



PROGRAMA
“EFICIENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS EN COLOMBIA”

Componente II
Incremento del alcance y calidad del ejercicio
del control ciudadano y la veeduría ciudadana

EVALUACIÓN TÉCNICA Y JURÍDICA DE LA APERTURA
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE

Julio Mario Orozco Africano

Consultor



PROGRAMA
“EFICIENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS EN COLOMBIA”

Componente II
**Incremento del alcance y calidad del ejercicio
del control ciudadano y la veeduría ciudadana**

**EVALUACIÓN TÉCNICA Y JURÍDICA DE LA APERTURA
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE**

Julio Mario Orozco Africano¹

Investigador Consultor

Julio de 2006

¹ Médico y Cirujano, Universidad de Cartagena; Magíster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud, Universidad de Alcalá de Henares, España; Especialista en Gerencia en Salud; Especialista en Derecho de Seguridad Social. Consultor Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Consultor del Centro de Consultoría y Servicios de la Universidad del Norte; miembro del Grupo de Investigación en Economía de la Salud de la Universidad de Cartagena.

TÁBLA DE CONTENIDO

1.	Presentación	6
2.	Introducción	8
3.	Tendencias internacionales en materia de hospitales de alta complejidad.....	10
3.1.	Evolución histórica de los hospitales	10
3.2.	Visión regional de Latinoamérica	11
3.3.	Tendencias Europeas.....	12
3.4.	Consensos internacionales en materia de gestión hospitalaria	14
3.5.	La crisis hospitalaria en Colombia	16
3.6.	Crisis hospitalaria en Cartagena	22
4.	Conceptos generales sobre Empresas Sociales del Estado	28
4.1.	Naturaleza	28
4.2.	Régimen jurídico	28
4.3.	Régimen de contratación	29
5.	Evaluación de la constitución del Hospital Universitario del Caribe.....	45
5.1.	Evaluación jurídica.....	45
5.1.1.	Competencias de la asamblea departamental	45
5.1.2.	Revisión de la ordenanza que delega la creación del Hospital.....	47
5.1.3.	Revisión del decreto ordenanzal de creación del Hospital Universitario del Caribe.....	51
5.1.4.	Revisión del proceso de constitución de la Junta Directiva.....	57
5.1.5.	Revisión del proceso de nombramiento del Gerente	73
5.2.	Evaluación técnica.....	77
5.2.1.	Evaluación del estudio de factibilidad.....	77
5.2.2.	Evaluación del portafolio de servicios.....	78
5.3.	Plan de habilitación de los servicios.....	88
5.3.1.	Evaluación del sistema de información proyectado	90
5.3.2.	Evaluación del modelo organizacional.....	93
5.3.3.	Evaluación de la Carta orgánica	97
5.3.4.	Evaluación del Plan de cargos y la estructura salarial.....	104
5.3.5.	Evaluación del presupuesto de funcionamiento aprobado para la vigencia 2006.....	108
5.4.	Estimación de la demanda potencial de servicios	112
5.5.	Evaluación de la sostenibilidad financiera del nuevo Hospital Universitario del Caribe.....	116
5.6.	Evaluación del proceso de adecuaciones locativas para el funcionamiento.....	118
5.6.1.	Estudio técnico previo	118
5.6.2.	Proceso de contratación de obras civiles	126
5.6.3.	Cumplimiento de estándares de habilitación en infraestructura física.....	130
6.	Evaluación del proceso de contratación de operadores externos	132
6.1.	Evaluación de la contratación de servicios asistenciales	132

6.2.	Evaluación de la contratación de servicios generales.....	133
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	134
7.1.	CONCLUSIONES	134
7.2.	RECOMENDACIONES	135

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3-1.	Proporción de camas y hospitales por sector.....	12
Tabla 3-2.	Ingresos, gastos y déficit corriente en cuatro Hospitales de Cartagena, 1998-2004.....	26
Tabla 5-1.	Camas hospitalarias instaladas 2004.....	48
Tabla 5-2.	Población potencialmente usuaria de camas hospitalarias de niveles 2 y 3.....	49
Tabla 5-3.	Capacidad instalada de camas.....	49
Tabla 5-4.	Indicadores de uso de camas.....	50
Tabla 5-5.	Ingresos esperados en Cartagena y Bolívar año 2005.....	50
Tabla 5-6.	Camas requeridas en Cartagena y Bolívar año 2005.....	51
Tabla 5-7.	Modalidades de contratación por servicios asistenciales.....	56
Tabla 5-8.	Tipo de contrato por servicios generales.....	57
Tabla 5-9.	Portafolio de servicios primer año de funcionamiento.....	78
Tabla 5-10.	Servicios ofrecidos en urgencia.....	80
Tabla 5-11.	Servicios de consulta externa especializada.....	81
Tabla 5-12.	Subespecialidades quirúrgicas.....	82
Tabla 5-13.	Plan de Habilitación de los servicios.....	89
Tabla 5-14.	Plan de Cargos y Salarios de la ESE Hospital Universitario del Caribe.....	105
Tabla 5-15.	Presupuesto de Ingresos 2006. ESE HUC.....	108
Tabla 5-16.	Presupuesto de gastos para la vigencia 2006. ESE HUC.....	110
Tabla 5-17.	Demanda potencial de Servicios ambulatorios de alta complejidad. Bolívar. 2004.....	112
Tabla 5-18.	Demanda potencial de Servicios Hospitalarios de alta complejidad. Bolívar. 2004.....	113
Tabla 5-19.	Demanda potencial de Servicios Hospitalarios de alta complejidad. Bolívar. 2004.....	113
Tabla 5-20.	Demanda potencial de Servicios ambulatorios de alta complejidad para la población pobre no asegurada. Bolívar. 2004.....	114
Tabla 5-21.	Demanda potencial de Servicios Hospitalarios de alta complejidad para la población pobre no asegurada. Bolívar. 2004.....	115
Tabla 5-22.	Demanda potencial de Servicios de Alto Costo para la población pobre no asegurada. Bolívar. 2004.....	115
Tabla 5-23.	Venta de servicios, reconocimientos. ESE Hospital Universitario de Cartagena. Año 2001.....	116
Tabla 5-24.	Requerimientos de adecuaciones de la primera planta Hospital Universitario del Caribe.....	118
Tabla 5-25.	Requerimientos de adecuaciones de la segunda planta Hospital Universitario del Caribe.....	120
Tabla 5-26.	Requerimientos de adecuaciones de la tercera planta Hospital Universitario del Caribe.....	122
Tabla 5-27.	Requerimientos de adecuaciones de la cuarta planta Hospital Universitario del Caribe.....	123
Tabla 5-28.	Requerimientos de adecuaciones locativas Hospital Universitario del Caribe. Resumen.....	125

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Participación de los gastos de funcionamiento de los 4 hospitales públicos de Cartagena, 1998-2004.....	27
Gráfico 2. Visita del gobernador y el alcalde durante las adecuaciones locativas del Hospital Universitario del Caribe	131

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Conformación de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe....	71
Ilustración 2. Organigrama general de la ESE Hospital Universitario del Caribe	100
Ilustración 3. Organigrama del área funcional de Dirección	101
Ilustración 4. Organigrama del área funcional de servicios.....	102
Ilustración 5. Organigrama del área funcional de logística	103

1. Presentación

El presente documento contiene la evaluación técnica del proceso de apertura de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe. Esta evaluación se realiza en el marco del Convenio Casals & Associates y La Fundación Cívico-Social Pro Cartagena –FUNCICAR, que se financia con recursos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID.

Por otra parte, mediante la Resolución Defensorial 043 de abril de 2006, La Defensoría del Pueblo creó la Mesa de Garantes de la ESE Hospital Universitario del Caribe, con la intención de realizar labores de prevención y control que garanticen su sostenibilidad;

Dicho comité está conformado por un representante de las siguientes instituciones y organizaciones: del Tribunal de Ética Médica, del Diario El Universal, de la Fundación Cívica Cartagena de Indias (FUNCICAR), el consejo estudiantil de la facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, la Asociación de Médicos y Residentes (ASMEDAS), el Frente por la defensa de la salud, la Personería Distrital, la Defensoría del Pueblo Regional Bolívar, la Asociación de Profesionales de la Salud (APROSALUD), la Asociación Distrital de Ediles, la Asociación de Juntas de Acción Comunal, la Central Única de Trabajadores (CUT) y la Liga de Usuarios de la Salud de Bolívar.

El primer capítulo pretende generar una visión del deber ser de los hospitales tanto en sentido organizacional como las tendencias regionales en Latinoamérica y en Europa. El siguiente capítulo esboza las generalidades desde el punto de vista jurídico de las Empresas Sociales del Estado y brinda una visión de sus funciones, organización y financiación.

Con estos capítulos introductorias se brinda una visión global que permita analizar si el proceso de apertura del Hospital Universitario del Caribe se ciñe a los estándares nacionales y las tendencias internacionales. Los siguientes capítulos muestran un análisis de la viabilidad jurídica, técnica y financiera y realiza una evaluación de los procesos que a la fecha se han realizado en lo concerniente a la apertura de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe.

2. Introducción

¿Qué es un hospital? La definición de hospital que hace la Organización Mundial de la Salud (1946) es la siguiente: “El hospital es una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico - sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación biosocial.”

De la anterior definición pudiéramos conceptualizar las funciones que cumple esta organización sanitaria en tres campos, a saber: asistencia, docencia e investigación. Como vemos, desde los mismos albores de la OMS se consideran estas tres importantes funciones sociales que cumplen los hospitales para una población.

Debemos entender el rol de asistencia, en términos de atención especializada para la recuperación de la salud; el de docencia como el papel que cumplen los hospitales como el principal nicho de formación del recurso humano sanitario y el de investigación como la responsabilidad científica y social que cumplen estas instituciones en la generación de conocimientos sobre nuevas terapias y nuevo entendimiento de las enfermedades y su comportamiento para mejorar así la calidad de vida de la población.

Los hospitales, por sus múltiples funciones, cuantiosa actividad, gran empleo de personal y enorme coste económico constituyen un fenómeno socio - sanitario de primera magnitud. En muchas poblaciones el hospital es una de las empresas más importantes y uno de los mayores empleadores.

El cierre del Hospital Universitario de Cartagena constituyó un fenómeno de gran impacto social en la ciudad y el departamento. No obstante, podemos asegurar, sin temor a equivocarnos, que este cierre se debió en gran medida a la complicidad silenciosa de la sociedad civil (si acaso existía en esa época) que permitió los grandes despilfarros, ineficiencia, corrupción y desmanes que llevaron a su inminente cierre. La falta de acompañamiento de la comunidad, la falta de una

verdadera veeduría ciudadana y la ausencia total de protestas ante las medidas tomadas por la Superintendencia Nacional de Salud, que contrastan con las grandes protestas y manifestaciones civiles que se dieron en Bucaramanga ante el anuncio de cierre del Hospital Ramón González Valencia, fueron sin lugar a dudas factores determinantes de la irreversibilidad de las decisiones del gobierno nacional.

Hoy, ante la apertura de esta nueva Empresa Social del Estado denominada Hospital Universitario del Caribe, todos hemos sido llamados a asumir una importante responsabilidad social de servir de veedores y garantes del éxito de esta nueva empresa que representa un baluarte importante en la salud de los cartageneros y bolivarenses. Con nuestro acompañamiento, nuestro control social propositivo y constructivo, debemos sumar esfuerzos sinérgicos con la Secretaría Seccional de Salud, el Departamento Administrativo Distrital de Salud, la Universidad de Cartagena y demás organismos responsables y rectores de la salud del departamento de Bolívar y de nuestra querida Cartagena para que este, nuestro Hospital Universitario del Caribe se convierta en una feliz realidad.

3. Tendencias internacionales en materia de hospitales de alta complejidad

3.1. Evolución histórica de los hospitales

Con la intención de brindar un panorama de lo que ha sido la evolución de los hospitales en el mundo, quiero hacer un breve recorrido por lo que ha sido la historia del desarrollo de este tipo de institución.

El Siglo XIX se caracterizó por una etapa de beneficencia, en la que los hospitales se encontraban en poder de órdenes religiosas y fundaciones. Durante esta etapa los hospitales se caracterizaban por el espíritu caritativo hasta el punto de poder considerarse literalmente como “almacenes de enfermos” y se denominaban sanatorios.

Esta condición de los hospitales existió hasta mediados Siglo XX, cuando el Estado asigna presupuestos públicos a dichas instituciones con la intención de garantizar las atenciones sanitarias a los pobres y a trabajadores menos remunerados. Esta asignación de presupuesto públicos le concedía al estado la posibilidad de intervenir en las decisiones en cuanto a recurso humano y calidad de la atención.

En la segunda mitad del siglo XIX se desarrolla la Seguridad Social y aparecen otros recursos de financiación de los hospitales a través de las cotizaciones obreras, aportes patronales y del Estado. Los trabajadores, ahora mejor remunerados, comenzaban a ver la salud como un derecho y a exigir calidad en la asistencia sanitaria. Esto llevó a un ejercicio más liberal de la medicina aunque todavía distaba mucho de ser corporativa.

En las décadas de los cincuenta a setenta del siglo XX aparece el hospital Privado. Grupos de mayor solvencia acuden al mercado privado de seguros y se desarrolla el concepto de clínicas.

En las décadas de los ochenta y noventa sobrevienen las reformas de los sistemas de salud. Aparece una nueva concepción de gerencia pública y la Salud Administrada (*Managed care*). Los

hospitales se convierten en empresas altamente sofisticadas que compiten de manera autónoma en los mercados en salud.

A fines de los noventa y principios Siglo XXI se genera una nueva ola de reformas que critica severamente de las anteriores transformaciones neoliberales que dejaron la suerte de los hospitales a las fuerzas del mercado y se replantea la necesidad de que las transformaciones privilegien la equidad con eficiencia social.

Hoy, existe consenso en que los hospitales se integren en redes de asistencia social que optimicen la utilización de recursos y potencialicen la calidad en la atención. Se retoma el concepto de “Funciones Esenciales de Salud Pública” y se reaviva el interés por el rol de rectoría del Estado para corregir las imperfecciones del mercado de la salud.

3.2. Visión regional de Latinoamérica

Los países de Latinoamérica y del Caribe han previsto la atención en salud en sus constituciones un servicio público o de una función del Estado. Cada país ha legislado de acuerdo con sus propias características y necesidades y han producido sistemas nacionales de salud o sistemas de seguridad social.

A fin de entregar los servicios de salud los países de la región han desarrollado una red completa de hospitales públicos y centros de salud, para la cual los gobiernos han realizado inversiones importantes en infraestructura hospitalaria y en los recursos humanos requeridos para la prestación de servicios de salud.

Los hospitales de la región están organizados de manera piramidal y están clasificados de acuerdo con la complejidad de los servicios que prestan. Adicionalmente, existe un gran número de hospitales de bajo nivel de complejidad que, además de proveer servicios personales, en conjunto con las instituciones de atención primaria en salud, prestan servicios de salud pública; aparte de esto, hay un menor número de hospitales o de instituciones prestadoras de alta complejidad.

También en la región, en respuesta al proceso de descentralización, los hospitales han sido delimitados dentro de un área de influencia geográfica. Por esta razón, no es raro encontrar instituciones de salud para municipios, departamentos, distritos o nación.

En cuanto al número de instituciones de salud en la región y su capacidad de atención, la tendencia en las últimas décadas ha sido el decrecimiento en el número de camas por cada mil habitantes. Por ejemplo, México ha disminuido el número de camas de 2,2 camas por cada mil habitantes en 1964 a 1,2 en 1996; Costa Rica, para el mismo periodo, de 4,5 a 1,9; Argentina, de 6,0 a 3,3; Uruguay, de 6,4 a 4,4; Chile, de 4,3 a 2,7, y Colombia, de 2,7 a 1,5. Es interesante que Cuba ha mantenido un promedio de 5,1 camas por cada mil habitantes.

Como se observa en la siguiente Tabla, la proporción de camas en el sector público, en conjunto, es mayor que en el privado; sin embargo, cuando se compara el número de hospitales es mayor el volumen en el sector privado.

Tabla 3-1. Proporción de camas y hospitales por sector.

<i>Sector de afiliación</i>	<i>Hospitales</i>		<i>Camas</i>	
	Nº	%	Nº	%
Público (no seguridad social)	6.498	39,2	494.710	45,1
Público (seguridad social)	876	5,2	83.356	7,6
Privado	7.783	47,0	383.353	34,8
Filantrópico	1.284	7,8	124.923	11,4
Militar	125	0,8	11.623	1,1
TOTAL	16.566	100,0	1 097.965	100,0

Fuente: Pan American Health Organization, Hospital Directories for Latin America and the Caribbean, Washington, 1997.

3.3. Tendencias Europeas

Las tendencia de futuro de los hospitales viene determinada por: los nuevos avances tecnológicos, un aumento de la actividad ambulatoria, un gran desarrollo de la Cirugía Ambulatoria, la potenciación de alternativas a la hospitalización tradicional, los nuevos retos en la gestión hospitalaria: la divergencia entre el nivel de responsabilidad y el nivel de toma de decisiones, el abordaje de nuevos problemas éticos, la información y papel activo de los pacientes, la eclosión en tecnologías de información y comunicación, la necesidad de la evaluación de la calidad y de las

nuevas tecnologías, y una mayor atención a la opinión y expectativas de los usuarios. Conviene tener en cuenta a la hora de realizar una reflexión estratégica sobre este tipo de organizaciones.

Veamos en que consisten estas tendencias en Europa:

1. Nuevos avances tecnológicos, que afectan a los instrumentos diagnósticos, cuya tendencia general es hacia más información obtenida a partir de técnicas menos agresivas y de tratamiento.
2. Aumento de la actividad ambulatoria. Irá ganando en importancia toda la actividad que se realiza con los pacientes ambulatorios, por eso los hospitales se planifican como distintas áreas de diagnóstico y tratamiento, que pueden ser usadas indistintamente por pacientes ingresados o ambulatorios.
3. Gran desarrollo de la Cirugía Ambulatoria. Se dice que hasta un 60-70% de las operaciones que se hacen actualmente podrían hacerse en forma de cirugía sin ingreso, ello está determinado por los cambios recientes en cuanto a procedimientos diagnósticos no invasivos, en la endoscopia fibro-óptica y en las técnicas anestésicas. Algunas especialidades son especialmente favorables al desarrollo de estas técnicas: Oftalmología, ORL, Cirugía General, Urología y Ginecología, determinadas intervenciones de Cirugía Ortopédica, etc.
4. La potenciación de alternativas a la hospitalización tradicional, tales como la hospitalización de día, la de domicilio, la de cinco días y la de fin de semana. Los nuevos retos en la gestión hospitalaria: la divergencia entre el nivel de responsabilidad y el nivel de toma de decisiones. Esta divergencia crea conflictos causados por el hecho de que en los hospitales el poder técnico (el núcleo operacional profesionalmente autónomo) sistemáticamente limita las estrategias definidas por el poder legal (la Dirección). Esto puede ser juzgado como una debilidad de la gestión hospitalaria, pero también una fuerza al mismo tiempo, ya que crea la posibilidad de descentralización para transferir al nivel operacional, tanto el poder técnico derivado de la capacidad de toma de decisiones, como una

cierta gestión de los recursos y del presupuesto, que actualmente se llevan de una manera muy centralizada.

5. El abordaje de nuevos problemas éticos. Una atención sanitaria cada vez más compleja irá presentando crecientes problemas en su ejercicio. Los hospitales como institución y los profesionales individuales cada vez se enfrentarán más a problemas del tipo de los siguientes: consentimiento informado, rechazo al tratamiento, respeto a la intimidad, resucitación de pacientes no viables, intervenciones con escasas probabilidades de éxito, etc.
6. Información y papel activo de los pacientes. El modelo de autonomía del paciente, del que deriva el “consentimiento informado” ha introducido una idea básica en la relación médico - paciente: “la idea de que la toma de decisiones debe llevarse a cabo cooperativamente entre el médico y el paciente, concediendo en caso de conflicto un mayor peso a la decisión del paciente”.
7. La eclosión en tecnologías de información y comunicación. La necesidad de la evaluación de la calidad y de las nuevas tecnologías. La evaluación de la calidad es cada vez más un método de medir la actividad de los hospitales. Se requiere la evaluación objetiva de la utilidad de los procedimientos diagnósticos y de las terapias.
8. La mayor atención a la opinión y expectativas de los usuarios. Se hace necesario ocuparse cada vez más de las necesidades de los usuarios y el grado de satisfacción de los mismos

3.4. Consensos internacionales en materia de gestión hospitalaria

Después de largos debates y foros internacionales auspiciados por la OMS y la OPS, se han generado algunos consensos internacionales en materia de gestión hospitalaria:

1. Enfocar la atención de enfermos agudos y críticos

2. Contener crecimiento de camas o reducir las mismas
3. Basar el desempeño hospitalario en las mejores evidencias científicas
4. Realizar una gestión financiera sostenible.
5. Enfatizar los cuidados especializados ambulatorios y extra hospitalarios.
6. Propiciar la integración de redes hospitalarias.
7. Propiciar el trabajo hospitalario en equipo.
8. Adoptar guías pautadas (protocolos) de atención médica.
9. Incentivar la contención de costos hospitalarios, mediante protocolos de atención y centros de costos.
10. Procurar la integración horizontal y vertical de servicios.
11. Fortalecer los sistemas de información para la gestión hospitalaria.
12. Procurar de manera prudente el uso de nuevas tecnologías para reducir la estancia hospitalaria: ingreso domiciliario, cirugía ambulatoria y de mínimo acceso, cuidados post egreso, rehabilitación en el hogar y comunitaria (hospital sin paredes)
13. Establecer unidades diagnósticas y terapéuticas extra hospitalarias: diálisis, oncología, cardiovasculares, endocrinológicas, unidades obstétricas, para manejo ambulatorio de pacientes.
14. Estimular la rendición de cuentas y la gestión social de los servicios.
15. Exigir para el ejercicio de la gerencia hospitalaria como mínimo estudios de especialidad, maestría u otros estudios de postgrados como requisito para liderar estas instituciones.

16. Procurar la integración de la docencia, la asistencia y la investigación.

3.5. La crisis hospitalaria en Colombia

La crisis hospitalaria pública en Colombia no es un fenómeno sencillo; se trata de un problema multicausal que viene exacerbándose con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Entre las múltiples causas podemos identificar: el crecimiento desmesurado de las plantas de personal, las nóminas paralelas, los despilfarros, actos de ineficiencia administrativa y franca corrupción, falta de una política pública hospitalaria, convenciones colectivas que desangran el presupuesto, modalidad de contratación de servicios que incentivan la ineficiencia, transformación de subsidios de oferta en subsidio a la demanda, régimen de transición prolongado en la seguridad social, la proliferación de IPS privadas, la falta de universalidad en el aseguramiento y otros más.

Es importante aclarar que la crisis no se le puede imputar en su totalidad a la expedición de la ley 100 de 1993. Partiendo de la década de los setenta, podemos observar cómo se construyen hospitales de tercer nivel bien dotados con recursos del Fondo Nacional Hospitalario. Estas enormes construcciones requerían de una buena medida de recursos tan sólo para el mantenimiento de la infraestructura física, por lo que el gobierno expide la medida obligatoria de destinar cada año por lo menos el 5% de los presupuestos hospitalarios para su mantenimiento. Tal medida no fue aplicada de manera juiciosa por lo que los hospitales se empezaron a deteriorar ante la indolente mirada de las clases dirigentes.

A este fenómeno debemos añadirle las negociaciones irresponsables de convenciones colectivas que otorgaron beneficios insostenibles a los trabajadores hasta llegar a la alarmante cifra de 27,9 salarios al año por cada trabajador.

Por otro lado, no debemos subestimar el problema de corrupción por parte de usuarios, trabajadores y directivos de hospitales que conllevó a la merma paulatina de los equipos médicos, los suministros y dotación hospitalaria y hasta la misma comida de los pacientes.

A este fenómeno debemos sumar la “politiquería” que conduce a burocratización innecesaria desde las mismas Direcciones Seccionales de Salud. Para la muestra baste un botón: el tristemente célebre Hospital Universitario de Cartagena, que fue el primero de los Hospitales Universitarios en cerrarse, llegó a tener 800 trabajadores de planta y 200 supernumerarios, cuando bien pudo haber funcionado con unos 500 empleados.

El incremento de 18.632 empleados en el Sector Salud oficial del país entre 1994 y 1997, contribuyó a originar, junto con la nivelación salarial iniciada en 1995, el déficit sostenido de los hospitales públicos del país.

La nómina oficial de los departamentos ascendió de 86.693 funcionarios en 1994 a 105.235 en 1997. En tiempos completos el incremento fué de 84.504 en 1994 a 102.325, es decir 17.821 tiempos completos equivalentes, según reveló el "Censo del Recurso Humano y Dinámica Salarial del Sector Salud Oficial", publicado por el Ministerio de Salud y difundido en la XXVII edición de Salud Colombia.

La publicación, entre cuyos autores figura la exministra de salud, Maria Teresa Forero de Saade, revelaba igualmente que el salario básico promedio de los funcionarios del sector ascendió en el periodo 1994-1997 de 223.418 pesos a 546.166. En pesos constantes de 1997, el aumento va de 397.957 a 546.166 pesos, es decir significa el 37.24% en términos reales, (48,5% menciona el estudio) sin contar las prestaciones ni la prima de productividad implantada, como tampoco la nivelación de 1998.

Es necesario precisar, sin embargo, que la conversión en de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado y el énfasis y desarrollo de los sistemas administrativos y de facturación, generó necesariamente un incremento de la planta de personal de las instituciones a partir de 1995. Igualmente la bonanza de recursos de 1993 a 1995 había generado incrementos de personal.

Sin duda, la descentralización y autonomía para los nombramientos, sin mayores responsabilidades en un comienzo, y los intereses clientelistas, que han operado y siguen operando

sobre las instituciones de salud, fueron igualmente las causas del crecimiento exagerado de las nóminas.

Otro de los factores agravantes de la crisis ha sido la proliferación no planificada de IPS del sector privado, algunas de las cuales creadas en viviendas no edificadas para ser hospitales, que con improvisadas remodelaciones y la complicidad de los organismos de inspección, vigilancia y control han sido habilitadas para funcionar y competir con al red pública. Este crecimiento en el número de IPS no ha obedecido a la iniciativa planificada del Estado sino al interés particular de hacer empresa. Sencillamente, las deficiencias de la red pública ha sido interpretada por el sector privado como oportunidades de creación de negocios que satisfagan la demanda de servicios.

Por otro lado, la integración vertical, es decir la posibilidad de que los aseguradores cuenten con IPS propias, ha generado un fenómeno de sobre oferta de servicios en algunas ciudades y carencia en otras, así como la pérdida de oportunidades de acceso al mercado por parte de los hospitales públicos.

Todos estos problemas ya existían antes de la expedición de la Ley 100 de 1993; sin embargo, con el cambio de modelo de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda, esta crisis latente se hizo evidente. La velocidad de transformación de recursos de oferta a demanda superó la de los hospitales para realizar los ajustes institucionales necesarios para subsistir a expensas de la facturación de servicios, lo que llevó a una mengua progresiva de recursos durante el régimen de transición de la ley y a la consecuente parálisis de muchos servicios.

La disminución en pesos constantes de la Rentas Cedidas comenzó a partir de 1996, por el mal comportamiento de loterías y licoreras departamentales. La reducción del Situado Fiscal comenzó en 1997, pero ha sido especialmente dramática la reducción de la disponibilidad de estos recursos para la prestación de servicios.

Tres conceptos específicos del gasto que deben extraerse previamente del Sistema General de Participaciones de oferta son responsables de esta reducción. El concepto principal lo constituye el Sistema General de Participaciones sin situación de fondos para prestaciones y aportes patronales, que para 1999 ya representaba el 37% del total del rubro que entonces se denominaba Situado

Fiscal. Esta obligación, que ha sustraído tan importante porcentaje de recursos antes dedicados a los pacientes no fue debidamente estimado.

En segundo lugar se encuentra la transformación de recursos de oferta a la demanda, que absorbe para 1999 el 16% del Situado Fiscal. Este porcentaje, muy inferior al del mandato legal inicial, pero ajustado a la reglamentación expedida posteriormente, ha podido ser compensado por la venta de servicios a las EPS y ARS, aunque no por igual en los distintos niveles de complejidad.

En tercer lugar se cuentan los recursos para Promoción y Prevención, que por Ley deben representar el 10% del Situado Fiscal, los cuales sólo alcanzaban un 4% en 1996 y superan el 8% a partir de 1998.

La Ley 100 de 1993 destinó nuevos recursos al financiamiento del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud. El primero de ellos el 1% que aportan todos los cotizantes del Régimen Contributivo, el único que se está cumpliendo a cabalidad. El segundo, los recursos que el Gobierno debía girar a la Cuenta de Solidaridad, en igual cuantía al aportado por los trabajadores, para el financiamiento del Régimen Subsidiado, que se vienen esfumando progresivamente, sin importar las presiones en sentido contrario, de los sindicatos en el Plan Nacional de Desarrollo, o de la Corte Constitucional.

En la práctica se vienen acercando a cero, pues aún si por orden de la Corte se deben incorporar al presupuesto, siempre queda el recurso de aplazar el compromiso o, cumplirlo nominalmente, incluyendo tales dineros en el presupuesto, pero retirándolos posteriormente como recursos no ejecutados.

El tercer aporte contemplado en la Ley, derivado de la riqueza petrolera de Cusiana y Cupiagua ha sido burlado en su totalidad, a pesar de que se atraviesa por una bonanza en el precio internacional del crudo.

Si bien la transición de recursos de la oferta a la demanda, es decir la reducción de un porcentaje del Sistema General de Participaciones y las rentas cedidas que pasaron a financiar el Régimen Subsidiado han podido ser compensadas globalmente por las ventas de los hospitales a las

Administradoras del Régimen Subsidiado y por mayores ventas a las EPS del Régimen Contributivo, existen grandes diferencias entre las instituciones y por regiones.

Resultó poco menos que absurda la decisión plasmada en la ley 344 de 1996 de aplicar a rajatabla porcentajes de reducción de los presupuestos de oferta que financian los hospitales en todos los departamentos, sin contemplar la muy diferencial e inequitativa cobertura del Régimen Subsidiado en el país, sin considerar igualmente las inequidades previas en la disponibilidad de recursos de oferta frente a la población con necesidades básicas insatisfechas.

Aunque el proceso de transformación aplicado sin criterio alguno fue finalmente detenido por la Ley del Plan de Desarrollo, dejó sensibles heridas especialmente en los hospitales de la Costa Atlántica y los departamentos con altos niveles de pobreza y baja cobertura del Régimen Subsidiado. También generó excesos presupuestales y de gasto en algunas regiones, especialmente en instituciones del primer nivel, verdadero doble pago por la atención a la población pobre que después es difícilmente reducible.

Esta situación se ve agravada por la Ley 715 de 2001, que exige en su artículo 51 que se contraten como mínimo un 40 o 50% de los recursos del Régimen Subsidiado de Salud. Este artículo ha sido interpretado por la mayoría como una obligación de contratar con la red de primer nivel de atención lo que ha generado grandes ingresos a los hospitales de baja complejidad y dejado exangües a los de mediana y alta complejidad.

Sin duda, pese a los esfuerzos desarrollados desde el Ministerio de la Protección Social, a través del Programa de Mejoramiento y el truncado Programa de Sistemas Municipales de Salud, el grado de desarrollo administrativo de muchas instituciones hospitalarias sigue dejando mucho que desear.

Constituyen aún verdaderas islas o excepciones las instituciones con buen manejo gerencial y alto desarrollo administrativo. Las razones tienen que ver con muchos aspectos, desde la inercia de viejas entidades públicas, que simplemente gastaban los recursos enviados por la nación, pasando por el componente político de los nombramientos, a pesar de la mejoría en la estabilidad de los gerentes, hasta la constitución de Juntas Directivas sin capacidad real de supervisar y asesorar a la

gerencia. También con el bajísimo nivel de exigencia y formación de los gerentes en muchos de los actuales postgrados de administración y gerencia hospitalaria.

El modelo único de dirección y administración de las Empresas Sociales del Estado, así como el modelo único de gestión, implantados desde el nivel nacional no sirven para estimular a las regiones. La competencia de modelos de gestión hospitalaria, como se da entre regiones de otros países, podría generar alternativas y desarrollos válidos, con colaboración de las universidades, de los gremios, de las empresa privada o de los mismos trabajadores organizados, esquemas capaces de superar las dificultades del modelo actual, impuesto por la normatividad central. Los departamentos y distritos deberían ser progresivamente liberados para reestructurar totalmente estas instituciones, según sus circunstancias y posibilidades.

No se requieren muchas explicaciones para comprender que el atraso en los pagos de cientos de miles de millones a los hospitales por parte de las Empresas Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado, agrava la situación de las instituciones, incorporando al déficit presupuestal un serio problema de liquidez. Las cuentas de cobrar que equivalen al 20% del presupuesto anual de la institución u ocho meses de venta de servicios en promedio, de acuerdo con la evaluación realizada por la Superintendencia Nacional de Salud, sin duda afectan el funcionamiento de las instituciones.

Aunque aún puedan citarse otras causas menos importantes, es necesario señalar que llevados los hospitales a complicadas situaciones de déficit (400.000 millones según señalaban los Ministros de Salud y Hacienda, además de grave situación de iliquidez (aprox 300.000 millones en cuentas a más de 90 días), las posibilidades de operar de los hospitales se vuelven realmente difíciles.

Ante la disminución de recursos, se ven afectados los rubros de suministros y servicios generales, dada el inelástico comportamiento de los gastos de personal. Entre 1996 y 1997 se redujeron del 27 al 24% en promedio y la crisis siguió profundizándose. Algunos hospitales, en peor situación, han visto cerrarse definitivamente las puertas de los proveedores, por lo cual todos los principios de eficiencia en los servicios y todas las posibilidades de aumentar los ingresos por venta de servicios se van a pique.

Cuando los hospitales llegan a este punto de crisis, la situación se torna irreversible con las medidas normales, deviene el cierre progresivo de los servicios de la institución, hasta llegar al no pago de salarios y, entonces, deben entrar en juego medidas de emergencia.

Llevados progresivamente a situaciones más profundas de crisis, los hospitales públicos perderán progresivamente la capacidad de competir (de la que partieron) con las instituciones privadas, frente a los usuarios y a las Empresas Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado, lo que significará la imposibilidad de subsistir a mediano plazo.

Señalados estos puntos, cabe concluir que el problema de los hospitales públicos es, en última instancia, el problema del Sistema y debe ser abordado desde esta compleja perspectiva, de modo que el hecho de recortar el gasto de personal o el de conseguir partidas presupuestales, pueden servir para solucionar la crisis inmediata, pero no se constituyen en la verdadera solución, definitiva y de largo plazo, para las Empresas Sociales del Estado.

3.6. Crisis hospitalaria en Cartagena

El primer centro hospitalario cerrado en el país fue el Hospital Universitario de Cartagena (H.U.C.). La Superintendencia de Salud intervino cerca de un año este hospital, y en ese período mantuvo activas 120 camas, aunque su capacidad real siempre fue de 300. En julio de 2003 la Supersalud procedió a liquidar el HUC, argumentando su inviabilidad administrativa, financiera y fallas en la prestación de servicios. De hecho, al momento de ordenarse su liquidación, el HUC estaba en una aguda crisis económica: adeudaba 18 meses de salario a sus empleados y arrastraba un pasivo de \$42.000 millones, de los cuales \$22.000 correspondían a deudas laborales.

Un informe de la Defensoría del Pueblo pudo comprobar que en el 2001, la planta de personal del HUC estaba duplicada y subutilizada, y a pesar de lo anterior, la administración contrataba externamente los servicios de medicina general y especializada. Según el informe, “lo más aberrante del esquema de contratación previsto, lo constituye el hecho de que se le permita a un mismo facultativo devengar ingresos oficiales simultáneamente (en la misma jornada) como médico

de planta, como médico docente y como contratista”.² El mismo Informe señala que de la facturación presentada, un porcentaje significativo no tenía justificación.

Por ejemplo, en el primer semestre de 2001, el Hospital facturó \$1.321 millones a las Sociedades Médicas contratadas, pero sólo \$300 millones tenían algún nivel de justificación (22.7% de la factura), lo que significa que “un poco más de mil millones de pesos constituía el monto de la defraudación”.³ De acuerdo con el Superintendente Nacional de Salud, el HUC fue “el primer hospital de tercer nivel público liquidado en el país, y se convierte en una advertencia a los mandatarios regionales, quienes deben financiar y mantener en óptimas condiciones la red hospitalaria”.⁴ Según el Superintendente, al momento de su cierre, el HUC tenía habilitadas cerca de cien camas, por lo cual debía tener un máximo de 260 trabajadores, pero en realidad contaba con unos 700.

En el 2004, el Gobierno Nacional incluyó una partida de \$19.000 millones destinada al HUC, pero la inversión total que se requería en ese momento para sanear la institución era de \$42.000 millones. De acuerdo con información del gobierno el saldo se debe pagar, una parte con el recaudo de la Estampilla Pro Hospital Universitario, y el resto con la gestión que adelantan con el Gobierno Nacional por un valor de \$10.000 millones. Además, es necesario efectuar todas las gestiones posibles para recaudar la cartera morosa que tiene el Hospital.

El proyecto del Gobierno Nacional era que luego de la liquidación surgiera una nueva entidad, la ESE Hospital Universitario del Caribe, empresa que funcionaría en cuatro de los diez pisos del HUC, pero han pasado dos años desde su cierre, y todavía no se tiene una alternativa concreta. En este sentido, se barajan varias propuestas en la que están involucrados la Gobernación de Bolívar, la Universidad de Cartagena y algunos organismos internacionales. Específicamente dos instituciones europeas han mostrado interés en recuperar las instalaciones del H.U.C.: una es el

² Defensoría del Pueblo, Informe Especial Hospital Universitario de Cartagena, Resolución Defensorial N° 020, 8 de abril de 2002.

³ Ibid

⁴ El Universal, 27 de julio de 2005, “Dos años después sigue cerrado el Hospital Universitario de Cartagena”, por Cecilia Caballero.

Hospital San Rafael de Milán (Italia), y la otra es el Instituto Real del Trópico de Holanda. Los directivos del Hospital San Rafael están interesados en reabrir el Hospital y establecer un centro de investigaciones, al igual como lo han hecho en otros países latinoamericanos como Brasil y Chile.⁵ Estas propuestas pasaron por las manos de las directivas de la Universidad de Cartagena, dueñas de la edificación del antiguo hospital, avaluado en \$25.000 millones. Por su parte, la Clínica Club de Leones estuvo bajo intervención del gobierno desde 1978, y también fue cerrada en 2003. Con su liquidación noventa trabajadores quedaron sin empleo, con el agravante que se les adeudaban varios meses de salarios. Con estos cierres, la crisis hospitalaria de Cartagena se agravó, debido a que la oferta hospitalaria pública redujo el número de camas en más de 300, quedando sólo en funcionamiento la Clínica Henrique de la Vega, el Hospital San Pablo, la Clínica de Maternidad Rafael Calvo y el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja (Casa del Niño).

La Clínica Henrique de la Vega es una institución prestadora de salud (IPS) perteneciente a la ESE José Prudencio Padilla del Seguro Social. La Clínica es del tercer nivel de atención, está dotada con 200 camas, tiene 324 trabajadores de planta y cerca de 160 contratistas, y además cuenta con una adecuada infraestructura física y tecnológica.

El Decreto Ley 1750 de 2003 autorizó al Gobierno Nacional para que entregara a cooperativas de trabajadores el funcionamiento y la administración de clínicas y hospitales públicos. Fundamentado en este Decreto, el gobierno decidió entregar la Clínica Henrique de la Vega a una cooperativa de trabajadores y contratistas, lo que ha generado problemas administrativos y de gobernabilidad. De acuerdo con el viceministro de Salud Eduardo José Alvarado, esta cooperativa es diferente a las anteriores, ya que se convocó a todos los trabajadores para que se afiliaran, en un intento de reforzar más el sindicalismo participativo, y no tanto el sindicalismo reivindicatorio.⁶ Algunos trabajadores no han querido entrar a la cooperativa, con el agravante que el sindicato se opone a la propuesta de cooperativa. Los funcionarios de la Clínica se negaron a ser contratados por cooperativas que les ofrecían un 50% menos de lo que ganaban.

⁵ Entrevista con el médico Javier Marrugo, Director del Departamento de Investigaciones de la Universidad de Cartagena, Cartagena, 2 de septiembre de 2005.

⁶ DANSOCIAL, Boletín de Prensa, N° 159, mayo 12 de 2005, información disponible en internet.

Ante la liquidación del Hospital Universitario y la Clínica Club de Leones, las autoridades de la salud decidieron que el Hospital San Pablo, que inicialmente fue un pequeño centro psiquiátrico, fuera acondicionado para realizar pequeñas cirugías. En agosto de 2003, el “San Pablo” tenía cerca de 110 camas y 140 empleados, y desde años atrás presenta una aguda crisis financiera. En síntesis, en los últimos años Cartagena ha sufrido el cierre de dos centros hospitalarios, uno está funcionando en medio de la anormalidad administrativa (Clínica Henríque de la Vega) y otro arrastra un déficit creciente (Hospital San Pablo).

Cartagena es una de las ciudades colombianas donde se ha vivido con mayor dramatismo esta crisis hospitalaria. Luego del cierre del H.U.C. y de la Clínica del Club de Leones, la Clínica Henríque de la Vega, como IPS de tercer y cuarto nivel de complejidad, es el centro hospitalario que recibe la mayoría de afiliados del Seguro Social y las personas de escasos recursos. Además, ante la escasez de camas en las clínicas y hospitales privados con los que contrata el DADIS, la única alternativa es la Clínica Henríque de la Vega, a donde llegan pacientes que han sido intervenidos en otros centros hospitalarios. De acuerdo con el director de la Clínica, “mientras que otras entidades reciben el 50% del total de contratos en anticipo, la Clínica cobra por servicios prestados a pacientes del Dadis, recibe el pago 90 días después”

Una mirada a la situación financiera de los hospitales públicos de Cartagena deja ver la grave crisis fiscal por la que atraviesan estas instituciones de la salud. Los datos de ingresos y gastos muestran que el HUC fue hasta su cierre (2003) el centro hospitalario de mayor peso financiero, seguido por la Clínica de Maternidad, luego el Hospital San Pablo y el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja. Ahora bien, así como el HUC era la institución de salud con mayores ingresos y gastos, también presentaba altos déficit corrientes hasta el 2002, un año antes de su cierre. En ese año, su déficit representó el 127% de sus ingresos, situación que se hacía insostenible. A partir de esta información se pudo establecer que el 2002 fue el año más crítico para estos centros hospitalarios, que en conjunto tuvieron un déficit superior a \$21.200 millones.

Tabla 3-2. Ingresos, gastos y déficit corriente en cuatro Hospitales de Cartagena, 1998-2004

(millones de pesos constantes de 2004)

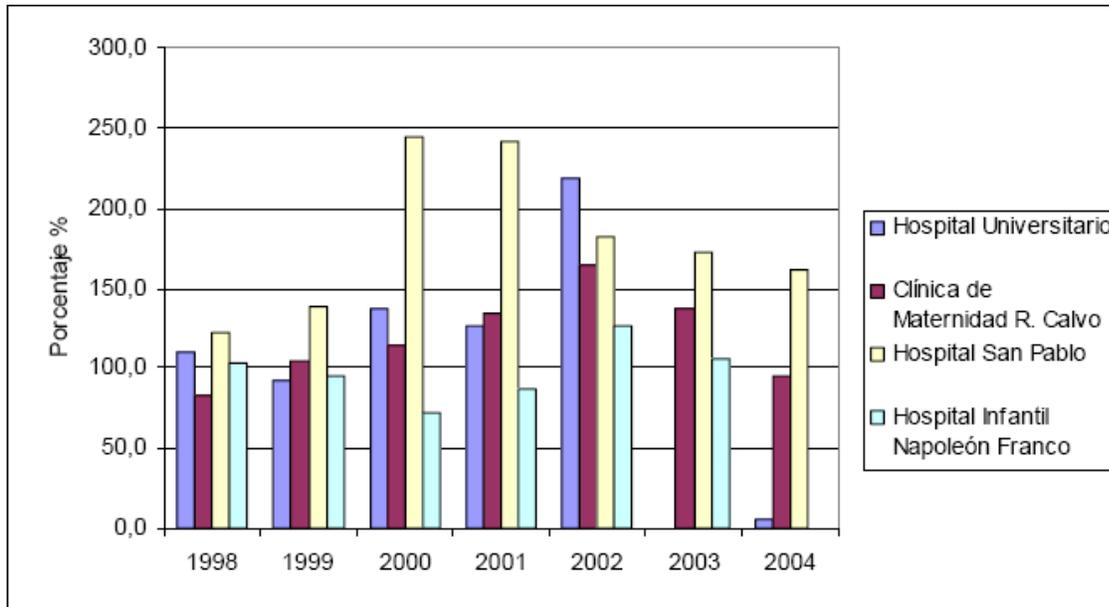
Centro hospitalario	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ingresos							
Hospital Universitario	21.822	15.887	22.650	13.416	8.065	0	20.586
Clínica de Maternidad R. Calvo	7.558	6.999	9.060	7.625	6.756	7.921	11.050
Hospital San Pablo	4.162	5.859	4.439	5.277	6.343	6.638	9.333
Hospital Infantil Napoleón Franco	2.995	3.259	3.984	4.466	4.079	6.693	7.179
Gastos							
Hospital Universitario	23.919	14.787	34.086	19.402	19.682	0	20.676
Clínica de Maternidad R. Calvo	6.285	7.358	10.824	10.856	11.360	11.543	13.665
Hospital San Pablo	5.255	8.187	11.029	13.272	12.113	12.127	15.461
Hospital Infantil Napoleón Franco	3.139	3.390	2.893	3.895	5.225	7.443	7.179
Déficit o ahorro corriente							
Hospital Universitario	-2.098	1.100	-8.603	-4.193	-10.242	0	-90
Clínica de Maternidad R. Calvo	1.294	-354	-1.336	-2.751	-4.478	-3.144	458
Hospital San Pablo	-1.092	-2.327	-6.462	-7.936	-5.380	-4.964	-6.009
Hospital Infantil Napoleón Franco	-125	-127	1.112	574	-1.110	-464	0.2

FUENTE: Banco de la República, Proyecto de finanzas públicas, Medellín.

Ahora, si se observa la participación de los Gastos de Funcionamiento dentro de los Ingresos Corrientes (G.F / I.C), la institución que presentó un mejor balance fue el Hospital Infantil (Casa del Niño), pues en cuatro de seis años los G.F. fueron inferiores a los I.C. La Clínica de Maternidad tuvo una relación creciente entre 1998 y 2002 (al pasar de 82.4% a 164%), pero luego se presentó un descenso y ya en el 2004 los G.F. fueron inferiores a los I.C. (95%). Por su parte, el Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe presentó una elevada participación de los G.F. en el período 2000-2002, llegando en este último año a 218%, justo el año anterior a su cierre. Es preocupante constatar que ante la crisis financiera de estas instituciones hospitalarias, menos del 2% de su presupuesto se dedica a inversión.

En el período 1998-2002, los ingresos del HUC tuvieron una tasa de crecimiento negativa de 22% promedio anual, mientras los gastos sólo decrecieron el 5% promedio anual, por lo que el déficit corriente creció durante el período cerca del 50% promedio anual. El Hospital San Pablo registró déficit corriente durante todo el período estudiado (1998-2004), y el Hospital Infantil o “Casa del Niño” presentó tres años con superávit (2000, 2001 y 2004).

Gráfico 1. Participación de los gastos de funcionamiento de los 4 hospitales públicos de Cartagena, 1998-2004



FUENTE: Cálculos con base en datos del Programa de Finanzas públicas del Banco de la República, Medellín.

Nota: El Hospital Universitario de Cartagena fue cerrado en 2003.

En los tres hospitales (Maternidad, San Pablo y Casa del Niño) los gastos tuvieron una tasa de crecimiento superior a los ingresos, pero mientras en “La Maternidad” se presentó un pequeño superávit en el 2004 (\$458 millones), en el “San Pablo” el déficit fue muy elevado como proporción de sus ingresos (-\$6.000 millones o 64.4%). La situación es aún más grave al constatar que el déficit acumulado del Hospital San Pablo era de \$15.000 millones a mediados de 2005, y a sus trabajadores le debían más de 18 meses de sueldo. Por su parte el DADIS le adeudaba a la institución \$2.300 millones, pero no está dispuesto a pagárselo en el corto plazo. Sobre este tema la opinión de Cesar Pión, Director del DADIS, es clara: “Yo no pienso destinar mil millones de pesos a un hospital que no tiene capacidad resolutiva, cuando la red privada sí me garantiza el servicio”.⁷ El mismo funcionario plantea la posibilidad de cerrar el Hospital San Pablo, previa autorización de las

⁷ Caballero, Cecilia, “Agoniza la salud por falta de recursos para las IPS públicas”, El Universal, Cartagena, miércoles 19 de octubre de 2005, artículo disponible en internet.

autoridades nacionales como el Ministerio de Protección Social y la Superintendencia de Salud. Si esto se cumple, la población de Cartagena habrá visto cerrar las puertas de tres hospitales públicos en un período de tres años.

4. Conceptos generales sobre Empresas Sociales del Estado

4.1. Naturaleza

El artículo 194 de la Ley 100 de 1993 reza: “Naturaleza. La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.”

4.2. Régimen jurídico

El artículo 195 de la Ley 100 de 1993 reza: “Régimen jurídico. Las Empresas Sociales de Salud se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. El nombre deberá mencionar siempre la expresión "Empresa Social del Estado"
2. El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.
3. La junta o consejo directivo estará integrada de la misma forma dispuesta en el artículo 19 de la ley 10 de 1990
4. El director o representante legal será designado según lo dispone el artículo 192 de la presente ley.
5. Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales, conforme a las reglas del capítulo IV de la ley 10 de 1990.

6. En materia contractual se registrará por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.

7. El régimen presupuestal será el que se prevea, en función de su especialidad, en la ley orgánica de presupuesto, de forma que se adopte un régimen de presupuestación con base en el sistema de reembolso contra prestación de servicios, en los términos previstos en la presente ley.

8. Por tratarse de una entidad pública podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.

9. Para efectos de tributos nacionales, se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

La ley 489 de 1998, en su artículo 83 establece: Las empresas sociales del Estado, creadas por la Nación o por las entidades territoriales para la prestación en forma directa de servicios de salud se sujetan al régimen previsto en la Ley 100 de 1993, la Ley 344 de 1996 y en la presente ley en los aspectos no regulados por dichas leyes y a las normas que las complementen, sustituyan o adicionen.

4.3. Régimen de contratación

Como hemos visto en el artículo 195 de la ley 100 de 1993, en su numeral 6º establece el régimen privado como aquel aplicable a las Empresas Sociales del Estado. El decreto 1876 de 1994, en su artículo 16, ratifica el régimen jurídico de los contratos afirmando que se aplicarán las normas del Derecho Privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas sobre la materia y que podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.

El decreto 536 de 2004 establece que las Empresas Sociales del Estado de las entidades territoriales, podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros o convenios con entidades públicas o privadas, o a través de operadores externos.

Con relación al régimen de contratación de las Empresas Sociales del Estado, existe un concepto del Consejo de Estado⁸ que de manera clara muestra el alcance de la aplicación de las normas del derecho civil y las condiciones que se generan cuando se hace uso de las cláusulas excepcionales del estatuto de contratación pública.

Conforme al artículo 194 de la ley 100 de 1993⁹ la prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las empresas sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos¹⁰. En lo pertinente, estas entidades también son reguladas por la ley 344 de 1996.

Del régimen jurídico a que están sometidas, se destaca lo dispuesto en el artículo 195 de la ley 100 de 1993 :

" 2. El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.

" 6. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública."¹¹ (Se destaca)

Teniendo en cuenta que el estatuto general de contratación de la administración pública, ley 80 de 1993 , se publicó el 28 de octubre del mismo año en el Diario oficial N° 41.094, no era posible que previera dentro de las entidades estatales sujetas a su reglamentación a las empresas sociales del Estado, creadas por la ley 100. Sin embargo, y a pesar de no existir duda acerca de su naturaleza

⁸ Radicación 1263 de 2000 Consejo de Estado - Sala de Consulta y Servicio Civil, Fecha de Expedición: 06/04/2000; Fecha de Entrada en Vigencia: 06/04/2000

⁹ Los artículos 194 a 197 fueron declarados exequibles en sentencia C-408/94.

¹⁰ En forma antitécnica el artículo 83 de la ley 489 de 1998 expresa que estas empresas son creadas por la nación y por las entidades territoriales. Las crean la ley, las asambleas o los concejos.

¹¹ El decreto 1298/94 - declarado inexecutable mediante sentencia C- 255 de 1995 - contenía el Estatuto orgánico del Sistema general de seguridad social. El decreto 1876 que reglamentó los artículos 96, 97 y 98 del mismo, relacionados con las empresas sociales del Estado, como consecuencia de tal declaratoria decayó.

pública, ellas no están sujetas en el cumplimiento del objeto a tal estatuto, pues el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100, publicada el 23 de diciembre de 1993 - Diario Oficial N° 41.148 -, únicamente remitió al mismo para efectos de la aplicación discrecional de las cláusulas exorbitantes.

En principio, por ser las empresas sociales del estado entidades estatales y constituir la ley 80 un estatuto denominado "general de contratación de la administración pública", pudiera concluirse que su aplicación es universal para toda clase de entes públicos; sin embargo, tal apreciación no se compadece con la potestad del legislador para establecer excepciones a tal régimen, como lo hizo en el caso de estas empresas.¹²

El carácter excepcional de la regulación, se refleja inequívocamente en la locución "discrecionalmente", ya que mientras los demás contratos estatales deben, de manera general, contener tales cláusulas¹³, en los sometidos al régimen de las empresas sociales sólo se pactarán cuando así estas lo dispongan. Además, si con dicha expresión al Estado se le otorga la facultad para pactar o imponer las referidas cláusulas, sin distinguir su razón, es porque a él se reserva el privilegio de incluirlas cuando lo estime conveniente, esto es, cuando las reglas de derecho privado no le otorguen la garantía para la prestación del servicio público correspondiente.

Por lo demás, dicha discrecionalidad encuentra su fundamento en la multiplicidad de objetos contractuales que pueden incidir o no en la prestación del servicio público, circunstancia que la administración deberá tener presente al momento de determinar si incluye o no las cláusulas excepcionales.

De esta manera, al disponer la ley 100 de 1993 en el numeral 6° del artículo 195, la utilización discrecional de las cláusulas excepcionales, excluyó la aplicación general y común de las normas de la ley 80. El régimen de derecho privado de la contratación propio de las demás entidades

¹² Por ejemplo: La ley 226 de 1995, excluye del estatuto contractual los procesos de enajenación de la propiedad accionaria(art. 2°); según la ley 142 de 1994, las entidades estatales que presten los servicios públicos a los que se refiere la ley y que tengan por objeto su prestación "se regirán por el parágrafo 1° del artículo 31 de la ley 80 de 1993 y por la presente ley, salvo en lo que la presente ley disponga otra cosa".

¹³ Parágrafo del art. 14 de la ley 80/93 señala los contratos en los cuales se prescinde de la utilización de las cláusulas excepcionales.

estatales, aparece consagrado en el artículo 13 de la ley 80, conforme al cual "los contratos que celebren las entidades a que se refiere el artículo 2° del presente estatuto se regirán por las disposiciones comerciales y civiles pertinentes".

En consecuencia, por voluntad del legislador, ni los principios de la contratación estatal, ni normas distintas a las que regulan las cláusulas exorbitantes, deben aplicarse obligatoriamente por las empresas sociales del Estado. Es forzoso concluir entonces, que el régimen de contratación de estas empresas es de derecho privado, con aplicación excepcional de las cláusulas mencionadas.

La Sala reitera esta posición doctrinaria vertida en la Consulta N° 1.127, del 20 de agosto de 1998, según la cual :

" Por regla general, en materia de contratación las Empresas Sociales del Estado se rigen por las normas ordinarias de derecho comercial o civil. En el caso de que discrecionalmente, dichas empresas hayan incluido en el contrato cláusulas excepcionales, éstas se regirán por las disposiciones de la ley 80 de 1993. Salvo en este aspecto, los contratos seguirán regulados por el derecho privado". (Resalta la Sala)

Sin embargo, estima pertinente aclarar que cuando tales empresas, hipotéticamente tuvieran que celebrar los contratos a que se refiere el artículo 32 de la ley 80, no es pertinente dar aplicación a disposiciones distintas a las de derecho privado.¹⁴

Con todo, que el estatuto contractual no se aplique sino en punto a las cláusulas excepcionales, conforme al numeral 6° del artículo 195 de la ley 100, no significa que los administradores y encargados de la contratación en las empresas en cuestión, puedan hacer caso omiso de los preceptos de los artículo 209 de la Constitución, 2° y 3° del C.C.A.

Disponen tales normas:

¹⁴ Los artículos 13 y 31 de la ley 80/93 hacen obligatoria la aplicación de la ley 80/93, para las demás entidades estatales. con algunas excepciones.

"Artículo. 209. La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones".

"Artículo 2°. Los funcionarios públicos tendrán en cuenta que la actuación administrativa tiene por objeto el cumplimiento de los cometidos estatales como lo señalan las leyes, la adecuada prestación de los servicios públicos y la efectividad de los derechos e intereses de los administrados, reconocidos por la ley".

"Artículo 3°. Las actuaciones administrativas se desarrollarán con arreglo a los principios de economía, celeridad, eficacia, imparcialidad, publicidad y contradicción y, en general, conforme a las normas de esta parte primera."

Este último precepto regula el alcance y contenido de cada uno de los principios mencionados; a estos y a las demás disposiciones deberán los administradores de las empresas sociales del Estado ajustar su actividad contractual.

En igual forma y en desarrollo de los mismos preceptos, los principios universales - asociados al interés general -, contenidos en la ley 80 de 1993 y relacionados con los fines de la contratación estatal (art. 3°), con los derechos y deberes de las entidades estatales y de los contratistas (arts .4° y 5°), la capacidad (6°), así no estuvieran vertidos en mandatos legales, deben presidir la contratación en las empresas mencionadas, pues son postulados que tocan con la moralidad, la continuidad y prestación eficiente de los servicios públicos, y con la garantía de los derechos de los administrados-usuarios.

Del mismo modo, la responsabilidad de los administradores de las empresas sociales del Estado, se regirá directamente por las previsiones del artículo 90 de la Constitución, sin perjuicio de

lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 80, que recoge parcialmente los alcances del precepto constitucional.¹⁵

Sin que haya lugar a recurrir al ordinal 8° del artículo 24 de la ley 80, es evidente que, en los procesos de contratación de estas empresas, no se podrá actuar con desviación de poder y que las competencias se ejercerán "exclusivamente oara los fines previstos en la ley", pues ello emana de los principios contenidos en los artículos 121 y 209 constitucionales y 2° y 3° del C.C.A.

En punto al régimen de inhabilidades e incompatibilidades y por estar interesada en ello la moralidad pública, como lo previene el artículo 42 del Código Unico Disciplinario - "se entienden incorporadas a este Código las incompatibilidades e inhabilidades previstas en la Constitución y la ley"¹⁶, a los servidores de estas empresas que celebren contratos, habrá lugar a aplicarles, en los casos concretos, las causales que resulten pertinentes, así como las otras incompatibilidades previstas en el artículo 44 ibídem, en lo que fuere menester.

Alcance de las cláusulas exorbitantes

Si bien los contratos están sometidos al derecho privado por disposición legal, la facultad discrecional de pactar las cláusulas exorbitantes dota, a los administradores de las empresas sociales del Estado, de herramientas especiales para garantizar determinados fines, obviamente dentro del la órbita del interés general que mueve a la administración al contratar.

En efecto, la interpretación, la modificación y la terminación unilaterales (arts. 15 a 17 de la ley 80/93), así como la caducidad del contrato (art. 18 ibídem), permiten al contratante estatal hacer derivar efectos precisos al contrato, en procura de la protección de los intereses públicos.¹⁷

¹⁵ Según el art. 50 las entidades responden de las actuaciones, abstenciones, hechos u omisiones antijurídicos que les sean imputables y que causen perjuicios a sus contratistas. En sentencia C-333/96 se declaró constitucionalidad de éste precepto, a condición de entender que "el artículo 50 de la Ley 80 de 1993 no constituye el fundamento único de la responsabilidad patrimonial del Estado en el campo contractual, por lo cual el artículo 90 de la Constitución es directamente aplicable en esta campo"

¹⁶ Declarado exequible, salvo la locución "y los reglamentos administrativos" en Sentencia C-448 /98.

¹⁷ También son exorbitantes las cláusulas de sometimiento a las leyes nacionales y de reversión. La Consulta radicada bajo el N° 1.127 , se refiere en general ellas.

Pactadas algunas de las cláusulas exorbitantes, la administración - de no lograr acuerdo para dirimir las discrepancias surgidas en la ejecución del contrato y que pueden conducir a la paralización o afectación grave del servicio -, puede interpretar mediante acto motivado las estipulaciones o cláusulas objeto de la diferencia, o modificar el contrato, suprimiendo o adicionando obras, trabajos, suministros o servicios; o disponer la terminación anticipada del contrato, en los eventos señalados en el artículo 17 de la ley 80.

Es una rica gama de potestades especiales, que tienen por virtud sustraer del régimen común de la contratación entre particulares a los contratos celebrados por las empresas sociales del Estado y le permiten un manejo adecuado de las circunstancias en que se desenvuelve la ejecución de los mismos.

Ahora bien, que no sea aplicable la ley 80 sino en las condiciones anotadas, no implica que sus representantes o quienes tengan las funciones de adelantar los procedimientos de contratación, puedan abstenerse de realizar los estudios y evaluaciones necesarios y de tomar todas las medidas indispensables para asegurar los intereses del Estado, los que siempre están presentes en la actividad de los entes públicos, por el sólo hecho de tener ellos ésta naturaleza, indisolublemente asociada al interés general, máxime cuando de por medio está la prestación directa de los servicios públicos de salud por la Nación y las entidades territoriales.

Lo anterior significa que el régimen de contratación de derecho privado no restringe el alcance del principio de prevalencia del interés general - que hace parte de aquellos que dan fundamento filosófico y político a la República -, ni el de los fines del Estado, como tampoco del principio de responsabilidad por omisión o extralimitación en el ejercicio de funciones por parte de los agentes de la administración contratante.

Si no se estipulan cláusulas exorbitantes, procede la aplicación de las normas de derecho privado, contenidas en los códigos civil y comercial, o de las contenidas en disposiciones especiales.

El caso sometido a consideración

1. Conforme al texto de la consulta, las condiciones generales a las que se sujetan los contratos de asociación suscritos por las empresas sociales del Estado para la prestación del servicio público de salud, son las siguientes:

- Se expresa que "el convenio es eminentemente comercial y por ende estará regido por las normas consagradas en la legislación civil y comercial y demás disposiciones concordantes para este tipo de convenios".

- " El Objeto del convenio se concreta a la prestación de unos servicios de salud por las dos (2) partes que se asocian, obligándose el particular Contratista a aportar unos equipos, siendo responsable de su instalación, prueba y puesta en condiciones de funcionamiento y en locales adecuados que suministrará la Empresa Social del Estado, obligándose esta última a aportar los pacientes, su infraestructura física, los locales en los cuales se han de montar los equipos, su organización y la administración de los servicios de salud objeto del referido convenio, durante el plazo de ejecución del contrato que se fija entre 10 y 11 años".

- Además se pacta que el gobierno nacional fijará las tarifas por la prestación de esta clase de servicios, se fijan los porcentajes que de ellas corresponde a cada parte, y se acuerda un "ajuste de participación" en caso de no alcanzarse el número suficiente de pacientes, caso en el cual se disminuye la participación de la empresa social, para acrecer la del contratista.

- Se convino conformar un comité paritario de coordinación del convenio "para desarrollar y coordinar los aspectos operacionales, técnicos y de procedimientos necesarios para garantizar el óptimo cumplimiento de los compromisos de las partes y coordinar todo lo relacionado con la adecuada prestación del servicio", el que se debe ocupar - entre otras cosas - "de acordar las medidas y tomar las decisiones que sean necesarias, en el evento en que debido a medias gubernamentales o a situaciones imprevistas se modifiquen las condiciones económicas o de prestación del servicio que se tuvieron en cuenta para la celebración del convenio"

- También se estipuló una cláusula compromisoria, para que un tribunal de arbitramento - sometido a las normas de los códigos de comercio y de procedimiento civil - dirima las diferencias presentadas "con ocasión de la interpretación, aplicación, ejecución o terminación del convenio y

que no pudieren resolverse por el Comité de Coordinación". El tribunal falla en derecho y se sujeta a las reglas previstas al efecto por el Centro de arbitraje y conciliaciones de la Cámara de Comercio respectiva.

2. Con fundamento en estos elementos la Sala hace, primeramente, las siguientes precisiones:

Es sabido que el efecto típico de los contratos es crear obligaciones entre las partes. Dentro del amplio campo del principio de la autonomía de la voluntad pueden pactarse obligaciones distintas a las que dan contenido a los contratos nominados o típicos y, por tanto, el tipo corresponderá a las prestaciones, modalidades y condiciones que en cada caso se estipulen. Sin embargo, debe precisarse que la aplicación de las normas del derecho privado a la contratación de las empresas sociales, en ningún caso entraña renuncia de los fines del Estado, necesariamente ligados al interés general. Así, el concepto de autonomía de la voluntad, en tratándose de personas de derecho público¹⁸, no tiene el mismo alcance que se le otorga a la noción de autonomía privada, esto es, a los negocios jurídicos celebrados entre particulares, precisamente por estar de por medio el interés general y el patrimonio público, cuando una de las parte del negocio es una entidad estatal.

Si bien el negocio jurídico, como declaración de voluntad, crea los efectos jurídicos queridos por las parte que concurren al mismo, los poderes de la administración están supeditados indefectiblemente al logro del interés general y al cumplimiento de los fines del Estado, dentro de los cuales se incluyen, claro esta, los de la entidad estatal contratante. Pudiera decirse que mientras el particular al contratar dispone de lo suyo, la administración al hacerlo persigue fines de interés general y compromete el patrimonio público, con todas las consecuencias que de ello se derivan en un Estado social de derecho.

De esta manera, la libertad negocial de los entes estatales no es absoluta ni igual a la de los particulares, pero bien pueden aquéllas acordar las condiciones específicas del contrato,

¹⁸Ley 80/93 , aplicable al caso en la forma dicha, se remite a la autonomía de la voluntad (art. 32).

determinadas por las necesidades del servicio¹⁹, sin perder de vista que la naturaleza del contrato celebrado por las entidades estatales no se aleja irremediablemente de los principios del derecho público, por el hecho de estar sometido a las normas del derecho privado.

Dentro de este marco conceptual, el contenido del negocio jurídico está determinado por las declaraciones de voluntad de quienes concurren al mismo y, por tanto, tienen la disposición del bien o derecho, por la ley que regula el tipo - nominado o no - de contrato y la costumbre, siempre que no resulte contrario al orden público y a las buenas costumbres o caiga en el supuesto de una prohibición legal. Conviene recordar que en los negocios jurídicos, se distinguen, conforme a la ley, las cosas que son de su esencia, las que son de su naturaleza y las puramente accidentales (art. 1501 del C. Civil).

También debe recordarse que el denominado "convenio de asociación", al cual se refiere la consulta, en el cual se expresa "...que el vínculo existente derivado del convenio es eminentemente comercial y por ende estará regido por las normas consagradas en la legislación civil y comercial y demás disposiciones concordantes para este tipo de convenios", cuyo objeto es la prestación de servicios de salud, el que implica varios actos -pluralidad de actos- en un tiempo determinado, constituye un contrato atípico, en el cual las partes han determinado las condiciones a las que se sujeta, con el fin de darle especialidad, y al cual se aplica el artículo 864 del Código de Comercio, según el cual " el contrato es un acuerdo de dos o más partes para constituir, regular o extinguir entre ellas una relación jurídica patrimonial...".

3. Da cuenta la consulta además, que desde el inicio del contrato, a la empresa social le fue imposible cumplir las obligaciones contraídas, dadas las condiciones económicas y técnicas adversas y "...aún en el evento de contar con el número mínimo de pacientes requeridos, los tiempos de atención impiden satisfacer el número mínimo de pacientes para que el convenio resulte viable". Fue así, como se procedió a reunir el Comité de coordinación, planteándose la posibilidad de terminar el contrato, quedando a cargo de la empresa social el reconocimiento de los gastos en que

¹⁹ Pueden mencionarse algunas prerrogativas y poderes del Estado como la expropiación o extinción del dominio, la declaración de utilidad pública, la función social de la propiedad, etc., que implican imposiciones al particular y por tanto límites a su libertad negocial, como también lo son las nociones de orden público y de buenas costumbres

incurrió el contratista para su perfeccionamiento, con miras a su ejecución, aduciendo "incumplimiento por parte de la entidad pública...".

Sin embargo, la empresa social se abstuvo de firmar el acta de terminación del contrato, por considerar improcedente el reconocimiento de sumas de dinero sin los respectivos soportes, "esto es de los documentos que acrediten el objeto y causa que genera la obligación a cargo de la entidad y se conviertan en los títulos idóneos para demostrar la exigibilidad del pago".

Ante esta decisión, entonces los contratistas particulares solicitan la conformación de los tribunales de arbitramento previstos en el contrato. Al contestar la demanda, las empresas sociales llaman en garantía a los representantes legales que suscribieron los convenios y "manifiestan que tratándose los aludidos convenios de una unión de esfuerzos encaminados a la prestación de un servicio público, cuando quiera que el número de pacientes requerido para satisfacer económicamente las condiciones de los convenios, así como la ausencia de estudios de factibilidad previos a su suscripción, evidencian la imposibilidad de continuar su ejecución, no se presenta incumplimiento de la entidad pública por negligencia o intención manifiesta de no cumplir, por cuanto que el convenio de asociación conlleva un riesgo conocido y asumido por las partes. Que ante la imposibilidad física y técnica de realizarlo y la desventaja económica para las Empresas Sociales del Estado en el evento de llevarlo a término, imponen su terminación sin que se encuentre acreditado el reconocimiento económico impetrado por los contratistas". (Resalta la Sala)

Finalmente, se aduce que previamente a la conformación de los tribunales de arbitramento, durante la etapa de la conciliación prearbitral, los representantes legales de las empresas sociales son instados a considerar posibles acuerdos conciliatorios, para resolver las diferencias suscitadas.

4. Pues bien, aunque, del texto de la consulta se desprende que las empresas sociales se encuentran surtiendo el trámite de procesos arbitrales, en los cuales la administración hubo de ejercer el derecho de defensa, mediante la presentación de las excepciones y alegatos pertinentes, la Sala considera conveniente hacer las siguientes breves y particulares reflexiones, señalando que conceptúa exclusivamente con fundamento en la información contenida en el texto de la consulta.

41 Como quiera que las condiciones esenciales específicas de un contrato atípico de asociación no están consagradas en la ley, es imperioso atenerse en primer lugar a las estipulaciones del convenio - a las que de manera resumida se refiere la consulta -, y además estarse a las normas generales que regulen objetos contractuales semejantes. Resulta así aplicable el artículo 822 del Código de Comercio, conforme al cual "los principios que gobiernan la formación de los actos y contratos y las obligaciones de derecho civil, sus efectos, interpretación, modo de extinguirse, anularse o rescindirse, serán aplicables a las obligaciones y negocios jurídicos mercantiles, a menos que la ley establezca otra cosa".

42 Conforme al artículo 1602 del Código Civil " todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales ". Las normas generales de derecho privado regulan las consecuencias que acarrea el hecho de no cumplirse satisfactoriamente el objeto de los contratos.

43 La responsabilidad contractual deriva de una relación jurídica concretada entre dos o más personas, en calidad de deudores y acreedores, que implica prestaciones. Ella supone un contrato celebrado válidamente y un quebrantamiento de sus estipulaciones por una de las partes, por violación de las obligaciones previamente contraídas. El deudor que incumple o cumple defectuosamente, ocasiona perjuicios a la otra parte que usualmente deben ser indemnizados. La indemnización persigue reparar el daño efectivamente ocasionado, de lo cual depende su cuantía.

44 De manera general, la parte que se considera lesionada - siempre que el acuerdo no se perfeccione -, en desarrollo de los efectos derivados del principio de la buena fe, con la cual debe procederse en la fase precontractual -, tiene la oportunidad de pedir indemnización por la responsabilidad derivada del denominado "interés negativo", por los daños ocasionados, de orden material o moral - incluidos los gastos efectuados en el período preparatorio del contrato -, y que se concretan ante la frustración de éste (art. 863 del C. de Cio.). En este evento, como quiera que lo que se persigue no es el perfeccionamiento del contrato, sino la indemnización, precisamente por aquél haberse malogrado - lo que constituye el interés negativo -, a título de daño emergente, bien puede demandarse el reembolso de los gastos ocasionados con miras al perfeccionamiento del contrato.

Ahora, en el evento en que el negocio jurídico no se hubiese perfeccionado, nada obsta para que mediante conciliación y de estar cabalmente comprobados los gastos efectuados por la parte particular, ellos puedan ser reconocidos, sin perjuicio que, de conformidad con la ley, se efectúe una especie de compensación de los gastos en los que necesariamente debió incurrir la administración para cumplir sus propias obligaciones. La fuente que da origen a esos gastos está en los principios de buena fe e igualdad aplicados a la formación de los contratos, pero el título de reconocimiento de tales gastos, lo constituiría el acta de conciliación respectiva.

45 Así mismo, es preciso recordar que en la formación y ejecución del contrato las partes, por mutuo acuerdo, pueden ponerle fin por cualquier causa y, con mayor razón, con ocasión de las circunstancias acaecidas con posterioridad a su perfeccionamiento, que hicieron imposible su ejecución en la forma prevista en las cláusulas contractuales. Mas aun, la disolución del contrato mediante el otorgamiento expreso del consentimiento, no requiere de decisión judicial.

Lo anterior no elimina la posibilidad de su terminación por resolución judicial e incluso arbitral en caso de controversia, evento en el cual, las partes podrían alegar que la inejecución del contrato es proveniente de causas que tuvieron que ser conocidas por ambas partes, derivadas de estudios de factibilidad conjuntos, que a la postre fallaron. Claro está, que la parte interesada deberá contar con los elementos probatorios suficientes para demostrar que la responsabilidad es conjunta .

5. De igual manera se debe tener el derecho a la terminación o resolución del contrato. Por ello, si bien el artículo 1546 del Código Civil prescribe que "en los contratos bilaterales va envuelta la condición resolutoria en caso de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado. Pero en tal caso podrá el otro contratante pedir a su arbitrio, o la resolución o el cumplimiento del contrato con indemnización de perjuicios", estima la Sala que dada la naturaleza empresarial de estos entes estatales, resultan adecuarse mejor a las reglas del derecho comercial. Por lo tanto, debe aplicarse de preferencia el artículo 870 del Código de Comercio, según el cual "en los contratos bilaterales, en caso de mora de una de las partes, podrá la otra pedir su resolución o terminación, con indemnización de perjuicios compensatorios, o hacer efectiva la obligación, con indemnización de los perjuicios moratorios".

Por ello, para que proceda la resolución debe estar plenamente probada la responsabilidad de la administración y a términos del artículo 1616 del Código Civil, los perjuicios que debe sufragar el deudor incumplido esta regulado de la siguiente manera :

"Si no se puede imputar dolo al deudor, sólo es responsable de los perjuicios que se previeron o pudieron preverse al tiempo del contrato; pero si hay dolo, es responsable de todos los perjuicios que fueron consecuencia inmediata o directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento.

"La mora producida por fuerza mayor o caso fortuito, no da lugar a indemnización de perjuicios". (Resalta la Sala)

Sin embargo, a pesar de que los contratos materia de consulta no están sujetos al régimen propio de los contratos estatales, sino al de derecho privado, estima esta Sala que como privilegio emanado de los fines del Estado, el eventual incumplimiento del órgano estatal se podría reducir, en algunos casos, a la resolución contractual con indemnización de perjuicios, por lo que no resultaría extraña, en estos casos, la jurisprudencia de la Sección Tercera de ésta Corporación, conforme a la cual no es procedente ordenar a la administración cumplir los contratos, obligarla a ejecutarlos, posición doctrinaria sustentada en el sustrato de todo contrato celebrado por las entidades estatales : el interés público, ante el cual el interés o el derecho individual deben ceder, por cuanto es la administración la que determina la conveniencia de proseguir o no el contrato, sin que sea dable al juez librarle "injonctions". Lo anterior implica, que en tratándose de esta contratación, cierto tipo de controversias (Vgr. las de incumplimiento por garantizar la continuidad del servicio público), sólo podría resolverse alrededor de la indemnización.²⁰

6. La teoría de la imprevisión resulta viable aplicarla en la ejecución de dichos contratos, voluntaria o judicialmente. Consagra el artículo 868 del Código de Comercio, así:

²⁰ Ver BETANCUR JARAMILLO, Carlos. DERECHO PROCESAL ADMINISTRATIVO. Cuarta Edición. Medellín : Señal Editora, 1998,. Pág. 560.

"Cuando circunstancias extraordinarias, imprevistas o imprevisibles, posteriores a la celebración de un contrato de ejecución sucesiva, periódica o diferida, alteren o agraven la prestación de futuro cumplimiento a cargo de una de las partes, en grado tal que le resulte excesivamente onerosa, podrá ésta pedir su revisión. El juez procederá a examinar las circunstancias que hayan alterado las bases del contrato y ordenará, si ello es posible, los reajustes que la equidad indique; en caso contrario el juez decretará la terminación del contrato". (...)

Pues, de este precepto, se deduce que los hechos que ameritan la revisión del contrato tienen carácter excepcional, su ocurrencia es posterior a su perfeccionamiento, no deben haber podido ser previstos por las partes, los cuales si no hacen imposible el cumplimiento lo tornan tan oneroso, que le hacen perder la finalidad al acuerdo. De allí que para su establecimiento sea imperativo analizar las circunstancias de ejecución, partiendo del alcance del compromiso obligacional, consistente en aportar determinado número de pacientes, como también la infraestructura física, los locales para montar los equipos, la organización y la administración de los servicios de salud acordados; pues para la doctrina, la prestación debe ser posible; es imposible, en forma relativa, la prestación que no puede cumplir un deudor determinado.

Sostiene Enneccerus-Lehmann que " La imposibilidad no ha de confundirse con la mera dificultad. ‘ Pero si los obstáculos que se oponen a la prestación son tan grandes que solo pueden superarse con sacrificios, totalmente desproporcionados, entonces la consideración racional, ética y económica, que es la única que el derecho tiene en cuenta, tiene que considerar la prestación como imposible. El límite a estos efectos ha de determinarse conforme a la presunta intención de las partes y según la buena fe, teniendo en cuenta los usos del tráfico".

"Los jueces tienen un gran campo de investigación al estudiar la alegación que en forma de excepción ofrezca un deudor por ser su prestación imposible, desproporcionada o irracional".²¹

7. De acuerdo con lo dicho, pueden las partes en estos contratos conciliar sus diferencias antes o durante el proceso, inclusive el arbitral (arts. 77, 80 y 121 de la ley 444 de 1998) y, en su

²¹ Enneccerus-Lehmann. En : DERECHO CIVIL : De las obligaciones. Novena Edición. VALENCIA ZEA, Arturo Y ORTIZ MONSALVE, Alvaro. santafé de Bogotá : Temis, 1999. Pág. 13.

defecto, corresponde a las empresas sociales en las actuaciones surtidas en defensa de sus intereses, ante las autoridades que corresponda, la obligación de plantear por vía adecuada, la situación concreta de inviabilidad del contrato, ante las condiciones técnicas y económicas que lo hacen imposible, o la que resulte procedente según el caso, lo cual compete exclusivamente a la parte interesada.

La Sala del consejo de estado en el citado concepto responde lo siguiente:

a) Sólo cuando las empresas sociales del Estado han pactado las cláusulas excepcionales o exorbitantes, a las que alude el numeral 6° del artículo 185 de la ley 100 de 1993, pueden ellas modificar unilateralmente las condiciones del contrato. Si contrariando esta limitación lo hacen, se someten a las reglas generales que regulan la ejecución y cumplimiento de los contratos.

b) Por fuera de las contingencias o riesgos inherentes a todo contrato, la igualdad o equivalencia de éste podría verse alterada por causas no imputables a quien resulte afectado. Esas causas pueden provenir de su modificación unilateral; o de aquellas que hacen aplicable la teoría de la imprevisión, reconocida por el Código de Comercio (art. 868), o de actuaciones de órganos del Estado en ejercicio de sus funciones. Será el juez competente - ordinario o árbitros - el encargado de resolver el asunto conforme a lo que se pruebe.

c) Si se prueba que la imposibilidad de cumplir el objeto del contrato se produce por razones exógenas, no previsibles con anterioridad a su celebración, y por tanto extraordinarias, de no existir acuerdo entre las partes para dirimir la controversia, corresponderá al juez establecer si existió concurrencia de culpas y el grado de responsabilidad que cabe a cada una de ellas. Siempre existirá la posibilidad, mediante el procedimiento de la conciliación, de compensar los gastos o de reconocer aquellos que resulten a favor de una de las partes, de conformidad con la ley.

d) Si existe acuerdo entre las partes podrán conciliarse las diferencias, asumiendo cada una de ellas los costos provenientes de una imprevisión que eventualmente puede ser compartida. De lo contrario será el juez competente quien decida el grado de culpa y la indemnización que corresponda.

e) La conciliación es procedente en la etapa prearbitral, como también lo es en la arbitral, con la consecuencia del pago de los honorarios en este caso. La conciliación fijará las circunstancias que dieron origen a las diferencias y el alcance de la materia conciliada.

La materia de la conciliación puede referirse a los gastos causados y pagados por ambas partes, así como a las compensaciones que ordena la ley o que voluntariamente se acuerden, conforme a lo probado.

f) La responsabilidad patrimonial personal y las causales de exoneración de los agentes del Estado que intervinieron en el proceso de contratación se encuentran consagradas en la ley y la decisión al respecto corresponderá al tribunal de arbitramento, el que tendrá en cuenta la eventual conciliación realizada.

g) Como quiera que la cláusula compromisoria deroga la jurisdicción ordinaria competente y permite al tribunal de arbitramento asumir la jurisdicción arbitral, corresponde a ésta no solo interpretar sino fijar la competencia que le otorga dicha cláusula. En desarrollo de esa competencia y en virtud de la eventual conciliación, corresponde al tribunal precisar y dar alcance a su competencia cuando se escinde la pretensión principal que dio origen al tribunal con la pretensión que surge del llamamiento en garantía.

5. Evaluación de la constitución del Hospital Universitario del Caribe

5.1. Evaluación jurídica

5.1.1. Competencias de la asamblea departamental

La Ley 715 de 2001, en su artículo 43, sobre competencias de los departamentos en materia de prestación de servicios de salud, establece:

43.2. De prestación de servicios de salud

43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.

43.2.3. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación.

43.2.4. Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.

43.2.5. Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

43.2.6. Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.

43.2.7. Preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud.

43.2.8. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano.

Como vemos, corresponde a los departamentos la competencia de organizar la red prestadora de servicios de salud en su ámbito y garantizar la prestación oportuna de los servicios a la población pobre no asegurada y a los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud en lo no cubierto por el POSS.

5.1.2. Revisión de la ordenanza que delega la creación del Hospital

Al revisar la Ley 489 de 1998 en su artículo 68, encontramos: “ENTIDADES DESCENTRALIZADAS. Son entidades descentralizadas del orden nacional, los establecimientos públicos, las empresas industriales y comerciales del Estado, las sociedades públicas y las sociedades de economía mixta, las superintendencias y las unidades administrativas especiales con personería jurídica, las empresas sociales del Estado, las empresas oficiales de servicios públicos y las demás entidades creadas por la ley o con su autorización, cuyo objeto principal sea el ejercicio de funciones administrativas, la prestación de servicios públicos o la realización de actividades industriales o comerciales con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio. Como órganos del Estado aun cuando gozan de autonomía administrativa están sujetas al control político y a la suprema dirección del órgano de la administración al cual están adscritas.”

Como se puede observar, esta ley considera a las Empresas Sociales del Estado como una categoría especial de institución descentralizada con de autonomía administrativa y sujetas al control político y a la suprema dirección del órgano de la administración al cual están adscritas.

La misma ley en su artículo 69 reza: CREACION DE LAS ENTIDADES DESCENTRALIZADAS. Las entidades descentralizadas, en el orden nacional, se crean por la ley, en el orden departamental, distrital y municipal, por la ordenanza o el acuerdo, o con su autorización, de conformidad con las disposiciones de la presente ley. El proyecto respectivo deberá acompañarse del estudio demostrativo que justifique la iniciativa, con la observancia de los principios señalados en el artículo 209 de la Constitución Política. (subrayado fuera de texto)

Queda claro que la Asamblea Departamental puede delegar en el Gobernador la creación de las Empresas Sociales del Estado y que siempre que en la motivación o exposición de motivos se deberá anexar un estudio demostrativo que justifique la iniciativa.

En virtud de lo anterior, la honorable Asamblea Departamental de Bolívar, mediante Ordenanza 09 del 23 de abril 2004, otorga facultades al señor Gobernador de Bolívar para “reorganizar, ajustar, fortalecer, modernizar o suprimir los organismos que se encargan de la prestación de servicios de salud del sistema de seguridad social en salud y de protección social del

Departamento de Bolívar, de acuerdo con las disposiciones que sobre la materia señalan las leyes 100 de 1993, 715 de 2001 y 443 de 1998²² y sus decretos reglamentarios”

Aunque la autorización para crear no se expresa de manera taxativa, sí lo hace de manera implícita. Por otra parte, la situación de crisis hospitalaria del departamento de Bolívar se ha constituido en un hecho notorio que hace prácticamente innecesaria la presentación de un estudio técnico que justifique la creación de un nuevo hospital de tercer nivel de atención, no obstante, la exposición de motivos de la ordenanza fue soportada con un estudio técnico que deja sentadas de manera muy clara las bases científicas de la necesidad de la apertura de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe.

El estudio técnico consistió en la estimación de la demanda potencial de servicios a partir de un análisis demográfico y de indicadores de frecuencia de uso de servicios. Luego se comparó la demanda potencial de servicios y se evidenció el déficit de camas en el departamento. Veamos en las siguientes tablas algunos apartes del estudio técnico que demuestra la necesidad de apertura de un hospital de alta complejidad:

Tabla 5-1. Camas hospitalarias instaladas 2004

<i>TIPOS DE CAMA</i>	<i>TOTAL</i>
PEDIATRICAS	262
ADULTOS	647
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	145
C. INTERMEDIO ADULTOS	21
C. INTERMEDIO PEDIATRICO	9
C. INTERMEDIO NEONATAL	51
C. INTENSIVO ADULTOS	39
C. INTENSIVO PEDIATRICO	10
C. INTENSIVO NEONATAL	27
UNIDAD DE QUEMADOS PEDIÁTRICA	7
UNIDAD DE QUEMADOS ADULTO	0
PSIQUIATRIA	95
TOTAL	1313

²² Derogada, salvo a los artículos 24, 58, 81 y 82 , por la Ley 909 de 2004

Tabla 5-2. Población potencialmente usuaria de camas hospitalarias de niveles 2 y 3

TIPOS DE CAMA	POBLACION POTENCIAL USUARIA
PEDIATRICAS	900.604
ADULTOS	1.540.426
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	789.702
C. INTERMEDIO ADULTOS	1.540.426
C. INTERMEDIO PEDIATRICO	900.604
C. INTERMEDIO NEONATAL	50.308
C. INTENSIVO ADULTOS	1.540.426
C. INTENSIVO PEDIATRICO	900.604
C. INTENSIVO NEONATAL	50.308
UNIDAD DE QUEMADOS PED	900.604
UNIDAD DE QUEMADOS ADUL	1.540.426
PSIQUIATRIA	1.540.426
TOTAL	2.231.163

Tabla 5-3. Capacidad instalada de camas

TIPOS DE CAMA	CAMAS	CAMAS POR 10000 HAB.	DIAS CAMA INSTALADAS
PEDIATRICAS	262	2,91	95.630
ADULTOS	647	4,20	236.155
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	145	1,84	52.925
C. INTERMEDIO ADULTOS	21	0,14	7.665
C. INTERMEDIO PEDIATRICO	9	0,10	3.285
C. INTERMEDIO NEONATAL	51	10,14	18.615
C. INTENSIVO ADULTOS	39	0,25	14.235
C. INTENSIVO PEDIATRICO	10	0,11	3.650
C. INTENSIVO NEONATAL	27	5,37	9.855
UNIDAD DE QUEMADOS PED	7	0,08	2.555
UNIDAD DE QUEMADOS ADUL	0		
PSIQUIATRIA	95	0,62	34.675
TOTAL	1313	5,88	479.245

Tabla 5-4. Indicadores de uso de camas

<i>TIPOS DE CAMA</i>	<i>I.O. IDEAL</i>	<i>DIAS CAMA DISPONIBLES</i>	<i>ESTANCIA MEDIA</i>	<i>TASA DE FR. HOSPITALARIA</i>
PEDIATRICAS	85%	69.093	5,8	18,56
ADULTOS	85%	170.622	5,4	27,90
OBSTETRICIA GINECOLOGIA	Y 85%	38.238	2,1	29,84
C. INTERMEDIO ADULTOS	85%	5.538	2,3	3,00
C. INTERMEDIO PEDIATRICO	85%	2.373	3,7	5,00
C. INTERMEDIO NEONATAL	85%	13.449	4,5	71,25
C. INTENSIVO ADULTOS	85%	10.285	4,8	3,00
C. INTENSIVO PEDIATRICO	85%	2.637	3,8	5,00
C. INTENSIVO NEONATAL	85%	7.120	11,6	37,50
UNIDAD DE QUEMADOS PED	85%	1.846	10,65	0,25
UNIDAD DE QUEMADOS ADULTO	85%		10,4	0,06
PSIQUIATRIA	85%	25.053	6,5	3,50
TOTAL	85%	346.255	5,96	

Tabla 5-5. Ingresos esperados en Cartagena y Bolívar año 2005

<i>TIPOS DE CAMA</i>	<i>INGRESOS ESPERADOS</i>	<i>DIAS CAMA REQUERIDOS</i>
PEDIATRICAS	16.715	96.948
ADULTOS	42.978	232.081
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	23.568	49.493
C. INTERMEDIO ADULTOS	4.621	10.629
C. INTERMEDIO PEDIATRICO	4.503	16.661
C. INTERMEDIO NEONATAL	3.584	16.130
C. INTENSIVO ADULTOS	4.621	22.182
C. INTENSIVO PEDIATRICO	4.503	17.111
C. INTENSIVO NEONATAL	1.887	21.884
UNIDAD DE QUEMADOS PED	225	2.398
UNIDAD DE QUEMADOS ADULTOS	91	945
PSIQUIATRIA	5.391	35.045
TOTAL	112.688	521.507

Tabla 5-6. Camas requeridas en Cartagena y Bolívar año 2005

TIPOS DE CAMA	INGRESOS ESPERADOS	DIAS CAMA REQUERIDOS	No CAMAS REQUERIDAS	DEFICIT O SUPERAVIT DE DIAS CAMAS	DEFICIT O SUPERAVIT DE CAMAS
PEDIATRICAS	16.715	96.948	312	27.856	50
ADULTOS	42.978	232.081	748	61.459	101
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	23.568	49.493	160	11.255	15
C. INTERMEDIO ADULTOS	4.621	10.629	34	5.091	13
C. INTERMEDIO PEDIATRICO	4.503	16.661	54	14.288	45
C. INTERMEDIO NEONATAL	3.584	16.130	52	2.681	1
C. INTENSIVO ADULTOS	4.621	22.182	71	11.897	32
C. INTENSIVO PEDIATRICO	4.503	17.111	55	14.474	45
C. INTENSIVO NEONATAL	1.887	21.884	71	14.764	44
UNIDAD DE QUEMADOS PED	225	2.398	8	552	1
UNIDAD DE QUEMADOS ADUL	91	945	3	945	3
PSIQUIATRIA	5.391	35.045	113	9.992	18
TOTAL	112.688	521.507	1.681	175.253	368

Se evidencia un déficit total de camas de 368, cifra que se aproxima al número de camas con que contaba la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Cartagena a finales de la década de los 80.

5.1.3. Revisión del decreto ordenanzal de creación del Hospital Universitario del Caribe

Con las facultades otorgadas por la Ordenanza 09 de 2004, el Señor Gobernador procedió a expedir el Decreto Ordenanzal N° 895 con fecha 29 de diciembre de 2004, dentro de los términos fijados por dicha ordenanza y crea la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe.

Con relación a este decreto ordenanzal puedo comentar lo siguiente:

Entre los considerandos, vale la pena resaltar que se cita el Decreto 536 de 2004, que contiene cuatro artículos:

“Artículo 1°. Las Empresas Sociales del Estado de las entidades territoriales, podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros o convenios con entidades públicas o privadas, o a través de operadores externos.

Artículo 2°. Cuando la Empresa Social del Estado del nivel territorial determine que sus funciones se desarrollarán únicamente a través de contratación con terceros o convenios con entidades públicas o privadas, o mediante operadores externos, la designación del Gerente o Director de la empresa se regirá por lo señalado en el artículo 192 de la Ley 100 de 1993, de terna que presente la Junta Directiva de la entidad, la cual será conformada únicamente con funcionarios de las respectivas direcciones territoriales de salud.

El funcionario que sea escogido para desempeñar las funciones de la Gerencia o Dirección de la Empresa Social del Estado del orden territorial, continuará devengando el salario del empleo del cual es titular en la dirección territorial.

Artículo 3°. Para la conformación de la terna señalada en el artículo anterior no se aplicará el proceso señalado en el Decreto 3344 de 2003.

Artículo 4°. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.”

El artículo 2° del decreto ordenanza 895 establece que las “funciones serán desarrolladas únicamente a través de contratación con terceros o convenios con entidades públicas o privadas, o mediante operadores externos, en los términos del Decreto 536 de 2004”

Esta medida intrépida de excluir toda posibilidad de operación directa de los servicios parece obedecer más a una posición coyuntural y política que a criterios técnicos y restringe tanto a la Junta Directiva del Hospital como al representante legal, limitándolo a unas pocas modalidades de contratación que pasaremos a analizar posteriormente.

Las razones subyacentes pudieran ser las siguientes:

1. El modelo de tercerización absoluta del servicio impide la burocratización del nuevo ente creado, lo cual representa una de las principales causas del fracaso del anterior Hospital Universitario de Cartagena.
2. La ausencia de recursos departamentales para garantizar la apertura, readecuación locativa y dotación tecnológica obliga a optar por esta modalidad que permite la ley.
3. La operación de servicios a través de *out sourcing* inyecta recursos frescos y tecnología de punta a la nueva Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe
4. La inminente llegada de los Juegos Centroamericanos y del Caribe no permite optar por una forma directa de operación de los servicios.

No obstante, pudieran erigirse algunas dudas y argumentos que generen inconformidad frente a esta medida política tomada en el decreto ordenanzal:

1. ¿Es realmente un asunto de carencia de recursos del departamento o una necesidad de acelerar el proceso de apertura?
2. ¿En caso de carencia de recursos, no pudiera el Departamento, con la concurrencia del Distrito de Cartagena, recurrir a un crédito con la Banca Comercial o a recursos condonables del Sistema Nacional de Cofinanciación para garantizar la dotación del nuevo hospital?
3. ¿Es realmente un negocio operar los centros de costo de un hospital a través de terceros? ¿Acaso la tercerización no es una estrategia gerencial utilizada para garantizar servicios generales, como lavandería, ropería, central de esterilización, restaurante, cafetería, vigilancia, aseo, mantenimiento, etc, y así poder dedicarse a

prestar los servicios que de manera directa garantizan el objeto social de la entidad?

Sin importar cual haya sido la motivación política que hubo detrás de tal medida, lo cierto es que ni la Junta Directiva ni el Gerente pueden desobedecer tal mandato y tendrán que recurrir al modelo de tercerización por medio de varias figuras jurídicas de contratación.

Entre las modalidades de contratación planteadas por el Gerente a la Junta Directiva en un documento técnico, se encuentran las siguientes:

1. Convenios de asociación: tendrán como objeto la asociación con entidades sin ánimo de lucro para la operación de servicios en donde la idoneidad del asociado este notoriamente demostrada y que además de la operación del servicio objeto del convenio, se provean para la ESE valores agregados que fortalezcan su gestión empresarial.

Este tipo de convenios es aplicable a servicios como: Rehabilitación, Psicología y Banco de Sangre.

Estos convenios se fundamentan legalmente en lo dispuesto en el inciso segundo del Artículo 355 de la Constitución Nacional, Decreto 777 de 1992, Decreto 1403 de 1992, Decreto 2459 de 1993. En los que se señala que El Gobierno en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal podrá, con recursos de los respectivos presupuestos, celebrar contratos con entidades privadas sin ánimo de lucro y de reconocida idoneidad con el fin de impulsar programas y actividades de interés público acordes con el Plan Nacional y los Planes Seccionales de Desarrollo (inciso 2º, Art. 355 C.N.)

Por otra parte la ley 489 de 1998, en su artículo 96, que trata sobre la constitución de asociaciones y fundaciones para el cumplimiento de las actividades propias de las entidades públicas con participación de particulares, al respecto señala:

“Las entidades estatales, cualquiera sea su naturaleza y orden administrativo podrán, con la observancia de los principios señalados en el artículo 209 de la Constitución, asociarse con personas jurídicas particulares, mediante la celebración de convenios de asociación o la creación de personas

jurídicas, para el desarrollo conjunto de actividades en relación con los cometidos y funciones que les asigna a aquéllas la ley.

Los convenios de asociación a que se refiere el presente artículo se celebrarán de conformidad con lo dispuesto en el artículo 355 de la Constitución Política, en ellos se determinará con precisión su objeto, término, obligaciones de las partes, aportes, coordinación y todos aquellos aspectos que se consideren pertinentes.”

En este caso el Convenio tendría por objeto la suma o unión de esfuerzos para la tarea o labor específica, cumpliendo los requisitos que se establecen en el decreto 777. No existe en estos convenios un ánimo de utilidad, explotación económica, o contraprestaciones a su favor, sino recursos orientados a cumplir el objeto y sufragar los gastos que él genere.

2. Contratos para el desarrollo de una Unidad Funcional de Negocios: los operadores externos en esta modalidad, cancelarán un canon de arrendamiento por un determinado espacio físico de la edificación, para la operación con exclusividad de una unidad de negocios de la ESE Hospital Universitario del Caribe, en la que la ESE define las políticas para la prestación de los servicios, administra el servicio y se comparten. Esta Modalidad será aplicada para servicios como la Unidad Renal, Unidad de Imagenología, Unidad de Hemodinamia, Unidad de Cuidados Intensivos/ Intermedios, Servicio Farmacéutico, Oftalmología, UCI Neonatal y Urología.

3. Contratos de Apoyo tecnológico: con este objeto la empresa recibe del contratista la infraestructura necesaria para el funcionamiento de una unidad de negocios pero no desarrolla la operación, sino que se le garantiza con exclusividad la compra de los insumos o reactivos necesarios para la operación de la Unidad de negocios objeto del contrato. Esta modalidad Aplica para servicios como los Gases Medicinales y Laboratorio Clínico.

4. Prestación de Servicios: con este objeto la Empresa contratará con personas jurídicas o naturales, los servicios médicos especializados para una unidad de negocios, a través de profesionales con experiencia y entrenamiento certificado en atención integral de pacientes, enmarcados dentro de los preceptos de calidad asistencial, docencia, gestión administrativa y ética, para prestarlos dentro de las Instalaciones de la Empresa. Aplican para esta modalidad servicios

como hemato-oncología, cardiología no invasiva, ORL, citopatología, neurofisiología, infectología, unidad de endoscopia.

Todas estas modalidades de contratación son válidas y totalmente viables tanto desde el punto de vista técnico como jurídico. Cabe anotar que la Junta Directiva otorgó facultades al Gerente para iniciar el proceso de convocatoria y contratación de operadores externos a través de todas estas modalidades de contratación.

Tabla 5-7. Modalidades de contratación por servicios asistenciales.

<i>Servicio</i>	<i>Tipo de Contrato</i>
Servicios Profesionales para el Servicio de Urgencias	Prestación de Servicios
Servicio Farmacéutico	Contrato para el Desarrollo de una Unidad Funcional
Servicio de Nutrición/ Cocina	Contrato para el Desarrollo de una Unidad Funcional
Servicios Profesionales para Consulta Externa Especializada	Prestación de Servicios
Unidad de Hemato Oncología	Prestación de Servicios
Terapia Física y Rehabilitación	Convenio de Asociación
Servicios Profesionales para Unidad de Procedimientos Estomatología	Prestación de Servicios
Servicios Profesionales para Servicios Quirúrgicos	Prestación de Servicios
Unidad de Cuidados Intensivos Adulto	Contrato para el Desarrollo de una Unidad Funcional
Unidad de hemodinamia	Contrato para el Desarrollo de una Unidad Funcional
Unidad de Urología	Contrato para el Desarrollo de una Unidad Funcional
Unidad de Infectología	Prestación de Servicios
Central de Imágenes Diagnósticas	Contrato para el Desarrollo de una Unidad Funcional
Unidad de Diagnóstico Cardiovascular no Invasivo	Prestación de Servicios
Unidad de Gastro y Neumología	Contrato para el Desarrollo de una Unidad Funcional
Unidad de Procedimientos OTL	Prestación de Servicios
Unidad Renal	Contrato para el Desarrollo de una Unidad Funcional
Unidad de Oftalmología	Contrato para el Desarrollo de una Unidad Funcional
Unidad Neurofisiología	Prestación de Servicios
Banco de Sangre	Convenio de Asociación
Laboratorio Clínico	Contrato para Apoyo Tecnológico
Laboratorio de Cito Patología	Prestación de Servicios
Servicios Profesionales para Hospitalización General Adulto	Prestación de Servicios
Servicios Profesionales para Hospitalización Pediátrica	Prestación de Servicios
Servicios Profesionales para Salas de Quemados	Prestación de Servicios
Servicios Profesionales para Salas de pacientes Aislados	Prestación de Servicios
Unidad de Cuidados Intermedios Adulto	Contrato para el Desarrollo de una Unidad Funcional
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico y Neonatal	Contrato para el Desarrollo de una Unidad Funcional
Suministro de Gases Medicinales	Prestación de Servicios

Lo anterior es complementado con la contratación de servicios para el Área Funcional de Apoyo Logístico que incluye los siguientes:

Tabla 5-8. Tipo de contrato por servicios generales

<i>Servicio</i>	<i>Tipo de Contrato</i>
Operación del Sistema Integral de Información	Contrato para el Desarrollo de una Unidad Funcional
Servicio de Aseo	Prestación de Servicios
Mantenimiento	Prestación de Servicios
Manejo de desechos Hospitalarios	Prestación de Servicios
Lavandería	Prestación de Servicios
Transporte de Pacientes	Prestación de Servicios
Vigilancia	Prestación de Servicios
Jardinería	Prestación de Servicios
Mensajería	Prestación de Servicios
Apoyo Administrativo	Prestación de Servicios

El resto del articulado del Decreto ordenanzal 895 se ajusta a los parámetros establecidos en las normas de mayor jerarquía que le sirven de telón de fondo, a saber: la ley 100 de 1993, la ley 735 de 2002, el decreto 1876 de 1994, el decreto 190 de 1996 y el decreto 3344 de 2003, el decreto 536 de 2004, entre otras.

Resalta también en este decreto ordenanzal 895 el lugar especial y privilegiado que se le da a la Universidad de Cartagena en la dirección y operación del nuevo hospital.

5.1.4. Revisión del proceso de constitución de la Junta Directiva

La Ley 100 de 1993, establece en el artículo 195, numeral 3 establece: La junta o consejo directivo estará integrada de la misma forma dispuesta en el artículo 19 de la ley 10 de 1990

La **Ley 10 de 1990**, en su artículo 19, establece:

ARTICULO 19. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA BASICA DE LAS ENTIDADES DE SALUD. Las entidades públicas deberán tener una estructura administrativa básica, compuesta por:

“1. Una Junta Directiva, presidida por el jefe de la administración seccional o local o su delegado, integrada en el primer nivel de atención -hospitales locales, centros y puestos de salud-

por los organismos de participación comunitaria, en los términos que lo determine el reglamento²³, en las entidades de los niveles secundario y terciario de atención -hospitales regionales, universitarios y especializados- se integrará la junta, en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio de éstos representen el sector científico de la salud y un tercio de ellos representen el sector político-administrativo. En desarrollo de lo previsto en el artículo 1o. de esta Ley, se reglamentarán los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de los organismos de dirección.

2. Un Director, el que hará las veces de Director científico el cual para el ejercicio del cargo, cumplirá con los prerequisites en las profesiones de la salud y de la administración que señale el Ministerio.

3. Un comité científico presidido por el director científico, conformado por representantes de los médicos y de los profesionales en salud, que presten sus servicios a la respectiva entidad en las diversas áreas, niveles y especialidades, que tendrá como funciones proponer para su adopción, según el reglamento, las decisiones sobre los aspectos científicos y tecnológicos, para la selección de procedimiento, técnicas, planes y programas y para adelantar labores de control y evaluación de la prestación del servicio.

Además, deberán organizar un fondo especial para medicamentos y suministros, o varios fondos de iguales características, con administración descentralizada en una entidad, si existen unidades desconcentradas -puestos y centro de salud- para la prestación de servicios, en los cuales, se facilitará el que intervengan en las actividades de planeación, asignación de recursos, vigilancia y control de gasto, los organismos de participación comunitaria.”

El Decreto 1416 de 1990, reglamentario de la Ley 10, establece la conformación de las Juntas Directivas de los organismos de tercer nivel de la siguiente manera:

²³ El reglamento de este artículo es el Decreto 1416 de 1990.

“ARTICULO 8o. JUNTAS DIRECTIVAS DE LOS ORGANISMOS DE SALUD DEL TERCER NIVEL DE ATENCION. La Junta Directiva de las entidades u organismos públicos de salud del tercer nivel de atención tendr doce (12) miembros distribuidos así:

1. Cuatro pertenecerán al sector político-administrativo de la siguiente manera:

a) El Jefe de la administración de la entidad territorial a la cual pertenezca el correspondiente organismo o entidad de salud, o su delegado;

b) El Jefe de la Dirección de Salud de la entidad territorial a la cual pertenezca el correspondiente organismo o entidad de salud, o su delegado.

Cuando el Jefe de la Administración de la entidad territorial a la cual pertenezca el correspondiente organismo o entidad de salud delegue en el Jefe de la Dirección de Salud de que se trate, éste a su vez debe delegar su representación como Jefe de la Dirección de Salud.

c) Un representante de la Corporación Administrativa de elección popular de la respectiva entidad territorial, según sea el caso;

d) Un representante del Ministro de Salud.

2. Cuatro corresponderán al sector científico, en esta forma:

a) Un representante designado por y entre los miembros del Comité Científico del respectivo organismo o entidad;

b) Tres representantes que sean miembros del personal de las universidades que tengan Facultades formadoras de recurso humano en salud y contrato docente-asistencial con el organismo o entidad.

Cuando se trate de hospitales universitarios, el tercio correspondiente al sector científico estar compuesto en su totalidad por representantes de las universidades que tengan Facultades formadoras de recurso humano en salud y contrato docente-asistencial con el organismo o entidad. Estos representantes deben ser miembros del personal de las universidades.

Cuando exista más de una universidad la designación se har de común acuerdo entre las universidades, pero si no existe acuerdo serán nombrados por el Jefe de la entidad territorial a la cual pertenezca el organismo o entidad de salud.

En caso de que el organismo o entidad de salud no tenga contrato docente-asistencial con ninguna universidad, los miembros correspondientes al sector científico se completarán con tres representantes del respectivo Comité Científico.

3. Cuatro serán elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad que participan en los Comités de Participación Comunitaria de los organismos o entidades del segundo nivel de atención que tengan sede en el municipio, distrito o rea metropolitana donde se encuentre el organismo o entidad de salud del tercer nivel de que se trate.

En caso de que no exista ningún organismo o entidad de segundo nivel, serán elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad que participan en los Comités de Participación Comunitaria de los organismos o entidades del primer nivel de atención que tengan sede en el municipio, distrito o rea metropolitana donde se encuentra el organismo o entidad de salud del tercer nivel de que se trate.

Cuando en el organismo o entidad del tercer nivel exista, a la fecha de vigencia de este Decreto, un Comité de Participación Comunitaria, los cuatro miembros serán elegidos por y entre los miembros de dicho Comité, el cual continuar funcionando.

El Director o representante legal del organismo o entidad asistir a la Junta con derecho a voz pero sin voto.

PARAGRAFO. Cuando el organismo o entidad de tercer nivel sea de carácter departamental, intendencial o comisarial, podrá asistir a las Juntas Directivas, con voz pero sin voto, el Alcalde del municipio sede del organismo o entidad de que se trate.”

Y el mismo decreto, define las siguientes funciones a las Juntas Directivas:

“ARTICULO 9o. FUNCIONES DE LAS JUNTAS DIRECTIVAS. Además de las que se definen por la respectiva entidad territorial. Las Juntas Directivas ejercerán las siguientes funciones:

1. Aprobar los planes y programas del organismo o entidad de salud, con base en el diagnóstico realizado con participación de la comunidad.
2. Adoptar sus estatutos y todas las reformas y adiciones que a ellos se introduzcan, conforme a las disposiciones aplicables.
3. Determinar la estructura orgánica interna del organismo o entidad de salud.
4. Autorizar al representante legal del organismo o entidad para producir actos o celebrar contratos.
5. Aprobar los planes y programas de funcionamiento e inversión y velar por su adecuada ejecución y desarrollo.
6. Aprobar el presupuesto del organismo o entidad y las operaciones presupuestales de crédito.
7. Definir los servicios, tarifas y cuotas de recuperación por servicios prestados de acuerdo con los grupos de población, su clasificación socioeconómica y los grados de complejidad.
8. Regular el funcionamiento del Fondo Especial de Medicamentos y Suministros.
9. Aprobar la planta de personal y los manuales de cargos y funciones y efectuar conforme a ellos los nombramientos, dando cumplimiento al régimen de carrera administrativa.
10. Informar periódicamente al Comité de Participación Comunitaria, ala comunidad, a los trabajadores y empleados sobre las decisiones adoptadas y el resultado de la ejecución de los planes y programas.
11. Presentar el plan o programa de salud a fin de que sea incluido por la respectiva entidad territorial en los planes de desarrollo.

12. Concertar y coordinar con otras dependencias del sector y otros sectores públicos y privados, las actividades de atención a las personas y al ambiente, teniendo en cuenta la integración funcional.

13. Fijar los días y horarios de atención según las necesidades de la comunidad, las normas de administración de personal y el nivel o grado de complejidad.

14. Hacer cumplir las disposiciones legales que rigen el Sistema de Salud, así como las decisiones de las Direcciones Nacional, Seccional y Local.

15. Las demás que legalmente le correspondan o que se le atribuyan en los actos de creación organización.”

Luego el Decreto 1876 de 1994 derogó el 1416 de 1990 y manifestó que la composición de las Juntas Directivas es como sigue:

ARTICULO 7. Mecanismo de conformación de las juntas directivas para las empresas sociales del estado de carácter territorial. Las juntas directivas de las empresas sociales del Estado tendrán un número mínimo de seis miembros. En éste evento, la Junta se conformará de la siguiente manera:

1. El estamento Político-Administrativo estará representado por el Jefe de la Administración Departamental, Distrital o Local o su delegado y por el Director de Salud de la entidad territorial respectiva o su delegado.

2. Los dos (2) representantes del Sector científico de la Salud serán designados así. uno mediante elección por voto secreto, que se realizará con la participación de todo el personal Profesional de la institución, del área de la salud cualquiera que sea su disciplina. El segundo miembro será designado entre los candidatos de las ternas propuestas por cada una de las Asociaciones Científicas de las diferentes profesiones de la Salud que funcionen en el área de influencia geográfica de la Empresa Social del Estado.

Cada Asociación Científica presentará la terna correspondiente al Director Departamental, Distrital o Local de Salud, quien de acuerdo con las calidades científicas y administrativas de los candidatos realizará la selección.

1. Los dos representantes de la comunidad serán designados de la siguiente manera:

Uno (1) de ellos será designado por las Alianzas o Asociaciones de Usuarios legalmente establecidos, mediante convocatoria realizada por parte de la dirección Departamental, Distrital o Local de Salud.

El segundo representante será designado por los gremios de la producción del área de influencia de la Empresa Social; en caso de existir cámara de comercio dentro de la jurisdicción respectiva la dirección de salud solicitará la coordinación por parte de ésta, para la organización de la elección correspondiente. No obstante, cuando éstos no tuvieren presencia en el lugar sede de la Empresa Social del Estado respectiva, corresponderá designar el segundo representante a los Comités de Participación Comunitaria del área de influencia de la Empresa.

PARAGRAFO 1°. En aquellos sitios donde no existan Asociaciones Científicas, el segundo representante del estamento científico de la Salud será seleccionado de terna del personal profesional de la Salud existente en el área de influencia.

Para tal efecto el Gerente de la Empresa Social del Estado convocará a una reunión del personal de Salud que ejerza en la localidad con el fin de conformar la terna que será presentada a la Dirección de Salud correspondiente.

PARAGRAFO 2°. Cuando el número de miembros de la junta sobrepase de seis, en los estatutos de cada entidad deberá especificarse el mecanismo de elección de los demás representantes, respetando en todo caso lo establecido en los artículos 98o del Decreto ley 1298 de 1994 y 7o. del presente Decreto.

Ese mismo decreto definió los requisitos para directivos y las funciones de la Junta Directiva:

ARTICULO 8. Requisitos para los miembros de las juntas directivas. Para poder ser miembro de las juntas directivas de las Empresas sociales de salud se deben reunir los siguientes requisitos:

1. Los representantes del estamento político - administrativo, cuando no actúe el Ministro de Salud, el Jefe de la entidad Territorial o el Director de Salud de la misma, deben. (a) poseer título Universitario; (b) no hallarse incursos en ninguna de las inhabilidades o incompatibilidades contempladas en la Ley; (c) poseer experiencia mínima de dos años en la administración de entidades públicas o privadas en cargos de nivel directivo, asesor o ejecutivo.

2. Los representantes de la comunidad deben:

- Estar vinculados y cumplir funciones específicas de salud en un Comité de Usuarios de servicios de salud; acreditar una experiencia de trabajo no inferior un año en un Comité de Usuarios.

- No hallarse incursos en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la Ley.

3. Los Representantes del sector Científico de la Salud deben. (a) poseer título profesional en cualquiera de las disciplinas de la Salud y (b) no hallarse incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la ley.

PARAGRAFO. La entidad territorial respectiva, a la cual esté adscrita la Empresa Social del Estado, fijará los honorarios por asistencia a cada sesión de la Junta Directiva, para los miembros de la misma que no sean servidores públicos. En ningún caso dichos honorarios podrán ser superior a medio salario mínimo por sesión, sin perjuicio de reconocer en cuenta separada, los gastos de desplazamiento de sus integrantes a que haya lugar.

ARTICULO 11. Funciones de la junta directiva. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las juntas directivas por Ley, Decreto, Ordenanza o Acuerdo u otras disposiciones legales, ésta tendrá las siguientes:

1. Expedir, adicionar y reformar el Estatuto Interno.
2. Discutir y aprobar los Planes de Desarrollo de la empresa Social.
3. Aprobar los Planes Operativos Anuales.
4. Analizar y aprobar el proyecto de presupuesto anual, de acuerdo con el Plan de Desarrollo y el Plan Operativo para la vigencia.
5. Aprobar las modificaciones de tarifas y cuotas de recuperación que proponga el Director o Gerente, para ajustarse a las políticas tarifarias establecidas por las autoridades competentes en el sistema general de seguridad social en salud, en sus distintos órdenes.
6. Aprobar la planta de personal y las modificaciones a la misma, para su posterior adopción por la autoridad competente.
7. Aprobar los Manuales de Funciones y Procedimientos, para su posterior adopción por la autoridad competente.
8. Establecer y modificar el Reglamento Interno de la Empresa Social.
9. Analizar los Informes Financieros y los informes de ejecución Presupuestal presentados por el Gerente y emitir concepto sobre los mismos y sugerencias para mejorar el desempeño institucional.
10. Supervisar el cumplimiento de los planes y programas definidos para la Empresa Social.
11. Servir de voceros de la Empresa Social ante las instancias político-administrativas correspondientes y ante los diferentes niveles de Dirección del Sistema de Salud, apoyando la labor del Gerente en este sentido.
12. Asesorar al Gerente en los aspectos que este considere pertinente o en los asuntos que a juicio de la Junta lo ameriten.

13. Diseñar la política, de conformidad con las disposiciones legales, para la suscripción de los Contratos de Integración Docente asistencial por el Gerente de la Empresa Social.

14. Elaborar terna para la designación del responsable de la Unidad de Control Interno.

15. Fijar honorarios para el Revisor Fiscal.

16. Determinar la estructura orgánica-funcional de la entidad, y someterla para su aprobación ante la autoridad competente.

17. Elaborar terna de candidatos para presentar al Jefe de la respectiva Entidad Territorial para la designación del Director o Gerente.

Tanto los estatutos de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe adoptados por Acuerdo de la Junta Directiva N° 01, como el Decreto Ordenanza 895 de 2004 se ajustan a la normatividad vigente en materia de Juntas Directivas. Sólo debe corregirse el literal b del artículo 8 del Decreto Ordenanza 895 de 2004, porque los estatutos no se someten a la aprobación del Gobierno Nacional. Es de notar que este error no aparece en los estatutos internos.

El Acuerdo de Junta Directiva 01 define así los lineamientos para la conformación, funciones y requisitos de los consejeros:

“Artículo 17: JUNTA DIRECTIVA: La EMPRESA tendrá una Junta Directiva de nueve (09) miembros, constituida de la siguiente manera:

1. El Gobernador o su delegado, quien la presidirá.
2. El Alcalde del Distrito de Cartagena o su representante.
3. El Secretario de Salud Departamental de Bolívar o su representante.
4. Tres (3) representantes del Sector Científico de la Salud designados de la siguiente forma:
 - a) Un (1) de la Universidad de Cartagena, escogido por el Rector entre los profesionales del área de la salud vinculados a la misma.

b) Un (1) miembro designado por el Gobernador de Bolívar entre los candidatos de las ternas propuestas por las Asociaciones Científicas de las diferentes profesiones de la Salud que funcionen en el área de influencia geográfica de la Empresa Social del Estado.

c) Un (1) miembro designado por el Gobernador de Bolívar entre los candidatos de las ternas propuestas por las Universidades que funcionen en el área de influencia geográfica de la Empresa Social del Estado, que cuenten dentro de sus programas académicos con facultades de ciencias de la salud y convenio docente asistencial con el Hospital.

5. Tres (3) representantes de la comunidad que serán elegidos de la siguiente manera:

Dos (2) serán designados por las Alianzas o Asociaciones de Usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Secretaría de Salud de Bolívar.

El tercer representante será designado por los gremios de la producción del área de influencia de la Empresa Social de Estado bajo la coordinación de la Secretaría Departamental de Salud y la Cámara de Comercio respectiva de conformidad con las disposiciones legales aplicables.

El Gerente de la Empresa Social del Estado será el Secretario Técnico de la Junta Directiva y tendrá derecho a voz pero no a voto.

Artículo 18. REQUISITOS DE LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA:

Para poder ser miembro de la Junta Directiva de la EMPRESA se debe reunir los siguientes requisitos:

1. Los representantes del estamento político administrativo deben:
 - a. Poseer título universitario
 - b. No hallarse incurso en ninguna de las inhabilidades o incompatibilidades contempladas en la Ley.
 - c. Poseer experiencia mínima de dos (02) años en la administración de Entidades Públicas o privadas en cargos del nivel directivo, asesor o ejecutivo.

2. Los representantes de la comunidad deben:
 - a. Estar vinculados y cumplir funciones específicas de salud en un comité de usuarios de servicios de salud; acreditar una experiencia de trabajo no inferior un año en un comité de usuarios.
 - b. No hallarse incurso en ninguna de las inhabilidades o incompatibilidades contempladas en la Ley.
3. Los representantes del sector científico de la salud deben:
 - a. Poseer título profesional en cualquiera de las disciplinas de la salud.
 - b. No hallarse incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la ley.

Parágrafo 1º: Los requisitos establecidos en el numeral primero del presente artículo no se aplicarán al Gobernador y Director Departamental de Salud, quienes actúan en razón de su investidura, pero sí a sus representantes o delegados.

Parágrafo 2do: La Administración Departamental fijará los honorarios por asistencia a cada sesión de la Junta Directiva, para los miembros de la misma que no sean servidores públicos. En ningún caso dichos honorarios podrán ser superior a medio salario mínimo por sesión, sin perjuicio de reconocer en cuenta separada, los gastos de desplazamiento de sus integrantes a que haya lugar. Los costos que implique el cumplimiento de estas disposiciones se imputarán al presupuesto de la Empresa.

Artículo 19: FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA: Sin perjuicio de las funciones asignadas a las Juntas Directivas por Ley, Decreto, Acuerdos u otras disposiciones legales, ésta tendrá las siguientes:

1. Formular la política general de la Empresa Social del Estado, sus planes y programas de conformidad con el Plan Sectorial de salud.
2. Expedir, adicionar y reformar el estatuto interno de la Empresa.

3. Discutir y aprobar los planes de desarrollo de la EMPRESA.
4. Analizar y aprobar el proyecto de presupuesto anual de la Empresa y someterlo a consideración del CONFIS Departamental, así como las modificaciones al mismo.
5. Aprobar las modificaciones de tarifas y cuotas de recuperación que proponga el Gerente, para ajustarse a las políticas tarifarias establecidas por las autoridades competentes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en sus distintos órdenes.
6. Aprobar la planta de personal y las modificaciones a la misma y determinar las escalas de remuneración.
7. Aprobar los manuales de funciones y procedimientos, para su posterior adopción por la autoridad competente.
8. Establecer y modificar el reglamento interno de la Junta Directiva.
9. Establecer, expedir y modificar el Estatuto de Contratación de la Empresa.
10. Analizar los informes financieros y los informes de ejecución presupuestal presentados por el Gerente y emitir concepto sobre los mismos y sugerencias para mejorar el desempeño institucional.
11. Supervisar el cumplimiento de los planes y programas definidos para la EMPRESA.
12. Servir de voceros de la EMPRESA ante las instancias político – administrativas correspondientes y ante los diferentes niveles de dirección del sistema de salud, apoyando la labor del Gerente en este sentido.
13. Asesorar al Gerente en los aspectos que sean pertinentes para el cumplimiento de los objetivos de la EMPRESA.

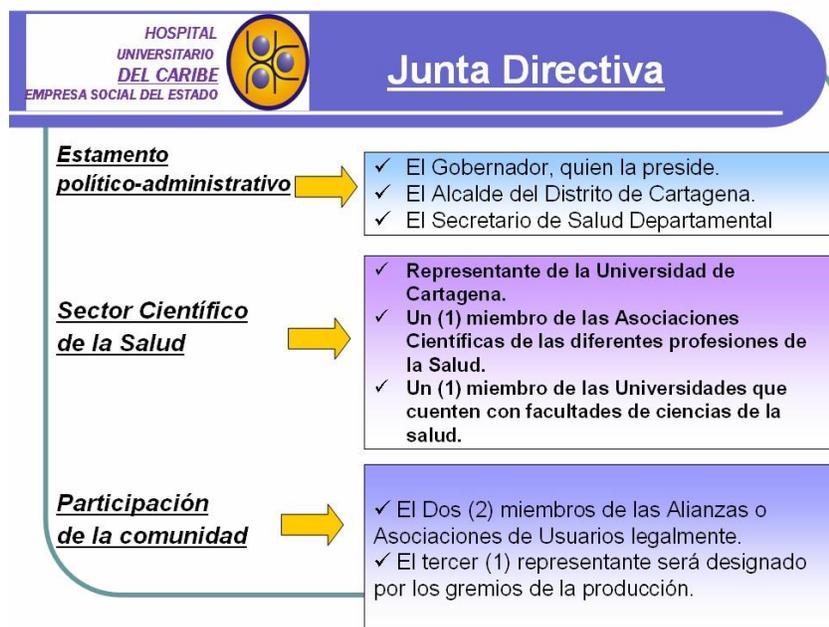
14. Diseñar la política, de conformidad con las disposiciones legales, para la suscripción de los contratos o convenios de integración Docente – Asistencial que serán realizados por el Gerente de la EMPRESA.
15. Elaborar terna para la designación del responsable de la Unidad de Control Interno.
16. Designar al Revisor Fiscal y fijar sus honorarios.
17. Determinar la estructura orgánico funcional de la EMPRESA y someterla para su aprobación ante la autoridad competente.
18. Conformar la terna de candidatos para la designación del Gerente de acuerdo al marco legal aplicable.
19. Determinar de conformidad con los estudios técnicos, financieros, administrativos necesarios los indicadores de rentabilidad social y financiera de la Empresa Social del Estado, que permitan medir la gestión empresarial y asegurar la eficiencia y calidad de los servicios.
20. Autorizar la participación de la Empresa en Alianzas Estratégicas con Empresas Prestadoras de Servicios Públicos de Salud y en general con personas jurídicas con las cuales no exista impedimento legal.
21. Determinar el monto máximo hasta el cual podrá el Gerente comprometer a la EMPRESA a través de la celebración o suscripción de los contratos a través de los cuales la EMPRESA adquiera o suministre bienes y servicios.
22. Autorizar al Gerente la celebración de aquellos contratos que deba celebrar la Empresa para adquirir o prestar bienes y servicios, cuya cuantía exceda del monto a que se refiere el numeral anterior.
23. Delegar en el Gerente aquellas funciones propias que considere pertinente para el buen funcionamiento de la Entidad.

Artículo 20: CARÁCTER DE LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA: Los miembros de la Junta Directiva que no sean empleados públicos, aunque ejerzan funciones públicas, no adquieren por ese solo hecho la calidad de funcionarios públicos. Sus responsabilidades, lo mismo que inhabilidades e incompatibilidades se regirán por las leyes y decretos sobre la materia y por las normas de este estatuto.”

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe, se encuentra conformada según lo definido en el Decreto Ley 1876 de 1994, el Decreto 1757 de 1994 y el Decreto ordenanzal N. 895 del 29 de Diciembre de 2004, y sus facultades se encuentran establecidas en los Estatutos supracitados.

En este orden, la conformación de la misma esta integrada de la manera como se ilustra en el diagrama:

Ilustración 1. Conformación de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe



Con base en lo anterior la Junta Directiva quedó conformada de la siguiente manera:

Designación Estamento Político administrativo

La naturaleza jurídica de los mismos y por tanto la investidura de quienes los representan, les da el derecho a pertenecer a la Junta Directiva.

Designación de los representantes del Sector Científico de la Salud

Representante de la Universidad de Cartagena: Escogido por el Rector entre los profesionales del área de la salud vinculados al alma mater. En este caso el Rector ha designado mediante resolución interna al Decano de la Facultad de medicina Doctor Gustavo González.

Un (1) miembro designado por el Gobernador de Bolívar entre los candidatos de las ternas propuestas por las Asociaciones Científicas de las diferentes profesiones de la Salud que funcionen en el área de influencia geográfica de la Empresa Social del Estado. (Designado Dr Rubén Sabogal Barrios)

Un (1) miembro designado por el Gobernador de Bolívar entre los candidatos de las ternas propuestas por las Universidades que funcionen en el área de influencia geográfica de la Empresa Social del Estado, que cuenten dentro de sus programas académicos con facultades de ciencias de la salud y convenio docente asistencial con el Hospital. (Designado María Rebeca Dajud)

Designación de los representantes de la comunidad

Alianzas o Asociaciones de Usuarios legalmente establecidas: Se realizó convocatoria por parte de la Secretaría Seccional de Salud de Bolívar. La elección de los representantes de los usuarios fue formalizada entre los diferentes delegados designados por las alianzas de usuarios que asistieron a la convocatoria. Los representantes designados pertenecen a:

1. La Alianza de Usuarios de la ARS Mutual SER municipio de Arjona. (Martha Moncada Crespo)

2. La Alianza de Usuarios COOMEVA EPS.(Jairo Pérez Perrián)
3. El tercer representante designado por los gremios de la producción del área de influencia de la Empresa Social de Estado.

5.1.5. Revisión del proceso de nombramiento del Gerente

Marco Legal general aplicable

El siguiente es el marco normativo general del nombramiento de gerentes de Empresas Sociales del Estado:

LEY 100 DE 1993

ARTICULO 195. Régimen Jurídico. Las empresas sociales de salud se someterán al siguiente régimen jurídico (...)

4° El Director o representante legal será designado según lo dispone el artículo 192 de la presente Ley.

ARTICULO 192. “Los directores de los hospitales públicos de cualquier nivel de complejidad, serán nombrados por el jefe de la respectiva entidad territorial que haya asumido los servicios de salud, conforme a lo dispuesto en la Ley 60 de 1993 y a la reglamentación que al efecto expida el Gobierno Nacional, de terna que le presente la Junta Directiva, constituida según las disposiciones de la ley 10 de 1990, por periodos mínimos de tres años prorrogables. Sólo podrán ser removidos cuando se demuestre, ante las autoridades competentes, la comisión de faltas graves conforme al régimen disciplinario del sector oficial, faltas a la ética según las disposiciones vigentes o ineficiencia administrativa definidas mediante reglamento del Gobierno Nacional”.

DECRETO 1892 de 1994. Por el cual se establece el sistema de selección, nombramiento y el régimen especial de salarios y estímulos de los cargos de directores de hospitales públicos o gerentes de empresas sociales de salud del nivel territorial y se adiciona el Decreto 1335 de 1990.

“Artículo 2: Los Directores de los hospitales públicos o gerentes de las empresas sociales de salud a los que se refiere este decreto son empleados públicos nombrados para un periodo de tres (3) años, prorrogable de dedicación exclusiva y disponibilidad permanente, para ejercer funciones de dirección, planeación, evaluación y control en la administración y gestión de una institución hospitalaria”

DECRETO 1876 de 1994, expedido por el Ministerio de salud en su artículo 11 establece:
Funciones de la Junta Directiva:

“Elaborar terna de candidatos para presentar al jefe de la respectiva entidad territorial para la designación del Director o Gerente.

DECRETO 139 DE 1996: (por el cual se establecen los requisitos y funciones para los gerentes de las empresas sociales del estado y directores de instituciones prestadoras de servicios de salud del sector público)

“Art. 2 De la Naturaleza del Cargo del Gerente o Director: Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado y los directores de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas a que hace referencia este decreto, son empleados públicos de periodo fijo, nombrados por el jefe de la entidad territorial respectiva, para un periodo mínimo de tres (3) años, prorrogables, de terna que presente la junta directiva del organismo o entidad, de acuerdo con lo dispuesto sobre la planeación, evaluación y control en la administración y gestión de una institución prestadora de servicios de salud, de naturaleza jurídica pública y de las Empresas Sociales del Estado”.

DECRETO 3344 DE 2003. Por el cual se reglamenta el artículo 192 de la Ley 100 de 1993.

RESOLUCIÓN 793 DE 2003. Por el cual se establecen los estándares mínimos para el desarrollo de los procesos públicos abiertos para la conformación de las ternas de las cuales se designarán los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial.

DECRETO 536 DE 2004. Por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 192 de la ley 100 de 1993.

En cuanto al proceso de selección del Gerente se reglamenta en el Decreto 3344 de 2003. Aquí se establece lo siguiente:

“Artículo 1°. La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial conformará la terna de candidatos para la designación del gerente o director de dichas entidades de que trata el artículo 192 de la Ley 100 de 1993, con las personas que sean escogidas mediante un proceso público abierto realizado de conformidad con lo establecido en el presente decreto.

Artículo 2°. La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial determinará los trámites pertinentes para la realización del proceso público abierto de que trata el artículo anterior, el cual deberá efectuarse por la entidad con universidades públicas o privadas, con entidades expertas en selección de personal, o a través de convenios de cooperación.

Dicho proceso de integración de la lista de candidatos para la conformación de la terna tendrá en cuenta criterios de mérito, capacidad y experiencia para el desempeño del cargo y, por lo menos, deberá comprender la aplicación de pruebas dirigidas a evaluar los conocimientos o aptitudes requeridos para el desempeño del empleo. En todo caso, quien asuma el proceso deberá garantizar el cumplimiento de los criterios aquí señalados.

Artículo 3°. La Junta Directiva de la respectiva entidad, a través de medios de comunicación escrita de amplia circulación y otros medios de difusión masiva, invitará a los interesados en ocupar el cargo de gerente o director de la entidad a presentarse al proceso de conformación de la terna.

Esta invitación deberá contener la información completa sobre los requisitos, funciones del cargo y asignación básica del mismo, la fecha de inscripción de candidatos, de recepción de los documentos que acrediten el cumplimiento de los requisitos por parte del candidato, las pruebas a aplicar, su correspondiente valoración para efectos de la calificación final y en general la información relevante del proceso.

La lista de los interesados en ocupar el cargo de Gerente o Director de la Entidad que hayan superado las pruebas aplicadas en desarrollo del proceso, deberá ser informada en medios de comunicación masivos.

Artículo 4°. El proceso público abierto que se realice en cumplimiento de lo dispuesto en el presente decreto, se efectuará bajo los principios de igualdad, moralidad, eficacia, objetividad, transparencia, imparcialidad y publicidad.

Artículo 5°. El proceso público abierto para la conformación de las ternas no implica el cambio de la naturaleza jurídica del cargo a proveer.

Artículo 6°. Las ternas para la designación de gerentes o directores de Empresas Sociales del Estado de nivel territorial, que a la fecha de expedición del presente decreto no se hayan conformado, se integrarán de acuerdo con lo señalado en el presente decreto.”

Marco Legal específico aplicable al Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe

No obstante, este proceso no aplica para el caso particular de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe por cuanto el Decreto ordenanzal de creación establece en el artículo 2 que su contratación se realizará exclusivamente a través de terceros. Esto lo enmarca en el proceso de nombramiento de Gerente que establece el Decreto 536 de 2004 que en su artículo 2°. Reza: “Cuando la Empresa Social del Estado del nivel territorial determine que sus funciones se desarrollarán únicamente a través de contratación con terceros o convenios con entidades públicas o privadas, o mediante operadores externos, la designación del Gerente o Director de la empresa se regirá por lo señalado en el artículo 192 de la Ley 100 de 1993, de terna que presente la Junta Directiva de la entidad, la cual será conformada únicamente con funcionarios de las respectivas direcciones territoriales de salud.

El funcionario que sea escogido para desempeñar las funciones de la Gerencia o Dirección de la Empresa Social del Estado del orden territorial, continuará devengando el salario del empleo del cual es titular en la dirección territorial.

El mismo decreto en su artículo 3° dice que para la conformación de la terna señalada no se aplicará el proceso señalado en el Decreto 3344 de 2003.

En la actualidad, se encuentra encargado por acto administrativo, un funcionario de la Secretaría Seccional de Salud de Bolívar, el doctor Wilman Herrera Castaño, quien ha dado inicio a la gestión de creación de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe, desde la misma constitución de la Junta Directiva hasta los procesos contractuales que se están desarrollando a la fecha.

Es de aclarar que está pendiente el proceso de nombramiento en propiedad del Gerente, de conformidad con los lineamientos del artículo 2 del Decreto 536 de 2004, en virtud del cual, la Junta Directiva deberá conformar una terna de entre los funcionarios de la Secretaría Seccional de Salud y ponerla a consideración del nominador del ente territorial, es decir el Gobernador de Bolívar.

5.2. Evaluación técnica

5.2.1. Evaluación del estudio de factibilidad

El estudio de factibilidad realizado cumple con los requisitos técnicos de elaboración de este tipo de investigaciones, por cuanto se desarrolló en las siguiente secuencia lógica:

1. Se realizó un estudio demográfico que permitió identificar el perfil de la población potencialmente usuaria de servicios del hospital
2. Se identificaron los indicadores de consumo de servicios hospitalarios a partir de fuentes válidas de información, como la base de datos de autorizaciones de servicios de la ARS Mutual SER, que cuenta con más de 200 mil usuarios en el departamento de Bolívar. Además se utilizaron los indicadores hospitalarios que de manera obligatoria se reportan al Ministerio de la Protección Social en el marco del Decreto 2193 de 2004.
3. Posteriormente se procedió a realizar una proyección de demanda potencial de servicios hospitalarios para la población potencialmente usuaria de los servicios
4. Utilizando los resultados del estudio de capacidad instalada de la red prestadora de servicios del departamento de Bolívar, realizado por la firma Colombia Emprende,

se procedió a comparar la demanda potencial con la oferta existente y se dedujo la situación de déficit de algunos servicios (por ejemplo Camas Hospitalarias) y de sobre oferta de otros (quirófanos)

En el estudio se utilizó la fórmula de Bridgman para estimar el número de camas requerida para la población y se encontró un déficit global de 368 camas (ver tabla 5-6)

5.2.2. Evaluación del portafolio de servicios

El portafolio de servicios a ofrecer se resume en la siguiente tabla:

Tabla 5-9. Portafolio de servicios primer año de funcionamiento

<i>Servicios asistenciales de MEDIANA complejidad</i>	<i>PNA</i>	<i>S</i>	<i>C</i>	<i>RE</i>
1. Servicios de urgencias médicas 24 horas, en Consulta, Observación, laboratorio, imagenología y Cirugía.	X	X	X	X
2. Servicios ambulatorios médicos consulta y procedimientos	X	X		X
3. Servicios de hospitalización con 61 camas: Pediátrica Qx y Médica (8), Adulto Qx y Médica (57)	X	X		X
5. Servicios Quirúrgicos con 9 quirófanos en especialidades como (Cirugía General, Urología Ortopedia, OTRL, Ginecología, Oftalmología y Cirugía Maxilofacial)	X	X		X
6. Servicio de Laboratorio Clínico en Urgencias y Ambulatorios.	X	X		X
7. Servicios Radiología	X	X		X
8. Servicios Ecografía	X	X		X
9. Servicios de apoyo Terapéutico (Fisioterapia, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional)	x	x		X
Servicios asistenciales de ALTA complejidad	PNA	S	C	RE
1. Servicios de urgencias médicas 24 horas Consulta, Observación, laboratorio, Imagenología y Cirugía..	X	X	X	X
2. Servicios ambulatorios médicos (consulta y procedimientos)	X	X		X
3. Servicios de hospitalización con 37camas en Cuidados Intensivos Adultos (10), Cuidados Intensivos Neonatal (5), Cuidados Intensivos Pediátricos (5) Cuidados Intermedios Adulto (10), Unidad de Quemados (2)	X	X		X
4. Servicios Obstétricos de alta complejidad	X	X		X
5. Servicios Quirúrgicos en Cirugía General, Cardiovascular, Neurocirugía, Ortopedia, OTRL, Urología, Oftalmología, Gastroenterología, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Oncológica.	X	X		X
6. Servicios de Laboratorio clínico en urgencias y ambulatorios	X	X		X
7. Servicios de Imagenología : Tomografía, Resonancia Magnética Nuclear.	X	X		X
8. Servicios Ecografía Doppler	X	X		X
9. servicios de apoyo Terapéutico (Radioterapia, Medicina Nuclear)	X	X		X

OFERTA ESPECÍFICA DE SERVICIOS A REALIZAR. PUNTOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN.

La ESE Hospital Universitario del Caribe Prestará servicios en las mismas instalaciones de la ESE Hospital Universitario de Cartagena, gracias al contrato de comodato celebrado con la Universidad de Cartagena en el cual se llevarán a cabo las intervenciones necesarias para dar cumplimiento a las normas de habilitación de que trata el Decreto 2309 de 2002 que crea el Sistema obligatorio de Garantía de Calidad.

La habilitación de los servicios se realizará de manera progresiva, iniciando con una primera etapa que incluye los primeros cuatro pisos de la edificación **el primer piso** cobijará los servicios de urgencias en consulta, procedimientos y cirugía, el Servicio Farmacéutico, Cocina, Nutrición y Dietética, Almacén General, servicios de esterilización y lavandería; **el segundo piso** albergará los servicios de consulta externa en todas las especialidades, los servicios de Rehabilitación Física, Unidad de Oncología Clínica, además de integrar las oficinas del área administrativa y las áreas destinadas a las actividades académicas del recurso humano en formación Universitaria; **en el tercer piso** se ubicarán los servicios de Cirugía, Cuidados Intensivos, Apoyo Diagnóstico (Radiología, Ecografía y Tomografía), Diagnóstico y terapia cardiovascular no invasiva, Unidad de hemonidamia, Laboratorio Clínico y de Patología, Banco de Sangre, Unidad de Nefrología; y **en el cuarto piso** se ubicarán las salas de hospitalización, que se caracterizarán por se clasifican en habitaciones uni, bipersonales y hospitalización en salas de tres y cuatro pacientes, con las siguientes salas: Hospitalización General, Pediátrica, Ginecoobstétrica, Aislados, Unidad de Quemados, Unidad de Cuidados Intermedios.

Los servicios de consulta externa, apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico y cirugía programada, se prestarán de lunes a viernes, que incluye para la consulta externa en horarios extendidos desde las 7:00 AM hasta las 7:00 PM, con el propósito de ofrecer horarios más cómodos a la población trabajadora y de paso impedir la congestión de los servicios de urgencias con servicios con la consulta médica.

DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS

La ESE Hospital Universitario del Caribe adoptó una modalidad organizacional de Unidad Estratégica de Negocios, las cuales responden cada una por el desarrollo y cumplimiento de las metas de calidad y equilibrio financiero que garanticen el equilibrio de la Empresa; Cada Unidad Estratégica de Negocios se encuentra representada en una Subgerencia Asistencial que agrupa uno o más servicios:

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE URGENCIAS.

Se ofertará las 24 horas y comprende los servicios descritos en la siguiente tabla:

Tabla 5-10. Servicios ofrecidos en urgencia

<i>SERVICIO</i>	<i>CANTIDAD</i>
CONSULTORIO DE URGENCIAS (Triage)	3
SALA DE REANIMACION (2 Camillas)	1
SALA DE TRAUMA LIMPIO (4 Camillas)	1
SALA DE TRAUMA CONTAMINADO (4 Camillas)	1
LABORATORIO CLINICO	1
SALA DE RAYOS X	1
QUIROFANO CIRUGIAS LIMPIAS	1
QUIROFANO CIRUGIAS CONTAMINADAS	1
SALA DE YESOS (5 Camillas)	1
SALAS DE OBSERVACION MEDICA GENERAL (24 Camas)	2
SALA DE OBSERVACION QUIRURGICA (6 camas)	1
SALA DE OBSERVACION PEDIATRICA (6 Camas)	1

La atención en el servicio de urgencias se garantiza con la contratación de médicos generales con experiencia en servicios de urgencias y capacitación demostrada en Reanimación Cardiopulmonar Avanzada, Reanimación Básica de Adultos y Atención Inicial del Paciente Politraumatizado.

Se contará con médicos especialistas en Medicina Interna, Cirugía General, Ortopedia, Pediatría y Anestesiología las 24 horas del día de manera presencial al igual que médicos especialistas en Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial, Oftalmología Gastroenterología, Ginecología y Neurología, disponibles como soporte las 24 horas, al igual que 12 horas presenciales.

Se dispondrá de los servicios de un equipo de fisioterapeutas, quienes realizarán terapia respiratoria y rehabilitación cardio pulmonar. El traslado de pacientes Básico y Medicalizado se realizará con una firma autorizada que garantice la disponibilidad del servicio las 24 horas del día.

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA.

La ESE ofrecerá el servicio de consulta externa de 7:00 AM a 7:00 PM de lunes a viernes, en las siguientes especialidades:

Tabla 5-11. Servicios de consulta externa especializada

SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
ANESTESIA
CIRUGÍA GENERAL
CIRUGÍA PLÁSTICA
PEDIATRIA
NEUROCIRUGÍA
UROLOGÍA
OTORRINOLARINGOLOGÍA
ORTOPEDIA
FISIATRIA
OFTALMOLOGÍA
OPTOMETRÍA
GINECOLOGÍA
MEDICINA INTERNA
CARDIOLOGÍA
NEUROLOGÍA
NEFROLOGÍA
REUMATOLOGÍA
DERMATOLOGÍA
HEMATOLOGÍA
GASTROENTEROLOGÍA
INFECTOLOGÍA
NUTRICIÓN
ESTOMATOLOGÍA
CIRUGIA MAXILOFACIAL
ENDOCRINOLOGÍA
ONCOLOGÍA
INMUNOLOGÍA

Para el servicio se cuenta con 18 consultorios equipados para garantizar el servicio de 27 especialidades. Para la organización del servicio se dispondrá de 9 consultorios de uso exclusivo

para igual número de especialidades a saber: Oftalmología/ Optometría, Otorrinolaringología, Ortopedia, Ginecología/Obstetricia, Pediatría, Estomatología/Cirugía Maxilofacial, Urología, Enfermería.

Los consultorios de uso compartido para las diferentes especialidades, serán utilizados por los especialistas vinculados a la ESE, así como también serán ofertados para la consulta privada de profesionales interesados, lo cual provee la posibilidad de atraer un sector importante de la población del sistema que paga de bolsillo procedimientos complementarios a la consulta.

SUBGERENCIA DE SERVICIOS QUIRURGICOS.

La ESE Hospital Universitario del Caribe contará con 2 quirófanos en el servicio de Urgencias y 9 quirófanos para cirugías programadas de mediana y alta complejidad en las siguientes especialidades y subespecialidades:

Tabla 5-12. Subespecialidades quirúrgicas

SERVICIO DE CIRUGIA
CIRUGÍA GENERAL
CIRUGÍA PLÁSTICA
CIRUGIA PEDIATRICA
NEUROCIRUGÍA
UROLOGÍA
OTORRINOLARINGOLOGÍA
ORTOPEDIA
OFTALMOLOGÍA
GINECOLOGÍA
CARDIOVASCULAR
GASTROENTEROLOGÍA
CIRUGIA MAXILOFACIAL

En la primera etapa del proyecto planteada para desarrollarse en la vigencia del 2006, se habilitarán seis de los 11 quirófanos, Dos en el Servicio de urgencias y Cuatro para cirugías programadas, los Cinco restantes serán ofertados en el 2007, con la organización y puesta en funcionamiento del servicio de cirugías cardiovasculares invasivas, al igual que el servicio de cirugía exclusivo para administradores de planes de beneficios.

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE CUIDADOS CRITICOS.

Los servicios de cuidados críticos incluyen una gama de atenciones orientadas a garantizar la asistencia de los pacientes con patologías consideradas de alto riesgo en términos de la expectativa de vida y alto costo en términos del gasto de las acciones requeridas en el proceso de atención, por ello esta unidad estratégica de negocios se encargará de coordinar los siguientes servicios: Unidad de Cuidados Intensivos (Adulto y Pediátrica), Unidad de Cuidados Intermedios (Adulto y Pediátrica), Unidad Renal, Unidad para la Atención del Paciente con VIH y SIDA, Unidad de Hemato Ontología y Unidad de Quemados.

Unidad de Cuidados Intensivos: se ofrecerá en una sala con diez (10) camas para atención de adultos y dotación adicional para dos (2) pacientes pediátricos. Será garantizado a través de alianza estratégica con terceros, que se responsabilizarán por la adecuación del área física destinada para el servicio, la dotación, la operación, así como complementar las acciones que pueda desarrollar la Empresa en materia de mercadeo y venta del servicio, con disponibilidad las 24 horas del día.

Unidad de Cuidados Intermedios: se ofertará una sala de cuidados intermedios conformada por diez (10) camas para la atención de adultos y dotación adicional para dos (2) pacientes pediátricos. Será garantizado a través de alianza estratégica con terceros, que se responsabilizarán por la adecuación del área física destinada para el servicio, la dotación, la operación, así como complementar las acciones que pueda desarrollar la Empresa en materia de mercadeo y venta del servicio, con disponibilidad las 24 horas del día.

Unidad Renal: prestará los servicios de hemodiálisis y diálisis peritoneal las 24 horas del día, contará con 20 unidades y será garantizado a través de alianza estratégica con terceros, que se responsabilizarán por la adecuación del área física destinada para el servicio, la dotación, la operación, así como complementar las acciones que pueda desarrollar la Empresa en materia de mercadeo y venta del servicio, con disponibilidad las 24 horas del día.

Unidad de Hemato Oncología: prestará los servicios de Oncología Clínica, Quimioterapia y las acciones de apoyo terapéutico inherentes al tratamiento del paciente con cáncer, contará con 10 unidades para quimioterapia y será garantizado a través de alianza estratégica con terceros, que se responsabilizarán por la adecuación del área física destinada para el servicio, la dotación, la

operación, así como complementar las acciones que pueda desarrollar la Empresa en materia de mercadeo y venta del servicio, con disponibilidad para el manejo ambulatorio del paciente.

Unidad para la Atención del Paciente con VIH y SIDA: ofrecerá asistencia integral al paciente con diagnóstico de VIH y SIDA en lo ambulatorio, hospitalario, suministro de medicamentos y servicios terapéuticos complementarios inherentes al servicio. Se garantizará con disponibilidad para el manejo ambulatorio de los pacientes con el recurso humano profesional y especializado vinculado a la Empresa directa e indirectamente al igual que los vinculados por razón del convenio de docencia servicio con la Universidad de Cartagena.

Unidad de Quemados: La Empresa Contará con una unidad especial para el manejo del paciente quemado, compuesta por dos salas de hospitalización individual con una cama cada una y toda la infraestructura necesaria para dicha terapia.

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO.

Los servicios de apoyo diagnóstico que hacen parte del portafolio de la ESE Hospital Universitario del Caribe reúne:

a. Laboratorio Clínico: que prestará los servicios de Hematología, Química Sanguínea, Microbiología, Hormonas, Niveles séricos de drogas de tratamiento, inmunología, Inmunofluorescencia Microscopía y será garantizado a través de alianza estratégica con terceros, que se responsabilizarán por la adecuación del área física destinada para el servicio, la dotación, la operación, así como complementar las acciones que pueda desarrollar la Empresa en materia de mercadeo y venta del servicio, con disponibilidad para la prestación de los servicios las 24 horas del día.

b. Laboratorio de Patología: Estudios macro y Microscópicos de especímenes, Biopsias Simples y Múltiples, Citología de Líquidos, Citología por aspiración aguja fina, Citología Médula, Biopsias por congelación, Necropsia Adulto, Embalsamamiento.

c. Imagenología: con los servicios de Radiología Convencional, Ecografía general, obstétrica, abdominal, Doppler, Escanografía, Mamografía, Radiología Intervencionista, Fluoroscopia y será garantizado a través de alianza estratégica con terceros, que se responsabilizarán por la adecuación del área física destinada para el servicio, la dotación, la operación, así como complementar las acciones que pueda desarrollar la Empresa en materia de mercadeo y venta del servicio, con disponibilidad para la prestación de los servicios las 24 horas del día.

d. Unidad de diagnóstico cardiovascular no Invasivo: Electrocardiografía, Ecocardiografía, Prueba de Esfuerzo y será garantizado a través de alianza estratégica con terceros, que se responsabilizarán por la adecuación del área física destinada para el servicio, la dotación, la operación, así como complementar las acciones que pueda desarrollar la Empresa en materia de mercadeo y venta del servicio, con disponibilidad para la prestación de los servicios las 24 horas del día.

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO.

Los servicios de apoyo terapéutico incluyen los siguientes servicios:

a. Fisiatría y Terapia Física: Incluye los servicios de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia del Lenguaje; servicios que se ofrecerán con infraestructura de la Empresa y la contratación indirecta de profesionales, complementada con la celebración de convenios de docencia servicios con Universidades.

b. Servicio Farmacéutico: Estará garantizado gracias a alianza estratégica con terceros, incluye la dispensación intrahospitalaria de medicamentos y material medicoquirúrgico, preparación de mezclas, sistema de unidosis y alimentación parenteral. El servicio será garantizado a través de alianza estratégica con terceros, que se responsabilizarán por la adecuación del área física destinada para el servicio, la dotación, la operación, así como complementar las acciones que pueda desarrollar la Empresa en materia de mercadeo y venta del servicio, con disponibilidad para la prestación de los servicios las 24 horas del día; la preparación de mezclas, sistema de unidosis y alimentación parenteral, estará a cargo de la Empresa gracias al convenio de docencia servicio con la

Universidad de Cartagena- Programa de Química y Farmacia que permitirá la disponibilidad del recurso humano calificado las 24 horas del día.

c. Banco de Sangre: Incluye Glóbulos Rojos Empaquetados, Plaquetas y Plaquetas por Aféresis, Plasma Fresco Congelado, Crioprecipitados y Sangre Total, Flebotomía y Transfusión Glóbulos Desleucitados, Glóbulos Rojos Lavados, Plasmaféresis, Programa de Autotransfusión, Programa de Donación Voluntaria. El servicio estará garantizado a través de alianza estratégica con terceros, que se responsabilizarán por la adecuación del área física destinada para el servicio, la dotación que complemente la existente, la operación, así como complementar las acciones que pueda desarrollar la Empresa en materia de mercadeo y venta del servicio, con disponibilidad para la prestación de los servicios las 24 horas del día.

d. Terapia Psicológica y Trabajo Social: con presencia en todos los servicios de la Empresa, se dispondrá gracias al convenio con la Universidad de Cartagena- Programa de Trabajo Social que permitirá la disponibilidad del recurso humano 8 horas al día.

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACION.

El servicio de hospitalización de la ESE Hospital Universitario del Caribe, se prestará para los pacientes con patologías de mediana y alta complejidad y se prestarán en el piso cuarto del Hospital con habitaciones de internación múltiple (Tres y Cuatro camas) así como habitaciones bipersonales e individuales. El servicio de hospitalización incluye:

a. Salas de Hospitalización General Médicas y Quirúrgica: con Cuarenta y Siete (47) camas de hospitalización de alojamiento múltiple (Tres y Cuatro camas) así como habitaciones bipersonales.

b. Salas de Aislados: con Cuatro (4) camas de hospitalización

c. Sala Pediátrica: con Cuatro (4) camas de hospitalización

d. Habitaciones Especiales (caracterizadas por mejores condiciones de hotelería): con Diez (10) camas de hospitalización.

El servicio de hospitalización Se ofertará las 24 horas del día y estará garantizado con recurso humano de contratación indirecta (Personas Naturales y Jurídicas) y docentes, residentes e internos de la Universidad de Cartagena de los programas de Medicina (Todas las Especialidades), Enfermería y Odontología (Estomatología y Cirugía Maxilofacial).

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE INVESTIGACION Y PROYECCION SOCIAL.

La Estructura Investigativa de la Institución estará compuesta por las siguientes instancias:

- a. La Subdirección Científica
- b. Departamento de Investigación
- c. Los Grupos de Investigación.

El Departamento de Investigación es la unidad administrativa para el fomento de la actividad investigativa al interior del Hospital, por medio del apoyo a los Grupos de Investigación de la Institución y de todos los Grupos de las Universidades que estarán adscritas al trabajo de docencia servicios. Serán coordinados por un Jefe.

El Grupo de Investigación científica y tecnológica será la unidad básica de generación de conocimiento científico y de desarrollo tecnológico. Estará compuesto por un equipo de investigadores de una o varias disciplinas o instituciones, comprometidos con un tema de investigación. Sus acciones provendrán de una agenda de trabajo, organizada en proyectos y actividades orientadas a conseguir resultados de conocimiento de demostrada calidad y pertinencia.

Del equipo de investigadores podrán hacer parte profesores y estudiantes de la Universidades adscritas a la institución y los investigadores internos que se contraten para tal fin.

SUBGERENCIA DE SERVICIOS MATERNOINFANTIL.

Esta unidad estratégica de negocios está orientada a garantizar la atención del embarazo y parto de alto riesgo, el manejo intrahospitalario de alta complejidad de la paciente ginecológica y el paciente pediátrico, así como la atención del neonato. En este sentido la Empresa ofrecerá los servicios de apoyo diagnóstico por ecografía, histeroscopia, coloscopia, radiofrecuencia, monitoreo fetal, amniocentesis, cirugía ginecológica de mediana y alta complejidad, atención del parto de alto riesgo, Unidad de cuidados intensivos neonatal, Unidad de cuidados Intensivos Pediátrica. Estos dos últimos serán garantizados a través de alianza estratégica con terceros, que se responsabilizarán por la adecuación del área física destinada para el servicio, la dotación, la operación, así como complementar las acciones que pueda desarrollar la Empresa en materia de mercadeo y venta del servicio, con disponibilidad las 24 horas del día, para el resto de los servicios de esta unidad de negocios se contará con la participación de los programas de posgrado de pediatría y ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, que garantizan cobertura las 24 horas del día con residentes del tercer año y docentes de los mismos programas en hospitalización, urgencias, consulta externa y cirugía.

5.3. Plan de habilitación de los servicios

La ESE Hospital Universitario del Caribe tiene proyectado iniciar la prestación de los servicios entre los meses de Julio y agosto de 2006, luego de múltiples retrasos derivados principalmente por la imposibilidad legal de intervenir en la recuperación física del edificio debido a las dificultades propias del proceso Liquidatorio del Hospital Universitario de Cartagena.

El plan de habilitación de los servicios agrupa cuatro grandes Etapas:

1. Mantenimiento y remodelación del Edificio Hospital Universitario.
2. Montaje de la Infraestructura de los servicios.
3. Proceso de declaración de servicios a ofertar.
4. Proceso de verificación por parte de la autoridad sanitaria distrital.

Cabe señalar que gracias al convenio marco de cooperación que involucra a los gobiernos Departamental y Distrital, la Universidad de Cartagena y la ESE Hospital Universitario del Caribe, se pudo contar con el acompañamiento de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de Cartagena en lo relacionado con los diseños y definición de las intervenciones a realizar sobre el edificio, así como el acompañamiento de las Secretarías de Salud Distrital y Departamental en lo relacionado a las condiciones para la habilitación de cada uno de los servicios del portafolio.

Adicional a lo anterior es preciso anotar que los servicios diferentes a la Urgencia, Hospitalización, Servicios Quirúrgicos y Consulta Externa, que operarán gracias a la alianza con terceros le proveen a la ESE la posibilidad de llevar a cabo procesos de habilitación muy expeditos, debido a que la selección de los contratistas hará énfasis precisamente en las condiciones de infraestructura necesarias para la habilitación, al igual que a las condiciones técnicas y financieras complementarias que garanticen no solo la Habilidad de los servicios sino además excelentes condiciones competitivas frente al mercado existente.

Tabla 5-13. Plan de Habilidad de los servicios

<i>Servicio</i>	<i>Responsable de las Condiciones para la Habilidad</i>	<i>Tiempo Proyectado para Habilidad</i>
Servicio de Urgencias	ESE HUC	Julio de 2006
Servicio Farmacéutico	Contratista	Julio de 2006
Servicio de Nutrición	Contratista	
Central de Esterilización	ESE HUC	Julio de 2006
Consulta Externa Especializada	ESE HUC	Julio de 2006
Unidad de Hemato Oncología	Contratista	Julio de 2006
Terapia Física y Rehabilitación	Contratista	Julio de 2006
Unidad de Procedimientos Estomatología	ESE HUC	Julio de 2006
Servicios Quirúrgicos	ESE HUC	Julio de 2006
Unidad de Cuidados Intensivos Adulto	Contratista	Julio de 2006
Unidad de hemodinamia	Contratista	Julio de 2006
Central de Imágenes Diagnósticas	Contratista	Julio de 2006
Unidad de Diagnóstico Cardiovascular no Invasivo	Contratista	Julio de 2006
Unidad de Gastro y Neumología	Contratista	Julio de 2006
Unidad de Procedimientos OTL	Contratista	Julio de 2006
Unidad Renal	Contratista	Julio de 2006
Banco de Sangre	Contratista	Julio de 2006
Laboratorio Clínico	Contratista	Julio de 2006
Laboratorio de Cito Patología	Contratista	Julio de 2006
Servicio de Hospitalización General Adulto	ESE HUC	Julio de 2006
Servicio de Hospitalización Pediátrica	ESE HUC	Julio de 2006
Salas de Quemados	ESE HUC	Septiembre de 2006

<i>Servicio</i>	<i>Responsable de las Condiciones para la Habilitación</i>	<i>Tiempo Proyectado para Habilitación</i>
Salas de pacientes Aislados	ESE HUC	Julio de 2006
Unidad de Cuidados Intermedios Adulto	Contratista	Julio de 2006
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico y Neonatal	Contratista	Agosto de 2006

5.3.1. *Evaluación del sistema de información proyectado*

Se proyecta tener a través de uno o varios operadores externos un sistema de información integral, que suministre:

- a. La tecnología dura o hardware, es decir, un servidor, las terminales de una red inalámbrica de área local, incluyendo la implementación y operación de la red.
- b. La central telefónica y PBX
- c. Los aplicativos ERP²⁴ y las aplicaciones de manejo de historia clínica.
- d. El diseño de un sitio web
- e. El diseño y operación de una intranet

Los equipos mínimos a adquirir se detallan en la siguiente tabla:

AREA ADMINISTRATIVA				
REF	AREA O PUESTO DE TRABAJO	CANTIDAD	V/ UNITARIO	V/ TOTAL
PC CEL	AUDITORIA DE URGENCIA	1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	SUBGERENCIA URGENCIA	1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	DIRECCION FARMACIA Y AUXILIAR	2	1.050,00	2.100,00
PC CEL	AREA SOCIAL MEDICOS UNIVERSIDAD	2	1.050,00	2.100,00
PC PORT	GERENCIA	1	1.530,00	1.530,00
PC CEL	SECRETARIA DE GERENCIA	1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	PLANEACION	3	1.050,00	3.150,00
PC CEL	REVISORIA FISCAL	1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	CONTROL INTERNO	1	1.050,00	1.050,00

²⁴ Enterprise Resource Planning, se trata de las aplicaciones integradas de contabilidad, tesorería, pagaduría, facturación, recurso humano, nómina y suministros.

PC PORT	JEFE AUDITORIA		1	1.530,00	1.530,00
PC CEL	AUDITORIA		3	1.050,00	3.150,00
PC CEL	JURIDICA		2	1.050,00	2.100,00
PC CEL	PRESUPUESTO		1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	CONTABILIDAD		2	1.050,00	2.100,00
PC PIV	FACTURACION		1	1.250,00	1.250,00
PC CEL	TESORERIA CAJA		2	1.050,00	2.100,00
PC PORT	MERCADEO		1	1.530,00	1.530,00
PC CEL	RECURSOS FISICOS		2	1.050,00	2.100,00
PC CEL	RECURSOS HUMANOS NOMINA		1	1.050,00	1.050,00
PC PORT	SUBDIRECCION CIENTIFICA		9	1.530,00	13.770,00
PC CEL	INFORMACION Y SERVICIOS AL CLIENTE		1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	TRABAJO SOCIAL		1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	ASIGNACION DE CITAS CALL CENTER		2	1.050,00	2.100,00
PC CEL	ARCHIVO CLINICO HISTORIAS		1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	JEFATURA DE ENFERMERIA		1	1.050,00	1.050,00
PC PIV	JEFATURA DE SISTEMAS		1	1.250,00	1.250,00
PC CEL	AUXILIAR DE SISTEMAS		1	1.050,00	1.050,00
	TOTAL AREA ADMINISTRATIVA		46		54.460,00
AREA CLINICA					
REF	AREA O PUESTO DE TRABAJO		CANTIDAD	V/ UNITARIO	V/ TOTAL
PC CEL	CONSULTORIOS URGENCIA		6	1.050,00	6.300,00
PC CEL	QUIROFANO DE URGENCIA		1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	CONSULTORIO CONSULTA EXTERNA		15	1.050,00	15.750,00
PC CEL	ESTOMATOLOGIA		1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	ONCOLOGIA		1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	QUIROFANOS TERCER PISO		2	1.050,00	2.100,00
PC CEL	FISIOTERAPIA REHABILITACION		1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	MEDICOS HOSPITALIZACION		4	1.050,00	4.200,00
PC CEL	EMFERMERIA HOSPITALIZACION		4	1.050,00	4.200,00
PC CEL	BANCO DE SANGRE		1	1.050,00	1.050,00
	TOTAL AREA CLINICA		36		37.800,00
AREA TERCER PISO					
REF	AREA O PUESTO DE TRABAJO		CANTIDAD	V/ UNITARIO	V/ TOTAL
PC CEL	UCI INTENSIVOS		1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	PATOLOGIA		2	1.050,00	2.100,00
PC CEL	LABORATORIO		1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	HEMODIALISIS		1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	ENDOSCOPIA		1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	CARDIOLOGIA		1	1.050,00	1.050,00
PC CEL	IMAGENOLOGIA		1	1.050,00	1.050,00

PC CEL	CUIDADOS INTERMEDIOS	1	1.050,00	1.050,00
TOTAL AREA TERCER PISO		9		9.450,00
AREA SISTEMAS				
REF	AREA O PUESTO DE TRABAJO	CANTIDAD	V/ UNITARIO	V/ TOTAL
SERVER	DEPARTAMENTO DE T.I.	1	6.848,00	6.848,00
TOTAL PCs Y PORTATILES		91		101.710,00
TOTAL SERVIDORES		1		6.848,00
TOTAL EQUIPOS DE COMPUTO		92		108.558,00
TOTAL EQUIPOS DE COMPUTO EN PESOS		TASA	\$ 2.490,00	\$ 270.309.420,00

Es posible que un solo servidor sea insuficiente en el mediano plazo y que al poco tiempo se deban adquirir otros dos. El hospital requiere tres como mínimo: uno para el sistema operativo y bases de datos, otro para las aplicaciones y otro servidor web, intranet y de correos.

La estructura de hardware y red previstas se describen a continuación

RED INALÁMBRICA			
UNID.	DETALLES DEL EQUIPO	VALOR UNIT.	USD VALOR TOTAL
14	Acces Point 54 Mbps, 802.11g	154	2.156
40	Tarjeta inalámbtrica 802.11g	63	2.520
14	Antena omnidireccional 9dbi con caja nema para intemperie	94	1.313
14	Cable Conexión antena y acces point	31	431
7	Patch panel	133	931
7	Organizador de cableado	56	392
91	Patc cord	18,75	1.706
3	Gabinete secundario	123,2	370
1	Gabinete principal	184,8	185
6	Switches 24 puertos 10/100 Mbps esclavos	693	4.158
1	Switches 24 puertos capa 3 administrable	1813	1.813
14	Programación equipos inalámbricos	42	588
1	Programación switches capa 3	350	350
95	puntos de Red Fisicos piso 1,2,3 y 4 a todo costo	119	11.305
6	Puntos de backbone a todo costo	243	1.458
TOTAL RED DE DATOS			29.676
PBX IP CENTRAL TELEFONICA			
			USD

UNID.	DETALLES DEL EQUIPO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	Digital IP PBX. IVR, FAX, Voice mail.	3.240	3.240
1	Tarjeta E1 Salida a red TPBC	3.363	3.363
3	Tarjeta para extensiones análogas WF2024 Totalfon 2000 24 lines	2.989	8.968
1	Servidor Pbx IP	2.430	2.430
5	Totalphone Totalfon IP PHONE 149	179	894
21	Usb phone ip	81	1.701
40	Audifono y mic (Diadema)	14	576
72	Puntos telefonos analogos	51	3.694
1	Instalación y configuración.	2160	2.160
50	Teléfonos Análogos	25	1.265
TOTAL PBX			28.290
TOTAL RED DE DATOS Y PBX			57.966
TASA REPRESENTATIVA MAYO 30/2006			2.400,00
TOTAL RED DE DATOS Y PBX EN PESOS			139.118.640
IVA			22.258.982
TOTAL RED DE DATOS Y PBX EN PESOS INCLUIDO IVA			\$ 161.377.622
IMPUESTOS			17.751.538
TOTAL PROYECTO CON IMPUESTOS			\$ 179.129.161

Dado que la red planteada es una red inalámbrica, es importante implementar medidas de seguridad de la información y en estos términos no se percibe el tema de auditoría de sistemas y seguridad de redes.

5.3.2. *Evaluación del modelo organizacional*

El modelo organizacional que se plantea es el de tercerización. Vale la pena incursionar un poco en este tema para evaluar sus ventajas y desventajas.

Se dice que existe un proceso de tercerización cuando una determinada actividad deja de ser desarrollada por los trabajadores de una empresa y es transferida a otra empresa. Esta otra empresa es una "tercera", de ahí el nombre de "tercerización" al proceso mediante el cual se le transfieren actividades. Dada la naturaleza de lo que ocurre en tales casos podríamos encontrar otro nombre

para bautizar este proceso: externalización (del término en inglés *out sourcing*). La actividad que antes se desarrollaba internamente, dentro de la empresa (y que por tanto estaba "internalizada"), pasa a "externalizarse", o sea a desenvolverse en el exterior de la empresa o a través de un externo.

Una pregunta lógica ante el modelo planteado en el Decreto ordenanzal de creación del la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe es: ¿Puede tercerizarse todo?

La externalización de actividades productivas no siempre es posible. Deben existir condiciones técnicas que hagan factible la fragmentación del proceso productivo en distintas fases, cada una de las cuales pueda realizarse independientemente, en localizaciones diferentes.

Debe ser el caso, por ejemplo, de la industria automovilística. En el montaje de un automóvil intervienen miles de piezas. La fabricación de cada una de ellas la puede realizar la empresa ensambladora o la puede confiar a terceras empresas subcontratadas. La Toyota de Japón, por ejemplo, manda fabricar fuera de la empresa matriz un 70% del valor total de los vehículos vendidos.

Fenómenos similares se dan, o se pueden dar, en industrias de construcción de aparatos eléctricos, de maquinaria, en confección de zapatos y prendas de vestir, en fabricación de muebles, en la construcción, etc. En cambio, resulta difícil o sencillamente imposible fragmentar la producción y externalizarla, en el caso de industrias de proceso continuo. En estos casos la materia prima ingresa al proceso de producción, pasa internamente por diversos procesos físicos y químicos, hasta salir el producto terminado o semi-terminado. Es el caso de las industrias químicas, del cemento, azúcar, aceite y otras. O sea, no siempre se puede tercerizar la producción.

Para el caso de los hospitales, considerando que se tratan de empresas de carácter social cuyos productos no son bienes, sino servicios, el tema es aún más delicado.

La producción de servicios de salud tiene unas connotaciones muy especiales que la hacen difícil de enmarcar en las tendencias del mercado globalizado, por cuanto se trata de un mercado con profundas imperfecciones, entre las cuales podemos resaltar las siguientes:

1. Los servicios sanitarios se produce a la medida del demandante en el momento en que se demanda, no puede almacenarse su producción.
2. Existe una profunda asimetría de la información entre el proveedor del servicio y el demandante. El médico determina los servicios que el paciente va a consumir.
3. Existen grandes externalidades no controlables tales como la transición demográfica, la transición epidemiológica, el incremento de los costes por el avance tecnológico y los factores culturales que influyen en el mercado de la salud
4. Incertidumbre o falta de información para estimar el consumo de servicios
5. La salud es un bien público
6. La salud es un bien meritorio
7. Riesgo moral (selección de riesgos y selección adversa)
8. Incertidumbre acerca de la eficacia de los tratamientos

Los servicios de salud forman parte de los llamados " mercados imperfectos", dado que presentan una serie de fallas que afectan negativamente la soberanía del consumidor y que derivan en deseconomías limitando seriamente su eficiencia. Se trata pues de un mercado de competencia imperfecta que no logra un equilibrio, o máximo beneficio social, a partir de la simple interacción de las fuerzas del mercado, y cuyos efectos finales no llevan al bienestar de la población.

Si unimos los conceptos que hemos visto acerca de la salud como un bien meritorio o tutelar a la presencia de estas fallas en el mercado, ya podemos hacer referencia a lo que indica la teoría y práctica económica en un caso como el que nos ocupa: que existe la necesidad de la intervención del Estado, que interviene dentro de sus funciones económico sociales, principalmente como regulador, proveedor y financiador. Esto da origen al debate sobre la dosis necesaria de intervención pública en los mercados sanitarios, pero sin lugar a duda es menester que el estado intervenga para corregir las imperfecciones.

Dado que el estado interviene en el mercado de la salud a través de proveedores públicos de servicios (Empresas Sociales del Estado) vale la pena cuestionarnos si un modelo de tercerización absoluta de los servicios por parte de los hospitales públicos no implica la renuncia del Estado a participar en la regulación de las imperfecciones antes citadas para dejar la suerte de este servicio público a merced de las impredecibles fuerzas del mercado.

Es por todo esto que muchos hospitales públicos sí aprovechan las ventajas de tercerizar aquellos centros de costo que representan desde el punto de vista contable un “gasto de funcionamiento” (servicios generales) pero examinan con mucho cuidado las decisiones de entregar a un tercero la operación directa del negocio y el objeto social mismo de la institución al tercerizar la producción misma de los servicios sanitarios.

No se trata de cuestionar la viabilidad jurídica, pues es muy claro que el decreto 536 de 2004 permite la tercerización de todos los servicios. De lo que se trata es de reflexionar sobre las razones subyacentes para la decisión política expresada en el decreto ordenanzal de creación de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe, de tercerizar por completo la institución.

Es claro que tal decisión obedece a razones de tipo político que ya hemos mencionado pero que queremos enfatizar:

1. La incapacidad financiera del departamento de Bolívar para financiar las adecuaciones locativas y a la vez la dotación de todo el edificio
2. La proximidad de los Juegos Centroamericanos y del Caribe exigen un mecanismo expedito de reapertura del hospital público de de mayor complejidad del departamento.
3. Al parecer existe el temor de incurrir nuevamente en la burocratización del hospital, por lo que esta modalidad permite generar más eficiencia (buenos resultados con poca inversión inicial de recursos en poco tiempo).

5.3.3. Evaluación de la Carta orgánica

La estructura orgánica básica de las Empresas Sociales del Estado se describe en el artículo 5 del Decreto 1876 de 1994. Esta deberá contar como mínimo con tres áreas funcionales: de dirección, de atención al usuario y de logística. No obstante, el decreto hace la siguiente salvedad: “Sin perjuicio de la autonomía otorgada por la Constitución Política y la ley a las Corporaciones Administrativas para crear o establecer las Empresas Sociales del Estado”. Esta aclaración permite que la estructura básica propuesta no se convierta en una camisa de fuerza.

El Decreto Ordenanza 895 de 2004, que crea la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe, adopta esta misma estructura, sin más ajustes. Posteriormente, el Acuerdo 001 del 16 de marzo de 2005, adopta los Estatutos de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe. En este acuerdo en su artículo 12 nuevamente se describe nuevamente la misma estructura de organización básica y aclara en su artículo 13 que la Junta Directiva podrá crear mediante acuerdo las unidades funcionales de producción “que considere convenientes, de tal manera que garantice la integración vertical de finalidades y una adecuada coordinación horizontal de la producción”.

El artículo 83 de los estatutos trata del Revisor Fiscal, que deberá ser designado de conformidad con el artículo 22 de la Ley 100 de 1993 y del artículo 22 del Decreto 1876 de 1994 y reza de la siguiente manera: “la EMPRESA contratará un Revisor Fiscal independiente designado por la Junta Directiva quien fijará sus honorarios y a la cual dará a conocer sus informes. La función del Revisor Fiscal se cumplirá sin menoscabo de las funciones de control fiscal por parte de los organismos competentes señalados en la ley y los reglamentos.”

El Acuerdo 003 de marzo de 2005, expedido por la Junta Directiva, adopta la siguiente estructura orgánica de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe:

1. ÁREA DE DIRECCIÓN

1.1. JUNTA DIRECTIVA

1.2. GERENCIA

1.2.1. OFICINAS DE APOYO Y/O ASESORIA A LA GERENCIA

1.2.1.1. OFICINA ASESORA JURÍDICA

- 1.2.1.1.1. Grupo de Trabajo de Contratación.
- 1.2.1.1.2. Grupo de Trabajo de Asuntos Legales.
- 1.2.1.1.3. Grupo de Trabajo Control Interno Disciplinario
- 1.2.1.1.4. Grupo de Trabajo de Interventoría.
- 1.2.1.2. OFICINA ASESORA DE PLANEACION
 - 1.2.1.2.1. Grupo de Trabajo de Sistemas de Información
 - 1.2.1.2.2. Grupo de Trabajo de Planeación Institucional
 - 1.2.1.2.3. Grupo de Trabajo de Gestión Documental
- 1.2.1.3. OFICINA ASESORA DE CALIDAD
 - 1.2.1.3.1. Grupo de Trabajo de Garantía de la Calidad
 - 1.2.1.3.2. Grupo de Trabajo de Auditoría
- 1.2.1.4. OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

2. ÁREA FUNCIONAL DE LOGÍSTICA

2.1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA

- 2.1.1 Unidad Funcional de Talento Humano.
 - 2.1.1.1 Grupo de Trabajo de Desarrollo del Talento Humano
 - 2.1.1.2 Grupo de Trabajo de Nóminas
- 2.1.2 Unidad Funcional de Recursos Físicos y Servicios Básicos.
 - 2.1.2.1 Grupo de trabajo de Recursos Físicos
 - 2.1.2.2 Grupo de Trabajo de Servicios Generales
- 2.1.3 Unidad Funcional de Gestión Financiera.
 - 2.1.3.1 Grupo de Trabajo de Tesorería y Cartera
 - 2.1.3.2 Grupo de Trabajo de Presupuesto.
 - 2.1.3.3 Grupo de Trabajo de Contabilidad.
 - 2.1.3.4 Grupo de Trabajo de Costos.
 - 2.1.3.5 Grupo de Trabajo de Facturación.
- 2.1.4 Unidad Funcional de Mercadeo y Comunicaciones.
 - 2.1.4.1 Grupo de Trabajo de Gestión de las comunicaciones Interna y Externa
 - 2.1.4.2 Grupo de Trabajo de Mercadeo y Ventas

3. ÁREA FUNCIONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS

3.1. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS DE ENFERMERIA

3.2. SUBGERENCIA DE SERVICIOS MATERNO- INFANTIL

- 3.2.1. Grupo de Trabajo de Ginecobstetricia
- 3.2.2. Grupo de Trabajo de Pediatría

3.3. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

- 3.3.1. Grupo de Trabajo de Servicios de Rehabilitación
 - 3.3.1.1. Subgrupo de Trabajo de Servicios de Terapia Física
 - 3.3.1.2. Subgrupo de Trabajo de Servicios de Terapia Respiratoria
- 3.3.2. Grupo de Trabajo de Servicios de Nutrición y Dietética
- 3.3.3. Grupo de Trabajo de Servicios Banco de Sangre
- 3.3.4. Grupo de Trabajo de Servicios de Psicología
- 3.3.5. Grupo de Trabajo de Servicio Farmacéutico.

- 3.3.6. Grupo de Trabajo Social
- 3.4. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACION
 - 3.4.1 Grupo de Trabajo de Servicios de Hospitalización - Médicas
 - 3.4.2 Grupo de Trabajo de Servicios de Hospitalización - Quirúrgicas
 - 3.4.3 Grupo de Trabajo de Servicios de Hospitalización - Aislados
- 3.5. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO
 - 3.5.1 Grupo de Trabajo de Servicios de Laboratorio Clínico
 - 3.5.2 Grupo de Trabajo de Servicios de Patología
 - 3.5.3 Grupo de Trabajo de Servicios de Imagenología
 - 3.5.4 Grupo de Trabajo de Servicios de Electrodiagnóstico
- 3.6. SUBGERENCIA DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS
 - 3.6.1 Grupo de Trabajo de Servicios por Especialidades Quirúrgicas
 - 3.6.2 Grupo de Trabajo de Servicios de Quirófanos
- 3.7. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE CUIDADOS CRITICOS
 - 3.7.1 Grupo de Trabajo de Servicios de UCI Adultos
 - 3.7.2 Grupo de Trabajo de Servicios de UCI Pediátricos
 - 3.7.3 Grupo de Trabajo de Servicios de Unidad Renal
 - 3.7.4 Grupo de Trabajo de Servicios de Hemato -Oncología
 - 3.7.4 Grupo de Trabajo para Pacientes Quemados
- 3.8. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE URGENCIA
 - 3.8.1. Grupo de Trabajo de Salas de Observación
 - 3.8.1.1. Subgrupo de Trabajo de Salas de Observación Médicas
 - 3.8.1.1. Subgrupo de Trabajo de Salas de Observación Quirúrgicas
 - 3.8.2. Grupo de Trabajo de Servicios Quirúrgicos de Urgencia
 - 3.8.3. Grupo de Trabajo de Servicios de Trauma y Ortopedia
 - 3.8.4. Grupo de Trabajo de Servicios de Reanimación
- 3.9. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE INVESTIGACION Y PROYECCIÓN SOCIAL
 - 3.9.1. Grupo de Trabajo de Investigación y Proyección Social
 - 3.9.2. Subgrupos de Investigación.

Igualmente en el Acuerdo 003 de la Junta Directiva se adoptaron los siguientes organigramas general y específicos por áreas funcionales:

Ilustración 2. Organigrama general de la ESE Hospital Universitario del Caribe



Ilustración 3. Organigrama del área funcional de Dirección



Ilustración 4. Organigrama del área funcional de servicios

AREA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

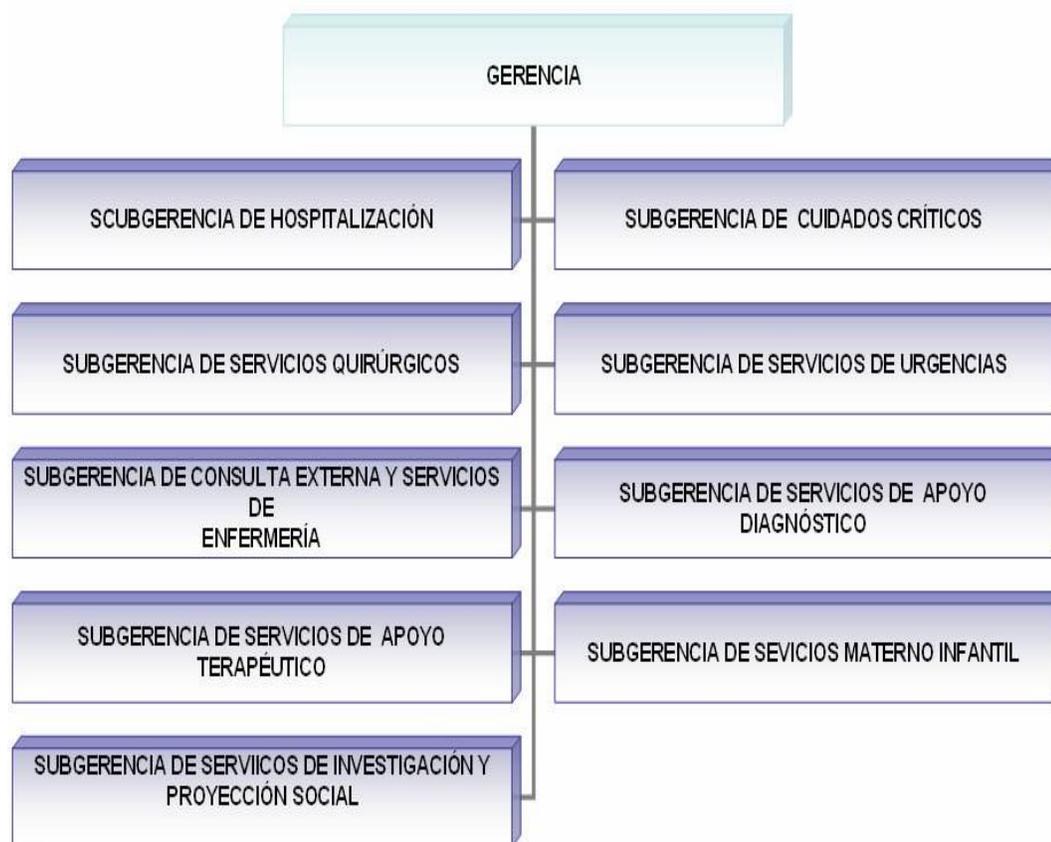
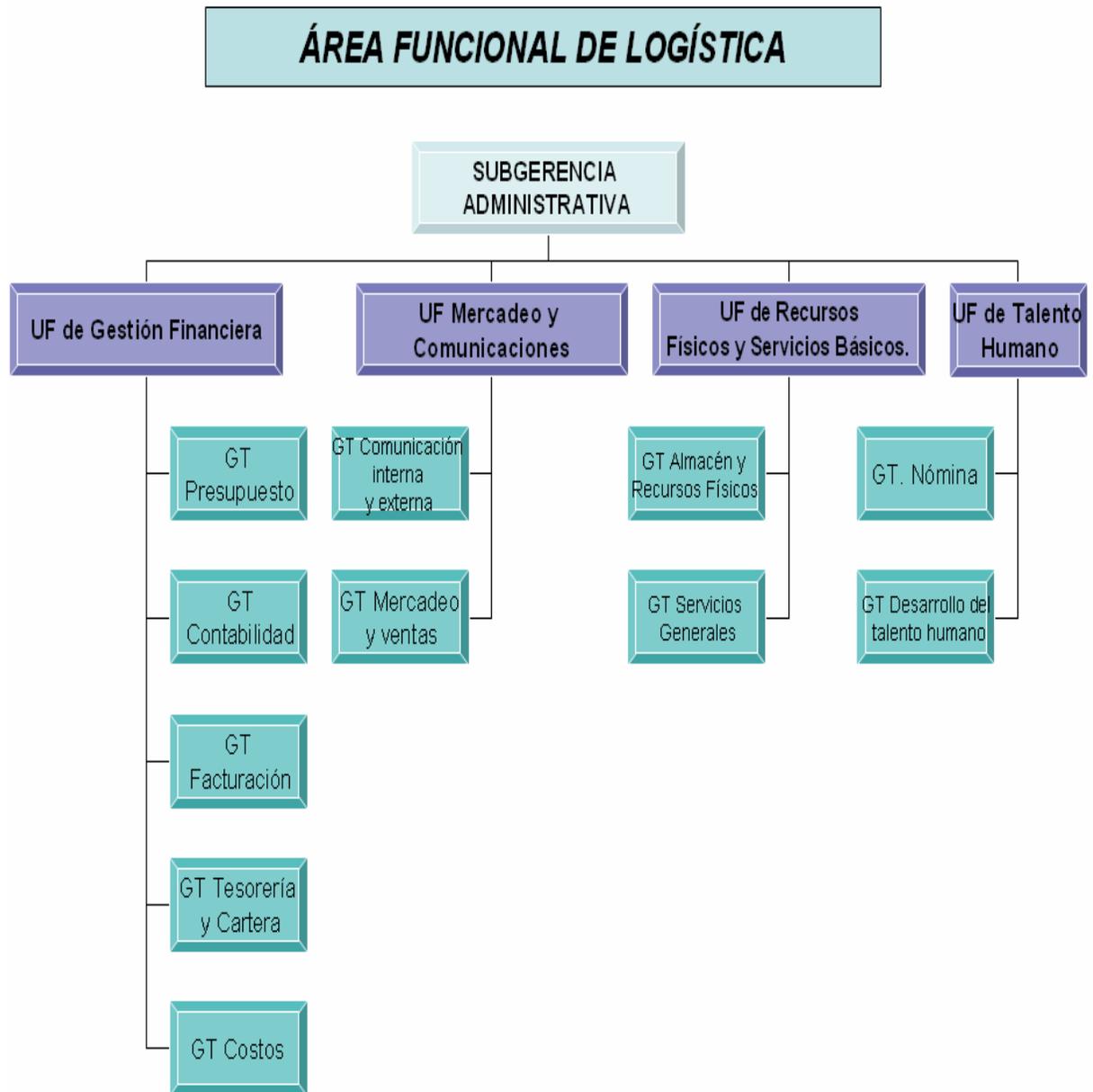


Ilustración 5. Organigrama del área funcional de logística



En aras de armonizar el modelo organizacional basado en la tercerización de todos los servicios y la estructura orgánica de la empresa, se hace necesario dejar más claro que las dependencias del área funcional de prestación de servicios realizarán, con el acompañamiento de la Universidad de Cartagena, labores de coordinación, planificación, verificación, evaluación y control de las acciones que ejecuten los operadores externos. Aunque esto se insinúa en los diversos actos administrativos, es necesario hacerlo más explícito.

5.3.4. Evaluación del Plan de cargos y la estructura salarial

El Plan de Cargos de la ESE Hospital Universitario del Caribe fue diseñado teniendo en cuenta la conformación de una empresa ágil en sus procesos administrativos, y flexible en cuanto a su organización se refiere.

Características principales:

- Diseñada para dar respuesta exclusivamente a las labores administrativas de la ESE Hospital universitario del Caribe.
- Encaminada a fortalecer los proceso de auditoria de calidad, conformación de los centros de costos, auditoria de la facturación de cuentas.
- Una planta plana y flexible, puesto que la misma en su gran mayoría está conformada por diferentes profesionales que pueden ser ubicados en las áreas donde se necesiten.

Estadísticas:

- Personal de Planta: 58 funcionarios.
- 49 funcionarios a cargo del Hospital:

7 Profesionales Especializados

25 Profesionales Universitarios.

17 Técnicos

- 9 funcionarios a cargo de la Universidad de Cartagena todos del nivel directivo

Tabla 5-14. Plan de Cargos y Salarios de la ESE Hospital Universitario del Caribe

<i>Código</i>	<i>Nivel</i>	<i>Área</i>	<i>Ubicación</i>	<i>Cargo</i>	<i>Tipo</i>	<i>Horas Semanales</i>	<i>N^a Cargos</i>	<i>Salario</i>
085	Directivo	Dirección	Gerencia	Gerente	Profesional Especializado	48	1	5.000.000
115	Asesor	Dirección	Gerencia	Asesor	Profesional Especializado	48	1	3.200.000
440	Asistencial	Dirección	Gerencia	Secretario	Técnico	48	1	700.000
115	Asesor	Dirección	Oficina Asesora Jurídica	Jefe oficina	Profesional Especializado	48	1	3.200.000
115	Asesor	Dirección	Oficina de planeación	Asesor	Profesional Especializado	48	1	3.200.000
237	Profesional	Dirección	Oficina de planeación	Profesional universitario	Profesional universitario	48	1	2.000.000
219	Profesional	Dirección	Oficina de planeación	Profesional universitario	Profesional universitario	48	1	2.000.000
105	Asesor	Dirección	Oficina Asesora de Control Interno	Jefe Oficina Asesora de Control Interno	Profesional Especializado	48	1	3.200.000
367	Técnico	Dirección	Oficina Asesora de Control interno	Técnico	Técnico	48	1	1.000.000
105	Asesor	Dirección	Oficina de calidad	Jefe oficina	Profesional Especializado	48	1	3.200.000
219	Profesional	Dirección	Oficina de calidad	Profesional Universitario	Profesional universitario	96	2	2.000.000
090	Directivo	Área Funcional de Logística	Subgerencia administrativa	Subgerente administrativ o	Profesional Especializado	48	1	4.000.000
440	Asistencial	Área Funcional de Logística	Subgerencia administrativa	Secretario	Técnico	48	1	700.000
219	Profesional	Área Funcional de Logística	Unidad de talento humano	Profesional Universitario	Profesional universitario	96	2	2.000.000
367	Técnico	Área Funcional de Logística	Unidad de talento humano	Técnico	Técnico	48	1	1.000.000
219	Profesional	Área Funcional de Logística	Unidad Gestión financiera	Profesional universitario	Profesional universitario	240	5	2.000.000
367	Técnico	Área Funcional de Logística	Unidad Gestión financiera	Técnico	Técnico	192	4	1.000.000
219	Profesional	Área Funcional de Logística	Unidad de Mercadeo y Comunicaciones	Profesional universitario	Profesional universitario	96	2	2.000.000

<i>Código</i>	<i>Nivel</i>	<i>Área</i>	<i>Ubicación</i>	<i>Cargo</i>	<i>Tipo</i>	<i>Horas Semanales</i>	<i>N^a Cargos</i>	<i>Salario</i>
219	Profesional	Área Funcional de Logística	Unidad de Recursos Físicos y Servicios Básicos	Profesional universitario	Profesional universitario	96	2	2.000.000
314	Técnico	Área Funcional de Logística	Unidad de Recursos Físicos y Servicios Básicos	Auxiliar de Mantenimiento	Técnico	48	1	700.000
367	Técnico	Área Funcional de Logística	Unidad de Recursos Físicos y Servicios Básicos	Almacenista	Técnico	48	1	1.000.000
219	Profesional	Área Funcional de Logística	Unidad de Recursos Físicos y Servicios Básicos (Grupo de Sistemas)	Profesional universitario	Profesional universitario	48	1	2.000.000
367	Técnico	Área Funcional de Logística	Unidad de Recursos Físicos y Servicios Básicos (Grupo de Sistemas)	Auxiliar en Sistemas	Técnico	48	1	2.000.000
090	Directivo	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios de Hospitalización	Subgerente	Profesional Especializado	48	1	4.000.000
237	Profesional	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios de Hospitalización	Profesional Universitario	Profesional universitario	48	1	2.000.000
440	Asistencial	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios de Hospitalización	Secretaria clínica	Técnico	48	1	700.000
090	Directivo	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de servicios de Cuidados Críticos	Subgerente	Profesional Especializado	48	1	4.000.000
237	Profesional	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de servicios de Cuidados Críticos	Profesional Universitario	Profesional universitario	48	1	2.000.000
440	Asistencial	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de servicios de Cuidados Críticos	Secretaria clínica	Técnico	48	1	700.000
090	Directivo	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios Quirúrgico	Subgerente	Profesional Especializado	48	1	4.000.000
237	Profesional	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios Quirúrgico	Profesional Universitario	Profesional universitario	48	1	2.000.000
440	Asistencial	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios Quirúrgico	Secretaria clínica	Técnico	48	1	700.000
090	Directivo	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios de Urgencias	Subgerente	Profesional Especializado	48	1	4.000.000

<i>Código</i>	<i>Nivel</i>	<i>Área</i>	<i>Ubicación</i>	<i>Cargo</i>	<i>Tipo</i>	<i>Horas Semanales</i>	<i>N^a Cargos</i>	<i>Salario</i>
237	Profesional	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios de Urgencias	Profesional Universitario	Profesional universitario	48	1	2.000.000
440	Asistencial	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios de Urgencias	Secretaria clínica	Técnico	48	1	700.000
090	Directivo	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios de Consulta Externa	Subgerente	Profesional Especializado	48	1	4.000.000
237	Profesional	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios de Consulta Externa	Profesional Universitario	Profesional universitario	48	1	2.000.000
090	Directivo	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnóstico	Subgerente	Profesional Especializado	48	1	4.000.000
237	Profesional	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnóstico	Profesional Universitario	Profesional universitario	48	1	2.000.000
440	Asistencial	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnóstico	Secretaria clínica	Técnico	48	1	700.000
090	Directivo	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios de Apoyo Terapéutico	Subgerente	Profesional Especializado	48	1	4.000.000
237	Profesional	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios de Apoyo Terapéutico	Profesional Universitario	Profesional universitario	48	1	2.000.000
440	Asistencial	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios de Apoyo Terapéutico	Secretaria clínica	Técnico	48	1	700.000
090	Directivo	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios Materno infantil	Subgerente	Profesional Especializado	48	1	4.000.000
237	Profesional	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Servicios Materno infantil	Profesional Universitario	Profesional universitario	48	1	2.000.000
090	Directivo	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Investigación	Subgerente	Profesional Especializado	48	1	4.000.000
237	Profesional	Área Funcional Prestación de Servicios	Subgerencia de Investigación	Profesional Universitario	Profesional universitario	48	1	2.000.000

Es de resaltar la gran confianza que se percibe en las relaciones entre la Universidad de Cartagena con la nueva Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe, lo cual se

evidencia en el hecho de que 9 cargos importantes del nivel directivo queden bajo la responsabilidad de la Universidad, esto sin perjuicio de su participación en la Junta Directiva. Estas armoniosas relaciones han propiciado un ambiente que acelera los procesos en esta maratónica de gestión que pretende lograr la puesta en funcionamiento del hospital para los Juegos Centroamericanos y del Caribe.

5.3.5. *Evaluación del presupuesto de funcionamiento aprobado para la vigencia 2006.*

El siguiente es el presupuesto aprobado mediante Acuerdo 004 de la Junta Directiva de fecha 16 de marzo de 2006:

Tabla 5-15. Presupuesto de Ingresos 2006. ESE HUC.

CODIGO	DENOMINACION DEL FUBRO PRESUPUESTAL	VALOR
0000	DISPONIBILIDAD INICIAL	
1000	INGRESOS CORIENTES	16.185.014.000
1100	Ingresos de Explotación	3.685.011.000
1110	Venta de Servicios	3.585.001.000
1111	Régimen contributivo	600.000.000
1112	Régimen Subsidiado	2.400.000.000
1113	ECAT (SOAT)	300.000.000
1114	Cuota de recuperación	150.000.000
1115	Particulares	20.000.000
1116	Otras I.P.S.	25.000.000
1117	Otras entidades	90.000.000
1118	I.V.A Social	1.000
1120	Comercialización de Mercancías	10.000
1190	Otros ingresos de Explotación	100.000.000
1200	Aportes	12.500.002.000
1211	Sistema general de participaciones prestación de servicios	6.000.000.000

1213	Otros aportes nacionales	1.000
1220	Aportes Departamentales (Estampilla Pro Hospital)	2.500.000.000
1230	Aportes Municipales	1.000
1240	Otros aportes	4.000.000.000
1300	Otros ingresos corrientes	1.000
2000	INGRESOS DE CAPITAL	1.000
2300	Rendimientos Financieros	1.000
3000	OTROS INGRESOS	1.000
3100	Otros ingresos no operacionales	1.000
	INGRESOS TOTALES	16.185.016.000

Se presentó un presupuesto de ingresos por 16 mil millones de pesos, que incluye venta de servicios; no obstante, es muy probable que se requiera en poco tiempo presentar un nuevo proyecto de presupuesto para ajustar las cifras de venta de servicio al Régimen Subsidiado de Salud y al Régimen Contributivo. La puesta en operación del Hospital escasamente dejará un trimestre del año 2006 para causar ingresos por estos conceptos.

La mayoría de los ingresos de este año proceden de transferencias departamentales, distritales, nacionales y recursos de capital. Si se causaran ingresos por venta de servicios para el último trimestre, es más probable que procedan de la atención de pobres no asegurados del departamento de Bolívar y del Distrito de Cartagena.

Para la vigencia fiscal 2006 correspondiente a los meses abril- diciembre, se aprobó el siguiente presupuesto de gastos, que se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 5-16. Presupuesto de gastos para la vigencia 2006. ESE HUC.

DENOMINACION DEL RUBRO		PRESUPUESTO
CODIGO	GASTOS TOTALES	15.645.937.618
A	GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	11.645.937.618
1000000	Gastos de personal	4.851.543.305
1010000	Gastos de administración	1.362.159.972
1010100	servicios personales asociados a la nómina	786.725.080
1010101	Sueldos de personal de nómina	646.100.000
1010104	Otros servicios personales	140.625.080
101010401	Bonificaciones por servicios prestados	60.324.080
101010403	Prima de navidad	53.534.000
101010405	Prima de vacaciones	26.767.000
1010200	Servicios personales indirectos	336.000.000
10102001	Honorarios profesionales	34.000.000
10102003	Remuneración por servicios técnicos	302.000.000
1010300	Contribuciones nómina sector privado	207.124.892
1010302	Contribuciones nómina sector privado otros	207.124.892
101030201	Aportes previsión Social	181.280.892
10103020101	Fondo de cesantías	53.534.000
10103020102	Fondo de pensiones	72.686.250
10103020103	Empresa promotora de salud	51.688.000
10103020104	Administradoras de riesgos profesionales	3.372.642
101030203	Aportes parafiscales a la caja de compensación familiar	25.844.000
1010400	Contribuciones de nómina sector público	32.310.000
1010401	Contribuciones de nómina sector público	32.310.000
101040101	Aportes previsión Social	4.000
10104010101	Cesantías	1.000
1010401010101	Fondo de cesantías (fondo nacional el ahorro)	1.000
10104010102	Pensiones	1.000
1010401010201	Instituto de seguro social ISS	1.000
10104010103	Salud	1.000
1010401010301	Empresa promotora de salud	1.000
10104010104	Administradoras de riesgos profesionales	1.000
101040103	Aportes parafiscales	32.306.000
10104010301	Servicio nacional de aprendizaje SENA	12.922.000
10104010302	Instituto colombiano de bienestar familiar ICBF	19.383.000
10104010304	Escuelas industriales e Institutos Técnicos	1.000
1020000	Gastos de Operación	3.489.383.333

DENOMINACION DEL RUBRO		PRESUPUESTO
1020200	Servicios personales indirectos	3.489.383.333
10202001	Honorarios profesionales	3.084.433.333
10202003	Remuneración por servicios técnicos	404.950.000
2000000	Gastos Generales	3.324.087.883
2010000	Gastos de administración	1.440.083.883
2010100	Adquisición de bienes	749.001.000
2010101	Materiales y suministros	49.000.000
2010102	Compra de equipos (Equipos de computo y muebles de oficina)	700.000.000
2010103	Otras adquisiciones	1.000
2010200	Adquisición de servicios	691.081.883
2010201	Capacitación	1.000
2010202	Viáticos y gastos de viaje	14.000.000
2010203	Servicios públicos	284.080.883
2010204	Seguros	50.000.000
2010205	Impresos y publicaciones	10.500.000
2010206	Mantenimiento	10.500.000
2010207	Vigilancia	140.000.000
2010208	Aseo	182.000.000
2010300	Impuestos y Multas	1.000
2020000	Gastos de Operación	1.884.004.000
2020100	Adquisición de bienes	1.800.004.000
2020101	Mantenimiento Hospitalario	1.800.000.000
2020102	Otros	1.000
2020103	Materiales y suministros (Productos Farmacéuticos material medico quirúrgico)	1.000
2020104	Materiales y suministros (Garantía a la calidad)	1.000
2020105	Compra de equipos	1.000
2020200	Adquisición de servicios	84.000.000
2020201	Mantenimiento Hospitalario	70.000.000
2020204	Capacitación (Garantía a la calidad)	14.000.000
4000000	Gastos de operación comercial y de prestación de servicios	3.470.306.430
4200000	Gastos de prestación de servicios	3.470.306.430
4200100	Compra de bienes para la prestación de servicios	2.772.389.442
4200200	Gastos complementarios e intermedios	697.916.988
C	GASTOS DE INVERSIÓN	4.000.000.000
8000000	Programa de inversión	4.000.000.000
8002000	Gastos operativos de inversión	4.000.000.000
8002100	Proyectos	4.000.000.000
E	DISPONIBILIDAD FINAL	

Se observa que el presupuesto es superavitario pues los gastos son inferiores a los ingresos, lo cual denota prudencia en la planeación del presupuesto.

5.4. Estimación de la demanda potencial de servicios

Para la estimación de la demanda potencial de servicios se utilizaron indicadores elaborados por el Ministerio de la Protección Social, tomando como base para las estimaciones la población total de usuarios potenciales del departamento de Bolívar, la cual fue establecida en 2.049.479 personas. Las estimaciones de uso de servicios se pueden observar en las tablas siguientes.

Tabla 5-17. Demanda potencial de Servicios ambulatorios de alta complejidad. Bolívar. 2004.

<i>SERVICIO</i>	<i>TASA DE USO</i>	<i>DEMANDA POTENCIAL</i>
CONSULTA ESPECIALIZADA	0.43876	899,229
CONSULTA DE URGENCIAS	0.06122	125,469
LABORATORIO CLÍNICO	0.87556	1,794,442
MEDICAMENTOS	0.25003	512,431
RAYOS X	0.10000	204,948
MEDICINA NUCLEAR	0.00068	1,387
ENDOSCOPIA	0.00219	4,488
ELECTROCARDIOGRAFÍA	0.01700	34,841
ELECTROENCEFALOGRAFÍA	0.00167	3,416
ELECTRO MIOGRAFÍA	0.00090	1,851
ECOGRAFÍA	0.01333	27,326
ANATOMÍA PATOLÓGICA	0.00632	12,960
BANCO DE SANGRE (EXAM)	0.03162	64,798
SANGRE (UNIDADES)	0.00407	8,335
REHABILITACIÓN	0.00065	1,339
TERAPIA FÍSICA Y RESPIRATORIA	0.07227	148,116
NEUMOLOGÍA	0.00081	1,667
NEFROLOGÍA	0.00126	2,589
NEUROLOGÍA	0.00036	738
CARDIOLOGÍA	0.00106	2,172
OTORRINOLARINGOLOGÍA	0.00172	3,518
OFTALMOLOGÍA	0.00203	4,167
ONTOLOGÍA	0.00158	3,238
ALERGOLOGÍA	0.00090	1,851

NUTRICIÓN	0.00542	11,108
TRABAJO SOCIAL	0.01581	32,402
PSICOLOGÍA	0.00361	7,405
TOMOGRAFÍA	0.00210	4,304
GENÉTICA	0.00016	321
OPTOMETRÍA	0.00804	16,478
RESONANCIA MAGNÉTICA	0.00007	137
OTROS PROCEDIMIENTOS NO QX.	0.00474	9,721

Tabla 5-18. Demanda potencial de Servicios Hospitalarios de alta complejidad. Bolívar. 2004.

<i>SERVICIO</i>	<i>TASA DE USO</i>	<i>DEMANDA POTENCIAL</i>
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	0.00941	19,279
ESTANCIA (5.5. DÍAS)	0.00492	10,090
LABORATORIO CLÍNICO	0.02805	57,495
RADIOLOGÍA	0.00741	15,193
MEDICAMENTOS	0.02711	55,568
VALORACIÓN DIAGNOSTICA	0.00492	10,090
CUIDADOS MÉDICOS	0.02711	55,568
INTERCONSULTAS	0.00199	4,085

Tabla 5-19. Demanda potencial de Servicios Hospitalarios de alta complejidad. Bolívar. 2004.

<i>SERVICIO</i>	<i>TASA DE USO</i>	<i>DEMANDA POTENCIAL</i>
DIÁLISIS (SESIONES)	0.00415	8,505
NEUROCIRUGÍA SISTEMA NERVIOSO	0.00035	717
CIRUGÍA DE CORAZÓN	0.00016	328
REEMPLAZOS ARTICULARES	0.00017	348
GRAN QUEMADO (50 DÍAS)	0.00004	82
PACIENTES INFECTADOS CON VIH (SIDA)	0.00025	512
CUIDADOS INTENSIVOS	0.00133	2,726

La demanda de servicios no alcanzará estos niveles desde el inicio de la operación de la institución. Es más razonable pensar en una primera etapa donde se atenderá a la población pobre no asegurada, seguida de la contratación de un porcentaje importante de servicios del régimen subsidiado y posteriormente orientar las acciones de mercadeo al segmento del régimen contributivo. Al mismo tiempo existe una importante franja de población no identificada de la cual se espera que una parte importante se convierta en usuaria del Hospital, ya que se estima que un alto

porcentaje de estas personas, si bien no se encuentra en estado de pobreza, tiene una capacidad limitada para acceder a servicios de alta complejidad en el sector privado, debido al alto costo de los mismos.

La actual situación de la red de prestación de servicios de salud del departamento, ha originado una situación donde las Entidades Aseguradoras se han visto obligadas a desarrollar esquemas de contratación con el sector privado, especialmente en lo referente a servicios de alta complejidad. En muchos casos, las instituciones existentes en el Departamento de Bolívar satisfacen la demanda por lo que será necesario utilizar estrategias de mercadeo efectivas si se desea acceder masivamente a los usuarios asegurados. De todos modos, muchos afiliados acudirán al Hospital en busca de algunos servicios de alta demanda y escasa oferta como el de Cuidados Intensivos, Hospitalización y urgencias de alta complejidad.

En las siguientes tablas se detalla la demanda esperada en las etapas iniciales de la operación, con la que se recomienda trabajar durante la puesta en marcha del proyecto utilizando como población de base únicamente a los usuarios pobres no asegurados.

Tabla 5-20. Demanda potencial de Servicios ambulatorios de alta complejidad para la población pobre no asegurada. Bolívar. 2004.

<i>SERVICIO</i>	<i>TASA DE USO</i>	<i>DEMANDA POTENCIAL</i>
CONSULTA ESPECIALIZADA	0.43876	259,512
ÍTER CONSULTA URGENCIAS	0.06122	36,210
LABORATORIO CLÍNICO	0.87556	517,865
RADIOLOGÍA	0.10000	59,147
MEDICAMENTOS	0.25003	147,884
MEDICINA NUCLEAR	0.00068	400
ENDOSCOPIA	0.00219	1,295
EKG	0.01700	10,055
EEG	0.00167	986
EMG	0.00090	534
ECOGRAFÍA	0.01333	7,886
ANATOMÍA PATOLÓGICA	0.00632	3,740
BANCO DE SANGRE (EXAM)	0.03162	18,700
SANGRE (UNIDADES)	0.00407	2,405
REHABILITACIÓN	0.00065	386
TERAPIAS	0.07227	42,745
NEUMOLOGÍA	0.00081	481

NEFROLOGÍA	0.00126	747
NEUROLOGÍA	0.00036	213
CARDIOLOGÍA	0.00106	627
OTORRINOLARINGOLOGÍA	0.00172	1,015
OFTALMOLOGÍA	0.00203	1,203
ONTOLOGÍA	0.00158	935
ALERGOLOGÍA	0.00090	534
NUTRICIÓN	0.00542	3,206
TRABAJO SOCIAL	0.01581	9,351
PSICOLOGÍA	0.00361	2,137
TOMOGRAFÍA	0.00210	1,242
GENÉTICA	0.00016	93
OPTOMETRÍA	0.00804	4,755
RESONANCIA MAGNÉTICA	0.00007	39
OTROS PROCESOS NO QX.	0.00474	2,806

Tabla 5-21. Demanda potencial de Servicios Hospitalarios de alta complejidad para la población pobre no asegurada. Bolívar. 2004.

<i>SERVICIO</i>	<i>TASA DE USO</i>	<i>DEMANDA POTENCIAL</i>
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	0.00941	5,564
ESTANCIA (5.5. DÍAS)	0.00492	2,912
LABORATORIO CLÍNICO	0.02805	16,593
RADIOLOGÍA	0.00741	4,385
MEDICAMENTOS	0.02711	16,037
VALORACIÓN DIAGNOSTICA	0.00492	2,912
CUIDADOS MÉDICOS	0.02711	16,037
ÍNTER CONSULTAS	0.00199	1,179

Tabla 5-22. Demanda potencial de Servicios de Alto Costo para la población pobre no asegurada. Bolívar. 2004

<i>SERVICIO</i>	<i>TASA DE USO</i>	<i>DEMANDA POTENCIAL</i>
DIÁLISIS (SESIONES)	0.00415	2,455
NEUROCIRUGÍA SISTEMA NERVIOSO	0.00035	207
CIRUGÍA DE CORAZÓN	0.00016	95
REEMPLAZOS ARTICULARES	0.00017	101
GRAN QUEMADO (50 DÍAS)	0.00004	24
PACIENTES INFECTADOS CON VIH (SIDA)	0.00025	148
CUIDADOS INTENSIVOS	0.00133	787

5.5. Evaluación de la sostenibilidad financiera del nuevo Hospital Universitario del Caribe

De acuerdo con el actual sistema de aseguramiento que rige el modelo de salud en Colombia, se plantea un esquema de contratación con los responsables de los diferentes tipos de población de usuarios potenciales. Así, la responsabilidad de la garantía de la salud de la población pobre no asegurada recae en las Direcciones departamentales y Distritales de Salud. Por otro lado el aseguramiento está a cargo de las EPS y ARS, mientras que otra parte de los riesgos se encuentran amparados por seguros obligatorios de accidentes de tránsito y por la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Al Inicio de su operación el Hospital prestará servicios principalmente a la población conformada por las personas pobres no aseguradas del Departamento de Bolívar y del Distrito de Cartagena. De acuerdo con datos históricos del Hospital Universitario de Cartagena y las proyecciones de la Secretaría de Salud Departamental, se estima que la nueva institución estará recibiendo anualmente, por este concepto, unos recursos del orden de los dieciséis mil millones de pesos.

Igualmente, se espera que los servicios de urgencia presenten una alta demanda desde un principio, al igual que otros servicios que presentan déficit de oferta en el Departamento de Bolívar. Aunque es difícil conocer a ciencia cierta el volumen de venta de estos servicios, se cuenta con una buena referencia del comportamiento del Hospital Universitario de Cartagena en Liquidación al durante el año 2001 cuando se le reconocieron por parte de diferentes entidades 3.108 millones de pesos durante 12 meses.

Tabla 5-23. Venta de servicios, reconocimientos. ESE Hospital Universitario de Cartagena. Año 2001.

CONCEPTO	VALOR
Régimen Contributivo	\$ 192,373,436
Régimen Subsidiado	\$ 1,406,181,662
ECAT	\$ 495,165,378
Cuotas de Recuperación	\$ 611,877,417
Particulares	\$ 152,484,254
Otras Entidades	\$ 250,560,663
TOTAL	\$ 3,108,642,810

Ejecución Presupuestal HU De C. 2001.

Después de las Direcciones de Salud, los principales clientes serían las Administradoras del Régimen Subsidiado. Parte de la demanda de afiliados ha sido redireccionada a otras ciudades ya que la red de servicios del departamento de Bolívar, ha disminuido su capacidad significativamente en los últimos años. Sin embargo, la demanda no atendida persiste y con la apertura de una nueva institución que satisfaga las necesidades de la región, se espera que se reoriente la contratación hacia la institución local con el fin de disminuir costos.

En estas entidades, los costos de los servicios de tercer nivel rondan el 9% del valor de la UPC, mientras que los de alto costo están alrededor del 12%. Aunque el Nuevo Hospital no prestará inicialmente todos los servicios de tercer nivel y los de alto costo, brindará algunos de mediana complejidad y otros de apoyo diagnóstico y terapéutico por lo que el monto estimado de este tipo de contratación sería cercano al 20% de la UPC-S. Teniendo en cuenta la población objeto, los recursos con que cuentan las ARS del departamento, para este tipo de servicio superan los veinticinco mil millones de pesos anuales, por lo que si se realiza una buena labor de mercadeo, los afiliados al régimen subsidiado podrían convertirse en la principal fuente de recursos del Hospital.

Aunque inicialmente se espera establecer contrataciones de servicios prioritarios con estas entidades, a mediano plazo y en la medida en que se gane confianza en la institución, se ampliarán las contrataciones a todo el portafolio, y podrán abrirse nuevos servicios de acuerdo con las necesidades de los clientes.

Para el régimen contributivo los servicios de alta complejidad y de alto costo, representan cerca del 15% de la UPC. Esto representa un monto de más de veinticuatro mil millones de pesos, si se toma en cuenta toda la población. En este caso, lograr un buen volumen de contratación es más difícil pues muchas de las EPS, cuentan con su propia red de servicios, sin embargo, como se afirmó anteriormente, muchos servicios deficitarios en el departamento serán brindados por el Hospital, al encontrarse saturada la red de prestadores de que disponen actualmente las EPS. Igualmente vale la pena realizar una importante labor de mercadeo en este sector.

Aunque el Nuevo Hospital Universitario cuenta con interesantes perspectivas, es razonable iniciar las labores pensando en unos ingresos anuales cercanos a los veinte mil millones de pesos anuales a partir del 2007.

5.6. Evaluación del proceso de adecuaciones locativas para el funcionamiento

5.6.1. Estudio técnico previo

Para las adecuaciones locativas se realizó una evaluación por ingenieros y arquitectos que arrojó los siguientes resultados:

Tabla 5-24. Requerimientos de adecuaciones de la primera planta Hospital Universitario del Caribe

PISO 1							
CATEGORÍA DE INVERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE ÁREAS	ÁREA M2	TIPO DE INTERVENCIÓN	COSTO UNITARIO (\$/m2)	COSTO TOTAL	PARTICIPACIÓN %	
		902			\$ 221,907	200,160,000	39.8%
Obra física	Circulaciones y áreas de espera	243	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas	110,000		26,730,000	
Obra física	Observación hombres y mujeres	228	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas	110,000		25,080,000	
Obra física	Curaciones y cirugías menores	228	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, carpintería metálica y de madera, derribo y levante de muros, reubicación de puntos hidrosanitarios y eléctricos, gases medicinales	250,000		57,000,000	
	URGENCIAS						
Obra física	Consultorio médico, wc espera y observación mujeres	97	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, levante de muros y construcción unidad w.c	450,000		43,650,000	
Obra física	Zona de oficina jefe urgencias pediátricas	106	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, levante de muros y construcción unidad w.c	450,000		47,700,000	
		224			\$ 450,000	100,800,000	20.0%

Obra física	Toma de muestras y recepción, laboratorio general, laboratorio especializado, zonas administrativas, deposito y w.c	224	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, carpintería metálica y de madera, derribo y levante de muros, reubicación de puntos hidrosanitarios y eléctricos, gases medicinales.	450,000	100,800,000	
		122		\$ 180,000	21,960,000	4.4%
Obra física	Área de ventas, depósito, oficina y w.c	122	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, carpintería metálica y de madera, derribo y levante de muros, reubicación de puntos hidrosanitarios y eléctricos, gases medicinales.	180,000	21,960,000	
		400		\$ 180,000	72,000,000	14.3%
Obra física	Despensa general, oficinas, cuartos fríos, zona de preparación, cocción, servido, lavado losas	400	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, carpintería metálica y de madera, derribo y levante de muros, reubicación de puntos hidrosanitarios y eléctricos, gases medicinales, enchape de paredes y pisos	180,000	72,000,000	
		97		\$ 450,000	43,650,000	8.7%
Obra física	Unidades de w.c y vertieres hombres y mujeres	97	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, carpintería metálica y de madera, derribo y levante de muros, reubicación de puntos hidrosanitarios y eléctricos, gases medicinales, enchape de paredes y pisos	450,000	43,650,000	
		476		\$ 50,000	23,800,000	4.7%
Obra física	Lavado, planchado, costura, empacado etc.	476	Pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, mantenimiento de carpintería metálica y de madera, ajustes eléctricos	50,000	23,800,000	
		323		\$ 50,000	16,150,000	3.2%

Obra física	HALL DE SERVICIO	Carros, autoclaves, empacado, lavado etc	323	Pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, mantenimiento de carpintería metálica y de madera, ajustes eléctricos	50,000	16,150,000		
			492		\$ 50,000	24,600,000	4.9%	
Obra física		Hall de servicio de mantenimiento	492	Pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, mantenimiento de carpintería metálica y de madera, ajustes eléctricos e iluminación	50,000	24,600,000		
TOTAL PROYECTO						503,120,000.00	100.00%	

Tabla 5-25. Requerimientos de adecuaciones de la segunda planta Hospital Universitario del Caribe

PISO 2							
CATEGORÍA DE INVERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE ÁREAS	ÁREA m2	TIPO DE INTERVENCIÓN	COSTO UNITS/m2	COSTO TOTAL	PARTICIP %	
		722		\$ 181,967	131,380,000	25.6%	
Obra física	Circulaciones y áreas de espera	140	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas	110,000	15,400,000		
Obra física	Área de oficina zona 1	352	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, carpintería metálica y de madera, derribo y levante de muros y ajustes eléctricos	180,000	63,360,000		
Obra física	Áreas de oficina zona 2	159	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, carpintería metálica y de madera y ajustes eléctricos	130,000	20,670,000		
Obra física	Área de w.c	71	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, levante de muros y construcción unidad w.c	450,000	31,950,000		
	AU	502		\$ 263,147	132,100,000	25.8%	

Obra física	Auditorio, depósito y hall y 2 salón	469	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, carpintería metálica y de madera, derribo y levante de muros,	250,000	117,250,000	
Obra física	Unidad de w.c	33	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, carpintería metálica y de madera, derribo y levante de muros, reubicación de puntos hidrosanitarios y eléctricos	450,000	14,850,000	
		318		\$ 110,000	34,980,000	6.8%
	ZONA DE ESPERA GENERAL					
Obra física	Zona de espera acceso general piso 2	318	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, ajustes eléctricos	110,000	34,980,000	
		669		\$ 320,359	214,320,000	41.8%
Obra física	Espera y halles	669	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, ajustes eléctricos	110,000	73,590,000	
	CONSULTA EXTERNA					
Obra física	Estar de enfermeras, historias clínicas	109	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, carpintería metálica y de madera y ajustes eléctricos	130,000	14,170,000	
Obra física	Hall zona de ascensores	100	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, ajustes eléctricos	110,000	11,000,000	

Obra física	Consultorios	505	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, carpinterías metálica y de madera y ajustes eléctricos	130,000	65,650,000	
Obra física	W.C comunes y de consultorios	93	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, levante de muros y construcción unidad w.c	450,000	41,850,000	
Obra física	Consultorio de odontología	62	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, carpintería metálica y de madera y ajustes eléctricos	130,000	8,060,000	
TOTAL PROYECTO					512,780,000.00	100.00%

Tabla 5-26. Requerimientos de adecuaciones de la tercera planta Hospital Universitario del Caribe

PISO 3							
CATEGORÍA DE INVERSIÓN		DESCRIPCIÓN DE ÁREAS	ÁREA M2	TIPO DE INTERVENCIÓN	COSTO UNIT \$/m2	COSTO TOTAL	PARTICIP %
			715		\$ 180,000	128,700,000	38.2%
Obra física	QUIRÓFANOS	Salas de cirugía, observación, estar médicos y enfermeras y hall aséptico	715	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, carpintería metálica y de madera, derribo y levante de muros y ajustes eléctricos	180,000	128,700,000	
			351		\$ 350,000	122,850,000	36.5%
Obra física	UCI	Módulos, aislados, administrativos, estares, estación de enfermeras, trabajo sucio y limpio, hall	351	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, carpintería metálica y de madera, derribo y levante de muros, gases medicinales, tomas regulados	350,000	122,850,000	
				247		\$ 180,000	44,460,000
Obra física	RAYOS X	Cuartos de Rx, revelado, administrativas,	247	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, ajustes eléctricos	180,000	44,460,000	
				372		\$ 110,000	40,920,000
	HALL						

Obra física	Espera y halles	372	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas	110,000	40,920,000	
TOTAL PROYECTO					336,930,000.00	100.00%

Tabla 5-27. Requerimientos de adecuaciones de la cuarta planta Hospital Universitario del Caribe

PISO 4						
CATEGORÍA DE INVERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE ÁREAS	ÁREA m2	TIPO DE INTERVENCIÓN	COSTO UNITS/m2	COSTO TOTAL	PARTICIP %
		847		\$ 250,000	211,750,000	71.3%
Obra física	Habitaciones para 54 camas	847	Cielo raso, pintura muros retiro y colocación de piso, mantenimiento de puertas, carpintería metálica y de madera, derribo y levante de muros y ajustes eléctricos, puntos sanitarios y eléctricos, gases medicinales	250,000	211,750,000	
		82		\$ 250,000	20,500,000	6.9%
Obra física	Modulos de estación de enfermería, estares, deposito y w.c	82	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, carpintería metálica y de madera, derribo y levante de muros, cubierta de mesón u w.c	250,000	20,500,000	
		109		\$ 110,000	11,990,000	4.0%
Obra física	Estares de pacientes y visitas	109	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, ajustes eléctricos	110,000	11,990,000	
		111		\$ 250,000	27,750,000	52.6%
	Cuartos AA. Estación de gases, trabajo limpio, Trabajo sucio, cuartos de aseo etc	111	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas, levante de muros, instalaciones hidrosanitarias y eléctricas, carpintería metálica y de madera	250,000	27,750,000	
		480		\$ 110,000	52,800,000	17.8%
Obra física	Espera y halles y oratorio	480	Cielo raso, pintura muros, repulida de pisos, mantenimiento de puertas	110,000	52,800,000	
TOTAL PROYECTO					297,040,000.00	100.00%

Tabla 5-28. Requerimientos de adecuaciones locativas Hospital Universitario del Caribe. Resumen

RESUMEN DE COSTOS DIRECTOS							
CATEGORÍA DE INVERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE ÁREAS	CANTIDAD	TIPO DE INTERVENCIÓN	COSTO UNITS\$/m2	COSTO TOTAL	PARTICIP %	
		0			503,120,000	21.5%	
Obra física					503,120,000		
		0			512,780,000	21.9%	
Obra física					512,780,000		
		0			336,930,000	14.4%	
Obra física					336,930,000		
		0			297,040,000	12.7%	
Obra física					297,040,000		
		4		\$ 25,000,000	100,000,000	4.3%	
	Mini estaciones de gases medicinales	4		25,000,000	100,000,000		
		2		\$ 45,000,000	90,000,000	3.8%	
	Reparación de dos ascensores	2		45,000,000	90,000,000		
		1		\$ 250,000,000	250,000,000	10.7%	
	Sustitución de red hidrosanitaria	1		250,000,000	250,000,000		
		20		\$ 6,000,000	120,000,000	5.1%	
	Mantenimiento y reutilización de cuartos de aires acondicionados 200 ton.	20		600,000	120,000,000		
		3		\$ 10,000,000	30,000,000	1.3%	
	Mantenimiento de autoclaves	3		10,000,000	30,000,000		
		1		\$ 50,000,000	50,000,000	2.1%	
	Mantenimiento de equipos de lavandería	1		50,000,000	50,000,000		
		1		\$ 50,000,000	50,000,000	2.1%	
	Mantenimiento caldera N° 1	1		50,000,000	50,000,000		
TOTAL PROYECTO					2,339,870,000.00	100.00%	

Estos valores por ser calculados con factores numéricos, pueden llegar a tener una variabilidad estimada de $\pm 15\%$ (mas o menos el quince por ciento), la cuantificación definitiva de los recursos necesarios para las adecuaciones locativas, requerirían de un estudio más profundo

5.6.2. *Proceso de contratación de obras civiles*

Sobre la base de estas estimaciones se realizó la convocatoria 001 para la adjudicación del contrato de obras civiles de adecuación del edificio, por valor de **\$3.279.719.890**. Tal adjudicación se realizó atendiendo todos los parámetros de la contratación privada, aunque con la solemnidad del régimen público de contratación, lo cual le dio más transparencia al proceso que fue acompañado por la Facultad de Ingeniería de la Universidad de Cartagena y la audiencia de adjudicación tuvo el acompañamiento de la personería distrital.

El día 27 de Abril de 2006, a través de la Resolución No. 002 se ordenó la apertura de un proceso contractual, autorizado por la Junta Directiva de la ESE hospital Universitario mediante acta No 02 de fecha 16 de marzo de 2006 a fin de contratar las obras civiles de reparación, adecuación y mantenimiento de las instalaciones físicas del Hospital Universitario del Caribe, así como la ejecución de obras hidráulicas-sanitarias, eléctricas, y el suministro e instalación de un sistema de aire acondicionado, conforme a los diseños, especificaciones y cantidades de obras definidas en los términos de referencia.

En la etapa previa a la convocatoria se elaboraron los Términos de Referencia donde se consagraron los requisitos, condiciones, términos, especificaciones y demás reglas para regular la relación entre proponentes y la Empresa, así como los estudios y diseños de las obras.

Cumpliendo con lo establecido en el Estatuto Contractual de la Empresa, se realizó la publicación de la convocatoria a contratar, abundando en este requisito toda vez que mediante el Diario El Universal, y El Diario la Verdad, se efectuaron dos publicaciones en la misma fecha, la cual correspondió al día 28 de abril de 2006.

De igual manera los Términos de Referencia fueron publicados en la página Web de la Gobernación de Bolívar desde la misma fecha arriba indicada, tal como lo dispusieron los Términos de Referencia establecidos como las condiciones básicas del proceso contractual que se adelantó.

Todas las etapas de este proceso contractual se cumplieron en la forma que venían establecidas tanto en los Términos de Referencia, como en la convocatoria publicada en los medios de comunicación antes citado, tales como la visita al sitio de la obra, la audiencia de aclaración de términos de referencia, evaluación de propuestas y traslado de la evaluación .

El día 11 de mayo de 2006, se cerró la convocatoria pública No 001 de 2006, y se presentaron dos propuestas, una de la persona natural **JORGE ALBERTO ISAAC CURE** y la otra por el **CONSORCIO REGIONAL DEL CARIBE**, representado por **EDUARDO HERNANDEZ PEÑA**, y conformado por esta persona y **CONSTRUCTORA PROMOTORA EL CAMPIN**.

Para efectos de evaluar las propuestas presentadas se designó mediante resolución No 006 de fecha 3 de mayo de 2006 a un comité evaluador integrado por un grupo interdisciplinario de personas para realizar los estudios de los aspectos, técnico, económicos y jurídicos, conforme a los parámetros y factores objetivos que se establecieron en los términos de referencia y de esta manera seleccionar la propuesta mas conveniente para la entidad.

Una vez realizada la evaluación de ambas propuestas, según lo indican los términos de referencia se dieron los resultados en un documento de 26 folios.

La verificación de los aspectos jurídicos de la propuesta presentada por **JORGE ALBERTO ISAAC CURE** se resume así: “La propuesta desde el punto de vista jurídico se ajusta y cumple con los requisitos establecidos en los Términos Referencia de la Convocatoria Pública 001, por lo que se cumplen con los criterios y factores de Evaluación y calificación señalados en los términos, de esta manera la propuesta es admisible; la verificación de los aspectos financieros de esta propuesta en resumen señala: “La propuesta de **JORGE ISAAC CURE** presentó el Balance General a 31 de diciembre de 2005, estado de Resultados a 31 de diciembre de 2005 debidamente firmados, copia de la tarjeta profesional, certificado de antecedentes disciplinarios del contador, Notas a los Estados Financieros, esto último conforme a lo establecido en los términos de referencia de la convocatoria pública. Por lo tanto la propuesta cumple con lo establecido en los términos de referencia y es admisible”. En el examen de verificación sobre los aspectos técnicos de esta propuesta, se encuentra que cumple todos los requisitos exigidos.

La verificación de los aspectos jurídicos de la propuesta **CONSORCIO REGIONAL DEL CARIBE** concluye: “ La propuesta desde el punto de vista jurídico no se ajusta a los requisitos establecidos en los Términos Referencia de la Convocatoria Pública 001, puesto que se presentó el formulario de Resumen de la propuesta dentro del sobre 1 expresando el valor de la propuesta lo que constituye un incumplimiento de las exigencias de los términos en: Nota inserta formato A-2 que dice que este formulario debe incluirse en el sobre No 2; el numeral 4.3 literal c y Numeral 3.9 literal K nota final que en igual sentido se estipula que el valor de la propuesta no puede incluirse en el sobre No 1, y que hacerlo de esa manera, constituye causal de rechazo. Por lo tanto dicha propuesta **no es admisible**. De igual forma la póliza de seriedad de la propuesta fue tomada a nombre del consorcio y es suscrita por el representante legal del mismo, incumpliendo lo establecido en los términos de referencia donde especifica que cuando la propuesta se presente en consorcio o unión temporal, la póliza deberá tomarse a nombre de sus integrantes, y no a nombre de los representantes legales. Numeral 3.9 literal e.; sobre lo que vale precisar que este aspecto no se contemplo como subsanable”.

La verificación de los aspectos financieros de esta propuesta consigna: “Dentro de la propuesta de **CONSORCIO REGIONAL CARIBE** cada uno de los integrantes del mismo presentó Balance General, el Estado de Resultados a 31 de diciembre de 2005 debidamente firmados, presentaron copia de la tarjeta profesional, certificado de antecedentes disciplinarios del contador y revisor fiscal (cuando hubo lugar), Notas a los Estados Financieros, conforme a lo establecido en los términos de referencia de la convocatoria pública, por lo tanto la propuesta cumple con lo establecido en los “términos de referencia. La verificación técnica de esta propuesta presenta las siguientes observaciones: “Esta propuesta no cumple con el examen técnico, toda vez que lo relacionado con la experiencia especifica no se ajusta a lo pedido en los términos de referencia, así como en cuanto a las hojas de vida aportadas no especifica que cargo desempeñaran dentro del proyecto los ingenieros; tampoco estos profesionales cumplen con la experiencia específica solicitada, no acreditan la experiencia que dicen tener y no presentan carta de compromiso para los cargos específicos que se exigen (Residente de obra y Director de proyecto), lo cual según los términos de referencia, la falta de estos requisitos conduce a que no se evalué la propuesta en la fase dos.

Cumplida la primera fase de evaluación se citó a los proponentes para la apertura del sobre No 2 correspondiente a la evaluación económica, la cual se produce siempre que la propuesta haya cumplido con la evaluación jurídica, técnica y financiera, que para el caso solo cumplió la propuesta presentada por JORGE ASAAC CURE.

La evaluación económica presento el siguiente resultado: “La propuesta económica del Ingeniero Jorge Isaac Cure consta de **413** ítems (en el formulario A-8), los mismos que forman parte del pliego de condiciones; A la vez se anexan **413** análisis de precios unitarios (formulario A-9); Todos los precios unitarios consignados en los formularios A-9, corresponden a los que se utilizan en el formulario A-8, con el fin de obtener los valores totales de cada ítem de la propuesta; Los análisis de precios unitarios están ajustados debidamente al peso por exceso y por defecto; El proponente adjunta la inscripción en el Régimen Común, mediante copia del RUT del departamento de impuestos nacionales, para tal efecto el valor del impuesto agregado es del 16%, sobre las utilidades del costo directo de la oferta: El valor total de la propuesta es de TRES MIL DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL MILLONES NOVEESCIENTOS VEINTIUN MIL SETESCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS CON DIECIOCHO CENTAVOS ML (

\$3.271.921.732.18); El valor del presupuesto oficial es de **3.279.719.890.00**; E l valor de la propuesta corresponde al **99.762%** del Presupuesto oficial., valor que se encuentra entre el rango del 95% al 100%. Por lo tanto se considera **ADMISIBLE** y será el valor tomado para la aplicación de la media geométrica y su asignación de puntos; lo que significa que obtiene el máximo puntaje es decir 1000 puntos.

Dentro del término fijado en los términos de referencia se puso a consideración de los proponentes los resultados de evaluación, para que los proponentes puedan presentar las observaciones del caso; termino dentro del cual no se presentó observación alguna.

Como consecuencia de lo anterior se procedió a adjudicar la Convocatoria Publica No. 01 de 2006, cuyo objeto es contratar las obras civiles de reparación, adecuación, y mantenimiento de las instalaciones físicas del Hospital Universitario del caribe, así como la ejecución las obras

Hidráulicas. Sanitarias, eléctricas, y el suministro e instalación de un sistema de aire acondicionado, conforme a los diseños, especificaciones y cantidades de obras definidas en los términos de referencia, al proponente JORGE ISAAC CURE, identificado con la cedula de ciudadanía No 9.138.843.

Todo este proceso se ajustó de jurídicamente al proceso delineado en el estatuto de contratación de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe.

5.6.3. Cumplimiento de estándares de habilitación en infraestructura física

Al analizar los planos y las adecuaciones propuestas, se pudo constatar que estas se ajustan a los requerimientos técnicos establecidos en las siguientes normas de habilitación en cuanto a infraestructura física de hospitales:

1. Ley 9 de 1979, código sanitario colombiano
2. Resolución 4445 de 1996 del Ministerio de Salud Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.
3. Resolución N°. 1043 de 3 de Abril de 2006, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Los recursos asignados al contrato se adjudicaron con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No.006 del 27 de Abril de 2006. Hasta la fecha las obras se ejecutan de conformidad con el cronograma propuesto y el compromiso político tanto del Gobernador del departamento de Bolívar, Dr. Libardo Simancas, como del Alcalde del Distrito de Cartagena, Dr. Nicolás Curi Vergara, han sido evidentes en todo este proceso.

Gráfico 2. Visita del gobernador y el alcalde durante las adecuaciones locativas del Hospital Universitario del Caribe



Los recursos de estampilla pro Hospital Universitario del Caribe se han girado de manera oportuna por parte del Departamento y en la actualidad está en curso la aprobación de un crédito del Distrito de Cartagena con la banca comercial para apoyar con 3000 millones de pesos adicionales la culminación de las obras y la dotación de muebles, enseres, equipos de computación y comunicación. En este proceso también ha sido determinante el apoyo de la Universidad de Cartagena.

6. Evaluación del proceso de contratación de operadores externos

6.1. Evaluación de la contratación de servicios asistenciales

Aunque el régimen de contratación de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe es de derecho privado, la contratación de servicios asistenciales hasta el momento de la presente evaluación se está realizando a través de procesos de invitaciones o convocatorias públicas en las que se selecciona a los oferente de conformidad con la solemnidad y requisitos del estatuto de contratación pública y del reglamento de contratación del hospital.

Hasta la fecha se han llevado a cabo los procesos de invitación de oferentes para el desarrollo de los servicios de UCI, imagenología, gases medicinales, urgencias y farmacia. Están pendientes por desarrollar los demás procesos de contratación de urología y unidad renal, UCI pediátrica y neonatal, banco de sangre, hemodinamia y neurofisiología, dotación de equipos biomédicos, dotación de muebles y equipos de oficina. Todos estos procesos están previstos para este trimestre de julio a septiembre de 2006.

Cada proceso de contratación contiene:

1. Estudio técnico de factibilidad
2. Aviso de convocatoria
3. Términos de referencia
4. Publicación en página web
5. Actas modificatorias de los términos de referencia
6. Actos administrativos de nombramiento de junta de evaluación de propuestas
7. Actos administrativos de evaluación y adjudicación de contratos

8. Contratos con sus correspondientes anexos de perfeccionamiento

En fin, pudimos verificar que todos estos procesos se ajustan al marco normativo vigente y cuentan con estudios técnicos de evaluación y autorización de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe.

6.2. Evaluación de la contratación de servicios generales

Hasta la fecha sólo se ha suscrito un contrato de vigilancia con la Empresa de Vigilancia Marítima Comercial. Este es el único contrato de servicios generales adjudicado a una reconocida empresa de Cartagena.

De los otros procesos de contratación sólo existen estimaciones técnicas de requerimientos de dotación de muebles, equipos de computación y comunicaciones pero no se han realizado términos de referencia.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

1. El proceso de creación de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe se ajusta en materia jurídica a la normatividad vigente en Colombia para las Empresas Sociales del Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Los procesos de convocatoria, selección y nombramiento de los miembros de la Junta Directiva y el Gerente encargado se ajustan a las normas vigentes.
3. Los procesos de contratación se ajustan a las normas vigentes del régimen de contratación de las empresas sociales del estado.
4. Aunque en varios documentos presentados a la junta directiva existen algunos cronogramas previstos para la apertura de servicios, no existe un plan integral que de manera holística defina cada una de las etapas de la apertura del hospital y que sirva como carta de navegación a todo el proceso y a las actividades que debe realizar la Junta Directiva en cuanto a la aprobación de actos administrativos de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe.
5. Como consecuencia de lo anterior, se han pasado por alto algunos pasos que debieron ser previos a la iniciación de los procesos de contratación, por ejemplo a la fecha no se ha realizado la selección y nombramiento del revisor fiscal, el cual debe tomar posesión ante la Superintendencia Nacional de Salud, según las recomendaciones dadas en la Circular externa 078 de 1998 y de conformidad con los artículos 228 y 232 de la ley 100 de 1993 ni tampoco se ha creado el sistema de control interno según los parámetros de la Ley 87 de 1993.

6. En todo el proceso se ha evidenciado un compromiso político tanto del Señor Gobernador, Doctor Libardo Simancas, como del Señor Alcalde Mayor de Cartagena, el Doctor Nicolás Curi Vergara.
7. De la revisión de los estudios técnicos y la forma en que se han realizado los procesos de contratación, así como entrevistas realizadas a decanos y otros funcionarios de la alcaldía, la Secretaría Seccional de Salud y la Universidad de Cartagena, se deduce que el actual Gerente encargado, el Doctor Wilman Herrera Castaño, presenta un perfil de gestión muy técnica y cuenta con la credibilidad de la Alcaldía Distrital, la Secretaría Seccional de Salud y la Universidad de Cartagena.
8. Existe viabilidad financiera de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe por cuanto los estudios técnicos de proyecciones de recaudo de estampillas y venta de servicios a la población pobre no asegurada del departamento y distrito y a las ARS del Régimen Subsidiado de Salud permiten deducir unos ingresos que pueden sostener la operación de la empresa en el tiempo. No obstante, las apreciaciones técnicas de proyecciones de ingresos deben ajustarse al muy posible escenario futuro de cobertura universal del aseguramiento, con lo que los recursos de subsidio a la oferta se verán muy reducidos.

7.2. RECOMENDACIONES

Adoptar un plan estratégico general, en el que existan varias plataformas de trabajo y un plan operativo (preferiblemente con la metodología CPM o de ruta crítica) dado que existen varios proyectos que se superponen y unos generan insumos necesarios para la continuidad del otro.

Se Propone crear un plan integral que describa la totalidad de las fases de apertura del hospital según el siguiente modelo:

GUIA PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL HOSPITALARIO
 MODULO 1: CONFIGURACION DE LA PLATAFORMA JURIDICA

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PRODUCTO	MECANISMO	RESPONSABLE	S.O.R. ²⁵	OBSERVACIONES
1.1. Definición de la naturaleza jurídica actual	Definición de la naturaleza jurídica a partir del análisis de: Origen - creación Fuentes de financiación Régimen de personal Régimen contractual Organos de Dirección Análisis patrimonial Régimen legal aplicable	Términos de referencia para la definición o determinación de la naturaleza jurídica	Ordenanza y/o acuerdo que define la naturaleza jurídica (opcional)	Gobierno Departamental o municipal a través de la Dirección Departamental o Local de Salud	Ley 715 de 2001	
1.2. Creación y/o reestructuración del Hospital en Empresa Social del Estado	Creación y/o reestructuración Jurídico -institucional del Hospital como E.S.E.	Acto administrativo por medio del cual se da la creación o reestructuración	Ordenanza o acuerdo por medio del cual se da la creación o reestructuración	Asamblea Departamental o Concejo Municipal	Ley 100/93 Art. 197 Decreto 1876/94	
1.3 Conformación de la asociación de usuarios	Conformación de la asociación de usuarios Aprobación de reglamento interno de la asociación Designación de representantes (Cté Etica Hospitalaria, Junta Directiva)	Asociación de Usuarios Delegados a la Junta Directiva y Comité de Etica	Convocatoria a los usuarios de la ESE a través de diferentes mecanismos Asamblea de Usuarios Designación de Representantes	Gerente de la ESE Junta Directiva de la Asociación de Usuarios	Decreto 1757/94 Art. 11 y 12	En caso de no existir Gerente de la ESE la convocatoria será realizada por el Gobernador o Alcalde.
1.4. Conformación y/o adaptación de la Junta Directiva de la E.S.E.	Conformación y/o adaptación de la Junta Directiva de acuerdo con el acto administrativo respectivo	Conformación y/o adaptación de la Junta Directiva de la E.S.E.	Elección o designación, aceptación y posesión de los miembros de la Junta de la E.S.E.	Director Seccional o Local de salud Gerente de la E.S.E.	Decreto 1876/94 Art.,7,8,9,10, 11,12 Decreto ordenanza 895 de 2004.	
1.5. Elaboración y/o modificación del Estatuto de la E.S.E.	Elaboración y/o modificación del Estatuto de la E.S.E. Aprobación Estatuto	Estatuto de la E.S.E.	Acuerdo de la Junta Directiva por medio del cual se aprueba el Estatuto de la E.S.E., con aprobación final por la Asamblea o Concejo	Junta Directiva de la E.S.E. Gerente de la E.S.E. Asamblea Departamental Concejo Municipal Director Seccional	Decreto 1221/86 Decreto 1876/94 Modelo PMSSC ²⁶	

²⁵ Sistema Operativo de Referencia²⁶ Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PRODUCTO	MECANISMO	RESPONSABLE	S.O.R. ²⁵	OBSERVACIONES
1.6. Redefinición de la estructura orgánica de la E.S.E.	Diseño de la estructura orgánica de la E.S.E. (1)	Estructura orgánica de la E.S.E.	Acuerdo de la Junta Directiva de la E.S.E.	Gerente de la E.S.E. Junta Directiva	Decreto 1876/94 Decreto 1222/86 Art. 282 Lit. b	(1) Esta actividad podrá incluirse en los estatutos (opcional) y darse en este momento, o aparecer como consecuencia determinada por el Desarrollo Empresarial Hospitalario. La estructura orgánica podrá modificarse cuantas veces sea requerido
1.7. Fijación de la planta de personal de la E.S.E.	Montaje de la planta de personal de la E.S.E. acorde a la estructura organizacional (1.5)	Planta de personal de la E.S.E.	Acuerdo de Junta Directiva de la E.S.E.	Gerente de la E.S.E. Junta Directiva	Decreto 1876/94 Decreto 1921/94	Esta actividad sólo se ejecutará si se ha dado el paso 1.6.
1.8. Fijación de la nomenclatura, clasificación y escalas de remuneración de los empleados públicos de la E.S.E.	Configuración de la nomenclatura, clasificación y escalas de remuneración de los empleados públicos de la E.S.E.	Nomenclatura, clasificación y escalas de remuneración de los empleados públicos de la E.S.E.	Mediante acuerdo de la Junta Directiva	Gerente Junta Directiva	Decreto 1894/94 Decreto 1892/94 Decreto 1921/94 Decreto 439/95	Esta actividad está basada en la planta de personal y será modificada anualmente
1.9. Incorporación y/o reubicación del personal	Incorporación y/o reubicación de los funcionarios de acuerdo con la planta de personal	Incorporación y reubicación de los funcionarios	Mediante resolución del Gerente de la E.S.E.	Gerente		Esta actividad puede desarrollarse por Acuerdo de la Junta Directiva protegiendo los derechos de los trabajadores de la E.S.E.
1.10. Adopción y/o elaboración del manual de funciones	Adopción del manual de funciones definido por Minsalud o elaboración del manual específico de funciones de la E.S.E.	Manual de funciones	Adopción de la Junta Directiva mediante acuerdo previo concepto técnico de Minsalud, Dirección de Recursos Humanos	Gerente Junta Directiva Minsalud	Decreto 1335/90 Decreto 439/95 Decreto 1921/94 Decreto 586/94 Ley 190/95 Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC ²⁷	El Decreto 439/95 da un término de 6 meses para la expedición de una guía de funciones en el sector salud territorial. La Ley 190/95 da un término de 3 meses para la elaboración del Manual de Funciones
1.11. Elaboración del reglamento de prestación	Elaboración del reglamento de prestación	Reglamento de prestación de servicios	Adoptado mediante acuerdo de la Junta Directiva	Gerente Junta Directiva	Modelo de reglamento de	Se compilan las normas de prestación de servicios

²⁷ Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PRODUCTO	MECANISMO	RESPONSABLE	S.O.R. ²⁵	OBSERVACIONES
de servicios de la E.S.E.	de servicios de la E.S.E.		de la E.S.E.		prestación de servicios PMSSC	y se adaptan a la necesidad de cada E.S.E.
1.12. Adopción del Sistema de Control Interno	Adopción del sistema de control interno de la E.S.E. Elaboración y adopción del plan de desarrollo de control interno	Adopción del sistema de control interno de la E.S.E. Adopción del plan de desarrollo de control interno Conformación del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno	Adopción mediante Acuerdo de la Junta Directiva de la E.S.E.	Gerente Junta Directiva Coordinador de Control Interno	Ley 87/93 y reglamentario Constitución Política Art. 209, 269 y 343 Decreto 1876/94 Art. 21 Modelo Guía de desarrollo de control interno PMSSC	
1.13. Creación de la Oficina de Control Interno y del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno	Creación de la Oficina de Control Interno de la E.S.E. Conformación del Comité de Coordinación de Control Interno Creación del cargo de Coordinador de Control Interno	Oficina de Control Interno Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno Incorporación del Coordinador de Control Interno de la E.S.E.	Mediante acuerdo de la Junta Directiva y resolución del Gerente	Junta Directiva Gerente Coordinador de Control Interno	Decreto 1876/94 Art. 21 Ley 87/93 Art. 10 y 11 Decreto 1826/94	
1.14. Designación del Revisor Fiscal de la E.S.E.	Designación del Revisor Fiscal de la E.S.E. Fijación honorarios Revisor Fiscal	Contratación del Revisor Fiscal de la E.S.E. Fijación de honorarios	Mediante acuerdo de Junta Directiva de la E.S.E. Posesión ante la Superintendencia Nacional de Salud	Junta Directiva Gerente	Ley 43/90 Decreto 1876/94 Art. 22 Circular 023/94 Supersalud Ley 190/95	
1.15. Inclusión en el Registro Especial	Inclusión de la ESE en el Registro Especial	Inscripción	Mediante solicitud a la Dirección Seccional de Salud	Gerente	Decreto 1088/91	
1.16. Tramite de licencia sanitaria de funcionamiento	Tramite de licencia provisional (opcional) Tramite de licencia definitiva	Licencia de funcionamiento provisional Licencia de funcionamiento definitiva	Mediante Resolución de licenciamiento expedida por la Dirección Seccional o Local de Salud	Gerente	Decreto 1918/94 Resolución 2810/86	Para el otorgamiento de la Licencia se requiere contar con algunos productos de otras actividades de esta fase.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PRODUCTO	MECANISMO	RESPONSABLE	S.O.R. ²⁵	OBSERVACIONES
1.17. Elaboración del estatuto presupuestal y contable de la entidad	Elaboración régimen de presupuestación prospectiva Adecuación del sistema de contable de la entidad Elaboración sistema de costos de la entidad Elaboración del sistema de facturación de la entidad	Régimen de presupuestación prospectiva Plan único de cuentas hospitalarias Régimen de costos Sistema de facturación	Acuerdo de la Junta Directiva	Junta Directiva Gerente	Decreto 1876/94 Resolución 0968/94 Resolución 0522/94	Los productos descritos se podrán integrar dentro de un régimen único presupuestal y contable de la entidad
1.18. Elaboración del estatuto contractual de la entidad	Compendio de las normas, formas y momentos de contratación de la E.S.E.	Estatuto contractual	Acuerdo de la Junta Directiva	Junta Directiva Gerente	Código de Comercio Ley 80/93	

GUIA PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL HOSPITALARIO
 MODULO 2: IDENTIFICACION DE LA SITUACION ACTUAL

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PRODUCTO	MECANISMO	RESPONSABLE	S.O.R. ²⁸	OBSERVACIONES
2.1. Descripción de la situación externa	Proceso mediante el cual se reconocen e identifican los factores del entorno que pueden tener impacto positivo o negativo para la empresa	Identificación de oportunidades y amenazas	A través de la identificación de las variables económicas, sociales, culturales, demográficas, políticas, epidemiológicas, tecnológicas, competitivas y legales	Equipo estratégico de la alta gerencia	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC ²⁹ Diagnósticos previos de la Empresa, si existen	En esta actividad se hace indispensable especificar las fuentes de información, a partir de los factores y variables del entorno determinados para el análisis
2.2. Descripción de la situación interna	Proceso mediante el cual se reconocen e identifican los factores internos por cada unidad funcional que permiten aprovechar las oportunidades y minimizar las amenazas	Identificación de fortalezas y debilidades	A través de la identificación de las variables de la estructura, procesos y resultados con base en los indicadores de suficiencia, eficiencia, eficacia, productividad, calidad, efectividad e impacto identificados	Equipo estratégico de la alta gerencia con participación de todas las unidades funcionales	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC Diagnósticos previos de la Empresa, si existen	En esta actividad se hace indispensable especificar las fuentes de información, a partir de las variables e indicadores definidos para el análisis
2.3. Análisis estratégico	Priorización de las oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades Confrontación de las oportunidades y amenazas priorizadas respecto a las fortalezas y debilidades Definición de acciones prioritarias para aprovechar las oportunidades y minimizar las amenazas	Definición de prioridades de acción	A través de la ponderación de las oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades, estableciendo las interacciones e interrelaciones de las mismas y extractando de ello las acciones prioritarias.	Equipo estratégico de la alta gerencia	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC Diagnósticos previos de la Empresa, si existen	

²⁸Sistema Operativo de Referencia

²⁹Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia

GUIA PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL HOSPITALARIO
MODULO 3: FORMULACION DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PRODUCTO	MECANISMO	RESPONSABLE	S.O.R. ³⁰	OBSERVACIONES
3.1. Definición de principios corporativos	Identificación y definición del conjunto de valores, creencias y normas que regulan la vida de la Organización. Es el soporte para la visión y misión	Principios corporativos definidos	Mediante un proceso de reflexión crítica y consenso para identificar los principios que rigen las interrelaciones de la Empresa. Priorización y definición de principios. Estrategia de divulgación.	Equipo estratégico de la alta gerencia	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC ³¹ Decreto 1876 Art. 3 Principios previamente definidos por la Empresa, si existen	
3.2. Formulación de la misión corporativa	Establecimiento de la razón de ser de la Empresa, de forma altamente participativa	Misión institucional	Estímulo a la discusión de todos los niveles de la empresa. Formulación por consenso de la misión institucional basándose en los principios corporativos, los usuarios, la tecnología, los productos o servicios e imagen pública entre otros	Equipo estratégico de la alta gerencia	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC Misión previa de la Empresa, si existen	
3.3. Formulación de la visión corporativa	Proceso institucional mediante el cual se establece el futuro deseado de la Empresa tanto en el componente técnico como humano	Visión institucional	Estímulo a la discusión de todos los niveles de la Empresa. Formulación por consenso de la visión institucional	Equipo estratégico de la alta gerencia	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC Visión previa de la Empresa, si existen	
3.4. Definición de objetivos corporativos	Formulación realista, concreta y necesaria sobre el punto o estado al que se desea llegar y	Objetivos corporativos	A partir del análisis de las fortalezas, debilidades, oportunidades, amenazas, principios corporativos,	Equipo estratégico de la alta gerencia	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario	

³⁰Sistema Operativo de Referencia

³¹Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PRODUCTO	MECANISMO	RESPONSABLE	S.O.R. ³⁰	OBSERVACIONES
	hacia el cual hay que movilizar los esfuerzos y recursos		visión y la misión, se establecen objetivos prioritariamente orientados hacia la supervivencia, rentabilidad, crecimiento y desarrollo		PMSSC Decreto 1876 Art. 3 Acuerdo por el cual se adopta el Estatuto	
3.5. Definición de estrategias corporativas	Planteamiento de los diferentes medios para alcanzar los objetivos corporativos	Estrategias corporativas	A través de la identificación de los mecanismos idóneos orientados hacia el aprovechamiento de las oportunidades y fortalezas y la minimización de las amenazas y dificultades que garanticen el logro de los objetivos generando ventajas competitivas.	Equipo estratégico de la alta gerencia	Guía para desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	
3.6. Conformación funcional de la E.S.E.	Identificación y selección de las unidades funcionales, definidas como los conjuntos de procesos y actividades realizados en la empresa alrededor de la plataforma estratégica, misión, visión, objetivos, estrategias y portafolio de servicios	Unidades funcionales definidas con sus procesos básicos y productos de los procesos	Basados en los principios, misión, visión, objetivos y estrategias corporativas se identifican los procesos agrupados en unidades funcionales alrededor de las áreas funcionales definidas por la Ley	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa	Guía de desarrollo empresarial hospitalario PMSSC Decreto 1876/94 Art. 5	Se considera como unidad funcional el conjunto de procesos con una finalidad común. La agrupación de unidades funcionales componen las áreas funcionales.
3.7. Diseño del portafolio básico de servicios	Sistema de servicios disponibles, organizados por la empresa de una manera simple y práctica, para su mercadeo social y económico, de conformidad con las características de la demanda y las competencias institucionales	Portafolio de servicios	Mediante la definición de los servicios que constituyen la razón de ser de la institución a la luz de la misión. A través de la interpretación de los requerimientos de la población, los cambios del entorno y las potencialidades internas de la empresa.	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	

GUIA PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL HOSPITALARIO
FASE 4: PROCESO DE PLANEACION

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PRODUCTO	MECANISMO	RESPONSABLE	S.O.R. ³²	OBSERVACIONES
4.1. Formulación de estrategias	Planteamiento de los diferentes medios para alcanzar los objetivos	Estrategias	A través de la identificación de los mecanismos idóneos orientados hacia el aprovechamiento de las oportunidades y fortalezas y la minimización de las amenazas y dificultades que garanticen el logro de los objetivos.	Equipo estratégico de alta gerencia	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	
4.2. Establecimiento de metas	Expresiones medibles, cuantitativas y realistas de los objetivos en el corto plazo, (hasta 1 año) determinadas en forma cuantitativa o cualitativa	Metas	A partir de los objetivos se cuantifica su cumplimiento en términos de tiempo y cantidad, de tal forma que se permita medir y evaluar la gradualidad del logro de los mismos	Equipo estratégico de alta gerencia	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC ³³	
4.3. Formulación del Plan de Desarrollo Institucional	Adecuación permanente de las Areas y Unidades Funcionales, así como de la programación de la prestación de los servicios y demás actividades, para cumplir la misión y lograr los objetivos de la Empresa	Plan de Desarrollo Institucional Programación de servicios de salud	A partir de los productos de los módulos 2 y 3 se definen los objetivos, las estrategias, las metas, las actividades, los recursos y los plazos de desarrollo para un periodo determinado.	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	Se hace necesario posterior a la formulación del plan, desarrollar el mecanismo de difusión del mismo. Para garantizar su ejecución, la Gerencia debe alcanzar un máximo de compromiso y responsabilidad hacia el proceso de cambio
4.4. Formulación de planes operativos, programas y proyectos	Planes operativos Es la definición de actividades, recursos, tiempos, responsables y resultados esperados, los cuales deben establecerse por Unidades Funcionales, que facilitan la gerencia	Planes operativos Programas Proyectos	Operativización de estrategias a través de programas y proyectos con sus programaciones de actividades y presupuestos, teniendo en cuenta la situación actual identificada y la misión, visión, objetivos y	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	

³²Sistema Operativo de Referencia³³Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PRODUCTO	MECANISMO	RESPONSABLE	S.O.R. ³²	OBSERVACIONES
	del día a día Programas son el conjunto de normas, recursos y tareas destinados al logro de un objetivo específico Proyectos es la asignación puntual de recursos para la ejecución de actividades en un plazo definido.		metas formulados,.			
4.5 Programación de la prestación de servicios y demás actividades.	Programación: Es la etapa del proceso planificador que pretende asignar las responsabilidades, los recursos, el tiempo y el espacio necesario para realizar las actividades que permitan desarrollar las estrategias y el logro de los objetivos propuestos.	Programación de servicios.	A partir de una evaluación exhaustiva de los servicios y demás actividades prestadas en el año inmediatamente anterior, y de la identificación de la actual capacidad instalada y capacidad de resolución de la ESE, se dimensiona el potencial real de oferta y el potencial de demanda (planes de beneficios), los cuales se comparan y se toma una decisión de programación de acuerdo con las políticas de crecimiento y contratación de paquetes con las EPS, otras IPS, DLS y/o DSS.	Gerencia Funcional. Gerencia operativa.	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	
4.6.Presupuestación de gastos e ingresos.	Presupuestación: Es la etapa del proceso de planeación que se encarga de cuantificar los recursos financieros requeridos para cubrir los costos identificados en la programación de servicios y demás actividades.	Presupuesto de gastos. Presupuesto de ingresos.	Luego de realizar la programación de servicios y demás actividades, se identifican los tres elementos del costo (mano de obra directa, materiales directos y costos indirectos del servicio), a partir de los cuales se construye el presupuesto.	Gerencia corporativa. Gerencia funcional. Gerencia Operativa.	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC.	

GUIA PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL HOSPITALARIO
MODULO 5: NORMALIZACION DE PROCESOS

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PRODUCTO	MECANISMO	RESPONSABLE	S.O.R. ³⁴	OBSERVACIONES
5.1. Definición de procesos	Identificación de los procesos que integran cada una de las Unidades funciones definidas en la plataforma estratégica	Listado de procesos	A través de la revisión de la misión, los objetivos y las estrategias.	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa	Guía para el Desarrollo Empresarial Hospitalario PMSSC	
5.2. Identificación de procesos claves	Selección de los procesos con mayor impacto para el logro de los objetivos planteados con fundamentos en los principios de calidad, eficiencia, eficacia y productividad	Procesos priorizados	Priorización de los procesos que componen las unidades funcionales	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa	Guía para el Desarrollo Empresarial Hospitalario PMSSC ³⁵	
5.3. Comprensión de procesos y procedimientos actuales	Caracterización estructural del proceso y procedimientos en términos de entradas, proveedores, actividades, productos y clientes Caracterización dinámica del proceso y procedimiento en términos de costos, tiempos, valor agregado y satisfacción de clientes	Descripción de procesos y procedimientos actuales	Observación en terreno de los procesos, procedimientos y actividades desarrollados en relación con la unidad funcional analizada	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa	Guía para el Desarrollo Empresarial Hospitalario PMSSC	
5.4. Modernización de procesos y procedimientos	5.4.1. Identificación de opciones de mejoramiento: supresión o reducción: de costos, trámites, duplicación, tiempo y errores.	Opciones de mejoramiento	Basados en la comprensión previa del proceso y procedimiento y la identificación específica de debilidades que afectan los resultados	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa	Guía para el Desarrollo Empresarial Hospitalario PMSSC	Modernización sugiere un patrón para lograr el flujo más uniforme, la menor resistencia al proceso y el desempeño con la cantidad mínima de esfuerzo

³⁴Sistema Operativo de Referencia

³⁵Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PRODUCTO	MECANISMO	RESPONSABLE	S.O.R. ³⁴	OBSERVACIONES
	estimación valor agregado del proceso simplificación y estandarización del proceso automatización					
5.4. Modernización de procesos y procedimientos	5.4.2. Mejoramiento de procesos y procedimientos: Implementación de los cambios visualizados en el numeral anterior	Procesos y procedimientos mejorados	Mediante la aplicación de las modificaciones en los procesos y procedimientos identificados como susceptibles de mejorar	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	Mejorar un proceso significa cambiarlo para hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable con productos que garanticen calidad. Qué y cómo cambiar, dependerá del enfoque específico de la política de mejoramiento y del proceso.
5.4. Modernización de procesos y procedimientos	5.4.3. Descripción de procesos y procedimientos mejorados	Manual de procesos y procedimientos mejorados	Mediante la documentación textual y gráfica de los procesos y procedimientos mejorados y estandarizados	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	
5.5. Implementación de los procesos y procedimientos mejorados	Divulgación del manual de procesos y procedimientos Entrenamiento de los funcionarios involucrados y puesta en práctica de los cambios	Divulgación y entrenamiento de los funcionarios en los procesos y procedimientos mejorados o nuevos Puesta en práctica de los cambios	Mediante la formulación de un plan de divulgación e implementación para todas las áreas y unidades funcionales	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	En este momento será posible validar y/o modificar la estructura orgánica de la Empresa de acuerdo con los requerimientos derivados del desarrollo de esta fase
5.6. Redefinición de la estructura organizacional	Conjunto de actividades gerenciales que conducen a la definición de una estructura de relaciones de dirección, coordinación, comunicación y autoridad, que incluye diseño organizativo, descripción de cargos, unidad de mando y niveles de responsabilidad	Estructura organizacional Manual de descripción de cargos y funciones	A través de la revisión de las actividades de responsabilidad de cada cargo definidas en los manuales de procesos. Debe ser formalizado a través de Acuerdo de la Junta Directiva quien adopta los manuales y con visto bueno de la la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	En este momento será posible validar y/o modificar la estructura orgánica de la Empresa de acuerdo con los requerimientos derivados del desarrollo de este módulo.

GUIA PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL HOSPITALARIO
 MODULO 6: CONTROL INTEGRADO DE GESTION

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PRODUCTO	MECANISMO	RESPONSABLE	S.O.R. ³⁶	OBSERVACIONES
6.1. Identificación de factores críticos de éxito	Identificación de aspectos o variables que estando bajo el control de la empresa y siendo medibles en el tiempo se requiere controlar para el logro de los objetivos y metas propuestos	Factores críticos de éxito	Mediante la revisión de las características de calidad y eficiencia de los productos o servicios en función de la misión, objetivos corporativos y funcionales.	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa Coordinador de Control interno	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC ³⁷	
6.2. Definición de los puntos de control	Identificación de los momentos específicos en el desarrollo de los procesos que a través de su verificación permiten asegurar el cumplimiento de las características de calidad, eficiencia y eficacia del proceso y el cumplimiento de los factores críticos de éxito	Puntos de control de los procesos	Revisión de los procesos estandarizados, identificando los puntos de control que permitan asegurar el cumplimiento de los objetivos y garantizar las condiciones de calidad y eficiencia del producto o servicio	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa Coordinador de Control interno	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	
6.3. Definición de indicadores de gestión	Identificación de los índices cuantitativos que permiten alimentar el sistema de información gerencial para racionalizar la toma de decisiones	Indicadores de gestión	Mediante la revisión de los puntos de control y factores críticos de éxito, generando un conjunto de indicadores	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa Coordinador de Control interno	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	
6.4. Determinación del sistema de información gerencial	Definición de los datos, clases de datos, fuentes de información, periodicidad de la misma, responsabilidad en la generación de datos, indicadores y toma de decisiones	Sistema de información gerencial	Mediante la definición de los datos requeridos para la construcción de los indicadores de gestión, fuentes y procesamiento de los mismos.	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa Coordinador de Control interno	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	
6.5. Mercadeo interno del	Difusión del Sistema de	Motivación para	Mediante actividades de	Gerencia corporativa	Guía para el	

³⁶Sistema Operativo de Referencia³⁷Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PRODUCTO	MECANISMO	RESPONSABLE	S.O.R. ³⁶	OBSERVACIONES
sistema	control a todas las instancias de la Institución	incorporar la actividad de autocontrol en todas las dependencias	ambientación, información sobre el sistema, motivación, educación, capacitación y creación de una cultura del autocontrol	Gerencia funcional Gerencia operativa Coordinador de Control interno	desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	
6.6. Implantación del sistema de control	Incorporación del autocontrol en la gestión cotidiana de todos y cada uno de los funcionarios.	Implementación de la actividad de autocontrol en todas las dependencias	Mediante una acción progresiva de implantación de los sistemas de control diseñados, comenzando por las unidades funcionales priorizadas por la empresa	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa Coordinador de Control interno	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	
6.7. Evaluación del Sistema de Seguimiento y Control	6.7.1. Verificación del establecimiento del sistema 6.7.2. Verificación del cumplimiento de las acciones de seguimiento y control desarrolladas por el sistema	Informe de evaluación del sistema	Mediante acciones de verificación y control en cada una de las dependencias de la empresa	Gerencia corporativa Gerencia funcional Gerencia operativa Coordinador de Control interno	Guía para el desarrollo empresarial hospitalario PMSSC	