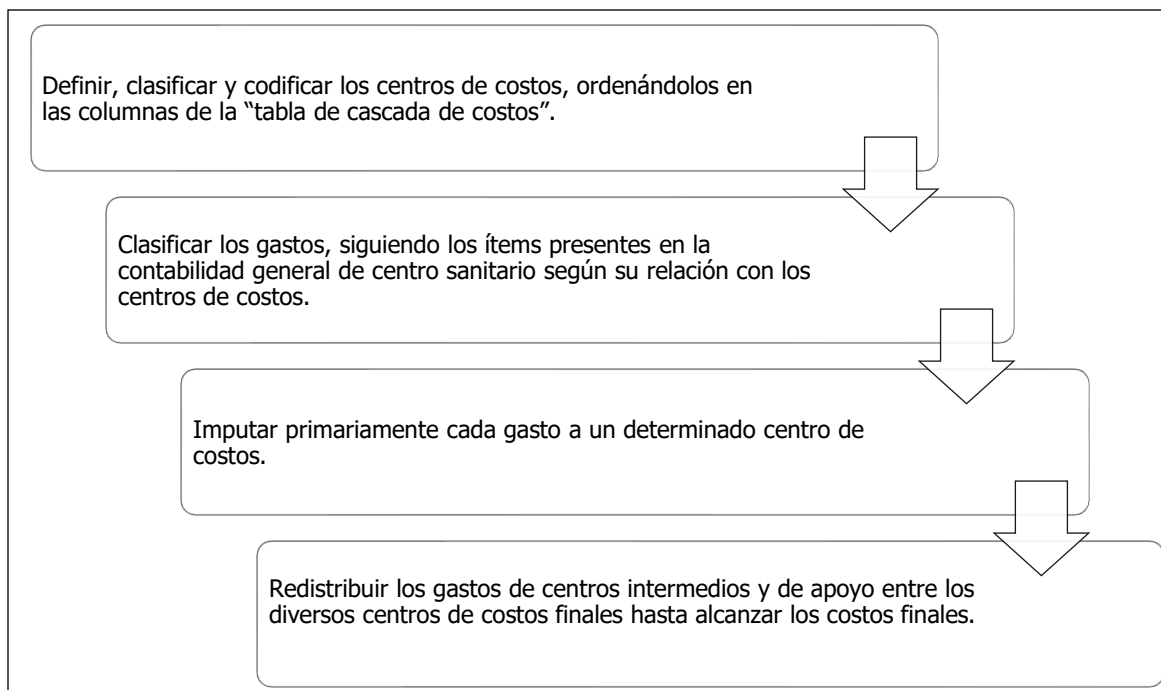
En este método el establecimiento se organiza en tres tipos de centros de costos:

- Finales: atenciones directas a los pacientes
- Intermedios: servicios o bienes de apoyo diagnóstico o terapéutico
- De apoyo: servicios logísticos y administrativos

Los gastos de los centros intermedios y de apoyo se trasladan a los centros finales de tal forma que se tenga un gasto promedio por centro de costo (Lenz-Alcayaga, 2010).

La metodología se basa en el cálculo del gasto promedio de los diversos centros de costos, los cuales son responsables de la prestación de bienes y servicios que se consideran relacionados u homogéneos (Schweiger, y otros, 2008). Es una metodología que puede iniciarse en cualquier organización sanitaria con una gestión poco desarrollada en los análisis de costos. El desarrollo de este método implica lo siguiente.

Diagrama 4. Método para realizar el costeo en cascada.



Fuente: Sistema de información gerencial como base del presupuesto por resultados y costos en Hospitales Públicos Seleccionados (Schweiger, y otros, 2008).

3.5 Importancia de Costos en Prestaciones Pediátricas

Las acciones en promoción, prevención y rehabilitación que se dirigen a los niños y adolescentes promueven su máxima realización y lo que consecuentemente se valora como una población sana y productiva, además de una reducción en las desigualdades sociales. El reconocimiento de estas acciones, su valoración y dirección se fundamentan en los derechos humanos que cada uno posee como individuo (UNICEF, 2019).

El análisis de los costos en las organizaciones sanitarias y de subpoblaciones en específico como es la pediátrica, es un tema que data de muchos años, sin embargo, debido a las diversas características de gestión de cada una de las organizaciones sanitarias como organización dinámica, compleja, con un sistema de dominios técnicos y sociales donde coexiste la transdisciplinariedad e interdisciplinariedad impregnada de la cultura organizacional; continúa siendo un tema actual.

Como aportes dirigidos a la atención pediátrica, Largo Jaramillo, en su estudio "Determinación de costos por patologías en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UNIKIDS)" en Colombia; recopiló información que permitió determinar costos directos e indirectos, fijos y variables de la empresa. A partir de estos, encontró el costo real por patologías más comunes en un año dentro de la unidad de cuidados intensivos pediátrica UNIKIDS S.A.S; y finalmente, con esta información, determinó, haciendo un cruce con la facturación real, las ganancias o pérdidas (Largo Jaramillo, 2017). De forma similar, González en Chile con su estudio "Diseño de Sistema de Costeo Basado en Actividades para Unidades De Hospitalización Pediátrica" en donde usualmente se lleva una metodología de costeo por grupos relacionados de diagnóstico, presentó una metodología de costeo ABC con resultados valiosos para la toma de decisiones (González, 2018). En el escenario del primer nivel de atención, Bernzetein y Drake en Argentina, evaluaron el impacto sanitario y los costos de la provisión gratuita de medicamentos en el primer nivel de atención público para la neumonía infantil, destacando el impacto del programa de bajo costo para el

tratamiento de población vulnerable (Bernztein & Drake, 2009). Igualmente, dentro de las evaluaciones económicas completas y dirigidas a evaluación de programas de salud; se realizó un estudio en México con el objetivo de medir la costo-efectividad entre dos programas de control de niño sano con y sin asignación de leche. Se concluyó que el programa de control del niño sano más costo-efectivo en el primer nivel de atención fue el que no tuvo asignación de leche (Villanueva et al., 2011).

Los puntos o problemas específicos de la mayoría de las organizaciones de salud es disponer de un sistema que establezca una relación entre la prestación y la gestión que permita la toma de decisiones. Un costeo limitado a una información estática contable pierde el objetivo de direccionar o analizar la información para establecer un norte a los objetivos estratégicos organizacionales y por ende debe ser reestructurado.

En cuanto a la mejor metodología de costeo que represente el funcionamiento de la organización de salud y que dirija la misma hacia su visión como organización, las respuestas han sido variadas, dependiendo de la dirección estratégica, se han dirigido a metodologías de costeo por actividades, por procesos, por pacientes, por grupos relacionados de diagnósticos; todas con ventajas y desventajas hacia el costeo que la organización cree relevante.

La mayoría de los estudios concluyen en que un análisis de costos en toda organización es fundamental y piedra angular de toda gestión y que el mismo debe realizarse con una metodología que acompañe los objetivos estratégicos. Todos los investigadores consideran importante que debe fortalecerse la gestión de costos, la estimación de estos como primera etapa para acompañar a las actividades o procesos de cada organización y que deben efectuarse en todos los niveles de gestión de forma tal que la parte gerencial y la parte asistencial se deben construir una a razón de la otra y no sean infinitamente paralelas.

4. Metodología y técnicas a utilizar:

4.1 Tipo de estudio y diseño:

Para la realización del estudio se llevó a cabo una metodología cuantitativa, de tipo descriptiva y temporalidad retrospectiva de corte transversal, ya que se analizaron los datos del año 2019.

4.2 Ámbito de estudio o campo:

El ámbito del estudio fue en economía de la salud y gestión sanitaria, dentro de este campo se enmarca el análisis de costos.

4.3 Población:

Se realizó un estudio de caso de una institución de primer nivel de atención: el Centro de Salud de Río Abajo ubicado en el corregimiento del distrito de Panamá, provincia de Panamá. El caso fue representativo y relevante, ya que es uno de los Centros de Salud que dispone de una accesibilidad geográfica aceptable para toda su población de responsabilidad y presenta todas las prestaciones establecidas por parte del Ministerio de Salud.

Se costearon las atenciones del Centro de Salud, considerando todas las atenciones realizadas para el año 2019, año en que se encontraba en normal funcionamiento. Posterior a este año, y producto de la pandemia, se toman decisiones de cerrar consultas externas, por lo que la misma se vio mermada.

Se trabajó con dos supuestos:

- Se consideró que todas las atenciones poseen el mismo tiempo de duración.
- Se consideró que las consultas de control tienen el mismo tiempo de atención que las de morbilidad, y que las 4 categorías prestacionales presentan la misma extensión horaria.

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Se utilizó la investigación documental como técnica de recolección de datos. Los datos de gastos y producción se obtuvieron del Centro de Salud sobre el que se basó la investigación.

Se realizó la investigación previa solicitud y posterior a la autorización del Director Región Metropolitana del Ministerio de Salud y aprobación del Director Médico del Centro de Salud de acuerdo a la Ley 6 del año 2022. En donde y según la misma se presentan los siguientes tres artículos:

"Artículo 10. El Estado informará a quien lo requiera sobre lo siguiente:

- 1. Funcionamiento de la institución, decisiones adoptadas y la información relativa a todos los proyectos que se manejen en la institución.*
- 2. Estructura y ejecución presupuestarias, estadísticas y cualquier otra información relativa al presupuesto institucional.*
- 3. Programas desarrollados por la institución.*
- 4. Actos públicos relativos a las contrataciones públicas desarrolladas por la institución.*

Artículo 11. Será de carácter público y de libre acceso a las personas interesadas, la información relativa a la contratación y designación de funcionarios, planillas, gastos de representación, costos de viajes, emolumentos o pagos en concepto de viáticos y otros, de los funcionarios del nivel que sea y/o de otras personas que desempeñen funciones públicas.

Artículo 12. En cumplimiento de lo establecido en el artículo 267 de la Constitución Política, el Presupuesto General del Estado deberá contener la siguiente información sobre el sector público no financiero:

- 1. Ingresos corrientes.*
- 2. Gastos corrientes de funcionamiento.*
- 3. Ahorro corriente.*
- 4. Intereses.*
- 5. Gastos de capital (inversiones).*
- 6. Donaciones y recuperaciones de capital.*
- 7. Amortizaciones."*

Las fuentes de datos secundarias solicitadas fueron:

- Organización Institucional.

- Cartera de Servicios ofertada.
- Volumen de atenciones o consultas anuales por prestación ofrecida establecidas en el Análisis de Situación de Salud del Centro de Salud de Río Abajo Año 2019.
- Información de la Planilla del recurso humano de la organización.
- Construcción y terreno: planos.
- Registros contables administrativos, ya sea del balance general y del estado de resultado.

Toda esta información con corte transversal del año 2019.

4.5 Plan de análisis de los resultados:

Los datos obtenidos a través de fuentes de información secundarias fueron sometidos al escrutinio del investigador a fin de seleccionar cuidadosamente la información pertinente y necesaria para ser sometida a un tratamiento contable para cumplir con el objetivo del estudio.

La metodología ejecutada fue el método del costeo por matriz de costos directos e indirectos o reasignaciones "en cascada". El mismo implicó realizar las siguientes acciones:

1. Elaboración de un cuadro de costos total del Centro de Salud clasificando los mismos en costos directos y costos indirectos.
2. Definir, clasificar y codificar los centros de costos según los objetivos del estudio y la organización del centro de salud.

Para esto se determinó como el objeto del costo las atenciones prestadas en el Centro de Salud para el año 2019. A partir del objeto de costo se seleccionaron los centros de costos dentro del Centro. Estos centros de costos debieron disponer de una unidad mínima de gestión, actividad homogénea, objetivos propios, recursos humanos y materiales; encontrándose organizados para realizar una actividad en

común que puede delimitarse físicamente y se encuentran en la estructura organizacional del Centro de Salud.

Posteriormente, se clasificaron los centros de costos en finales o principales, complementarios o intermedios y estructurales. Los centros de costos finales hacen el objetivo del centro de salud, los intermedios son los responsables de la logística en los procesos de diagnóstico y tratamiento. Los centros estructurales son los que brindan el soporte a los finales e intermedios.

Una vez que se realizó la identificación por centros de costos se elaboró una tabla en donde las columnas corresponden a los centros de costos y las filas a los gastos de forma tal que se dispone cada gasto directo al centro de costo en la columna.

3. Aplicación del método de distribución en cascada.

Como siguiente paso se redistribuyeron los gastos según su origen entre los diversos centros de costos, esto se denomina asignación de costos indirectos; de los centros de apoyo general a los complementarios y posteriormente a los finales. Este procedimiento de distribución secundaria expresa la dependencia entre los centros de costos, siendo los principales los centros de costos finales. Se realizó en dos pasos de los centros de apoyo a los complementarios y como segundo paso de los complementarios a los finales teniendo en cuenta:

- El centro de costos emisor: el que distribuye los costos a uno o varios centros de costos.
- El centro de costos receptor: el que recibe los costos de uno o varios centros emisores.
- Coeficiente de redistribución: factor utilizado para distribuir los costos de un centro de costos emisor a un centro de costos receptor.

Es importante en esta etapa la priorización u orden de la cascada, determinada como la secuencia de la imputación o transferencia de gastos. Siempre de derecha a izquierda donde los que acumulan los gastos serán finalmente los centros finales.

4. Cálculo del costo medio unitario de atención.

Una vez determinados los costos de la atención por centro de costo, se procedió a especificar los costos medios unitarios en función a la cantidad de atenciones ofertadas en el Centro de Salud en el año 2019.

El plan de tabulación y obtención de la información recabada de las diversas fuentes fue presentado mediante tablas y cuadros. La información contable se analizó mediante matrices de costos con el programa Excel. Por último, una vez obtenidos los datos, los textos se procesaron con Word 365.

5. Desarrollo:

El análisis de los datos a continuación se realizó en el orden de los objetivos específicos detallados en el punto 2.

- **Desarrollo de objetivo 1:** Cartera de prestaciones para la atención de pediatría en sus diferentes grupos etarios.

Entendiendo la cartera de servicios de un sistema de salud como el conjunto de técnicas, tecnologías y actividades mediante las cuales se hacen efectivas las prestaciones de una institución sanitaria, en las tablas a continuación se presentan las actividades según edad y profesional que se ofrecen a la población pediátrica para un realizar un control de la misma, sin embargo, la oferta se encuentra influenciada por la cantidad de cupos disponibles y el recurso humano contratado. En el Centro de Salud de Río Abajo al momento del estudio no había nutricionista contratada por lo que no se ofertaron dichos servicios y en caso tal de requerirse fueron derivados a otra instalación.

El Centro de Salud de Río Abajo brindó los servicios en los siguientes departamentos:

1. Servicios Médicos:
 - a. Medicina General
 - b. Pediatría
 - c. Ginecología
 - d. Psiquiatría
2. Odontología
3. Fisioterapia
4. Estimulación Precoz
5. Psicología
6. Trabajo Social
7. Enfermería (pediátrica, obstetra, salud de adultos y adolescente)
8. Farmacia
9. Laboratorio
10. Registros Médicos y Estadística
11. Servicios de Salud Pública:
 - a. Departamento de Protección de Alimentos y Zoonosis (DEPA/ZOO)
 - b. Calidad Sanitaria del Ambiente (CASA)
 - c. Control de Vectores

En cuanto a la cantidad de servicios prestados para la cartera pediátrica según el profesional y su tipo de prestación se puede indicar que el Centro de Salud realizó un total de 5 672 atenciones de las cuales el 46% fueron prestadas por el pediatra y 39% por medicina general, además, se presentó similar distribución porcentual de las morbilidades atendidas de por los dos profesionales (Ver tabla 3).

Tabla 3. Atenciones por el servicio de pediatría según profesional y tipo de atención. Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

Profesional	Controles o Preventivas n(%)	Morbilidad n(%)	Total n(%)
Pediatría	1219 (48)	1387 (45)	2606 (46)
Medicina General	966 (38)	1239 (40)	2205 (39)
Enfermería	377 (15)	15 (0)	392 (7)
Estimulación precoz	0 (0)	469 (15)	469 (8)
Total	2562 (100)	3110 (100)	5672 (100)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Registros médicos del Centro de Salud de Río Abajo.

Es importante dejar claro que las atenciones del servicio por controles se entiende las que se brindan con citas programas y en personas sanas para evaluaciones de carácter promocional de la salud y preventivo sobretudo; a cambio de las atenciones por morbilidades que surgen por demanda de la población para buscar atención y son principalmente para curación de la enfermedad. La Tabla 3 presenta que la distribución porcentual tanto de medicina general, como de pediatría mantuvieron similar porcentaje entre ambos tipos de atención, a diferencia de enfermería que el 100% fue control y estimulación precoz que el 100% fue morbilidad.

Al realizar la distribución por grupo etario; en la tabla 4 se describe que el mayor porcentaje de atenciones tanto preventivas o controles como de morbilidad prestadas por el pediatra se acumulan en los grupos etarios más jóvenes (hasta el año de edad) y de forma contraria, medicina general presentó un porcentaje de atención acumulado y en incremento a partir de los 5 años en adelante. De igual forma, estimulación precoz prestó la atención solo en aquellos casos que le fueron referidos como una morbilidad y no como un servicio de prevención.

Tabla 4. Atenciones del Servicio de Pediatría según grupo etario. Centro de salud de Río Abajo. Año 2019.

	Preventivas o Controles n(%)							Morbilidad n(%)						
	<1 mes	1-11 meses	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	Total	<1 mes	1-11 meses	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	Total
Pediatría	201 (16.5)	480 (39.4)	414 (34.0)	117 (9.6)	6 (0.5)	1 (0.1)	1219 (47.0)	18 (1.3)	312 (22.5)	687 (49.5)	339 (24.4)	25 (1.8)	6 (0.4)	1387 (45.0)
Medicina General	25 (2.5)	8 (0.8)	19 (1.9)	299 (30.0)	184 (18.5)	461 (46.3)	996 (38.0)	10 (5.6)	70 (5.6)	203 (16.4)	256 (20.7)	317 (25.6)	383 (30.9)	1239 (40.0)
Enfermería	1(0.3)	251 (66.6)	125 (33.2)	0	0	0	377 (15.0)		1 (6.7)	1 (6.7)		0	13 (86.7)	15 (0.5)
Estimulación Precoz	0	0	0	0	0	0	0	44 (9.4)	343 (73.1)	76 (16.2)	6 (1.3)	0	0	469 (15.0)
Total	227 (8.8)	739 (28.5)	558 (21.5)	416 (16.0)	190 (7.3)	462 (17.8)	2592 (100)	72 (2.3)	726 (23.3)	967 (31.1)	601 (19.3)	342 (11.0)	402 (12.9)	3110(100)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Registros médicos del Centro de Salud de Río Abajo.

En cuanto a las principales causas de morbilidad por las cuales la población del Centro de Salud de Río Abajo recibió atención se encontraron en un 27% la obesidad, 23.8% rinofaringitis aguda y un 24% por hipertensión. Al desagregarlas en los menores de un año la influenza presentó un mayor porcentaje con 36.1%, y posteriormente la bronquitis 18.3% y la rinofaringitis aguda 25.2%. Esta distribución porcentual fue similar a los menores de 1 a 4 años (Ver tabla 5).

Tabla 5. Principales causas de Morbilidad del Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

Principales causas de Morbilidad			
	Total n (%)	Masc. n (%)	Fem. n (%)
Obesidad	1,338 (27.6%)	480 (56.6%)	858 (26.9%)
Rinofaringitis Aguda	1,154 (23.8%)	300 (35.4%)	854 (26.7%)
Hipertensión Esencial	1,161 (24.0%)	328 (38.7%)	833 (26.1%)
Influenza	461 (9.5%)	175 (20.6%)	286 (9.0%)
Infección de vías respiratorias superiores	731 (15.1%)	368 (43.4%)	363 (11.4%)
TOTAL	4,845 (100.0%)	848 (100.0%)	3,194 (100.0%)
Morbilidad en menores de un año			
Influenza	73 (36.1%)	40 (33.3%)	33 (40.2%)
Bronquitis	37 (18.3%)	24 (20.0%)	13 (15.9%)
Rinofaringitis Aguda	51 (25.2%)	30 (25.0%)	21 (25.6%)
Ictericia Neonatal	41 (20.3%)	26 (21.7%)	15 (18.3%)
TOTAL	202 (100.0%)	120 (100.0%)	82 (100.0%)
Morbilidad en menores de 1-4 años			
Influenza	148 (33.6%)	78 (33.8%)	207 (59.8%)
Rinofaringitis	61 (13.9%)	34 (14.7%)	27 (7.8%)
Diarrea y Gastroenteritis	65 (14.8%)	29 (12.6%)	36 (10.4%)
Bronquitis Aguda	73 (16.6%)	42 (18.2%)	31 (9.0%)
Otras Infecciones Agudas	93 (21.1%)	48 (20.8%)	45 (13.0%)
TOTAL	440 (100.0%)	231 (100.0%)	346 (100.0%)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Registros médicos del Centro de Salud de Río Abajo.

La principal causa de morbilidad en el 2019 en los grupos etáreos del estudio en cuestión fue la Caries Dental con un 17% y la Influenza con igual porcentaje seguido de la Rinofaringitis aguda con un 12.9%, observándose además otros cuadros respiratorios como la Faringitis aguda, infecciones de vías respiratorias superiores, además de Infecciones de las gastroenteritis (Ver tabla 6).

Tabla 6. Principales causas de morbilidad de la población de 0 a 19 años que acude al Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

Principales causas de Morbilidad	Años n (%)											
	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		Total	
1 Caries de la Dentina	1	(0.5%)	15	(2.9%)	123	(25.1%)	63	(27.9%)	101	(30.9%)	303	(17.0%)
2 Influenza	74	(34.6%)	151	(29.0%)	70	(14.3%)	5	(2.2%)	2	(0.6%)	302	(17.0%)
3 Rinofaringitis Aguda	51	(23.8%)	61	(11.7%)	52	(10.6%)	38	(16.8%)	28	(8.6%)	230	(12.9%)
4 Infecciones Agudas de vías respiratorias superiores	4	(1.9%)	93	(17.9%)	77	(15.7%)	27	(11.9%)	20	(6.1%)	221	(12.4%)
5 Gastroenteritis de origen no especificado	15	(7.0%)	66	(12.7%)	37	(7.5%)	14	(6.2%)	13	(4.0%)	145	(8.2%)
6 Faringitis aguda	16	(7.5%)	47	(9.0%)	24	(4.9%)	15	(6.6%)	30	(9.2%)	132	(7.4%)
7 Depósitos [acreciones] en los dientes	0	(0.0%)	6	(1.2%)	8	(1.6%)	14	(6.2%)	101	(30.9%)	129	(7.3%)
8 Obesidad	0	(0.0%)	8	(1.5%)	53	(10.8%)	28	(12.4%)	25	(7.6%)	114	(6.4%)
9 Asma	10	(4.7%)	41	(7.9%)	40	(8.1%)	15	(6.6%)	2	(0.6%)	108	(6.1%)
10 Dermatitis	43	(20.1%)	32	(6.2%)	7	(1.4%)	7	(3.1%)	5	(1.5%)	94	(5.3%)
Total	214	(12.0%)	520	(29.2%)	491	(27.6%)	226	(12.7%)	327	(18.4%)	1778	(100.0%)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Registros médicos del Centro de Salud de Río Abajo.

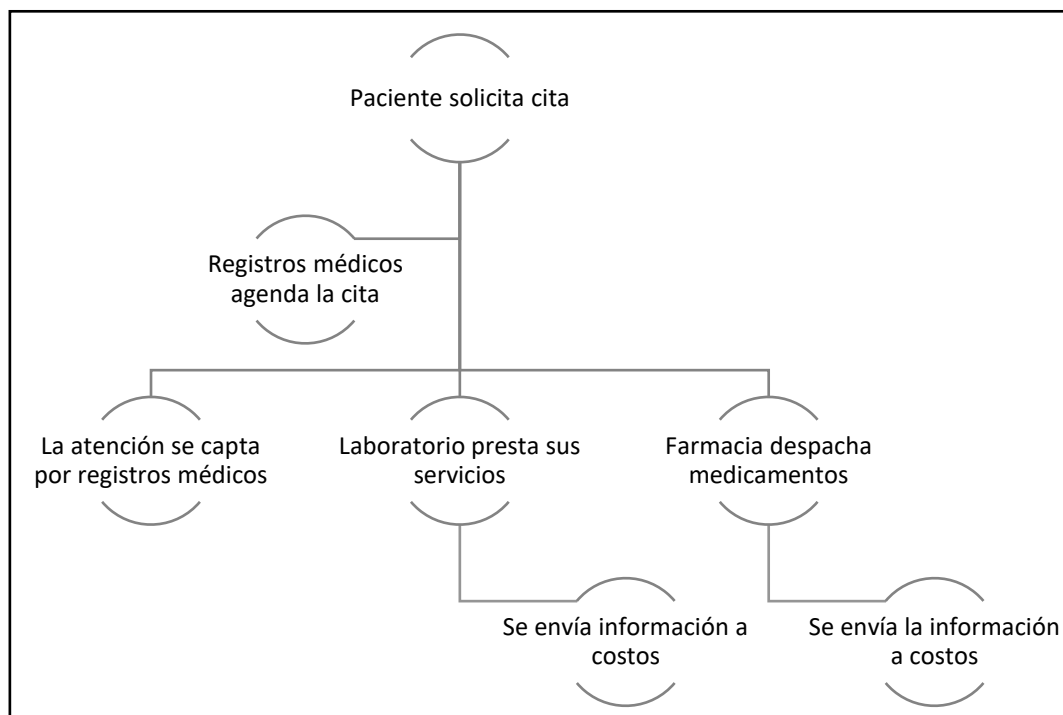
- **Desarrollo del Objetivo 2:** Descripción de los sistemas de registro y procesamiento de datos de costos de la consulta de atención pediátrica en de la institución.

En cuanto a los sistemas de registro y procesamiento de datos de costos se puede mencionar que:

- Según las consultas realizadas al recurso humano del centro, las atenciones ofrecidas se registraron en expedientes físicos y/o digitales por el personal de salud de atención directa quien remite al personal de registro médico de forma digital y/o física. Este último contabiliza las atenciones, los datos generales, los diagnósticos; entre otros datos en un sistema de uso exclusivo de registros médicos. Este sistema es compartido a nivel de todo el Ministerio de Salud para uso de este departamento.
- Los insumos, como medicamentos y laboratorios, presentan cada uno de ellos registros particulares que son posteriormente remitidos a costos de forma física. La información de los costos está desvinculada de las prestaciones ofertadas y recibidas. No hay un entrecruzamiento de los pacientes atendidos-insumos utilizados.
- Costos, dependencia de la administración, recaba la información de laboratorio y de farmacia además de la información de recursos humanos en formato físico para realizar los balances, estados de resultado, cuentas por cobrar, cuentas por pagar entre otros documentos contables.

En general el proceso desde la primera atención del paciente y registro de la información hasta llegar a la captación de datos por el departamento de costos sigue la el diagrama 5. Se aportaron datos relevantes que dieron relevancia al mejoramiento de la recolección y entrecruzamiento de la información independientemente de si es de gestión o de una atención sanitaria.

Diagrama 5. Procesamiento de los datos de costos de la consulta en el Centro de Salud de Río Abajo.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

- **Desarrollo de Objetivo 3:** Costo de la consulta de atención pediátrica del Centro de Salud.

Para determinar el costo de la consulta de atención pediátrica del Centro de Salud, se desarrolló la metodología planteada en donde se abarcan los siguientes pasos desarrollados a continuación:

1. Elaboración de un cuadro de costos total del Centro de Salud
2. Definir, clasificar y codificar los centros de costos según los objetivos del estudio y la organización del centro de salud.
3. Aplicación del método de distribución en cascada.
4. Cálculo del costo medio unitario de atención.

1. Elaboración de un cuadro de costos totales.

La información recabada del Centro de Salud de Río Abajo se desplegó en la tabla de Gasto Ejecutado del año 2019. La información en detalle de los gastos se obtiene con temporalidad mensual de forma manual y forma digital.

Tabla 7. Detalle de Gastos del año 2019. Centro de Salud de Río Abajo.

Detalle	Gasto		Concepto
Gastos de Personal	B/.2,049,069.12	\$2,049,069.12	
Gastos de Operaciones	B/.340,272.55	\$340,272.55	
Consumo de Medicamentos	B/.128,477.70	\$128,477.70	
Consumo de Combustible	B/.3,379.04	\$ 3,379.04	
Consumo de Materiales de Aseo	B/.14,676.47	\$14,676.47	Insumos de limpieza
Consumo de Utiles de Oficina	B/.13,381.84	\$13,381.84	
Consumo de Material de Odontología	B/.68,301.05	\$68,301.05	Insumos de odontología
Consumo de Material Laboratorio	B/.75,449.95	\$75,449.95	Insumos de laboratorio
Consumo Medico Quirúrgico	B/.18,524.23	\$18,524.23	Insumos médicos
Consumo Productos Químicos	B/.6,114.63	\$6,114.63	Insumos de limpieza
Otros Gastos Operativos	B/.11,967.64	\$11,967.64	
Servicios Prestados por Terceros	B/.57,897.88	\$57,897.88	
Transporte	B/.628.00	\$628.00	
Honorarios	B/.5,889.16	\$5,889.16	
Mantenimiento y Reparaciones	B/.30,320.72	\$30,320.72	
Otros Servicios	B/.21,060.00	\$21,060.00	
Total	B/.2,447,239.55	\$2,447,239.55	

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Detalle de Gastos Mensuales del Centro de Salud de Río Abajo.

A partir de la Tabla 7 se determinaron los costos totales habiendo reclasificado según el concepto de costo que representa cada una de ellas.

Tabla 8. Costos Totales del año 2019. Centro de Salud de Río Abajo.

Costos Totales	Importe		%
Gasto en Personal	B/.2,049,069.12	\$ 2,049,069.12	83.70%
Consumo de Combustible	B/.3,379.04	\$3,379.04	0.10%
Insumos de limpieza	B/.20,791.10	\$ 20,791.10	0.80%
Consumo de útiles de oficina	B/.13,381.84	\$ 13,381.84	0.50%
Consumo de medicamentos	B/.128,477.70	\$128,477.70	5.20%
Insumos de odontología	B/.68,301.05	\$68,301.05	2.80%
Insumos médicos	B/.18,524.23	\$18,524.23	0.80%
Insumos de laboratorio	B/.75,449.95	\$75,449.95	3.10%
Otros Gastos Operativos	B/.11,967.64	\$11,967.64	0.50%
Transporte	B/.628.00	\$628.00	0.00%
Honorarios	B/.5,889.16	\$5,889.16	0.20%
Mantenimiento y Reparaciones	B/.30,320.72	\$30,320.72	1.20%
Otros Servicios	B/.21,060.00	\$ 21,060.00	0.90%
Total	B/.2,447,239.55	\$2,447,239.55	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Detalle de Gastos Mensuales del Centro de Salud de Río Abajo.

2. Clasificación de los centros de costos según los objetivos del estudio y la organización del centro de salud.

Posteriormente, se distribuyeron los costos totales entre los centros de costos del Centro de Salud de Río Abajo. Para esto se consideraron como centros de costos aquellos que cumplieron con los requisitos de ser una unidad de mínima gestión, con actividad homogénea, con objetivos propios, que cuenta con recurso humano y económico y, además, posean una localización física en el centro de salud.

En base al objetivo del estudio de investigación y el fin principal del centro de Salud se distribuyeron los centros de costos en centros de costos finales, intermedios y estructurales. Los mismos se pueden observar en la Tabla 9.

Tabla 9. Centro de Costos del Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

Centro de costos		
Finales	Servicio de Pediatría	
	Consulta Externa	Medicina General
		Psiquiatría
		Ginecobstetricia
		Salud Ocupacional
		Urgencias
Intermedios	Odontología	
	Psicología	
	Fisioterapia	
	Laboratorio	
	Farmacia	
De apoyo o estructurales	Salud Pública (Saneamiento Ambiental y Control de Vectores)	
	Trabajo Social	
	Administración y Recursos Humanos	
	Doméstico	

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

Posteriormente se realizó la imputación primaria, es decir, la distribución de los costos totales en los centros de costos definidos. Para esto se identificaron los costos directos y se asignaron al centro de costo correspondiente y posteriormente los costos indirectos, con los cuales no puede identificarse un proceso en el que contribuyan directamente y se imputaron en función de un criterio de distribución definido.

2.1 Recurso Humano:

El Centro de Salud de Río abajo para el año 2019 contaba con 79 colaboradores lo que representa el 88% del gasto en personal del centro. El recurso humano del centro de salud se encontraba contratado en su mayoría por el Ministerio de Salud y fue el nivel central o máximo nivel de gestión de esta institución, quien se encargó de sus pagos, además; cabe señalar, que la entidad propia del Centro denominada Comité de Salud, y conformada por una estructura legal de personas de la comunidad, también realizan contrataciones para subsanar aquellos cargos de necesidad para el correcto funcionamiento del centro de Salud. Estos cargos se encontraban en su mayoría adjudicados a personal administrativo. En la tabla 10 se encuentra en detalle:

Tabla 10. Personal del Centro de Salud de Río Abajo según centro de Costo y concepto. Año 2019.

CENTRO DE COSTO	CONCEPTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Pediatría	Pediatría	1	1%
Salud Pública (1)	Medicina General	6	8%
Pediatría (1)	Medicina General		
Consulta Externa (4)	Medicina General		
Consulta Externa	Psiquiatría	1	1%
Salud Pública (1)	Odontología	9	11%
Adm Y Recursos Humanos (2)	Odontología		
Odontología (6)	Odontología		
Consulta Externa	Ginecología	1	1%
Consulta Externa	Veterinaria	1	1%
Pediatría (1)	Enfermería	4	5%
Consulta Externa (3)	Enfermería		
Consulta Externa	Asistente De Odontología	2	3%
Psicología	Psicología	1	1%
Consulta Externa	Tecnica En Enfermería	4	5%
Fisioterapia	Fisioterapia	1	1%
Farmacia	Farmaceuticos	1	1%

Farmacia	Asistente De Farmacia	1	1%
Laboratorio	Tecnólogo Médico	2	3%
Laboratorio	Flebotomista	2	3%
Consulta Externa	Tecnico Médico Quirúrgico	1	1%
Pediatría	Estimulación Precoz	2	3%
Farmacia	Secretaria De Farmacia	1	1%
Laboratorio	Secretaria De Laboratorio	1	1%
Trabajo Social	Trabajadora Social	1	1%
Domestico	Trabajador Manual	4	5%
Domestico	Ayudante General	1	1%
Salud Pública	Inspector De Saneamiento Ambiental	1	1%
Salud Pública	Educadora Para La Salud	1	1%
Salud Pública	Inspector De Control De Vectores	3	4%
Adm Y Recursos Humanos	Conductor /Mensajero	1	1%
Adm Y Recursos Humanos	Oficinista De Rh	1	1%
Adm Y Recursos Humanos	Mensajera Interna	1	1%
Adm Y Recursos Humanos	Administrador	1	1%
Adm Y Recursos Humanos	Auxiliar En Registros Médicos	2	3%
Adm Y Recursos Humanos	Técnico En Registros Médicos	4	5%
Adm Y Recursos Humanos	Cajera	1	1%
Adm Y Recursos Humanos	Compras	2	3%
Adm Y Recursos Humanos	Secretaria	1	1%
Adm Y Recursos Humanos	Almacenista	3	4%
Adm Y Recursos Humanos	Kardex	1	1%
Adm Y Recursos Humanos	Secretaria De Dirección Médica	1	1%
Adm Y Recursos Humanos	Recepcionista	2	3%
Adm Y Recursos Humanos	Oficinista De Dirección Médica	1	1%
Adm Y Recursos Humanos	Secretaria De Dirección Médica	1	1%
Adm Y Recursos Humanos	Encargada De Contabilidad	1	1%

Odontología	Secretaria De Odontología	1	1%
Consultas Externa	Secretaria De Enfermería	1	1%
Total		79	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

Los datos del recurso humano fueron recabados de la administración del centro de salud y para determinar la cantidad de personal con su remuneración y el centro de costos al cual pertenecían se consultó a la dirección médica y a la administración del centro.

Una vez obtenida la información de la cantidad de personal y su remuneración en el centro de costos, se procedió a distribuirla por centro de costos como en la siguiente tabla:

Tabla 11. Distribución de costos de recursos humano por centro de costos.

	Centro de C. Finales		Centro de C. Intermedios					Centro de C. Estructurales				Total	
	Pediatría	Consulta Externa	Odontología	Fisioterapia	Psicología	Laboratorio	Farmacia	Salud Pública	Trabajo Social	Domestico	Adm y R. Humanos		
1 - Recurso Humano	B/. 233,260.08	B/. 627,062.16	B/. 263,913.60	B/. 17,520.00	B/. 45,147.00	B/. 68,210.28	B/. 55,187.28	B/. 261,552.96	B/. 30,960.00	B/. 24,620.40	B/. 421,635.36	B/. 2,049,069.12	\$ 2,049,069.12
Pediatras	B/. 87,256.08	-				-	-	-	-	-	-	B/. 87,256.08	\$ 87,256.08
Médicos Generales	B/. 24,792.00	B/. 260,676.60				-	-	B/. 81,666.48	-	-	-	B/. 367,135.08	\$ 367,135.08
Psiquiatría	-	B/. 81,604.80				-	-	-	-	-	-	B/. 81,604.80	\$ 81,604.80
Odontología	-	-	B/. 254,065.44			-	-	B/. 50,688.00	-	-	B/. 152,887.08	B/. 457,640.52	\$ 457,640.52
Ginecología	-	B/. 92,332.08				-	-	-	-	-	-	B/. 92,332.08	\$ 92,332.08
Veterinaria	-	B/. 55,992.60				-	-	-	-	-	-	B/. 55,992.60	\$ 55,992.60
Enfermería	B/. 45,108.00	B/. 47,400.00				-	-	-	-	-	-	B/. 92,508.00	\$ 92,508.00
Técnicos	B/. 76,104.00	B/. 74,836.08	B/. 4,924.08	B/. 17,520.00	B/. 45,147.00	B/. 65,142.24	B/. 50,263.20	-	-	-	-	B/. 333,936.60	\$ 333,936.60
Administrativos		B/. 14,220.00	B/. 4,924.08			B/. 3,068.04	B/. 4,924.08	B/. 129,198.48	B/. 30,960.00	B/. 24,620.40	B/. 268,748.28	B/. 480,663.36	\$ 480,663.36

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

2.2 Bienes de Consumo:

Bienes de consumo se refiere al costo de los bienes utilizados por el centro de salud y/o el nivel central del MINSA para el funcionamiento de los distintos centros de costos. El inventario de consumos, documento del cual se obtuvieron los datos, está compuesto por los insumos médico quirúrgico, laboratorio, productos químicos, odontología, útiles de oficina, aseo y limpieza adquiridos por transferencias recibidas por parte del nivel superior del MINSA o por compras directas del centro de salud. En la tabla a continuación se detallan los mismos:

Tabla 12. Bienes de Consumo del Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

Bien de Consumo	Centro	Costo	
Consumo de Medicamentos	Farmacia	B/.128,477.70	\$128,477.70
Consumo De Material De Odontología	Odontología	B/.68,301.05	\$68,301.05
Insumo de laboratorio	Laboratorio	B/.75,449.95	\$75,449.95
Insumos médicos	Consulta Externa	B/.18,524.23	\$18,524.23
Insumos de limpieza	Doméstico	B/.20,791.10	\$20,791.10
Consumo De Utiles De Oficina	Administración y RRHH	B/.13,381.84	\$13,381.84
Otros Gastos Operativos	Administración y RRHH	B/.11,967.64	\$11,967.64
Consumo De Combustible	Administración y RRHH	B/.3,379.04	\$3,379.04
Total		B/.340,272.55	\$340,272.55

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

Los bienes como material de odontología y médico quirúrgico son utilizados por los centros de costos finales en la consulta externa de odontología y urgencias respectivamente a los cuales fueron asignados estos costos.

El consumo de medicamentos, adquiridos en su mayor parte por el nivel central del MINSA, se asignaron a farmacia y los bienes de laboratorio por el centro de costo de laboratorio, ambos pertenecientes al centro de costos intermedios o complementarios.

Los consumos de combustible, materiales de aseo, productos químicos y otros gastos operativos se distribuyeron en los centros de costos de servicios estructurales en domésticos y administración y recursos humanos.

Todos los costos de estos insumos son recabados mediante un registro físico mensual por parte del personal administrativo adscrito a cada centro de costo para posteriormente consolidarlo en un documento denominado estado de gastos e ingresos realizado por la administración del centro de salud y evaluado por la dirección médica.

2.3 Servicios no Personales

Estos se refieren a los gastos ocasionados por el mantenimiento y reparación, transporte, honorarios y otros servicios que el Centro de Salud no brindó directamente a través de su recurso humano.

Los honorarios comprenden los servicios prestados por profesionales, técnicos o personas naturales que no fueron empleados públicos, y además que no ostentaban cargos similares en la estructura de puestos de la Centro de Salud.

Para definir otros servicios según el manual general de contabilidad gubernamental se incluyen almacenajes, servicios comerciales y financieros, impresión y encuadernación, alquileres, servicios básicos o consultorías.

Tabla 13. Servicios No Personales del Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

Servicios No Personales	Costo	
Transporte	B/.628.00	\$628.00
Honorarios	B/.5,889.16	\$5,889.16
Mantenimiento y Reparaciones	B/.30,320.72	\$30,320.72
Otros Servicios	B/.21,060.00	\$21,060.00
Total	B/.57,897.88	\$57,897.88

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

No hubo posibilidad de determinar un consumo de los servicios de agua, telefonía ni electricidad del Centro de Salud para su desglose por centro de costos ya que no se contaba con la información necesaria (los mismos fueron pagados en un nivel superior y no desglosados el monto por cada centro de salud).

Tabla 14. Distribución Primaria de los Centros de Costos del Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

		Centro de C. Finales		Centro de C. Intermedios					Centro de C. Estructurales			
		Pediatría	Consulta Externa	Odontología	Fisioterapia	Psicología	Laboratorio	Farmacia	Salud Pública	Trabajo Social	Domestico	Adm y Recursos Humanos
1 - Recurso Humano	B/. 2,049,069.12	B/. 233,260.08	B/. 627,062.16	B/. 263,913.60	B/. 17,520.00	B/. 45,147.00	B/. 68,210.28	B/. 55,187.28	B/. 261,552.96	B/. 30,960.00	B/. 24,620.40	B/. 421,635.36
2- Bienes de Consumo	B/. 340,272.55	-	B/. 18,524.23	B/. 68,301.05	-	-	B/. 75,449.95	B/. 128,477.70	-	-	B/. 20,791.10	B/. 28,728.52
3- Servicios no Personales	B/. 57,897.88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B/. 30,320.72	B/. 27,577.16
TOTALES	B/. 2,447,239.55	B/. 233,260.08	B/. 645,586.39	B/. 332,214.65	B/. 17,520.00	B/. 45,147.00	B/. 143,660.23	B/. 183,664.98	B/. 261,552.96	B/. 30,960.00	B/. 75,732.22	B/. 477,941.04
	\$ 2,447,239.55	\$ 233,260.08	\$ 645,586.39	\$ 332,214.65	\$ 17,520.00	\$ 45,147.00	\$ 143,660.23	\$ 183,664.98	\$ 261,552.96	\$ 30,960.00	\$ 75,732.22	\$ 477,941.04

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

3. Aplicación del método de distribución en cascada.

Al culminar la distribución primaria de los costos en los centros de costos finales, intermedios y estructurales; se procedió a la redistribución de los costos estructurales e intermedios a los centros de costos finales.

Para esto se realizó el método de "Distribución en Cascada" y se siguió la secuencia de cierre de costos siguiente:

En primer lugar, se distribuyeron los costos de los centros de costos estructurales los cuales prestan servicios a los demás centros y reciben muy pocos servicios de los demás. En segundo lugar, se distribuyeron los centros de costos intermedios a los centros de costos finales que representan la razón del centro de salud y llegan la finalidad del mismo.

Se aplicó el siguiente orden de cierre:

- 1) Domestico
- 2) Administración y Recursos Humanos
- 3) Trabajo Social
- 4) Salud Pública
- 5) Farmacia
- 6) Laboratorio
- 7) Psicología
- 8) Fisioterapia
- 9) Odontología

Posteriormente se establecieron los siguientes criterios de distribución de los costos de cada centro:

1) Distribución 1. Doméstico

El centro de Salud de Río Abajo se encuentra en una infraestructura de dos pisos distribuido en un área de 490m². Posee una entrada y salida general con estacionamientos al frente y un acceso exclusivo para el área de urgencias. Hay acceso de escaleras a la segunda planta.

En base a los planos facilitados por la dirección Médica del centro de salud y en función a una visita y consulta con ingeniería se realizó una estimación de la superficie ocupada por cada centro de costos, de manera tal que el 100% de la superficie del centro se distribuyó de la siguiente manera:

Tabla 15. Distribución del área de superficie del Centro de Salud de Río Abajo según centro de costo. Año 2019.

Centro de Costo	Metros2 según plano	Porcentaje	Metros2 según plano ajustado	Porcentaje
Pediatría	36.1	8.10%	36.1	8.19%
Consulta Externa	86.7	19.40%	86.7	19.67%
Odontología	44.4	9.90%	44.4	10.07%
Fisioterapia	20.4	4.60%	20.4	4.63%
Psicología	14.1	3.20%	14.1	3.20%
Laboratorio	59.7	13.40%	59.7	13.54%
Farmacia	28.4	6.40%	28.4	6.44%
Salud Pública	22.5	5.00%	22.5	5.10%
Trabajo Social	8.4	1.90%	8.4	1.91%
Adm y Recursos Humanos	120.1	26.90%	120.1	27.25%
Doméstico	5.5	1.20%		
Total	446.4	100.00%	440.8	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

El área de consulta de Pediatría se encuentra en la planta baja y se distribuye en un área de atención médica y un área de atención por parte de enfermería.

Los porcentajes presentados en la Tabla 15 fueron utilizados para la distribución de los gastos de mantenimiento, esto bajo el supuesto que a mayor superficie mayor mantenimiento debe requerir dicho centro.

2) Distribución 2. Administración y Recursos Humanos

El centro de costos de Administración y recursos humanos presentan costos que contribuyen proporcionalmente a la totalidad del Centro de Salud. Al no contar con una base de distribución adecuada (transacciones administrativas, órdenes de trabajo, etc.), la distribución se realizó en función del peso relativo de los costos totales de cada uno de los centros de costos productivos. Esto se puede observar en la Tabla 16.

Tabla 16. Incidencia porcentual del costo de cada Servicio Productivo dentro del costos totales del Centro de Salud. Año 2019.

Centro de Costo Productivo	Costos Anual			Incidencia %
Pediatría	B/.	233,260.08	\$233,260.08	12.32%
Consulta Externa	B/.	645,586.39	\$645,586.39	34.09%
Odontología	B/.	332,214.65	\$332,214.65	17.54%
Fisioterapia	B/.	17,520.00	\$17,520.00	0.93%
Psicología	B/.	45,147.00	\$45,147.00	2.38%
Laboratorio	B/.	143,660.23	\$143,660.23	7.59%
Farmacia	B/.	183,664.98	\$183,664.98	9.70%
Salud Pública	B/.	261,552.96	\$261,552.96	13.81%
Trabajo Social	B/.	30,960.00	\$30,960.00	1.64%
Total	B/.	1,893,566.29	\$1,893,566.29	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

3) Distribución 3. Trabajo Social

El centro de costo de trabajo social sirve de apoyo a los demás centros de la institución para su distribución se utilizó información digitalizada de parte de registros médicos en donde se dispone de un control por grupo etario de todas las atenciones brindadas.

Se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 17. Distribución porcentual de la atención de Trabajo Social según grupo etario del Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

Grupo de Edad	Atenciones	Porcentaje
< 1 año	25	18%
1-4 años	50	35%
5-9 años	20	14%
de 10-14 años	25	18%
15-19 años	21	15%
Total grupo etario pediátrico	141	36%
Consulta externa	250	64%
Total	391	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

La distribución se realizó en base a la distribución porcentual de las atenciones de este centro de costo.

4) Distribución 4. Salud Pública

Para la distribución del centro de costos de Salud Pública se tomó en cuenta lo establecido mediante fundamentos legales, Ley 66 de 1947 código sanitario y el Reglamento Sanitario Internacional del 2005 aprobado mediante Ley 38 del 5 de abril del 2011; en el que todas las acciones de Salud Pública son a nivel comunitario. Entre las actividades de Salud Pública se encuentran:

- Actividades sanitarias locales en relación con el control del ambiente.
- Actividades sanitarias locales en relación con la vivienda (control de higiene público y privado)
- Actividades sanitarias locales en relación con los alimentos
- Actividades locales en relación con la protección y mantenimiento de la salud y seguridad individual y colectiva

Por lo antes expuesto, no se puede inferir un vínculo directo entre cantidad de horas y dedicación a una población particular (la pediátrica o la adulta que concurre a medicina general, psiquiatría, gineco obstetricia, salud ocupacional y urgencias); por lo tanto se elige como metodología de distribución de esas horas laborales la "distribución por partes iguales" entre cada centro de costos final. Para ello, como se muestra a en la tabla a continuación se distribuyó un porcentaje relativo al peso de cada centro de costo final. Un % para la consulta de Pediatría y un % equivalente a cada subcentro de costos de los 5 centros de costos que conforman la consulta externa (Ver tabla 18).

Tabla 18. Distribución porcentual del Centro de Costo de Salud Pública del Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

Centro de Costos	Composición	Distribución % equitativa	Incidencia Final
Servicio de Pediatría	Pediatría	16,67%	16,67%
Consulta Externa	Medicina General	16,67%	83,33%
	Psiquiatría	16,67%	
	Ginecobstetricia	16,67%	
	Salud Ocupacional	16,67%	
	Urgencias	16,67%	

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

5) Distribución 5. Farmacia

El centro de costo de farmacia sirve como centro de costo intermedio a los centros finales de la institución, para su distribución se utilizó información digitalizada de parte de este mismo centro en donde se dispone de un control por grupo de medicamentos de todo el consumo mensual. Se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 19. Consumo de Medicamentos según centro de Costo del Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

Centro de Costo	Consumo		Porcentaje
Pediatría	B/.17,472.97	\$ 17,472.97	13.60%
Consulta Externa	B/.111,004.73	\$ 111,004.73	86.40%
Total	B/.128,477.70	\$ 128,477.70	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

6) Distribución 6. Laboratorio

El centro de costo de laboratorio, al igual que el de farmacia, sirve como centro de costo intermedio a los centros finales de la institución, para su distribución se utilizó información digitalizada de parte de este mismo centro en Laboratorio donde se dispone de un control por grupo etario del consumo mensual.

Tabla 20. Cantidad de pruebas de laboratorio por grupo etario del Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

Centro de Costo	Cantidad de pruebas por edad	Porcentaje
< 1 año	217	13%
1-4 años	480	29%
5-9 años	427	26%
de 10-14 años	327	20%
15-19 años	188	11%
Total pediátrica	1639	6%
Consulta externa	24245	94%
Total	25881	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

(7,8,9) Distribución 7. Psicología, Distribución 8. Fisioterapia y Distribución 9. Odontología

Para la distribución de estos centros de costos intermedios se utilizó el registro digital de registros médicos en donde se desagregan las atenciones realizadas en el año 2019 entre la población atendida.

A continuación, las tablas de distribución y su porcentaje.

Tabla 21. Atenciones realizadas por Psicología del Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

Centro de Costo	Atenciones	Porcentaje
Pediatría	247	50.31%
Consulta Externa	244	49.69%
Total	491	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

Tabla 22. Atenciones realizadas por Fisioterapia del Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

Centro de Costo	Atenciones	Porcentaje
Pediatría	137	7.59%
Consulta Externa	1668	92.41%
Total	1805	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

Tabla 23. Atenciones realizadas por Odontología del Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

Centro de Costo	Atenciones	Porcentaje
Pediatría	1729	11.67%
Consulta Externa	13086	88.33%
Total	14815	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

A continuación, se presenta la Distribución "En Cascada" de los Costos de los Centros de Costos Intermedios y Estructurales entre los Centros de Costos Finales

Tabla 24. Distribución "en cascada" de los Costos de los Centros de Costos Intermedios y Estructurales entre los Centros de Costos Finales del Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

Centro de Costos Distribución	Centros de Costos Finales		Centros de Costos Intermedios					Centros de Costos Estructurales			
	Pediatría	Consulta Externa	Odontología	Fisioterapia	Psicología	Laboratorio	Farmacia	Salud Pública	Trabajo Social	Administración y RRHH	Doméstico
Costos Totales	B/. 233,260.08	B/. 645,586.39	B/. 332,214.65	B/. 17,520.00	B/. 45,147.00	B/. 143,660.23	B/. 183,664.98	B/. 261,552.96	B/. 30,960.00	B/. 477,941.04	B/. 75,732.22
Doméstico	B/. 6,202.21	B/. 14,895.61	B/. 7,628.20	B/. 3,504.85	B/. 2,422.47	B/. 10,256.84	B/. 4,879.30	B/. 3,865.64	B/. 1,443.17	B/. 20,633.94	B/. 75,732.22
Distribución 1	B/. 239,462.29	B/. 660,482.00	B/. 339,842.85	B/. 21,024.85	B/. 47,569.47	B/. 153,917.07	B/. 188,544.28	B/. 265,418.60	B/. 32,403.17	B/. 498,574.98	-
Administración y RRHH	B/. 61,417.25	B/. 169,982.55	B/. 87,471.94	B/. 4,613.01	B/. 11,887.18	B/. 37,825.66	B/. 48,358.89	B/. 68,866.75	B/. 8,151.75	B/. 498,574.98	-
Distribución 2	B/. 300,879.54	B/. 830,464.54	B/. 427,314.79	B/. 25,637.86	B/. 59,456.65	B/. 191,742.73	B/. 236,903.17	B/. 334,285.35	B/. 40,554.92	-	-
Trabajo Social	B/. 14,599.77	B/. 25,955.15							B/. 40,554.92		-
Distribución 3	B/. 315,479.31	B/. 856,419.69	B/. 427,314.79	B/. 25,637.86	B/. 59,456.65	B/. 191,742.73	B/. 236,903.17	B/. 334,285.35	-		-
Salud Pública	B/. 55,825.65	B/. 278,459.70						B/. 334,285.35			-
Distribución 4	B/. 371,304.96	B/. 1,134,879.39	B/. 427,314.79	B/. 25,637.86	B/. 59,456.65	B/. 191,742.73	B/. 236,903.17	-			-
Farmacia	B/. 32,218.83	B/. 204,684.34					B/. 236,903.17				-
Distribución 5	B/. 403,523.79	B/. 1,339,563.73	B/. 427,314.79	B/. 25,637.86	B/. 59,456.65	B/. 191,742.73	-				-
Laboratorio	B/. 11,504.56	B/. 180,238.16				B/. 191,742.73					-
Distribución 6	B/. 415,028.35	B/. 1,519,801.89	B/. 427,314.79	B/. 25,637.86	B/. 59,456.65	-					-
Psicología	B/. 29,912.64	B/. 29,544.01			B/. 59,456.65						-
Distribución 7	B/. 444,940.99	B/. 1,549,345.90	B/. 427,314.79	B/. 25,637.86	-						-
Fisioterapia	B/. 1,945.91	B/. 23,691.94		B/. 25,637.86							-
Distribución 8	B/. 446,886.90	B/. 1,573,037.84	B/. 427,314.79	-							-
Odontología	B/. 49,867.64	B/. 377,447.15	B/. 427,314.79								-
Distribución 9	B/. 496,754.54	B/. 1,950,484.99	-								-
	\$. 496,754.54	\$. 1,950,484.99									

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

4. Cálculo del costo medio unitario de atención.

En la tabla 24 se determinó el costo total del centro de costo final de pediatría, con este dato y la producción del mismo en cantidad de atenciones para el año 2019 se obtuvo el costo medio unitario por atención para el Centro de Salud en el año 2019.

Tabla 25. Costo Unitario del Servicio de Pediatría del Centro de Salud de Río Abajo. Año 2019.

Costo Total	B/. 496,754.54	\$ 496,754.54
Unidad de Producción	5,672	
Costo unitario	B/. 87.58	\$ 87.58

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados del estudio en el Centro de Salud de Río Abajo.

6. Conclusiones:

El Centro de Salud de Río Abajo ofreció la atención para el grupo etario atendido según la Norma técnica y Administrativa del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña y la Norma Técnica y Administrativa del Programa Nacional de Salud Integral y adolescente.

Esta unidad sanitaria de primer nivel de atención no contó, para el periodo de estudio, con el servicio de nutrición, este servicio se insertó en la atención médica. Casi la mitad de la población pediátrica fue atendida por un médico general. La población atendida por un especialista en pediatría se encontró en el grupo etario de los menores de un año. Esto fue producto a la gran demanda de atención, y a que en la normativa no está establecido con obligatoriedad, que la atención debe ser por un médico especialista en pediatría. Sin embargo, se puede mencionar que para los grupos etarios de los menores de cinco años tanto las atenciones preventivas como de morbilidad, en más de la mitad de los casos fueron atendidas por el pediatra del Centro de Salud.

En cuanto a las causas de morbilidad, que describe un panorama de la demanda de la población que acude a centro, más del 50% en los menores de 4 años, fueron las enfermedades transmisibles respiratorias y gastrointestinales. Para la población pediátrica en general, se incluyeron enfermedades no transmisibles como la obesidad y la hipertensión esencial.

Con respecto al sistema de registro institucional del centro se pudo concluir que es mixto, fuentes físicas y digitales, cuya responsabilidad de los expedientes físicos y digitales recae en el departamento de registros médicos y la información de laboratorio, farmacia, administrativa, de salud pública, entre otras, recae en contabilidad de la administración del Centro de Salud. La información de los servicios prestados en los centros de costos finales que principalmente es la atención desprovista de los productos como medicamentos y laboratorios no se cuantifica monetariamente. Se tiene la cantidad de atenciones prestadas por grupo etario y profesional.

Con la información recabada del Centro de Salud de Río Abajo para el costeo de la consulta de pediatría, más del 80% de los costos pertenece al recurso humano, y un 5 % desagregado en costos de insumos de laboratorio y medicamentos; el restante de los puntos porcentuales se desagregó en todas las demás áreas. Se establecieron dos centros de costos finales, el pediátrico y la consulta externa; cinco centros de costo intermedio y cuatro centros de costos estructurales todos en base a la estructura organizativa del Centro de Salud. El centro de costo final de pediatría representó el 20.3% del costo total con un costo promedio unitario de 87.58 dólares panameños (87.58 dólares estadounidenses).

Por último, todas estas conclusiones dejaron a entrever que la metodología de costeo en cascada para el cálculo de los costos de la consulta pediátrica de esta organización sanitaria de primer nivel de atención del distrito de Panamá, República de Panamá, es viable. Permitted dar evidencias objetivas de información desde la atención primaria de un primer nivel de atención. Insumo útil para la toma de decisiones en la unidad, para la realización

del presupuesto e implementación, evaluación o fortalecimiento de los modelos de atención como son las Redes Integradas de los Servicios de Salud que desde el año 2018 se implementan como piedra angular en el primer nivel sanitario.

7. Discusión - Propuestas

Como Schweiger y colaboradores establecieron en el documento Sistema de información Gerencial (SIG) como base del presupuesto por resultados y costos en Hospitales Públicos Seleccionados (Schweiger, y otros, 2008); el costeo completo con reasignaciones en cascada es una metodología que puede iniciarse en cualquier organización sanitaria en donde los análisis de costos no se han desarrollado. De esta forma, se puede valorar en base a los lineamientos internacionales de la OPS/OMS, las acciones en promoción, prevención y rehabilitación que se dirigen a la población de niños y adolescentes. También valora la máxima realización de la niñez y atención sanitaria; lo que consecuentemente conlleva una población sana y productiva, además de una reducción en las desigualdades sociales. El reconocimiento de estas acciones, su evaluación y dirección se fundamentan en los derechos humanos que cada uno posee como individuo.

Los resultados de este estudio coinciden con los resultados de los estudios de costos presentados en el marco teórico, el análisis de los costos en las organizaciones sanitarias y de subpoblaciones como es la pediátrica; es un tema que data de muchos años. Sin embargo, el estudio del mismo y los resultados están asociados a la gestión de cada una de las organizaciones donde coexiste la transdisciplinariedad e interdisciplinariedad impregnada de la cultura organizacional, por ende, continúa y continuará siendo un tema actual.

En todos los estudios mencionados de Largo Jaramillo en Colombia, González en Chile, Bernztein y Drake en Argentina a pesar de realizarse con otro tipo de metodología de costos y los dos primeros en unidades hospitalarias; todos coinciden en que: uno, los costos de la organización van ligados a la organización institucional; dos, las metodologías pueden ser múltiples pero se desarrollan en cuanto a la madurez de la organización en este tema; y tres todos los estudios aportan información valiosa para la toma de decisiones.

Actualmente, no hay estudios en Panamá que permitan comparar en el nivel de atención, ni el grupo de estudio de niños y adolescentes las prestaciones ofertadas. Tampoco está establecido por el ente rector de la Salud una normativa al respecto. Sin embargo, y según el mercado sanitario privado, solo la atención del especialista tiene un costo máximo en Bl.50.00 (\$ 50.00) lo que para el centro de salud de Río Abajo los Bl. 87.58 (\$ 87.58) representan el costo de toda la cartera de prestación pediátrica.

Se propone entonces que se mantenga una metodología de información y costos implementada en la organización sanitaria para disponer de un sistema que establezca una relación entre la prestación y la gestión que permita la toma de decisiones:

8. Bibliografía.

- Aguilar De Safi, B. (2008). Análisis Comparativo de Cálculos de Costos Unitarios de Servicios de Salud frente al Sistema de Costo 20 Utilizado para la compensación de costos MINSA CSS en la ULAPS de Nuevo Venado. Distrito de David. Provincia de Chiriquí.
- Bernal, R. (2019). Costeo. Diálogo Interamericano. Recuperado 22 de junio de 2022, de <https://www.thedialogue.org/wp-content/uploads/2019/11/Raquel-Bernal-Costeo-layout-2.pdf>.
- Bernztein, R., & Drake, I. (2009). Neumonía de la comunidad en niños: Impacto sanitario y costos del tratamiento en el primer nivel de atención público de la Argentina. Archivos argentinos de pediatría, 107(2), 101–110.
- Castellanos, E. J. (2003). Revisión crítica al ABC y a los “nuevos métodos de costeo”.
- Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) (2022). Infant Mortality | Maternal and Infant Health | Reproductive Health | CDC. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/infantmortality.htm>
- Cuervo Tafur J., & Osorio Agudelo J. (2013). Costeo basado en actividades ABC: Gestión basada en actividades ABM. Ecoe Ediciones.

- Duque Roldan, M. I., & Osorio Agudelo, J. A. (jul-diciembre de 2003). Sistema de costeo basado en actividades aplicado al sector salud. Contaduría Universidad de Antioquia(43).
- Díaz Elejalde, Y., & Alonso Uría, R. M. (2008). La mortalidad infantil, indicador de excelencia. Revista Cubana de Medicina General Integral, 24(2), 0-0.
- Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2019). Capítulo 1 derecho a la vida. Recuperado 1 de junio de 2022, de <https://www.unicef.org/panama/media/1596/file/Capitulo%201%20derecho%20a%20la%20vida.pdf>
- González , V. (2018). Diseño de un sistema de costeo basado en actividades para unidades de hospitalización pediátrica. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/149735>
- Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios para la Salud. (ICGES). (2016). Agenda Nacional de Prioridades de Investigación para la Salud. Panamá 2016-2025. <http://www.gorgas.gob.pa/wp-content/uploads/2017/03/Agenda-Nacional-de-Prioridades-de-Investigación.pdf>.
- Largo Jaramillo, L. (2017). Determinación de Costos Por Patologías En La Unidad De Cuidados Intensivos Pediátricos (Unikids)
- Lenz-Alcayaga, R. (2010). Análisis de costos en evaluaciones económicas en salud: Aspectos introductorios. Revista Médica de Chile, 88-92.
- Mankiw, N. G. (2012). Principios de economía, Sexta edición. ISBN-13: 978-607-481-829-1 ISBN-10: 607-481-829-0, 141.
- Martínez, J. d. (2002). Contabilidad de costes en los centros sanitarios. (ISBN: 84-688-2273-6), 117.

- Ministerio de Salud (MINSAs) (2003). Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y definición por niveles de atención y grados de complejidad. www.minsa.gob.pa.
- Ministerio de Salud (MINSAs) (2006). Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes, Panamá 2006.
- Ministerio de Salud (MINSAs) (2009). Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña desde el nacimiento a los 9 años, Ministerio de Salud, Panamá 2009.
- Ministerio de Salud (MINSAs) (2016). Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos. 2016-2025.
- Ministerio de Salud. (MINSAs). (2018). Análisis de la Situación de Salud de Panamá. www.minsa.gob.pa.
- Ministerio de Salud (MINSAs). (2019). Análisis de la Situación de Salud del Centro de Salud de Río Abajo. www.minsa.gob.pa.
- Ministerio de Salud (MINSAs) (2020). Análisis de Situación de Salud (ASIS)—Regiones año 2020. Recuperado 2 de julio de 2022, de <https://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/analisis-de-situacion-de-salud-asis-regiones-ano-2020>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/O S) (2012). La mortalidad infantil se redujo a más de la mitad en veinte años, pero persisten las disparidades entre países de las Américas. Pan American Health Organization / World Health Organization. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7493:2012-la-mortalidad-infantil-redujo-mas-mitad-veinte-anos-persisten-disparidades-paises-americas&Itemid=135&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (OPS/OMS). (2014). CE154/12. Estrategia para la cobertura universal de salud.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021). Indicadores básicos. PAHO/EIH Open Data. <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos>
- Panamá Legal. (2020). Cuánto Cuesta la Atención Médica en Panamá y Cómo es su Calidad. <https://panama-legal.net/atencion-medica-panama/>
- Paolillo , E., Scasso, A., Torres, F., Barrios, G., Tavares, G., Zafar, A., . . . Tort, P. (2016). Siniestros de tránsito, los Grupos Relacionados por el Diagnóstico y los costos hospitalarios. Características clínicas y costos de 740 pacientes hospitalizados por siniestros de tránsito en el trienio 2012-2014 en La Asistencial Médica Departamental de M. Revista Médica del Uruguay, 32.
- Pedraza, C. C. (2020). Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. Revista Panamericana de Salud Pública, 44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.121>
- Pueyo, M. J., Baranda, L., Valderas, J., Starfield, B., & Rajmil, L. (2011). Papel del pediatra de atención primaria y coordinación con atención especializada. Anales de Pediatría, 75(4), 247–252. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.07.010>
- Reyes Hernandez, R., Perez Guevara, D., Becerra Suarez, K., Gomez Alfonso, E., & Perez Falco , G. (2012). El costeo por pacientes en Cuba. Fundamentos teóricos. (3), 52-56.
- Reyes Hernandez, R., Martin Garcia, M. S., & Perez Guevara, D. A. (2015). Los costos por pacientes atendidos con cataratas en el Hospital Provincial de Cienfuegos. Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos.
- Schweiger, Arturo; Alesso , F. C., Alvaro, P., Cafrune , R., Cuomo, C., Paladino , J., Rodriguez, M., San Martin , M. (2008). Sistema de Información Gerencial como Base del Presupuesto por Resultados y Costos en Hospitales Públicos Seleccionados. Buenos Aires.
- Torres Hinstroza, A., & Lopez Orozco, G. M. (2012). Metodología de costos para instituciones prestadoras de servicios de salud: aplicación de los Grupos Relacionados de Diagnóstico.

- Villanueva R, M., Villarreal R, E., Vargas D, E., Galicia R, L., & Martínez G, L. (2011). Costo-Efectividad del Programa del Control del Niño Sano en el Primer Nivel De Atención. *Revista chilena de nutrición*, 38(4), 438–443. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182011000400006>

9. Anexos



MINISTERIO
DE SALUD

Panamá 25 de agosto de 2021
Nota: 36/UDR/CAPACITACION/RRHH

Doctor
CARLOS SANCHEZ
Director Médico
Centro de Salud de Río Abajo
E. S. D.

P/C: 
Dr. Israel Cedeño González
Director Regional
Región Metropolitana de Salud

Doctor Sánchez:

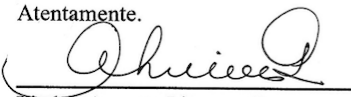
Reciba un cordial saludo y mis mejores deseos.

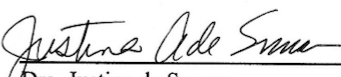
Por medio de la presente, se le hace de su conocimiento que la Dra. Liliam Avila, con ced. 4-744-2083, recientemente egresada del programa de la Especialidad Medicina Preventiva y Salud Pública, se encuentra realizando de modo virtual estudios superiores, en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria en la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Para la culminación de sus estudios realizará la Tesis “Estimación de los costos prestacionales de una organización de primer nivel de atención en Panamá para su utilidad en la toma de decisiones,” como requisito para la obtención de la **Maestría en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria**. Por lo que requiere asistir al Centro de Salud que usted dirige, para recopilar la información necesaria, un día de la semana que usted asigne.

Reiteramos nuestros agradecimiento.

Atentamente.


Licda. Annette Linares G.
Jefe de la Oficina de Recursos Humanos
Región Metropolitana de Salud


Dra. Justina de Suman
UDR/Capacitación
Región Metropolitana de Salud