

# CARACTERIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE OPERACIÓN Y GESTIÓN DEL HOSPITAL INFANTIL NAPOLEÓN FRANCO PAREJA

---

ANÁLISIS DIAGNOSTICO PARA LA  
FORMULACIÓN DEL NUEVO MODELO  
ORGANIZACIONAL



AUTORES:  
JULIO MARIO OROZCO AFRICANO • LUIS ORLANDO ORTIZ IBÁÑEZ  
CARTAGENA DE INDIAS • 2010



HOSPITAL INFANTIL  
NAPOLEON FRANCO PAREJA

**FUNDACION HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA**

---

**Dr. Jaime Trucco Lemaite**  
Presidente

**Dr. Rodrigo de Vivero Camacho**  
Vicepresidente

**Dr. Germán Sierra Navarro**  
Vocal

**Dra. María Pía Mogollón Pupo**  
Vocal

**Dra. Beatriz Román Piñeres**  
Vocal

**Dr. Mauricio Cavelier Martínez**  
Vocal

**Dra. Teresa Zureck Román**  
Vocal

**Dr. Antonio Pretelt Emiliani**  
Vocal

**Dr. Camilo Caviedes Hoyos**  
Vocal

**Lic. Hna. Lucero Giraldo Urrea**  
Vocal

**Dr. Raymundo Mendoza Ayola**  
Revisor Fiscal

**Dr. Luis Ortiz Ibáñez**  
Director

**Dr. Hernando Pinzón Redondo**  
Subdirector Científico

## **A LA MEMORIA DEL DOCTOR NAPOLEON FRANCO PAREJA**

---

Octubre de 2010, han pasado hoy 70 años, desde que la visión humanística y científica del eminente medico Cartagenero, el doctor Napoleón Franco Pareja, tomara la iniciativa altruista de crear una institución que velara por la salud de los niños y niñas de la ciudad heroica, empresa en la que creyeran las honorables familias Cavelier, Román, Pupo, y Zureck, y gracias al apoyo de las cuales se pudo empezar a cristalizar la obra social en pro de los niños y niñas de Cartagena y Bolívar que sin ningún lugar a equivoco se constituye coma la de mayor trascendencia e impacto del último siglo.



Una idea innovadora que en su contexto histórico debió significar un modelo de innovación y gestión social sin precedentes, es una obra que aun hoy sería muy difícil de igualar. La “Gota de Leche” fue la unidad de servicios que más tarde se convertiría en la casa del niño desvalido, iniciativa que se ha convertido en el Hospital Infantil más importante de la ciudad.

Este ilustre medico Cartagenero, estudio en México, y fue conocido como excelente cirujano, por su labor en la docencia universitaria como rector de la prestigiosa Universidad de Cartagena y finalmente como el líder, fundador y principal salvaguarda de la Casa del Niño donde fue director por más de 20 años

Para los que hoy tenemos esta gran responsabilidad de mantener y preservar la obra del Doctor Napoleón Franco y las familias fundadoras de la Casa del Niño, lo menos que podemos hacer es garantizar que su legado y filosofía de servicio a la población pediátrica más necesitada de la región no se pierda en medio de un sector infiltrado por el afán de la ganancia y el interés personal.

A la memoria del doctor Napo dedicaremos nuestro esfuerzo y dedicación para que el hospital infantil Napoleón Franco Pareja siga siendo parte de la historia y del patrimonio de Cartagena y de Colombia.

**JAIME TRUCCO LEMAITRE**  
Presidente

## REFLEXIONES

---

“Es obvio pensar que las estrategias validas para épocas de crecimiento y expansión normalmente no son validas para épocas de crisis y recesión. Por ello, en algunos meses, muchas organizaciones deberán cambiar su estrategia, comunicarla e implantarla de una forma efectiva.”<sup>1</sup>

“Gestionar la estrategia no es lo mismo que gestionar las operaciones. Pero ambas son vitales y es necesario integrarlas.”<sup>2</sup>

“Usted puede tener los mejores procesos del mundo pero si sus procesos de gobierno no brindan el rumbo y la corrección del curso necesaria para alcanzar sus metas, el éxito es una cuestión de suerte”<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Tomado del Prologo a la edición española del libro “The Execution Premium” R. Kaplan – D. Norton, escrito por Pablo Diego, Presidente PALLADIUM

<sup>2</sup> Introducción “The Execution Premium” R. Kaplan – D. Norton

<sup>3</sup> Ídem.

## NOTAS DE LOS AUTORES

---

1. El tamaño de la operación, la importancia social y técnico científica de la institución y la complejidad vital de los servicios que ofrece, convierten al hospital en el ente especializado de mayor importancia del Departamento sin el cual la oferta de servicios del Distrito de Cartagena colapsaría generando un caos social y un gran problema de salud por el crecimiento inminente de la mortalidad infantil que hoy día controla la Casa del Niño.
2. La rápida evolución del sistema de salud colombiano y las características especiales de sus variables propias condicionan un ambiente muy dinámico donde la teoría de la gestión hospitalaria universal empieza a ver un camino de excepciones amplio que nos muestra un nuevo horizonte en los procesos de gestión de servicios de salud bajo los modelos de aseguramiento de los servicios.
3. Las fuentes primarias de la información que hemos pretendido utilizar, pese a la gran debilidad de su sistema de información, han sido los registros individuales de atención que se generan en cada una de sus áreas de servicios, datos que se constituyen para la mayoría de nuestros análisis, en una muestra muy representativa que sobrepasa la credibilidad misma de los informes oficiales que formalmente sustenta la historia reciente de la empresa.
4. Este es un documento técnico que va mucha más allá de un simple diagnóstico institucional, por el contrario, este se contiene dentro de su alcance de evaluación del modelo de operación y gestión, por consiguiente su análisis representa bases sólidas para formular el re direccionamiento estratégico y organizacional de la empresa para garantizar un modelo de atención y desarrollo institucional sostenible que conserve ese gran legado social que sembraron sus fundadores.

5. La mayor importancia de este estudio radica en la oportunidad con la que su Directiva pretende utilizarlo para anticiparse al ajuste normativo que se espera al sistema de salud para el 2011, la disposición y celeridad con la que se asuman las decisiones de planeación y ajuste institucional, serán las herramientas competitivas que le permitirá al hospital enfrentar a este entorno y las variables críticas del mercado, financiación y calidad de los servicios.
6. El mercado de los servicios especializados, específicamente de la población pediátrica de la región de operaciones del hospital, sufre cambios importantes. El aumento de la franja de niños de los 16 a los 18 años, representa una unos 175 niños y niñas potencialmente demandantes de los servicios de salud en el Departamento de Bolívar, con esta variable las patologías asociadas al trauma y las urgencias asociadas a problemas psicosociales, enfermedades infecciosas y consumo de sustancias narcóticas.
7. Es indudable que las variables del mercado de la salud para los servicios pediátricos en función de su población potencial, su demanda de servicios y la disponibilidad de recursos para la financiación de la atención, le muestran a la Casa del Niño la posibilidad real de mejorar su participación en el mercado y mayor acceso a los recursos, de manera que la única vía hacia el futuro es mejorar la producción y productividad de servicios, con estrategias de mercadeo y gestión de recaudos que sostengan la operación futura y el saneamiento fiscal actual.
8. Consideramos que la metodología del análisis que hemos desarrollado en este estudio se constituye en una guía práctica muy interesante para que nuestras instituciones productoras de servicios de salud intenten evaluar sus condiciones de operación y gestión en consonancia con un mercado que tiende a globalizarse en el mediano plazo, de manera que puedan identificar oportunamente las bases del ajuste hacia un modelo de gestión más eficiente y actualizado.

## **EQUIPO CONSULTOR**

---

### ***DIRECTOR DEL PROYECTO***

#### **MD. JULIO MARIO OROZCO AFRICANO<sup>4</sup>**

Máster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud

Especialista en Gerencia en Salud

Especialista en seguridad Social

[juliomario.orozco@gmail.com](mailto:juliomario.orozco@gmail.com)

### ***CONSULTOR MASTER ASOCIADO***

#### **Ec. LUIS ORLANDO ORTIZ IBÁÑEZ<sup>5</sup>**

Máster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud

Especialista en Gerencia en Salud

Especialista en Responsabilidad Legal Médica y de Instituciones de Salud

[luisortizi@hotmail.com](mailto:luisortizi@hotmail.com)

---

<sup>4</sup> El Doctor Julio Mario Orozco es Consultor de Servicios de Salud desde hace más de 15 años, es profesor universitario de post grado, miembro del grupo de economía de la salud de la Universidad de Cartagena e investigador adscrito a la Universidad Nacional. Ha escrito más de 15 libros y publicado cerca de 20 artículos en revistas indexadas.

<sup>5</sup>El Doctor Luis Orlando Ortiz Ibáñez es Consultor desde hace unos 12 años y ha ocupado importantes cargos en empresas nacionales del sector salud, en la actualidad es miembro del Grupo de Investigación de Seguridad Social de la Corporación Universitaria de la Costa y ha publicado 6 libros productos de investigación y gestión hospitalaria.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. METODOLOGIA DEL ESTUDIO .....</b>	<b>29</b>
1.1. MARCO CONCEPTUAL: El Hospital como una empresa moderna .....	29
1.2. ANTECEDENTES GENERALES QUE ORIGINAN EL ESTUDIO .....	31
1.3. NECESIDADES DEL HOSPITAL Y ETAPAS DEL ESTUDIO .....	33
1.4. PLAN DE TRABAJO DESARROLLADO EN ESTA ETAPA DEL ESTUDIO .....	34
1.4.1. Auditoría interna: evaluación del modelo de actual de gestión.....	34
1.4.2. Análisis de mercado: evaluar la competitividad de la institución. ....	35
<b>2. CARACTERIZACIÓN INSTITUCIONAL .....</b>	<b>36</b>
2.1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA .....	36
2.1.1. Evolución Histórica: Su fundación .....	36
2.1.2. Evolución Histórica: Reseña del pasado reciente.....	37
2.1.3. Las Condiciones actuales: proyección servicios 2010. ....	39
2.1.4. Del Gobierno Corporativo.....	41
2.1.5. Levantamiento del perfil del Modelo Organizacional.....	45
2.1.6. Descripción de la Edificación .....	54
2.1.7. Análisis del Portafolio de servicios actual .....	60
2.1.8. Análisis de la Gestión de Servicios y capacidad productiva.....	75
2.2. ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD INSTALADA DEL HOSPITAL.....	96
2.2.1. Consulta Externa.....	96
2.2.2. Hospitalización.....	97
2.2.3. Quirófanos.....	98
2.2.4. Urgencias .....	99
2.2.5. Imágenes Diagnosticas.....	100
2.2.6. UCI.....	101
2.2.7. Laboratorio Clínico.....	102
2.2.8. Cardiología. ....	103
2.2.9. Rehabilitación. ....	104
2.2.10. Alergología .....	105
2.2.11. Endoscopia Digestiva.....	105
2.3. ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD PRODUCTIVA .....	105
2.3.1. Capacidad productiva de consulta externa .....	106
2.3.2. Capacidad productiva de Hospitalización .....	106
2.3.3. Capacidad productiva de Quirófanos .....	107
2.3.4. Capacidad productiva de Urgencias.....	108
2.3.5. Capacidad productiva de Imágenes Diagnosticas .....	108
2.3.6. Capacidad productiva de UCI .....	109
2.3.7. Capacidad productiva de Laboratorio Clínico .....	109
2.3.8. Capacidad productiva de Cardiología.....	109
2.3.9. Capacidad productiva de rehabilitación .....	110

2.3.10.	Capacidad productiva de Alergología.....	110
2.3.11.	Capacidad productiva de Endoscopia Digestiva.....	111
2.3.12.	Resumen de la Capacidad Productiva del Hospital .....	111
2.4.	CARACTERÍSTICAS FINANCIERAS DE LA OPERACIÓN ACTUAL .....	113
2.4.1.	Caracterización de las fuentes de ingreso y financiación. ....	117
2.4.2.	Proyección del Punto de Equilibrio actual .....	122
2.5.	ANÁLISIS JURÍDICO DE LA OPERACIÓN .....	127
2.5.1.	Responsabilidades .....	127
2.5.2.	Laboral .....	127
2.5.3.	Operaciones actuales y Posibilidad de Embargos.....	128
2.5.4.	Aspectos Penales por Obligaciones Tributarias.....	131
2.5.5.	Análisis jurídico de la UCI Doña Pilar .....	132
2.5.6.	Recomendaciones jurídicas .....	135
2.5.7.	Análisis de procesos jurídicos activos.....	136
2.6.	ANÁLISIS DE PERSONAL.....	140
2.6.1.	Tipo de Vinculación.....	140
2.6.2.	Nivel de Formación.....	144
2.6.3.	Escala Salarial Actual .....	145
2.6.4.	Otras Características del Equipo de Trabajo .....	147
2.6.5.	Desarrollo del talento humano.....	150
2.7.	SUMINISTROS, INSUMOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, MEDICAMENTOS.....	151
2.7.1.	Proveedores.....	151
2.7.2.	Consumo histórico .....	151
2.7.3.	Calidad de los insumos.....	151
2.7.4.	Utilización de insumos por áreas .....	151
2.8.	INFRAESTRUCTURA FÍSICA .....	151
2.8.1.	Terreno .....	151
2.8.2.	Edificación .....	152
2.8.3.	Distribución de las Áreas y Usos.....	153
2.9.	SERVICIOS GENERALES .....	154
2.9.1.	Aseo.....	154
2.9.2.	Desechos hospitalarios .....	155
2.9.3.	Mantenimiento hospitalario .....	156
2.9.4.	Portería.....	156
2.9.5.	Camillería.....	157
2.9.6.	Estar médico y de enfermería.....	157
2.9.7.	Vigilancia.....	158
2.9.8.	Lavandería y ropería.....	158
2.9.9.	Central de mezclas .....	159
2.9.10.	Central de esterilización.....	161
2.9.11.	Morgue .....	168
2.9.12.	Farmacia.....	169
2.9.13.	Salas de espera y recepciones.....	171
2.9.14.	Comunicaciones .....	174
2.9.15.	Traslado de pacientes.....	174
2.9.16.	Parqueaderos .....	175

2.9.17.	Cafetería .....	175
2.9.18.	Servicio de nutrición restaurante y cafetería.....	176
2.9.19.	Servicio de biblioteca y hemeroteca .....	176
2.9.20.	Sala de internet .....	177
2.9.21.	Almacén.....	177
2.9.22.	Archivo de historias clínicas.....	178
2.9.23.	Espacios para actividades académicas.....	182
2.10.	RECURSOS DE ANÁLISIS, AJUSTE Y PROCESOS.....	183
2.10.1.	Planeación .....	183
2.10.2.	Sistema de información .....	183
2.10.3.	Investigación .....	183
<b>3.</b>	<b>CARACTERIZACIÓN DEL MODELO DE DIRECCIÓN Y GESTIÓN .....</b>	<b>186</b>
3.1.	ANÁLISIS DEL ESTILO DE DIRECCIÓN .....	186
3.1.1.	Organización.....	186
3.1.2.	Dirección .....	187
3.1.3.	Planeación estratégica .....	187
3.2.	ANÁLISIS DEL ESTILO DE GESTIÓN GERENCIAL .....	188
3.2.1.	Gestión de contratos .....	188
3.2.2.	Estilo de comunicación .....	190
3.2.3.	Manejo de clima organizacional.....	191
3.2.4.	Manejo de conflictos .....	192
3.2.5.	Toma de decisiones .....	193
3.2.6.	Manejo de relaciones interinstitucionales .....	194
3.3.	ANÁLISIS DEL ESTILO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	195
3.3.1.	Estructura organizacional para la calidad.....	196
3.4.	ANÁLISIS DEL ESTILO DE LA GESTIÓN DEL CONTROL.....	198
3.4.1.	Antecedentes del proceso de evaluación y control de IPS .....	198
3.4.2.	Marco Normativo y Regulatorio .....	198
3.4.3.	Sistema de Control Interno: Procesos Estratégicos y Operativos .....	199
3.4.4.	Descripción del sistema de control de la empresa .....	200
3.4.5.	Análisis de la Gestión de la Revisoría Fiscal .....	201
3.4.6.	Importancia de la revisoría fiscal en las IPS .....	202
3.5.	ANÁLISIS DE LA RELACIÓN DOCENCIA – SERVICIO .....	206
3.5.1.	Marco normativo actual .....	206
3.5.2.	Caracterización de los convenios docencia- servicio 2009.....	213
3.6.	ANÁLISIS DEL ESTILO DE GESTIÓN FINANCIERA .....	222
3.6.1.	Gestión de presupuesto .....	224
3.6.2.	Gestión de pagaduría .....	224
3.6.3.	Gestión contable .....	224
3.7.	ANÁLISIS DE LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL ASISTENCIAL .....	225
3.7.1.	Análisis de ejecución contrato de nefrología .....	229
3.7.2.	Análisis de ejecución contrato de Cardiología.....	231
3.7.3.	Análisis de ejecución contrato de Ortopedia.....	233
3.7.4.	Análisis de ejecución contrato de Imagenología.....	236
3.7.5.	Análisis de ejecución contrato de Laboratorio Clínico.....	240

3.7.6.	Análisis de ejecución contrato de Neumología.....	242
<b>4.</b>	<b>CARACTERIZACIÓN Y ANÁLISIS DEL MERCADO .....</b>	<b>244</b>
4.1.	IDENTIFICACIÓN DE LA DEMANDA DE SERVICIOS .....	245
4.1.1.	Análisis demográfico.....	245
4.1.2.	Análisis del Aseguramiento en Salud del Departamento de Bolívar.....	250
4.1.3.	Análisis de la Oferta de Servicios.....	254
4.1.4.	Análisis Financiero del Mercado de la Salud .....	257
4.1.5.	Conclusiones del análisis del mercado.....	264
4.2.	ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACION ATENDIDA .....	266
4.2.1.	Primeras 20 causas de morbilidad por servicios 2009 .....	266
4.2.2.	Perfil General de la Población Atendida 2009 .....	270
4.2.3.	Caracterización de la Población Atendida por especialidades 2009 .....	272
4.2.4.	Hospitalización.....	274
4.2.5.	Urgencias .....	275
4.3.	DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE PEDIATRÍA .....	278
4.3.1.	Fundamentos teóricos.....	278
4.3.2.	Identificación de las variables .....	279
4.3.3.	Fases metodológicas .....	279
4.3.4.	Demanda potencial de servicios .....	285
4.3.5.	Costos de la demanda potencial de servicios de pediatría en bolívar....	290
<b>5.</b>	<b>ANALISIS FINANCIERO DEL MODELO DE OPERACIÓN ACTUAL.....</b>	<b>295</b>
5.1.	ESTADOS FINANCIEROS DE LA INSTITUCIÓN.....	295
5.1.1.	Análisis del Balance General.....	295
5.1.2.	Análisis del Estado de Resultados.....	297
5.1.3.	Análisis de la rentabilidad histórica de los servicios de salud vendidos	304
5.1.4.	Conclusiones preliminares.....	306
5.2.	ESTRUCTURA DE LOS INGRESOS DE LA EMPRESA.....	307
5.2.1.	Principales Clientes de la Institución.....	307
5.2.2.	Evaluación de la Facturación de los Servicios Médicos .....	311
5.2.3.	Análisis Histórico de los Recaudos y Modelo de Gestión de recaudos...	313
5.2.4.	Análisis y Características de la Cartera.....	315
<b>6.</b>	<b>ANÁLISIS DE RIESGOS DEL MODELO DE GESTION Y OPERACION .....</b>	<b>323</b>
6.1.	CARACTERISTICAS DE LOS RIESGOS .....	323
6.1.1.	Concepto de riesgo .....	323
6.1.2.	Importancia del análisis de riesgos .....	323
6.1.3.	Clases de riesgos.....	323
6.2.	IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DE LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DEL HOSPITAL.....	325
6.2.1.	Caracterización y calificación de los riesgos externos .....	326
6.2.2.	Caracterización y calificación de los riesgos Internos.....	327

6.2.3.	Análisis de los riesgos calificados .....	328
6.2.4.	Caracterización del Mapa de riesgos de la empresa .....	331
6.3.	IDENTIFICACIÓN DE LOS MACROPROBLEMAS.....	333
<b>7.</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO.....</b>	<b>335</b>
7.1.	OBSERVACIONES PREVIAS AL CIERRE DEL ANALISIS .....	335
7.1.1.	Observaciones del nivel de Gestión Estratégica .....	335
7.1.2.	Observaciones del nivel de Gestión de los Servicios.....	336
7.1.3.	Observaciones del nivel de Gestión Administrativa .....	337
7.1.4.	Observaciones del nivel de Gestión del Control.....	337
7.2.	RESUMEN DE CONCLUSIONES RELEVANTES .....	338
7.2.1.	Gestión Estratégica .....	338
7.2.2.	Gestión de los Servicios .....	339
7.2.3.	Gestión Administrativa .....	341
7.2.4.	Gestión Financiera .....	342
7.2.5.	Gestión del Control .....	343
7.3.	RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO.....	344
7.3.1.	Nivel Estratégico.....	344
7.3.2.	Nivel de Servicios Médicos.....	344
7.3.3.	Nivel Administrativo.....	346
7.3.4.	Nivel Financiero .....	347
7.3.5.	Nivel de Control Interno.....	347
<b>8.</b>	<b>REFERENCIAS DE CONSULTA.....</b>	<b>348</b>
<b>9.</b>	<b>ANEXOS DE LA INVESTIGACION .....</b>	<b>351</b>

## INDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1. Mapa de procesos del modelo actual de gestión del HINFP .....	46
Gráfico 2. Estructura organizacional del HINFP 2010. ....	48
Gráfico 3. Organigrama actual del HINFP, 2010 .....	50
Gráfico 4. Carta orgánica del HINFP.....	51
Gráfico 5. Modelo de gestión actual del HINFP.....	53
Gráfico 6. Planos Generales del Hospital .....	55
Gráfico 7. Tendencia del uso de consultas en los últimos años.....	78
Gráfico 8. Comparativo mes a mes de egresos hospitalarios 2005 2009 .....	85
Gráfico 9. Tendencia de la mortalidad del primer semestre en 10 años.....	86
Gráfico 10. Ingresos según franja del mercado 2009 .....	119
Gráfico 11. Ingresos según franja del mercado 2010 .....	121
Gráfico 12. Cuentas por pagar a de junio 2010 .....	125
Gráfico 13. Distribución de procesos jurídicos contra el HINFP .....	137
Gráfico 14. Distribución del personal según empresa que contrata y suministra.....	143
Gráfico 15. Distribución del personal según áreas de trabajo.....	144
Gráfico 16. Personal según nivel de formación.....	145
Gráfico 17. Curva salarial por nivel de formación expresada en SMLMV.....	146
Gráfico 18. Tenencia de vivienda según nivel de formación .....	147
Gráfico 19. Estado civil según nivel de formación .....	148
Gráfico 20. Número de hijos por trabajador.....	150
Gráfico 21. Distribución del área construida según el uso.....	153
Gráfico 22. Detalle del área construida según el uso.....	153
Gráfico 23. Ciclo de gestión financiera del HINFP.....	222
Gráfico 24. Pirámide poblacional de Bolívar 2010 .....	246
Gráfico 25. Distribución de la población pediátrica por género y grupos quinquenales en Bolívar 2010.....	247
Gráfico 26. Pirámide poblacional de Cartagena, 2010 .....	249

Gráfico 27. Distribución de la población pediátrica por género y grupos quinquenales en Cartagena 2010.....	250
Gráfico 28. Población Cartagena y Bolívar 2010 .....	254
Gráfico 29. Distribución de recursos para la salud en Cartagena y Bolívar.....	258
Gráfico 30. Distribución de la facturación del HINFP 2009.....	260
Gráfico 31. Participación del segmento pediátrico en el mercado de la salud de Cartagena Y Bolívar, 2010 .....	261
Gráfico 32. Participación del HINFP en los recursos disponibles para la atención de pediatría en Cartagena y Bolívar, 2010.....	261
Gráfico 33. Participación del HINFP en los segmentos del mercado de la salud en 2009 .....	262
Gráfico 34. Participación del HINFP en los segmentos del mercado de la salud junio 2010 .....	263
Gráfico 35. Participación del HINFP y UCI en la facturación mensual en 2010 .....	264
Gráfico 36. Distribución de consultas 2009 por especialidad .....	272
Gráfico 37. Hospitalización por especialidad 2009 .....	274
Gráfico 38. Distribución de atenciones de urgencia 2009 por especialidad .....	275
Gráfico 39. Análisis del balance 2008 2009 jun 2010 .....	296
Gráfico 40. Análisis de la rentabilidad del modelo de operación 2009 .....	302
Gráfico 41. Balance 2009 .....	303
Gráfico 42. Estado de resultados 2010 proyectado .....	304

## ÍNDICE DE TABLAS:

---

Tabla 1. Resumen de la Actividad Directiva 2009 - 2010.....	44
Tabla 2. Horarios semanales de los consultorios del HINFP.....	62
Tabla 3. Servicio de urgencias. ....	65
Tabla 4. Horarios de cirugía .....	66
Tabla 5. Servicio de hospitalización.....	67
Tabla 6. Servicio de hospitalización.....	69
Tabla 7. Servicios de imagenología. ....	70
Tabla 8. Horarios de los servicios de laboratorio clínico.....	71
Tabla 9. Servicios de cuidados críticos .....	73
Tabla 10.Consultas realizadas de enero a junio de 2010.....	76
Tabla 11.Consultas realizadas por cada mes del año 2010 .....	76
Tabla 12.Evolución de las Consultas Externas en los últimos años .....	77
Tabla 13. Comparativo de consultas por especialidad años 2009 2010.....	80
Tabla 14. Indicadores de gestión primer semestre 2010 .....	82
Tabla 15. Comparativo mes a mes de egresos hospitalarios 2005 2010.....	84
Tabla 16. Tendencia de la mortalidad hospitalaria del primer semestre en 10 años ...	86
Tabla 17. Tasa comparativa de mortalidad del HINFP primer semestre 2005 a 2010	87
Tabla 18. Cirugías primer semestre de 2010.....	89
Tabla 19. Comparativo de cirugías canceladas de 2003 a 2010 primer semestre .....	90
Tabla 20. Comparativo de las cirugías realizadas por especialidad primer semestre..	91
Tabla 21. Porcentaje de cancelación de cirugía primer semestre de 2010 .....	92
Tabla 22. Indicadores de calidad del HINFP primer semestre de 2010.....	95
Tabla 23. Indicadores de calidad de la UCI Doña Pilar primer semestre de 2010.....	95
Tabla 24. Capacidad Instalada de Consulta Externa .....	97
Tabla 25. Capacidad Instalada de Hospitalización .....	97
Tabla 26. Capacidad Instalada de Cirugía.....	98
Tabla 27. Capacidad Instalada de Urgencias.....	99
Tabla 28. Capacidad Instalada de Imagenología. ....	100

Tabla 29. Capacidad Instalada de la UCI. ....	101
Tabla 30. Capacidad Instalada del Laboratorio Clínico. ....	102
Tabla 31. Capacidad Instalada Procedimientos de Cardiología.....	104
Tabla 32. Capacidad Instalada Rehabilitación.....	104
Tabla 33. Capacidad Instalada Procedimientos Alergología. ....	105
Tabla 34. Capacidad Instalada Procedimiento Endoscopia Digestiva.....	105
Tabla 35. Ingresos potenciales del HINFP + UCI año 2010.....	112
Tabla 36. Tendencia de ingresos, costos y gastos del HINFP en los últimos años.....	113
Tabla 37. Tendencia de ingresos, costos y gastos de la UCI Doña Pilar en los últimos años .....	114
Tabla 38. Consolidado de tendencia de ingresos, costos y gastos del HINFP y UCI años 2008 a 2010.....	116
Tabla 39. Tipo de ingresos 2009 2010.....	117
Tabla 40. Tipo de ingresos según segmentos del mercado 2009.....	118
Tabla 41. Tipo de ingresos según segmentos del mercado 2010.....	120
Tabla 42. Costos y gastos de operación mensual HINFP + UCI .....	122
Tabla 43. Costos y gastos mensuales consolidados HINFP y UCI.....	123
Tabla 44. Cuentas por pagar a de junio 2010 .....	124
Tabla 45. Consolidado de procesos jurídicos contra el HINFP a junio de 2010 .....	137
Tabla 46. Compendio de los procesos jurídicos activos en contra de la empresa.....	139
Tabla 47. Recurso humano según tipo de vinculación.....	141
Tabla 48. Distribución del personal por empresa que suministra y contrata .....	142
Tabla 49. Distribución del personal según áreas de trabajo. ....	143
Tabla 50. Personal según nivel de formación .....	144
Tabla 51. Salario promedio según nivel de formación .....	145
Tabla 52. Tenencia de vivienda según nivel de formación .....	147
Tabla 53. Estado civil según nivel de formación.....	148
Tabla 54. Número de hijos por trabajador.....	149
Tabla 55. Distribución del área construida según uso.....	153
Tabla 56. Diagnóstico del estado de la gestión del sistema de calidad.....	196

Tabla 57. Seguimiento a las rotaciones de los convenios de educación formal primer trimestre de 2010 .....	218
Tabla 58. Seguimiento a las rotaciones de los convenios de educación para el trabajo primer trimestre de 2010.....	219
Tabla 59. Auditoría de los contratos de prestación de servicios médicos .....	226
Tabla 60. Ejecución del contrato de nefrología 2009.....	229
Tabla 61. Ejecución del contrato de nefrología 2010.....	229
Tabla 62. Producción mensual 2009 y 2010 del contrato de nefrología .....	230
Tabla 63. Consultas y procedimientos por nefrólogo .....	230
Tabla 64. Producción por nefrólogo 2009 y 2010 .....	230
Tabla 65. Rentabilidad del contrato de nefrólogos 2009 .....	231
Tabla 66. Rentabilidad del contrato de nefrólogos 2010 .....	231
Tabla 67. Consultas y procedimientos de cardiología 2008 a 2010 .....	232
Tabla 68. Producción del servicio de cardiología 2008 2010.....	232
Tabla 69. Rentabilidad de los contratos de cardiología 2008.....	232
Tabla 70. Rentabilidad de los contratos de cardiología 2009.....	232
Tabla 71. Rentabilidad de los contratos de cardiología 2010.....	233
Tabla 72. Rentabilidad de los contratos de cardiología desde 2008 a 2010.....	233
Tabla 73. Ejecución del contrato de ortopedia 2009.....	233
Tabla 74. Ejecución del contrato de ortopedia 2010.....	234
Tabla 75. Ejecución del contrato por Especialista de ortopedia 2009 + 2010 .....	234
Tabla 76- Productividad del contrato de ortopedia 2009 2010.....	234
Tabla 77- Productividad por ortopedista durante el año 2009.....	234
Tabla 78- Productividad por ortopedista durante el año 2010 .....	235
Tabla 79- Productividad por ortopedista durante 2009 2010.....	235
Tabla 80- Utilidad por ortopedista durante 2009 2010.....	235
Tabla 81. Estudios de Escanografía realizados en HINFP 2009 2010.....	237
Tabla 82. Estudios de Escanografía realizados en UCI Doña Pilar 2009 2010.....	237
Tabla 83. Productividad del servicio de Escanografía durante 2009 y 2010 .....	238
Tabla 84. Rentabilidad del contrato de Escanografía HINFP 2009 y 2010.....	238
Tabla 85. Rentabilidad del contrato de Escanografía UCI Doña Pilar 2009 y 2010 ....	239

Tabla 86. Estudios de laboratorio clínico 2009 primer semestre de 2010.....	240
Tabla 87. Estudios mensuales de laboratorio clínico 2009 primer semestre de 2010 .....	240
Tabla 88. Productividad del laboratorio clínico 2009 2010 HINFP.....	240
Tabla 89. Consolidado de la producción del laboratorio clínico 2009 2010.....	241
Tabla 90. Consolidado de la producción del laboratorio clínico 2009 .....	241
Tabla 91. Producción de servicios de neumología 2009.....	242
Tabla 92. Producción de servicios de neumología 2010.....	242
Tabla 93. Facturación de servicios de neumología 2009.....	243
Tabla 94. Facturación de servicios de neumología 2010.....	243
Tabla 95. Población de Bolívar 2010 .....	245
Tabla 96 . Población pediátrica de Bolívar 2010.....	247
Tabla 97. Población de Cartagena 2010.....	248
Tabla 98 . Población pediátrica de Cartagena 2010.....	249
Tabla 99. Aseguramiento en salud: régimen contributivo.....	251
Tabla 100. Régimen subsidiado de salud Bolívar y Cartagena 2010.....	252
Tabla 101. Análisis del aseguramiento de la población en Cartagena y Bolívar 2010	253
Tabla 102. Capacidad Instalada de Camas en Bolívar 2010 .....	255
Tabla 103. Participación del HINFP en la capacidad instalada de pediatría de Cartagena 2010.....	256
Tabla 104. Recursos disponibles para la atención en salud de la población asegurada en Cartagena y Bolívar .....	257
Tabla 105. Estimación de recursos para la atención pediátrica de mediana y alta complejidad en Cartagena y Bolívar 2010 .....	259
Tabla 106. Facturación proyectada 2010.....	259
Tabla 107. Participación del HINFP + UCI en el mercado de la salud de Cartagena y Bolívar.....	260
Tabla 108. Análisis de la facturación 2009 por segmentos del mercado.....	262
Tabla 109. Análisis de la facturación junio 2010 por segmentos del mercado.....	263
Tabla 110. Perfil Epidemiológico Consulta externa 2009 .....	267
Tabla 111. Perfil Epidemiológico Hospitalización 2009 .....	268

Tabla 112. Perfil Epidemiológico Urgencias 2009.....	269
Tabla 113. Diagnósticos Consolidados (Consulta externa – Urgencia – Hospitalización) .....	270
Tabla 114. Diagnósticos más frecuentes por grupos de edades 2009.....	271
Tabla 115. Casos por especialidad en consulta externa 2009.....	272
Tabla 116. Pacientes atendidos en consulta por especialidad según edades.....	273
Tabla 117. Egresos hospitalarios 2009 según especialidad.....	274
Tabla 118. Pacientes atendidos en hospitalización por especialidad según edades..	275
Tabla 119. Distribución del urgencias 2009 por especialidad.....	275
Tabla 120. Pacientes atendidos en urgencias por especialidad según edades.....	276
Tabla 121. Total atenciones 2009: consulta externa, hospitalización y urgencias .....	276
Tabla 122. Perfil Epidemiológico consolidado Asociado por especialidad.....	277
Tabla 123. Análisis Horizontal del balance general 2008 2009 y junio de 2010 .....	295
Tabla 124. Análisis de los estados de resultados 2009 .....	297
Tabla 125. Análisis de la rentabilidad del modelo de operación 2009.....	301
Tabla 126. Balance 2009.....	303
Tabla 127. Estado de resultados 2010 proyectado.....	303
Tabla 128. Clasificación y calificación de los riesgos externos. ....	326
Tabla 129. Clasificación y calificación de los riesgos internos.....	327
Tabla 130. Mapa de Riesgos de la empresa .....	332
Tabla 131. Identificación y priorización de los macro problemas del hospital .....	334

# Presentación

---

Al acercarnos al Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja hemos tenido la oportunidad de conocer más que a una empresa, una maravillosa obra social de gran importancia y tamaño en la Ciudad de Cartagena de Indias y en el sector de la salud de la costa caribe, una empresa que ha logrado sobrevivir a todas las crisis del último siglo en Colombia.

La Casa del Niño, como es conocida la fundación desde sus inicios, hace 70 años viene prestando de manera ininterrumpida sus servicios, y hoy con más de 293 trabajadores, con un presupuesto anual que supera los 20 mil millones de pesos y con unos activos superiores a los 12 mil millones de pesos, hacen de esta institución, uno de los hospitales privados más grandes de Cartagena y el único hospital pediátrico de referencia de la región.

Un vistazo a su capacidad técnica y científica nos muestra una nomina de especialistas y sub especialistas que sobrepasa los 92 profesionales de la salud, muchos de ellos vinculados a la academia y la investigación con los más altos reconocimientos científicos, institucionales y sociales, talento humano que ha soportado y apoyado en gran medida junto con los demás trabajadores de la empresa los costos de la subsistencia del hospital.

Pero de todo y ante todo, lo más importante, sus usuarios, mas de 800 mil niñas y niños del Departamento de Bolívar con edades de 0 a 18 años, que potencialmente acceden a los servicios de mediana y alta complejidad que ofrece la casa del niño todos los días del año.

Con estas características, una empresa como la casa del niño que ha pasado por todos los sistemas de salud de nuestro sector, y que enfrenta todos los años el reto de la sobrevivencia y de la viabilidad financiera en una economía de mercado marcante y cada día más voraz, se convierte en todo un reto para la teoría de la gestión

hospitalaria clásica, y allí radica la gran importancia de esta investigación. Esta tarea representa entonces la posibilidad de mostrarle al sistema de salud y especialmente a los prestadores de servicios de salud de Colombia que se han equivocado y se siguen equivocando en la dirección y gestión de los servicios de salud en el marco de un modelo de aseguramiento, que además la teoría de la administración hospitalaria en nuestro país está apenas por escribirse en esta etapa de crisis que muestra la moribunda Ley 100 de 1993, que las variables atípicas que generan la dinámica del flujo de recursos que asfixia a los prestadores son factores clave en el modelo de gestión institucional, que la cultura organizacional, la inestabilidad jurídica del sector y la corrupción, son factores que sobre la plataforma de una economía de mercado, y garantizan el fracaso de cualquier modelo americano o europeo de gestión hospitalaria.

Por el tamaño de la institución y el volumen de sus operaciones, la dispersión y dificultad para obtener la información hicieron que nuestra investigación se hubiera dividido en dos partes, en esta primera entrega hemos querido elaborar la caracterización de la institución, concepto que va mucho más allá de un simple diagnóstico institucional, y que por el contrario abarca la evaluación del actual modelo de gestión y operación del hospital, y se constituye en una base sólida y segura para el segundo documento que propone el diseño del nuevo modelo de gestión y operación de la empresa a la luz de la realidad institucional, de los ajustes jurídicos del sector y de las condiciones mismas del mercado de la salud en Colombia y en el Departamento de Bolívar.

Pese al gran número de capítulos y subtítulos que se contienen en este documento, básicamente hay dos objetivos claros que hemos pretendido alcanzar. El primero es entender la naturaleza y características organizacionales de la institución y sus necesidades de ajuste. El segundo objetivo es contextualizar la gestión y operación actual frente a un mercado que determina la viabilidad y sobrevivencia definitiva de este tipo de instituciones.

Finalmente y con la inclusión del análisis financiero y el estudio de mercado de los servicios pediátricos contenidos y desarrollados especialmente para este trabajo, se mostraran a sus directivos los caminos del negocio de la salud y las oportunidades que antes no se observaban con claridad en la operación de la empresa, factores estratégicos y tácticos que serán de un gran apoyo a la gestión hospitalaria actual y que sin lugar a dudas representará un invaluable aporte para asegurar por mucho más tiempo el desarrollo y crecimiento de la empresa sin perder ese valioso legado social que parece ser la energía mágica que ha logrado cohesionar místicamente los intereses de directivos, médicos y trabajadores permitiendo que esta institución siga en pie.

Este es, debe ser y será por mucho un ejemplo digno de imitar por nuestros nuevos empresarios de la salud y gerentes clínicas y hospitales.

# Introducción

---

La Salud es un servicio público a cargo del estado que con el apoyo de particulares se garantiza a los habitantes del país. Los servicios de salud de acuerdo a los conceptos de la corte constitucional mantienen un vínculo estrecho e indisoluble de conexidad con el derecho a la vida, especialmente los servicios de mediana y alta complejidad (como los que presta el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja), y por tanto la salud se asimila a un derecho fundamental tutelable y así quedó establecido en la sentencia T-760 de 2008 proferida por la honorable corte constitucional.

No obstante lo anterior es responsabilidad del estado garantizar el acceso a los servicios de salud de su población definiendo competencias en sus entes territoriales para organizar las redes de atención según los niveles de complejidad, establecidos en la Ley 715 de 2001. En razón de lo cual, los hospitales e instituciones privadas del sector, asumen unas responsabilidades limitadas como prestadores en función del tipo de servicio vital que ofrezcan y de la relación contractual que tengan con el estado directamente o a través de sus aseguradores (EPS – EPSS).

Es esta flexibilidad la que le permite a los prestadores privados operar un servicio público y asumir la regulación y vigilancia del estado, con responsabilidades disciplinarias y fiscales, pero a su vez, con la libertad de regular su oferta de servicios a sus condiciones reales de operación y disponibilidad de recursos, con independencia de las responsabilidades que tiene el estado de atender la demanda específica de la población. Esto quiere decir que el hospital puede modificar su portafolio de servicios a las necesidades de un mercado que le garantice la auto sostenibilidad y no está obligado, más que a cumplir con los estándares mínimos para cada servicio declarado y contratado.

Según el Censo Dane 2005 tenemos en el Departamento de Bolívar una población Infantil proyectada al 2010 de entre los 0 y 18 años, cercana a los 821.859 niños y

niñas, de los cuales el 70% esta condiciones de gran vulnerabilidad socio económico. La organización de los servicios de salud del Departamento y especialmente de la ciudad de Cartagena presentan un delicado déficit de servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad que hace imposible que el Gobierno Departamental y Distrital puedan garantizar la demanda potencial de servicios a la población, dentro de estos servicios, los de mayor riesgo son los de mediana y alta complejidad, de allí que se tenga que enviar a nuestros niños y niñas a otros Departamentos para recibir la atención que deberíamos brindarle en la ciudad.

La fundación Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja es una empresa privada sin ánimo de lucro que por más de 70 años ha venido prestando servicios de salud de mediana y alta complejidad a los niños de mayor vulnerabilidad socioeconómica de Cartagena y el Departamento de Bolívar, como único hospital pediátrico de Bolívar ofrece y garantiza el 40% de toda la oferta hospitalaria para la población infantil de Cartagena, a unos 353 mil niños y niñas, y el 36% de la población de niños de Bolívar, lo cual mantiene a la institución con unos niveles de ocupación del 95% y el 100% en casi todos sus servicios, las 24 horas del día los 365 días del año.

Como una característica verdaderamente especial en este desgastado sistema de salud, nos encontramos que los servicios que ofrece el hospital de tipos ambulatorios, quirúrgicos, especializados y subespecializados, le garantizan a todos sus pacientes, incluidos los de patologías de alto costo, todos los insumos medico quirúrgicos que requieran para su tratamiento, independientemente si tienen o no para pagar sus servicios.

El hospital realiza diariamente mas 495 atenciones en sus diferentes servicios lo que significa más de 150 mil consultas y procedimientos cada año, de los cuales el 80% son pacientes de la ciudad de Cartagena y el resto de los municipios del departamento según consta en sus registros estadísticos. Si el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja cerrara parte o todos sus servicios se podría crear una emergencia sanitaria de grandes proporciones en vista que serian unos 20 niños de UCI, unas 150 consultas de Urgencias diarias, unas 20 Cirugías diarias, unas 200 consultas especializadas con

pediatría y más de 110 pacientes de hospitalización diarios, la población que tendría que buscar cupos en hospitales privados que no los reciben en la actualidad por sus condiciones socioeconómicas. Lo anterior no da una imagen grafica de la importancia que tiene el hospital para apoyar la oferta de servicios de responsabilidad del estado, así mismo del volumen de sus operaciones.

Dentro de su actividad diaria la institución ha venido asumiendo una labor social garantizando la atención a la población sin ningún tipo de aseguramiento ni recursos económicos, incluso apoyando la prestación de servicios del primer nivel de complejidad de competencias exclusivas del Distrito, unos servicios que representan más de 12 millones de pesos mensuales y unos 130 millones cada año, sin ninguna contraprestación del estado, o el gobierno nacional, regional o local.

Para efectos de garantizar la operación de los servicios de salud el hospital invierte cada mes más de mil cuatrocientos millones de pesos, entre los que se incluye el valioso apoyo y asistencia social a las familias de nuestros pacientes quienes reciben pañales, ropa y otros elementos básicos.

El hospital cuenta con unos 293 trabajadores de los cuales 110 son directos de planta y el resto está vinculado por diferentes modalidades. Para garantizar sus servicios la empresa cuenta con varios contratos tipo concesiones en las áreas de laboratorio clínico, imagenología, transporte asistencial y medicalizado, restaurante y alimentación de pacientes y empleados, así mismo tiene tercerizados los servicios generales de aseo, mantenimiento, lavandería y vigilancia entre otros.

La venta de servicios del hospital se realiza en gran proporción a los aseguradores EPSS privadas y todavía una gran parte a los entes territoriales, mercado este ultimo que está en su más bajo nivel de participación. La facturación de los servicios de salud sobrepasa este año los 1.734 millones mensuales<sup>6</sup> lo que proyecta un presupuesto de ingresos superior a los 20 mil millones de pesos este año. La empresa cuenta con una masa de activos de más de 14 mil millones de pesos y unas cuentas por cobrar con

---

<sup>6</sup> Se incluyen la facturación de los servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos Doña Pilar.

corte al primer semestre del año superior a los 13 mil millones de pesos. Cifras estas que demuestran el tamaño de la empresa y la gran importancia de la misma en el conjunto de instituciones públicas y privadas de la región.

Dentro de este sector donde opera el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, nos encontramos históricamente que es el Estado quien se constituye en el principal deudor de nuestra institución ya que son precisamente los entes territoriales quienes tienen las carteras más altas de la empresa, situación que imposibilita que la empresa pueda cumplir oportunamente con algunas de sus obligaciones sin dejar de garantizar y prestar los servicios de salud a sus pacientes infantiles que son su razón de ser. La transición del sistema este año introduce una variable interesante que es la concentración de los recursos en manos de las EPS, lo que significa un mayor nivel de exigencia en la calidad de la prestación de los servicios y eficiencia en los procesos administrativos a fin de poder ser competitivos y buenos recaudadores de las inversiones.

La empresa enfrenta situaciones críticas de gran envergadura en razón de su incumplimiento de obligaciones extremadamente costosas con la Dian, el ISS, el ICBF y proveedores privados que permanentemente tienen embargadas las cuentas y créditos del hospital, las obligaciones laborales sobre pasa los 4 meses de sueldos atrasados, incluyendo seguridad social y parafiscales. En el ámbito judicial, se enfrentan cuantiosas demandas laborales en su gran mayoría producto de los convenios de concurrencia y el mal manejo de los recursos del situado fiscal de ese entonces, a lo que se puede sumar malas decisiones administrativas.

El estilo de gestión y dirección encontrado es básicamente operativo y cortoplacista, enfocado meramente en atender los problemas del día a día y con un proceso de planeación incipiente aunque relativamente orientado a mejorar la oferta de servicios pero sin ningún criterio técnico ni de costos.

Tradicionalmente en los últimos años el hospital ha sido reconocido por su agresiva gestión de cartera por la vía jurídica y a su poca gestión de mercadeo y contratación formal de los servicios que produce, muchos de los cuales presentan unos

desequilibrios significativos que conlleva ciegamente a la empresa a la pérdida de muchos recursos al tener costos que en muchos casos sobrepasan en 5 veces las tarifas de venta.

Con respecto al sistema de control interno, podemos decir que la auditoría y evaluación de la gestión de los procesos administrativos y de servicios es inexistente, condiciones estas que representan para el actual modelo de operación y gestión los mayores riesgos para garantizar la sobrevivencia de la empresa en el corto plazo.

En resumen los indicadores técnicos y financieros encontrados en los registros de la empresa, el nivel de conflictos jurídicos, la alta cartera, los cambios en la composición del mercado, y las tendencias de crecimiento de los recaudos frente a los gastos nos llevan a la conclusión que la empresa se encuentra en estos momentos en una inviabilidad técnica que de continuar unos seis meses puede dar origen a una intervención administrativa o entrar en causal de liquidación por las causas financieras y de orden legal.

Consideramos que el momento de intervención de la junta directiva para tomar decisiones es muy oportuno por las condiciones del sistema y del mercado local mismo expresado en los siguientes términos que nos permiten visualizar la posibilidad real de estabilizar la empresa en dos años:

1. La incertidumbre jurídica generada por la aplicación de la sentencia T 760 da un corto espacio de tiempo para una gestión de 6 meses antes de tener en firme la nueva plataforma de operación del sistema.
2. La universalización del aseguramiento trae consigo el ajuste del plan obligatorio de salud subsidiada (POSS) al régimen contributivo, y con ello un ajuste a la unidad de pago por capitación que provee mayores recursos por persona la ajustar las primas de contratación.
3. La comisión reguladora de salud (CRES) ha definido la edad pediátrica en 18 años según el acuerdo 011 de enero de 2010, lo cual amplía la base poblacional del hospital infantil que antes estaba en 16 años, esto representa

potencialmente más de 200 mil niños y niñas más que demandaran los servicios.

4. Los retrasos en el desarrollo de los servicios pediátricos que se proyectaron este año para la ciudad y la imposibilidad en el corto plazo de construir un nuevo hospital pediátrico que representaría una inversión superior a los 15 mil millones de pesos no es un atractivo para los inversionistas en el corto plazo, lo cual le da un respiro estratégico a la proyección de la casa del niño.
5. Finalmente estamos seguros que los ajustes del sistema en el nuevo gobierno apuntan este año a enfrentar los problemas de la financiación y la liquidez del sector lo cual permite pensar que con la gestión adecuada se puede acceder a recursos importantes de recuperación de cartera para atender las inversiones, compromisos legales y demás ajustes organizacional que requiere la institución en este último trimestre del año.

En estos términos muy a pesar de las difíciles condiciones del hospital y del sector en este año 2010, se tiene una ventana de gestión importante que estimamos de unos 5 meses, que debe aprovecharse adecuadamente para preparar a la empresa para enfrentar los retos de un mercado muchísimo más exigente y competitivo que se espera en el próximo año 2011.

Este estudio sienta las bases estructurales para dimensionar el tamaño de los ajustes que se necesitan para corregir el rumbo y re direccionar la estrategia de la organización para pensar definitivamente en una estabilidad jurídica y financiera duradera para empezar a construir el desarrollo definitivo de esta valiosa institución conservando como energía vital esa vocación de servicio y lucha por los niños de mayor vulnerabilidad socioeconómica de nuestra región, este gran legado y mayor activo social que sembraron sus fundadores y que hoy mantienen intacto sus directivos y herederos.

## **1. METODOLOGIA DEL ESTUDIO**

### **1.1. MARCO CONCEPTUAL: El Hospital como una empresa moderna**

El debate entre los partidarios de igualar el hospital a una empresa, y los que se resistían a equiparar estos conceptos, tanto en el ámbito público como en el privado benéfico, fue muy apasionado hace varios años y todavía no está superado del todo, aunque ahora parece haber un acuerdo basado en que el hospital es “una empresa...pero especial”.

Según este esquema podría decirse que el producto es el paciente curado o mejorado, y en este sentido, un hospital tendría tantos productos como enfermos, porque ninguno es igual a otro, aunque muchos tengan grandes similitudes.

Desde el punto de vista de su funcionamiento, no hay razones para excluir a los hospitales de una gestión empresarial, en la que la combinación de factores productivos se realice del modo más eficiente posible, con un resultado eficaz de calidad. Como sucede en otros sectores la calidad del servicio y los costos son las coordenadas en las que ha de moverse el hospital moderno como empresa, especialmente bajo un modelo de aseguramiento de los riesgos en salud como el nuestro.

Para nuestro caso el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja y sus unidades de servicios son una institución que por su función se clasifica como un hospital Especial o monográfico, dada su orientación a los servicios pediátricos medico quirúrgicos, de acuerdo al tipo de pacientes que atiende puede catalogarse también como un hospital de agudos o de corta estancia, asimismo de mediana y prolongada estancia.

Según el ámbito de operación y según la procedencia del paciente se trata especialmente de un hospital local pero asume el papel de un centro regional de referencia dada la ausencia de un centro de esta naturaleza de origen oficial.

Su nivel de complejidad dado por las características locativas, tecnología disponible, número de empleados, especialización y competencias de los profesionales tiende a ser de mediana y alta complejidad.

Una primera conclusión respecto de las reflexiones anteriores está muy de acuerdo en que el hospital infantil “Casa del Niño” es una empresa de salud que por su grado de especialidad y tamaño es más compleja que cualquier hospital general de mediana o alta complejidad.

Hablar de eficiencia, producción, productividad, rentabilidad y mercadeo de servicios, no riñe con el objeto social de los hospitales modernos, por el contrario son conceptos técnicos que la teoría de la administración hospitalaria moderna ha tenido que introducir en virtud de lograr unos modelos de organización, gestión y operación hospitalaria que racionalicen los recursos y garanticen las mejores inversiones en la calidad de la atención y seguridad del paciente.

Con este criterio hemos querido iniciar esta investigación a la luz de buscar el equilibrio técnico – científico y social con el mejor aprovechamiento de los recursos humanos, tecnológicos y financieros que tiene disponible el hospital infantil Napoleón Franco pareja.

En la realidad nos hemos encontrado que muy a pesar de tener una filosofía eminentemente social que se constituye en la identidad del hospital, su actual modelo de atención se encuentra influenciado por las fuerzas del sistema de manera que en su modelo de operación no se visualiza la organización enfocada en el paciente. Por un lado conserva los rasgos asistencialistas de los hospitales públicos y unos procesos administrativos rígidos y unidireccionales. Lo anterior se refleja en una estructura física y organizacional básica a pesar de la gran complejidad de su operación, que a todas luces está dispuesta para administrar los servicios ofrecidos y no para gestionar y producir los servicios especializados que ofrece a sus clientes y usuarios.

Razones sobran para justificar la necesidad de ajustar el enfoque y el modelo de operación y gestión del hospital, la actualización de los criterios de administración y

planeación de sus procesos será el determinante para fundamentar los objetivos que se pretendan alcanzar en esta nueva década que comienza.

## **1.2. ANTECEDENTES GENERALES QUE ORIGINAN EL ESTUDIO**

Sin ningún tipo de cuestionamiento en lo que todos los críticos y analistas del sistema de seguridad social en salud colombiano han estado de acuerdo es en la economización de la salud, concepto que va desde la mera intermediación de los servicios hasta el complejo concepto del aseguramiento. La realidad de hoy es que tenemos entonces una gestión de la seguridad social dentro de un esquema de economía de mercado (Ley 100 de 1993) contrario a la naturaleza misma de los servicios de salud del Hospital, he aquí el primer gran reto de este sistema.

Ya con esta base económica, ahora la reflexión se traslada al escenario de la ética y de la moral, principios inherentes en la prestación de los servicios y la atención del paciente. Sin embargo en el rol de la gestión del servicio sanitario como tal, el enfoque se centra en los criterios con que la administración de los recursos se ejerce frente a una oferta que busca la eficiencia y la economía y una demanda infinita que compromete la vida misma del consumidor.

En este contexto, la creación de nuevas instituciones de aseguramiento en el Régimen contributivo y régimen subsidiado de salud y el fortalecimiento de las EPSS mas importantes de las regiones autorizadas, determinan en gran medida la posición dominante frente al prestador y al mismo afiliado, fenómeno que se consolida cuando el nivel de aseguramiento y cobertura se acerca al cien por ciento de la población y la evaluación y el control de los entes del estado son cada vez más débiles.

La construcción de una proceso de compra de servicios de salud a través de una relación de agencia mediante aseguradores que toman la decisión final genera los mayores problemas del actual sistema de salud, que redundan en la calidad de la prestación de los servicios y en la financiación de estos. El recaudo de la cartera en el sector local, para empezar a enmarcarnos en el Departamento de Bolívar es de entre un 56% a 67% anual de lo facturado y con un nivel de objeciones y glosas que van del 5 al 15%, lo cual baja significativamente el índice de rentabilidad de los servicios.

En este mismo sentido apuntamos que el rezago del flujo de caja es muy superior a 180 días y en el peor de los casos a 360 días, lo cual genera dificultades en el flujo de caja e iliquidez de las instituciones prestadoras, publica y privadas, empresas que este año 2010 han visto una de las peores crisis de la historia reconocida por el gobierno nacional y la honorable corte constitucional, que han declarado públicamente la inviabilidad financiera del sistema y la necesidad urgente de tomar correctivos inmediatos para evitar el colapso del modelo del aseguramiento.

La fallida respuesta de la malograda emergencia social y sus aberrantes decretos reglamentarios siguen poniendo en manos de la Ley 1122 y de un par de decretos y resoluciones paliativas la responsabilidad de la estabilización del sector. Sabemos que lo que sigue en 2010 es un proceso de transición para la búsqueda de la tercera gran reforma de fondo del sistema, más allá del compromiso obligatorio de contratación mínima con las IPS Locales que obliga a los prestadores privados a competir en desigualdad jurídica, mientras da preferencias obligatorias a las ESE (en Cartagena hay 4; ESE Regional, ESE Cartagena de Indias, ESE Hospital universitario, ESE Maternidad Rafael Calvo).

Lo que se espera entonces es un ajuste sustancial y profundo en la organización, financiación y vigilancia del sector, medidas a implementar en 2011, mientras que del lado de los aseguradores se toman todas las precauciones fortaleciendo la integración vertical y las alianzas estratégicas con los prestadores públicos y privados que les permitan aplicar economías de escala, bajos costos y retornos de recursos para su financiación administrativa.

Para el mercado específico del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, como empresa privada sin ánimo de lucro, los recientes ejercicios de aseguramiento universal empujados por causa de la Sentencia T 760 de la Honorable corte Constitucional hace que desaparezca la población vinculada y consolida los recursos del mercado para la compra de servicios de salud en manos de las EPSS, empresas entre las que han existido unas tirantes relaciones corporativas por el modelo de gestión de la contratación y provisión de servicios, el cobro agresivo de cartera por la

vía jurídica y los conflictos con las Direcciones Territoriales por los embargos recurrentes de las cuentas maestras. Esta situación nos lleva a concluir que el hospital enfrenta hoy su reto de subsistencia más complejo, reconstruir las relaciones corporativas, alinearse con el mercado y ajustar su modelo de gestión a un nivel de eficiencia, desarrollo y competitividad en el corto plazo que a su vez genere la confianza institucional y los recursos para apalancar un proceso de modernización y Subespecialización de sus servicios a mediano plazo.

### **1.3. NECESIDADES DEL HOSPITAL Y ETAPAS DEL ESTUDIO**

La subsistencia misma del hospital gira en torno a la capacidad de adaptación a las nuevas condiciones del mercado concentrado ahora en las EPS, los resultados financieros, el bajo nivel de competitividad y el bajo nivel de desarrollo institucional han alejado al hospital de la dinámica y la realidad del mercado, hoy día su mayor necesidad está en definir un nuevo modelo de gestión y operación que le permita a la Junta Directiva tomar las decisiones para garantizar la viabilidad técnica y financiera de la institución en la próxima década.

Para lograr definir este nuevo hospital es necesario realizar la evaluación Integral del Modelo de Gestión Actual de manera que se tenga la línea de base que permita saber la disponibilidad técnica de recursos, procesos, personal e infraestructura sobre los cuales proyectar la nueva organización, luego de determinar la viabilidad técnica, jurídica y financiera de la empresa en el corto mediano y largo plazo.

El segundo y simultáneo ejercicio a realizar es la evaluación de las condiciones de competitividad de la Institución en las condiciones del mercado actual y de acuerdo a las tendencias del sistema. Con este criterio e información la institución conocerá por primera vez y con mayor precisión su nivel de participación y acceso a los recursos financieros dispuestos para la compra y financiación de los servicios de salud de su población pediátrica.

Finalmente la empresa debe contar con un programa Institucional de estabilización, fortalecimiento y alineación con el mercado que contenga el paquete de estrategias a

desarrollar en el último trimestre del año 2010, con el fin de preparar su implementación a partir del primero de enero de 2011.

Este diseño del ajuste organizacional debe partir de una herramienta de planeación estratégica y el fortalecimiento de los procesos internos para garantizar un modelo de evaluación y control interno de la gestión y los recursos, la ejecución de un plan de negocios que proyecte los servicios y estrategias comerciales del hospital hacia la región, la formulación y ejecución de un presupuesto de ingresos y gastos con su plan de inversiones, y la ejecución de un programa de estabilización financiera que garantice el pago oportuno de sus compromisos y obligaciones financieras.

#### **1.4. PLAN DE TRABAJO DESARROLLADO EN ESTA ETAPA DEL ESTUDIO**

##### **1.4.1. Auditoría interna: evaluación del modelo de actual de gestión.**

En esta etapa se procedió a verificar las condiciones de operación interna de la empresa, el nivel de desarrollo institucional, y se evaluó el desempeño general de las áreas críticas así como el cumplimiento de los objetivos corporativos. Esta etapa permitió que se identificaran las oportunidades de mejoramiento del negocio así mismo se lograron los siguientes objetivos:

1. Levantamos las líneas de base para la medición del desempeño institucional de acuerdo a los procesos que empíricamente se estaban desarrollando.
2. Determinamos el nivel de viabilidad técnica y financiera del actual modelo de gestión y operación de acuerdo a la compleja problemática interna que enfrenta la empresa con clientes y proveedores.
3. Se logró determinar el nivel de productividad y rentabilidad del modelo de operación y producción de los servicios actuales de la empresa.

4. Logramos levantar la actual capacidad instalada de la institución para la producción de servicios y establecer su nivel de productividad y explotación.
5. Se logró medir el grado de eficiencia en la gestión de su negocio de venta de servicios y atención de la población objetivo.

#### **1.4.2. Análisis de mercado: evaluar la competitividad de la institución.**

Se realizó un estudio actualizado del tamaño los costos y características actuales del mercado de la salud en el Departamento de Bolívar, con el cual se ha logrado establecer la participación de la empresa en el mercado de la salud según el segmento de mercado pediátrico donde compite.

En desarrollo de esta etapa del estudio hemos logrado establecer la proyección real de la empresa en razón de su nivel de competitividad, de la oferta disponible y de las tendencias de la demanda de servicios en el sector así:

1. Se pudieron calcular los costos y la disponibilidad de recursos para la compra de servicios de salud para la población infantil considerada entre los 0 y los 18 años.
2. Logramos identificar la Demanda potencial de servicios de mediana y alta complejidad de la población infantil del Departamento de Bolívar y todos sus municipios, los cuales se convierten en nuestro mercado primario.
3. Se pudieron identificar los segmentos y nichos de mercado potencialmente explorables para el diseño de servicios y estrategias de mercadeo del nuevo modelo de atención.
4. Se lograron establecer las bases para la formulación del ajuste del portafolio de servicios y las decisiones prioritarias en materia de inversión tecnológica y desarrollo hospitalario.

## **2. CARACTERIZACIÓN INSTITUCIONAL**

### **2.1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA**

#### **2.1.1. Evolución Histórica: Su fundación**

La creación de la empresa data del mes de Diciembre de 1947, los registros históricos señalan que el Hospital Infantil surge como un programa de lactancia para los niños de escasos recursos de la ciudad de Cartagena de Indias, por iniciativa de los doctores Napoleón Franco Pareja, Paul Jones y Carlos Escallón; se transforma en hogar infantil, con la ayuda de doña Josefina Araujo de Sicard, quien consigue con don Dionisio Vélez y las familias Segre y Tous, el lote donde hoy funciona esta Institución.

Su evolución como centro social de atención ambulatoria a los niños de escasos recursos continúa con el apoyo de la lotería y la Gobernación de Bolívar, estas entidades lograron elaborar y aprobar el proyecto inicial de la obra sobre el lote anteriormente conseguido, el ingeniero Luis Montenegro fue el autor del diseño inicial. Se puede decir que esta primera fase de su nacimiento, el Hospital Infantil culmina por el apoyo decidido de don Roberto Cavelier y el Gobierno Nacional.

Al término de la construcción el doctor Napoleón Franco Pareja solicitó el servicio de las religiosas por su compromiso social y dedicación al servicio de la población más pobres y desvalida, apoyo tan necesario para poder sacar adelante la prestación de los servicios con un espíritu altruista y vocacional que iba a ser determinante para su desarrollo y crecimiento. Ante la solicitud del Dr. Napoleón Franco, el arzobispo López Umaña aprueba el ingreso de las Hermanas Terciarias Capuchinas a la Institución, que hasta la fecha de hoy se mantienen como el brazo social y de apoyo a los servicios actuales.

En esta misma época y ya para dar apertura a la prestación de los servicios, El Club Rotario realiza la donación de la dotación inicial, de esta manera comienza el servicio con 12 niños y 3 profesionales.

### **2.1.2. Evolución Histórica: Reseña del pasado reciente**

Desde sus inicios, la dirección del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja estuvo a cargo de su fundador el Doctor Napoleón Franco Pareja, y lo han sucedido los doctores Rubén Fernández Redondo, Henry Vergara Sagbini y Álvaro Correa Rivera quienes han preservado la filosofía del fundador y trabajado de la mano de la Junta Directiva y de las religiosas impulsando en su momento la ampliación de los servicios y el reconocimiento institucional.

A lo largo de estos últimos 63 años de actividades el Hospital ha pasado por diferentes etapas de desarrollo y crisis marcada en gran medida como consecuencia de los vaivenes del sistema de salud Colombiano y de la naturaleza misma de la institución que por momentos la ha convertido en una empresa vulnerable frente a las condiciones de la economía de mercado que ha permeado la organización y la prestación de los servicios de salud.

De las épocas de grandes crisis en el Hospital se destaca la gestión de su Junta Directiva que en varias ocasiones impidieron el cierre de la institución e incluso una inminente intervención administrativa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

La realidad de la institución a lo largo de cada uno de sus momentos agudos conllevó a la búsqueda de estrategias y recursos diferentes a las donaciones, ingresos ocasionales que al ir creciendo el tamaño de las operaciones y los servicios del hospital eran insuficientes para garantizar su financiación y auto sostenibilidad.

Algunas de las estrategias utilizadas y muy validas en su momento fueron las de acceder a los recursos públicos mediante algunas transferencias y contrapartidas para la asistencia y funcionamiento del hospital como empresa sin ánimo de lucro y que desarrollaba una gran obra social, fue así como se llegó a los convenios de concurrencia.

La relación con el estado que fue positiva inicialmente, posteriormente le da al hospital la vinculación de muchos trabajadores públicos pertenecientes al sector

salud, que con el cierre de varios hospitales públicos, y mediante los convenios de concurrencia los asume laboralmente la empresa. Esta situación origina la heredad del sindicato de trabajadores y aumenta las prestaciones sociales que con el tiempo contribuyeron a aumentar desproporcionadamente sus costos y gastos haciéndolo nuevamente inviable y lo sume en una nueva crisis a principios del 2000.

La Ley 100 de 1993 dio un giro al desarrollo de los servicios que se vio reflejado en lograr habilitar 110 camas de hospitalización, 10 consultorios para consulta externa especializada un quirófano para ofrecer los servicios de cirugías y los servicios de urgencias las 24 horas. Luego de implementada la Ley 100 entre los años 1995 y 1998 la exigencia del sistema hacia la venta de servicios y la facturación de los mismos consolidó la etapa de crecimiento obligado de la oferta hospitalaria, es importante resaltar que los grandes desequilibrios en el nivel de aseguramiento de la población y las dificultades iniciales en la regulación de las responsabilidades y relaciones entre los actores del sistema crearon un gran cuello de botella que lleva al sistema hospitalario al colapso entre los años 2003 y 2005 fecha histórica que demuestra el mayor cierre y transformaciones de IPS públicas y privadas del país.

La casa del niño no escapó de este fenómeno nacional, sin embargo sus directivas en la presente década, y frente a la gran demanda de los servicios, logran junto con el reconocimiento y apoyo de la Universidad de Cartagena, el Club Rotario y otras importantes personalidades, que el hospital se convirtiera en el único hospital pediátrico de referencia del Departamento, lo cual obligó a proyectar su crecimiento y desarrollo hacia los servicios subespecializados y procedimientos de mayor complejidad, es así como se abren los servicios de cirugías de mediana complejidad, así como la hospitalización por pabellones especializados como son nefrología, gastroenterología, quirúrgica, hematoncología e Infectología.

En consecuencia con este ritmo de crecimiento en la oferta de servicios se hizo necesario pensar en la atención de diálisis peritoneal. El Club de Leones Cartagena, contribuye en estos momentos para hacer realidad este servicio y fortalecer la sala de nefrología.

Finalmente y luego de los ajustes y reformas al sistema general de seguridad social en salud, el hospital logra adaptarse y cumplir con los estándares de calidad establecidos por la Ley 100 de 1993, financiándose por la venta de servicios en un 95% y estableciendo alianzas docencia-servicios con las facultades de ciencias de la salud de la Universidad de Cartagena, Corporación Universitaria Rafael Núñez, Corporación Universitaria del Sinú y otras instituciones universitarias y de formación técnica.

### **2.1.3. Las Condiciones actuales: proyección servicios 2010.**

El Hospital observa un gran crecimiento en los últimos 5 años de funcionamiento, evolución que demuestra de un lado la gestión directiva y la capacidad de adaptación de la institución a los cambios abruptos del sistema de salud del país, pero de otro lado enfrenta un mercado con una fallas protuberantes que se traducen en una demanda de servicios de salud insatisfecha frente a una muy limitada oferta de servicios pediátricos especializados del Departamento de Bolívar y en la ciudad de Cartagena, este déficit hospitalario ha sido aprovechado rudimentariamente por la empresa que trató de fortalecer su portafolio de servicios y subespecialidades pediátricas para monopolizar la oferta de este segmento de población, estrategia que aunque bien intencionada llevó a la Dirección a cometer algunos errores en los procesos de contratación internos apresurados en el afán de garantizar los servicios sin tener en cuenta la relación de costos de producción, las tarifas de ventas y los índices de correlación de estos servicios con la contribución marginal de consumos accesorios y complementarios, situación que hasta la fecha perduran.

En estos últimos dos años y dentro de esta misma estrategia se orientó el portafolio de servicios hacia la diversificación y la búsqueda de nuevos segmentos de mercados dentro del sector, etapa decisiva para proyectar los servicios de cuidados críticos que hoy representan cerca del 40% de los ingresos por venta de servicios y que ha exigido por si misma mejorar la capacidad resolutive del hospital y la contratación de más especialistas y tecnología biomédica.

En este periodo reciente decisiones como la creación de la UCI Doña Pilar, más que una unidad de servicios, ha representado una unidad de negocios y por así decirlo, la

estrategia gerencial más importante de los últimos años, la que permitió proyectar la sobrevivencia y el futuro de la empresa tanto por la generación de ingresos como por la capacidad técnico científica que fortaleció la proyección social y blindó la operación del hospital ante las innumerables contingencias financieras y jurídicas que ha venido enfrentando. Estos nuevos servicios han podido mostrar el camino de la Subespecialización hacia donde se debe orientar el desarrollo institucional.

En esta etapa reciente se hicieron aplicaron algunas tácticas necesarias para prestar más y mejores servicios mediante la tercerización de los servicios de apoyo diagnóstico que ayudaron a disolver algunos conflictos laborales y la incapacidad económica que tenía la institución para garantizar su modernización.

El presente nos muestra al Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, como una empresa que ha sobrevivido estoicamente a los embates y desequilibrios del sistema de salud, a los cambios abruptos del mercado de la salud en Colombia, a la corrupción marcada característica del sector y especialmente a las fuerzas políticas de la ciudad que no han logrado permear su fundamento social y filosofía de servicio. Hoy podemos ver a una empresa que ha tenido un gran crecimiento en su nivel y volumen de operaciones, no así, con un desarrollo institucional muy pobre que no creció en la misma proporción de estas pero que tiene una ventana abierta en el tiempo lograr un ajuste más profundo y definitivo.

La autonomía e independencia que ha caracterizado la administración y dirección del Hospital le ha dado uno de sus activos más valiosos: su identidad y reconocimiento, hoy más que una empresa, el hospital es una obra institucional de grandes proporciones que aun no alcanza a ser valorada en su plena dimensión por la sociedad cartagenera. Hoy en día asume las consecuencias heredadas de una sumatoria de errores técnicos y administrativos, muchos de los cuales fueron decisiones importantes de coyuntura que se perdieron de vista, el impacto de contingencias especiales, así como la lenta adaptación de su modelo de gestión al nuevo entorno económico que marca la pauta en un sector obligado a operar en una economía de mercado contraria a su naturaleza altruista.

## **2.1.4. Del Gobierno Corporativo**

### ***2.1.4.1. Estructura de Dirección y Administración de la fundación***

La estructura de dirección y administración de la empresa están definidas de forma clásica según lo establece el código de comercio para la constitución y operación de empresas de servicios, los cuales se contienen en los estatutos de la fundación.

### ***2.1.4.2. Características de sus asociados o miembros***

De acuerdo a los estatutos de la fundación su base constitucional se encuentra soportada en sus asociados o miembros de los cuales se distinguen tres tipos:

- Fundadores
- Benefactores o Aportantes, y
- Activos o Estatutarios

Los miembros fundadores son aquellas personas que promovieron la gestación, creación y desarrollo de la fundación, o los descendientes de aquellos que han permanecido en la junta directiva. Estos miembros tienen la mayor responsabilidad en la gestión misma de empresa y por ende son el grupo de directivos que direcciona y lidera las decisiones más importantes de la organización.

Los asociados o miembros benefactores o Aportantes son aquellas personas naturales o jurídicas que con sus aportes económicos han contribuido la subsistencia y desarrollo de la empresa. Los asociados o miembros activos son las personas naturales que son admitidos por la junta directiva, muchos de estos asociados han sido y son empresarios, profesionales de altas cualidades humanas y técnicas cuyos aportes y soporte en la toma de decisiones ha sido clave para mantener la filosofía y criterio social de los servicios y la administración de los recursos.

Como detalle importante vemos en los estatutos no muestran un número determinado de asociados o miembros de la fundación aunque deja de manera expresa en sus derechos contenidos en el artículo número 13 que todos tendrán voz y voto. Algunos otros aspectos relacionados con la administración y los órganos de gobiernos deben ser ajustados para darle mayor claridad y precisión.

#### **2.1.4.3. Órganos de Gobierno**

Los estatutos de la empresa según muestran la siguiente estructura de administración, gestión y control:

- ASAMBLEA GENERAL DE ASOCIADOS
- JUNTA DIRECTIVA
- GERENTE

La Asamblea general la integran todos los asociados o miembros de la fundación que se encuentren debidamente habilitados y activos. La junta directiva está integrada por nueve miembros con sus respectivos suplentes elegidos en la asamblea general y tienen un periodo de dos años.

La integración de la junta directiva tiene las siguientes características en su composición:

- 4 Representantes o miembros de los asociados fundadores
- 1 Representante de los asociados o miembro activos
- 1 Representante de los asociados o miembro benefactores
- 1 Representante del club rotario
- 1 Representante de una de las universidades con convenio
- 1 Profesional que preste servicios en la empresa

#### **2.1.4.4. Composición de la Junta Directiva**

- Doctor Jaime Trucco Lemaite, Médico Pediatra Hematólogo – Oncólogo (Presidente)
- Doctor Rodrigo de Vivero Camacho, Médico Pediatra, Gastroenterólogo (Vicepresidente)
- Licenciada Hna. Lucero Giraldo Urrea, Enfermera, Gerente de Servicios de Salud (Vocal)
- Doctor Germán Sierra Navarro, Rector de la Universidad de Cartagena (Vocal)

- Doctora María Pía Mogollón Pupo, Antropóloga (Vocal)
- Doctora Beatriz Román Piñeres (Vocal)
- Doctor Mauricio Cavelier Martínez, Empresario (Vocal)
- Doctora Teresa Zureck Román (Vocal)
- Doctor Antonio Pretelt Emiliani, Empresario y Constructor (Vocal)
- Doctor Camilo Caviedes Hoyos (Vocal)

#### ***2.1.4.5. Actividades Corporativas 2009 - 2010***

Auditando los archivos de la Dirección se pudieron encontrar debidamente legajadas un paquete de actas correspondiente a los años 2007, 2008, 2009 y 2010 cuya relación detallamos con mayor precisión en la tabla 1.

La actividad Directiva del 2009 a junio de 2010 se resume en 9 actas de reunión debidamente firmadas, correspondiente a los números 280 a 290, no se encontró el acta 285 de una posible reunión sostenida entre los meses de agosto y septiembre de 2009. Esta acta fue aprobada en reunión del 8 de octubre de 2009 según consta en acta N° 286.

Como se puede apreciar en el cuadro resumen de la auditoria las actas no se encuentran todas según el consecutivo, además no se establece en ellas el tipo de reunión lo que hace pensar que la actividad corporativa era de carácter ordinario en todos los casos registrados.

Según consta en los contenidos de la ultima acta registrada con el consecutivo 290, el acta 289 cuyo mes de reunión no se establece, no fue aprobada por la necesidad de realizarle unas correcciones. De igual manera está no se encontró en medio físico, sin embargo logramos conocer el borrador de la misma en medio magnético sin aprobar.

En relación con el archivo y manejo de las actas se ha podido comprobar que no existe un libro de actas como lo establece el código de comercio, además las actas actuales no están registradas en la cámara de comercio o ente regulador respectivo.

Otra de las observaciones al auditar el contenido de la actividad Directiva tiene que ver con el manejo de las facultades y atribuciones estatutarias del Director y

representante legal de la fundación, tal como se aprecia en los informes presentados se realizan pagos y transacciones sin que se cumpla lo dispuesto en el artículo 27 de los estatutos de la entidad, acerca del manejo de las firmas conjuntas para contratos superiores a los 50 salarios mínimos.

**Tabla 1. Resumen de la Actividad Directiva 2009 - 2010**

<b>Fecha</b>	<b>N°</b>	<b>Decisiones</b>	<b>Evaluación</b>
Enero 29 de 2009	280	Cambio de la contratación de servicios generales a una bolsa de empleo y empresa de vigilancia	La Decisión fue ejecutada
Marzo 26 de 2009	281	Se rechaza acuerdo de pago del Dadis por la inviabilidad financiera frente a un proceso jurídico que cursa en su contra	La Decisión fue ejecutada
Abril 30 de 2009	282	Se aprueba informe de Gestión del Director, También se aprueban los Estados Financieros mediante comisión especial.	Los Estados Financieros se aprobaron en reunión de la comisión del 8 de mayo
Junio 4 de 2009	283	No se tomaron Decisiones	SD
Julio 30 de 2009	284	Darle prioridad en adelante a los pagos de la Dian, y embargar al Distrito para cubrir estas obligaciones tributarias.	La Decisión fue cumplida parcialmente, se abonó a la Dian y se continuo dejando de pagar hasta la fecha
Octubre 8 de 2009	286	Realizar un estudio de presupuesto y costos hospitalarios	Esta Decisión no fue ejecutada
Noviembre 26 de 2009	287	Eliminar los pagos en efectivo por tesorería. Contratar con los entes territoriales a tarifas Soat 2008 a 60 días. Endosar acuerdo de pago por ley 550 de la Gobernación a la empresa Sumecar.	Se cumplieron todas las decisiones.
Enero 28 de 2010	288	Realizar un análisis de los costos y replantear el personal a contratar. Hacer la segunda sala de cirugía y contratar un cirujano cardio vascular. Se propone el proyecto de la apertura de dosis unitaria	No se han cumplido con estas Decisiones. Al acta le falta la firma del presidente de la Junta Dr. Jaime Trucco.
Mayo 6 de 2010	290	Se encargan como secretaria y redactor del acta a la Hna. Lucero Giraldo y el Dr. Rodrigo de Vivero. Se Aprueban los estados financieros del Hospital 2009. Se aprueba la conformación de una comisión especial para hacerle seguimiento a los informes del revisor fiscal. No utilizar los patios y corredores interiores en las futuras remodelaciones. Hacer un estudio por escala salarial con relación a otras instituciones del sector.	Se han cumplido con las decisiones adoptadas por la Junta en esta Reunión, con excepción de la realización del estudio de escalas salariales.

Fuente: inspección del archivo de actas de la Junta Directiva.

En cuanto a la precisión de los términos y temas tratados se observa de manera muy difusa algunas situaciones donde se comprometen los recursos del hospital, de

manera que en la realidad fueron interpretados de forma diferente. Lo anterior se refiere explícitamente al “endoso del acuerdo de pago de ley 550 de la gobernación a la empresa Sumecar”

Llamaron la atención además los siguientes aspectos que manifiestan cierta falta de solemnidad jurídica en los actos de la junta directiva:

- Las reuniones de junta directiva no siempre corresponden a la periodicidad establecida en los estatutos, es decir, mensualmente.
- No se relaciona el tipo de reunión: ordinaria o extraordinaria.
- No se encontraron actas de Asamblea General.
- Las actas de junta manejan muchas imprecisiones, los contenidos básicamente son los mismos, la diferencia estriba en los puntos de proposiciones y varios
- No se lleva seguimiento del cumplimiento de asistencia a las reuniones por parte de los miembros.
- No se han registrado las actas ni hay un libro formal para ellas.
- Se observan y deducen cambios en la composición de algunos miembros de la junta pero no se encuentran registrados en ninguna de las actas.
- No se encontró ninguna acta de elección o reelección del revisor fiscal.

## **2.1.5. Levantamiento del perfil del Modelo Organizacional**

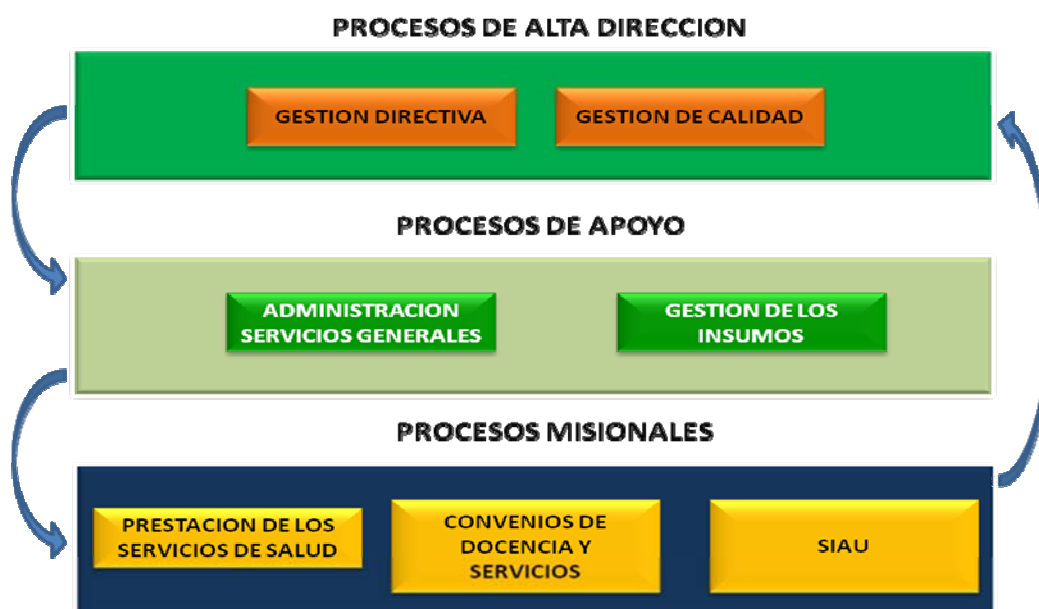
### **2.1.5.1. *Mapa de Procesos encontrado***

La empresa no cuenta con un mapa de procesos formalmente establecido por los órganos de gobierno, por tanto se hizo necesario levantar uno que sirviera como línea de base y referente de evaluación, de acuerdo a la auditoría realizada al componente organizacional observado por los investigadores.

Para esta labor básicamente hemos considerado la estructura genérica que convencionalmente se utiliza para el diseño de los mapas de procesos, seguidamente tratamos de agrupar los procesos naturales que esta administración ha venido desarrollando sin que se tenga ningún tipo de normalización o documentación. En consecuencia aunque no tengan el rigor técnico, son muy útiles para que podamos empezar a imaginarnos el modelo de gestión y administración de las operaciones de la empresa.

Como resultado, el mapa levantado nos muestra una estructura de procesos básica orientada a la administración operativa, lo cual ha sido determinante para caracterizar a la organización como una empresa esencialmente asistencialista.

**Gráfico 1. Mapa de procesos del modelo actual de gestión del HINFP**



Fuente: levantamiento de los investigadores.

El proceso de gestión gerencial está representado por la actividad corporativa documentada en las actas de junta directiva ya que no se encontró ninguna evidencia del trabajo en equipo mediante actas de comités de gerencia o comités técnicos. En este sentido el estilo de dirección se traduce en una línea directamente operativa que recibe direccionamiento de la Junta Directiva, no obstante la retroalimentación

contenida en las actas auditadas no corresponden en su esencia a muchas de las decisiones que tomaba la Dirección general.

De otro lado en este mismo nivel encontramos un proceso de gestión de la calidad que se ha implementado con un nivel aceptable de avance, documentado y normalizado, con herramientas técnicas y un seguimiento contenido en actas de trabajo que lleva organizadamente la coordinadora del área.

Los procesos de apoyo son los más débiles y de mayor riesgo operativo observado, lo anterior se rarifica al constatar el estado de contratación de los servicios generales y el manejo de los recursos humanos. En el proceso que señalamos como administración de servicios generales, encontramos tres coordinadores de áreas que dependían directamente de la Dirección (recursos humanos, tesorería y contabilidad) se encontró un contrato de prestación de servicios para la coordinación de servicios generales hospitalarios encargados de coordinar a un equipo contratado de técnicos electricistas, albañiles y toderos a los que se les pagaban 12 millones de pesos mensuales sin tener ningún plan de trabajo. Por el contrario los servicios contratados de aseo, mantenimiento biomédico, vigilancia, aseo, cafetería, entre otros, se encontraban acéfalos y sin ningún tipo de vigilancia e interventoría. La importancia de este proceso se traduce en el valor que agregan en la organización y prestación de los servicios médicos, además de los costos que este equipo representa del presupuesto de la empresa<sup>7</sup>.

La gestión de los insumos es el proceso que representa las compras medicamentos e insumos medico quirúrgicos, hace las veces de jefe de compras, almacén y farmacia. Sobre este proceso encontramos que a pesar de no estar normalizado, se evalúa favorablemente su gestión organizada y control de inventarios adecuado, sus fallas más significativas se observaron en la falta de evaluación y control de un proceso que

---

<sup>7</sup> La operación de la unidad de servicios generales cuesta anualmente unos 1.042 millones de pesos de los cuales el 28% (24 millones mensuales), corresponden a pago de personal, el 54% (47 millones mensuales), son servicios tercerizados, y el 17% (15 millones mensuales) son utilizados en compra de insumos y gastos de mantenimiento interno.

tiene la responsabilidad de la asignación de unos 3.096 millones de pesos al año que equivalen al 16% de los ingresos de la empresa.

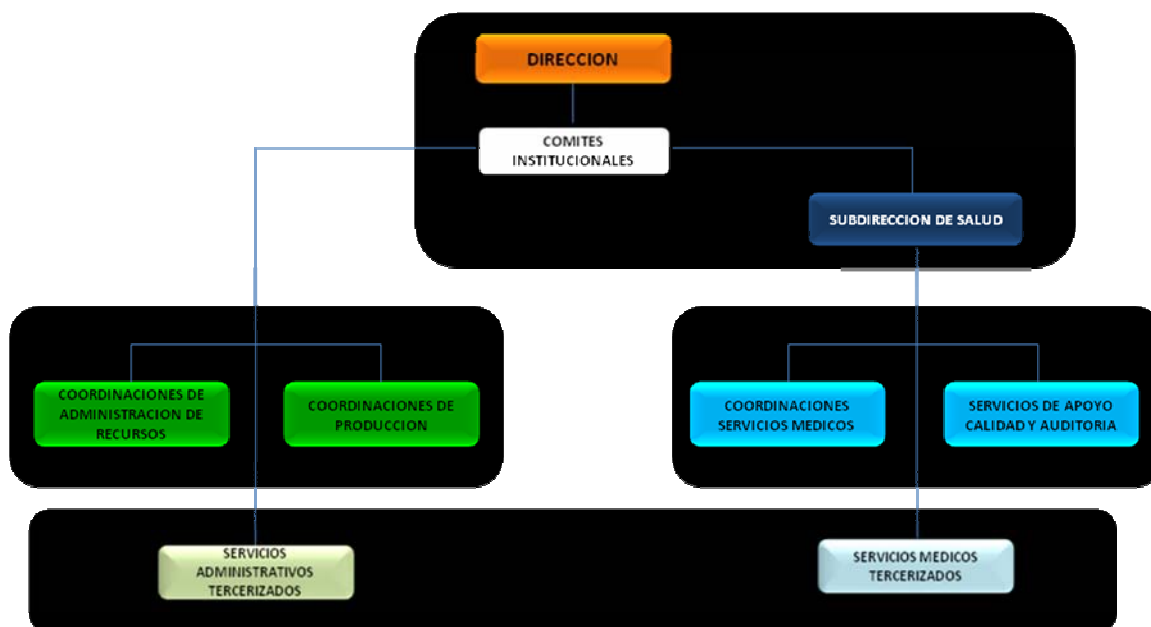
De los procesos misionales es muy poco lo que podemos destacar dado el enfoque asistencialista que estos presentan, el criterio básico, muy de la mano al corte social y filosofía de la empresa, se organizan para satisfacer con la mayor oportunidad y calidad una demanda de servicios especializados.

Lo que se observa en términos generales es el gran esfuerzo que hace la institución por mantener una oferta de servicios enfocada en la necesidad del paciente sin tener en cuenta unos procesos de planeación que equilibren la necesidad del mercado con la disponibilidad de los recursos de la empresa y la rentabilidad de los servicios, de tal manera que muchos servicios ofrecidos no son autosuficientes por las condiciones en la que se encuentran contratados.

#### **2.1.5.2. Estructura Organizacional encontrada**

Igualmente ante la carencia de una estructura organizacional definida y aprobada por la junta directiva ha sido necesario levantar la estructura organizacional del modelo de operación actual que a continuación mostramos:

**Gráfico 2. Estructura organizacional del HINFP 2010.**



Fuente: levantamiento realizado por los investigadores.

Aunque en apariencias la estructura organizacional parece sencilla en la realidad la ausencia de los procesos de planeación, dirección administrativa y evaluación y control de la gestión y los recursos hacen de la actual operación una gestión de muy alto riesgo, con una gran carga operativa sobre la dirección, que asume un rol de administrador y no de gerente, por lo que la Junta directiva tuvo que asumir algunos procesos de planeación estratégica.

El levantamiento de esta estructura organizacional, una vez identificado el mapa de procesos actual, nos permite gráficamente hacernos una idea general del modelo de gestión del hospital. Vemos por ejemplo una relación desequilibrada entre la Gerencia y las áreas de apoyo administrativa y financiera respecto a la de servicios, al igual que se observa una desconexión de responsabilidad y control entre los coordinadores de áreas y los contratistas, proveedores y servicios tercerizados donde se concentra el 12% del presupuesto anual de la empresa esto es unos 187 millones de pesos mensuales y 2.250 millones año para el caso del área de servicios médicos tercerizados.

Para el caso del área de servicios administrativos tercerizados, la responsabilidad dispersa y la falta de control directo se refleja en contratos que comprometen recursos financieros de más de 4.138 millones de pesos anuales que representan el 22% del presupuesto.

De tal manera que al mirar integralmente el modelo de gestión observamos que la falta de evaluación y control sobre los servicios de apoyo, tanto de logística hospitalaria como de servicios de salud, ponen en riesgo la asignación de 6.388 millones de pesos en el año o lo que es lo mismo el 33% del presupuesto total de ingresos de la institución.

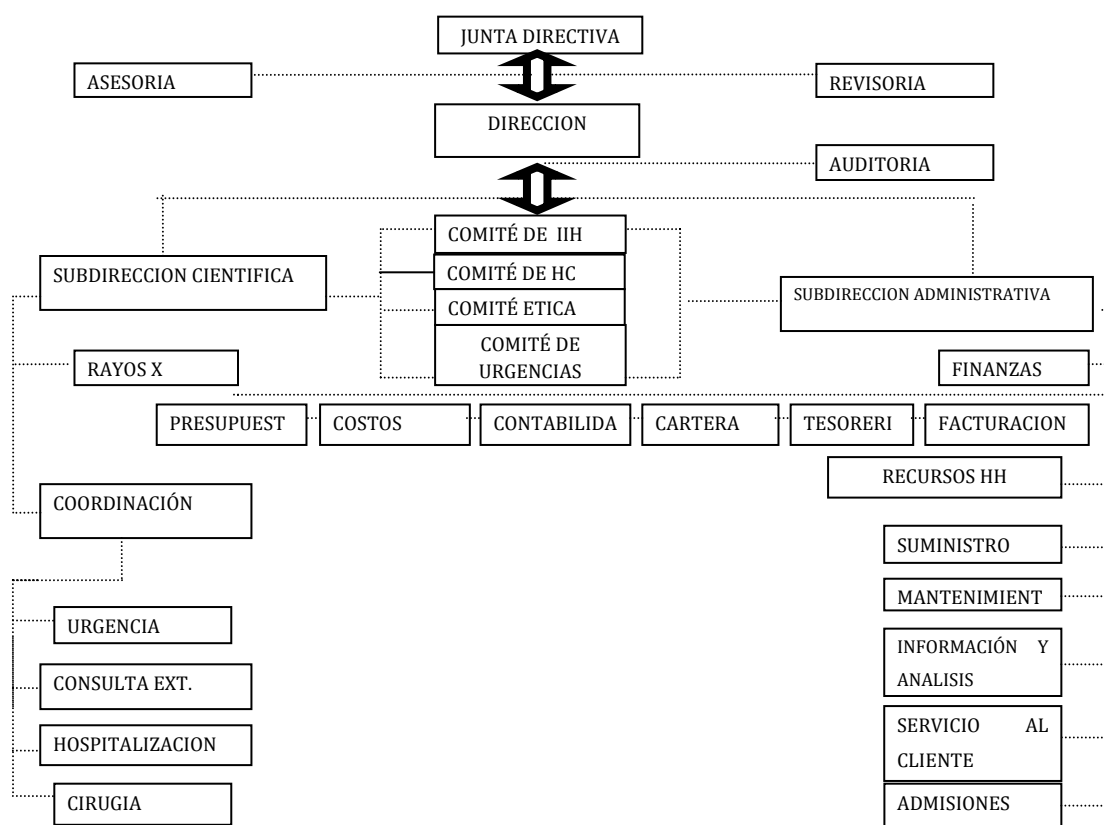
### **2.1.5.3. *Organigrama levantado del actual modelo de operación***

En el desarrollo de la auditoría de campo y revisando los documentos institucionales suministrados por la oficina de calidad y epidemiología, se pudo encontrar en el portafolio de servicios una figura con rasgos de estructura organizacional y organigrama a la vez, que a continuación hemos adjuntado al análisis.

Para seguir profundizando en el análisis y evaluación del modelo de gestión y llegar al modelo de operación de la empresa es muy importante llegar hasta el organigrama general de la institución, este grafico organizacional se convierte en nuestro estudio en el punto de inflexión desde donde podemos adentrarnos hacia la especificidad operacional.

Curiosamente encontramos un organigrama institucionalizado a través de algunos documentos como el portafolio de servicios y diagnostico institucional, sin embargo cuando lo confrontamos con la operación diaria de la empresa se notaron diferencias significativas que nos llevó a la necesidad de levantar el plano organizacional para efectos más técnicos.

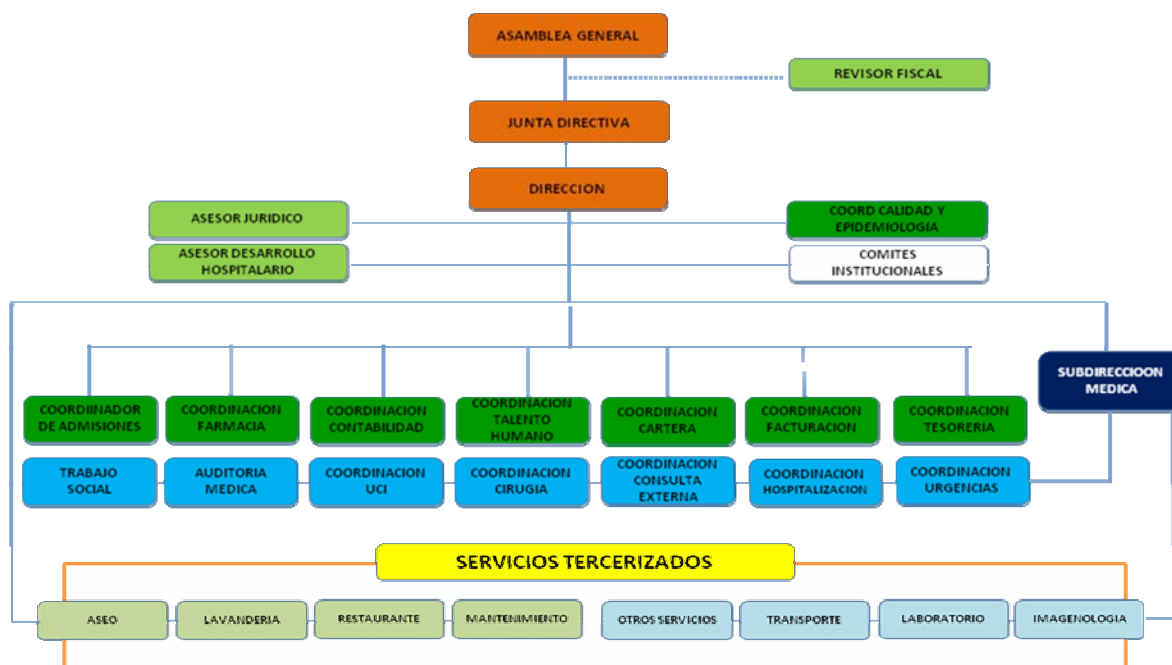
### **Gráfico 3. Organigrama actual del HINFP, 2010**



En la práctica este organigrama no se encuentra debidamente aprobado por la junta directiva según la revisión de las actas de los últimos tres años de actividad, de otro lado nos encontramos que no corresponde a la realidad de la institución, observamos por ejemplo que en la actualidad no existe la Subdirección Administrativa, de igual forma no existen los procesos de presupuesto, costos, información y análisis ni mucho menos de control interno.

Al levantar la estructura operativa de la empresa de acuerdo a los procesos que se manejan y los cargos y trabajadores activos de la institución nos encontramos con el siguiente organigrama.

**Gráfico 4. Carta orgánica del HINFP**



Fuente: Levantamiento de los autores.

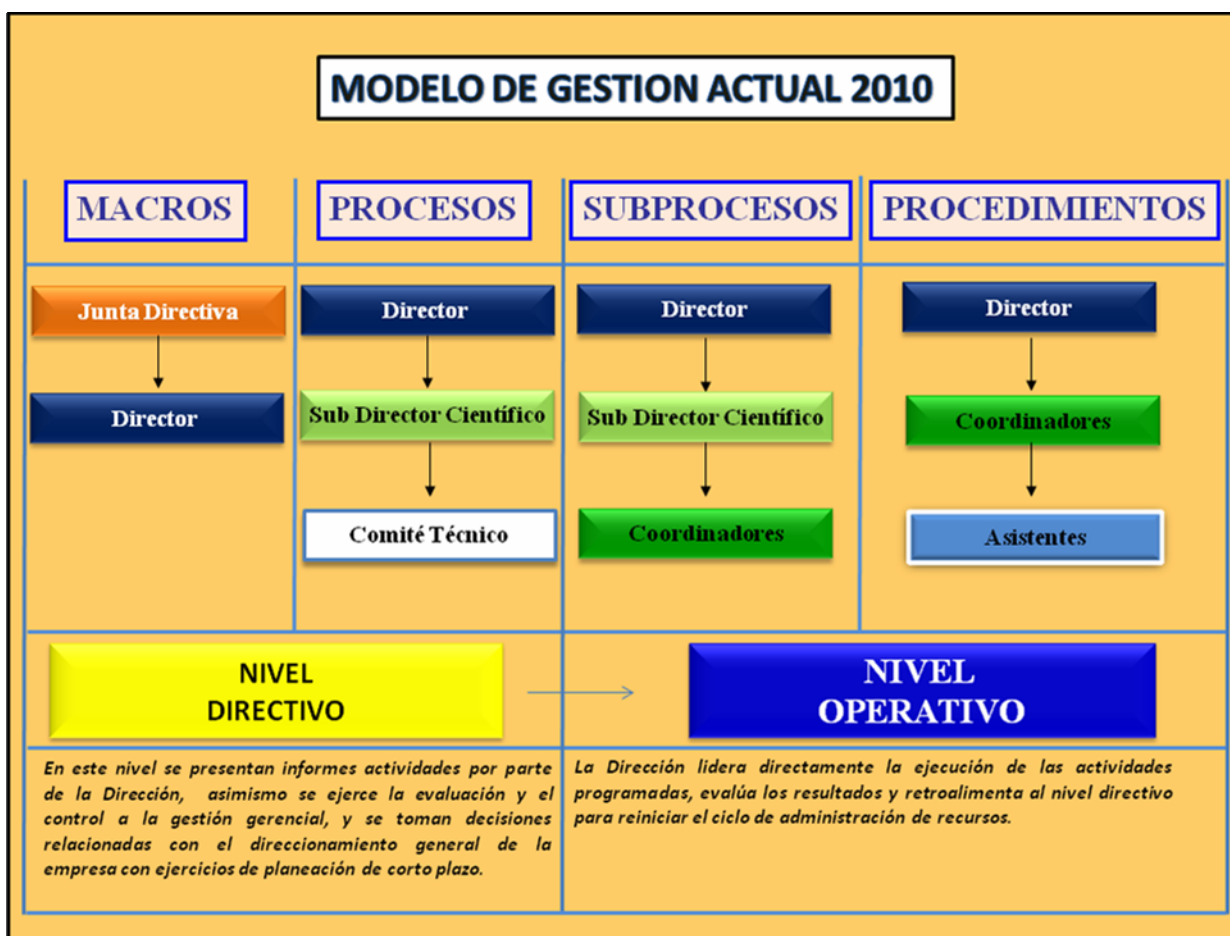
Se puede apreciar claramente que la Dirección asume una gran carga operativa frente a la ausencia de un Subdirector Administrativo, de manera que recibe el reporte directo de las coordinaciones de las siete áreas que funcionan en la actualidad como procesos de apoyo, adicionalmente asume la interventoría y supervisión de todos los contratos de servicios generales, a saber; Aseo, Vigilancia, mantenimiento, restaurante, cafetería y lavandería.

#### 2.1.5.4. Identificación y clasificación de los actuales niveles de gestión

Para continuar con el análisis es preciso recordar que la empresa no cuenta con un modelo de gestión definido, de manera que no aplica ningún esquema clásico funcional, mucho menos uno por procesos, no obstante hemos tratado de encuadrar el modelo encontrado en este último con el fin de construir un punto de referencia que refleje una aproximación a la forma de dirección implementada.

Este último punto es trascendental para poder aproximarnos a la evaluación de la operación institucional.

Gráfico 5. Modelo de gestión actual del HINFP.



Fuente: Levantamiento de los autores.

En esta caracterización se ha querido graficar la relación de los diferentes roles y niveles de gestión que en la actualidad se encuentran funcionando en la empresa, la ausencia de un nivel táctico se encuentra implícito tanto en el mapa de procesos como en la estructura organizacional.

La característica relevante del modelo de dirección encontrado deja ver el grado de compromiso operativo que asume el Director al involucrarse en todos los niveles de gestión, los cuales, finalmente desplazan al nivel táctico y desaparece el proceso de planeación y control.

Cuando el director asume muchos procesos operativos, ante la ausencia de un subdirector administrativo y financiero, pierde la visión estratégica y se pierde en la

operación del día a día. En el desarrollo de la auditoria de campo en cada una de las áreas se halló evidencia de las decisiones temporales de tipo administrativo y financiero que se convirtieron en costumbres, muy a pesar que significaron para la empresa la solución de problemas coyunturales, con el pasar del tiempo y sin la corrección ni el apoyo de la revisoría fiscal, magnificaron su impacto y se convirtieron en riesgos legales, laborales y cuantiosos costos financieros que afectan la operación y comprometen severamente la viabilidad de la institución como se verá más adelante en detalle.

#### **2.1.6. Descripción de la Edificación**

Antes de adentrarnos en el análisis y evaluación del modelo operativo, vamos a proceder al conocimiento de la planta física y características espaciales de la infraestructura de la edificación.

Este análisis previo es de gran significancia en razón de la importancia que los espacios hospitalarios tienen en la gerencia moderna. El objetivo de este ítem es sensibilizar a los directivos y gerentes de hospitales sobre la necesidad de reconsiderar los usos eficientes de los espacios utilizados y disponibles, en función de la proyección del desarrollo misional y la relación de productividad que estos representan para la gestión de los recursos y viabilidad financiera.

El hospital infantil Napoleón Franco Pareja es edificación de dos plantas en usos parciales, que está localizada en el barrio Bruselas, sector residencial de la ciudad de Cartagena, cuenta con todos los servicios públicos, las calles principales están en muy buen estado de pavimentación, sin embargo las calles secundarias aledañas se encuentran en muy mal estado y no permiten el acceso vehicular, lo cual proyecta el desarrollo comercial de la empresa casi que en un solo sentido.

El terreno es de forma geométrica irregular, muchas de las irregularidades impiden en el corto plazo la posibilidad del crecimiento físico, y en cuyo caso las inversiones en rellenos, muros de contención y bases estructurales, serían de un altísimo costo.

La base espacial construible tiene frente sobre tres calles, ocupando una manzana completa; su relieve es ondulado, con diferentes cotas de nivel tal como comentamos anteriormente; actualmente se encuentra ocupado en más de un 50% lo que permite proyectar un uso futuro del 30% para dar cumplimiento a las normas ambientales y de construcciones hospitalarias.

La construcción tiene una edad de más de 60 años, la cual ha venido siendo reparada, mientras que se aprecian otras zonas de una sola planta que han sido construidas recientemente.

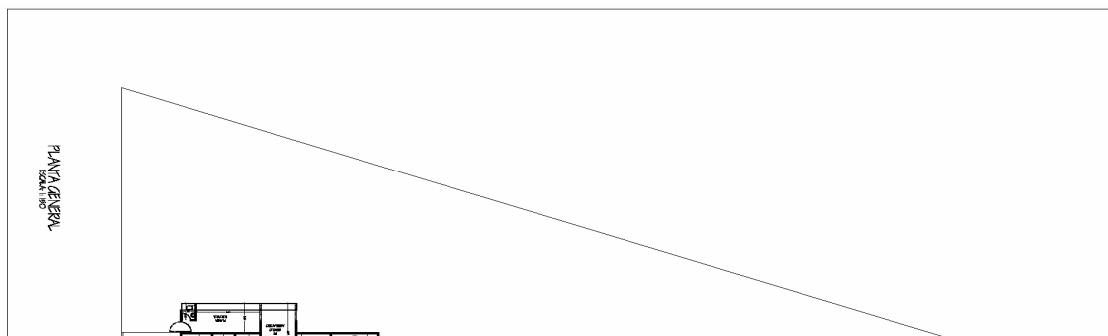
En la segunda planta además existe un área destinada para las habitaciones de la Hermanas Franciscanas, y una capilla. Existe una construcción reciente realizada sobre el ala derecha en la cual se ubica hoy la sección de consulta general y conformada por 10 consultorios y dos salas de espera; esta construcción cuenta con acabados de buena calidad pero le falta mantenimiento.

#### **2.1.6.1. Características Generales del inmueble**

Para describir las características generales del inmueble iniciaremos por el análisis de su tenencia legal que según consta en la escritura pública No. 1.028 de Septiembre 23 de 1948, Notaria Segunda de Cartagena, estableció un área total del terreno de 9.839 metros cuadrados.

A continuación podemos apreciar el plano arquitectónico más recientemente levantado de la institución con la distribución general de sus áreas y ambientes, de aquí partiremos para llegar al análisis descriptivo y detallado de los usos de cada una de las áreas expresadas en metros cuadrados.

#### **Gráfico 6. Planos Generales del Hospital**





Hemos utilizado los planos arquitectónicos institucionales levantados oficialmente por la asesora de infraestructura de la empresa, a los cuales hemos aplicado la escala para calcular cada uno de los ambientes y usos de los espacios físicos del hospital, lo anterior con el fin de recrear desde lo general hasta lo particular la disposición y planificación de la infraestructura física con fines misionales, a partir de dicho análisis comenzaremos a determinar el grado de eficiencia del modelo de operación de los servicios de salud.

En detalle podemos observar que existen unos 33 ambientes utilizados para la prestación de los servicios, las actividades administrativas, las áreas de circulación, servicios generales y zonas verdes entre otras.

Se han identificados 33 ambientes que ocupan un área total de 4.162 metros cuadrados que corresponden al 42% del área total del terreno según consta en las escrituras originales del hospital.

De otra parte al comparar los ingresos totales del hospital y la UCI generados según los estados financieros del 2009, los cuales fueron de 16.516 millones de pesos, tenemos que cada metro cuadrado de uso actual en la operación del hospital generan en promedio unos 3.968 mil pesos.

No obstante se observa que los espacios de mayor tamaño por ambiente individual, son los patios internos usados como zonas de transito, verdes y de circulación así como los parqueaderos, llama la atención que el ambiente consolidado de mayor espacio en uso es el de la UCI que representa el 13% del total construido.

Finalmente al calcular el número de trabajadores por metro cuadrado de área destinada específicamente a la administración, prestación y gestión de los servicios, tenemos que existe una relación de 9.9 trabajadores por metro cuadrado. Una vez realizado este análisis estamos listos para seguir evaluando en mayor profundidad el modelo de operación de la empresa.

#### 1.1.1.1. Distribución de las áreas y espacios

N°	AMBIENTES	AREA M2	PART %
1	ADMINISTRACION 2° PISO	230,08	5,5%
2	ADMISIONES	11,43	0,3%
3	ALMACEN AUXILIAR	25,10	0,6%
4	AUDITORIA	41,65	1,0%
5	CIRUGIA + CENTRAL DE ESTERILIZACION	256,71	6,2%
6	COCINA Y RESTAURANTE	88,60	2,1%
7	CONSULTA EXTERNA	215,02	5,2%
8	COORD. HOSPITALIZACION	12,03	0,3%
9	DORM. MEDICOS RESIDENTES	50,83	1,2%
10	ESTADISTICAS ARCHIVO Y CITAS MED	179,26	4,3%
11	ESTAR LICENCIADAS	12,60	0,3%
12	FACTURACION	29,30	0,7%
13	FARMACIA	66,30	1,6%
14	LABORATORIO CLINICO	47,52	1,1%
15	MANTENIMIENTOS, MODISTERIA	153,07	3,7%
16	MORGUE	14,20	0,3%
17	OF. UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	20,61	0,5%
18	PARQUEADERO	488,00	11,7%
19	PATIOS	501,40	12,0%
20	RAYOS X	55,00	1,3%
21	RESIDENCIA HERMANAS	102,70	2,5%
22	SALA: HOSP- QUIRURGICA	70,54	1,7%
23	SALA: LUIS AMIGO	38,19	0,9%
24	SALA: MADRE SOFIA	49,90	1,2%
25	SALA: MEDICAS 3	68,90	1,7%
26	SALA: NEFROLOGIA + DIALISIS	56,10	1,3%
27	SALA: NEUMOPATIA	134,12	3,2%
28	SALA: SANTA CLARA	92,60	2,2%
29	SALON DE CONFERENCIAS	82,40	2,0%
30	SUB DIRECCION CIENTIFICA	17,78	0,4%
31	UCI DOÑA PILAR	542,22	13,0%
32	URGENCIAS	243,20	5,8%
33	ZONAS VERDES	165,00	4,0%
	<b>TOTAL AMBIENTES</b>	<b>4.162,36</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Planos Arquitectónicos Institucionales, cálculos a escala del investigador.

#### ***2.1.6.2. Condiciones físicas y valor comercial del inmueble***

Según consta en el único avalúo comercial realizado en el año 2005 por la empresa especializada Araujo y Segovia, las medidas tomadas del plano arquitectónico del edificio señalan una construcción de 3.400 metros cuadrados, de los cuales se aprecian en la primera planta 2.750 metros cuadrados, y en la segunda planta 650 metros cuadrados.

La firma evaluadora considera que las condiciones generales de la edificación están en un buen estado de conservación, apreciándose algunas construcciones con menos de 10 años de antigüedad, así mismo estiman una vida útil de la edificación de unos 30 años. El avalúo comercial de la edificación se proyecta para el presente año en la suma de 4.780 millones de pesos sin incluir los activos que representan el equipamiento biomédico, equipo de computo y los muebles y enseres<sup>8</sup>.

Es importante resaltar que el valor presentado es solo una referencia comercial que nos permite tener una idea del costo a la fecha del metro cuadrado del lote y de la edificación así:

- Valor del metro cuadrado bruto (lote): \$485.821.000.-
- Valor del metro cuadrado en uso: \$ 1.148.000.-
- Valor del metro cuadrado hospitalario: \$ 1.644.000.-

El presente ejercicio permite conocer el valor aproximado del metro cuadrado hospitalario ya que se debe tener claro que este tipo de instituciones por sus condiciones especiales entre las que se encuentran el uso del suelo autorizado para la construcción de este tipo de entidades, el cumplimiento de normas técnicas para la

---

<sup>8</sup> Este es un cálculo del autor tomando como base el avalúo comercial del año 2005, al cual se le practicó un ajuste inflacionario y corrección a la valorización de predios en la ciudad de Cartagena, posteriormente se sumaron los valores de las obras civiles, adecuaciones y ampliaciones que se han venido realizando a la fecha de junio 2010.

habilitación de los servicios y la antigüedad de la misma edificación que le da unas propiedades y condiciones excepcionales, tienen una forma de evaluarse diferente a una edificación de tipo residencial. La recomendación es actualizar este valor con la ayuda de un perito experto ya que consideramos que el avalúo actual está muy por debajo de su precio real.

#### **2.1.7. Análisis del Portafolio de servicios actual**

Al empezar el análisis de la operación de servicios médicos como objeto social y corazón misional del hospital se pretende lograr comprender el nivel de planeación y organización de los recursos y procesos dispuestos en la empresa para satisfacer las necesidades de sus clientes y pacientes.

Para este propósito hemos auditado el área de servicios en cabeza de la subdirección científica y ha sido necesario, simultáneamente, abordar el área de calidad. Lo anterior obedeció a que no existe un modelo de atención formal documentado como guía técnica que describa las políticas de atención, la forma de la organización y mucho menos los criterios de programación y prestación.

Ante esta primera gran dificultad encontramos ha sido el área de calidad y epidemiología, quien en cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de la calidad, tiene y mantiene algunos elementos técnicos documentados en donde podemos tener las líneas de referencias para entender la organización y operación de los servicios.

Pudimos encontrar la versión cero (0.0) del año 2009 de los siguientes documentos institucionales:

- El manual del sistema de referencia y contra referencia,
- El Plan de Auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC con sus anexos técnicos o planes de mejoramiento del año 2009
- El Plan de Desarrollo Institucional

- Manual del Triage
- El manual de procesos
- El diagnostico institucional, y
- El portafolio de servicios

Al constatar la utilización y aplicación técnica de los elementos del sistema de calidad hemos encontrado que en su gran mayoría se desconoce por el personal de servicios, inclusive el manual de procesos no se ha implementado.

De otro lado en el desarrollo de la auditoria no se encontraron ni el Modelo Atención Institucional, ni el manual del usuario ni el reglamento de servicios del hospital, la empresa no cuenta con un *Brochure* que refleje para efectos de mercadeo y promoción de su objeto misional, los servicios de salud que actualmente tiene habilitados como hospital de mediana y alta complejidad. Se pudo encontrar un documento en medio magnético con una información muy general de la capacidad instalada y descripción general de los servicios el cual hemos tomado como punto de referencia para constatar y evaluar cada uno de los servicios.

Encontramos en la revisión de la resolución de habilitación que esta se encontraba desactualizada y por tal motivo se concluye que se están ofreciendo y vendiendo servicios no autorizados como es el caso de imagenología, exámenes diagnósticos cardiológicos, así mismo se encontraron servicios habilitados que no forman parte siquiera de la especialidad del hospital como los gineco-obstetricos.

Otro aspecto importante por resaltar es la forma como la empresa garantiza la provisión de los servicios médicos especializados, en su gran mayoría los especialistas se encuentran vinculados por contratos atípicos como es costumbre en el sector, contratos que combinan el pago o reconocimiento de honorarios por producción o participación al mismo tiempo que se contratan horas de atención. La importancia de resaltar este hallazgo radica en la necesidad de comparar los niveles de seguridad y disponibilidad del recurso humano que la empresa ofrece en relación con uno de los

estándares de habilitación de los servicios de salud que obliga a los prestadores a tener personal directamente contratado.

En el levantamiento de la información dentro de la fase de campo hemos podido establecer como servicios ofertados los siguientes:

#### **2.1.7.1. Consulta Externa**

La empresa cuenta con 10 consultorios médicos que funcionan 10 horas de lunes a viernes en horarios de 7 de la mañana a 4 de la tarde.

Los consultorios habilitados ofrecen la disponibilidad de 500 horas semanales en las siguientes especialidades que se detallan en la tabla N° 2 donde apreciamos la programación de cada una de las especialidades por consultorios.

**Tabla 2. Horarios semanales de los consultorios del HINFP.**

<b>CONSULTORIO N° 1</b>	<b>HORAS SEMANALES</b>
CARDIOLOGIA	4
MAXILOFACIAL	3
NEFROLOGIA	3
NEUROCIRUGIA PEDIATRICA	3
O.R.L	2
PSICOLOGIA	27
SIN PROGRAMACION	8
<b>CONSULTORIO N° 2</b>	<b>HORAS SEMANALES</b>
ANESTESIOLOGIA	2
DERMATOLOGIA	2
OFTALMOLOGIA	16
OPTOMETRIA	8
PSICOLOGIA	2
SIN PROGRAMACION	20
<b>CONSULTORIO N° 3</b>	<b>HORAS SEMANALES</b>
FISIOTERAPIA	41
SIN PROGRAMACION	9
<b>CONSULTORIO N° 4</b>	<b>HORAS SEMANALES</b>
CIRUGIA	7
FISIATRIA	2
FISIOTERAPIA	3
ORTOPEDIA	18
PSICOLOGIA	3
SIN PROGRAMACION	17
<b>CONSULTORIO N° 5</b>	<b>HORAS SEMANALES</b>
PEDIATRIA	35
SIN PROGRAMACION	15

<b>CONSULTORIO N° 6</b>	<b>HORAS SEMANALES</b>
GASTROENTEROLOGIA	3
ALERGOLOGIA	2
CIRUGIA	6
DERMATOLOGIA	3
NEFROLOGIA	4
NUTICION	2
O.R.L	8
ONCOLOGIA	4
SIN PROGRAMACION	14
UROLOGIA	4
<b>CONSULTORIO N° 7</b>	<b>HORAS SEMANALES</b>
CIRUGIA PLASTICA	4
DERMATOLOGIA	6
NEUROLOGIA	3
NEUROPEDIATRA	15
NUTICION	4
SIN PROGRAMACION	14
UROLOGIA	4
<b>CONSULTORIO N° 8</b>	<b>HORAS SEMANALES</b>
EDUCACION ESPECIAL	23
NEUMOLOGIA	2
SIN PROGRAMACION	10
TERAPIA OCUPACIONAL	15
<b>CONSULTORIO N° 9</b>	<b>HORAS SEMANALES</b>
ALERGOLOGIA	2
FONOAUDIOLOGIA	17
NEUROPEDIATRIA	12
PSICOLOGIA	4
SIN PROGRAMACION	15
<b>CONSULTORIO N° 10</b>	<b>HORAS SEMANALES</b>
ODONTOLOGIA	25
SIN PROGRAMACION	25

Fuente: Coordinación de Consulta Externa del Hospital

La inspección a la infraestructura física de los consultorios médicos donde se presta el servicio de consulta externa encontramos que estos muestran señales recientes de intervención para dar cumplimiento a las normas de habilitación, no obstante todavía se hace necesario mejorar las condiciones generales de algunos consultorios como el destinado a urología y las zonas de espera de los pacientes y sus familiares, áreas que deben tener en cuenta que por los problemas de oportunidad tienen una congestión permanente y los niños no tienen condiciones adecuadas para desarrollar actividades que les permitan distraerse mientras esperan el turno de atención.

Al realizar el análisis de la capacidad productiva del servicio de consulta externa se encontraron dos situaciones preocupantes, la primera tiene que ver con la forma

como se están programando la atención del servicios y las especialidades, donde se observa una disminución significativa de las especialidades pediátricas que son la razón de ser del hospital, mientras que hay un incremento de actividades como fisioterapia, psicología y trabajo social. De otro lado tenemos una capacidad ociosa que sobrepasa las 130 horas semanales lo que significa en términos porcentuales más de un 30% de la capacidad instalada.

Si tenemos en cuenta que los servicios hospitalarios, diagnósticos y quirúrgicos se nutren en gran medida de la consulta externa, el indicador de correlación en la producción interna del hospital tiende a disminuir la demanda inducida propia y quedar en manos de las remisiones externas lo que a todas luces ratifica el enfoque asistencialista del modelo de atención ya comentado anteriormente así como la falta de mayores herramientas técnicas para la gestión de los servicios en función de la productividad hospitalaria y auto sostenibilidad.

Una de las principales causas de esta situación es atribuida a la falta de oportunidad en los pagos a los profesionales médicos especialistas, unido al déficit de pediatras y subespecialistas de la ciudad, razones que en gran medida son validas aunque no las causas determinantes de la situación encontrada.

#### **2.1.7.2. Servicios de Urgencias**

Los servicios de urgencias son prestados las 24 horas del día todos los días del año, este servicio cuenta con médicos pediatras en varios turnos que coordinan a todo el equipo de residentes de pediatría, y estudiantes de medicina que apoya la actividad diaria.

De acuerdo a las temporadas del año y la demanda de servicios, la cual depende en gran medida de las épocas de lluvia así como las actividades sociales y culturales de la ciudad. Para atender la demanda de servicios se cuenta escasamente con dos consultorios pediátricos y un escritorio donde se hacen labores de triage.

Las características de la infraestructura física del área no cumple con ninguno de los criterios técnicos para la prestación de los servicios según la norma de habilitación, de otra parte al comparar la demanda potencial de servicios de la ciudad frente a la oferta especializada, nos encontraremos siempre con que el hospital asume la carga y responsabilidad del 75% de la resolución clínica de toda la población en los estratos 1, 2 y 3.

Esta gran debilidad del servicio asociada al déficit de atención y resolución del primer nivel de atención de la ciudad generan grandes dificultades internas con un gran riesgo en los procesos del hospital que suma un costo social y político demasiado alto cuando llegan pacientes remitidos demasiado complicados por los que no se puede hacer mucho. No obstante esta anotación debemos anotar la importancia de este servicio para la ciudad al precisar que si la urgencia no existiera o cerrara sus puertas los niveles de mortalidad en la ciudad se dispararían en unos 30 fallecimientos mes.

**Tabla 3. Servicio de urgencias.**

SERVICIO	CANTIDAD	HORARIO ATENCIÓN
CAMA DE OBSERVACIÓN	10	24 HORAS
SALA DE PROCEDIMIENTO	1	24 HORAS
SALA DE REANIMACIÓN	1	24 HORAS
CONSULTORIO DE URGENCIA	2	24 HORAS

Fuente: Coordinación del Servicio de Urgencias

En resumen podemos afirmar que las condiciones técnicas de prestación de los servicios observan grandes deficiencias de estructura para cumplir con los requisitos de habilitación, situación que puede conllevar al cierre de este servicio.

#### **2.1.7.3. Servicios Quirúrgicos**

La oferta de los servicios quirúrgicos del hospital se capitaliza mediante la habilitación de dos salas de cirugías que se encuentran debidamente equipadas para funcionar 12 y 24 horas diarias.

Se cuenta con una sala de cirugía de buen tamaño que se utiliza para la programación de los procedimientos de mayor complejidad, así como los eventos de urgencias, la segunda sala de cirugía es de menor tamaño y básicamente se utiliza como una sala auxiliar en donde se realizan procedimientos de menor riesgo y complejidad.

La capacidad de producción de los servicios de cirugía del hospital de acuerdo a los tiempos quirúrgicos de sus procedimientos más frecuentes oscila entre 350 y 400 eventos por mes.

En la actualidad este servicio está siendo explotado entre el 50% y el 60% de su capacidad de producción total, lo cual refleja un gran nivel de ineficiencia que debe ser considerado de la mano con el desempeño de la programación de los servicios y las fuentes de cirugías de consulta externa. Como veremos más adelante este factor es atribuido a la falta de direccionamiento de los servicios de consulta externa y la disminución de la oferta de las especialidades quirúrgicas, sin embargo consideramos que con una mejor planeación se podría incrementar la productividad del servicio.

**Tabla 4. Horarios de cirugía**

SALA	SERVICIO	HORARIO ATENCIÓN	DÍAS SEMANA	HORAS QUIRÓFANO DÍA
QUIRÓFANO 1	Cirugía programada (presencial)	7 AM A 7 PM	5,00	12,00
QUIRÓFANO 2	Cirugía programada y de urgencia (presencial)	7 AM A 7 PM	5,00	12,00
QUIRÓFANO 1	Cirugía de urgencia x disponibilidad	7 AM A 7 PM	5,00	12,00
QUIRÓFANO 2	Cirugía de urgencia x disponibilidad	7 AM A 7 PM	5,00	12,00

Fuente: Coordinación del Servicio de cirugía.

#### **2.1.7.4. Servicios de Hospitalización**

Uno de los servicios más importantes de un hospital es el de hospitalización, de hecho el tamaño de los hospitales se mide universalmente por el número de camas que maneja y ofrece a los pacientes. Dado el nivel de complejidad del hospital infantil Napoleón Franco Pareja, este servicio es uno de los servicios que mayores ingresos genera.

En la auditoria de la internación hospitalaria encontramos una oferta de 95 camas ubicadas en 6 pabellones y clasificadas por servicios según se muestra en la tabla siguiente, sin embargo anotamos que existen unas 110 camas que ante la demanda de servicios son utilizadas con este propósito.

**Tabla 5. Servicio de hospitalización**

SALA	CAMAS
NEUMOLOGÍA	12
INFECTOLOGÍA	12
MEDICINA INTERNA PED	12
NEONATOLOGÍA GRAL	10
SALA DE QUEMADOS	3
HEMATO ONCOLOGÍA	6
GASTROENTEROLOGÍA	8
NEFROLOGÍA	10
QUIRÚRGICA	10
MEDICINA INTERNA PED	12

Fuente: Coordinación del Servicio de hospitalización

Los servicios entre pabellones no tienen factores diferenciales en su estructura física que puedan ser considerables, el nivel y desarrollo tecnológico es muy escaso aunque se destaca la intención por mejorar la calidad de la estancia y el confort del paciente, en ese sentido, la empresa muestra adecuaciones realizadas en 3 de los 6 pabellones, y se encuentran en reparación 2 de estas. Esta situación ha sacado de servicio unas 22 camas que corresponden al 23% de la oferta total, lo cual se está reflejando en la venta de servicios y los niveles de ocupación de las demás salas.

En cuanto a la disponibilidad del recurso humano, anotamos un buen equipo de especialistas y subespecialistas que garantizan un sistema de integralidad en la atención del paciente hospitalizado mediante la variedad de interconsultas y valoraciones interdisciplinarias que diariamente ofrecen las salas.

Finalmente notamos que la facturación de los servicios de hospitalización básicamente es la de un hospital de mediana complejidad, muy a pesar de tener la posibilidad de habilitar algunos servicios de hospitalización subespecializados lo cual

mejoraría sustancialmente la producción de ingresos de la empresa sin grandes inversiones.

La relación del número de trabajadores por camas habilitadas es uno de los indicadores de mayor peso al momento de medir el grado de eficiencia en la asignación de los recursos de allí que hemos querido realizar este ejercicio para comparar las medias locales y nacionales.

TIPO	AREA	NUMERO
ADMINISTRACION	ADMINISTRACION	38
ADMINISTRACION	PRACTICANTES	5
SERVICIOS	ADMISIONES	6
SERVICIOS	CIRUGIA	15
SERVICIOS	CONSULTA EXTER	10
SERVICIOS	EPIDEMIOLOGIA	2
SERVICIOS	FARMACIA	8
SERVICIOS	HOSPITALIZADOS	47
SERVICIOS	IMAGENOLOGIA	2
SERVICIOS	MILEYDIS	4
SERVICIOS	RX	3
SERVICIOS	URGENCIAS	27
SERVICIOS	MEDICOS	59
	<b>Total general</b>	<b>226</b>

Fuente: Departamento de Recursos Humanos

Observamos que de los 226 trabajadores del hospital 183 de ellos se encuentran relacionados directamente con la producción de los servicios y la atención de los pacientes como personal médico, especialistas, auxiliares y personal de apoyo, no se incluyen en este cuadro el personal utilizado por las empresas contratistas que suministran los servicios de imagenología, laboratorio y transporte. Este personal representa el 81% de todos los trabajadores activos.

Ahora bien si calculamos el número de trabajadores por camas obtenemos un promedio de 1,93, lo que da una relación de cerca de 2 trabajadores asistenciales por cama. Observamos que no existe un equilibrio adecuado frente a las medias nacionales o los estándares internacionales que para este tipo de especialidades

señalan entre 3 y 4 trabajadores/cama dependiendo de la infraestructura física, capacidad tecnológica y modelo de atención.

En nuestro caso la disposición hospitalaria por pabellones y no habitaciones ofrece la posibilidad de operar el servicio con mayor flexibilidad, así mismo el tipo de pacientes que generalmente disponen de su padre o madre como acompañante ayudan en la labor, pero es recomendable levantar un estudio de carga y operación que permita proyectar el equilibrio correcto para garantizar la aplicación de los protocolos de atención con calidad y seguridad para los pacientes.

En la tabla N° 6 vemos la relación de camas y de interconsultas por subespecialidad esperadas por año de acuerdo al equipo de profesionales médicos disponibles, observación que nos lleva a identificar una valiosa fortaleza con la cual se pudieran mejorar la calidad de la atención así como los niveles de producción y productividad del servicio.

**Tabla 6. Servicio de hospitalización.**

SALA	CAMAS	INTERCONSULTA ESPERADAS POR AÑO
GASTROENTEROLOGÍA	8	864
HEMATO ONCOLOGÍA	6	648
INFECTOLOGÍA	12	1.296
MEDICINA INTERNA PED	12	1.296
MEDICINA INTERNA PED	12	1.296
NEFROLOGÍA	10	1.080
NEONATOLOGÍA GRAL	10	1.080
NEUMOLOGÍA	12	1.296
QUIRÚRGICA	10	1.080
SALA DE QUEMADOS	3	324

Fuente: Coordinación del Servicio de hospitalización.

Como una conclusión importante al análisis de este servicio destacamos que son realmente 95 las camas habilitadas como de hospitalización pediátrica, aunque existe recurso humano en 19 subespecialidades, lo cual le da a la institución un gran

potencial para habilitar camas subespecializadas aprovechando que lo más costoso es precisamente el pago de los servicios profesionales.

Finalmente y para cerrar este servicio es preciso resaltar que la distribución dispersa de los pabellones puede ser utilizada para generar unos ambientes internos que permitan a los niños y sus familiares hacer más confortable la estancia hospitalaria como una gran ventaja competitiva que puede significar una estrategia del servicio.

#### **2.1.7.5. Apoyo Diagnóstico y Terapéutico**

El modelo de tercerización de los servicios de apoyo inició hace unos 4 años en la empresa, época en la cual esta tendencia de operación de servicios cogió auge en el país en los hospitales públicos especialmente, bajo el argumento de la disminución de los costos administrativo ya que la carga prestacionales y la falta de control en los insumos se convertía en un verdadero dolor de cabeza de la administración.

Los servicios de apoyo diagnóstico son los de imagenología, laboratorio clínico y patología, al revisar el proceso de tercerización nos hemos encontrado que en la mayoría de los casos obedeció más a una estrategia de operación para garantizar los servicios por la falta de capacidad financiera y de inversión del hospital, así como la falta de los procesos de control. El otro aspecto dentro de este mismo componente estratégico significó la posibilidad de liberar la carga laboral de los trabajadores del laboratorio, servicios que bajo esta modalidad ha mostrado buenos resultados y eficiencia.

Comenzaremos el análisis por los servicios de imagenología con la ayuda de la tabla N° 7 donde observamos la disposición y programación del servicio, cabe anotar que la programación del horario de atención es de 12 horas, pero la disponibilidad del servicio se garantiza 24 horas para apoyar la urgencia y la UCI.

**Tabla 7. Servicios de imagenología.**

SERVICIO	HORARIO ATENCIÓN	DÍAS SEMANA
Rayos X	12	7,00
Rayos X portátil	12	7,00

TAC	12	7,00
-----	----	------

Fuente: Subdirección Científica.

Este servicio se encuentra tercerizado con Paramédicos SA. Este contrato se analiza técnicamente y se evalúa su conveniencia financiera en los capítulos más adelante.

Para el caso de los servicios de laboratorio clínico especializado, nos apoyaremos en la tabla N° 8 que mostramos a continuación.

**Tabla 8. Horarios de los servicios de laboratorio clínico**

SERVICIO	HORARIO ATENCIÓN	DÍAS SEMANA
Muestras de HINFP	24	7,00
Muestras de UCI	24	7,00

Fuente: Subdirección Científica.

Este servicio tiene las mismas características del de imagenología que se presta dentro de la empresa y según una participación de la facturación, se garantiza con personal propio las 24 horas del día y apoya los servicios de hospitalización, urgencias y UCI.

A manera de conclusión en estos dos importantes servicios tercerizados se propone evaluar el modelo de operación teniendo en cuenta las nuevas tendencias de gestión de servicios, los costos de los insumos y las condiciones primarias de los contratos ya que al parecer se están cargando gastos administrativos como arriendos, servicios públicos, vigilancia y hasta algún personal de apoyo que no estaba previsto inicialmente.

Hoy día tenemos en el mercado de los insumos de salud muchas posibilidades de conseguir equipos biomédicos de alta tecnología a modo de leasing con los laboratorios y los mismos proveedores, situación que puede conllevar a replantear el actual modelo y mejorar la participación del hospital en la venta de servicios.

De manera que es muy importante que la empresa realice oportunamente un estudio técnico para determinar las próximas condiciones de continuidad de los contratos y evaluar la posibilidad misma de asumir, si no toda la operación, la administración

directa del servicio como quiera que en ultimas es el hospital quien tiene los servicios habilitados y es el dueño de los pacientes y contratos con los aseguradores.

Otros servicios de apoyo terapéutico disponibles en el HINFP son los de fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia respiratoria. Estos son de una gran importancia relevante que describimos a continuación.

En este cuadro básico hemos querido representar la disponibilidad de los servicios de apoyo terapéutico, señalando el gran incremento de horas a la semana que se observó en el último año, especialmente para los servicios de psicología y terapia física.

<b>Servicios de Apoyo</b>	<b>Disponibilidad Semanal</b>
Terapia Física y Respiratoria	30 Horas
Educación Especial. Nutrición	33 Horas
Fonoaudiología	20 Horas
Terapia Ocupacional Psicología	45 Horas
Medicina Física y Rehabilitación	2 Horas

Fuente: Subdirección Científica.

La gran actividad social de la institución y las condiciones culturales de nuestra población, le han ido mostrando al hospital la necesidad de organizar una unidad de rehabilitación integral, lo anterior se sustenta en la cantidad de casos documentados de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, el aumento de la patologías asociadas al trauma en menores adolescentes y conductas socioculturales que terminan en problemas sociales y de salud pública como las enfermedades infecciosas, de transmisión sexual y consumo de sustancias psicoactivas.

Sin lugar a dudas esta es una de las proyecciones de mayor potencialidad social y económica de la empresa en el futuro próximo.

#### 2.1.7.6. Cuidados críticos

En alianza con la fundación UCI Doña Pilar empresa que forma parte del hospital se tienen disponibles los servicios de cuidados críticos, cuyo objetivo es ampliar la cobertura en el tercer y cuarto nivel de complejidad, mejorando ostensiblemente la capacidad resolutive de la institución en la localidad de Cartagena, ofreciendo la oportunidad de disminuir los índices de mortalidad infantil.

Actualmente el Hospital Infantil cuenta con seis (6) camas de cuidados intensivos pediátricos, ocho (8) camas neonatales y cuatro (4) camas de cuidados intermedios.

La tabla N° 9 nos ilustra sobre la capacidad instalada de los servicios críticos, para facilitar el análisis se introdujo la columna EM que representa el cálculo de la estancia media de los pacientes por cada uno de los tipos de camas.

**Tabla 9. Servicios de cuidados críticos**

SALA	CAMAS	EM**
Cuidados Intermedios	4	5,00
UCIP	6	3,00
UCIN	8	10,00

Fuente: Subdirección Científica.

\*Estancia Media

Las estadísticas recogidas en la unidad administrativa de la UCI nos muestran una estancia media más alta en la unidad de cuidados intensivos neonatales, le sigue la unidad de cuidados intermedio uci pediátrica.

Sobre la productividad en esta unidad de servicios la empresa no tiene ningún registro ni ha sido posible estimarlos ya que la contabilidad no tiene las subcuentas clasificadas adecuadamente, además las pruebas que realizamos reflejan registros que cargan servicios de la urgencia, la hospitalización y de cirugía inclusive.

Alrededor de estos servicios destacamos la potencialidad de crecer y ampliarse en el futuro sin grandes inversiones, esta reflexión la exponemos por la necesidad que el

mercado de la salud tiene de camas de UCI, lo cual hace que este servicio sea potencialmente la mayor fuente de ingresos del hospital en el corto plazo.

La infraestructura operativa de este servicio todavía tiene muchas debilidades que corregir para cumplir con los estándares de equipamiento y calidad, otra debilidad es la falta de asistencia social y psicológica a los familiares de los pacientes al igual que la falta de espacios de espera. En ambos casos la solución no es muy costosa y puede representar un factor de apoyo y gran impacto a la hora de evaluar accesoriamente la calidad de los servicios.

### **2.1.8. Análisis de la Gestión de Servicios y capacidad productiva.**

En este ítem vamos a desarrollar con mayor profundidad el análisis de la prestación de los servicios como parte de la evaluación del modelo de operación del hospital.

El análisis de la gestión de servicios nos muestra de alguna manera la productividad de su capacidad instalada y nos sirve para ir construyendo evaluando el nivel de explotación de la infraestructura de servicios disponible y el nivel de eficiencia de su modelo de gestión de servicios.

La información que finalmente obtendremos nos dirá si la empresa tiene la posibilidad de mejorar su generación de ingresos a partir de su capacidad instalada actual, o lo que es lo mismo, está en condiciones de mejorar la generación de ingresos sin recurrir a nuevas inversiones o a la apertura de nuevos servicios.

A continuación presentamos la gestión de los servicios actuales teniendo como fuente de la información el informe de gestión de servicios de la Subdirección Científica, de las estadísticas de la operación y de los registros individuales de prestación de servicios RIPS.

#### **2.1.8.1. Consulta Externa**

La producción de la consulta externa de enero a junio de 2010 se encuentra consolidada en la tabla N° 10 que a continuación analizamos.

Para facilitar el estudio y evaluar el impacto de este servicio se han presentado es un mismo cuadro la producción de la consulta programada y la consulta de urgencia, teniendo en cuenta que muchas consultas de urgencias son en realidad servicios de primer nivel de atención que en la mayoría de los casos ni siquiera se factura y por ende nos se cobra.

En la tabla observamos que la consulta programada con 19.875 citas médicas realizadas constituye el 74% de toda la actividad ambulatoria, mientras que urgencias representa el 26%.

La gran importancia de estos servicios estriba en que son la puerta de entrada de los servicios de hospitalización y cirugías, de manera que en la medida que la planeación, organización y gestión de estos sea adecuada, eficiente y alineada con las necesidades del mercado, la productividad de los servicios hospitalarios de mayor complejidad serán mucho más altos así como su contribución marginal al sistema de financiación.

**Tabla 10.Consultas realizadas de enero a junio de 2010**

<i>CONSULTAS</i>	<i>NUMERO</i>
CONSULTA DE URGENCIAS	7.034
CONSULTA EXTERNA	19.875
<b>TOTAL CONSULTA</b>	<b>26.909</b>

Fuente: Informes de servicio de la Subdirección Científica.

Como primera gran conclusión de estos datos parciales tenemos que de continuar así las cosas tendríamos al final del año unas 14 mil consultas de urgencia y 39 mil consultas externas, que equivale a una sumatoria de 53 mil actividades del servicio. Sin embargo para que esta información nos pueda ser verdaderamente útil en el análisis, es necesario que comparemos la actividad histórica del mismo periodo, y la tendencia que se proyecta para el cierre del presente año. Este ejercicio lo iniciamos con la ayuda de la tabla N° 11 que sigue a continuación.

**Tabla 11.Consultas realizadas por cada mes del año 2010**

<i>MES</i>	<b>AÑOS 2010</b>		
	<b>URGENCIAS</b>	<b>C. EXTERNA</b>	<b>TOTAL</b>
ENERO	1.146	2.666	3.812
FEBRERO	1.185	3.667	4.852
MARZO	1.444	3.823	5.267
ABRIL	1.200	3.269	4.469
MAYO	1.037	3.280	4.317
JUNIO	1.022	3.170	4.192

<b>TOTAL</b>	7.034	19.875	26.909
--------------	-------	--------	--------

Fuente: Informes de servicio de la Subdirección Científica.

La tabla 11 nos muestra de manera desglosada la producción del servicio mes a mes.

Las cifras nos muestran que el mes de menor actividad fue el de enero, así mismo se observa un pico de mayor uso durante el mes de marzo. Estos comportamientos no están analizados ni documentados en la institución, de manera que la explicación obedece más a impresiones personales que aunque muy razonables, en el modelo de gestión del servicio no aporta información para poder retroalimentar el proceso de planeación y organización del mismo. En este sentido otra importante conclusión es la falta de evaluación del servicio de consulta externa.

Para darle mayor profundidad al enfoque crítico, ahora pasaremos al análisis histórico de la producción del servicio en los últimos 6 años.

**Tabla 12. Evolución de las Consultas Externas en los últimos años**

MES	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ENERO	1.924	1.961	2.470	1.987	3.273	3.666	3.842	3.812
FEBRERO	1.959	2.188	3.167	1.656	3.638	4.178	4.551	4.852
MARZO	1.918	2.438	3.400	1.948	4.719	3.950	5.177	5.267
ABRIL	2.046	2.206	3.640	2.558	3.903	4.670	4.781	4.469
MAYO	2.371	2.158	3.428	2.404	4.422	4.121	4.872	4.317
JUNIO	2.107	2.458	3.412	2.074	4.430	4.148	5.278	4.192
TOTAL	12.325	13.409	19.517	12.627	24.385	24.733	28.501	26.909

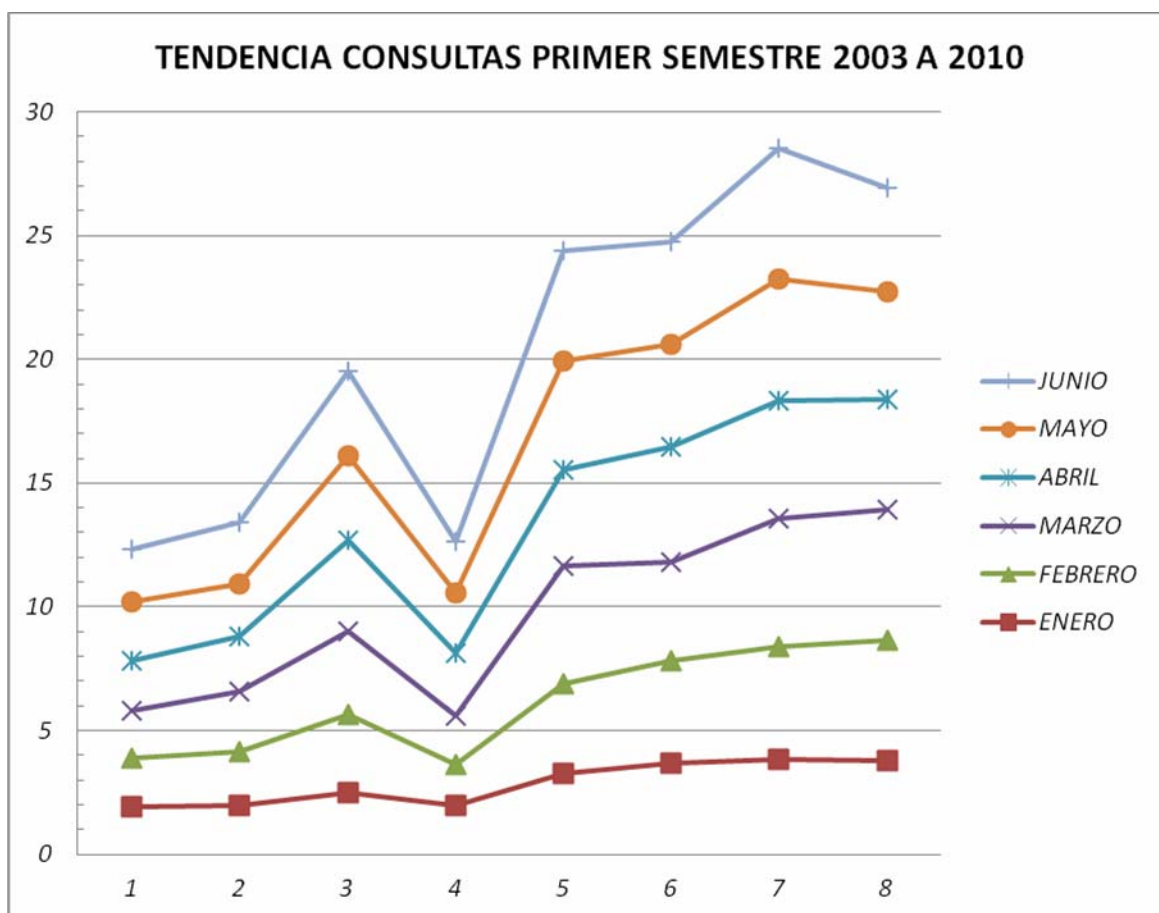
Fuente: Informes de servicio de la Subdirección Científica.

La tabla de la evolución de la producción de consulta externa nos muestra un incremento sostenido desde el año base (2003), que se ve interrumpido en 2006 y nuevamente retoma su tendencia hasta el 2009. Las cifras en 2010 nos señalan otro periodo de quiebra de la línea de tendencia que casualmente se observa cada 4 años en el periodo de estudio sin que encontremos una explicación técnica.

De acuerdo a la información obtenida con el personal que maneja las áreas sobre estas bajas en la producción, las explicaciones apuntan más a la baja disponibilidad de profesionales, tema este asociado a la oportunidad de los pagos por las crisis

financieras que ha venido enfrentando la institución año tras año. Estas interpretaciones de carácter netamente interno no tienen en cuenta factores de contingencias externas como la apertura y cierre de otras instituciones hospitalarias o factores de carácter político y cultural que tocaría analizar con mayor detenimiento.

**Gráfico 7. Tendencia del uso de consultas en los últimos años**



Ahora hemos graficado el análisis de tendencias contenido en la tabla anterior, de manera que el año 1 es el 2003, el año 8 es el 2010. Al respecto se observa una muesca o depresión histórica en el mes de abril de todos los años, muy probablemente a la baja de consultas en semana santa, lo que nos muestra como factores de carácter cultural son tan influyentes y hasta determinantes en la demanda del servicios que deben ser considerados al momento de planear, organizar y disponer de los recursos.

Otra conclusión se observa con la tendencia incremental que en términos generales tiene la producción de las consultas. Lo anterior no se sabe con certeza técnica si

obedece a la disposición de la oferta desde la institución o al crecimiento en la demanda de los servicios por el incremento del aseguramiento, la mayor información de los usuarios sobre el uso de los servicios y la educación sobre sus derechos, o simplemente es un fenómeno natural y espontáneo.

Ya anteriormente habíamos destacado la importancia de la consulta externa como fuente de y puerta de entrada de los servicios hospitalarios y quirúrgicos de la empresa. Este factor hace que la relación o lo que llamamos el coeficiente de correlación de este servicio sea un determinante de la producción y generación de los ingresos de la empresa.

Por esta razón vamos a profundizar en el análisis como en ningún otro servicio, con el firme objetivo de lograr establecer la estructura íntima de su modelo de operación y estructura de debilidades y fortalezas con las que podremos empezar a proyectar líneas de trabajo y estrategias de productividad para el nuevo modelo de gestión institucional que pretendemos formular. Para este fin utilizaremos la tabla N° 13 en la búsqueda del conocimiento de la plataforma de organización y programación del servicio ofertado.

En la citada tabla que tenemos posteriormente, hemos logrado agrupar por especialidades el número de consultas realizadas para el periodo enero – junio. Complementariamente vamos a realizar un análisis comparativo entre los años 2009 y 2010.

Empezamos el análisis al identificar primariamente una disminución de 1.457 con respecto del año 2009 inmediatamente anterior, esta cifra equivale a un decremento del 7%, financieramente esto puede significar haber dejado de facturar unos 50 millones de pesos, sin considerar la inducción al consumo de los servicios de mayor rentabilidad y complejidad del hospital, que es hacia dónde vamos a llevar este análisis.

De otro lado esta baja en la producción de consultas observado en los primeros 6 meses corresponde en promedio a dejar de producir unas 243 consultas mensuales o

12 consultas diarias, lo que dividido entre 10 consultorios de consulta programada y 2 de urgencias nos llevaría a minimizar el impacto al considerar que es solo una consulta diaria que la estamos dejando de producir.

Pero veamos lo que ocurre en la realidad que es lo verdaderamente preocupante en el modelo de gestión y evaluación de los servicios actuales del hospital. En la tabla 13 vemos que la tendencia de producción por especialidades no se ha mantenido regular, por el contrario, han habido movimientos significativos que son de gran importancia y severo impacto en el cuadro general de producción de la empresa.

**Tabla 13. Comparativo de consultas por especialidad años 2009 2010**

consulta por especialidad	2009	2010	DIFERENCIA
Neurología	1.213	1.229	16
Cirugía plástica	279	136	-143
Dermatología	1.041	957	-84
Otorrinolaringología	1.297	1.084	-213
Oftalmología	1.227	860	-367
Neumología	604	478	-126
Cardiología	521	496	-25
Urología	608	650	42
Cirugía pediátrica	713	535	-178
Neurocirugía	251	246	-5
Ortopedia	1.383	1.419	36
Hematología	86	166	80
Oncología	144	SD	-144
Nefrología	478	383	-95
Alergología	108	87	-21
Infectología	105	108	3
Gastroenterología	211	217	6
Nutrición	237	317	80
Maxilofacial	242	171	-71
Anestesiología	90	74	-16
Optometría	375	472	97
Pediatría	4.728	4.093	-635
Psicología	1.857	1.627	-230
Terapia ocupacional	753	1.170	417
Educación especial	811	531	-280
Fonoaudiología	1.125	1.319	194
Fisioterapia	1.150	1.355	205
<b>Total</b>	<b>21.637</b>	<b>20.180</b>	<b>-1457</b>

Fuente: Informes de servicio de la Subdirección Científica.

Empezaremos por las especialidades que se mantienen y que son los de mayor volumen de operaciones, estos son neurología y ortopedia, estos servicios tuvieron

una producción muy similar a la del año anterior, inclusive con un leve aumento. De otra parte tenemos ahora las especialidades de alto volumen que disminuyeron su productividad, en este grupo se encuentran, otorrino, cirugía plástica, oftalmología y cirugía pediátrica. Este primer hallazgo nos debe alertar del impacto que se debe generar en la actividad quirúrgica.

En este mismo grupo especializado de alto volumen esta la consulta de pediatría que pasó de 4.728 en 2009 a 4.093 en 2010, lo que significa 635 consultas menos que es una disminución del 13%, y el 44% de la diferencia entre la producción de toda la consulta externa comparativa del 201<sup>o</sup> respecto del 2009.

Podríamos asociar esta baja en la producción de consulta de pediatría a la interconsulta con otras especialidades, así como la posible disminución del consumo de servicios de apoyo diagnóstico. Sin embargo notamos que la demanda o productividad de los servicios de apoyo terapéutico han visto un incremento sustancial, especialmente en terapia ocupacional y fisioterapia y fonoaudiología.

Cuando revisamos el nivel de programación de los consultorios y encontramos una capacidad ociosa del 30% no tenemos más que concluir que es urgente fijar la atención en esta unidad de producción y re direccionar la oferta de servicios para tratar de compensar el déficit de consultas, fortaleciendo la actividad de las especialidades quirúrgicas y especialmente los servicios de pediatría que son la razón de ser del hospital.

#### **2.1.8.2. Hospitalización**

Recordemos que el hospital tiene habilitadas 95 camas sin embargo en la realidad las camas observación de los servicios de urgencias, así como la ampliación transitoria de algunos pabellones lleva al hospital a operar entre 110 y 120 pacientes hospitalizados. Queremos aclarar que esta situación es transitoria y se observa en dos épocas de lluvias del año donde la demanda de los servicios se dispara.

Iniciamos el análisis con 95 camas hospitalarias donde encontramos cifras del servicio de internación que nos dan una idea general del movimiento de paciente y del tamaño de las operaciones.

Nos apoyaremos en la tabla 14 que a continuación nos enseña los resultados de los indicadores de la gestión hospitalaria del primer semestre de 2010. En virtud de observar un comportamiento muy similar el año inmediatamente anterior consideraremos solo el análisis de este año.

**Tabla 14. Indicadores de gestión primer semestre 2010**

<i><b>INDICADOR</b></i>	<i><b>NUMERO</b></i>
Egresos hospitalarios	4095
Promedio egresos mensuales	682.5
Fallecidos	6
Tasa de mortalidad	0,14
Giro cama	4,4
Estancia media	6.83
% Ocupacional	79,2

Fuente: Informes de servicio de la Subdirección Científica.

Los egresos hospitalarios por si solo muestran un alto volumen de operaciones de la empresa, lo que nos hace pensar inmediatamente en el altísimo nivel de ocupación que deben tener las camas disponibles. Sin embargo cuando observamos el indicador de ocupación que reporta el sistema de calidad y las estadísticas de los servicios encontramos que aunque este está cercano al 80% el volumen de operaciones internas tiene causas diferentes a las asistenciales y más a las de tipo administrativo.

Para acercarnos más a la realidad del servicio tenemos que comparar la estancia media que se ubica en 6,8 días por paciente, la auditoría de campo nos mostró que la estancia real es mucho menor, y que la estancia se prolonga en la mayoría de los casos por problemas administrativos asociados a la mala admisión del paciente inoportunidad del cierre de facturación y muchas veces la falta de documentos del paciente. Este factor se ve mayormente afectado por las fallas críticas que se encontraron en el proceso de auditoría medica esta, prácticamente dedica el 75% de su tiempo a la conciliación de glosas y revisión de cuentas.

Al comparar el giro cama de 4,4 camas mes, y relacionarlo con las estancias alargadas, nos encontramos con un problema mucho más de fondo que debe ser estudiado con detenimiento y cuidado. Este es radica en la relación de la naturaleza de la hospitalización y el nivel de resolución de los servicios, teniendo en cuenta que la integralidad de los servicios es una de las mayores ventajas competitivas del hospital. Así las cosas a manera de conclusión es importante que la empresa conozca que tan eficiente resulta ser el sistema de interconsulta y que tan eficaz es el tratamiento de los pacientes inter consultados, lo cual podría darnos luces para evaluar el nivel observado de la estancia y la rotación de las camas. Con esta información muy seguramente la el hospital podría ajustar su modelo de atención e inclusive sus protocolos internos y definir políticas y estrategias para mejorar el giro cama y los niveles de ocupación.

A manera de ejemplo práctico hemos querido desarrollar el siguiente ejercicio que ilustra al lector sobre la importancia en la gestión del servicio de hospitalización y el impacto en la productividad y generación de los ingresos.

Ejemplo: Si el hospital pude hacer seguimiento a las interconsultas y mediante el trabajo técnico activo de los comités técnico científicos y de calidad podría lograr mejorar la estancia disminuyendo el indicador en un día, así mismo podría mejorar el giro cama, haciéndolo más rápido en un día.

Con estos logros el impacto en el nivel resolutivo de la empresa sería mucho más alto y la calidad real del servicio se trasladaría al paciente atendido y dado de alta, pero muy seguramente podríamos aumentar en un 5% el nivel de ocupación por ser más eficiente el modelo de atención.

Los resultados financieros serian los siguientes; al disminuir la estancia y aumentar el giro cama se podrían facturar unos 3 pacientes diarios adicionales con un consumo de servicios promedios de 220 mil pesos multiplicado por 3 días de estancia, eso es 660 mil pesos que multiplicado por 30 días representaría unos ingresos adicionales de 20 millones de pesos aproximadamente o unos 240 millones en el año. Lo anterior con la misma

disposición de camas y personal, lo cual sería un valor marginal ya que los costos fijos no llegan a ser representativos.

Finalmente en el análisis de los egresos observamos un deterioro en la tendencia de este año, situación que puede ser atribuible directamente a los trabajos de adecuaciones de los diferentes pabellones que han dejado por fuera del servicio simultáneamente unas 25 camas que es casi el 30% de la capacidad hotelera de la institución.

**Tabla 15. Comparativo mes a mes de egresos hospitalarios 2005 2010**

<b>MES</b>	<b>AÑOS</b>					
	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
ENERO	495	585	688	767	734	668
FEBRERO	521	539	575	687	702	635
MARZO	564	636	673	751	755	723
ABRIL	552	584	583	749	732	626
MAYO	585	741	677	651	784	705
JUNIO	726	777	807	636	729	738
JULIO	636	657	844	705	818	
AGOSTO	727	720	949	740	831	
SEPTIEMBRE	814	836	1.011	770	854	
OCTUBRE	769	858	1.011	988	845	
NOVIEMBRE	784	818	1.001	884	761	
DICIEMBRE	765	858	816	834	782	
<b>TOTAL</b>	<b>7.938</b>	<b>8.609</b>	<b>9.635</b>	<b>9.162</b>	<b>9.327</b>	<b>4.095</b>

Fuente: Informes de servicio de la Subdirección Científica.

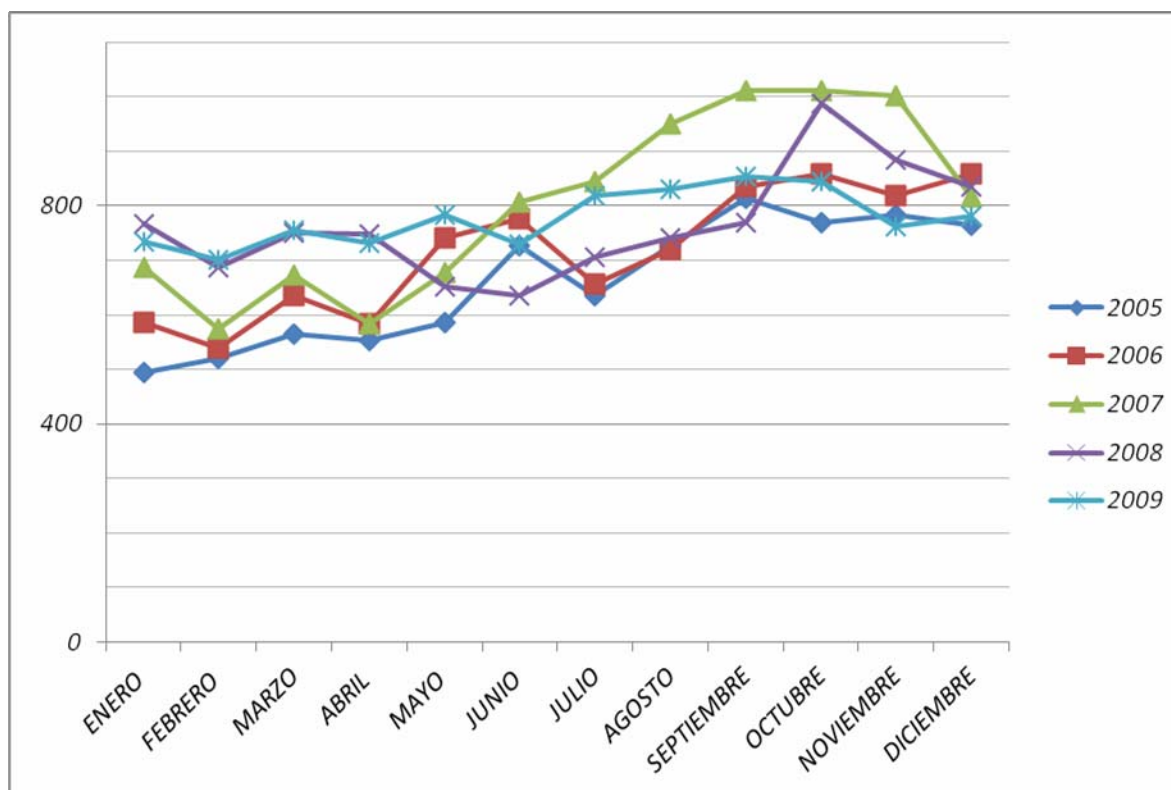
Para reforzar la observación anterior el grafico 8 muestra de manera muy didáctica la tendencia del nivel de hospitalizaciones en cada uno de los meses de los últimos 5 años de actividad en el hospital.

Los egresos totales de cada una de las vigencias de 2005 a 2010, muestran un incremento relativo que se detiene en 2008 y parece que se va detener nuevamente en 2010.

Otra conclusión importante del servicio es ahora con relación a la actividad hospitalaria mensual, el grafico muestra una tendencia de crecimiento de los primeros

meses del año hasta los meses de octubre y septiembre en donde parece llegar a sus máximos.

**Gráfico 8. Comparativo mes a mes de egresos hospitalarios 2005 2009**



La segunda conclusión es que la tendencia de crecimiento inicial se invierte en el último trimestre del año donde se observa una tendencia a disminuir las hospitalizaciones en los meses de septiembre a noviembre. Estos factores técnica ni científicamente tienen explicación alguna dentro del hospital, el razonamiento y la reflexión sobre variables externas asociada al medio socio cultural de la ciudad nos lleva a pensar que se asocia a las festividades novembrinas y a la celebración de las navidades.

Finalmente podemos destacar como un logro significativo del modelo de atención la disminución de los índices de mortalidad hospitalaria que se refleja en la siguiente tabla que compara este indicador en los últimos 10 años de operación del hospital, lo

cual es mucho más relevante si tenemos en cuenta que en este mismo periodo el hospital ha ampliado el número de camas.

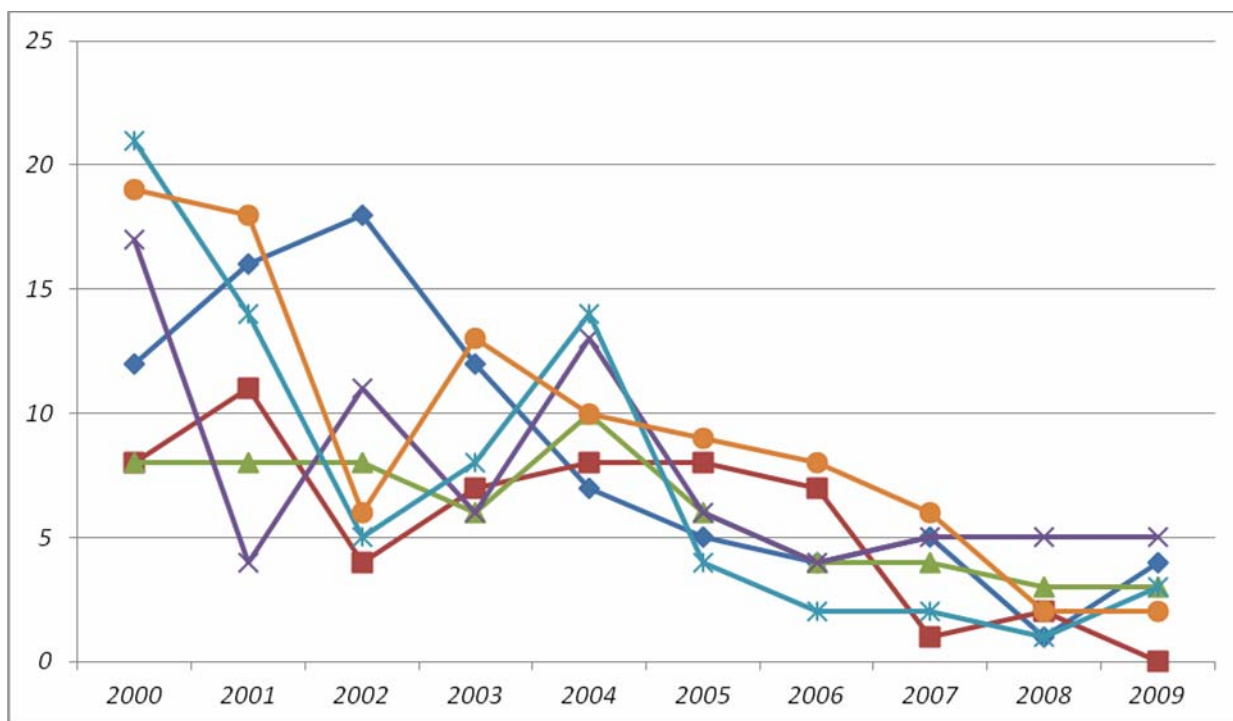
**Tabla 16. Tendencia de la mortalidad hospitalaria del primer semestre en 10 años**

MES	AÑOS										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ENERO	12	16	18	12	7	5	4	5	1	4	0
FEBRERO	8	11	4	7	8	8	7	1	2	0	2
MARZO	8	8	8	6	10	6	4	4	3	3	1
ABRIL	17	4	11	6	13	6	4	5	5	5	0
MAYO	21	14	5	8	14	4	2	2	1	3	1
JUNIO	19	18	6	13	10	9	8	6	2	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>71</b>	<b>52</b>	<b>52</b>	<b>62</b>	<b>38</b>	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>6</b>

Fuente: Informes de servicio de la Subdirección Científica.

Este indicador denota el mejoramiento continuo de la calidad. Observémoslo en el siguiente gráfico:

**Gráfico 9. Tendencia de la mortalidad del primer semestre en 10 años**



Veamos el impacto en la tasa de mortalidad en los últimos años:

**Tabla 17. Tasa comparativa de mortalidad del HINFP primer semestre 2005 a 2010**

<b>AÑOS</b>	<b>EGRESOS</b>	<b>FALLECIDOS</b>	<b>TASA DE MORTALIDAD</b>
2005	3443	38	1.10%
2006	3862	29	0.75%
2007	3993	23	0.57%
2008	4241	14	0.33%
2009	4436	17	0.38%
2010	4095	6	0.14%

En 2005 fallecía 1 de cada cien pacientes hospitalizados. En 2010 sólo 1 de cada 1000.

Los resultados observados en las tablas anteriores son contundentes y dejan sin palabras al lector, atribuimos estos logros al esfuerzo de las administraciones y directivas de la institución por ampliar la oferta de subespecialidades, la regulación en el suministro de insumos medico quirúrgicos de las mejores calidades del mercado y especialmente a la vocación de servicio y mística social con la que se ha manejado el modelo de atención.

En conclusión muy a pesar de que el modelo de atención asistencialista del hospital genera grandes deficiencias en la gestión de los servicios y control de los costos, su filosofía y características esenciales reflejan la necesidad de seguir preservando ese mismo espíritu de compromiso ético y social con el paciente pero lleva a reflexionar en un modelo que pueda garantizar la autosostenibilidad y sobrevivencia de la empresa en el mediano plazo.

Finalmente la conclusión y recomendación más importante que destacamos los investigadores a los responsables de la toma de decisiones de los servicios especialmente los de hospitalización es que no se puede perder de vistas dos cosas la

primera es que el modelo tarifario en Colombia hace que los servicios de hospitalización aparezcan siempre en los estados financieros como de alta rentabilidad lo cual implica garantizar una serie de servicios de apoyo que no se reflejan en los análisis financieros o de costos de servicios generales directos e indirectos que tampoco se tienen en cuenta por la mala clasificación de las mismas cuentas (en la mayoría de las veces no hay sistemas de costos) esto tiende a confundir y dilatar la toma de decisiones para conocer la intimidad del servicio y ajustar el modelo y llevarlo a un mayor nivel de eficiencia. En segundo lugar la falta de gestión e inversión en estos servicios especializados (se ve con mayor frecuencia en hospitales de alto nivel de complejidad) llevan al descuido de los gerentes de no habilitar los servicios de internación subespecializados.

En el caso de la casa del niño, se están facturando camas hospitalarias de baja complejidad donde con pocas inversiones se pueden habilitar camas subespecializadas, ya que tiene lo más costoso que es la disponibilidad y la contratación del recurso humano. Si el hospital habilitara unas 48 camas en dos o tres pabellones subespecializados (gastroenterología 16, neumología 16 e Infectología con 16, por ejemplo) se podría pasar de facturar 220 mil pesos por día cama a unos 340 mil pesos, lo que puede llegar a representar ingresos adicionales del orden de los 2.200 millones de pesos al año.

La conclusión más importante del análisis es que el hospital debe realizar el estudio técnico financiero para determinar la posibilidad de sub especializar las salas de hospitalización con lo cual podría disparar sus ventas y convertirse en un verdadero monopolio de los servicios pediátricos de la costa.

#### **2.1.8.3. Quirófanos**

Los servicios quirúrgicos son muy importantes en un hospital de mediana y alta complejidad, la actividad de este servicio proyecta en gran medida el nivel de resolución y representan una fuente importante de ingresos.

La actividad quirúrgica procede básicamente de los eventos programados que se canalizan mayormente por consulta externa y los eventos quirúrgicos procedentes de los servicios de urgencias. Con la siguiente tabla vamos a comenzar este análisis.

La tabla 18 muestra la actividad quirúrgica del primer semestre de 2010 donde observamos que se han realizado 1551 procedimientos quirúrgicos, de los cuales 1111 fueron cirugías programadas correspondiente al 72% y 440 fueron cirugías de urgencias que significaron el 28% de toda la producción del semestre.

Apreciamos también que el promedio de cirugías por mes se situó en 258 procedimientos mensuales o lo que es lo mismo unas 13 cirugías diarias para los dos quirófanos habilitados, lo cual nos parece una producción muy baja.

**Tabla 18. Cirugías primer semestre de 2010**

MES	URGENCIAS	PROGRAMADAS	CANCELADAS	REALIZADAS	% CANCELACIÓN
ENERO	63	195	23	258	11.79
FEBRERO	64	171	12	235	7.02
MARZO	85	177	19	262	10.73
ABRIL	70	211	41	281	19.43
MAYO	81	169	35	250	20.71
JUNIO	77	188	30	265	15.96
<b>TOTAL</b>	<b>440</b>	<b>1111</b>	<b>160</b>	<b>1551</b>	<b>14.40</b>

Fuente: Informes de servicio de la Subdirección Científica.

Al evaluar con mayor detenimiento las estadísticas de producción nos encontramos que las cirugías canceladas representan el 14,4% del total realizado y un 13% de toda la actividad programada, cifra que es bastante alta y que en asocio a la baja productividad quirúrgica nos demuestran que la gestión de la consulta externa tiene mucho que ver con estos resultados.

En la tabla N° 19 vemos el comparativo de cirugías canceladas en los meses de enero a junio desde 2003 hasta el 2010. Observamos una tendencia regular pero si tenemos en cuenta que la habilitación de las dos salas de cirugías tiene una operación estable a partir de los últimos 5 años concluiríamos que el modelo de gestión del servicio

enfrenta serias dificultades que terminaran reflejándose en los niveles de ingresos por la venta de estos.

**Tabla 19. Comparativo de cirugías canceladas de 2003 a 2010 primer semestre**

MES	2006	2007	2008	2009	2010
ENERO	27	17	30	23	23
FEBRERO	16	22	20	18	12
MARZO	15	25	13	28	19
ABRIL	11	30	21	29	41
MAYO	15	43	21	34	35
JUNIO	21	32	12	38	30
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>169</b>	<b>117</b>	<b>170</b>	<b>160</b>

Fuente: Informes de servicio de la Subdirección Científica.

Algunas de las causas atribuibles a este alto volumen de cancelaciones según información directa no documentada de la coordinación de cirugía son:

- Enfermedad del paciente.
- Inasistencia del paciente por falta de transporte.
- El paciente no cumplió con las indicaciones de preparación previas.
- El cirujano o el anestesiólogo cancelaron la programación.

Otros factores muy circunstanciales en el pasado tienen que ver con la disponibilidad de materiales e insumos, así como otras de índole financiero que son las de menor incidencia y ocurrencia.

Veamos ahora las cirugías realizadas por especialidades en el mismo periodo para los años 2009 y 2010, información consolidada que presentamos en la tabla 20.

Con excepción de neurocirugía, podemos apreciar que la tendencia se vuelve negativa para todas las especialidades quirúrgicas registradas de las cuales las de mayor disminución son en su orden; cirugía pediátrica, plástica, ortopedia y otorrino.

Sin lugar a dudas estos indicadores ratifican nuestras apreciaciones y conclusiones en el análisis realizado al servicio de consulta externa. Lo que si nos sorprende y llama poderosamente la atención es encontrar en este grupo al servicio de ortopedia ya que en la auditoria encontramos la contratación adicional de otro profesional con lo cual el comportamiento debería ser todo lo contrario.

**Tabla 20. Comparativo de las cirugías realizadas por especialidad primer semestre**

ESPECIALIDAD	2009	2010	DIFERENCIA
ORTOPEDIA	455	407	-48
CIRUGIA PLASTICA	160	102	-58
DERMATOLOGIA	127	103	-24
CIRUGIA PEDIATRICA	491	368	-123
UROLOGIA	145	134	-11
OFTAL MOLOGIA	56	49	-7
ORL	259	223	-36
NEUROCIRUGIA	30	35	5
GASTROENTEROLOGIA	88	56	-32
ONCOLOGIA	5	2	-3
NEUMOLOGIA	8	7	-1
MAXILOFACIAL	68	55	-13
NEFROLOGIA	11	10	-1
<b>TOTAL</b>	<b>1903</b>	<b>1551</b>	<b>-352</b>

Fuente: Informes de servicio de la Subdirección Científica.

Otro de los servicios que nos muestra señales de alarma es el de neumología ya que este año se dio inicio a la contratación con la sociedad denominada INAC lo cual debió haberse reflejado en el aumento de procedimientos de este tipo, sin embargo el comportamiento observado es igual al de mismo periodo anterior.

Finalmente es concluyente la cifra de 352 procedimientos quirúrgicos menos que el año anterior para la evaluación de la producción en el primer semestre, esto significa una disminución del 18% en el numero de cirugías tendencia que de mantenerse podría representar más de 750 eventos quirúrgicos menos que se facturarían y una pérdida de ingresos de alrededor de 370 millones de pesos.

Como conclusión y recomendación al cierre de este ítem podemos agregar que es necesario que el hospital estudie con mayor profundidad el tipo de cirugías realizadas

y canceladas, las tarifas y costos de las mismas y el nivel de complejidad de cada uno de ellas con el fin de establecer con mayor grado de precisión si se verán afectado los estados financieros y determinar las estrategias para mejorar la productividad de esta unidad de servicios.

**Tabla 21. Porcentaje de cancelación de cirugía primer semestre de 2010**

MES	TOTAL CIRUGÍAS	REALIZADAS	CANCELADAS	% DE CANCELACIÓN
ENERO	281	258	23	8.19
FEBRERO	247	235	12	4.86
MARZO	281	262	19	6.76
ABRIL	322	281	41	12.73
MAYO	285	250	35	12.28
JUNIO	1416	265	30	2.12
<b>TOTAL</b>	<b>2832</b>	<b>1551</b>	<b>160</b>	<b>5.65</b>

Fuente: Informes de servicio de la Subdirección Científica.

En la tabla anterior observamos que los mayores niveles de cancelación están reflejados en abril y mayo lo que también se asocia a las fiesta de semana santa.

#### **2.1.8.4. Indicadores de Calidad de los Servicios**

A continuación veremos los indicadores del primer semestre de 2010 que se reportan a la Superintendencia Nacional de Salud los cuales hemos rotulado bajo las tablas numero 22 y 23 para los servicios del hospital y de la uci respectivamente.

Respecto a los indicadores del hospital tenemos las siguientes apreciaciones:

- Una tasa de oportunidad en la cirugía programada promedio para los seis meses en estudio equivalente a 21 días lo que a nuestro juicio es supremamente alta en consideración con la disponibilidad del recurso humano y de las salas de cirugías.

La explicación más cercana a la realidad de este evento está en los trámites administrativos que requieren las EPS para autorizar los procedimientos, sin embargo esto conllevaría a replantear y ajustar el indicador de manera que muestre las variables internas de oportunidad.

- El otro indicador que llama la atención es el tiempo de espera de la consulta de urgencias que está por encima de los 40 minutos, al respecto tenemos dos observaciones, la primera tiene que ver con el gran volumen de pacientes que se atienden procedentes del primer nivel y con patologías de primer nivel lo cual congestiona el servicios e influye en los resultados el indicador. De otra parte encontramos que la falta de consultorios hace que verdaderamente el indicador pueda ser muchísimo más alto que el que se está reportando tal como pudimos constatar tras visitar el servicios en dos turnos y en diferentes horarios.

Como una observación que no podemos dejar pasar esta el hecho que en algunos meses no se reportaron los indicadores sin motivos aparentes, ocurre en los meses de enero y febrero para los eventos adversos y la evaluación de la satisfacción.

Ahora tenemos en estudio los indicadores de la unidad de cuidados intensivos UCI Doña Pilar sobre los cuales la observación más importante está en la alta tasa de mortalidad observada, la cual está en el orden del 12% indicador extremadamente alto en comparación con otros servicios de la ciudad.

La explicación más práctica de este resultado es el elevado nivel de complicación en los pacientes que recibe la UCI, muchos de estos pacientes, cuentan los médicos que laboran en la unidad, no son recibidos en otras instituciones bien sea por la falta de disponibilidad de camas así como factores asociados con el aseguramiento de los pacientes, este ultimo muy bien disimulado.

Como conclusión tenemos que es muy importante revisar y ajustar los indicadores de calidad ya que observamos en la realidad posibles variables que pueden estar afectando su veracidad y nivel de precisión, de igual manera es recomendable ampliar

el espectro de medición y el alcance del sistema mismo para poder tener información mucho mas panorámica que permita evaluar verdaderamente el sistema, el modelo de atención y la seguridad del paciente. Esta información se puede llegar a constituir en la guía de ajuste de políticas y estrategias del nuevo modelo de gestión de los servicios que se pretende desarrollar.

**Tabla 22. Indicadores de calidad del HINFP primer semestre de 2010.**

CARACTERISTICA DE CALIDAD		NOMBRE DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	MEDIA
Accesibilidad	Oportunidad	Oportunidad en la realización de cirugía programada	21,73	30,12	22,32	16,03	18,72	16,46	20,90
	Oportunidad	Oportunidad en la atención en la consulta de urgencias	31,39	37,95	44,86	40,54	50,00	42,95	41,28
	Oportunidad	Proporción de cancelación de cirugía programada	0,08	0,07	0,07	0,28	0,27	0,14	0,15
	Oportunidad	Oportunidad en la atención del servicio de imagenología	1,00	1,00	1,00	1,00	1,2	1,2	1,08
Calidad técnica	gerencia del riesgo	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	0,75	2,05	0,00	0,00	0,00	0,14	0,49
	gerencia del riesgo	Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	0,00	3,14	0,00	1,38	0,00	1,36	0,98
	gerencia del riesgo	Tasa de infección intrahospitalaria	0,00	0,00	0,00	0,14	0,14	0,14	0,07
	gerencia del riesgo	Proporción de vigilancia de eventos adversos	100	SD	100,00	100	100	100	83,33
Satisfacción /lealtad		Tasa de satisfacción global	SD	SD	91,85	95	96,50	94,00	94,21

Fuente: Informes de la coordinación de calidad y epidemiología.

**Tabla 23. Indicadores de calidad de la UCI Doña Pilar primer semestre de 2010.**

CARACTERISTICA DE CALIDAD	NOMBRE DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	Indicador ponderado
Calidad técnica gerencia del riesgo	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	4,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,006
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	76,92	0,09	0,20	0,13	0,09	121,21	12%
	Tasa de infección intrahospitalaria	76,92	0,13	0,03	0,04	0,02	3,03	5%
	Proporción de vigilancia de eventos adversos	100,00	1,00	1,00	1,00	SD	SD	100%
Satisfacción /lealtad	Tasa de satisfacción global		1,00	1,00	1,00	0,95	100,00	99%

Fuente: Informes de la coordinación de calidad y epidemiología.

## **2.2. ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD INSTALADA DEL HOSPITAL**

Para el estudio de capacidad instalada se utilizó la información del portafolio de servicios, los horarios de atención y se realizó la auditoría de campo para verificar y validar la información suministrada por las diferentes coordinaciones de servicios.

Se ha partido y se entiende que cada unidad funcional habilitada cuenta con el recurso humano y la dotación tecnológica para su operación en las condiciones ofrecidas.

Anotamos que el hospital no cuenta con un estudio que identifique su capacidad de atención potencial como tal, de acuerdo a los recursos que tiene y de acuerdo a su infraestructura física. La capacidad instalada que hemos levantado es un ejercicio técnico que muestra por cada uno de los servicios habilitados y horas disponibles, el nivel de producción o de oferta que tiene el hospital para desarrollar su modelo de atención a los clientes y pacientes.

La gran utilidad de este estudio consiste en poder tener el referente de productividad ideal o máximo, a partir del cual se puede empezar a evaluar tanto la productividad de los servicios así como el nivel de explotación de los mismos y la eficiencia del modelo de operación

### **2.2.1. Consulta Externa**

Para el caso de la consulta externa tenemos la capacidad de producir 300 consultas diarias, 6000 mensuales y unas 72000 consultas al año. Mas adelantes estaremos calculando la capacidad productiva de la capacidad instalada que no es más que multiplicar la oferta disponible por las tarifas contratadas.

Como se aprecia en la tabla se han utilizado los estándares conocidos en el sector para la atención especializada en relación de rendimientos de tres consultas por paciente y se ha trabajado con 20 días al mes en virtud a que la empresa no trabaja los sábados.

Se concluye que la capacidad de oferta de este servicio puede ampliarse sustancialmente si la empresa ofreciera 12 horas diarias y trabajara entre 4 y 6 horas los días sábados.

**Tabla 24. Capacidad Instalada de Consulta Externa**

CONSULTORIO	RENDIMIENTO / HORA	CONSULTAS/DÍA	CONSULTAS/MES	CONSULTAS/AÑO
CONSULTORIO 1	3	30	600	7,200
CONSULTORIO 2	3	30	600	7,200
CONSULTORIO 3	3	30	600	7,200
CONSULTORIO 4	3	30	600	7,200
CONSULTORIO 5	3	30	600	7,200
CONSULTORIO 6	3	30	600	7,200
CONSULTORIO 7	3	30	600	7,200
CONSULTORIO 8	3	30	600	7,200
CONSULTORIO 9	3	30	600	7,200
CONSULTORIO 10	3	30	600	7,200
Atención 10 horas diarias de 7 am a 5 pm 5 días a la semana			<b>6,000</b>	<b>72,000</b>

Fuente: Calculo de los Investigadores.

### 2.2.2. Hospitalización

Teniendo en cuenta la estancia media calculada para cada una de las especialidades atendidas en las diferentes salas de hospitalización y el número de camas se han calculado el número de estancias disponibles para ofertar a los pacientes y clientes.

**Tabla 25. Capacidad Instalada de Hospitalización**

SALA	CAMAS	EM	ESTANCIAS DISPONIBLES
Neumología	12	6	4,380
Infectología	12	8	4,380
Medicina Interna Pediátrica	12	7	4,380
Neonatología	10	4	3,650
Sala de quemados	3	15	1,095
Hemato oncología Pediátrica	6	5	2,190
Gastroenterología	8	2	2,920
Nefrología Pediátrica	10	9	3,650
Quirúrgica	10	5	3,650
Pediátricas	12	3	4,380
	95	6.40	34,675

Fuente: Calculo de los Investigadores.

De esta manera el resultado de los cálculos para las 95 camas habilitadas es de más de 34 mil estancias por año es decir una capacidad de atención en hospitalización de 34 mil pacientes.

Como conclusión encontramos que la empresa tiende a disminuir el número de camas en la medida en la que se ajuste a las condiciones de habilitación ya que los espacios disponibles no soportan la oferta actual con lo cual se perdería un importante volumen de facturación situación que puede ser compensada por la Subespecialización de los servicios.

### 2.2.3. Quirófanos

Para calcular la capacidad instalada y de producción de los servicios quirúrgicos se han tenido en cuenta las siguientes variables específicas:

- Un quirófano funciona 5 días a la semana 12 Doce horas de quirófano X día
- Un quirófano funciona 7 días a la semana 12 horas de cirugía programada y 12 horas de disponibilidad para cirugías de urgencia.

Los resultados nos muestran la posibilidad de realizar unos 400 procedimientos de alta mediana y baja complejidad, proyección que anualmente podría significar unos 4800 eventos quirúrgicos.

**Tabla 26. Capacidad Instalada de Cirugía.**

SALA	SERVICIO	Rendimiento HORA	Procedimientos mes	Procedimientos AÑO
QUIRÓFANO 1	Cirugía programada (presencial)	0.33	80	960
QUIRÓFANO 2	Cirugía programada y de urgencia (presencial)	0.33	80	960
QUIRÓFANO 1	Cirugía de urgencia x disponibilidad	0.50	120	1,440
QUIRÓFANO 2	Cirugía de urgencia x disponibilidad	0.50	120	1,440
			<b>400</b>	<b>4,800</b>

Fuente: Calculo de los Investigadores.

Concluimos que las limitantes técnicas de la sala de cirugía número 2 no permite pensar en mejorar el nivel de producción muy a pesar que este servicio está muy por debajo de su capacidad media de producción, la recomendación es mejorar las condiciones de las salas y ampliar el segundo quirófano.

#### 2.2.4. Urgencias

De acuerdo con los servicios observados en el levantamiento de la información realizada en el servicio de urgencias hemos calculado su capacidad instalada en la tabla 27 que a continuación mostramos.

**Tabla 27. Capacidad Instalada de Urgencias.**

SALA	SERVICIO	Cantidad	Rendimiento HORA	Atenciones mes	Atenciones AÑO
Observación	Cama de observación	10	4	1,120	13,440
Procedimientos	Sala de procedimiento	1	12	336	4,032
Reanimación	Sala de reanimación	1	1	28	336
Consultorio	Consultorio de urgencia	2	72	4,032	48,384
				<b>5,516</b>	<b>66,192</b>

Fuente: Calculo de los Investigadores.

La capacidad instalada actual del servicio brinda la posibilidad de satisfacer las necesidades de unos 4000 pacientes mensuales y más de 48 mil pacientes año en condiciones normales.

En la realidad la complejidad de los servicios ofrecidos y las características epidemiológicas de los pacientes que demandan el servicios concentra mucho tiempo en la atención de triage, esto obedece a la falta de resolución de los puestos y centros de salud del primer nivel, y por la otra tenemos que las condiciones en la que llegan muchos pacientes hacen que los estándares de atención en cuanto al tiempo no se cumplan. Este hecho en gran medida se ve afectado por los convenios docente asistencial y la participación de estudiantes en la prestación de los servicios.

Como conclusión podemos anotar que en virtud del nivel de especialización del hospital y su condición de ser el único hospital pediátrico de la región, este recibe por defecto la demanda de los servicios de la población y asume un gran costo social

económico y político como quiera que la infraestructura actual no tiene la capacidad de satisfacer mínimamente la demanda potencial de este tipo de servicios.

Otra conclusión está en relación con la gran congestión observada en varias épocas del año que demuestran la necesidad de ampliar las salas y mejorar el modelo de gestión de este servicio de manera prioritaria por los riesgos legales que está enfrentando cada día. Finalmente observamos que en la realidad y bajo las condiciones y características actuales, nunca se podrá tener un buen estándar de rendimiento, pero se puede lograr mejorar el nivel de productividad y facturación si se intervienen los ambientes, se ajustan sus procesos y se mejora el confort y áreas de espera de los pacientes y familiares.

#### 2.2.5. Imágenes Diagnosticas

Hemos utilizado los rendimientos más bajos para este tipo de servicios que se consignan en la tabla 28, sin embargo apreciamos que la capacidad de producción es óptima para satisfacer tanto la demanda interna como la externa.

**Tabla 28. Capacidad Instalada de Imagenología.**

SERVICIO	HORARIO ATENCIÓN	DÍAS SEMANA	CANTIDAD	RENDIMIENTO POR DÍA	PROCEDMIENTOS MES	PROCEDMIENTOS AÑO
Rayos X	24	7	1	30	840	10,080
Rayos X portátil	24	7	1	30	840	10,080
TAC	12	7	1	12	336	4,032
					<b>2,016</b>	<b>24,192</b>

Fuente: Calculo de los Investigadores.

La tabla de capacidad instalada anterior nos muestra la posibilidad de realizar unos 2000 exámenes mensuales y 24 mil al año.

La conclusión más importante en el análisis de la capacidad instalada de este servicio es que se encuentra inexplorado, pudimos constatar que estos servicios no se comercializan externamente lo cual podría generar valiosos recursos que necesita la institución para mejorar sus condiciones financieras.

#### 2.2.6. UCI

Uno de los servicios de mayor rentabilidad y capacidad de generar ingresos para la operación del hospital es la unidad de cuidados intensivos. Al calcular su capacidad de atención con base en la disposición del número de camas por servicios hemos tomado como referencia las estancias medias observadas dentro de la misma unidad, lo anterior con el fin de hacer más precisa la información.

Este hecho lo aclaramos en razón a que se observa una estancia media relativamente más alta que el promedio de las UCI de la ciudad y ello se explica por las condiciones en las que se reciben los pacientes, mucho de los cuales no son recibidos en otras instituciones, esta variable hace que el nivel de complicación y riesgo de muerte de muchos pacientes recibido es muy alta.

**Tabla 29. Capacidad Instalada de la UCI.**

SALA	CAMAS	EM	EGRESOS ESTIMADOS	ESTANCIAS DISPONIBLES AÑO
Cuidados Intermedios	4	5	292	1,460
UCIP	6	3	730	2,190
UCIN	8	10	292	2,920
	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>1,314</b>	<b>6570</b>

Fuente: Calculo de los Investigadores.

Observamos que la mayor oferta está en los cuidados intensivos neonatales seguida de la UCI pediátrica en razón del número de camas dispuestas. No se observa una relación adecuada del número de camas por servicio en función de la demanda potencial de servicios de la región ajustada a la capacidad del hospital.

La primera conclusión es la necesidad de estudiar la relación de camas por servicio teniendo en cuenta la necesidad sentida del servicio de manera que se pueda equilibrar la operación interna del servicio y mejorar la eficiencia en la facturación.

Otra conclusión y recomendación importante es que la proyección del hospital y su posibilidad de reposicionarse en el mercado en unas mejores condiciones financieras

está en la ampliación de los servicios críticos, para lo cual los servicios de apoyo tienen la capacidad de soportar y atender la demanda adicional.

Es clave tener en cuenta para ampliar el servicio que las tendencias del sector en la ciudad indican que la ESE Maternidad Rafael Calvo y la Clínica San Juan de Dios fortalecerán los servicios de neonatología en relación con su nivel de complejidad y especialidad institucional, de manera que esto nos permite pensar en aumentar en mayor proporción las camas pediátricas.

#### **2.2.7. Laboratorio Clínico**

Sobre estos servicios la empresa no dispone información directa puesto que este servicio esta tercerizado, además de lo anterior la empresa que representa la operación del laboratorio no posee ningún tipo de estudio de la capacidad instalada debido a esto hemos tenido que realizar el levantamiento de la información. Para ello nos hemos apoyado en los registros de atención.

Las cantidades estimadas de muestras procesadas provienen del análisis de los RIPS 2009 que arrojaron los siguientes estándares de frecuencia de uso y demanda interna de servicios:

- Por cada estancia en UCI se solicita 3 exámenes de laboratorio clínico.
- Por cada estancia de pediatría se solicitan en promedio 2,5 exámenes.
- No se estimaron las solicitudes de laboratorio de la consulta (3 por cada 5 consultas) debido a que no hay garantía de que esas muestras se procesen en el laboratorio del HINFP.

Los resultados que se obtuvieron en la tabla 30 reflejan la capacidad del laboratorio para atender la demanda interna e inclusive atender las posibles ampliaciones de sus servicios de UCI como lo anotamos anteriormente.

Cabe resaltar que no se ha tenido en cuenta la capacidad de procesamiento de los equipos ya que esto requiere aumentar el recurso humano actual, sin embargo esto aumenta aun más la posibilidad de vender servicios a otras instituciones, lo que anotamos como una conclusión importante al igual que la anotada en imagenología.

**Tabla 30. Capacidad Instalada del Laboratorio Clínico.**

SERVICIO	HORARIO ATENCIÓN	DÍAS SEMANA	RENDIMIENTO POR DÍA	PROCEDIMIENTOS SEMANA	PROCEDIMIENTOS MES	PROCEDIMIENTOS AÑO
Muestras de HINFP	24	7	238	1,663	6,650	79,800
Muestras de UCI	24	7	54	378	1,512	18,144
			<b>292</b>	<b>2,041</b>	<b>8,162</b>	<b>97,944</b>

Fuente: Calculo de los Investigadores.

Las condiciones generales de operación son buenas pero no se aprecia ningún tipo de control en las autorizaciones y auditoria de los exámenes facturados.

Los siguientes servicios se encuentran contratados con los mismos especialistas que los realizan con sus propios equipo bajo la modalidad de producción y participación sobre facturación en la mayoría de los casos, sin embargo dada la importancia de estos y que en la realidad son realizados por la institución hemos querido dejar la anotación como un referente de consulta.

Al respecto no vamos a entrar en detalles y solo nos limitaremos a presentar en las tablas de 31 a la 34 para los procedimientos de los servicios de cardiología, rehabilitación, alergología y gastroenterología.

#### **2.2.8. Cardiología.**

Este es un importante servicio que puede llegar a representar una verdadera ventaja competitiva.

El hospital no posee equipos básicos para realizar exámenes diagnósticos tales como: Electrocardiogramas y Ecografías

En conclusión, teniendo un mercado cautivo tan grande que significan los pacientes hospitalizados, en UCI y los de urgencias, la empresa debe explorar la posibilidad de organizar mejor su centro de imagenología y diagnostico, e inclusive mercadear los servicios a otras instituciones hospitalarias.

**Tabla 31. Capacidad Instalada Procedimientos de Cardiología.**

SERVICIO	HORAS DÍA	DÍAS SEMANA	RENDIMIENTO X HORA	RENDIMIENTO POR DÍA	PROCEDIMIENTO MES	PROCEDIMIENTO AÑO
ECOCARDIOGRAMA DE EJERCICIO 2 MODO M BIDIMENSIONAL Y DOPPLER MAS PRUEBA ERGOME	8	5	0.21	1.67	33.33	400
ECOCARDIOGRAMA MODO M	8	5	0.21	1.67	33.33	400
ECOCARDIOGRAMA MODO M BIDIMENSIONAL Y DOPPLER	8	5	0.21	1.67	33.33	400
ECOCARDIOGRAMA MODO M BIDIMENSIONAL Y DOPPLER COLOR	8	5	0.21	1.67	33.33	400
ELECTROCARDIOGRAFIA DINAMICA DE 24 HORAS HOLTER	8	5	0.04	0.33	6.67	80
ELECTROCARDIOGRAMA	8	5	1.30	10.40	208	2,496
POTENCIALES EKG Y O ELECTROCARDIOGRAFIA DE ALTA RESL	8	5	0.21	1.67	33.33	400
					381	4,576

Fuente: Calculo de los Investigadores.

## 2.2.9. Rehabilitación.

En este servicio es concluyente la necesidad de crear una unidad de rehabilitación para mejorar el apoyo de la atención y los tratamientos médicos.

**Tabla 32. Capacidad Instalada Rehabilitación.**

SALA	CAMAS	ESTANCIAS DISPONIBLES	INDICADORES DE FRECUENCIA DE USO			CANTIDADES ESTIMADAS		
			FISIOTERAPIA	TERAPIA DEL LENGUAJE	TERAPIA RESPIRATORIA	FISIOTERAPIA	TERAPIA DEL LENGUAJE	TERAPIA RESPIRATORIA
Neumología	12	4,380	0.124819140	0.101770903	200000	547	446	8,760
Infectología	12	4,380	0.124819140	0.101770903	200000	547	446	8,760
Medicina Interna Ped	12	4,380	0.124819140	0.101770903	200000	547	446	8,760
Neonatología Gral	10	3,650	0.124819140	0.101770903	200000	456	371	7,300
Sala de quemados	3	1,095	0.124819140	0.101770903	200000	137	111	2,190
Hemato oncología	6	2,190	0.124819140	0.101770903	200000	273	223	4,380
Gastroenterología	8	2,920	0.124819140	0.101770903	0.1000000	364	297	292
Nefrología	10	3,650	0.124819140	0.101770903	200000	456	371	7,300
Quirúrgica	10	3,650	0.124819140	0.101770903	200000	456	371	7,300

Medicina Interna Ped	12	4,380	0.124819140	0.101770903	200000	547	446	8,760
Cuidados Intermedios	4	1,460	0.124819140	0.101770903	300000	182	149	4,380
UCIP	6	2,190	0.124819140	0.101770903	300000	273	223	6,570
UCIN	8	2,920	0.124819140	0.101770903	300000	364	297	8,760
	113	41,245				5,148	4,198	83,512

Fuente: Calculo de los Investigadores.

## 2.2.10. Alergología

**Tabla 33. Capacidad Instalada Procedimientos Alergología.**

SERVICIO	HORAS DÍA	DÍAS SEMANA	RENDIMIENTO X HORA	RENDIMIENTO POR DÍA	PROCEDMIENTOS SEMANA	PROCEDMIENTOS MES	PROCEDMIENTOS AÑO
ALERGOLOGÍA	4	2	3	12	24	96	1,152

Fuente: Calculo de los Investigadores.

## 2.2.11. Endoscopia Digestiva

**Tabla 34. Capacidad Instalada Procedimiento Endoscopia Digestiva.**

SERVICIO	HORAS DÍA	DÍAS SEMANA	RENDIMIENTO X HORA	RENDIMIENTO POR DÍA	PROCEDMIENTOS SEMANA	PROCEDMIENTOS MES	PROCEDMIENTOS AÑO
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	4	1	1.50	6	6	24	288

Fuente: Calculo de los Investigadores.

## 2.3. ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD PRODUCTIVA

Para este análisis se utilizó la capacidad productiva total, es decir, el costeo de todas las actividades que pudiera producir el hospital si se consumiera en un 100%, añadiendo una columna de costo unitario a tarifas SOAT 2008, que son similares a las tarifas SOAT 2010 menos el 20% o las tarifas ISS 2001 más el 15%.

Dada el nivel de claridad de la información no entraremos en detalles explicativos sustanciales de las diferentes tablas por servicios.

La gran utilidad de este ejercicio está en la posibilidad real de conocer con el mayor grado de precisión la capacidad potencial que tiene el hospital con su actual

infraestructura física, técnica, tecnología y humana, para facturar y vender servicios a los principales clientes del mercado.

La sumatoria de la venta potencial de todos sus servicios se convierte en una línea de base y referente para empezar a medir el nivel de explotación de la capacidad instalada y evaluar el nivel de eficiencia de su modelo de gestión y operación.

### 2.3.1. Capacidad productiva de consulta externa

CONSULTORIO	CONSULTAS/AÑO	COSTO UNITARIO	CAPACIDAD PRODUCTIVA MES	CAPACIDAD PRODUCTIVA AÑO
CONSULTORIO 1	7,200	29,800	17,880,000	214,560,000
CONSULTORIO 2	7,200	29,800	17,880,000	214,560,000
CONSULTORIO 3	7,200	29,800	17,880,000	214,560,000
CONSULTORIO 4	7,200	29,800	17,880,000	214,560,000
CONSULTORIO 5	7,200	29,800	17,880,000	214,560,000
CONSULTORIO 6	7,200	29,800	17,880,000	214,560,000
CONSULTORIO 7	7,200	29,800	17,880,000	214,560,000
CONSULTORIO 8	7,200	29,800	17,880,000	214,560,000
CONSULTORIO 9	7,200	29,800	17,880,000	214,560,000
CONSULTORIO 10	7,200	29,800	17,880,000	214,560,000
	<b>72,000</b>		<b>178,800,000</b>	<b>2,145,600,000</b>

Fuente: Calculo de los Investigadores.

Se han tomado como referencia la atención de 10 horas diarias de 7 am a 5 pm 5 días a la semana.

### 2.3.2. Capacidad productiva de Hospitalización

SALA	ESTANCIAS DISPONIBLES	COSTO TOTAL ESTANCIA	CAPACIDAD PRODUCTIVA MES	CAPACIDAD PRODUCTIVA AÑO
Neumología	4,380	254,322.57	92,827,738.53	1,113,932,862.38
Infectología	4,380	254,322.57	92,827,738.53	1,113,932,862.38
Medicina Interna Ped	4,380	254,322.57	92,827,738.53	1,113,932,862.38
Neonatología Gral	3,650	254,322.57	77,356,448.78	928,277,385.32
Sala de quemados	1,095	254,322.57	23,206,934.63	278,483,215.60
Hemato oncología ped.	2,190	254,322.57	46,413,869.27	556,966,431.19

Gastroenterología	2,920	254,322.57	61,885,159.02	742,621,908.25
Nefrología pediátrica	3,650	254,322.57	77,356,448.78	928,277,385.32
Quirúrgica	3,650	254,322.57	77,356,448.78	928,277,385.32
Pediátrica	4,380	254,322.57	92,827,738.53	1,113,932,862.38
	34,675		<b>734,886,263.38</b>	<b>8,818,635,160.52</b>

Fuente: Calculo de los Investigadores.

El costo promedio por estancia incluye

- COSTO UNITARIO ESTANCIA \$127,010.00
- COSTO UNITARIO MEDICAMENTOS \$110,979.17
- COSTO UNITARIO INSUMOS \$ 16,333.40

Los costos promedio de medicamentos e insumos proceden del análisis de los RIPS de 2009.

#### **Costo promedio de medicamentos por estancia:**

TOTAL FACTURADO 2009	\$ 5,445,858,872
ESTANCIAS 2009	49,071
COSTO PROMEDIO POR ESTANCIA	\$ 110,979.17

#### **Costo promedio de insumos por estancia:**

TOTAL FACTURADO 2009	801,496,315
ESTANCIAS 2009	49,071
COSTO PROMEDIO POR ESTANCIA	16,333.40

### **2.3.3. Capacidad productiva de Quirófanos**

SALA	SERVICIO	PROCEDIMIENTOS AÑO	COSTO UNITARIO PROMEDIO	TOTAL CAPACIDAD PRODUCTIVA
------	----------	-----------------------	-------------------------------	-------------------------------

QUIRÓFANO 1	Cirugía programada (presencial)	960	1,200,000	1,152,000,000
QUIRÓFANO 2	Cirugía programada y de urgencia (presencial)	960	1,200,000	1,152,000,000
QUIRÓFANO 1	Cirugía de urgencia x disponibilidad	1,440	780,000	1,123,200,000
QUIRÓFANO 2	Cirugía de urgencia x disponibilidad	1,440	780,000	1,123,200,000
		<b>4,800</b>		<b>4,550,400,000</b>

Fuente: Calculo de los Investigadores.

- El costo promedio de cirugía programada es mayor que el de cirugía de urgencia.
- Este costo incluye los derechos de sala, los honorarios profesionales y los medicamentos e insumos.
- La mayoría de las cirugías de urgencia son apendicetomías y reducciones quirúrgicas de facturas.

#### 2.3.4. Capacidad productiva de Urgencias

SALA	SERVICIO	PROCEDIMIENTOS AÑO	COSTO UNITARIO PROMEDIO	TOTAL CAPACIDAD PRODUCTIVA
Observación	Cama de observación	13,440	45,000	604,800,000
Procedimientos	Sala de procedimiento	4,032	35,000	141,120,000
Reanimación	Sala de reanimación	336	150,000	50,400,000
Consultorio	Consultorio de urgencia	48,384	32,000	1,548,288,000
		<b>66,192</b>		<b>2,344,608,000</b>

Fuente: Calculo de los Investigadores.

#### 2.3.5. Capacidad productiva de Imágenes Diagnosticas

SERVICIO	PROCEDIMIENTOS AÑO	COSTO UNITARIO PROMEDIO	TOTAL CAPACIDAD PRODUCTIVA
Rayos X	10,080	45,000	453,600,000
Rayos X portátil	10,080	35,000	352,800,000
TAC	4,032	260,000	1,048,320,000
	<b>24,192</b>		<b>1,854,720,000</b>

Fuente: Calculo de los Investigadores.

### 2.3.6. Capacidad productiva de UCI

SALA	CAMAS	ESTANCIAS DISPONIBLES	COSTO TOTAL ESTANCIA	CAPACIDAD PRODUCTIVA MES	CAPACIDAD PRODUCTIVA AÑO
Cuidados Intermedios	4	1,460	842,273.05	102,476,554.30	1,229,718,651.65
UCIP	6	2,190	1,337,535.07	244,100,150.24	2,929,201,802.92
UCIN	8	2,920	1,337,535.07	325,466,866.99	3,905,602,403.89
	18	6570		672,043,571.54	8,064,522,858.46

Fuente: Calculo de los Investigadores.

**El costo promedio de estancia en UCI y Cuidados intermedios proviene de:**

COSTO UNITARIO MEDICAMENTOS	COSTO UNITARIO INSUMOS	COSTO INTERCONSULTAS	COSTO TERAPIA RESPIRATORIA	COSTO PROCEDIMIENTOS	COSTO TOTAL ESTANCIA
162,062.49	43,199.53	35,000.00	16,104.73	65,906.30	842,273.05
324,124.98	86,399.06	35,000.00	16,104.73	65,906.30	1,337,535.07

### 2.3.7. Capacidad productiva de Laboratorio Clínico

SERVICIO	PROCEDIMIENTOS AÑO	COSTO UNITARIO PROMEDIO	TOTAL CAPACIDAD PRODUCTIVA
Muestras de HINFP	79,800	15,878.08	1,267,070,669.71
Muestras de UCI	18,144	15,878.08	288,091,857.53
	97,944		1,555,162,527.25

Fuente: Calculo de los Investigadores.

**El costo promedio de muestra procesada proviene del análisis de los RIPS 2009:**

COSTO TOTAL FACTURACIÓN 2009	\$ 1,132,281,660.75
TOTAL MUESTRAS PROCESADAS	71,311
COSTO PROMEDIO	\$ 15,878.08
MUESTRAS PROCESADAS POR DÍA	195.37

### 2.3.8. Capacidad productiva de Cardiología

SERVICIO	PROCEDIMIENTOS AÑO	COSTO UNITARIO PROMEDIO	TOTAL CAPACIDAD PRODUCTIVA (\$)
ECOCARDIOGRAMA DE EJERCICIO 2 MODO M BIDIMENSIONAL Y DOPPLER MAS PRUEBA ERGOME	400	689,900.00	275,960,000
ECOCARDIOGRAMA MODO M	400	118,920.00	47,568,000
ECOCARDIOGRAMA MODO M BIDIMENSIONAL Y DOPPLER	400	264,800.00	105,920,000
ECOCARDIOGRAMA MODO M BIDIMENSIONAL Y DOPPLER COLOR	400	323,217.69	129,287,076
ELECTROCARDIOGRAFIA DINAMICA DE 24 HORAS HOLTER	80	245,640.91	19,651,273
ELECTROCARDIOGRAMA	2,496	25,982.49	64,852,299
POTENCIALES EKG Y O ELECTROCARDIOGRAFIA DE ALTA RESOLUCION	400	223,900.00	89,560,000
	4,576		732,798,648

Fuente: Calculo de los Investigadores.

### 2.3.9. Capacidad productiva de rehabilitación

SALA	CAMAS	ESTANCIAS DISPONIBLES	CANTIDADES ESTIMADAS			INGRESOS ESTIMADOS			
			FISIOTERAPIA	TERAPIA DEL LENGUAJE	TERAPIA RESPIRATORIA	FISIOTERAPIA	TERAPIA DEL LENGUAJE	TERAPIA RESPIRATORIA	TOTAL INGRESOS POTENCIALES
Neumología	12	4,380	547	446	8,760	6,844,437	5,337,782	70,538,704	82,720,923
Infectología	12	4,380	547	446	8,760	6,844,437	5,337,782	70,538,704	82,720,923
Medicina Interna Ped	12	4,380	547	446	8,760	6,844,437	5,337,782	70,538,704	82,720,923
Neonatología Gral	10	3,650	456	371	7,300	5,703,697	4,448,152	58,782,253	68,934,102
Sala de quemados	3	1,095	137	111	2,190	1,711,109	1,334,446	17,634,676	20,680,231
Hemato oncología	6	2,190	273	223	4,380	3,422,218	2,668,891	35,269,352	41,360,461
Gastroenterología	8	2,920	364	297	292	4,562,958	3,558,521	2,351,290	10,472,769
Nefrología	10	3,650	456	371	7,300	5,703,697	4,448,152	58,782,253	68,934,102
Quirúrgica	10	3,650	456	371	7,300	5,703,697	4,448,152	58,782,253	68,934,102
Medicina Interna Ped	12	4,380	547	446	8,760	6,844,437	5,337,782	70,538,704	82,720,923
Cuidados Intermedios	4	1,460	182	149	4,380	2,281,479	1,779,261	35,269,352	39,330,092
UCIP	6	2,190	273	223	6,570	3,422,218	2,668,891	52,904,028	58,995,137
UCIN	8	2,920	364	297	8,760	4,562,958	3,558,521	70,538,704	78,660,183
	113	41,245	5,148	4,198	83,512				787,184,872

Fuente: Calculo de los Investigadores.

Los costos promedio de las actividades se estimaron de los RIPS de 2009 según los siguientes datos:

Estancias 2009

49.071

CENTRO DE COSTO	VALORES FACTURADOS	CANTIDADES	COTO PROMEDIO	indicador Fr uso
FISIOTERAPIA	76,681,130.00	6,125.00	12,519.37	0.12481913961
TERAPIA DEL LENGUAJE	59,801,440.00	4,994.00	11,974.66	0.10177090338
TERAPIA RESPIRATORIA	25,034,798.06	3,109.00	8,052.36	0.06335717634
Total general	161,517,368.06	14,228.00		

### 2.3.10. Capacidad productiva de Alergología

SERVICIO	PROCEDMIENTOS AÑO	COSTO UNITARIO PROMEDIO	TOTAL CAPACIDAD PRODUCTIVA
ALERGOLOGÍA	1,152	149,142.55	171,812,217

Fuente: Calculo de los Investigadores.

**El costo promedio de procedimientos de alergología procede del análisis de los RIPS de 2009:**

CENTRO DE COSTO	VALORES FACTURADOS	CANTIDADES
ALERGOLOGÍA	\$ 67'561.575	453
Costo promedio	\$ 149,142.55	

### **2.3.11. Capacidad productiva de Endoscopia Digestiva**

SERVICIO	PROCEDIMIENTOS AÑO	COSTO UNITARIO PROMEDIO	TOTAL CAPACIDAD PRODUCTIVA
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	288	720,991.71	207,645,612

Fuente: Calculo de los Investigadores.

El costo promedio unitario incluye derechos de sala, honorarios del anestesiólogo, honorarios del endoscopista e insumos médicos.

### **2.3.12. Resumen de la Capacidad Productiva del Hospital**

En este ultimo ítem del análisis de la capacidad productiva del hospital hemos consolidado la toda la información obtenida en las tablas anteriores de manera que en la tabla 35 podemos estimar los ingresos potenciales que el hospital puede generar con la capacidad instalada y el modelo de producción actual.

El análisis lo vamos a apoyar al proyectar tres escenarios posibles para ampliar la perspectiva y el entendimiento del modelo de gestión y operación que estamos evaluando.

La tabla muestra por cada uno de los servicios, incluyendo la UCI, la capacidad total de venta de servicios en el evento en que pudiéramos tener capacidad plena, esto quiere decir que no tengamos cancelaciones de cirugías, tengamos ocupación hospitalaria del 100% y así sucesivamente.

Los escenarios posibles en los que se proyecta la producción de ingresos utilizan niveles de ocupación del 70%, 85% y 95%. Nuestra conclusión es que el hospital podría operar en un 85% de ocupación sin ningún problema y luego de los ajustes al modelo de atención y gestión de los servicios, la operación puede llegar al 95%

**Tabla 35. Ingresos potenciales del HINFP + UCI año 2010.**

INGRESOS POTENCIALES HINFP + UCI		ESCENARIOS		
SERVICIOS	CAPACIDAD TOTAL	70%	85%	95%
CONSULTA EXTERNA	2,145,600,000	1,501,920,000	1,823,760,000	2,038,320,000
HOSPITALIZACIÓN	9,293,433,673	6,505,403,571	7,899,418,622	8,828,761,989
UCI	8,064,522,858	5,645,166,001	6,854,844,430	7,661,296,716
URGENCIA	2,344,608,000	1,641,225,600	1,992,916,800	2,227,377,600
CIRUGÍA	4,550,400,000	3,185,280,000	3,867,840,000	4,322,880,000
REHABILITACIÓN	787,184,872	551,029,411	669,107,141	747,825,629
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	207,645,612	145,351,928	176,498,770	197,263,331
ALERGOLOGÍA	171,812,217	120,268,552	146,040,385	163,221,606
CARDIOLOGÍA	732,798,648	512,959,054	622,878,851	696,158,716
LABORATORIO	1,555,162,527	1,088,613,769	1,321,888,148	1,477,404,401
IMAGENOLOGÍA	1,854,720,000	1,298,304,000	1,576,512,000	1,761,984,000
<b>TOTAL</b>	<b>31,707,888,408</b>	<b>22,195,521,885</b>	<b>26,951,705,146</b>	<b>30,122,493,987</b>
<b>FACTURACIÓN MENSUAL</b>	<b>2,642,324,034</b>	<b>1,849,626,824</b>	<b>2,245,975,429</b>	<b>2,510,207,832</b>

Fuente: Calculo de los Investigadores.

Los valores de la tabla están expresados en pesos, al respecto de los resultados queremos anotar las siguientes conclusiones:

- Observamos que la capacidad productiva del hospital muestra un nivel de operación bastante significativo que ubica a la empresa dentro del sector y en su región como una empresa de mayor tamaño.

- A pesar del bajo nivel de productividad actual la empresa genera los ingresos suficientes como para mantener en equilibrio su modelo de gestión y operación actuales.
- El actual modelo de gestión y operación es ineficiente según lo demuestran las cifras anteriores, pero con pequeños ajustes se podrían obtener resultados sorprendentes en el corto plazo.
- Si la empresa profundizara en la gestión actual de los servicios y mejorara las condiciones y tarifas de contratación actual estos valores se podrían incrementar significativamente.
- Finalmente se demuestra la necesidad de estudiar la renegociación de los contratos de servicios médicos tercerizados así como los de implementar un programa de Subespecialización de los servicios y organización y apertura de 2 unidades de apoyo y rehabilitación.

#### **2.4. CARACTERÍSTICAS FINANCIERAS DE LA OPERACIÓN ACTUAL**

Al analizar la tendencia de los ingresos, costos y gastos de los últimos años, percibimos que el HINFP tiene una tendencia a reducción de ingresos que son compensados con el incremento de los ingresos de la UCI.

En esta coyuntura también lo ayuda los incrementos a los valores de la UPC-S que para este año se aumento en mayor proporción para los pacientes pediátricos.

La tabla siguiente resume los renglones totales de ingresos costos y gastos, se dejaron por fuera algunos ítems que no se relacionaban directamente con la operación y por esto las cifras no serán exactamente las registradas en los estados financieros.

**Tabla 36. Tendencia de ingresos, costos y gastos del HINFP en los últimos años**

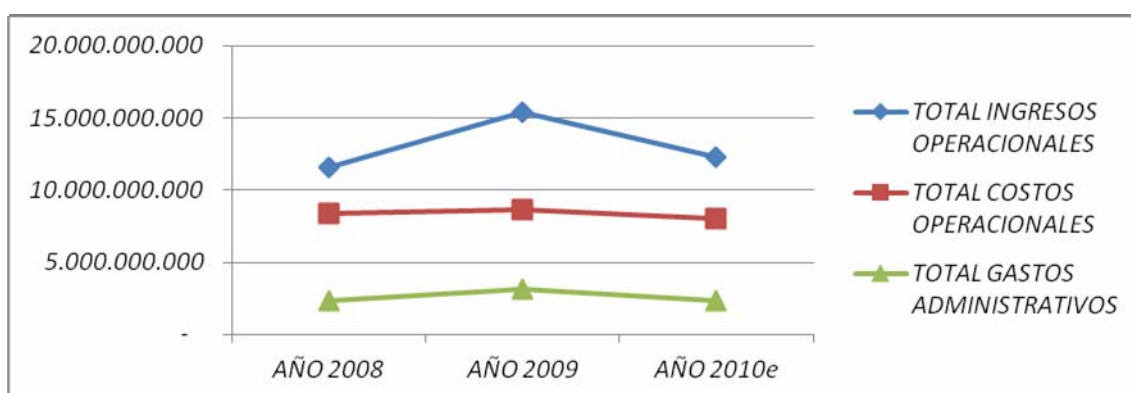
	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010 (e)
TOTAL INGRESOS OPERACIONALES	\$ 11.607.160.787,00	\$ 15.358.460.114,37	\$ 12.285.492.610,00
TOTAL COSTOS OPERACIONALES	\$ 8.334.753.184,73	\$ 8.634.383.748,32	\$ 8.010.389.586,20
TOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS	\$ 2.296.928.072,49	\$ 3.122.546.228,56	\$ 2.337.092.833,76

Fuente: Estados Financieros - Calculo de los Investigadores.

Las pendientes que muestran las líneas graficadas de la tabla hablan por sí solas y señalan de manera preocupante que la tendencia a la baja de los ingresos es muy más significativa que la de los gastos, mientras que los costos se mantienen.

Esto significa de manera muy concluyente que las ineficiencia en el modelo de gestión de servicios está afectando la operación y rentabilidad de la venta de servicios, pero por otro lado señala que los costos están en una cima donde muy posiblemente al crecer en la oferta no se afectarían y la contribución a la ecuación de rentabilidad podría ser muy atractiva por cuanto casi que se convierten en costos fijos.

En este nivel de análisis queremos aclarar que estas cifras corresponden a la información del hospital sin tener en cuenta los resultados de la UCI, ejercicio que realizamos a mas adelante y finalmente consolidamos la información de manera que el lector pueda comparar las cifras consolidadas del modelo de operación.



**Tabla 37. Tendencia de ingresos, costos y gastos de la UCI Doña Pilar en los últimos años**

	2008	2009	2010(e)
ING UCI	\$ 1.500.664.236,00	\$ 4.530.985.274,00	\$ 8.073.667.092,00
COSTOS UCI	\$ 1.385.242.450,00	\$ 4.431.425.554,79	\$ 4.102.923.369,10
GTOS UCI	\$ 53.317.462,00	\$ 328.236.005,82	\$ 400.440.278,00

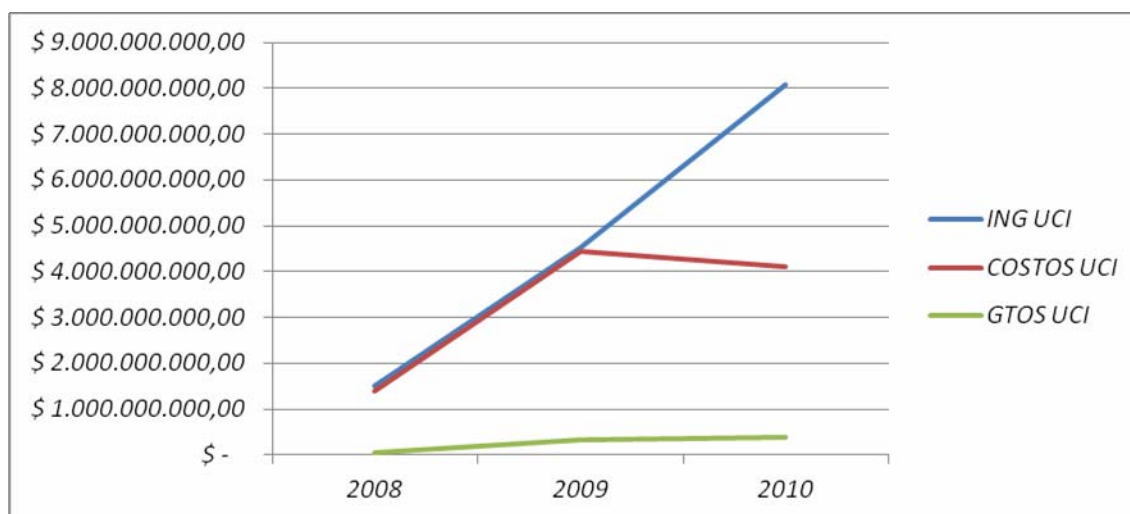
Fuente: Estados Financieros - Calculo de los Investigadores.

Muy por el contrario el comportamiento de la UCI nos muestra una tendencia de ingresos de crecimiento disparado, esto se explica a la apertura y estabilización de esta unidad estratégica de negocios que finalmente logró este año despegar en su proceso de producción sin interrupciones ni cierres de camas como ocurrió el año anterior.

La graficación de las tendencias muestran que ya los costos se estabilizan e inclusive tienen un leve descenso, esto se explica cuando apreciamos el bajísimo nivel de los gastos situación que en apariencia mostrarían unos índices de rentabilidad altísimos lo cual no es completamente cierto.

Es importante recordar que la UCI es operada administrativamente por el hospital el cual sufraga todos los gastos sin que esto se refleje en sus estados financieros, por esto las tendencias de costos y gastos no se ajustan el comportamiento real de la operación de la unidad.

Como una conclusión anticipada la UCI aun está en su proceso de maduración y necesita de este apalancamiento ya que como veremos más adelante si se independiza frente a las condiciones de mercado y a la dinámica el flujo de recursos, esta tendría serias dificultades financieras para su operación.



Ahora observaremos lo que pasa cuando consolidamos las mismas variables de ingresos costos y gastos de las dos empresas con este ejercicio nos acercamos a la

realidad operativa de la empresa a partir de los resultados financieros de su actividad diaria comparada en los últimos dos años y proyectada a 31 de diciembre de 2010.

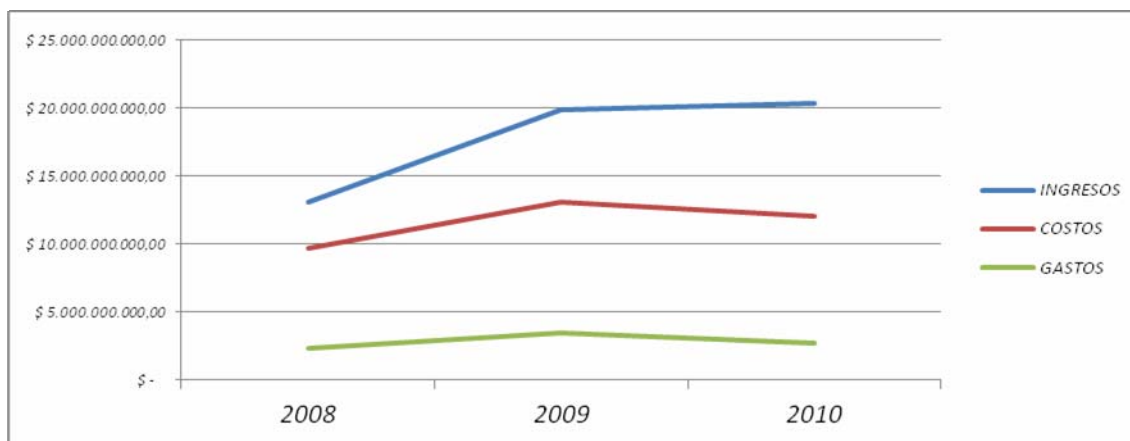
**Tabla 38. Consolidado de tendencia de ingresos, costos y gastos del HINFP y UCI años 2008 a 2010**

	2008	2009	2010 (e)
<b>INGRESOS</b>	\$ 13.107.825.023,00	\$ 19.889.445.388,37	\$ 20.359.159.702,00
<b>COSTOS</b>	\$ 9.719.995.634,73	\$ 13.065.809.303,11	\$ 12.113.312.955,30
<b>GASTOS</b>	\$ 2.350.245.534,49	\$ 3.450.782.234,38	\$ 2.737.533.111,76
<b>COSTOS Y GASTOS</b>	\$ 12.070.241.169,22	\$ 16.516.591.537,49	\$ 14.850.846.067,06

Fuente: Estados Financieros - Calculo de los Investigadores.

Lo primero que es destacable es anotar el crecimiento abultado que se muestra en los ingresos del año 2009 pero que tienden a estabilizarse e incluso a mantenerse en la proyección de 2010.

Otro aspecto lo muestran los costos consolidados en los que aprecian una tendencia de gran crecimiento en 2009 asociada a la financiación de la operación de la UCI coyuntura que en 2010 desaparece y por consiguiente disminuye y estabiliza al igual que los gastos.



En nuestra grafica de cifras consolidadas se observa claramente cómo los ingresos de la UCI han soportado la caída de los ingresos del hospital según consta en el análisis individual que estudiamos inicialmente en la tabla 36.

Sin embargo en este grafico vemos que los ingresos tienen la tendencia de mantenerse lo que nos lleva a pensar que las fallas y debilidades del modelo de producción de servicios es un riesgo para potencializar la venta de servicios y apalancar el desarrollo y crecimiento institucional.

Se concluye frente al análisis de las cifras financieras consolidadas del modelo de operación actual que es supremamente urgente intervenir este proceso organizando producción y gestión de los servicios y fortaleciendo las estrategias de mercadeo y comercialización de los servicios. Como una recomendación para atacar esta debilidad del modelo de gestión actual, la empresa debe estudiar la posibilidad de crear una unidad, cargo o gerencia, según el análisis que haga, que atienda estos tres procesos; Mercadeo, venta y contratación de servicios, facturación y control de la producción.

Siguiendo con la metodología propuesta vamos a seguir profundizando en el modelo de operación y gestión de la empresa, ya estando en el componente financiero vamos a tocar las fuentes de ingresos y financiación de la empresa.

#### **2.4.1. Caracterización de las fuentes de ingreso y financiación.**

En la tabla 39 se han clasificado las fuentes de ingresos teniendo en cuenta solamente al hospital sin la UCI. Para el efecto solo clasificamos la naturaleza de los ingresos operacionales que corresponden a la venta de los servicios y corazón misional de la empresa, seguidamente de los ingresos no operacionales donde se contabilizan rendimientos financieros, ventas de activos y donaciones, entre otros conceptos.

**Tabla 39. Tipo de ingresos 2009 2010**

DESCRIPCION	AÑO 2009	PART %	JUNIO 2.010	PART %
OPERACIONALES	15.024.485.785	94,8%	6.142.746.305	97,3%
NO OPERACIONALES	823.704.072	5,2%	171.338.921	2,7%

<b>INGRESOS</b>	<b>15.848.189.857</b>	<b>100,0%</b>	<b>6.314.085.226</b>	<b>100,0%</b>
-----------------	-----------------------	---------------	----------------------	---------------

Fuente: Estados Financieros - Calculo de los Investigadores.

La relación de los ingresos según la clasificación del objeto social muestra que cada vez más se depende estrictamente de la venta de servicios, es así como en 2009 los ingresos no operacionales fueron el 5,2% del total de ingresos y este año con corte a junio de 2010, esta relación baja casi a la mitad, es decir un 2,7%.

Por el contrario los ingresos operacionales a junio están en el 97% pero consideramos que estarán muy cercanos al 99% al cierre del año.



Ahora abordaremos en el análisis las principales fuentes de recursos de los ingresos operacionales. Este ejercicio nos permitirá saber que tanta dependencia tenemos de los diferentes segmentos de mercado y de los clientes en sí mismos.

En la tabla 40 se muestra que la fuente de los ingresos por la venta de los servicios misionales de la empresa según el segmento de mercado es la siguiente, tomando como referencia solamente el año 2009 para las dos empresas.

**Tabla 40. Tipo de ingresos según segmentos del mercado 2009**

REGIMEN	HINFP	UCI	TOTAL 2009	PART %
Asegurados	\$ 68.060.635,00	\$ 8.479.454,00	\$ 76.540.089,00	0,4%
Contributivo	\$ 168.932.139,00	\$ 219.902.410,00	\$ 388.834.549,00	2,0%
IPS	\$ 101.000.398,00	\$ 19.028.929,00	\$ 120.029.327,00	0,6%

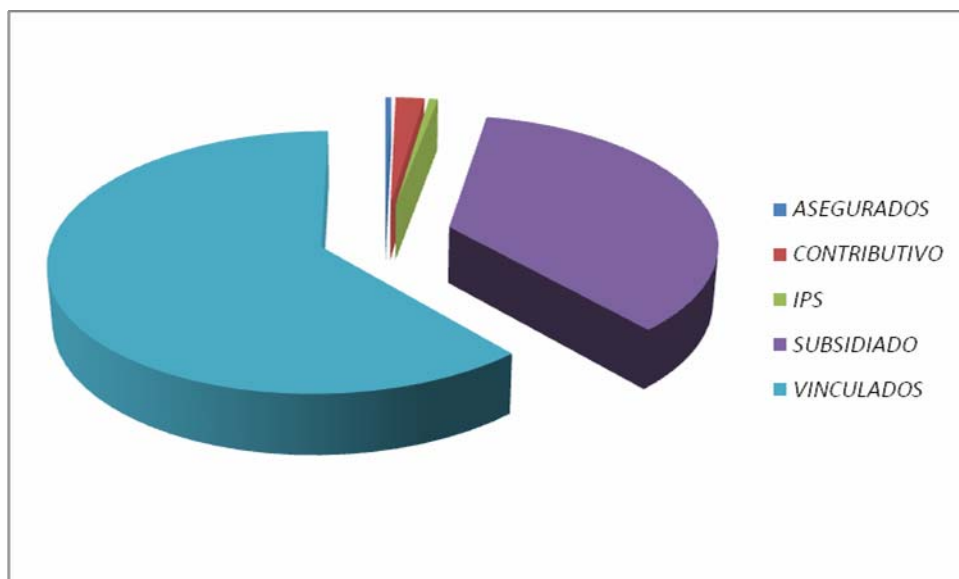
Subsidiado	\$ 4.967.068.289,00	\$ 2.051.576.500,00	\$ 7.018.644.789,00	35,6%
Vinculados	\$ 9.872.168.536,00	\$ 2.265.295.088,00	\$ 12.137.463.624,00	61,5%
<b>Total general</b>	<b>\$ 15.177.229.997,00</b>	<b>\$ 4.564.282.381,00</b>	<b>\$ 19.741.512.378,00</b>	<b>100,0%</b>
FACTURACION DIA	\$ 42.158.972,21	\$ 12.678.562,17	\$ 54.837.534,38	
FACTURACION MES			<b>\$ 1.645.126.031,50</b>	

Fuente: Estados Financieros - Calculo de los Investigadores.

El análisis nos muestra información reveladora y de gran importancia para la planeación estratégica y el ajuste al modelo de atención y de gestión de servicios, casos que hemos querido mostrar a manera de conclusiones:

- En 2009 la dependencia del mercado de vinculados para el hospital era determinante y contundente al punto que los ingresos por la facturación a los entes territoriales era de más del 60% situación que no era así en la UCI donde la facturación a estos mismos era del 50%
- El primer renglón de ingresos consolidados era entonces la facturación de los servicios a los entes territoriales Dadis y Dasalud por la atención de la población pobre no asegurada. La facturación diaria se encontraba en 54 millones de pesos.
- El segundo segmento fuente de ingresos en orden de importancia era las EPS del régimen subsidiado, entre estas y los entes territoriales se tenía el grueso de los ingresos que era más del 97% de la facturación.
- Finalmente vemos como los servicios de la UCI se proyectaron en el segmento del régimen contributivo lo que permitió sobrepasar en el 100% la facturación que se tenía como promedio en el hospital y que muestra el camino a la ampliación y mercadeo de los mismos.

#### Gráfico 10. Ingresos según franja del mercado 2009



Pasamos ahora al análisis de las fuentes de ingresos para ambas empresas en el presente año 2010 lo que permitirá irnos acercando a la realidad del mercado y desnudara las necesidades del ajuste en la política de mercadeo, modelo de atención y el diseño mismo de los servicios.

**Tabla 41. Tipo de ingresos según segmentos del mercado 2010**

REGIMEN	HINFP	UCI	TOTAL FACTURADO JUNIO 2010	PART %
ASEGURADOS	\$ 63.047.766,00	\$ 32.969.293,00	\$ 96.017.059,00	0,9%
CONTRIBUTIVO	\$ 71.284.950,00	\$ 294.320.142,00	\$ 365.605.092,00	3,5%
IPS	\$ 45.981.768,00		\$ 45.981.768,00	0,4%
SUBSIDIADO	\$ 4.719.057.679,00	\$ 2.803.970.953,00	\$ 7.523.028.632,00	72,3%
VINCULADOS	\$ 1.398.023.008,00	\$ 980.452.480,00	\$ 2.378.475.488,00	22,8%
<b>Total general</b>	<b>\$ 6.297.395.171,00</b>	<b>\$ 4.111.712.868,00</b>	<b>\$ 10.409.108.039,00</b>	<b>100,0%</b>
Facturación día	\$ 34.985.528,73	\$ 22.842.849,27	\$ 57.828.377,99	
Facturación mes			<b>\$ 1.734.851.339,83</b>	

Fuente: Estados Financieros - Calculo de los Investigadores.

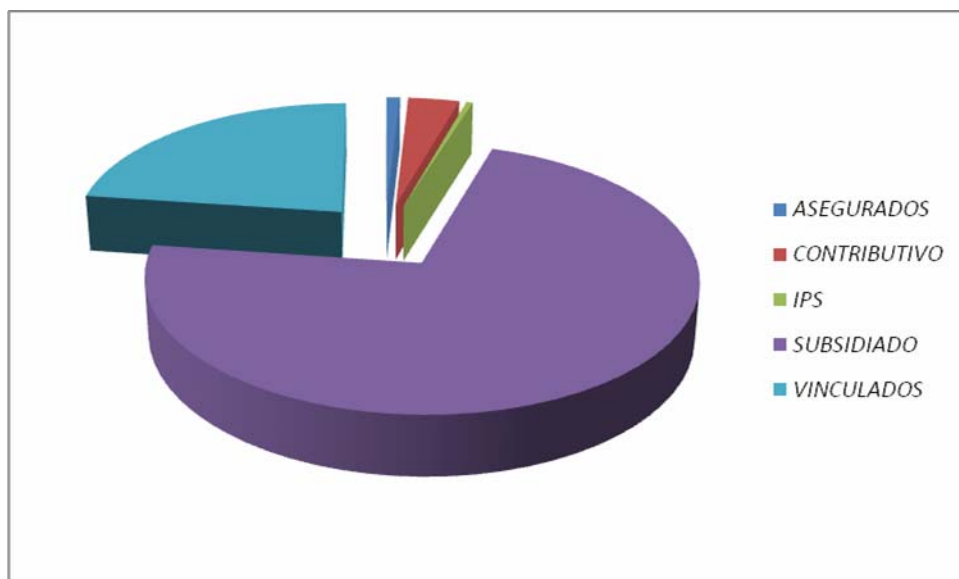
Las conclusiones más relevantes las podemos expresar de la siguiente manera:

- De 2009 a 2010 la facturación creció sólo 100 millones de pesos mensuales, lo cual equivale al incremento de las tarifas, por lo que no se percibe un esfuerzo

financiero adicional al simple crecimiento natural de la venta de servicios a expensas de ajuste tarifario.

- Vemos como en apenas 6 meses las características del mercado variaron profundamente hacia el aseguramiento lo cual se ha visto al facturar el 72% de los servicios al régimen subsidiado y quedar solo un 23% en el segmento de los entes territoriales, lo que significa el 95% del total de los ingresos.
- Al observar la relación de ingresos entre hospital y UCI vemos el repunte de esta última y un rezago relativo en la primera. La UCI está representando el 40% del total de los ingresos.
- El régimen contributivo está abriendo una ventana interesante en los cuidados críticos que debe ser explorada con mayor cuidado, la facturación el primer semestre hace pensar que se duplicaran los ingresos a estas empresas al cierre del 2010.
- El hospital está facturando \$ 1.734.851.339 mensuales, es decir el 77% del valor correspondiente al escenario del 85% de capacidad productiva y un 65% de la capacidad productiva total.
- Se hace necesario realizar ajustes al modelo de gestión financiera para que la facturación mensual se acerque a 2.300 millones mensuales, por lo menos y esto lo puede lograr el hospital si organiza el proceso y crea una unidad de mercadeo, producción y facturación de manera integral.

#### **Gráfico 11. Ingresos según franja del mercado 2010**



En la medida en que se alcanza la cobertura universal en el aseguramiento, se observa como los ingresos a expensas del régimen subsidiado de salud tienden al 100% y disminuyen los ingresos de la población llamada vinculados.

#### 2.4.2. Proyección del Punto de Equilibrio actual

Una vez analizados la estructura de los ingresos en el marco del modelo de operación, es necesario conocer la estructura de los gastos y costos. Pero antes hemos querido detenernos un poco para identificar el punto de equilibrio de la operación y de esta manera darle información al lector para que vaya reflexionando y sacando sus propias conclusiones en la medida que avanzaremos.

Para estimar el punto de equilibrio de la operación actual es necesario calcular exactamente cuánto son los gastos mensuales para determinar el nivel de ingresos requeridos, tomando en consideración que se recauda un 65% del valor facturado mensual. Los recaudos deben permitir cubrir la operación normal del hospital.

**Tabla 42. Costos y gastos de operación mensual HINFP + UCI**

ITEM	COSTOS Y GASTOS*	VALOR	Part %
Planta de Personal	Nomina	\$140.000.000	12,3%
Planta de Personal	Pila Parafiscales	\$64.000.000	5,6%
Planta de Personal	Provisiones PS	\$70.000.000	6,1%

Servicios Profesionales	Contratos MD-Turnos-Producción	\$220.000.000	19,3%
Personal Suministrado	Contratos Operativos	\$74.000.000	6,5%
Personal Suministrado	Contrato Servicios Generales	\$24.000.000	2,1%
Servicios Tercerizados	Cafetería	\$26.000.000	2,3%
Servicios Tercerizados	Lavandería	\$12.000.000	1,1%
Servicios Tercerizados	Vigilancia	\$3.000.000	0,3%
Servicios Tercerizados	Imagenología	\$35.000.000	3,1%
Servicios Profesionales	Anestesiólogos	\$30.000.000	2,6%
Servicios Tercerizados	Laboratorio	\$95.000.000	8,3%
Insumos	Insumos Administrativos	\$16.000.000	1,4%
Servicios Públicos	Servicios Públicos	\$22.000.000	1,9%
Insumos	Insumos Médicos	\$230.000.000	20,2%
Impuestos	DIAN	\$45.000.000	3,9%
Gastos Generales	Gastos financieros	\$8.000.000	0,7%
Gastos Generales	Mantenimientos	\$15.000.000	1,3%
Gastos Generales	Imprevistos	\$11.000.000	1,0%
	<b>TOTAL</b>	<b>\$1.140.000.000</b>	<b>100,0%</b>

\* Los valores son promedios históricos de los últimos 8 meses

Fuente: Estados Financieros 2009 y 2010 - Calculo de los Investigadores.

La tabla anterior muestra los promedios dispersos de los diferentes costos y gastos que posteriormente organizamos en la tabla 43 que nos ayuda al entendimiento.

Apreciamos que el 55% de los egresos corresponden al gastos de personal, seguido de la compra de insumos con el 21% y el pago de los servicios de apoyo tercerizados con el 15%.

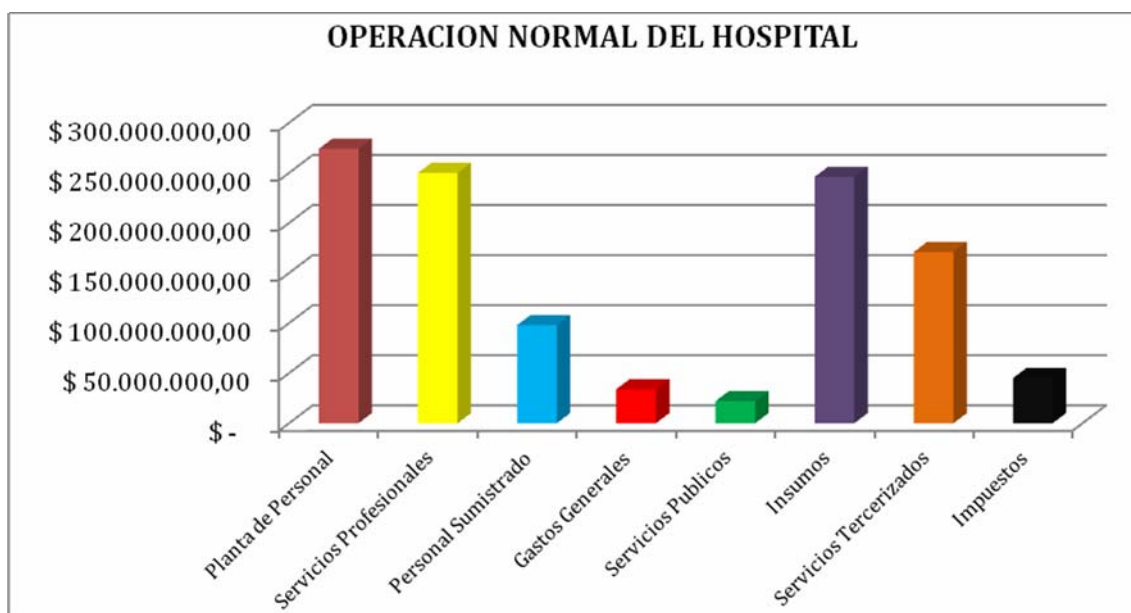
**Tabla 43. Costos y gastos mensuales consolidados HINFP y UCI**

COSTOS Y GASTOS	VALOR	%
Planta de Personal	\$ 274.000.000,00	24,0%
Servicios Profesionales	\$ 250.000.000,00	21,9%
Personal Suministrado	\$ 98.000.000,00	8,6%
Gastos Generales	\$ 34.000.000,00	3,0%
Servicios Públicos	\$ 22.000.000,00	1,9%
Insumos	\$ 246.000.000,00	21,6%
Servicios Tercerizados	\$ 171.000.000,00	15,0%
Impuestos	\$ 45.000.000,00	3,9%
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1.140.000.000,00</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Estados Financieros 2009 y 2010 - Calculo de los Investigadores.

La sumatoria de los gastos y costos no muestran una necesidad mensual de 1.140 millones de pesos lo que nos lleva a sacar algunas conclusiones sobre el actual modelo de operación:

- Se necesita facturar unos 2.200 millones mensuales (escenario de productividad del 85% de la capacidad productiva total) para recaudar unos 1.400 millones mensuales que permitan la operación normal de la institución.



**Tabla 44. Cuentas por pagar a de junio 2010**

CONCEPTOS GENERALES	HINFP	%	UCI	%	TOTAL	Part %
INSUMOS MEDICOS	\$ 3.063.472.932,86	56%	\$ 178.867.243,00	5%	\$ 3.242.340.175,86	35%
OPERACIÓN HINFP		0%	<b>\$ 2.998.388.901,00</b>	78%	\$ 2.998.388.901,00	32%
SERVICIOS MEDICOS	\$ 851.527.747,00	16%	\$ 193.780.740,00	5%	\$ 1.045.308.487,00	11%
SERVICIOS GENERALES	\$ 837.458.328,48	15%	\$ 94.650.726,00	2%	\$ 932.109.054,48	10%
CONTRATISTA	\$ 459.733.698,00	8%	\$ 357.682.194,00	9%	\$ 817.415.892,00	9%
SERVICIOS PUBLICOS	\$ 185.445.525,00	3%		0%	\$ 185.445.525,00	2%
SEGURIDAD SOCIAL	\$ 330.012,00	0%		0%	\$ 330.012,00	0%
ND	\$ 42.099.824,00	1%	\$ 72.500,00	0%	\$ 42.172.324,00	0%
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 5.440.068.067,34</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 3.823.442.304,00</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 9.263.510.371,34</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estados Financieros 2009 y 2010 - Calculo de los Investigadores.

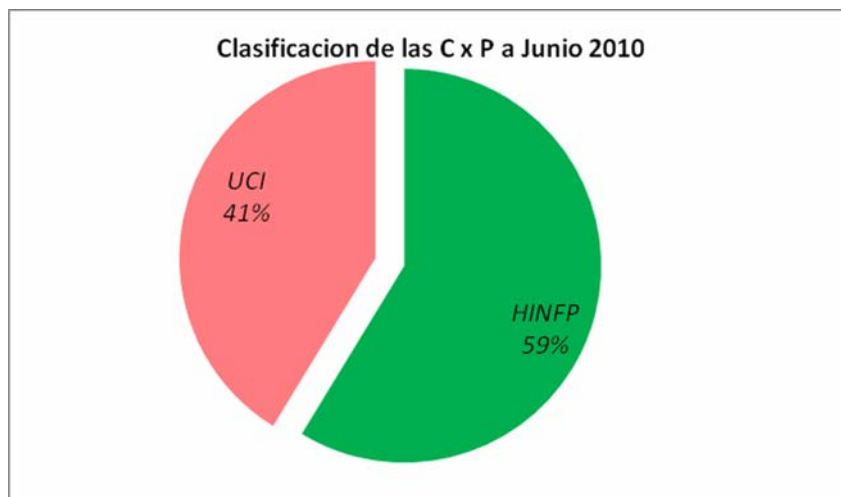
Para seguir complementando en el análisis y evaluación paralela al modelo de operación vamos a echar una mirada a la naturaleza de las cuentas por pagar que tienen ambas empresas con corte a junio de 2010.

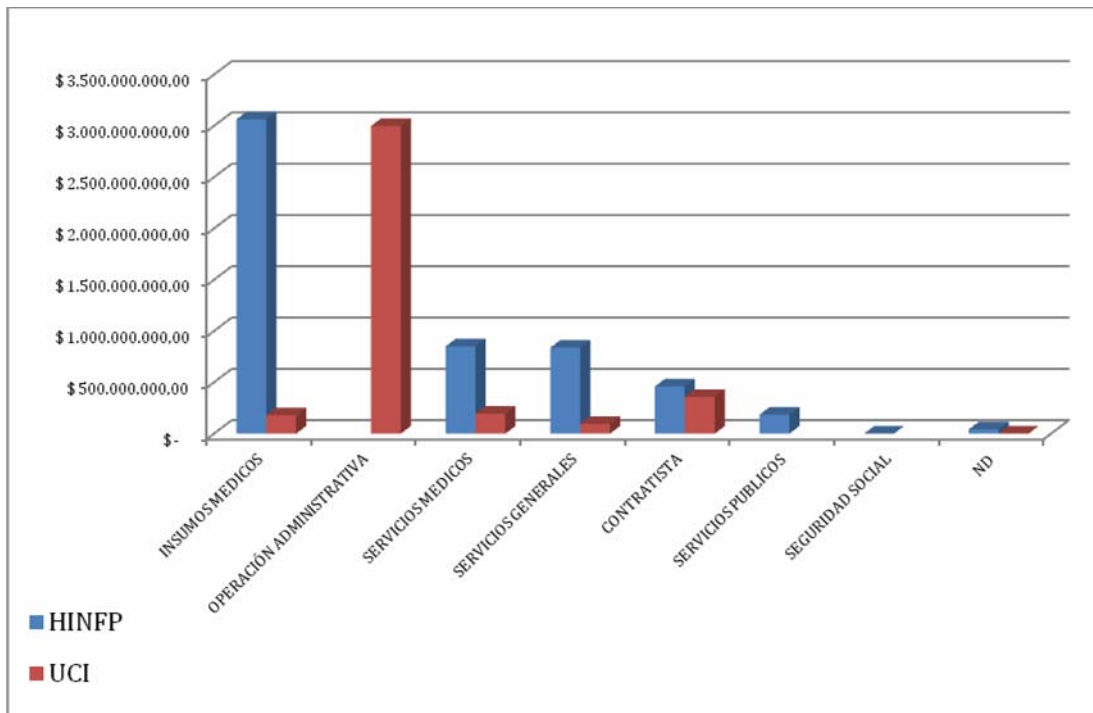
Observamos por ejemplo que el 56% de las deudas del hospital están en los proveedores de insumos mientras la UCI solo tiene el 5% ya que el hospital suministra y transfiere los materiales que esta necesita para su operación.

La deuda más grande que tiene la UCI son los gastos de la operación contabilizados contra el hospital que representan el 78% de su deuda total.

Así como se puede observar, las deudas de la UCI son el 41% y del hospital el 51.

**Gráfico 12. Cuentas por pagar a de junio 2010**





Finalmente el grafico de barras anterior nos muestra de manera más didáctica y detallada la relación de los gastos de acuerdo a cada uno de los ítems señalados y que fueron analizados anteriormente.

## **2.5. ANÁLISIS JURÍDICO DE LA OPERACIÓN**

### **2.5.1. Responsabilidades**

Sin entrar a analizar el tema de subordinación respecto a las personas jurídicas no societarias y a las presunciones establecidas en el Código de Comercio para la existencia de aquella, en lo referente a la capacidad de elegir la mayoría de miembros de la junta directiva, o de la explotación económica en el mismo sitio, bajo las directrices del mismo representante legal; en nuestra opinión, no están bien delimitadas las responsabilidades respecto las operaciones ejecutadas en desarrollo de las actividades del objeto de la Fundación Hospital Infantil Napoleón Franco y la Fundación Unidad de Cuidados Intensivos Doña Pilar.

No es suficiente en materia para limitar el alcance de la responsabilidades de las entidades señalar que la UCI, presta servicios complementarios al Hospital, sin subordinación alguna, como persona jurídica con administración y patrimonios totalmente separados; cuando en realidad se están unificando financiera y operativamente las transacciones de dichas de dichas entidades.

En el análisis de este componente legal la primera gran conclusión y con la escasa delimitación en el manejo de ambas entidades es difícil en materia jurídica determinar el nivel de responsabilidades que se pueden estar asumiendo específica o solidariamente, frente a los clientes, pacientes, proveedores, trabajadores, instituciones de inspección vigilancia y control así como con terceros.

### **2.5.2. Laboral**

Debido a la facultad para delimitar en algunas circunstancias específicas, cual es la entidad que se beneficia o a órdenes de quien labora un empleado, es previsible que se presenten en un futuro, reclamaciones de orden laboral.

No está definida, ni soportada documentalmente la relación entre la UCI y el Hospital, de tal forma que si se presenta el desarrollo de una labor, de manera personal y bajo

un esquema de subordinación, se está frente a un contrato de trabajo, el cual puede solicitarse que sea conocida como tal por un juez de la República.

La figura de contratista independiente por parte de la UCI y el Hospital, no limitaría la responsabilidad solidaria por el valor de los salarios y de las prestaciones e indemnizaciones a que tengan derecho los trabajadores por tratarse de labores que no son extrañas a las actividades normales de la empresa.

Tampoco se podría alegar la figura de simple intermediario, que establece el artículo 35 del Código Sustantivo del Trabajo, porque pese a estar desarrollando las labores de manera independiente con los recursos del contratante, no existe los contratos laborales que indiquen esta situación, incurriendo en una solidaridad laboral por las obligaciones respectivas.

Así las cosas a manera de segunda conclusión la relación que existe entre la UCI y el Hospital en materia de los contratos de prestación de servicios no garantizan ningún blindaje a ninguna de las entidades frente a los procesos laborales que puedan llegar a desprenderse en el futuro en la operación misma de la UCI.

### **2.5.3. Operaciones actuales y Posibilidad de Embargos**

No existe entre el Hospital y la UCI convenio o contrato que justifique la operación de estas transacciones, y si hubiera igualmente sería susceptible de embargo.

Las transacciones internas u operaciones financieras que se realicen entre ellas, generaran derechos u obligaciones, que se registraran en la contabilidad, y que no tienen ninguna prelación legal, o restricción para que terceros puedan perseguir los créditos activos, originados en estos hechos económicos.

Al respecto, y como los gastos y costos del Hospital, se están pagando mediante la cuenta corriente de la UCI y se contabiliza en una cuenta MERCADEO que se observa en el balance, se deben hacer algunas observaciones, la primera sobre implicaciones fiscales, y la segunda sobre la no protección, frente a terceros de los derechos generados en dichas operaciones.

Anota el tratadista Juan Carlos Jaramillo Díaz, en su obra "Entidades Sin Ánimo de Lucro- Características y aplicaciones del Régimen Tributario" que el Estado, al establecer una política de beneficios tributarios a las organizaciones sin fines de lucro, está colocando al sujeto o a la actividad destinataria de la misma en una situación de privilegio con fines esencialmente extra fiscales, los cuales se traducen en las expresiones de interés público, beneficio público y de bienestar de la comunidad. La posibilidad para colocar a la organización en una situación de privilegio se da en función de que los excedentes por ellas generados se destinen a la realización de dichos objetivos que constituyen la razón de ser de las entidades.

Es decir, que los beneficios se entienden como el monto de ingresos tributarios que el Estado tendría derecho a recibir, pero que deja de percibir por la operancia o aplicación de ventajas de carácter tributario concedidas por las leyes o normas diferentes a la del presupuesto mismo para el logro de los fines estatales.

Conforme al artículo 356 y 358 del Estatuto Tributario, el beneficio neto o excedente que generen las entidades de que trata el artículo 19 del mismo, para que goce de la calidad de exento, deben destinarse directa o indirectamente, en el año siguiente a aquel en el cual se obtuvo, a programas que desarrollen dicho objeto social y precisen que el beneficio neto o excedente generado en la no procedencia de los egresos, no será objeto del beneficio de que trata este artículo.

Precisado este aspecto, tendríamos que el abuso de las formas jurídicas con desviación de los objetivos pretendidos por el legislador, ocultando o alterando los hechos económicos con la consecuente disminución de los tributos a pagar o la defraudación a terceros, y abusando de las formas jurídicas, podría tener implicaciones frente a los administradores y a las entidades.

En repetidos casos debatidos ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, en los cuales se discutió la preeminencia de la realidad económica sobre la realidad formal, se ha apreciado que si bien la contabilidad cumplía con los requisitos de orden formal contenidos en las normas relacionadas con la materia, se comprobó que la misma no prestaba credibilidad al haber sido desvirtuada por medios probatorios

directos o indirectos permitidos por la ley. De igual forma, en numerosas sentencias se resto validez para efectos fiscales, a la celebración de contratos de arrendamiento sobre establecimientos de comercio, en los cuales el arrendatario era una persona natural perteneciente al régimen simplificado que se hacía figurar como explotador del negocio. En estos casos, luego de demostrarse que la vigencia de los contratos no sobrepasan unas cuantas semanas, con lo cual nunca se superaban los toques de ingresos exigidos a las personas naturales para pertenecer al régimen simplificado, y como quiera que se trataba de operaciones económicamente innecesarias, la empresa dueña y directa explotadora de los establecimientos de comercio fue declarada responsable de las obligaciones en materia de impuesto sobre las ventas.

El principio de prevalencia del derecho sustancial, consagrado en el artículo 228 de la CP, así como el principio contable, de esencia sobre forma, nos indica que las operaciones incorporadas en la Contabilidad como actividades de mercadeo, no corresponden a transacciones reales o demostrables, y no son más que un mecanismo para eludir el cumplimiento de un embargo.

Por otra parte, conforme al numeral 4 del artículo 681 de Código de Procedimiento Civil, se pueden adelantar embargos a un crédito u otro derecho semejante, se perfeccionara con la notificación al deudor mediante entrega del correspondiente oficio, en el prevendrá que debe hacer el pago a ordenes del juzgado en la cuenta de depósitos judiciales.

Este hecho, hace obligatorio el cumplimiento de lo dispuesto por el juez ordinario o de jurisdicción coactiva, so pena de responder por el correspondiente pago y de incurrir en multa de dos a cinco salarios mínimos mensuales, de todo lo cual se le prevendrá en el oficio de embargo.

Adicionalmente, el juez, si el deudor no efectúa el pago oportunamente, el juez puede designar un secuestre quien podrá adelantar proceso judicial para tal efecto, y frente

a los créditos de percepción sucesiva abarca los de los vencimientos posteriores a la fecha en que se decreto, y los anteriores que no hubieren sido cancelados<sup>9</sup>.

En general, y como otra conclusión se tiene que la carencia de documentos formales que sustenten la relación entre el Hospital y la UCI, dificultan la defensa o protección de los derechos de cada una de ellas, toda vez que en la contabilidad, que constituye prueba idónea, constan registros de operaciones con la intención de defraudar a los acreedores, y las eventuales implicaciones por falsedad ideológica o material en los documentos privados.

#### **2.5.4. Aspectos Penales por Obligaciones Tributarias**

Se debe dar una especial atención, al aspecto relacionado con las implicaciones penales, derivadas de la omisión del pago de las Retenciones en la fuente, por parte del Hospital con el fin de prever la responsabilidad de los administradores futuros.

El Código penal, establece en el artículo 402 que el agente retenedor que no CONSIGNE dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha fijada por el Gobierno Nacional para la presentación y pago de la respectiva declaración de retención en la fuente incurre en prisión de cuarenta y ocho (48) a ciento ocho (108) meses y multa equivalente al doble de lo no consignado sin que supere el equivalente a 1.020.000 UVT.

Este proceso solo cesa, mediante el pago total de la obligación, el acuerdo de pago celebrado no precluye la investigación, ni extingue la acción penal.

Con base a lo anterior, es conveniente que se inicie con el pago de las declaraciones de retención en la fuente a medida que se vayan generando por los nuevos periodos, y de esta manera ir limitando de esta forma, la posibilidad de nuevos procesos penales por la omisión del agente retenedor en el pago<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Concepto Jurídico de autoría del Doctor Cristian Segovia, Abogado y Contador.

<sup>10</sup> IDEM

### 2.5.5. Análisis jurídico de la UCI Doña Pilar

La ley 10 de 1990 en su capítulo tercero establece las condiciones básicas para la prestación de servicios de salud por parte de las personas privadas, las que se definen en sus artículos 20 y 21 que nos permitimos transcribir a continuación.

ARTICULO 20. REQUISITO ESPECIAL PARA EL RECONOCIMIENTO DE PERSONERÍA JURÍDICA. Es condición esencial para el reconocimiento de personería jurídica a las instituciones o fundaciones de utilidad común y a las corporaciones o asociaciones, sin ánimo de lucro, cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud, que la entidad que se pretenda organizar, reúna las condiciones de calidad tecnológica y científica para la atención médica, de suficiencia patrimonial y de capacidad técnico-administrativa, que previamente determine el Gobierno Nacional.

ARTICULO 21. <DOCUMENTACIÓN REQUERIDA - ENTES SIN ANIMO DE LUCRO>. Todas las instituciones o fundaciones de utilidad común y las corporaciones o asociaciones, sin ánimo de lucro, cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud, deberán aportar dentro del año siguiente a la determinación de que trata el artículo precedente, en la forma que señale el reglamento, la documentación correspondiente, se configurará causal de disolución y liquidación y se ordenará la cancelación de la personería jurídica respectiva.

Estos artículos fueron reglamentados por el decreto 1088 de 1991 que es preciso citar textualmente para inducir directamente al análisis desde la fuente.

ARTÍCULO 2° del subsector privado del sector salud en el nivel seccional. El subsector privado del sector salud en el nivel seccional estará conformado por:

1. Las fundaciones o instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, o las dependencias de éstas, que presten servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención en la jurisdicción departamental, intendencial o comisarial.

ARTÍCULO 10. De la prohibición de ofrecer servicios. Ninguna institución del subsector privado del sector salud, puede ofrecer servicios sin antes haber obtenido el reconocimiento de personería jurídica y la autorización sanitaria de funcionamiento, en el caso en que esta última sea requerida, conforme a lo previsto en la Resolución 2810 de 1986, expedida por el Ministerio de Salud o en las normas legales que la modifiquen o sustituyan.

ARTÍCULO 13. De las fundaciones o instituciones de utilidad común. Conforme a la Ley 10 de 1930 las fundaciones o instituciones de utilidad común, esto es, las personas jurídicas surgidas por la exclusiva iniciativa privada mediante la destinación de un patrimonio, forman parte del subsector privado del sector salud cuando se dediquen a la atención, sin ánimo de lucro, de servicios de salud en los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación a la comunidad en general, conforme a la voluntad de los fundadores.

ARTÍCULO 17. De la calidad de persona jurídicas. De conformidad con la Ley 10 de 1990, la existencia como personas jurídicas de las fundaciones o instituciones de utilidad común y asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro que presten servicios de salud, se prueba con el acto de autoridad competente que legalmente le reconoce tal calidad.

## SECCIÓN II

### DEL RECONOCIMIENTO DE PERSONERÍA JURÍDICA.

ARTÍCULO 18. De la competencia en el nivel nacional. La función de reconocer personería jurídica a las fundaciones o instituciones de utilidad común y asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro que tengan por finalidad el fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, dentro de la jurisdicción de más de un departamento o intendencia o comisaría o en todo el territorio nacional, corresponde al Ministro de Salud.

ARTÍCULO 19. De la competencia en el nivel seccional y el distrito especial de Bogotá. La función de reconocer personería jurídica a las fundaciones o instituciones de utilidad común y asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro que tengan por finalidad el fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, dentro de la Jurisdicción de un departamento o del Distrito Especial de Bogotá, corresponde al respectivo Gobernador o al Alcalde Mayor de Bogotá, D. E., a través del organismo de dirección del sistema de salud.

ARTÍCULO 20. De las condiciones para el reconocimiento de personería jurídica. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 10 de 1990 es condición esencial para el reconocimiento de personería jurídica a las fundaciones o instituciones de utilidad común y a las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, cuyo objeto sea la prestación del servicio de salud, que las entidades que se pretendan organizar, reúnan las condiciones de calidad tecnológica y científica para la prestación del servicio de suficiencia patrimonial y de capacidad técnico-administrativa, previstas en la ley y en este Decreto.

ARTÍCULO 21. De la capacidad técnico-administrativa. La capacidad técnico-administrativa a que se refiere el artículo 20 de la Ley 10 de 1990, deberá apreciarse por la autoridad competente, en cada caso, con base en el estudio de factibilidad de que trata el presente Decreto y teniendo en cuenta los recursos humanos instrumentos, equipos y la organización administrativa de la entidad, conforme a los objetivos específicos de la institución.

#### **EN CONCLUSIÓN:**

- La fundación UCI Doña Pilar para su creación debió ser reconocida su personería jurídica por la Secretaría Departamental de Salud o por la Gobernación de Bolívar.

- Si atiende pacientes de varios departamentos su reconocimiento lo hace directamente el MPS
- No es competencia de la Cámara de comercio otorgar personería jurídica a las IPS tipo Fundación
- Existe vicios de nulidad de la personería jurídica. O sea puede ser considerada como que NO EXISTE JURÍDICAMENTE.

Esta es una situación transversal que se aplica a todas las fundaciones del país y que denota un vacío jurídico que es el gobierno nacional quien debe subsanar mediante una ley o decreto reglamentario.

En resumidas cuentas la UCI fue reconocida como prestador por el ministerio de la protección social y por la superintendencia nacional de salud al aprobar su registro y recibir los informes y reportes legales.

## **RECOMENDACIONES**

Con las limitaciones propias originadas en el no conocimiento total de la administración, y realidades financieras, nos permitimos exponer algunas conclusiones y efectuar las siguientes recomendaciones.

### **2.5.6. Recomendaciones jurídicas**

1. Celebrar un contrato de operación entre el Hospital y la UCI, que permitan definir el negocio jurídico entre las entidades, y poder soportar al menos parcialmente, el manejo de los recursos por parte de la UCI.
2. Celebrar un contrato de mandato, para la administración de los recursos bien sea a través de un encargo fiduciario en el cual hay entrega de bienes, mas no transferencia de propiedad, con el propósito que este cumpla con ellos una finalidad específica, bien sea en beneficio del fideicomitente o de un tercero; o

sin encargo fiduciario, el cual sería más económico, pero con menos compromiso a nivel administrativo para su cumplimiento.

3. El registro de las operaciones, debe estar soportado documentalmente de manera adecuada, de tal forma que se pueda establecer a nivel probatorio, el origen de los derechos de cada entidad, y no pueda alegarse simulación de los mismos.
4. Si bien a nivel procesal, frente a reclamaciones de orden laboral o civil, se puede restringir medianamente la responsabilidad de las instituciones; en la práctica se da una unidad de administración y financiera, lo que puede generar una eventual solidaridad o que se persigan los recursos, representados en derechos o créditos en la otra entidad.

Es claro, que la principal restricción para la independencia o unificación de las operaciones del Hospital y la UCI, se debe al flujo de recursos y a las limitaciones del manejo de los mismos por los embargos existentes, pero sería conveniente, tratar de sanear las operaciones, mediante la designación como operador del Hospital, por parte de la UCI, mientras se mejoran los indicadores financieros y adquiere una mayor liquidez las entidades.

#### **2.5.7. Análisis de procesos jurídicos activos**

En el curso de la auditoria de campo para la recolección de información nos hemos percatado de una serie de procesos jurídicos que cursan en los diferentes juzgados de la ciudad de Cartagena en contra de la empresa, al analizar un poco más de cerca cada uno de estos procesos se estimó necesario e igualmente importante realizar un análisis de estas demandas en vista que su número y cuantía son significativas y representan un gran riesgo para la operación presente y futura de la empresa.

Se han identificado un total de 13 procesos jurídicos activos en contra de la empresa que cursaban con corte al 30 de junio, de los cuales 11 son procesos laborales que representan el 85% y dos son procesos de responsabilidad civil extracontractual.

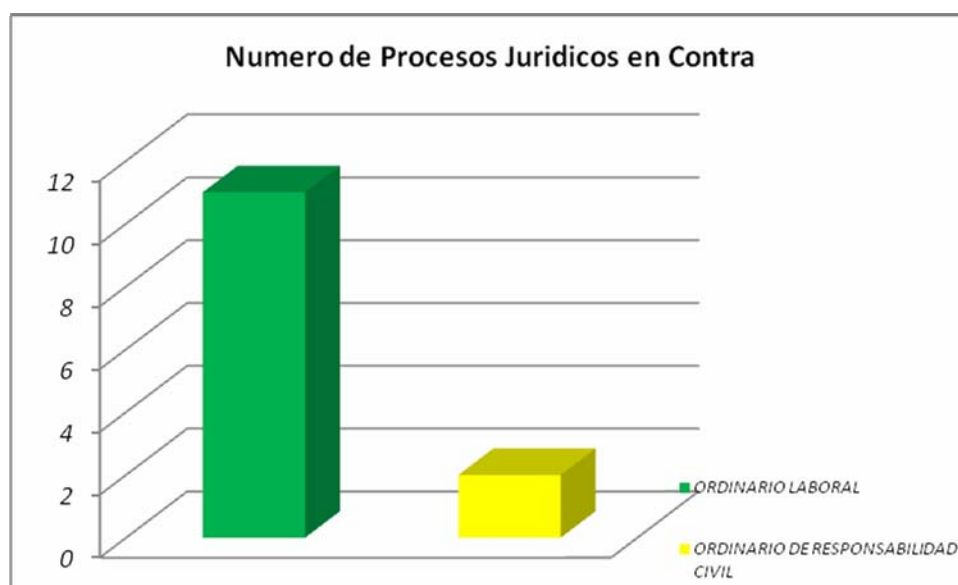
**Tabla 45. Consolidado de procesos jurídicos contra el HINFP a junio de 2010**

TIPO DE PROCESOS	N°	%	CUANTIA	%	PROMEDIO AÑOS
ORDINARIO LABORAL	11	85%	\$ 3.290.000.000	72%	2,36
ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL	2	15%	\$ 1.300.000.000	28%	2,00
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 4.590.000.000</b>	<b>100%</b>	<b>2,31</b>

Fuente: Informes Jurídicos – análisis de los Investigadores.

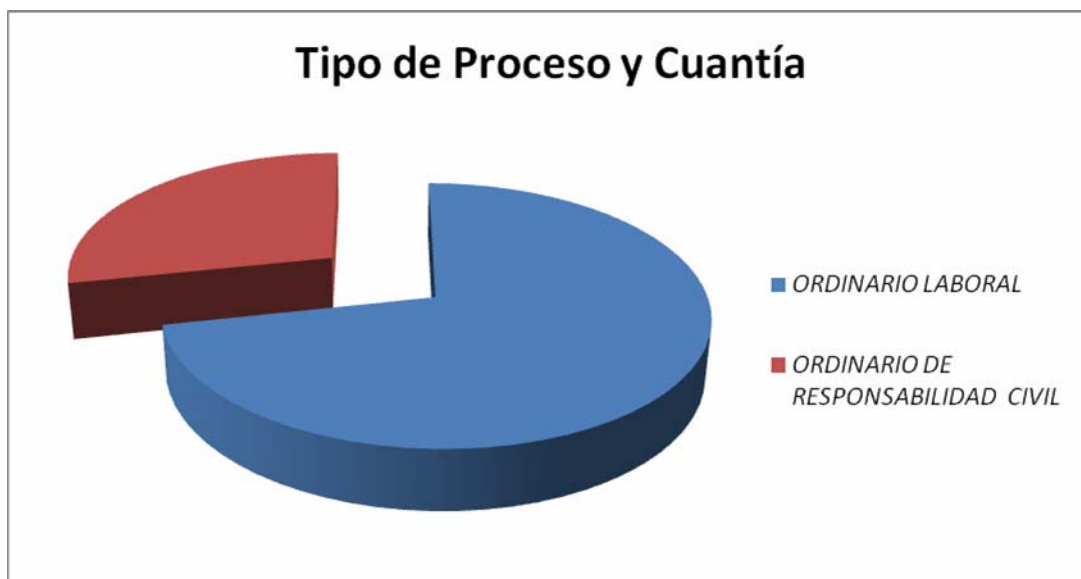
Referentes a estos procesos sus cuantías son muy variadas, pero los cálculos estimados por el doctor Manuel Belisario Romero, abogado de la empresa, de acuerdo a las pretensiones de los demandantes ascienden a la suma de 4.590 millones de pesos.

**Gráfico 13. Distribución de procesos jurídicos contra el HINFP**



De otro lado teniendo en cuenta la fecha de radicación de las demandas la mayoría de los procesos son nuevos es decir apenas si sobrepasan los 2 años y se encuentran en sus primeras etapas procesales.

Es importante anotar que todos los procesos son en contra de la fundación hospital infantil Napoleón Franco Pareja, en contra de la UCI Doña Pilar no se encontró ninguna acción jurídica.



Se puede establecer también que en promedio los procesos laborales son de 299 millones de pesos cada uno, teniendo en cuenta que varios de ellos fueron presentados por grupos de trabajadores de la empresa, así mismo el promedio de los dos procesos de responsabilidad civil extracontractual es de 650 millones de pesos cada uno.

Si bien es cierto la juventud de la mayoría de estos procesos genera cierta tranquilidad en el corto plazo, es muy importante que se analicen detenidamente la tasa de éxito de cada uno de estos casos, lo anterior por cuanto una vez se produzca un fallo en uno o dos años para los casos laborales, la suma de las pretensiones se podrían llegar a duplicar.

Llama la atención que uno de estos casos tiene que ver con un proceso de casación en contra de un proceso ganado por el hospital en contra del sindicato de los trabajadores sobre la convención colectiva de trabajo.

A continuación hemos realizado un compendio de todos los procesos jurídicos donde se detallan grosso modo el tipo, naturaleza, cuantía y estado del mismo, este cuadro nos ayudará a tener una visión mucho más objetiva sobre los riesgos que cada uno de estos procesos representan para la operación y viabilidad de la empresa en el corto mediano y largo plazo.

**Tabla 46. Compendio de los procesos jurídicos activos en contra de la empresa**

Nº	DEMANDANTE	REFERENCIA	JUZGADO	RADICACION	CUANTIA	ESTADO
1	ANA VILLADIEGO DE PAJARO	ordinario laboral	primero laboral del circuito de Cartagena	00522/2009	70 millones	Todas las pruebas decretadas dentro de este proceso han sido practicadas por lo que se cierra el debate probatorio. Se fija fecha para la tercera audiencia de juzgamiento el día 30 de junio de 2010 a las 5:00 pm.
2	JUDITH DEL SOCORRO FUNIELES VERGARA	ordinario laboral	primero laboral del circuito de Cartagena	00206/2007	90 millones	El Hospital Infantil Napoleón franco pareja fue condenado a pagar a favor de la señora Judith Funieles Vergara, la indemnización por despido injusto a que se hace acreedora en cuantía de tres millones ochenta y ocho mil quinientos treinta y cinco pesos con trece centavos (\$3.088.535.13); el día 16 de junio se envió al tribunal superior sala laboral para que surta el recurso interpuesto por los apoderados.
3	DAYIRIS FRIAS DE RODELO	ordinario laboral	primero laboral del circuito de Cartagena	296/2009	70 millones	Se solicitó aplazamiento de la audiencia dado a la renuncia del representante legal del hospital. De todas maneras nos haremos presencia en la misma. Se señaló nueva fecha de audiencia el día 5 de octubre de 2010 a las 9:00 am para llevar a cabo audiencia obligatoria de conciliación
4	JULIA CRISTINA JARAMILLO	ordinario laboral	primero laboral del circuito de Cartagena	00172/2009	70 millones	Se señala el día 7 de julio de 2010 a las 10:30 am para llevar a cabo audiencia obligatoria de conciliación, de decisión de excepciones previas saneamiento y fijación del litigio.
5	MARTHA INES CASTRO CASTILLO CON 70 TRABAJADORES	ordinario laboral	segundo laboral del circuito de Cartagena	0123/2007	1.500 millones	El juzgado segundo laboral informa que la Dra. Ledys Rodelo Vásquez, secretaria de la sala laboral presento escrito por medio del cual solicita se le devuelva el presente proceso por estar pendiente el trámite de un recurso extraordinario de casación; y el 20 de abril de 2010 el juzgado devuelve el presente proceso al superior.
6	ELIZABETH LOPEZ RIVAS	ordinario laboral	Cuarto laboral del circuito de Cartagena	416/2005	200 millones	Se han dictado medidas de aseguramiento procesal en contra de la actora, para lo de su competencia ya que ese proceso se encuentra en apelación en esa judicatura, mediante oficio no. 817 de fecha 29 de mayo de 2007 del juzgado cuarto laboral del circuito de Cartagena. El fallo de primera instancia fue favorable a la parte demandante, fue apelado y se encuentra en el tribunal. El fallo de segunda instancia se encuentra suspendido en espera del resultado del proceso penal, cuya providencia favorable al hospital se encuentra en apelación.
7	JESABEL VILLADIEGO ROJAS	ordinario laboral	Séptimo laboral del circuito de	000362/2009	70 millones	Se señaló el día 1 de julio de 2010 a las 10:30 am para llevar a cabo audiencia obligatoria de conciliación, decisión de excepciones previas, de saneamiento y fijación del litigio.
8	LUIS CARLOS PAJARO RAMOS Y/O MILEYDIS PAJARO RAMIREZ	ordinario de responsabilidad civil extracontractual	sexto laboral del circuito de Cartagena	0092/2007	600 millones	En la audiencia de conciliación el 11 de agosto del año 2008 como el juzgado después de haber hecho una propuesta de que se cancelaran \$100.000.000, no hubo ánimo conciliatorio.
9	MIRELYS DEL CARMEN TARRA LOPEZ		sexto laboral del circuito de Cartagena	0136/2003	70 millones	El tribunal superior de la sala laboral fijó fecha para audiencia de juzgamiento el día 20 de octubre de 2010.
10	YOLANDA PATERNINA CORREA Y OTROS	ordinario laboral	sexto laboral del circuito de Cartagena	0243/2009 Libro 14 Folio 151	990 millones	Se señaló el día 29 de junio de 2010 a las 8:15 am para que tenga lugar la audiencia obligatoria de conciliación de decisión de excepciones previas de saneamiento y fijación del litigio.
11	CARLOS VIANA GUERRERO	ordinario laboral	séptimo laboral del circuito de Cartagena	00223/2008	90 millones	Se señala para el día 22 de junio de 2010 a las 2:30 pm la tercera audiencia de trámite, en el cual se llevara a cabo los testimonios de los señores Jorge González, parte demandante y Hernando Pinzón parte demandada
12	ANGELA ANAYA DE MUÑOZ	ordinario laboral	octavo laboral del circuito de Cartagena	099/2009 FOLIO 341 LIBRO 14	70millones	Se tiene por contestada la demanda por las demandadas dentro del término de ley. Se tiene a la Dra. María Cristina Trouchon Miranda como apoderada de la demandada instituto de seguros sociales en los términos y fines conferidos. Se tiene al Dr. Manuel Belisario Romero como apoderado de la demandada en los términos y fines conferidos. Se señala el día 24 de junio de 2010 a las 8:30 am para llevar a cabo audiencia obligatoria de Conciliación decisión de excepciones previas, saneamiento y fijación del litigio.
13	MINERVA TORRES MARTINEZ	ordinario de responsabilidad civil extracontractual	quinto civil del circuito de Cartagena	216/2009	700millones	Se fijó el día 30 de septiembre del año 2010 a las 9:00 am para llevar a cabo la audiencia de conciliación de que trata el art. 101 del c.p.c., dentro del presente proceso.

Fuente: Informes Jurídicos – análisis de los Investigadores.

## **2.6. ANÁLISIS DE PERSONAL**

De los componentes de análisis uno que más llama la atención es el de la gestión y administración de los recursos humanos de la institución donde consideramos se encuentra una de las mayores debilidades y riesgos, por este motivo hemos tratado de profundizar en el conocimiento de la estructura y naturaleza de este proceso.

Es tan delicado este factor que acabando de analizar el componente de los procesos jurídicos del hospital, es fácil y sustentable concluir el nivel de desorganización, planeación y control del recurso humano cuando vemos el 85% de los procesos en contra de la entidad son de carácter laboral.

El análisis de los recursos humanos ha sido una tarea muy compleja ya que cuando empezamos a mirar la calidad de los expedientes nos encontramos que de cada 10 folders revisados 8 estaban desactualizados de tal manera que se hizo necesario realizar una encuesta personalizada con todos y cada uno de los trabajadores activos, es decir que estaban prestando sus servicios durante el mes comprendido entre el 15 de junio y el 18 de julio. A partir de los resultados obtenidos y de los archivos magnéticos de la oficina de recursos humanos hemos construido la presente información.

### **2.6.1. Tipo de Vinculación**

Comenzaremos el análisis con la tabla número 47 que relaciona el personal activo vinculado a la institución de acuerdo al tipo de contratos y según el área de trabajo donde se está desempeñando.

Al respecto hay que hacer dos aclaraciones, la primera tiene que ver con que la información presentada consolida los trabajadores de las dos empresas, eso es, hospital más UCI. La segunda se refiere a que tanto en el área administrativa como en el área de producción o prestación de servicios médicos encontramos trabajadores comunes que laboran por turnos o según una determinada responsabilidad, estos no suman los 13 trabajadores sin embargo lo resaltamos de manera preventiva.

**Tabla 47. Recurso humano según tipo de vinculación**

Área de Trabajo	Tipo de Contrato	Total	Part %
ADMINISTRATIVA	APRENDIZAJE	3	10%
	INDEFINIDO	14	45%
	OPS	2	6%
	TERMINO FIJO	1	3%
	TRABAJADOR EN MISION	11	35%
<b>Total ADMINISTRATIVA</b>		<b>31</b>	<b>100%</b>
PRODUCCION	INDEFINIDO	10	50%
	OPS	1	5%
	TRABAJADOR EN MISION	9	45%
<b>Total PRODUCCION</b>		<b>20</b>	<b>100%</b>
SERVICIOS GENERALES	INDEFINIDO	3	18%
	OPS	1	6%
	TRABAJADOR EN MISION	13	76%
<b>Total SERVICIOS GENERALES</b>		<b>17</b>	<b>100%</b>
SERVICIOS MEDICOS	CONTRATO SERVICIOS	3	1%
	INDEFINIDO	69	32%
	OPS	68	31%
	TRABAJADOR EN MISION	78	36%
	VERBAL	1	0%
<b>Total SERVICIOS MEDICOS</b>		<b>219</b>	<b>100%</b>
SIN INFORMACION	INDEFINIDO	4	67%
	TRABAJADOR EN MISION	2	33%
<b>Total SIN INFORMACION</b>		<b>6</b>	<b>100%</b>
<b>Total general</b>		<b>293</b>	

Fuente: Oficina de Recursos Humanos – Encuesta de los Investigadores.

Las dos empresas tienen laborando un total de 293 personas que hemos identificado en las diferentes áreas a saber; administrativa, producción, servicios generales, y servicios médicos.

Donde más trabajadores se observan es el área de los servicios médicos con 219 personas vinculadas de las cuales 69 tienen contratos indefinidos y el resto tiene otras formas de contratación.

En cuanto a los servicios generales encontramos 17 personas la mayoría de las cuales son de aseo.

En la tabla 48 podemos identificar las empresas a través de las cuales se encuentran vinculados la mayoría de trabajadores.

Tenemos por ejemplo que a través del mismo hospital se encuentran vinculadas 160 personas de las cuales 110 son de la planta de personal directo y el resto está contratado por término definido y contratos de participación por producción, todos estos de médicos y especialistas, le sigue la empresa de temporales Promopersonal que suministra unos 97 personas.

**Tabla 48. Distribución del personal por empresa que suministra y contrata**

<b>Empresa</b>	<b>HINFP</b>	<b>UCI</b>	<b>Total general</b>	<b>Part %</b>
COOANESBOL	3	0	3	1%
HINFP	160	0	160	55%
KSC	2	0	2	1%
PROMOPERSONAL	55	42	97	33%
SANEAMIENTO GLOBAL	8	1	9	3%
SENA	2	1	3	1%
UCI DOÑA PILAR	0	19	19	6%
<b>Total general</b>	<b>230</b>	<b>63</b>	<b>293</b>	<b>100%</b>
	<b>78%</b>	<b>22%</b>	<b>100%</b>	

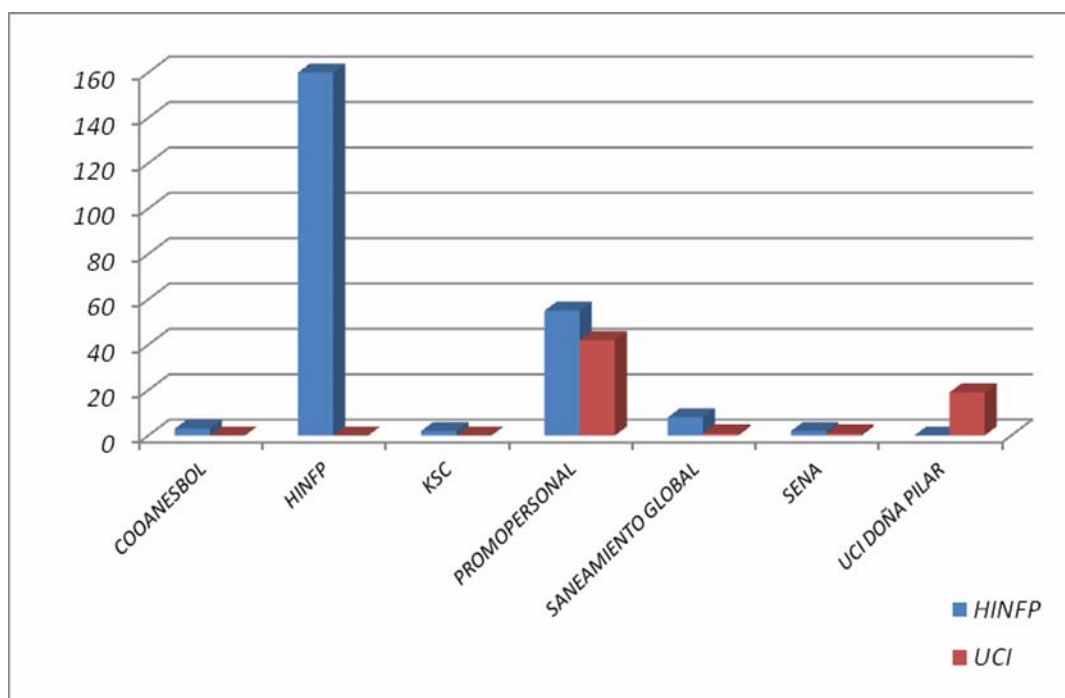
Fuente: Oficina de Recursos Humanos – Encuesta de los Investigadores.

Al final de la tabla podemos notar que 230 personas se encuentran prestando servicios al hospital y 63 más a la UCI Doña Pilar, lo que representa proporcionalmente el 78% y 22% respectivamente.

El número total de trabajadores vinculados por el hospital representa el 55% de toda la población laborante, el 6% la UCI y el 33% lo suministra Promopersonal para un 94%.

No logramos saber el dato exacto de trabajadores que se emplean a través de los servicios tercerizados pero extraoficialmente sabemos que el laboratorio tiene regularmente 14 empleados incluidos los de turno, imagenología maneja 6 y saneamiento global unos 9, esto significa aproximadamente 29 trabajadores.

**Gráfico 14. Distribución del personal según empresa que contrata y suministra**



**Tabla 49. Distribución del personal según áreas de trabajo.**

Área de Trabajo	Total	Part %
ADMINISTRATIVA	31	11%
PRODUCCION	20	7%
SERVICIOS GENERALES	17	6%
SERVICIOS MEDICOS	219	75%
SIN INFORMACION	6	2%
<b>Total general</b>	<b>293</b>	<b>100%</b>

Fuente: Oficina de Recursos Humanos – Encuesta de los Investigadores.

**Gráfico 15. Distribución del personal según áreas de trabajo**



75% del personal está dedicado a la producción de servicios asistenciales y 25% a la operación.

## 2.6.2. Nivel de Formación

La encuesta nos permitió conocer el nivel de formación de la masa de trabajadores vinculados a la empresa, información que compartimos en la tabla 50 a continuación.

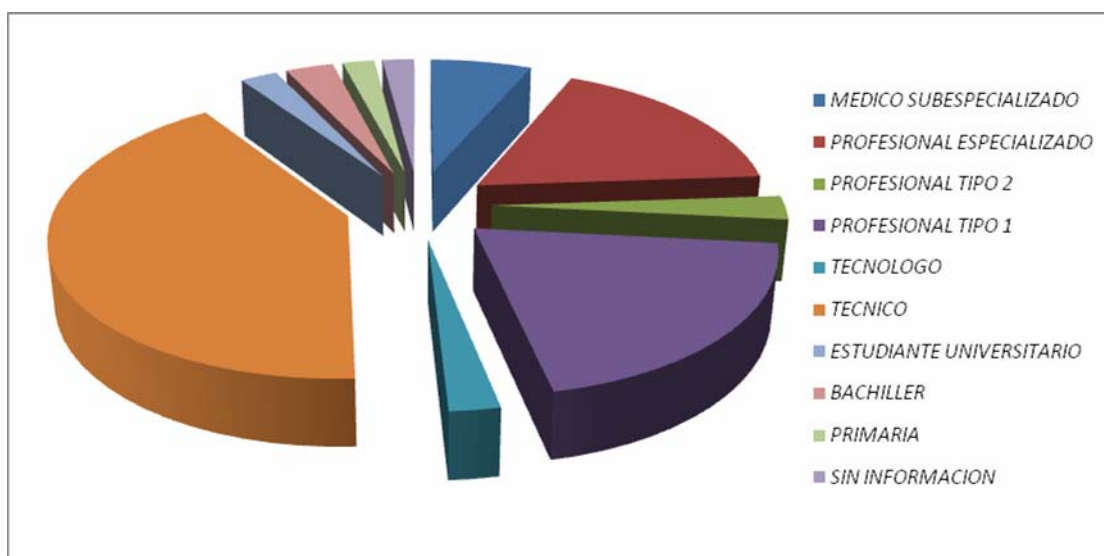
**Tabla 50. Personal según nivel de formación**

Nº	NIVEL DE FORMACION	Total	Part %
1	MEDICO SUBESPECIALIZADO	19	6,5%
2	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	51	17,4%
3	PROFESIONAL TIPO 2	8	2,7%
4	PROFESIONAL TIPO 1	59	20,1%
5	TECNOLOGO	7	2,4%
6	TECNICO	121	41,3%
7	ESTUDIANTE UNIVERSITARIO	7	2,4%
8	BACHILLER	9	3,1%
9	PRIMARIA	6	2,0%
10	SIN INFORMACION	6	2,0%
	<b>Total general</b>	<b>293</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Oficina de Recursos Humanos – Encuesta de los Investigadores.

Los datos más llamativos nos muestran el número de subespecialistas y especialistas que son 70 trabajadores correspondientes al 24% de la población total. De otra parte tenemos que la población más numerosa son los de nivel técnicos con 121 que representan el 41%.

**Gráfico 16. Personal según nivel de formación**



### 2.6.3. Escala Salarial Actual

Con la información obtenida sobre los ingresos reales percibido en promedio por cada uno de los trabajadores y sus niveles de formación hemos construido la tabla de escala salarial, herramienta importante que nos lleva a conocer el nivel de remuneración general de la empresa.

**Tabla 51. Salario promedio según nivel de formación**

N	NIVEL DE FORMACION	SALARIO PROMEDIO
1	BACHILLER	\$ 569.375,00
2	TECNOLOGO	\$ 606.266,67
3	TECNICO	\$ 780.316,02
4	PROFESIONAL - PARAMEDICO	\$ 1.492.113,64
5	PROFESIONAL – ADMINISTRATIVO	\$ 1.759.125,00
6	PROFESIONAL MEDICO	\$ 2.833.120,00
7	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	\$ 4.024.577,62

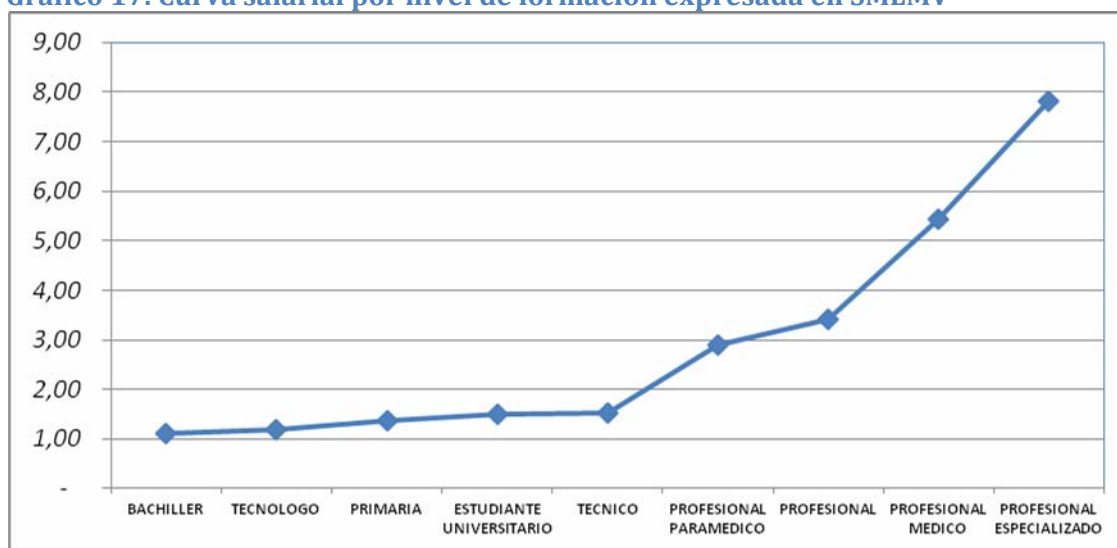
Fuente: Oficina de Recursos Humanos – Encuesta de los Investigadores.

Entre algunos niveles de formación inferiores no se notan diferencias significativas en gran parte se debe a que la empresa no maneja niveles ni escalas salariales como política de remuneración. En el nivel especializado la mayoría son de tiempos

parciales, el profesional médico y paramédico son de turnos y tiempos completos, aquí se ve un poco más débil el sistema de remuneración.

En la imagen del siguiente grafico tenemos la curva salarial representada por la línea de tendencia según los salarios observados en la tabla primaria que para efectos prácticos ha incluido niveles de formación como bachiller, primaria y estudiante universitario de manera que nos haga muy real la curva.

**Gráfico 17. Curva salarial por nivel de formación expresada en SMLMV**



Tal como lo indicamos anteriormente en la curva se observa el nivel inicial achatado por la muy poca diferencia en estos niveles de formación y solo a partir del nivel técnico se empiezan a encontrar valores que cambian la pendiente de la curva significativamente.

Podemos concluir que la curva salarial en términos generales se asimila mucho a la de una empresa del sector público observándose en los niveles profesionales tanto paramédico como administrativo diferencias amplias si tenemos en cuenta que estos son en la mayoría de tiempo completo.

Se concluye la necesidad de diseñar un sistema de escalas salariales como políticas de contratación y vinculación de personal que también sea una herramienta de motivación e incentivos internos y que mejore los posibles niveles de inequidad. Solo

con una buena escala salarial y un pago oportuno se puede tener la posibilidad de acceder a trabajadores más eficientes y con experiencia que son muy escasos en el mercado y en el sector.

#### 2.6.4. Otras Características del Equipo de Trabajo

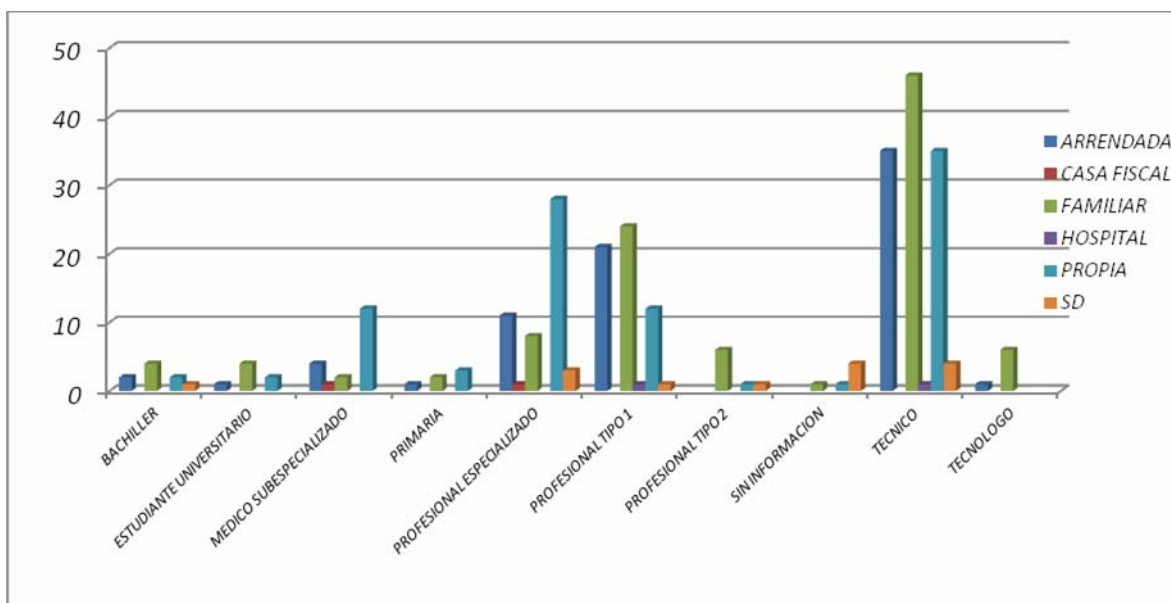
Rápidamente vamos a mostrar a manera de panorámica de caracterización, algunas variables asociadas a los trabadores y a su estilo de vida y modus vivendi que ayudaran a formarse una idea del tipo de equipo de trabajo que se posee. Sobre estas características no vamos a ahondar en el análisis.

**Tabla 52. Tenencia de vivienda según nivel de formación**

NIVEL DE FORMACION	ARRENDADA	CASA FISCAL	FAMILIAR	HOSPITAL	PROPIA	SD	Total general	Part % Vivienda Propia
BACHILLER	2		4		2	1	9	22%
ESTUDIANTE UNIVERSITARIO	1		4		2		7	29%
MEDICO SUBESPECIALIZADO	4	1	2		12		19	63%
PRIMARIA	1		2		3		6	50%
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	11	1	8		28	3	51	55%
PROFESIONAL TIPO 1	21		24	1	12	1	59	20%
PROFESIONAL TIPO 2			6		1	1	8	13%
SIN INFORMACION			1		1	4	6	17%
TECNICO	35		46	1	35	4	121	29%
TECNOLOGO	1		6				7	0%
<b>Total general</b>	<b>76</b>	<b>2</b>	<b>103</b>	<b>2</b>	<b>96</b>	<b>14</b>	<b>293</b>	<b>33%</b>
	<b>25,9%</b>	<b>0,7%</b>	<b>35,2%</b>	<b>0,7%</b>	<b>32,8%</b>	<b>4,8%</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Oficina de Recursos Humanos – Encuesta de los Investigadores.

#### Gráfico 18. Tenencia de vivienda según nivel de formación

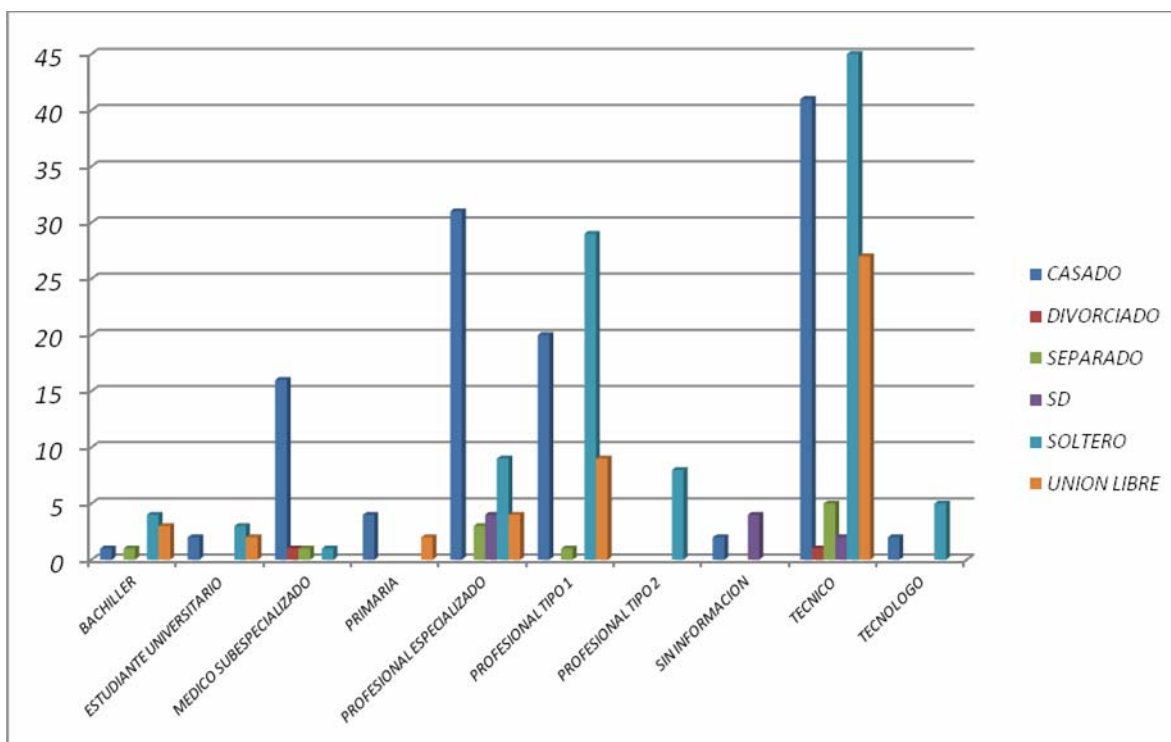


**Tabla 53. Estado civil según nivel de formación**

NIVEL DE FORMACION	CASADO	DIVORCIADO	SEPARADO	SD	SOLTERO	UNION LIBRE	Total general
BACHILLER	1		1		4	3	9
ESTUDIANTE UNIVERSITARIO	2				3	2	7
MEDICO SUBESPECIALIZADO	16	1	1		1		19
PRIMARIA	4					2	6
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	31		3	4	9	4	51
PROFESIONAL TIPO 1	20		1		29	9	59
PROFESIONAL TIPO 2					8		8
SIN INFORMACION	2			4			6
TECNICO	41	1	5	2	45	27	121
TECNOLOGO	2				5		7
<b>Total general</b>	<b>119</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>104</b>	<b>47</b>	<b>293</b>
	<b>40,6%</b>	<b>0,7%</b>	<b>3,8%</b>	<b>3,4%</b>	<b>35,5%</b>	<b>16,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Oficina de Recursos Humanos – Encuesta de los Investigadores.

**Gráfico 19. Estado civil según nivel de formación**

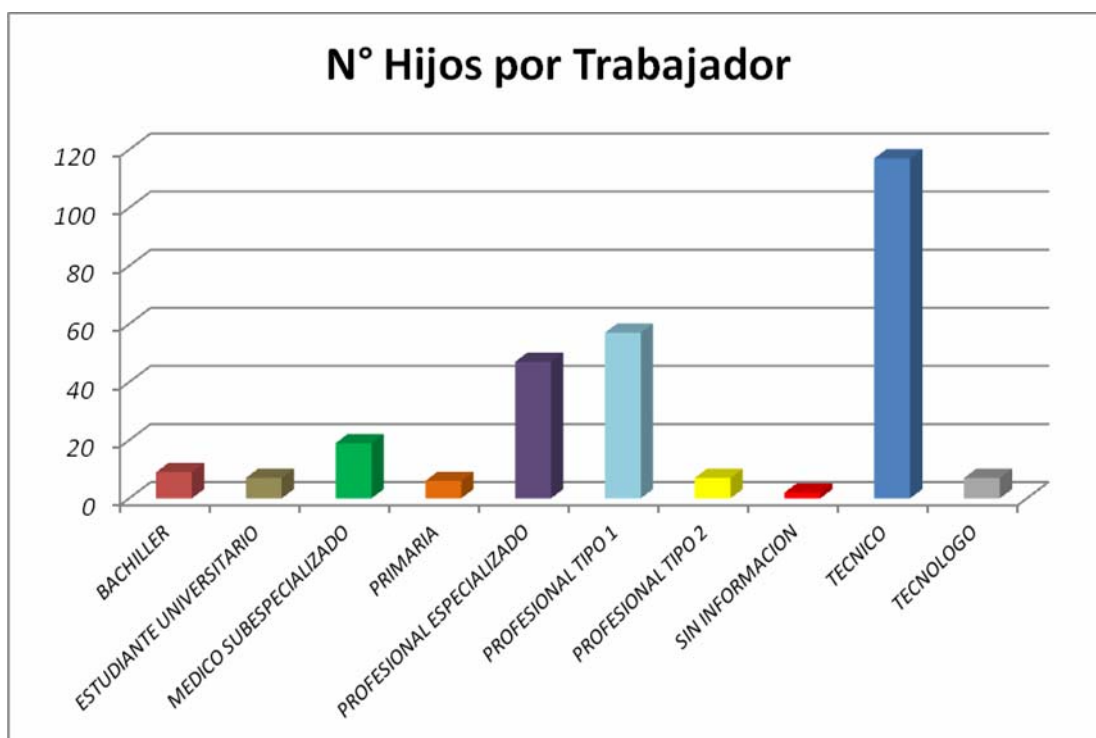


**Tabla 54. Número de hijos por trabajador**

NIVEL DE FORMACION	N° Trabajadores	N° Hijos	H/T
BACHILLER	9	9	1,00
ESTUDIANTE UNIVERSITARIO	7	7	1,00
MEDICO SUBESPECIALIZADO	19	19	1,00
PRIMARIA	6	6	1,00
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	51	47	0,92
PROFESIONAL TIPO 1	59	57	0,97
PROFESIONAL TIPO 2	8	7	0,88
SIN INFORMACION	6	2	0,33
TECNICO	121	117	0,97
TECNOLOGO	7	7	1,00
<b>Total general</b>	<b>293</b>	<b>278</b>	<b>0,95</b>

Fuente: Oficina de Recursos Humanos – Encuesta de los Investigadores.

**Gráfico 20. Número de hijos por trabajador**



## **2.6.5. Desarrollo del talento humano**

### **2.6.5.1. Salud ocupacional**

La empresa no cuenta con programa de salud ocupacional interno. No cuenta con mapa de riesgos ocupacionales propiamente dicho, se encontró en una hoja de cálculo Excel una caracterización que no cumple con los requisitos y variables. La ARP no hace capacitaciones frecuentes al personal y tampoco se solicitan con el liderazgo de la oficina de recursos humanos quien asume un papel extremadamente pasivo.

### **2.6.5.2. Plan de incentivos**

No existe una política de incentivos salariales.

### **2.6.5.3. Bienestar social**

No existe una política de bienestar ni programa de bienestar social adoptado por la junta directiva, se encontró un comité de bienestar social manejado mayoritariamente por los trabajadores sindicalizados y que proviene de años atrás.

## **2.7. SUMINISTROS, INSUMOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, MEDICAMENTOS**

### **2.7.1. Proveedores**

La institución cuenta con 199 proveedores, de los cuales 70 son de la UCI y 129 son del HINFP. Estos son demasiados proveedores. Es mejor contar con pocos proveedores para garantizar mejores volúmenes de compra y mejores condiciones de negociación.

Es importante aclarar que esta información se tomó de la base de datos de contabilidad y farmacia que tiene un registro histórico de hace 3 años, muchos de estos proveedores son inactivos y fueron ocasionales.

### **2.7.2. Consumo histórico**

Los consumos históricos no se determinan de manera técnica. No existe Kardex de proveedores ni fichas técnicas de insumos y suministros. No se lleva indicadores de consumo periódico por suministro. Los cálculos de los lotes de pedido por ítem se realizan de manera poco técnica.

### **2.7.3. Calidad de los insumos**

No se lleva un protocolo de selección de proveedores e insumos según criterios de calidad. La recepción y almacenamiento de medicamentos e insumos médico quirúrgicos no cumple con los estándares técnicos de calidad.

### **2.7.4. Utilización de insumos por áreas**

Se lleva un control en Excel del consumo de medicamentos e insumos médico quirúrgicos por áreas, pero no se utiliza la información para planificar los almacenes satélites ni para efectos de control interno.

## **2.8. INFRAESTRUCTURA FÍSICA**

### **2.8.1. Terreno**

El terreno es de forma geométrica irregular, tiene frente sobre tres calles, ocupando una manzana completa; su relieve es ondulado, con diferentes cotas de nivel;

actualmente se encuentra ocupado en un 50%. Según consta en la escritura pública No. 1.028 de Septiembre 23 de 1948, emanada de la Notaria Segunda de Cartagena, donde se estableció un área total del terreno de 9.839 metros cuadrados, de los cuales se han construido 4.132 metros cuadrados.

### **2.8.2. Edificación**

El inmueble se encuentra localizado en la siguiente dirección Barrio Bruselas, Transversal 36 No. 36-33, en la ciudad de Cartagena, el propietario registrado que aparece en los documentos legales es el HOSPITAL INFANTIL “NAPOLEON FRANCO PAREJA”

La clase de inmueble registrado aparece como edificio de dos plantas, cuyo vecindario lo conforman viviendas unifamiliares de una y dos plantas, a unos 50 metros esta la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, la Iglesia María Auxiliadora, así como una pequeña zona comercial constituida por droguerías, centros médicos, restaurantes entre otros. Los barrios vecinos son el barrio España Bruselas, entre otros.

Las características del sector son mayoritariamente residenciales con vías de acceso que para llegar al edificio denotan su excelente ubicación ya que se puede tomar la Avenida Crisanto Luque y girar por la calle Laureano Gómez, la cual pasa por el frente del hospital; también se puede tomar la Avenida Pedro de Heredia y girar por la carrera 38, en la esquina formada con la iglesia María Auxiliadora, y pasando esta se encuentra el edificio.

Al igual el sistema de transporte es muy bueno y casi que cruce obligado de doble vía para taxis y carros particulares, el transporte público pasa a unos 150 metros sobre la avenida Pedro de Heredia, que cubren la mayoría de rutas urbanas de la ciudad; cercano al hospital esta una estación de taxis.

Se destaca las obras el transcaribe muy próximo a funcionar que alimentaría un mayor flujo y tránsito de personas, así como la cercanía de dos CAI de la Policía Nacional.

### 2.8.3. Distribución de las Áreas y Usos

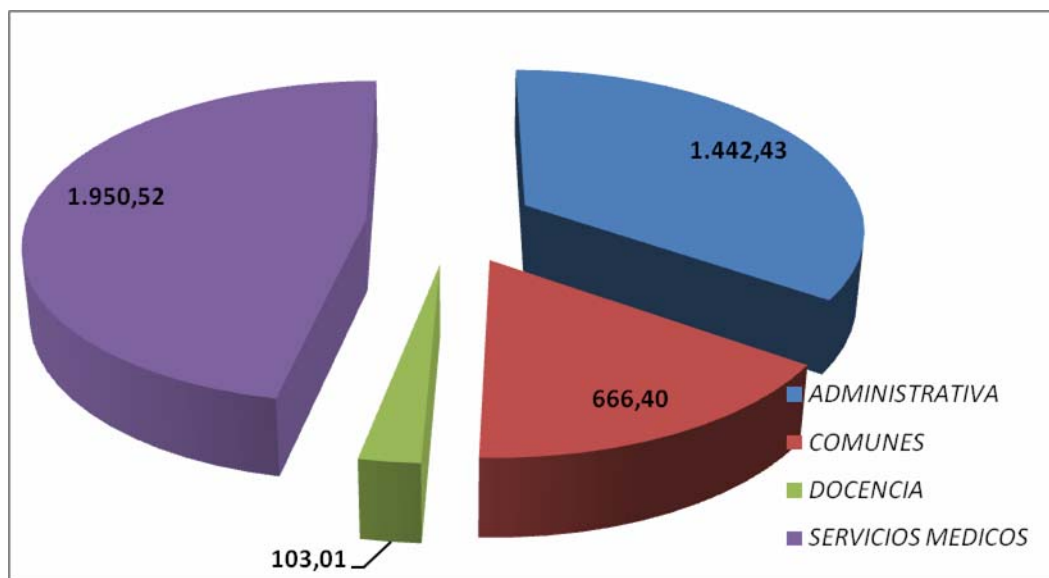
Ya en la primera parte de este estudio habíamos hablado de las características generales de la edificación, para ampliar el análisis vamos a describir detallada y clasificadamente las áreas según el uso.

**Tabla 55. Distribución del área construida según uso**

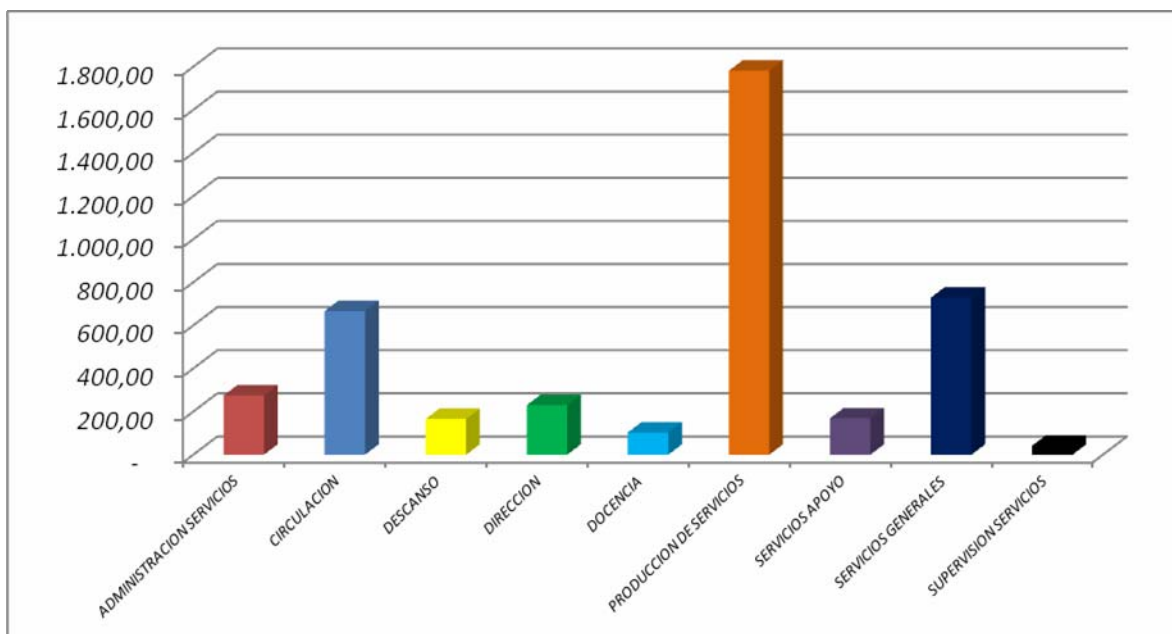
Nº	AREAS	M2	PART %
1	ADMINISTRATIVA	1.442,43	34,7%
2	COMUNES	666,40	16,0%
3	DOCENCIA	103,01	2,5%
4	SERVICIOS MEDICOS	1.950,52	46,9%
	<b>TOTAL AREAS</b>	<b>4.162,36</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Planos Arquitectónicos Institucionales, cálculos a escala del investigador.

**Gráfico 21. Distribución del área construida según el uso**



**Gráfico 22. Detalle del área construida según el uso**



Se observa poco espacio dedicado a la producción de servicios y muy pocos dedicados a los convenios docencia servicio.

## 2.9. SERVICIOS GENERALES

### 2.9.1. Aseo

El aseo es parte fundamental de un hospital. Si debe existir un edificio supremamente limpio, éste es un hospital. De este importante servicio depende, en primer lugar la imagen que se forman de la institución, tanto trabajadores como pacientes y familiares. Un hospital debe transmitir por su profunda limpieza la idea de una entidad saludable, pues la limpieza es salud.

La higiene hospitalaria es uno de los aspectos fundamentales en el control de infecciones. El medio ambiente hospitalario cumple un rol importante en la transmisión de enfermedades y se ha podido relacionar, en algunas oportunidades, como causa directa de la infección de los pacientes, y ha sido responsable de grandes brotes epidémicos (Ej.: jaboneras, piletas, mesas de procedimientos contaminadas, etc.).

Hoy se considera que todo lo que rodea al paciente debe gozar de una exhaustiva higiene para prevenir infecciones como principio fundamental se tendrá en cuenta

que todo lo que se encuentre LIMPIO y SECO no desarrollará gérmenes que puedan provocar infecciones en los pacientes. Un hospital con problemas de aseo tiene problemas de bioseguridad y de infecciones nosocomiales.

El objetivo principal de un buen servicio de aseo hospitalario es el de disminuir la mayor cantidad de microorganismos contaminantes y suciedad del medio ambiente.

El personal de aseo debe acreditar una capacitación especial en normas de higiene hospitalaria, bioseguridad y gestión de residuos hospitalarios.

Normalmente este servicio es mejor tercerizarlo a través de un contrato integral que abarque el suministro tanto del recurso humano como de los insumos de aseo.

En la actualidad el HINFP tiene un contrato con para el suministro del personal, pero requiere realizar las compras de materiales e insumos de aseo. Esto genera el riesgo de pérdida de insumos. Sería recomendable gestionar un contrato integral que abarque personal y suministros.

### **2.9.2. Desechos hospitalarios**

Los hospitales producen desechos peligrosos, tales como material biológico potencialmente contaminado, material radiactivo, reactivos de laboratorio, material de curación y quirúrgico contaminado con sangre o secreciones, heces fecales, etc.

Para la gestión integral de estos residuos dentro de normas de bioseguridad es necesario tanto personal entrenado como insumos especializados para la clasificación de los desechos según su riesgo, la cuantificación de los mismos, manipulación, traslado dentro del hospital, almacenamiento, recolección, transporte y disposición final.

En la actualidad el HINFP cuenta con un contrato con para la ejecución del PGIRH. Debido a fallas en la clasificación de los residuos de alto riesgo, que se mezclan con residuos de bajo o ningún riesgo, la institución está asumiendo unos costos elevados pues el pago se realiza según el peso de la basura de alto riesgo y esta no se clasifica de manera apropiada.

### **2.9.3. Mantenimiento hospitalario**

Para evitar el deterioro de la infraestructura física y la dotación tecnológica, todo hospital debe contar con un equipo básico de mantenimiento hospitalario y de equipos biomédicos que garantice la seguridad y precisión del instrumental médico y de las instalaciones.

El mantenimiento se realiza tanto de manera preventiva como correctiva. Todo hospital debe contar con un plan operativo anual de mantenimiento preventivo que incluya los siguientes ítems: pisos, paredes, techo, redes hidráulicas, redes eléctricas, redes de gases medicinales, equipos de comunicación, equipos de computación, redes de computación y equipos biomédicos. En especial estos últimos requieren de manejo preventivo especializado con expertos de metrología y calibración de tecnología biomédica.

Se puede contar con un equipo básico de personal que incluya: un ingeniero civil, biomédico o mecánico, un técnico de mantenimiento de aires acondicionados y de esterilización, un plomero, un albañil, un electricista, un carpintero y un técnico en ajuste manual. Este personal es suficiente para U

El mantenimiento de equipos biomédicos y las labores de metrología y calibración se debe contratar con una empresa especializada que realice tanto labores preventivas planificadas como correctivas contingenciales.

En la actualidad el HINFP cuenta con personal de mantenimiento para la ejecución de labores preventivas pero no existe una planeación integral del mantenimiento preventivo y no se cuenta con contrato para la calibración preventiva de toda la dotación de tecnología biomédica, lo cual representa un grave riesgo para los pacientes, sobre todo en UCI y cirugía, por lo sensibles que son las bombas de infusión y las máquinas de anestesia al deterioro por el uso normal.

### **2.9.4. Portería**

El servicio general de portería de un hospital debe contar con las siguientes características: a) brindar seguridad; b) brindar un trato amable al personal que

ingresa; c) evitar constituirse en una barrera de acceso para los pacientes. d) Informar y orientar a los pacientes y familiares sobre las diversas dependencias de la institución, horarios y servicios que prestan.

En la actualidad el servicio de portería se presta con algunas deficiencias en lo relacionado con todos los aspectos arriba mencionados. Se requiere entrenamiento para el cumplimiento de las funciones.

#### **2.9.5. Camillería**

Todo hospital cuenta con personal dedicado exclusivamente a la camillería. Este servicio consiste en trasladar en camilla o silla de ruedas a los pacientes a los diferentes servicios de la institución, como imagenología, quirófano, UCI, etc.

El traslado de pacientes requiere un entrenamiento especial. Algunos pacientes en estado crítico requieren traslado con oxígeno o con catéteres y equipos de monitoreo con los que se debe tener especial cuidado para evitar riesgos. Por otro lado, el personal de camillería recibe entrenamiento sobre medidas de seguridad para movilización de pacientes fracturados y para evitar caída de pacientes.

En la actualidad, los traslados internos de pacientes en la institución los realiza el personal de enfermería, las madres o cuidadores de los niños, es decir, personal sin entrenamiento. Se debe entrenar al personal en las medidas antes mencionadas.

#### **2.9.6. Estar médico y de enfermería**

Estos son sitios destinados al descanso y la práctica de otras necesidades fisiológicas del personal de turno de un hospital. El estar debe contar con aire acondicionado, camas con colchones cómodos, sábanas y almohadas y fundas limpias, baños con ducha y dotados permanentemente de jabón líquido para lavado de manos, jabón para baño y papel higiénico, vestier, un dispensador de agua potable, mesa y sillas, televisor.

El personal de turno puede recostarse y descansar en los momentos en que la poca afluencia de pacientes lo permita, siempre que algún profesional del turno cubra el servicio.

El estar médico está mal dotado y es insuficiente para el personal de turno. Ante la ausencia de estar de enfermería, las auxiliares y enfermeras de turno en las salas de hospitalización cierran las salas, apagan las luces y se acuestan en el suelo sobre cartones o colchonetas que tienen guardadas. Esto genera riesgos tanto para los trabajadores como para los pacientes.

Las madres, familiares y cuidadores de pacientes no cuentan con un espacio digno para bañarse, lavar ropa de pacientes o suya ni dónde comer o descansar. En las noches se observan familiares de pacientes durmiendo en el patio sobre las jardineras y en el día se observa ropa secándose al sol sobre sillas plásticas o familiares comiendo sentados en el suelo o sobre las jardineras.

#### **2.9.7. Vigilancia**

Es el servicio que garantiza la seguridad del personal de turno, de los pacientes, familiares y bienes del hospital. En la actualidad la institución cuenta con 2 vigilantes en turnos de 24 horas, contratados con la empresa Vimarco Ltda.

#### **2.9.8. Lavandería y ropería**

Es el servicio que se encarga de mantener ropa limpia para el personal de turno de la urgencia, UCI y el quirófano, así como ropa de camas hospitalarias. La lavandería hospitalaria debe tener las dimensiones suficientes para alojar la lavadora industrial, secadora y centrifugadora industrial. La toma de corriente, desagües, tomas de agua, etc, deben cumplir con especificaciones técnicas de seguridad. El equipamiento exacto necesario es el siguiente: 1 Lavadoras industriales (Electricidad)- 2 Secadora industrial (Electricidad)- 3 Centrifugadora (Electricidad)- 4 Planchadora industrial (Electricidad). Es muy conveniente pensar al diseñar este espacio, el recorrido que hace la ropa:

- Entrada como sucia y selección
- Lavado y secado
- Planchado

- Colocación y distribución en casilleros

En el caso necesario de bancada para situar las lavadoras, es conveniente revestir la bancada con una protección resistente y lavable. Los paramentos deberán estar alicatados hasta el techo. El suelo deberá ser antideslizante, con la inclusión de sumidero. También adquiere especial importancia el sistema de evaporación de gases y la ventilación de la misma, (salida vapor de secadora, condensaciones de vapor de agua, etc.)

El HINFP no cumple con estas especificaciones técnicas.

#### **2.9.9. Central de mezclas**

Todo hospital debe contar con un servicio propio o tercerizado que le permita garantizar el fraccionamiento y preparación de dosis de medicamentos, citostáticos y bolsas de nutrición parenteral y enteral de una manera estéril y segura tanto para los pacientes y para los empleados.

Para la aplicación de estas Normas se requiere de químicos farmaceutas que se desempeñen en el ámbito de la farmacia hospitalaria y que acrediten capacitación verificable en el tema. Bajo su supervisión podrá desempeñarse personal técnico de farmacia cualificado, el que deberá recibir formación específica para el desempeño de las tareas y las técnicas estériles en la central de mezclas.

El área de trabajo para el fraccionamiento y preparación de medicamentos estériles, deberá disponer al menos dos sectores bien diferenciados, conectados entre sí por una zona de paso:

- a) Sector de acondicionamiento de materiales.
- b) By-pass, zona de paso o zona de ingreso del personal al sector de preparación.
- c) Sector de preparación propiamente dicho que es donde se ubica la cabina de flujo laminar.

Se recomienda la utilización de ventanas de transferencia entre los sectores a y b para el ingreso de materiales.

La construcción debe garantizar superficies sin aristas (paredes, suelos, techos, superficies de trabajo), fabricadas con materiales lisos, no porosos y provistos de un revestimiento que permita su lavado con agua abundante (pintura plástica, resina epóxica). Los pisos deben poseer juntas de fácil limpieza y zócalo sanitario. Los techos también deben ser impermeables y las tuberías y canalizaciones deben hallarse empotradas para facilitar la limpieza. El diseño debe ser tal que minimice zonas de difícil acceso para la limpieza.

Los artefactos de iluminación deben estar empotrados a ras del cielorraso, ser de fácil limpieza y con vidrio protector, de fácil extracción, limpieza y mantenimiento.

La zona de preparación no debe contener drenajes ni piletas de lavado, sólo los muebles, equipos y elementos necesarios deben hallarse en el interior de estas estructuras y los mismos deben ser impermeables, lisos, no porosos y resistentes a la acción de los desinfectantes.

El área de trabajo debe ser concebida como un recinto exclusivo con acceso restringido al personal autorizado. Se aconseja la utilización de materiales de separación que permitan el contacto visual entre los sectores. El diseño de las áreas debe minimizar la presencia de zonas de difícil acceso para la limpieza.

El sector de preparación de medicamentos estériles y la zona de paso tendrán aire clase 10.000 (ISO clase 7), en estado de operación. El aire inyectado en ambas áreas será renovado al menos 20 veces/hora o más (según las dimensiones del ambiente), de manera de asegurar la clase de área deseada. El nivel de limpieza del ambiente junto con la destreza del operario son factores fundamentales para mantener la calidad de aire presente en la cabina de flujo laminar.

A fin de garantizar la limpieza del aire y la seguridad necesaria por el tipo de productos manipulados, existirá un diferencial de presión de 10 – 15 Pascales (N/m<sup>2</sup>)

superior al área contigua (en el caso de la zona de ingreso) e inferior al área contigua (en el caso del área de fraccionamiento de citostáticos).

La temperatura y humedad son parámetros importantes que afectan la estabilidad de las preparaciones y el confort del personal por lo que se recomienda controlar y registrar ambas variables. La temperatura ambiente no debería sobrepasar los 25°C y el valor de humedad relativa (HR) debería oscilar en 50% +/- 20%. Para evitar la condensación es necesario garantizar que la temperatura no fluctúe demasiado.

En las áreas limpias se acepta como límite una intensidad de ruido entre 60 y 65 decibeles. La zona de preparación no debe contener drenajes ni piletas de lavado; sólo deben hallarse en el interior de estas estructuras los muebles, equipos y elementos necesarios y los mismos deben ser impermeables, lisos, no porosos y resistentes a la acción de los desinfectantes.

En la actualidad el HINFP no cuenta con una central de mezclas de medicamentos. Los riesgos son los siguientes:

1. Perder la habilitación como prestador.
2. Incrementar la morbilidad y las estancias por infecciones nosocomiales.
3. Perder dinero por glosas realizadas a los medicamentos suministrados.

Con las consecuencias que de estos tres riesgos se derivan.

#### **2.9.10. Central de esterilización**

Para la esterilización de materiales todo hospital deberá contar con una unidad denominada central de esterilización que, generalmente se ubicada cerca de la planta quirúrgica y con el concurso de personal especializado, tienen como única función procesar el instrumental y armarlo en sus respectivas cajas, así como (procesar y armar) los paquetes especiales de apoyo a las cirugías.

La principal ventaja de estas unidades de esterilización se asocia con la disminución del número de instrumental que circula en el hospital, eliminando los riesgos de traslado para dichos materiales.

Ubicación de la central de esterilización: Para definir la ubicación correcta de la Central de Esterilización es importante tener en cuenta que:

- Deberá estar situada en un área de circulación restringida.
- Alejada de una zona con alto tránsito de personas.
- Con fácil acceso a los servicios de mantenimiento del equipamiento propio del área.
- Próxima a los principales servicios que consumen material esterilizado.
- Con fácil acceso al exterior del sistema de extracción de aire, para evitar largos tramos de conductos.
- Alejada de aquellos lugares que presenten riesgo de inflamación.
- La ubicación definitiva surgirá de una evaluación cuidadosa de estos puntos, adaptados luego a la realidad del hospital en cuestión.

En las consideraciones del diseño de la Central de Esterilización se deberán tener en cuenta las necesidades de un sector que efectiva y específicamente facilite los procesos, minimice la contaminación ambiental y posibilite el mantenimiento de la esterilidad del material o insumo procesado.

Aunque posible, la centralización de todos los procesos es una tarea compleja: la esterilización requiere un equipamiento sofisticado, espacio adecuado y personal calificado, bajo un programa de entrenamiento constante y una continua evaluación de calidad.

Considerando la seguridad y la disminución de costos, la centralización de todos los procesos es lo más recomendado. Pero existen circunstancias particulares que

imposibilitan tal concentración. En este caso, deben seguirse políticas firmes de trabajo a fin de mantener el objetivo final que es, como se adelantó, la obtención de un insumo estéril para ser usado en forma confiable con el paciente.

**Áreas:** La central de esterilización debe contar con las siguientes **áreas** bien definidas:

- **Área de recepción y limpieza:** donde los elementos reusables (instrumental, equipos, etc.) son recibidos, registrados y sometidos a un proceso de limpieza.
- **Área de apoyo:** baño, duchas, office y demás facilidades para el personal.
- **Área de preparación y empaque:** donde los elementos limpios y secos son inspeccionados, armados en sets o en cajas, y envueltos o empacados adecuadamente para el proceso de esterilización seleccionado. Puede ser un área única o dividida en dos: una para el instrumental convencional y otra para los diferentes dispositivos biomédicos, circuitos de anestesia, respiradores, materiales termolábiles en general.
- **Área de preparación de textiles:** donde los textiles limpios reusables (lencería quirúrgica) y los diferentes materiales hidrófilos (gasas, vendas, etc.) son inspeccionados, armados y empacados en sus embalajes de proceso. Aquí también se efectúa la inspección de los materiales de envoltura, a fin de detectar irregularidades, defectos u objetos extraños. Este sector puede estar (o no) dentro de la Central de Esterilización (por ejemplo: el armado del paquete con ropa quirúrgica se realiza en un sector externo a la central de esterilización).
- **Área de esterilización:** donde se ubican los autoclaves por vapor, por óxido de etileno (ETO)<sup>11</sup>, estufas de calor seco y todo otro equipo esterilizador: formaldehído, plasma de peróxido de hidrógeno; incluido el espacio para carga y descarga de los carros. En caso de existir autoclave por óxido de etileno, deberá estar en un área separada del resto del equipamiento.

---

<sup>11</sup> El ETO se encuentra clasificado en el grupo 11b como un probable cancerígeno para los humanos.

- **Área de almacenamiento de material esterilizado:** donde los materiales ya esterilizados son estacionados previamente a su distribución.
- **Área de depósito de materia prima:** un ambiente para almacenar insumos textiles, materiales de embalaje y demás productos limpios. Puede estar localizada en la Central de Esterilización o fuera de ella.
- **Área administrativa:** oficina para el jefe del área y el personal de supervisión, donde se concentra la documentación de la Central de Esterilización, de la biblioteca y el material de consulta.

### **Criterios de diseño**

Previamente al diseño de las áreas de trabajo de la Central de Esterilización, se deben definir otras operaciones básicas. Estas son algunas de las decisiones específicas a considerar:

- a. Si el sistema de limpieza del instrumental será centralizado o descentralizado. Siendo centralizado, si la tarea será realizada con máquinas lavadoras o manualmente.
- b. Si la preparación o el empaque del material hidrófilo se hará en forma centralizada o no.
- c. Si el armado de cajas de instrumental se hará en el sector usuario del Centro quirúrgico, en el Centro Obstétrico o en la Central de Esterilización.
- d. Dónde se efectuará el prelavado (primer paso del proceso de descontaminación) de los materiales reusables del paciente.
- e. Qué elementos de anestesia y de terapia inhalatoria serán descartados, cuáles serán reutilizados, y cómo y dónde serán procesados y almacenados.

- f. Qué nivel de stock debe mantenerse en el depósito de materiales estériles.
- g. Si los insumos descartables van a estar almacenados, o no, en el Centro de Esterilización.
- h. Qué tipo de sistema de distribución se utilizará -horizontal, vertical- y si se ha proyectado un aumento de las tareas.
- i. Qué cantidad de equipamiento se necesitará.
- j. Si se precisará (o no) la creación de un área para la preparación del paquete de ropa quirúrgica, dado que en la actualidad existen opciones para alquilar ropa quirúrgica o usar ropa descartable.

Considerando que la validación del proceso de esterilización comprende la validación de todos y cada uno de los pasos involucrados en el proceso, los factores mencionados deben ser considerados en el diseño del área de trabajo con el fin de facilitar las tareas que en ellos se desarrollen.

### **Modelo de circulación**

La Central de Esterilización debe estar diseñada de manera que se note claramente la separación de áreas: un insumo prelavado será "recibido" en un sector para su limpieza, luego acondicionado en el "sector de preparación", y esterilizado para ser, por último, almacenado convenientemente. Todas estas operaciones se realizarán con un sentido de circulación único y sin retrocesos.

El diseño del área de trabajo debe permitir un buen espacio para que todo funcione adecuadamente, minimizando las distancias entre un área y otra. De esta manera se limita la posible contaminación ambiental. Por lo tanto, la contaminación de insumos.

Por otra parte, el tránsito por las distintas áreas de la Central de Esterilización debe ser exclusivo para su personal; el supervisor definirá, con criterio estricto, quienes y con qué vestimenta podrán circular por cada sector.

Estos cuidados deberán adoptarse como legítimos, porque tanto el personal como los visitantes son portadores potenciales de microorganismos y aumentan así el riesgo de contaminación sobre el insumo estéril.

También es importante proteger al personal de los gérmenes presentes en el área sucia o procedente de aquellos insumos que deben ser lavados. En consecuencia, las buenas prácticas en el control del tránsito y en el uso de barreras de protección, son esenciales.

### **Requisitos de infraestructura**

- a. Requerimientos de espacio: varían significativamente según los procesos que realizará la central de esterilización y son siempre calculados durante la planificación. La recomendación general será de un metro cuadrado por cada cama de internación.
- b. Sistemas mecánicos: además de los requerimientos mecánicos, energéticos, agua y vapor, los procesos de esterilización habitualmente precisan sistemas presurizados como aire comprimido, nitrógeno y sistemas de vacío. Se recomienda un sistema de destilado o desmineralizado del agua que será usada tanto para la limpieza como para alimentar las autoclaves de vapor.

### **Requerimientos generales del sector**

- a. Pisos y paredes: Deberán ser contruidos con materiales lavables y que no desprendan fibras ni partículas. No deberán ser afectados por los agentes químicos utilizados habitualmente en la limpieza.
- b. Techos: Deberán ser contruidos de manera que no queden ángulos expuestos y presenten una superficie única (ángulos sanitarios) para evitar la condensación de humedad, polvo u otras posibles causas de contaminación.

- c. Ventilación: Los sistemas de ventilación deben ser diseñados de manera que el aire fluya de las áreas limpias a las sucias y luego se libere al exterior o a un sistema de recirculación por filtro. No deberá haber menos de 10 recambios de aire por hora. No se permitirá la instalación de ventiladores en la Central de Esterilización, pues generan gran turbulencia de polvo en el aire y también microorganismos que se proyectan desde el piso a las mesas de trabajo.
- d. Temperatura y humedad: Es deseable que el ambiente mantenga una temperatura estable entre 18° C / 22° C, y una humedad de 35 a 70 por ciento. Una mayor temperatura y humedad favorecen el crecimiento microbiano y por debajo de los niveles recomendados, pueden quedar afectados determinados parámetros de la esterilización, como la penetración del agente esterilizante.
- e. Piletas para lavado de instrumental: deberán ser profundas, a fin de evitar salpicaduras durante la tarea y permitir la correcta inmersión de los elementos, un factor clave para la correcta limpieza de los mismos.
- f. Sistemas de extinción de incendios: el servicio deberá disponer, en forma visible y accesible, al menos dos matafuegos a base de CO<sup>2</sup> y/o polvo químico ABC.

### **Requisitos especiales por áreas**

- **Áreas de limpieza, (área sucia):** Deberán estar físicamente separadas de todas las demás áreas (preparación, procesamiento, depósito) y ser fácilmente accesibles desde un corredor exterior. La importancia de la separación física se basa en la necesidad de evitar que aerosoles, micro gotas y partículas de polvo sean transportados desde el área sucia a la limpia por las corrientes de aire, dado que en este sector (por el tipo de trabajo que allí se desarrolla: cepillado, ultrasonido) se genera una gran cantidad de aerosoles.

Los pisos, paredes, techos y superficies de trabajo deberán estar contruidos con materiales no porosos, que soporten la limpieza frecuente (diariamente, como mínimo) y las condiciones de humedad.

Todo el aire de este sector debe ser expulsado al exterior y sin recirculación; se previene así la introducción de contaminantes a las zonas limpias, que ponen en riesgo al paciente y al personal.

También se debe contar con una terminal de aire comprimido para el secado de elementos con lumen (tubuladuras, trócares). Este aire debe llegar limpio y seco al sector, lo que sugiere que sea tratado convenientemente con secador de aire de silicagel o filtrado de aceite. Otro aire utilizado para el secado es el oxígeno. Es superior a otros por cuanto no presenta los problemas de humedad derivados del aire comprimido, aunque resulta más caro bajo la forma de envase en cilindros.

- **Área de preparación:** Es ideal que este sector posea sistema de aireación con presión positiva.
- **Área de procesamiento:** Si en el sector existe un esterilizador por ETO, se deberá prestar especial atención a los sistemas de extracción del gas al exterior.

El HINFP cuenta con una Central de Esterilización que no cumple con las especificaciones técnicas en cuanto a infraestructura física, delimitación de áreas, espacios y circulación de aire.

#### **2.9.11. Morgue**

Todo hospital debe contar con una morgue que cumpla los requisitos sanitarios de la Ley 9 de 1979 y la resolución 4445 de 1996.

La morgue hospitalaria en su infraestructura requerida debe tener las áreas siguientes:

- a) Para entrega de cadáver.

b) Para resguardo y custodia de cadáver; la cual debe tener como mínimo una mesa recubierta con una hoja de acero inoxidable para depositar los cadáveres y que facilite su limpieza y desinfección, contar con un sistema de ventilación natural o artificial, además de iluminación adecuada y sistema de desagües permeables.

c) Cuartos fríos o cámaras frigoríficas o refrigeradores para mantenerlos a una temperatura de 2º C a 4º C, debe situarse contiguo a la sala de autopsias hospitalaria para facilitar la circulación de personal técnico de anatomía patológica.

d) Servicios sanitarios tales como, inodoro con ducha y lavamanos para uso del responsable del servicio.

e) Para resguardo material de la morgue y poceta para lavado de implementos de limpieza.

Se debe mantener un plan permanente de control de insectos y roedores. Los cadáveres solo permanecerán hasta veinticuatro horas en dicha morgue.

### **Del Cuidado del cadáver**

Todo cadáver en el hospital debe ser tratado con respeto, dignidad y consideración por el personal técnico y administrativo, posterior a declarado el fallecimiento debe realizarse el procedimiento post mortem, ponerlo en una bolsa plástica de color negra y ser llevado a la morgue con su respectiva hoja de defunción en un lapso no mayor de una hora.

El HINFP no cuenta con una morgue que cumpla con estos requisitos.

### **2.9.12. Farmacia**

Los servicios de Farmacia Hospitalaria son servicios generales clínicos. Jerárquicamente suelen depender de la subdirección administrativa, pero es mejor que dependa de la subdirección científica del hospital al igual que los servicios de Análisis Clínicos, Microbiología o Medicina Nuclear entre otros. En resumen, son responsables de la adquisición, conservación, dispensación y elaboración de medicamentos así como de la selección y evaluación de medicamentos, la información

farmacoterapéutica, las actividades de farmacocinética clínica, de farmacovigilancia, el control de productos en fase de investigación clínica y la realización de estudios de utilización de medicamentos. Son responsables de coordinar las comisiones de farmacia y terapéutica de los hospitales y de elaborar y mantener las guías o formularios farmacoterapéuticos. Es decir, cumplen funciones de gestión, logísticas, y clínicas tanto con fines asistenciales, docentes como de investigación.

Recientemente destaca su involucración en el seguimiento y control de tratamientos farmacológicos tanto de pacientes hospitalizados como ambulatorios (atención farmacéutica y farmacia clínica), la elaboración y control de preparaciones parenterales (agentes antineoplásicos, antibióticos y nutrición parenteral) y la automatización de los procesos de dispensación individualizada de los medicamentos a los pacientes ingresados (distribución en dosis unitarias).

### **Personal de los servicios de farmacia hospitalaria**

Para trabajar en los servicios de farmacia hospitalaria, se exige un coordinador profesional de la química y farmacia, idealmente con postgrado de especialista en farmacia hospitalaria.

Existen químicos farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria que además han conseguido diplomas acreditativos equivalentes a super-especializaciones en Oncología farmacéutica, Farmacocinética Clínica, Farmacoeconomía, Farmacoepidemiología y Nutrición Parenteral y Enteral. Además, muchos farmacéuticos especialistas trabajan a tiempo completo en actividades como farmacocinética clínica, atención farmacéutica en distintas especialidades médicas, seguimiento nutricional, información y documentación farmacoterapéutica, farmacovigilancia y farmacoepidemiología, y educación e información a pacientes ambulatorios entre otras.

En un servicio de farmacia de un hospital de nivel terciario de unas 200 a 600 camas, típicamente hay unos 5-6 farmacéuticos especialistas y unos 4-8 farmacéuticos residentes de farmacia. Además, suele haber estudiantes de 5º de farmacia realizando

su internado de prácticas vigiladas. Aparte de 4 a 8 técnicos y/o enfermeras y personal auxiliar. En algunos grandes hospitales (más de 1500 camas) el número de farmacéuticos especialistas puede ser entorno a 15.

El Servicio de Farmacia tiene como objetivos:

- El uso adecuado de los medicamentos dentro del Hospital, dando soporte a todas las tareas asistenciales del mismo.
- Adquisición, preparación, control analítico y conservación de medicamentos.
- Puesta en marcha de la Comité de Farmacia y Terapéutica.
- Selección de medicamentos.
- Implantación de un sistema racional y seguro de distribución de medicamentos.
- Creación de una unidad de mezclas intravenosas y preparación de la nutrición artificial.
- Creación del Centro de Información de Medicamentos y Educación Sanitaria.
- Realización de programas de farmacovigilancia.
- Creación de equipos de investigación en Farmacia Hospitalaria.
- Impartir docencia, tanto intra como extra hospitalaria.
- Establecer mecanismos de comunicación a todos los niveles.

Como vemos, el HINFP no cumple con todas las especificaciones técnicas ni científicas para el servicio de farmacia hospitalaria. Sólo se dedica a la compra, almacenamiento y dispensación de medicamentos.

### **2.9.13. Salas de espera y recepciones**

Todo hospital debe contar con salas de espera para cada uno de los servicios finales, a saber: urgencia, consulta externa, hospitalización en UCI y general.

Cada sala de espera debe contar con un centro de atención a usuarios en el que se pueda suministrar información sobre el estado clínico del paciente y se pueda brindar apoyo a los usuarios en procesos administrativos de admisiones y de alta hospitalaria.

Las Salas de Espera de la Consulta Externa se componen de los espacios con asientos destinados a los pacientes y de los puestos de las recepcionistas. Las salas de espera se disponen longitudinalmente en sentido paralelo a los consultorios para que el personal auxiliar que da acceso a los pacientes recorra un trayecto menor dado en cada sala de espera el puesto recepcionista se sitúa en la parte central.

Las salas de espera deben subdividirse en forma que cada una de ellas corresponda a cada 8-10 consultorios con su correspondiente puesto de recepcionista; se considera que por cada 4 consultorios debe haber una recepcionista y que es conveniente reunir dos recepcionistas para que una de ellas pueda suplir las ausencias momentáneas de la otra. En ocasiones el partido arquitectónico implica que dos o más salas, y por tanto los consultorios, se dispongan a continuación unas de otras, pero esto puede dar por resultado áreas de espera desagradables por su longitud y la gran cantidad de público que en ella se reúne. Se recomienda por tanto que la subdivisión en grupos correspondientes a 8 consultorios pueda ser más efectiva procurando lograr un aspecto íntimo y confortable. No es aceptable disponer las salas de espera en forma interna, consultorios a ambos lados, pues con ellos se provoca ruido y mal olor; uno de los lados de la sala corresponderá a espacios abiertos patios o jardines. Tomando en consideración las consultas que no son de primera vez duran un promedio de 15-20 minutos por paciente y que este puede ir acompañado de un familiar, el número de asientos se ha fijado a razón de 8 por consultorio. De esta manera se tiene un margen suficiente para los enfermos situados en el transcurso de una hora.

Los puestos de recepcionistas de la sala de espera estarán situados en el centro de las mismas a fin de tener un mejor control de los pacientes y de acceso a los consultorios. En las unidades ubicadas en localidades de clima extremo, en las cuales es indispensable contar con sistema de acondicionamiento de aire, es frecuente que las señoras acudan a la consulta con demasiada anticipación para disfrutar de la

temperatura que en ella se tiene lo cual constituye un problema de aglomeración difícil de prevenir en el proyecto arquitectónico, dado que podría dar lugar a áreas de espera excesivas. Las salas de espera deben contar con una buena iluminación eléctrica que al mismo tiempo no represente fatiga para los enfermos.

Es conveniente que se proyecten algunas mesas para periódicos y publicaciones de orientación higiénica y social así como un televisor con programas o videos que a la vez que diviertan, sean un medio de enseñanza de medicina preventiva, cuidado de los niños y otros aspectos de gran utilidad social. Si esta idea en principio se justifica, es necesario modificar los conceptos a cerca de las condiciones físicas de la sala de espera para lograr cabalmente el éxito que se desea, pues las salas que se encuentran actualmente en las unidades hospitalarias son inadecuadas, desde luego por lo que toca a la iluminación, tanto natural como artificial, que impide ver con claridad las pantallas de los televisores. El lugar en el que se emite el sonido para que no moleste a la recepcionista, la distancia y disposición del público respecto a los aparatos, son también factores que influirán en la disposición de las salas de espera; todo ello en conjunto significaría un cambio radical en el proyecto de estas salas con las que han sido usual es un problema el comportamiento de los niños que acompañan a las enfermas a la consulta externa y lo mismo sucede con los que llevan los visitantes de los pacientes hospitalizados. Este problema puede aminorarse educando a los usuarios, pero no podrá eliminarse totalmente.

Las funciones de las recepcionistas en las salas de espera son:

- Recibir a los usuarios que han sido citados.
- Dar en su oportunidad entrada a los pacientes a los consultorios, ya sea personalmente o por medio de auxiliares.
- Recibir de los médicos las órdenes para consultas subsecuentes de los pacientes, solicitudes de análisis de laboratorios o estudios de rayos X, solicitudes de consulta a los médicos especialistas de la propia clínica o de otras unidades. En cada uno de estos casos las recepcionistas elaboran la

documentación correspondiente, tanto para el enfermo como para los otros servicios mencionados.

- Solicitud, manejo y devolución de historias y documentación clínica en relación con el archivo clínico.
- Elaboración de informes de labores.
- Recibo de pacientes que no han sido citados previamente y en ocasiones referir a la Urgencia a algunos casos, por orden médica.

El HINFP cuenta con deficiencias en su sala de espera de consulta externa. La sala de espera de urgencias no cumple los requisitos y no existe sala de espera para pacientes hospitalizados y de UCI.

#### **2.9.14. Comunicaciones**

Todo hospital debe contar con sistemas adecuados de comunicación, lo cual incluye un sistema de intranet para divulgar la información del sistema de calidad, un sistema de mensajería instantánea, un servidor central de la página web y un servicio de hosting con capacidad para tantos correos institucionales según el tamaño de su planta de personal, una central telefónica con manejo de voz y datos con líneas convencionales y de celulares integradas al teléfono de base de cada recepción y en admisiones para la comunicación externa con las aseguradoras y direcciones territoriales de salud y una central de audio y altavoces para llamado a personal médico, de enfermería y usuarios de cada área.

El HINFP cuenta en la actualidad con sistemas rudimentarios de comunicación. Se requiere actualizar toda la plataforma tecnológica de la red de comunicaciones con tecnologías y servicios más modernos.

#### **2.9.15. Traslado de pacientes**

Todo hospital debe contar con personal, equipo y vehículos de traslado de pacientes críticos para referirlos a otras instituciones. Este servicio puede ser propio o tercerizado. Los traslados se realizan hacia instituciones prestadoras de mayor

complejidad o hacia la vivienda del paciente, cuando la situación lo amerite. Lo ideal es que el hospital cuente con todos los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico y que no haya necesidad de realizar ningún traslado para solicitar uno de estos servicios en otros hospitales.

El HINFP tiene contratado el servicio de traslado de pacientes. El servicio sólo está disponible 12 horas, lo que genera trastornos en la atención. Por otro lado, debe implementarse un sistema de control con instrumentos de interventoría de ese contrato, pues se percibe una presunta sobrefacturación del servicio.

#### **2.9.16. Parqueaderos**

Con relación a los parqueaderos del HINFP, podemos comentar lo siguiente: aunque el parqueadero para ambulancia está señalizado, en ocasiones es utilizado por personal del hospital y en ocasiones que está disponible, no es utilizado por la ambulancia.

El parqueadero para el personal que labora en la institución puede mejorarse limpiándolo, quitándole la maleza y construyendo áreas cubiertas y señalizadas. En ocasiones entran vehículos de médicos de la ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo.

#### **2.9.17. Cafetería**

Todo hospital debe contar con un servicio de suministro de alimentos, preferiblemente tercerizado, ya que son servicios de alto riesgo de pérdida de insumos.

Este servicio debe contar con un administrador, un profesional de la nutrición y auxiliares de cocina y servicios generales suficientes para satisfacer la demanda de raciones de alimento para todos los pacientes y personal médico de turno.

El profesional de nutrición debe revisar diariamente el tipo de dieta ordenada a cada paciente y luego definir el menú y las cantidades de cada ración.

La cocina debe cumplir con las especificaciones técnicas en cuanto a dotación de equipos para la conservación, congelación, esterilización, almacenamiento, procesamiento y distribución de alimentos.

La infraestructura física debe contar con áreas de recepción de alimentos no procesados, almacenamiento, procesamiento, preparación de raciones y distribución y deben permitir la fácil desinfección, el control de roedores e insectos y estar debidamente señalizados para prevenir accidentes.

El HINFP carece de todas estas especificaciones técnicas y de infraestructura física y dotación tecnológica. El servicio se encuentra tercerizado y tiene muchas deficiencias.

#### **2.9.18. Servicio de nutrición restaurante y cafetería**

Todo hospital debe contar con un servicio de suministro de alimentos, preferiblemente tercerizado, ya que son servicios de alto riesgo de pérdida de insumos.

Este servicio debe contar con un administrador, un profesional de la nutrición y auxiliares de cocina y servicios generales suficientes para satisfacer la demanda de raciones de alimento para todos los pacientes y personal médico de turno.

El profesional de nutrición debe revisar diariamente el tipo de dieta ordenada a cada paciente y luego definir el menú y las cantidades de cada ración.

La cocina debe cumplir con las especificaciones técnicas en cuanto a dotación de equipos para la conservación, congelación, esterilización, almacenamiento, procesamiento y distribución de alimentos.

La infraestructura física debe contar con áreas de recepción de alimentos no procesados, almacenamiento, procesamiento, preparación de raciones y distribución y deben permitir la fácil desinfección, el control de roedores e insectos y estar debidamente señalizados para prevenir accidentes.

El HINFP carece de todas estas especificaciones técnicas y de infraestructura física y dotación tecnológica. El servicio se encuentra tercerizado y tiene muchas deficiencias.

#### **2.9.19. Servicio de biblioteca y hemeroteca**

Todo hospital con convenios docencia servicio que pretenda ser un Hospital Universitario deberá contar con los servicios para la formación académica e

investigativa de estudiantes, internos, residentes y docentes. Estos requisitos están expresados en la Ley 1164 de 2007 y el decreto 2376 de 01 de 07 de 2010.

En la actualidad el HINFP no cuenta con biblioteca ni hemeroteca de las más importantes revistas de pediatría.

#### **2.9.20. Sala de internet**

Es un servicio a disposición de docentes, residentes y estudiantes, que se brinda en el marco de los convenios docencia servicio. El HINFP cuenta con un servicio de banda ancha disponible en el estar médico.

#### **2.9.21. Almacén**

El almacén es el sitio de recepción, bodegaje y distribución de mercancías, medicamentos, insumos médico quirúrgicos, suministros de oficina y demás materiales comprados por el hospital para producir los servicios. Normalmente depende del área suministros, la cual maneja la planeación de las compras a proveedores, la evaluación y el control del consumo de cada uno de los insumos. De esta área debe depender el módulo de inventarios.

La planeación de los lotes de compra de cada insumo médico quirúrgico es toda una ciencia. El jefe de compras debe registrar el consumo de cada ítem por centro de costo, estimar los indicadores de frecuencia de uso de cada ítem, proyectar a partir del consumo histórico los consumos futuros de cada área del hospital y con base en la capacidad de almacenamiento, los tiempos de respuesta y tiempos de abastecimiento de cada proveedor, definir el stock de mínimos para cada suministro.

El área de compras sustenta técnicamente ante el comité de compras cada una de las necesidades del hospital y la periodicidad del abastecimiento; presenta las diversas alternativas de proveedores con sus ventajas y desventajas y el comité autoriza la expedición de órdenes de compra, las cuales deben registrar una disponibilidad presupuestal.

Un área de compras bien planificada no debería estar comprando cada mes. Las compras pudieran planificarse para cada trimestre y recibirse a los proveedores de

manera semanal o quincenal, de modo que se manejen pocas cantidades en almacén central. Esto reduce los riesgos de daños y pérdidas. Las entregas de insumo a las diferentes dependencias pudieran planificarse semanalmente.

Una vez recibido en almacén el pedido por parte del proveedor, el almacén coteja la orden de compra con la remisión y establece los faltantes o sobrantes. El proveedor expide una pre-factura con la que el almacén registra una cuenta por pagar a proveedores.

La mercancía recibida se organiza según su naturaleza respetando las especificaciones técnicas del fabricante, en cuanto a temperatura, humedad, presión, embalaje, etc.

Deben existir un almacén central y unos almacenes pequeños satélites en las áreas de urgencia, consulta externa, hospitalización, UCI, quirófanos, laboratorio clínico e imagenología.

El jefe de almacén debe controlar el consumo mediante un formato de solicitud y control de saldos de inventarios en los diferentes almacenes satélite. Se debe hacer un arqueo de inventarios que puede ser trimestral o semestral dependiendo el volumen de compras de cada hospital.

El HINFP no cuenta con un área organizacional definida para estos procesos, el Kardex de proveedores no se maneja de manera técnica, las compras no son planificadas. No existe la cultura del inventario periódico. No existen almacenes satélites o stock controlados de manera periódica.

#### **2.9.22. Archivo de historias clínicas**

La historia clínica se encuentra reglamentada en la Ley 23 de 1983, la Resolución 1995 de 1999 y Resolución 1715 de 2005.

El hospital debe contar con un archivo único de historias clínicas y garantizar la custodia de las mismas dentro de la institución y en el traslado entre prestadores de servicios de salud.

El archivo de la historia clínica debe tener las siguientes características:

- Estar en área restringida,
- con acceso limitado al personal de salud autorizado,
- conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

El archivo de historias clínicas debe conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin.

Se debe contar con comité de historias clínicas que evalúe periódicamente el cumplimiento de las normas vigentes.

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica.

Se debe contar con:

- Un Archivo de Gestión: es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.
- Un Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.
- Archivo Histórico. Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

La Historia Clínica deberá ser diligenciada en forma clara, legible, sin tachones, sin enmendaduras, sin intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.

Cada anotación de la historia clínica debe tener la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

La identificación de la historia clínica se realiza con:

- el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad;
- el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años,
- y el número del registro civil para los menores de siete años.
- Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería.

En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre, en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

Cada hospital debe contar con una historia única institucional y con un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quién y en qué fecha ha sido entregada.

La historia clínica debe tener TODOS los folios numerados en forma consecutiva.

Los datos mínimos de identificación son:

- datos personales de identificación del usuario,
- apellidos y nombres completos,
- estado civil,
- documento de identidad,

- fecha de nacimiento,
- edad,
- sexo,
- ocupación,
- dirección y teléfono del domicilio
- y lugar de residencia,
- nombre y teléfono del acompañante;
- nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso;
- aseguradora y tipo de vinculación.

Los Anexos de la historia son:

- autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado),
- procedimientos,
- autorización para necropsia,
- declaración de retiro voluntario
- y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

El resultado de Los reportes de exámenes para clínicos, imágenes diagnósticas, debe estar registrados en la historia clínica y dejarse constancia de su entrega a los usuarios.

A la luz de estos parámetros de habilitación definidos en las normas, se perciben muchas deficiencias tanto en el diligenciamiento, el archivo y el control de las historias clínicas en el HINFP.

#### **2.9.23. Espacios para actividades académicas**

Como hospital universitario que pretende ser, el HINFP cuenta con el deber de adecuar espacios académicos como aulas escolares, salas de juntas, auditorio y contar con tecnología adecuada para permitir las actividades de docencia. Actualmente el hospital no cuenta con áreas adecuadas ni con tecnología para el ejercicio de dichas actividades. El auditorio es muy deficiente en cuanto a ventilación, iluminación, sonido y equipos audiovisuales.

## **2.10. RECURSOS DE ANÁLISIS, AJUSTE Y PROCESOS**

### **2.10.1. Planeación**

No existe un Plan Estratégico por ende lo hay un Plan de Desarrollo Institucional elaborado desde las directivas de la institución. Existe un PDI elaborado el año 2009 por una firma consultora, pero no fue concertado con la Junta Directiva ni adoptado por esta.

Los planes operativos de cada área no obedecen a unos lineamientos integrados de planeación táctica, pues no existe un banco de programas, proyectos, sub-proyectos y presupuestos.

### **2.10.2. Sistema de información**

La Plataforma tecnológica del HINFP es muy deficiente. Los Servidores están obsoletos, la Red de área local tiene equipos desactualizados. Hay deficiencia de Impresoras y escáneres. Las Aplicaciones corporativas están sin licencia actualizada. Las aplicaciones ofimáticas no cuentan con licencias. El personal tiene poca formación en informática por lo que la seguridad del sistema es escasa y la red está invadida de virus informáticos.

No existe una cultura de la sistematización de la información, lo que se refleja en archivos desordenados e incompletos y ausencia de instrumentos estandarizados de captura, sistematización, validación y análisis de datos.

### **2.10.3. Investigación**

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

De acuerdo con las definiciones de hospital dadas, no se puede pensar que la única función de un hospital esté relacionada con el servicio asistencial, pueden también desarrollar, aunque no todos los hospitales lo hagan, funciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, así como de docencia e investigación. Sus productos finales son fruto del desarrollo de estas funciones o competencias esenciales.

Una de las causas del retraso en el progreso científico fue la opinión de considerar que los profesionales sanitarios sólo debían efectuar labores asistenciales. Ahora se reconoce que parte del tiempo debe destinarse a la investigación. Así, con la investigación podía haber una mejora de la calidad asistencial prestada en los centros. El debate se sitúa, hoy en día, en quién debe financiar la investigación y hasta qué punto deben soportar las cuentas de resultados de los hospitales los costosos proyectos de investigación.

Es necesario normalizar la tarea investigadora en el entorno sanitario. La investigación biomédica debe ser contemplada como una tarea habitual y parte esencial de la buena práctica médica. La adecuada integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor implantación de los avances médicos en la prevención y tratamiento de las enfermedades y un cuidado más ético y eficiente de los pacientes. No es posible realizar investigación de calidad sin una práctica médica de excelencia, y dotada de las mayores garantías éticas y técnicas.

Para que un hospital pueda ofrecer formación e investigación debe disponer de una serie de requisitos:

- Existencia de estándares de calidad asistencial aceptados y cumplimiento de éstos
- Existencia de estándares de calidad informática y documental con soportes informáticos
- Número suficiente de profesionales capacitados y motivados

- Disponer de una infraestructura asistencial adecuada
- Prestar asistencia a un volumen de pacientes o candidatos a ser incluidos en proyectos de investigación.

A pesar de ser una institución de tradición docente asistencial, el HINFP no cuenta con un área organizacional destinada a la investigación, no cuenta con un grupo de investigación reconocido y la mayoría de sus pediatras de planta no pertenecen a grupos de investigación reconocidos por Colciencias ni cuentan con CvLac ni tienen la cultura de publicar.

Es necesario desarrollar un área de investigación que ejecute sus acciones de manera coordinada a través de los convenios docencia servicio en temas como:

- Vigilancia epidemiológica
- Efectividad de tratamientos
- Costos hospitalarios
- Productividad de servicios
- Ensayos clínicos controlados para nuevas aplicaciones terapéuticas
- Investigación de mercado
- Etc.

### **3. CARACTERIZACIÓN DEL MODELO DE DIRECCIÓN Y GESTIÓN**

#### **3.1. ANÁLISIS DEL ESTILO DE DIRECCIÓN**

##### **3.1.1. Organización**

Para la adecuada organización de un hospital, se deben dar los siguientes pasos:

La Asamblea General debe expedir los estatutos de la entidad definiendo las áreas funcionales mínimas, su composición y funciones.

- a) La junta directiva debe expedir su propio reglamento.
- b) La junta directiva debe aprobar la carta orgánica del hospital
- c) La junta directiva debe aprobar el manual de estructuras organizacionales
- d) La junta directiva debe aprobar el plan de cargos y estructura salarial
- e) La junta directiva debe aprobar el manual de funciones
- f) La junta directiva debe aprobar la política de recurso humano
- g) La junta directiva debe aprobar el presupuesto anual

Estos son los principales instrumentos de organización de un hospital. Una vez aprobados, el proceso de organización consiste en revisar periódicamente estos instrumentos de gestión para que se mantengan actualizados frente a la realidad permanentemente cambiante del entorno institucional.

El HINFP no cuenta con ninguna de estas herramientas organizacionales. Incluso los estatutos tienen inconsistencias que se comentan en otro aparte de este documento.

### **3.1.2. Dirección**

Una vez expedido el marco organizacional por parte de la Asamblea General y la Junta Directiva, el Gerente de la institución debe expedir directrices tendientes a orientar la consecución de los objetivos institucionales.

El gerente debe orientar la aplicación de la política de recurso humano, la contratación de proveedores de bienes y servicios, el desarrollo de servicios generales, el manejo de los recursos financieros, la gestión clínica, el desarrollo de investigaciones y la correcta ejecución de los convenios docencia servicio.

Para la dirección de los procesos el Gerente constituye un Comité Técnico en el seno del cual se expiden las directrices y se evalúan y controlan los planes operativos de cada área funcional.

El HINFP no cuenta con un Comité Técnico reglamentado. No existe evidencia de evaluación y control sistemática de las tareas planteadas en las actas. Las órdenes impartidas por el director Álvaro Correa eran verbales. Muchos contratos son verbales. Muchos ajustes pactados a los honorarios profesionales fueron pactados verbalmente sin dejar ninguna evidencia escrita. En conclusión se encontró mucha informalidad y mucho desorden en las decisiones del director en gran medida producto de la estructura organizacional y del modelo de gestión implementado.

### **3.1.3. Planeación estratégica**

Todo hospital debe contar con una carga de navegación que oriente su accionar y las decisiones gerenciales. A través de un ejercicio de planeación estratégica, el hospital debe definir un Plan de Desarrollo Institucional en el que se definan:

- Principios y valores
- Misión
- Visión
- Objetivos

- Estrategias

Este plan de largo plazo (cuatro años) se ejecuta por anualidades a través de un Plan de Gestión Gerencial que el Gerente debe presentar a la Junta Directiva para trazar la ruta de aplicación de cada estrategia de modo que se garantice el logro de los objetivos corporativos.

Después de la fase de planeación estratégica, las áreas funcionales desarrollan un banco de programas, proyectos, subproyectos y presupuestos mediante un ejercicio de planeación táctica.

Por último, cada coordinador de unidad debe elaborar planes operativos de acción en los que definan su plan de trabajo anual.

El HINFP no cuenta con un sistema articulado de Planeación. No existe ni plan de desarrollo institucional, ni planes estratégicos gerenciales, ni banco de proyectos ni planes operativos anuales. Hay unos documentos producto de una consultoría a finales de 2009 pero estos documentos no han sido debatidos ni aprobados en Junta Directiva.

## **3.2. ANÁLISIS DEL ESTILO DE GESTIÓN GERENCIAL**

### **3.2.1. Gestión de contratos**

La ordenación del gasto de un hospital se realiza a través de contratos. Todo hospital debe contar con una política de contratación de bienes y servicios, en la que la Junta Directiva fija al Gerente unos parámetros sobre modelos de contratación con aseguradores, límites de ordenación de gasto para la contratación de proveedores de bienes y servicios, pautas de contratación de recurso humano asistencial y administrativo y mecanismos de evaluación y control interno de los contratos.

Para gestionar los contratos, con las pautas previamente fijadas, el Gerente debe organizar los siguientes archivos de contratos:

1. Archivo de contratos de personal de planta

2. Archivo de contratos de personal asistencial suministrado
3. Archivo de contratos de personal administrativo suministrado
4. Archivo de contratos de servicios tercerizados
5. Archivo de contratos de proveedores:
  - a) Proveedores de insumos de oficina
  - b) Proveedores de servicios generales
  - c) Proveedores de insumos médico-quirúrgicos
  - d) Proveedores de medicamentos de uso hospitalario

Cada archivo debe contar con un original del contrato firmado por las partes, los anexos para su perfeccionamiento, tales como: hojas de vida, certificados, propuestas técnicas y económicas, tarifas ofertadas, copias de actas de comité de compras que aprueban la contratación, disponibilidad presupuestal, registro presupuestal.

Las modificaciones a los contratos se realizan mediante otrosí y deben anexarse las nuevas propuestas o nuevas tarifas pactadas.

En este campo encontramos muchísimo desorden. No existen archivos organizados y completos de contratos. Muchos contratos son verbales, otros fueron modificados verbalmente. Existen incoherencias entre lo pactado en el contrato y lo que efectivamente se ejecuta. Incluso en ocasiones el contrato pacta un valor y se factura uno distinto.

Tampoco existe un manual de contratación expedido por la Junta Directiva y todo el proceso se deja a discreción del Gerente sin ningún límite de ordenación de gasto.

### 3.2.2. Estilo de comunicación

La comunicación es una de las principales herramientas de gestión gerencial para lograr el pleno desarrollo institucional. Esta debe ser una herramienta estratégica tanto para mejorar el clima organizacional como para aprovechar las ventajas y enfrentar las amenazas del entorno.

Entre las herramientas formales que debe desarrollar una entidad para comunicar información de manera oficial y descendente se encuentran: la web, la intranet, la comunicación verbal en reuniones con trabajadores o de comité técnico, las cartas circulares y los documentos del sistema de garantía de calidad.

La comunicación formal ascendente se da mediante informes verbales o escritos que los coordinadores de áreas deben presentar ante los comités de la empresa y que el gerente debe presentar ante la junta directiva.

Existen medios de comunicación no formal que se pueden presentar de manera ascendente, descendente y horizontal. Entre estos se encuentran los correos electrónicos, la mensajería instantánea y las conversaciones de pasillo.

En el HINFP encontramos una ausencia de recurso humano para planificar la comunicación estratégica (comunicador social), una ausencia de herramientas para comunicación externa como interna como página web o intranet. Un gran caudal de información ascendente informal y poca formalidad en la comunicación descendente.

Por otro lado, la comunicación externa con clientes presenta un estilo agresivo, amenazante, lo que deja un ambiente hostil en el mercado local y dificulta las negociaciones y la contratación.

Con los organismos del estado percibimos un estilo de comunicación un tanto descuidada en la oportunidad de envío de informes periódicos a los organismos de inspección, vigilancia y control.

### 3.2.3. Manejo de clima organizacional

El clima organizacional es el conjunto de percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico, las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales que afectan al trabajo. El clima organizacional define la personalidad de una empresa y depende de las siguientes variables:

1. Ambiente físico (agradable o desagradable, cómodo o incómodo)
2. Estructura organizacional (jerarquización, delimitación de roles y funciones)
3. Estilo de dirección (pasivo, agresivo, asertivo, pasivo-agresivo)
4. Variables personales (aptitudes, actitudes, motivación, expectativas frente a la organización, nivel de moralidad)
5. Ambiente social (compañerismo, conflictos, comunicaciones)
6. Comportamiento organizacional (productividad, ausentismo, rotación, satisfacción laboral)

Existen múltiples herramientas de medición de clima organizacional. En este estudio no se han aplicado de manera formal, sino que reunimos las percepciones de los investigadores y consultores que participan en el estudio, basados en su experiencia y trayectoria.

**Ambiente físico:** el HINFP funciona en una vieja edificio de una planta, que data de unos 62 años. Las oficinas no cuentan con un estilo moderno sino más bien antiguo. No existe un único patrón de decoración ni un modelo corporativo de colores y estilos. Los muebles de oficina son viejos y muchos están en mal estado, lo que genera inconformidad en muchos trabajadores.

**Estructura organizacional:** la ausencia de herramientas de gestión organizacional como manual organizacional, carta orgánica y manual de funciones genera incertidumbre, duplicación de esfuerzos en torno a ciertas tareas, desánimo y

conflictos entre trabajadores que no tienen bien definidas sus responsabilidades y jerarquías.

**Estilo de dirección:** existe un buen nivel de respeto hacia la junta directiva por la transparencia y reputación de los miembros. Por años este estilo ha impedido que la institución sea permeada por la politización y corrupción y le ha valido un buen grado de autonomía en el sector. No obstante, se requiere capacitar a los miembros de la junta directiva en gestión sanitaria y gestión hospitalaria e implementar un sistema de control interno que permita a los directivos tomar decisiones con información más confiable.

**Variables personales:** la institución cuenta con un excelente equipo médico de prestigiosos pediatras generales y sub-especializados que cuentan con reconocimiento académico, científico y social. No obstante existen deficiencias en la formación y capacitación del personal de enfermería. Hay desmotivación por la falta de oportunidad en los pagos. Existen resentimientos por algunas medidas que se han tomado en cuanto al personal sindicalizado.

**Ambiente social:** existe un buen clima de compañerismo en lo social, no obstante, este compañerismo no se traduce en trabajo en equipo debido a conflictos interpersonales subrepticios y problemas de comunicación.

**Comportamiento organizacional:** la falta de oportunidad en el pago de nómina y honorarios y todo lo anterior se refleja en una baja productividad, ausentismo e satisfacción laboral.

#### 3.2.4. Manejo de conflictos

Para el manejo de conflictos laborales desde la gerencia se deben dar los siguientes pasos: recolectar toda la información de las partes involucradas en el conflicto, analizar de manera objetiva la información y definir la naturaleza y alcance del problema o insatisfacción, evaluar los posibles factores generadores del conflicto, analizar y decidir.

Los diálogos de sordos, la falta de habilidad de escucha, la comunicación rígida, la desconfianza, la imposición de criterios son intensificadores del conflicto y conducen a la repercusión residual del mismo.

Los conflictos no solo suelen ser de tipo interpersonal, existen también los conflictos entre personas o subgrupos del mismo grupo, los que se producen entre grupos como comunidades, organizaciones, países y los llamados intrapersonales, que constituyen debates producidos dentro de nosotros mismos.

En HINFP existe una situación agravante de los conflictos. Todos los problemas son presentados por los trabajadores a la jefe de recurso humano, quien en lugar de ayudar a su solución, se convierte en una especie de representante de los trabajadores ante el Gerente y se muestra como la persona paternalista que siempre quiere ayudar a resolver los conflictos pero que en ocasiones no recibe la solución de parte del Gerente. Al final, esto termina presentándola a ella como la amiga de los trabajadores y al gerente como el enemigo intolerante que no está dispuesto a resolver los problemas.

A esto hay que añadir que la institución, aunque cuenta con un reglamento interno de trabajo, no cuenta con instrumentos de gestión que permita evaluar el recurso humano, no tiene un manual de funciones, un manual de procesos ni un manual o reglamento disciplinario adoptados formalmente, lo que deja el manejo de conflictos a discreción del área de recurso humano y del Gerente y sin parámetros de medición.

### **3.2.5. Toma de decisiones**

Para definir los espacios de toma de decisiones en una empresa, es necesario que esta cuente con estructuras organizacionales definidas y adoptadas formalmente, es así como:

1. La asamblea general aprueba los estados financieros y el dictamen del revisor fiscal y decide sobre los excedentes de la fundación

2. La junta directiva aprueba los presupuestos anuales con base en el plan de desarrollo institucional y los programas y proyectos. También define la estructura salarial y las políticas de contratación.
3. La junta directiva también decide sobre la permanencia del Gerente
4. El Gerente decide sobre asuntos relacionados con la implementación de las políticas de calidad y la gestión financiera.
5. Los subgerentes deciden sobre asuntos operativos de su competencia en lo administrativo y prestación del servicio.
6. Los coordinadores de área deciden sobre la ejecución de las acciones de sus planes operativo

En fin, cuando una organización tiene definidos los límites de competencia de cada área funcional por macroproceso, cada unidad funcional por proceso y cada funcionario por procedimiento, se minimizan los conflictos, se mejora la cultura organizacional, se aumenta la productividad y se aceleran las acciones.

El HINFP no tiene instrumentos de gestión definidos, por eso la toma de decisiones en ocasiones se retrasa o se traslapan de la órbita de competencia de varios funcionarios y unidades funcionales hacia otros que no las tienen.

### **3.2.6. Manejo de relaciones interinstitucionales**

Es muy conocida en el mercado del sector salud a nivel de Cartagena y Bolívar la beligerancia del HINFP frente a temas como la negociación de tarifas y pago de facturas. Durante los últimos años el HINFP no ha firmado contratos con las direcciones territoriales utilizando su prestigio como centro de referencia obligado para pediatría.

Encontramos unas relaciones interinstitucionales tirantes y un mal clima de negociación debido a los frecuentes embargos que el HINFP solicita a sus clientes naturales.

### **3.3. ANÁLISIS DEL ESTILO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Para gestionar la calidad de los servicios en un hospital se deben implementar los siguientes pasos:

1. Ajustar la estructura organizacional de la institución para crear las dependencias encargadas de gestionar la calidad, entre las cuales encontramos: el comité de calidad, que será el organismo de normalización de instrumentos de gestión de calidad; la unidad de auditoría médica, que se encargará de vigilar la calidad de la atención y por último, los Comités de Mejoramiento Continuo, que se encargarán de evaluar la puesta en marcha de los diversos procesos y procedimientos y recomendar al comité de calidad sus ajustes.
2. Elaborar los instrumentos de gestión de la calidad, entre los cuales encontramos: política de calidad, manual de calidad, mapa de procesos, manual de procesos y procedimientos.
3. Adoptar estos instrumentos de manera formal en reuniones del comité de calidad
4. Divulgar, capacitar y entrenar al personal responsable de cada proceso en la aplicación de dichos instrumentos.
5. Evaluar la calidad a través de un manual de indicadores de gestión de la calidad
6. Elaborar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y aplicar las herramientas de auditoría para el cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Continuo.

En una consultoría reciente, el HINFP recibió estas herramientas, pero no han sido adoptadas formalmente en comité de calidad. Tampoco han sido debidamente divulgadas ni puestas en práctica.

### 3.3.1. Estructura organizacional para la calidad

Para gestionar la calidad, lo primero que debe hacerse es adoptar las estructuras organizacionales encargadas de liderar la gestión de la calidad.

Todo hospital que pretenda trabajar en acreditación de la calidad, debe contar con un organismo central de normalización de procesos denominado Comité de calidad, un director de calidad, unos líderes de cada proceso y unos comités de mejoramiento continuo.

El Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja no cuenta con un líder de calidad que se dedique exclusivamente a este tema. La persona encargada de la calidad asume además otras funciones.

Tampoco cuenta con un organismo de normalización de procesos y procedimientos. No cuenta con comités de mejoramiento continuo ni con un manual de procesos.

El siguiente es el diagnóstico del estado de la gestión de calidad:

**Tabla 56. Diagnóstico del estado de la gestión del sistema de calidad**

ASPECTO DEL SOGC	Estado
Normalización de procesos	No se adoptan los procesos como norma porque no existe comité de calidad
Mapa de procesos	Existe un mapa recientemente elaborado pero no se conoce, no se ha adoptado ni divulgado.
Manual de calidad	Existe un manual recientemente elaborado pero no se conoce, no se ha adoptado ni divulgado.
Política de calidad	Existe una política recientemente elaborada pero no se conoce, no se ha adoptado ni divulgado.
Estado de la habilitación	Una autoevaluación realizada a finales de 2009 muestra serias deficiencias de dotación e infraestructura física. Se elaboró un PAMEC de conformidad con ese diagnóstico.
Gestión de archivo de calidad	No existe
Sistema de información para la calidad e Indicadores de gestión de calidad	Se levantan los indicadores de calidad y se reportan a los organismos de inspección, vigilancia y control, pero no se adoptan decisiones con base en el análisis de los mismos.
Gestión del PAMEC	Existe el PAMEC del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja pero no de la UCI

ASPECTO DEL SOGC	Estado
	Doña Pilar

### **3.4. ANÁLISIS DEL ESTILO DE LA GESTIÓN DEL CONTROL**

#### **3.4.1. Antecedentes del proceso de evaluación y control de IPS**

En el modelo de gestión y operación del hospital infantil Napoleón Franco Pareja se ha encontrado que la gestión del control está exclusivamente a cargo de la figura de la revisoría fiscal, este proceso es eminentemente indicativo ya que la falta de un sistema de control interno y de un cargo específico dentro de su estructura organizacional que ejerza esta responsabilidad, traslada y adhiere casi que naturalmente dicho objetivo en la figura del revisor.

Al auditar el contrato de la revisoría fiscal y evaluar su nivel de participación en la gestión corporativa, se ratifica y constata lo dicho, de hecho una de las pruebas de esta función asumida naturalmente sin delegación previa expresa se encuentra en la misma naturaleza y características de sus informes y el abordaje de los temas y líneas de control característicos de su estilo de auditoría.

#### **3.4.2. Marco Normativo y Regulatorio**

Las empresas prestadoras servicios de salud en todas partes del mundo son empresas muy especiales diferenciadas por leyes y normas muy específicas que regulan su organización, operación y evaluación.

En Colombia este marco regulatorio cuenta con una enorme masa de leyes, decretos, acuerdos, resoluciones y circulares, que para el caso específico de prestadores de servicios de mediana y alta complejidad esta plataforma jurídica sobrepasan los 86 componentes.

Esta gran dinámica en la plataforma jurídica del sector salud aplicable a los prestadores es precisamente lo que le da a la gestión del control una responsabilidad muy grande que conlleva a que estos procesos sean liderados por personal idóneo y actualizado.

Para dar solo un ejemplo a continuación mostramos algunas de las normas aplicables al modelo de gestión y operación de la IPS que han sido aprobadas este año:

- Decreto 926 de 2010 Construcciones sismo resistentes
- Decreto 3327 de 2010 Reglamenta la ley 1231
- Decreto 2376 de 2010 Relación Convenios de Docencia
- Decreto 133 de 2010 Eficiencia en la prestación de los servicios de salud
- Decreto 126 de 2010 Lucha contra la corrupción en salud
- Resolución 1998 de 2010 Renovación de habilitación IPS
- Resolución 1474 de 2009 Nuevo PUC para IPS

### **3.4.3. Sistema de Control Interno: Procesos Estratégicos y Operativos**

El gobierno nacional consiente de la necesidad que tienen los prestadores y administradores de los servicios públicos o de interés general aprobó el sistema de control interno llamado modelo estándar de control interno MECI, sistema que inicialmente se ha exigido sea implementado en las empresas del sector público, pero que denota el interés de regular y controlar desde adentro la operación de estas empresas.

De igual manera en la empresa privada las líneas de regulación y control son básicamente las mismas aplicables a las públicas de tal manera que la estructura del MECI nos da una idea de los procesos sujetos de control prioritario en una IPS.

Se concluye que el sistema de control interno debe enfocarse entonces en tres niveles a saber: Gestión estratégica, Gestión Gerencial y Gestión de la evaluación y Control, enfoques que están muy lejos en la realidad del tipo de control que se ejerce en el hospital y que vuelve el modelo de gestión y operación un proceso altamente vulnerable y de riesgoso.



### 3.4.4. Descripción del sistema de control de la empresa

En consecuencia del análisis anteriormente anotado podemos señalar entonces que en la empresa apenas si existen algunas actividades aisladas de control posterior que se reflejan en la revisoría de cuentas médicas y de algunos proveedores sin que exista un método o un procedimiento normalizado que se aplique.

De igual manera se constata que la ausencia de un sistema de calidad y de documentación de procesos básicos hace casi que imposible que se puedan auditar cualquier tipo de actividad ya que estas se realizan de acuerdo a la costumbre o normas individuales.

En conclusión la empresa no tiene ninguna característica ni elemento básico de un sistema de evaluación y control. La empresa tiene la necesidad urgente de levantar los procesos básicos y normalizar algunos procedimientos como el de contratación, compras, servicios generales y auditoría interna para frenar cuanto antes el alto nivel de riesgos que corren sus operaciones diarias.

### 3.4.5. Análisis de la Gestión de la Revisoría Fiscal

Para dar alcance al análisis de la gestión del proceso de revisoría fiscal llevado a cabo en la institución ha sido necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones; la primera tiene que ver con la especificidad y pertinencia de esta función en empresas prestadoras de servicios de salud y la segunda con las evidencias que tenemos a la mano que son los contenidos de las actas de junta directiva y los contenidos de los informes regulares de la auditoría.

Con respecto a la primera nos apoyamos en la circular conjunta, Superintendencia Nacional de Salud – Junta Central de Contadores N° 122 SNS – N° 036 JCC, expedida el 21 de septiembre de 2001, dirigido especialmente a los revisores fiscales cuyo objetivo es impartir precisiones en materia del ejercicio de la función de fiscalización. Cabe anotar que esta circular se expidió con el ánimo de fortalecer el control y manejo oportuno, eficaz, transparente y eficiente de los recursos financieros del sector salud; complementa la parte introductoria de la circular que; conciente de las inquietudes que se vienen presentando como consecuencia del desconocimiento de los alcances de trascendental función en los entes sometidos a la inspección y vigilancia<sup>12</sup> (de la Superintendencia Nacional de Salud).

Atendiendo a la segunda consideración, vemos que la evidencia documentada nos demuestra que la falta de integralidad, profundidad y análisis de los actos administrativos se realizan posteriormente a los hechos consumados sin brindar ningún tipo de apoyo seguridad a la operación. Al analizar el accionar de la auditoría nos encontramos con que estas actividades están delegadas en auxiliares del revisor fiscal quienes visitan una o dos veces por semana la empresa concentrando su actividad en el área de contabilidad. Se pudo constatar que ninguno de los dos asistentes tiene experiencia o conocimiento de mediana profundidad de la normatividad del sector por lo cual se concluye su falta de idoneidad.

---

<sup>12</sup> Tomado textualmente de la circular conjunta, Superintendencia Nacional de Salud – Junta Central de Contadores N° 122 SNS – N° 036 JCC, expedida el 21 de septiembre de 2001.

### 3.4.6. Importancia de la revisoría fiscal en las IPS

Para dar mayor soporte y sustancia conceptual a la importancia y especificidad de la función del revisor fiscal de las IPS nos permitimos apoyarnos nuevamente en la circular conjunta que es clara al respecto:

*“La revisoría fiscal se encuentra estructurada con el ánimo de dar seguridad a los propietarios de las empresas sobre el sometimiento de los administradores a las normas legales y estatutarias, al cumplimiento de sus instrucciones, así como acerca de la seguridad y conservación de los activos sociales, la fidelidad de los estados financieros y el cumplimiento de las obligaciones, en particular aquellas relacionadas con el Estado, al igual que la colaboración con las autoridades gubernamentales que ejercen inspección, control y vigilancia, para el caso la superintendencia Nacional de Salud, procurando evitar irregularidades y propendiendo por la protección del interés de la comunidad<sup>13</sup>”.*

Con respecto a la integralidad la circular más que clara es muy específica y detallada, señalando para tal efecto todas las áreas y componentes que están sujetos a la revisoría fiscal de manera que son los elementos que deberían estar contenido y evaluados en los informes que este presenta a los miembros de la junta Directiva. A continuación transcribimos lo que la circular señala:

*“...son materia de evaluación todos los elementos y partículas que conforman una actividad u operación, es decir, son sujetos del escrutinio del control de fiscalización los recursos humanos (personal, perfil profesional, experiencia, escala salarial, salud, proceso de selección y contratación, funciones, responsabilidades, categoría jerárquica, etc.); los recursos económicos (insumos, materias primas, ciclo de compras, ciclo de producción, productos terminados, ciclo de mercado y ventas, etc.); los recursos financieros (capital, uso, liquidez, generación de flujos positivos de efectivo, acceso al crédito, etc.); los recursos*

---

<sup>13</sup> IDEM

*técnicos (tecnología, conocimiento, desarrollos de investigación) y los recursos físicos (planta física, equipos, maquinaria, ubicación geográfica, etc.)<sup>14</sup>".*

Finalmente con relación a las funciones y mas puntualmente con las responsabilidades de los revisores fiscales de las empresas vigiladas por la Superintendencia Nacional de salud, hemos querido resaltar solo algunas, que la misma circular señala:

- Revisar y evaluar periódicamente el sistema de control interno adoptado por la entidad.
- Velar por que se lleven debidamente las actas de las reuniones de la asamblea, del consejo de administración, de la junta directiva o de quien haga sus veces.
- Inspeccionar asiduamente los bienes de la entidad y procurar que se tomen oportunamente las medidas de conservación o seguridad de los mismos y de los que ella tenga en custodia a cualquier otro título.
- Emitir con destino a la Superintendencia Nacional de Salud, un informe trimestral sobre la existencia de procedimientos adoptados por la administración para conducir adecuadamente la entidad, al igual que para asegurar su viabilidad financiera, incluido el aseguramiento de su continuidad como empresa en marcha y la capacidad para atender oportunamente las obligaciones y compromisos adquiridos.
- Velar por que los administradores con funciones de responsabilidad y manejo, constituyan fianzas que garanticen adecuadamente el cumplimiento de sus funciones y el correcto manejo de los bienes, fondos y valores que les sean encomendados durante el ejercicio del cargo.

---

<sup>14</sup> IDEM

- Velar por que la administración garantice la adecuada atención de los usuarios, así como el manejo técnico de su información en bases de datos actualizadas, de acuerdo con sanos principios de administración y conforme con las disposiciones que rigen el sistema de seguridad social en salud.
- Ejercer un estricto control en el cumplimiento de las normas tributarias y aquellas de contenido parafiscal.
- Ejercer un estricto control en el cumplimiento de las normas que rigen el sistema general de seguridad social en salud y de las circulares e instrucciones emanadas de la Superintendencia Nacional de Salud

Para cerrar el análisis del sistema de control interno y ante la multiplicidad de factores que al interior del modelo de gestión y operación dan origen a riesgos y siniestros ya evidentes, denunciados y puestos en investigación, consideramos importante concluir que:

- La revisoría fiscal no tiene en cuenta, ni aplica las directrices específicas especialmente teniendo en cuenta el acompañamiento sobre los actos administrativos de la empresa al momento de su celebración y no con posterioridad a la consumación de los hechos, en virtud de los cuales se compromete solidariamente con las consecuencias de los mismos.
- Con relación a la inspección constante, entre otros registros, de los libros de actas, encontramos que no reposan ninguna evidencia de tal acción de hecho se aprecian grandes debilidades en la redacción, archivo y registro legal de las mismas, inclusive ninguna especifica el tipo de reunión que se desarrolla.
- La revisoría no cumple con el principio de integralidad lo cual es fácil de constatar en los informes cuando se observa la falta de alcance y profundidad en los procesos misionales y en el cumplimiento, aplicación e implementación de las normas que regulan el sector.

- En general se incumplen otros principios contemplados en la circular tales como la oportunidad y la función preventiva.
- Los responsables de ejercer la función de revisoría y auditoria no cuentan con la idoneidad y el conocimiento del sector y su complejo universo normativo.

- 

### 3.5. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN DOCENCIA – SERVICIO

#### 3.5.1. Marco normativo actual

Al momento de la auditoria de esta línea de servicios del hospital hemos coincidido con la expedición y aplicación del decreto 2376 recientemente expedido y por medio del cual se empieza a regir la relación docente – servicios y se definen las características y estándares mínimos para la habilitación de los escenarios de prácticas y hospitales universitarios en Colombia.

En tal sentido hemos querido aprovechar la coyuntura jurídica para evaluar el servicio a la luz de los principales condicionantes evaluables que nos dan una visión real del estado actual del hospital.

Para ello estamos transcribiendo literalmente algunos de los apartes clave del decreto en mención de manera que podamos realizar el ejercicio proyectando mentalmente la aplicación de la norma sin que necesariamente lleguemos a la autoevaluación específica en este sentido.

De acuerdo a la definición de decreto 2376 de 2010 la Relación docencia – servicio es el vínculo funcional que se establece entre instituciones educativas y otras organizaciones, con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de escenarios de práctica en salud. Este vínculo se funda en un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertado entre las partes de la relación docencia - servicio

**En este mismo decreto se establece que el Convenio docencia - servicio:** Es el acuerdo de voluntades suscrito entre las instituciones participantes en la relación docencia - servicio, frente a las condiciones, compromisos y responsabilidades de cada una de las partes, formalizadas en un documento. Cuando el escenario de práctica y la institución educativa tienen integración de propiedad, deberá existir un documento

donde se definan los lineamientos de la relación docencia - servicio, el cual reemplazará el convenio.

### **Principios de la relación Docencia Servicios**

- Preeminencia del interés social
- Autorregulación
- Respeto a los derechos de los usuarios
- Calidad
- Planificación
- Autonomía

**OBJETIVOS DE LA RELACIÓN DOCENCIA - SERVICIO.** La relación docencia - servicio buscará el cumplimiento de los siguientes objetivos:

*a.* Asegurar alianzas y planes de largo plazo entre instituciones educativas e instituciones prestadoras o aseguradoras de servicios de salud, instituciones de servicios, de investigación o espacios comunitarios que intervienen en la atención integral en salud de la población, para el desarrollo y fortalecimiento de escenarios de práctica fundados en objetivos, principios y estrategias pedagógicas compartidas.

*b.* Asegurar la formación de talento humano en salud competente, con alto sentido ético, de responsabilidad y compromiso social con la salud de la población.

*c.* Asegurar espacios adecuados para la docencia, la extensión, la investigación, la generación de conocimiento y el desarrollo de soluciones a los problemas de salud de la población.

### **DURACIÓN DE LA RELACIÓN DOCENCIA - SERVICIO,**

Los convenios que formalizan la relación docencia - servicio deberán suscribirse por un término no inferior a diez (10) años. En todo caso, deberán prever mecanismos

para garantizar la culminación de las prácticas formativas de los estudiantes que las hayan iniciado estando vigente la relación docencia - servicio, ante una eventual terminación de los mismos.

### **COMITÉS DOCENCIA - SERVICIO.**

Por cada convenio docencia - servicio se deberá conformar un comité entre el escenario de práctica y la institución educativa, integrado por:

- a.* El director, gerente o el jefe del área de educación de la institución que sirve de escenario de práctica.
- b.* Un representante de la institución educativa.
- c.* Un representante de los estudiantes que estén rotando en el escenario de práctica.

### **FUNCIONES DEL COMITE**

- a.* Darse su propio *reglamento*.
- b.* Verificar y evaluar periódicamente el cumplimiento del presente decreto así como de los convenios que rigen la relación docencia - servicio.
- c.* Verificar y evaluar el cumplimiento de los planes de largo plazo concertados entre las instituciones que hacen parte de la relación docencia - servicio.
- d.* Verificar y evaluar periódicamente que el desarrollo de la relación docencia - servicio no genere detrimento de la calidad de la atención a los usuarios del escenario de práctica.
- e.* Promover la responsabilidad ética, legal y el compromiso humanitario en el desarrollo de la

Relación docencia - servicio.

*I* Analizar y resolver en primera instancia, las dificultades, diferencias y conflictos que puedan surgir en desarrollo de la relación docencia - servicio y remitir a las instancias pertinentes los casos que así lo ameriten.

g. Registrar las novedades o cambios en cada uno de los programas académicos relacionados con la relación docencia - servicio.

### **GARANTIAS DE SEGURIDAD, PROTECCIÓN Y BIENESTAR DE LOS ESTUDIANTES.**

La relación docencia - servicio debe garantizar que los estudiantes desarrollen sus prácticas formativas en condiciones adecuadas de seguridad, protección y bienestar, conforme a las normas vigentes, para lo cual ofrecerá las siguientes garantías:

a. Los estudiantes que realicen prácticas formativas que impliquen riesgos frente a terceros o para su salud, estarán cubiertos por pólizas de responsabilidad civil extracontractual Y de riesgos biológicos, con una cobertura no inferior a 250 salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada una.

b. Los estudiantes de postgrado serán afiliados a los Sistemas de Seguridad Social en Salud y Riesgos Profesionales por el tiempo que dure su entrenamiento. Para efectos de la afiliación y pago de aportes, se tendrá como ingreso base de cotización un salario mínimo legal. En todo caso, dicha afiliación no implicará un vínculo laboral, considerando que se da en el marco de una relación académica.

c. Los turnos de las prácticas formativas de los estudiantes se fijarán atendiendo las normas, principios y estándares de calidad en la prestación del servicio de salud y de bienestar de los estudiantes y docentes. En cualquier caso, los turnos serán de máximo 12 horas, con descansos que garanticen al estudiante su recuperación física y mental y no podrán superar 66 horas por semana.

d. Los estudiantes de programas académicos de formación en el área de la salud que requieran de residencia o entrenamiento que implique la prestación de servicios de salud por parte de ellos, tendrán derecho a alimentación, hotelería, ropa de trabajo y

elementos de protección gratuitos, de acuerdo con las jornadas, turnos y servicios que cumplan en el marco de la práctica formativa

### **REQUISITOS PARA LOS ESCENARIOS DE PRÁCTICA.**

Las instituciones que quieran actuar como escenarios de práctica deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a.* Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán estar habilitadas conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Las demás instituciones deberán cumplir las normas vigentes para la actividad que desarrollan, incluyendo las de calidad si las hay.
- b.* Realizar la autoevaluación de que trata el artículo 20 del presente decreto.
- c.* Cumplir los criterios básicos de calidad para la evaluación y verificación de la relación docencia - servicio definidos por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud o quien haga sus veces.
- d.* Reportar de manera oportuna la información requerida por la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud y las entidades en ella representadas.

Para que las instituciones interesadas sean reconocidas como escenarios de práctica, deberán realizar una autoevaluación que les permita determinar el cumplimiento de las condiciones necesarias para el desarrollo adecuado de las prácticas formativas en el programa o programas que considere pertinentes. Así mismo, ***la autoevaluación le permitirá a la institución establecer el número de cupos que puede ofrecer por programa, de acuerdo con su capacidad operativa, administrativa y técnico científica<sup>15</sup>.***

***Entre los criterios a tener en cuenta se deben considerar al menos los siguientes:***

- a.* Existencia de una estructura orgánica y funcional que incluya e integre las prácticas formativas en la misión de la institución.

---

<sup>15</sup> El resaltado esta adicionado al contenido original del texto del decreto.

*b. Existencia de procesos formales relacionados con el desarrollo de las prácticas formativas en la institución.*

*c. Recurso humano idóneo vinculado formalmente a la gestión de las prácticas formativas.*

*d. Infraestructura física y técnico-científica adecuada para el desarrollo de las prácticas formativas.*

*e. Actividad operacional que la institución lleva a cabo, relacionada con el volumen de usuarios, pacientes, servicios o actividades, que sustentan la formación teórico-práctica de los estudiantes en cada programa, según el nivel de preparación y de complejidad institucional.<sup>16</sup>*

## **REQUISITOS PARA EL RECONOCIMIENTO DE LAS IPS COMO HOSPITALES UNIVERSITARIOS.**

Para ser reconocidas como Hospitales Universitarios, las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán demostrar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el párrafo 2° del artículo 13 de la Ley 1164 de 2007 ante la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, para lo cual deberán presentar los siguientes documentos:

*a. Estatutos y Plan Estratégico donde se defina su vocación docente e investigativa.*

*b. Documento formal con la estructura orgánica y funcional de la IPS donde se verifique que las*

*Actividades de docencia e investigación forman parte integral de la misión institucional.*

*c. Certificado de acreditación expedido por la entidad competente, conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.*

---

<sup>16</sup> IDEM

*d.* Para el ofrecimiento de programas de especialidades medico quirúrgicas, documento que

Establezca los requisitos de vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad Científica, académica e investigativa.

*e.* Nómina o relación de cargos vinculados formalmente a la dirección, planeación, ejecución y evaluación de actividades de docencia e investigación, con el perfil de las personas que los ocupan.

*f.* Documentos que demuestren que la totalidad de los docentes cuentan con formación de postgrado en docencia o experiencia específica de mínimo tres años en actividades docentes, académicas y de investigación, certificada por una institución de educación superior.

*g.* Documentos que demuestren que la totalidad de investigadores cuentan con experiencia específica en actividades docentes, académicas o de investigación.

*h.* Documento donde se describan las características principales de los espacios, infraestructura y dotación física y técnico-científica para el adecuado desarrollo de las actividades de docencia e investigación, como aulas, bibliotecas, salas virtuales, laboratorios, equipos de video conferencia, equipos de telesalud, zonas de descanso y bienestar para estudiantes, docentes y residentes, entre otros.

*i.* Convenios docencia - servicio con instituciones de educación superior legalmente reconocidas, donde se demuestre que la IPS ha sido escenario de práctica de por lo menos cinco programas de salud acreditados, en los cinco años previos a presentación de la solicitud. Para el caso de IPS de propiedad de las instituciones de educación superior, se deben presentar los reglamentos y estadísticas sobre los programas y número de estudiantes formados.

*j.* Publicaciones en revistas indexadas durante los últimos cinco (5) años.

*k.* Documento que demuestre la existencia de por lo menos un grupo de investigación vinculado al Hospital reconocido por COLCIENCIAS.

*l.* Publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación.

*m.* Procesos documentados y formalmente adoptados por la IPS para el desarrollo de las actividades de docencia e investigación.

*n.* Cumplir con los procesos de evaluación docencia - servicio.

### **3.5.2. Caracterización de los convenios docencia- servicio 2009**

El hospital contaba en 2009 con convenios docencia servicio con las siguientes instituciones de educación formal y educación para el trabajo.

#### **EDUCACIÓN FORMAL**

- Universidad de Cartagena
- Universidad del Sinú
- Corporación universitaria Rafael Núñez
- Universidad San Buenaventura
- Universidad tecnológica
- Universidad INCA

#### **EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO**

- IDET
- ICOSALUD
- CORPONORTE
- CENCADENT
- CARL-ROS
- EDUCOSTA

A continuación se mostrara estas respectivas instituciones con fecha de inicio y finalización de los convenios docencia servicio.

### 3.5.2.1. Descripción de los programas de educación formal 2009

#### EDUCACIÓN FORMAL UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA PROGRAMA DE MEDICINA	NUMERO DE ESTUDIANTES
Internos	57
Residentes de pediatría	7
Otorrinolaringología	2
Ortopedia y traumatología	2
Anestesiología	3

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA PROGRAMA DE ENFERMERIA	NUMERO DE ESTUDIANTES
Cuidados básicos	40
Medico quirúrgica I	46
Medico quirúrgica II	48

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA PROGRAMA DE ODONTOLOGIA	NUMERO DE ESTUDIANTES
clínicas hospitalarias I y II	49
odontopediatría y ortopedia maxilar	3

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA PROGRAMA DE ADMINISTRACION EN SALUD	NUMERO DE ESTUDIANTES
Administración De La Salud	7

<b>TOTAL ESTUDIANTES</b>	<b>264</b>
--------------------------	------------

#### **EDUCACIÓN FORMAL UNIVERSIDAD DEL SINU**

<b>UNIVERSIDAD DEL SINU PROGRAMA DE MEDICINA</b>	<b>NUMERO DE ESTUDIANTES</b>
Internos	<b>SD</b>
Residentes de pediatría	<b>SD</b>
<b>TOTAL ESTUDIANTES</b>	<b>SD</b>

#### **EDUCACIÓN FORMAL UNIVERSIDAD RAFAEL NUÑEZ**

<b>UNIVERSIDAD DE RAFEL NUÑEZ PROGRAMA DE MEDICINA</b>	<b>NUMERO DE ESTUDIANTES</b>
Internos	<b>20</b>
pediatría	<b>71</b>
Especialidades quirúrgicas Urología	<b>9</b>

<b>UNIVERSIDAD DE RAFEL NUÑEZ PROGRAMA DE ENFERMERIA</b>	<b>NUMERO DE ESTUDIANTES</b>
Cuidados en. Niños y adolescentes	<b>33</b>
Administración en salud II	<b>36</b>

<b>TOTAL ESTUDIANTES</b>	<b>169</b>
--------------------------	------------

#### **EDUCACIÓN FORMAL UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA**

<b>UNIVERSIDAD DE RAFEL NUÑEZ PROGRAMA DE ENFERMERIA</b>	<b>NUMERO DE ESTUDIANTES</b>
<b>FISIOTERAPIA</b>	<b>7</b>
<b>PSICOLOGIA</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL ESTUDIANTES</b>	<b>8</b>

#### **EDUCACIÓN FORMAL UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE BOLIVAR**

<b>UNIVERSIDAD TECNOLGICA PROGRAMA DE PSICOLOGIA</b>	<b>NUMERO DE ESTUDIANTES</b>
<b>PSICOLOGIA</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL ESTUDIANTES</b>	<b>1</b>

#### **EDUCACIÓN FORMAL UNIVERSIDAD INCCA**

<b>UNIVERSIDAD INCCA PROGRAMA DE PSICOLOGIA</b>	<b>NUMERO DE ESTUDIANTES</b>
<b>PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL ESTUDIANTES</b>	<b>2</b>

**Total número de estudiantes de la educación formal: 444**

#### **3.5.2.2. Programas de educación para el trabajo**

<b>INSTITUCION</b>	<b>PROGRAMAS</b>	<b>NUMERO DE ESTUDIANTES</b>
<b>CORPONORTE</b>	Auxiliar de enfermería	<b>15</b>
<b>CARL ROS</b>	Enfermería materno	<b>24</b>
	Enfermería medico quirúrgica	<b>7</b>
<b>IDET</b>	Enfermería básica	<b>20</b>
<b>ICOSALUD</b>	Aun. admtvo en salud	<b>2</b>
	Aun. servicios farmacéuticos	<b>16</b>
	Aun. de enfermería	<b>18</b>
<b>ESCUDENT</b>	Aun. de enfermería	<b>SD</b>
<b>EDUCOSTA</b>	Enfermería medico quirúrgica	<b>9</b>
	Practicas supervisadas	<b>150</b>
	Practicas integrales	<b>48</b>
	Practicas integrales convenio SENA	<b>14</b>
<b>CENCADENT</b>	Aun. de enfermería	<b>33</b>

**Total número de estudiantes de la educación no formal: 356**

Durante el año 2009 que evaluado se pudo observar que la institución acogió dentro de los convenios un numero cerrado de 800 estudiantes, de los cuales 56% fueron estudiantes de programas profesionales, y más de 105 correspondieron a especialidades y subespecialidades pediátricas.

Estas cifras demuestran la importancia del hospital dentro del proceso de formación del talento humano de la región y el valioso aporte social y asistencial que

representan los convenios con las universidades para poder llevar el servicio a la población usuaria del Departamento de Bolívar.

#### ***3.5.2.3. Evaluación de los convenios vigentes con en 2010***

Hemos tomado como base los informes de la Oficina de Calidad quien hace el seguimiento a las actividades del convenio para verificación de cumplimiento de rotaciones en cuanto a número de estudiantes y horarios de rotación, Capacidad instalada, manejo adecuado de protocolos y guías medicas, Acompañamiento del docente, entre otras.

Para tal fin se ha podido constatar que actualmente la institución tiene convenios con:

1. La Universidad de Cartagena
2. Universidad del Sinú
3. Corporación Universitaria Rafael Núñez
4. Universidad San Buenaventura
5. Colegio Mayor de Bolívar
6. Instituto Técnico de Artes y Oficios Carl Ros
7. Comfamiliar
8. Icosalud

A continuación se muestra un informe del primer trimestre de 2010, las instituciones con las cuales se tiene una relación docencia- servicio, número de estudiantes admitidos y el programa al que pertenece.

**Tabla 57. Seguimiento a las rotaciones de los convenios de educación formal primer trimestre de 2010**

Educación Formal	Vencimiento de Convenio	No estudiantes X Programa	Total Numero de Estudiantes
Universidad de Cartagena	23 Enero de 2014	Internado	32
		Pregrado de Medicina	61
		Ortopedia y Traumatología	1
		Salud ocupacional	2
		Química y Farmacia	2
		Anestesiología Pediátrica	2
		Cirugía general	1
		Neurocirugía pediátrica	1
		Enfermería Medico Quirúrgica I	10
		Enfermería Medico Quirúrgica II	6
		Administración de enfermería	8
		Odontología	10
Universidad del Sinú	SD	Internado	20
Corporación universitaria Rafael Núñez	13 Julio de 2010	Internado	16
		Enfermería Cuidados del niño y Adolescentes	9
		Administración en salud II	9
Universidad san Buenaventura	9 Diciembre de 2012	Fisioterapia	4
		Psicología	1
Colegio Mayor de Bolívar	16 Febrero 2011	Tecnología Promoción Social	3
Total # de estudiantes en el trimestre			198

**Tabla 58. Seguimiento a las rotaciones de los convenios de educación para el trabajo primer trimestre de 2010**

Educación Para el Trabajo	Vencimiento de Convenio	No estudiantes X Programa	Total Numero de estudiantes
Carl- Ros	20 de enero de 2011	Técnico en Administración de Oficinas	4
		Enfermería Medico Quirúrgica	26
Icosalud	25 de agosto de 2010	Practicas integrales	2
		Auxiliar Administrativo en salud	2
		Auxiliar Servicios Farmacéuticos	4
Sena	Coordinado por RRHH	programación de Software	4
		Técnico en Sistemas	1
		Contabilidad y Finanzas	2
		Gestión Contable	1
Total			46

### **Total número de estudiantes 244**

Al evaluar este primer trimestre del año observamos que el promedio de estudiantes por rotación bajó debido a los trabajos de adecuación y mantenimiento de dos salas de Hospitalización que sacaron de operación el 25% de las camas disponibles, no obstante la proyección de este primer semestre nos podrían indicar que al cierre del año se estaría superando la cifra de los 800 estudiantes que acogimos el año inmediatamente anterior.

#### **3.5.2.4. Conclusiones de la evaluación de los convenios docencia - servicios**

- No se cuenta con programa académico concertado como plan de trabajo evaluable y verificable por parte de hospital, el convenio docente se limita exclusivamente al uso del escenario de práctica y la facilitación de la infraestructura física y técnica.

- No se tiene una planeación sobre la capacidad de carga de estudiantes y las diferentes especialidades y programas con el fin de lograr una mayor eficiencia y aporte a la gestión hospitalaria.
- Al revisar el proceso de evaluación de la actividad nos encontramos que no existe una persona responsable directamente de la coordinación de los convenios, el proceso en la práctica lo maneja la subdirección científica con el apoyo de la coordinación de calidad.
- Al tratar de verificar los soportes legales del convenio se pudo observar el incumplimiento en la oportunidad y falta de documentos tales como pólizas de responsabilidad civil por parte de las universidades, suscripción y archivo de actas operativas, se encuentran muchos convenios vencidos si gestión de prorrogas a la fecha pero sin embargo hay estudiantes en prácticas.
- Los escenarios de docencia compuestos por un aula es insuficiente con relación a la gran cantidad de estudiantes que circulan en los diferentes programas.
- Nos encontramos que los convenios no son evaluados técnica y financieramente de manera que no se sabe con certeza el grado de conveniencia financiera, así como tampoco aportan al proceso de investigación del hospital.
- En resumen la institución no cumple con los requisitos técnicos para habilitarse como hospital universitario.
- Para comenzar a aproximarnos al cumplimiento del decreto de habilitación el hospital debe realizar los siguientes ajustes:
  - a) Modificar el objeto social y los estatutos de la fundación incluyendo como línea de acción los servicios de docencia, la habilitación de los escenarios de práctica universitaria y las actividades e investigación científica.
  - b) Diseñar un plan estratégico docente – servicios con objetivos e indicadores medibles donde se contemplen los planes operativos de los programas y el diseño de la capacidad de carga de los estudiantes por programas y especialidades.

- c) Definir un programa de investigación que se alimente de la relación docente y que contribuya al mejoramiento del modelo de atención, la calidad de la atención y la generación de conocimiento.
- d) La institución debe contar con dentro de su estructura organizacional con un cargo definido para la coordinación y dirección de servicios, el cual debe contar con sus procesos formales.
- e) Por el tamaño de la institución, el nivel de especialización y el número de estudiantes que recibe anualmente se debe tener un coordinador de servicios educativos o de docencia, investigación y consultoría, el cual debe formar parte del estaff directivo, en virtud de la responsabilidad y complejidad de las funciones y objetivos evaluables del nuevo decreto.
- f) Ampliar la infraestructura física de acuerdo al número de programas y estudiantes en prácticas por lo menos a dos aulas adicionales, un centro de estudio y descanso académico.

### 3.6. ANÁLISIS DEL ESTILO DE GESTIÓN FINANCIERA

El HINFP como entidad privada, no está obligada a gestionar presupuesto, pero en vista de la naturaleza pública de los servicios que presta y las ventajas que reporta para la organización, ejecución y el control de los recursos, sería recomendable implementar para el próximo año el sistema presupuestal, pre-aprobado por la Junta Directiva, de modo que se constituya en una herramienta de gestión y de control interno.

Los procesos de tesorería del HINFP sólo exploran mecanismos de cobro jurídico, sin aplicar cobros pre jurídicos y tienen un rezago entre la prestación del servicio y el recaudo efectivo de unos 360 días:

1. Prestación del servicio	30 días
2. Generación de facturas	20 días
3. Radicación de facturas	10 días
4. Vencimiento de facturas	90 días
5. Cobro ejecutivo	60 días
6. Mandamiento de pago	90 días
7. Liberación de título	<u>60 días</u>
TOTAL	360 DÍAS

**Gráfico 23. Ciclo de gestión financiera del HINFP.**

### CICLO SINIESTRO DEL FLUJO DE RECURSOS ACTUAL



### DE LA FACTURACION HASTA EL PAGO TRANSCURREN 11 MESES

Esta situación genera una pérdida del poder adquisitivo del dinero equivalente a la variación del IPC en un año, es decir, entre 4 y 5% del valor facturado, lo cual equivale, con los niveles de facturación actual a una pérdida de unos 750 millones de pesos cada año.

El pago a proveedores se está realizando con el mismo rezago que manifiesta el flujo de caja, lo que ha traído como consecuencia embargos por organismos de seguridad social y parafiscales, secuestro de bienes por parte de la DIAN, cobros coactivos de parte del SENA, ICBF, Caja de Compensación y demandas laborales.

Una herramienta que ha resultado muy útil para el pago a proveedores han sido los mecanismos establecidos en el Código Civil de extinción de obligaciones mediante el cruce de cuentas, compensaciones y cesiones de créditos. Estos mecanismos han permitido mantener abastecidos los inventarios de suministros médico quirúrgicos y los servicios públicos.

A nivel contable encontramos inconsistencias en los centros de Costos del Plan de cuentas de la UCI Doña Pilar y unos procesos ficticios de compra y venta de servicios entre el HINFP y la UCI sin que medien contratos ni soportes de dichas transacciones. Ese desorden constituyó un caldo de cultivo para la pérdida de recursos en la UCI.

### **3.6.1. Gestión de presupuesto**

No existe presupuesto. Aunque el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja es una entidad privada y por lo tanto no está obligada a llevar presupuesto, sería ventajoso llevar uno aprobado por la Junta directiva, en vista de la crisis de flujo financiero. Esto permitiría ejercer mejor control de los recursos y programar los egresos.

### **3.6.2. Gestión de pagaduría**

No es posible contar con una programación de pagos de nómina y proveedores, en vista de lo irregular del flujo de recursos.

### **3.6.3. Gestión contable**

La contabilidad se encuentra al día. No está actualizado el plan de cuentas con la norma más reciente de PUC para IPS privadas. Existen problemas en el plan de cuentas de la UCI Doña Pilar en el que se observan cuentas que no corresponden a la venta de servicios de la UCI sino que pertenecen al HINFP.

### **3.7. ANÁLISIS DE LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL ASISTENCIAL**

Se revisaron un total de 59 contratos, encontrándose los siguientes hallazgos:

- 14 contratos sin firmar (24%)
- 2 contratos vencidos y no renovados (3.3%)
- 32 contratos no tienen póliza vigente (52.5%)
- 25 contratos no tiene RUT (41%)
- 57 contratos tienen algún documento faltante para la legalización o para demostrar la capacidad de prestación del servicio (96.6%)
- 30 contratos pactan honorarios por producción (51%)
- 1 contrato pacta honorarios por hora (1.7%)
- 29 contratos pactan honorarios fijos mensuales (49.15%)

**Tabla 59. Auditoría de los contratos de prestación de servicios médicos**

NOMBRE	ESPECIALIDAD	MONTO	DURACION	AREA
BAUTSTA HOYOS SANCHEZ	ALERGOLOGO	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA CONSULTAS E INTERCONSULTAS, 80% HONORARIOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS CONTRATISTA,	12 MESES	CONSULTA EXTERNA
LINA MARIA GRANADOS VERGARA	ANESTESIOLOGA	5.666.667	12 MESES	QUIROFANO
GUALBERTO SARMIENTO VILLAREAL	ANESTESIOLOGO	5.666.667	12 MESES	QUIROFANO
IVAN CURI ROMERO	ANESTESIOLOGO	5.666.667	12 MESES	QUIROFANO
ILSE SALAS ANGULO	CARDIOLOGA PEDIATRA	40% y 60% Procedimiento. 80% contratista. 20% hospital.	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
JULIAN ROCA MENDOZA	CARDIOLOGO PEDIATRA	40% y 60% Procedimiento. 80% contratista. 20% hospital.	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
LUIS RAMON MORENO BALLETEROS	CIRUJANO	3.605.727	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
MIGUEL BRUGES RUIZ	CIRUJANO MAXILOFACIAL	POR PROD. 30% HOSPITAL y 70% CONTRATISTA,100% HONPRARIOS CIRUGIA	12 MESES	CONSULTA EXTERNA
IVAN DARIO JIMENEZ	CIRUJANO PEDIATRA	2.926.275	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
MARIO JAIMES GUTIERREZ	CIRUJANO PEDIATRA	3.605.727	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
MARGARITA Y.MARTINEZ VILLATE	CIRUJANO PEDIATRA	2.927.000	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
CLAUDIA RODRIGUEZ NUÑEZ	CIRUJANO PLASTICO	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA CONSULTAS E INTERCONSULTAS, 100% HONORARIOS CIRUGIAS CONTRATISTA		TODOS LOS SERVICIOS
JAVIER MALAMBO GARCIA	CIRUJANO PLASTICO	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
MAURICIO A. BOLIVAR LOMBANA	CIRUJANO PLASTICO RECONS.	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA,100% HONORARIOS CIRUGIA	12 MESES	CONSULTA EXTERNA
ERIK ALVAREZ PEREIRA	DERMATOLOGO	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA,100% HONORARIOS CIRUGIA	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
JOSE PRETEL MENDOZA	DERMATOLOGO	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA,100% HONORARIOS CIRUGIA	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
VICTOR ISAZA NAJERA	DERMATOLOGO	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA,100% HONORARIOS CIRUGIA	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
VICTOR ELOY ISAZA NAJERA	DERMATOLOGO	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA,100% HONORARIOS CIRUGIA	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
MARIA ERIKA SANCHEZ RODRIGUEZ	FISIATRA	POR PROD. 20% HOSPITAL y 80% CONTRATISTA	12 MESES	
SATURNINA GOMEZ HERNANDEZ	FISIOTERAPEUTA	1.064.100	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
ALBA LUZ PAVA URRUTIA	FONOAUDIOLOGA	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA	12 MESES	CONSULTA . EXT.
AILEN GONZALEZ BUENDIA	FONOAUDIOLOGA	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA,100% DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	12 MESES	CONSULTA . EXT.
RODRIGO DE VIVERO CAMACHO	GASTROENTEROLOGO PEDIATRICO	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA,100% HONORARIOS CIRUGIA, 30% EQUIPOS	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
PAULA ANDREA DIAZ ROJAS	MEDICO RURAL	1.700.000	12 MESES	URGENCIA
CLAUDIA P.DURAN BOTELLO-NEPECA	NEFROLOGO PEDIATRA	100% HONORARIOS	12 MESEES	TODOS LOS SERVICIOS

NOMBRE	ESPECIALIDAD	MONTO	DURACION	AREA
EMIL JULIO BARRIOS-NEPECA	NEFROLOGO PEDIATRA	100% HONORARIOS	12 MESEES	TODOS LOS SERVICIOS
FABIO ANAYA LORDUY	NEUMOLOGO	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA,100% HONORARIOS CIRUGIA , 30% EQUIPOS	12 MESES	CONSULTA EXTERNA
LEONARDO DOMINGUEZ DE LA OSSA	NEUROCIRUJANO PEDIATRICO	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA,100% HONORARIOS CIRUGIA,PRORROGA EL CONTRATO SE INCREMENTARA PARA EL PROXIMO AÑO CON EL IPC DEL AÑO ANTERIOR	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
DANIEL CASTAÑO OSORIO	NEUROPEDIATRA	3.500.000	12 MESES	CONSULTA EXTERNA,URGENCIA Y HOSPITALIZADO
MARIA F.LENGUA ORJUELA	NEUROPEDIATRA	3.500.000	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
MANUEL ALEJANDRO LUNA LUNA	NEUROPEDIATRA	3.500.000	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
MARIA DEL PILAR MARQUEZ FACIOLINCE	OFTALMOLOGO	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA,100% HONORARIOS CIRUGIA	12 MESES	CONSULTA EXTERNA
ROSARIO PIZZA BARRIOS	OFTAMOLOGA	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA,100% HONORARIOS CIRUGIA	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
HAROL NOEL SIOSI	OFTALMOLOGO	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA , 100 % HONORARIOS CIRUGIA	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
MILTON E. GUERRA TORRES	OFTALMOLOGO RETINOLOGO PEDIATRICO	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA,100% HONORARIOS CIRUGIA	12 MESES	CONSULTA EXTERNA
HEIDI MARSIGLIA ARMELLA	ONCOLOGA PEDIATRA	1.244.252	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
FLAVIO RICAURTE ARMESTO	ORTOPEDA	3.605.727	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
JAIME VALIENTE DIAZ	ORTOPEDA	3.605.727	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
WILIAM URIBE LUNA	ORTOPEDA	3.605.727	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
MARCO A. DE JESUS ARAUJO OROZCO	ORTOPEDA	3.600.000	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
HENRY ALONSO TORRES MONTES	ORTOPEDA	3.605.727	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
CLAUDIA YAMAL MATOS	OTORRINOLARINGOLOGA	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA CONSULTAS E INTERCONSULTAS, 100% HONORARIOS CIRUGIAS CONTRATISTA	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
ROBERTO A. MALO HERNANDEZ	OTORRINOLARINGOLOGO	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA,100% HONORARIOS CIRUGIA	12 MESES	CONSULTA EXTERNA
GERARDO CASTELLAR ARBELAEZ	PEDIATRA	2.325.551	12 MESES	URGENCIA Y HOSPITALIZACION
LUIS RAMON PADILLA PESTANA	PEDIATRA	2.661.851	12 MESES	URGENCIAS
NELSON MUÑOZ ALVAREZ	PEDIATRA	1.600.000	12 MESES	HOSPITALIZACION SALAS NEONATOS Y MADRE SOFIA
ANGELICA M.RIPOLL DURANGO	PEDIATRA	1.330.926	12 MESES	URGENCIAS
ISMAEL PORTO VIÑAS	PEDIATRA	2.716.178	12 MESES	URGENCIAS

NOMBRE	ESPECIALIDAD	MONTO	DURACION	AREA
DOUGLAS VILLAFAÑE BERMUDEZ	PEDIATRA	47.100 HORA	12 MESES	URGENCIAS
JULIAN MARTINEZ DEL VALLE	PEDIATRA	1.330.926	12 MESES	URGENCIAS
URIEL FLOREZ YEPEZ	PEDIATRA	5.200.000	12 MESES	CONSULTA EXTERNA
PAOLA SOFIA PIANETA PEREZ	PEDIATRA	2.500.000	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
LILIANA MARCELA PINEDO CRUZ	PSICOLOGA	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS
MARISOL ARIAS PADILLA	PSICOLOGA	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA	12 MESES	CONSULTA EXTERNA
PAOLA HANG PIMIENTA	PSICOLOGA	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA	12 MESES	CONSULTA EXTERNA
FREDY CACERES RODRIGUEZ	RADIOLOGO	7.000.000	12 MESES	RADIOIOLOGIA
JAVIER SEGOVIA FUENTES	RADIOLOGO	7.000.000	12 MESES	RADIOIOLOGIA
MICAELA SARMIENTO PALAFOX	RADIOLOGO	7.000.000	12 MESES	RADIOIOLOGIA
IVAN HERNANDEZ CASTILLA	TERAPISTA OCUPACIONAL	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA	12 MESES	CONSULTA EXTERNA
JUAN MACIA	UROLOGO	POR PROD. 40% HOSPITAL y 60% CONTRATISTA,100% HONORARIOS DE CIRUGIA	12 MESES	CONSULTA EXTERNA
JORGE GONZALEZ RUIZ	UROLOGO	5.555.555	12 MESES	TODOS LOS SERVICIOS

Fuente: Equipo de Auditoría del Hospital

### 3.7.1. Análisis de ejecución contrato de nefrología

Tabla 60. Ejecución del contrato de nefrología 2009

MESES 2009	NUMERO CONSULTA MES	NUMERO DE INTERCONSULTA MES	NUMERO DE PROCEDIMIENTOS QX MES
ENERO	52	367	9
FEBRERO	101	310	1
MARZO	126	399	19
ABRIL	104	295	8
MAYO	130	298	6
JUNIO	88	306	18
JULIO	82	230	5
AGOSTO	97	168	28
SEPTIEMBRE	89	215	27
OCTUBRE	59	298	10
NOVIEMBRE	61	390	8
DICIEMBRE	77	87	13
<b>TOTAL</b>	<b>1066</b>	<b>3363</b>	<b>152</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

Tabla 61. Ejecución del contrato de nefrología 2010

MESES 2010	NUMERO CONSULTA MES	NUMERO DE INTERCONSULTA MES	NUMERO DE PROCEDIMIENTOS QX MES
ENERO	49	243	33
FEBRERO	80	176	22
MARZO	65	248	40
ABRIL	67	309	56
MAYO	80	112	28
<b>TOTAL</b>	<b>341</b>	<b>1088</b>	<b>179</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 62. Producción mensual 2009 y 2010 del contrato de nefrología**

MESES	AÑO 2009	AÑO 2010	TOTAL
ENERO	\$ 19.184.400	\$ 13.256.499	\$ 32.440.899
FEBRERO	\$ 13.745.000	\$ 9.064.298	\$ 22.809.298
MARZO	\$ 21.871.199	\$ 11.427.599	\$ 33.298.798
ABRIL	\$ 20.332.499	\$ 14.725.499	\$ 35.057.998
MAYO	\$ 18.744.299	\$ 6.332.199	\$ 25.076.498
JUNIO	\$ 17.172.459		\$ 17.172.459
JULIO	\$ 10.356.499		\$ 10.356.499
AGOSTO	\$ 9.198.700		\$ 9.198.700
SEPTIEMBRE	\$ 11.208.308		\$ 11.208.308
OCTUBRE	\$ 12.227.800		\$ 12.227.800
NOVIEMBRE	\$ 20.515.599		\$ 20.515.599
DICIEMBRE	\$ 5.159.400		\$ 5.159.400
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 179.716.162</b>	<b>\$ 54.806.094</b>	<b>\$ 234.522.256</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 63. Consultas y procedimientos por nefrólogo**

NEFROLOGO	NUMERO CONSULTA MES	NUMERO DE INTERCONSULTA MES	NUMERO DE PROCEDIMIENTOS QX MES
CLAUDIA DURAN BOTELLO	415	2484	16
EMIL JULIO BARRIOS	992	1967	17
<b>TOTAL</b>	<b>1407</b>	<b>4451</b>	<b>33</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 64. Producción por nefrólogo 2009 y 2010**

AÑOS	CLAUDIA DURAN BOTELLO	EMIL JULIO BARRIOS	TOTAL	PART %
2009	\$ 71.296.040,00	\$ 108.420.122,00	\$ 179.716.162,00	76,6%
2010	\$ 25.278.098,00	\$ 29.527.996,00	\$ 54.806.094,00	23,4%
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 96.574.138,00</b>	<b>\$ 137.948.118,00</b>	<b>\$ 234.522.256,00</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 65. Rentabilidad del contrato de nefrólogos 2009**

MESES	AÑO 2009	NEFROLOGOS	HOSPITAL
ENERO	\$ 19.184.400	\$ 24.926.025,00	\$ (5.741.625,00)
FEBRERO	\$ 13.745.000	\$ -	\$ 13.745.000,00
MARZO	\$ 21.871.199	\$ 11.173.416,00	\$ 10.697.783,00
ABRIL	\$ 20.332.499	\$ 14.126.641,00	\$ 6.205.858,00
MAYO	\$ 18.744.299	\$ 11.826.320,00	\$ 6.917.979,00
JUNIO	\$ 17.172.459	\$ 32.886.074,00	\$ (15.713.615,00)
JULIO	\$ 10.356.499	\$ -	\$ 10.356.499,00
AGOSTO	\$ 9.198.700	\$ 9.190.496,00	\$ 8.204,00
SEPTIEMBRE	\$ 11.208.308	\$ 20.305.995,00	\$ (9.097.687,00)
OCTUBRE	\$ 12.227.800	\$ 9.190.496,00	\$ 3.037.304,00
NOVIEMBRE	\$ 20.515.599	\$ -	\$ 20.515.599,00
DICIEMBRE	\$ 5.159.400	\$ -	\$ 5.159.400,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 179.716.162</b>	<b>\$ 133.625.463</b>	<b>\$ 46.090.699,00</b>

26%

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 66. Rentabilidad del contrato de nefrólogos 2010**

MESES	AÑO 2010	NEFROLOGOS	HOSPITAL
ENERO	\$ 13.256.499	\$ 13.575.038,00	\$ (318.539,00)
FEBRERO	\$ 9.064.298	\$ -	\$ 9.064.298,00
MARZO	\$ 11.427.599	\$ -	\$ 11.427.599,00
ABRIL	\$ 14.725.499	\$ 12.946.878,00	\$ 1.778.621,00
MAYO	\$ 6.332.199	\$ 23.939.682,00	\$ (17.607.483,00)
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 54.806.094</b>	<b>\$ 50.461.598</b>	<b>\$ 4.344.496,00</b>

8%

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

Este nivel de rentabilidad del contrato durante 2010 hasta la fecha deja pérdidas, por cuanto no se han estimado los costos fijos de servicios generales.

### 3.7.2. Análisis de ejecución contrato de Cardiología

NOMBRE	TIPO DE CONTRATO	FECHA DE INICIO	TERMINACION DEL CONTRATO	FORMA DE PAGO
ILSE SALAS ANGULO	PRESTACION DE SERVICIOS	01/11/2008	31/10/2009	EN LA CONSULTA EXTERNA UN 60% DE LO PRODUCIDO. EN PROCEDIMIENTO 80%

JULIAN ROCA MENDOZA	PRESTACION DE SERVICIOS	01/11/2008	31/10/2009	EN LA CONSULTA EXTERNA UN 60% DE LO PRODUCIDO. EN PROCEDIMIENTO 80%
---------------------	-------------------------	------------	------------	---

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 67. Consultas y procedimientos de cardiología 2008 a 2010**

AÑOS	N° CONSULTAS	N° INTERCONSULTA	N° PROCEDIMIENTOS
2008	140	29	56
2009	768	114	419
2010	711	89	363
<b>TOTAL</b>	<b>1619</b>	<b>232</b>	<b>838</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 68. Producción del servicio de cardiología 2008 2010**

PRODUCCION CARDIOLOGO	2008	2009	2010	Total general
ILSE SALAS ANGULO	\$ 9.487.500	\$ 40.448.600	\$ 81.721.400	\$ 131.657.500
JULIAN ROCA MENDOZA	\$ 7.788.600	\$ 77.685.733	\$ 26.039.500	\$ 111.513.833
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 17.276.100</b>	<b>\$ 118.134.333</b>	<b>\$ 107.760.900</b>	<b>\$ 243.171.333</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 69. Rentabilidad de los contratos de cardiología 2008**

CARDIOLOGO	PRODUCCION 2008	PAGOS CADIOLOGOS 2008	UTILIDAD 2008
ILSE SALAS ANGULO	\$ 9.487.500,00	\$ 7.177.240,00	\$ 246.460,00
JULIAN ROCA MENDOZA	\$ 7.788.600,00	\$ 5.733.560,00	\$ (431.560,00)
<b>Total general</b>	<b>\$ 17.276.100,00</b>	<b>\$ 12.910.800,00</b>	<b>\$ (185.100,00)</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

Para este año el contrato representó pérdidas para el HINFP.

**Tabla 70. Rentabilidad de los contratos de cardiología 2009**

CARDIOLOGO	PRODUCCION 2009	PAGOS CADIOLOGOS 2009	UTILIDAD 2009
ILSE SALAS ANGULO	\$ 40.448.600,00	\$ 30.794.860,00	\$ 1.833.640,00
JULIAN ROCA MENDOZA	\$ 77.685.733,00	\$ 58.867.499,80	\$ 2.412.800,20
<b>Total general</b>	<b>\$ 118.134.333,00</b>	<b>\$ 89.662.359,80</b>	<b>\$ 28,471,974.00</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

Para este año el contrato representó una utilidad de 28 millones para el HINFP. No se incluyen costos de servicios generales.

**Tabla 71. Rentabilidad de los contratos de cardiología 2010**

CARDIOLOGO	PRODUCCION 2010	PAGOS CADIOLOGOS 2010	UTILIDAD 2010
ILSE SALAS ANGULO	81,721,400	62,570,900	19,150,500
JULIAN ROCA MENDOZA	26,039,500	19,238,820	6,800,680
Total general	107,760,900	81,809,720	25,951,180

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 72. Rentabilidad de los contratos de cardiología desde 2008 a 2010**

CARDIOLOGO	PRODUCCION 2008 a 2010	PAGOS CADIOLOGOS 2008 a 2010	UTILIDAD 2008 a 2010
ILSE SALAS ANGULO	131,657,500	100,543,000	31,114,500
JULIAN ROCA MENDOZA	111,513,833	83,839,879	27,673,954
Total general	243,171,333	184,382,879	58,788,454

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

De todos modos el comportamiento de este contrato es muy inestable y el margen de utilidad (24%) es absorbido por los gastos generales del contrato.

### 3.7.3. Análisis de ejecución contrato de Ortopedia

**Tabla 73. Ejecución del contrato de ortopedia 2009**

MES 2009	N° CONSULTAS	N° INTERCONSULTAS	N° PROCEDIMIENTOS
ENERO	155	53	175
FEBRERO	193	12	183
MARZO	254	23	182
ABRIL	262	34	195
MAYO	288	41	139
JUNIO	237	22	159
JULIO	214	31	146
AGOSTO	237	17	167
SEPTIEMBRE	279	21	186
OCTUBRE	222	13	197
NOVIEMBRE	194	21	164
DICIEMBRE	234	30	199

<b>Total general</b>	<b>2769</b>	<b>318</b>	<b>2092</b>
----------------------	-------------	------------	-------------

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 74. Ejecución del contrato de ortopedia 2010**

<b>MES 2010</b>	<b>N° CONSULTAS</b>	<b>N° INTERCONSULTAS</b>	<b>N° PROCEDIMIENTOS</b>
ENERO	198	18	183
FEBRERO	244	30	135
MARZO	278	33	163
ABRIL	197	31	153
MAYO	210	24	142
<b>Total general</b>	<b>1127</b>	<b>136</b>	<b>776</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 75. Ejecución del contrato por Especialista de ortopedia 2009 + 2010**

<b>ORTOPEDISTAS</b>	<b>N° CONSULTAS</b>	<b>N° INTERCONSULTAS</b>	<b>N° PROCEDIMIENTOS</b>
FLAVIO RICAURTE ARMESTO	868	114	638
HENRY ALONSO TORRES MONTES	422	37	239
JAIME VALIENTE DIAZ	1027	115	678
MARCO ANTONIO ARAUJO OROZCO	845	60	483
WILLIAM URIBE LUNA	734	128	830
<b>Total general</b>	<b>3896</b>	<b>454</b>	<b>2868</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 76- Productividad del contrato de ortopedia 2009 2010**

<b>AÑO</b>	<b>VALOR FACTURADO X CONSULTA</b>	<b>VALOR FACTURADO X INTERCONSULTA</b>	<b>VALOR FACTURADO X PROCED.QX</b>	<b>TOTAL FACTURADO</b>
2009	\$ 75.675.270,00	\$ 9.661.140,00	\$ 811.714.125,00	\$ 897.050.535,00
2010	\$ 30.081.800,00	\$ 3.868.900,00	\$ 285.842.095,00	\$ 319.792.795,00
<b>Total general</b>	<b>\$ 105.757.070,00</b>	<b>\$ 13.530.040,00</b>	<b>\$ 1.097.556.220,00</b>	<b>\$ 1.216.843.330,00</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 77- Productividad por ortopedista durante el año 2009**

<b>ORTOPEDISTAS 2009</b>	<b>VALOR FACTURADO X CONSULTA</b>	<b>VALOR FACTURADO X INTERCONSULTA</b>	<b>VALOR FACTURADO X PROCED.QX</b>	<b>TOTAL FACTURADO</b>
FLAVIO RICAURTE ARMESTO	\$ 18.041.400	\$ 2.657.600	\$ 170.647.413	\$ 191.346.413
HENRY ALONSO TORRES MONTES	\$ 5.062.900	\$ 282.600	\$ 43.329.985	\$ 48.675.485
JAIME VALIENTE DIAZ	\$ 21.626.270	\$ 2.457.500	\$ 261.277.683	\$ 285.361.453
MARCO ANTONIO ARAUJO OROZCO	\$ 16.526.800	\$ 1.210.800	\$ 135.419.231	\$ 153.156.831

WILLIAM URIBE LUNA	\$ 14.417.900	\$ 3.052.640	\$ 201.039.813	\$ 218.510.353
<b>Total general</b>	<b>\$ 75.675.270</b>	<b>\$ 9.661.140</b>	<b>\$ 811.714.125</b>	<b>\$ 897.050.535</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 78- Productividad por ortopedista durante el año 2010**

ORTOPEDISTAS 2010	VALOR FACTURADO X CONSULTA	VALOR FACTURADO X INTERCONSULTA	VALOR FACTURADO X PROCED.QX	TOTAL FACTURADO
FLAVIO RICAURTE ARMESTO	\$5.515.200	\$663.900	\$76.903.095	\$83.082.195
HENRY ALONSO TORRES MONTES	\$6.210.800	\$828.300	\$42.491.300	\$49.530.400
JAIME VALIENTE DIAZ	\$6.422.100	\$1.059.600	\$69.992.400	\$77.474.100
MARCO ANTONIO ARAUJO OROZCO	\$6.372.800	\$532.100	\$45.397.700	\$52.302.600
WILLIAM URIBE LUNA	\$5.560.900	\$785.000	\$51.057.600	\$57.403.500
<b>Total general</b>	<b>\$30.081.800</b>	<b>\$3.868.900</b>	<b>\$285.842.095</b>	<b>\$319.792.795</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 79- Productividad por ortopedista durante 2009 2010**

ORTOPEDISTAS 2009 - 2010	VALOR FACTURADO X CONSULTA	VALOR FACTURADO X INTERCONSULTA	VALOR FACTURADO X PROCED.QX	TOTAL FACTURADO
FLAVIO RICAURTE ARMESTO	\$23.556.600	\$3.321.500	\$247.550.508	\$274.428.608
HENRY ALONSO TORRES MONTES	\$11.273.700	\$1.110.900	\$85.821.285	\$98.205.885
JAIME VALIENTE DIAZ	\$28.048.370	\$3.517.100	\$331.270.083	\$362.835.553
MARCO ANTONIO ARAUJO OROZCO	\$22.899.600	\$1.742.900	\$180.816.931	\$205.459.431
WILLIAM URIBE LUNA	\$19.978.800	\$3.837.640	\$252.097.413	\$275.913.853
<b>Total general</b>	<b>\$105.757.070</b>	<b>\$13.530.040</b>	<b>\$1.097.556.220</b>	<b>\$1.216.843.330</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 80- Utilidad por ortopedista durante 2009 2010**

ORTOPEDISTAS 2009 - 2010	TOTAL FACTURADO	VALOR PAGADO X HONORARIOS	UTILIDAD HOSPITAL
FLAVIO RICAURTE ARMESTO	\$ 274.428.608,00	\$ 98.600.000,00	\$ 175.828.608,00
HENRY ALONSO TORRES MONTES	\$ 98.205.885,00	\$ 52.200.000,00	\$ 46.005.885,00
JAIME VALIENTE DIAZ	\$ 362.835.553,00	\$ 98.600.000,00	\$ 264.235.553,00
MARCO ANTONIO ARAUJO OROZCO	\$ 205.459.431,00	\$ 92.800.000,00	\$ 112.659.431,00
WILLIAM URIBE LUNA	\$ 275.913.853,00	\$ 98.600.000,00	\$ 177.313.853,00
<b>Total general</b>	<b>\$ 1.216.843.330,00</b>	<b>\$ 440.800.000,00</b>	<b>\$ 776.043.330,00</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

Como bien puede observarse en este análisis del contrato de ortopedia, es el más rentable de todos los contratos que se han analizado. En 2009 el contrato dejó una utilidad anual de más de 600 millones, es decir 50 millones mensuales. En 2010 la utilidad ha disminuido a 35 millones mensuales pero sigue siendo buena.

	<b>AÑO 2009</b>	<b>AÑO 2010</b>
<b>UTILIDAD HOSPITAL</b>	\$ 601.250.535,00	\$ 174.792.795,00
<b>PROMEDIO MES</b>	\$ 50.104.211,25	\$ 34.958.559,00

#### **3.7.4. Análisis de ejecución contrato de Imagenología**

Este convenio no tiene fecha de inicio, está firmado por los representantes legales, la duración del convenio es de doce meses a partir que se firma el contrato.

El objeto del contrato es el de desarrollar y explorar conjuntamente los servicios de imagenología: Escanografía.

El contrato se establece en Asociado NO Gestor (Paramédicos S.A.) y Asociado Gestor (HINFP).

Participación del Asociado no Gestor:

- El préstamo del equipo de Escanografía
- Efectuar recomendaciones necesarias para la adecuación del espacio físico donde funciona el equipo.
- Realizar el montaje del equipo a su costo en el área asignada, así como el desmontaje del mismo a la terminación del contrato.
- Prestar asesoría al personal asignado para el adecuado manejo del equipo.
- Proveer oportunamente los insumos necesarios para la oportuna prestación del servicio
- El suministro de energía de 35Kv

- Pago de los servicios de energía, teléfono, acueducto y alcantarillado que le correspondan.
- Servicio de revelado de placas
- El costo, responsabilidad y autonomía sobre todo lo necesario para la prestación del servicio incluido: muebles de oficina, y otros tales como personal administrativo, médicos y técnicos, suministro de insumo.
- Mantenimiento preventivo y correctivos de los equipos
- La póliza de seguro se paga en porciones iguales

**Forma de pago del total de los ingresos:** 75% para el no Gestor y el 25% para Gestor (HINFP)

**Tabla 81. Estudios de Escanografía realizados en HINFP 2009 2010**

MES HINFP	2009	2010	TOTAL
Enero	3	132	135
Febrero	4	110	114
Marzo	6	93	99
Abril	11	128	139
Mayo	7	120	127
Junio	10		10
Julio	10		10
Agosto	27		27
Septiembre	116		116
Octubre	117		117
Noviembre	105		105
Diciembre	115		115
<b>Total general</b>	<b>531</b>	<b>583</b>	<b>1114</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 82. Estudios de Escanografía realizados en UCI Doña Pilar 2009 2010**

MES UCI	2009	2010	TOTAL
Enero	21	47	68
Febrero	22	46	68
Marzo	13	44	57
Abril	5	62	67
Mayo	17	31	48

Junio	25	31	56
Julio	31		31
Agosto	27		27
Septiembre	21		21
Octubre	26		26
Noviembre	40		40
Diciembre	43		43
<b>Total general</b>	<b>291</b>	<b>261</b>	<b>552</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 83. Productividad del servicio de Escanografía durante 2009 y 2010**

MESES	2009	2010	TOTAL FACTURADO
ENERO	\$ 6.421.700,00	\$ 45.263.000,00	\$ 51.684.700,00
FEBRERO	\$ 6.709.600,00	\$ 40.213.200,00	\$ 46.922.800,00
MARZO	\$ 4.621.900,00	\$ 33.821.100,00	\$ 38.443.000,00
ABRIL	\$ 3.934.900,00	\$ 45.670.700,00	\$ 49.605.600,00
MAYO	\$ 7.142.500,00	\$ 35.283.800,00	\$ 42.426.300,00
JUNIO	\$ 9.416.100,00	\$ 2.418.900,00	\$ 11.835.000,00
JULIO	\$ 9.377.500,00		\$ 9.377.500,00
AGOSTO	\$ 11.908.500,00		\$ 11.908.500,00
SEPTIEMBRE	\$ 28.933.100,00		\$ 28.933.100,00
OCTUBRE	\$ 31.531.200,00		\$ 31.531.200,00
NOVIEMBRE	\$ 33.410.000,00		\$ 33.410.000,00
DICIEMBRE	\$ 37.837.700,00		\$ 37.837.700,00
<b>Total general</b>	<b>\$ 191.244.700,00</b>	<b>\$ 202.670.700,00</b>	<b>\$ 393.915.400,00</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 84. Rentabilidad del contrato de Escanografía HINFP 2009 y 2010**

MESES 2009 - 2010 HINFP	VALOR FACTURADO	VALOR PAGADO A IDIMAG	UTILIDAD
ENERO	\$ 34.230.400	\$ 419.696	\$ 33.810.704
FEBRERO	\$ 29.315.200	\$ 12.551.928	\$ 16.763.272
MARZO	\$ 23.399.700	\$ 186.874	\$ 23.212.826
ABRIL	\$ 32.134.100	\$ 30.166.168	\$ 1.967.932
MAYO	\$ 29.437.700	\$ 24.978.279	\$ 4.459.421
JUNIO	\$ 2.493.100	\$ 1.750.263	\$ 742.837
JULIO	\$ 2.302.700	\$ -	\$ 2.302.700
AGOSTO	\$ 5.551.200	\$ -	\$ 5.551.200
SEPTIEMBRE	\$ 23.865.900	\$ 2.249.757	\$ 21.616.143
OCTUBRE	\$ 24.893.600	\$ -	\$ 24.893.600

NOVIEMBRE	\$ 23.129.300	\$ 1.297.967	\$ 21.831.333
DICIEMBRE	\$ 26.834.300	\$ 48.163.041	\$ (21.328.741)
<b>Total general</b>	<b>\$ 257.587.200</b>	<b>\$ 121.763.973</b>	<b>\$ 135.823.227</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

Hasta el momento la rentabilidad bruta de este contrato, sin descontar los servicios generales, es del 53%.

**Tabla 85. Rentabilidad del contrato de Escanografía UCI Doña Pilar 2009 y 2010**

MESES 2009 - 2010 UCI	VALOR FACTURADO	VALOR PAGADO A IDIMAG	UTILIDAD
ENERO	\$ 17.454.300,00	SD	\$ 17.454.300,00
FEBRERO	\$ 17.607.600,00	SD	\$ 17.607.600,00
MARZO	\$ 15.043.300,00	SD	\$ 15.043.300,00
ABRIL	\$ 17.471.500,00	SD	\$ 17.471.500,00
MAYO	\$ 12.988.600,00	SD	\$ 12.988.600,00
JUNIO	\$ 9.341.900,00	SD	\$ 9.341.900,00
JULIO	\$ 7.074.800,00	SD	\$ 7.074.800,00
AGOSTO	\$ 6.357.300,00	SD	\$ 6.357.300,00
SEPTIEMBRE	\$ 5.067.200,00	SD	\$ 5.067.200,00
OCTUBRE	\$ 6.637.600,00	SD	\$ 6.637.600,00
NOVIEMBRE	\$ 10.280.700,00	SD	\$ 10.280.700,00
DICIEMBRE	\$ 11.003.400,00	SD	\$ 11.003.400,00
<b>Total general</b>	<b>\$ 136.328.200,00</b>		<b>\$ 136.328.200,00</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

### 3.7.5. Análisis de ejecución contrato de Laboratorio Clínico

**Tabla 86. Estudios de laboratorio clínico 2009 primer semestre de 2010**

EMPRESA/EXAMENES	2009	2010	TOTAL
HINFP	82.250	31.956	114.206
UCI	56.676	41.667	98.343
<b>Total general</b>	<b>138.926</b>	<b>73.623</b>	<b>212.549</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 87. Estudios mensuales de laboratorio clínico 2009 primer semestre de 2010**

MESES/EXAMENES	2.009	2.010	TOTAL
ENERO	8.027	14.326	22.353
FEBRERO	6.892	15.517	22.409
MARZO	7.961	14.246	22.207
ABRIL	8.002	14.177	22.179
MAYO	9.832	11.293	21.125
JUNIO	12.813	4.064	16.877
JULIO	13.713		13.713
AGOSTO	12.825		12.825
SEPTIEMBRE	12.679		12.679
OCTUBRE	11.896		11.896
NOVIEMBRE	16.163		16.163
DICIEMBRE	18.123		18.123
<b>Total</b>	<b>138.926</b>	<b>73.623</b>	<b>212.549</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 88. Productividad del laboratorio clínico 2009 2010 HINFP**

MESES HINFP2009 - 2010	VALOR FACTURADO	LABORATORIO	UTILIDAD HOSPITAL
ENERO	\$ 206.821.175,00	\$ 105.564.548,00	\$ 101.256.627,00
FEBRERO	\$ 187.011.728,00	\$ 98.392.044,00	\$ 88.619.684,00
MARZO	\$ 215.969.700,00	\$ 126.323.556,00	\$ 89.646.144,00
ABRIL	\$ 210.329.365,00	\$ 113.231.461,00	\$ 97.097.904,00
MAYO	\$ 191.673.205,00	\$ 112.109.555,00	\$ 79.563.650,00
JUNIO	\$ 106.890.730,00	\$ 58.249.397,00	\$ 48.641.333,00
JULIO	\$ 100.984.070,00	\$ 59.597.622,00	\$ 41.386.448,00
AGOSTO	\$ 103.728.943,00	\$ 62.686.835,00	\$ 41.042.108,00
SEPTIEMBRE	\$ 111.874.198,00	\$ 63.656.484,00	\$ 48.217.714,00
OCTUBRE	\$ 104.237.480,00	\$ 63.129.845,00	\$ 41.107.635,00
NOVIEMBRE	\$ 114.963.114,00	\$ 67.398.324,00	\$ 47.564.790,00

DICIEMBRE	\$ 124.979.192,00	\$ 60.953.031,00	\$ 64.026.161,00
<b>Total general</b>	<b>\$ 1.779.462.900,00</b>	<b>\$ 991.292.702,00</b>	<b>\$ 788.170.198,00</b>

**Tabla 89. Consolidado de la producción del laboratorio clínico 2009 2010**

MESES UCI 2009 - 2010	2009	2010	Total general
ENERO	\$ 20.076.499,00	\$ 115.315.899,00	\$ 135.392.398,00
FEBRERO	\$ 20.010.600,00	\$ 136.185.696,00	\$ 156.196.296,00
MARZO	\$ 15.964.400,00	\$ 113.202.098,00	\$ 129.166.498,00
ABRIL	\$ 8.690.100,00	\$ 117.637.098,00	\$ 126.327.198,00
MAYO	\$ 46.541.397,00	\$ 73.012.098,00	\$ 119.553.495,00
JUNIO	\$ 85.688.395,00	\$ 36.815.999,00	\$ 122.504.394,00
JULIO	\$ 102.418.495,00		\$ 102.418.495,00
AGOSTO	\$ 89.426.396,00		\$ 89.426.396,00
SEPTIEMBRE	\$ 75.910.996,00		\$ 75.910.996,00
OCTUBRE	\$ 75.799.098,00		\$ 75.799.098,00
NOVIEMBRE	\$ 127.661.394,00		\$ 127.661.394,00
DICIEMBRE	\$ 145.444.494,00		\$ 145.444.494,00
<b>Total general</b>	<b>\$ 813.632.264,00</b>	<b>\$ 592.168.888,00</b>	<b>\$ 1.405.801.152,00</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 90. Consolidado de la producción del laboratorio clínico 2009**

MESES 2009 - 2010	VALOR FACTURADO	LABORATORIO*	UTILIDAD HOSPITAL
ENERO	\$ 342.213.573,00	\$ 105.564.548,00	\$ 236.649.025,00
FEBRERO	\$ 343.208.024,00	\$ 98.392.044,00	\$ 244.815.980,00
MARZO	\$ 345.136.198,00	\$ 126.323.556,00	\$ 218.812.642,00
ABRIL	\$ 336.656.563,00	\$ 113.231.461,00	\$ 223.425.102,00
MAYO	\$ 311.226.700,00	\$ 112.109.555,00	\$ 199.117.145,00
JUNIO	\$ 229.395.124,00	\$ 58.249.397,00	\$ 171.145.727,00
JULIO	\$ 203.402.565,00	\$ 59.597.622,00	\$ 143.804.943,00
AGOSTO	\$ 193.155.339,00	\$ 62.686.835,00	\$ 130.468.504,00
SEPTIEMBRE	\$ 187.785.194,00	\$ 63.656.484,00	\$ 124.128.710,00
OCTUBRE	\$ 180.036.578,00	\$ 63.129.845,00	\$ 116.906.733,00
NOVIEMBRE	\$ 242.624.508,00	\$ 67.398.324,00	\$ 175.226.184,00
DICIEMBRE	\$ 270.423.686,00	\$ 60.953.031,00	\$ 209.470.655,00
<b>Total general</b>	<b>\$ 3.185.264.052,00</b>	<b>\$ 991.292.702,00</b>	<b>\$ 2.193.971.350,00</b>

\* No se encuentra incluida la facturación del Laboratorio 2009 y 2010 a la UCI

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

### 3.7.6. Análisis de ejecución contrato de Neumología

**Tabla 91. Producción de servicios de neumología 2009**

MESES 2009	CONSULTA	INTERCONSULTA	PROCEDIMIENTOS
ENERO	73	418	6
FEBRERO	87	321	6
MARZO	82	409	6
ABRIL	112	355	6
MAYO	106	410	3
JUNIO	125	418	10
JULIO	111	236	14
AGOSTO	85	211	3
SEPTIEMBRE	104	199	3
OCTUBRE	57	317	28
NOVIEMBRE	74	471	7
DICIEMBRE	59	382	1
<b>Total general</b>	<b>1075</b>	<b>4147</b>	<b>93</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 92. Producción de servicios de neumología 2010**

MESES 2010	CONSULTA	INTERCONSULTA	PROCEDIMIENTOS
ENERO	47	243	1
FEBRERO	84	99	1
MARZO	31	62	2
ABRIL	23	58	1
MAYO	0	18	1
JUNIO	0	11	0
<b>Total general</b>	<b>185</b>	<b>491</b>	<b>6</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 93. Facturación de servicios de neumología 2009**

MESES 2009	FACTURACION CONSULTA	FACTURACION INTERCONSULTA	FACTURACION PROCEDIMIENTOS	TOTAL FACTURACION
ENERO	\$ 2.095.800,00	\$ 12.922.199,00	\$ 2.413.600,00	\$ 17.431.599,00
FEBRERO	\$ 2.518.400,00	\$ 10.115.200,00	\$ 3.011.200,00	\$ 15.644.800,00
MARZO	\$ 3.539.900,00	\$ 12.786.000,00	\$ 2.796.200,00	\$ 19.122.100,00
ABRIL	\$ 3.207.500,00	\$ 11.177.199,00	\$ 2.796.200,00	\$ 17.180.899,00
MAYO	\$ 3.046.300,00	\$ 12.891.399,00	\$ 1.501.600,00	\$ 17.439.299,00
JUNIO	\$ 3.464.799,00	\$ 12.908.000,00	\$ 4.824.400,00	\$ 21.197.199,00
JULIO	\$ 2.948.500,00	\$ 6.993.800,00	\$ 8.151.900,00	\$ 18.094.200,00
AGOSTO	\$ 2.205.100,00	\$ 6.362.100,00	\$ 1.910.200,00	\$ 10.477.400,00
SEPTIEMBRE	\$ 2.650.400,00	\$ 6.100.100,00	\$ 1.008.600,00	\$ 9.759.100,00
OCTUBRE	\$ 4.639.600,00	\$ 9.432.299,00	\$ 728.600,00	\$ 14.800.499,00
NOVIEMBRE	\$ 2.008.087,00	\$ 14.380.100,00	\$ 3.280.400,00	\$ 19.668.587,00
DICIEMBRE	\$ 1.013.500,00	\$ 11.749.200,00	\$ 558.800,00	\$ 13.321.500,00
<b>Total general</b>	<b>\$ 33.337.886,00</b>	<b>\$ 127.817.596,00</b>	<b>\$ 32.981.700,00</b>	<b>\$ 194.137.182,00</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

**Tabla 94. Facturación de servicios de neumología 2010**

MESES 2009	FACTURACION CONSULTA	FACTURACION INTERCONSULTA	FACTURACION PROCEDIMIENTOS	TOTAL FACTURACION
ENERO	\$ 548.401,00	\$ 7.319.999,00	\$ 368.600,00	\$ 8.237.000,00
FEBRERO	\$ 2.279.200,00	\$ 2.945.900,00	\$ 628.400,00	\$ 5.853.500,00
MARZO	\$ 852.600,00	\$ 1.827.999,00	\$ 809.900,00	\$ 3.490.499,00
ABRIL	\$ 629.700,00	\$ 1.823.899,00	\$ 518.900,00	\$ 2.972.499,00
MAYO	\$ -	\$ 578.000,00	\$ 518.900,00	\$ 1.096.900,00
JUNIO	\$ -	\$ 234.700,00	\$ -	\$ 234.700,00
<b>Total general</b>	<b>\$ 4.309.901,00</b>	<b>\$ 14.730.497,00</b>	<b>\$ 2.844.700,00</b>	<b>\$ 21.885.098,00</b>

Fuente: Auditoría de los Investigadores.

#### **4. CARACTERIZACIÓN Y ANÁLISIS DEL MERCADO**

En este numeral iniciamos ya el cierre del análisis interno y empezamos a considerar las variables del entorno del sector que determinan la razón de ser y la sobrevivencia misma de la empresa a partir de la concepción del servicios como negocio que debe generar los ingresos suficientes para hacer auto sostenible su modelo de gestión y operación que estamos evaluando.

La gran importancia de este ítem que vamos a desarrollar estriba en la posibilidad de generar el sentido estratégico de gerentes y directivos de la institución, de manera que puedan dimensionar la ubicación de la empresa frente sus competidores y consumidores de servicios.

Para poder definir con éxito las estrategias más complejas o simplemente tomar las decisiones más domesticas, es clave que los líderes de las organizaciones hospitalaria tengan el sentido de la ubicación bien definido, esto implica que conozcan perfectamente su negocio y las posibilidades de movilidad en los diferentes segmentos del mercado donde operan.

La característica primordial de nuestro actual sistema de salud es el modelo de aseguramiento tanto de riesgos como de recursos, de manera que las fuerzas de oferta y demanda de servicios bajo una relación de agencias que funciona intrínsecamente en los servicios de salud dada la asimetría en la tenencia y uso de la información, conlleva necesariamente a incluir el análisis de mercado en cualquier proceso gerencial por muy sencillo que parezca.

Para nuestro caso el mercado de los servicios de salud especializada de los niños, el ejercicio parte de la caracterización de la demanda y la determinación del segmento de mercado de nuestros pequeños consumidores.

Es precisamente por aquí por donde comenzaremos el estudio de mercado conociendo la población potencial y estimando los costos de la financiación de sus necesidades potenciales.

## 4.1. IDENTIFICACIÓN DE LA DEMANDA DE SERVICIOS

### 4.1.1. Análisis demográfico

Determinar el segmento de mercado usuarios potenciales de los servicios es una tarea muy fácil, basta con apoyarse en la información oficial del Dane y utilizar la proyección de la población por grupos de edades del Departamento de Bolívar y Cartagena 2010.

**Tabla 95. Población de Bolívar 2010**

Grupos de edad	Total Bolívar	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	<b>1.979.781</b>	<b>989.732</b>	<b>990.049</b>
0-4	206.586	105.538	101.048
5-9	206.380	105.051	101.329
10-14	210.323	107.088	103.235
15-19	198.570	102.767	95.803
20-24	175.631	89.914	85.717
25-29	154.697	76.551	78.146
30-34	134.463	65.923	68.540
35-39	121.184	59.497	61.687
40-44	120.434	59.021	61.413
45-49	110.248	54.232	56.016
50-54	91.063	44.476	46.587
55-59	70.912	35.168	35.744
60-64	56.198	27.384	28.814
65-69	40.444	19.568	20.876
70-74	33.596	15.807	17.789
75-79	23.787	10.745	13.042
80 Y MÁS	25.265	11.002	14.263

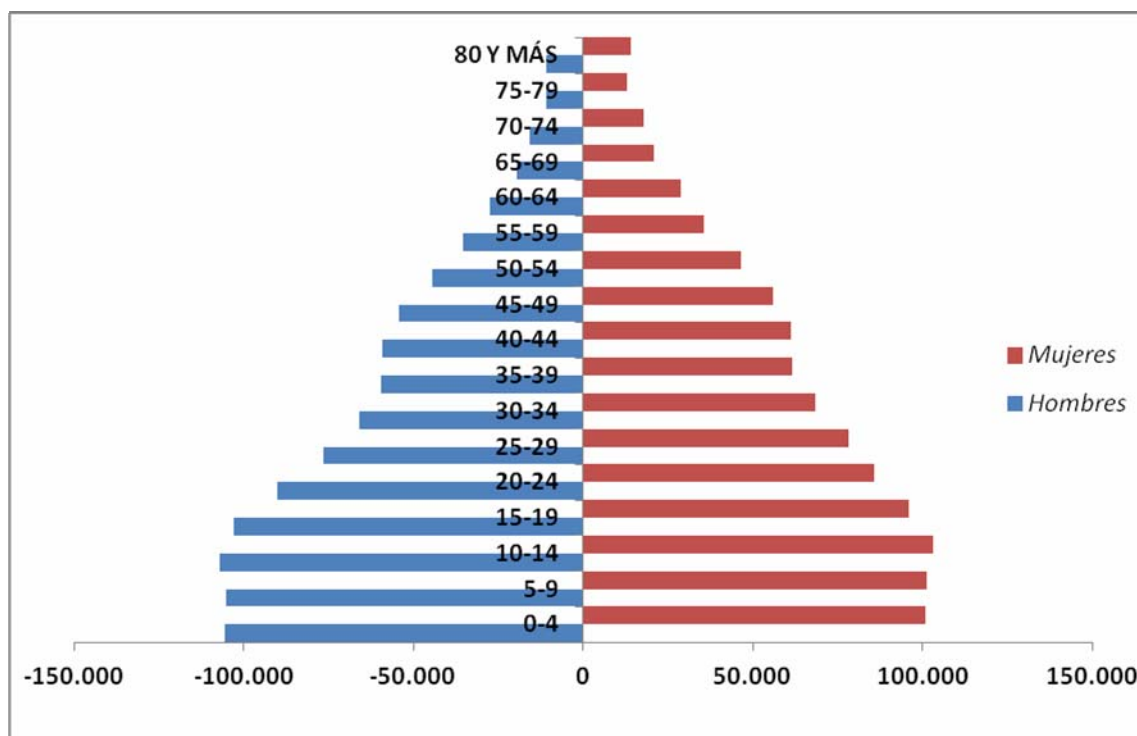
Fuente: Censo DANE 2005 – Ajustado 2010.

Nuestra población potencial se ubica en los primeros renglones de vida de la población de manera que en los primeros cuatro segmentos de la población de 0 a 19 años se encuentra el 96% de nuestros usuarios potenciales.

Veamos la pirámide poblacional del departamento para que empecemos a visualizar la importancia de nuestra población potencial y la gran demanda de servicios y consumos reales que estos por si solos representan sin todavía aplicar técnicas de cálculo.

La tabla de población no alcanza a mostrarnos como si lo hace la pirámide poblacional el tamaño de nuestro mercado objetivo, solo mirar la base de la pirámide en sus cuatro primeros escalones nos muestra que estamos operando servicios en un segmento donde mayor población se concentra.

**Gráfico 24. Pirámide poblacional de Bolívar 2010**



Ahora en mayor detalle del análisis podemos decir que se observa una pirámide en la que los efectos de la transición demográfica no han impactado demasiado, con una gran franja de población pediátrica que representa más del 40% del total de la población.

En la tabla 96 hemos sacado la franja que agrupa la población pediátrica de bolívar de manera que nos permite realizar un sencillo ejercicio de calcular la representatividad de la población de niños y niñas en el mercado de la salud con más de 821 consumidores de servicios.

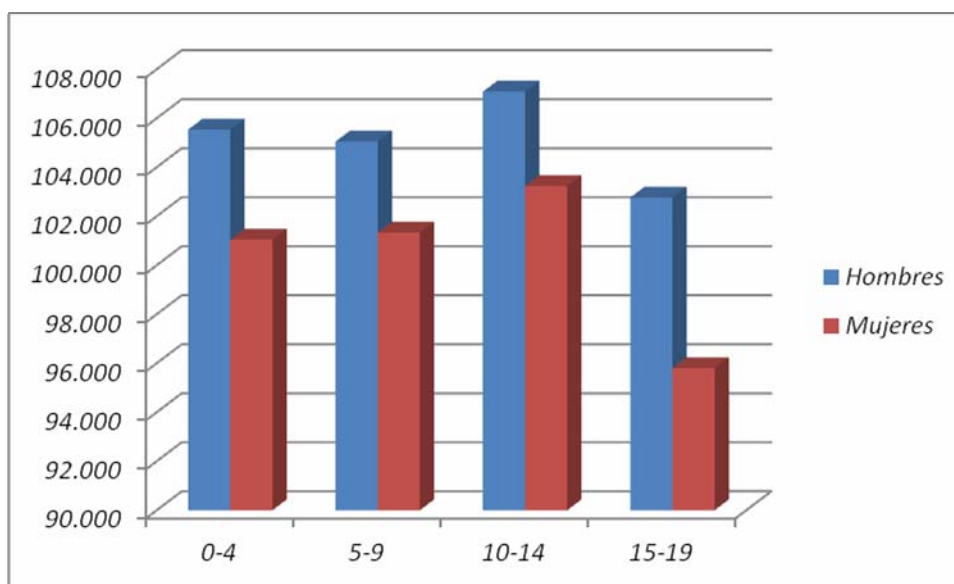
Es clave señalar que esta franja de población pediátrica hasta hace apenas un año se encontraba entre los 0 y 16 años los cuales recientemente fue aclarado por un concepto de la corte constitucional.

**Tabla 96 . Población pediátrica de Bolívar 2010**

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	<b>1.979.781</b>	<b>989.732</b>	<b>990.049</b>
0-4	206.586	105.538	101.048
5-9	206.380	105.051	101.329
10-14	210.323	107.088	103.235
15-19	198.570	102.767	95.803
	<b>821.859</b>	<b>420.444</b>	<b>401.415</b>
	<b>41,5%</b>	<b>42,5%</b>	<b>40,5%</b>

La corte constitucional ha definido que la población pediátrica para efectos de la atención en salud es la población de 18 años hacia abajo. Esta aclaración amplía la población usuaria de los servicios del HINFP y de la UCI pediátrica.

**Gráfico 25. Distribución de la población pediátrica por género y grupos quinquenales en Bolívar 2010**



Con respecto a la relación de género se observa una ligera prevalencia del sexo masculino sobre el femenino en todos los grupos de edades tal como lo muestra el gráfico 25. La razón hombre mujer es de 1.05.

Ahora este mismo ejercicio que realizamos para la población del Departamento la vamos a hacer para determinar la población potencial de la ciudad de Cartagena en virtud a que nuestro mayor volumen de pacientes provienen del mercado local.

**Tabla 97. Población de Cartagena 2010**

Grupos de edad	Total Cartagena	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	<b>944.889</b>	<b>455.156</b>	<b>489.733</b>
0-4	86.085	43.899	42.186
5-9	88.083	44.439	43.644
10-14	91.259	45.717	45.542
15-19	88.212	44.818	43.394
20-24	84.603	42.042	42.561
25-29	82.994	39.378	43.616
30-34	71.371	33.734	37.637
35-39	61.124	28.930	32.194
40-44	60.635	27.987	32.648
45-49	58.409	27.255	31.154
50-54	48.705	22.311	26.394
55-59	36.914	17.179	19.735
60-64	28.582	13.007	15.575
65-69	19.722	8.872	10.850
70-74	15.707	6.752	8.955
75-79	11.173	4.531	6.642
80 Y MÁS	11.311	4.305	7.006

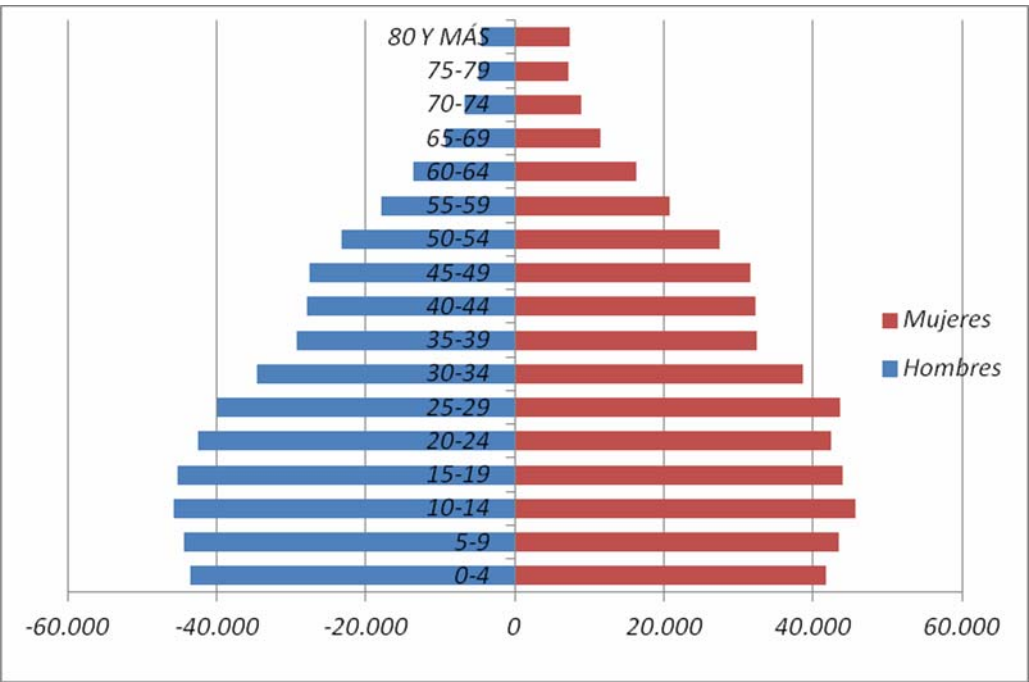
La población residente de la Ciudad de Cartagena representa casi la mitad de la población de todo el Departamento de Bolívar.

Con más de 944 mil habitantes proyectados a 2010 su importancia es fundamental para nuestro estudio y consecuentemente determinar la población pediátrica nos llevará a aproximarnos a nuestro mercado primario natural.

La pirámide poblacional nos señala aspectos muy importantes que son factores diferenciadores con respecto a las características de la población del resto del departamento.

Vemos que en apariencia la forma de piramidal característica de nuestra población es determinante en la demografía grafica de Cartagena, pero basta con hacer un pequeño análisis a la base en su primer escalón para darse cuenta que este no es mayor los demás.

**Gráfico 26. Pirámide poblacional de Cartagena, 2010**



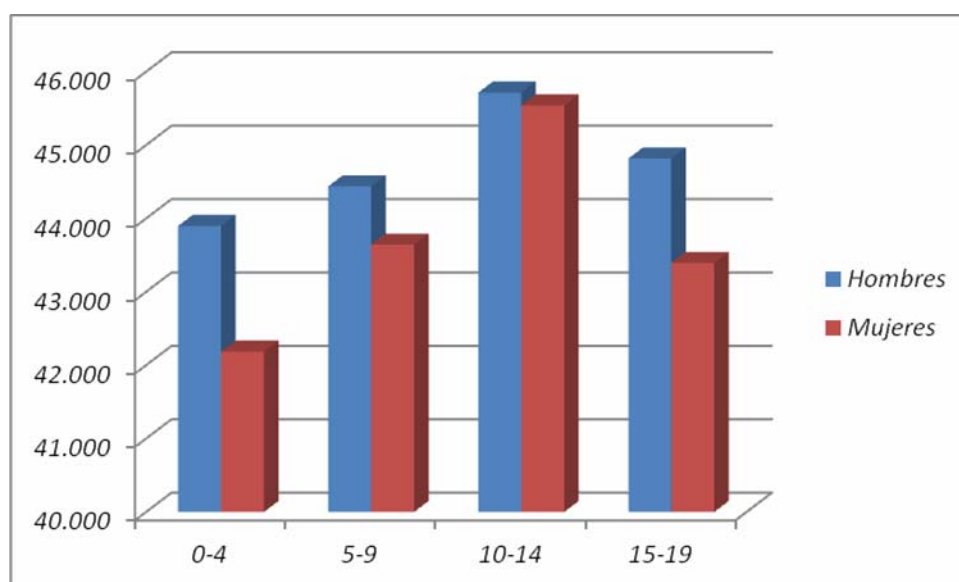
En esta pirámide sí se observan los efectos de la transición demográfica muy seguramente por el estilo de vida y los factores socioeconómicos y culturales que entran a jugar un papel importante en la planificación familiar, factor que vemos como afecta la relación de la misma franja de 0 a 19 años con respecto al total de la población de la ciudad que representa el 37% (mientras que la anterior era del 41%).

**Tabla 98 . Población pediátrica de Cartagena 2010**

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
----------------	-------	---------	---------

Total	944.889	455.156	489.733
0-4	86.085	43.899	42.186
5-9	88.083	44.439	43.644
10-14	91.259	45.717	45.542
15-19	88.212	44.818	43.394
	<b>353.639</b>	<b>178.873</b>	<b>174.766</b>
	<b>37,4%</b>	<b>39,3%</b>	<b>35,7%</b>

**Gráfico 27. Distribución de la población pediátrica por género y grupos quinquenales en Cartagena 2010**



Las características de proporción y relación entre géneros se mantienen con un comportamiento muy similar sobre lo cual no hay mucho que hablar.

#### **4.1.2. Análisis del Aseguramiento en Salud del Departamento de Bolívar**

Vamos ahora continuar profundizando en el análisis para llegar a la segunda parte planteada al inicio del capítulo, estimar la disponibilidad de recursos del mercado para la compra de servicios de salud de nuestra población potencial.

Para el análisis del mercado del aseguramiento hemos tomado la información oficial del Fosyga. Veamos inicialmente la población compensada en el Régimen Contributivo en el departamento.

#### 4.1.2.1. Régimen Contributivo

Para llegar al máximo detalle hemos discriminado el nivel de aseguramiento registrado en la base de datos nacional del Fosyga municipio por municipio del Departamento de Bolívar con corte a abril de 2010 que se presenta en la tabla 99.

**Tabla 99. Aseguramiento en salud: régimen contributivo**

MUNICIPIOS	AFILIADOS	UPC	MES	AÑO
ACHI	193	\$ 485.014,00	\$ 7.800.641,83	\$ 93.607.702,00
ALTOS DEL ROSARIO	13	\$ 485.014,00	\$ 525.431,83	\$ 6.305.182,00
ARENAL	168	\$ 485.014,00	\$ 6.790.196,00	\$ 81.482.352,00
ARJONA	5.244	\$ 485.014,00	\$ 211.951.118,00	\$ 2.543.413.416,00
ARROYOHONDO	50	\$ 485.014,00	\$ 2.020.891,67	\$ 24.250.700,00
BARRANCO DE LOBA	56	\$ 485.014,00	\$ 2.263.398,67	\$ 27.160.784,00
CALAMAR	1.274	\$ 485.014,00	\$ 51.492.319,67	\$ 617.907.836,00
CANTAGALLO	220	\$ 485.014,00	\$ 8.891.923,33	\$ 106.703.080,00
<b>CARTAGENA</b>	<b>489.335</b>	<b>\$ 485.014,00</b>	<b>\$ 19.777.860.474,17</b>	<b>\$ 237.334.325.690,00</b>
CICUCO	193	\$ 485.014,00	\$ 7.800.641,83	\$ 93.607.702,00
CLEMENCIA	73	\$ 485.014,00	\$ 2.950.501,83	\$ 35.406.022,00
CORDOBA	142	\$ 485.014,00	\$ 5.739.332,33	\$ 68.871.988,00
EL CARMEN DE BOLIVAR	10.762	\$ 485.014,00	\$ 434.976.722,33	\$ 5.219.720.668,00
EL GUAMO	65	\$ 485.014,00	\$ 2.627.159,17	\$ 31.525.910,00
EL PEÑON	9	\$ 485.014,00	\$ 363.760,50	\$ 4.365.126,00
HATILLO DE LOBA	66	\$ 485.014,00	\$ 2.667.577,00	\$ 32.010.924,00
MAGANGUE	23.065	\$ 485.014,00	\$ 932.237.325,83	\$ 11.186.847.910,00
MAHATES	445	\$ 485.014,00	\$ 17.985.935,83	\$ 215.831.230,00
MARGARITA	58	\$ 485.014,00	\$ 2.344.234,33	\$ 28.130.812,00
MARIA LA BAJA	1.823	\$ 485.014,00	\$ 73.681.710,17	\$ 884.180.522,00
MOMPOS	5.207	\$ 485.014,00	\$ 210.455.658,17	\$ 2.525.467.898,00
MONTECRISTO	41	\$ 485.014,00	\$ 1.657.131,17	\$ 19.885.574,00
MORALES	261	\$ 485.014,00	\$ 10.549.054,50	\$ 126.588.654,00
PINILLOS	241	\$ 485.014,00	\$ 9.740.697,83	\$ 116.888.374,00
REGIDOR	95	\$ 485.014,00	\$ 3.839.694,17	\$ 46.076.330,00
RIO VIEJO	377	\$ 485.014,00	\$ 15.237.523,17	\$ 182.850.278,00
SAN CRISTOBAL	160	\$ 485.014,00	\$ 6.466.853,33	\$ 77.602.240,00
SAN ESTANISLAO	475	\$ 485.014,00	\$ 19.198.470,83	\$ 230.381.650,00
SAN FERNANDO	42	\$ 485.014,00	\$ 1.697.549,00	\$ 20.370.588,00
SAN JACINTO	3.526	\$ 485.014,00	\$ 142.513.280,33	\$ 1.710.159.364,00
SAN JACINTO DEL CAUCA	42	\$ 485.014,00	\$ 1.697.549,00	\$ 20.370.588,00
SAN JUAN NEPOMUCENO	2.949	\$ 485.014,00	\$ 119.192.190,50	\$ 1.430.306.286,00
SAN MARTIN DE LOBA	253	\$ 485.014,00	\$ 10.225.711,83	\$ 122.708.542,00

SAN PABLO	1.200	\$ 485.014,00	\$ 48.501.400,00	\$ 582.016.800,00
SANTA CATALINA	413	\$ 485.014,00	\$ 16.692.565,17	\$ 200.310.782,00
SANTA ROSA	583	\$ 485.014,00	\$ 23.563.596,83	\$ 282.763.162,00
SANTA ROSA DEL SUR	2.034	\$ 485.014,00	\$ 82.209.873,00	\$ 986.518.476,00
SIMITI	551	\$ 485.014,00	\$ 22.270.226,17	\$ 267.242.714,00
SOPLAVIENTO	456	\$ 485.014,00	\$ 18.430.532,00	\$ 221.166.384,00
TALAIGUA NUEVO	99	\$ 485.014,00	\$ 4.001.365,50	\$ 48.016.386,00
TIQUISIO	86	\$ 485.014,00	\$ 3.475.933,67	\$ 41.711.204,00
TURBACO	17.837	\$ 485.014,00	\$ 720.932.893,17	\$ 8.651.194.718,00
TURBANA	1.044	\$ 485.014,00	\$ 42.196.218,00	\$ 506.354.616,00
VILLANUEVA	880	\$ 485.014,00	\$ 35.567.693,33	\$ 426.812.320,00
ZAMBRANO	1.472	\$ 485.014,00	\$ 59.495.050,67	\$ 713.940.608,00
	<b>573.578</b>	<b>\$ 485.014,00</b>	<b>\$ 23.182.780.007,67</b>	<b>\$ 278.193.360.092,00</b>

El régimen contributivo en Bolívar, incluido Cartagena afilia a 573578 personas y su financiación cuesta 278 mil millones de pesos.

#### 4.1.2.2. Régimen Subsidiado

La información del régimen subsidiado de salud es tomada de la población efectivamente validada en la BDUA de Fosyga con corte a marzo 2010.

**Tabla 100. Régimen subsidiado de salud Bolívar y Cartagena 2010**

MUNICIPIO	TOTAL CUPOS CONTRATADOS MARZO 31 DE 2010	VALOR DE LA UPC-S	VALOR CONTRATO
CARTAGENA	503,158	380397.6	191,400,095,620.80
ACHI	21,331	281836.8	6,011,860,780.80
ALTOS DEL ROSARIO	8,508	281836.8	2,397,867,494.40
ARENAL	8,699	281836.8	2,451,698,323.20
ARJONA	41,916	281836.8	11,813,471,308.80
ARROYOHONDO	6,035	281836.8	1,700,885,088.00
BARRANCO DE LOBA	12,503	281836.8	3,523,805,510.40
CALAMAR	16,173	281836.8	4,558,146,566.40
CANTAGALLO	8,415	281836.8	2,371,656,672.00
CICUCO	9,333	281836.8	2,630,382,854.40
CORDOBA	13,156	281836.8	3,707,844,940.80
CLEMENCIA	11,234	281836.8	3,166,154,611.20
EL CARMEN DE BOLIVAR	54,017	281836.8	15,223,978,425.60
EL GUAMO	7,269	281836.8	2,048,671,699.20
EL PEÑON	7,598	281836.8	2,141,396,006.40
HATILLO DE LOBA	10,525	281836.8	2,966,332,320.00
MAGANGUE	114,768	281836.8	32,345,845,862.40
MAHATES	20,413	281836.8	5,753,134,598.40
MARGARITA	8,215	281836.8	2,315,289,312.00
MARIA LA BAJA	39,493	281836.8	11,130,580,742.40
MONTECRISTO	8,491	281836.8	2,393,076,268.80
MOMPOS	43,202	281836.8	12,175,913,433.60
MORALES	16,944	281836.8	4,775,442,739.20
NOROSI	4,846	281836.8	1,365,781,132.80
PINILLOS	22,722	281836.8	6,403,895,769.60
REGIDOR	6,894	281836.8	1,942,982,899.20
RIO VIEJO	13,792	281836.8	3,887,093,145.60
SAN CRISTOBAL	5,601	281836.8	1,578,567,916.80
SAN ESTANISLAO	11,358	281836.8	3,201,102,374.40
SAN FERNANDO	10,508	281836.8	2,961,541,094.40
SAN JACINTO	20,872	281836.8	5,882,497,689.60
SAN JACINTO DEL CAUCA	10,970	281836.8	3,091,749,696.00
SAN JUAN NEPOMUCENO	26,810	281836.8	7,556,044,608.00
SAN MARTIN DE LOBA	13,160	281836.8	3,708,972,288.00

SAN PABLO	28,535	281836.8	8,042,213,088.00
SANTA CATALINA	9,876	281836.8	2,783,420,236.80
SANTA ROSA	11,658	281836.8	3,285,653,414.40
SANTA ROSA DEL SUR	25,648	281836.8	7,228,550,246.40
SIMITI	17,429	281836.8	4,912,133,587.20
SOPLAVENTO	6,282	281836.8	1,770,498,777.60
TALAIGUA NUEVO	11,633	281836.8	3,278,607,494.40
TIQUISIO	17,515	281836.8	4,936,371,552.00
TURBACO	39,744	281836.8	11,201,321,779.20
TURBANA	11,722	281836.8	3,303,690,969.60
VILLANUEVA	15,439	281836.8	4,351,278,355.20
ZAMBRANO	9,746	281836.8	2,746,781,452.80
	1,344,156		428,424,280,747

Fuente: Ministerio de la Protección Social Julio 2010.

Incluye la experiencia piloto de Cartagena.

#### 4.1.2.3. *Análisis de aseguramiento de la población*

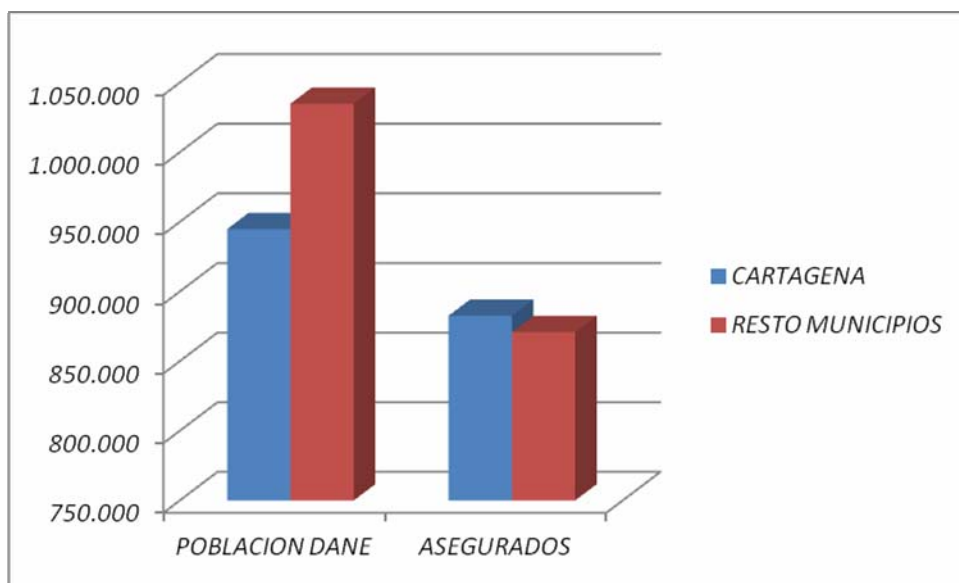
En la tabla 101 resumimos los resultados obtenidos separando para efector prácticos la población de Cartagena de la del resto de municipios del Departamento, donde observamos que existe un sobre aseguramiento de la población del Distrito situación que se explica por varias circunstancias, la primera es que Cartagena como ciudad capital asume una gran población flotante tanto de empleados de los municipios vecinos como de desplazados, además se estima que en realidad hay una gran franja de población no asegurada nativa de la ciudad lo cual se demuestra en las urgencias de los hospitales y la facturación que todavía se genera al Dadis.

**Tabla 101. Análisis del aseguramiento de la población en Cartagena y Bolívar 2010**

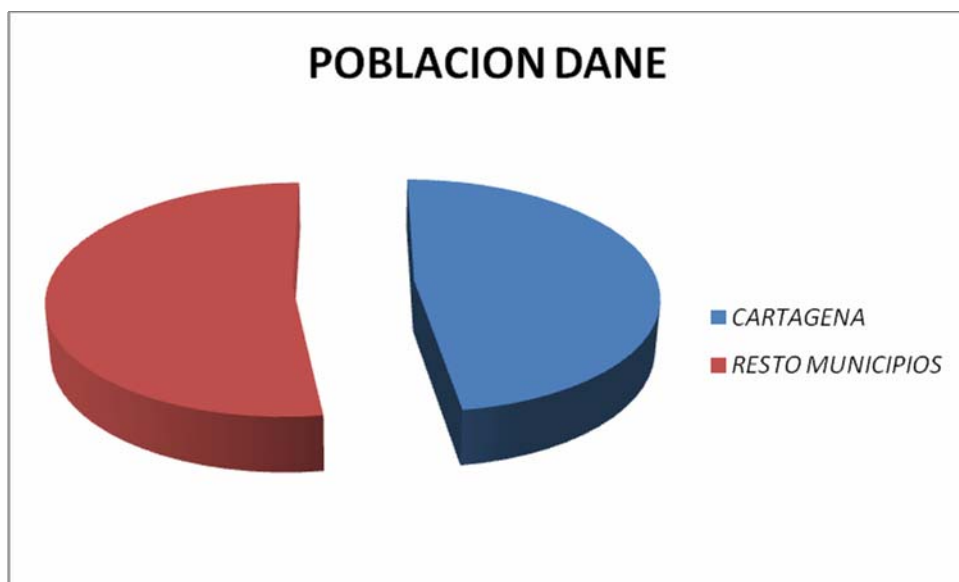
MUNICIPIOS	POBLACION DANE	PART %	ASEGURADOS	NO ASEGURADOS	NIVEL ASEGURAMIENTO
CARTAGENA	944.889	48%	992.493	0	105%
RESTO MUNICIPIOS	1.034.892	52%	925.241	109.651	89.4%
<b>TOTAL DEPARTAMENTO</b>	<b>1.979.781</b>	<b>100%</b>	<b>1'979.781</b>	<b>226.307</b>	<b>96.86%</b>

Fuente: Censo Dane – Min protección Social – Cálculos del Investigador

En todo caso observar el nivel de aseguramiento de Cartagena nos lleva a pensar inmediatamente en reflexionar sobre las relaciones que el Hospital tiene con las EPS del régimen subsidiado ya que la disponibilidad del financiamiento está ahora en sus manos.



**Gráfico 28. Población Cartagena y Bolívar 2010**



#### 4.1.3. Análisis de la Oferta de Servicios

Una vez determinada la población potencialmente consumidora de servicios y determinado el segmento de mercado o población objetivo “target” como se denomina en términos de marketing, El otro lado de la moneda se convierte en los competidores que ofrecen los servicios de salud para la misma población.

La importancia de conocer la capacidad instalada en camas hospitalaria como medida universal de este tipo de instituciones, es la de poder comparar con la población

atendida y empezar a determinar las brechas y los déficit de camas así como de servicios específicos, esto último se logra con el cálculo de la demanda potencial de servicio, ejercicio técnico que más adelante realizaremos.

Para determinar la capacidad de camas habilitadas consultamos la base de datos del ministerio de protección social y los comparamos con los registro distritales y departamentales encontrando diferencias relativamente importantes por ellos decidimos trabajar con la base de datos nacional que se alimenta directamente de los mismos prestadores y nos da un mayor nivel de confianza. Los resultados se presentan en la siguiente tabla rotulada con el numero 102.

**Tabla 102. Capacidad Instalada de Camas en Bolívar 2010**

MUNICIPIO	UCI Neonatal	UCI Pediátrico	CI Neonatal	CI Pediátrico	CAMA Pediátrica	TOTAL
ACHÍ					2	2
ARENAL					3	3
ARJONA					5	5
ARROYOHONDO					2	2
BARRANCO DE LOBA					2	2
CALAMAR					4	4
CANTAGALLO					2	2
CARTAGENA	103	34	118	28	291	574
CICUCO			1	1	2	4
CÓRDOBA					3	3
EL CARMEN DE BOLÍVAR					0	0
EL GUAMO					2	2
EL PEÑÓN					1	1
HATILLO DE LOBA					2	2
MAGANGUÉ	0		0		26	26
MAHATES					3	3
MARÍA LA BAJA					3	3
MOMPÓS			0	1	9	10
MONTECRISTO					3	3
MORALES					4	4
PINILLOS			2		3	5
RÍO VIEJO					2	2
SAN ESTANISLAO					0	0
SAN FERNANDO					2	2

SAN JUAN NEPOMUCENO					3	3
SAN MARTÍN DE LOBA					3	3
SAN PABLO					5	5
SANTA CATALINA					4	4
SANTA ROSA					1	1
SANTA ROSA DEL SUR					3	3
SIMITÍ					0	0
SOPLAVIENTO					2	2
TALAIGUA NUEVO					2	2
TIQUISIO					7	7
TURBACO					10	10
TURBANÁ					2	2
ZAMBRANO					5	5
<b>Total general</b>	<b>103</b>	<b>34</b>	<b>121</b>	<b>30</b>	<b>423</b>	<b>711</b>

Fuente: Ministerio de la Protección Social Julio 2010.

**Tabla 103. Participación del HINFP en la capacidad instalada de pediatría de Cartagena 2010**

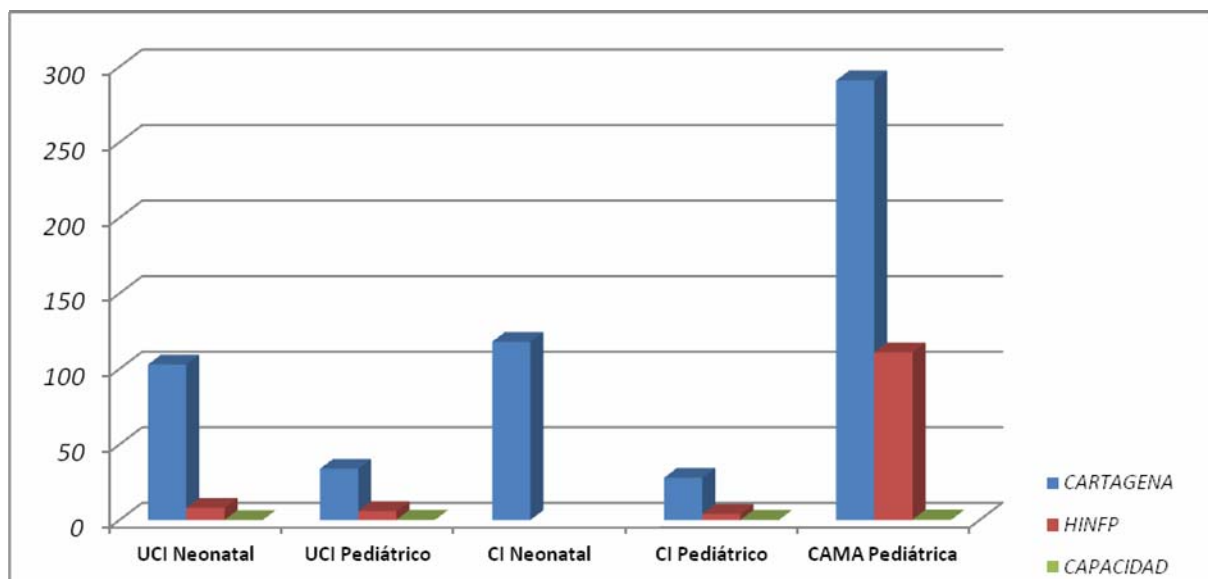
<b>CAPACIDAD INSTALADA</b>	<b>UCI Neonatal</b>	<b>UCI Pediátrico</b>	<b>Intermedio Neonatal</b>	<b>Intermedio Pediátrico</b>	<b>CAMA Pediátrica</b>
CARTAGENA	103	34	118	28	291
HINFP	8	6	-	4	111
<b>CAPACIDAD</b>	<b>8%</b>	<b>18%</b>	<b>-</b>	<b>14%</b>	<b>38%</b>

Fuente: Ministerio de la Protección Social Julio 2010

Las cifras son muy dicientes. En ellas hemos comparado la oferta de camas según su tipo y nivel de complejidad de Cartagena con las del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja. Para no sesgarnos en el análisis dejamos el dato que apareció reportado del hospital con 111 camas. En la actualidad son 95, pero muy seguramente incluyen las de observación de urgencias.

Como información concluyente tenemos que el hospital tiene el 38% de la oferta de camas pediátrica lo que muestra de un lado la posición de importancia frente a las demás instituciones de especialidades generales que ofrecen algunas camas, y de otro la gran debilidad de la ciudad en este servicio que puede dar la posibilidad de ser explotado estratégicamente. El mismo análisis aplica para las camas de UCI.

En el grafico de barras se aprecia mejor la posición estratégica y de participación importante en la oferta instalada de la ciudad.



#### 4.1.4. Análisis Financiero del Mercado de la Salud

Los resultados en términos poblacionales obtenidos en el estudio de aseguramiento los vamos a convertir en dinero con el fin de conocer el tamaño del mercado y la capacidad de financiación de los servicios de la población y de participación del hospital.

**Tabla 104. Recursos disponibles para la atención en salud de la población asegurada en Cartagena y Bolívar**

POBLACION ASEGURADA	POBLACION BOLIVAR	VALOR ASEGURAMIENTO MES	VALOR ASEGURAMIENTO AÑO
REGIMEN CONTRIBUTIVO CARTAGENA	489,335	19,777,860,474	237,334,325,690
REGIMEN CONTRIBUTIVO RESTO	84,243	3,404,919,534	40,859,034,402
REGIMEN SUBSIDIADO CARTAGENA	503,158	15,950,007,968	191,400,095,621
REGIMEN SUBSIDIADO RESTO	840,998	19,752,015,427	237,024,185,126
	<b>1,753,474</b>	<b>58,884,803,403</b>	<b>706,617,640,839</b>

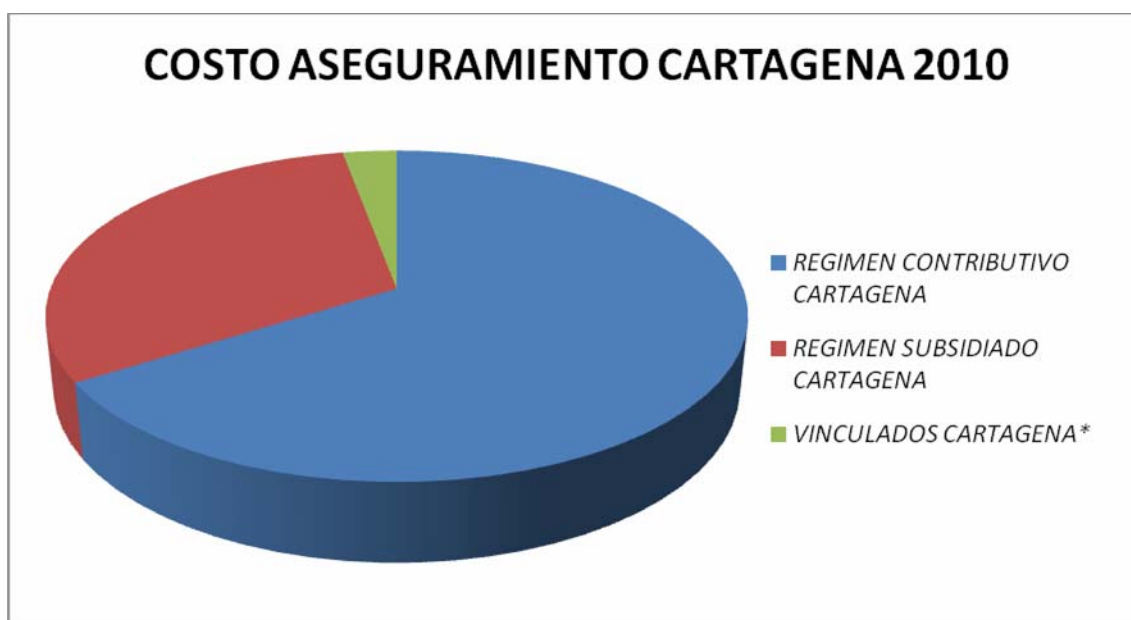
Fuente: Ministerio de la Protección Social Julio 2010. – Cálculos del Investigador

La tabla 104 nos presenta los resultados de calcular el valor de las primas de aseguramiento por régimen o lo que es igual las UPC por el número de afiliados por tipo de seguro. Llama la atención la abultada bolsa que sobre pasa los 706 mil millones de pesos al año, se estima que el próximo año se acerque al billón de pesos.

Ahora estimaremos el porcentaje de participación de los servicios de pediatría de mediana y alta complejidad. Si tomamos en cuenta que los servicios de nivel 1 incluyendo medicamentos esenciales consumen un 55% de las UPC y estimamos un 10% de gastos de funcionamiento, quedaría disponible un 35% de la UPC para mediana y alta complejidad. Estos recursos deben distribuirse para toda la población en eventos de mediana y alta complejidad.

En vista de que la población pediátrica de Cartagena y Bolívar representa el 41,5% del total de la población, se estima que esta consumirá un 14,53% de la UPC, es decir \$102.671.543.213. Esos son los recursos que las EPS tanto del contributivo como del subsidiado deben dedicar a la atención pediátrica de mediana y alta complejidad. Para efectos prácticos pudiéramos redondear la cifra en 100 mil millones de pesos anuales.

**Gráfico 29. Distribución de recursos para la salud en Cartagena y Bolívar**



El cálculo de la disponibilidad de los recursos económicos para el financiamiento de los costos en salud de la población pediátrica de Cartagena y el resto del departamento se encuentran consignadas de la tabla a continuación.

**Tabla 105. Estimación de recursos para la atención pediátrica de mediana y alta complejidad en Cartagena y Bolívar 2010**

POBLACION ASEGURADA	POBLACION BOLIVAR	VALOR ASEGURAMIENTO MES	VALOR ASEGURAMIENTO AÑO	VALOR ESTIMADO PEDIATRÍA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
REGIMEN CONTRIBUTIVO CARTAGENA	489,335	19,777,860,474	237,334,325,690	34,484,677,523
REGIMEN CONTRIBUTIVO RESTO	84,243	3,404,919,534	40,859,034,402	5,936,817,699
REGIMEN SUBSIDIADO CARTAGENA	503,158	15,950,007,968	191,400,095,621	27,810,433,894
REGIMEN SUBSIDIADO RESTO	840,998	19,752,015,427	237,024,185,126	34,439,614,099
	<b>1,753,474</b>	<b>58,884,803,403</b>	<b>706,617,640,839</b>	<b>102,671,543,214</b>

Fuente: Ministerio de la Protección Social Julio 2010. – Cálculos del Investigador

Es verdaderamente significativo el volumen de recursos que la ciudad de Cartagena representa del total de municipios lo cual convierte el mercado en un atractivo escenario de competencia.

Hemos realizado una proyección de la facturación a cierre de la vigencia 2010 con base en los indicadores y tendencias de crecimiento de la producción y facturación de servicios del hospital y la UCI con el fin de comparar la participación de la empresa en el mercado. Este estudio lo presentamos a continuación.

**Tabla 106. Facturación proyectada 2010**

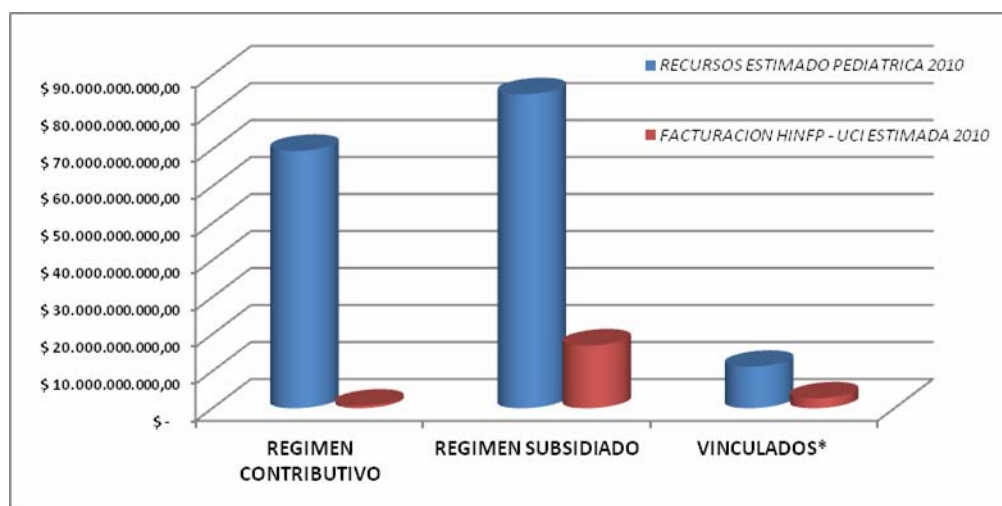
FACTURACION ESTIMADA POBLACION BOLIVAR CON VINCULADOS	RECURSOS ESTIMADO PEDIATRICA 2010	FACTURACION HINFP - UCI ESTIMADA 2010	PART %
REGIMEN CONTRIBUTIVO	\$ 69.548.340.023,00	\$ 692.433.226,50	1%
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 84.852.353.978,10	\$ 16.954.583.296,00	20%
VINCULADOS*	\$ 11.200.000.000,00	\$ 2.649.976.461,00	24%
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 116.208.499.680,79</b>	<b>\$ 20.296.992.983,50</b>	<b>17%</b>

Fuente: Estados Financieros – Informes de Facturación – Cálculos del Investigador

El resultado del cálculo nos muestra una participación general del 17% de todos los recursos disponibles para la compra de servicios de salud a la población pediátrica del Departamento de Bolívar incluyendo a los vinculados que no se tuvieron en cuenta en la tabla anterior.

En la tabla observamos una participación muy similar en los recursos de vinculados y subsidiado, mas hay que aclarar que ya a estas alturas del 2010 se está dependiendo en más del 90% de los recursos del régimen subsidiado de salud.

**Gráfico 30. Distribución de la facturación del HINFP 2009**



Ahora bien otro ejercicio importante que realizamos es considerando la desaparición de la población vinculada que es la tendencia que lleva el mercado y que seguramente terminara el próximo año 2011. Tenemos la siguiente proyección en Cartagena.

**Tabla 107. Participación del HINFP + UCI en el mercado de la salud de Cartagena y Bolívar.**

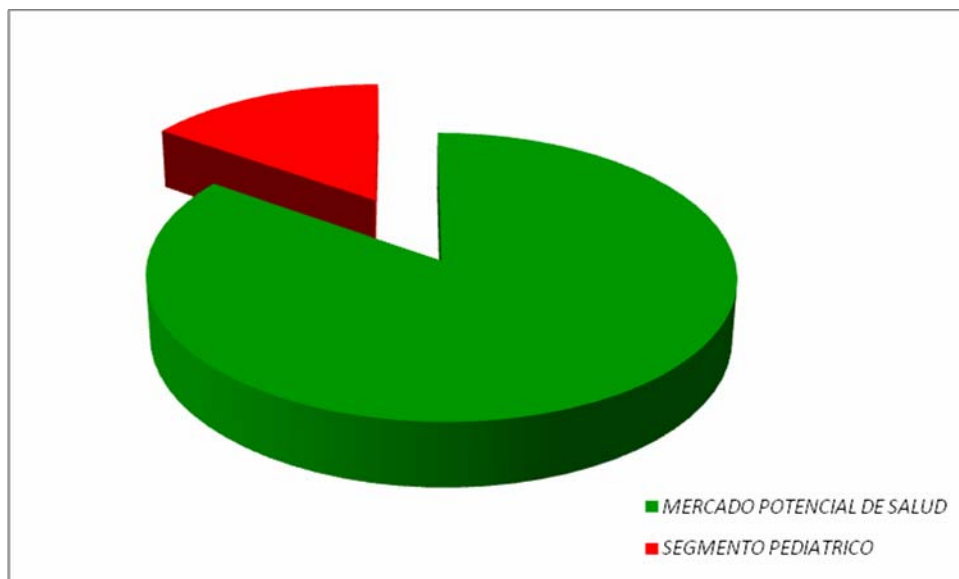
	POBLACION	RECURSOS DISPONIBLES 2010	PART %
MERCADO POTENCIAL DE SALUD	1.979.781	706,617,640,839	100,0%
SEGMENTO PEDIATRICO	821.859	102,671,543,214	14,53%
FACTURACION HINFP - UCI 2009	65.000	20.296.992.983	19,77%
PART %	7,91%	19,77%	

Fuente: Estados Financieros – Informes de Facturación – Cálculos del Investigador

La participación proyectada en el mercado distrital de la salud pediátrica sería del 19,7% con una capacidad instalada de camas hospitalarias del 38% del total de la oferta de servicios de la ciudad. Esto nos está indicando a todas luces una importante conclusión que tiene que ver con la eficiencia de nuestro modelo de atención y

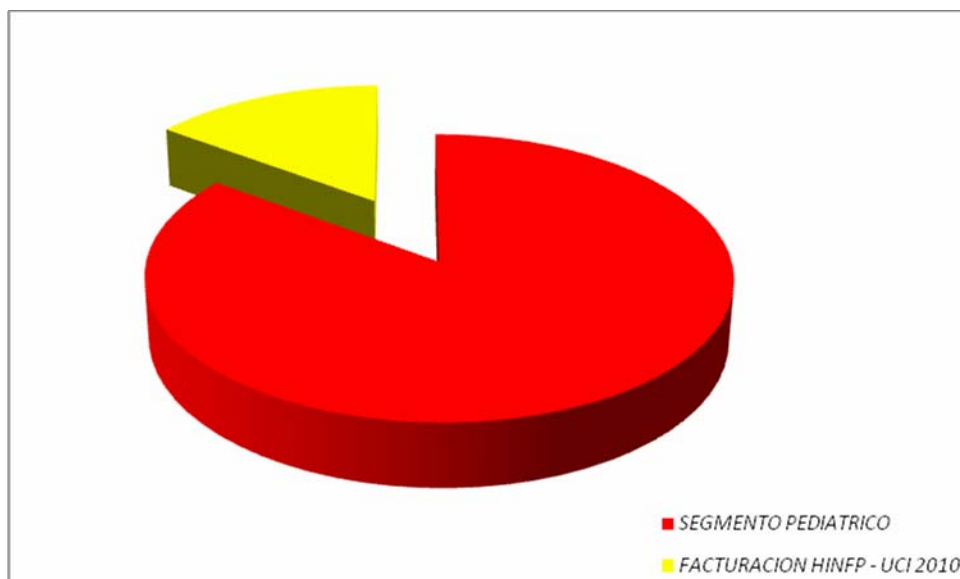
producción de servicios, al nivel de explotación de servicios de la capacidad instalada y de la necesidad de implementar un sistema de producción y mercadeo de servicios que explote esta disponibilidad de acceder a mayores recursos.

**Gráfico 31. Participación del segmento pediátrico en el mercado de la salud de Cartagena Y Bolívar, 2010**



Los recursos destinados a pediatría de mediana y alta complejidad son el 14,53% del total, lo que equivale a unos 102 mil millones al año.

**Gráfico 32. Participación del HINFP en los recursos disponibles para la atención de pediatría en Cartagena y Bolívar, 2010.**



Tal como ya lo indicamos anteriormente el HINFP factura unos 20 mil millones al año. Lo que representa una participación en el mercado del 19.77%.

Vale la pena analizar a manera de conclusión lo que hasta algunos meses fue la relación de las fuentes de financiación del modelo de gestión y operación del hospital frente al comportamiento proyectado, lo que nos hace reflexionar en la capacidad de reacción y ajuste institucional que deben tener este tipo de empresa frente a la dinámica del mercado.

La tabla 108 muestra la facturación real del hospital y la UCI en la vigencia 2009 inmediatamente anterior.

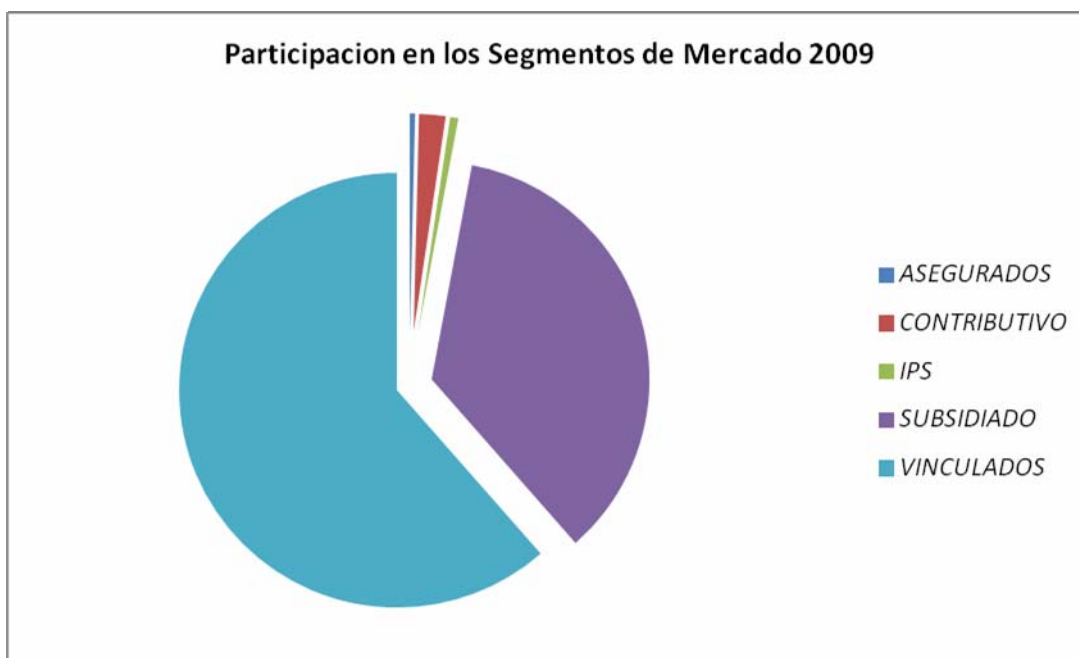
Obsérvese como el 61% de los ingresos se facturaban y obtenían de los recursos el subsidio a la oferta, todo lo contrario a lo que sucede en la actualidad y que tiende a ser de un 95% del Subsidiado y 5% del resto de empresas.

**Tabla 108. Análisis de la facturación 2009 por segmentos del mercado.**

SEGMENTOS DE MERCADO	HINFP	UCI	TOTAL FACTURACION 2009	PART % 2009
OTROS ASEGURADOS	\$ 68.060.635,00	\$ 8.479.454,00	\$ 76.540.089,00	0,4%
CONTRIBUTIVO	\$ 168.932.139,00	\$ 219.902.410,00	\$ 388.834.549,00	2,0%
IPS	\$ 101.000.398,00	\$ 19.028.929,00	\$ 120.029.327,00	0,6%
SUBSIDIADO	\$ 4.967.068.289,00	\$ 2.051.576.500,00	\$ 7.018.644.789,00	35,6%
VINCULADOS	\$ 9.872.168.536,00	\$ 2.265.295.088,00	\$ 12.137.463.624,00	61,5%
<b>Total general</b>	<b>\$ 15.177.229.997,00</b>	<b>\$ 4.564.282.381,00</b>	<b>\$ 19.741.512.378,00</b>	<b>100,0%</b>
	<b>77%</b>	<b>23%</b>		

Fuente: Estados Financieros del HINFP – UCI año 2009

**Gráfico 33. Participación del HINFP en los segmentos del mercado de la salud en 2009**

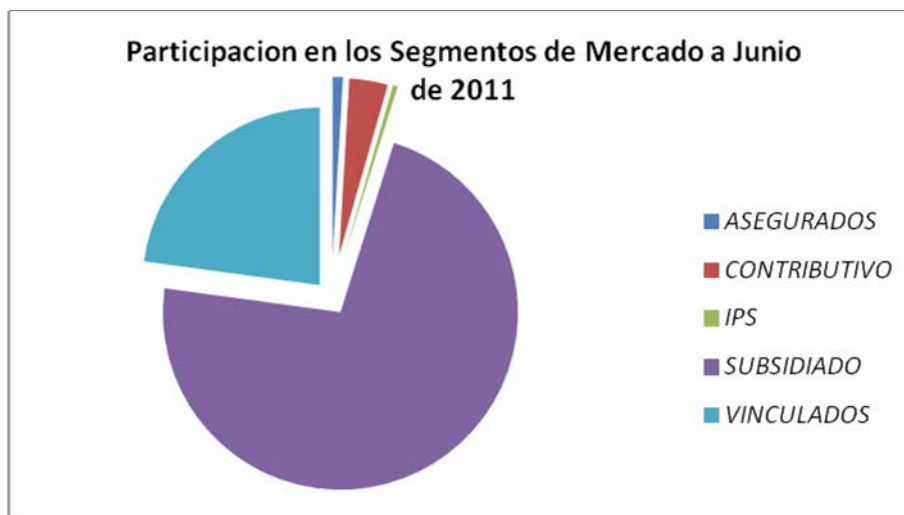


La tabla 109 muestra con corte al primer semestre la facturación real por segmentos de mercado ratificando y validando las proyecciones que hicimos anteriormente y que son la prueba de que la empresa tiene que intervenir prontamente su modelo de gestión y operación para poder alinearse con la tendencia del mercado del cual depende su financiación si no quiere desaparecer.

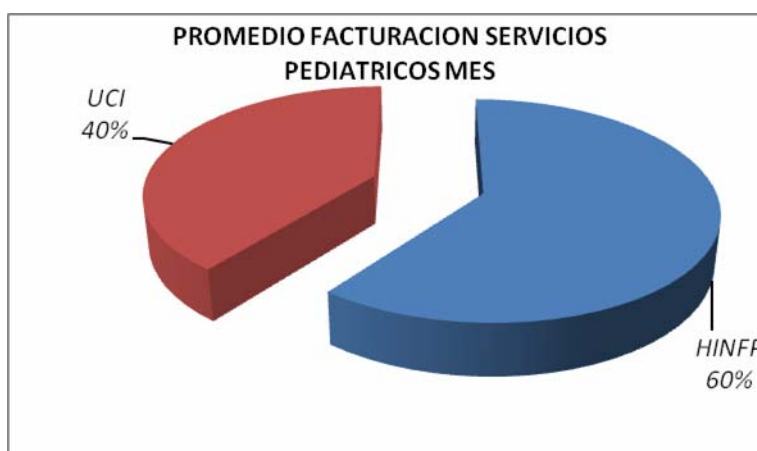
**Tabla 109. Análisis de la facturación junio 2010 por segmentos del mercado.**

SEGMENTOS DE MERCADO	HINFP	UCI	TOTAL FACTURACION JUNIO 2010	PART %
ASEGURADOS	\$ 63.047.766,00	\$ 32.969.293,00	\$ 96.017.059,00	0,9%
CONTRIBUTIVO	\$ 71.284.950,00	\$ 294.320.142,00	\$ 365.605.092,00	3,5%
IPS	\$ 45.981.768,00		\$ 45.981.768,00	0,4%
SUBSIDIADO	\$ 4.719.057.679,00	\$ 2.803.970.953,00	\$ 7.523.028.632,00	72,3%
VINCULADOS	\$ 1.398.023.008,00	\$ 980.452.480,00	\$ 2.378.475.488,00	22,8%
<b>Total general</b>	<b>\$ 6.297.395.171,00</b>	<b>\$ 4.111.712.868,00</b>	<b>\$ 10.409.108.039,00</b>	<b>100,0%</b>
	<b>60%</b>	<b>40%</b>		

**Gráfico 34. Participación del HINFP en los segmentos del mercado de la salud junio 2010**



**Gráfico 35. Participación del HINFP y UCI en la facturación mensual en 2010**



La conclusión de esta primera parte es que pesar de que la UCI corresponde al 10% del área y recursos de la institución, factura el 40% del total mensual. Es importante para el futuro financiero de la institución ampliar la UCI pediátrica y Cuidados intermedios.

#### **4.1.5. Conclusiones del análisis del mercado**

- Existe un segmento de mercado inexplorado de 102 mil millones de pesos anuales de los cuales solo se accede al 19.77%
- La ampliación de la edad de atención pediátrica según el acuerdo 11 de la CRES, asegura un mercado adicional para Bolívar de unos 125 mil niños.

- La igualación del POS al POSS en la etapa pediátrica se convierte en una gran oportunidad para sub especializar a la empresa y reorientar los servicios actuales hacia servicios de mayor rentabilidad
- La incertidumbre y el vacío jurídico que generó la corte constitucional con la aplicación de la sentencia T 760 da un compás de espera que hace pensar que los grandes inversionistas y grupos económicos de la salud esperen la expedición del nuevo paquete de reformas al sistema que deberá sancionar el nuevo gobierno el próximo año.
- La situación anterior unido a la gran inversión que supera los 20 mil millones de pesos para construir un nuevo hospital pediátrico con un capital de trabajo de más de 6 mil millones una tasa de retorno inferior al 15% anual no son ninguna garantía para llegar a pensar que se puede tener competencia fuerte en el próximo año

## **4.2. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACION ATENDIDA**

El modelo de gestión y operación de una entidad hospitalaria está directamente relacionada con las necesidades del sector y de su mercado. Es precisamente la demanda de servicios lo que determinará la clase de hospital que debe ser, la especialidad, el nivel de complejidad y especialmente su modelo de atención.

La morbilidad de la población atendida y registrada en los diferentes servicios de la institución muestran las tendencias del consumo de servicios así como las necesidades internas de las unidades de atención, labor que hoy es un proceso de gestión hospitalaria moderna asociada al modelo de producción de los servicios cuya finalidad no es más que organizar de manera eficiente la oferta de servicios y garantizar el mayor grado de eficiencia y calidad en la asignación de los recursos disponibles.

En este capítulo se explorará con el mayor nivel de detalle y profundidad el perfil epidemiológicos de la población atendida en los diferentes servicios del hospital de manera que se logre el objetivo de determinar si la institución está ajustándose con la realidad de la demanda de servicios de su mercado y si está proyectando su crecimiento y desarrollo de forma técnica y planificada.

### **4.2.1. Primeras 20 causas de morbilidad por servicios 2009**

La tabla 110 presenta las primeras 20 causas de morbilidad observadas en la consulta externa, al estudiar los resultados obtenidos dada la naturaleza del servicio y el producto del análisis de los servicios realizado en los primeros capítulos, debemos tener cuidado de no caer en falsas interpretaciones.

Lo anterior obedece a que la consulta externa por ser un servicio programado, las especialidades contratadas y ofrecidas en gran medida determinaran la morbilidad potencialmente atendible. Sin embargo los diagnósticos asociados a enfermedades respiratorias son significativos.

**Tabla 110. Perfil Epidemiológico Consulta externa 2009**

Nº	DIGNOSTICOS	M	F	TOTAL	Part %
1	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	585	392	977	2%
2	TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	764	199	963	2%
3	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	506	429	935	2%
4	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	491	366	857	2%
5	ASMA MIXTA	553	270	823	2%
6	ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE	418	396	814	2%
7	PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	685	125	810	2%
8	PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS	788	0	788	2%
9	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	469	317	786	2%
10	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS	447	325	772	2%
11	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	324	393	717	2%
12	HIPERTROFIA DE LAS ADENOIDES	466	249	715	2%
13	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO	503	151	654	1%
14	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	391	259	650	1%
15	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS	350	194	544	1%
16	TRASTORNO DEL OJO Y SUS ANEXOS, NO ESPECIFICADO	324	216	540	1%
17	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE	248	261	509	1%
18	RINITIS VASOMOTORA	277	211	488	1%
19	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	421	53	474	1%
20	ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	252	171	423	1%
21	OTRAS CAUSAS	17717	11939	29656	68%
	<b>TOTAL</b>	<b>26979</b>	<b>16916</b>	<b>43895</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe anual del área de Calidad y Epidemiología 2009

Como explicación del comentario anterior notamos como el cuadro de los diagnósticos figuran registros como trastorno mixto de las habilidades escolares y problemas relacionados con el bajo rendimiento escolar. Esta presencia significativa se relaciona con el aumento en la programación de la consulta de psicología y trabajo social por encima incluso de la pediatría.

Llama poderosamente la atención que el renglón 21 correspondiente a otras causas contenga el 68% de todos los registros lo que denota una gran debilidad en los procesos de auditoría y falencias en el sistema de información.

Pasando al análisis del perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados nos apoyamos en la tabla 111 donde igualmente observamos una gran presencia de diagnósticos asociados a enfermedades respiratorias e infecciosas. Las enfermedades gastrointestinales muestran también su presencia en este servicio. En esta oportunidad el servicio de hospitalización introduce como un nuevo renglón dos patologías asociadas a traumas.

**Tabla 111. Perfil Epidemiológico Hospitalización 2009**

Nº	DIGNOSTICOS	M	F	TOTAL	Part %
1	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	345	262	607	6%
2	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	365	231	596	6%
3	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	265	156	421	4%
4	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	264	135	399	4%
5	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	205	137	342	4%
6	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	199	121	320	3%
7	ASMA, NO ESPECIFICADA	170	90	260	3%
8	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	144	99	243	3%
9	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	106	123	229	2%
10	OTROS DOLORES ABDOMINALES	111	75	186	2%
11	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DEL CUELLO	100	71	171	2%
12	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	106	33	139	1%
13	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	90	44	134	1%
14	CELULITIS DE LA CARA	78	52	130	1%
15	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE MIEMBRO	77	38	115	1%
16	NAUSEA Y VOMITO	61	40	101	1%
17	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	63	31	94	1%
18	CONVULSIONES FEBRILES	59	34	93	1%
19	CELULITIS DE OTROS SITIOS	57	23	80	1%
20	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO	46	22	68	1%
21	OTRAS CAUSAS	3037	1714	4751	50%
	TOTAL	5948	3531	9479	100%

Fuente: Informe anual del área de Calidad y Epidemiología 2009

De forma similar observamos una alta presencia de causas no especificadas lo que denota la necesidad de mejorar el sistema de información de los diagnósticos para tener información más precisa y diciente que apoye las decisiones.

Los servicios de urgencias nos señalan diagnósticos que en su mayoría demuestran el volumen de patologías asociadas a los manejos del primer nivel de complejidad, sin embargo la presencia de las enfermedades de vías respiratorias, digestivas e infecciosas son las que más representan demanda del servicio.

**Tabla 112. Perfil Epidemiológico Urgencias 2009**

Nº	DIGNOSTICOS	M	F	TOTAL	Part %
1	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	840	644	1484	6%
2	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	618	353	971	4%
3	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	639	306	945	4%
4	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	529	300	829	3%
5	ASMA, NO ESPECIFICADA	408	227	635	3%
6	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	289	310	599	2%
7	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	259	175	434	2%
8	NAUSEA Y VOMITO	264	170	434	2%
9	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	238	177	415	2%
10	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	242	150	392	2%
11	OTROS DOLORES ABDOMINALES	213	154	367	2%
12	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	249	114	363	1%
13	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	187	152	339	1%
14	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	188	129	317	1%
15	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	192	104	296	1%
16	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE LA CUELLO	167	106	273	1%
17	TRAUMATISMOS NO ESPECIFICADOS DEL ANTEBRAZO	181	65	246	1%
18	CONVULSIONES FEBRILES	153	92	245	1%
19	ASMA MIXTA	140	59	199	1%
20	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE	101	96	197	1%
21	OTRAS CAUSAS	8832	5553	14385	59%
	<b>TOTAL</b>	<b>14929</b>	<b>9436</b>	<b>24365</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe anual del área de Calidad y Epidemiología 2009

Las otras causas como diagnósticos inespecíficos ocupan el 59% de la proporción de los registros y lleva nuevamente a la conclusión de trabajar en la depuración de la información, el fortalecimiento del sistema de información y a la capacitación y reentrenamiento del personal médico y auxiliar.

#### 4.2.2. Perfil General de la Población Atendida 2009

**Tabla 113. Diagnósticos Consolidados (Consulta externa - Urgencia - Hospitalización)**

DIAGNÓSTICOS	TOTAL	PART %
OTRAS CAUSAS	34878	65%
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	1045	2%
BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	956	2%
HERNIA UMBILICAL	944	2%
RINITIS ALÉRGICA	911	2%
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	904	2%
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	879	2%
EPILEPSIA Y SÍNDROME EPILÉPTICOS SINTOMÁTICOS	651	1%
ASMA, NO ESPECIFICADA	634	1%
FIMOSIS	582	1%
HIPERTROFIA DE ADENOIDES	581	1%
BRONCONEUMONÍA, NO ESPECIFICADA	562	1%
RINITIS VASOMOTORAS	559	1%
BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	547	1%
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	528	1%
RIN FARINGITIS (RESFRIADO COMÚN)	514	1%
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	510	1%
TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	510	1%
NEUMONÍA BACTERIANA	508	1%
EPILEPSIA	506	1%
BRONCONEUMONÍA	503	1%
NEUMONÍA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	498	1%
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	462	1%
DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA LEVE	443	1%
ESTRABISMO, NO ESPECIFICADO	442	1%
ASMA PREDOMINANTEMENTE ALÉRGICA	430	1%
DIARREA Y GASTROENTERITIS	421	1%
NAUSEAS Y VOMITO	406	1%
ASMA	293	1%
DEPLECIÓN DEL VOLUMEN	291	1%
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECIFICADA	229	0%
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	218	0%
TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	216	0%
CONVULSIONES FEBRILES	201	0%
SEPSIS BACTERIANA DE RECIÉN NACIDO	196	0%
DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	170	0%
OTROS DOLORES ABDOMINALES, NO ESPECIFICADO	160	0%
TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO SUPERIOR	147	0%
CELULITIS DE LA CARA	125	0%
DOLOR ABDOMINAL	94	0%
CONVULSIÓN FEBRIL	85	0%
NAUSEAS Y VÓMITOS	78	0%
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	77	0%
TRAUMATISMO DE LA CABEZA	71	0%
<b>Total</b>	<b>53965</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe anual del área de Calidad y Epidemiología 2009.

**Tabla 114. Diagnósticos más frecuentes por grupos de edades 2009**

DIAGNOSTICOS	Menor 1 Año	1 - 4 Años	5 - 9 Años	10 - 15 Años	16-18 Años	TOTAL	PART %
OTRAS CAUSAS	5627	11163	8819	7648	789	34878	64,6%
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	429	382	137	89	8	1045	1,9%
BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	822	125	6	3	0	956	1,8%
HERNIA UMBILICAL	94	312	306	219	13	944	1,7%
RINITIS ALERGICA	153	529	150	75	4	911	1,7%
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	438	369	55	36	6	904	1,7%
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	263	357	170	80	9	879	1,6%
EPILEPSIA Y SINDROME EPILEPTICOS SINTOMATICOS	26	200	192	197	36	651	1,2%
ASMA, NO ESPECIFICADA	100	434	65	30	5	634	1,2%
FIMOSIS	84	314	118	64	2	582	1,1%
HIPERTROFIA DE ADENOIDES	20	381	139	41	0	581	1,1%
BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	233	275	33	19	2	562	1,0%
RINITIS VASOMOTORAS	356	185	13	3	2	559	1,0%
BONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	465	76	6	0	0	547	1,0%
ANEMÍA DE TIPO NO ESPECIFICADO	209	229	63	26	1	528	1,0%
RINOFARINGITIS (RESFRIADO COMUN)	211	242	46	14	1	514	1,0%
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	214	205	58	31	2	510	0,9%
TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	1	23	254	224	8	510	0,9%
NEUMONIA BACTERIANA	179	255	55	16	3	508	0,9%
EPILEPSIA	25	155	165	143	18	506	0,9%
BRONCONEUMONIA	210	264	16	12	1	503	0,9%
NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	153	247	60	31	7	498	0,9%
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	191	153	73	45	0	462	0,9%
DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE	134	190	87	31	1	443	0,8%
ESTRABISMO, NO ESPECIFICADO	86	149	133	68	6	442	0,8%
ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	47	238	93	52	0	430	0,8%
DIARREA Y GASTROENTERITIS	230	145	27	16	3	421	0,8%
NAUSEAS Y VOMITO	133	211	39	22	1	406	0,8%
ASMA	50	205	29	9	0	293	0,5%
DEPLECION DEL VOLUMEN	149	119	16	6	1	291	0,5%
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	229	0	0	0	0	229	0,4%
INFECCION DE VIAS URINARIAS	82	78	35	18	5	218	0,4%
TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	43	89	59	24	1	216	0,4%
CONVULSIONES FEBRILES	47	115	26	12	1	201	0,4%
SEPSIS BACTERIANA DE RECIEN NACIDO	196	0	0	0	0	196	0,4%
DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	5	32	62	65	6	170	0,3%
OTROS DOLORES ABDOMINALES, NO ESPECIFICADO	5	19	63	65	8	160	0,3%
TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO SUPERIOR	6	34	65	41	1	147	0,3%
CELULITIS DE LA CARA	14	65	28	16	2	125	0,2%
DOLOR ABDOMINAL	2	14	36	33	9	94	0,2%
CONVULSION FEBRIL	21	39	17	8	0	85	0,2%
NAUSEAS Y VOMITOS	33	38	4	3	0	78	0,1%
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	7	28	30	12	0	77	0,1%
TRAUMATISMO DE LA CABEZA	13	27	23	8	0	71	0,1%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>12035</b>	<b>18710</b>	<b>11871</b>	<b>9555</b>	<b>962</b>	<b>53965</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Informe anual del área de Calidad y Epidemiología 2009

### 4.2.3. Caracterización de la Población Atendida por especialidades 2009

Para que el análisis epidemiológico contribuya a la evaluación del modelo de gestión y operación de la empresa es muy importante que podamos compararlo con la organización y producción de los servicios a través de sus fuentes y especialidades.

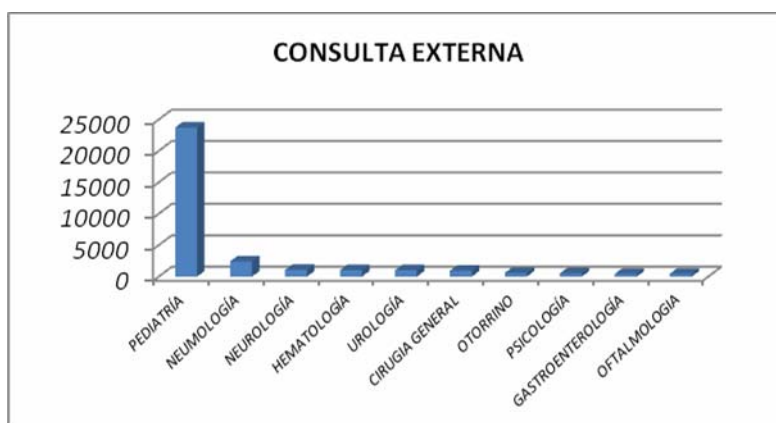
La tabla 115 nos muestra por ejemplo, los eventos atendidos y clasificados por especialidades de la consulta, donde resalta el servicio de pediatría mucho más que otras especialidades, sin embargo cuando vimos como se producían los servicios de consulta externa notamos un gran déficit del servicio lo que demuestra a todas luces la necesidad de fortalecer la oferta.

**Tabla 115. Casos por especialidad en consulta externa 2009**

ESPECIALIDAD	CONSULTA EXTERNA	PART %
PEDIATRÍA	23736	74%
NEUMOLOGÍA	2414	7%
NEUROLOGÍA	1078	3%
HEMATOLOGÍA	1038	3%
UROLOGÍA	1014	3%
CIRUGIA GENERAL	944	3%
OTORRINO	581	2%
PSICOLOGÍA	510	2%
GASTROENTEROLOGÍA	443	1%
OFTALMOLOGIA	442	1%
<b>TOTAL</b>	<b>32200</b>	<b>100%</b>

Fuente: Perfil Epidemiológico – Cálculos de los investigadores.

**Gráfico 36. Distribución de consultas 2009 por especialidad**



Para seguir la línea metodológica hemos clasificado el número de pacientes atendidos en consulta externa por especialidades y según los grupos vulnerables de edades que nos permite apreciar las concentraciones y susceptibilidad de la demanda.

**Tabla 116. Pacientes atendidos en consulta por especialidad según edades**

ESPECIALIDADES	< 1 Año	de 1 - 4	de 5 - 9	de 10 - 15	de 16-18	Total	Part %
PEDIATRÍA	3441	7415	7010	5328	542	23736	74%
NEUMOLOGÍA	767	1194	302	144	7	2414	7%
CIRUGIA GENERAL	94	312	306	219	13	944	3%
GASTROENTEROLOGÍA	134	190	87	31	1	443	1%
HEMATOLOGÍA	423	434	121	57	3	1038	3%
NEUROLOGÍA	48	324	333	320	53	1078	3%
OFTALMOLOGIA	86	149	133	68	6	442	1%
OTORRINO	20	381	139	41	0	581	2%
PSICOLOGÍA	1	23	254	224	8	510	2%
UROLOGÍA	196	509	218	87	4	1014	3%
Total general	5210	10931	8903	6519	637	32200	100%

Fuente: Perfil Epidemiológico – Cálculos de los investigadores.

Lo más destacable al presentar la información en esta forma es ver por ejemplo como el grueso de la consulta por patologías pediátricas se concentra en las edades de 1 a 15 años, la de neumología entre 0 y 4, al igual que gastro.

De otro lado tenemos que neurología, otorrino y urología tienen un grupo que se identifica entre las edades de 1 a 9 años.

Esta información nos puede ir orientando en el rediseño del modelo de atención y en la formulación de programas y estrategias de producción, planeación y oferta de servicios.

Una vez realizado el análisis de este servicios vamos a pasar a los demás sin entrar en más detalles ya que las tablas son verdaderamente ilustrativas y permiten tener claridad sobre la relación de las características de la población atendida y la estructura de nuestra oferta de servicios que fuera analizada en el primer capítulo del

estudio. Para mayor comprensión de los siguientes datos recomendamos apoyarse en el análisis de los servicios.

#### 4.2.4. Hospitalización

**Tabla 117. Egresos hospitalarios 2009 según especialidad**

ESPECIALIDAD	HOSPITALIZACION	PART %
PEDIATRÍA	3269	47%
NEUMOLOGÍA	1851	26%
INFECTOLOGÍA	860	12%
GASTROENTEROLOGÍA	593	8%
NEUROLOGÍA	235	3%
UROLOGÍA	218	3%
<b>TOTAL</b>	<b>7026</b>	<b>100%</b>

Fuente: Perfil Epidemiológico – Cálculos de los investigadores.

De esta tabla se infiere que el hospital debería sub-especializarse readecuando su habilitación de camas hospitalarias de modo que 40 sean de pediatría general, 20 de neumología, 10 de Infectología, 10 de gastroenterología y 30 de cuidados críticos, para un total de 110 camas.

Obsérvese que nuestra propuesta no es más que formular una proporción relativa frente a la demanda de los servicios y a la disposición de camas actuales.

**Gráfico 37. Hospitalización por especialidad 2009**



**Tabla 118. Pacientes atendidos en hospitalización por especialidad según edades**

ESPECIALIDADES	< 1 Año	de 1 - 4	de 5 - 9	de 10 - 15	de 16-18	de Total	Part %
PEDIATRÍA	609	1055		696	77	3269	47%
NEUMOLOGÍA	904	800	106	37	4	1851	26%
GASTROENTEROLOGÍA	265	197	67	52	12	593	8%
INFECTOLOGÍA	408	246	131	73	2	860	12%
NEUROLOGÍA	37	97	64	36	1	235	3%
UROLOGÍA	82	78	35	18	5	218	3%
Total general	2305	2473	403	912	101	7026	100%

Fuente: Perfil Epidemiológico – Cálculos de los investigadores.

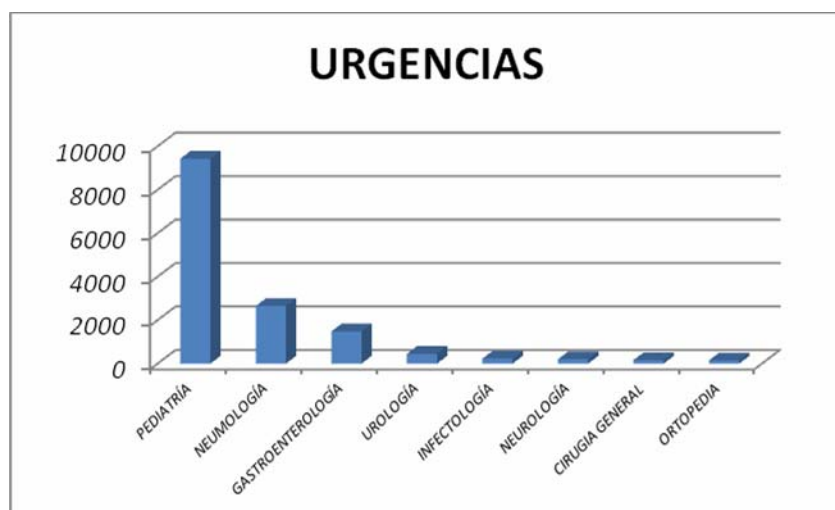
#### 4.2.5. Urgencias

**Tabla 119. Distribución del urgencias 2009 por especialidad**

ESPECIALIDAD	URGENCIAS	PART %
PEDIATRÍA	9425	64%
NEUMOLOGÍA	2650	18%
GASTROENTEROLOGÍA	1480	10%
UROLOGÍA	447	3%
INFECTOLOGÍA	229	2%
NEUROLOGÍA	201	1%
CIRUGIA GENERAL	160	1%
ORTOPEDIA	147	1%
<b>TOTAL</b>	<b>14739</b>	<b>100%</b>

Fuente: Perfil Epidemiológico – Cálculos de los investigadores.

**Gráfico 38. Distribución de atenciones de urgencia 2009 por especialidad**



**Tabla 120. Pacientes atendidos en urgencias por especialidad según edades**

ESPECIALIDADES	< 1 Año	de 1 - 4	de 5 - 9	de 10 - 15	de 16-18	de Total	Part %
PEDIATRÍA	2198	3283	2021	1743	180	9425	64%
NEUMOLOGÍA	1308	1081	164	83	14	2650	18%
CIRUGÍA GENERAL	5	19	63	65	8	160	1%
GASTROENTEROLOGÍA	576	612	156	123	13	1480	10%
INFECTOLOGÍA	229	0	0	0	0	229	2%
NEUROLOGÍA	47	115	26	12	1	201	1%
ORTOPEDIA	6	34	65	41	1	147	1%
UROLOGÍA	151	162	70	57	7	447	3%
Total general	4520	5306	2565	2124	224	14739	100%

Fuente: Perfil Epidemiológico – Cálculos de los investigadores.

La tabla 121 es un resumen de las atenciones por servicios y especialidades que consolida las atenciones reales de todos los pacientes en 2009 donde una vez más se refuerza que el 86% de la demanda ponderada y consumos reales de servicios se aglutinan en las especialidades de pediatría, neumología y gastroenterología, hacia donde debe girar la Subespecialización del hospital.

**Tabla 121. Total atenciones 2009: consulta externa, hospitalización y urgencias**

ESPECIALIDAD	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACION	URGENCIAS	TOTAL	PART %
PEDIATRÍA	23736	3269	9425	36430	68%

NEUMOLOGÍA	2414	1851	2650	6915	13%
GASTROENTEROLOGÍA	443	593	1480	2516	5%
UROLOGÍA	1014	218	447	1679	3%
NEUROLOGÍA	1078	235	201	1514	3%
CIRUGIA GENERAL	944		160	1104	2%
INFECTOLOGÍA		860	229	1089	2%
HEMATOLOGÍA	1038			1038	2%
OTORRINO	581			581	1%
PSICOLOGÍA	510			510	1%
OFTALMOLOGIA	442			442	1%
ORTOPEDIA			147	147	0%
<b>TOTAL</b>	<b>32200</b>	<b>7026</b>	<b>14739</b>	<b>53965</b>	<b>100%</b>

Fuente: Perfil Epidemiológico – Cálculos de los investigadores.

**Tabla 122. Perfil Epidemiológico consolidado Asociado por especialidad**

ESPECIALIDADES	< 1 Año	de 1 - 4	de 5 - 9	de 10 - 15	de 16-18	Total	Part %
PEDIATRÍA	6.248	11.753	9.031	7.767	799	36.430	67,5%
NEUMOLOGÍA	2.979	3.075	572	264	25	6.915	12,8%
CIRUGIA GENERAL	99	331	369	284	21	1.104	2,0%
GASTROENTEROLOGÍA	975	999	310	206	26	2.516	4,7%
HEMATOLOGÍA	423	434	121	57	3	1.038	1,9%
INFECTOLOGÍA	637	246	131	73	2	1.089	2,0%
NEUROLOGÍA	132	536	423	368	55	1.514	2,8%
OFTALMOLOGIA	86	149	133	68	6	442	0,8%
ORTOPEDIA	6	34	65	41	1	147	0,3%
OTORRINO	20	381	139	41	-	581	1,1%
PSICOLOGÍA	1	23	254	224	8	510	0,9%
UROLOGÍA	429	749	323	162	16	1.679	3,1%
<b>Total general</b>	<b>12.035</b>	<b>18.710</b>	<b>11.871</b>	<b>9.555</b>	<b>962</b>	<b>53.965</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Perfil Epidemiológico – Cálculos de los investigadores.

### **4.3. DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE PEDIATRÍA**

#### **4.3.1. Fundamentos teóricos**

La estimación de demanda potencial de servicios sanitarios es un paso obligado para la planeación en el sector salud y la sustentación técnica en la expedición de políticas y el control del impacto de las mismas.

Esta estimación puede hacerse a partir de varios mecanismos. En primer lugar, podemos identificar los riesgos atendidos y de esa manera deducir los indicadores de frecuencia de uso de los servicios. En Colombia, los indicadores de frecuencia de uso se deberían deducir a partir de los RIPS (Reporte individual de prestación de servicios sanitarios) que supuestamente debe entregar cada prestador a las entidades aseguradoras y direcciones territoriales de salud. No obstante, la entrega de tales reportes no es ni regular ni confiable, por lo que no se puede realizar una estimación confiable a partir de tal instrumento.

Por otro lado, las entidades aseguradoras cuentan con bases de datos de servicios autorizados con los que de esta tabla se pudieran deducir algunos indicadores. Las limitaciones de esta base de datos son dos: primero, no registran las atenciones de urgencia que entran directamente a los hospitales y segundo, no existe garantía de que cuando se expide una autorización de servicios a un afiliado éste la utilice.

No obstante existe la posibilidad de identificar demanda potencial de servicios a partir de los indicadores de gestión hospitalaria con la limitación de que sólo podremos encontrar una información muy gruesa, inespecífica y consolidada en algunos paquetes de atenciones ambulatorias y hospitalarias.

Con toda las limitaciones que tienen cada una de las fuentes de información para la estimación de demanda potencial de servicios, se hace casi obligatorio el uso de las tasas de morbilidad de las patologías susceptibles de generar atenciones sanitarias y realizar casi una combinación de las fortalezas de cada una de las fuentes de información, con la precaución de desechar los datos poco confiables de cada una.

La demanda potencial de servicios de promoción y prevención, a diferencia de los servicios de recuperación de la salud, no tiene mucha dificultad, dado que existen unos indicadores para la programación de servicios ideal según las guías de atención integral de pacientes adoptadas por el Ministerio de la Protección Social. A esta programación de actividades se le pudiera aplicar un factor de ajuste de manera que refleje la situación real de consumo de servicios de demanda inducida, pero eso sería flexibilizar demasiado una situación de incumplimiento que es per se un problema de los aseguradores en Colombia. Lo mejor sería exigir el cumplimiento de la norma.

Una vez estimada la demanda potencial de servicios, la estimación de los costos, es cuestión de simplemente añadir la variable “precio unitario”.

#### **4.3.2. Identificación de las variables**

Las variables a considerar en este estudio son:

1. Población por grupos quinquenales clasificados por sexo, municipio y departamento.
2. Servicios del POSS clasificados por niveles de atención, niveles de intervención y niveles de complejidad.
3. Indicador de frecuencia de uso de servicios
4. Costo unitario del servicio.

#### **4.3.3. Fases metodológicas**

La forma de identificar la demanda potencial de servicios de pediatría se describe a continuación:

##### **4.3.3.1. Identificación de los servicios**

Se identificaron los siguientes servicios que presta el hospital infantil:

##### **Consulta externa**

- Consulta externa especializada

##### **Servicios de urgencia**

- Consulta de Urgencia

- Observación
- Procedimientos de urgencia

### **Servicios de hospitalización**

- Estancias Pediatría General
- Estancia en UCI Pediátrica
- Estancia en UCI Neonatal
- Estancia en Cuidados Intermedios Pediátricos
- Estancia en Cuidados Intermedios Neonatales
- Procedimientos en hospitalización

### **Procedimientos Diagnósticos**

- Laboratorio clínico
- Rayos X
- Ecografía
- TAC
- RMN
- Endoscopia digestiva
- Endoscopia neumológica
- Cardiología
- Electro-diagnóstico neurológico

### **Procedimientos terapéuticos**

- Hemato-oncología
- Alergología
- Procedimientos Qxcos
- Fisioterapia
- Terapia respiratoria
- Terapia del lenguaje
- Transfusiones
- Psicología
- Nefrología

### 4.3.3.2. Identificación de la población objeto

La población objeto del estudio de demanda potencial se estimó de las proyecciones de población de 0 a 18 años realizadas por el DANE para el año 2010:

ZODES	MUNICIPIO	0-4	5-9	10-14	15-18	Total Población Pediátrica
Dique	Cartagena	86,085	88,083	91,259	88,212	353,639
Mojana	Achí	2,320	2,284	2,311	2,215	9,130
Loba	Altos del Rosario	1,457	1,395	1,361	1,338	5,551
Dique	Arenal	2,197	2,154	2,170	1,832	8,353
Dique	Arjona	7,172	7,213	7,478	6,887	28,750
Dique	Arroyo Hondo	1,069	1,066	1,100	962	4,197
Loba	Barranco de Loba	2,229	2,115	2,056	1,937	8,337
Dique	Calamar	2,512	2,509	2,593	2,265	9,879
Depresión Momposina	Cantagallo	932	930	958	858	3,678
Depresión Momposina	Cicuco	1,220	1,210	1,237	1,182	4,849
Montes de María	Córdoba	1,598	1,513	1,577	1,441	6,129
Dique	Clemencia	1,458	1,431	1,532	1,358	5,779
Montes de María	El Carmen	8,824	8,564	8,387	7,960	33,735
Montes de María	El Guamo	755	744	773	728	3,000
Loba	El Peñón	1,111	1,038	1,060	961	4,170
Depresión Momposina	Hatillo de Loba	1,572	1,467	1,472	1,390	5,901
Mojana	Magangué	13,345	13,138	13,296	12,740	52,519
Dique	Mahates	2,622	2,563	2,657	2,435	10,277
Depresión Momposina	Margarita	1,094	1,063	1,132	1,106	4,395
Montes de María	María Labaja	5,794	5,509	5,711	5,167	22,181
Mojana	Montecristo	2,297	2,204	2,165	2,097	8,763
Depresión Momposina	Mompós	4,902	4,758	5,066	4,930	19,656
Magdalena Medio	Morales	2,371	2,346	2,349	2,276	9,342
Mojana	Pinillos	3,266	3,024	2,973	2,756	12,019
Loba	Regidor	1,285	1,282	1,143	978	4,688
Loba	Río Viejo	2,813	2,852	2,578	2,172	10,415
Dique	San Cristóbal	627	632	675	656	2,590
Dique	San Estanislao	1,834	1,791	1,597	1,630	6,852
Depresión Momposina	San Fernando	1,608	1,536	1,510	1,458	6,112
Montes de María	San Jacinto	2,098	2,076	2,372	2,265	8,811
Mojana	San Jacinto del Cauca	1,519	1,473	1,407	1,235	5,634
Montes de María	San Juan Nepomuceno	3,262	3,267	3,405	3,438	13,372
Loba	San Martín de Loba	2,066	1,903	1,926	1,797	7,692
Magdalena Medio	San Pablo	3,535	3,528	3,283	2,956	13,302
Dique	Santa Catalina	1,523	1,463	1,401	1,366	5,753
Dique	Santa Rosa	2,413	2,410	2,287	2,087	9,197
Magdalena Medio	Santa Rosa del Sur	4,918	4,967	4,934	3,973	18,792
Magdalena Medio	Simití	2,611	2,590	2,324	1,995	9,520
Dique	Soplaviento	765	795	866	813	3,239
Depresión Momposina	Talaigua Nuevo	1,364	1,346	1,307	1,249	5,266
Mojana	Tiquisio	2,894	2,725	2,696	2,317	10,632
Dique	Turbaco	6,194	6,429	7,002	6,560	26,185
Dique	Turbana	1,729	1,752	1,550	1,342	6,373
Dique	Villanueva	2,043	2,022	2,055	1,905	8,025
Montes de María	Zambrano	1,283	1,220	1,332	1,345	5,180
		206,586	206,380	210,323	198,570	821,859

### Población pediátrica por ZODES

ZODES	Total Población Pediátrica
Depresión Momposina	49,857
Dique	489,088
Loba	40,853
Magdalena Medio	50,956
Mojana	98,697
Montes de María	92,408
<b>Total general</b>	<b>821,859</b>

Fuente: Cálculos de los investigadores.

#### 4.3.3.3. Levantamiento de los indicadores de frecuencia de uso de servicios

Para el levantamiento de los indicadores de frecuencia de uso de los servicios se tuvieron en cuenta los RIPS de enero a Diciembre de 2009 del HINFP y la UCI Doña Pilar.

El indicador es una tasa anual en donde el numerador es el total de las atenciones en el año y el denominador es la totalidad de la población usuaria del servicio.

#### Población pediátrica de Bolívar 2010

POBLACIÓN PEDIATRICA	770,213
POBLACIÓN NEONATAL	51,646
TOTAL POBLACIÓN	821,859

#### 4.3.3.4. Indicadores de uso hospitalario

	ÍNDICE FR. USO	ENTANCIA MEDIA	INGRESOS	ESTANCIAS
ÍNDICE DE FR. HOSPITALARIA	0.04524	5.4	34,841	188,142
ÍNDICE DE FR. UCIP	0.01562	6.6	12,032	79,410
ÍNDICE DE FR. UCIN	0.08071	8.7	4,169	36,267
ÍNDICE DE FR. URGENCIA	0.01535	1	12,612	12,612

#### 4.3.3.5. Indicadores de uso de otros servicios

TIPO DE SERVICIO	SERVICIO	INDICADOR FR USO
Consulta Externa	Consulta Especialista	1.09560000
Urgencia	Consulta de Urgencia	0.01534598
Urgencia	Observación	0.01058613
Urgencia	Procedimientos de urgencia	0.00699270
Hospitalización	Estancias Pediatría Gral.	0.22892206
Hospitalización	Estancia en UCIP	0.09662231
Hospitalización	Estancia en UCIN	0.04514190
Hospitalización	Estancia en CIP	0.01932446
Hospitalización	Estancia en CIN	0.01128548
Hospitalización	Procedimientos	0.21000000
Procedimientos diagnósticos	Laboratorio clínico	0.89190607
Procedimientos diagnósticos	Rayos X	0.07745082
Procedimientos diagnósticos	Ecografía	0.00929410
Procedimientos diagnósticos	TAC	0.00154902
Procedimientos diagnósticos	RMN	0.00038725
Procedimientos diagnósticos	Endoscopia digestiva	0.00057910
Procedimientos diagnósticos	Endoscopia neumológica	0.00051966
Procedimientos diagnósticos	Cardiología	0.00287620
Procedimientos diagnósticos	Electrodiagnóstico neurológico	0.00015433
Procedimientos terapéuticos	Hemato-oncología	0.00046300
Procedimientos terapéuticos	Alergología	0.00152369
Procedimientos terapéuticos	Procedimientos Qxcos	0.00884309
Procedimientos terapéuticos	Fisioterapia	0.01718707
Procedimientos terapéuticos	Terapia respiratoria	0.10094009
Procedimientos terapéuticos	Terapia del lenguaje	0.01401343
Procedimientos terapéuticos	Transfusiones	0.00370399
Procedimientos terapéuticos	Psicología	0.00931610
Procedimientos terapéuticos	Nefrología	0.00018239



#### 4.3.4. Demanda potencial de servicios

##### 4.3.4.1. Demanda potencial consulta externa

MUNICIPIO	Consulta Especialista
Cartagena	387,447
Achí	10,003
Altos del Rosario	6,082
Arenal	9,152
Arjona	31,499
Arroyo Hondo	4,598
Barranco de Loba	9,134
Calamar	10,823
Cantagallo	4,030
Cicuco	5,313
Córdoba	6,715
Clemencia	6,331
El Carmen	36,960
El Guamo	3,287
El Peñón	4,569
Hatillo de Loba	6,465
Magangué	57,540
Mahates	11,259
Margarita	4,815
María Labaja	24,302
Montecristo	9,601
Mompós	21,535
Morales	10,235
Pinillos	13,168
Regidor	5,136
Río Viejo	11,411
San Cristóbal	2,838
San Estanislao	7,507
San Fernando	6,696
San Jacinto	9,653
San Jacinto del Cauca	6,173
San Juan Nepomuceno	14,650
San Martín de Loba	8,427
San Pablo	14,574
Santa Catalina	6,303
Santa Rosa	10,076
Santa Rosa del Sur	20,589
Simití	10,430
Soplaviento	3,549
Talaigua Nuevo	5,769
Tiquisio	11,648
Turbaco	28,688
Turbana	6,982
Villanueva	8,792
Zambrano	5,675
	<b>900,429</b>

#### 4.3.4.2. Demanda potencial urgencia

MUNICIPIO	Consulta de Urgencia	Observación	Procedimientos de urgencia	TOTAL
Cartagena	5,427	3,744	2,473	11,644
Achí	140	97	64	301
Altos del Rosario	85	59	39	183
Arenal	128	88	58	274
Arjona	441	304	201	946
Arroyo Hondo	64	44	29	137
Barranco de Loba	128	88	58	274
Calamar	152	105	69	326
Cantagallo	56	39	26	121
Cicuco	74	51	34	159
Córdoba	94	65	43	202
Clemencia	89	61	40	190
El Carmen	518	357	236	1,111
El Guamo	46	32	21	99
El Peñón	64	44	29	137
Hatillo de Loba	91	62	41	194
Magangué	806	556	367	1,729
Mahates	158	109	72	339
Margarita	67	47	31	145
María Labaja	340	235	155	730
Montecristo	134	93	61	288
Mompós	302	208	137	647
Morales	143	99	65	307
Pinillos	184	127	84	395
Regidor	72	50	33	155
Río Viejo	160	110	73	343
San Cristóbal	40	27	18	85
San Estanislao	105	73	48	226
San Fernando	94	65	43	202
San Jacinto	135	93	62	290
San Jacinto del Cauca	86	60	39	185
San Juan Nepomuceno	205	142	94	441
San Martín de Loba	118	81	54	253
San Pablo	204	141	93	438
Santa Catalina	88	61	40	189
Santa Rosa	141	97	64	302
Santa Rosa del Sur	288	199	131	618
Simití	146	101	67	314
Soplaviento	50	34	23	107
Talaigua Nuevo	81	56	37	174
Tiquisio	163	113	74	350
Turbaco	402	277	183	862
Turbana	98	67	45	210
Villanueva	123	85	56	264
Zambrano	79	55	36	170
	12,609	8,701	5,746	27,056

#### 4.3.4.3. Demanda potencial hospitalización

MUNICIPIO	Estancias Pediatria Gral.	Estancias UCIP	Estancias UCIN	Estancias CIP	Estancias CIN	Procedimientos	TOTAL
Cartagena	80,956	34,169	15,964	6,834	3,991	74,264	216,178
Achí	2,090	882	412	176	103	1,917	5,580
Altos del Rosario	1,271	536	251	107	63	1,166	3,394
Arenal	1,912	807	377	161	94	1,754	5,105
Arjona	6,582	2,778	1,298	556	324	6,038	17,576
Arroyo Hondo	961	406	189	81	47	881	2,565
Barranco de Loba	1,909	806	376	161	94	1,751	5,097
Calamar	2,262	955	446	191	111	2,075	6,040
Cantagallo	842	355	166	71	42	772	2,248
Cicuco	1,110	469	219	94	55	1,018	2,965
Córdoba	1,403	592	277	118	69	1,287	3,746
Clemencia	1,323	558	261	112	65	1,214	3,533
El Carmen	7,723	3,260	1,523	652	381	7,084	20,623
El Guamo	687	290	135	58	34	630	1,834
El Peñón	955	403	188	81	47	876	2,550
Hatillo de Loba	1,351	570	266	114	67	1,239	3,607
Magangué	12,023	5,075	2,371	1,015	593	11,029	32,106
Mahates	2,353	993	464	199	116	2,158	6,283
Margarita	1,006	425	198	85	50	923	2,687
María Labaja	5,078	2,143	1,001	429	250	4,658	13,559
Montecristo	2,006	847	396	169	99	1,840	5,357
Mompós	4,500	1,899	887	380	222	4,128	12,016
Morales	2,139	903	422	181	105	1,962	5,712
Pinillos	2,751	1,161	543	232	136	2,524	7,347
Regidor	1,073	453	212	91	53	984	2,866
Río Viejo	2,384	1,006	470	201	118	2,187	6,366
San Cristóbal	593	250	117	50	29	544	1,583
San Estandislaio	1,569	662	309	132	77	1,439	4,188
San Fernando	1,399	591	276	118	69	1,284	3,737
San Jacinto	2,017	851	398	170	99	1,850	5,385
San Jacinto del Cauca	1,290	544	254	109	64	1,183	3,444
San Juan Nepomuceno	3,061	1,292	604	258	151	2,808	8,174
San Martín de Loba	1,761	743	347	149	87	1,615	4,702
San Pablo	3,045	1,285	600	257	150	2,793	8,130
Santa Catalina	1,317	556	260	111	65	1,208	3,517
Santa Rosa	2,105	889	415	178	104	1,931	5,622
Santa Rosa del Sur	4,302	1,816	848	363	212	3,946	11,487
Simití	2,179	920	430	184	107	1,999	5,819
Soplaviento	741	313	146	63	37	680	1,980
Talaigua Nuevo	1,206	509	238	102	59	1,106	3,220
Tiquisio	2,434	1,027	480	205	120	2,233	6,499
Turbaco	5,994	2,530	1,182	506	296	5,499	16,007
Turbana	1,459	616	288	123	72	1,338	3,896
Villanueva	1,837	775	362	155	91	1,685	4,905
Zambrano	1,186	501	234	100	58	1,088	3,167
	<b>188,145</b>	<b>37,100</b>	<b>15,882</b>	<b>9,276</b>	<b>172,588</b>	<b>733,020</b>	<b>502,402</b>

#### 4.3.4.4. Demanda potencial apoyo diagnóstico

MUNICIPIO	Laboratorio clínico	Rayos X	Ecografía	TAC	RMN	Endoscopia digestiva	Endoscopia neumológica	Cardiología	Electrodiagnóstico neurológico	TOTAL
Cartagena	315,413	27,390	3,287	548	137	205	184	1,017	55	348,236
Achí	8,143	707	85	14	4	5	5	26	1	8,990
Altos del Rosario	4,951	430	52	9	2	3	3	16	1	5,467
Arenal	7,450	647	78	13	3	5	4	24	1	8,225
Arjona	25,642	2,227	267	45	11	17	15	83	4	28,311
Arroyo Hondo	3,743	325	39	7	2	2	2	12	1	4,133
Barranco de Loba	7,436	646	77	13	3	5	4	24	1	8,209
Calamar	8,811	765	92	15	4	6	5	28	2	9,728
Cantagallo	3,280	285	34	6	1	2	2	11	1	3,622
Cicuco	4,325	376	45	8	2	3	3	14	1	4,777
Córdoba	5,466	475	57	9	2	4	3	18	1	6,035
Clemencia	5,154	448	54	9	2	3	3	17	1	5,691
El Carmen	30,088	2,613	314	52	13	20	18	97	5	33,220
El Guamo	2,676	232	28	5	1	2	2	9	-	2,955
El Peñón	3,719	323	39	6	2	2	2	12	1	4,106
Hatillo de Loba	5,263	457	55	9	2	3	3	17	1	5,810
Magangué	46,842	4,068	488	81	20	30	27	151	8	51,715
Mahates	9,166	796	96	16	4	6	5	30	2	10,121
Margarita	3,920	340	41	7	2	3	2	13	1	4,329
María Labaja	19,783	1,718	206	34	9	13	12	64	3	21,842
Montecristo	7,816	679	81	14	3	5	5	25	1	8,629
Mompós	17,531	1,522	183	30	8	11	10	57	3	19,355
Morales	8,332	724	87	14	4	5	5	27	1	9,199
Pinillos	10,720	931	112	19	5	7	6	35	2	11,837
Regidor	4,181	363	44	7	2	3	2	13	1	4,616
Río Viejo	9,289	807	97	16	4	6	5	30	2	10,256
San Cristóbal	2,310	201	24	4	1	1	1	7	-	2,549
San Estanislao	6,111	531	64	11	3	4	4	20	1	6,749
San Fernando	5,451	473	57	9	2	4	3	18	1	6,018
San Jacinto	7,859	682	82	14	3	5	5	25	1	8,676
San Jacinto del Cauca	5,025	436	52	9	2	3	3	16	1	5,547
San Juan Nepomuceno	11,927	1,036	124	21	5	8	7	38	2	13,168
San Martín de Loba	6,861	596	71	12	3	4	4	22	1	7,574
San Pablo	11,864	1,030	124	21	5	8	7	38	2	13,099
Santa Catalina	5,131	446	53	9	2	3	3	17	1	5,665
Santa Rosa	8,203	712	85	14	4	5	5	26	1	9,055
Santa Rosa del Sur	16,761	1,455	175	29	7	11	10	54	3	18,505
Simití	8,491	737	88	15	4	6	5	27	1	9,374
Soplaviento	2,889	251	30	5	1	2	2	9	-	3,189
Talaigua Nuevo	4,697	408	49	8	2	3	3	15	1	5,186
Tiquisio	9,483	823	99	16	4	6	6	31	2	10,470
Turbaco	23,355	2,028	243	41	10	15	14	75	4	25,785
Turbana	5,684	494	59	10	2	4	3	18	1	6,275
Villanueva	7,158	622	75	12	3	5	4	23	1	7,903
Zambrano	4,620	401	48	8	2	3	3	15	1	5,101
	63,656	7,640	1,274	317	476	429	2,364	126	381	809,302

#### 4.3.4.5. Demanda potencial apoyo terapéutico

MUNICIPIO	Hemato-oncología	Alergología	Procedimientos Qxcos	Fisioterapia	Terapia respiratoria	Terapia del lenguaje	Transfusiones	Psicología	Nefrología	TOTAL
Cartagena	164	539	3,127	6,078	35,696	4,956	1,310	3,295	65	55,230
Achí	4	14	81	157	922	128	34	85	2	1,427
Altos del Rosario	3	8	49	95	560	78	21	52	1	867
Arenal	4	13	74	144	843	117	31	78	2	1,306
Arjona	13	44	254	494	2,902	403	106	268	5	4,489
Arroyo Hondo	2	6	37	72	424	59	16	39	1	656
Barranco de Loba	4	13	74	143	842	117	31	78	2	1,304
Calamar	5	15	87	170	997	138	37	92	2	1,543
Cantagallo	2	6	33	63	371	52	14	34	1	576
Cicuco	2	7	43	83	489	68	18	45	1	756
Córdoba	3	9	54	105	619	86	23	57	1	957
Clemencia	3	9	51	99	583	81	21	54	1	902
El Carmen	16	51	298	580	3,405	473	125	314	6	5,268
El Guamo	1	5	27	52	303	42	11	28	1	470
El Peñón	2	6	37	72	421	58	15	39	1	651
Hatillo de Loba	3	9	52	101	596	83	22	55	1	922
Magangué	24	80	464	903	5,301	736	195	489	10	8,202
Mahates	5	16	91	177	1,037	144	38	96	2	1,606
Margarita	2	7	39	76	444	62	16	41	1	688
María Labaja	10	34	196	381	2,239	311	82	207	4	3,464
Montecristo	4	13	77	151	885	123	32	82	2	1,369
Mompós	9	30	174	338	1,984	275	73	183	4	3,070
Morales	4	14	83	161	943	131	35	87	2	1,460
Pinillos	6	18	106	207	1,213	168	45	112	2	1,877
Regidor	2	7	41	81	473	66	17	44	1	732
Río Viejo	5	16	92	179	1,051	146	39	97	2	1,627
San Cristóbal	1	4	23	45	261	36	10	24	-	404
San Estanislao	3	10	61	118	692	96	25	64	1	1,070
San Fernando	3	9	54	105	617	86	23	57	1	955
San Jacinto	4	13	78	151	889	123	33	82	2	1,375
San Jacinto del Cauca	3	9	50	97	569	79	21	52	1	881
San Juan Nepomuceno	6	20	118	230	1,350	187	50	125	2	2,088
San Martín de Loba	4	12	68	132	776	108	28	72	1	1,201
San Pablo	6	20	118	229	1,343	186	49	124	2	2,077
Santa Catalina	3	9	51	99	581	81	21	54	1	900
Santa Rosa	4	14	81	158	928	129	34	86	2	1,436
Santa Rosa del Sur	9	29	166	323	1,897	263	70	175	3	2,935
Simití	4	15	84	164	961	133	35	89	2	1,487
Soplaviento	1	5	29	56	327	45	12	30	1	506
Talaigua Nuevo	2	8	47	91	532	74	20	49	1	824
Tiquisio	5	16	94	183	1,073	149	39	99	2	1,660
Turbaco	12	40	232	450	2,643	367	97	244	5	4,090
Turbana	3	10	56	110	643	89	24	59	1	995
Villanueva	4	12	71	138	810	112	30	75	1	1,253
Zambrano	2	8	46	89	523	73	19	48	1	809
	1,252	7,268	14,130	82,958	11,517	3,047	7,659	153	153	128,365

#### 4.3.5. Costos de la demanda potencial de servicios de pediatría en bolívar

##### 4.3.5.1. Costos de la Demanda potencial de consulta externa

MUNICIPIOS	Consulta Especialista
Achí	300,090,000
Altos del Rosario	182,460,000
Arenal	274,560,000
Arjona	944,970,000
Arroyo Hondo	137,940,000
Barranco de Loba	274,020,000
Calamar	324,690,000
Cantagallo	120,900,000
Cartagena	11,623,410,000
Cicuco	159,390,000
Clemencia	189,930,000
Córdoba	201,450,000
El Carmen	1,108,800,000
El Guamo	98,610,000
El Peñón	137,070,000
Hatillo de Loba	193,950,000
Magangué	1,726,200,000
Mahates	337,770,000
Margarita	144,450,000
María Labaja	729,060,000
Mompós	646,050,000
Montecristo	288,030,000
Morales	307,050,000
Pinillos	395,040,000
Regidor	154,080,000
Río Viejo	342,330,000
San Cristóbal	85,140,000
San Estanislao	225,210,000
San Fernando	200,880,000
San Jacinto	289,590,000
San Jacinto del Cauca	185,190,000
San Juan Nepomuceno	439,500,000
San Martín de Loba	252,810,000
San Pablo	437,220,000
Santa Catalina	189,090,000
Santa Rosa	302,280,000
Santa Rosa del Sur	617,670,000
Simití	312,900,000
Soplaviento	106,470,000
Talaigua Nuevo	173,070,000
Tiquisio	349,440,000
Turbaco	860,640,000
Turbana	209,460,000
Villanueva	263,760,000
Zambrano	170,250,000
<b>Total general</b>	<b>27,012,870,000</b>

#### 4.3.5.2. Costos de la Demanda potencial de urgencias

MUNICIPIOS	Consulta de Urgencia	Observación	Procedimientos de urgencia	Costo total de URGENCIAS
Achí	4,480,000	4,365,000	2,240,000	11,085,000
Altos del Rosario	2,720,000	2,655,000	1,365,000	6,740,000
Arenal	4,096,000	3,960,000	2,030,000	10,086,000
Arjona	14,112,000	13,680,000	7,035,000	34,827,000
Arroyo Hondo	2,048,000	1,980,000	1,015,000	5,043,000
Barranco de Loba	4,096,000	3,960,000	2,030,000	10,086,000
Calamar	4,864,000	4,725,000	2,415,000	12,004,000
Cantagallo	1,792,000	1,755,000	910,000	4,457,000
Cartagena	173,664,000	168,480,000	86,555,000	428,699,000
Cicuco	2,368,000	2,295,000	1,190,000	5,853,000
Clemencia	2,848,000	2,745,000	1,400,000	6,993,000
Córdoba	3,008,000	2,925,000	1,505,000	7,438,000
El Carmen	16,576,000	16,065,000	8,260,000	40,901,000
El Guamo	1,472,000	1,440,000	735,000	3,647,000
El Peñón	2,048,000	1,980,000	1,015,000	5,043,000
Hatillo de Loba	2,912,000	2,790,000	1,435,000	7,137,000
Magangué	25,792,000	25,020,000	12,845,000	63,657,000
Mahates	5,056,000	4,905,000	2,520,000	12,481,000
Margarita	2,144,000	2,115,000	1,085,000	5,344,000
María Labaja	10,880,000	10,575,000	5,425,000	26,880,000
Mompós	9,664,000	9,360,000	4,795,000	23,819,000
Montecristo	4,288,000	4,185,000	2,135,000	10,608,000
Morales	4,576,000	4,455,000	2,275,000	11,306,000
Pinillos	5,888,000	5,715,000	2,940,000	14,543,000
Regidor	2,304,000	2,250,000	1,155,000	5,709,000
Río Viejo	5,120,000	4,950,000	2,555,000	12,625,000
San Cristóbal	1,280,000	1,215,000	630,000	3,125,000
San Estanislao	3,360,000	3,285,000	1,680,000	8,325,000
San Fernando	3,008,000	2,925,000	1,505,000	7,438,000
San Jacinto	4,320,000	4,185,000	2,170,000	10,675,000
San Jacinto del Cauca	2,752,000	2,700,000	1,365,000	6,817,000
San Juan Nepomuceno	6,560,000	6,390,000	3,290,000	16,240,000
San Martín de Loba	3,776,000	3,645,000	1,890,000	9,311,000
San Pablo	6,528,000	6,345,000	3,255,000	16,128,000
Santa Catalina	2,816,000	2,745,000	1,400,000	6,961,000
Santa Rosa	4,512,000	4,365,000	2,240,000	11,117,000
Santa Rosa del Sur	9,216,000	8,955,000	4,585,000	22,756,000
Simití	4,672,000	4,545,000	2,345,000	11,562,000
Soplaviento	1,600,000	1,530,000	805,000	3,935,000
Talaigua Nuevo	2,592,000	2,520,000	1,295,000	6,407,000
Tiquisio	5,216,000	5,085,000	2,590,000	12,891,000
Turbaco	12,864,000	12,465,000	6,405,000	31,734,000
Turbana	3,136,000	3,015,000	1,575,000	7,726,000
Villanueva	3,936,000	3,825,000	1,960,000	9,721,000
Zambrano	2,528,000	2,475,000	1,260,000	6,263,000
<b>Total general</b>	<b>403,488,000</b>	<b>391,545,000</b>	<b>201,110,000</b>	<b>996,143,000</b>

#### 4.3.5.3. Costos de la demanda potencial de hospitalización

MUNICIPIOS	Estancias Pediatria Gral.	Estancia en UCIP	Estancia en UCIN	Estancia en CIP	Estancia en CIN	Procedimientos	COSTO TOTAL DE HOSPITALIZACIÓN
Achí	531,535,070	1,179,705,870	551,064,420	148,368,000	86,829,000	124,605,000	2,622,107,360
Altos del Rosario	323,244,533	716,918,760	335,721,285	90,201,000	53,109,000	75,790,000	1,594,984,578
Arenal	486,265,576	1,079,390,745	504,250,695	135,723,000	79,242,000	114,010,000	2,398,882,016
Arjona	1,673,953,986	3,715,672,230	1,736,120,430	468,708,000	273,132,000	392,470,000	8,260,056,646
Arroyo Hondo	244,404,403	543,039,210	252,794,115	68,283,000	39,621,000	57,265,000	1,205,406,728
Barranco de Loba	485,502,607	1,078,053,210	502,913,160	135,723,000	79,242,000	113,815,000	2,395,248,977
Calamar	575,278,626	1,277,345,925	596,540,610	161,013,000	93,573,000	134,875,000	2,838,626,161
Cantagallo	214,139,966	474,824,925	222,030,810	59,853,000	35,406,000	50,180,000	1,056,434,701
Cartagena	20,588,972,788	45,702,233,415	21,352,408,740	5,761,062,000	3,364,413,000	4,827,160,000	101,596,249,943
Cicuco	282,298,530	627,303,915	292,920,165	79,242,000	46,365,000	66,170,000	1,394,299,610
Clemencia	336,463,329	746,344,530	349,096,635	94,416,000	54,795,000	78,910,000	1,660,031,494
Córdoba	356,815,169	791,820,720	370,497,195	99,474,000	58,167,000	83,655,000	1,760,429,084
El Carmen	1,964,136,529	4,360,364,100	2,037,065,805	549,636,000	321,183,000	460,460,000	9,692,845,434
El Guamo	174,719,901	387,885,150	180,567,225	48,894,000	28,662,000	40,950,000	861,678,276
El Peñón	242,878,465	539,026,605	251,456,580	68,283,000	39,621,000	56,940,000	1,198,205,650
Hatillo de Loba	343,590,373	762,394,950	355,784,310	96,102,000	56,481,000	80,535,000	1,694,887,633
Magangué	3,057,725,429	6,787,990,125	3,171,295,485	855,645,000	499,899,000	716,885,000	15,089,440,039
Mahates	598,422,019	1,328,172,255	620,616,240	167,757,000	97,788,000	140,270,000	2,953,025,514
Margarita	255,848,938	568,452,375	264,831,930	71,655,000	42,150,000	59,995,000	1,262,933,243
María Labaja	1,291,452,194	2,866,337,505	1,338,872,535	361,647,000	210,750,000	302,770,000	6,371,829,234
Mompós	1,144,453,500	2,539,978,965	1,186,393,545	320,340,000	187,146,000	268,320,000	5,646,632,010
Montecristo	510,171,938	1,132,892,145	529,663,860	142,467,000	83,457,000	119,600,000	2,518,251,943
Morales	543,996,897	1,207,794,105	564,439,770	152,583,000	88,515,000	127,530,000	2,684,858,772
Pinillos	699,642,573	1,552,878,135	726,281,505	195,576,000	114,648,000	164,060,000	3,453,086,213
Regidor	272,888,579	605,903,355	283,557,420	76,713,000	44,679,000	63,960,000	1,347,701,354
Río Viejo	606,306,032	1,345,560,210	628,641,450	169,443,000	99,474,000	142,155,000	2,991,579,692
San Cristóbal	150,813,539	334,383,750	156,491,595	42,150,000	24,447,000	35,360,000	743,645,884
San Estanislao	399,032,787	885,448,170	413,298,315	111,276,000	64,911,000	93,535,000	1,967,501,272
San Fernando	355,797,877	790,483,185	369,159,660	99,474,000	58,167,000	83,460,000	1,756,541,722
San Jacinto	512,969,491	1,138,242,285	532,338,930	143,310,000	83,457,000	120,250,000	2,530,567,706
San Jacinto del Cauca	328,076,670	727,619,040	339,733,890	91,887,000	53,952,000	76,895,000	1,618,163,600
San Juan Nepomuceno	778,482,703	1,728,095,220	807,871,140	217,494,000	127,293,000	182,520,000	3,841,756,063
San Martín de Loba	447,862,803	993,788,505	464,124,645	125,607,000	73,341,000	104,975,000	2,209,698,953
San Pablo	774,413,535	1,718,732,475	802,521,000	216,651,000	126,450,000	181,545,000	3,820,313,010
Santa Catalina	334,943,391	743,669,460	347,759,100	93,573,000	54,795,000	78,520,000	1,653,259,951
Santa Rosa	535,349,915	1,189,068,615	555,077,025	150,054,000	87,672,000	125,515,000	2,642,736,555
Santa Rosa del Sur	1,094,097,546	2,428,963,560	1,134,229,680	306,009,000	178,716,000	256,490,000	5,398,505,786
Simití	554,169,817	1,230,532,200	575,140,050	155,112,000	90,201,000	129,935,000	2,735,090,067
Soplaviento	188,453,343	418,648,455	195,280,110	53,109,000	31,191,000	44,200,000	930,881,908
Talaigua Nuevo	306,713,538	680,805,315	318,333,330	85,986,000	49,737,000	71,890,000	1,513,465,183
Tiquisio	619,022,182	1,373,648,445	642,016,800	172,815,000	101,160,000	145,145,000	3,053,807,427
Turbaco	1,524,412,062	3,383,963,550	1,580,966,370	426,558,000	249,528,000	357,435,000	7,522,862,982
Turbana	371,057,257	823,921,560	385,210,080	103,689,000	60,696,000	86,970,000	1,831,543,897
Villanueva	467,191,351	1,036,589,625	484,187,670	130,665,000	76,713,000	109,525,000	2,304,871,646
Zambrano	301,627,078	670,105,035	312,983,190	84,300,000	48,894,000	70,720,000	1,488,629,303
<b>Total general</b>	<b>47,849,600,835</b>	<b>106,214,991,885</b>	<b>49,622,548,500</b>	<b>13,388,526,000</b>	<b>7,819,668,000</b>	<b>11,218,220,000</b>	<b>236,113,555,220</b>

#### 4.3.5.4. Demanda potencial de pediatría consolidada

TIPO DE SERVICIO	SERVICIO	INDICADOR FR USO	DEMANDA POTENCIAL
Consulta Externa	Consulta Especialista	1.09560000	900,429
Urgencia	Consulta de Urgencia	0.01534598	12,612
Urgencia	Observación	0.01058613	8,700
Urgencia	Procedimientos de urgencia	0.00699270	5,747
Hospitalización	Estancias Pediatría Gral.	0.22892206	188,142
Hospitalización	Estancia en UCIP	0.09662231	79,410
Hospitalización	Estancia en UCIN	0.04514190	37,100
Hospitalización	Estancia en CIP	0.01932446	15,882
Hospitalización	Estancia en CIN	0.01128548	9,275
Hospitalización	Procedimientos	0.21000000	172,590
Procedimientos diagnósticos	Laboratorio clínico	0.89190607	733,021
Procedimientos diagnósticos	Rayos X	0.07745082	63,654
Procedimientos diagnósticos	Ecografía	0.00929410	7,638
Procedimientos diagnósticos	TAC	0.00154902	1,273
Procedimientos diagnósticos	RMN	0.00038725	318
Procedimientos diagnósticos	Endoscopia digestiva	0.00057910	476
Procedimientos diagnósticos	Endoscopia neumológica	0.00051966	427
Procedimientos diagnósticos	Cardiología	0.00287620	2,364
Procedimientos diagnósticos	Electrodiagnóstico neurológico	0.00015433	127
Procedimientos terapéuticos	Hemato-oncología	0.00046300	381
Procedimientos terapéuticos	Alergología	0.00152369	1,252
Procedimientos terapéuticos	Procedimientos Qxcos	0.00884309	7,268
Procedimientos terapéuticos	Fisioterapia	0.01718707	14,125
Procedimientos terapéuticos	Terapia respiratoria	0.10094009	82,959
Procedimientos terapéuticos	Terapia del lenguaje	0.01401343	11,517
Procedimientos terapéuticos	Transfusiones	0.00370399	3,044
Procedimientos terapéuticos	Psicología	0.00931610	7,657
Procedimientos terapéuticos	Nefrología	0.00018239	150

#### 4.3.5.5. Costos totales de la demanda potencial de servicios de pediatría

MUNICIPIO	Consulta Especialista (Costos)	costo total URGENCIAS	COSTO TOTAL HOSPITALIZACIÓN	COSTO TOTAL APOYO DIAGNÓSTICO	COSTO TOTAL APOYO TERAPÉUTICO	COSTO TOTAL
Cartagena	\$11,623,410,000	\$428,699,000	\$101,596,249,943	\$7,034,105,614	\$4,318,686,700	\$125,001,151,257
Achí	\$300,090,000	\$11,085,000	\$2,622,107,360	\$181,651,554	\$111,794,100	\$3,226,728,014
Altos del Rosario	\$182,460,000	\$6,740,000	\$1,594,984,578	\$110,374,978	\$67,891,200	\$1,962,450,756
Arenal	\$274,560,000	\$10,086,000	\$2,398,882,016	\$165,927,100	\$102,301,800	\$2,951,756,916
Arjona	\$944,970,000	\$34,827,000	\$8,260,056,646	\$572,168,676	\$350,630,000	\$10,162,652,322
Arroyo Hondo	\$137,940,000	\$5,043,000	\$1,205,406,728	\$83,425,354	\$51,253,500	\$1,483,068,582
Barranco de Loba	\$274,020,000	\$10,086,000	\$2,395,248,977	\$165,624,808	\$102,275,400	\$2,947,255,185
Calamar	\$324,690,000	\$12,004,000	\$2,838,626,161	\$196,604,058	\$120,547,200	\$3,492,471,419
Cantagallo	\$120,900,000	\$4,457,000	\$1,056,434,701	\$73,070,840	\$45,692,200	\$1,300,554,741
Cicuco	\$159,390,000	\$5,853,000	\$1,394,299,610	\$97,100,350	\$59,204,100	\$1,715,847,060
Córdoba	\$201,450,000	\$7,438,000	\$1,760,429,084	\$121,873,148	\$74,722,100	\$2,165,912,332
Clemencia	\$189,930,000	\$6,993,000	\$1,660,031,494	\$114,678,212	\$70,479,400	\$2,042,112,106
El Carmen	\$1,108,800,000	\$40,901,000	\$9,692,845,434	\$671,450,264	\$411,715,800	\$11,925,712,498
El Guamo	\$98,610,000	\$3,647,000	\$861,678,276	\$60,115,528	\$37,072,000	\$1,061,122,804
El Peñón	\$137,070,000	\$5,043,000	\$1,198,205,650	\$82,694,282	\$50,910,700	\$1,473,923,632
Hatillo de Loba	\$193,950,000	\$7,137,000	\$1,694,887,633	\$116,848,914	\$72,007,900	\$2,084,831,447
Magangué	\$1,726,200,000	\$63,657,000	\$15,089,440,039	\$1,043,823,276	\$641,016,100	\$18,564,136,415
Mahates	\$337,770,000	\$12,481,000	\$2,953,025,514	\$204,435,748	\$125,757,200	\$3,633,469,462
Margarita	\$144,450,000	\$5,344,000	\$1,262,933,243	\$87,901,760	\$53,802,100	\$1,554,431,103
María Labaja	\$729,060,000	\$26,880,000	\$6,371,829,234	\$441,665,474	\$270,631,900	\$7,840,066,608
Montecristo	\$288,030,000	\$10,608,000	\$2,518,251,943	\$174,291,448	\$106,374,200	\$3,097,555,591
Mompós	\$646,050,000	\$23,819,000	\$5,646,632,010	\$390,737,218	\$240,291,900	\$6,947,530,128
Morales	\$307,050,000	\$11,306,000	\$2,684,858,772	\$185,687,496	\$114,481,900	\$3,303,384,168
Pinillos	\$395,040,000	\$14,543,000	\$3,453,086,213	\$239,362,160	\$146,703,600	\$4,248,734,973
Regidor	\$154,080,000	\$5,709,000	\$1,347,701,354	\$93,185,918	\$56,636,000	\$1,657,312,272
Río Viejo	\$342,330,000	\$12,625,000	\$2,991,579,692	\$206,918,742	\$127,298,900	\$3,680,752,334
San Cristóbal	\$85,140,000	\$3,125,000	\$743,645,884	\$50,840,180	\$31,735,600	\$914,486,664
San Estanislao	\$225,210,000	\$8,325,000	\$1,967,501,272	\$136,915,458	\$83,832,000	\$2,421,783,730
San Fernando	\$200,880,000	\$7,438,000	\$1,756,541,722	\$121,544,978	\$74,695,700	\$2,161,100,400
San Jacinto	\$289,590,000	\$10,675,000	\$2,530,567,706	\$175,144,202	\$107,717,000	\$3,113,693,908
San Jacinto del Cauca	\$185,190,000	\$6,817,000	\$1,618,163,600	\$111,819,950	\$69,213,600	\$1,991,204,150
San Juan Nepomuceno	\$439,500,000	\$16,240,000	\$3,841,756,063	\$266,060,906	\$163,027,700	\$4,726,584,669
San Martín de Loba	\$252,810,000	\$9,311,000	\$2,209,698,953	\$152,653,958	\$93,921,600	\$2,718,395,511
San Pablo	\$437,220,000	\$16,128,000	\$3,820,313,010	\$264,790,592	\$162,604,800	\$4,701,056,402
Santa Catalina	\$189,090,000	\$6,961,000	\$1,653,259,951	\$114,188,018	\$70,453,000	\$2,033,951,969
Santa Rosa	\$302,280,000	\$11,117,000	\$2,642,736,555	\$182,829,234	\$111,913,800	\$3,250,876,589
Santa Rosa del Sur	\$617,670,000	\$22,756,000	\$5,398,505,786	\$373,788,158	\$229,540,300	\$6,642,260,244
Simití	\$312,900,000	\$11,562,000	\$2,735,090,067	\$189,813,098	\$115,977,700	\$3,365,342,865
Soplaviento	\$106,470,000	\$3,935,000	\$930,881,908	\$64,422,542	\$39,799,400	\$1,145,508,850
Talaigua Nuevo	\$173,070,000	\$6,407,000	\$1,513,465,183	\$104,786,966	\$64,756,900	\$1,862,486,049
Tiquisio	\$349,440,000	\$12,891,000	\$3,053,807,427	\$211,537,074	\$129,709,900	\$3,757,385,401
Turbaco	\$860,640,000	\$31,734,000	\$7,522,862,982	\$520,862,690	\$320,224,000	\$9,256,323,672
Turbana	\$209,460,000	\$7,726,000	\$1,831,543,897	\$126,519,552	\$77,626,700	\$2,252,876,149
Villanueva	\$263,760,000	\$9,721,000	\$2,304,871,646	\$159,600,724	\$98,124,700	\$2,836,078,070

<b>Zambrano</b>	\$170,250,000	\$6,263,000	\$1,488,629,303	\$103,214,360	\$63,294,400	\$1,831,651,063
	\$27,012,870,000	\$996,143,000	\$236,113,555,220	\$16,347,055,560	\$10,038,346,700	\$290,507,970,480

## 5. ANÁLISIS FINANCIERO DEL MODELO DE OPERACIÓN ACTUAL

### 5.1. ESTADOS FINANCIEROS DE LA INSTITUCIÓN

#### 5.1.1. Análisis del Balance General

Tabla 123. Análisis Horizontal del balance general 2008 2009 y junio de 2010

ACTIVO	AÑO 2008	AÑO 2009	Dif %	JUNIO 2.010	Dif %
Activo Corriente	12.028.616.781	10.516.641.908	87%	8.370.944.108	80%
Activo No Corriente	4.677.454.947	4.462.756.069	95%	4.632.975.279	104%
<b>TOTAL ACTIVO</b>	<b>16.706.071.729</b>	<b>14.979.397.977</b>	<b>90%</b>	<b>13.003.919.388</b>	<b>87%</b>
Pasivo Corriente	9.357.988.517	9.782.810.686	105%	10.412.521.424	106%
PROVEEDORES	2.876.444.691	3.316.744.373	115%	2.494.657.097	75%
CUENTAS POR PAGAR	5.105.767.854	4.932.390.212	97%	6.442.194.936	131%
IMPUESTOS GRAVAMENES Y TASAS	92.801.747	265.217.333	286%	265.217.333	100%
OBLIGACIONES LABORALES	1.282.974.226	1.268.458.767	99%	1.018.120.096	80%
Pasivo No Corriente	836.812.033	123.703.000	15%	-3.509.589.505	-2837%
OTROS PASIVOS	836.812.033	123.703.000	15%	-3.509.589.505	-2837%
<b>TOTAL PASIVO</b>	<b>10.194.800.550</b>	<b>9.906.513.686</b>	<b>97%</b>	<b>6.902.931.919</b>	<b>70%</b>
PATRIMONIO	6.511.271.178	5.072.884.291	78%	0	0%
RESULTADO DEL EJERCICIO	1.457.612.081	122.497.108	8%	968.049.968	790%
UTILIDAD DEL EJERCICIO	1.457.612.081	122.497.108	8%	968.049.968	790%
RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	2.512.979.097	2.409.707.183	96%	2.592.257.501	108%
UTILIDADES DE EJERCICIOS ANTERIORES	2.512.979.097	2.409.707.183	96%	2.592.257.501	108%
SUPERAVIT POR VALORIZACION	2.540.680.000	2.540.680.000	100%	2.540.680.000	100%
DE PROPIEDADES, PLATA Y EQUIPO	2.540.680.000	2.540.680.000	100%	2.540.680.000	100%
<b>TOTAL PATRIMONIO</b>	<b>6.511.271.178</b>	<b>5.072.884.291</b>	<b>78%</b>	<b>6.100.987.469</b>	<b>120%</b>
<b>TOTAL PASIVO + PATRIMONIO</b>	<b>16.706.071.729</b>	<b>14.979.397.977</b>	<b>90%</b>	<b>13.003.919.388</b>	<b>87%</b>
Responsabilidades Contingentes	57.182.400	4.770.000.000	8342%	-350.062.530	-7%
Responsabilidades Contingentes por contra,	-57.182.400	-4.770.000.000	8342%	0	0%

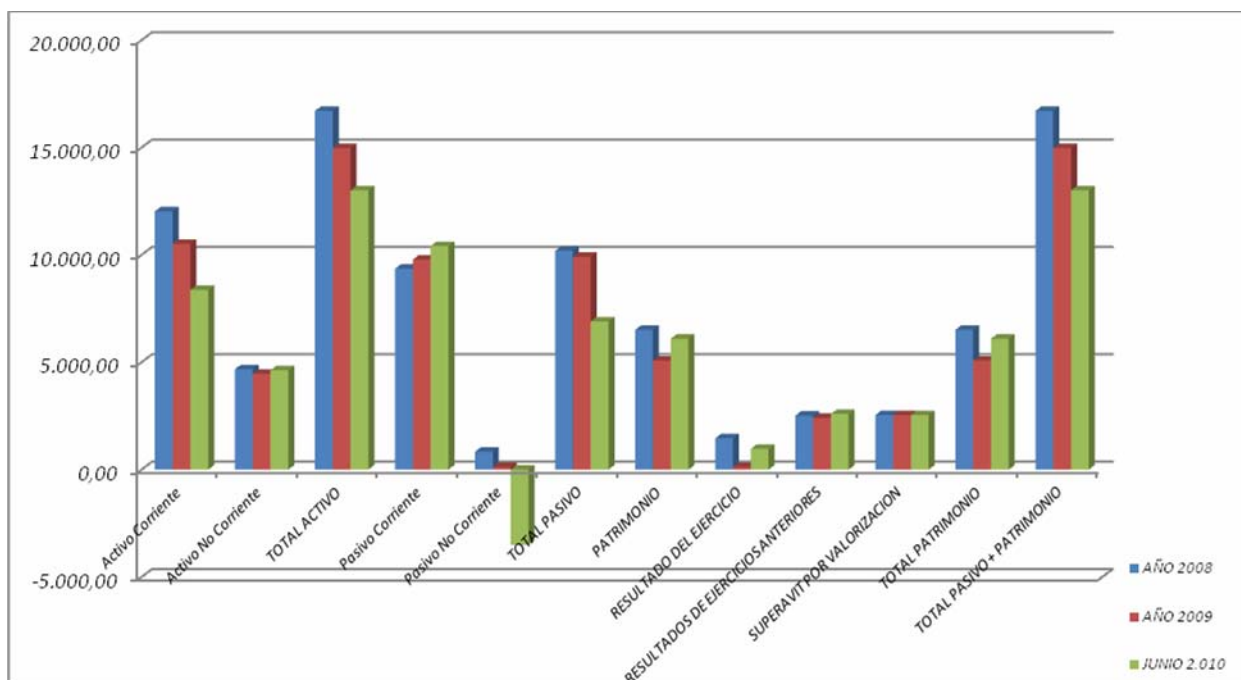
1. Se observa una disminución del 20% del activo corriente, situación que se muestra en el año anterior
2. En términos generales la disminución del activo es de 13 respecto del 2009, y del 22% respecto del 2008

3. Se observa una tendencia anual de crecimiento en los pasivos corrientes del 5%
4. Las cuentas por pagar se incrementan en un 31%, pese a haber disminuido en 2009
5. Las obligaciones laborales muestran disminución del 20%
6. Se aprecia una recuperación en la utilidad bruta del año 2010

#### **5.1.1.1. Observaciones al balance general:**

- No se observan revalorizaciones de los activos fijos muy a pesar que la empresa ha venido mejorando la infraestructura física, se encontró un avalúo del inmueble del 2005 siendo que posterior a este se realizaron las obras civiles para la apertura de la UCI, se han remodelado 2 salas de hospitalización y hay dos más en proceso de adecuación y modernización.
- De otro lado la empresa ha venido adquiriendo importante equipo biomédico en las áreas de cirugía e imagenología que no aparecen registrado en los inventarios, la revisoría fiscal habla de muchas donaciones que no han sido registradas en los activos, no obstante no se tiene un libro o registro de las donaciones que recibe la empresa.
- Los balances no muestran toda la información, la realidad financiera de la empresa es imprecisa frente a la gran cantidad de imputaciones contables mal clasificadas, la omisión de muchos conceptos tributarios, laborales y activos no contabilizados.

#### **Gráfico 39. Análisis del balance 2008 2009 jun 2010**



Es preocupante como se observa una tendencia a la disminución de los activos y el patrimonio y un incremento de los pasivos.

### 5.1.2. Análisis del Estado de Resultados

Tabla 124. Análisis de los estados de resultados 2009

DESCRIPCION	AÑO 2009	PART %	JUNIO 2.010	PART %	AÑO 2010 (E.)	DIF %
<b>INGRESOS</b>	<b>15.848.189.857</b>	<b>100,0%</b>	<b>6.314.085.226</b>	<b>100,0%</b>	<b>12.628.170.453</b>	<b>80%</b>
<b>OPERACIONALES</b>	<b>15.024.485.785</b>	<b>94,8%</b>	<b>6.142.746.305</b>	<b>97,3%</b>	<b>12.285.492.610</b>	<b>82%</b>
UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	756.502.306	4,8%	326.673.758	5,2%	653.347.516	86%
UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA	850.162.720	5,4%	405.539.989	6,4%	811.079.978	95%
UNID. FUNC. HOSP.E INTERNACION	4.315.933.972	<b>27,2%</b>	1.571.664.321	<b>24,9%</b>	<b>3.143.328.642</b>	<b>73%</b>
UNID. FUNC. DE QUIROFANO Y SALA PARTOS	2.884.301.375	<b>18,2%</b>	1.341.112.502	<b>21,2%</b>	<b>2.682.225.004</b>	93%
UNID. FUNCIONAL DE APOYO DIAGNOSTICO	1.861.673.209	<b>11,7%</b>	908.166.780	<b>14,4%</b>	<b>1.816.333.560</b>	98%
UNID. FUNCIONAL DE APOYO TERAPEUTICO	272.154.142	1,7%	123.004.695	1,9%	246.009.390	90%
UNIDAD FUNC.DE MERCADEO	4.114.041.320	<b>26,0%</b>	1.476.230.170	<b>23,4%</b>	<b>2.952.460.340</b>	<b>72%</b>
DEVOL,REBAJAS Y DCTOS EN VENTAS DE SERV	-30.283.259	-0,2%	(9.645.910)	-0,2%	(19.291.820)	64%
<b>NO OPERACIONALES</b>	<b>823.704.072</b>	<b>5,2%</b>	<b>171.338.921</b>	<b>2,7%</b>	<b>342.677.843</b>	<b>42%</b>
COMERCIALES	10.249.362	0,1%	5.000	0,0%	10.000	0%
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	1.437.495	0,0%	486.700	0,0%	973.400	68%
ARRENDAMIENTOS	3.033.656	0,0%	1.497.429	0,0%	2.994.858	99%
SERVICIOS	422.098.213	2,7%	45.178.200	0,7%	<b>90.356.400</b>	<b>21%</b>
RECUPERACIONES	34.640.995	0,2%	78.181.846	1,2%	<b>156.363.693</b>	<b>451%</b>
INGRESOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	295.520.685	1,9%	17.860.232	0,3%	<b>35.720.464</b>	12%
DIVERSOS	56.723.666	0,4%	28.129.514	0,4%	<b>56.259.028</b>	99%
<b>GASTOS UNIDAD ADMINISTRATIVA</b>	<b>7.053.141.278</b>	<b>44,5%</b>	<b>1.340.840.465</b>	<b>21,2%</b>	<b>2.681.680.931</b>	<b>38%</b>
<b>ADMINISTRACION</b>	<b>2.942.073.877</b>	<b>42%</b>	<b>1.171.091.323</b>	<b>18,5%</b>	2.342.182.646	80%
DIRECCION GENERAL	923.608.188	13%	411.110.794	6,5%	822.221.588	89%
DIRECCION CIENTIFICA	85.450.161	1%	58.267.085	0,9%	<b>116.534.170</b>	<b>136%</b>
DIRECCION FINANCIERA	360.217.541	5%	197.211.289	3,1%	394.422.578	109%

DESCRIPCION	AÑO 2009	PART %	JUNIO 2.010	PART %	AÑO 2010 (E.)	DIF %
DIRECCION ADMINISTRATIVA	1.572.797.987	22%	501.957.249	7,9%	1.003.914.498	64%
SERVICIOS	0		2.544.906	0,0%	5.089.812	
<b>FINANCIEROS</b>	<b>2.636.816.570</b>	<b>37%</b>	<b>141.602.191</b>	<b>2,2%</b>	<b>283.204.383</b>	<b>11%</b>
ENTIDADES FINANCIERAS	2.636.816.570	37%	90.757.642	1,4%	181.515.285	7%
INTERESES MORATORIOS	0		50.844.549	0,8%	101.689.098	
<b>GASTOS EXTRAORDINARIOS</b>	<b>1.474.250.831</b>	<b>21%</b>	<b>28.146.951</b>	<b>0,4%</b>	<b>56.293.902</b>	<b>4%</b>
DEL PRESENTE EJERCICIO	1.321.292.032	19%	24.000.000	0,4%	48.000.000	4%
DE EJERCICIOS ANTERIORES	152.958.799	2%	4.146.951	0,1%	8.293.902	5%
<b>COSTOS DE PRODUCCION</b>	<b>8.440.316.935</b>	<b>53,3%</b>	<b>4.005.194.793</b>	<b>63,4%</b>	<b>8.010.389.586</b>	<b>95%</b>
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS</b>	<b>1.257.326.412</b>	<b>7,9%</b>	<b>535.783.271</b>	<b>8,5%</b>	<b>1.071.566.543</b>	<b>85%</b>
UNIDAD MOBIL	128.570.957	0,8%	24.352.600	0,4%	48.705.200	38%
URGENCIAS TRAUMATOLOGICAS	419.139.442	2,6%	208.815.919	3,3%	417.631.838	100%
CONSULTAS	325.065.115	2,1%	167.579.774	2,7%	<b>335.159.547</b>	<b>103%</b>
OBSERVACION	179.537.075	1,1%	88.990.592	1,4%	177.981.184	99%
CUIDADOS ESPECIALES	205.013.823	1,3%	46.044.387	0,7%	92.088.773	45%
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA</b>	<b>823.697.662</b>	<b>5,2%</b>	<b>419.163.821</b>	<b>6,6%</b>	<b>838.327.641</b>	<b>102%</b>
CONSULTA ESPECIALIZADA	823.697.662	5,2%	419.163.821	6,6%	838.327.641	102%
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION</b>	<b>1.398.374.122</b>	<b>8,8%</b>	<b>792.181.077</b>	<b>12,5%</b>	<b>1.584.362.154</b>	<b>113%</b>
CUIDADOS ESPECIALES (INTERMEDIOS)	64.460.618	0,4%	22.473.644	0,4%	44.947.287	70%
NEFROLOGIA	15.472.738	0,1%	109.119.224	1,7%	218.238.449	<b>1410%</b>
SANTA CLARA	394.619.721	2,5%	224.852.268	3,6%	449.704.536	<b>114%</b>
UNIDAD DE QUEMADOS	33.809.389	0,2%	15.040.793	0,2%	30.081.585	89%
UNIDAD DE RECIEN NACIDOS	144.569.376	0,9%	96.612.213	1,5%	193.224.427	<b>134%</b>
SALA QUIRURGICAS	101.006.923	0,6%	66.472.620	1,1%	132.945.240	<b>132%</b>
NEUMOPATIAS	132.122.861	0,8%	47.397.733	0,8%	94.795.465	72%
NEUMOPATIA 2	60.311.058	0,4%	22.171.837	0,4%	44.343.674	74%
MEDICA 3	88.530.565	0,6%	58.217.774	0,9%	116.435.549	<b>132%</b>
LUIS AMIGO	16.545.662	0,1%	16.374.953	0,3%	32.749.906	<b>198%</b>
MADRE SOFIA	346.877.784	2,2%	113.410.318	1,8%	226.820.637	65%
SALA DE ONCOLOGIA	<b>47.428</b>	<b>0,0%</b>	<b>37.700</b>	<b>0,0%</b>	<b>75.400</b>	<b>159%</b>
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS</b>	<b>1.642.181.559</b>	<b>10,4%</b>	<b>812.527.005</b>	<b>12,9%</b>	<b>1.625.054.010</b>	<b>99%</b>
CIRUGIA	1.642.181.559	10,4%	812.527.005	12,9%	1.625.054.010	99%
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO DIAGNOSTICO</b>	<b>1.033.566.719</b>	<b>6,5%</b>	<b>572.936.919</b>	<b>9,1%</b>	<b>1.145.873.839</b>	<b>111%</b>
ELECTROS	15.065.572	0,1%	18.701.268	0,3%	37.402.536	248%
IMAGENOLOGIA	209.497.350	1,3%	252.933.240	4,0%	505.866.480	241%
LABORATORIO CLINICO GENERAL	767.138.948	4,8%	288.780.686	4,6%	577.561.372	75%
LABORATORIO FDE PATOLOGIA	41.864.850	0,3%	12.521.725	0,2%	25.043.450	60%
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO TERAPEUTICO</b>	<b>195.360.323</b>	<b>1,2%</b>	<b>87.096.578</b>	<b>1,4%</b>	<b>174.193.156</b>	<b>89%</b>
BANCO DE SANGRE	92.808.881	0,6%	43.043.344	0,7%	86.086.688	93%
REHABILITACION- TERAPIAS	102.551.442	0,6%	44.053.234	0,7%	88.106.468	86%
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE MERCADEO</b>	<b>2.079.066.087</b>	<b>13,1%</b>	<b>785.506.121</b>	<b>12,4%</b>	<b>1.571.012.243</b>	<b>76%</b>
FARMACIA E INSUMOS HOSPITALARIOS	2.079.066.087	13,1%	785.506.121	12,4%	1.571.012.243	76%
<b>COSTOS INDIRECTOS</b>	<b>10.744.050</b>	<b>0,1%</b>	-	<b>0,0%</b>	-	<b>0%</b>
OTROS COSTOS	10.744.050	0,1%	-	0,0%	-	0%
<b>RESULTADO DEL EJERCICIO</b>	<b>354.731.644</b>	<b>2,2%</b>	<b>968.049.968</b>	<b>15,3%</b>	<b>1.936.099.936</b>	<b>546%</b>

1. Se aprecia una baja en los ingresos del 20% proyectados al cierre de la presente vigencia

2. Hospitalización y mercadeo son las unidades funcionales que más afectan la productividad de la vigencia
3. Los ingresos no operacionales tienen proyectan una disminución del 58%
4. El renglón que más afecta la proyección negativa de los ingresos no operacionales son los servicios
5. Se observa un incremento en las recuperaciones debido a los mayores controles
6. Los gastos administrativos tienden a disminuir ostensiblemente
7. La subdirección científica proyecta un incremento significativo de los gastos
8. La tendencia de los costos de producción es de mantenerse pese a la disminución de los ingresos
9. Los costos de urgencia bajan en un 15%
10. Se observa que la consulta externa crece a pesar de su baja producción
11. Se observa que la consulta hospitalización crece a pesar de su baja en la producción
12. Se proyecta un incremento muy importante en los costos de imagenología frente a una producción baja
13. La unidad funcional de comportamiento más racional es mercadeo que disminuye sus costos en un 24% y frena el disparo de los servicios
14. A pesar de la baja producción hay mayor utilidad proyectada en relación al control de los gastos administrativos que se proyectan

#### ***5.1.2.1. Rentabilidad Histórica de la operación del negocio***

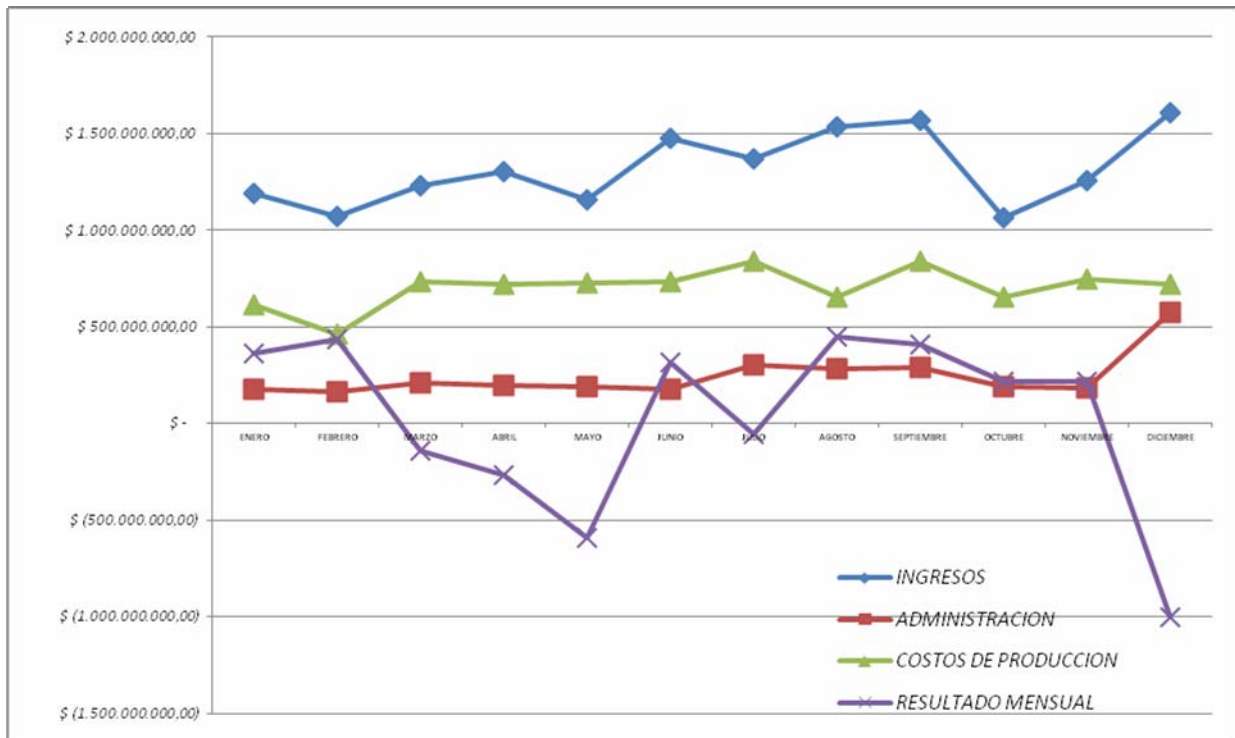
1. Para el mejor entendimiento de las cifras se debe aclarar al lector que se tomaron los renglones más representativos del estado de resultados por lo cual al restar los ingresos de los gastos y costos no se obtendrá el resultado mensual mostrados

2. Se observa un nivel de rentabilidad muy irregular en cada uno de los meses de operación
3. En 5 de los 12 meses del año se tiene rentabilidad negativa
4. El nivel general de rentabilidad bruta de la operación es del 2%
5. Los costos de producción son demasiado altos con relación al tamaño de la operación
6. Los meses más críticos son los de mayo y diciembre donde la pérdida supera el 50%, el primero asociado a los bajos ingresos y el segundo al incremento en los gastos

**Tabla 125. Análisis de la rentabilidad del modelo de operación 2009**

MESES	INGRESOS	ADMINISTRACION	COSTOS DE PRODUCCION	RESULTADO MENSUAL	RENTABILIDAD
ENERO	\$ 1.193.863.158,75	\$ 176.315.564,41	\$ 612.046.362,20	\$ 365.415.900,49	31%
FEBRERO	\$ 1.069.536.085,63	\$ 161.389.560,11	\$ 465.487.487,40	\$ 438.428.471,00	41%
MARZO	\$ 1.233.850.329,00	\$ 212.640.055,12	\$ 730.917.846,60	\$ (139.107.420,81)	-11%
ABRIL	\$ 1.305.902.469,64	\$ 199.005.553,43	\$ 717.874.979,37	\$ (268.746.362,54)	-21%
MAYO	\$ 1.161.235.467,76	\$ 188.601.363,57	\$ 729.198.024,77	\$ (589.166.558,09)	-51%
JUNIO	\$ 1.477.468.717,35	\$ 180.442.255,71	\$ 732.555.530,66	\$ 316.022.279,32	21%
JULIO	\$ 1.368.439.250,72	\$ 300.417.257,23	\$ 838.167.779,35	\$ (55.764.851,86)	-4%
AGOSTO	\$ 1.536.893.617,32	\$ 286.370.158,14	\$ 654.411.000,54	\$ 446.499.844,24	29%
SEPTIEMBRE	\$ 1.569.596.281,71	\$ 287.403.495,67	\$ 839.326.420,41	\$ 411.301.520,32	26%
OCTUBRE	\$ 1.066.246.786,36	\$ 189.377.212,76	\$ 654.104.697,00	\$ 216.191.422,69	20%
NOVIEMBRE	\$ 1.257.947.789,59	\$ 186.266.848,65	\$ 745.348.697,00	\$ 218.580.466,63	17%
DICIEMBRE	\$ 1.607.209.903,52	\$ 573.844.552,50	\$ 720.878.109,72	\$ (1.004.923.066,99)	-63%
TOTAL	\$ 15.848.189.857,35	\$ 2.942.073.877,30	\$ 8.440.316.935,02	\$ 354.731.644,40	2%
	100%	19%	53%	2%	

**Gráfico 40. Análisis de la rentabilidad del modelo de operación 2009**



En la grafica se puede observar que en el 2009 los ingresos mantienen una tendencia de crecimiento muy plano en vista de la tendencia de la curva que los representa, este comportamiento se deja acompañar de la irregularidad de los últimos meses del año.

Frente al comportamiento de los ingresos vemos unos costos bastante elevados pero muy correspondientes con la tendencia de la curva de ingresos.

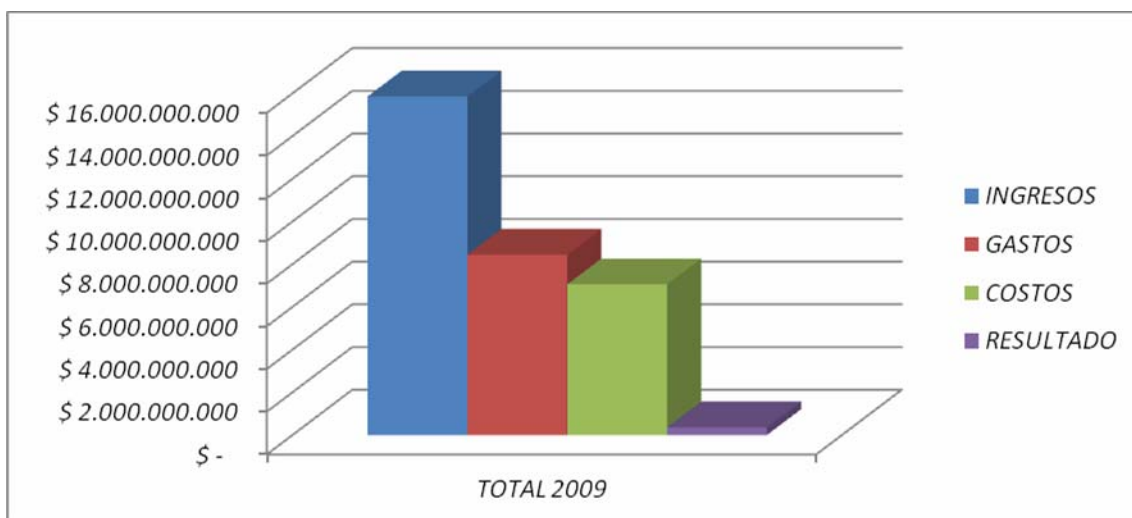
Respecto de los gastos de administración se observa un comportamiento bastante regular que se pierde en los meses de julio y diciembre

El comportamiento de la operación en 2009 se puede ver con mayor simpleza en el cuadro resumen siguiente, donde vemos la relación porcentual de unos gastos que se sitúan en el 53% de los ingresos y unos costos que representan el 44%.

**Tabla 126. Balance 2009**

CUENTAS	TOTAL 2009	PART %
INGRESOS	\$ 15.848.189.857	100,0%
GASTOS	\$ 8.440.316.935	53,3%
COSTOS	\$ 7.053.141.278	44,5%
<b>RESULTADO</b>	<b>\$ 354.731.644</b>	<b>2,2%</b>

**Gráfico 41. Balance 2009**



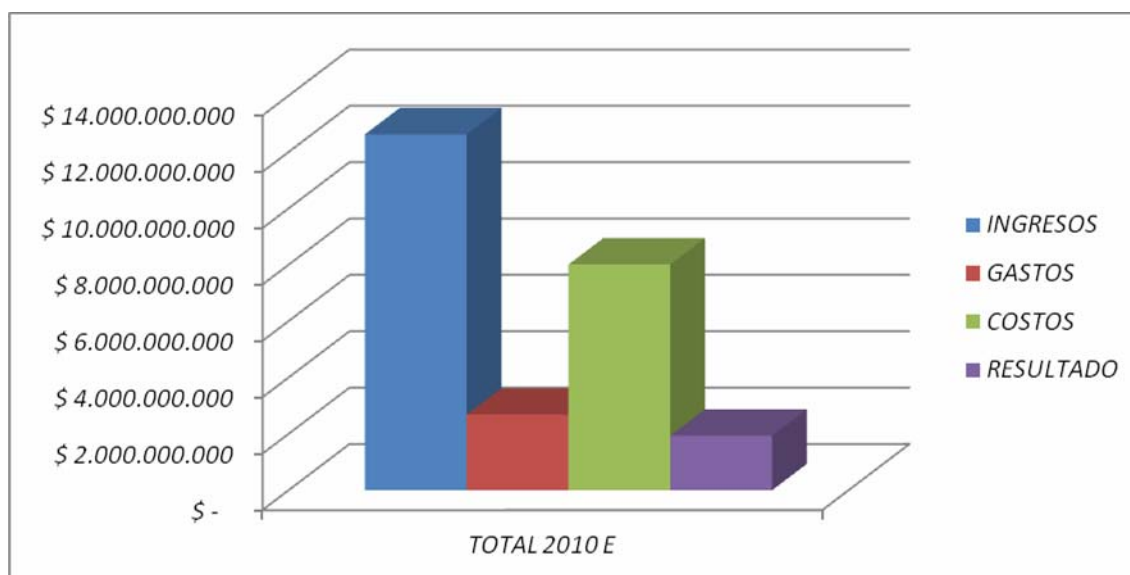
Para el análisis del año 2010 el cual fue proyectado a partir del mes de junio, se puede estimar un comportamiento mucho más interesante. Por un lado tenemos unos costos con una tendencia más ajustados a la realidad de la operación de una entidad hospitalaria cercana al 64%, (todavía muy alta) y unos gastos administrativos que se contraen al 21%. Frente al 53% que se encontraban en el año anterior.

Ahora veamos la proyección a 31 de diciembre de 2010 del estado de resultados:

**Tabla 127. Estado de resultados 2010 proyectado**

CUENTAS	TOTAL 2010 E	PART %
INGRESOS	\$ 12.628.170.453	100,0%
GASTOS	\$ 2.681.680.931	21,2%
COSTOS	\$ 8.010.389.586	63,4%
<b>RESULTADO</b>	<b>\$ 1.936.099.936</b>	<b>15,3%</b>

**Gráfico 42. Estado de resultados 2010 proyectado**

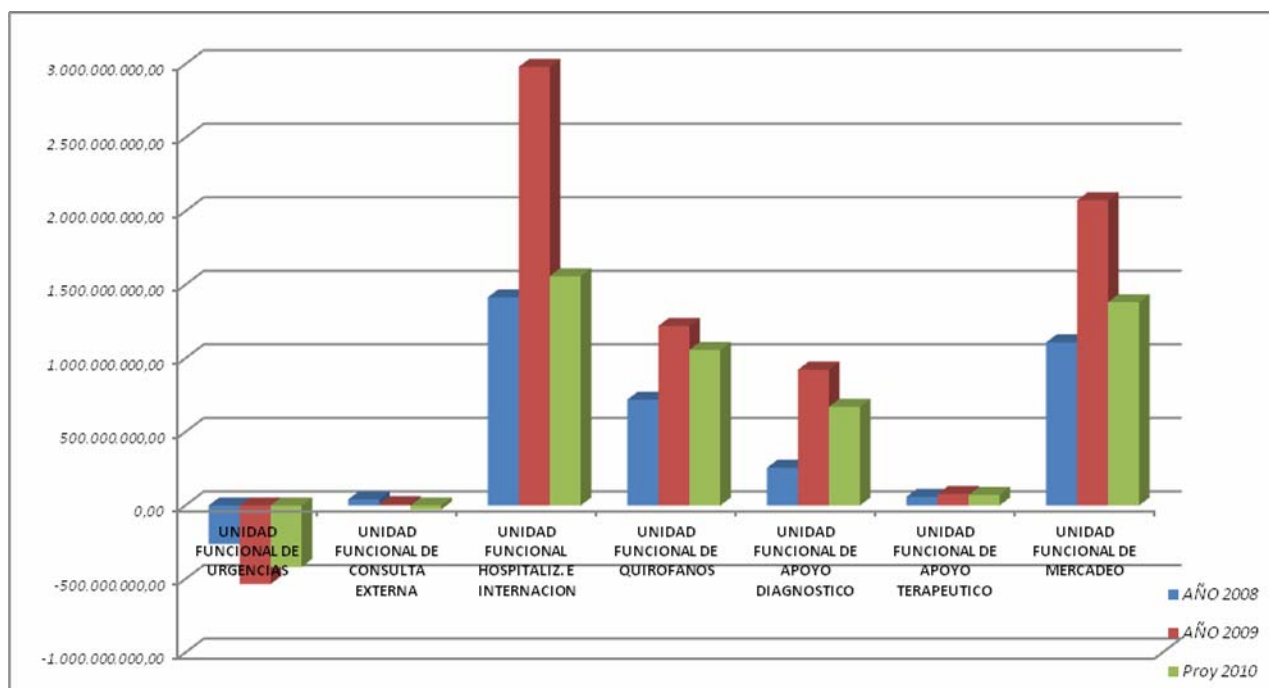


### 5.1.3. Análisis de la rentabilidad histórica de los servicios de salud vendidos

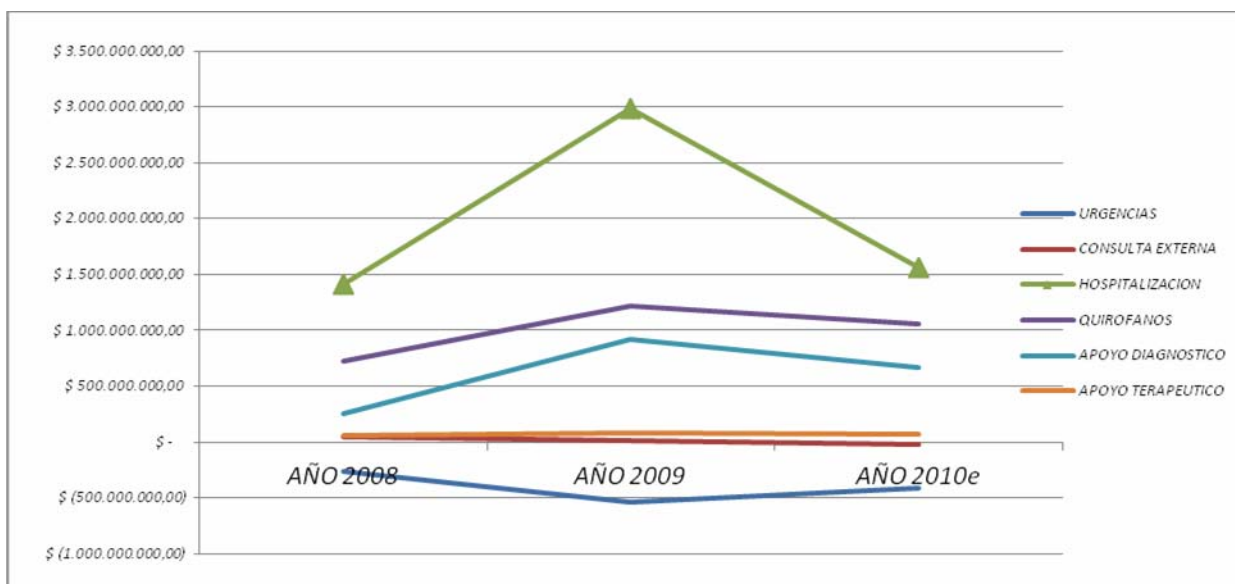
INGRESOS	AÑO 2008	%	AÑO 2009	DIF %	Proy 2010	DIF %
UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	728.937.902,30	6%	749.364.016,00	103%	653.347.516,00	87%
UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA	762.428.515,00	7%	854.102.890,00	112%	811.079.978,00	95%
UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZ. INTERNACION	3.730.837.130,00	32%	4.373.904.526,37	117%	3.143.328.642,00	72%
UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS	2.240.659.762,00	19%	2.919.944.604,00	130%	2.682.225.004,00	92%
UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO DIAGNOSTICO	1.303.020.376,00	11%	1.975.648.895,80	152%	1.816.333.560,00	92%
UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO TERAPEUTICO	190.679.860,00	2%	271.814.122,00	143%	246.009.390,00	91%
UNIDAD FUNCIONAL DE MERCADEO	2.717.859.971,00	23%	4.243.091.271,00	156%	2.952.460.340,00	70%
DEVOL, REBAJAS Y DCTOS EN VENTAS DE SERV	-67.262.729,30	-1%	-29.410.210,80	44%	-19.291.820,00	66%
<b>TOTAL INGRESOS OPERACIONALES</b>	<b>11.607.160.787,00</b>	<b>100%</b>	<b>15.358.460.114,37</b>	<b>132%</b>	<b>12.285.492.610,00</b>	<b>80%</b>

COSTOS	AÑO 2008	%	AÑO 2009	DIF %	Proy 2010	DIF %
UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	989.677.738,19	12%	1.283.187.105,81	130%	1.071.566.542,60	84%
UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA	720.992.509,14	9%	844.475.004,47	117%	838.327.641,14	99%
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION	2.315.865.739,66	28%	1.392.165.783,42	60%	1.584.362.154,44	114%
UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS	1.520.604.651,26	18%	1.699.116.603,32	112%	1.625.054.010,42	96%
UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO DIAGNOSTICO	1.046.818.319,51	13%	1.052.587.714,09	101%	1.145.873.838,68	109%
UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO TERAPEUTICO	131.209.267,00	2%	194.043.837,00	148%	174.193.156,00	90%
UNIDAD FUNCIONAL DE MERCADEO	1.609.584.959,97	19%	2.168.807.700,21	135%	1.571.012.242,92	72%
<b>TOTAL COSTOS OPERACIONALES</b>	<b>8.334.753.184,73</b>	<b>100%</b>	<b>8.634.383.748,32</b>	<b>104%</b>	<b>8.010.389.586,20</b>	<b>93%</b>

RENTABILIDAD POR SERVICIOS	AÑO 2008	Rentab	AÑO 2009	Rentab	Proy 2010	Rentab
UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	-260.739.835,89	-36%	-533.823.089,81	-71%	-418.219.026,60	-64%
UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA	41.436.005,86	5%	9.627.885,53	1%	-27.247.663,14	-3%
UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZ. E INTERNACION	<b>1.414.971.390,34</b>	<b>38%</b>	<b>2.981.738.742,95</b>	68%	1.558.966.487,56	50%
UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS	720.055.110,74	32%	1.220.828.000,68	42%	1.057.170.993,58	39%
UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO DIAGNOSTICO	256.202.056,49	20%	923.061.181,71	47%	670.459.721,32	37%
UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO TERAPEUTICO	59.470.593,00	31%	77.770.285,00	29%	71.816.234,00	29%
UNIDAD FUNCIONAL DE MERCADEO	1.108.275.011,03	41%	2.074.283.570,79	49%	1.381.448.097,08	47%
<b>TOTAL RENTABILIDAD BRUTA</b>	<b>3.339.670.331,57</b>	<b>29%</b>	<b>6.753.486.576,85</b>	<b>44%</b>	<b>4.294.394.843,80</b>	<b>35%</b>



PARTICIPACION % UTILIDAD OPERACIÓN	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010e
UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	-36%	-71%	-64%
UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA	5%	1%	-3%
UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZ. E INTERNACION	38%	68%	50%
UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS	32%	42%	39%
UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO DIAGNOSTICO	20%	47%	37%
UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO TERAPEUTICO	31%	29%	29%
UNIDAD FUNCIONAL DE MERCADEO	41%	49%	47%
<b>TASA RENTABILIDAD OPERATIVA</b>	<b>29%</b>	<b>44%</b>	<b>35%</b>



#### 5.1.4. Conclusiones preliminares.

##### ANALISIS DE LOS INDICADORES FINANCIEROS

INDICADORES DE LIQUIDEZ	AÑO 2008	AÑO 2009	JUNIO. 2010
CAPITAL DE TRABAJO	2.670.628.264,12	733.831.221,86	<b>2.041.577.316,28</b>
RAZON CORRIENTE	1,285384862	1,075012309	<b>0,803930553</b>
PRUEBA ACIDA	1,271159573	1,037547125	0,787022639

1. No se tiene capacidad de cumplir con las obligaciones, satisfacer contingencias ni reaccionar a la incertidumbre
2. La empresa no tiene capacidad de cumplir sus obligaciones a corto plazo
3. La empresa tiene un muy bajo nivel de liquidez que la hace inviable

INDICADORES DE ENDEUDAMIENTO	AÑO 2008	AÑO 2009	JUNIO. 2010
PATRIMONIO NETO	3.970.591.178,22	2.532.204.291,02	3.560.307.468,61
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	0,610245228	0,661342579	0,530834721
ENDEUDAMIENTO SIN VALORIZACIONES	0,71969775	0,796425621	0,659731816
CONCENTRACION DEL ENDEUDAMIENTO A CORTO PLAZO	0,917917763	0,987512963	<b>1,508420124</b>

1. Endeudamiento real, participación de los acreedores en los activos

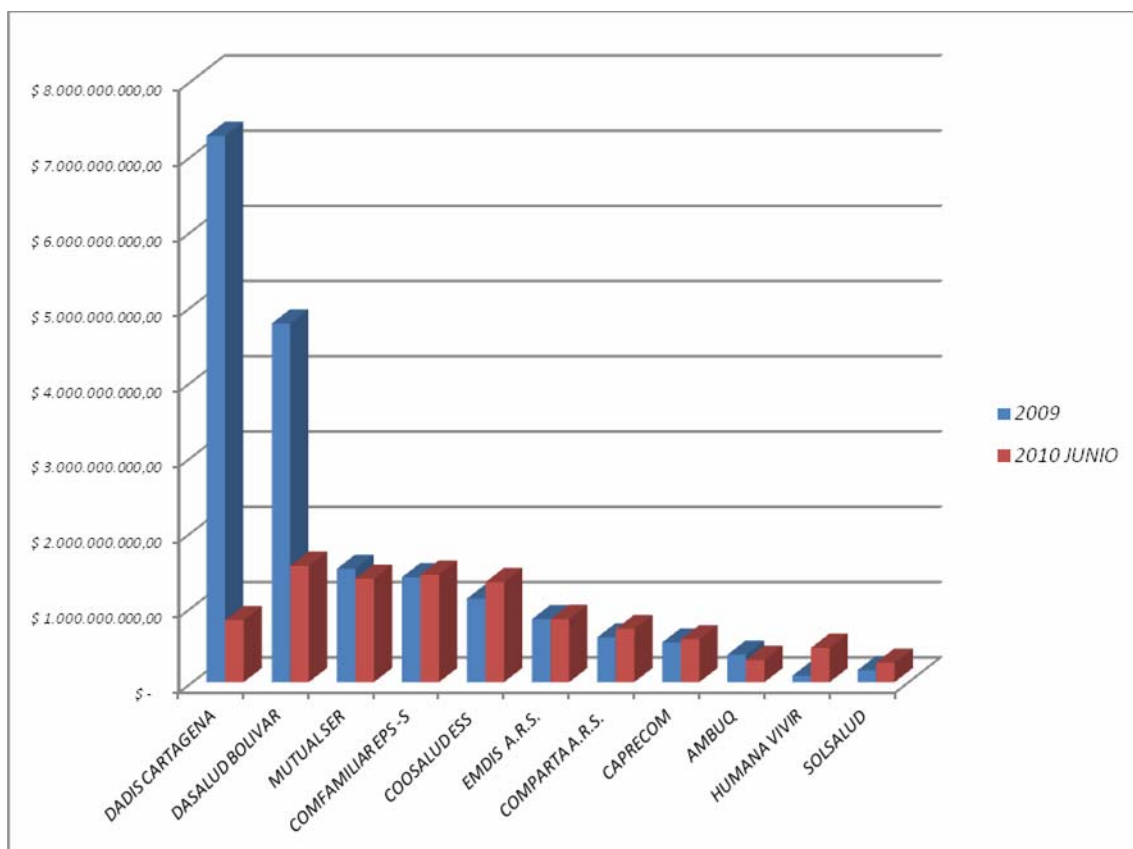
2. A corto plazo la maniobrabilidad de la empresa requiere mucho tacto con los deudores y gestión de cartera esto amerita una intervención forzosa

## 5.2. ESTRUCTURA DE LOS INGRESOS DE LA EMPRESA

### 5.2.1. Principales Clientes de la Institución

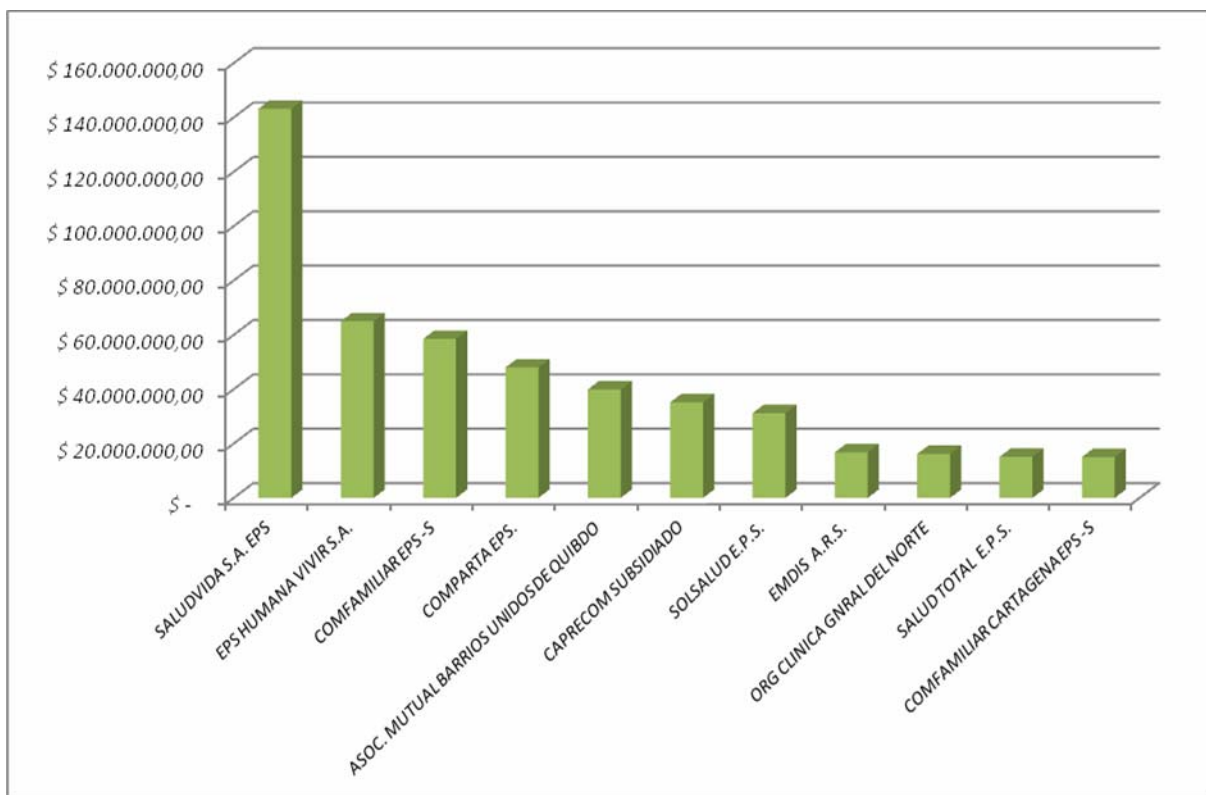
CLIENTES	2009	2010 JUNIO	%
DADIS CARTAGENA	\$ 7.259.702.547,00	\$ 824.139.528,00	11,4%
DASALUD BOLIVAR	\$ 4.766.263.258,00	\$ 1.546.999.636,00	32,5%
MUTUAL SER	\$ 1.506.195.808,00	\$ 1.374.671.621,00	91,3%
COMFAMILIAR EPS -S	\$ 1.394.218.284,00	\$ 1.427.817.630,00	102,4%
COOSALUD ESS	\$ 1.111.529.687,00	\$ 1.329.432.419,00	119,6%
EMDIS A.R.S.	\$ 838.486.484,00	\$ 840.359.256,00	100,2%
COMPARTA A.R.S.	\$ 594.704.637,00	\$ 704.968.951,00	118,5%
CAPRECOM	\$ 527.443.204,00	\$ 568.669.496,00	107,8%
AMBUQ	\$ 364.448.747,00	\$ 295.271.828,00	81,0%
HUMANA VIVIR	\$ 86.303.920,00	\$ 455.964.174,00	528,3%
SOLSALUD	\$ 158.586.438,00	\$ 259.914.479,00	163,9%
SALUD VIDA	\$ 240.465.189,00	\$ 112.191.138,00	46,7%
SALUD TOTAL E.P.S.	\$ 112.440.398,00	\$ 164.887.336,00	146,6%
CAJACOPI	\$ 168.565.190,00	\$ 90.118.657,00	53,5%
QBE SEGUROS	\$ 34.025.740,00	\$ 67.265.709,00	197,7%
NUEVA EPS	\$ 62.321.290,00	\$ 26.656.293,00	42,8%
ORGANIZACIÓN CLINICA GRAL DEL NORTE	\$ 39.594.927,00	\$ 37.721.210,00	95,3%
COOMEVA	\$ 41.680.508,00	\$ 27.537.211,00	66,1%
REDSALUD	\$ 8.092.074,00	\$ 60.435.597,00	746,8%
DASALUD SUCRE	\$ 67.617.976,00		0,0%
UNION TEMPORAL DEL NORTE	\$ 64.862.156,00		0,0%
SALUDCOOP E.P.S.	\$ 33.093.065,00	\$ 19.140.413,00	57,8%
ASOCIACION DE CABILDOS DE RESGUARDO INDIGENA ZENU	\$ 9.066.222,00	\$ 37.210.267,00	410,4%
PREVIMEDIC	\$ 41.607.164,00		0,0%
EMSANAR		\$ 34.902.430,00	
FISALUD	\$ 18.881.619,00	\$ 10.870.700,00	57,6%
COMFACOR	\$ 15.533.504,00	\$ 12.992.669,00	83,6%
SALUD COLOMBIA	\$ 16.079.133,00	\$ 10.391.380,00	64,6%
CAFESALUD	\$ 17.547.649,00	\$ 941.614,00	5,4%
CLINICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS	\$ 14.955.331,00		0,0%
LA PREVISORA	\$ 7.150.523,00	\$ 7.504.570,00	105,0%
COLMEDICAS	\$ 14.440.640,00		0,0%
SECRETARIA DE SALUD DE CORDOBA	\$ 13.283.944,00	\$ 1.058.263,00	8,0%
EPS SANITAS	\$ 6.013.421,00	\$ 5.035.098,00	83,7%
ALCADIA DE SAN ONOFRE	\$ 10.018.944,00	\$ 667.816,00	6,7%
SEGURO DEL ESTADO	\$ 2.553.667,00	\$ 7.932.856,00	310,6%
SUSALUD	\$ 9.686.891,00		0,0%
SEGUROS SURA	\$ 7.342.079,00	\$ 1.075.034,00	14,6%
SECRETARIA DE SALUD DE ANTIOQUIA	\$ 6.682.066,00	\$ 1.154.323,00	17,3%
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA	\$ 35.395,00	\$ 7.565.214,00	21373,7%

CLIENTES	2009	2010 JUNIO	%
SECRETARIA DE SALUD DE ATLANTICO	\$ 6.662.870,00	\$ 928.008,00	13,9%
SOMEDIT	\$ 7.247.819,00		0,0%
DASALUD MAGDALENA	\$ 6.429.962,00		0,0%
FUNDACION AMIGO DE LOS NIÑOS	\$ 3.069.491,00	\$ 2.798.000,00	91,2%
MEDICOS ASOCIADOS	\$ 5.409.554,00		0,0%
FUNDACION JUAN FELIPE GOMEZ ESCOBAR	\$ 4.614.810,00	\$ 691.858,00	15,0%
LIBERTY SEGUROS S.A.	\$ 3.515.259,00	\$ 1.295.490,00	36,9%
ECOOPSOS	\$ 181.100,00	\$ 4.624.344,00	2553,5%
COMFENALCO	\$ 2.109.020,00	\$ 2.411.615,00	114,3%
POLICIA NACIONAL		\$ 4.163.775,00	
CLINICA BLAS DE LEZO	\$ 990.800,00	\$ 2.951.800,00	297,9%
GOLDEN GROUP		\$ 3.808.858,00	
SECRETARIA DE SALUD DE SUCRE		\$ 3.495.814,00	
COMFAMA		\$ 3.085.800,00	
SELVASALUD	\$ 2.349.700,00	\$ 632.381,00	26,9%
CLINICA LAS PEÑITAS	\$ 1.046.000,00	\$ 1.743.900,00	166,7%
COMPAÑIA AGRICOLA DE SEGUROS	\$ 1.801.811,00		0,0%
FAMISANAR		\$ 1.646.872,00	
GENERALLI COLOMBIA SEGUROS GENERALES	\$ 1.240.691,00	\$ 72.700,00	5,9%
COMFASUCRE	\$ 531.280,00	\$ 624.108,00	117,5%
SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTA	\$ 669.257,00	\$ 32.100,00	4,8%
MULTIMEDICAS	\$ 576.042,00	\$ 75.000,00	13,0%
ELECTRICARIBE		\$ 531.100,00	
COLVIDA	\$ 513.556,00		0,0%
CAJA DE PREVISION SOCIAL DE U DE C	\$ 326.700,00	\$ 29.700,00	9,1%
HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA	\$ 202.209,00		0,0%
CONSULTAR LTDA	\$ 201.624,00		0,0%
CRUZ BLANCA	\$ 141.604,00		0,0%
SECRETARIA DE SALUD DE SANTA ROSA	\$ 67.200,00		0,0%
SECRETARIA DE SALUD DE TURBACO	\$ 65.600,00		0,0%
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	\$ 28.700,00		0,0%
<b>Total general</b>	<b>\$ 19.741.512.378,00</b>	<b>\$ 10.409.108.039,00</b>	<b>52,7%</b>



CLIENTES	HINFP	UCI	TOTAL	PART %
SALUDVIDA S.A. EPS	\$ 12.840.857,00	\$ 130.324.330,00	\$ 143.165.187,00	24,2%
EPS HUMANA VIVIR S.A.	\$ 50.327.935,00	\$ 14.647.665,00	\$ 64.975.600,00	11,0%
COMFAMILIAR EPS -S		\$ 58.486.287,00	\$ 58.486.287,00	9,9%
COMPARTA EPS.		\$ 47.977.092,00	\$ 47.977.092,00	8,1%
ASOC. MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO	\$ 39.903.435,00		\$ 39.903.435,00	6,8%
CAPRECOM SUBSIDIADO	\$ 35.160.361,00		\$ 35.160.361,00	6,0%
SOLSALUD E.P.S.	\$ 31.177.610,00		\$ 31.177.610,00	5,3%
EMDIS A.R.S.		\$ 16.781.017,00	\$ 16.781.017,00	2,8%
ORG CLINICA GNRAL DEL NORTE		\$ 16.190.748,00	\$ 16.190.748,00	2,7%
SALUD TOTAL E.P.S.	\$ 7.790.497,00	\$ 7.323.594,00	\$ 15.114.091,00	2,6%
COMFAMILIAR CARTAGENA EPS -S	\$ 15.011.452,00		\$ 15.011.452,00	2,5%
PREVIMEDIC S.A.	\$ 13.705.444,00		\$ 13.705.444,00	2,3%
CAJACOPI A.R.S.	\$ 13.123.174,00		\$ 13.123.174,00	2,2%
DASALUD BOLIVAR		\$ 12.992.235,88	\$ 12.992.235,88	2,2%
SALUDCOOP E.P.S.	\$ 467.125,00	\$ 11.016.520,00	\$ 11.483.645,00	1,9%
CAPRECOM		\$ 9.182.015,00	\$ 9.182.015,00	1,6%
COOMEVA E.P.S. S.A.	\$ 6.113.123,00	\$ 2.079.376,00	\$ 8.192.499,00	1,4%
ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A	\$ 5.043.740,00		\$ 5.043.740,00	0,9%
FISALUD SOAT		\$ 4.969.000,00	\$ 4.969.000,00	0,8%
EMDISALUD EPSS	\$ 3.545.908,00		\$ 3.545.908,00	0,6%

QBE SEGUROS S.A	\$ 2.961.881,00	\$ 153.784,00	\$ 3.115.665,00	0,5%
SEC SALUD ATLANTICO		\$ 2.965.840,00	\$ 2.965.840,00	0,5%
COMFACOR	\$ 2.396.714,00		\$ 2.396.714,00	0,4%
SOMEDYT I.P.S.	\$ 2.144.585,00		\$ 2.144.585,00	0,4%
SECRETARIA DE (DASALUD-SUCRE)	\$ 1.990.806,00		\$ 1.990.806,00	0,3%
RED SALUD EPS	\$ 1.792.048,00		\$ 1.792.048,00	0,3%
DASALUD-MAGDALENA	\$ 1.782.395,00		\$ 1.782.395,00	0,3%
LA PREVISORA S.A.	\$ 1.266.943,00		\$ 1.266.943,00	0,2%
CLINICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS		\$ 1.218.012,00	\$ 1.218.012,00	0,2%
ASOCIACION DE CABILDO INDIGENAS DEL ZENU	\$ 1.180.183,00		\$ 1.180.183,00	0,2%
SECRETARIA DE SALUD DE CORDOBA	\$ 923.352,00		\$ 923.352,00	0,2%
COLMEDICA E.P.S.	\$ 883.011,00		\$ 883.011,00	0,1%
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES	\$ 809.055,00		\$ 809.055,00	0,1%
SALUD COLOMBIA EPS SA	\$ 633.047,00		\$ 633.047,00	0,1%
CAFABA A.R.S.	\$ 584.464,00		\$ 584.464,00	0,1%
CRUZ BLANCA EPS	\$ 294.600,00		\$ 294.600,00	0,0%
MUTUAL SER E.S.S		\$ 292.000,00	\$ 292.000,00	0,0%
SUSALUD EPS		\$ 164.065,00	\$ 164.065,00	0,0%
GOBERNACION DE BOLIVAR SUBSIDIADO	\$ 60.000,00		\$ 60.000,00	0,0%
CAJA DE PREVISION SOCIAL U DE C	\$ 57.400,00		\$ 57.400,00	0,0%
SEGUROS DEL ESTADO S.A.	\$ 23.500,00		\$ 23.500,00	0,0%
	<b>\$ 253.994.645,00</b>	<b>\$ 336.763.580,88</b>	<b>\$ 590.758.225,88</b>	<b>100,0%</b>
	<b>43,0%</b>	<b>57,0%</b>	<b>100,0%</b>	



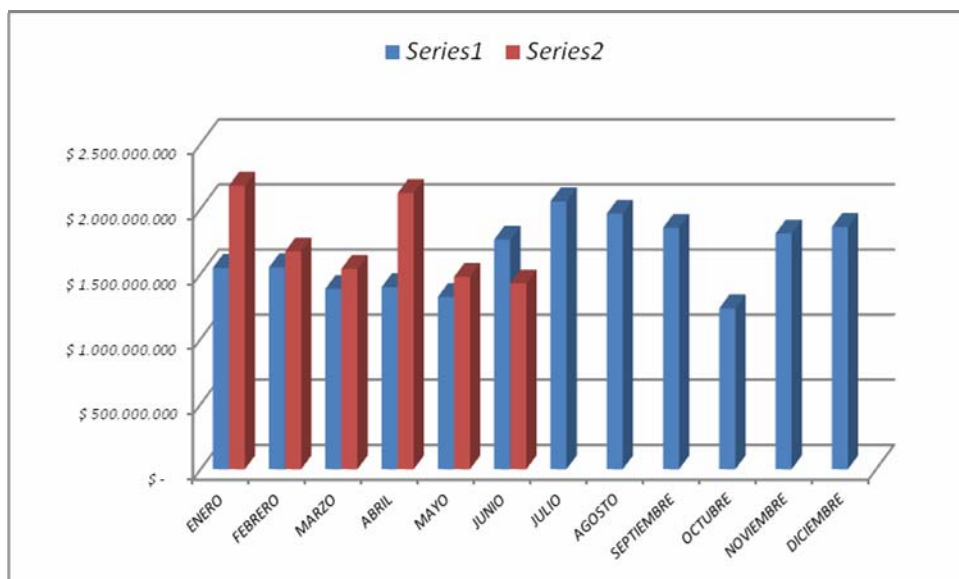
## 5.2.2. Evaluación de la Facturación de los Servicios Médicos

### ANALISIS COMPARATIVO DE LA FACTURACION DE SERVICIOS 2009 – 2010

MES 2009	HINFP	UCI	Total general
ENERO	\$ 1.195.847.502	\$ 349.824.219	\$ 1.545.671.721
FEBRERO	\$ 1.194.968.647	\$ 355.396.751	\$ 1.550.365.398
MARZO	\$ 1.182.427.784	\$ 201.882.728	\$ 1.384.310.512
ABRIL	\$ 1.218.133.095	\$ 179.252.776	\$ 1.397.385.871
MAYO	\$ 1.151.975.279	\$ 171.301.496	\$ 1.323.276.775
JUNIO	\$ 1.417.997.110	\$ 344.670.741	\$ 1.762.667.851
JULIO	\$ 1.375.014.024	\$ 681.256.692	\$ 2.056.270.716
AGOSTO	\$ 1.487.528.928	\$ 474.561.450	\$ 1.962.090.378
SEPTIEMBRE	\$ 1.548.515.098	\$ 305.141.161	\$ 1.853.656.259
OCTUBRE	\$ 1.017.314.248	\$ 218.335.548	\$ 1.235.649.796
NOVIEMBRE	\$ 965.641.903	\$ 844.108.222	\$ 1.809.750.125
DICIEMBRE	\$ 1.421.866.379	\$ 438.550.597	\$ 1.860.416.976
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 15.177.229.997</b>	<b>\$ 4.564.282.381</b>	<b>\$ 19.741.512.378</b>

MES 2010	HINFP	UCI	Total general
ENERO	\$ 1.184.549.565	\$ 992.192.400	\$ 2.176.741.965
FEBRERO	\$ 1.023.081.108	\$ 648.946.213	\$ 1.672.027.321
MARZO	\$ 984.949.689	\$ 552.848.677	\$ 1.537.798.366
ABRIL	\$ 1.083.159.716	\$ 1.037.335.505	\$ 2.120.495.221
MAYO	\$ 978.780.692	\$ 497.283.992	\$ 1.476.064.684
JUNIO	\$ 1.042.874.401	\$ 383.106.081	\$ 1.425.980.482
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 6.297.395.171</b>	<b>\$ 4.111.712.868</b>	<b>\$ 10.409.108.039</b>

MES	2009	2010	CRECIMIENTO %
ENERO	\$ 1.545.671.721	\$ 2.176.741.965	41%
FEBRERO	\$ 1.550.365.398	\$ 1.672.027.321	8%
MARZO	\$ 1.384.310.512	\$ 1.537.798.366	11%
ABRIL	\$ 1.397.385.871	\$ 2.120.495.221	52%
MAYO	\$ 1.323.276.775	\$ 1.476.064.684	12%
JUNIO	\$ 1.762.667.851	\$ 1.425.980.482	81%



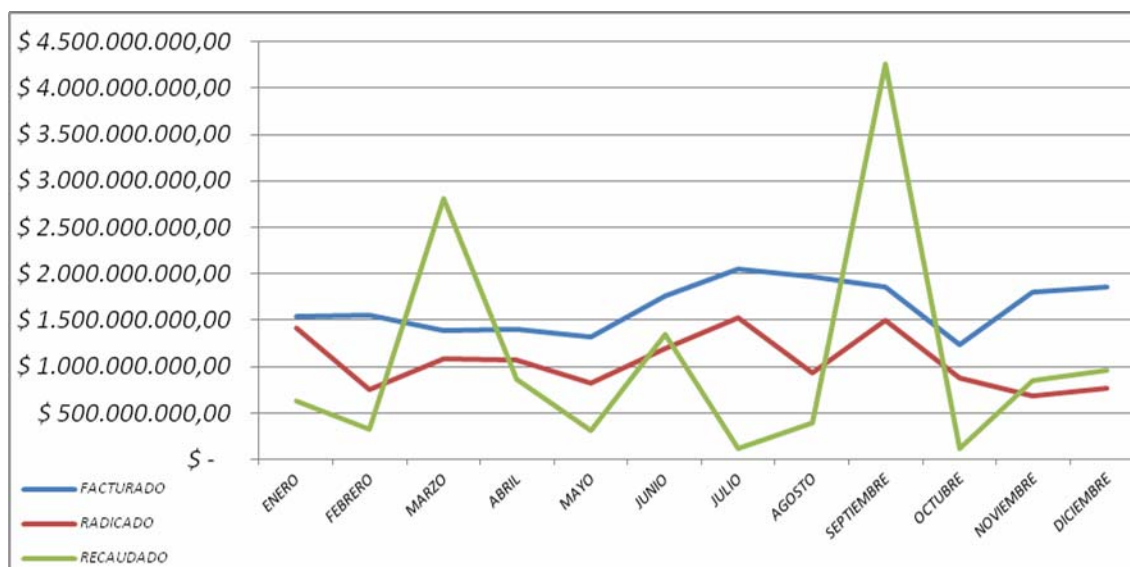
#### PACIENTES PARTICULARES QUE NO PAGARON

NOMBRE DEL PACIENTE	IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	VALOR FACTURA
JOSE DAVID MARTINEZ MORA	1.799.994	22/01/2009	30/01/2009	6.460.014
CRISTIAN PEREZ ZABALETA	1.052.945.472	18/03/2009	23/03/2009	4.964.195
HIJO DE CLAUDIA BAENA MACHACON	45.592.311	11/06/2009	23/06/2009	11.991.000
CARLA PALACIOS CONSTAIN	1.111.761.633	20/05/2009	21/05/2009	1.286.756
INELDA VASQUEZ MARTINEZ	38.493.869	05/10/2009	14/10/2009	4.507.322
ARLETH CANTERO JULIO	1.063.716.506	15/11/2009	16/11/2009	550.000
BRAYAN VILORIA PACHECO	1.051.887.558	18/11/2009	19/11/2009	1.736.075
HIJO DE FLOR MARIA SALAS CORREA	453.713.654	11/03/2010	11/03/2010	2.180.800
HIJO DE LEIDYS CARDONA	10.018.331.683	09/05/2010	10/05/2010	3.596.800
STEFANY OSPINO OLIVERO	1.137.531.661	15/05/2010	19/05/2010	2.979.200
<b>TOTAL</b>				<b>40.252.162</b>

### 5.2.3. Análisis Histórico de los Recaudos y Modelo de Gestión de recaudos

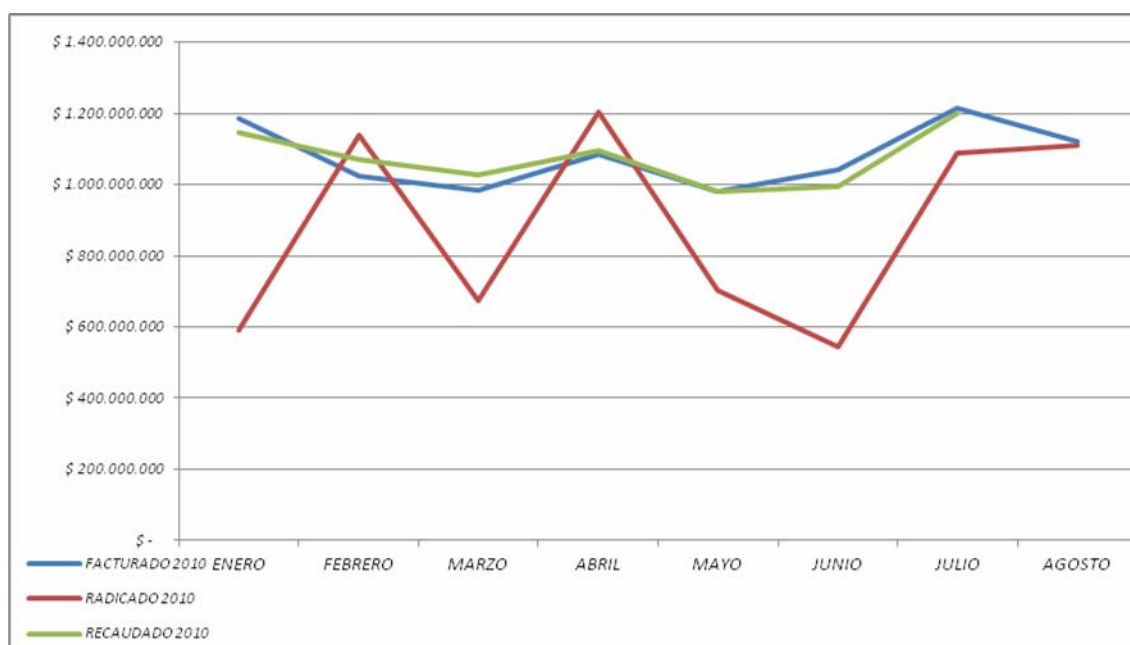
#### ANALISIS DE LA GESTION DE PRODUCCION Y COBRO DE LOS SERVICIOS 2009

MESES	FACTURADO 2009	RADICADO 2009	% Radicación	RECAUDADO 2009	% Recaudo
ENERO	\$ 1.545.671.721	\$ 1.411.288.999,00	91%	\$ 634.745.209,00	41%
FEBRERO	\$ 1.550.365.398	\$ 750.201.650,00	48%	\$ 329.202.289,00	21%
MARZO	\$ 1.384.310.512	\$ 1.083.678.094,00	78%	<b>\$ 2.816.426.744,00</b>	203%
ABRIL	\$ 1.397.385.871	\$ 1.072.195.942,00	77%	\$ 860.283.361,00	62%
MAYO	\$ 1.323.276.775	\$ 826.681.037,00	62%	\$ 308.956.019,00	23%
JUNIO	\$ 1.762.667.851	\$ 1.198.946.974,00	68%	<b>\$ 1.351.000.450,00</b>	77%
JULIO	\$ 2.056.270.716	\$ 1.529.999.769,00	74%	\$ 120.797.455,00	6%
AGOSTO	\$ 1.962.090.378	\$ 935.799.022,00	48%	\$ 395.946.937,00	20%
SEPTIEMBRE	\$ 1.853.656.259	\$ 1.497.202.347,00	81%	<b>\$ 4.261.592.452,00</b>	230%
OCTUBRE	\$ 1.235.649.796	\$ 873.430.296,00	71%	\$ 116.773.682,00	9%
NOVIEMBRE	\$ 1.809.750.125	\$ 686.565.307,00	38%	\$ 847.966.396,00	47%
DICIEMBRE	\$ 1.860.416.976	\$ 766.253.522,00	41%	\$ 955.500.931,00	51%
Total general	<b>\$ 19.741.512.378</b>	<b>\$ 12.632.242.959,00</b>	<b>64%</b>	<b>\$ 12.999.191.925,00</b>	<b>66%</b>



## ANALISIS DE LA GESTION DE PRODUCCION Y COBRO DE LOS SERVICIOS 2010

MESES	FACTURADO 2010	RADICADO 2010	% Radicación	RECAUDADO 2010	% Recaudo
ENERO	\$ 1.184.549.565	\$ 590.624.742,00	50%	\$ 1.147.425.911	97%
FEBRERO	\$ 1.023.081.108	\$ 1.139.319.855,00	111%	\$ 1.069.611.886	105%
MARZO	\$ 984.949.689	\$ 674.120.063,00	68%	\$ 1.026.768.638	104%
ABRIL	\$ 1.083.159.716	\$ 1.205.708.710,00	111%	\$ 1.095.366.429	101%
MAYO	\$ 978.780.692	\$ 701.304.869,00	72%	\$ 980.058.099	100%
JUNIO	\$ 1.042.874.401	\$ 543.405.977,00	52%	\$ 994.854.263	95%
JULIO	\$ 1.215.020.747	\$ 1.087.925.494,00	90%	\$ 1.201.146.634	99%
AGOSTO	\$ 1.122.282.988	\$ 1.109.137.486,00	99%		



### SITUACION ACTUAL

**Facturación de Servicios = 1.734 millones mes**

**Radicación de Cuentas = 1.140 millones mes**

**Part % = 65% radicación**

**Recaudo Efectivo = 654 millones mes**

**Part % = 57% recaudo**

## SITUACION ESPERADA EN UN AÑO

Facturación de Servicios = 2.200 millones mes

Radicación de Cuentas = 2.100 millones mes

**Part % = 95% radicación**

Recaudo Efectivo = 1.500 millones mes

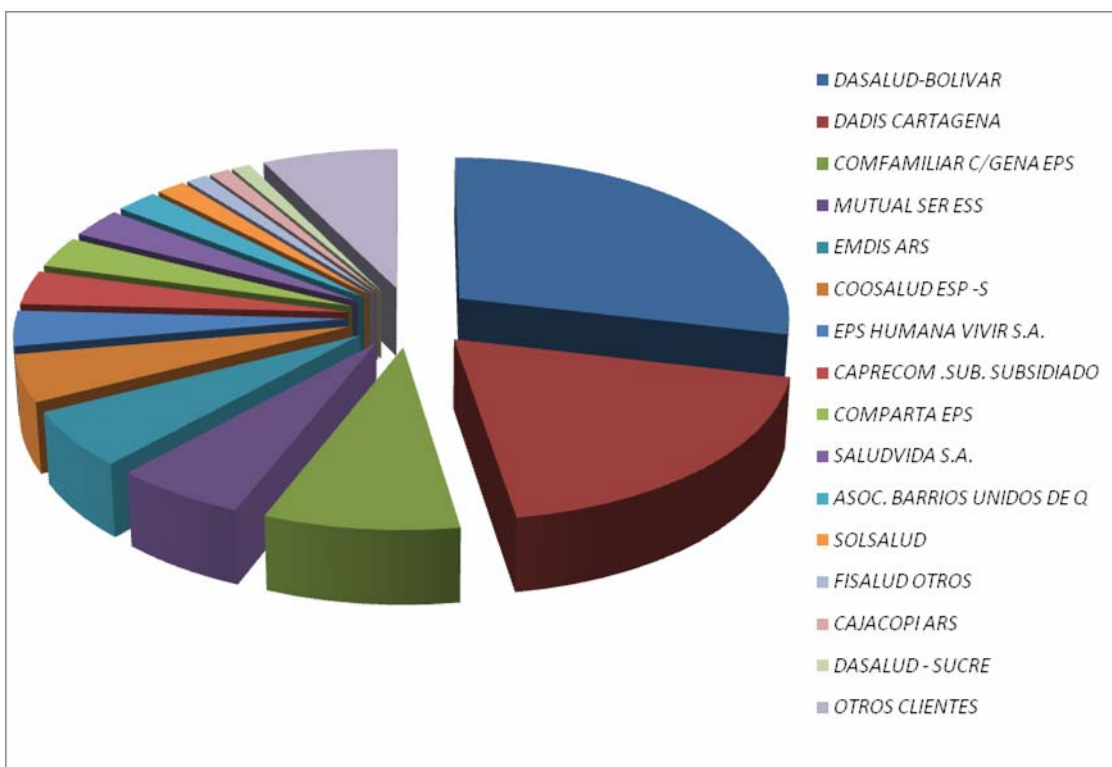
**Part% = 71% Recaudo**

### 5.2.4. Análisis y Características de la Cartera.

#### 5.2.4.1. Análisis del Proceso de Gestión de Cartera

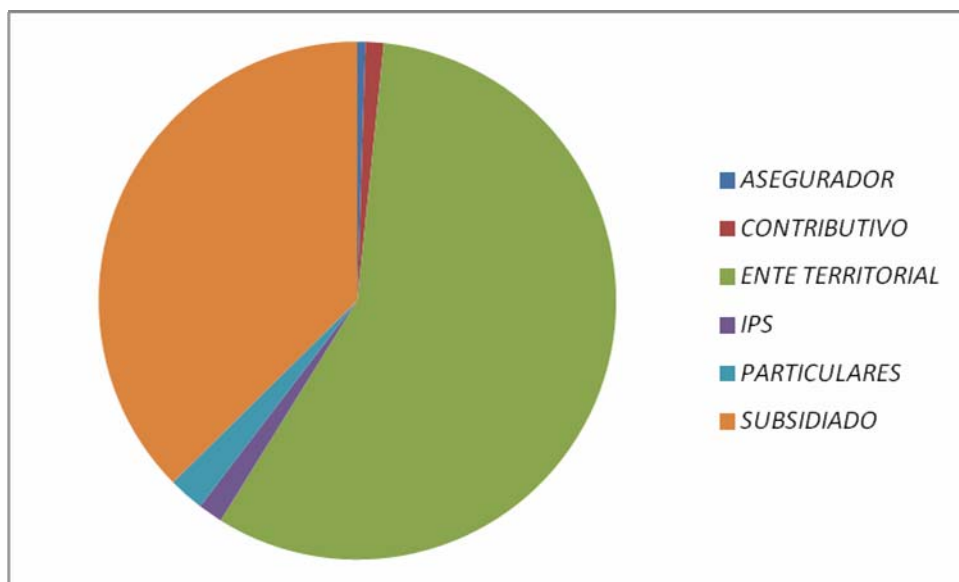
#### ANALISIS DE LOS CLIENTES MÁS IMPORTANTES DE LA EMPRESA

CLIENTE	TOTAL	PART %
DASALUD-BOLIVAR	\$ 3.760.377.545,42	28,7%
DADIS CARTAGENA	\$ 2.473.950.400,45	18,9%
COMFAMILIAR C/GENA EPS	\$ 1.117.289.953,35	8,5%
MUTUAL SER ESS	\$ 757.925.357,00	5,8%
EMDIS ARS	\$ 747.932.938,00	5,7%
COOSALUD ESP -S	\$ 622.402.441,00	4,7%
EPS HUMANA VIVIR S.A.	\$ 466.361.701,00	3,6%
CAPRECOM .SUB. SUBSIDIADO	\$ 453.963.101,00	3,5%
COMPARTA EPS	\$ 412.869.305,00	3,1%
SALUDVIDA S.A.	\$ 387.785.318,00	3,0%
ASOC. BARRIOS UNIDOS DE Q	\$ 304.975.573,00	2,3%
SOLSALUD	\$ 209.730.887,00	1,6%
FISALUD OTROS	\$ 155.680.024,00	1,2%
CAJACOPI ARS	\$ 147.894.592,00	1,1%
DASALUD - SUCRE	\$ 133.258.176,00	1,0%
OTROS CLIENTES	\$ 966.768.214,00	7,4%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>\$ 13.119.165.526,22</b>	<b>100,0%</b>

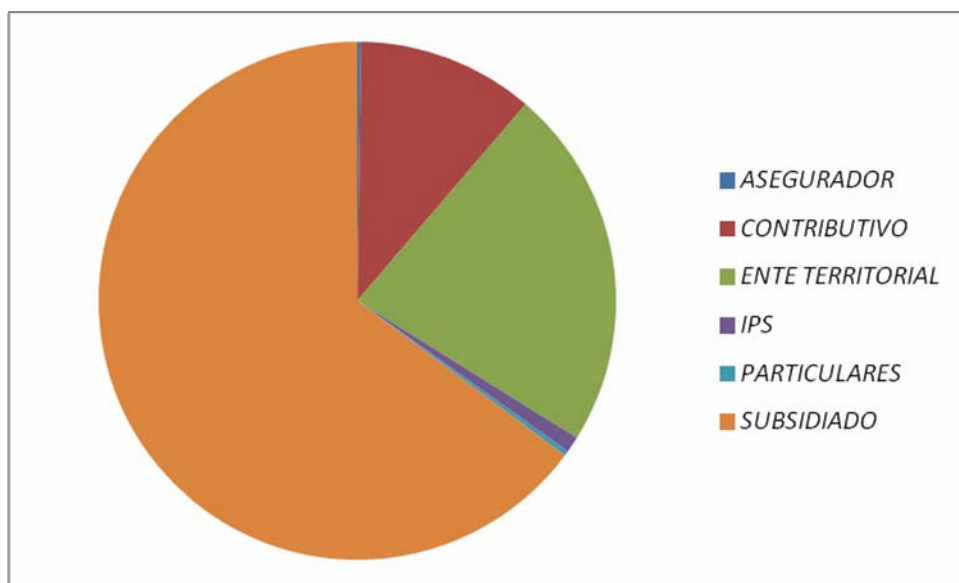


<b>HINFP</b>	<b>\$ 9.637.202.512,34</b>	<b>73,5%</b>
ASEGURADOR	\$ 48.098.043,00	
CONTRIBUTIVO	\$ 110.057.923,00	
ENTE TERRITORIAL	\$ 5.515.049.653,99	
IPS	\$ 147.636.015,00	
PARTICULARES	\$ 213.700.138,00	
SUBSIDIADO	\$ 3.602.660.739,35	
<b>UCI</b>	<b>\$ 3.481.963.013,88</b>	<b>26,5%</b>
ASEGURADOR	\$ 7.552.344,00	
CONTRIBUTIVO	\$ 385.204.847,00	
ENTE TERRITORIAL	\$ 786.668.268,88	
IPS	\$ 35.034.166,00	
PARTICULARES	\$ 10.689.569,00	
SUBSIDIADO	\$ 2.256.813.819,00	
<b>Total general</b>	<b>\$ 13.119.165.526,22</b>	<b>100%</b>

## FUENTE DE INGRESOS HISTORICA EN LOS ULTIMOS 360 DIAS CORRIDOS DEL HOSPITAL

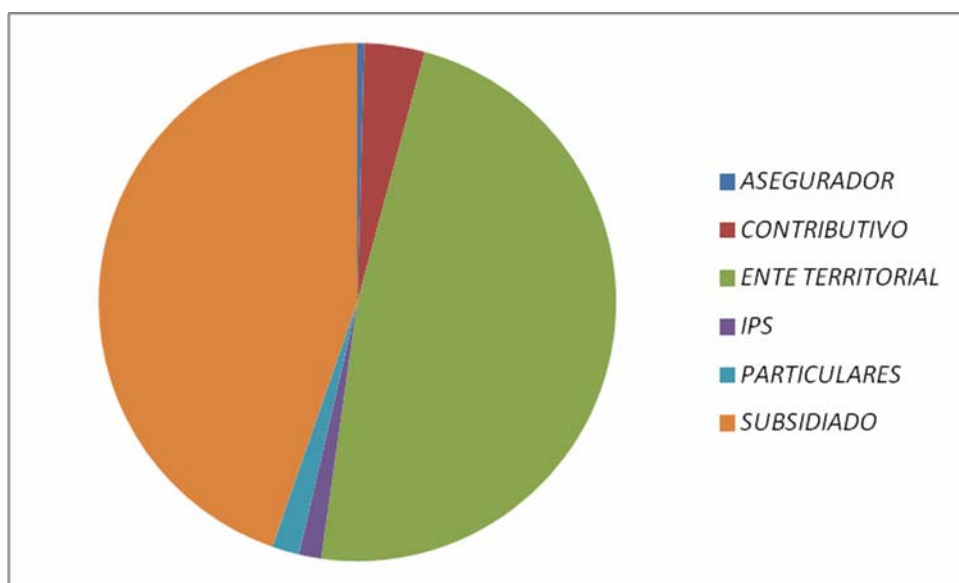


## FUENTE DE INGRESOS HISTORICA EN LOS ULTIMOS 360 DIAS CORRIDOS DE LA UCI



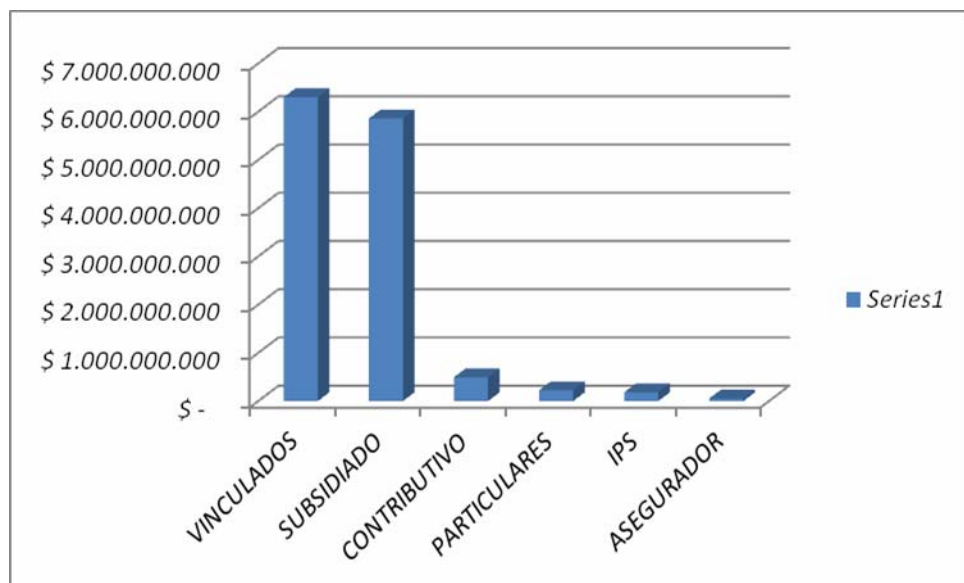
FUENTE DE INGRESOS HISTORICA EN LOS ULTIMOS 360 DIAS CORRIDOS  
CONSOLIDADO HOSPITAL Y UCI 2010

FUENTE DE INGRESO	TOTAL	Part %
ASEGURADOR	\$ 55.650.387,00	0,4%
CONTRIBUTIVO	\$ 495.262.770,00	3,8%
ENTE TERRITORIAL	\$ 6.301.717.922,87	48,0%
IPS	\$ 182.670.181,00	1,4%
PARTICULARES	\$ 224.389.707,00	1,7%
SUBSIDIADO	\$ 5.859.474.558,35	44,7%
<b>Total general</b>	<b>\$ 13.119.165.526,22</b>	<b>100,0%</b>



## ANALISIS DE LA GESTION DE CARTERA

REGIMEN	De 31 a 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Más de 360 días	TOTAL CARTERA	PART %
VINCULADOS	\$ 472.158.885	\$ 258.536.702	\$ 823.308.526	\$ 1.028.845.930	\$ 3.718.867.880	\$ 6.301.717.923	48,0%
SUBSIDIADO	\$ 1.794.972.133	\$ 661.583.053	\$ 2.023.249.881	\$ 939.145.067	\$ 440.524.424	\$ 5.859.474.558	44,7%
CONTRIBUTIVO	\$ 126.207.369	\$ 70.565.593	\$ 88.486.830	\$ 146.471.107	\$ 63.531.871	\$ 495.262.770	3,8%
PARTICULARES	\$ 12.152.834	\$ 148.700	\$ 6.808.900	\$ 11.301.135	\$ 193.978.138	\$ 224.389.707	1,7%
IPS	\$ 6.983.211	\$ 6.446.130	\$ 17.251.141	\$ 48.928.892	\$ 103.060.807	\$ 182.670.181	1,4%
ASEGURADOR	\$ 10.884.083	\$ 8.357.766	\$ 9.279.437	\$ 11.391.697	\$ 15.737.404	\$ 55.650.387	0,4%
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 2.423.358.515</b>	<b>\$ 1.005.637.944</b>	<b>\$ 2.968.384.715</b>	<b>\$ 2.186.083.828</b>	<b>\$ 4.535.700.524</b>	<b>\$ 13.119.165.526</b>	<b>100,0%</b>
	18%	8%	23%	17%	35%	100%	



CLIENTE	De 31 a 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Más de 360 días	TOTAL
DASALUD-BOLIVAR	\$ 412.186.792,00	\$ 185.711.251,00	\$ 473.764.587,00	\$ 534.874.978,00	\$ 2.153.839.937,42	\$ 3.760.377.545,42
DADIS CARTAGENA	\$ 85.126.135,00	\$ 130.710.886,00	\$ 370.061.112,00	\$ 470.057.463,00	\$ 1.417.994.804,45	\$ 2.473.950.400,45
COMFAMILIAR C/GENA EPS	\$ 315.695.829,00	\$ 366.524.547,00	\$ 378.409.181,00	\$ 49.447.768,00	\$ 7.212.628,35	\$ 1.117.289.953,35
MUTUAL SER ESS	\$ 379.789.108,00	\$ 97.551.882,00	\$ 279.190.127,00	\$ 1.358.205,00	\$ 36.035,00	\$ 757.925.357,00
EMDIS ARS	\$ 57.940.888,00	\$ 11.980.443,00	\$ 475.241.249,00	\$ 139.689.429,00	\$ 63.080.929,00	\$ 747.932.938,00
COOSALUD ESP -S	\$ 229.931.294,00	\$ 70.549.591,00	\$ 211.151.159,00	\$ 95.438.760,00	\$ 15.331.637,00	\$ 622.402.441,00
EPS HUMANA VIVIR S.A.	\$ 161.998.187,00		\$ 241.946.383,00	\$ 20.125.986,00	\$ 42.291.145,00	\$ 466.361.701,00
CAPRECOM .SUB. SUBSIDIADO	\$ 129.645.271,00	\$ 646.429,00	\$ 130.245.219,00	\$ 154.857.023,00	\$ 38.569.159,00	\$ 453.963.101,00
COMPARTA EPS	\$ 253.855.453,00	\$ 33.783.746,00	\$ 74.847.174,00	\$ 50.382.932,00		\$ 412.869.305,00
SALUDVIDA S.A.	\$ 23.590.644,00	\$ 39.697.031,00	\$ 34.758.156,00	\$ 189.923.023,00	\$ 99.816.464,00	\$ 387.785.318,00
ASOC. BARRIOS UNIDOS DE Q	\$ 58.756.028,00	\$ 29.409.132,00	\$ 108.619.584,00	\$ 88.020.716,00	\$ 20.170.113,00	\$ 304.975.573,00
SOLSALUD	\$ 53.928.308,00	\$ 4.130.398,00	\$ 71,00	\$ 98.917.051,00	\$ 52.755.059,00	\$ 209.730.887,00
FISALUD OTROS					\$ 155.680.024,00	\$ 155.680.024,00
CAJACOPI ARS	\$ 70.807.525,00	\$ 1.971.800,00	\$ 10.646.604,00	\$ 28.339.614,00	\$ 36.129.049,00	\$ 147.894.592,00
DASALUD - SUCRE		\$ 1.656.224,00	\$ 6.473.853,00	\$ 25.959.797,00	\$ 99.168.302,00	\$ 133.258.176,00
EPS HUMANA VIVIR S.A.	\$ 16.811.359,00	\$ 709.817,00	\$ 33.819.745,00	\$ 167.893,00	\$ 36.325.275,00	\$ 87.834.089,00
NUEVA EPS			\$ 28.116.721,00	\$ 52.564.117,00	\$ 4.028.633,00	\$ 84.709.471,00
ORG.CLINICA GRAL DEL NORTE	\$ 5.863.011,00	\$ 6.386.730,00	\$ 14.061.741,00	\$ 40.371.529,00	\$ 11.371.429,00	\$ 78.054.440,00
SALUDTOTAL	\$ 34.026.622,00		\$ 5.591.844,00	\$ 21.147.525,00	\$ 16.943.873,00	\$ 77.709.864,00
RED SALUD EPS	\$ 59.517.121,00	\$ 387.546,00	\$ 131.200,00	\$ 5.638.077,00		\$ 65.673.944,00
PREVIMEDIC S.A.				\$ 246.772,00	\$ 61.196.207,00	\$ 61.442.979,00
FISALUD SOAT	\$ 5.150.000,00		\$ 5.237.900,00	\$ 9.056.235,00	\$ 33.739.680,00	\$ 53.183.815,00
ASOC. CABILDOS INDIGENAS DEL ZENU	\$ 1.471.658,00	\$ 112.800,00	\$ 34.432.453,00	\$ 6.855.458,00	\$ 4.577.416,00	\$ 47.449.785,00
COMFACOR	\$ 5.284.989,00	\$ 3.984.517,00	\$ 2.736.470,00	\$ 15.440.109,00	\$ 17.981.165,00	\$ 45.427.250,00
EMSSANAR ESS	\$ 34.902.430,00					\$ 34.902.430,00
SALUD COLOMBIA	\$ 1.416.801,00	\$ 2.604.971,00	\$ 2.198.188,00	\$ 8.300.436,00	\$ 17.220.814,00	\$ 31.741.210,00
ALCALDIA DE SAN ONOFRE	\$ 165.238,00	\$ 502.578,00	\$ 549.800,00	\$ 9.254.062,00	\$ 20.758.636,00	\$ 31.230.314,00
QBE SEGUROS S.A	\$ 1.922.993,00	\$ 7.927.866,00	\$ 8.977.646,00	\$ 2.631.198,00	\$ 6.520.754,00	\$ 27.980.457,00
SALUDCOOP	\$ 2.926.745,00	\$ 1.846.348,00	\$ 8.637.439,00	\$ 11.198.635,00	\$ 3.216.012,00	\$ 27.825.179,00
SEC. DE SALUD DE CORDOBA				\$ 6.156.361,00	\$ 19.400.313,00	\$ 25.556.674,00
CAFÉ SALUD EPS S.A		\$ 572.266,00	\$ 1.184.796,00	\$ 12.347.320,00	\$ 11.177.670,00	\$ 25.282.052,00
COOMEVA EPS S.A		\$ 4.152.517,00	\$ 7.820.823,00	\$ 3.733.590,00	\$ 5.387.050,00	\$ 21.093.980,00
PARTICULAR	\$ 5.469.434,00	\$ 119.000,00	\$ 1.571.000,00	\$ 2.244.900,00	\$ 4.195.134,00	\$ 13.599.468,00
HOSP. NUESTRA SRA DE MERCEDES					\$ 12.467.116,00	\$ 12.467.116,00
LA PREVISORA S.A.	\$ 6.185.036,00	\$ 400.200,00	\$ 301.791,00	\$ 2.984.841,00	\$ 1.266.950,00	\$ 11.138.818,00
CLINICA S JUAN DE DIOS				\$ 6.489.311,00	\$ 1.954.037,00	\$ 8.443.348,00

CLIENTE	De 31 a 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Más de 360 días	TOTAL
DASALUD-MAGDALENA	\$ 1.404.816,00			\$ 3.837.224,00	\$ 2.511.742,00	\$ 7.753.782,00
ASOC MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD			\$ 7.043.899,00			\$ 7.043.899,00
SEC DE SALUD DE CORDOBA				\$ 6.204.231,00		\$ 6.204.231,00
SEGUROS SURA				\$ 3.600.867,00	\$ 1.995.249,00	\$ 5.596.116,00
SOMEDYT					\$ 5.393.054,00	\$ 5.393.054,00
HOSPITAL REGIONAL DE SINCELEJO					\$ 4.726.747,00	\$ 4.726.747,00
HOSPITAL LOCAL SAN ONOFRE				\$ 215.082,00	\$ 4.018.221,00	\$ 4.233.303,00
CLINICA BLAS DE LEZO			\$ 2.951.800,00	\$ 990.800,00		\$ 3.942.600,00
SEC DE SALUD DEL ATLANTICO		\$ 928.008,00		\$ 2.965.840,00		\$ 3.893.848,00
SEGUROS DEL ESTADO	\$ 1.467.264,00			\$ 7.000,00	\$ 2.366.195,00	\$ 3.840.459,00
EPS SANITAS SA			\$ 3.832.836,00			\$ 3.832.836,00
SELVASALUD	\$ 469.974,00		\$ 162.407,00		\$ 2.349.700,00	\$ 2.982.081,00
COLMEDICA EPS					\$ 2.766.498,00	\$ 2.766.498,00
SEC. SALUD DE RIOACHA					\$ 2.550.574,00	\$ 2.550.574,00
ECOOPSOS				\$ 181.100,00	\$ 2.317.325,00	\$ 2.498.425,00
C.I AGROSOLEDAD S.A					\$ 2.017.915,00	\$ 2.017.915,00
LIBERTY SEGUROS S.A	\$ 1.295.490,00			\$ 337.280,00	\$ 351.318,00	\$ 1.984.088,00
COMFENALCO	\$ 827.940,00		\$ 516.583,00	\$ 600.981,00		\$ 1.945.504,00
COMP. AGRICOLA DE SEGUROS S.A				\$ 1.801.811,00		\$ 1.801.811,00
ALCALDIA DE MAJAGUAL					\$ 1.747.042,00	\$ 1.747.042,00
COMFAMA			\$ 1.663.800,00			\$ 1.663.800,00
CLINICA LAS PEÑITAS	\$ 1.120.200,00	\$ 59.400,00	\$ 237.600,00	\$ 57.400,00	\$ 129.616,00	\$ 1.604.216,00
MEDICOS ASOCIADOS S.A					\$ 1.602.756,00	\$ 1.602.756,00
FUNDACION AMIGO DE LOS NIÑOS	\$ 1.040.700,00				\$ 363.300,00	\$ 1.404.000,00
FAMISANAR	\$ 735.944,00		\$ 477.704,00		\$ 5,00	\$ 1.213.653,00
GENERALI COLOMBIA SEGUROS	\$ 13.300,00	\$ 29.700,00		\$ 28.700,00	\$ 1.122.704,00	\$ 1.194.404,00
CAFABA ARS					\$ 1.163.925,00	\$ 1.163.925,00
COMFASUCRE EPS	\$ 93.188,00	\$ 530.920,00			\$ 259.100,00	\$ 883.208,00
CAPRECOM .SUB. CONTRIBUTIVO			\$ 242.800,00	\$ 248.600,00	\$ 342.900,00	\$ 834.300,00
ISS					\$ 815.155,00	\$ 815.155,00
SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTA	\$ 32.100,00				\$ 669.257,00	\$ 701.357,00
SEC. SALUD DE ANTIOQUIA			\$ 531.270,00		\$ 94.540,00	\$ 625.810,00
CAJA DE PREVISION SOCIAL U.C		\$ 29.700,00		\$ 227.800,00	\$ 357.556,00	\$ 615.056,00
ELECTRICARIBE	\$ 492.700,00					\$ 492.700,00
COLVIDA S.A					\$ 463.556,00	\$ 463.556,00
CRUZ BLANCA EPS					\$ 436.204,00	\$ 436.204,00

CLIENTE	De 31 a 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Más de 360 días	TOTAL
MULTIMEDICA				\$ 355.789,00		\$ 355.789,00
COMPENSAR EPS					\$ 211.812,00	\$ 211.812,00
HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA				\$ 202.209,00		\$ 202.209,00
CONSULTAR LTDA					\$ 201.624,00	\$ 201.624,00
SUSALUD					\$ 164.065,00	\$ 164.065,00
CCF COMFENALCO ANTIOQUIA					\$ 158.300,00	\$ 158.300,00
SEGUROS COLPATRIA					\$ 93.550,00	\$ 93.550,00
SEC. DE SALUD DE STA ROSA					\$ 67.200,00	\$ 67.200,00
SEC. DE SALUD DE TURBACO					\$ 65.600,00	\$ 65.600,00
FUNDACION JUAN FELIPE GOMEZ		\$ 29.700,00				\$ 29.700,00
ASEGURADORA SOLIDARIA DE C/BIA					\$ 2.769,00	\$ 2.769,00
GOLDEN GROUP S.A EPS						\$ -
<b>Total general</b>	<b>\$ 2.423.358.515,00</b>	<b>\$ 1.005.637.944,00</b>	<b>\$ 2.968.384.715,00</b>	<b>\$ 2.186.083.828,00</b>	<b>\$ 4.535.700.524,22</b>	<b>\$ 13.119.165.526,22</b>
	18%	8%	23%	17%	35%	

## **6. ANÁLISIS DE RIESGOS DEL MODELO DE GESTION Y OPERACION**

### **6.1. CARACTERISTICAS DE LOS RIESGOS**

#### **6.1.1. Concepto de riesgo**

Desde un punto de vista general, el riesgo es la posibilidad de sufrir un daño, se refiere a una situación potencial de daño, que puede producirse o no.

El tipo de daño potencial depende del tipo de actividad que estemos considerando. Toda actividad humana se desarrolla en un entorno contingente.

En un contexto económico y financiero, el daño se refiere a la pérdida de valor de alguna variable económica.

En los últimos treinta años se ha producido un fuerte crecimiento de la componente financiera de la actividad económica, y en la misma medida, han surgido nuevos riesgos.

Tanto uno como otro se refieren a situaciones futuras, hoy no conocidas con certeza, por lo que de forma natural nos adentramos en el campo de la probabilidad.

#### **6.1.2. Importancia del análisis de riesgos**

Una administración prudente es aquella que mide los riesgos del giro del negocio en la que se

Encuentra, adoptando las acciones que permitan neutralizarlos en forma oportuna.

A diferencia de la incertidumbre en la cual no es posible prever por no tener información o conocimiento del futuro, los riesgos pueden distinguirse por ser “visibles” pudiendo minimizar sus efectos

#### **6.1.3. Clases de riesgos**

A la luz de la nueva teoría de riesgos moderna, estos se clasifican en tres tipos primarios de los cuales se desprenden un sinnúmero de riesgos relacionados con la operación del negocio y el medio ambiente en el cual se desarrollen sus actividades.

De ahí que se consideren otros riesgos asociados al entorno social, cultural, político, entre otros.

Para el caso del hospital infantil Napoleón Franco Pareja hemos querido definir conceptualmente los riesgos primarios a manera de ejercicio académico que permita al lector comprender la dinámica del entorno del sector salud en el que específicamente se mueve el negocio de la empresa en estudio.

#### ***6.1.3.1. Riesgos financieros***

El riesgo financiero es un fenómeno multidimensional, que está relacionado con factores de índole económica de muy diverso tipo, pero también relacionado con factores políticos y sociales.

La detección, el análisis, la medición y la gestión de los diferentes riesgos financieros en Colombia son situaciones a las que se enfrentan las empresas del sector financiero a diario, de manera que el desarrollo empresarial es lo que hace que un país y una cultura sigan adelante.

En el campo de la gestión financiera los parámetros básicos son la rentabilidad esperada y el riesgo.

#### ***6.1.3.2. Riesgos económicos***

El riesgo económico es la posibilidad de sufrir una pérdida.

Para entender mejor su concepto comenzaremos seleccionando la variable que mide el resultado de la actividad económica.

Los riesgos financieros están relacionados con las posibles pérdidas generadas en las actividades financieras, tal como los movimientos desfavorables de los tipos de interés, de los tipos de cambio o de los precios de las acciones, cambios en la solvencia de los prestatarios o variaciones en los flujos netos de fondos.

Podemos dar un paso más en la conceptualización del riesgo si lo definimos como las pérdidas potenciales por encima de un resultado esperado, proyectado o calculado.

El riesgo es entonces, la posibilidad de que se produzca un resultado desfavorable en relación con un resultado esperado.

#### **6.1.3.3. Riesgos jurídicos**

Son los riesgos derivados de los efectos fiscales. Riesgo de pérdida debido a la no exigibilidad de acuerdos contractuales, procesos legales o sentencias adversas.

Una vertiente del Riesgo Legal es el riesgo derivado de los cambios en la normativa fiscal. El tratamiento fiscal de los rendimientos que pueda generar un activo es también una fuente de riesgo. El riesgo impositivo se produce por la posibilidad de que desaparezcan determinadas ventajas fiscales que gozan algunos activos.

### **6.2. IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DE LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DEL HOSPITAL**

El cierre de la evaluación del modelo de gestión y operación concluye con la identificación y análisis de los riesgos con los cuales realizamos una calificación y priorización de los mismos a fin de lograr un mapa útil que sintetice la vulnerabilidad de la institución y nos permita pensar en las alternativas de soluciones.

La metodología utilizada es muy sencilla y consiste en identificar en cada una de las área evaluadas y analizadas los factores de riesgos que se han clasificado inicialmente en externos, para contextualizar las variables del entorno del sector y del mercado regional y local, y los internos que son los propios de la organización y operación de los servicios.

Cada uno de estos factores de riesgos se ha asociado a las áreas de gestión propias de su resorte y se ha procedido darles una calificación de 1 a 5 según el nivel de impacto en la gestión de la empresa, con lo cual empezamos a tener el insumo clave para el análisis y formulación del mapa.

### 6.2.1. Caracterización y calificación de los riesgos externos

La caracterización y calificación de los riesgos externos que se presenta en la siguiente tabla es el reflejo de las tendencias y condiciones del mercado de la salud en la región, factores que serán determinantes en la evolución y futuro no solo de la casa del niño sino de todas las instituciones de servicios de salud de Bolívar.

**Tabla 128. Clasificación y calificación de los riesgos externos.**

Nº	FACTOR DE RIESGO	CALIFICACION	AREA DE GESTION ASOCIADA
1	Ajuste adverso en el Sistema de Salud	3	Gestión Estratégica
2	Ampliación de los servicios Pediátrico Red Privada	2	Gestión de Servicios
3	Cambio en el sistema de salud - Asistencialismo	2	Gestión de Servicios
4	Cierre o liquidación de algunas EPSS	3	Gestión Estratégica
5	Cierre o liquidación de Emdis - Humanavivir	4	Gestión de Servicios
6	Concentración de los Recursos en las EPS	5	Gestión Estratégica
7	Corrupción en la contratación de servicios EPS	3	Gestión Estratégica
8	Corrupción Política y Administrativa	3	Gestión Estratégica
9	Dinámica de renovación generacional MD	3	Gestión Estratégica
10	El Fortalecimiento de la Red Publica	3	Gestión Estratégica
11	Fallos de las Demandas Responsabilidad Civil	5	Gestión Administrativa
12	Falta de apoyo del Estado y el Gobierno Local	3	Gestión Estratégica
13	Implementación de las normas de vigilancia y control	3	Gestión del Control
14	Implementación del SOGC	4	Gestión del Control
15	Incertidumbre Jurídica del Sistema	4	Gestión Estratégica
16	Intervención Superintendencia de Salud	3	Gestión del Control
17	La Integración Vertical de las EPSS	3	Gestión Estratégica
18	Nuevas tecnologías y técnicas de atención	3	Gestión de Servicios
19	Proyecto de Hospital Universitario Pediátrico	2	Gestión de Servicios
20	Sanciones de la SNS	3	Gestión Administrativa
21	Sanciones del Dadis a la IPS	3	Gestión de Servicios
22	Sanciones del Dadis por habilitación	3	Gestión Administrativa
23	Sanciones del Dadis por habilitación UCI	4	Gestión Administrativa
24	Tarifas poco competitivas para la oferta de servicios	4	Gestión de Servicios
25	Tramite de Casación demanda Convención Colectiva	4	Gestión Administrativa

Fuente: Análisis estratégico realizado por los investigadores.

Para una mayor ilustración hemos incluido esta tabla sobre la cual no vamos a entrar en detalles por cuanto es el punto de referencia que queremos utilizar al mostrarle al

lector de donde sale la información y como se va aplicando la metodología inductiva para llegar a conclusiones relevantes y prácticas que sustentaran decisiones importantes de una manera muy técnica.

### 6.2.2. Caracterización y calificación de los riesgos Internos

De este otro lado tenemos la caracterización de los riesgos internos propios del modelo de operación de la institución. Es importante aclarar que esta última no nos mostrará las debilidades de la empresa sino los riesgos que conllevar a priorizar y determinar cuáles son las debilidades que originan el factor de riesgo.

**Tabla 129. Clasificación y calificación de los riesgos internos.**

Nº	FACTOR DE RIESGO	CALIFICACION	AREA DE GESTION ASOCIADA
1	Aumento de las Demandas Laborales	3	Gestión Administrativa
2	Avalancha de embargos de proveedores	4	Gestión Financiera
3	Baja rentabilidad de los servicios actuales	4	Gestión de Servicios
4	Barreras de acceso al Crédito	3	Gestión Financiera
5	Carencia Sistema de Planeación y Control	4	Gestión del Control
6	Causal de Liquidación por los resultados financieros	5	Gestión del Control
7	Cierre de Servicios por falta de recursos	4	Gestión del Control
8	Cierre de Servicios por sanciones	3	Gestión del Control
9	Condenas demandas laborales	5	Gestión Administrativa
10	Cuentas por Pagar a Proveedores de alto riesgo	3	Gestión Financiera
11	Cuentas por Pagar mayores 360 días	3	Gestión Financiera
12	Cumplimiento condiciones de operación	3	Gestión de Servicios
13	Cumplimiento Habilitación de los Servicios	4	Gestión de Servicios
14	Demanda Responsabilidad Civil HINFP - UCI	5	Gestión del Control
15	Demandas Laborales	4	Gestión del Control
16	Deudas Parafiscales ICBF y Prestacionales ISS	3	Gestión Financiera
17	Deudas Prestaciones retroactivas	3	Gestión Financiera
18	Deudas tributarias Dian - Distrito	5	Gestión Financiera
19	El escaso desarrollo institucional	4	Gestión Estratégica
20	Embargos de la financiación de la UCI al HINFP	5	Gestión Estratégica
21	Embargos directos a la UCI	5	Gestión Estratégica
22	Falta cultura empresarial y actualización gestión	4	Gestión Administrativa
23	Falta de capacitación del RRHH	4	Gestión Administrativa
24	Falta de Evaluación y Control de la Gestión	5	Gestión del Control
25	Falta de Evaluación y Control de los recursos	5	Gestión del Control
26	Falta de Inversión hospitalaria	4	Gestión Administrativa
27	Falta de Organización y Planeación Institucional	5	Gestión Estratégica
28	Falta de Proyección Regional	4	Gestión Estratégica
29	Falta de un Plan Estratégico	4	Gestión Estratégica
30	Falta Investigación de mercado	4	Gestión Estratégica
31	Ilíquidez y flujo lento de los recaudos	5	Gestión Financiera
32	La Gestión del Cobro de Cartera	5	Gestión Financiera
33	Liquidación de la empresa	4	Gestión del Control
34	Mala Gestión en la facturación y recaudo	5	Gestión Financiera
35	Modelo de Contratación Producción de los Servicios	4	Gestión de Servicios
36	Modelo de Contratación Servicios Médicos	4	Gestión de Servicios
37	Modelo de Contratación venta de servicios	5	Gestión de Servicios

38	Modelo de Gestión de Servicios Tercerizados	5	Gestión de Servicios
39	Modelo de Operación de la UCI	4	Gestión de Servicios
40	Modelo de Producción de los Servicios	5	Gestión de Servicios
41	Modelo de Vinculación del Personal MD	4	Gestión de Servicios
42	No tener alianzas estratégicas	4	Gestión de Servicios
43	Pago de Intereses por las obligaciones	5	Gestión Financiera
44	Portafolio de Servicios limitado	4	Gestión de Servicios

Fuente: Análisis estratégico realizado por los investigadores.

En esta tabla se han obtenido 44 factores de riesgos asociados al modelo de gestión y operación actual de la empresa que se constituyen en obstáculos para garantizar la viabilidad de la empresa y limita el ajuste del hospital a las necesidades de su entorno.

Estas variables más adelante son utilizadas para el análisis comparativo entre escenarios de gestión con el propósito de decantar los macro problemas que son al final desde donde la empresa debe iniciar el ejercicio de re direccionamiento estratégico y de ajuste al modelo de gestión y operación de la empresa.

### 6.2.3. Análisis de los riesgos calificados

Iniciamos el análisis de riesgos con un sencillo ejercicio que nos permite ubicar la proporción del problema que debemos enfrentar antes de comenzar a proponer soluciones sin una causa relacional que no lleve a las directivas y al gerente a focalizar adecuadamente los recursos y concentrar eficientemente los esfuerzos.

Teniendo en cuenta la calificación de los factores de riesgos según el entorno de origen donde fueron ubicados, se ha procedido a su clasificación y hemos obtenido el siguiente cuadro.

ENTORNO	SUMATORIA CALIFICACION	Part %
Externo	85	31%
Interno	193	69%
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100%</b>

Las proporciones de 31% y 69% son una prueba clara que la problemática interna del modelo de gestión y operación son las mayores causas de la situación general de la empresa y que el entorno aunque agreste no es tan impactante como pudiera haberse concluido erróneamente en unos inicios. No quiere decir esto que una vez ajustado el modelo los riesgos del entorno pierdan importancia.

Ahora realizamos el mismo ejercicio pero asociando la calificación de los riesgos por áreas de gestión y nos encontramos con información concluyente que puede llegar a sorprender a muchos lectores.

Observamos por ejemplo que muy a pesar de la difícil situación financiera de la institución, al evaluar en perspectiva el conjunto de factores generadores de los riesgos, podríamos concluir que estos problemas son en mayor proporción un problema del modelo de producción y de gestión de los servicios que de gestión financiera.

Para explicar esta apreciación basta con notar que aunque se tiene una cartera que supera los 15 mil millones de pesos y unas cuentas por pagar de 8 mil, lo que llevaría a pensar que si nos pagan lo que nos deben nos quedarían unos 7 mil millones de pesos. Así las cosas podríamos pensar que la solución es solo recuperar cartera lo cual no es del todo cierto.

Ampliando el análisis en cuestión, tenemos que hay problemas asociados a la forma como estamos vendiendo y contratando servicios, a la calidad de los clientes que estamos escogiendo, a la forma como producimos los servicios y la forma como los facturamos, de igual forma incide en el proceso la manera como organizamos su prestación (contratación de insumos y médicos) y finalmente los procesos administrativos de cómo radicamos y gestionamos la legalización de las facturas para el reconocimiento de los pagos.

Entendemos entonces que en el siguiente cuadro la mayor concentración de los riesgos del modelo de gestión y operación están en la gestión de los servicios que refleja un 25%, seguido de la gestión estratégica de un 23% y la gestión del control

con un 19%. Estos deben ser las líneas de mayor enfoque en el ajuste a proponer si la empresa y sus directivas quieren atacar de manera radical permanente los problemas financieros y de flujo de caja que por muchos años viene afectándola.

AREAS DE GESTION	SUMATORIA CALIFICACION	Part %
Gestión Administrativa	50	18%
Gestión de Servicios	69	25%
Gestión del Control	52	19%
Gestión Estratégica	63	23%
Gestión Financiera	44	16%
<b>Total general</b>	<b>278</b>	<b>100%</b>

Para mejorar la perspectiva del análisis de riesgos veamos ahora de manera integral la situación de la empresa. Para ello en el siguiente cuadro desagregamos la calificación y sumatoria de riesgos internos y externo que también nos señala aspectos muy importantes.

Vemos ahora sí que evaluando en un solo plano el modelo de gestión y operación a la luz de los riesgos internos, encontramos que aunque sigue siendo la gestión de los servicios el de mayor impacto, es la gestión financiera relacionada con la actividad de los servicios, es decir al modelo de producción, facturación y cobro de los mismos, desplaza al componente estratégico que de manera integral se situaba en segundo nivel de prioridad y atención, pero curiosamente se mantiene en el tercer lugar la gestión del control.

AREA DE GESTION ASOCIADA	Externo	Interno	Total general	Part %
Gestión Administrativa	25	25	50	18%
Gestión de Servicios	15	54	69	25%
Gestión del Control	13	39	52	19%
Gestión Estratégica	32	31	63	23%
Gestión Financiera		44	44	16%
<b>Total general</b>	<b>85</b>	<b>193</b>	<b>278</b>	<b>100%</b>

#### **6.2.4. Caracterización del Mapa de riesgos de la empresa**

Con toda la información obtenida en el análisis de riesgos el modelo de gestión y operación hemos construido el mapa de riesgos de la empresa que mostramos en la tabla 130.

El mapa de riesgos del modelo de gestión y operación representa de manera muy práctica, básica y sencilla la ubicación de cada uno de los factores identificados y priorizados. Estos se han organizado en cuatro perspectivas a saber, riesgos legales y jurídicos, riesgos financieros y económicos, riesgos de la operación y la gestión y riesgos del entorno y el mercado.

Estas perspectivas se han proyectado en el corto plazo; estimando un año, el mediano plazo, dos años y el largo plazo estimado en los próximos tres años, a partir de esta matriz hemos empezado el ejercicio de ubicar los riesgos y hemos obtenido el siguiente resultado.

**Tabla 130. Mapa de Riesgos de la empresa**

<b>Riesgos Legales y Jurídicos</b>	Cumplimiento Habilitación de los Servicios	Aumento de las Demandas Laborales	Demandas Laborales
	Tramite de Casación demanda Convención Colectiva	Fallos de las Demandas Responsabilidad Civil	Demanda Responsabilidad Civil HINFP - UCI
	Sanciones de la SNS	Intervención Superintendencia de Salud	Intervención Superintendencia de Salud
	Condenas demandas laborales	Cierre de Servicios por sanciones	Implementación de las normas de vigilancia y control
	Avalancha de embargos de proveedores	Ajuste adverso en el Sistema de Salud	Sanciones del Dadis por habilitación UCI
	Incertidumbre Jurídica del Sistema	Sanciones del Dadis por habilitación	Liquidación de la empresa
<b>Riesgos Financieros y Económicos</b>	Deudas tributarias Dian – Distrito	Deudas tributarias Dian – Distrito	Mala Gestión en la facturación y recaudo
	Deudas Parafiscales ICBF y Prestacionales ISS	Cuentas por Pagar mayores 360 días	Baja rentabilidad de los servicios actuales
	Ilíquidez y flujo lento de los recaudos	Deudas Prestaciones retroactivas	Falta de Evaluación y Control de los recursos
	Cuentas por Pagar a Proveedores de alto riesgo	Baja rentabilidad de los servicios actuales	Causal de Liquidación por los resultados financieros
	Pago de Intereses por las obligaciones	Cierre de Servicios por falta de recursos	Embargos directos a la UCI
	Barreras de acceso al Crédito	Embargos de la financiación de la UCI al HINFP	Tarifas poco competitivas para la oferta de servicios
<b>Riesgos Operación y Gestión</b>	Cumplimiento condiciones de operación	Modelo de Contratación venta de servicios	Falta de capacitación del RRHH
	Modelo de Contratación Servicios Médicos	Modelo de Producción de los Servicios	Dinámica de renovación generacional MD
	Modelo de Producción de los Servicios	Modelo de Gestión de Servicios Tercerizados	Modelo de Vinculación del Personal MD
	Carencia Sistema de Planeación y Control	Falta de Evaluación y Control de la Gestión	El escaso desarrollo institucional
	La Gestión del Cobro de Cartera	Modelo de Operación de la UCI	Falta de Inversión hospitalaria
	Falta de Organización y Planeación Institucional	Implementación del SOGC	Falta cultura empresarial y actualización gestión
<b>Riesgos del Entorno y el Mercado</b>	Concentración de los Recursos en las EPS	Proyecto de Hospital Universitario Pediátrico	Ampliación de los servicios Pediátrico Red Privada
	El Fortalecimiento de la Red Publica	Cierre o liquidación de algunas EPSS	Cambio en el sistema de salud - Asistencialismo
	La Integración Vertical de las EPSS	Sanciones del Dadis a la IPS	Nuevas tecnologías y técnicas de atención
	Cierre o liquidación de Emdis - Humanavivir	Falta de apoyo del Estado y el Gobierno Local	No tener alianzas estratégicas con los clientes
	Corrupción en la contratación de servicios EPS	Falta de Proyección Regional	Falta de un Plan Estratégico y un modelo de operación
	Falta Investigación de mercado	Portafolio de Servicios limitado	Corrupción Política y Administrativa
<b>Corto Plazo 1 Año (Junio 2010 - Junio 2011)</b>		<b>Mediano Plazo entre 1 a 2 Años (Julio 2011 - Diciembre 2012)</b>	<b>Largo Plazo Entre 2 y 3 Años (Enero 2013 - Diciembre 2013)</b>

### **6.3. IDENTIFICACIÓN DE LOS MACROPROBLEMAS**

Los macro problemas son el resultado de un proceso analítico y técnico a través del cual se estudian los índices de correlación entre los factores de riesgos y el impacto del mismo según el área de gestión a la que pertenezcan.

De manera que los macro problemas que se identifican en este ejercicio concentra las debilidades de la micro gestión y se convierte en una solución estratégica, táctica u operativa para atacar ese conjunto de factores de riesgos que mayor proporción de impacto tiene en el modelo de gestión y operación de la empresa.

La gran importancia de este ejercicio es que se convierte en la base diagnostica del proceso de planeación integral de la empresa y su utilidad se refleja en que las estrategias, los planes y programas que se definan, permiten garantizar con un mayor grado de certeza, eficiencia y efectividad la focalización y aplicación de los recursos y los esfuerzos de la organización.

La tabla 131 identifica en su orden de prioridad los principales macro problemas del actual modelo de gestión y operación del hospital, estos se resumen en 14 renglones o ítems, de los cuales más del 70% se encuentran en los 7 primeros.

Observamos como necesidades urgentes la necesidad de reorganizar los procesos mediante el ajuste de la estructura organizacional, así como la redefinición de algunos cargos y trabajadores y fortalecer el sistema de producción y control de los servicios y recursos.

Las demás líneas de trabajo que señalan los macro problemas restantes son más de la línea operativa sobre las cuales debe diseñarse los planes de trabajo (Planes Operativos por áreas) e implementar el sistema de evaluación y monitoreo a la gestión que asegure el avance de las actividades y el cumplimiento de las metas y objetivos.

Dejamos a consideración de directivos gerentes y asesores de la empresa esta valiosos información esperando que sea una útil herramienta y soporte técnico para las muchas decisiones administrativas que hay que tomar para retomar el camino de la sobrevivencia y desarrollo de esta importante institución.

**Tabla 131. Identificación y priorización de los macro problemas del hospital**

Nº	IDENTIFICACION DE LOS MACROPROBLEMAS	CALIFICACION PRIORIZACION	PART %
1	La empresa no cuenta con una estructura organización ni con el personal idóneo para liderar la gestión de la producción de servicios del hospital	56	20,1%
2	El hospital no cuenta con ningún proceso de Planeación ni herramientas técnicas que le permitan priorizar y proyectar la gestión y operación de la empresa.	35	12,6%
3	La falta de un flujo de caja regular impiden el cumplimiento de la obligaciones	34	12,2%
4	La empresa no cuenta con una estructura organización ni con el personal idóneo para liderar la gestión Administrativa y operativa del hospital	26	9,4%
5	El Actual modelo de gestión no tiene acompañamiento jurídico para apoyar las decisiones estratégicas y directivas	23	8,3%
6	El enfoque de la revisoría fiscal no es idóneo para empresas prestadoras de servicios de salud	18	6,5%
7	El enfoque en el modelo de atención y gestión de los servicios no está armonizado con las tendencias del sector ni con las necesidades del mercado	18	6,5%
8	La falta de un sistema de control interno y evaluación de la gestión impiden garantizar la operación minimizando los riesgos propios del servicio	18	6,5%
9	El sistema de calidad de la empresa no está implementándose adecuadamente	14	5,0%
10	La Gestión gerencial adolece de un plan de trabajo y de criterios concertados con la Junta Directiva para atender las coyunturas de la operación	12	4,3%
11	No existe ningún tipo de programa de capacitación y desarrollo del talento humano	8	2,9%
12	La empresa no cuenta con una estructura organización ni con el personal idóneo para liderar la gestión de los procesos de evaluación y control del hospital	7	2,5%
13	El modelo de gestión no tiene un plan financiero ni ninguna herramienta de planeación y control	5	1,8%
14	No se tiene un Plan Operativo de las áreas como instrumento de planeación de actividades y como elemento para asegurar el cumplimiento de metas y objetivos evaluables.	4	1,4%
		<b>278</b>	<b>100,0%</b>

## 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO

### 7.1. OBSERVACIONES PREVIAS AL CIERRE DEL ANALISIS

#### 7.1.1. Observaciones del nivel de Gestión Estratégica

AREA DE GESTION	OBSERVACIONES
Administrativa	Las proporciones de 31% y 69% son una prueba clara que la problemática interna del modelo de gestión y operación son las mayores causas de la situación general de la empresa y que el entorno aunque agreste no es tan impactante como pudiera haberse concluido erróneamente en unos inicios. No quiere decir esto que una vez ajustado el modelo los riesgos del entorno pierdan importancia.
Administrativa	Observamos por ejemplo que muy a pesar de la difícil situación financiera de la institución, al evaluar en perspectiva el conjunto de factores generadores de los riesgos, podríamos concluir que estos problemas son en mayor proporción un problema del modelo de producción y de gestión de los servicio que de gestión financiera.
Estratégica	Una primera conclusión respecto de las reflexiones anteriores está muy de acuerdo en que el hospital infantil “Casa del Niño” es una empresa de salud que por su grado de especialidad y tamaño es más compleja que cualquier hospital general de mediana o alta complejidad.
Estratégica	Hablar de eficiencia, producción, productividad, rentabilidad y mercadeo de servicios, no riñe con el objeto social de los hospitales modernos, por el contrario son conceptos técnicos que la teoría de la administración hospitalaria moderna ha tenido que introducir en virtud de lograr unos modelos de organización, gestión y operación hospitalaria que racionalicen los recursos y garanticen las mejores inversiones en la calidad de la atención y seguridad del paciente.
Mercadeo y Producción	En virtud del nivel de especialización del hospital y su condición de ser el único hospital pediátrico de la región, este recibe por defecto la demanda de los servicios de la población y asume un gran costo social económico y político como quiera que la infraestructura actual no tiene la capacidad de satisfacer mínimamente la demanda potencial de este tipo de servicios.
Mercadeo y Producción	La situación anterior unido a la gran inversión que supera los 20 mil millones de pesos para construir un nuevo hospital pediátrico con un capital de trabajo de más de 6 mil millones una tasa de retorno inferior al 15% anual no son ninguna garantía para llegar a pensar que se puede tener competencia fuerte en el próximo año

### 7.1.2. Observaciones del nivel de Gestión de los Servicios

AREA DE GESTION	OBSERVACIONES
Administrativa	En relación con la gran congestión observada en varias épocas del año que demuestran la necesidad de ampliar las salas y mejorar el modelo de gestión de este servicio de manera prioritaria por los riesgos legales que está enfrentando cada día. Finalmente observamos que en la realidad y bajo las condiciones y características actuales, nunca se podrá tener un buen estándar de rendimiento, pero se puede lograr mejorar el nivel de productividad y facturación si se intervienen los ambientes, se ajustan sus procesos y se mejora el confort y áreas de espera de los pacientes y familiares.
Mercadeo y Producción	no se puede perder de vistas dos cosas la primera es que el modelo tarifario en Colombia hace que los servicios de hospitalización aparezcan siempre en los estados financieros como de alta rentabilidad lo cual implica garantizar una serie de servicios de apoyo que no se reflejan en los análisis financieros o de costos de servicios generales directos e indirectos que tampoco se tienen en cuenta por la mala clasificación de las mismas cuentas (en la mayoría de las veces no hay sistemas de costos) esto tiende a confundir y dilatar la toma de decisiones para conocer la intimidad del servicio y ajustar el modelo y llevarlo a un mayor nivel de eficiencia
Mercadeo y Producción	En general la capacidad instalada del hospital no se explota ni se mercadea, tiene la posibilidad incluso de comercializar externamente los servicios de laboratorio e imagenología con lo cual podría generar valiosos recursos que necesita la institución para mejorar sus condiciones financieras
Mercadeo y Producción	El hospital tiene el 38% de la oferta de camas pediátrica lo que muestra de un lado la posición de importancia frente a las demás instituciones de especialidades generales que ofrecen algunas camas, y de otro la gran debilidad de la ciudad en este servicio que puede dar la posibilidad de ser explotado estratégicamente. El mismo análisis aplica para las camas de UCI.
Mercadeo y Producción	La ampliación de la edad de atención pediátrica según el acuerdo 11 de la CRES, asegura un mercado adicional para Bolívar de unos 125 mil niños.
Mercadeo y Producción	La igualación del POS al POSS en la etapa pediátrica se convierte en una gran oportunidad para sub especializar a la empresa y reorientar los servicios actuales hacia servicios de mayor rentabilidad
Mercadeo y Producción	La incertidumbre y el vacío jurídico que generó la corte constitucional con la aplicación de la sentencia T 760 dan un compás de espera que hace pensar que los grandes inversionistas y grupos económicos de la salud esperen la expedición del nuevo paquete de reformas al sistema que deberá sancionar el nuevo gobierno el próximo año.
Servicios de salud	muy a pesar de que el modelo de atención asistencialista del hospital genera grandes deficiencias en la gestión de los servicios y control de los costos, su filosofía y características esenciales reflejan la necesidad de seguir preservando ese mismo espíritu de compromiso ético y social con el paciente pero lleva a reflexionar en un modelo que pueda garantizar la autosostenibilidad y sobrevivencia de la empresa en el mediano plazo
Servicios de salud	Otra conclusión y recomendación importante es que la proyección del hospital y su posibilidad de reposicionarse en el mercado en unas mejores condiciones financieras está en la ampliación de los servicios críticos, para lo cual los servicios de apoyo tienen la capacidad de soportar y atender la demanda adicional.
Servicios de salud	Es clave tener en cuenta para ampliar el servicio que las tendencias del sector en la ciudad indican que la ESE Maternidad Rafael Calvo y la Clínica San Juan de Dios fortalecerán los servicios de neonatología en relación con su nivel de complejidad y especialidad institucional, de manera que esto nos permite pensar en aumentar en mayor proporción las camas pediátricas.

### 7.1.3. Observaciones del nivel de Gestión Administrativa

AREA DE GESTION	OBSERVACIONES
Administrativa	En conclusión se encontró mucha informalidad y mucho desorden en las decisiones del director en gran medida producto de la estructura organizacional y del modelo de gestión implementado.
Legal	En el análisis de este componente legal la primera gran conclusión y con la escasa delimitación en el manejo de ambas entidades es difícil en materia jurídica determinar el nivel de responsabilidades que se pueden estar asumiendo específica o solidariamente, frente a los clientes, pacientes, proveedores, trabajadores, instituciones de inspección vigilancia y control así como con terceros.
Legal	Con relación a las facultades de contratación del Gerente o representante legal de la fundación esta se estima en 50 salarios mínimos mensuales legales vigentes, sin embargo en la práctica observamos que por el tamaño de la operación de la empresa se realizan compras de insumos y suministros promedio de 170 millones lo que excede sus facultades, al igual se firman contratos de prestación de servicios superiores a 80 millones, asimismo se realizan pagos a proveedores y contratistas por cifras mensuales superiores a los 50 y 70 millones.

### 7.1.4. Observaciones del nivel de Gestión del Control

AREA DE GESTION	OBSERVACIONES
Legal	Si bien a nivel procesal, frente a reclamaciones de orden laboral o civil, se puede restringir medianamente la responsabilidad de las instituciones; en la práctica se da una unidad de administración y financiera, lo que puede generar una eventual solidaridad o que se persigan los recursos, representados en derechos o créditos en la otra entidad.

## 7.2. RESUMEN DE CONCLUSIONES RELEVANTES

### 7.2.1. Gestión Estratégica

AREA DE GESTION	CONCLUSIONES
Estratégica	Consideramos que el momento de intervención de la junta directiva para tomar decisiones es muy oportuno por las condiciones del sistema y del mercado local mismo expresado en los siguientes términos que nos permiten visualizar la posibilidad real de estabilizar la empresa en dos años
Estratégica	En estos términos muy a pesar de las difíciles condiciones del hospital y del sector en este año 2010, se tiene una ventana de gestión importante que estimamos de unos 5 meses, que debe aprovecharse adecuadamente para preparar a la empresa para enfrentar los retos de un mercado muchísimo más exigente y competitivo que se espera en el próximo año 2011.
Estratégica	el hospital enfrenta hoy su reto de subsistencia más complejo, reconstruir las relaciones corporativas, alinearse con el mercado y ajustar su modelo de gestión a un nivel de eficiencia, desarrollo y competitividad en el corto plazo que a su vez genere la confianza institucional y los recursos para apalancar un proceso de modernización y Subespecialización de sus servicios a mediano plazo
Financiera	En resumen los indicadores técnicos y financieros encontrados en los registros de la empresa, el nivel de conflictos jurídicos, la alta cartera, los cambios en la composición del mercado, y las tendencias de crecimiento de los recaudos frente a los gastos nos llevan a la conclusión que la empresa se encuentra en estos momentos en una inviabilidad técnica que de continuar unos seis meses puede dar origen a una intervención administrativa o entrar en causal de liquidación por las causas financieras y de orden legal.
Financiera	la UCI aun está en su proceso de maduración y necesita de este apalancamiento ya que como veremos más adelante si se independiza frente a las condiciones de mercado y a la dinámica el flujo de recursos, esta tendría serias dificultades financieras para su operación, si la UCI se independizara en estos momentos su alta cartera y poca capacidad administrativa la llevaría a cerrar en unos 4 meses
Mercadeo y Producción	La imagen institucional se encuentra deteriorada frente a los aseguradores

### 7.2.2. Gestión de los Servicios

AREA DE GESTION	CONCLUSIONES
Administrativa	Los servicios tercerizados se propone evaluar el modelo de operación teniendo en cuenta las nuevas tendencias de gestión de servicios, los costos de los insumos y las condiciones primarias de los contratos ya que al parecer se están cargando gastos administrativos como arriendos, servicios públicos, vigilancia y hasta algún personal de apoyo que no estaba previsto inicialmente.
Administrativa	Hoy día tenemos en el mercado de los insumos de salud muchas posibilidades de conseguir equipos biomédicos de alta tecnología a modo de leasing con los laboratorios y los mismos proveedores, situación que puede conllevar a replantear el actual modelo y mejorar la participación del hospital en la venta de servicios
Administrativa	No se cuenta con programa académico concertado como plan de trabajo evaluable y verificable por parte de hospital, el convenio docente se limita exclusivamente al uso del escenario de práctica y la facilitación de la infraestructura física y técnica.
Administrativa	No se tiene una planeación sobre la capacidad de carga de estudiantes y las diferentes especialidades y programas con el fin de lograr una mayor eficiencia y aporte a la gestión hospitalaria.
Administrativa	Al revisar el proceso de evaluación de la actividad nos encontramos que no existe una persona responsable directamente de la coordinación de los convenios, el proceso en la práctica lo maneja la subdirección científica con el apoyo de la coordinación de calidad.
Administrativa	Al tratar de verificar los soportes legales del convenio se pudo observar el incumplimiento en la oportunidad y falta de documentos tales como pólizas de responsabilidad civil por parte de las universidades, suscripción y archivo de actas operativas, se encuentran muchos convenios vencidos si gestión de prorroga a la fecha pero sin embargo hay estudiantes en prácticas.
Administrativa	Los escenarios de docencia compuestos por un aula son insuficiente con relación a la gran cantidad de estudiantes que circulan en los diferentes programas.
Administrativa	Nos encontramos que los convenios no son evaluados técnica y financieramente de manera que no se sabe con certeza el grado de conveniencia financiera, así como tampoco aportan al proceso de investigación del hospital.
Administrativa	En resumen la institución no cumple con los requisitos técnicos para habilitarse como hospital universitario.
Mercadeo y Producción	Se están ofreciendo y vendiendo servicios no autorizados como es el caso de imagenología, exámenes diagnósticos cardiológicos, así mismo se encontraron servicios habilitados que no forman parte siquiera de la especialidad del hospital como los gineco-obstetricos.

Mercadeo y Producción	Vemos el comparativo de cirugías canceladas en los meses de enero a junio desde 2003 hasta el 2010. Observamos una tendencia regular pero si tenemos en cuenta que la habilitación de las dos salas de cirugías tiene una operación estable a partir de los últimos 5 años concluiríamos que el modelo de gestión del servicio enfrenta serias dificultades que terminaran reflejándose en los niveles de ingresos por la venta de estos.
Mercadeo y Producción	es concluyente la cifra de 352 procedimientos quirúrgicos menos que el año anterior para la evaluación de la producción en el primer semestre, esto significa una disminución del 18% en el numero de cirugías tendencia que de mantenerse podría representar más de 750 eventos quirúrgicos menos que se facturarían y una pérdida de ingresos de alrededor de 370 millones de pesos
Mercadeo y Producción	Las ineficiencia en el modelo de gestión de servicios está afectando la operación y rentabilidad de la venta de servicios, pero por otro lado señala que los costos están en una cima donde muy posiblemente al crecer en la oferta no se afectarían y la contribución a la ecuación de rentabilidad podría ser muy atractiva por cuanto casi que se convierten en costos fijos.
Mercadeo y Producción	En 2009 la dependencia del mercado de vinculados para el hospital era determinante y contundente al punto que los ingresos por la facturación a los entes territoriales era de más del 60% situación que no era así en la UCI donde la facturación a estos mismos era del 50%
Mercadeo y Producción	Finalmente vemos como los servicios de la UCI se proyectaron en el segmento del régimen contributivo lo que permitió sobrepasar en el 100% la facturación que se tenía como promedio en el hospital y que muestra el camino a la ampliación y mercadeo de los mismos.
Servicios de salud	La productividad de la empresa viene disminuyendo este año en las líneas de servicios fuentes como son consulta externa y urgencias.
Servicios de salud	Los factores sociales y culturales asociados a las fiestas nacionales y locales inciden de manera significativa en la demanda de servicios en abril y noviembre y diciembre, factores que no son tenidos en cuenta en la planeación de los servicios que podría llevar a ahorros económicos de gran importancia para la empresa
Servicios de salud	En conclusión, teniendo un mercado cautivo tan grande que significan los pacientes hospitalizados, en UCI y los de urgencias, la empresa debe explorar la posibilidad de organizar mejor su modelo de atención y producción de servicios con unidades de adicionales como manejo del dolor, rehabilitación, asistencia social, investigación y consultoría, entrenamiento y capacitación etc
Servicios de salud	El actual modelo de gestión y operación es ineficiente según lo demuestran las cifras anteriores, pero con pequeños ajustes se podrían obtener resultados sorprendentes en el corto plazo.
Servicios de salud	Si la empresa profundizara en la gestión actual de los servicios y mejorara las condiciones y tarifas de contratación actual estos valores se podrían incrementar significativamente.

### 7.2.3. Gestión Administrativa

AREA DE GESTION	CONCLUSIONES
Administrativa	Dada la disponibilidad de los recursos humanos y servicios de apoyo necesarios para garantizar el servicio, el hospital podría operar en un 85% de capacidad instalada ponderada en todos los servicios sin ningún problema en y luego de los ajustes al modelo de atención y gestión de los servicios, la operación puede llegar al 95%
Administrativa	Finalmente se demuestra la necesidad de estudiar la renegociación de los contratos de servicios médicos tercerizados así como los de implementar un programa de Subespecialización de los servicios y organización y apertura de 2 unidades de apoyo y rehabilitación.
Administrativa	El componente de los procesos jurídicos del hospital, es fácil y sustentable concluir el nivel de desorganización, planeación y control del recurso humano cuando vemos el 85% de los procesos en contra de la entidad son de carácter laboral.
Administrativa	La curva salarial en términos generales se asimila mucho a la de una empresa del sector público observándose en los niveles profesionales tanto paramédico como administrativo diferencias amplias si tenemos en cuenta que estos son en la mayoría de tiempo completo.
Administrativa	El desarrollo institucional es muy escaso, aunque se encontraron manuales y planes, estos en su mayoría no se están implementando, se observa que el área de calidad hace un gran esfuerzo para articular el sistema obligatorio de garantía de la calidad.
Legal	La relación que existe entre la UCI y el Hospital en materia de los contratos de prestación de servicios no garantiza ningún blindaje a ninguna de las entidades frente a los procesos laborales que puedan llegar a desprenderse en el futuro en la operación misma de la UCI.
Legal	La carencia de documentos formales que sustenten la relación entre el Hospital y la UCI, dificultan la defensa o protección de los derechos de cada una de ellas, toda vez que en la contabilidad, que constituye prueba idónea, constan registros de operaciones con la intención de defraudar a los acreedores, y las eventuales implicaciones por falsedad ideológica o material en los documentos privados.

#### 7.2.4. Gestión Financiera

AREA DE GESTION	CONCLUSIONES
Financiera	A pesar del bajo nivel de productividad actual la empresa genera los ingresos suficientes como para mantener en equilibrio su modelo de gestión y operación actuales.
Financiera	No se tiene capacidad de cumplir con las obligaciones, satisfacer contingencias ni reaccionar a la incertidumbre
Financiera	La empresa no tiene capacidad de cumplir sus obligaciones a corto plazo
Financiera	La empresa tiene un muy bajo nivel de liquidez que la hace inviable técnicamente
Mercadeo y Producción	De 2009 a 2010 la facturación creció sólo 100 millones de pesos mensuales, lo cual equivale al incremento de las tarifas, por lo que no se percibe un esfuerzo financiero adicional al simple crecimiento natural de la venta de servicios a expensas de ajuste tarifario.
Mercadeo y Producción	Vemos como en apenas 6 meses las características del mercado variaron profundamente hacia el aseguramiento lo cual se ha visto al facturar el 72% de los servicios al régimen subsidiado y quedar solo un 23% en el segmento de los entes territoriales, lo que significa el 95% del total de los ingresos.
Mercadeo y Producción	Al observar la relación de ingresos entre hospital y UCI vemos el repunte de esta última y un rezago relativo en la primera. La UCI está representando el 40% del total de los ingresos.
Mercadeo y Producción	El régimen contributivo está abriendo una ventana interesante en los cuidados críticos que debe ser explorada con mayor cuidado, la facturación el primer semestre hace pensar que se duplicaran los ingresos a estas empresas al cierre del 2010.
Mercadeo y Producción	El hospital está facturando \$ 1.734.851.339 mensuales, es decir el 77% del valor correspondiente al escenario del 85% de capacidad productiva y un 65% de la capacidad productiva total.

### 7.2.5. Gestión del Control

AREA DE GESTION	CONCLUSIONES
Control Interno	Se concluye que el sistema de control interno debe enfocarse entonces en tres niveles a saber: Gestión estratégica, Gestión Gerencial y Gestión de la evaluación y Control, enfoques que están muy lejos en la realidad del tipo de control que se ejerce en el hospital y que vuelve el modelo de gestión y operación un proceso altamente vulnerable y de riesgoso.
Control Interno	Al analizar el accionar de la auditoria nos encontramos con que estas actividades están delegadas en auxiliares del revisor fiscal quienes visitan una o dos veces por semana la empresa concentrando su actividad en el área de contabilidad. Se pudo constatar que ninguno de los dos asistentes tiene experiencia o conocimiento de mediana profundidad de la normatividad del sector por lo cual se concluye su falta de idoneidad.
Control Interno	La revisoría fiscal no tiene en cuenta, ni aplica las directrices específicas especialmente teniendo en cuenta el acompañamiento sobre los actos administrativos de la empresa al momento de su celebración y no con posterioridad a la consumación de los hechos, en virtud de los cuales se compromete solidariamente con las consecuencias de los mismos.
Control Interno	Con relación a la inspección constante, entre otros registros, de los libros de actas, encontramos que no reposan ninguna evidencia de tal acción de hecho se aprecian grandes debilidades en la redacción, archivo y registro legal de las mismas, inclusive ninguna especifica el tipo de reunión que se desarrolla.
Control Interno	La revisoría no cumple con el principio de integralidad lo cual es fácil de constatar en los informes cuando se observa la falta de alcance y profundidad en los procesos misionales y en el cumplimiento, aplicación e implementación de las normas que regulan el sector.
Control Interno	En general se incumplen otros principios contemplados en la circular tales como la oportunidad y la función preventiva.
Control Interno	Los responsables de ejercer la función de revisoría y auditoria no cuentan con la idoneidad y el conocimiento del sector y su complejo universo normativo

### 7.3. RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO

#### 7.3.1. Nivel Estratégico

AREA DE GESTION	REFLEXIONES
Estratégica	El hospital debe diseñar y ejecutar estrategias que enfrenten estas debilidades que deterioran su imagen, algunas sugerencias en implementar y plan de comunicaciones y mejorar la difusión del trabajo social y participar más con las ligas de usuarios
Legal	Reformar los estatutos para actualizar y ajustar la entidad a la realidad institucional y operativa del sistema y de las normas del sector: 1. Se debe ajustar el objeto social conteniendo expresamente la prestación de los servicios de salud en todos los niveles de complejidad, se debe incluir la operación externa de prestadores, la consultoría, la investigación y la docencia universitaria, así como las actividades de consultoría, capacitación, formación y los programas de asistencia social integral, con los cuales se puede proyectar la ampliación del portafolio de servicios. 2. La Asamblea debe definir políticas corporativas muy claras que salvaguarden el legado social de la institución y garanticen un marco de administración y gestión que no desvíe ni desvirtúe la razón de ser de la institución según la voluntad de su fundadores. 3. Los estatutos deben claro el modelo de gestión, administración y control interno. 4. Se observa una ambigüedad en los estatutos, se habla de Gerente y en las actas de Director para denominar al representante legal.

#### 7.3.2. Nivel de Servicios Médicos

AREA DE GESTION	REFLEXIONES
Administrativa	Para comenzar a aproximarnos al cumplimiento del decreto de habilitación el hospital debe realizar los siguientes ajustes: a) Modificar el objeto social y los estatutos de la fundación incluyendo como línea de acción los servicios de docencia, la habilitación de los escenarios de práctica universitaria y las actividades e investigación científica. b) Diseñar un plan estratégico docente – servicios con objetivos e indicadores medibles donde se contemplen los planes operativos de los programas y el diseño de la capacidad de carga de los estudiantes por programas y especialidades. c) Definir un programa de investigación que se alimente de la relación docente y que contribuya al mejoramiento del modelo de atención, la calidad de la atención y la generación de conocimiento. d) La institución debe contar con dentro de su estructura organizacional con un cargo definido para la coordinación y dirección de

	servicios, el cual debe contar con sus procesos formales. e) Por el tamaño de la institución, el nivel de especialización y el número de estudiantes que recibe anualmente se debe tener un coordinador de servicios educativos o de docencia, investigación y consultoría, el cual debe formar parte del estaff directivo, en virtud de la responsabilidad y complejidad de las funciones y objetivos evaluables del nuevo decreto.
Administrativa	Las otras causas como diagnósticos inespecíficos ocupan el 59% de la proporción de los registros y lleva nuevamente a la conclusión de trabajar en la depuración de la información, el fortalecimiento del sistema de información y a la capacitación y reentrenamiento del personal médico y auxiliar.
Mercadeo y Producción	Es urgente fijar la atención en la unidad de producción de consulta externa y re direccionar la oferta de servicios para tratar de compensar el déficit de consultas, fortaleciendo la actividad de las especialidades quirúrgicas y especialmente los servicios de pediatría que son la razón de ser del hospital.
Mercadeo y Producción	Es importante que la empresa conozca que tan eficiente resulta ser el sistema de interconsulta y que tan eficaz es el tratamiento de los pacientes inter consultados, lo cual podría darnos luces para evaluar el nivel observado de la estancia y la rotación de las camas. Con esta información muy seguramente la el hospital podría ajustar su modelo de atención e inclusive sus protocolos internos y definir políticas y estrategias para mejorar el giro cama y los niveles de ocupación.
Mercadeo y Producción	El hospital debe realizar el estudio técnico financiero para determinar la posibilidad de sub especializar las salas de hospitalización con lo cual podría disparar sus ventas y convertirse en un verdadero monopolio de los servicios pediátricos de la costa.
Mercadeo y Producción	Existe un segmento de mercado inexplorado de 102 mil millones de pesos anuales de los cuales solo se accede al 19.77% la empresa debe focalizar este nicho y definir las estrategias que les permita mejorar sus ventas
Servicios de salud	Es necesario que el hospital estudie con mayor profundidad el tipo de cirugías realizadas y canceladas, las tarifas y costos de las mismas y el nivel de complejidad de cada uno de ellas con el fin de establecer con mayor grado de precisión si se verán afectado los estados financieros y determinar las estrategias para mejorar la productividad de esta unidad de servicios.
Servicios de salud	Es muy importante revisar y ajustar los indicadores de calidad ya que observamos en la realidad posibles variables que pueden estar afectando su veracidad y nivel de precisión, de igual manera es recomendable ampliar el espectro de medición y el alcance del sistema mismo para poder tener información mucho mas panorámica que permita evaluar verdaderamente el sistema, el modelo de atención y la seguridad del paciente. Esta información se puede llegar a constituir en la guía de ajuste de políticas y estrategias del nuevo modelo de gestión de los servicios que se pretende desarrollar.

Servicios de salud	La capacidad de oferta de los servicios de consulta externa y cirugía programada puede ampliarse sustancialmente si la empresa ofreciera 12 horas diarias y trabajara entre 4 y 6 horas los días sábados.
Servicios de salud	La empresa tiende a disminuir el número de camas en la medida en la que se ajuste a las condiciones de habilitación ya que los espacios disponibles no soportan la oferta actual con lo cual se perdería un importante volumen de facturación situación que puede ser compensada por la Subespecialización de los servicios.
Servicios de salud	las limitantes técnicas de la sala de cirugía número 2 no permite pensar en mejorar el nivel de producción muy a pesar que este servicio está muy por debajo de su capacidad media de producción, la recomendación es mejorar las condiciones de las salas y ampliar el segundo quirófano
Servicios de salud	necesidad de estudiar la relación de camas por servicio teniendo en cuenta la necesidad sentida del servicio de manera que se pueda equilibrar la operación interna del servicio y mejorar la eficiencia en la facturación
Servicios de salud	Frente al análisis de las cifras financieras consolidadas del modelo de operación actual que es supremamente urgente intervenir este proceso organizando producción y gestión de los servicios y fortaleciendo las estrategias de mercadeo y comercialización de los servicios. Como una recomendación para atacar esta debilidad del modelo de gestión actual, la empresa debe estudiar la posibilidad de crear una unidad, cargo o gerencia, según el análisis que haga, que atienda estos tres procesos; Mercadeo, venta y contratación de servicios, facturación y control de la producción.

### 7.3.3. Nivel Administrativo

AREA DE GESTION	REFLEXIONES
Administrativa	Se concluye la necesidad de diseñar un sistema de escalas salariales como políticas de contratación y vinculación de personal que también sea una herramienta de motivación e incentivos internos y que mejore los posibles niveles de inequidad. Solo con una buena escala salarial y un pago oportuno se puede tener la posibilidad de acceder a trabajadores más eficientes y con experiencia que son muy escasos en el mercado y en el sector.
Administrativa	Ampliar la infraestructura física de acuerdo al número de programas y estudiantes en prácticas por lo menos a dos aulas adicionales, un centro de estudio y descanso académico.
Legal	Es claro, que la principal restricción para la independencia o unificación de las operaciones del Hospital y la UCI, se debe al flujo de recursos y a las limitaciones del manejo de los mismos por los embargos existentes, pero sería conveniente, tratar de sanear las operaciones, mediante la designación como operador del Hospital, por parte de la UCI, mientras se mejoran los indicadores financieros y adquiere una mayor liquidez las entidades.

Legal	Celebrar un contrato de operación entre el Hospital y la UCI, que permitan definir el negocio jurídico entre las entidades, y poder soportar al menos parcialmente, el manejo de los recursos por parte de la UCI.
-------	--

#### 7.3.4. Nivel Financiero

AREA DE GESTION	REFLEXIONES
Financiera	Celebrar un contrato de mandato, para la administración de los recursos bien sea a través de un encargo fiduciario en el cual hay entrega de bienes, mas no transferencia de propiedad, con el propósito que este cumpla con ellos una finalidad específica, bien sea en beneficio del fideicomitente o de un tercero; o sin encargo fiduciario, el cual sería más económico, pero con menos compromiso a nivel administrativo para su cumplimiento.
Mercadeo y Producción	Se hace necesario realizar ajustes al modelo de gestión financiera para que la facturación mensual se acerque a 2.300 millones mensuales, por lo menos y esto lo puede lograr el hospital si organiza el proceso y crea una unidad de mercadeo, producción y facturación de manera integral.
Mercadeo y Producción	La sumatoria de los gastos y costos nos muestran una necesidad mensual de 1.140 millones de pesos lo que nos lleva a sacar algunas conclusiones sobre el actual modelo de operación:
Mercadeo y Producción	Se necesita facturar unos 2.200 millones mensuales (escenario de productividad del 85% de la capacidad productiva total) para recaudar unos 1.400 millones mensuales que permitan la operación normal de la institución.

#### 7.3.5. Nivel de Control Interno

AREA DE GESTION	REFLEXIONES
Administrativo	Se recomienda organizar y contratar personal idóneo para liderar este proceso y reforzar los procesos de auditoría internos
Administrativo	Se debe implementar el sistema de calidad, diseñar y actualizar todas las herramientas y documentos de planeación y gestión para efectos de crear las líneas de base del control (manuales, planes, programas, proyectos, políticas y reglamentos)
Administrativo	Se debe diseñar e implementar con la revisoría fiscal un plan de auditoría en cumplimiento de las normas específicas del sector para determinar el estado real de la institución frente al cumplimiento de las obligaciones de la IPS
Control Interno	La empresa tiene la necesidad urgente de levantar los procesos básicos y normalizar algunos procedimientos como el de contratación, compras, servicios generales y auditoría interna para frenar cuanto antes el alto nivel de riesgos que corren sus operaciones diarias.
Control Interno	La revisoría fiscal y los auditores internos deben tener clara sus funciones por tanto se recomienda que se evalúe la idoneidad de los mismos y se capacite en el conocimiento de las normas del sector de manera que se ajuste el enfoque del actual modelo de control

Legal	El registro de las operaciones, debe estar soportado documentalmente de manera adecuada, de tal forma que se pueda establecer a nivel probatorio, el origen de los derechos de cada entidad, y no pueda alegarse simulación de los mismos.
Legal	Se recomienda una auditoría externa o la contratación de una firma externa que audite y organice el componente legal de la empresa y la ajuste tanto a los requerimientos laborales y comerciales como a las normas específicas del sector salud

## **8. REFERENCIAS DE CONSULTA**

1. "The Execution Premium" R. Kaplan – D. Norton, escrito por Pablo Diego, Presidente PALLADIUM 2009
2. Conceptos Básicos de Salud, Modulo IV OISS – Universidad Alcalá de Henares 2005
3. DONABEDIAN A. Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Biblioteca de la Salud. INSP-FCE. México, 1988
4. ORTÚN RUBIO V, RODRÍGUEZ ARTALEJO F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. Med Clin (Barc) 1990; 95:385-388)
5. Economía de la Salud, Modulo VI, OISS – Universidad Alcalá de Henares 2005
6. La Gestión Clínica como orientadora General de la Gestión en el Mundo de la Salud, Modulo VIII OISS – Universidad Alcalá de Henares 2005
7. La Gestión Hospitalaria I, Modulo X, OISS – Universidad Alcalá de Henares 2005
8. La Gestión de la Logística y los Servicios Generales y los Centros Hospitalarios II, Modulo XIV, OISS – Universidad Alcalá de Henares 2005
9. Decreto 1011 de 2006 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
10. Decreto 4747 de 2007 Regulación de las relaciones entre IPS y EPS
11. Ley 715 de 2001 Normas orgánicas en materia de recursos y competencias

12. Ley 1122 de 2007 Modificaciones al Sistema general de seguridad social en salud
13. Sentencia T 760 de 2008 Corte Constitucional
14. Decreto 1088 de 1991 el régimen de las instituciones del Subsector Privado del Sector Salud.
15. Decreto 739 de 1991 modificación a la Ley 10 de 1990
16. Libro de Actas de Junta Directiva 2006 – 2010
17. Estatutos de la Fundación Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja
18. Informes de la Revisoría Fiscal 2009 - 2010
19. Informes de Gestión de Servicios de la Subdirección Científica 2009 – 2010
20. Informes de Convenio Docencia Servicios – 2009 - 2010
21. Informe de Avalúo Comercial 2005 – Araujo & Segovia
22. Portafolio de Servicios 2009 – 2010
23. PAMEC 2009 – 2010
24. Informes – Indicadores de Calidad 2009 – 2010
25. Censo Dane 2005 Ajustado – 2010
26. Concepto – Análisis Jurídico de Doctor Cristian Segovia Forero
27. Informe de Procesos Jurídicos del Doctor Manuel Belisario Romero
28. Encuesta de Recursos Humanos 2010
29. Decreto 2376 de 2010 Relación Convenios de Docencia
30. Circular conjunta, Superintendencia Nacional de Salud – Junta Central de Contadores N° 122 SNS – N° 036 JCC de 2001

31. Decreto 2376 de 2010 Relación docente – servicios
32. Informe de Auditoría de los contratos médicos
33. Consultas a la Base de Datos Única del Fosyga y el ministerio de la protección social.
34. Informes de aseguramiento 2009 y 2010 del Departamento Distrital de Salud Distrital de Cartagena DADIS.
35. Estados Financieros del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja 2009 - 2010
36. Estados Financieros de la UCI Doña Pilar 2009 – 2010
37. Registros Individual de Prestación de Servicios RIPS 2009 - 2010

## 9. ANEXOS DE LA INVESTIGACION

### EVALUACIÓN DEL COMPONENTE DOCUMENTAL PARA LA OPERACIÓN DE LA IPS (HOSPITAL)

AREA DE GESTION	Nº	COMPONENTES A VERIFICAR	HINFP	EVALUACION
JURÍDICO	1	Acta de constitución de la empresa	SI	
JURÍDICO	2	Personería Jurídica	SI	
JURÍDICO	3	Estatutos	SI	Están desactualizados
JURÍDICO	4	Reglamento de junta directiva	NO	
JURÍDICO	5	Actas de Asamblea General	SI	No Cumplen requisitos de ley
JURÍDICO	6	Libro de actas de Junta Directiva	NO	
JURÍDICO	7	Reglamento de contratación	NO	
JURÍDICO	8	Archivo Contratos vigentes con informe de ejecución	NO	
JURÍDICO	9	Informe de estado de procesos administrativos, disciplinarios, y demandas laborales, civiles, penales	NO	
JURÍDICO	10	Convenios de concesión y de tercerización	SI	Se cumple parcialmente
JURÍDICO	11	Archivo y custodia de las Pólizas, fianzas y garantías	SI	Se cumple parcialmente
JURÍDICO	12	Archivo y custodia de los títulos valores, títulos ejecutivos, prendas, hipotecas, acciones y cualquier otra garantía.	NO	
JURÍDICO	13	Archivo y custodia de poderes otorgados	NO	
DIRECCIÓN	1	Actas de comité de calidad	SI	
DIRECCIÓN	2	Actas de comité de historias clínica		
DIRECCIÓN	3	Actas de comité docencia servicio		
DIRECCIÓN	4	Actas de comité de infecciones intra-hospitalarias		
DIRECCIÓN	5	Actas de comité de salud ocupacional (paritario)		
DIRECCIÓN	6	Dictámenes de revisor fiscal	SI	Se cumple parcialmente
DIRECCIÓN	7	Informes de control interno	NO	
DIRECCIÓN	8	Informes de auditorías externas	NO	Se encontró el de la UCI
DIRECCIÓN	9	Informe de procesos y gestiones gerenciales en tramite	NO	
DIRECCIÓN	10	Relación de oficios y peticiones pendientes de respuesta	NO	
PLANEACIÓN	1	Estructura Organizacional aprobada	SI	No se encuentra acta de aprobación
PLANEACIÓN	2	Plan Estratégico aprobado	SI	No se encuentra acta de aprobación
PLANEACIÓN	3	Estudio de capacidad instalada	NO	
PLANEACIÓN	4	Estudio de mercado	NO	
PLANEACIÓN	5	Perfil Epidemiológico de la población	NO	

AREA DE GESTION	Nº	COMPONENTES A VERIFICAR	HINFP	EVALUACION
PLANEACIÓN	6	Plan de Desarrollo Institucional	SI	
PLANEACIÓN	7	Banco de Proyectos; relación de estudios técnicos y proyectos	NO	
PLANEACIÓN	8	Planes Operativos	NO	
PLANEACIÓN	9	Informes de evaluación y control de gestión de los planes y proyectos	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	1	Política de calidad	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	2	Manual de Calidad	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	3	Autoevaluación de requisitos de habilitación	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	4	Declaración de servicios - novedades	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	5	Resolución de habilitación de servicios	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	6	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	7	Informes de auditoría de la calidad	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	8	Gestión de los eventos adversos	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	9	Informes de auditoría de cuentas médicas	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	10	Manual de Indicadores	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	11	Informe de seguimiento al PAMEC	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	12	Encuestas de satisfacción de usuario	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	13	Buzón de sugerencias	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	14	Sistema de trámite de quejas y reclamos	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	15	Sistema de información y atención de usuarios	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	16	Manual de Procesos y Procedimientos	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	17	Manual de servicios del usuario	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	1	Manuales del Sistema de Información	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	2	Bases de datos	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	3	Copias de seguridad de la información	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	4	Sistema de archivo y gestión documental	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	5	Informes a los entes de vigilancia y control (SNS, Direcciones territoriales, etc.)	SI	Se cumple parcialmente
SISTEMA DE INFORMACIÓN	6	Licencias de sistema operativo	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	7	Licencias de aplicativos corporativos	SI	Están desactualizados
SISTEMA DE INFORMACIÓN	8	Licencias de ofimáticos	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	9	Licencias de antivirus	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	10	Plataforma tecnológica	SI	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	11	*Servidores	SI	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	12	*Equipos	SI	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	13	*LAN	SI	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	14	*Impresoras	SI	

AREA DE GESTION	Nº	COMPONENTES A VERIFICAR	HINFP	EVALUACION
SISTEMA DE INFORMACIÓN	15	*Equipos de Comunicación	SI	
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	1	Manual de control interno	NO	
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	2	Informes de control interno	NO	
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3	Actas de comité de control interno	NO	
ADMINISTRATIVO	1	Plan de cargos aprobado	NO	
ADMINISTRATIVO	2	Escala Salarial aprobada	NO	
ADMINISTRATIVO	3	Reglamento Interno de trabajo	SI	
ADMINISTRATIVO	4	Manual de Funciones aprobado	SI	No se encuentra acta de aprobación
ADMINISTRATIVO	5	Procesos de Selección y vinculación de empleados	NO	
ADMINISTRATIVO	6	Informes de valoración de cargos y evaluación de desempeño	NO	
ADMINISTRATIVO	7	Plan de Capacitación y educación continuada	NO	
ADMINISTRATIVO	8	Programa de bienestar social aprobado	NO	
ADMINISTRATIVO	9	Informes de procesos disciplinarios contra empleados	NO	
ADMINISTRATIVO	10	Informes de sindicatos y convenciones colectivas	SI	
ADMINISTRATIVO	11	Plan de Compras aprobado	NO	
ADMINISTRATIVO	12	Plan o programa de Inversiones	NO	
ADMINISTRATIVO	13	Kardex de Proveedores	SI	Se encuentra información aislada de los proveedores actuales
ADMINISTRATIVO	14	Inventario de insumos medico quirúrgicos	SI	
ADMINISTRATIVO	15	Inventarios de almacenes satélites	NO	
ADMINISTRATIVO	16	Inventario de equipos biomédicos	NO	
ADMINISTRATIVO	17	Hojas de vida de equipos biomédicos	NO	
ADMINISTRATIVO	18	PIGRH	SI	
ADMINISTRATIVO	19	Rutas de evacuación de desechos biológicos y tóxicos	NO	
ADMINISTRATIVO	20	Manual de Bioseguridad	NO	
ADMINISTRATIVO	21	Reglamento de Higiene	NO	
ADMINISTRATIVO	22	Plan de Salud Ocupacional	NO	
ADMINISTRATIVO	23	Mapa de Riesgos	NO	
ADMINISTRATIVO	24	Contratos de servicios generales e informe de estado de ejecución	SI	No hay informes de interventoría
ADMINISTRATIVO	25	Plan de mantenimiento hospitalario	NO	
ADMINISTRATIVO	26	Planos de la institución	SI	Solo los físicos, faltan los demás
ADMINISTRATIVO	27	*Planta Física	SI	
ADMINISTRATIVO	28	*Redes Hidráulicas	NO	

AREA DE GESTION	Nº	COMPONENTES A VERIFICAR	HINFP	EVALUACION
ADMINISTRATIVO	29	*Redes Eléctricas	NO	
ADMINISTRATIVO	30	*Redes de Comunicaciones	NO	
ADMINISTRATIVO	31	*Redes de Gases medicinales	NO	
ADMINISTRATIVO	32	Cartas catastrales	SI	
ADMINISTRATIVO	33	*Escrituras del Inmueble	NO	
ADMINISTRATIVO	34	*Avalúos	SI	
ADMINISTRATIVO	35	*Certificados de Tradición y libertad	NO	
ADMINISTRATIVO	36	*Pagos de Predial	NO	
ADMINISTRATIVO	37	Informe de obras civiles	NO	
ADMINISTRATIVO	38	Apertura y reglamentación de la caja menor	NO	
FINANCIERO	1	Presupuesto de ingresos y gastos aprobado	NO	
FINANCIERO	2	Informe de ejecución presupuestal	NO	
FINANCIERO	3	Contabilidad (estados financieros comparativos 2000, y a la fecha)	NO	
FINANCIERO	4	Estado de cuentas por pagar (informes especiales Dian, etc.)	NO	
FINANCIERO	5	*Nómina, seguridad social y parafiscales	SI	
FINANCIERO	6	*Proveedores	SI	
FINANCIERO	7	*Contratistas	SI	
FINANCIERO	8	*Personal suministrado	SI	
FINANCIERO	9	Informe de las Declaraciones Tributarias	SI	
FINANCIERO	10	Resolución de facturación	NO	
FINANCIERO	11	Descripción de Cuentas Bancarias, saldos, novedades y estados	SI	
FINANCIERO	12	Chequeras, Cheques y conciliaciones.	SI	
FINANCIERO	13	Copia RUT	SI	
FINANCIERO	14	Ajuste de las facturas a la ley 1231	NO	
FINANCIERO	15	Informe de glosas conciliadas, aceptadas y no aceptadas	NO	
FINANCIERO	16	Actas de conciliación de cuentas por cobrar	NO	
FINANCIERO	17	Actas de cesiones de crédito	SI	Parcialmente
FINANCIERO	18	Estado de cuentas por cobrar	SI	Falta actualizar por las cesiones vigentes
FINANCIERO	19	Recobros al Fosyga	NO	
FINANCIERO	20	Informe – estudio de Costos Hospitalarios	NO	
FINANCIERO	21	Contratos de venta de servicios	NO	Solo hay dos contratos legalizados
FINANCIERO	22	Actas de liquidación de contratos de venta de servicios	NO	
SERVICIOS	1	Portafolio de servicios declarados y habilitados	SI	No es un documento real
SERVICIOS	2	Estudios e investigaciones ejecutadas o en ejecución	NO	

AREA DE GESTION	N°	COMPONENTES A VERIFICAR	HINFP	EVALUACION
SERVICIOS	3	Guías de manejo integral	NO	
SERVICIOS	4	Protocolos de atención	NO	
SERVICIOS	5	Informe de Servicios	SI	Se observan solo estadísticas generales
SERVICIOS	6	Evaluación técnica financiera de los servicios	NO	
DOCENCIA SERVICIO	1	Convenios docencia servicios	SI	No se encontraron los contratos
DOCENCIA SERVICIO	2	Informes de ejecución presentados por comités docencia servicio	NO	
DOCENCIA SERVICIO	3	Evaluación técnica financiera de los convenios docente asistenciales	NO	
DOCENCIA SERVICIO	4	Relación de estudiantes de pregrado y postgrado por convenio	NO	

### EVALUACIÓN DEL COMPONENTE DOCUMENTAL PARA LA OPERACIÓN DE LA IPS (UCI)

AREA DE GESTION	Nº	COMPONENTES A VERIFICAR	UCI	EVALUACION
JURÍDICO	1	Acta de constitución de la empresa	SI	
JURÍDICO	2	Personería Jurídica	SI	
JURÍDICO	3	Estatutos	SI	
JURÍDICO	4	Reglamento de junta directiva	NO	
JURÍDICO	5	Actas de Asamblea General	NO	
JURÍDICO	6	Libro de actas de Junta Directiva	NO	
JURÍDICO	7	Reglamento de contratación	NO	
JURÍDICO	8	Archivo Contratos vigentes con informe de ejecución	NO	
JURÍDICO	9	Informe de estado de procesos administrativos, disciplinarios, y demandas laborales, civiles, penales	NO	
JURÍDICO	10	Convenios de concesión y de tercerización	NO	
JURÍDICO	11	Archivo y custodia de las Pólizas, fianzas y garantías	NO	
JURÍDICO	12	Archivo y custodia de los títulos valores, títulos ejecutivos, prendas, hipotecas, acciones y cualquier otra garantía.	NO	
JURÍDICO	13	Archivo y custodia de poderes otorgados	NO	
DIRECCIÓN	1	Actas de comité de calidad	NO	
DIRECCIÓN	2	Actas de comité de historias clínica	NO	
DIRECCIÓN	3	Actas de comité docencia servicio	NO	
DIRECCIÓN	4	Actas de comité de infecciones intra-hospitalarias	NO	
DIRECCIÓN	5	Actas de comité de salud ocupacional (paritario)	NO	
DIRECCIÓN	6	Dictámenes de revisor fiscal	SI	
DIRECCIÓN	7	Informes de control interno	NO	
DIRECCIÓN	8	Informes de auditorías externas	SI	
DIRECCIÓN	9	Informe de procesos y gestiones gerenciales en tramite	NO	

AREA DE GESTION	Nº	COMPONENTES A VERIFICAR	UCI	EVALUACION
DIRECCIÓN	10	Relación de oficios y peticiones pendientes de respuesta	NO	
PLANEACIÓN	1	Estructura Organizacional aprobada	NO	
PLANEACIÓN	2	Plan Estratégico aprobado	NO	
PLANEACIÓN	3	Estudio de capacidad instalada	NO	
PLANEACIÓN	4	Estudio de mercado	NO	
PLANEACIÓN	5	Perfil Epidemiológico de la población	NO	
PLANEACIÓN	6	Plan de Desarrollo Institucional	NO	
PLANEACIÓN	7	Banco de Proyectos; relación de estudios técnicos y proyectos	NO	
PLANEACIÓN	8	Planes Operativos	NO	
PLANEACIÓN	9	Informes de evaluación y control de gestión de los planes y proyectos	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	1	Política de calidad	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	2	Manual de Calidad	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	3	Autoevaluación de requisitos de habilitación	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	4	Declaración de servicios - novedades	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	5	Resolución de habilitación de servicios	SI	
SISTEMA DE CALIDAD	6	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	7	Informes de auditoría de la calidad	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	8	Gestión de los eventos adversos	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	9	Informes de auditoría de cuentas médicas	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	10	Manual de Indicadores	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	11	Informe de seguimiento al PAMEC	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	12	Encuestas de satisfacción de usuario	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	13	Buzón de sugerencias	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	14	Sistema de trámite de quejas y reclamos	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	15	Sistema de información y atención de usuarios	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	16	Manual de Procesos y Procedimientos	NO	
SISTEMA DE CALIDAD	17	Manual de servicios del usuario	NO	

AREA DE GESTION	Nº	COMPONENTES A VERIFICAR	UCI	EVALUACION
SISTEMA DE INFORMACIÓN	1	Manuales del Sistema de Información	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	2	Bases de datos	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	3	Copias de seguridad de la información	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	4	Sistema de archivo y gestión documental	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	5	Informes a los entes de vigilancia y control (SNS, Direcciones territoriales, etc.)	SI	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	6	Licencias de sistema operativo	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	7	Licencias de aplicativos corporativos	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	8	Licencias de ofimáticos	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	9	Licencias de antivirus	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	10	Plataforma tecnológica	SI	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	11	*Servidores	NO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	12	*Equipos	SI	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	13	*LAN	SI	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	14	*Impresoras	SI	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	15	*Equipos de Comunicación	SI	
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	1	Manual de control interno	NO	
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	2	Informes de control interno	NO	
SISTEMA DE CONTROL	3	Actas de comité de control interno	NO	

AREA DE GESTION	Nº	COMPONENTES A VERIFICAR	UCI	EVALUACION
INTERNO				
ADMINISTRATIVO	1	Plan de cargos aprobado	NO	
ADMINISTRATIVO	2	Escala Salarial aprobada	NO	
ADMINISTRATIVO	3	Reglamento Interno de trabajo	NO	
ADMINISTRATIVO	4	Manual de Funciones aprobado	NO	
ADMINISTRATIVO	5	Procesos de Selección y vinculación de empleados	NO	
ADMINISTRATIVO	6	Informes de valoración de cargos y evaluación de desempeño	NO	
ADMINISTRATIVO	7	Plan de Capacitación y educación continuada	NO	
ADMINISTRATIVO	8	Programa de bienestar social aprobado	NO	
ADMINISTRATIVO	9	Informes de procesos disciplinarios contra empleados	NO	
ADMINISTRATIVO	10	Informes de sindicatos y convenciones colectivas	NO	
ADMINISTRATIVO	11	Plan de Compras aprobado	NO	
ADMINISTRATIVO	12	Plan o programa de Inversiones	NO	
ADMINISTRATIVO	13	Kardex de Proveedores	NO	
ADMINISTRATIVO	14	Inventario de insumos medico quirúrgicos	NO	
ADMINISTRATIVO	15	Inventarios de almacenes satélites	NO	
ADMINISTRATIVO	16	Inventario de equipos biomédicos	NO	
ADMINISTRATIVO	17	Hojas de vida de equipos biomédicos	NO	
ADMINISTRATIVO	18	PIGRH	NO	
ADMINISTRATIVO	19	Rutas de evacuación de desechos biológicos y tóxicos	NO	
ADMINISTRATIVO	20	Manual de Bioseguridad	NO	
ADMINISTRATIVO	21	Reglamento de Higiene	NO	
ADMINISTRATIVO	22	Plan de Salud Ocupacional	NO	
ADMINISTRATIVO	23	Mapa de Riesgos	NO	
ADMINISTRATIVO	24	Contratos de servicios generales e informe de estado de ejecución	NO	
ADMINISTRATIVO	25	Plan de mantenimiento hospitalario	NO	
ADMINISTRATIVO	26	Planos de la institución	SI	

AREA DE GESTION	Nº	COMPONENTES A VERIFICAR	UCI	EVALUACION
ADMINISTRATIVO	27	*Planta Física	SI	
ADMINISTRATIVO	28	*Redes Hidráulicas	NO	
ADMINISTRATIVO	29	*Redes Eléctricas	NO	
ADMINISTRATIVO	30	*Redes de Comunicaciones	NO	
ADMINISTRATIVO	31	*Redes de Gases medicinales	NO	
ADMINISTRATIVO	32	Cartas catastrales	NO	
ADMINISTRATIVO	33	*Escrituras del Inmueble	NO	
ADMINISTRATIVO	34	*Avalúos	NO	
ADMINISTRATIVO	35	*Certificados de Tradición y libertad	NO	
ADMINISTRATIVO	36	*Pagos de Predial	NO	
ADMINISTRATIVO	37	Informe de obras civiles	NO	
ADMINISTRATIVO	38	Apertura y reglamentación de la caja menor	NO	
FINANCIERO	1	Presupuesto de ingresos y gastos aprobado	NO	
FINANCIERO	2	Informe de ejecución presupuestal	NO	
FINANCIERO	3	Contabilidad (estados financieros comparativos 2000, y a la fecha)	NO	
FINANCIERO	4	Estado de cuentas por pagar (informes especiales Dian, etc.)	SI	
FINANCIERO	5	*Nómina, seguridad social y parafiscales	SI	
FINANCIERO	6	*Proveedores	SI	
FINANCIERO	7	*Contratistas	SI	
FINANCIERO	8	*Personal suministrado	SI	
FINANCIERO	9	Informe de las Declaraciones Tributarias	SI	
FINANCIERO	10	Resolución de facturación	NO	
FINANCIERO	11	Descripción de Cuentas Bancarias, saldos, novedades y estados	SI	
FINANCIERO	12	Chequeras, Cheques y conciliaciones.	SI	
FINANCIERO	13	Copia RUT	NO	
FINANCIERO	14	Ajuste de las facturas a la ley 1231	NO	
FINANCIERO	15	Informe de glosas conciliadas, aceptadas y no aceptadas	NO	

AREA DE GESTION	Nº	COMPONENTES A VERIFICAR	UCI	EVALUACION
FINANCIERO	16	Actas de conciliación de cuentas por cobrar	NO	
FINANCIERO	17	Actas de cesiones de crédito	NO	
FINANCIERO	18	Estado de cuentas por cobrar	SI	
FINANCIERO	19	Recobros al Fosyga	NO	
FINANCIERO	20	Informe – estudio de Costos Hospitalarios	NO	
FINANCIERO	21	Contratos de venta de servicios	NO	
FINANCIERO	22	Actas de liquidación de contratos de venta de servicios	NO	
SERVICIOS	1	Portafolio de servicios declarados y habilitados	NO	
SERVICIOS	2	Estudios e investigaciones ejecutadas o en ejecución	NO	
SERVICIOS	3	Guías de manejo integral	NO	
SERVICIOS	4	Protocolos de atención	NO	
SERVICIOS	5	Informe de Servicios	NO	
SERVICIOS	6	Evaluación técnica financiera de los servicios	NO	
DOCENCIA SERVICIO	1	Convenios docencia servicios	NO	
DOCENCIA SERVICIO	2	Informes de ejecución presentados por comités docencia servicio	NO	
DOCENCIA SERVICIO	3	Evaluación técnica financiera de los convenios docente asistenciales	NO	
DOCENCIA SERVICIO	4	Relación de estudiantes de pregrado y postgrado por convenio	NO	

## ESTADOS FINANCIEROS HINFP

## BALANCE GENERAL HOSPITAL INFANTIL

ACTIVO	AÑO 2009	AÑO 2008
<b>Activo Corriente</b>	<b>10.516.641.907,77</b>	<b>12.028.616.781,44</b>
<b>11 DISPONIBLE</b>	<b>128.908.793,99</b>	<b>442.892.288,06</b>
1105 CAJA	9.759,40	3.775.598,80
1110 BANCOS	1.990.874,41	113.337.095,08
1120 CUENTAS DE AHORRO	126.908.160,18	325.779.594,18
<b>12 INVERSIONES</b>	<b>14.135.146,23</b>	<b>14.135.146,23</b>
1205 ACCIONES	14.135.146,23	14.135.146,23
<b>13 DEUDORES</b>	<b>10.007.083.165,99</b>	<b>11.438.469.251,64</b>
1305 CLIENTES	8.972.660.596,71	10.747.972.172,92
1330 ANTICIPOS, AVENCES Y DEPOSITO	29.160.489,76	116.171.249,00
1365 CUENTAS POR COBRAR A TRABAJADORES	183.275.009,74	41.074.907,26
1380 DEUDORES VARIOS	2.170.040.926,57	1.291.802.992,48
1399 PROVISIONES	-1.348.053.856,79	-758.552.070,02
<b>14 INVENTARIOS</b>	<b>366.514.801,56</b>	<b>133.120.095,51</b>
1415 MEDICAMENTOS	78.461.548,36	20.237.552,68
1420 MATERIALES MEDICOS QUIRURGICOS	274.278.312,20	111.762.826,16
1424 MATERIALES PARA IMAGENOLOGIA	6.765.294,00	737.426,61
1455 MATERIALES REPUESTOS Y ACCESORIOS	7.009.647,00	382.290,06
<b>Activo No Corriente</b>	<b>4.462.756.069,02</b>	<b>4.677.454.947,11</b>
<b>15 PROPIEDADES PLANTA Y EQUIPOS</b>	<b>1.885.693.582,77</b>	<b>2.114.669.647,11</b>
1504 TERRENOS	53.000.000,00	53.116.728,34
1508 CONSTRUCCIONES EN CURSO	0,00	449.130.544,00
PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO CON		
1509 MANTENIMIENTO	169.708.640,00	146.708.640,00
1512 MAQUINARIA Y EQUIPO EN MONTAJE	606.060.460,00	735.725.287,00
1516 CONSTRUCCIONES Y EDIFICACIONES	1.233.295.637,00	708.213.194,00
1520 MAQUINARIA Y EQUIPO	118.686.502,00	118.686.502,00
1524 EQUIPO DE OFICINA	259.103.275,04	210.135.935,04
1528 EQUIPO DE COMPUTO Y COMUNICACION	260.400.915,00	260.400.915,00
1532 MAQUINARIA Y EQUIPO MEDICO CIENTIF	262.275.900,00	262.275.900,00
1536 EQUIPOS DE HOTELERIA, RESTAURANTE	400.000,00	0,00
1540 EQUIPO DE TRANSPORTE	12.000.000,00	12.000.000,00
1592 DEPRECIACION ACUMULADA	-1.089.237.746,27	-841.723.998,27
<b>17 DIFERIDOS</b>	<b>35.467.486,25</b>	<b>21.190.300,00</b>
1705 GASTOS PAGADOS POR ANTICIPADO	15.950.000,00	0,00
1710 CARGOS DIFERIDOS	19.517.486,25	21.190.300,00
<b>18 OTROS ACTIVOS</b>	<b>915.000,00</b>	<b>915.000,00</b>
1805 BIENES DE ARTE Y CULTURA	915.000,00	915.000,00
<b>19 VALORIZACIONES</b>	<b>2.540.680.000,00</b>	<b>2.540.680.000,00</b>
1910 DE PROPIEDADES PLATA Y EQUIPO	2.540.680.000,00	2.540.680.000,00

<b>TOTAL ACTIVO</b>	<b>14.979.397.976,79</b>	<b>16.706.071.728,55</b>
---------------------	--------------------------	--------------------------

<b>PASIVOS</b>	<b>AÑO 2009</b>	<b>AÑO 2008</b>
<b>Pasivo Corriente</b>	<b>9.782.810.685,91</b>	<b>9.357.988.517,32</b>
<b>22 PROVEEDORES</b>	<b>3.316.744.373,41</b>	<b>2.876.444.690,84</b>
2205 NACIONALES	3.316.744.373,41	2.876.444.690,84
<b>23 CUENTAS POR PAGAR</b>	<b>4.932.390.212,28</b>	<b>5.105.767.853,67</b>
2335 COSTOS Y GASTOS POR PAGAR	3.180.251.388,37	1.588.893.557,07
2365 RETENCION EN LA FTE E IMPUESTO TIM	850.812.094,47	1.378.174.020,00
2370 RETENCIONES Y APORTES DE NOMINA	901.326.729,44	2.138.700.276,60
<b>24 IMPUESTOS GRAVAMENES Y TASAS</b>	<b>265.217.333,00</b>	<b>92.801.746,60</b>
2416 A LA PROPIEDAD RAIZ	265.217.333,00	92.801.746,60
<b>25 OBLIGACIONES LABORALES</b>	<b>1.268.458.767,22</b>	<b>1.282.974.226,21</b>
2505 NOMINA POR PAGAR	436.036.884,22	205.244.523,71
2510 CESANTIAS CONSOLIDADAS	534.743.220,00	741.263.924,00
2515 INTERESES SOBRE CESANTIAS	64.070.738,00	81.830.520,00
2525 VACACIONES CONSOLIDADAS	232.977.138,00	254.635.258,50
2530 PRESTACIONES EXTRALEGALES	630.787,00	0,00
<b>Pasivo No Corriente</b>	<b>123.702.999,86</b>	<b>836.812.033,01</b>
<b>28 OTROS PASIVOS</b>	<b>123.702.999,86</b>	<b>836.812.033,01</b>
2805 ANTICIPOS Y AVANCES RECIBIDOS	123.702.999,86	836.812.033,01
<b>TOTAL PASIVO</b>	<b>9.906.513.685,77</b>	<b>10.194.800.550,33</b>

<b>3 PATRIMONIO</b>	<b>5.072.884.291,02</b>	<b>6.511.271.178,22</b>
<b>36 RESULTADO DEL EJERCICIO</b>	<b>122.497.108,15</b>	<b>1.457.612.081,48</b>
3605 UTILIDAD DEL EJERCICIO	122.497.108,15	1.457.612.081,48
<b>37 RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES</b>	<b>2.409.707.182,87</b>	<b>2.512.979.096,74</b>
3705 UTILIDADES DE EJERCICIOS ANTERIORES	2.409.707.182,87	2.512.979.096,74
<b>38 SUPERAVIT POR VALORIZACION</b>	<b>2.540.680.000,00</b>	<b>2.540.680.000,00</b>
3810 DE PROPIEDADES, PLATA Y EQUIPO	2.540.680.000,00	2.540.680.000,00
<b>TOTAL PATRIMONIO</b>	<b>5.072.884.291,02</b>	<b>6.511.271.178,22</b>

<b>TOTAL PASIVO + PATRIMONIO</b>	<b>14.979.397.976,79</b>	<b>16.706.071.728,55</b>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

#### CUENTAS DE ORDEN

91 Responsabilidades Contingentes	4.770.000.000,00	57.182.400,00
94 Responsabilidades Contingentes por contra,	-4.770.000.000,00	-57.182.400,00

## BALANCE GENERAL DEL HOSPITAL A JUNIO 30 DE 2010

<b>ACTIVO</b>	
<hr/>	
<b>Activo Corriente</b>	<b>8.370.944.108,13</b>
<hr/>	
<b>11 DISPONIBLE</b>	<b>48.104.707,56</b>
1105 CAJA	7.916.044,20
1110 BANCOS	1.990.874,41
1120 CUENTAS DE AHORRO	38.197.788,95
<b>12 INVERSIONES</b>	<b>14.135.146,23</b>
1205 ACCIONES	14.135.146,23
<b>13 DEUDORES</b>	<b>8.132.650.234,98</b>
1305 CLIENTES	8.023.910.746,70
1330 ANTICIPOS AVANCES Y DEPOSITO	58.156.336,76
1355 ANTICIPO DE IMP.CONT Y SALDO A FAVOR	0,00
1365 CUENTAS POR COBRAR A TRABAJADORES	151.269.389,73
1380 DEUDORES VARIOS	1.417.582.377,81
1399 PROVISIONES	-1.518.268.616,02
<b>14 INVENTARIOS</b>	<b>176.054.019,36</b>
1415 MEDICAMENTOS	45.991.090,66
1420 MATERIALES MEDICOS QUIRURGICOS	128.650.253,71
1424 MATERIALES PARA IMAGENOLOGIA	420.500,57
1455 MATERIALES REPUESTOS Y ACCESORIOS	992.174,42
<hr/>	
<b>Activo No Corriente</b>	<b>4.632.975.279,48</b>
<hr/>	
<b>15 PROPIEDADES PLANTA Y EQUIPOS</b>	<b>2.027.170.586,35</b>
1504 TERRENOS	53.053.209,76
1508 CONSTRUCCIONES EN CURSO	75.288.180,82
1509 PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO CON MANTENTENIMIENTO	262.708.640,00
1512 MAQUINARIA Y EQUIPO EN MONTAJE	651.175.464,00
1516 CONSTRUCCIONES Y EDIFICACIONES	1.241.642.100,00
1520 MAQUINARIA Y EQUIPO	118.686.502,00
1524 EQUIPO DE OFICINA	275.781.441,04
1528 EQUIPO DE COMPUTO Y COMUNICACION	260.400.915,00
1532 MAQUINARIA Y EQUIPO MEDICO CIENTIF	262.275.900,00
1536 EQUIPOS DE HOTELERIA, RESTAURANTE	400.000,00
1540 EQUIPO DE TRANSPORTE	12.000.000,00
1592 DEPRECIACION ACUMULADA	-1.186.241.766,27
<b>17 DIFERIDOS</b>	<b>64.209.693,13</b>
1705 GASTOS PAGADOS POR ANTICIPADO	9.570.000,00
1710 CARGOS DIFERIDOS	54.639.693,13
<b>18 OTROS ACTIVOS</b>	<b>915.000,00</b>
1805 BIENES DE ARTE Y CULTURA	915.000,00
<b>19 VALORIZACIONES</b>	<b>2.540.680.000,00</b>

1910	DE PROPIEDADES PLATA Y EQUIPO	2.540.680.000,00
<b>TOTAL ACTIVO</b>		<b>13.003.919.387,61</b>
<b>PASIVOS</b>		
<b>Pasivo Corriente</b>		<b>10.412.521.424,41</b>
<b>22</b>	<b>PROVEEDORES</b>	<b>2.494.657.096,99</b>
2205	NACIONALES	2.494.657.096,99
<b>23</b>	<b>CUENTAS POR PAGAR</b>	<b>6.442.194.936,24</b>
2335	COSTOS Y GASTOS POR PAGAR	3.964.737.758,15
2365	RETENCION EN LA FTE E IMPUESTO TIM	800.955.814,47
2370	RETENCIONES Y APORTES DE NOMINA	1.666.616.820,58
2380	ACREEDORES VARIOS	9.884.543,04
<b>24</b>	<b>IMPUESTOS GRAVAMENES Y TASAS</b>	<b>265.217.333,00</b>
2416	A LA PROPIEDAD RAIZ	265.217.333,00
<b>25</b>	<b>OBLIGACIONES LABORALES</b>	<b>1.018.120.096,18</b>
2505	NOMINA POR PAGAR	449.519.367,18
2510	CESANTIAS CONSOLIDADAS	391.002.340,00
2515	INTERESES SOBRE CESANTIAS	0,00
2525	VACACIONES CONSOLIDADAS	176.967.602,00
2530	PRESTACIONES EXTRALEGALES	630.787,00
<b>26</b>	<b>PASIVOS ESTIMADOS Y PROVISIONES</b>	<b>192.331.962,00</b>
2610	PARA OBLIGACIONES LABORALES	192.331.962,00
<b>Pasivo No Corriente</b>		<b>-3.509.589.505,41</b>
<b>28</b>	<b>OTROS PASIVOS</b>	<b>-3.509.589.505,41</b>
2805	ANTICIPOS Y AVANCES RECIBIDOS	-3.509.589.505,41
<b>TOTAL PASIVO</b>		<b>6.902.931.919,00</b>
<b>3 PATRIMONIO</b>		
<b>32</b>	<b>SUPERAVIT DE CAPITAL</b>	<b>0,00</b>
3210	DONACIONES	0,00
<b>36</b>	<b>RESULTADO DEL EJERCICIO</b>	<b>968.049.967,83</b>
3605	UTILIDAD DEL EJERCICIO	968.049.967,83
<b>37</b>	<b>RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES</b>	<b>2.592.257.500,78</b>
3705	UTILIDADES DE EJERCICIOS ANTERIORES	2.592.257.500,78
<b>3710</b>	<b>PERDIDAS EJERCICIOS ANTERIORES</b>	<b>0,00</b>
38	SUPERAVIT POR VALORIZACION	2.540.680.000,00
3810	DE PROPIEDADES, PLATA Y EQUIPO	2.540.680.000,00
<b>TOTAL PATRIMONIO</b>		<b>6.100.987.468,61</b>
<b>TOTAL PASIVO + PATRIMONIO</b>		<b>13.003.919.387,61</b>
<b>CUENTAS DE ORDEN</b>		
91	Responsabilidades Contingentes	-350.062.529,58

**ESTADO DE RESULTADOS DEL HOSPITAL CON CORTE A 31 DE DIC DE 2009**

<b>INGRESOS</b>		<b>AÑO 2009</b>	<b>AÑO 2008</b>
<b>Operacionales</b>			
4105	UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	749.364.016,00	728.937.902,30
4110	UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA	854.102.890,00	762.428.515,00
4115	UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZ. E INTERNACION	4.373.904.526,37	3.730.837.130,00
4120	UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS	2.919.944.604,00	2.240.659.762,00
4125	UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO DIAGNOSTICO	1.975.648.895,80	1.303.020.376,00
4130	UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO TERAPEUTICO	271.814.122,00	190.679.860,00
4135	UNIDAD FUNCIONAL DE MERCADEO	4.243.091.271,00	2.717.859.971,00
4175	DEVOL, REBAJAS Y DCTOS EN VENTAS DE SERV	-29.410.210,80	-67.262.729,30
<b>TOTAL INGRESOS OPERACIONALES</b>		<b>15.358.460.114,37</b>	<b>11.607.160.787,00</b>
<b>COSTOS</b>			
<b>De Prestación de Servicios</b>			
71	UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	1.283.187.105,81	989.677.738,19
72	UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA	844.475.004,47	720.992.509,14
73	UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION	1.392.165.783,42	2.315.865.739,66
74	UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS	1.699.116.603,32	1.520.604.651,26
75	UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO DIAGNOSTICO	1.052.587.714,09	1.046.818.319,51
76	UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO TERAPEUTICO	194.043.837,00	131.209.267,00
77	UNIDAD FUNCIONAL DE MERCADEO	2.168.807.700,21	1.609.584.959,97
<b>TOTAL COSTOS OPERACIONALES</b>		<b>8.634.383.748,32</b>	<b>8.334.753.184,73</b>
<b>CONTRIBUCION MARGINAL</b>		<b>6.724.076.366,05</b>	<b>3.272.407.602,27</b>
<b>GASTOS</b>			
<b>De Administración</b>			
5105	DIRECCION GENERAL	1.016.504.927,25	235.913.638,48
5110	DIRRECCION CIENTIFICA	81.291.683,00	74.010.365,88
5115	DIRECCION FINANCIERA	355.622.991,00	309.722.610,00
5120	DIRECCION ADMINISTRATIVA	1.669.126.627,31	1.677.281.458,13
<b>TOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS</b>		<b>3.122.546.228,56</b>	<b>2.296.928.072,49</b>
<b>EXCEDENTE (DEFICIT) OPERACIONAL</b>		<b>3.601.530.137,49</b>	<b>975.479.529,78</b>
<b>Ingresos no Operacionales</b>			
4205	COMERCIALES	10.709.442,29	358.249,00
4210	RENDIMIENTOS FINANCIEROS	1.466.220,27	5.087.399,58
4220	ARRENDAMIENTOS	3.083.656,00	2.604.000,00
4235	SERVICIOS	284.248.007,00	321.560.016,75
4250	RECUPERACIONES	0,00	855.346.585,14
4265	INGRESOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	278.686.840,52	970.177.474,00
4295	DIVERSOS	53.894.866,11	133.657.367,00
<b>TOTAL INGRESOS NO OPERACIONALES</b>		<b>632.089.032,19</b>	<b>2.288.791.091,47</b>
<b>Gastos No Operacionales</b>			
53	FINANCIEROS	2.636.868.584,70	1.697.975.088,77
55	GASTOS EXTRAORDINARIOS	1.474.253.476,83	108.683.451,00
<b>TOTAL INGRESOS NO OPERACIONALES</b>		<b>4.111.122.061,53</b>	<b>1.806.658.539,77</b>

<b>Excedente (déficit) No Operacional</b>	<b>-3.479.033.029,34</b>	<b>482.132.551,70</b>
<b>Excedente (déficit) del Ejercicio</b>	<b>122.497.108,15</b>	<b>1.457.612.081,48</b>

## ESTADO DE RESULTADOS DEL HOSPITAL CON CORTE A JUNIO DE 2010

ESTADO DE RESULTADOS		JUNIO	ACUMULADO	PROMEDIO MES
<b>4</b>	<b>INGRESOS</b>	<b>994.854.262,57</b>	<b>6.314.085.226</b>	<b>1.052.347.537,72</b>
<b>41</b>	<b>OPERACIONALES</b>	<b>993.613.751,00</b>	<b>6.142.746.305</b>	<b>1.023.791.050,83</b>
4105	UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	63.940.383,00	326.673.758	54.445.626,33
4110	UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA	65.175.700,00	405.539.989	67.589.998,17
4115	UNID. FUNC. HOSP.E INTERNACION	289.130.695,00	1.571.664.321	261.944.053,50
4120	UNID. FUNC. DE QUIROFANO Y SALA PARTOS	231.830.325,00	1.341.112.502	223.518.750,33
4125	UNID. FUNCIONAL DE APOYO DIAGNOSTICO	156.507.155,00	908.166.780	151.361.130,00
4130	UNID. FUNCIONAL DE APOYO TERAPEUTICO	22.212.833,00	123.004.695	20.500.782,50
4135	UNIDAD FUNC.DE MERCADEO	166.972.933,00	1.476.230.170	246.038.361,67
4175	DEVOL,REBAJAS Y DCTOS EN VENTAS DE SERV	-2.156.273,00	-9.645.910	-1.607.651,67
<b>42</b>	<b>NO OPERACIONALES</b>	<b>1.240.511,57</b>	<b>171.338.921</b>	<b>28.556.486,88</b>
4205	COMERCIALES		5.000	833,33
4210	RENDIMIENTOS FINANCIEROS	31.536,57	486.700	81.116,68
4215	DIVIDENDOS Y PARTICIPACIONES		0	0,00
4220	ARRENDAMIENTOS	953.183,00	1.497.429	249.571,50
4235	SERVICIOS		45.178.200	7.529.700,00
4240	UTILIDAD EN VENTA DE INVERSIONES		0	0,00
4245	UTILIDAD VENTA DE PROP,PLANTA Y EQUIPO		0	0,00
4250	RECUPERACIONES	3.582,00	78.181.846	13.030.307,72
4265	INGRESOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	190.800,00	17.860.232	2.976.705,33
4295	DIVERSOS	61.410,00	28.129.514	4.688.252,31
47	AJUSTES POR INFLACION		0	0,00
4705	CORRECCION MONETARIA		0	0,00
<b>5</b>	<b>GASTOS UNIDAD ADMINISTRATIVA</b>	<b>247.260.082,60</b>	<b>1.340.840.465</b>	<b>223.473.410,89</b>
<b>51</b>	<b>ADMINISTRACION</b>	<b>206.943.582,50</b>	<b>1.171.091.323</b>	<b>195.181.887,18</b>
5105	DIRECCION GENERAL	66.086.565,01	411.110.794	68.518.465,67
5110	DIRRECCION CIENTIFICA	9.361.100,00	58.267.085	9.711.180,83
5115	DIRECCION FINACIERA	27.701.397,00	197.211.289	32.868.548,17
5120	DIRECCION ADMINISTRATIVA	103.794.520,49	501.957.249	83.659.541,48
5135	SERVICIOS		2.544.906	424.151,03
<b>53</b>	<b>FINANCIEROS</b>	<b>16.316.500,10</b>	<b>141.602.191</b>	<b>23.600.365,21</b>
5305	ENTIDADES FINANCIERAS	16.316.500,10	90.757.642	15.126.273,71
5310	INTERESES MORATORIOS		50.844.549	8.474.091,50
<b>55</b>	<b>GASTOS EXTRAORDINARIOS</b>	<b>24.000.000,00</b>	<b>28.146.951</b>	<b>4.691.158,50</b>
5505	DEL PRESENTE EJERCICIO	24.000.000,00	24.000.000	4.000.000,00
5510	DE EJERCICIOS ANTERIORES		4.146.951	691.158,50
59	CUENTAS DE RESULTADO		0	0,00
5905	CUENTAS DE RESULTADO		0	0,00
<b>7</b>	<b>COSTOS DE PRODUCCION</b>	<b>621.479.794,91</b>	<b>4.005.194.793</b>	<b>667.532.465,52</b>
<b>71</b>	<b>UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS</b>	<b>79.391.537,44</b>	<b>535.783.271</b>	<b>89.297.211,88</b>
7101	UNIDAD MOBIL	3.703.800,00	24.352.600	4.058.766,67
7102	URGENCIAS TRAUMATOLOGICAS	29.453.564,00	208.815.919	34.802.653,17
7103	CONSULTAS	25.034.447,05	167.579.774	27.929.962,25
7104	OBSERVACION	16.214.902,39	88.990.592	14.831.765,37
7105	CUIDADOS ESPECIALES	4.984.824,00	46.044.387	7.674.064,43
<b>72</b>	<b>UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA</b>	<b>91.169.656,17</b>	<b>419.163.821</b>	<b>69.860.636,76</b>
7201	CONSULTA ESPECIALIZADA	91.169.656,17	419.163.821	69.860.636,76
<b>73</b>	<b>UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION</b>	<b>143.686.594,27</b>	<b>792.181.077</b>	<b>132.030.179,54</b>
7301	CUIDADOS ESPECIALES (INTERMEDIOS)	1.188.389,00	22.473.644	3.745.607,26
7302	NEFROLOGIA	8.404.134,00	109.119.224	18.186.537,39
7303	SANTA CLARA	36.138.255,15	224.852.268	37.475.377,97
7304	UNIDAD DE QUEMADOS	4.558.786,00	15.040.793	2.506.798,76
7305	UNIDAD DE RECIEN NACIDOS	18.218.049,73	96.612.213	16.102.035,54
7306	SALA QUIRURGICAS	18.173.711,23	66.472.620	11.078.770,02
7307	NEUMOPATIAS	8.612.457,00	47.397.733	7.899.622,12

ESTADO DE RESULTADOS		JUNIO	ACUMULADO	PROMEDIO MES
7308	NEUMOPATIA 2	3.876.713,30	22.171.837	3.695.306,18
7309	MEDICA 3	14.750.435,69	58.217.774	9.702.962,41
7310	LUIS AMIGO	7.029.988,97	16.374.953	2.729.158,83
7311	MADRE SOFIA	22.697.974,20	113.410.318	18.901.719,72
7312	PENSIONADOS		0	0,00
7313	SALA DE ONCOLOGIA	37.700,00	37.700	6.283,33
74	UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS	114.360.532,45	812.527.005	135.421.167,54
7402	CIRUGIA	114.360.532,45	812.527.005	135.421.167,54
75	UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO DIAGNOSTICO	99.230.920,45	572.936.919	95.489.486,56
7501	ELECTROS	6.566.500,45	18.701.268	3.116.878,03
7502	IMAGENOLOGIA	24.335.559,00	252.933.240	42.155.540,03
7503	LABORATORIO CLINICO GENERAL	62.546.711,00	288.780.686	48.130.114,33
7504	LABORATORIO FDE PATOLOGIA	5.782.150,00	12.521.725	2.086.954,17
76	UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO TERAPEUTICO	19.568.122,00	87.096.578	14.516.096,33
7602	BANCO DE SANGRE	11.969.844,00	43.043.344	7.173.890,67
7607	REHABILITACION- TERAPIAS	7.598.278,00	44.053.234	7.342.205,67
7608	ESTUDIOS CARDIOLOGICOS		0	0,00
77	UNIDAD FUNCIONAL DE MERCADEO	74.072.432,13	785.506.121	130.917.686,91
7701	FARMACIA E INSUMOS HOSPITALARIOS	74.072.432,13	785.506.121	130.917.686,91
78	COSTOS INDIRECTOS		0	0,00
7805	OTROS COSTOS		0	0,00
			0	0,00
	SUPERAVIT (DEFICIT)	126.114.385,06	968.049.968	161.341.661,31

## ESTADOS FINANCIEROS DE LA UCI DOÑA PILAR

### BALANCE GENERAL 2009

ACTIVO	AÑO 2009	AÑO 2008
<b>Activo Corriente</b>	<b>2.549.577.153,46</b>	<b>1.456.153.339,00</b>
<b>11 DISPONIBLE</b>	<b>1.000.000,00</b>	<b>500.000,00</b>
1105 CAJA	1.000.000,00	500.000,00
1110 BANCOS	0,00	0,00
1120 CUENTAS DE AHORRO	0,00	0,00
<b>12 INVERSIONES</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
1205 ACCIONES	0,00	0,00
<b>13 DEUDORES</b>	<b>2.419.780.659,20</b>	<b>1.455.653.339,00</b>
1305 CLIENTES	2.302.267.731,88	1.455.600.092,00
1330 ANTICIPOS, AVENCES Y DEPOSITO	953.555,60	0,00
1355 ANTICIPO DE IMP. CONT. Y SALDO AFAVOR	26.554.658,12	53.247,00
1365 CUENTAS POR COBRAR A TRABAJADORES	5.260.000,00	0,00
1380 DEUDORES VARIOS	84.744.713,60	0,00
<b>14 INVENTARIOS</b>	<b>128.796.494,26</b>	<b>0,00</b>
1415 MEDICAMENTOS	83.413.725,98	0,00
1420 MATERIALES MEDICOS QUIRURGICOS	38.467.527,37	0,00
1424 MATERIALES PARA IMAGENOLOGIA	0,00	0,00
1455 MATERIALES REPUESTOS Y ACCESORIOS	6.915.240,91	0,00
<b>Activo No Corriente</b>	<b>701.900.355,99</b>	<b>561.955.100,18</b>
<b>15 PROPIEDADES PLANTA Y EQUIPOS</b>	<b>696.505.214,00</b>	<b>542.487.163,00</b>
1504 TERRENOS		
1508 CONSTRUCCIONES EN CURSO		
1509 PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO CON MANTENTENIMIENTO		
1512 MAQUINARIA Y EQUIPO EN MONTAJE		4.144.000,00
1516 CONSTRUCCIONES Y EDIFICACIONES		
1520 MAQUINARIA Y EQUIPO	748.408.290,00	545.819.103,00
1524 EQUIPO DE OFICINA	1.625.900,00	0,00
1528 EQUIPO DE COMPUTO Y COMUNICACION	26.448.900,00	14.045.700,00
1532 MAQUINARIA Y EQUIPO MEDICO CIENTIF	0,00	
1536 EQUIPOS DE HOTELERIA, RESTAURANTE	0,00	
1540 EQUIPO DE TRANSPORTE	0,00	
1592 DEPRECIACION ACUMULADA	-79.977.876,00	-21.521.640,00
<b>17 DIFERIDOS</b>	<b>5.395.141,99</b>	<b>19.467.937,18</b>
1705 GASTOS PAGADOS POR ANTICIPADO	1.091.560,00	11.754.819,00
1710 CARGOS DIFERIDOS	4.303.581,99	7.713.118,18
<b>TOTAL ACTIVO</b>	<b>3.251.477.509,45</b>	<b>2.018.108.439,18</b>

#### CUENTAS DE ORDEN

Cuentas de Orden Deudoras

Cuentas de Orden Acreedoras por contra,

PASIVOS	AÑO 2009	AÑO 2008
<b>Pasivo Corriente</b>	<b>2.944.149.450,81</b>	<b>1.412.359.857,10</b>
<b>21 OBLIGACIONES FINANCIERAS</b>	<b>6.058.560,46</b>	<b>2.895.619,64</b>
2105 BANOS NACIONALES	6.058.560,46	2.895.619,64

<b>22</b>	<b>PROVEEDORES</b>	<b>2.619.468.381,00</b>	<b>757.062.797,00</b>
2205	NACIONALES	2.619.468.381,00	757.062.797,00
<b>23</b>	<b>CUENTAS POR PAGAR</b>	<b>309.329.696,35</b>	<b>652.401.440,46</b>
2335	COSTOS Y GASTOS POR PAGAR	162.174.298,35	583.690.270,46
2365	RETENCIONES EN LA FTE. E IMPUESTO TIMBRE	145.367.898,00	68.711.170,00
2370	RETENCIONES Y APORTES DE NOMINA	1.787.500,00	0,00
<b>25</b>	<b>OBLIGACIONES LABORALES</b>	<b>9.292.813,00</b>	<b>0,00</b>
2505	NOMINA POR PAGAR	4.283.000,00	0,00
2510	CESANTIAS CONSOLIDADAS	3.172.667,00	0,00
2515	INTERESES SOBRE CESANTIAS	253.813,00	0,00
2525	VACACIONES CONSOLIDADAS	1.583.333,00	0,00
2530	PRESTACIONES EXTRALEGALES	0,00	0,00
<b>Pasivo No Corriente</b>		<b>42.042.830,00</b>	<b>0,00</b>
<b>28</b>	<b>OTROS PASIVOS</b>	<b>42.042.830,00</b>	<b>0,00</b>
2805	ANTICIPOS Y AVANCES RECIBIDOS	42.042.830,00	0,00
<b>TOTAL PASIVO</b>		<b>2.986.192.280,81</b>	<b>1.412.359.857,10</b>
<b>3</b>	<b>PATRIMONIO</b>	<b>265.285.228,56</b>	<b>605.748.582,08</b>
<b>32</b>	<b>SUPERAVIT DE CAPITAL</b>	<b>710.253.990,00</b>	<b>559.864.803,00</b>
3210	DONACIONES	710.253.990,00	559.864.803,00
<b>36</b>	<b>RESULTADOS DEL EJERCIO</b>	<b>-490.852.540,44</b>	<b>45.883.779,08</b>
3605	UTILIDAD DEL EJERCICIO	-490.852.540,44	45.883.779,08
<b>37</b>	<b>RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES</b>	<b>45.883.779,00</b>	<b>0,00</b>
3705	RESULTADO DE EJERCICIOS ANTERIORES	45.883.779,00	0,00
<b>TOTAL PASIVO + PATRIMONIO</b>		<b>3.251.477.509,37</b>	<b>2.018.108.439,18</b>

#### CUENTAS DE ORDEN

Cuentas de Orden Acreedoras

Cuentas de Orden Deudoras por contra,

## BALANCE GENERAL A JUNIO DE 2010

<b>ACTIVO</b>	
<hr/>	
<b>Activo Corriente</b>	<b>4.564.554.186,11</b>
<hr/>	
<b>11 DISPONIBLE</b>	<b>-85.550.138,90</b>
1105 CAJA	1.000.000,00
1110 BANCOS	-98.572.826,86
1120 CUENTAS DE AHORRO	12.022.687,96
<b>12 INVERSIONES</b>	<b>0,00</b>
1205 ACCIONES	0,00
<b>13 DEUDORES</b>	<b>4.576.508.864,21</b>
1305 CLIENTES	4.175.071.160,88
1330 ANTICIPOS AVANCES Y DEPOSITO	543.000,00
1355 ANTICIPO DE IMP.CONT Y SALDO A FAVOR	27.845.079,12
1365 CUENTAS POR COBRAR A TRABAJADORES	288.216.965,00
1380 DEUDORES VARIOS	84.832.659,21
1399 PROVISIONES	0,00
<b>14 INVENTARIOS</b>	<b>73.595.460,80</b>
1415 MEDICAMENTOS	56.404.912,15
1420 MATERIALES MEDICOS QUIRURGICOS	9.740.656,67
1424 MATERIALES PARA IMAGENOLOGIA	0,00
1455 MATERIALES REPUESTOS Y ACCESORIOS	7.449.891,98
<hr/>	
<b>Activo No Corriente</b>	<b>664.438.941,82</b>
<hr/>	
<b>15 PROPIEDADES PLANTA Y EQUIPOS</b>	<b>662.953.656,00</b>
1504 TERRENOS	0,00
1508 CONSTRUCCIONES EN CURSO	0,00
PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO CON	
1509 MANTENIMIENTO	0,00
1512 MAQUINARIA Y EQUIPO EN MONTAJE	120.000,00
1516 CONSTRUCCIONES Y EDIFICACIONES	0,00
1520 MAQUINARIA Y EQUIPO	748.408.290,00
1524 EQUIPO DE OFICINA	8.910.720,00
1528 EQUIPO DE COMPUTO Y COMUNICACION	26.448.900,00
1532 MAQUINARIA Y EQUIPO MEDICO CIENTIF	0,00
1536 EQUIPOS DE HOTELERIA, RESTAURANTE	0,00
1540 EQUIPO DE TRANSPORTE	0,00
1592 DEPRECIACION ACUMULADA	-120.934.254,00
<b>17 DIFERIDOS</b>	<b>1.485.285,82</b>
1705 GASTOS PAGADOS POR ANTICIPADO	1.038.023,67
1710 CARGOS DIFERIDOS	447.262,15
<b>18 OTROS ACTIVOS</b>	<b>0,00</b>
1805 BIENES DE ARTE Y CULTURA	0,00

<b>19 VALORIZACIONES</b>	<b>0,00</b>
1910 DE PROPIEDADES PLATA Y EQUIPO	0,00
<b>TOTAL ACTIVO</b>	<b>5.228.993.127,93</b>
<b>PASIVOS</b>	
<b>Pasivo Corriente</b>	<b>3.234.136.673,71</b>
<b>22 PROVEEDORES</b>	<b>2.717.902.282,00</b>
2205 NACIONALES	2.717.902.282,00
<b>23 CUENTAS POR PAGAR</b>	<b>494.809.436,71</b>
2335 COSTOS Y GASTOS POR PAGAR	306.656.795,71
2365 RETENCION EN LA FTE E IMPUESTO TIM	174.913.775,00
2370 RETENCIONES Y APORTES DE NOMINA	13.238.866,00
<b>24 IMPUESTOS GRAVAMENES Y TASAS</b>	<b>0,00</b>
2416 A LA PROPIEDAD RAIZ	0,00
<b>25 OBLIGACIONES LABORALES</b>	<b>14.371.231,00</b>
2505 NOMINA POR PAGAR	12.501.500,00
2510 CESANTIAS CONSOLIDADAS	756.001,00
2515 INTERESES SOBRE CESANTIAS	232.980,00
2520 PRIMAS DE SERVICIOS	839.083,00
2525 VACACIONES CONSOLIDADAS	41.667,00
<b>26 PASIVOS ESTIMADOS Y PROVISIONES</b>	<b>7.053.724,00</b>
2610 PARA OBLIGACIONES LABORALES	7.053.724,00
<b>Pasivo No Corriente</b>	<b>39.163.009,00</b>
<b>28 OTROS PASIVOS</b>	<b>39.163.009,00</b>
2805 ANTICIPOS Y AVANCES RECIBIDOS	30.915.345,00
2810 DEPOSITOS RECIBIDOS	8.247.664,00
<b>TOTAL PASIVO</b>	<b>3.273.299.682,71</b>
<b>3 PATRIMONIO</b>	
<b>32 SUPERAVIT DE CAPITAL</b>	<b>710.253.990,00</b>
3210 DONACIONES	710.253.990,00
<b>36 RESULTADO DEL EJERCICIO</b>	<b>1.690.408.216,58</b>
3605 UTILIDAD DEL EJERCICIO	1.690.408.216,58
<b>37 RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES</b>	<b>-444.968.761,36</b>
3710 PERDIDAS O DEFICIT ACUMULADOS	-444.968.761,36
<b>38 SUPERAVIT POR VALORIZACION</b>	<b>0,00</b>
3810 DE PROPIEDADES, PLATA Y EQUIPO	0,00
<b>TOTAL PATRIMONIO</b>	<b>1.955.693.445,22</b>
<b>TOTAL PASIVO + PATRIMONIO</b>	<b>5.228.993.127,93</b>
<b>CUENTAS DE ORDEN</b>	
91 Responsabilidades Contingentes	-350.062.529,58

**ESTADO DE RESULTADOS DE LA UCI DOÑA PILAR 2009**

<b>INGRESOS</b>		<b>AÑO 2009</b>	<b>AÑO 2008</b>
<b>Operacionales</b>			
4105	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	2.078.765.352,00	862.729.417,00
4110	UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS	416.601.029,00	98.603.426,00
4125	UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO DIAGNOSTICOS	82.500.277,00	20.357.475,00
4130	UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO TERAPEUTICO	1.975.792.101,00	519.761.198,00
4175	DEVOL, REBAJAS Y DCTOS EN VENTAS DE SERV	-22.673.485,00	-787.280,00
<b>TOTAL INGRESOS OPERACIONALES</b>		<b>4.530.985.274,00</b>	<b>1.500.664.236,00</b>
<b>COSTOS</b>			
<b>De Prestación de Servicios</b>			
6105	UNIDAD FUNCIONAL DE PEDIATRIA	2.687.105.333,22	1.016.997.274,00
6110	UNIDAD FUNCIONAL DE NEONATOS	6.420.000,00	69.469.959,00
6115	UNIDAD FUNCIONAL DE INTERMEDIOS	6.262.390,00	0,00
6120	UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO DIAGNOSTICO	10.475.228,00	0,00
6135	UNIDAD FUNCIONAL DE MERCADEO	1.721.162.603,57	298.775.217,00
<b>TOTAL COSTOS OPERACIONALES</b>		<b>4.431.425.554,79</b>	<b>1.385.242.450,00</b>
<b>CONTRIBUCION MARGINAL</b>		<b>99.559.719,21</b>	<b>115.421.786,00</b>
<b>GASTOS</b>			
<b>De Administración</b>			
5105	DIRECCION GENERAL	198.091.819,82	10.095.044,00
5110	DIRECCION CIENTIFICA	14.257.652,00	0,00
5115	DIRECCION FINANCIERA	5.741.379,00	0,00
5120	DIRECCION ADMINISTRATIVA	110.145.155,00	43.222.418,00
<b>TOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS</b>		<b>328.236.005,82</b>	<b>53.317.462,00</b>
<b>EXCEDENTE (DEFICIT) OPERACIONAL</b>		<b>-228.676.286,61</b>	<b>62.104.324,00</b>
<b>Ingresos no Operacionales</b>			
4205	COMERCIALES	45.139.211,60	2.142.705,00
4250	RECUPERACIONES	77.958.289,00	0,00
4295	DIVERSOS	215.382,83	0,00
<b>TOTAL INGRESOS NO OPERACIONALES</b>		<b>123.312.883,43</b>	<b>2.142.705,00</b>
<b>Gastos No Operacionales</b>			
53	FINANCIEROS	94.540.778,26	18.363.250,00
55	GASTOS EXTRAORDINARIOS	290.948.359,00	0,00
<b>TOTAL INGRESOS NO OPERACIONALES</b>		<b>385.489.137,26</b>	<b>18.363.250,00</b>
<b>Excedente (déficit) No Operacional</b>		<b>-262.176.253,83</b>	<b>-16.220.545,00</b>
<b>Excedente (déficit) del Ejercicio</b>		<b>-490.852.540,44</b>	<b>45.883.779,00</b>

## ESTADO DE RESULTADOS UCI DOÑA PILAR A JUNIO DE 2010

INGRESOS		MES: JUNIO	ACUMULADO
<b>Operacionales</b>			
4105	UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	143.638.064,00	1.865.180.425,00
4110	UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA	0,00	0,00
4115	UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZ. E INTERNACION	0,00	43.587.642,00
4120	UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS	46.751.286,00	487.701.177,00
4125	UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO DIAGNOSTICO	6.999.000,00	89.902.075,00
4130	UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO TERAPEUTICO	120.847.737,00	1.604.413.723,00
4135	UNIDAD FUNCIONAL DE MERCADEO	0,00	4.906,00
4175	DEVOL, REBAJAS Y DCTOS EN VENTAS DE SERV	0,00	-53.951.496,00
<b>TOTAL INGRESOS OPERACIONALES</b>		<b>318.236.087,00</b>	<b>4.036.838.452,00</b>
<b>COSTOS</b>			
<b>De Prestación de Servicios</b>			
6105	UNIDAD FUNCIONAL DE PEDIATRIA	126.577.303,33	615.526.591,37
6110	UNIDAD DE NEONATOS	59.045.277,00	157.107.260,56
6115	UNIDAD INTERMEDIOS	0,00	74.029.673,10
6120	UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO DIAGNOSTICO	0,00	1.000.001,00
6130	UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO TERAPEUTICO	0,00	0,00
6135	UNIDAD FUNCIONAL DE MERCADEO	145.274.606,25	1.203.798.158,52
<b>TOTAL COSTOS OPERACIONALES</b>		<b>330.897.186,58</b>	<b>2.051.461.684,55</b>
<b>CONTRIBUCION MARGINAL</b>		<b>-12.661.099,58</b>	<b>1.985.376.767,45</b>
<b>GASTOS</b>			
<b>De Administración</b>			
5105	DIRECCION GENERAL	16.188.735,13	50.697.300,00
5110	DIRRECCION CIENTIFICA	9.780.407,00	53.507.086,00
5115	DIRECCION FINANCIERA	1.205.000,00	9.948.500,00
5120	DIRECCION ADMINISTRATIVA	24.083.044,00	86.067.253,00
5195	GASTOS DIVERSOS	35.000,00	85.950,00
<b>TOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS</b>		<b>51.292.186,13</b>	<b>200.306.089,00</b>
<b>EXCEDENTE (DEFICIT) OPERACIONAL</b>		<b>-63.953.285,71</b>	<b>1.785.070.678,45</b>
<b>Ingresos no Operacionales</b>			
4205	COMERCIALES	30.750,00	30.750,00
4210	RENDIMIENTOS FINANCIEROS	30.035,00	48.710,00
4220	ARRENDAMIENTOS	0,00	0,00
4235	SERVICIOS	0,00	0,00
4250	RECUPERACIONES	2.667.686,00	2.667.686,00
4265	INGRESOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	0,00	0,00
4295	DIVERSOS	0,00	33.512,00
<b>TOTAL INGRESOS NO OPERACIONALES</b>		<b>2.728.471,00</b>	<b>2.780.658,00</b>
<b>Gastos No Operacionales</b>			
5305	FINANCIEROS	10.807.871,11	97.443.119,87
55	GASTOS EXTRAORDINARIOS		0,00
<b>TOTAL INGRESOS NO OPERACIONALES</b>		<b>10.807.871,11</b>	<b>97.443.119,87</b>
<b>Excedente (déficit) No Operacional</b>		<b>-8.079.400,11</b>	<b>-94.662.461,87</b>

<b>Excedente (déficit) del Ejercicio</b>	<b>-72.032.685,82</b>	<b>1.690.408.216,58</b>
--	-----------------------	-------------------------