

**ANALISIS DE LA GESTION INSTITUCIONAL DE LA EMPRESA SOCIAL
DEL ESTADO – HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE TURBACO
DEPARTAMENTO DE BOLIVAR 2007-2011**

ALUMNOS

CLEMENTE SANTOYA TORRES

MEDICO CIRUJANO

cjst-10@hotmail.com

DIANA ARANGO GONZALEZ

ADMINISTRADORA DE SERVICIOS DE SALUD

darango19@hotmail.com

LINEA DE INVESTIGACION

Mejoramiento Institucional de Entidades de Salud

TEMA

Auditoria Administrativa y Financiera de Servicios de Salud

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS

ESPECIALIZACION GESTIÓN DE LA CALIDAD

Y AUDITORIA EN SALUD

PROMOCION XX

CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.

SEPTIEMBRE 2012

**ANALISIS DE LA GESTION INSTITUCIONAL DE LA EMPRESA SOCIAL
DEL ESTADO – HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE TURBACO
DEPARTAMENTO DE BOLIVAR 2007-2011**

ALUMNOS

CLEMENTE SANTOYA TORRES

MEDICO CIRUJANO

Celular 3107065267

DIANA ARANGO GONZALEZ

ADMINISTRADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Celular 3012153026

DIRECTOR DEL PROYECTO

JESUS RAMIREZ

COORDINADOR DE LA ESPECIALIZACION

DR. WILLIAN PEÑA

***PROYECTO DE GRADO COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD***

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS

ESPECIALIZACION DE GERENCIA EN SALUD

PROMOCION XX

CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.

SEPTIEMBRE 2012

JURADOS

NOMBRE DEL JURADO	CARGO O PROFESION

ACEPTACIÓN

NOTA DE ACEPTACION

Cartagena de Indias; Septiembre de 2012

DEDICATORIA.

A; Gracias Dios por ser tan bueno conmigo, por estar siempre en mi camino demostrándome tu grandeza y tu perfección.

CLEMENTE

A; Dios por darme la oportunidad de adquirir el conocimiento y por colocar en mi camino nuevas e inolvidables experiencias.

DIANA

RELACION DE CUADROS

Cuadro No. 1

Cuadro No. 2

RELACION DE GRAFICOS

Grafico No. 1

Grafico No.2

RELACION DE TABLAS

Tabla No. 1

Tabla No. 2

TABLA DE CONTENIDO

Página

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.

1.2. Formulación del problema

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

2.2. Objetivos Específicos

3. JUSTIFICACIÓN

4. DELIMITACION

5. MARCO TEORICO

5.1. Antecedentes

5.2. Marco jurídico

5.3 Marco Conceptual

5.4 Marco Geográfico y Demográfico

5.5 Identificación de la Entidad

5.6 Operacionalización de Variables

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 Tipo de investigación

6.2 Población y Muestra

6.3 Análisis e interpretación de datos

7. ANALISIS DE LA GESTION INSTITUCIONAL DE LA ESE

7.1 ANALISIS DE LA GESTION OPERATIVA DE LA ESE

7.2 ANALISIS DE LA GESTION ADMINISTRATIVA DE LA ESE

7.3 ANALISIS DE LA GESTION FINANCIERA DE LA ESE

8. MEJORAMIENTO DE LOS NUDOS CRITICOS DE LA GESTION INSTITUCIONAL DE LA ESE

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA.

ANEXOS

**ANALISIS DE LA GESTION INSTITUCIONAL DE LA EMPRESA SOCIAL
DEL ESTADO – HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE TURBACO
DEPARTAMENTO DE BOLIVAR 2007-2011**

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Las Empresas Sociales del Estado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; son las empresas de la nación o los entes territoriales, responsables en su área social de mercado de prestar los servicios de salud a los usuarios afiliados al régimen subsidiado, al régimen contributivo, a los regímenes excepcionales y particulares y en especial al subsidio a la oferta; en el contexto del esquema de aseguramiento vigente; que constituyen una categoría especial de entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

El desarrollo empresarial de los hospitales públicos colombianos aunado a una débil cultura del control, han estado lleno de un cúmulo de dificultades, unas estructurales y otras coyunturales para tener resultados viables de metas de logros; entre las cuales traemos a colación la resistencia al cambio de muchos directivos y trabajadores, la falta de preparación y dirección de los actores responsables para hacer las transformaciones, la competencia en desigualdad de condiciones con el sector privado, el arrastre de altos costos fijos históricos, el manejo de los servicios no rentables, la rigidez de la carrera administrativa, el desarrollo incipiente de nuevos e innovadores servicios a la altura de la demanda, el arrastre de un pasivo prestacional todavía en algunos, la falta de competitividad por los altos costos de la atención y sin capacidad de maniobra por los intereses políticos, rigidez administrativa y jurídica por una normatividad de contratación pública fuerte y entre otras, la imposibilidad de cumplir con la habilitación y la acreditación con los recursos que producen.¹

El municipio de Turbaco Bolívar es uno de los entes territoriales ubicados en la región del ZODES NORTE del Departamento, registrando una posición geográfica privilegiada, al conformar en la praxis una zona metropolitana con el Distrito turístico de Cartagena la capital del departamento, que le garantiza una buena referencia y tiene como hospital público la prestación de sus servicios de salud la ESE –

¹ CONFERENCIA SOBRE LOS HOSPITALES PUBLICOS COLOMBIANOS; IVAN JARAMILLO PEREZ – Universidad Santo Tomas de Bogotá, Marzo de 2007.

HOSPITAL LOCAL, cuya administración ha venido haciendo ingentes esfuerzos para resolver su ámbito problemático complejo como entidad pública del primer nivel de resolutiveidad entre los cuales SE PUEDEN DESTACAR:

- ✓ **INSOSTENIBILIDAD FINANCIERA CON DEFICIT EN ALGUNAS VIGENCIAS NO DETERMINADOS CORRECTAMENTE.**
- ✓ **BAJA CAPACIDAD DE MANIOBRA PARA PAGAR LOS PASIVOS SOBRE TODO LOS LABORALES QUE EN MAS DE \$300 MILLONES SON DEMANDAS LABORALES**
- ✓ **ILIQUIDEZ E INSOLVENCIA YA QUE SUS PASIVOS CORRIENTES SON REPRESENTATIVOS Y LOS ACTIVOS CORRIENTES SON MENORES CON DEMANDAS DE PROVEEDORES POR MÁS DE \$500 MILLONES**
- ✓ **SIN RECURSOS DE INVERSION PARA RESOLVER LA HABILITACION, LOQUE HA HECHO QUE NO SEPUEDAN PRACTICAR PARTOS POR CESAREAS EN FORMA EFICIENTE Y CON ALTO RIESGO POR NO TENER LA CAPACIDAD TECNICO CIENTIFICA EN INFRAESTRUCTURA Y DOTACION CON PERDIDAS DE LA FACTURACION POR EVENTOS POR ESTE CONCEPTO.**
- ✓ **LENTO APOYO DE LOS ACTORES NACIONALES, DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES, QUE HAN VENIDO ENTRABANDO LA REESTRUCTURACION ADMINISTRATIVA, ELPROCESO DE DARLO A UN OPERADOR PRIVADO Y TAMPOCO CUMPLEN CON EL FINANCIAMIENTO DEL PLAN BIENAL DE INVERSIONES**
- ✓ **ATRASO EN EL PAGO DE SUELDOS Y PROVEEDORES QUE DE UN PROMEDIO DE 7 MESES DEATRASOS HOY SE TIENE EN APROXIMADAMENTE 3 MESES DE ATRASO PROMEDIO**
- ✓ **RESISTENCIA PASIVA DE LOS TRABAJADORES MUCHOS SE DEBEN A LA POLITIQUERIA LOCAL Y OBEDECEN A PAROS CONTINUOS PARA ENTORPECER LA LABOR DE SACARLO DELANTE DE SU CRISIS.**
- ✓ **MALA IMAGEN DEL HOSPITAL POR LA INSATISFACCION DEL CLIENTE INTERNO QUE SE LA REFLEJA AL EXTERNO.**

Por ello; en virtud de coadyuvar con la voluntad política de sus administradores para desarrollar procesos de mejoramiento continuo, es pertinente hacerle una EVALUACION Y ANALISIS DE SU GESTION INSTITUCIONAL, objeto del presente proyecto de grado.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál ES LA SITUACION DE LA GESTION INSTITUCIONAL de la ESE – HOSPITAL LOCAL DE TURBACO BOLIVAR; EN EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO SOCIAL EN SALUD EN SU ENTORNO?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Realizar Un Análisis de Gestión institucional a la ESE – HOSPITAL LOCAL del Municipio de Turbaco, Departamento de Bolívar; para plantear acciones de mejora continua y contribuir a que se desarrollen las ejecutorias de su rol misional para su fortalecimiento y transformación institucional a corto y mediano plazo.

2.2. Objetivos Específicos

- **Diagnosticar la situación de desarrollo institucional y cumplimiento de su objeto social de prestación de servicios de salud con Autosostenibilidad de la ESE por la que ha atravesado en los últimos 5 años.**
- **Determinar los nudos críticos del diagnóstico institucional de la ESE y mediante los criterios de Control de gestión institucional en forma retrospectiva Planteando los procesos de mejora continua y las actividades funcionales y tácticas de cada uno de estos problemas prioritarios a solucionar**
- **Analizar cada uno de los componentes e indicadores de gestión de la ESE y determinar sus resultados con base en los promedios de logros y los estándares regionales**
- **Plantear Acciones de mejora en cada uno de los hallazgos y evidencias encontradas y recomendar las ejecutorias a seguir para su fortalecimiento institucional a corto y mediano plazo.**

3. JUSTIFICACIÓN

En condiciones normales como nos los enseñan en la especialización la gestión institucional de un hospital público busca que los resultados de sus ejecutorias para pagar la deuda social en salud, especialmente a la población con mayores necesidades insatisfechas traiga como beneficios EL:

- ✓ **Generar la mayor capacidad de respuesta científico técnica a las necesidades de salud de la población TURBAQUERA a mínimo riesgo y a mínimo costo con una cobertura universal.**
- ✓ **Mejorar los procesos y procedimientos de atención asistencial y administrativo con el mayor desarrollo de la biotecnología médica y la productividad del recurso humano responsable de cada servicio, cumpliendo con los procesos prioritarios asistenciales en lo pertinente.**
- ✓ **Garantizar la atención de urgencias y pre hospitalaria, lo más eficiente posible con prioridad en la severidad de la patología de los usuarios.**
- ✓ **Fortalecer la gestión del aseguramiento mediante la acertada contratación, adecuada facturación y el óptimo recaudo de los servicios prestados.**
- ✓ **Generar programas de bienestar social para el cliente interno propiciando un clima organizacional gratificante.**
- ✓ **Armonizar de la mejor forma posible el sistema de referencia y contrarreferencia.**
- ✓ **Coordinar con el municipio a generar metas de salud positiva y cumplir con los indicadores centinelas y de mortalidad evitable y fomentar los estilos de vida saludable.**
- ✓ **Promover el funcionamiento efectivo de la red prestadora de servicios que se implante en el área social de mercado del hospital.**

- ✓ Establecer y monitorear los resultados y metas asistenciales, epidemiológicas y administrativos que generen decisiones de mejoramiento continuo y retroalimentación para consolidar los impactos sociales propuestos.

- ✓ Mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios y el sentido de pertenencia hacia la institución.

Pero, cuando vamos al terreno de las prácticas de la auditoría, interventoría, control interno, análisis asistencial, control de la gestión operativa; administrativa y financiera, este entorno real y formal riñe con el estado crítico por el que atraviesan estas instituciones públicas, en detrimento de la calidad del servicio que debe darse con capacidad de respuesta en accesibilidad, oportunidad, capacidad técnico científica y satisfacción integral del usuario que muchas veces como el caso que nos ocupa es frágil; de allí la importancia de aterrizar el hospital público real para mediante unos resultados de la evaluación de la gestión institucional plantear las estrategias y ejecutorias de acción hospitalaria, que lo vuelvan a colocar a cumplir su objeto social. He allí la justificación plena de realizar este trabajo y contribuir a una salud positiva para nuestros paisanos.

3.1 DELIMITACION

El desarrollo institucional de una ESE – Hospital Público, se basa en que mirando sus funciones de modelo de atención, determinar si sus planea tácticos, operativos y estratégicos han avanzado para lo que en el argot de la gerencia en salud se llama EL DESARROLLO EMPRESARIAL HOSPITALARIO, para lo cual se evalúa de acuerdo con los objetivos específicos y el diseño metodológico, su función de producción; de mercadeo, de recursos humanos, de sistema de gestión de calidad en salud, de procesos y procedimientos administrativos, institucionales y legales, de proyectos específicos y todo termina en la radiografía financiera de un tiempo determinado en este caso 2007 – 2011 que es lo que se pretende con el presente trabajo de grado, delimitado en su visión sistémica y estratégica en tiempos de espacio y tiempo, por ser descriptivo; que coadyuva a los actores responsables del cumplimiento misional tomar las decisiones pertinentes.

5. MARCO TEORICO

5.1 ANTECEDENTES GENERALES

Desde 1958 la OMS en su *The First Ten Years Of The World Health Organization*; nos determinó que la Salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad; por ello, Los antecedentes organizativos de la prestación de los servicios de salud en Colombia, se remontan al año 1913 en donde sus actividades de protección de la salud, se dirigían a la erradicación de las enfermedades transmisibles, por el concepto unicausal microbiano e higiénico existente.

En el año 1946 es cuando en Colombia se eleva el manejo de la salud a rango ministerial; creándose el Ministerio de Higiene; más tarde a instancia de la Declaración de la OMS en 1958 se consolida la epidemiología como herramienta en salud y en 1963 el ministerio de higiene en Colombia se transforma en Ministerio de Salud Pública en forma centralizada sus acciones y la red prestadora de servicios de salud.

Con el desarrollo de la organización con criterios de reorganización de unidades de servicios en las principales ciudades capitales e intermedias del país, se crean a través de convenios con los departamentos la delegación y desconcentración de la red de servicios con responsabilidad de los Servicios Seccionales de Salud.²

En 1968 a instancia de los tecnócratas y con políticas socialdemócratas se realiza la reforma constitucional en donde dentro del artículo 80 de planificación económica y social en 1969 mediante la expedición de la Ley 39 del mismo año se lanza el Plan Nacional hospitalario, donde el fondo nacional hospitalario mejora la política de infraestructura de toda la red a nivel nacional sobre todo en las unidades regionales prestadora de servicios en ciudades intermedias de los departamentos; como el caso en Bolívar en el Carmen de Bolívar; Magangué y Mompóx.

Con la ley 9 de 1973 se fortalece el Sistema nacional de salud, del país y con el decreto extraordinario 056 de 1975 se consolida la organización de

² Yepes, Francisco, Historia de la Salud en Colombia; Ministerio de Salud OPS/OMS, 1990.

la red prestadora como tal y se fortalecen los servicios seccionales y sus unidades regionales en recurso y organización mediante el decreto 350 de 1975.

La Composición del sistema lo podemos recordar en el Artículo 2 del Decreto 056 de 1975 que dice textualmente “Para efectos del sistema nacional de salud, la ley define: a) subsistemas nacionales de inversión, información, planeación, suministros y personal como el conjunto de unidades y dependencias del sistema nacional de salud, en sus niveles nacional, seccional y local, cuyas actividades estén dedicadas a los campos específicos enunciados, según las normas que determine el ministerio de salud pública”. Y en su artículo 4 establece que estarán adscritas las entidades creadas por la ley de la república, ordenanza departamental, acuerdo municipal, intendencial y comisarial y las dependencias de otras entidades del sector público que presten servicios de atención médica. Este sistema que duró hasta el año 1990 cuando se reorganiza con la ley 10 de 1990 fue la base para el régimen de referencia y Contra referencia que tenemos hoy, con la siguiente concepción, organización y desarrollo.³

Las reformas al sistema Nacional de salud colombiano se inició con su reorganización funcional y descentralización de la prestación de los servicios de salud con la ley 10 de enero 10 de 1990; cuyos argumentos de cambios buscaron solucionar en los hospitales públicos; las ineficiencias, las bajas coberturas de la atención; los elevados costos de producción por paciente atendidos, la baja calidad de los servicios prestados, poca capacidad de respuesta a los problemas de salud de la población; la alta insatisfacción de los usuarios y sobre todo la inequidad que ameritaron una reforma estructural al sistema y sobre todo a estas organizaciones de carácter público.

De acuerdo a lo anterior; estas reformas consolidadas con la Ley 100 de 1993 que consolidó el Sistema General de Seguridad Social en Salud y transformó los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado; buscando una mayor autonomía de la gestión empresarial en salud; separando las funciones de financiamiento del sistema, con la compra y provisión de servicios por parte de las IPS,s en sus diferentes categorías públicas y privadas, generando unos nuevos mecanismos de pago;

³ Ibidem

introduciendo un esquema de competencias; integrando los servicios de salud a través de redes de prestación de servicios con la referencia y Contra referencia debida; incentivando la participación social; priorizando la efectividad del servicio con la garantía de la calidad y satisfacción del usuario; adaptándose a la aceleración del cambio tecnológico, mejorando la formación basada en competencias del recurso humano, haciendo los ajustes pertinentes de la oferta de servicios y mejorando los nivel de resolutivez con tendencia a la especialización de servicios y propiciando nuevos requerimientos gerenciales de conformidad con el cambio en el proceso del negocio de la salud donde la diversificación y sustitución de servicios generan la productividad, competitividad y la rentabilidad económica y social del modelo de atención.⁴

Las características de hospital público como empresa multiproducto, además del negocio de la prestación de servicios de salud, desarrolla procesos productivos de hotelería, esterilización, confecciones, provisión farmacéutica, lavandería, alimentación, educación, servicios extramurales; de apoyo diagnóstico y terapéuticos, comerciales, de transporte básico y medicalizado, y otros servicios conexos como salud pública individual y colectiva, que conllevan a que atienda las dinámicas que impone el mercado de la salud.

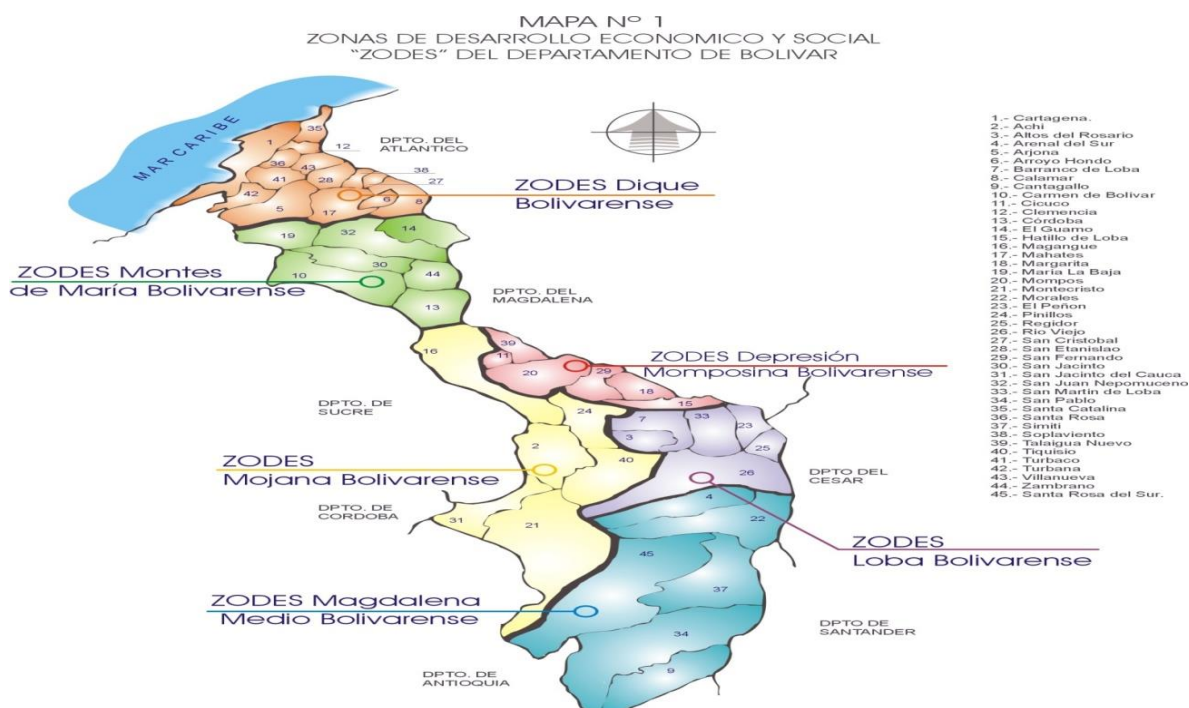
Las anteriores unidades de negocio, trabajan en la gestión hospitalaria a máximo beneficio y mínimo costo en su portafolio de servicios; por ello, sus ingresos y su responsabilidad económica y social van a depender de la cantidad de servicios que a la entidad responsable de pago contratante se le facture y cobre en el régimen subsidiado, el régimen contributivo, particulares, subsidio a la oferta y régimen de excepción y especiales para la autogestión y auto sostenibilidad, de conformidad con las políticas públicas del Gobierno Nacional para regular estas empresas, consignadas en la ley 100 de 1993; la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 con sus reglamentarios pertinentes.

5.2. MARCO GEOGRÁFICO Y DEMOGRÁFICO⁵

⁴ V. Congreso nacional de Mi pymes en Salud; Conferencia Hacia dónde van los Hospitales Públicos – ESE,s Universidad Nacional de Colombia; Facultad de Salud, Ponencia Iván Jaramillo. Junio 2008 Bogotá.

⁵ Proyecto de Reorganización Organizacional Del Ministerio de La Protección Social ESSE – Hospital Local de Turbaco 2010.

EN EL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR; se crearon las zonas de desarrollo económico y social (ZODES) mediante Ordenanza 012 del 17 de mayo del 2001, para poder planear el desarrollo económico y social en forma más equitativa. Fueron creadas 6 zonas así: ZODES DIQUE; ZODES MONTES DE MARIA; ZODES MOJANA BOLIVARENSE; ZODES DEPRESION MOMPOSINA Y ZODES LOBA.



Fuente: Plan De Desarrollo Departamental de Bolívar 2008 -2011

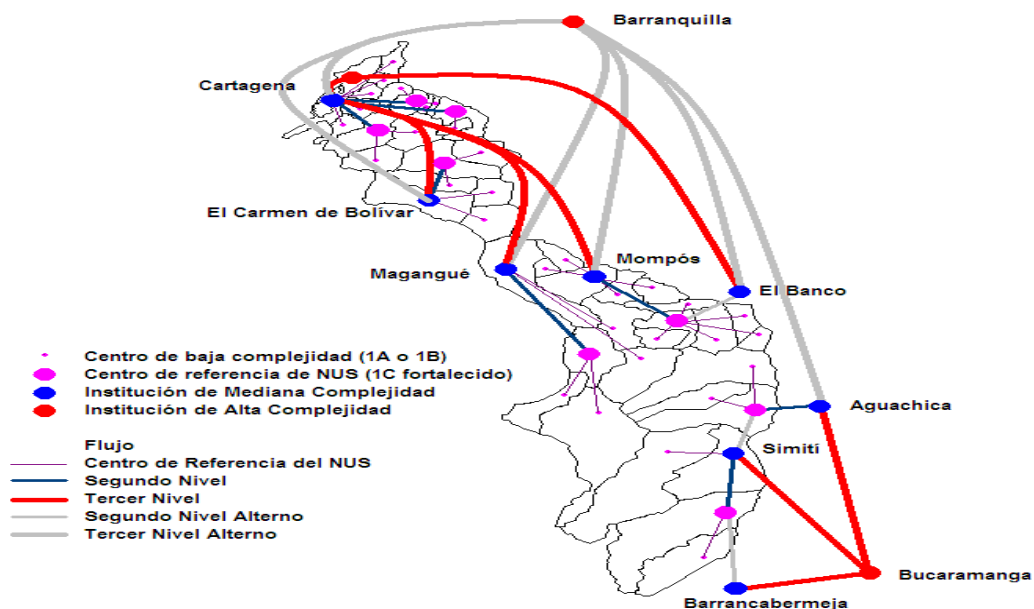
El Municipio de Turbaco Bolívar; pertenece según la anterior división de planificación territorial y administrativa al ZODES DIQUE, el cual tiene las siguientes Características Económicas:

- ✓ 35.2% de los empleos del sector agropecuario que se generan en el departamento. Donde 6% es urbano y 29.2% es rural.
- ✓ El 4.1% de los empleos del sector servicios del departamento lo genera este ZODES
- ✓ El 7.9% de los empleos industriales del departamento son de este ZODES
- ✓ El 5.2% de los empleos del sector transporte del departamento son de este ZODES
- ✓ El 4% de empleos de la construcción del departamento los genera este ZODES
- ✓ Registra un desempleo disfrazado del 67% con respecto al departamento
- ✓ Y las personas con NBI son el 59% con respecto al departamento.

Además del Municipio de TURBACO, pertenecen al ZODES DIQUE los municipios de Cartagena de Indias, Arroyo Hondo, Arjona; Calamar, Clemencia, Mahates, San Cristóbal, San Estanislao de Kotska, Santa Catalina, Santa Rosa de Lima, Soplaviento, Turbana y Villanueva.

Por estar ubicado cerca de Cartagena de Indias; cuyo acceso es la carretera Troncal de Occidente, el Municipio de TURBACO, se interconecta con los demás municipios que conforman los ZODES MONTES DE MARIA; integrado por los municipios de Córdoba; el Carmen de Bolívar; el Guamo; María la Baja; San Jacinto; San Juan Nepomuceno y Zambrano

Así las cosas, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL LOCAL DE TURBACO; se encuentra inserto dentro de la referencia y Contra referencia en la siguiente grafica de interconectividad del área social de mercado del ZODES DIQUE.



Fuente: Plan Departamental de Salud – Gobernación de Bolívar 2008.

Dicho esquema de subsidiariedad y complementariedad está determinado por la Red Prestadora de Servicios de Salud del ZODES DIQUE por las siguientes Hospitales Públicos:

RED PÚBLICA DEL AREA SOCIAL DE MERCADO DE LA ESE.

RED PÚBLICA HOSPITALARIA ZODES DIQUE

SERVICIOS	HOSPITAL	Hospital	CS	PS	Municipios Área de Influencia
AMBULATORIOS + URGENCIAS 24 HORAS	ESE HL La Milagrosa de Arjona	1	6		Arjona
	ESE CS de Arroyo Hondo		1		Arroyo Hondo
	ESE HL de Calamar	1			Calamar
	Unidad Operativa Local de Clemencia*		1	2	Clemencia
	ESE HL de Mahates	1	2		Mahates
	Unidad Operativa local de San Cristóbal*		1	1	San Cristóbal
	ESE H.L. Ana María Rodríguez	1	1		San Estanislao de K.
	ESE H. L. de Santa Catalina	1		2	Santa Catalina
	ESE H.L. de Santa Rosa de Lima	1			Santa Rosa de Lima
	ESE H.L. Vitalio Sará Castillo	1			Soplaviento
	ESE H.L. de Turbaco	1	1	6	Turbaco
	ESE H.L. de Turbana	1	2		Turbana
	Unidad Operativa Villareal Torres		1	2	Villanueva
	SUBTOTAL SERVICIOS BAJA COMPLEJIDAD		8	18	13
	ESE Maternidad Rafael Calvo	1			Cartagena + DIQUE
SUBTOTAL SERVICIOS MEDIANA COMPLEJIDAD		1			
	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	1			El distrito y 44 municipios de Bolívar
SUBTOTAL SERVICIOS ALTA COMPLEJIDAD		1			
TOTAL		12	23	13	

Fuente: Unidad de Vigilancia y Control.

Fuente: Unidad de Vigilancia y Gestión Departamento de Bolívar 2008 Tomado del Estudio de Red prestadora de Servicios – de la Secretaria Departamental de salud – 2006

5.2.1 DINAMICA POBLACION DEL ZODES

5.2.1.1 CONTEXTO DEMOGRAFICO Y PROYECCION POBLACIONAL TURBACOBOLIVAR

Población Total 2010	Total Hombres	Total Mujeres
67.229	33.346	33.883
Población Urbana	Mujeres	Hombres
61.783	31.324	30.459
Población Rural	Mujeres	Hombres
5.446	2.521	2.925

1.1 5.2.1.2 CUANTIFICACION DEMOGRAFICA POR GRUPO DE EDAD

GRUPO ETAREO	POBLACION ACTUAL	TASA DE CRECIMIENTO
< 1 AÑO	417	PROMEDIO TOTAL 2.52% SEGÚN DANE
1-4 AÑOS	6.615	
5-14 AÑOS	14.219	
15-44 AÑOS	31.591	
45-59 AÑOS	8.685	
60 Y MAS AÑOS	5.702	
TOTAL	67.229	

Fuente. Cálculos proyectados del autor. Línea de base 2005 DANE

5.3 MARCO JURIDICO

De acuerdo a el carácter de empresa industrial y comercial del estado del orden municipal de las empresas sociales del estado como hospital público, La ley 100de1993, la ley 1122 de 2007 y la ley 1438 de 2011 en cuanto a la reglamentación de la prestación de servicios se acogen al siguiente contexto jurídico general:

RÉGIMEN JURÍDICO DE LOS ACTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. La Empresa Social del Estado está sujeta al régimen jurídico de las personas de derecho público, con las excepciones que consagren las disposiciones legales.

RÉGIMEN JURIDICO DE LOS CONTRATOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Los contratos que celebre la Empresa Social del Estado se rigen por las normas del derecho privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas sobre la materia. Sin embargo podrán discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación Pública.

REGIMEN PRESUPUESTAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. El presupuesto de la Empresa Social de! Estado se regula por los principios y disposiciones que le son aplicables de la Ley Orgánica del presupuesto del Municipio, adoptándose respecto de la población pobre, en lo no cubierto con subsidio a la demanda, un sistema de reembolsos contra prestación servicios y de un sistema de anticipos, siempre que éstos últimos se refieran a metas específicas de atención y pactados a tarifas que recuperen los costos reales de los servicios.

La programación de los recursos de la Empresa Social del Estado se realizará bajo un régimen de presupues1ación basado en eventos de atención debidamente cuantificados, según población que vaya a ser atendida en la respectiva vigencia

REGIMEN DE CONTROL INTERNO. Compete al Gerente de la Empresa Social del Estado el diseño, aplicación y ejecución del Sistema de Control Interno, que le permitan controlar la Legalidad. Oportunidad. Eficiencia, de eficacia de sus servicios y actuaciones y el uso óptimo de los recursos financieros, de conformidad con la Ley 87 de 1993, ley 489 de 1998 y las normas legales; reglamentarias que los modifiquen, adicionen o complementen.

REGIMEN TRIBUTARIO. En todo lo relacionado con tributos nacionales la Empresa estará sometida el régimen previsto para los establecimientos públicos.

5.4 MARCO CONCEPTUAL DE LOS HOSPITALES PUBLICOS

La redefinición de los hospitales públicos en Empresas Sociales del estado, los materializó como empresas industriales y comerciales del estado del orden nacional, departamental y municipal en cada caso como empresas de servicios cuya autonomía se enmarca en la Auto sostenibilidad, ya que no hay traslado de recursos directos del estado para su funcionamiento y estos deben posicionarlos y buscarlos en el mercado del aseguramiento en salud,, bajo un esquema de cumplir múltiples funciones y promover múltiples productos; con uso intensivo de mano de obra competente y productiva, porque ya no se le pueden trasladar sus costos ni al paciente ni al estado; para lo cual se requiere una visión sistémica y estratégica que garanticen emprendimientos de posicionamiento en el mercado de la salud.

En el contexto del desarrollo empresarial hospitalario, las empresas sociales del estado deben hacer emprendimientos de administración, mediante la implementación de planes de gestión y desarrollo, un régimen de contratación acertado; un sistema de información de calidad y un régimen de personal y estructura salarial frugal que genere utilidad a toda costa.

En cuanto a su financiación debe ser auto sostenible con una adecuada facturación, con proyección de políticas de contención de costos para no tener futuros inciertos, con una dinámica en la gestión de su cartera y cumpliendo con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud; en sus componentes de habilitación, Acreditación, sistema de información y la auditoria para el mejoramiento de la calidad de sus servicios de salud.

Así mismo; en cuanto a garantizar la prestación de los servicios de salud debe extinguir el paternalismo y asistencialismo sin retorno económico y proyectarse en el mercado con su nivel de resolutivez en la transformación del subsidio de oferta en demanda, el régimen subsidiado y el régimen contributivo como fundamentales; aprovechando que la ley da ventajas de priorización de contratación del 60% en subsidiado y 100% salud colectiva del plan nacional de salud pública; dinamizando además los derechos del plan obligatorio de salud a que tienen derecho los

pacientes, pero sobre todo la población mas pobre y vulnerable como su nicho de mercado esencial.

Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomías administrativas, creadas o reorganizadas por Ley, o por las asambleas o concejos.

El Objeto de las Empresas Sociales del Estado será la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Las Empresas Sociales del Estado, para cumplir con su objeto deben orientarse por los siguientes principios básicos:

1. La Eficiencia, definida como la mejor utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida.

2. La calidad, relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada, continua, de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos Científico-Técnicos y Administrativos y mediante la utilización de la tecnología apropiada, de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud que ofrecen y de las normas vigentes sobre la materia.

Son objetivos de las Empresas sociales del Estado los siguientes:

a.) Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.

b.) Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.

c.) Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social.

d.) Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas Naturales o Jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

e.) Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus Servicios y funcionamiento.

f.) Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.⁶

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

- 1. Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.**
- 2. Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer,**
- 3. Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y sostenibilidad financiera de la Empresa Social.**
- 4. Ofrecer a Entidades Promotoras de Salud y demás personas Naturales o Jurídicas servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado,**

⁶ Sentencia 715 de 2009 de La corte constitucional y decreto reglamentario 1876 de agosto 3 de 1994

5. Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.

6. Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.

5.5 MARCO INSTITUCIONAL⁷

5.5.1 IDENTIFICACION DE LA ESE

En el año 1998 en virtud de la aplicación de la Ley 100 de 1993 y el régimen de competencias y recursos del estado, a través de acto administrativo de la Secretaria Departamental de Salud de Bolívar de fecha 25 de agosto, fue descentralizada la Salud en el municipio de **TURBACO BOLIVAR**.

De conformidad con lo anterior en ese mismo año mediante Decreto 080 de Agosto 25 se constituyó como **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**; el hospital local de **TURBACO BOLIVAR**; constituyéndose su Junta Directiva tripartita; aprobando mediante acuerdo los nuevos estatutos e iniciando su funcionamiento y operación de atención en salud en ese mismo año.

Los predios donde funciona hoy la ESE – **HOSPITA LOCAL DE TURBACO** son de su propiedad y patrimonio.

La Empresa Social de Estado Hospital Local de Turbaco presta sus servicios centralizadamente, en su sede principal situada en la Cabecera Municipal, localizada sobre la carretera troncal, en la calle 27, No 28-214, diagonal a la Estación de Servicio ESSO, en el municipio de Turbaco. Tiene el Centro de Salud Familiar Pumarejo, el Centro de Salud de Bellavista, el Centro de Salud La Conquista, el Centro de Salud San Pedro, el Centro de Salud de Cañaveral y los Puestos de Salud San José Chiquito y Aguas Prietas.

⁷ Plan de Gestion de la ESE – Hospital Local de Turbaco Bolívar 2008 – 2011. Septiembre de 2008.

Centro de Salud Familiar Pumarejo, ubicado en el barrio Alfonso López Pumarejo, a dos cuadras después de la Plaza La Victoria

Centro de Salud de Bellavista, ubicado en el Barrio Bellavista

Centro de Salud La Conquista, ubicado en el barrio La Conquista, en la vía que conduce al corregimiento de Cañaveral.

Centro de Salud San Pedro, ubicado en el barrio San Pedro, a una cuadra de la vía a Turbana.

Centro de Salud Familiar de Cañaveral, ubicado en la Plaza Principal del Corregimiento de Cañaveral.

Puestos de Salud San José Chiquito: Ubicados en el Corregimiento de San José de Chiquito. Es atendido desde el Centro de Salud Cañaveral.

Puesto de Salud Aguas Prietas: Ubicado en la Vereda de Aguas Prietas. Es atendido desde el Centro de Salud Cañaveral.

5.5.2 CULTURA CORPORATIVA DE LA ESE

MISIÓN:

Somos una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de complejidad, encargada de brindar, de una forma integral, la atención en salud en las áreas de medicina general, odontología, laboratorio clínico, rayos X, ecografías, fisioterapia, saneamiento básico, urgencias y servicios de ambulancia terrestre las 24 horas en todo el área rural y urbana del municipio de Turbaco, para lo que contamos con un equipo médico y paramédico especializado, idóneo con un gran compromiso ético y social, apoyados además por los equipos e infraestructura requerido para la óptima prestación de los servicios, teniendo como fin,

en cada uno de los procesos que se llevan a cabo, un gran compromiso con el desarrollo social y preservación de la salud de nuestros usuarios.

VISIÓN:

Ser una Empresa Social del Estado líder en la prestación de servicios de salud de primer nivel atención en el departamento de Bolívar ofreciendo y garantizando un servicio integral, eficiente, oportuno y con calidad, respondiendo de esta forma a las necesidades, y al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios de la institución y de la comunidad general.

PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES

Honestidad: Integro, equitativo, justo, Ser honrado, de recto proceder.

Lealtad: Fidelidad, sin engaño ni falsedad.

Responsabilidad: Entendida como la obligación de responder de los actos propios o de otro. Cuidado que se tiene de algo. Obligación de indemnizar por un perjuicio.

Integralidad: Con atención continua y oportuna a las familias y cada una de las personas en su contexto Biopsicosocial con óptima calidad humana, científica, técnica dentro del marco de la legalidad y capacidad de oferta.

Eficiencia: Buscando la mejor aplicación del talento humano y de los recursos administrativos, tecnológicos, financieros; con criterios de rentabilidad social y económica.

Eficacia: Garantizando la satisfacción del usuario a través de la solución de problemas de salud acorde con la capacidad institucional.

VALORES CORPORATIVOS

TOLERANCIA - RESPETO – SENSIBILIDAD- CALIDAD HUMANA – HONESTIDAD – PACIENCIA - SER ESCUCHADO – AMABILIDAD – SOLIDARIDAD - SENTIDO DE PERTENENCIA.

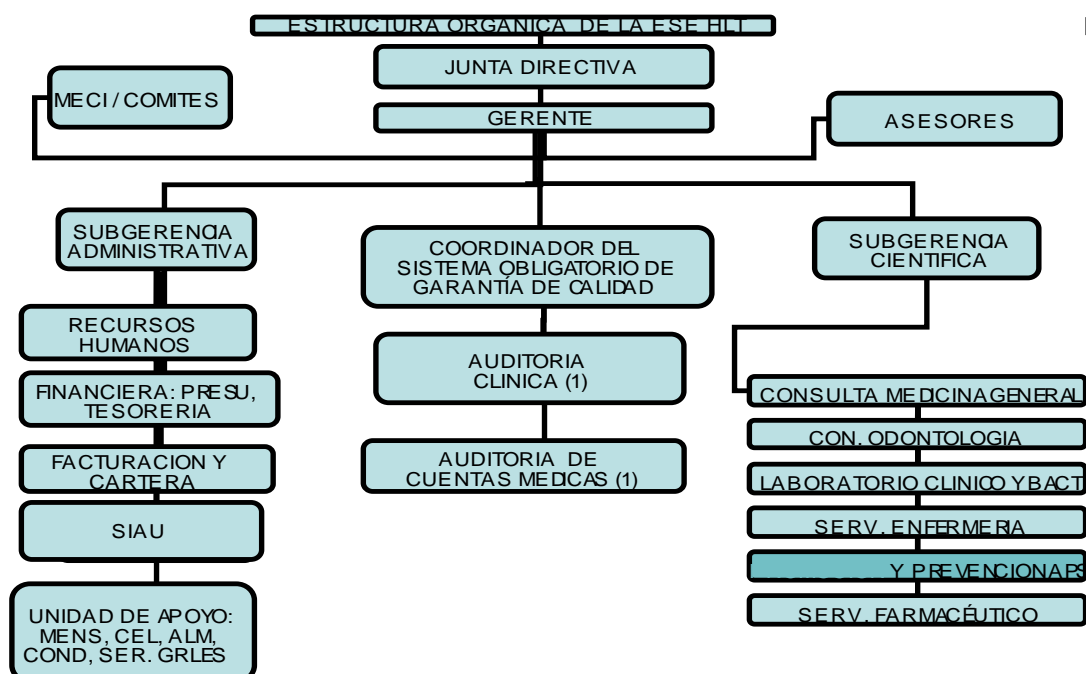
5.5.3 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

El punto principal de Atención donde se ofrecen los servicios, están en la cabecera del Municipio de Turbaco, en el se encuentra la ESE Hospital y los Centros de Salud Familiar Pumarejo, Bella vista, La Conquista y San Pedro. Además existen puntos de atención en el corregimiento de Cañaveral, San José de Chiquito y Aguas Prietas.

SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN	PNA	S	C	RE
1. Control Pre Natal	X	X	X	X
2. Control de crecimiento y Desarrollo	X	X	X	X
3. Prevención y Control de EDA	X	X	X	X
4. Prevención y Control de IRA	X	X	X	X
5. Atención al adolescente.	X	X	X	X
6. Vigilancia epidemiológica (Sivigila)	X	X	X	X
7. Inmunizaciones.	X	X	X	X
8. Planificación Familiar.	X	X	X	X
9. Prevención y Control de ETS y SIDA	X	X	X	X
10. Detección precoz del Cáncer Uterino	X	X	X	X
SERVICIOS ASISTENCIALES DE BAJA COMPLEJIDAD	PNA	S	C	RE

1. Servicios de urgencias médicas 24 horas.	X	X	X	X
2. Servicios ambulatorios médicos (consulta y procedimientos) y de salud oral	X	X	X	X
3. Servicios de hospitalización general, pediatría y maternas con 12 camas en total.	X	X	X	X
4. Servicios Obstétricos / partos con 1 mesas de partos	X	X	X	X
5. Servicios Laboratorio clínico de Hematológica, química sanguínea, uro análisis, parasitología, inmunoserología entre otros.	X	X	X	X
6. Servicios Fisioterapia: física y respiratoria.	X	X	X	X
7. Rayos X y Ecografías	X	X	X	X
5. Servicio de Transporte Asistencial Básico	X	X	X	X

5.5.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



2008-2010. GERENTE: DRA. LILIANA SANTOYA

5.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES
DIAGNOSTICO DE LA GESTION INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL PUBLICO	ES LA EVALUACION DE LOS BENEFICIOS Y COSTOS DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES QUE PERMITAN CUMPLIR SU ROL INSTITUCIONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS CON CALIDAD, COBERTURA Y EFICIENCIA A LA POBLACION MAS POBRES Y VULNERABLE DE SU ENTORNO	GESTION INSTITUCIONAL OPERATIVA, DE PRODUCCION DE SERVICIOS, DE GESTION ADMINISTRATIVA, GESTION FINANCIERA Y GESTION DE APOYO.	LOS ESTABLECIDOS EN EL DECRETO 357 DE FEBRERO 8 DE 2008 EN TERMINOS DE GESTION GERENCIAL Y ESTRATEGICA, GESTION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD Y GESTION ADMINISTRATIVA
DETERMINACION DE LOS NUDOS CRITICOS	EN DESARROLLO DE SUS PROCESOS MISIONALES LOS NUDOS CRITICOS SE CONSTITUYEN EN TERMINOS DE GESTION INSTITUCIONAL EN LAS PRIORIDADES A RESOLVER PARA GARANTIZAR EL PAGO DE LA DEUDA SOCIAL EN SALUD COMO HOSPITAL PUBLICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION	AMENAZAS Y OPORTUNIDADES DEL AMBIENTE EXTERNO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ESE; DEBILIDADES Y FORTALEZAS DEL AMBIENTE INTERNO DE LA ESE PARA PRESTAR UN SERVICIO VIABLE Y DE CALIDAD EN SALUD	PRODUCTIVIDAD, COMPETITIVIDAD Y RENTABILIDAD ECONOMICA Y SOCIAL
ANALISIS DE INDICADORES DE GESTION INSTITUCIONAL DE LA ESE	SON COCIENTES QUE DETERMINAN CUANTO DEL DENOMINADOR CONTIENE EL NUMERADOR	GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD, GESTION DE LA EFICIENCIA, GESTION DE LA EFICACIA Y GESTION HOSPITALARIA DE LA ATENCION EN SALUD	INDICADORES DE ACCESIBILIDAD/OPORTUNIDAD; INDICADORES DE CALIDAD TECNICA; INDICADORES DE GERENCIA DEL RIESGO E INDICADORES DE SATISFACCION/LEALTAD
PROPUESTA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA GESTION INSTITUCIONAL	MEJORAMIENTO CONTINUO ES LA FORMA EN QUE SE DESARROLLAN ESTRATEGIAS COHERENTES PARA LOGRAR EL REDIRECCIONAMIENTO DE LOS PROCESOS MISIONALES DEL HOSPITAL PUBLICO CON TRABAJO EN EQUIPO, CENTRADO EN EL PACIENTE Y VALORES.	SATISFACCION DEL CLIENTE EXTERNO LE PRODUCE SATISFACCION AL CLIENTE INTERNO EN RELACION AL AVANCE DE SU DESARROLLO INSTITUCIONAL CON RESPECTO A LA SITUACION ENCONTRADA	METAS DE LOGROS DE PRODUCCION DE SERVICIOS, SOGCS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS E INDICADORES FINANCIEROS

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de corte transversal retrospectivo por que escoge unos años concretos del 2006 -2010 y descriptivo en relación a los procesos auditados de tipos operativos, administrativos y financieros que permiten establecer el comportamiento de la gestión integral de la ESE, en términos de hallazgos y evidencias con propuestas de mejora.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se refiere a la población contratada por régimen subsidiado; subsidio a a la oferta y salud pública por derechos normativos que le asignan las distintas entidades administradoras de planes de beneficios – EAPB, en el contexto del aseguramiento en salud de su mercado local. La muestra serán los pacientes efectivamente atendidos con sus respectivas frecuencias de eventos.

6.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

VARIABLES	DIMENSIONES	TECNICAS	INSTRUMENTOS	FUENTES
DIAGNOSTICO DE LA GESTION INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL PUBLICO	GESTION INSTITUCIONAL OPERATIVA, DE PRODUCCION DE SERVICIOS, DE GESTION ADMINISTRATIVA, GESTION FINANCIERA Y GESTION DE APOYO.	FISICAS	DOCUMENTOS	SECUNDARIAS
DETERMINACION DE LOS NUDOS CRITICOS	AMENAZAS Y OPORTUNIDADES DEL AMBIENTE EXTERNO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ESE; DEBILIDADES Y FORTALEZAS DEL AMBIENTE INTERNO DE LA ESE PARA PRESTAR UN SERVICIO VIABLE Y DE CALIDAD EN SALUD.	EVALUATIVA	ANALISIS	PRIMARIA E INTERNA
ANALISIS DE INDICADORES DE GESTION INSTITUCIONAL DE LA ESE	GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD, GESTION DE LA EFICIENCIA, GESTION DE LA EFICACIA Y GESTION HOSPITALARIA DE LA ATENCION EN SALUD	EVALUATIVA	ANALISIS	INTERNA Y PRIMARIA
PROPUESTA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA GESTION INSTITUCIONAL	SATISFACCION DEL CLIENTE EXTERNO LE PRODUCE SATISFACCION AL CLIENTE INTERNO EN RELACION AL AVANCE DE SU DESARROLLO INSTITUCIONAL CON RESPECTO A LA SITUACION ENCONTRADA	PROPOSICIONES Y PERSPECTIVAS	PROGRAMAS Y PROYECTOS	SECUNDARIAS E INTERNAS

7. ANALISIS DE LA GESTION INSTITUCIONAL DE LA ESE

7.1 ANALISIS DE LA GESTION OPERATIVA DE LA ESE

7.1.1 CAPACIDAD INSTALADA

RECURSOS	2007	2008	2009	2010	2011
Camas de hospitalización	19	12	12	17	11
Camas de observación	7	6	6	9	6
Consultorios de consulta externa	10	9	14	14	17
Consultorios en el servicio de urgencias	1	2	2	2	2
Salas de quirófanos	0	0	0	0	0
Mesas de partos	1	1	1	2	2
Número de unidades de odontología	6	5	6	8	5

Para desarrollar su portafolio de servicios LA ESE ha tenido la siguiente capacidad instalada de lo cual destacamos:

- ✓ Las Camas de Hospitalización vienen desacelerándose de 19 camas en el 2007 a 11 camas en el 2011, para un decremento del 42%; lo que influye en la crisis de la entidad y la disminución de la oferta de servicios que no lo hacen competitivo en internación.
- ✓ De acuerdo a los estándares las camas de observación deben ser el 10% de la de Hospitalización. Por tanto aquí no se cumple cuando representa el 54%.
- ✓ La consulta externa aumento ostensiblemente el número de consultorios de 10 a 17 y los de urgencia se duplicaron lo que permite una garantía de la cobertura de la demanda.
- ✓ Muy a pesar de que existen 5 odontólogos de planta por 4 horas aproximadamente existen 5 unidades o sea 1 por profesional lo que registra una baja eficiencia técnica por la capacidad ociosa que podría generarse en el mismo.

- ✓ Las mesas de partos a pesar de que se duplicaron no reúnen los requerimientos de bioseguridad y asepsia para una atención con garantía de calidad.

7.1.2 CONTRATACION

COMPRADORES	Capitacion Contratado 2010	Capitacion Recaudado 2010	Evento Contratado 2010	Evento Recaudado	Capitacion Contratado 2011	Capitacion Recaudado 2011	Evento Contratado 2011	Evento Recaudado 2011
Régimen Contributivo	0	0	6.237.501	578.752	0	0	0	4.237.847
Régimen Subsidiado	2.649.155.142	1.934.685.080	0	0	2.764.344.348	1.662.625.700	0	0
Población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	817.684.625	693.321.306	0	0	640.454.905	415.638.058	0	0
Total	3.466.839.767	2.628.006.386	6.237.501	578.752	3.404.799.253	2.078.263.758	0	4.237.847

La contratación de la ESE registra en una contratación estimada en el periodo analizado que va de \$1500 millones promedio en los tres primeros años (2007,2008 y 2009) hasta alcanzar los \$3000 millones en el 2010 y 2011 de los cuales su mayor comprador son la EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD del régimen subsidiado que pasaron del 76% en el 2010 al 81% en el 2011 en virtud de la cobertura universal. Así mismo el subsidio a la oferta o la población no asegurada se le brinda el servicio que paga la entidad de salud departamental que pasó la contratación institucional del 24% en el 2010 al 19% en el 2011.

Del total contratado por régimen subsidiado en el 2010 la ESE recaudó el 73% y bajo a 60% en el 2011 lo cual deberá recuperarse a través del giro directo establecido para fortalecer la red pública por parte del Ministerio de salud y protección social.

Del total de lo contratado casi el 99% es por capitación por atender primer nivel o sea población sentida y mínimamente se denota una contratación por evento que no alcanza el 1%.

7.1.3 PRODUCCION DE SERVICIOS

A. ATENCION PRIMARIA EN SALUD

EVENTOS	2007	2008	2009	2010	2011
Dosis de biológico aplicadas	1.551	13.109	24.773	16.732	8.590
COMPORTAMIENTO%		745%	89%	-32%	-49%
Citologías cervico vaginales tomadas	153	1.210	6.919	2.615	3.411
COMPORTAMIENTO%		691%	472%	-62%	30%
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	1.306	11.645	16.239	11.080	3.967
COMPORTAMIENTO%		792%	39%	-32%	-64%

La aplicación de inmunizaciones en la ESE en el periodo analizado registra un promedio de dosis de biológicos anuales de 12.951 siendo el mejor año de inmunización el 2009 con un aumento del 89% con respecto al 2008 y el peor el 2007 el cual está muy por debajo de la media, desacelerándose en el 2011 con 8590 dosis.

En cuanto a las citologías la ESE registro una producción promedio anual del periodo analizado de 2861 tamizajes, sobresaliendo el 2009 con más de 24 mil y sigue siendo el 2007 insignificante.

El promedio de controles de enfermería oscila en 8847 eventos el cual no cumple con esta media el año 2007 y es preocupante caer de 16 mil eventos en el 2009 a 3 mil en el 2011.

B. ATENCION MÉDICA Y ODONTOLOGICA

EVENTOS	2007	2008	2009	2010	2011
Consultas Electivas	8.930	37.150	63.472	49.007	25.184
COMPORTAMIENTO %		316%	71%	-23%	-49%
Consultas de medicina general urgentes realizadas	4.376	21.403	27.179	22.946	13.783
COMPORTAMIENTO %		389%	27%	-16%	-40%
Consultas de Odontología	4529	6739	4657	7.225	10.029
COMPORTAMIENTO %		49%	-31%	55%	39%

El promedio de consulta médica general de la ESE es de 36.749 eventos, lo cual nos da una media anual por consultorio de 1481 consultas en el 2011 que corresponden a 123 consultas mes por consultorio y a 6 consultas días por consultorio. Si tenemos 3 médicos de planta (2 en SSO) y unos 5 médicos a contratos en 17 consultorios la capacidad ociosa de la ESE es abrumadora.

A lo anterior miramos que estos médicos atienden por turnos un promedio de urgencias anuales de 17937 eventos al año para un promedio mes de 1494 eventos mensuales en 2 consultorios para 49 eventos diarios de consultas de urgencias. Lo anterior equipara la capacidad ociosa de la consulta externa ya que por cada paciente que entra por consulta externa entran 8 promedio por urgencias.

En cuanto a odontología que registra 5 odontólogos en 5 consultorios registran un promedio de consultas al año de 6635 eventos, para un promedio anual de atención por equipo de 1327 eventos anuales por equipo de odontología con promedio diario de 110 eventos mensuales y 5 por unidad. Lo anterior indica que hay que replantear la Eficiencia técnica de los equipos.

C. INTERNACION

EVENTOS	2007	2008	2009	2010	2011
Numero de partos	40	131	243	129	153
Total de egresos	93	315	513	170	203
COMPORTAMIENTO %		239%	63%	-67%	19%
PARTICIPACION %	43%	42%	47%	76%	75%
Dias Camas disponibles				231	296
Dias Camas Ocupadas				3.295	2.037
Porcentaje Ocupacional	69,99	65,96	15,56	7,01	14,53
Promedio Dias Estancia	2,53	3,38	1,45	1,86	1,47
Giro Cama	4,89	26,25	42,75	10	18,45

La ESE ha venido teniendo un abandono de las especialidades médicas en hospitalización y se ha venido concentrando solo en atender partos y

Estabilizar los pacientes y remitirlos a Cartagena, lo que deteriora sus finanzas por eventos que podría atender por complementariedad o medicina general y especializada.

Lo anterior se afirma porque genera un promedio de egresos anuales del 258 de los cuales en el 2007 por partos eran el 43% y en el 2011 el 76%

Así mismo el giro cama, el porcentaje ocupacional y el promedio días de estancia disminuyen su eficiencia técnica y capacidad de respuesta a las patologías de atención de internación.

D. APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS					
EVENTOS	2007	2008	2009	2010	2011
Exámenes de laboratorio	7.656	34.754	55.197	40.943	50.034
COMPORTAMIENTO %		354%	59%	-26%	22%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	285	1	0	0	0
COMPORTAMIENTO %					
PERTINENCIA DE LABORATORIO	1,75	1,69	1,65	1,76	0,78

El promedio de producción de apoyo diagnóstico en el laboratorio clínico anual es de 37.717 eventos. Cuya pertinencia sobre las consultas y atenciones inherentes van de 1,7 a 0,78 laboratorios por pacientes.

7.2 ANALISIS DE LA GESTION ADMINISTRATIVA DE LA ESE

7.2.1 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE SU RED.

La ESE para prestar sus servicios en forma autónoma a la población Turbaquera ha contado con las siguientes unidades dependientes de contrarreferencia del nivel central que es el hospital local así:

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD
E.S.E. Hospital Local de Turbaco.	CENTRO DE REFERENCIA
Puesto de salud Cañaveral	CONTRAREFERENCIA
Puesto de Salud Aguas Prietas	CONTRAREFERENCIA
Puesto de Salud San Jose de Chiquito	CONTRAREFERENCIA
Puesto de Salud la Conquista	CONTRAREFERENCIA
Puesto de Salud Bellavista	CONTRAREFERENCIA
Puesto de Salud Pumarejo	CONTRAREFERENCIA
CENTRO DE SALUD EL RECREO	CONTRAREFERENCIA

7.2.2 FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

TIPO ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	Contratado 2010	Facturado 2010	Glosado Definitivo 2010	Recaudo Vigencia Actual 2010	Contratado 2011	Facturado 2011	Recaudo Vigencia Actual 2011
Régimen Contributivo	6.237.501	5.579.515	0	578.752	0	5.712.502	4.237.847
Régimen Subsidiado	2.649.155.142	2.472.050.662	366.636.412	1.934.685.080	2.764.344.348	2.764.344.348	1.662.625.700
Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda	817.684.625	817.684.625	0	693.321.306	640.454.905	640.454.905	415.638.058
...Población Pobre no afiliada al Régimen Subsidiado	817.684.625	817.684.625	0	693.321.306	640.454.905	640.454.905	415.638.058
SOAT (Diferentes a Fosyga)	0	27.316.300	0	16.433.662	0	29.321.586	14.792.081
Otras Ventas de Servicios de Salud	0	7.495.900	0	4.984.750	0	129.726.394	126.701.031
Total venta de servicios de salud	3.473.077.268	3.330.127.002	366.636.412	2.650.003.550	3.404.799.253	3.569.559.735	2.223.994.717

La entidad en su gestión administrativa registra el proceso de facturación de los servicios de salud donde la atención se inicia con la identificación del usuario, su comprobación de derechos y el cargue de los servicios prestados, lo cual en los dos últimos años ha facturado en promedio \$3 mil millones de los cuales registra glosas promedio de \$336 millones de las cuales se recuperan el 70% en donde una de las más glosadas son los servicios de cumplimiento de metas de promoción y prevención por demanda inducida.

7.2.3 GESTION CARTERA

La ESE dentro de su Gestion administrativa registra el proceso de Gestion Cartera, la cual presenta el siguiente panorama en el periodo analizado.

CARTERA DEUDORES (miles de pesos corrientes)					
CONCEPTOS	2007	2008	2009	2010	2011
Total Cartera	2.281.558	2.092.173	3.061.743	4.122.894	3.135.709
< 60 días	0	543.026	1.046.543	1.011.918	973.806
61 a 360 días	2.246.452	1.283.103	951.272	2.022.810	1.212.583
> 360 días	35.106	266.044	1.063.928	1.088.166	949.321
Régimen Subsidiado	2.279.539	1.820.188	2.152.474	3.096.273	1.554.905
< 60 días	0	455.419	480.084	901.498	762.771
61 a 360 días	2.246.452	1.100.833	792.445	1.445.637	353.979
> 360 días	33.087	263.935	879.946	749.138	438.155
Población Pobre No Asegurada	0	187.177	337.740	881.068	677.489
< 60 días	0	51.288	75.044	89.526	203.804
61 a 360 días	0	135.889	125.438	532.109	24.827
> 360 días	0	0	137.258	259.433	448.858
Régimen Contributivo	2.019	3.014	8.614	13.276	12.900
< 60 días	0	886	1.943	4.158	0
61 a 360 días	0	109	6.273	3.155	4.604
> 360 días	2.019	2.019	398	5.962	8.295
SOAT ECAT	0	28.884	29.764	47.043	32.464
< 60 días	0	3.714	938	3.414	7.231
61 a 360 días	0	25.081	3.786	20.648	7.298
> 360 días	0	90	25.039	22.981	17.935
Otros Deudores	0	52.909	533.150	85.235	857.952
< 60 días	0	31.719	488.533	13.322	0
61 a 360 días	0	21.191	23.330	21.261	821.874
> 360 días	0	0	21.287	50.652	36.078

Donde paso de tener unas cuentas por cobrar de \$2.100 millones en el 2007 a un valor de \$ 3.100 en el 2011, de los cuales el 31% es cartera al día, el 39% es cartera vencida y el 30% es cartera jurídica.

Por las distintas Entidades responsables de pago la cartera la podemos dividir en que la mitad la debe el régimen subsidiado; 22% vinculados, 0% contributivo; el 1% lo debe el SOAT y el 27% otros deudores.

7.2.4 GESTION DEL RECURSO HUMANO

Para prestar sus servicios la ESE ha tenido en el periodo analizado una planta de personal reducida y hasta estable, ya que el resto y mayoritario recurso humano lo contrata por Ordenes de prestación de servicios con fuerte deslaboralización y flexibilización laboral; sin embargo ello no ha contribuido a mejorar su Gestión integral.

CARGOS - NOMINA DE PLANTA	NUMERO	NIVEL	CLASIFICACION	VACANTES	HORAS CONTRATADAS	ASIGNACION BASICA 2010	ASIGNACION BASICA 2011	COSTO TOAL AÑO 2010	COSTO TOTAL 2011	VARIACION %
GERENTE ESE	1	DIRECTIVO	PERIODO FIJO	0	8	3.736.054	3.885.497	44.832.648	46.625.964	4%
AUDITORA MEDICA	1	ASESOR	LIBRE N Y REMOCION	0	4	1.223.370	1.272.304	14.680.440	15.267.648	4%
JEFE DE CONTROL INTERNO	1	ASESOR	PERIODO FIJO	0	8	2.446.739	2.544.609	29.360.868	30.535.308	4%
SUBDIRECTORES (ADTIVO Y CLINICO)	2	DIRECTIVOS	LIBRE N Y REMOCION	0	8	2.446.739	2.544.609	58.721.736	61.070.616	4%
ENFERMERO	2	PROFESIONAL	INSCRITO EN CARRERA	0	8	1.868.122	1.942.847	44.834.928	46.628.325	4%
MEDICO GENERAL	1	PROFESIONAL	INSCRITO EN CARRERA	0	4	1.208.889	1.257.244	14.506.668	15.086.928	4%
ODONTOLOGOS	3	PROFESIONAL	INSCRITO EN CARRERA	0	4	1.300.664	1.352.690	46.823.904	48.696.840	4%
BACTERIOLOGO	1	PROFESIONAL	INSCRITO EN CARRERA	0	6	1.356.323	1.410.576	16.275.876	16.926.912	4%
BACTERIOLOGO	1	PROFESIONAL	SSO	0	8	1.644.723	1.710.512	19.736.676	20.526.144	4%
ENFERMERO	1	PROFESIONAL	SSO	0	8	1.676.090	1.743.134	20.113.080	20.917.608	4%
MEDICO GENERAL	2	PROFESIONAL	SSO	0	8	1.825.387	1.898.402	43.809.288	45.561.648	4%
ODONTOLOGOS	1	PROFESIONAL	SSO	0	8	1.752.147	1.822.233	21.025.764	21.866.796	4%
CONTADOR	1	PROFESIONAL	INSCRITO EN CARRERA	0	8	1.868.122	1.942.848	22.417.464	23.314.176	4%
COORDINADOR DE TALENTO HUMANO	1	PROFESIONAL	LIBRE N Y REMOCION	0	8	1.868.122	1.942.848	22.417.464	23.314.176	4%
TESORERO	1	PROFESIONAL	LIBRE N Y REMOCION	0	8	1.868.122	1.942.848	22.417.464	23.314.176	4%
ALMACENISTA	1	TECNICO	PROVISIONAL	0	8	1.026.782	1.065.877	12.321.384	12.790.524	4%
ESTADISTICO EN SALUD	1	TECNICO	CARRERA	1	8	1.026.782	1.065.877	12.321.384	12.790.524	4%
SECRETARIA	1	TECNICO	INSCRITO EN CARRERA	0	8	1.020.552	1.059.398	12.246.624	12.712.776	4%
AUXILIAR LABORATORIO CLINICO	4	ASISTENCIAL	INSCRITO EN CARRERA	0	8	823.046	855.968	39.506.208	41.086.456	4%
AUXILIAR ENFERMERIA	5	ASISTENCIAL	INSCRITO EN CARRERA	0	8	1.070.997	1.113.837	64.259.820	66.830.213	4%
AUXILIAR ENFERMERIA	2	ASISTENCIAL	INSCRITO EN CARRERA	0	8	1.203.700	1.251.848	28.888.800	30.044.352	4%
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	6	ASISTENCIAL	INSCRITO EN CARRERA	0	8	686.459	711.942	49.425.048	51.259.824	4%
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	6	ASISTENCIAL	INSCRITO EN CARRERA	3	8	1.020.552	1.061.374	73.479.744	76.418.934	4%
ASEO Y CELADURIA	3	TRABAJADOR OFICIAL	TRABAJADOR OFICIAL	0	8	894.523	928.327	32.202.828	33.419.772	4%
CONDUCTOR	3	TRABAJADOR OFICIAL	TRABAJADOR OFICIAL	2	8	803.187	835.314	28.914.732	30.071.321	4%
TOTALES	52			6	8	37.666.193	39.162.963	795.540.840	827.077.961	4%

De los 53 funcionarios de planta reportan 51 y dejan por fuera al gerente y jefe de control interno.

Existen Trabajadores que sus cargos son de carrera como el contador y siguen en libre nombramiento y remoción

Existen trabajadores pre pensionado que es menester tramitarles su pensión para mejorar la carga laboral de la ESE.

Por cada trabajador asistencial hay casi 2 administrativos, lo que indica que la carga laboral no es insuficiente en esta relación.

No hay estudio de análisis ocupacional que estipule las verdaderas necesidades del personal de planta requerido y la estipulación real de las asignaciones civiles por cargas y perfiles.

7.2.5 DEMANDAS JUDICIALES

La entidad desde el 2008 arrastra unas demandas judiciales que oscilaban entre \$3.500 y \$3800 millones que la llevaron a tomar decisiones de entregársela a un operador privado, lo cual fue abortado y se estima que se han reducido en unos \$1700 millones, de las cuales reportan al ministerio las siguientes.

Expediente 2007 -2011	Demandante	Demandado
'0229-2008	OSCAR LINDO SIERRA	<u>HOSPITAL LOCAL DE TURBACO</u>
'0256-2007	DROGUERIA LA SOLIDARIA	<u>HOSPITAL LOCAL TURBACO</u>
'0329-2009	SAMUEL GALVIS Y OTROS	<u>HOSPITAL LOCAL TURBACO</u>
'0631-2009	ADRIANA MEZA	<u>HOSPITAL LOCAL TURBACO</u>
'0634-2004	JAVIER MACIA	<u>HOSPITAL LOCAL TURBACO</u>
'15214-2009	MARIELA WOOBINE	<u>HOSPITAL LOCAL TURBACO</u>
'165-2004	COMFENALCO	<u>HOSPIATL LOCAL TURBACO</u>
'17412-2006	CENTRO DE ESPECIALISTA DE TURBACO	<u>HOSPITAL LOCAL TURBACO</u>
'564-2009	LIANA PACHECO Y CARLOS PUELLO	<u>HOSPITAL LOCAL TURBACO</u>
'632-2009	OSCAR LINDO SIERRA	<u>HOSPITAL LOCAL TURBACO</u>

7.2.6 RESULTADOS INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCION

CALIDAD DE ATENCIÓN					
INDICADORES DE CALIDAD	2007	2008	2009	2010	2011
% Muertes intrahospitalarias antes 48 horas	1,08	0,32	0	0	0
% Muertes intrahospitalarias despues 48 horas	2,15	0	0	0	0
% infección intrahospitalaria	7,53	1,27	0	0	0
Promedio días consulta médica general	1,26	5,81	1,32	1,57	1,48
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	25,21	4,34	3,77	2,08	8,65
Razón Pacientes remitidas para atencion de parto por partos atendidos	5,68	0,79	0,77	0,37	0

La ESE no registra buenas prácticas de seguridad del paciente y tiene problemas en los servicios de hospitalización y partos para cumplir con la habilitación.

7.3 ANALISIS DE LA GESTION FINANCIERA DE LA ESE

7.3.1 RIESGO FISCAL Y FINANCIERO DE LA ESE

En Virtud de la Resolución 710 de marzo 31de 2012 emitida por el ministerio de salud y protección social para la calificación de los gerentes de las ESES introdujo dentro de su evaluación financiera como punto neurálgico de su autosostenibilidad este indicador así:

INDICADOR	ESTANDAR	LINEA DE BASE 2011
RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	CATEGORIZACION DE LA ESE POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL EN CUANTO A LA CATEGORIZACION DEL RIESGO	Riesgo Baja

A. CONTEXTO DEL RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

De acuerdo a la normatividad Vigente, en especial el artículo 80 de la ley 1438 de 2011 estipuló que el Ministerio de Salud y Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de

mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la presente ley.

“Las Empresas Sociales del Estado, atendiendo su situación financiera se clasificarán de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.”

La Categorización del riesgo de las empresas sociales del Estado, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social está categorizada, de la siguiente manera:

- a. **Empresas sociales de Estado en riesgo bajo: Aquellas entidades cuyo indicador de equilibrio financiero sea mayor o igual a 1,0. .**
- b. **Empresas sociales de Estado en riesgo medio: Aquellas entidades cuyo indicador de equilibrio financiero este entre 0.90 y 0.99.**
- c. **Empresas sociales del Estado en riesgo alto: Aquellas entidades cuyo indicador de equilibrio financiero sea menor a 0.90 o que no hayan superado el riesgo medio.**

“Cuando no se reciba la información utilizada para la categorización del riesgo de una Empresa Social del Estado o se detecte alguna imprecisión en esta y no sea corregida o entregada oportunamente, dicha empresa quedará categorizada en riesgo alto y deberá adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero, sin perjuicio de las investigaciones que se deban adelantar por parte de los organismos de vigilancia y control.”

“El informe de riesgo hará parte del plan de gestión del gerente de la respectiva entidad a la Junta Directiva y a otras entidades que lo requieran, sin perjuicio de las acciones legales pertinentes.”

B. ANALISIS DEL RIESGO FISCAL Y FINANCIERO DE LA ESE RETROSPECTIVO (2007 -2011)

B.1 RIESGO FISCAL INGRESOS RECAUDADOS/GASTOS COMPROMETIDOS

COMPROMISOS					
CONCEPTOS	2007	2008	2009	2010	2011
% de reconocimientos / compromisos	144,15	140,77	108,79	102,89	95,39
% de recaudados / compromisos	105	81,56	75,81	82,11	59,95

El promedio de Recaudos/Compromisos de la Vigencia paso de 105% en el 2007 al 59% lo que indica que la ESE registra un alto riesgo fiscal y financiero.

INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)					
Variable	2007	2008	2009	2010	2011
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	3.077.359	4.046.159	3.893.829	3.368.540	3.622.399
GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos corrientes)					
Variable	2007	2008	2009	2010	2011
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	2.134.818	2.874.372	3.579.190	3.274.063	3.797.654
DIFERENCIAS.	1,44	1,41	1,09	1,03	0,95

Los ingresos recaudados/ gastos comprometidos pasaron de 1,44 pesos de recaudo por \$ de recaudo comprometido en el 2007 a \$0,95 centavos en el 2011 lo que indica que es de RIESGO FISCAL MEDIO.

INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)					
Variable	2007	2008	2009	2010	2011
Cuentas por cobrar Otras vigencias	333.565	628.036	1.115.434	931.019	1.549.352
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	1.077.768	559.170	383.486	508.425	1.133.814
DIFERENCIA	0,31	1,12	2,91	1,83	1,37

Desde el punto de vista de la relación Cuentas Por Cobrar de vigencias Anteriores/ las Cuentas por pagar de vigencias anteriores tenemos que de una relación de quiebra total en el 2007 de tener \$0,30 centavos por cobrar sobre cada pesos por pagar en el 2011 tenemos \$1,37 pesos por

cobrar por cada pesos por pagar. Lo que INDICA QUE DESDE ESTE PUNTO DE VISTA LA ESE REGISTRA SIN RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

Lo anterior indica que la Gestion financiera del 2008 al 2011 mejoro ostensiblemente el riesgo de la ESE.

7.3.2 RESULTADOS DE LOS INDICADORES FINANCIEROS

A. LIQUIDEZ

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE TURBACO 2007 -2011	2007	2008	2008	2010	2011
A. Razón corriente = activo corriente/ pasivo corriente	0,66	0,72	1,28	3,80	1,36
B. Prueba acida = activo corriente – inventario/ pasivo corriente	0,60	0,65	1,20	3,68	1,35
C. CAPITAL DE TRABAJO = Activos Corrientes – Pasivos Corrientes	-1.132.710	-1.145.723	1.419.197	2.548.990	1.102.076
D. CAPITAL DE TRABAJO NETO OPERATIVO (KTNO) = CXC neto + Inventarios netos – Cuentas por Pagar	577.898	1.474.183	1.922.477	3.239.956	2.248.142
E. INCLUIDAS TODAS LAS DEUDAS KTNO	-632.555	-178.216	129.241	1.694.699	1.276.497

La ESE registra Liquidez en los resultados de su razón corriente; prueba acida y KTNO.

B. ROTACION

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE TURBACO 2007 -2011	2007	2008	2008	2010	2011
F. Rotación cartera = ventas a crédito/ promedio de cuentas por cobrar		1,84	1,62	1,26	1,34
Días de rotación cartera = 360/ rotación cartera		196	222	287	268
G. Rotación inventario = Costo de material utilizado/inventario promedio		3,10	2,55	5,35	16,27
Días rotación inventario		116	141	67	22
H. Rotación de cuentas por pagar = Compras a Crédito /Promedio CXP Proveedores		0,61	0,64	0,72	0,91
H.1 promedio de CXP proveedores (incluidos corto y largo plazo)		1.413.729	1.555.668	1.487.883	1.328.905
H.2 compras a crédito = costo de venta + inventario final – inventario inicial		858.950	999.037	1.065.160	1.210.288
H.3 Días de rotación de CXP = 360días/rotación de CXP proveedores		593	561	503	395
I. Rotación de activos = ventas / promedio de activos		0,65	0,59	0,48	0,51

La ESE registra Una Rotación de Cartera de 1,3 días, una Rotación de cuentas por pagar de 0,91 días y una rotación de inventarios de mas de 15 días.

C. MARGENES DE UTILIDAD

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE TURBACO 2007 -2011	2007	2008	2008	2010	2011
J.CICLO DE CAJA= PPC (Periodo Promedio de Cobro) + PPI (Periodo Promedio de Inventarios) + PPP (Periodo Promedio de Pagos)		3.464.890,00	4.134.541,75	4.393.717,25	4.068.720,00
K. Margen bruto= Utilidad bruta/ ventas netas		78%	75%	59%	62%
L. Margen operativo = Utilidad operativa / ventas netas		19%	8%	6%	-2%
LL. Margen Neto = utilidad neta/ ventas netas		18%	8%	14%	-2%

D. RENTABILIDAD DE LA ESE

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE TURBACO 2007 -2011	2007	2008	2008	2010	2011
M. Rentabilidad Operativa del Activo = Utilidad Operativa/Promedio de Activos		12%	5%	3%	-1%
N. Rentabilidad neta del activo = utilidad neta/ promedio de activos		12%	5%	7%	-1%
N. Rentabilidad del Patrimonio Antes de Impuesto (Operacional) = UAI (Utilidad Operacional)/ Promedio del Patrimonio		76%	23%	8%	-2%
Ñ1 Promedio del Patrimonio		828.390,50	1.275.291,50	2.267.979,00	3.028.925,50
O. Rentabilidad Neta del Patrimonio = Utilidad Neta/ Promedio del Patrimonio		73%	23%	21%	-2%
P. Contribución Financiera = Rentabilidad del Patrimonio – Rentabilidad del Activo		61%	18%	14%	-1%
Q. Participación Patrimonial = Patrimonio/Activo Total		19%	22%	42%	45%

E. ENDEUDAMIENTO Y APALANCAMIENTO

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE TURBACO 2007 -2011	2007	2008	2008	2010	2011
R. Índice de Endeudamiento = Pasivo/Activos		81%	78%	58%	55%
S. Leverage (apalancamiento) = Pasivo/Patrimonio		413%	352%	138%	120%
T. GRADO DE APALANCAMIENTO OPERATIVO=GAO = Utilidad Bruta/ (operacional)		4,11	9,35	10,34	-32,99
U.- GRADO DE APALANCAMIENTO FINANCIERO = GAF = Utilidad Operacional / Utilidad Neta		1,03	1,02	0,40	0,93
V.- GRADO DE APALANCAMIENTO TOTAL= GAT = GAO*GAF		4,25	9,49	4,12	-30,65

8. MEJORAMIENTO DE NUDOS CRITICOS DE LA GESTION INSTITUCIONAL DE LA ESE

La Empresa Social del Estado – Hospital Local de Turbaco; en los 4 últimos años ha mostrado una preocupante situación financiera, administrativa y técnica, que fue preciso resolver en forma inmediata a través de un plan de contingencias pero que todavía debe consolidar la Gestion resolviendo los siguientes nudos críticos:

8.1 NUDOS CRITICOS DE LA GESTION OPERATIVA

- ✓ **Mejorar los Procesos de Riesgos Operativos adecuando la ESE a las necesidades del perfil epidemiológicos de la Zona**
- ✓ **Fortalecer la atención primaria y hacer respetar los recursos de Salud Pública que debe girarle el municipio**
- ✓ **Mejorar las guías de practica clínicas e innovar en la oferta de servicios**
- ✓ **Contratar servicios adicionales y complementarios con alianza publico privada para resolver la capacidad ociosa**
- ✓ **Implantar un programa coherente de buenas prácticas de seguridad del paciente.**
- ✓ **Mejorar los procesos de integración funcional de servicios de la ESE**
- ✓ **Fortalecer el PAMEC y la atención clínica a los usuarios mejorando costos de atención.**

8.2 NUDOS CRITICOS DE LA GESTION ADMINISTRATIVA

- ✓ **Parametrizar los contratos y resolver la contratación mediante centros de costos que garanticen el equilibrio económico de la ESE.**
- ✓ **Atender y conciliar los Embargos 100% para garantizar a mediano plazo la solvencia de la ESE**

- ✓ **Mejorar la Facturación y cartera por Venta de servicios optimizando los procesos a través de la sistematización de facturación en línea e historia clínica electrónica.**
- ✓ **Recaudo de cartera deficiente e imprecisa que debe abordar el giro directo como salvación.**
- ✓ **Conciliar permanentemente los saldos de cartera y los flujos de pago**
- ✓ **Atender eficientemente las glosas**
- ✓ **Hacer un estudio de análisis ocupacional con neutralidad valorativa**

8.3 NUDOS CRITICOS DE LA GESTION FINANCIERA

- ✓ **Mejorar los Pasivos Totales de \$3 mil millones**
- ✓ **Mejorar el Presupuesto anual de \$3.743 millones con aumento de contratación**
- ✓ **Reorganizar la Nómina de \$170 millones mensuales;**
- ✓ **Cuentas por cobrar /cuentas por pagar mejorar el ciclo de caja**
- ✓ **Atender eficientemente las Deudas por parafiscales y Seguridad Social y con DIAN haciendo novación de cuentas si es posible**
- ✓ **Mejorar los procesos financieros de la ESE reduciendo los sobrecostos por todo concepto.**

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La gestión del hospital se ejecutó en condiciones anormales por el estado problemático crítico en que lo recibió la anterior administración, para lo cual planearon las estrategias a ejecutar en tareas que se surtieron en varias etapas a saber:

1. de abril 25 de 2008 a diciembre de 2008

- ✓ **Desarrollaron un plan de contingencia y reactivación**

2. de enero 1 de 2009 a junio 30 de 2009

- ✓ **Desarrollaron los estudios y análisis para la solución a la crisis**

3. de junio 30 de 2009 a diciembre 31 de 2009

- ✓ **Desarrollaron los proyectos de ajustes institucional**

4. de enero 1 de 2010 a junio 30 de 2010

- ✓ **Ejecución de la vías de solución integral a la crisis**

5. de junio 30 de 2010 a diciembre 31 de 2010

- ✓ **Entraron en una etapa de estabilización y fortalecimiento de la ESE**

Como conclusión se tuvo que no fue aceptada la privatización, ni la ley 550, ni la reorganización funcional, sin embargo los resultados operativos, administrativos y financieros, mejoraron y por ende la gestión institucional.

La ESE no ha tenido un buen sistema de información y tiene falencias en los reportes de la Resolución 2193 que es obligatoria en la rendición de los estados financieros y los indicadores inherentes a su misión institucional al Ministerio de la Protección Social y por ende mucha de la información encontrada se encuentra en depuración constante.

Existe una vigencia en que en el estado de resultado la utilidad neta no se refleja fielmente en el balance general, situación que queda por aclarar.

Los presupuestos de la ESE, no se hacen sobre técnicas confiables que permitan monitorear en forma eficiente y con la retroalimentación debida cada uno de los rubros de la gestión, se hacen por comportamiento tentativo, situación a que lleva que no exista una coherencia entre la producción de los servicios, los costos reales de estos y las necesidades

que implican la productividad, competitividad y rentabilidad económica y social.

En virtud de que existen elementos de propiedad planta y equipos en donde el libro mayor no cuadra con los Activos fijos, es menester que se haga revalorización de activos en cumplimiento de la norma para el efecto, a fin de que al depurarse el rubro.

Con el fin de fortalecer el patrimonio institucional de la ESE, ante su situación crítica de habilitación y capacidad científico técnico, su contingencia sobre la no solución a corto plazo de los pasivos corrientes y la poca maniobrabilidad para captar recursos que permitan aumentar sus activos totales, es menester acudir a los recursos de gobierno nacional, a los planes bienales de inversión departamental y a la contribución local, para cofinanciar la Ejecución de un proyecto de Inversión, en términos de construcción de servicios complementarios, ampliación, adecuación de la infraestructura y dotación de biotecnología del Hospital; el cual ya está Formulado, Preparado y Evaluado en su etapa de pre inversión, al no existir apalancamiento para financiarlo integralmente con recursos propios. Luego se debe discutir si se liquida una vez depurado todos los rubros del balance y determinar la realidad de liquidez y solvencia de la ESE, o se entrega parcial o totalmente en administración delegada o puede generarse procesos de reorganización funcional de servicios y ajustes institucionales pertinentes.

Se deben expedir en adelante para la emisión de los estados financieros las respectivas notas contables a cada uno de los rubros, para acertar en un mejor seguimiento de lo que pasa en la gestión financiera y tomar decisiones económicas más confiables.

Hay que introducir servicios complementarios que aumenten sus ingresos, con cofinanciación Nación, departamento y municipio y dar a un operador privado con capacidad técnica, financiera y administrativa, el manejo integral de su portafolio de servicios para que en el 2012 pueda volver a cumplir su objeto social con total liquidez y solvencia económica.

Debe generarse una evaluación técnica de la contratación para lograr una mayor dinámica en las ventas y a su vez disminuirse los gastos de operación de la empresa

Y Por último, una retroalimentación constante de procesos operativos, administrativos y financieros con una Gestión técnico científica pertinente hará que con transparencia se salga del lastre en que se ha venido prestando los servicios de esta ESE donde el usuario no propiamente ha sido el ganador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. **Grupo de Atención primaria, ESE – Hospital Local de Turbaco - Perfil epidemiológico Municipio de Turbaco - 2009**
2. **Jaramillo, I. El futuro de la salud en Colombia. Revista SALUTAD Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. 6 (1999) 14-17.**
3. **Plan Nacional de Salud Publica Decreto 3039 de 2007; Ministerio de la Protección social Bogotá 2007.**
4. **Plan de ordenamiento Territorial del Municipio de Turbaco Bolívar – Grupo de Ingeniería Secretaria de infraestructura, Oficina de Planeación y Unidad Ambiental Alcaldía Municipal de Turbaco - 2005**
5. **Plan de Desarrollo Municipal “POR UN TURBACO MEJOR” 2006-2010 – Oficina de Planeación Alcaldía Municipal de Turbaco Bolívar Mayo de 2006.**
6. **Evaluaciones internas de la ESE y sus bioestadísticas de la resolución 2193 de 2004 – Grupo de Informática – ESE Hospital Local de Turbaco Junio 2010.**
7. **Información Primaria de las Áreas y unidades Funcionales de la ESE – Información Diagnostica de reportes del Equipo MECI de la ESE – Hospital Local de Turbaco Bolívar – Agosto 2011**
8. **Información Interna de los Funcionarios de la ESE.- Documentos de rendición de cuentas a la comunidad y contraloría departamental de bolívar – Octubre de 2010.**
9. **Información de la Resolución 2193 de la ESE. _ Reportes a la Supersalud y al ministerio de la protección social – 2007 al 2011**
10. **WWW. Consultorsalud.org.co Conferencia Formas de Prestación de Servicios de salud - mayo 2011**

11. Plan Bienal de Inversiones de la ESE. 2010 – Proyecto BPIN de infraestructura y Dotación de la ESE – Secretaria departamental de salud Bolívar – Cartagena Abril de2011.

Anexos

