

PLAN DE DESARROLLO DE UNA ESE DE SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD



ISBN N° XXXX

LUIS ORLANDO ORTIZ IBAÑEZ



**ESE HOSPITAL NUESTRA
SEÑORA DEL CARMEN**

**PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
2008 - 2011**

ENERO 2009



**ESE HOSPITAL NUESTRA
SEÑORA DEL CARMEN**

JUNTA DIRECTIVA

GUSTAVO LECOMPTE GOMEZ	:	Rep. Gobernador de Bolívar
EDUARDO ESPINOSA FACIOLINCE	:	Rep. Secretaría Salud de Bolívar
JULIO CESAR SALAYANDIA	:	Rep. Gremios de la Producción
CESAR HERRERA VASQUEZ	:	Rep. Alianzas de Usuarios
LUZ MARINA TORRES RODRIGUEZ	:	Rep. Estamento Científico Interno
EFRAIN CABARCAS CABARCAS	:	Rep. Estamento Científico Externo

REVISOR FISCAL

GERENTE

Dra. BIENVENIDA PAJARO CASTILLO

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Dra. LUZ MARINA TORRES RODRÍGUEZ

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Dr. GUSTAVO ZUÑIGA VILLAREAL

ASESOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Dr. RAFAEL NUÑEZ



Luis Orlando Ortiz Ibáñez¹

luisortizi@hotmail.com

Especialista en la planeación, organización, dirección y evaluación de servicios de salud, especialmente en la gestión de unidades de servicios, y planes de negocios.

Posee una experiencia profesional de más de 14 años en los niveles asesor y directivo con importantes empresas del sector público y privado como Entes territoriales, Instituciones prestadoras de salud, empresas del sector financiero y aseguradores de servicios de salud sector en el cual ha gestionado muchos proyectos en el campo de la protección social.

Actualmente se desempeña como asesor y consultor de importantes instituciones de la región y labora como Gerente Administrativo de la Firma de Asesoría y Consultoría AyGes S.A. empresa que presta servicios en toda la Costa Caribe Colombiana.

¹ Economista, Máster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud, Universidad Alcalá de Henares, España – Organización Iberoamericana de Seguridad Social OISS, Especialista en Gerencia en Salud; Especialista en Responsabilidad Legal Medica y de Instituciones de Salud; Diplomado en Auditoria de Servicios de Salud. En la actualidad es el Gerente de la firma AyGes Consultoría S.A.Organización Iberoamericana de Seguridad Social OISS, Especialista en Gerencia en Salud; Especialista en Responsabilidad Legal Medica y de Instituciones de Salud; Diplomado en Auditoria de Servicios de Salud.

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	5
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPITULO PRIMERO.....	14
REFRENTES TECNICOS INTRODUCTORIOS	14
1.1.- GENERALIDADES DEL SISTEMA.....	14
1.2.- MARCO LEGAL DEL SERVICIO.....	16
1.3.- MARCO LEGAL DE LA GESTION	19
1.4.- POLITICAS DEL SECTOR	21
1.4.1.- PANORAMA MUNDIAL: OMS 2007	21
1.4.2.- EL PANORAMA NACIONAL	23
1.4.3.- PANORAMA DEPARTAMENTAL.....	27
1.4.3.1.- PLATAFORMA ESTRATEGICA DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	28
1.4.3.1.1.- MISIÓN DEL PLAN TERRITORIAL	28
1.4.3.1.2.- VISIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	28
1.4.3.1.3.- OBJETIVO GENERAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD.....	29
1.4.3.2.- EJES PROGRAMATICOS	29
1.4.3.2.1.- ASEGURAMIENTO	29
1.4.3.2.2.- PRESTACION Y DESARROLLLO DE SERVICIOS DE SALUD.....	30
1.4.3.2.3.- SALUD PÚBLICA	32
1.4.3.2.4.- PROMOCIÓN SOCIAL	35
1.4.3.2.5.- PREVENCIÓN, VIGILANCIA DE RIESGOS PROFESIONALES	35
1.4.3.2.6.- EMERGENCIA Y DESASTRE	37
CAPITULO SEGUNDO	38
ANALISIS GENERAL DE LA EMPRESA, SU POBLACION Y SU ENTORNO	38
2.1.- DIAGNOSTICO SOCIO ECONOMICO DEL MUNICIPIO	38
2.1.1.- ASPECTOS HISTORICOS	38
2.1.2.- LOCALIZACION	38
2.1.3.- LIMITES	38
2.1.4.- DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA	39
2.1.5.- ASPECTOS DEMOGRAFICOS	39
2.1.5.1.- ANALISIS DE LA POBLACION REGION DE INFLUENCIA.....	42
2.2.- DIAGNOSTICO DE LA ORGANIZACIÓN DEL SECTOR DE SALUD	43
2.2.1.- INFORMACION DE LA SECRETARIA DE SALUD.....	43
2.2.2.- ANALISIS DE LA OFERTA DE SERVICIOS DEL MUNICIPIO.....	44
2.2.3.- ANALISIS DE LA OFERTA PÚBLICA DE SERVICIOS DE LA REGION	45
2.2.4.- ASEGURAMIENTO DEL MUNICIPIO.....	46
2.2.4.1.- AREA DE INFLUENCIA.....	46
2.2.4.2.- COMPOSICIÓN DEL MERCADO LOCAL	48
2.3.- DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO	50
2.3.1.- ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA REGION DE INFLUENCIA	50
2.3.2.- ANALISIS DE LA DEMANDA DE SERVICIOS	52
2.3.2.1.- DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE BAJA COMPLEJIDAD DEL CARMEN DE BOLIVAR.....	52

2.3.2.2.- DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD DE LA REGION.....	54
2.3.2.2.1.- SERVICIOS AMBULATORIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD.....	54
2.3.2.2.2.- SERVICIOS HOSPITALARIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD.....	55
2.3.2.2.3.- SERVICIOS HOSPITALARIOS DE ALTA COMPLEJIDAD.....	55
2.3.2.2.4.- ANALISIS DE LA DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS.....	56
2.4.- GENERALIDADES DE LA NUEVA EMPRESA.....	57
2.4.1.- ASPECTOS HISTORICOS.....	57
2.4.2.- EN LA ACTUALIDAD.....	59
2.4.3.- LA ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN.....	59
2.4.3.1.- PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA NUEVA INSTITUCION.....	60
2.4.3.1.1.- VISION.....	60
2.4.3.1.2.- MISION.....	60
2.4.3.1.3.- PRINCIPIOS Y VALORES.....	60
2.4.3.1.4.- OBJETIVOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.....	61
2.4.3.2.- ESTRUCTURA BÁSICA.....	62
2.4.3.2.1.- DIRECCION.....	62
2.4.3.2.2.- ATENCIÓN AL USUARIO.....	63
2.4.3.2.3.- DE LOGISTICA.....	63
2.4.3.3.- ÓRGANOS DE DIRECCIÓN.....	63
2.4.3.3.1.- INTEGRACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA.....	63
2.4.3.3.2.- FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA.....	65
2.4.3.2.1.1.- ACTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ESE.....	66
2.4.4.- MODELO DE ADMINISTRACION Y OPERACION DE LA ESE.....	67
2.4.4.1.- ANTECEDENTES GENERALES DEL MODELO.....	67
2.4.4.2.- FUNCIONAMIENTO BASICO DEL MODELO DE OPERACIÓN EXTERNA.....	69
2.4.5.- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA ESE.....	70
2.4.6.- PORTAFOLIO DE SERVICIOS.....	73
2.4.6.1.- CONSULTA EXTERNA DE BAJA COMPLEJIDAD.....	74
2.4.6.2.- CONSULTA EXTERNA DE MEDIANA COMPLEJIDAD.....	74
2.4.6.3.- SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE MEDIANA COMPLEJIDAD.....	74
2.4.6.4.- SERVICIOS QUIRURGICOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD.....	74
2.4.6.5.- URGENCIAS DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD.....	75
2.4.6.6.- SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPÉUTICA.....	75
2.4.6.7.- IMAGENOLOGIA.....	75
2.4.6.8.- SERVICIO DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTE.....	76
2.4.6.9.- PROMOCION Y PREVENCION.....	76
2.4.7.- CAPACIDAD INSTALADA.....	76
2.4.7.1.- ANALISIS DE LA CAPACIDAD INSTALADA DE LA EMPRESA.....	77
2.4.8.- ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS.....	78
2.4.8.1.- INDICADORES DE PRODUCCIÓN.....	78
2.4.8.2.- INDICADORES DE CALIDAD.....	78
2.4.9.- ANALISIS FINANCIERO.....	79
CAPITULO TERCERO.....	81
DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA EMPRESA.....	81

3.1.- IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE LOS RIESGOS EXTERNOS	81
3.1.1.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO POLITICO LEGAL	81
3.1.2.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO ECONOMICO	81
3.1.3.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO SOCIAL	82
3.1.4.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO CULTURAL	82
3.1.5.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO AMBIENTAL	82
3.1.6.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO TECNOLOGICO	83
3.1.7.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO DEMOGRAFICO	83
3.1.8.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL MERCADO.....	83
3.2.- EVALUACION Y PONDERACION DE RIESGOS EXTERNOS	84
3.2.1- IDENTIFICACION DE OPORTUNIDADES.....	86
3.2.2- IDENTIFICACION DE AMENAZAS (RIESGOS CONSIDERABLES)	86
3.3.- IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE LOS RIESGOS INTERNOS	87
3.3.1.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA DE PLANEACION	87
3.3.2.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA DE MERCADEO Y COMUNICACIONES	87
3.3.3.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA JURIDICA.....	87
3.3.4.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA DE CONTROL INTERNO	88
3.3.5.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA DE GESTION DE RECURSOS ..	88
3.3.6.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA DE SISTEMAS	88
3.3.7.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA DE SERVICIOS.....	89
3.3.8.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA DE INFRAESTRUCTURA	89
3.4.- EVALUACION Y PONDERACION DE RIESGOS INTERNOS	90
3.4.1.- IDENTIFICACION DE FORTALEZAS.....	92
3.4.2.- IDENTIFICACION DE DEBILIDADES.....	92
3.5.- FORMULACION DE LOS MACROPROBLEMAS DE LA EMPRESA	93
CAPITULO CUARTO.....	94
FORMULACION DEL PLAN DE DESARROLLO.....	94
4.1.- OBJETIVOS DEL PLAN DE DESARROLLO	94
4.1.1.- O B J E T I V O GENERAL DEL PDI	94
4.1.2.- O B J E T I V O S ESPECIFICOS	94
4.2.- PRIORIZACION DE OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS	96
4.2.1.- DEFINICION DE LOS OBJETIVOS CORPORATIVOS	96
4.2.2.- PRIORIZACION OBJETIVOS POR IMPACTO RELATIVO.....	96
4.2.3.- PRIORIZACION ESTRATEGICA	97
4.2.3.1.- BASE DE PRIORIZACION PRIMARIA.....	97
4.2.3.2.- PRIORIZACION CORRELACIONADA.....	98
4.3.- OPERACIONALIZACION ESTRATEGICA.....	99
4.3.1.- IDENTIFICACION DE LOS EJES PROGRAMATICOS	99
4.3.2.- ARTICULACION OPERATIVA DE LOS EJES PROGRAMATICOS	100
CONTENIDO DE LA PRPOUESTA PROGRAMATICA	101
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	104

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. POBLACIÓN DE EL MUNICIPIO DE EL CARMEN DE BOLÍVAR SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y ZONA 2008 - 2.009	40
Tabla 2. POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE EL CARMEN DE BOLÍVAR SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO 2.008 – 2009	41
Tabla 3. ANALISIS DE LA DINAMICA POBLACIONAL DE LA REGION 2008 - 2011.....	42
Tabla 4. CONSOLIDADO POBLACION DE LA REGION 2009.....	42
Tabla 5. ESTRUCTURA DE LA RED PUBLICA DE LA REGION	46
Tabla 6. ASEGURAMIENTO EN SALUD POBLACIÓN ÁREA DE INFLUENCIA DE LA SUBREGION MONTES DE MARIA AÑO 2.007 -2008.....	47
Tabla 7. PROYECCION DE LOS RECURSOS DEL ASEGURAMIENTO DE LA REGION	48
Tabla 8. ESTRUCTURA DEL ASEGURAMIENTO AL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD EN LA REGION	49
Tabla 9. CAUSAS DE ENFERMEDAD DE LA REGION: CONSULTA EXTERNA	50
Tabla 10. CAUSAS DE MUERTE DE LA REGION	51
Tabla 11. CAUSAS DE ENFERMEDAD DE LA REGION: HOSPITALIZACION.....	51
Tabla 12. CALCULO DE LA DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL CARMEN DE BOLIVAR.....	53
Tabla 13. CALCULO DE LA DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA POBLACION DEL CARMEN DE BOLIVAR.....	54
Tabla 14. CALCULO DE LA DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD DE LA POBLACION DEL CARMEN DE BOLIVAR.....	55
Tabla 15. CALCULO DE LA DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA POBLACION DEL CARMEN DE BOLIVAR.....	55
Tabla 16. RESUMEN CONSOLIDADO DE LA DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS AMBULATORIOS, DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD DE LA POBLACION DEL CARMEN DE BOLIVAR	56
Tabla 17. PLANTA DE PERSONAL DE LA ESE.....	68
Tabla 18. PERSONAL CONTRATADO DE LA ESE.....	68
Tabla 19. PLANTA DE PERSONAL DEL OPERADOR EXTERNO.....	69
Tabla 20. CAPACIDAD INSTALADA CONSULTA EXTERNA.....	76
Tabla 21. CAPACIDAD DE ATENCION POR SERVICIOS	77
Tabla 22. RIESGOS POLITICO LEGALES	81
Tabla 23. RIESGOS ECONOMICOS.....	81
Tabla 24. RIESGOS SOCIALES	82
Tabla 25. RIESGOS CULTURALES.....	82
Tabla 26. RIESGOS AMBIENTALES.....	82
Tabla 27. RIESGOS TECNOLOGICOS.....	83
Tabla 28. RIESGOS DEMOGRAFICOS	83
Tabla 29. RIESGOS DEL MERCADO.....	83
Tabla 30. EVALUACION Y PONDERACION DE RIESGOS EXTERNOS	84
Tabla 31. IDENTIFICACION DE OPORTUNIDADES	86

Tabla 32. IDENTIFICACION DE AMENAZAS	86
Tabla 33. RIESGOS DEL AREA DE PLANEACION	87
Tabla 34. RIESGOS DEL AREA DE MERCADEO Y COMUNICACIONES	87
Tabla 35. RIESGOS DEL AREA DE JURIDICA.....	87
Tabla 36. RIESGOS DEL AREA DE CONTROL INTERNO	88
Tabla 37. RIESGOS DEL AREA DE GESTION DE RECURSOS	88
Tabla 38. RIESGOS DEL AREA DE SISTEMAS.....	88
Tabla 39. RIESGOS DEL AREA DE SERVICIOS.....	89
Tabla 40. RIESGOS DEL AREA DE INFRAESTRUCTURA.....	89
Tabla 41. EVALUACION Y PONDERACION DE RIESGOS INTERNOS.....	90
Tabla 42. IDENTIFICACION DE FORTALEZAS	92
Tabla 43. IDENTIFICACION DE DEBILIDADES.....	92
Tabla 44. FORMULACION DE LOS MACROPROBLEMAS DE LA ESE.....	93
Tabla 45. PRIORIZACION DE OBJETIVOS DEL PLAN.....	96
Tabla 46. PRIORIZACION DE LOS MACROPROBLEMAS.....	97
Tabla 47. PRIORIZACION CORRELACIONADA	98
Tabla 48. IDENTIFICACION DE LOS EJES PROGRAMATICOS.....	99

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. PIRAMIDE POBLACIONAL.....	41
Gráfico 2. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA ESE.....	70
Gráfico 3. FUNCIONES DEL GERENTE DE LA ESE.....	71
Gráfico 4. FUNCIONES DEL AREA JURIDICA	71
Gráfico 5. FUNCIONES DEL AREA DE CALIDAD.....	72
Gráfico 6. OBJETIVOS CORPORATIVOS DEL PLAN.....	96

INTRODUCCIÓN

Elaborar el Plan de Desarrollo para La Empresa Social del Estado Hospital Nuestra señora del Carmen ha sido un verdadero reto. La dinámica actual del sector de la salud con su nuevo modelo de atención, en el contexto de una economía de mercado cada vez mas globalizada, son sin duda alguna la principal barrera virtual que se vislumbra siempre que miramos al horizonte por la ventana del futuro.

En este panorama se ubican las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, la escala más baja en la cadena alimenticia del sistema de aseguramiento, frente a un Estado lento en la toma de decisiones y ajuste del sistema con una gran población vinculada expectante y a la espera de la verdadera restitución de sus derechos. Este es nuestro entorno real aunque crudo nos parezca, pero es aquí donde tenemos que trabajar ocupando el rol que nos corresponde por ley, asegurando empresarialmente la viabilidad económica de la organización y en procura permanente de asumir la responsabilidad de la prestación publica de los servicios en una región con tantas necesidades sociales como lo es el centro del Departamento de Bolívar.

Competir bajo condiciones tan desequilibradas resulta muy difícil con una estructura organizacional y administrativa heredada de un viejo y despilfarrador sistema exclusivo de oferta subsidiada. Contra nuevas y ocasionales Empresas privadas apadrinadas en cada mandato gubernamental.

El objetivo entonces es claro, resulta querer proyectar a la empresa por el camino del equilibrio financiero y hacia el logro de los objetivos sociales, que permita en el corto plazo la supervivencia comercial y en el mediano y largo

plazo la satisfacción de la demanda real de servicios de salud de la población en condiciones de oportunidad, eficiencia y subsidiaridad.

El Plan de Desarrollo se constituye en un valioso instrumento para el logro de estos sueños. En esta ocasión para su elaboración, hemos contado con importantes herramientas que durante este tiempo hemos logrado obtener a través del estudio y la investigación de las distintas áreas administrativa y asistencial, que han influido en el diagnóstico de la organización.

El documento que hoy presentamos toma como base metodológica el enfoque conceptual de la Ley 152 de 1.994 enriqueciendo el estudio de manera amplia y dinámica con los preciados derroteros del Ministerio de Salud y su programa de mejoramiento de los servicios de salud, considerando su experiencia en el estudio del sector en el nuevo sistema de seguridad social en salud. También hemos querido realizar un gran aporte estructural en consideración de la cultura y nivel institucionales, pretendiendo ajustarlo a las necesidades de quienes son los más interesados en conocer y poner en práctica sus propuestas.

Las fuentes secundarias de información utilizadas, consideramos, es uno de los grandes fuertes de esta herramienta, sin dejar de lado el gran aporte y colaboración de los distintos Jefes de Departamento de la Institución sin los cuales la propuesta no tendría sentido ni confianza en estas alternativas de crecimiento y desarrollo.

El Plan se presenta en cuatro capítulos que recorren sistemáticamente el análisis de entorno y el ambiente empresarial, mas allá de lo procedimentalmente protocolario, se enfocan los diagnósticos de las áreas consideradas relevantemente críticas, epicentros de factores de riesgos

estructurales como el componente estratégico. Finalmente se formula un Plan de Desarrollo muy sencillo con estrategias corporativas claras y realizables planteadas en el corto, mediano y largo plazo, que luego se plasman de manera coherente por líneas de acción, discriminando los programas subprogramas y proyectos contenidos. En su último aparte se contienen los indicadores de evaluación que permitirán el seguimiento y medición de logros.

Todos los esfuerzos realizados alrededor de la determinación de alternativas de crecimiento y desarrollo contenidos en este documento serán en vano si no existe la verdadera voluntad Directiva y política de todos los actores de este escenario. Se necesita del apoyo institucional del nivel gubernamental, se requiere el esfuerzo decidido de la Gerencia, la participación de la comunidad, pero es trascendental el compromiso del capital social de la empresa, en el entendimiento y puesta en marcha de lo que quizás sea la última oportunidad de nuestra empresa en la búsqueda de la viabilidad económica y la rentabilidad financiera.

CAPITULO PRIMERO

REFRENTES TECNICOS INTRODUCTORIOS

1.1.- GENERALIDADES DEL SISTEMA

La dinámica de operación del Sistema general de Seguridad Social en Salud, sobre la plataforma del aseguramiento de riesgos, desde sus inicios, ha venido generando cuellos de botella en la organización y prestación de los servicios, así como grandes problemas de liquidez que han representado la causa de todos los males en este eslabón de la cadena, aun 14 años después de implementada la Ley 100 de 1993.

A lo largo y ancho de esta última década, la gestión de las Empresas Sociales del Estado ha venido evolucionado en la búsqueda de mayor compromiso institucional y mayor eficiencia en la administración de los servicios y recursos, no obstante la situación financiera termina siendo el común denominador de la mayoría de estas instituciones. Al respecto se han formulado múltiples causas de la crisis de los prestadores asociados con la ineficiencia, la falta de idoneidad del talento humano, la corrupción en todos los niveles y actores del sistema, el lastre de vieja la cultura organizacional asociada al enfoque de administración por subsidio a la oferta entre otros.

Este círculo vicioso ha recorrido muchos escenarios, y también a abordado diferentes alternativas de solución que han explorado los ajustes institucionales, las reestructuraciones administrativas, las transformaciones de muchos hospitales públicos y la misma operación externa de los prestadores públicos. De otro lado la legislación contenida en tres generaciones de reformas al sistema

han tratado de organizar y mejorar las relaciones entre prestadores y aseguradores en beneficio de los usuarios a través de la habilitación de los aseguradores en la búsqueda de empresas más sólidas e idóneas, en la calidad de los servicios que minimicen los riesgos a través de modelos de atención más acordes con las necesidades del usuario, y la regulación del flujo de recursos que dinamice la producción y oportunidad de los servicios.

Finalmente se han abordado la gestión y el control con un enfoque moderno preventivo que facilite la pro actividad y la minimización de los riesgos. La adopción del modelo estándar de control interno (MECI) y la evaluación de la gestión gerencial de los gerentes para el próximo periodo son las últimas decisiones introducidas al modelo con el que se espera tener unas Empresas Sociales del Estado competitivas y viables social y financieramente.

1.2.- MARCO LEGAL DEL SERVICIO

Desde mucho antes de la Ley 10 del 90 y la Constitución Política del 91 se manejaba el concepto de la salud como servicio público a cargo del Estado, la Ley 10 le aporta al sistema de salud del anterior momento, la clasificación, competencias y responsabilidades en la dirección y prestación de servicios por parte de los entes territoriales (Art. 6) estableciendo las funciones de atención del primer nivel a los municipios y el segundo y tercero a los Departamentos.

La Constitución Política del 91, sobre la base de un Estado Social de Derecho, introduce el concepto de la seguridad social como servicio público, así mismo, la atención en salud y el saneamiento ambiental, orientando su organización en forma descentralizada (Art. 49). Señala también que los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del estado al igual que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida (Arts 365-366). Finalmente prevé los perjuicios que en el desarrollo del proceso de prestación se puedan causar, definiendo su responsabilidad patrimonial.

En la Ley 60 del 93 se retoma la distribución de las competencias y responsabilidades de los entes territoriales en la prestación de los servicios de salud (Art. 3 literal a) y establece como funciones "...realizar las acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, financiar y garantizar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación correspondientes al segundo y tercer nivel de atención en salud.

Ya con estas condiciones normativas y conceptuales es aprobada la Ley 100 del 93 que define el marco operativo del actual sistema general de seguridad social en salud. Determina los tipos de participantes del modelo (Art. 157) que en su literal b introduce el término "persona vinculada al sistema" para referirse a

aquellas personas que no se encuentren afiliadas a ningún régimen (Contributivo o subsidiado) comentando posteriormente "... tendrán derecho a los servicios de atención en salud que presten las IPS públicas o privadas..." la intervención del Estado es tocada en su Art. 154 (literales e,g,h, especialmente), las características básicas del sistema en su Art. 156 literal p, introduce la posibilidad de contratar a IPS privadas para la prestación del servicio a las personas vinculadas. Más adelante el art 185 establece como funciones de las IPS de prestar servicios en su nivel de atención correspondiente, el 188 que garantiza la atención a los usuarios destacando que las IPS no podrán discriminar en su atención a los usuarios. Finalmente establece la prestación de los 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 (Art. 194)

En ese orden normativo hace su aparición la Ley 344 del 96 que promueve el plan de ampliación de coberturas, mejoramiento de la calidad, de gestión y de descentralización, a través de la transformación de los subsidios de oferta a subsidios a la demanda (Art. 20) "...los recursos provenientes de subsidios a la oferta que reciban las instituciones públicas o prestadoras de servicios de salud y las empresas sociales del estado del orden nacional o territorial, se destinaran exclusivamente a financiar la prestación de servicios a la población vinculada al sistema, o a servicios no cubiertos por el plan obligatorio de salud subsidiado...".

Posteriormente la ley 715/01 modifica la ley 60/93 y redefine las competencias en salud que los entes territoriales tienen para con la comunidad. Las competencias de los Departamentos están descritas complementariamente en el título II capítulo II artículo 43 asignándole funciones (ítem 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 IPS públicas o privadas.

En el marco reciente, la expedición del decreto de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se retrocede en algún sentido a juicio de los expertos en el tema de la calidad, por cuanto se reconsideran y asumen muchos de los criterios y estándares que antes se habían revaluado. Hoy la aplicación del decreto de habilitación y acreditación como algunos lo llaman, básicamente regula la plataforma y estructura de la producción de los servicios que se ofertan toda la población colombiana y es por tanto el punto de partida para la organización de los servicios en los prestadores.

Finalmente, como cierre de esta última generación de normas, se cuentan una de las más importantes reformas al sistema, y la que ha sido jurídicamente más controvertida, la sanción de la Ley 1122 de 2007 que trae consigo grandes transformaciones en materia de control, contratación y operación del sistema, así mismo la gran incertidumbre que ha generado muchas de sus reglamentaciones y la inseguridad que de otro lado trae la cantidad de demandas de inconstitucionalidad falladas y en curso que sin lugar a dudas representan una seria amenaza a la estabilidad de la operación en la organización y prestación de los servicios.

1.3.- MARCO LEGAL DE LA GESTION

El artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, establece que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley...”

En cumplimiento de lo señalado en la carta magna, el gobierno nacional mediante la Ley 100 de 1993 crea el Sistema General Seguridad Social en Salud, teniendo como objetivo principal el regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención, lo anterior soporta la transformación de los Hospitales Públicos y su operación de las Empresas Sociales del Estado, igualmente señala inicialmente las condiciones de administración y los principios de evaluación de la gestión de los gerentes.

Concordante con lo anterior, el Ministerio de Salud por medio del Decreto 1876 de 1994, reglamenta la creación y puesta en marcha de las Empresas Sociales del Estado, definiendo su naturaleza jurídica, el objeto, los principios básicos y cómo deben estar organizadas.

La Ley 1122 del 09 de Enero de 2007 tiene como objeto principal *“realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se*

hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud". El artículo 28 de la referida Ley, establece la forma de nombramiento y define los periodos de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Este artículo es reglamentado parcialmente por el Decreto Nacional 800 de 2008.

El Decreto 0357 del 08 de Febrero del 2008 reglamenta la evaluación y reelección de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del estado del orden territorial. Este Decreto tiene por objeto "regular los aspectos relacionados con la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión que debe ser ejecutado por los Directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, durante el período para el cual fueron designados mediante concurso o reelección; así como establecer condiciones para la reelección de los mismos".

El artículo 2º del mencionado Decreto, *"Presentación del plan de gestión. El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar el plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión como Director o Gerente. El Director o Gerente que hubiere tomado posesión con anterioridad a la publicación del presente decreto, deberá presentar el plan de gestión respectivo dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de entrada en vigencia del presente decreto.*

Por último, la Resolución 0473 del 13 de Febrero de 2008 expedida por el Ministerio de la Protección Social, define la metodología para el diseño,

elaboración y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se adopta para ello un instrumento de medición y evaluación. Así mismo, establece que el Plan de Gestión deberá contener, como mínimo, las variables y metas señaladas en el Anexo Técnico que hace parte integral de la resolución.

1.4.- POLITICAS DEL SECTOR

1.4.1.- PANORAMA MUNDIAL: OMS 2007

Antes de abordar las políticas nacionales y locales en lo referente al sistema general de seguridad social en salud, resulta inevitable e imprescindible echar una mirada al último Informe Mundial de Salud publicado por la Organización Mundial de la salud² llama poderosamente la atención el mensaje de la Dra. Margaret Chan, directora general de este organismo internacional, donde menciona los grandes cambios que la humanidad ha introducido en su medio de vida³ en estos últimos 57 años.

El crecimiento demográfico, la incursión en zonas antes deshabitadas, la rápida urbanización, las prácticas agrícolas intensivas, el deterioro del medio ambiente y el mal uso de los antimicrobianos han alterado el equilibrio del mundo de los microorganismos. Están surgiendo nuevas enfermedades al ritmo sin precedentes de una por año. Las compañías aéreas transportan hoy a más de 2000 millones de pasajeros anualmente, disparando así las oportunidades de los agentes infecciosos y sus vectores para propagarse rápidamente de un país a otro. Todos estos factores mencionado por la Dra. Chan, son sin lugar a dudas el

² "Informe sobre la salud en el mundo 2007, UN PORVENIR MAS SEGURO, protección de la salud pública mundial en el siglo XXI" OMS 2008

³ Ella lo llama "su relación con el planeta"

punto de partida para la planeación de los servicios de salud en la búsqueda de un modelo de atención costo efectivo y altamente eficiente para atender una nueva generación de patologías.

Al final de su disertación holística señala la dependencia que cada día más, tenemos de los productos químicos y la relación del grado de conciencia del ser humano sobre los peligros potenciales para la salud y el medio ambiente. Si en conjunto miramos el crecimiento de la industrialización de la producción en un mundo mucho más rápido y globalizado en su comercialización, los riesgos de contaminación, cualquiera que fuese, son exponencialmente multiplicativos, y altamente impactante en la naturaleza y evolución de muchas de las causas de las actuales y futuras enfermedades.

La propuesta alternativa que posiciona la OMS se basa en una defensa colectiva en la búsqueda de una seguridad solidaria mundial que implemente acciones concretas a este componente dinámico que forma parte hoy de nuestra forma de vida.

Desde este punto de vista la atención primaria en salud debe volcarse con todos sus esfuerzos y recursos en la planeación integral de la atención, mediante un concepto que involucre la atención humanitaria, la seguridad epidemiológica en zonas fronterizas, la convivencia amigable con el medio ambiente y el cuidado de los recursos naturales, con la conciencia de aquellos que son renovables y especialmente con los no renovables, básicos para prevenir desastres naturales y eventos catastróficos.

1.4.2.- EL PANORAMA NACIONAL

Continuando con este sencillo ejercicio conceptual de alineación estratégica en políticas de salud, llegamos al documento “2019, Visión Colombia II Centenario” que propone unas metas ambiciosas en, paz, justicia social, infraestructura, calidad de vida, productividad, competitividad y consolidación de la democracia entre otros aspectos.

Se pretende formular con este plan una línea de continuidad como un norte genérico para todos los ciudadanos y ciudadanas colombianas, como el compromiso mediante el cual acataremos los contenidos del pacto suscrito con los países miembros de las naciones unidas, a través del documento titulado “Objetivos de desarrollo del milenio 2015”.

En la presentación del documento⁴ se recogen de la propuesta Nacional tres finalidades que introducen un componente individualizado a la gestión institucional a saber:

1. Que lo cotidiano no nos absorba, no nos prive de tener la visión de largo plazo.
2. Que los propósitos de largo plazo nos aviven nuestras responsabilidades como integrantes de ese ser social que es la Nación Colombiana. y,
3. Que el país, a pesar de la definición constitucional de trabajar con planes cuatrienales de desarrollo, piense en la necesidad de contar con puentes que vinculen un plan con el otro; con hilos conductores que se le entreguen a la ciudadanía, al nuevo gobierno, al nuevo congreso; para que

⁴ Palabras del señor Presidente de la República, Doctor Álvaro Uribe Vélez, contenidas en la nota de presentación.

aquello que se ha discutido y pensado con el colectivo nacional – imponiéndonos una mirada de largo plazo – no se deseche al adoptar un plan cuatrienal de desarrollo, sino que sirva de punto de reflexión así ese plan se revise y nuevamente se discuta.

En uno de sus capítulos especiales se tiene la visión de largo plazo para la construcción de un estado eficiente al servicio de los ciudadanos, que al asimilarlo con nuestra gestión local se constituye en un eje fundamental aplicable para la organización y prestación de los servicios de salud a la población del centro del Departamento de Bolívar que tiene como centro de referencia nuestra Institución.

Se plantea como meta la construcción de “ciudades amables”, relacionados con mejores condiciones de vivienda, espacios públicos adecuados, acceso a servicios públicos y mayores sistemas de movilidad en los centros urbanos, se pretende la aplicación de un modelo de desarrollo urbano planificado, que genere espacios en los cuales los ciudadanos puedan hacer buen uso del tiempo libre, y relacionarse unos con otros; sin restricciones en la cobertura de servicios públicos como agua potable y saneamiento básico, y con un sistema de transporte público que integren todas las actividades urbanas⁵,

Finalmente se destacan dos componentes interesantes en el planteamiento, el primero tiene que ver con el forjar una cultura ciudadana responsable y educada en torno al bien colectivo, y avanzar hacia una sociedad informada. Estrategias que se consideran incluyentes y participativas en el plano de aproximar la gestión pública con la ciudadanía.

⁵ “Objetivos de desarrollo del milenio 2015”,

Por su parte, El Plan Nacional de Desarrollo⁶, “Estado Comunitario, Desarrollo para Todos” ha pretendido dar continuidad al plan anterior pero introduce dentro de otros conceptos de desarrollo, “Una gestión ambiental y del riesgo que promueva el desarrollo sostenible, sustentado en la articulación adecuada de las dimensiones económica, social y ambiental. Así mismo, una gestión de riesgo orientada no sólo a la atención, sino prioritariamente a la prevención” y finalmente “Una política que tenga en cuenta las dimensiones especiales del desarrollo en aspectos tales como el período de gestación de las madres de Colombia, la protección de la primera infancia, la equidad de género; la protección y el estímulo de la juventud; la formulación de programas específicos en relación con los grupos étnicos y las relaciones interculturales; la implementación de estrategias de desarrollo regional que fortalezcan la descentralización; la ampliación y consolidación del conocimiento y la innovación tecnológica para contribuir a la transformación productiva y social del país; el incremento de los entornos propicios y mecanismos para fomentar la cultura, el deporte, la recreación y la actividad física como instrumentos que contribuyen para el desarrollo de la paz...”

El plan de desarrollo en su capítulo II que contiene la descripción de los principales programas de inversión, aborda el problema social del desplazamiento forzado por la violencia y asigna recursos por 4.1 billones de pesos estableciendo como meta para el cuatrienio la afiliación de cerca de un millón de personas desplazadas al régimen subsidiado en todo el país.

⁶ Ley 1151 de Julio 24 de 2007, por la cual se expide el plan nacional de desarrollo 2006 – 2010.

De otro lado en este mismo sentido, se pretende lograr el aseguramiento universal de la población vinculada y el incremento de la afiliación al régimen contributivo con lo cual se podrían contar con mayores recursos para el aseguramiento.

Con relación a la operación de los servicios de salud textualmente establece: “Se debe tener en cuenta que la operación eficiente de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas será una premisa fundamental y este principio, también, se aplicará a aquellas IPS públicas donde las condiciones del mercado no permiten su supervivencia a partir de la venta de servicios a los diferentes pagadores. Para lograr una mayor eficiencia de los recursos se fortalecerá la gestión de las entidades territoriales en el manejo de la Red de Prestadores Públicos, garantizando el acceso, calidad, eficiencia y sostenibilidad financiera de las instituciones públicas y de la Red.... De otra parte, se adoptarán mecanismos con el propósito de adelantar el saneamiento de la cartera hospitalaria, para lo cual se identificarán fuentes de financiamiento para el cubrimiento de las obligaciones pendientes de pago, por parte de las entidades territoriales con las IPS, por concepto de la atención de la población pobre no asegurada y con las ARS del régimen subsidiado.”⁷

También se señala que: “Es necesario el fortalecimiento del Sistema de Información de la Protección Social para el mejoramiento de la vigilancia en salud pública, el monitoreo, la evaluación y el ajuste de la unidad de pago por capitación y el comportamiento financiero de los agentes, la actualización de los planes de beneficios y el reconocimiento de los servicios no incluidos en estos. Para el efecto, los agentes del SGSSS, deben diligenciar, recolectar, procesar, usar

⁷ Ídem

y enviar al Ministerio de la Protección Social, los Registros Individuales de la Prestación de Servicios (RIPS) en los términos y condiciones que este defina. Su envío es obligatorio y constituirá un criterio de permanencia en el sistema y un indicador de gestión.

Se presta especial atención como estrategia de control y soporte del desarrollo institucional el fortalecimiento del sistema de información a través de la implementación de tecnologías informáticas que permitan el monitoreo y la planeación de la gestión de los procesos de prestación de servicios, administrativos y financieros de las instituciones prestadoras.

1.4.3.- PANORAMA DEPARTAMENTAL

El plan Departamental de desarrollo de Bolívar denominado “Salvemos todos a Bolívar” aborda el sector salud en el eje 1 “Bolívar Equitativo” y línea de acción 1.3 “Salud Solidaria y Equitativa”. En esencia es un planteamiento muy genérico conceptualmente y más bien se puede llegar a interpretar como una política integral de de gestión social integral a partir de la gestión multisectorial.

En este sentido son propósitos del plan: mejorar el estado de salud de la Población de Bolívar, evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y disminuir las inequidades en salud de la población. Se procura que cada una de las familias de Bolívar estén en óptimas condiciones para estudiar trabajar y recrearse, pudiendo así explotar todas sus capacidades físicas e intelectuales aportándola al servicio de de toda la sociedad, con el propósito de contribuir al logro de condiciones de vida dignas para todos.

La especificidad en la formulación de políticas del sector se plantea de manera mucho más concretas en el plan territorial de salud del Departamento que a continuación resumimos.

1.4.3.1.- PLATAFORMA ESTRATEGICA DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

1.4.3.1.1.- MISIÓN DEL PLAN TERRITORIAL

Mejorar el estado de salud de la población de Bolívar mediante la aplicación de un modelo de atención en salud integral enmarcado en los principios de calidad que conduzcan a reducir colectivamente factores de riesgos, aplicando las políticas de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de riesgos, recuperación y superación de los daños en la salud, vigilancia en salud y gestión del conocimiento; en los ejes de aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios de salud, salud pública promoción social, prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales y emergencia y desastres.

1.4.3.1.2.- VISIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

El departamento de Bolívar proyecta a los cuatro años tener una población saludable y participativa, mediante la cobertura universal en el aseguramiento, la red prestadora de servicios fortalecida y articulada; garantizando atención en salud en todos los niveles, enmarcado en los principios de calidad y cumpliendo las acciones en el plan de salud pública de intervenciones colectivas, las previstas en el plan obligatorio de Salud y el de riesgos profesionales.

1.4.3.1.3.- OBJETIVO GENERAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Mejorar la salud de la población en el departamento de Bolívar, focalizando la atención en los grupos vulnerables según las principales causas de enfermedad y muerte aplicando modelo de atención integral basado en el enfoque de riesgo y mejoramiento continuo de la calidad de la atención; garantizando la participación y control social.

1.4.3.2.- EJES PROGRAMATICOS

El desarrollo de los ejes en el capítulo dará respuesta a la matriz del plan indicativo como se expresa en la resolución 0425 del 11 de febrero 2008

1.4.3.2.1.- ASEGURAMIENTO

Objetivo: Contribuir en la consecución de cobertura Universal en Régimen Subsidiado Salud mediante la promoción de la afiliación al SGSSS, administración eficiente de las bases de datos de afiliados, el fortalecimiento de las Direcciones Locales de Salud y la vigilancia y control al proceso.

Meta de resultado:

- Universalización de la cobertura (93%) del régimen subsidiado en salud, de la población pobre y vulnerable.

Estrategias:

- Ampliación y sostenibilidad de la cobertura del régimen subsidiado en salud.
- Asistencia técnica a las secretarías Municipales para el fortalecimiento del manejo de las bases de datos de afiliados, para hacer más eficientes la validación.

- Elaboración de un estudio de comportamiento en la gestión a cargo de cada una de las EPS del régimen subsidiado (Ranking de EPS –S) para asegurar la prestación de servicios de salud de los usuarios, con el fin de entregar elementos valorativos y de juicio tanto cuantitativo como cualitativos a los afiliados al régimen subsidiado; que les permita a estos escoger de una manera informada las EPS-S de su preferencia bajo estrictas normas de libre mercado y bajo la evaluación de los principios de calidad eficiencia, eficacia, solidaridad, accesibilidad, oportunidad y buen servicio.
- Inspección vigilancia y control al flujo de recursos en alcaldías, EPS y ESE

Área Subprogramática:

- Promoción de la afiliación al SGSSS.
- Identificación y priorización de población a afiliar.
- Gestión y utilización eficiente de los cupos del régimen subsidiado.
- Adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación.
- Celebración de contratos de aseguramiento
- Administración de bases de datos de afiliados.
- Inspección, vigilancia y control del aseguramiento

1.4.3.2.2.- PRESTACION Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

Objetivo: Garantizar la prestación de servicios de salud con calidad a la población pobre y vulnerable a la no cubierto con subsidios a la demanda y a la cubierta en los servicios no POSS, aplicando un modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad e incrementando las acciones de vigilancia y control.

– En calidad de compradores de servicios de salud

Metas de los 4 años del plan (de resultado):

- Garantizar la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad a la población pobre y vulnerable residente en los municipios del departamento.
- Aumento del cumplimiento de condiciones de Habilitación, PAMEC y Sistema de Información para la Calidad, en un 80% de los prestadores de servicios de salud verificados del departamento
- Aumentar satisfacción global de los usuarios
- Aumentar el porcentaje de prestadores de servicios de salud Habilitados, bancos de sangre y centros transfusionales del departamento certificados.
- Mejorar en un 80% la oportunidad en el pago de la prestación de servicios a las ESE, por parte de las EPS
- Inspección vigilancia y control al flujo de los recursos de las ESE

Estrategias.

- Contratación con las IPS públicas y privadas de mediana y alta complejidad del departamento y de otros departamentos cuando sea pertinente mejorar el acceso geográfico a los servicios de salud.
- Realizar asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud en lo concerniente al SOGC.
- Realizar visitas de inspección y vigilancia de verificación de cumplimiento de estándares de habilitación y Pamec a los prestadores de servicios de salud
- Liquidación de 5 IPS publicas de mediana complejidad y consolidación de 4 que se crearán en su reemplazo.
- Realización de auditorías de cuentas y de calidad de la prestación de servicios a las IPS que contraten con la Secretaría departamental.

- Inspección vigilancia y control para verificar la eficiencia en la prestación de servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS.
- Evaluaciones a los planes de gestión de los gerentes.

1.4.3.2.3.- SALUD PÚBLICA

Objetivo: Mejorar el estado de salud de la población bolivarenses proporcionando mecanismos y medios a los individuos, familia, comunidad e instituciones del sector salud y otros, para que aumenten su participación y responsabilidad en la preservación y la recuperación de la salud en forma individual y colectiva.

Metas de los 4 años del plan (de resultado)

- Reducir en un 50% la tasa de mortalidad infantil en menores de un año.
- Reducir en un 50% la tasa de mortalidad en menores de 5 años.
- Reducir la tasa de mortalidad materna en un 40%.
- Reducir en un 50% el porcentaje de adolescentes embarazadas.
- Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en un 20%.
- Aumentar en un 50% la detección temprana de VIH en población general y adolescentes.
- Mantener el índice de COP (cariados, obturados, perdidos) en la población menor de 12 años, por debajo del 2.3.
- Disminuir en 20% el consumo de sustancias psicoactivas.
- Aumentar la detección de casos de tuberculosis.
- Reducir prevalencia de lepra superior a 1 x 10.000 habitantes.
- Eliminar la rabia humana transmitida por perros y gatos.
- Reducir la incidencia de malaria urbana en un 50%, reduciendo a 75 casos urbanos.

- Reducir y mantener a menos del 10% los índices aédicos en el 50% de los municipios de alto riesgo.
- Reducir en un 50% la incidencia de leishmaniosis cutánea y visceral.
- Aumentar la actividad física en adolescentes entre 13 y 17 años y adulta mayor
- Disminuir en un 12% la discapacidad.
- Reducir en un 5% el porcentaje de desnutrición global en menores de 5 años.
- Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental.
- Fortalecer la regulación y la fiscalización de las acciones de salud

Estrategias:

- Fortalecer la estrategia de atención de las enfermedades prevalentes de la infancia-AIEPI.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional para la implementación en las IPS de la estrategia de las Instituciones Amigas de la Mujer y el Niño-AIMI.
- Implementación de la estrategia de vacunación sin barreras para lograr coberturas útiles en los municipios.
- Construcción de redes sociales para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos con enfoque etnocultural.
- Implementación de estrategias de inducción a los servicios de atención prenatal, planificación familiar, detección oportuna de cáncer de cerviz y tamizaje de ITS.
- Monitoreo y seguimiento a la aplicación de guías de atención por parte de los prestadores.
- Implementación de modelos de servicios amigables para adolescentes.

- Gestión de inclusión de la vacuna de contra el papiloma virus en las mujeres menores de 10 años.
- Implementación de estrategias IEC para promover hábitos de salud oral y inducción a la demanda a los servicios de atención oral según norma.
- Impulsar la implementación de la política de salud mental.
- Fortalecer las acciones definidas en el plan estratégico de Colombia libre de tuberculosis.
- Implementación de planes de vacunación canina con participación social e intersectorial.
- Fortalecimiento de las estrategias COMBI para la prevención de la malaria y dengue.
- Implementación de modelos de atención integral de la leishmaniasis en las localidades rurales endémicas.
- Promoción de acciones intersectoriales para el aumento de la actividad física.
- Implementación de estrategias IEC para la promoción de hábitos protectores de alimentación con enfoque etnocultural.
- Adopción y adaptación de la política de salud ambiental.
- Implementación de estrategias de entornos saludables.
- Fortalecimiento del laboratorio departamental de salud pública.
- Fortalecimiento del sistema de vigilancia en el departamento.
- Fortalecimiento de las acciones de ejecución de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente, zoonosis y vectores.
- Promoción de la participación social.
- Asistencia técnica, monitoreo y seguimiento del plan territorial de salud pública.

1.4.3.2.4.- PROMOCIÓN SOCIAL

Objetivo: Implementar y desarrollar las acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención a poblaciones especiales: en situación de desplazamiento, discapacitados, adultos mayores, gestantes, niños, y jóvenes vulnerables.

Metas de los 4 años del plan (de resultado)

- Municipios pilotos con la implementación de la promoción social en la población adulto mayor.
- Municipios pilotos con la implementación de la promoción social en la población adulto mayor.

Estrategia:

- Participar en el programa Nacional Prevención y Control de la catarata en adultos mayores.
- Participar en la estrategia Nacional Red Juntos.
- Promover acciones de promoción social en municipios con población afro descendiente.

1.4.3.2.5.- PREVENCIÓN, VIGILANCIA DE RIESGOS PROFESIONALES

Objetivo: Promover la salud ocupacional, prevenir los riesgos laborales, mediante la inducción a la demanda de los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos laborales, vigilancia y control de estos riesgos sensibilización a la incorporación del discapacitado al sector productivo, como también al seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia entorno laboral

Metas de los 4 años del plan (de resultado)

- Aumentar en un 100% la implementación de la promoción de la salud y calidad de vida.
- Aumentar en un 100% Inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos en salud y de origen laboral en ámbitos laborales.
- Aumentar en un 100% Inspección, vigilancia y control de los riesgos laborales y riesgos en las empresas con base en riesgos laborales.
- Aumentar en un 100% la Sensibilización para la reincorporación del discapacitado al sector productivo.
- Aumentar en un 100% Seguimiento, evaluación y difusión a los resultados de la vigilancia en salud en el entorno laboral

Estrategias:

- Implementar la estrategia de promoción de la salud y la calidad de vida en ámbitos laborales de población informal y vulnerable en el marco de la seguridad social.
- Fortalecer la Inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos en salud y de origen laboral en ámbitos laborales.
- Inspección, vigilancia y control de los riesgos laborales y riesgos en las empresas con base en riesgos laborales.
- Sensibilización para la reincorporación del discapacitado al sector productivo.
- Seguimiento, evaluación y difusión a los resultados de la vigilancia en salud en el entorno laboral

1.4.3.2.6.- EMERGENCIA Y DESASTRE

Objetivo: Garantizar la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad a la población pobre y vulnerable que ha sido víctima de situación de emergencia y/o desastre, con oportunidad y calidad, residente en los municipios del departamento

Metas de los 4 años del plan (de resultado)

- Lograr en el 100% de los municipios la aplicación de la identificación del riesgo de emergencia y desastres.
- Aumentar las acciones de articulación intersectorial para la prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres.
- Consolidar en un 100% la red urgencias del sistema de referencia y contrarreferencia.

Estrategias

- Gestión de la identificación de lo riesgo de emergencia.
- Aplicación de acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos de mitigación y superación de las emergencias y desastres.
- Aplicación de acciones para el fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencia y desastres.
- Desarrollo y consolidación de la red de urgencias y del Sistema de referencia y contrarreferencia.

CAPITULO SEGUNDO

ANALISIS GENERAL DE LA EMPRESA, SU POBLACION Y SU ENTORNO

2.1.- DIAGNOSTICO SOCIO ECONOMICO DEL MUNICIPIO

2.1.1.- ASPECTOS HISTORICOS

Su fundación data del año de 1.771 y se atribuye a Don Antonio de la Torre y Miranda por comisión que le hiciera el Gobernador de Cartagena. Fue escenario de algunos hechos de armas en la guerra de Independencia, entre los que se destaca el combate de Mancomoján el 12 de Noviembre de 1.892.

2.1.2.- LOCALIZACION

El Municipio de El Carmen de Bolívar se encuentra ubicado en la Subregión denominada Montes de María en el Centro del Departamento de Bolívar, está situado a 73 grados 12 horas de latitud norte y 75 grados 07 horas oeste, con una altitud de 132 metros sobre el nivel del mar.

Su extensión geográfica es de 920 kilómetros cuadrados, ocupando el octavo lugar en extensión y el tercero en mayor población en el Departamento. Dista unos 125 kilómetros de la capital del Departamento (Cartagena de Indias) a través de la carretera troncal de occidente.

2.1.3.- LIMITES

Limita al norte con el Municipio de San Jacinto, al este con el municipio de Zambrano y Córdova, al sur con Ovejas y al oeste con los Municipios de Coloso y San Onofre.

2.1.4.- DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA

El Carmen de Bolívar está conformado en su zona urbana por 36 barrios sobre un área de 4.9 kilómetros donde se registran 7.331 viviendas. En el área rural lo conforman 19 corregimientos y 21 veredas, donde se ubican 3.163 viviendas. El Municipio del Carmen de Bolívar a sido considerado como el municipio de mayor conflicto social en el Departamento siendo lugar de continuos desplazamientos de la población rural durante los años 1999 y 2004.

2.1.5.- ASPECTOS DEMOGRAFICOS

La mayor población del Municipio se encuentra ubicada en la cabecera urbana, donde hay 45.064 habitantes, que corresponden al 64% del total de la población, en la zona rural se encuentra el 36% restante que representan 25.343 habitantes, para un total de 70.397⁸ según datos del Censo DANE 2005 ajustado.

La tasa de crecimiento de la población del Municipio durante el quinquenio 1994 a 1999 fue de 1.03% anual, lo que representa un incremento de 4.942 personas en los últimos cinco años, no obstante esta tasa disminuyó por los fenómenos de la violencia y la inseguridad observando un crecimiento promedio anual de 0,46% anual entre los años 2002 – 2007, lo cual no representa más de 2.140 personas, cifra que se proyecta para los próximos 3 años según el DANE.

Los cambios poblacionales más significativos son notorios en la zona rural, debido al fenómeno del desplazamiento de la población hacia el casco urbano, situación alimentada por los escasos incentivos de fomento, y los continuos enfrentamientos armados. Cabe anotar que a partir del año 2005 el municipio ha encontrado un momento de transición en el cual la política de seguridad

⁸ El dato de población según el Censo Dane anterior estaba en 79.375, cerca de 9.000 personas menos, esto se interpreta por los ajustes y las técnicas actuales de medición y el fenómeno de la violencia que implicó movimientos poblacionales.

democrática ha venido promoviendo la reinserción y rehabilitación social en la zona, fomentando el retorno de muchos desplazados y la reactivación de las actividades agropecuarias que son la principal fuente de ingresos de sus habitantes.

Tabla 1. POBLACIÓN DE EL MUNICIPIO DE ELCARMEN DE BOLÍVAR SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y ZONA 2008 - 2.009

GRUPOS DE EDAD	URBANO	RURAL	TOTAL	PART %
0-4	5.681	3.195	8.876	12,6%
5-9	5.457	3.070	8.527	12,1%
10-14	5.448	3.064	8.512	12,1%
15-19	4.989	2.806	7.795	11,1%
20-24	3.653	2.055	5.708	8,1%
25-29	2.783	1.565	4.348	6,2%
30-34	2.465	1.387	3.852	5,5%
35-39	2.508	1.411	3.919	5,6%
40-44	2.373	1.335	3.708	5,3%
45-49	2.036	1.146	3.182	4,5%
50-54	1.831	1.030	2.861	4,1%
55-59	1.652	930	2.582	3,7%
60-64	1.286	724	2.010	2,9%
65-69	877	494	1.371	1,9%
70-74	824	464	1.288	1,8%
75-79	552	311	863	1,2%
80 Y MÁS	637	358	995	1,4%
Total	36.472	33.925	70.397	100,0%

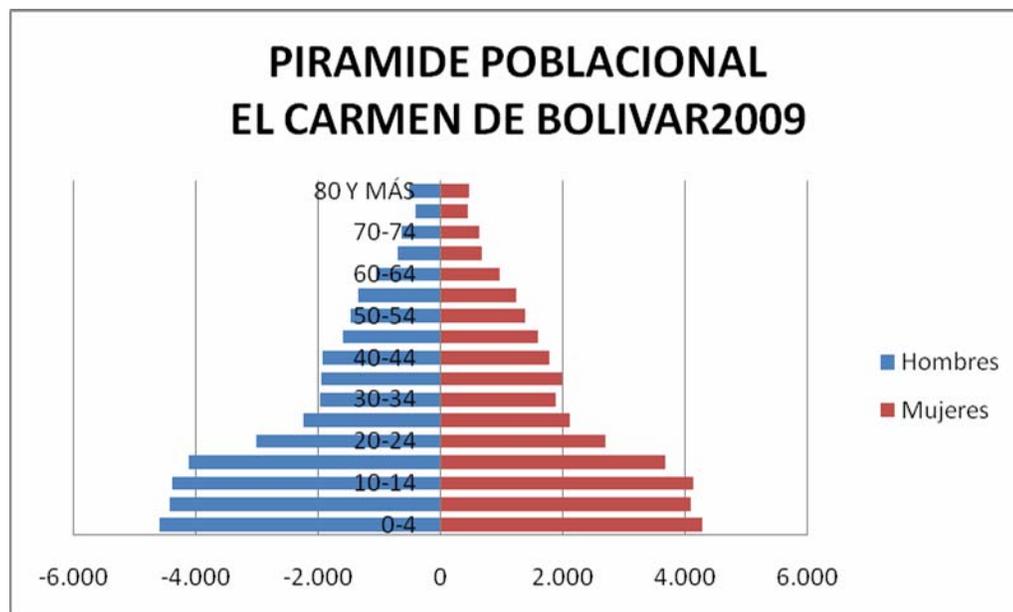
Fuente: Censo DANE Ajustado 2005

Tabla 2. POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE EL CARMEN DE BOLÍVAR SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO
2.008 – 2009

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PART %
0-4	4.600	4.276	8.876	12,6%
5-9	4.440	4.087	8.527	12,1%
10-14	4.387	4.125	8.512	12,1%
15-19	4.127	3.668	7.795	11,1%
20-24	3.012	2.696	5.708	8,1%
25-29	2.253	2.095	4.348	6,2%
30-34	1.975	1.877	3.852	5,5%
35-39	1.948	1.971	3.919	5,6%
40-44	1.932	1.776	3.708	5,3%
45-49	1.596	1.586	3.182	4,5%
50-54	1.489	1.372	2.861	4,1%
55-59	1.344	1.238	2.582	3,7%
60-64	1.053	957	2.010	2,9%
65-69	710	661	1.371	1,9%
70-74	656	632	1.288	1,8%
75-79	422	441	863	1,2%
80 Y MÁS	528	467	995	1,4%
Total	36.472	33.925	70.397	100,0%

Fuente: Censo DANE Ajustado 2005

Gráfico 1. PIRAMIDE POBLACIONAL



2.1.5.1.- ANALISIS DE LA POBLACION REGION DE INFLUENCIA

Es muy importante analizar la relación entre la dinámica poblacional de los municipios que conforman la región de influencia para lo cual nos apoyaremos en los siguientes cuadros.

Tabla 3. ANALISIS DE LA DINAMICA POBLACIONAL DE LA REGION 2008 - 2011

MUNICIPIOS	2008	2009	2010	2011
Córdoba	12.823	12.749	12.678	12.626
El Carmen de Bolívar	69.714	70.397	71.100	71.854
El Guamo	7.770	7.765	7.758	7.764
San Jacinto	21.474	21.458	21.460	21.456
San Juan Nepomuceno	32.660	32.743	32.849	32.961
Zambrano	11.168	11.206	11.259	11.321
TOTAL REGION	155.609	156.318	157.104	157.982

Fuente: Censo DANE Ajustado 2005

Inicialmente la comparación del crecimiento poblacional proyectado para los próximos 3 años nos arroja un comportamiento negativo para los municipios de Córdoba, el Guamo y San Jacinto, y positivo para El Carmen, San Juan y Zambrano, lo cual significa que el promedio de crecimiento se mantendrá por la dinámica de aumento de las poblaciones más grandes.

Tabla 4. CONSOLIDADO POBLACION DE LA REGION 2009

MUNICIPIOS	2009	Part %
Córdoba	12.749	8,2%
El Carmen de Bolívar	70.397	45,0%
El Guamo	7.765	5,0%
San Jacinto	21.458	13,7%
San Juan Nepomuceno	32.743	20,9%
Zambrano	11.206	7,2%
TOTAL REGION	156.318	100,0%

Fuente: Censo DANE Ajustado 2005

De otro lado al realizar el análisis vertical con referencia en la población estimada para el año 2009 concluimos contundentemente que los tres municipios más grandes representan más del 79% del total de la población.

2.2.- DIAGNOSTICO DE LA ORGANIZACIÓN DEL SECTOR DE SALUD

2.2.1.- INFORMACION DE LA SECRETARIA DE SALUD

El Municipio no cuenta con un plan local de salud aprobado, en los archivos solo reposa un Plan proyectado para la vigencia 1.998 – 2.001 adoptado mediante decreto 324 del 3 de Noviembre de 1.998, se trata de un extenso documento que profundiza mas en el diagnostico que en la planeación y organización del modelo de atención y en la formulación de políticas de prestación, además no se encuentran acciones de seguimiento a las actividades programadas.

A partir del año 2.001 la secretaria de Salud municipal presentó el plan local de salud que integra acciones del plan de desarrollo municipal y una política directriz coherente al plan de atención básica que se incluye en este.

Con relación a la estructura orgánica de la Secretaria municipal de salud así como sus manuales de funciones y procedimientos no son coherentes con las responsabilidades del despacho, su recurso humano está relativamente preparado para asumir su papel mirado desde la perspectiva de la experiencia relativa, pero se nota la falta de apoyo de las últimas administraciones. El consejo Municipal de seguridad social en salud no se encuentra sesionando.

No existe un sistema de información adecuado que permita consultar para la toma de decisiones, no existe información sistematizada ni manual. La única información disponible es la referente a enfermedades de vigilancia

epidemiológica que son de notificación obligatoria, la secretaria municipal no había reportado informes de morbi - mortalidad durante el 2000 -2006 y se desconocen los informes de los años posteriores lo que seguramente afecta la distribución de recursos del nivel nacional para este Municipio.

En lo referente a la dimensión de Garantía de la Oferta de Servicios de Salud, en la secretaria no existe un funcionario responsable del área, no hay archivos ni registro de las IPS, mucho menos un plan de visitas. Las IPS por su parte no reportan ningún tipo de información a la secretaria, desconociéndose el censo y la disponibilidad de infraestructura física y de recursos humanos con exactitud.

2.2.2.- ANALISIS DE LA OFERTA DE SERVICIOS DEL MUNICIPIO

El Municipio maneja un fondo local de salud, que gira los recursos para la prestación del primer nivel de atención a la población vinculada a través de la ESE Giovanni Cristini. Creada mediante decreto 046 de Diciembre de 1.999.

La ESE Municipal es la entidad responsable de la atención primaria de salud y de la organización y prestación de los servicios de baja complejidad para los más de 70 mil habitantes del Carmen de Bolívar, esta IPS publica se encuentra sumida en una profunda crisis financiera que la tiene al borde del colapso o de una posible intervención de la Supersalud.

Las condiciones de riesgo en el modelo de atención primaria ya comenzaron a verse reflejados en la calidad de la prestación de los servicios de la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen por cuanto la falta de control a la población gestante, y la mala e inefectiva atención de los grupos de riesgo, están repercutiendo en mayores consumos de servicios de segundo nivel.

De otra parte las deficiencias estructurales y la poca capacidad de atención de la ESE Municipal, repercute de manera directa en la prestación de muchos servicios ambulatorios de baja complejidad de responsabilidad de esta los cuales están capitados o contratados con el ente territorial y las EPSS que operan en la región.

2.2.3.- ANALISIS DE LA OFERTA PÚBLICA DE SERVICIOS DE LA REGION

La forma como se encuentra organizada y dispuesta la red pública en el Departamento nos permite tener una idea de la forma como cada uno de los municipios gestiona su modelo de atención.

Con la ayuda del cuadro siguiente podemos apreciar los Hospitales, Centros y Puestos de Salud habilitados para garantizar el acceso a los servicios de baja y mediana complejidad con 5 Hospitales de primer nivel, 20 Centros de Salud y 4 Puestos de atención. La única institución de segundo nivel es la ESE Nuestra Señora del Carmen en toda la región.

Vemos como algunos municipios de menor población que el Carmen de Bolívar dispone de una organización más articulada reforzando la atención primaria, son los casos de San Juan, el Guamo y Marialabaja.

Tabla 5. ESTRUCTURA DE LA RED PUBLICA DE LA REGION

**DESCRIPCIÓN IPS PÚBLICAS
ZODES MONTES DE MARIA
DEPARTAMENTO DE BOLIVAR**

SERVICIOS	HOSPITAL	Hospital	CS	PS	Municipios Área de Influencia
Ambulatorios Urgencias 24 h Hospitalización Prevención y Promoción de la Salud	ESE Hospital de Córdoba	1	4		Córdoba
	ESE CS Giovanni Cristini		1		El Carmen de Bolívar
	Unidad Operativa Local de El Guamo*		5		El Guamo
	ESE HL de Marialabaja	1	10		Marialabaja
	ESE HL de San Jacinto	1			San Jacinto
	ESE H.L. de San Juan Nepomuceno	1		3	San Juan Nepomuceno
	ESE H. L. San Sebastián de Zambrano	1		1	Zambrano
SUBTOTAL SERVICIOS BAJA COMPLEJIDAD		5	20	4	
Ambulatorios Urgencias 24 h Hospitalización Quirúrgicos de mediana complejidad	ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen	1			El Carmen de Bolívar
SUBTOTAL SERVICIOS MEDIA COMPLEJIDAD		1			
TOTAL SERVICIOS		6	20	4	

Fuente: Plan de Desarrollo del Departamento de Bolívar 2008

2.2.4.- ASEGURAMIENTO DEL MUNICIPIO

2.2.4.1.- AREA DE INFLUENCIA

El área de influencia de la E.S.E Nuestra Señora del Carmen se encuentra compuesta por los seis municipios del centro del Departamento de Bolívar pertenecientes a la Subregión de los Montes de María, de donde provienen la mayoría de sus usuarios, de manera espontánea o por remisión de otras IPS.

**Tabla 6. ASEGURAMIENTO EN SALUD POBLACIÓN ÁREA DE INFLUENCIA DE LA SUBREGION
MONTES DE MARIA AÑO 2.007 -2008⁹**

MUNICIPIOS	AFILIADOS R.C.	AFILIADOS RS	NO ASEGURADOS	TOTAL POBLACION	% ASEGURAMIENTO
CORDOBA	105	12.459	185	12.749	98,5%
EL CARMEN DE BOLIVAR	8053	49.401	12.943	70.397	81,6%
EL GUAMO	125	5.785	1.855	7.765	76,1%
SAN JACINTO	1640	18.948	870	21.458	95,9%
SAN JUAN NEPOMUCENO	2358	24.309	6.076	32.743	81,4%
ZAMBRANO	1661	7.927	1.618	11.206	85,6%
Total general	13.942	118.829	23.547	156.318	84,9%

Fuente: Ministerio de la Protección Social 2008

Como podremos apreciar en el cuadro Área de influencia con corte al 30 de junio de 2008, existe una población potencial de la zona de 156.318 personas de las cuales todavía 23.547 continúan sin ningún tipo de aseguramiento en salud, este grupo de personas vulnerables en riesgo social representa poco más del 15% del total de la población de la región.

Se destaca que el Municipio del Carmen de Bolívar sigue siendo uno de los de menor nivel de aseguramiento con el 81,6%, incluso está por debajo de la media de la misma región que se acerca al 85%.

El costo del mercado del aseguramiento de la región de influencia para los dos regímenes supera la no despreciable suma de 34 mil millones de pesos anuales que significan unos 31 mil 500 millones para la compra de servicios de salud, de los cuales unos 20 mil millones se destinan a la contratación del primero y segundo nivel de atención, equivalentes a una disponibilidad de recursos mensuales de más de 2.600 millones de pesos.

⁹ Datos referenciados con corte al 30 de Junio de 2008

Tabla 7. PROYECCION DE LOS RECURSOS DEL ASEGURAMIENTO DE LA REGION

MUNICIPIO	RECURSOS R.C.	RECURSOS R.S.	TOTAL ASEGURAMIENTO
CORDOBA	\$ 45.201.240,00	\$ 3.019.687.830,00	\$ 3.064.889.070,00
EL CARMEN DE BOLIVAR	\$ 3.466.719.864,00	\$ 11.973.320.370,00	\$ 15.440.040.234,00
EL GUAMO	\$ 53.811.000,00	\$ 1.402.110.450,00	\$ 1.455.921.450,00
SAN JACINTO	\$ 706.000.320,00	\$ 4.592.426.760,00	\$ 5.298.427.080,00
SAN JUAN NEPOMUCENO	\$ 1.015.090.704,00	\$ 5.891.772.330,00	\$ 6.906.863.034,00
ZAMBRANO	\$ 715.040.568,00	\$ 1.921.266.990,00	\$ 2.636.307.558,00
Total general	\$ 6.001.863.696,00	\$ 28.800.584.730,00	\$ 34.802.448.426,00

Fuentes: Ministerio de la Protección Social
 Secretaría Departamental de Salud
 Calculos del Autor

Para el caso específico del mercado del Régimen Subsidiado de salud estas cifras representan potencialmente una bolsa de contratación de servicios para el primero y segundo nivel de unos 17.200 millones de pesos anuales o unos 1.435 millones mensuales disponibles para garantizar la salud de los 118.829 afiliados hasta junio de 2008.

2.2.4.2.- COMPOSICIÓN DEL MERCADO LOCAL

La principal demanda de servicios de los municipios del área de influencia se deriva de la población afiliada al Régimen Subsidiado de Salud, esta situación se replica a nivel local en el Municipio del Carmen de Bolívar, en tal sentido los ingresos del Hospital se derivan de la facturación que haga a este tipo de población como lo pudimos apreciar anteriormente.

El aseguramiento en salud en el régimen subsidiado específicamente, representa un total de 54.9975¹⁰ personas con un índice de cobertura del 89.5% con relación al total de la población del Municipio incluyendo los afiliados al Régimen Contributivo, con relación al nivel de aseguramiento respecto de la

¹⁰ En esta Cifra se contiene los datos de las últimas ampliaciones de cobertura con corte al 30 de Noviembre 2008

población potencialmente asegurable en este régimen (pobres no asegurados) el aseguramiento está en el 88,2%.

Tabla 8. ESTRUCTURA DEL ASEGURAMIENTO AL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD EN LA REGION

EPSS	AFILIADOS	PART	RS	SERVICIOS
AMBUQ	9.946	18,1%	\$ 2.410.612.020	\$ 2.217.763.058
CAJACOPI	2.993	5,4%	\$ 725.413.410	\$ 667.380.337
CAPRECOM	2.537	4,6%	\$ 614.892.690	\$ 565.701.275
COOSALUD	2.737	5,0%	\$ 663.366.690	\$ 610.297.355
MUTUAL SER	33.720	61,3%	\$ 8.172.716.400	\$ 7.518.899.088
SOLSALUD	3.042	5,5%	\$ 737.289.540	\$ 678.306.377
TOTAL	54.975	100,0%	\$ 13.324.290.750	\$ 12.258.347.490

Fuentes: Ministerio de la Protección Social
Secretaría Departamental de Salud

Se presenta entonces las siguientes situaciones:

- I. Aun existe un alto volumen de población vinculada al sistema que debe ser cubierta con recursos de oferta que supera los 11.000 personas.
- II. El Hospital Nuestra Señora del Carmen es la única institución Pública del centro del Departamento de Bolívar que ofrece servicios de segundo nivel de atención.
- III. Existe un significativo potencial de mercado para la atención del régimen subsidiado, dado el bajo nivel de competencia y de recursos disponibles para el segundo nivel.

Frente al proceso de afiliación al régimen subsidiado, la secretaria de salud no ha podido superar los problemas de depuración de las bases de datos por lo tanto no es posible detectar ajustar la doble afiliación de manera precisa, actualmente no existe información del número de potenciales beneficiarios, el sisben no dispone de una base de datos confiable, no hay copia de los actos

administrativos que autorizan la operación de las EPSS en EL Municipio. Nunca se ha realizado ejercicio de control social de la afiliación al SGSSS.

Con relación a la población vinculada, no se poseen registros actualizados, por lo tanto no hay cálculos del valor per cápita por vinculado, aun no se han definido el control de los recursos de oferta para la atención integral a la población vinculada.

2.3.- DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

2.3.1.- ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA REGION DE INFLUENCIA

Tabla 9. CAUSAS DE ENFERMEDAD DE LA REGION: CONSULTA EXTERNA

**10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA (CIE10)
ZODES MONTES DE MARIA
PERIODO: NOVIEMBRE 2007**

Causas	No. Casos
Control de salud de rutina del niño	30913
Caries limitada al esmalte	22323
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	20271
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	20259
Hipertensión esencial (primaria)	15971
Consulta para atención y supervisión de la salud del niño	15302
Examen médico general	13175
Otras consultas especificadas	12646
Atención materna por feto viable en embarazo abdominal	11375

Fuentes: Ministerio de la Protección Social
Secretaría Departamental de Salud

Tabla 10. CAUSAS DE MUERTE DE LA REGION

**10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD ZODES MONTES DE MARIA
PERIODO: DE ENERO A DICIEMBRE 2007**

	Causas	No Casos
1	PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO	141
2	HERIDAS POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO	44
3	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	34
4	CHOQUE HIPOVOLEMICO	18
5	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	15
6	TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO POR ACCIDENTE DE TRANSITO	12
7	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	9
8	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	7
9	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	7
10	CARDIOPATIA ISQUEMICA	7
	TOTAL	294

Fuentes: Ministerio de la Protección Social
Secretaría Departamental de Salud

Tabla 11. CAUSAS DE ENFERMEDAD DE LA REGION: HOSPITALIZACION

**10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR HOSPITALIZACION
ZODES MONTES DE MARIA
PERIODO: NOVIEMBRE 2007**

Causas	No. Casos
Trabajo de parto precipitado	333
Atención materna por feto viable en embarazo abdominal	290
Bronconeumonía, no especificada	193
Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco de miembro	122
Amenaza de aborto	96
Asma, no especificada	82
Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco de otros sitios	77
Absceso y quiste subcutáneo feomicótico	77
Dolor abdominal localizado en parte superior	69

Fuentes: Ministerio de la Protección Social
Secretaría Departamental de Salud

2.3.2.- ANALISIS DE LA DEMANDA DE SERVICIOS

2.3.2.1.- DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE BAJA COMPLEJIDAD DEL CARMEN DE BOLIVAR

Utilizando las frecuencias de uso de los servicios ponderadas de las 4 EPSS más representativas de la región, hemos calculado la demanda potencial de servicios por grupos de riesgos para la población del Carmen de Bolívar, herramienta que nos permitirá dimensionar el mercado de consumo de servicios de salud específico para el primer nivel de complejidad.

Con la ayuda de la tabla resumen anexa, podemos apreciar un comportamiento característico de demanda de servicios por cada uno de los grupos de riesgo relativamente encuadrado en la media nacional.

Observamos por ejemplo que más del 86% de las atenciones en salud se concentran en los servicios de medicina general, odontología y urgencias, de los cuales el mayor grupo de riesgo consultor se encuentra en edades de 15 a 44 años.

La demanda total de atenciones de baja complejidad para la población del Carmen de Bolívar, supera las 278 mil solicitudes anuales. Finalmente dentro de los grupos de riesgos más del 78% de toda la demanda potencial de servicios se encuentra ubicada entre los 5 y los 59 años.

Tabla 12. CALCULO DE LA DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL CARMEN DE BOLIVAR

DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD PARA EL MUNICIPIO DEL CARMEN DE BOLIVAR 2009

SERVICIOS	GRUPO DE RIESGO						Total Actividades	
	Menor 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 59 años	Mayor 60 años		
C. Medicina	2.112	13.516	33.931	61.386	15.769	14.079	140.794	50,6%
C. Odontología	1.056	6.758	16.966	30.693	7.884	7.040	70.397	25,3%
C. Urgencia	475	3.041	7.635	13.812	3.548	3.168	31.679	11,4%
Laboratorio	380	2.433	6.108	11.050	2.838	2.534	25.343	9,1%
Rayos X	48	304	763	1.381	355	317	3.168	1,1%
Ecografías	24	152	382	691	177	158	1.584	0,6%
Terapia Respiratoria	14	91	229	414	106	95	950	0,3%
Observación	24	152	382	691	177	704	2.130	0,8%
Hospitalización	11	68	170	307	79	70	704	0,3%
Parto Bajo Riesgo	-	-	102	184	47	-	333	0,1%
Procedimientos BC	11	68	170	307	79	70	704	0,3%
Transporte AB	10	61	153	276	71	63	634	0,2%
Total Grupo Riesgo	4.163	26.644	66.989	121.192	31.132	28.300	278.419	100,0%
	1,5%	9,6%	24,1%	43,5%	11,2%	10,2%	100,0%	

Fuente: Ministerio de la Protección Social
Superintendencia Nacional de Salud
Cálculos del Autor

2.3.2.2.- DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD DE LA REGION

Continuando con la misma dinámica del análisis, y teniendo en cuenta los promedios de consumo de servicios de las empresas solidarias de salud, agremiadas en Gestarsalud, hemos calculado la demanda potencial de servicios de mediana y alta complejidad para la población del Carmen de Bolívar y de la Región de influencia del la ESE, el cual presentamos en los siguientes cuadros.

2.3.2.2.1.- SERVICIOS AMBULATORIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

Tabla 13. CALCULO DE LA DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA POBLACION DEL CARMEN DE BOLIVAR

SERVICIO	TASA DE USO	POBLACION CARMEN DE BOLIVAR	DEMANDA POTENCIAL MUNICIPIO	POBLACION REGION	DEMANDA POTENCIAL REGION	Part %
CONSULTA ESPECIALIZADA	0,438760	70.397	30.887	156.318	68.586	22,78%
CONSULTA DE URGENCIAS	0,061220	70.397	4.310	156.318	9.570	3,18%
LABORATORIO CLÍNICO	0,875560	70.397	61.637	156.318	136.866	45,46%
MEDICAMENTOS	0,250030	70.397	17.601	156.318	39.084	12,98%
RAYOS X	0,100000	70.397	7.040	156.318	15.632	5,19%
MEDICINA NUCLEAR	0,000680	70.397	48	156.318	106	0,04%
ENDOSCOPIA	0,002190	70.397	154	156.318	342	0,11%
ELECTROCARDIOGRAFÍA	0,017000	70.397	1.197	156.318	2.657	0,88%
ELECTROENCEFALOGRAFÍA	0,001670	70.397	118	156.318	261	0,09%
ELECTRO MIOGRAFÍA	0,000900	70.397	63	156.318	141	0,05%
ECOGRAFÍA	0,013330	70.397	938	156.318	2.084	0,69%
ANATOMÍA PATOLÓGICA	0,006320	70.397	445	156.318	988	0,33%
BANCO DE SANGRE (EXAM)	0,031620	70.397	2.226	156.318	4.943	1,64%
SANGRE (UNIDADES)	0,004070	70.397	287	156.318	636	0,21%
REHABILITACIÓN	0,000650	70.397	46	156.318	102	0,03%
TERAPIA FÍSICA Y RESPIRATORIA	0,072270	70.397	5.088	156.318	11.297	3,75%
NEUMOLOGÍA	0,000810	70.397	57	156.318	127	0,04%
NEFROLOGÍA	0,001260	70.397	89	156.318	197	0,07%
NEUROLOGÍA	0,000360	70.397	25	156.318	56	0,02%
CARDIOLOGÍA	0,001060	70.397	75	156.318	166	0,06%
OTORRINOLARINGOLOGÍA	0,001720	70.397	121	156.318	269	0,09%
OFTALMOLOGÍA	0,002030	70.397	143	156.318	317	0,11%
ONTOLOGÍA	0,001580	70.397	111	156.318	247	0,08%
ALERGOLOGÍA	0,000900	70.397	63	156.318	141	0,05%
NUTRICIÓN	0,005420	70.397	382	156.318	847	0,28%
TRABAJO SOCIAL	0,015810	70.397	1.113	156.318	2.471	0,82%
PSICOLOGÍA	0,003610	70.397	254	156.318	564	0,19%
TOMOGRAFÍA	0,002100	70.397	148	156.318	328	0,11%
GENÉTICA	0,000160	70.397	11	156.318	25	0,01%
OPTOMETRÍA	0,008040	70.397	566	156.318	1.257	0,42%
RESONANCIA MAGNÉTICA	0,000070	70.397	5	156.318	11	0,00%
OTROS PROCEDIMIENTOS NO QX.	0,004740	70.397	334	156.318	741	0,25%
	1,925940	70.397	135.580	156.318	301.059	100%

2.3.2.2.2.- SERVICIOS HOSPITALARIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD

Tabla 14. CALCULO DE LA DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD DE LA POBLACION DEL CARMEN DE BOLIVAR

SERVICIO	TASA DE USO	POBLACION CARMEN DE BOLIVAR	DEMANDA POTENCIAL MUNICIPIO	POBLACION REGION	DEMANDA POTENCIAL REGION	Part %
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	0,009410	70.397	662	156.318	1.471	8,48%
ESTANCIA (5.5. DÍAS)	0,004920	70.397	346	156.318	769	4,44%
LABORATORIO CLÍNICO	0,028050	70.397	1.975	156.318	4.385	25,29%
RADIOLOGÍA	0,007410	70.397	522	156.318	1.158	6,68%
MEDICAMENTOS	0,027110	70.397	1.908	156.318	4.238	24,44%
VALORACIÓN DIAGNOSTICA	0,004920	70.397	346	156.318	769	4,44%
CUIDADOS MÉDICOS	0,027110	70.397	1.908	156.318	4.238	24,44%
INTERCONSULTAS	0,001990	70.397	140	156.318	311	1,79%
	0,110920	70.397	7.808	156.318	17.339	100%

Fuente: Ministerio de la Protección Social
Superintendencia Nacional de Salud
Dane, Censo 2005 Ajustado
DNP Planeación Nacional
Estudios Técnicos – Gestarsalud 2007
Cálculos del Autor

2.3.2.2.3.- SERVICIOS HOSPITALARIOS DE ALTA COMPLEJIDAD

Tabla 15. CALCULO DE LA DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA POBLACION DEL CARMEN DE BOLIVAR

SERVICIO	TASA DE USO	POBLACION CARMEN DE BOLIVAR	DEMANDA POTENCIAL MUNICIPIO	POBLACION REGION	DEMANDA POTENCIAL REGION	Part %
DIÁLISIS (SESIONES)	0,004150	70.397	292	156.318	649	64,34%
NEUROCIRUGÍA	0,000350	70.397	25	156.318	55	5,43%
CIRUGÍA DE CORAZÓN	0,000160	70.397	11	156.318	25	2,48%
REEMPLAZOS ARTICULARES	0,000170	70.397	12	156.318	27	2,64%
GRAN QUEMADO (50 DÍAS)	0,000040	70.397	3	156.318	6	0,62%
PACIENTES INFECTADOS CON VIH	0,000250	70.397	18	156.318	39	3,88%
CUIDADOS INTENSIVOS	0,001330	70.397	94	156.318	208	20,62%
	0,006450	70.397	454	156.318	1.008	100%

Fuente: Ministerio de la Protección Social
Superintendencia Nacional de Salud
Dane, Censo 2005 Ajustado
DNP Planeación Nacional
Estudios Técnicos – Gestarsalud 2007
Cálculos del Autor

2.3.2.2.4.- ANALISIS DE LA DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS

En el cuadro resumen adjunto observamos los resultados del cálculo de la demanda potencial de servicios de salud tanto del Municipio del Carmen de Bolívar como de toda la región de influencia de la ESE conformada por los 6 Municipios de la Subregión Montes de María.

En el cuadro tenemos tasas medias de uso por grupos de servicios, de tal forma que para el primer nivel de complejidad registramos frecuencias de 3,9 solicitudes por usuario año, y para el grupo ambulatorio de mediana y alta complejidad tenemos frecuencias potenciales de 1,9 solicitudes usuario – año.

En su conjunto integral las tasas ponderadas por grupos de servicios y medias, entre niveles de complejidad, se encuentra en 5,99 demandas de servicios anuales por persona, cifras que nos ayudan mucho en la planeación y organización de los servicios de salud, así como en la formulación de costos para negociar los contratos de prestación de servicios.

Tabla 16. RESUMEN CONSOLIDADO DE LA DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS AMBULATORIOS, DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD DE LA POBLACION DEL CARMEN DE BOLIVAR

<i>GRUPO DE SERVICIOS</i>	<i>TASA DE USO MEDIA</i>	<i>POBLACION CARMEN DE BOLIVAR</i>	<i>DEMANDA POTENCIAL MUNICIPIO</i>	<i>POBLACION REGION</i>	<i>TOTAL DEMANDA POTENCIAL</i>	<i>Part %</i>
BAJO NIVEL DE COMPLEJIDAD	3,954984	70.397	278.419	156.318	618.235	65,94%
AMBULATORIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	1,925940	70.397	135.580	156.318	301.059	32,11%
HOSPITALARIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD	0,110920	70.397	7.808	156.318	17.339	1,85%
HOSPITALARIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	0,006450	70.397	454	156.318	1.008	0,11%
	5,998294	70.397	422.262	156.318	937.641	100,0%

Finalmente observamos la relación de consumos potenciales relativos entre la población del Carmen de Bolívar y el resto de la Región, notando una representatividad del 47% lo cual es muy significativo al proyectar la capacidad instalada y el presupuesto de ingresos del hospital.

2.4.- GENERALIDADES DE LA NUEVA EMPRESA

2.4.1.- ASPECTOS HISTORICOS

La ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen es en la actualidad, la única Institución de segundo nivel de carácter público del centro del departamento de Bolívar y su nacimiento se encuentra ligado a la extinta ESE Hospital Monte Carmelo, y este a su vez al primer Hospital Montecarmelo de la Municipalidad llamado Unidad Regional de Salud Numero 2.

Históricamente se conoce que el primer Hospital Montecarmelo fue creado por monjas misioneras, y construido según contrato suscrito el 24 de octubre de 1943, con una inversión que representó un egreso de \$73.123.75 entregados oficialmente en el año 1944 y sometida a la jurisdicción de la Junta Asistencial el 22 de noviembre de 1945, adelantándose gestiones para la dotación de equipos y material médico quirúrgico así como el personal científico que habría de atender este hospital.

También se conoce que la Institución sufrió un gran incendio hacia los años 67 que ocasionó el cierre para que posteriormente fuera rediseñado y reconstruido. Finalmente el sistema nacional de Salud de ese entonces fortaleció el modelo de subsidio a la oferta de servicios y la Institución es convertida en un Hospital regional llamado Unidad Regional numero 2 de Bolívar y pasó completamente a manos del estado.

En 1980, se lleva a cabo una ampliación y remodelación como respuesta al crecimiento de la población y al lógico incremento de la demanda de los servicios de salud, por parte de la comunidad, ampliándose concretamente el bloque administrativo y de consulta externa.

En el año 1986, se compra una vivienda y se anexa el lote a la institución ampliando su área a un total de 6.312 metros cuadrados ampliando el bloque quirúrgico, de hospitalización y laboratorio clínico y radiología.

Para 1994 se inician los trabajos del bloque pediátrico y dormitorios del personal científico. Finalmente en el año 1995 ya bajo el nuevo modelo de protección social que trae consigo la Ley 100 de 1993, mediante el decreto Ordenanza No.662 de julio 5 de 1995, que modifica y adiciona al decreto No.1001 de noviembre 25 de 1994, se transforma al Hospital Monte Carmelo en Empresa Social del Estado, entendida con categoría especial de entidad pública descentralizada del orden departamental.

El final de la Historia del Hospital Montecarmelo comienza en el año 2003 cuando el Gobierno Nacional entra a promover la reestructuración de la Red Hospitalaria Colombiana y para ello abre un concurso y toma 24 instituciones como prueba piloto para el ajuste de la organización de los servicios en zonas críticas del país.

Muy a pesar de haber realizado los estudios administrativos y financieros para demostrar la inviabilidad económica de la ESE, se cometieron serios errores al no realizar los estudios técnicos de demanda real y potencial de servicios que es la razón de ser de la empresa, la caracterización de los servicios necesarios y la infraestructura para tal. El final de este proceso lo anuncia la última crisis económica pese a empezar de cero luego de la reestructuración, razones sobradas para tomar una última y reciente decisión de liquidar definitivamente la ESSE Hospital Montecarmelo y crear un nuevo ente del tipo empresa social del estado, bajo un modelo de dirección más eficiente donde participaran los

aseguradores para garantizar la mejor calidad de los servicios y el flujo de los recursos.

2.4.2.- EN LA ACTUALIDAD

La ESE Hospital Montecarmelo luego del proceso de descentralización llevado a cabo entre los años 1999 y 2000, fue sometido a varios ajustes administrativos en la búsqueda de su viabilidad financiera y rentabilidad social, no obstante la dura situación de orden público y la gran carga prestacional que arrastraba un déficit financiero histórico finalmente venció la resistencia de la empresa y se sometió la reestructuración total como un último intento del Ministerio de la Protección Social para garantizar la prestación directa de los servicios en la zona.

El ejercicio de dos años largos, luego de la reestructuración no fue exitoso y en vista que la dinámica normativa había introducido variantes importantes para la gestión y administración de estas instituciones a través de operadores externos, una alianza entre la Gobernación y las EPSS que operaban en la zona, permitió la liquidación definitiva de la ESE Hospital Monte Carmelo y el nacimiento de una nueva ESE con un concepto de atención integral y operación más eficiente.

2.4.3.- LA ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

De esta manera mediante el Decreto Ordenanzal 736 del 26 de diciembre de 2007, se creó la Empresa Social del Estado HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN, como una Entidad de Categoría Especial Descentralizada de orden departamental, adscrita a la Secretaría de Salud Departamental dotada de

Personería Jurídica, Patrimonio propio y Autonomía Administrativa, que para efectos del presente Estatuto de contratación, se denominará La Empresa.

El objeto de la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen es la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Departamento y como parte integrante del sistema de seguridad social en salud. En consecuencia, en desarrollo de este objeto, adelantará acciones de promoción de la salud y prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

2.4.3.1.- PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA NUEVA INSTITUCION

2.4.3.1.1.- VISION

ALCANZAR LA ACREDITACION Y SER MODELO DE GESTIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR.

2.4.3.1.2.- MISION

PRESTAR SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD A NUESTROS USUARIOS CON CALIDAD Y RESPONSABILIDAD, BASADOS EN UN ENFOQUE HUMANÍSTICO; UTILIZANDO RECURSOS, FINANCIEROS, HUMANOS, TECNOLÓGICOS Y LOCATIVOS, ESTABLECIENDO LA PREMISA DE SER UNA ORGANIZACIÓN PRODUCTIVA Y EFICIENTE.

2.4.3.1.3.- PRINCIPIOS Y VALORES.

La Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen, para cumplir con su objeto, además de los principios constitucionales señalados en el artículo 209 de la Constitución Política, debe orientarse por los siguientes principios y valores básicos:

PRINCIPIOS

- EFICIENCIA
- CALIDAD
- TRABAJO EN EQUIPO
- COMPETITIVIDAD

VALORES

- RESPONSABILIDAD
- RESPETO
- TRANSPARENCIA
- TOLERANCIA

2.4.3.1.4.- OBJETIVOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

En cumplimiento de su función la Empresa Social del Estado deberá:

- I. Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.
- II. Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.

- III. Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y sostenibilidad financiera de la Empresa Social.
- IV. Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas Naturales o Jurídicas servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- V. Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus Servicios y funcionamiento.
- VI. Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.

2.4.3.2.- ESTRUCTURA BÁSICA.

La Empresa Social del Estado Departamental de segundo nivel Hospital Nuestra Señora del Carmen se organiza a partir de una estructura básica que incluye tres áreas, así:

2.4.3.2.1.- DIRECCION

Conformada por la Junta Directiva y el Gerente y tiene a su cargo mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales; identificar las necesidades esenciales y las expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir la estrategia del Servicio, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional, sin perjuicio de las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la entidad.

2.4.3.2.2.- ATENCIÓN AL USUARIO

Es el conjunto de unidades orgánico-funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de Servicios de Salud con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario. Comprende la definición de políticas institucionales de atención, el tipo de recursos necesarios para el efecto, las formas y características de la atención, y la dirección y prestación del servicio.

2.4.3.2.3.- DE LOGISTICA

Comprende las Unidades Funcionales encargadas de ejecutar, en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos Humanos, Financieros, Físicos y de Información necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la Organización y, realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación.

2.4.3.3.- ÓRGANOS DE DIRECCIÓN.

La Dirección de la Empresa Social del Estado está a cargo de una Junta Directiva y un Gerente, quien será su Representante Legal.

2.4.3.3.1.- INTEGRACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA.

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen, de carácter Departamental, estará integrada por seis (6) miembros, así:

1. El estamento político – administrativo estará integrado por dos (2) miembros así:
 - a. El Gobernador del Departamento o su delegado.
 - b. El Secretario de Salud Departamental o su delegado.

2. Los dos (2) representantes del sector científico de la salud serán designados así:

El primer representante será designado mediante elección por voto secreto, que se realizará con la participación de todo el personal profesional de la planta de personal de la institución, del área de la salud cualquiera que sea su disciplina.

El otro 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 Hospital Nuestra Señora del Carmen.

Cada asociación científica presentará la terna correspondiente al Secretario de Salud de Bolívar, quien de acuerdo con las calidades científicas y administrativas de los candidatos realizará la selección.

3. Los dos (2) representantes de la comunidad serán designados de la siguiente manera:

El primer representante será designado por las Alianzas o Asociaciones de Usuarios legalmente establecidos, mediante convocatoria realizada por parte de la Secretaría de Salud de Bolívar. El otro miembro será designado entre los gremios de la producción que tengan representación en el área de influencia de la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen. La Secretaría de Salud Departamental coordinará con la Cámara de Comercio las acciones necesarias para que ésta organice la elección correspondiente.

La Junta Directiva de la nueva empresa fue conformada de acuerdo a los procedimientos de conformidad a la normatividad vigente, decretos 1876 de 1994, 1757 de 1994 y acuerdo 01 del 25 de enero del 2008 quedando organizada mediante la representación del señor Gobernador del Departamento de Bolívar, El Secretario de Salud Departamental, un representante del estamento científico interno y un representante del estamento científico externo, además de los representantes de las alianzas de usuarios y el representante de los gremios de la producción.

2.4.3.3.2.- FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA

Sin perjuicio de las funciones asignadas a la Junta Directivas por Ley, Decreto, Ordenanza u otras disposiciones legales, ésta tendrá las siguientes:

- a) Expedir, adicionar y reformar el estatuto interno.
- b) Discutir y aprobar los planes de desarrollo de la Empresa Social.
- c) Aprobar los planes operativos anuales de la Empresa.
- d) Analizar y aprobar el proyecto de presupuesto anual, de acuerdo con el plan de desarrollo y el plan operativo para la vigencia.
- e) 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 ordenes.
- f) Aprobar la planta de personal y las modificaciones a la misma, para su posterior adopción por la autoridad competente.
- g) Aprobar los manuales de funciones y procedimientos, para su posterior adopción por la autoridad competente.
- h) Establecer y modificar el Reglamento Interno de la Empresa Social del Estado.

- i) Analizar los informes financieros y los informes de ejecución presupuestal presentados por el Gerente y emitir conceptos sobre los mismos y sugerencias para mejorar el desempeño institucional.
- j) Supervisar el cumplimiento de los planes y programas definidos para la Empresa.
- k) Servir de voceros de la Empresa Social ante las instancias Político-Administrativas correspondientes y ante los diferentes niveles de Dirección del Sistema de Seguridad Social en Salud, apoyando la labor del Gerente en este sentido.
- l) Asesorar al Gerente en los aspectos que éste considere pertinentes o en los asuntos que a juicio de la Junta lo ameriten.
- m) Diseñar la política, de conformidad con las disposiciones legales, para la suscripción de los contratos de la integración docente asistenciales por el Gerente de la Empresa.
- n) Elaborar terna para la designación del responsable de la unidad de Control Interno.
- o) Fijar honorarios para el revisor fiscal.
- p) Determinar la Estructura Orgánica - Funcional de la entidad, y someterla para su aprobación ante la autoridad competente.
- q) Elaborar terna de candidatos para presentar al Gobernador para la designación del Gerente.

2.4.3.2.1.1.- ACTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ESE

Los primeros seis actos administrativos de la nueva ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen se resumen en los siguientes acuerdos:

Acuerdo No 1: Por medio del cual se aprueba el Estatuto Orgánico Interno de la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen.

Acuerdo No 2: Por medio del cual se aprueba el Presupuesto de ingresos y apropiaciones para gastos de la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen de la vigencia fiscal año 2008, por valor de \$ 4.088.500.000.

Acuerdo No 03: Por medio del cual se establece la estructura orgánica de la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen.

Acuerdo No 04: Por medio del cual se aprueba el plan de cargos y asignaciones laborales para los empleos de la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen.

Acuerdo No 05: Por medio del cual se aprueba el manual específico de funciones y competencias laborales de la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen.

Acuerdo No 06: Por medio del cual se aprueba el estatuto de contratación de la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen.

2.4.4.- MODELO DE ADMINISTRACION Y OPERACION DE LA ESE

2.4.4.1.- ANTECEDENTES GENERALES DEL MODELO

La Fundación SER FUNDASER, venía operando el contrato de administración del antiguo ESE Hospital Monte Carmelo en Liquidación, una vez creado el nuevo ente se realiza la cesión de contrato de asociación para administrar mediante operador externo, con fundamento en el parágrafo único del artículo 4 del decreto 709 del 2007.

la Junta asesora de la liquidación, mediante acta No 02, autoriza la cesión del contrato suscrito entre la ESE Hospital Monte Carmelo y la fundación Ser El día 6 de febrero del 2008, y mediante el acuerdo No 07 del 26 de febrero del 2008, los miembros de la Junta Directiva de la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen, autorizan al gerente de la ESE, para aceptar la cesión del contrato de asociación para Administrar mediante operador externo la institución, y se faculta para conocer de todas las actuaciones y gestiones necesarias para la ejecución del contrato cedido.

Dentro de este nuevo modelo de administración y administración de los servicios, el operador externo FUNDASER asume la prestación de los servicios de atención al usuario y logística de la empresa, y mediante el acuerdo No 08 del 26 de febrero se modifica el plan de cargos y asignaciones laborales para los empleados de la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen de donde queda establecida la estructura de la ESE en tres cargos básicos para la dirección de la empresa.

Tabla 17. PLANTA DE PERSONAL DE LA ESE

CARGOS	CANTIDAD
Gerente	1
Profesional Especializado	1
Profesional Universitario	1
TOTAL	3

Fuente: ESE Nuestra Señora del Carmen

Tabla 18. PERSONAL CONTRATADO DE LA ESE

CONTRATOS	CANTIDAD
Asesor Administrativo y financiero	1
Asesor Jurídico	1
Contador	1
Técnico en sistemas	1
TOTAL	4

Fuente: ESE Nuestra Señora del Carmen

2.4.4.2.- FUNCIONAMIENTO BASICO DEL MODELO DE OPERACIÓN EXTERNA

La puesta en marcha del contrato de asociación para administrar la ESE mediante operador externo parte el primero de abril, una vez se realizaron modificaciones al contrato el día 31 de marzo de 2008, fecha a partir de la cual se empieza a suscribir contratos y facturar a nombre de la E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen. El contrato con el operador tiene una vigencia del 1 de abril de 2008 al 31 de diciembre del 2011, prorrogables por cuatro años más.

En este contrato con relación al anterior ejecutado por la E.S.E. Hospital Monte Carmelo se pactó un compromiso de modificación del contrato cedido, con el que se busca aclarar, precisar y determinar las funciones y responsabilidades de la empresa social del estado, especialmente en lo relacionado con los porcentajes de participación respecto a la facturación, los cuales se distribuyen así: para el funcionamiento general de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen 8%, Operador Externo - Fundaser 92%.

El estudio de la modificación al contrato nos muestra una delegación expresa de la administración, ejecución y operación de los servicios de salud habilitados por la ESE. Para tal efecto el Operador Externo ha dispuesto el siguiente personal.

Tabla 19. PLANTA DE PERSONAL DEL OPERADOR EXTERNO

PERSONAL OPERADOR EXTERNO	CANTIDAD
Asistencial	87
Especialistas	14
Administrativos	45
TOTAL	143

Fuente: ESE Nuestra Señora del Carmen

2.4.5.- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA ESE

A partir de la estructura básica, propuesta para la E.S.E, se define la estructura organizacional de acuerdo a las necesidades y requerimientos de los servicios que ofrece cada una de ellas, conformada por unidades funcionales y áreas así:

1. **ÁREA DE DIRECCIÓN**

1.1. JUNTA DIRECTIVA

1.2. GERENCIA

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

Gráfico 2. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA ESE

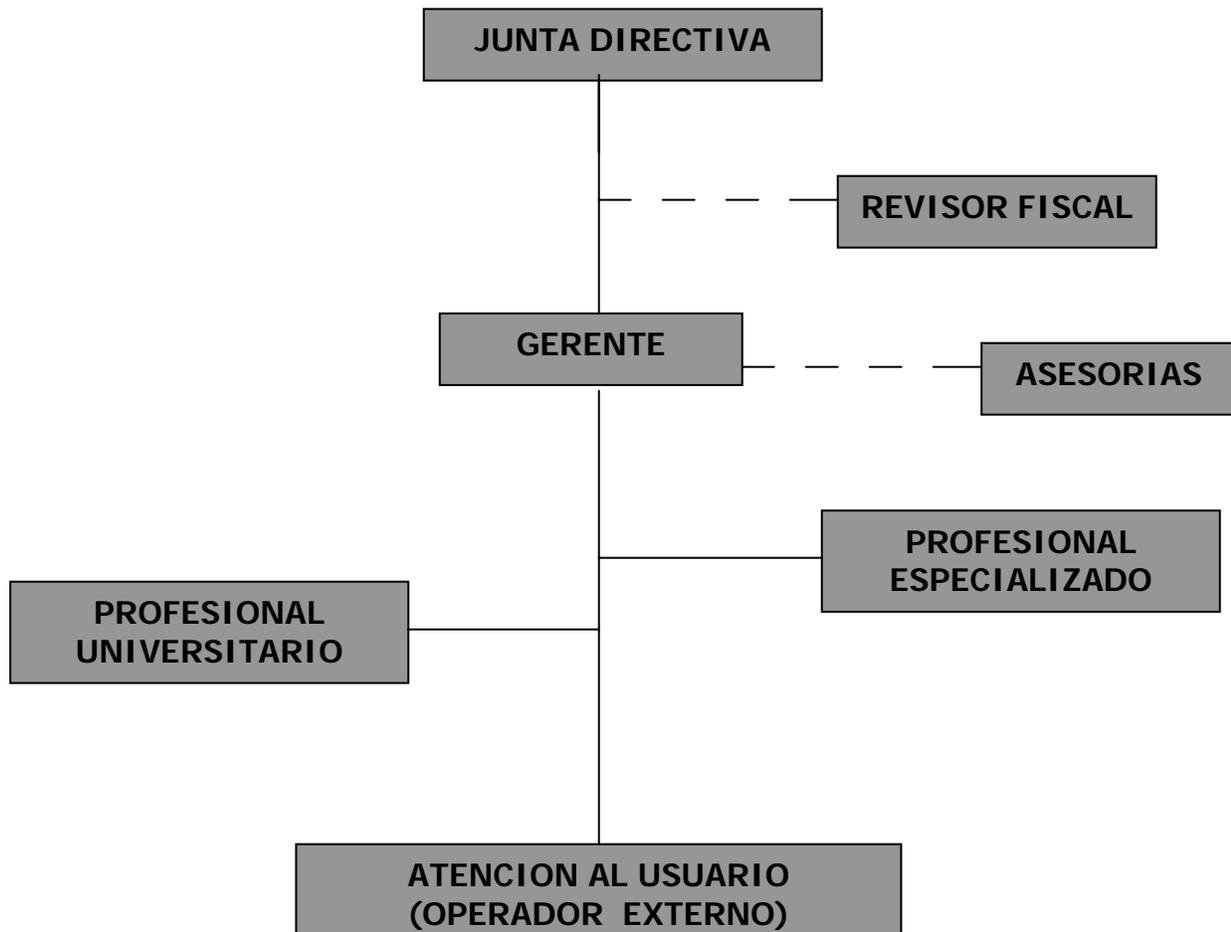


Gráfico 3. FUNCIONES DEL GERENTE DE LA ESE

GERENCIA
<p>Su función básica es orientar el desarrollo de las áreas de planeación, mercadeo, producción, administración y finanzas de la Empresa, con el propósito de incorporar a la dinámica empresarial un pensamiento global sobre la innovación hacia el mejoramiento continuo, aumentar la eficiencia y la satisfacción del usuario y focalizar su acción en nuevas metodologías, principios, tecnologías, de información, políticas, etc., que deba introducir la Institución para garantizar el cumplimiento de la misión y visión institucional, de conformidad a las normas, atribuciones y funcionamiento de la misma. Así mismo velar por el seguimiento a lo establecido en los contratos a fin de garantizar el cumplimiento de las especificaciones, tiempo de la ejecución de los mismos y acciones ajustadas a los requisitos y condiciones de eficiencia, eficacia y garantía de calidad.</p>

Gráfico 4. FUNCIONES DEL AREA JURIDICA

OFICINA JURÍDICA
<p>Desarrollar mecanismos que permitan ajustarse a la normatividad jurídica que establece la legislación Colombiana, garantizando la asistencia jurídica a la Empresa en defensa de sus intereses y soportar legalmente la gestión de la administración. Así mismo estructurar, dirigir y precisar los procesos de contratación para su debida adjudicación y ejecución correspondientes a la prestación de los servicios de salud, compra de suministros y equipos, vinculación del recurso humano, etc.</p> <p>Igualmente es responsable de desarrollar y realizar indagación preliminar para determinar si procede o no una investigación disciplinaria, partiendo del conocimiento de una presunta falta de un funcionario, a fin de determinar sanción o absolución de la falta.</p>

Gráfico 5. FUNCIONES DEL AREA DE CALIDAD

OFICINA DE CALIDAD

Comprende la verificación del cumplimiento de los requisitos tanto administrativos como clínicos de las cuentas, es decir, evaluación, análisis y recomendaciones de mejoramiento, de los aspectos técnico-científicos y humanos relacionados con la evaluación, diagnóstico y conductas decididas por el equipo de salud del prestador, con respecto al usuario y evaluación, análisis y recomendaciones de mejoramiento, de los aspectos técnico- administrativos y financieros y de apoyo logístico relacionados con los procesos de prestación de servicios de atención en salud y la correcta utilización del usuario.

Identifica y soluciona irregularidades en el desarrollo de los contratos celebrados, de una parte, por las Aseguradoras responsables de la atención de los Usuarios (EPS, ARS, ARP, Ministerio de la Protección Social, DTS, DLS, EM Prepagadas y Usuarios Vinculados con capacidad de pago), y por otra parte, la Empresa como Prestadora de Servicios de salud, relacionadas con la prestación y facturación indebida de servicios.

Igualmente es la encargada de planear, dirigir, ejecutar, evaluar y controlar las actividades administrativas y operativas para satisfacer las necesidades de información, peticiones, quejas y recursos de los usuarios, relacionados con los servicios que la Empresa brinda.

En definitiva esta encargada de evaluar de manera permanente, eficiente, integral y oportuna la planificación y aplicación del sistema de control interno, auditoría médico administrativa, admisiones y atención e información al usuario y proponer al Gerente las decisiones requeridas para mantener o modificar las situaciones que así lo amerite.

2.4.6.- PORTAFOLIO DE SERVICIOS

La ESE realizó la inscripción en el registro de prestadores y se registró bajo el No. 132440049301 declarándose los siguientes servicios:

- Consulta externa de cirugía general
- Consulta externa de ortopedia
- Consulta externa de ginecología y obstetricia
- Consulta externa de oftalmología
- Consulta externa medicina interna
- Consulta externa pediatría
- Consulta medicina general
- Consulta externa de Odontología
- Consulta externa optometría
- Laboratorio clínico
- Radiología e imágenes diagnosticas
- Transfusión sanguínea
- atención inicial de urgencias
- Terapia Respiratoria
- Hospitalización
- Enfermería
- Nutrición y dietética
- Esterilización
- Transporte Asistencial Básico.

El grupo de servicios que ofrece el portafolio de servicios lo resumimos a continuación.

2.4.6.1.- CONSULTA EXTERNA DE BAJA COMPLEJIDAD

- ✓ Medicina General
- ✓ Odontológica
- ✓ Enfermería
- ✓ Trabajo Social
- ✓ Nutrición y Dietética
- ✓ Terapia física
- ✓ Terapia Respiratoria
- ✓ Promoción y Prevención
- ✓ Optometría

2.4.6.2.- CONSULTA EXTERNA DE MEDIANA COMPLEJIDAD

- ✓ Medicina Interna
- ✓ Anestesiología
- ✓ Gineco-Obstetricia
- ✓ Pediatría
- ✓ Ortopedia y Traumatología
- ✓ Oftalmología

2.4.6.3.- SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE MEDIANA COMPLEJIDAD

- ✓ General Adulto
- ✓ General Pediátrico
- ✓ Obstetricia

2.4.6.4.- SERVICIOS QUIRURGICOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD

- ✓ Cirugía General (Ambulatorio y Hospitalario)
- ✓ Ginecología (Ambulatorio y Hospitalario)

- ✓ Oftalmología (Ambulatorio)
- ✓ Ortopedia y traumatología (Ambulatorio y Hospitalario)
- ✓ Anestesia

2.4.6.5.- URGENCIAS DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

- ✓ Consulta Médica de Urgencias General y Especializada
- ✓ Procedimientos Médico-Quirúrgicos
- ✓ Trauma
- ✓ Observación
- ✓ Rehidratación Oral
- ✓ Imágenes Diagnosticas
- ✓ Laboratorio Clínico (mediana complejidad)
- ✓ Terapia Respiratoria

2.4.6.6.- SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPÉUTICA

- ✓ LABORATORIO
- ✓ Laboratorio Clínico (Mediana Complejidad)
- ✓ Unidad Transfusional

2.4.6.7.- IMAGENOLOGIA

- ✓ Rayos X Médicos (Baja complejidad)
- ✓ Rayos X Odontológicos (Baja complejidad)
- ✓ Ecografía (obstétrica y Pélvica)
- ✓ Electrocardiograma
- ✓ Monitoreo Fetal

2.4.6.8.- SERVICIO DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTE

- ✓ Transporte Asistencial Básico (Baja Complejidad)

2.4.6.9.- PROMOCION Y PREVENCION

- ✓ Atención Preventiva Salud Oral
- ✓ Planificación Familiar
- ✓ Promoción en Salud.

2.4.7.- CAPACIDAD INSTALADA

La infraestructura física reacondicionada permite contar con una capacidad instalada disponible para la oferta y producción de servicios de mediana complejidad de acuerdo a la demanda de la población de la región.

Tabla 20. CAPACIDAD INSTALADA CONSULTA EXTERNA

DESCRIPCION	CANTIDAD
Consultorios medicina general	8
Consultorios de odontología	3
Consultorios ginecología	1
Consultorios medicina interna	1
Consultorios ortopedia	1
Consultorios oftalmología	1
Consultorios de optometría	1
Consultorios cirugía	1
Consultorios de pediatría	1
Consultorios urgencias	3
Laboratorio Clínico	1
Sala de Rayos X	1
Camas disponibles	52
Salas de parto	1
Quirófano	3
Ambulancias	2

2.4.7.1.- ANALISIS DE LA CAPACIDAD INSTALADA DE LA EMPRESA

Tabla 21. CAPACIDAD DE ATENCION POR SERVICIOS

DESCRIPCION	INFRAESTRUCTURA FISICA	HORAS ATENCION	PACIENTE /HORA	DIAS /MES	CAPACIDAD ATENCION MES	CAPACIDAD ATENCION AÑO	SERVICIOS
Consultorios medicina general	8	8	4	20	5.120	61.440	Consultas
Consultorios de odontología	3	8	3	20	1.440	17.280	Consultas
Consultorios ginecología	1	8	3	16	384	4.608	Consultas
Consultorios medicina interna	1	8	3	20	480	5.760	Consultas
Consultorios ortopedia	1	8	3	16	384	4.608	Consultas
Consultorios oftalmología	1	8	3	16	384	4.608	Consultas
Consultorios de optometría	1	8	3	20	480	5.760	Consultas
Consultorios cirugía	1	8	3	16	384	4.608	Consultas
Consultorios de pediatría	1	8	3	20	480	5.760	Consultas
Consultorios urgencias	3	24	3	30	6.480	77.760	Consultas
Laboratorio Clínico	1	24	6	30	4.320	51.840	Pacientes
Sala de Rayos X	1	24	4	30	2.880	34.560	Pacientes
Camas disponibles	52	24	0,0417	30	1.560	18.720	Camas Disponibles
Salas de parto	1	24	0,3333	30	240	2.880	Partos
Quirófano	3	8	1	20	480	5.760	Cirugías
Ambulancias	2	24	0,1667	30	240	2.880	Traslado Pacientes
TOTAL	81	224		364	25.736	308.832	ATENCIONES

2.4.8.- ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

2.4.8.1.- INDICADORES DE PRODUCCIÓN

Consulta Médica General; Con corte a 30 de septiembre la institución realizó en el primer trimestre 11.319 consultas generales y en el segundo trimestre 13.223 para un total de 24.542 consultas generales, notándose un incremento porcentual del 16% en el segundo trimestre.

Consulta Médica Especializada; En cuanto a la consulta especializada pasó de realizarse 4.098 consultas en el primer trimestre a 4.549 en el segundo trimestre notándose un incremento del 11%.

Servicio de Hospitalización; El indicador de camas ocupadas para el primer trimestre mostró una ocupación de 2.306 camas y en el segundo trimestre 2.377 camas, incrementándose en el 3% para el segundo trimestre. Así mismo el porcentaje ocupacional para el primer trimestre fue del 47% y para el segundo trimestre del 49%, notándose un leve incremento del 2%.

Servicio de Cirugía; Se realizaron 804 cirugías en el primer trimestre y 949 en el Segundo trimestre incrementándose en el 18% en el segundo trimestre.

Servicios Diagnósticos: En laboratorio clínico se realizaron en el primer trimestre 16.721 exámenes y en el segundo trimestre 18.030 exámenes de laboratorio para un total de 34.751, con un incremento del 7%.

2.4.8.2.- INDICADORES DE CALIDAD

De acuerdo a los estándares de calidad establecidos para cada indicador tenemos falencias en la oportunidad de la consulta especializada de medicina

interna y de ginecología que está a 21 días y en el indicador de cancelación de cirugías programadas que a pesar de estar alto se ha ido mejorando mes a mes.

2.4.9.- ANALISIS FINANCIERO

La empresa aprobó un Presupuesto de Ingresos y Gastos Vigencia fiscal año 2008 mediante el Acuerdo No. 02 de 25 de Enero de 2008 y adoptado mediante Resolución No. 001 del 30 de Enero de 2008 por un valor de Cuatro mil ochenta y ocho millones quinientos mil pesos (\$4.088.500.000)

Hasta la fecha se han firmado 26 contratos por valor de cinco mil ciento sesenta y seis millones quinientos veintisiete mil cuatrocientos sesenta y cuatro pesos (\$ 5.166.527.464), los que se han venido ejecutando en condiciones normales, y de los cuales con corte a septiembre 30 se ha facturado la suma de tres mil novecientos setenta y siete millones quinientos treinta y cinco mil cuatrocientos sesenta y ocho pesos (\$ 3.977.535.468) cifra que representa el 76,9%

Las cuentas por cobrar a los diferentes clientes por los servicios prestados ascienden a la suma de \$2.284.416.011 discriminadas de la siguiente manera:

DE 90 - 180 DIAS:	\$ 561.510.743.-
DE 61 A 90 DIAS:	\$ 464.746.816.-
HASTA 60 DIAS:	\$1.258.358.452.-
TOTAL:	\$ 2.284.416.011.-

El comportamiento financiero de la empresa se resume en un recaudado de mil ochocientos sesenta y siete millones sesenta y ocho mil pesos. (\$1.867.068.000). lo cual representa una ejecución real del 45,6% con corte al mes de septiembre. Con unos saldos por cobrar de dos mil ciento veintinueve

millones ciento veinticuatro mil pesos (\$ 2.129.124.000), y por ejecutar dos mil ciento noventa y dos millones trescientos ocho mil pesos (\$ 2.192.308.000). lo cual demuestra que los flujos de caja se empiezan a hacer lentos.

De otro lado la dinámica de gastos muestra giros para el mismo periodo por un mil quinientos cincuenta y cinco millones trescientos veintidós mil pesos (\$1.555.322.000) y compromisos por pagar de Dos mil doscientos cincuenta y ocho millones ochocientos once pesos (\$2.258.811.000), teniendo un saldo por ejecutar de \$ 2.374.368.000. Esto nos da una ejecución relativa del 38% y una ejecución real del superiores al 75%.

CAPITULO TERCERO

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA EMPRESA

3.1.- IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE LOS RIESGOS EXTERNOS

3.1.1.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO POLITICO LEGAL

Tabla 22. RIESGOS POLITICO LEGALES

CATEGORIA DE VARIABLES	No	IDENTIFICACION DE VARIABLES
POLITICAS Y LEGALES	1	CAMBIOS NORMATIVOS FRECUENTES DEL SECTOR SALUD
	2	IMPACTO DE LA APLICACIÓN DEL LA SENTENCIA T 760
	3	EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE BAJA COMPLEJIDAD ESTA EN CRISIS
	4	NO HAY APOYO DE LA ADMINISTRACION MUNICIPAL
	5	CORRUPCION POLITICA QUE SE INFILTRA EN EL SECTOR DE LA SALUD
	6	LOS ENTES DE IVC TIENEN MAYOR COMPETENCIAS Y HERRAMIENTAS PARA VIGILAR LA GESTION
	7	LA INESTABILIDAD JURIDICA DE LA LEY 1122
	8	LA LEGISLACIÓN VIGENTE RELACIONADA CON LA TERCERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
	9	FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS RECURSOS DE LA SALUD

3.1.2.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO ECONOMICO

Tabla 23. RIESGOS ECONOMICOS

CATEGORIA DE VARIABLES	No	IDENTIFICACION DE VARIABLES
ECONOMICAS	1	EL FLUJO DE CAJA Y LA CARTERA SE ESTAN VOLVIENDO LENTOS
	2	SE ESTÁ REACTIVANDO LA ECONOMIA DE LA REGION
	3	LA CONSTRUCCION DE LA TRONCAL DE LOS MONTES DE MARIA MEJORA LAS VIAS DE COMUNICACIÓN
	4	SE HA AUMENTANDO LA COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO
	5	EL MUNICIPIO ENFRENTA UNA GRAN CRISIS ECONOMICA Y POLITICA
	6	EXISTE MAYOR ACCESO A RECURSOS FINANCIEROS DE LOS BANCOS
	7	GIRO DIRECTO DE RECURSOS DESDE EL ENTE TERRITORIAL AL PRESTADOR DEL SERVICIO CUANDO LAS EPS S INCUMPLEN CON LOS PAGOS
	8	AUMENTO DE LAS TASAS DE DESEMPLEO Y CRECIMIENTO DEL EMPLEO INFORMAL

3.1.3.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO SOCIAL

Tabla 24. RIESGOS SOCIALES

CATEGORIA DE VARIABLES	No	IDENTIFICACION DE VARIABLES
SOCIALES	1	EXISTE UNA GRAN DEMANDA POR LA TIERRA Y SE ESTÁ DANDO UN DESPLAZAMIENTO INTERNO
	2	INFLUENCIA DEL MOTOTAXISMO EN LA ACCIDENTALIDAD URBANA Y EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
	3	LOS MALOS HABITOS DE VIDA DE LA POBLACION POBRE
	4	BAJO NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACION OBJETIVO
	5	VALORES DE LA FAMILIA
	6	ALTOS INDICES DE POBREZA
	7	INCREMENTO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES
	8	AUMENTO DE INCIDENCIA DE PROSTITUCION INFANTIL
	9	LA SITUACION DE ORDEN PUBLICO HA MEJORADO BRINDANDO SEGURIDAD A LA POBLACION

3.1.4.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO CULTURAL

Tabla 25. RIESGOS CULTURALES

CATEGORIA DE VARIABLES	No	IDENTIFICACION DE VARIABLES
CULTURALES	1	DESCONOCIMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS Y LOS PLANES DE ATENCION
	2	DESCONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS
	3	ALTO CONSUMO DE ALCOHOL
	4	PREDOMINIO DE LA CULTURA MACHISTA
	5	MALOS HABITOS ALIMENTICIOS QUE PREJUDICAN ESTADOS DE SALUD PATOLOGICOS DE BASE
	6	EXISTENCIA DE CONSULTADORES CRONICOS ASOCIADO A PROBLEMAS SOCIALES
	7	DESMOTIVACION Y DESINTERES HACIA LAS ACTIVIDADES DE SALUD PREVENTIVAS

3.1.5.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO AMBIENTAL

Tabla 26. RIESGOS AMBIENTALES

CATEGORIA DE VARIABLES	No	IDENTIFICACION DE VARIABLES
AMBIENTALES	1	CARENCIA DE INFRAESTRUCTURA SANITARIA EN EL MUNICIPIO SEDE Y DEMAS
	2	EL MAL MANEJO DE LAS AGUAS NEGRAS Y SERVIDAS
	3	CAMPAÑAS MUNDIALES QUE APOYAN LA PRESERVACION DEL MEDIO AMBIENTE
	4	LA RESPONSABILIDAD DE LAS EMPRESAS INDUSTRIALES EN EL CUIDADO DEL MEDIO AMBIENTE
	5	CONSECUENCIA DE EVENTUALES EMERGENCIAS POR FENOMENOS NATURALES QUE AFECTEN A LA POBLACION

3.1.6.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO TECNOLOGICO

Tabla 27. RIESGOS TECNOLOGICOS

CATEGORIA DE VARIABLES	No	IDENTIFICACION DE VARIABLES
TECNOLOGICAS	1	ACCESO A LA TECNOLOGÍA WEB POR PARTE DE LOS USUARIOS
	2	OPORTUNIDAD DE ACCEDER A EQUIPOS BIOMÉDICOS DE ALTA TECNOLOGÍA EN VIRTUD DE ALIANZAS CON OTROS ORGANISMOS ESTATALES O PRIVADOS
	3	LA POBLACION OBJETIVO NO TIENE UNA CULTURA DE USO DE TECNOLOGIA
	4	OPORTUNIDAD DE LA TELEMEDICINA

3.1.7.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO DEMOGRAFICO

Tabla 28. RIESGOS DEMOGRAFICOS

CATEGORIA DE VARIABLES	No	IDENTIFICACION DE VARIABLES
DEMOGRAFICAS	1	EL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN LA VENTA Y LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS
	2	EVENTUALES EMERGENCIAS POR FENOMENOS NATURALES QUE AFECTEN A LA POBLACION
	3	DISPERSIÓN POBLACIONAL EN LA ZONA
	4	ALTA CONCENTRACION POBLACIONAL EN JOVENES Y ADULTOS
	5	ALTA INCIDENCIA DE PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES
	6	IDENTIFICACION DE INDICADORES DEMOGRAFICOS Y EPIDEMIOLOGICOS NACIONALES Y REGIONALES

3.1.8.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL MERCADO

Tabla 29. RIESGOS DEL MERCADO

CATEGORIA DE VARIABLES	No	IDENTIFICACION DE VARIABLES
MERCADO ACTUAL	1	LA ESE GEOVANI CRITINI ESTA EN CRISIS Y PRESTA MAL SERVICIO
	2	EL ACTUAL MODELO DE ATENCION ESTA DESARTICULADO Y ES INEFICIENTE
	3	LA UBICACIÓN GEOGRAFICA ES PRIVILEGIADA
	4	LA ESE ES EL PRESTADOR UNICO EN LOS SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD
	5	SE ESTA AUMENTANDO EL NIVEL DE ASEGURAMIENTO DE LA POBLACION DE LA REGION
	6	LA ALIANZA ESTRATEGICA CON LA FUNDACION MUTUAL SER
	7	POSIBILIDAD DE ESTABLECER ALIANZAS ESTRATÉGICAS PARA LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS
	8	LA INTEGRACION VERTICAL, DIRECTA E INDIRECTA DE LAS EPPS - IPSS - OPERADORES EXTERNOS
	9	EXIGENCIA NORMATIVA DEL MERCADO PARA LA HABILITACION DE LOS SERVICIOS
	10	LA MALA SEGMENTACION DEL MERCADO Y CONOCIMIENTO DEL MERCADO ACTUAL

3.2.- EVALUACION Y PONDERACION DE RIESGOS EXTERNOS

Tabla 30. EVALUACION Y PONDERACION DE RIESGOS EXTERNOS

CATEGORIA DE VARIABLES	No	IDENTIFICACION DE RIESGOS EXTERNOS	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADOS
POLITICAS Y LEGALES	1	CAMBIOS NORMATIVOS FRECUENTES DEL SECTOR SALUD	0,0150	2,0000	0,0300
	2	IMPACTO DE LA APLICACIÓN DEL LA SENTENCIA T 760	0,0170	2,0000	0,0340
	3	EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE BAJA COMPLEJIDAD ESTA EN CRISIS	0,0850	3,0000	0,2550
	4	NO HAY APOYO DE LA ADMINISTRACION MUNICIPAL	0,0130	2,0000	0,0260
	5	CORRUPCION POLITICA QUE SE INFILTRA EN EL SECTOR DE LA SALUD	0,0500	3,0000	0,1500
	6	LOS ENTES DE IVC TIENEN MAYOR COMPETENCIAS Y HERRAMIENTAS PARA VIGILAR LA GESTION	0,0500	2,0000	0,1000
	7	LA INESTABILIDAD JURIDICA DE LA LEY 1122	0,0250	2,0000	0,0500
	8	LA LEGISLACIÓN VIGENTE RELACIONADA CON LA TERCERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	0,0160	3,0000	0,0480
	9	FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS RECURSOS DE LA SALUD	0,0160	2,0000	0,0320
ECONOMICAS	1	EL FLUJO DE CAJA Y LA CARTERA SE ESTAN VOLVIENDO LENTOS	0,0300	3,0000	0,0900
	2	SE ESTA REACTIVANDO LA ECONOMIA DE LA REGION	0,0500	3,0000	0,1500
	3	LA CONSTRUCCION DE LA TRONCAL DE LOS MONTES DE MARIA MEJORA LAS VIAS DE COMUNICACIÓN	0,0100	2,0000	0,0200
	4	SE HA AUMENTANDO LA COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO	0,0800	4,0000	0,3200
	5	EL MUNICIPIO ENFRENTA UNA GRAN CRISIS ECONOMICA Y POLITICA	0,0050	3,0000	0,0150
	6	EXISTE MAYOR ACCESO A RECURSOS FINANCIEROS DE LOS BANCOS	0,0050	2,0000	0,0100
	7	GIRO DIRECTO DE RECURSOS DESDE EL ENTE TERRITORIAL AL PRESTADOR DEL SERVICIO CUANDO LAS EPS S INCUMPLEN CON LOS PAGOS	0,0100	2,0000	0,0200
	8	AUMENTO DE LAS TASAS DE DESEMPLEO Y CRECIMIENTO DEL EMPLEO INFORMAL	0,0180	3,0000	0,0540
SOCIALES	1	EXISTE UNA GRAN DEMANDA POR LA TIERRA Y SE ESTÁ DANDO UN DESPLAZAMIENTO INTERNO	0,0050	3,0000	0,0150
	2	INFLUENCIA DEL MOTOTAXISMO EN LA ACCIDENTALIDAD URBANA Y EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	0,0080	3,0000	0,0240
	3	LOS MALOS HABITOS DE VIDA DE LA POBLACION POBRE	0,0100	4,0000	0,0400
	4	BAJO NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACION OBJETIVO	0,0080	3,0000	0,0240
	5	VALORES DE LA FAMILIA	0,0060	3,0000	0,0180
	6	ALTOS INDICES DE POBREZA	0,0050	3,0000	0,0150
	7	INCREMENTO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES	0,0050	4,0000	0,0200
	8	AUMENTO DE INCIDENCIA DE PROSTITUCION INFANTIL	0,0060	3,0000	0,0180
	9	LA SITUACION DE ORDEN PUBLICO HA MEJORADO BRINDANDO SEGURIDAD A LA POBLACION	0,0080	4,0000	0,0320
CULTURALES	1	DESCONOCIMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS Y LOS PLANES DE ATENCION	0,0090	3,0000	0,0270
	2	DESCONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS	0,0090	3,0000	0,0270
	3	ALTO CONSUMO DE ALCOHOL	0,0100	3,0000	0,0300
	4	PREDOMINIO DE LA CULTURA MACHISTA	0,0100	2,0000	0,0200
	5	MALOS HABITOS ALIMENTICIOS QUE PREJUDICAN ESTADOS DE SALUD PATOLOGICOS DE BASE	0,0100	4,0000	0,0400
	6	EXISTENCIA DE CONSULTADORES CRONICOS ASOCIADO A PROBLEMAS SOCIALES	0,0100	2,0000	0,0200
	7	DESMOTIVACION Y DESINTERES HACIA LAS ACTIVIDADES DE SALUD PREVENTIVAS	0,0100	2,0000	0,0200
AMBIENTALES	1	CARENCIA DE INFRAESTRUCTURA SANITARIA EN EL MUNICIPIO SEDE Y DEMAS	0,0900	4,0000	0,3600
	2	EL MAL MANEJO DE LAS AGUAS NEGRAS Y SERVIDAS	0,0050	3,0000	0,0150
	3	CAMPAÑAS MUNDIALES QUE APOYAN LA PRESERVACION DEL MEDIO AMBIENTE	0,0050	2,0000	0,0100
	4	LA RESPONSABILIDAD DE LAS EMPRESAS INDUSTRIALES EN EL CUIDADO DEL MEDIO AMBIENTE	0,0060	2,0000	0,0120
	5	CONSECUENCIA DE EVENTUALES EMERGENCIAS POR FENOMENOS NATURALES QUE AFECTEN A LA POBLACION	0,0070	3,0000	0,0210
TECNOLOGICAS	1	ACCESO A LA TECNOLOGÍA WEB POR PARTE DE LOS USUARIOS	0,0040	3,0000	0,0120
	2	OPORTUNIDAD DE ACCEDER A EQUIPOS BIOMÉDICOS DE ALTA TECNOLOGÍA EN VIRTUD DE ALIANZAS CON OTROS ORGANISMOS ESTATALES O PRIVADOS	0,0070	4,0000	0,0280
	3	LA POBLACION OBJETIVO NO TIENE UNA CULTURA DE USO DE TECNOLOGIA	0,0100	3,0000	0,0300
	4	OPORTUNIDAD DE LA TELEMEDICINA	0,0100	4,0000	0,0400

CATEGORIA DE VARIABLES	No	IDENTIFICACION DE RIESGOS EXTERNOS	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADOS
DEMOGRAFICAS	1	EL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN LA VENTA Y LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS	0,0500	2,0000	0,1000
	2	EVENTUALES EMERGENCIAS POR FENOMENOS NATURALES QUE AFECTEN A LA POBLACION	0,0100	3,0000	0,0300
	3	DISPERSIÓN POBLACIONAL EN LA ZONA	0,0100	4,0000	0,0400
	4	ALTA CONCENTRACION POBLACIONAL EN JOVENES Y ADULTOS	0,0100	4,0000	0,0400
	5	ALTA INCIDENCIA DE PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES	0,0120	4,0000	0,0480
	6	IDENTIFICACION DE INDICADORES DEMOGRAFICOS Y EPIDEMIOLOGICOS NACIONALES Y REGIONALES	0,0100	3,0000	0,0300
MERCADO ACTUAL	1	LA ESE GEOVANI CRITINI ESTA EN CRISIS Y PRESTA MAL SERVICIO	0,0300	4,0000	0,1200
	2	EL ACTUAL MODELO DE ATENCION ESTA DESARTICULADO Y ES INEFICIENTE	0,0400	4,0000	0,1600
	3	LA UBICACIÓN GEOGRAFICA ES PRIVILEGIADA	0,0100	3,0000	0,0300
	4	LA ESE ES EL PRESTADOR UNICO EN LOS SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD	0,0090	2,0000	0,0180
	5	SE ESTA AUMENTANDO EL NIVEL DE ASEGURAMIENTO DE LA POBLACION DE LA REGION	0,0090	4,0000	0,0360
	6	LA ALIANZA ESTRATEGICA CON LA FUNDACION MUTUAL SER	0,0100	4,0000	0,0400
	7	POSIBILIDAD DE ESTABLECER ALIANZAS ESTRATÉGICAS PARA LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS	0,0040	3,0000	0,0120
	8	LA INTEGRACION VERTICAL, DIRECTA E INDIRECTA DE LAS EPPS - IPSS - OPERADORES EXTERNOS	0,0040	2,0000	0,0080
	9	EXIGENCIA NORMATIVA DEL MERCADO PARA LA HABILITACION DE LOS SERVICIOS	0,0040	4,0000	0,0160
	10	LA MALA SEGMENTACION DEL MERCADO Y CONOCIMIENTO DEL MERCADO ACTUAL	0,0100	4,0000	0,0400

3.2.1- IDENTIFICACION DE OPORTUNIDADES

Tabla 31. IDENTIFICACION DE OPORTUNIDADES

No	FACTOR EXTERNO CLAVE	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADOS	IMPACTO
1	SE HA AUMENTANDO LA COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO	0,080	4,000	0,320	21,5%
2	LA ALIANZA ESTRATEGICA CON LA FUNDACION MUTUAL SER	0,080	4,000	0,320	21,5%
3	SE ESTA REACTIVANDO LA ECONOMIA EN TODA LA REGION DE LOS MONTES DE MARIA	0,050	4,000	0,200	13,4%
4	OPORTUNIDAD DE LA TELEMEDICINA EN LOS PROCESOS DE APOYO	0,050	4,000	0,200	13,4%
5	LA ESE GEOVANI CRITINI ESTA EN CRISIS Y PRESTA MAL SERVICIO	0,050	3,000	0,150	10,1%
6	EL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN LA VENTA Y LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS	0,040	3,000	0,120	8,1%
7	LOS ENTES DE IVC TIENEN MAYOR COMPETENCIAS Y HERRAMIENTAS PARA VIGILAR LA GESTION	0,030	3,000	0,090	6,0%
8	LA LEGISLACION VIGENTE RELACIONADA CON LA TERCERIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	0,030	3,000	0,090	6,0%
	TOTAL			1,490	100,0%

3.2.2- IDENTIFICACION DE AMENAZAS (RIESGOS CONSIDERABLES)

Tabla 32. IDENTIFICACION DE AMENAZAS

No	FACTOR EXTERNO CLAVE	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADOS	IMPACTO
1	EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE BAJA COMPLEJIDAD ESTA EN CRISIS	0,040	2,000	0,080	11,0%
2	ALTA CONCENTRACION POBLACIONAL EN JOVENES Y ADULTOS	0,040	2,000	0,080	11,0%
3	EL ACTUAL MODELO DE ATENCION ESTA DESARTICULADO Y ES INEFICIENTE	0,070	1,000	0,070	9,6%
4	LA INESTABILIDAD JURIDICA DE LA LEY 1122 Y SU IMPACTO NEGATIVO EN LAS IPS	0,030	2,000	0,060	8,2%
5	AUMENTO DE LAS TASAS DE DESEMPLEO Y CRECIMIENTO DEL EMPLEO INFORMAL	0,030	2,000	0,060	8,2%
6	MALOS HABITOS ALIMENTICIOS QUE PREJUDICAN ESTADOS DE SALUD PATOLOGICOS DE BASE	0,060	1,000	0,060	8,2%
7	LA MALA SEGMENTACION DEL MERCADO Y CONOCIMIENTO DEL MERCADO ACTUAL	0,060	1,000	0,060	8,2%
8	CARENCIA DE INFRAESTRUCTURA SANITARIA EN EL MUNICIPIO SEDE Y DEMAS	0,050	1,000	0,050	6,8%
9	DISPERSION POBLACIONAL EN LA ZONA DE INFLUENCIA DE LOS 6 MUNICIPIOS	0,050	1,000	0,050	6,8%
10	CORRUPCION POLITICA QUE SE INFILTRA EN EL SECTOR DE LA SALUD	0,040	1,000	0,040	5,5%
11	EL FLUJO DE CAJA Y LA CARTERA SE ESTAN VOLVIENDO LENTOS	0,040	1,000	0,040	5,5%
12	LOS MALOS HABITOS DE VIDA DE LA POBLACION POBRE DE LA REGION	0,040	1,000	0,040	5,5%
13	ALTA INCIDENCIA DE PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES EN LA MORBI MORTALIDAD	0,040	1,000	0,040	5,5%
	TOTAL			0,730	100,0%

3.3.- IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE LOS RIESGOS INTERNOS

3.3.1.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA DE PLANEACION

Tabla 33. RIESGOS DEL AREA DE PLANEACION

AREA DE GESTION	No	AUDITORIA A LOS FACTORES CRITICOS DE EXITO
PLANEACION CORPORATIVA	1	NO HAY UN AREA DE PLANEACION EN LA ESE
	2	LA ESE NO TIENE UN NIVEL EJECUTIVO DEFINIDO NI RECURSOS PARA SU VINCULACION
	3	NO HAY PLANES DE GESTION NI HERRAMIENTAS DE PLANEACION CORPORATIVA
	4	NO EXISTE MANUAL DE PROCESOS
	5	EL AREA DIRECTIVA NO FORMULA POLITICAS DE GESTION Y OBJETIVOS DEL SERVICIO
	6	EL AREA DIRECTIVA NO TIENE EL CONTROL DE LA ORGANIZACIÓN Y PRESTACION DEL SERVICIO
	7	EL OPERADOR CUENTA CON EL RESPALDO DE LA EPSS MAS IMPORTANTE DE LA REGION
	8	EL OPERADOR CUENTA CON LA EXPERIENCIA Y PERSONAL ALTAMENTE CALIFICADO

3.3.2.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA DE MERCADEO Y COMUNICACIONES

Tabla 34. RIESGOS DEL AREA DE MERCADEO Y COMUNICACIONES

AREA DE GESTION	No	AUDITORIA A LOS FACTORES CRITICOS DE EXITO
MERCADEO Y COMUNICACIONES	1	NO INTERACTUA CON LAS LIGAS Y ASOCIACIONES DE USUARIOS
	2	NO EXISTE UN PLAN DE COMUNICACIONES NI HERRAMIENTAS DE SOCIALIZACION E INTERACCION
	3	NO SE CONOCE UN PLAN DE NEGOCIOS PARA AMPLIAR LA PARTICIPACION EN EL MERCADO
	4	LA ESE POSEE UNA NUEVA IMAGEN
	5	EL OPERADOR CUENTA CON RECONOCIMIENTO SOCIAL Y CAPACIDAD FINANCIERA
	6	LA IMAGEN DE LA ESE NO SE PROMOCIONA EN EL SERVICIO

3.3.3.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA JURIDICA

Tabla 35. RIESGOS DEL AREA DE JURIDICA

AREA DE GESTION	No	AUDITORIA A LOS FACTORES CRITICOS DE EXITO
COMPONENTE JURIDICO - LEGAL	1	EL CONTRATO DE OPERACIÓN TIENE MUCHAS DEBILIDADES TECNICAS Y LEGALES
	2	LA OPERACIÓN DEL MODELO DE PRODUCCION DE SERVICIOS ESTA AMARRADO A 4 AÑOS
	3	LA JUNTA DIRECTIVA TIENE EL PODER DECISORIO EN LA GESTION DE LA EMPRESA
	4	LA JUNTA DIRECTIVA NO SE ESTÁ FORMANDO EN LA RESPONSABILIDAD DELEGADA
	5	LA GERENCIA ASUME UNA ALTA RESPONSABILIDAD LEGAL EN EL MODELO DE GESTION DEL OPERADOR
	6	EL OPERADOR POSEE GARANTIAS PARA ATENDER RESPONSABILIDADES DERIVADAS DE SU GESTION

3.3.4.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA DE CONTROL INTERNO

Tabla 36. RIESGOS DEL AREA DE CONTROL INTERNO

AREA DE GESTION	No	AUDITORIA A LOS FACTORES CRITICOS DE EXITO
CONTROL DE LA GESTION	1	NO ESTA IMPLEMENTADO EL MECI
	2	NO EXISTEN PROCESOS DE CONTROL INTERNO NORMALIZADOS
	3	NO HAY CONTROL DE LA GESTION DEL TALENTO HUMANO
	4	NO HAY CONTROL DE LA PLANEACION Y PRODUCCION DE LOS SERVICIOS
	5	NO EXITEN PLANES OPERATIVOS
	6	EL PRESUPUESTO Y EL PLAN DE INVERSIONES NO COMPROMETE LOS INGRESOS GLOBALES

3.3.5.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA DE GESTION DE RECURSOS

Tabla 37. RIESGOS DEL AREA DE GESTION DE RECURSOS

AREA DE GESTION	No	AUDITORIA A LOS FACTORES CRITICOS DE EXITO
GESTION DE RECURSOS	1	EL RECURSO HUMANO DEL OPERADOR ESTA MAL REMUNERADO
	2	LA ATENCION AL USUARIO NO ES CALIDA Y NO SE INFORMA Y ORIENTA ADECUADAMENTE AL PACIENTE
	3	HAY UN DESEQUILIBRIO ECONOMICO EN LA RELACION ENTRE LA ESE Y EL OPERADOR
	4	LA CALIDAD E IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO DE LA ESE Y EL OPERADOR ES BUENA
	5	LA ENTIDAD ESTA SANEADA FINANCIERAMENTE
	6	NO HAY INFORMES DE REVISORIA FISCAL
	7	NO HAY CONTROL INTERNO NI DISCIPLINARIO
	8	EL AREA DIRECTIVA NO GESTIONA EL DESARROLLO DE LA EMPRESA
	9	NO HAY FLUJO E INTERCAMBIO INTERNA DE INFORMACION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA
	10	LOS RESULTADOS FINANCIEROS SON RELATIVAMENTE BUENOS

3.3.6.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA DE SISTEMAS

Tabla 38. RIESGOS DEL AREA DE SISTEMAS

AREA DE GESTION	No	AUDITORIA A LOS FACTORES CRITICOS DE EXITO
SISTEMA DE INFORMACION	1	LA ESE NO DISPONE DE UN SISTEMA DE INFORMACION PROPIO
	2	LA PLATAFORMA TECNOLOGIA DEL AREA DIRECTIVA ES MUY BASICA
	3	LA TECNOLOGIA DISPONIBLE DEL OPERADOR ES BUENA
	4	LA COMUNICACIÓN INTERNA Y EL FLUJO DE INFORMACION NO ES ADECUADA
	5	LA SEÑALIZACION DE LAS AREAS ES BUENO

3.3.7.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA DE SERVICIOS

Tabla 39. RIESGOS DEL AREA DE SERVICIOS

AREA DE GESTION	No	AUDITORIA A LOS FACTORES CRITICOS DE EXITO
CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRODUCIDOS	1	TODO EL PROCESO DE PLANEACION ORGANIZACIÓN Y PRESTACION ESTA DELEGADO AL OPERADOR
	2	LOS INDICADORES DE CALIDAD NO SON PRECISOS EN LA MEDICION
	3	NO HAY ESPECIALISTAS LOS FINES DE SEMANA
	4	NO SE CONOCE LA ADOPCION DEL MANUAL - REGLAMENTO DE PRESTACION DE SERVICIOS
	5	LA ESE NO CUENTA CON METAS INTERNAS NI ESTANDARES DE ATENCION APROBADOS
	6	NO SE CONOCE LA OPERACIÓN DE LOS COMITES INSTITUCIONALES
	7	LA PRODUCCION DE LOS SERVICIOS ES BUENA

3.3.8.- RIESGOS RELACIONADOS CON EL AREA DE INFRAESTRUCTURA

Tabla 40. RIESGOS DEL AREA DE INFRAESTRUCTURA

AREA DE GESTION	No	AUDITORIA A LOS FACTORES CRITICOS DE ÉXITO
INFRAESTRUCTURA FISICA	1	EL PLAN DE INVERSIONES DEL OPERADOR NO ES CONCERTADO CON LA ESE
	2	LA CAPACIDAD INSTALADA DE LA ESE Y EL RRHH ES BUENO
	3	LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA ESE PERMITE AMPLIAR Y HABILITAR MAS SERVICIOS
	4	LAS CONDICIONES LOCATIVAS SON BUENAS

3.4.- EVALUACION Y PONDERACION DE RIESGOS INTERNOS

Tabla 41. EVALUACION Y PONDERACION DE RIESGOS INTERNOS

CATEGORIA DE VARIABLES	No	AUDITORIA A LOS FACTORES CRITICOS DE EXITO	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADOS
PLANEACION CORPORATIVA	1	NO HAY UN AREA DE PLANEACION EN LA ESE	0,170	3,000	0,510
	2	LA ESE NO TIENE UN NIVEL EJECUTIVO DEFINIDO NI RECURSOS PARA SU VINCULACION	0,100	2,000	0,200
	3	NO HAY PLANES DE GESTION NI HERRAMIENTAS DE PLANEACION CORPORATIVA	0,050	3,000	0,150
	4	NO EXISTE MANUAL DE PROCESOS	0,050	2,000	0,100
	5	EL AREA DIRECTIVA NO FORMULA POLITICAS DE GESTION Y OBJETIVOS DEL SERVICIO	0,250	4,000	1,000
	6	EL AREA DIRECTIVA NO TIENE EL CONTROL DE LA ORGANIZACIÓN Y PRESTACION DEL SERVICIO	0,100	4,000	0,400
	7	EL OPERADOR CUENTA CON EL RESPALDO DE LA EPSS MAS IMPORTANTE DE LA REGION	0,200	4,000	0,800
	8	EL OPERADOR CUENTA CON LA EXPERIENCIA Y PERSONAL ALTAMENTE CALIFICADO	0,080	3,000	0,240
MERCADO Y COMUNICACIONES	1	NO INTERACTUA CON LAS LIGAS Y ASOCIACIONES DE USUARIOS	0,200	3,000	0,600
	2	NO EXISTE UN PLAN DE COMUNICACIONES NI HERRAMIENTAS DE SOCIALIZACION E INTERACCION	0,100	4,000	0,400
	3	NO SE CONOCE UN PLAN DE NEGOCIOS PARA AMPLIAR LA PARTICIPACION EN EL MERCADO	0,150	3,000	0,450
	4	LA ESE POSEE UNA NUEVA IMAGEN	0,150	2,000	0,300
	5	EL OPERADOR CUENTA CON RECONOCIMIENTO SOCIAL Y CAPACIDAD FINANCIERA	0,200	4,000	0,800
	6	LA IMAGEN DE LA ESE NO SE PROMOCIONA EN EL SERVICIO	0,200	3,000	0,600
COMPONENTE JURIDICO - LEGAL	1	EL CONTRATO DE OPERACIÓN TIENE MUCHAS DEBILIDADES TECNICAS Y LEGALES	0,200	3,000	0,600
	2	LA OPERACIÓN DEL MODELO DE PRODUCCION DE SERVICIOS ESTA AMARRADO A 4 AÑOS	0,050	1,000	0,050
	3	LA JUNTA DIRECTIVA TIENE EL PODER DECISORIO EN LA GESTION DE LA EMPRESA	0,150	3,000	0,450
	4	LA JUNTA DIRECTIVA NO SE ESTÁ FORMANDO EN LA RESPONSABILIDAD DELEGADA	0,150	4,000	0,600
	5	LA GERENCIA ASUME UNA ALTA RESPONSABILIDAD LEGAL EN EL MODELO DE GESTION DEL OPERADOR	0,300	3,000	0,900
	6	EL OPERADOR POSEE GARANTIAS PARA ATENDER RESPONSABILIDADES DERIVADAS DE SU GESTION	0,150	2,000	0,300
CONTROL DE LA GESTION	1	NO ESTA IMPLEMENTADO EL MECI	0,250	4,000	1,000
	2	NO EXISTEN PROCESOS DE CONTROL INTERNO NORMALIZADOS	0,200	2,000	0,400
	3	NO HAY CONTROL DE LA GESTION DEL TALENTO HUMANO	0,100	2,000	0,200
	4	NO HAY CONTROL DE LA PLANEACION Y PRODUCCION DE LOS SERVICIOS	0,200	4,000	0,800
	5	NO EXISTEN PLANES OPERATIVOS	0,050	3,000	0,150
	6	EL PRESUPUESTO Y EL PLAN DE INVERSIONES NO COMPROMETE LOS INGRESOS GLOBALES	0,200	3,000	0,600
GESTION DE RECURSOS	1	EL RECURSO HUMANO DEL OPERADOR ESTA MAL REMUNERADO	0,070	3,000	0,210
	2	LA ATENCION AL USUARIO NO ES CALIDA Y NO SE INFORMA Y ORIENTA ADECUADAMENTE AL PACIENTE	0,090	3,000	0,270
	3	HAY UN DESEQUILIBRIO ECONOMICO EN LA RELACION ENTRE LA ESE Y EL OPERADOR	0,150	4,000	0,600
	4	LA CALIDAD E IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO DE LA ESE Y EL OPERADOR ES BUENA	0,090	2,000	0,180
	5	LA ENTIDAD ESTA SANEADA FINANCIERAMENTE	0,050	4,000	0,200
	6	NO HAY INFORMES DE REVISORIA FISCAL	0,100	3,000	0,300
	7	NO HAY CONTROL INTERNO NI DISCIPLINARIO	0,060	1,000	0,060
	8	EL AREA DIRECTIVA NO GESTIONA EL DESARROLLO DE LA EMPRESA	0,200	4,000	0,800
	9	NO HAY FLUJO E INTERCAMBIO INTERNA DE INFORMACION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	0,090	3,000	0,270
	10	LOS RESULTADOS FINANCIEROS SON RELATIVAMENTE BUENOS	0,100	4,000	0,400

CATEGORIA DE VARIABLES	No	AUDITORIA A LOS FACTORES CRITICOS DE EXITO	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADOS
SISTEMA DE INFORMACION	1	LA ESE NO DISPONE DE UN SISTEMA DE INFORMACION PROPIO	0,100	3,000	0,300
	2	LA PLATAFORMA TECNOLOGIA DEL AREA DIRECTIVA ES MUY BASICA	0,300	3,000	0,900
	3	LA TECNOLOGIA DISPONIBLE DEL OPERADOR ES BUENA	0,200	3,000	0,600
	4	LA COMUNICACIÓN INTERNA Y EL FLUJO DE INFORMACION NO ES ADECUADA	0,200	4,000	0,800
	5	LA SEÑALIZACION DE LAS AREAS ES BUENO	0,200	3,000	0,600
CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRODUCIDOS	1	TODO EL PROCESO DE PLANEACION ORGANIZACIÓN Y PRESTACION ESTA DELEGADO AL OPERADOR	0,190	2,000	0,380
	2	LOS INDICADORES DE CALIDAD NO SON PRECISOS EN LA MEDICION	0,100	3,000	0,300
	3	NO HAY ESPECIALISTAS LOS FINES DE SEMANA	0,100	3,000	0,300
	4	NO SE CONOCE LA ADOPCION DEL MANUAL - REGLAMENTO DE PRESTACION DE SERVICIOS	0,100	2,000	0,200
	5	LA ESE NO CUENTA CON METAS INTERNAS NI ESTANDARES DE ATENCION APROBADOS	0,180	3,000	0,540
	6	NO SE CONOCE LA OPERACIÓN DE LOS COMITES INSTITUCIONALES	0,160	4,000	0,640
	7	LA PRODUCCION DE LOS SERVICIOS ES BUENA	0,170	3,000	0,510
INFRAESTRUCTURA FISICA	1	EL PLAN DE INVERSIONES DEL OPERADOR NO ES CONCERTADO CON LA ESE	0,350	3,000	1,050
	2	LA CAPACIDAD INSTALADA DE LA ESE Y EL RRHH ES BUENO	0,300	3,000	0,900
	3	LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA ESE PERMITE AMPLIAR Y HABILITAR MAS SERVICIOS	0,200	3,000	0,600
	4	LAS CONDICIONES LOCATIVAS SON BUENAS	0,150	3,000	0,450

3.4.1.- IDENTIFICACION DE FORTALEZAS

Tabla 42. IDENTIFICACION DE FORTALEZAS

No	FACTOR INTERNO CLAVE	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADOS	IMPACTO
1	LA EMPRESA NO ESTA IMPLEMENTADO EL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI	0,060	2,000	0,120	13,3%
2	EL AREA DIRECTIVA NO GESTIONA EL DESARROLLO DE LA EMPRESA	0,050	2,000	0,100	11,0%
3	LA JUNTA DIRECTIVA NO SE ESTÁ FORMANDO EN LA RESPONSABILIDAD DELEGADA	0,045	2,000	0,090	9,9%
4	LA PLATAFORMA TECNOLOGIA DEL AREA DIRECTIVA ES MUY BASICA	0,035	2,000	0,070	7,7%
5	EL CONTRATO DE OPERACIÓN TIENE MUCHAS DEBILIDADES TECNICAS Y LEGALES	0,060	1,000	0,060	6,6%
6	LA COMUNICACIÓN INTERNA Y EL FLUJO DE INFORMACION NO ES ADECUADA	0,060	1,000	0,060	6,6%
7	NO HAY CONTROL DE LA PLANEACION Y PRODUCCION DE LOS SERVICIOS	0,055	1,000	0,055	6,1%
8	EL AREA DIRECTIVA NO FORMULA POLITICAS DE GESTION Y OBJETIVOS DEL SERVICIO	0,050	1,000	0,050	5,5%
9	LA GERENCIA ASUME UNA ALTA RESPONSABILIDAD LEGAL EN EL MODELO DE GESTION DEL OPERADOR	0,050	1,000	0,050	5,5%
10	EL PRESUPUESTO Y EL PLAN DE INVERSIONES NO COMPROMETE LOS INGRESOS GLOBALES	0,050	1,000	0,050	5,5%
11	NO SE CONOCE LA OPERACIÓN DE LOS COMITES INSTITUCIONALES	0,050	1,000	0,050	5,5%
12	EL PLAN DE INVERSIONES DEL OPERADOR NO ES CONCERTADO CON LA ESE	0,045	1,000	0,045	5,0%
13	LA IMAGEN DE LA ESE NO SE PROMOCIONA EN EL SERVICIO ANTE LA COMUNIDAD, CLIENTES Y MERCADO	0,040	1,000	0,040	4,4%
14	LA INSTITUCION NO INTERACTUA CON LAS LIGAS Y ASOCIACIONES DE USUARIOS	0,035	1,000	0,035	3,9%
15	HAY UN DESEQUILIBRIO ECONOMICO EN LA RELACION ENTRE LA ESE Y EL OPERADOR	0,030	1,000	0,030	3,3%
	TOTAL			0,905	100,0%

3.4.2.- IDENTIFICACION DE DEBILIDADES

Tabla 43. IDENTIFICACION DE DEBILIDADES

No	FACTOR INTERNO CLAVE	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADOS	IMPACTO
1	EL OPERADOR CUENTA CON EL RESPALDO DE LA EPSS MAS IMPORTANTE DE LA REGION	0,060	4,000	0,240	22,2%
5	LA CAPACIDAD INSTALADA DE LA ESE Y EL RRHH UTILIZADO EN LA OPERACIÓN Y ES BUENO	0,060	4,000	0,240	22,2%
6	LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA ESE PERMITE AMPLIAR Y HABILITAR MAS SERVICIOS	0,060	4,000	0,240	22,2%
2	EL OPERADOR CUENTA CON RECONOCIMIENTO SOCIAL Y CAPACIDAD FINANCIERA	0,045	4,000	0,180	16,7%
3	LA TECNOLOGIA DISPONIBLE QUE UTILIZA EL OPERADOR ES BUENA	0,030	3,000	0,090	8,3%
4	LA SEÑALIZACION DE LAS AREAS Y PRESENTACION GENERAL DE LAS AREAS ES BUENO	0,030	3,000	0,090	8,3%
	TOTAL			1,080	100,0%

3.5.- FORMULACION DE LOS MACROPROBLEMAS DE LA EMPRESA

Tabla 44. FORMULACION DE LOS MACROPROBLEMAS DE LA ESE

No	MACROPROBLEMAS	PONDERACION	CLASIFICACION	RESULTADO
1	LA ESE NO ESTA CONSTRUYENDO NI POSICIONANDO SU MARCA EN EL MERCADO Y LA COMUNIDAD	0,110	4,0	0,440
2	LA ESE NO LIDERA EL DESARROLLO ECONOCMICO Y SOCIAL DE LA INSTITUCION	0,120	3,6	0,432
3	LA JUNTA DIRECTIVA NO TIENE APOYO PARA LA CAPACITACION Y FORMACION DIRECTIVA	0,120	3,5	0,420
4	EL PROCESO DE PLANEACION CORPORATIVA NO ESTA DESARROLLANDOSE	0,100	4,0	0,400
5	EL DESARROLLO INSTITUCIONAL ESTA EN UN NIVEL MUY BAJO	0,090	4,0	0,360
6	LA RELACION CONTRACTUAL CON EL OPERADOR TIENE MUCHAS FALLAS	0,100	3,5	0,350
7	NO SE TIENE CONCIENCIA DE LA PRODUCTIVIDAD POTENCIAL DE LA ESE EN EL MERCADO	0,110	3,0	0,330
8	LA GERENCIA NO TIENE CONTROL DE LA OPERACIÓN DEL SERVICIO	0,100	3,0	0,300
9	HAY ALTOS NIVELES DE DESCONFIANZA ENTRE LA ESE Y EL OPERADOR	0,080	3,0	0,240
10	DEBILIDADES EN LA ORGANIZACIÓN INTERNA Y DE SU MODELO DE GESTION	0,070	3,0	0,210

CAPITULO CUARTO

FORMULACION DEL PLAN DE DESARROLLO

4.1.- OBJETIVOS DEL PLAN DE DESARROLLO

4.1.1.- OBJETIVO GENERAL DEL PDI

“Buscamos implementar un proceso de desarrollo institucional que permita cimentar un modelo de administración y gestión de servicios eficiente para garantizarle a la población de la región una oferta servicios de salud acreditados y una organización amigable”

4.1.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

I.- FORTALECIMIENTO Y CAPACITACION DEL EQUIPO DE DIRECCION

Implica el desarrollo de un programa de formación y capacitación continuada durante un año con la Junta Directiva, la Gerencia, y los Jefes y Coordinadores de las áreas, en la búsqueda de mejorar los procesos e planeación corporativa.

II.- AJUSTAR EL MODELO DE OPERACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS

Ajustar el contrato de operación con el fin de lograr un equilibrio funcional y operativo en el modelo de operación que permita al Área Directiva participar en el proceso de planeación de los servicios.

III.- LOGRAR EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

Diseñar las herramientas e instrumentos de planeación, gestión y control de los servicios y recursos de la empresa, capacitando y comprometiendo al talento humano con la excelencia y calidad.

IV.- AJUSTE DEL MODELO DE ATENCION ACTUAL

Gestionar la demanda de servicios en función de las características epidemiológicas, ambientales, geográficas, económicas y socio culturales de la población en la búsqueda de la mejor relación costo beneficio en la asignación de los recursos disponibles.

V.- MEJORAR LA PARTICIPACION DE LA ESE EN EL MERCADO

Diseñar un plan de negocios y comunicaciones que permita mejorar los niveles y condiciones de contratación, logrando una óptima relación con sus clientes y usuarios.

VI.- LOGRAR LA ACREDITACION DE LOS SERVICIOS

Fortalecer el sistema de garantía de la calidad, implementando todos los procesos y requisitos para el cumplimiento de los estándares de acreditación de los servicios ofrecidos.

4.2.- PRIORIZACION DE OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS

4.2.1.- DEFINICION DE LOS OBJETIVOS CORPORATIVOS

Gráfico 6. OBJETIVOS CORPORATIVOS DEL PLAN

I	FORTALECIMIENTO Y CAPACITACION DEL EQUIPO DE DIRECCION
II	AJUSTAR EL MODELO DE OPERACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS
III	LOGRAR EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL
IV	AJUSTE DEL MODELO DE ATENCION ACTUAL
V	MEJORAR LA PARTICIPACION DE LA ESE EN EL MERCADO
VI	LOGRAR LA ACREDITACION DE LOS SERVICIOS

4.2.2.- PRIORIZACION OBJETIVOS POR IMPACTO RELATIVO

Tabla 45. PRIORIZACION DE OBJETIVOS DEL PLAN

No	OBJETIVOS CORPORATIVOS DEL PLAN	FQ	IMPACTO	IMP/6
I	FORTALECIMIENTO Y CAPACITACION DEL EQUIPO DE DIRECCION	9	23,1%	1,38
II	AJUSTAR EL MODELO DE OPERACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS	6	15,4%	0,92
III	LOGRAR EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	9	23,1%	1,38
IV	AJUSTE DEL MODELO DE ATENCION ACTUAL	8	20,5%	1,23
V	MEJORAR LA PARTICIPACION DE LA ESE EN EL MERCADO	3	7,7%	0,46
VI	LOGRAR LA ACREDITACION DE LOS SERVICIOS	4	10,3%	0,62
	TOTAL	39	100,0%	6,00

Los cuatro primeros objetivos abordan y aplican a más del 82% de los macroproblemas detectados. La definición de estrategias del Plan de Desarrollo se basará especialmente en la consecución de estos cuatro objetivos.

4.2.3.- PRIORIZACION ESTRATEGICA

4.2.3.1.- BASE DE PRIORIZACION PRIMARIA

Tabla 46. PRIORIZACION DE LOS MACROPROBLEMAS

No	MACROPROBLEMAS	PESO
1	LA ESE NO ESTA CONSTRUYENDO NI POSICIONANDO SU MARCA EN EL MERCADO Y LA COMUNIDAD	1,26
2	LA ESE NO LIDERA EL DESARROLLO ECONOMICOMICO Y SOCIAL DE LA INSTITUCION	1,24
3	LA JUNTA DIRECTIVA NO TIENE APOYO PARA LA CAPACITACION Y FORMACION DIRECTIVA	1,21
4	EL PROCESO DE PLANEACION CORPORATIVA NO ESTA DESARROLLANDOSE	1,15
5	EL DESARROLLO INSTITUCIONAL ESTA EN UN NIVEL MUY BAJO	1,03
6	LA RELACION CONTRACTUAL CON EL OPERADOR TIENE MUCHAS FALLAS	1,01
7	NO SE TIENE CONCIENCIA DE LA PRODUCTIVIDAD POTENCIAL DE LA ESE EN EL MERCADO	0,95
8	LA GERENCIA NO TIENE CONTROL DE LA OPERACIÓN DEL SERVICIO	0,86
9	HAY ALTOS NIVELES DE DESCONFIANZA ENTRE LA ESE Y EL OPERADOR	0,69
10	LA ORGANIZACIÓN INTERNA Y DE SU MODELO DE GESTION DE LA ESE	0,60
	TOTAL	10,00

En los primeros 7 macroproblemas diagnosticados se concentra más del 78% de los factores de riesgo para el crecimiento y el desarrollo de la entidad.

Este grupo de macroproblemas será la prioridad del Plan de Desarrollo, sobre los cuales se volcará la mayor parte de las estrategias y esfuerzos institucionales.

4.2.3.2.- PRIORIZACION CORRELACIONADA

Tabla 47. PRIORIZACION CORRELACIONADA

CALIF	MACROPROBLEMAS	No	OBJETIVOS CORPORATIVOS	PESO OBJ	POND	TOTAL
1,26	LA ESE NO ESTA CONSTRUYENDO NI POSICIONANDO SU MARCA EN EL MERCADO Y LA COMUNIDAD	V	MEJORAR LA PARTICIPACION DE LA ESE EN EL MERCADO	0,46	0,5832	5,83
		II	AJUSTAR EL MODELO DE OPERACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS	0,92	1,1664	
		III	LOGRAR EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1,38	1,7497	
		IV	AJUSTE DEL MODELO DE ATENCION ACTUAL	1,23	1,5553	
		VI	LOGRAR LA ACREDITACION DE LOS SERVICIOS	0,62	0,7776	
1,24	LA ESE NO LIDERA EL DESARROLLO ECONOCMICO Y SOCIAL DE LA INSTITUCION	II	AJUSTAR EL MODELO DE OPERACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS	0,92	1,1452	6,11
		I	FORTALECIMIENTO Y CAPACITACION DEL EQUIPO DE DIRECCION	1,38	1,7178	
		III	LOGRAR EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1,38	1,7178	
		IV	AJUSTE DEL MODELO DE ATENCION ACTUAL	1,23	1,5270	
1,21	LA JUNTA DIRECTIVA NO TIENE APOYO PARA LA CAPACITACION Y FORMACION DIRECTIVA	I	FORTALECIMIENTO Y CAPACITACION DEL EQUIPO DE DIRECCION	1,38	1,6701	3,34
		III	LOGRAR EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1,38	1,6701	
1,15	EL PROCESO DE PLANEACION CORPORATIVA NO ESTA DESARROLLANDOSE	V	MEJORAR LA PARTICIPACION DE LA ESE EN EL MERCADO	0,46	0,5302	6,89
		II	AJUSTAR EL MODELO DE OPERACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS	0,92	1,0604	
		I	FORTALECIMIENTO Y CAPACITACION DEL EQUIPO DE DIRECCION	1,38	1,5906	
		III	LOGRAR EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1,38	1,5906	
		IV	AJUSTE DEL MODELO DE ATENCION ACTUAL	1,23	1,4139	
		VI	LOGRAR LA ACREDITACION DE LOS SERVICIOS	0,62	0,7069	
1,03	EL DESARROLLO INSTITUCIONAL ESTA EN UN NIVEL MUY BAJO	I	FORTALECIMIENTO Y CAPACITACION DEL EQUIPO DE DIRECCION	1,38	1,4315	2,86
		III	LOGRAR EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1,38	1,4315	
1,01	LA RELACION CONTRACTUAL CON EL OPERADOR TIENE MUCHAS FALLAS	II	AJUSTAR EL MODELO DE OPERACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS	0,92	0,9278	4,95
		I	FORTALECIMIENTO Y CAPACITACION DEL EQUIPO DE DIRECCION	1,38	1,3918	
		III	LOGRAR EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1,38	1,3918	
		IV	AJUSTE DEL MODELO DE ATENCION ACTUAL	1,23	1,2371	
0,95	NO SE TIENE CONCIENCIA DE LA PRODUCTIVIDAD POTENCIAL DE LA ESE EN EL MERCADO	V	MEJORAR LA PARTICIPACION DE LA ESE EN EL MERCADO	0,46	0,4374	4,81
		I	FORTALECIMIENTO Y CAPACITACION DEL EQUIPO DE DIRECCION	1,38	1,3122	
		III	LOGRAR EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1,38	1,3122	
		IV	AJUSTE DEL MODELO DE ATENCION ACTUAL	1,23	1,1664	
		VI	LOGRAR LA ACREDITACION DE LOS SERVICIOS	0,62	0,5832	
0,86	LA GERENCIA NO TIENE CONTROL DE LA OPERACIÓN DEL SERVICIO	II	AJUSTAR EL MODELO DE OPERACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS	0,92	0,7953	4,77
		I	FORTALECIMIENTO Y CAPACITACION DEL EQUIPO DE DIRECCION	1,38	1,1929	
		III	LOGRAR EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1,38	1,1929	
		IV	AJUSTE DEL MODELO DE ATENCION ACTUAL	1,23	1,0604	
		VI	LOGRAR LA ACREDITACION DE LOS SERVICIOS	0,62	0,5302	
0,60	HAY ALTOS NIVELES DE DESCONFIANZA ENTRE LA ESE Y EL OPERADOR	II	AJUSTAR EL MODELO DE OPERACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS	0,92	0,5567	2,13
		I	FORTALECIMIENTO Y CAPACITACION DEL EQUIPO DE DIRECCION	1,38	0,8351	
		IV	AJUSTE DEL MODELO DE ATENCION ACTUAL	1,23	0,7423	
0,06	DEBILIDADES EN LA ORGANIZACIÓN INTERNA Y DE SU MODELO DE GESTION	I	FORTALECIMIENTO Y CAPACITACION DEL EQUIPO DE DIRECCION	1,38	0,0835	0,24
		III	LOGRAR EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1,38	0,0835	
		IV	AJUSTE DEL MODELO DE ATENCION ACTUAL	1,23	0,0742	

4.3.- OPERACIONALIZACION ESTRATEGICA

4.3.1.- IDENTIFICACION DE LOS EJES PROGRAMATICOS

Tabla 48. IDENTIFICACION DE LOS EJES PROGRAMATICOS

No	MACROPROBLEMAS DIAGNOSTICADOS	EJES PROGRAMATICOS
1	EL PROCESO DE PLANEACION CORPORATIVA NO ESTA DESARROLLANDOSE	PROGRAMA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y EL CONTROL DE LA GESTION
2	LA ESE NO LIDERA EL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL DE LA INSTITUCION	PLAN DE MERCADEO Y COMUNICACIONES
		PROGRAMA DE REDIMENSIONAMIENTO DEL MODELO DE ATENCION Y LA ACREDITACION DE LOS SERVICIOS
3	LA ESE NO ESTA CONSTRUYENDO NI POSICIONANDO SU MARCA EN EL MERCADO Y LA COMUNIDAD	PLAN DE MERCADEO Y COMUNICACIONES
		PROGRAMA DE REDIMENSIONAMIENTO DEL MODELO DE ATENCION Y LA ACREDITACION DE LOS SERVICIOS
4	LA RELACION CONTRACTUAL CON EL OPERADOR TIENE MUCHAS FALLAS	PLAN DE MERCADEO Y COMUNICACIONES
		PROGRAMA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y EL CONTROL DE LA GESTION
5	NO SE TIENE CONCIENCIA DE LA PRODUCTIVIDAD POTENCIAL DE LA ESE EN EL MERCADO	PLAN DE MERCADEO Y COMUNICACIONES
6	LA GERENCIA NO TIENE CONTROL DE LA OPERACIÓN DEL SERVICIO	PROGRAMA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y EL CONTROL DE LA GESTION
7	LA JUNTA DIRECTIVA NO TIENE APOYO PARA LA CAPACITACION Y FORMACION DIRECTIVA	PROGRAMA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y EL CONTROL DE LA GESTION
8	EL DESARROLLO INSTITUCIONAL ESTA EN UN NIVEL MUY BAJO	PROGRAMA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y EL CONTROL DE LA GESTION
9	HAY ALTOS NIVELES DE DESCONFIANZA ENTRE LA ESE Y EL OPERADOR	PLAN DE MERCADEO Y COMUNICACIONES
10	DEBILIDADES EN LA ORGANIZACIÓN INTERNA Y DE SU MODELO DE GESTION	PROGRAMA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y EL CONTROL DE LA GESTION

4.3.2.- ARTICULACION OPERATIVA DE LOS EJES PROGRAMATICOS

Definimos tres grandes líneas de acción llamadas ejes programáticos dentro de las cuales se proyecta el desarrollo integral y sostenido de la empresa en los próximos 3 años.

La articulación de los ejes programáticos son el punto de partida para el planteamiento de las estrategias corporativas orientadas esencialmente a sufragar las dificultades diagnosticadas a lo largo del estudio de la situación actual.

Los siguientes son los cimientos de la gestión institucional que pretende convertir a la ESE Nuestra Señora del Carmen en una organización prestadora de servicios de salud de mediana complejidad acreditada y modelo de gestión en el Departamento de Bolívar.

- I. PROGRAMA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y EL CONTROL DE LA GESTION**

- II. PROGRAMA DE REDIMENSIONAMIENTO DEL MODELO DE ATENCION Y LA ACREDITACION DE LOS SERVICIOS**

- III. PLAN DE MERCADEO Y COMUNICACIONES**

CONTENIDO DE LA PRPOPUESTA PROGRAMATICA

1.- PROGRAMA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y EL CONTROL DE LA GESTION

1.1.- OBJETIVO

1.2.- METAS

1.3.- SUBPROGRAMAS

1.3.1.- REDEFINICIÓN DEL MODELO ADMINISTRATIVO DE LA EMPRESA

1.3.2.- FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE PLANEACIÓN CORPORATIVA Y DEL CONTROL DE RECURSOS

1.3.3.- DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN, GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE LA EMPRESA

2.- PROGRAMA DE REDIMENSIONAMIENTO DEL MODELO DE ATENCION Y LA ACREDITACION DE LOS SERVICIOS

2.1.- OBJETIVO

2.2.-METAS

2.3.-SUBPROGRAMAS

2.3.1.- FORTALECIMIENTO DEL SOGC

2.3.2.- AJUSTE DEL MODELO DE ATENCIÓN CON ENFOQUE EN LA DEMANDA

2.3.3.- DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE ACREDITACIÓN

3.- PLAN DE MERCADEO Y COMUNICACIONES

3.1.- OBJETIVO

3.2.- METAS

3.3.- SUBPROGRAMAS

3.3.1.- DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE NEGOCIOS

3.3.2.- DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL.

3.3.3.- DISEÑO DEL PROGRAMA DE SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.** INDICADORES DE GESTION, Coordinador de Calidad E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen 2008.
- 2.** EJECUCIONES PRESUPUESTALES, Coordinación de Finanzas de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen 2008.
- 3.** CENSO 2005, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE Versión Ajustada 2008.
- 4.** CONTROL INTEGRADO DE GESTION, Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud.
- 5.** IDENTIFICACION DE LA SITUACION ACTUAL, Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud.
- 6.** PLAN DE DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR, Secretaría de Planeación Departamental 2008.
- 7.** PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE BOLIVAR 2008, Secretaria Departamental de Salud de Bolívar.
- 8.** LEY 100 DE 1.993
- 9.** LEY 715 DEL 2.001
- 10.** CONSTITUCION POLITICA DEL 1.991
- 11.** LEY 344 DE 1.996
- 12.** LEY 154 DE 1.994

- 13.** ESTUDIO PARA PROPONER LA PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA E.S.E. HOSPITAL MONTE CARMELO DE EL CARMEN DE BOLIVAR AÑO 2.000, Luis Ortiz Ibáñez.
- 14.** DECRETO 1876 DE 1994
- 15.** LA LEY 1122 DEL 09 DE ENERO DE 2007
- 16.** EL DECRETO 0357 DEL 08 DE FEBRERO DEL 2008
- 17.** RESOLUCIÓN 0473 DEL 13 DE FEBRERO DE 2008
- 18.** INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO 2007, UN PORVENIR MAS SEGURO, PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA MUNDIAL EN EL SIGLO XXI” OMS 2008
- 19.** DOCUMENTO “2019, VISIÓN COLOMBIA II CENTENARIO”
- 20.** LEY 1151 DE JULIO 24 DE 2007, POR LA CUAL SE EXPIDE EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2006 – 2010.