

AUDITORIA RETROSPECTIVA OPERATIVA Y FINANCIERA DE LA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL DEPARTAMENTAL  
CARI DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA – 2005 – 2009

LOPEZ POMBO MARIEL  
ISAIAS SIMANCA CASTRO

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORIA DE  
LOS SERVICIOS DE SALUD  
CARTAGENA DE INDIAS D.T. y C.

2011

AUDITORIA RETROSPECTIVA OPERATIVA Y FINANCIERA DE LA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL DEPARTAMENTAL  
CARI DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA – 2002 – 2009

MARIEL LOPEZ POMBO  
ISAIAS SIMANCAS CASTRO

Proyecto de grado como requisito para optar el título de especialista  
de la gestión de la calidad y auditoria de los servicios de salud.

DIRECTOR DEL PROYECTO  
FERNAN EUGENIO FORTICH PALENCIA MBA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORIA DE  
LOS SERVICIOS DE SALUD  
CARTAGENA DE INDIAS D.T. y C.

2011

## **NOTA DE ACEPTACION**

**PRESIDENTE DEL JURADO**

**JURADO**

**JURADO**

Cartagena de Indias; Abril 6 de 2011

## **TABLA DE CONTENIDO**

	<b>Paginas</b>
INTRODUCCION	6-8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9-14
1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	9-13
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACION	15-18
3. OBJETIVOS	19-21
3.1 GENERAL	19
3.2 ESPECIFICOS	19-20
4. MARCO TEORICO	21-39
4.1 MARCO HISTORICO	21-25
4.2 MARCO CONCEPTUAL	26-28
4.3 MARCO LEGAL Y NORMATIVO	28-30
4.4 MARCO INSTITUCIONAL	31-39
4.4.1 IDENTIFICACION DE LA ESE	31
4.4.2 CULTURA CORPORATIVA	31-32
4.4.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	32
4.4.4 PORTAFOLIO DE SERVICIOS	32-38
4.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	38-39

	<b>Paginas</b>
5. DISEÑO METODOLOGICO	40-42
5.1 TIPO DE ESTUDIO	40
5.2 FUENTES DE INFORMACION	41
5.3 UNIVERSO Y MUESTRA	41
5.4 OPERACIONALIZACION DE FUENTES DE INFORMACION	41-42
6. ANALISIS DE AUDITORIA OPERATIVA Y FINANCIERA	43-100
6.1 FUNCION DE PRODUCCION	43-57
6.2 PARTICIPACION DE LA PRODUCCION DE LA ESE CARI EN LA RED PÚBLICA DEPARTAMENTAL	57-58
6.3 CAPACIDAD INSTALADA DE LA ESE – CARI	58-59
6.4 INDICADORES DE CALIDAD DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD	59-76
6.5 ANALISIS RETROSPECTIVO DE LA FUNCION FINANCIERA DE LA ESE CARI	76-91
6.6 ANALISIS DE LAS RAZONES FINANCIERAS DE LA ESE CARI	91-98
6.7 PUNTO DE EQUILIBRIO DE LA ESE CARI	98-100
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	101-102
8. BIBLIOGRAFIA	103

## INTRODUCCION

La viabilidad económica y social de una Clínica y/o Hospital Público o privado se generará en aquellos que puedan proporcionar al mercado de la salud servicios nuevos, creativos y revolucionarios ideados por la imaginación humana.

Las estructuras más efectivas y rentables de los hospitales del futuro; se dirigen a tener un pequeño núcleo de empleados fijos que protegen las ventajas competitivas de prestar los servicios de salud como la buena contratación; facturación; liquidez; calidad y calidez humana. Así mismo tendrá una vasta red de profesionales especialistas, de acuerdo a su nivel de resolutivez que puedan ser utilizados de acuerdo a las necesidades del servicio asistencial o administrativo como un directorio telefónico; así las empresas de salud puedan enfocarse únicamente en las actividades esenciales donde obtienen beneficios.<sup>1</sup>

Desde el punto de vista financiero las decisiones que se toman en la empresa se pueden clasificar en tres categorías:

1. Decisiones de inversión,
2. Decisiones de financiación y
3. Decisiones de dividendos o de reparto de utilidades.

Las decisiones de inversión tienen una característica que las diferencia de los otros dos tipos de decisiones financieras mencionadas antes: en ellas participan todas las áreas funcionales de la empresa. Si observamos los rubros del activo en

---

<sup>1</sup> Fortich Palencia Fernán Eugenio; MECI EN LOS HOSPITALES PUBLICOS COLOMBIANOS – Seminario Mecí Hospitalario – Memorias Enero 19 de 2011 Fundasaberes. Cartagena de Indias D.T y C.

un Balance General nos encontramos con que existe una relación entre las principales cuentas y las diferentes áreas de la organización. Por ejemplo, el inventario de materia prima y los activos fijos tiene relación directa con el área de producción, las cuentas por cobrar con mercadeo, etc.

Las decisiones de financiación y dividendos son más especializadas y en ellas participan fundamentalmente los propietarios y la gerencia financiera de la empresa.

Las decisiones de inversión tienen que ver con aspectos tales como:

- El volumen de activos fijos que se desea mantener, es decir, la estructura de la planta física.
- El plazo que se concederá a los clientes en las ventas a crédito.
- La cantidad de inventario (materias primas, que se mantendrá para soportar el servicio.
- La combinación de activos entre fijos y corrientes.
- En cierta forma la adquisición de activos fijos a través del arrendamiento financiero (Leasing)

Las decisiones de inversión conducen a la determinación de la cantidad de capital de trabajo operativo y de activos fijos que la empresa requerirá para su operación.

Los valores anteriores dependen del riesgo operativo que el empresario esté dispuesto a asumir

La única manera de mantener a las empresas de salud en sintonía con los cambios requeridos por el mercado, es manteniéndose en un estado de revolución y renovación permanente; ya que La Autosostenibilidad Hospitalaria en Colombia depende entre otras, de una adecuada contratación; una Adecuada Facturación y un óptimo recaudo de la venta de Servicios de Salud prestados.

De acuerdo a los criterios anteriores; se nos ha solicitado por parte de los STAHOLDERS interesados en mirar la gestión técnica y la conveniencia financiera y económica de la IPS realizar un diagnóstico financiero integral que permita mediante un análisis de gerencia estratégica por escenario en la visión sistémica y estratégica establecer la situación actual de la Institución Prestadora de servicios, para establecer en prospectiva la viabilidad de su Autosostenibilidad; objeto del presente documento que entregamos para su discusión; concertación y ajuste si se estima pertinente por parte de los actores responsable de la gestión de la ESE (IPS).

Con estos criterios se viene transformando LA ESE – HOSPITAL DEPARTAMENTAL CARI como centro de referencia de la red pública del departamento del Atlántico, consolidándose con un hospital público de alta complejidad que si bien, tiene sus problemas estructurales del Sistema General de seguridad social en salud y coyuntural al tener sus servicios en un 70% dados en operador externo, es bueno hacer una función auditoria a la ejecución de su portafolio de servicios, es menester fortalecer sus evaluaciones mediante procesos de auditoría para contribuir a que se mire en forma retrospectiva los mejoramientos continuos de sus planes, programas y proyectos para su autosostenibilidad integral en prospectiva por parte de quienes toman hoy sus decisiones; objeto de nuestro proyecto de grado



## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

En el contexto del desarrollo empresarial hospitalario, las empresas sociales del estado deben hacer emprendimientos viables, 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 resolutividad, atendiendo dentro del esquema de aseguramiento una mejor capacidad de respuesta de la cobertura universal, en la transformación del subsidio de oferta en demanda, el régimen subsidiado y el régimen contributivo como fundamentales. Dinamizando además los derechos del plan obligatorio de salud de los pacientes más pobres y vulnerables como su nicho de mercado esencial.

En el año 2005 el gobierno departamental del atlántico encabezado por entonces gobernador hoy ministro de minas y energía Dr. Carlos Rodado Noriega con la tutoría del Ministerio de Protección Social; ante la Crisis generalizada de la ESE – HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARANQUILLA cuyo ámbito problemático lo hacía inviable operativa, administrativa, logística y financieramente para seguir prestando el servicio; decidió liquidarlo y como alternativa de solución optaron por transformar la ESE – CARI que era un hospital especializado únicamente en salud mental, pero con un manejo eficiente y adecuado en ESE – HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI, para que asumiera la responsabilidad del liquidado como Centro de Referencia de la red pública departamental.

La ESE Universitaria nueva en la época como solución a completar su portafolio de servicios de alta complejidad y previendo no repetir la historia del ámbito problemático por la se liquido el anterior, optó por prestar sus servicios dándolo mediante contratos de asociación sin riesgo compartido como reza en sus adjudicaciones a operadores externos; con el fin en concreto de transformarse rápidamente para cumplir su misión institucional y resolver el siguiente contexto:

1. No Afrontar problemas financieros con iliquidez e insolvencia
2. Necesitaba hacer grandes inversiones en infraestructura física y dotación tecnológica, pero no contaba con los recursos necesarios para tener la habilitación al 100%
3. Resolver la complejidad del servicio con varios operadores y lograr acuerdos con temas como la facturación, la auditoría de la calidad, la conciliación de cuentas médicas.

4. La existencia de múltiples operadores al interior de la ESE no podía convertir el negocio en algo muy complejo en la gestión de suministros, recursos humano y físico y es pertinente regularlos.

Pero lo anterior no ha estado lleno de un cumulo de dificultades, unas estructurales y otras coyunturales, entre las cuales se trae 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 para generar valor agregado como hospital público; 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; 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.

Por ende; independiente de los anteriores contextos, aunque la prestación se haga por tercerización o directamente; debemos propender por una gestión viable que resuelva los anteriores factores problemas o perturbadores, donde el desempeño institucional de la ESE, dependerá del Trabajo en Equipo; valores y Centrado en el paciente, para lo cual hay que generar las ejecutorias pertinentes mediante un enfoque basado en procesos que genera valor agregado si tenemos en cuenta los siguientes preceptos:

- La gerencia de una ESE debe tener la disposición de transformar la Empresa de salud como exitosa en el futuro inmediato. Se tratará de establecer el modelo de gestión en salud de competencia regulada de la ESE.

- Como nuevo motor del desarrollo empresarial hospitalario está el repensar las organizaciones de salud mediante la implantación de unidades estratégicas de negocios de los servicios de salud prestados, de acuerdo al nivel de resolutivez; donde se detectará cómo funcionan las áreas y unidades funcionales del hospital lo mas integralmente posible.
- El Recurso humano hospitalario es más valioso cuando actúan como si fueran dueños del servicio de salud que prestan; sometido a reglas. para lo cual se mirará el desempeño del recurso humano en el contexto del desempeño institucional que se debe hacer con valores, trabajo en equipo y centrado en el usuario.
- El Estilo Gerencial para sacar adelante las Instituciones de Salud, tendrá como puntos focales los procesos administrativos de una gerencia con metas y resultados concretos. Estableceremos el estilo gerencial de la actual administración.
- Las estructuras más efectivas y rentables de los hospitales del futuro; se dirigen a tener un pequeño núcleo de empleados fijos que protegen las ventajas competitivas de prestar los servicios de salud. por ende se analizará que tanto incide la estructura organizacional en los resultados de gestión del hospital
- Uno de los pilares básicos del desarrollo empresarial hospitalario, es el sistema de información en salud para la calidad y ello habrá que evaluarlo y hacer proposiciones al respecto en el trabajo.
- El conocimiento es el activo más importante de una empresa de salud, no el sistema de información por si mismo. Se mirarán los procesos operativos

para determinar cómo pueden hacer direccionamiento estratégico al respecto.

- Las empresas de salud que triunfarán tendrán que operar en red prestadora de servicios. Se determinará cómo funciona la referencia y Contrarreferencia y se propondrán acciones de mejoramiento si hay lugar.
- Las Instituciones Hospitalarias no admiten corrupción, ineficiencia, ni sobrecostos. Hasta donde se permita. se mirará si hay sobrecostos o desperdicios en los procesos de atención del hospital y se propondrán los ajustes pertinentes.<sup>2</sup>
- Finalmente queremos darle un sentido ideológico bajo unos principios filosóficos a la contratación con operadores privados bajo tres conceptos:
  1. Sostenible: No poner en riesgo la existencia de nuestra empresa
  2. Humano: existimos por la gente
  3. Innovador: reinventarnos día a día

Lo anterior, es lo que nos motiva a desarrollar una auditoria retrospectiva es decir de los que ha pasado en los servicios de salud prestado directa o por terceros en términos de resultados y como juega la autosostenibilidad en los resultados financieros de la ESE, que nos permita dar recomendaciones como auditores de la calidad de los servicios de salud en la cosmovisión del mejoramiento continuo; objeto del presente trabajo de grado.

---

<sup>2</sup> Fortich, Palencia Fernán Eugenio; Modulo de Habilidades Gerenciales, Especialización Gerencia en Salud, Universidad Cooperativa de Colombia – 2007.

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las transformaciones institucionales y desarrollo empresarial hospitalario, en términos de servicios operativos y su situación de autosostenibilidad de la ESE – HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI, al pasar de ser en el año 2005 un hospital de salud mental y convertirse en universitario como centro de referencia de la red de servicio de salud pública del departamento del Atlántico?

## 2. JUSTIFICACION

Para nadie es un secreto que como producto de un mundo globalizado, en la década pasada los países latinoamericanos modificaron su modelo de desarrollo económico, basado entre otros en apertura de mercados, simplificación de regulaciones, regionalización, entrada de inversionistas extranjeros, sin trabas arancelarias y sin restricciones comerciales buscando mercados comunes; con el objeto de generar ventajas en el mercado internacional donde se especialicen las naciones, se aumente su poder financiero propiciando una balanza comercial favorable, jalonando el desarrollo sobre el fomento de las exportaciones, completando la falta de autosuficiencia, un mejor grado de competencia en los mercados internos y la eficiencia productiva.

Esta realidad ha impuesto nuevas reglas de juego para los sectores de la economía y los sectores sociales dentro de los cuales se encuentran los modelos de salud; dando importancia a economías competitivas; nuevos requerimientos gerenciales; cambios en el proceso de negocio y aceleración del cambio tecnológico.

Sin embargo; este cambio de modelo económico que impone una nueva dinámica a los sectores sociales neo regulados; donde desaparece el Estado benefactor y exige un comportamiento de productividad, competitividad y rentabilidad económica para generar rentabilidad social; en el contexto de la economía donde se piensa globalmente (macro) para actuar localmente (micro), según Carlos Fuentes ha traído males tales como: abismo creciente entre ricos y pobres; la abolición de ocupaciones tradicionales, la urbanización devastadora; la rapiña de recursos naturales; la destrucción de estructuras sociales y la vulgaridad de la

cultura comercial. Lo anterior nos lleva a concluir que sin nostalgia del pensamiento Bismarquiano; ni la beneficencia de la socialdemocracia; urge repensar el modelo económico con redireccionamiento de un modelo social alternativo; donde las estrategias de salud garanticen de verdad como negocio y no como negociado; la universalidad, solidaridad y eficiencia pregonada.<sup>3</sup>

De acuerdo a lo anterior; la TRIRREFORMA del sistema general de seguridad social en salud; expresadas en las Leyes 100 de 1993; 1122 de 2007 y 1438 de 2011 en cuanto al fortalecimiento de los hospitales públicos - Empresas Sociales del Estado; han venido 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 entidades responsables de pago, en sus diferentes categorías públicas y privadas, generando unos nuevos mecanismos de pago; 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 niveles 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.<sup>4</sup> También sacó del mercado a Muchos Hospitales públicos sobre todo el tercer y cuarto nivel o Universitario como el de Barranquilla, en donde fue menester implantar un Nuevo

---

<sup>3</sup> Memorias Foro “Porque es tan precaria la Salud en Colombia” Congreso de la República, agosto 2008

<sup>4</sup> 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.



hospital libre de todos los males de la crisis institucional de la salud regional y así surge LA ESE – HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA CARI.

La redefinición de los hospitales públicos en Empresas Sociales del estado, como la ESE – CARI; los materializó como empresas industriales y comerciales del estado del orden nacional, departamental en este caso como empresas de servicios cuya autonomía se enmarca en la autosostenibilidad, 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, por que 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.

Conscientes de lo anterior en su Momento; la ESE que nos ocupa decidió contratar el 60% de su portafolio y facturación con 14 operadores privados, los cuales en sus especializaciones y subespecializaciones medicas, como centros de referencia vienen implementando el objeto de dichos contrato.

Como quiera que ya la ESE, esta posicionada y ha realizados las trasformaciones institucionales alineando sus planes de acción, con sus recursos, habilidades gerenciales y nuevos enfoques de su modelo de negocios, se justifica nuestro trabajo de grado, haciendo al auditoria retrospectiva que proponemos a su portafolio de servicios y finanzas en virtud de dar recomendaciones que le contribuyan tanto a la ESE, como a los académicos e interesados en el tema como debe fortalecer la gestión del desarrollo empresarial hospitalario en forma integral para beneficio de un servicio de calidad y calidez humana, pero con Autosostenibilidad financiera, donde el ganador sea el usuario del servicio;

especialmente la población más pobre y vulnerable. Lo cual justifica el presente trabajo de grado.

### **3. OBJETIVO**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar una auditoria retrospectiva de sus servicios asistenciales y comportamiento financiero del 2002 al 2009, a la ESE – HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI para determinar el valor agregado que generan en los Indicadores de producción, capacidad técnico científica y operación de los servicios de la ESE Hospital Universitario de Barranquilla – Cari y la conveniencia socioeconómica y viabilidad financiera del margen de participación de los contratos con operadores externos; que permitan determinar su autosostenibilidad en términos de la acertada contratación, adecuada facturación y optimo recaudo mediante este modelo de negocio que se ejecuta, para plantear escenarios de mejoramiento continuo de su portafolio de servicios, donde el ganador sea el usuario de dichos servicios, sin desmedro de su ecuación de equilibrio operacional y presupuestal.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir la importancia de la ESE – CARI HOSPITAL UNIVERSITARIO en el contexto de referencia de la red pública departamental
- Identificar la entidad como ESE, sus directivas, su complejidad, su cultura corporativa y su portafolio de servicios

- Parametrizar los Contratos con los Operadores externos Privado, estableciendo el cumplimiento de la Capacidad científico técnica, operativa ; jurídica y financiera inherentes a las obligaciones contractuales
- Determinar el Comportamiento de la Contratación, facturación y cartera inherente a la prestación del servicio y su contribución o valor agregado por alícuota a la Autosostenibilidad integral de la ESE.
- Evaluar el comportamiento de la producción de su portafolio de servicios y hacer los comparativos de auditoría pertinente con los distintos referentes
- Generar las dinámicas de evaluación de la producción de servicios con respecto a capacidad instalada y utilizada teniendo como herramientas los resultados de sus indicadores de monitorización y calidad del servicio y eficiencia técnica.
- Efectuar una Auditoria financiera integral con base en sus balances y estados de resultados del 2002 al 2009
- Determinar los análisis horizontales y verticales correspondientes y las razones financieras inherentes a su rol misional
- Recomendar los ajustes de mejoramiento continuo de la auditoria retrospectiva realizada en términos de función de producción,; calidad del servicio y función financiera.

## 4. MARCO TEORICO

### 4.1 MARCO HISTORICO

En el contexto mundial hay evidencias de la creciente importancia del outsourcing (Prestación de Servicios por Terceros), es decir que las empresas cada vez implementan una metodología de contratar una mayor cantidad de funciones que Producen grandes éxitos en procesos de cambio organizacional.

En el Sector de la Salud en los Estados Unidos la implementación de esta estrategia tiene un crecimiento mayor al de la industria en general, lo cual sus investigaciones al respecto han abordado aspectos tales como:<sup>5</sup>

- Las razones para la contratación con este nuevo modelo
- Las estrategias que las empresas adoptan cuando eligen este modelo de contratación.
- La efectividad y el impacto de esta contratación en las características organizacionales de la empresa.
- Las medidas de desempeño con este nuevo modelo de contratación

La integración vertical, la contratación de servicios altamente especializados en el mercado y las alianzas estratégicas son las formas más conocidas de realizar el intercambio económico de productos, servicios y procesos.

La denominación y conceptualización del outsourcing, como un aspecto particular de la vida de las instituciones depende de la perspectiva desde la que se mire.

---

<sup>5</sup> Modelo de Evaluación y Gestión del Equipamiento y Biotecnología Medico – Ministerio de la Protección Social - 2008

Desde el punto de vista del derecho administrativo se observa el papel de los contratos, desde la economía se analizan los costos de utilización de los mercados o las empresas, desde la teoría organizacional se analizan las relaciones de cooperación bajo el mando de un líder y finalmente desde la perspectiva de la estrategia se miran con especial detenimiento la adecuación de las estructuras institucionales a los objetivos de la organización.

En el Sector Salud en Colombia se puede afirmar que es una estrategia que tiene una alta penetración favorecida por las políticas nacionales implementadas en el gobierno anterior por el Ministerio de la Protección Social, especialmente en los Planes Nacionales de Desarrollo “Hacia Un estado comunitario” de 2002 -2006 con la Ley 812 de Junio 16 de 2003, como en el 2006 – 2010 con la Ley 1151 de Julio 24 de 2007, en conexidad con la ley 715 de 2001; CONPES 3204 de 2002 donde se establecen los lineamientos de las políticas de prestación de servicios de salud para los Hospitales públicos; complementadas luego con la Ley 1176 y 1122 de 2007 y Decretos reglamentarios de administración delegada en lo pertinente.

En Colombia no se han realizado profundos estudios sobre este tema, las únicas Indagaciones que se han hecho se refieren en alguna medida a la importancia que esta estrategia tiene entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y hasta ahora es que se están fijando mejores reglas de juego técnicas; donde se generen dinámicas de riesgo compartido, donde la relación beneficio/costo no sea lesiva para las partes en términos del principio contractual de equilibrio económico, pero sobre todo en cumplimiento de la calidad de los servicios de salud para los mas pobres y vulnerables que sean los reales ganadores del pago de la deuda social en salud en el contexto de.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios – Ministerio de la Protección Social - 2006

- Estimular a las instituciones para que ofrezcan servicios en condiciones de eficiencia y calidad.
- Promocionar modelos de atención que mejoren la accesibilidad, reduzcan costos, incrementen el nivel de satisfacción de los usuarios y permitan obtener logros en salud pública.
- Desarrollar el programa de ajuste y modernización de la red de prestadores públicos de servicios.
- Implementación del sistema único de habilitación y acreditación.
- Establecer la concurrencia de los Sectores Público y Privado que permita solucionar las deficiencias en la Oferta de las IPS Públicas en aquellos municipios donde la prestación de los servicios lo requiera.

Así las cosas; El outsourcing en nuestro sector de la seguridad social en salud; se puede definir como una estrategia de Desarrollo Empresarial Hospitalario; por medio de la cual una Institución prestadora de servicios de salud pública o privada; en atención a su nivel de resolutivez; delega formalmente funciones misionales y no misionales; para dar respuesta con mayor cobertura, eficiencia y calidad a los Usuarios/pacientes y/o clientes adscritos a su área social de mercado que si lo hiciera autónomamente.<sup>7</sup>

Es importante destacar que preferiblemente deberían ser no misionales, pero como lo anotamos anteriormente muchas veces las funciones que por competencias se deben ejercer no es posible que en la realidad se ejecuten por la carencia de recursos.

---

<sup>7</sup> Fortich, Fernán E, Modulo de habilidades Gerenciales en Salud; Universidad de Cartagena, Especialización Gerencia de Servicios de Salud - 2010

También se puede afirmar que cuando una organización decide delegar cualquiera de estas funciones lo debe hacer en una empresa fuertemente especializada. La propiedad de los activos productivos involucrados en la actividad objeto de este modelo de contratación se transfieren de manera vinculante a un tercero que se convierte en proveedor de la institución o empresa.

La realidad es que el outsourcing de un servicio con un tercero es deseable que sea a largo plazo y dentro de este referente es igualmente deseable que se establezca una relación entre las partes con una clara definición de la independencia de los actores, en la que prevalezca la acción conjunta sobre la competencia (corresponsabilidad). Para el efecto, las modalidades más comunes de contratación por este modelo que se conocen son entre otras; modalidad de renta de equipos; modalidad de easing; modalidad contrato de concesión; modalidad de riesgo compartido y modalidad de arrendamiento de inmueble.

Las instituciones o empresas pueden optar por el outsourcing cuando buscan introducir en sus servicios o productos, innovaciones que estas no podrían hacer con ventajas respecto a aquellas o aquellos a los cuales entrega la actividad en outsourcing.

Es importante destacar que las actividades que pueden ser objeto de outsourcing en el Sector Salud de acuerdo a su naturaleza se clasifican en tres grupos:

1. Actividades operativas médicas
2. Actividades administrativas
3. Actividades de apoyo logísticos

Las actividades operativas médicas son aquellas con una gran capacidad instalada que requieren tecnología avanzada o de punta, las cuales por lo general



generan altos costos en su adquisición, actualización y mantenimiento como: Unidades de cuidado intensivo neonatal, pediátrico y adulto; servicios integrales de imagenología, laboratorio clínico, servicios de hemodinámica; cardiovascular y unidad renal principalmente.

Las actividades administrativas se concentran fundamentalmente en los servicios de facturación, servicios de call center, manejo de desechos patógenos y suministros de medicamentos.

Las actividades de apoyo logísticos incluyen principalmente los servicios de aseo, cafetería, vigilancia, transporte y lavandería.

Como producto de las políticas nacionales enunciadas en materia de desarrollo empresarial de los hospitales públicos y de la salida a su crisis de autosostenibilidad a principios de siglo; donde fueron liquidados muchos hospitales públicos entre ellos, el Hospital universitario de Barranquilla; cuyas estrategias de asumir la Referencia dentro de la Red prestadora de servicios departamental, fue la asunción del alto nivel de complejidad y transformación institucional del centro de rehabilitación y atención integral Cari ESE a Hospital Universitario CARI – ESE, quienes en su momento para generar las dinámicas de desarrollo institucional y dar respuestas efectivas a la demanda de servicios de salud especializada en forma inmediata; optaron por el modelo de operadores externos en el año 2006, al cual denominaron aliados; hoy con dichos contratos vigentes y con vencimiento casi todos en el presente año; es menester su evaluación con neutralidad valorativa e independencia mental en el contexto de una auditoria posterior y selectiva a lo ya ejecutado.

## 4.2 MARCO CONCEPTUAL

Las empresas sociales del estado en el SGSSS; 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.

Contexto del aseguramiento: En función de los contratos tripartitos la ESE, debe resolver con su portafolio de servicios de salud de acuerdo a su nivel de resolutivez; la universalidad, solidaridad y eficiencia del sistema; mediante un modelo de atención viable, cuyos procesos de gestión gerencial, administrativa y financiera, enfocada la salud como bien económico deben generar la productividad, competitividad y rentabilidad económica y social sometidas a las reglas del modelo de pluralismo estructurado de la Ley 100 de 1993 y su reforma Ley 1122 de 2007 y la ley 1438 de 2011 con sus reglamentarios en lo pertinente.

Contexto de su viabilidad y autosostenibilidad: El modelo de gestión implementado por la ESE en virtud de las transformaciones institucionales que demanda el sistema local de seguridad social en salud; debe manejar su portafolio de servicios con una acertada contratación; una adecuada facturación y un óptimo recaudo por los servicios prestados.

Contexto de sus metas y resultados de gestión de empresa moderna: En el desarrollo del planear, hacer, verificar y actuar como empresa social del estado que es un híbrido al tener una responsabilidad pública para pagar la deuda social en salud; pero que se comporta como privada en el mercado de la salud para prestar sus servicios debe implementar la visión sistémica y la visión estratégica

de una empresa moderna dentro de los cuales desarrolla una función de producción y prestación de servicios de salud; una función financiera; una función de recurso humano, una función de procedimientos administrativos; una función de mercadeo; una función de investigación y desarrollo, una gestión de desarrollo empresarial hospitalario con el paradigma biomédico y biosicosocial y una gestión gerencial de la ESE como proyecto prestador de servicio de salud pública o como empresa industrial y comercial del estado del orden Territorial en este caso, con competencias y responsabilidades específicas de ley.<sup>8</sup>

Contexto del estilo gerencial: En cumplimiento de la prestación de un servicio acorde a una empresa moderna en el modelo de atención en salud, donde el ganador sean los usuarios del servicio; la ejecución de su portafolio de servicios y el cumplimiento de su cultura corporativa debe ser no mecanicista, abierto; con poca diferenciación, plana, con autocontrol; trabajo en equipo y de remuneración por resultados con estándares de gestión de sus servicios asistenciales y administrativos a cumplir, en un desempeño institucional con valores, trabajo en equipo y centrado en el usuario-paciente y/o cliente del aseguramiento en especial la población mas pobre y vulnerable.

Contexto de desarrollo empresarial hospitalario: La generación de la productividad, competitividad y rentabilidad económica y social del esquema de aseguramiento exigida para las ESE en el SGSSS vigente, para lo cual debe implementar las transformaciones institucionales correspondientes que demanda el desarrollo de los procesos de contratación; manejo de admisiones y atención al usuario; una relación medico paciente o servicios asistenciales – paciente con calidez humana y calidad del servicio; manejo de las cuentas medicas; mercadeo de la salud; manuales tarifarios; auditoria medica de cuentas ; gestión cartera, manejo de las enfermedades de alto costo; el SIIS, software y hardware y telemedicina; los centros de costos; las historias clínicas, RIPS y el control e indicadores de gestión

---

<sup>8</sup> Ibídem

correspondientes; que descansa todo ello en el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud en su 4 componentes gruesos como son el sistema único de habilitación, la acreditación, el sistema de información para la calidad de los servicios de salud y el PAMEC; Que permitan con la estrategia de atención primaria, el control de los riesgos para coadyuvar a las metas de salud positiva; indicadores de mortalidad evitables; estilo de vida saludable en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad; tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de los niveles de atención; como bien meritorio para la población que demanda los servicios. Lo anterior en términos de gestión gerencial de una ESE; debe traducirse en un valor agregado del modelo de salud local con transición epidemiológica que genere un distrito saludable en este caso con desarrollo humano, calidad de vida y condiciones sociales a toda la población en un modelo de atención responsable.

#### 4.3 MARCO LEGAL Y NORMATIVO

El Marco constitucional y legal aplicable a las empresas sociales del estado como empresas industriales y comerciales del orden departamental en este caso lo podemos resumir en el siguiente normograma.

NORMATIVIDAD	TITULO	CONTENIDOS	ASPECTO RELEVANTE
AD Concepto de 285346 de 30 Noviembre de 2007	Instrucciones para transformaciones de empresas sociales del estado los prestadores de servicios de salud de los entes territoriales	para Sentencia 957 de 2007 de la corte constitucional para crear ESE de los municipios declara inexecutable el parágrafo 1 del artículo 27 de la ley 1122 de 2007	Requisitos de transformación en ESE 1. Justificación técnica y estudio básicos al respecto
RESOLUCIÓN 165 DE 2008 (marzo 18) Diario Oficial No. 46.941 de 26 de marzo de 2008	Por la cual se establecen los estándares mínimos para el desarrollo de los procesos públicos abiertos para la conformación de las ternas de las cuales se designarán los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del	Entidades encargadas del proceso invitación a participar en el proceso y su publicación contenido de la invitación	Desarrolla el proceso de evaluación de las pruebas y sus contenidos y las dinámicas del concurso de meritos para gerente de ESE,s

	nivel territorial		
DECRETO NÚMERO 800 DE 2008 (Marzo 14)	Por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 28 de la Ley 1122 de 2007.	Funciones de la junta directiva para contratar el concurso de meritos de la ESE. Funciones de la Universidad Acreditada por la Comisión Nacional del Servicio Civil para el concurso de meritos ESE.	Establece la reglas de juego para desarrollar contratos la ESE con las universidades habilitadas para que desarrolle el concurso de meritos de los gerentes ESE.
Concepto 12777 de enero 24 de 2008	Aplicación de Transitorio Artículo 28 de la ley 1122 de 2007 de Gerentes ESE,s	Parágrafo Periodo de Los gerentes que terminaron su periodo de tres años en el 2006 podrán continuar su periodo hasta el 31 de Marzo de 2008	La ley es retroactiva su aplicación en cuanto no modifica los hechos acaecidos de la gestión.
Resolución 0473 del 13 DE FEBRERO 2008	Anexos técnicos 1 y 2 matriz de calificación de la función gerencial y "Por estratégica, de prestación de servicios de salud y gestión administrativa la se adopta un instrumento de medición y evaluación de la gestión del gerente de la ESE	Información de base e indicadores Matriz de calificación Escala de resultados Instructivo para la calificación Consolidado de la evaluación	Aplicativos de la calificación como condición para estar en el cargo.
DECRETO NUMERO 357 DE 2008 (febrero 8)	<i>por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.</i>	<i>Objeto. Presentación del plan de gestión. Contenido del plan de gestión. Aprobación del plan de gestión por parte de la Junta Directiva.</i>	Todos los gerentes de las ESE,s están obligados a 30 días después de su posesión a presentar su plan de gestión para aprobación de la junta directiva
Circular Conjunta No. 010 de Marzo de 2009	Obligación de Calificar la Gestión de los Gerentes de las ESE,s	Periodos de abril 1 y agosto 1 de cada año el primero la gestión del año anterior y la segunda calificación la gestión del semestre	La calificación insatisfactoria es causal de retiro.
Concepto DAFP 2009 ZZ 6011 de 2009	Inhabilidades e Incompatibilidades de los miembros de la Junta directiva de la ESE	Un miembro de la Junta no puede ser gerente encargado de la ESE por que se le aplica las inhabilidades e incompatibilidades normativas al respecto	El Secretario de Salud no puede ser encargado como gerente de la ESE.
Concepto 2009 EE 8980 de 28 de agosto de 2009	Provisión de empleos – gerente de la ESE	Aplicación del artículo 28 de la ley 1122 de 2007	Se inaplica la conformación de la terna y quien ocupe el primer puesto es el gerente de la ESE.
CIRCULAR	INSTRUCCIONES PARA	Descripción de la información	Determina los formatos

EXTERNA N°: 0064 DE AGOSTO 11 DE 2004	EL REPORTE DE LA INFORMACIÓN DE LAS ESE,S DECRETO 2193 DE 2004	a ser reportada de las vigencias 2002 y 2004	de envíos para reportar la información de vigencias anteriores y estabilizar el reporte de las ESE,s
DECRETO 2193 DE 2004 (Julio 08)	Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003.	<i>Objeto y ámbito de aplicación. Entidades responsables del reporte de información</i>	Determina que los reportes de la información operativa, administrativa y financiera de las ESE,s debe reportarse trimestral
DECRETO NUMERO 4747 DE 2007 (Diciembre 7)	regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud	Aplica a los prestadores de servicios de salud ya toda entidad responsable del pago de los servicios de salud.	Desarrolla la contratación; la facturación, cartera y atención de urgencias y referencia y contra referencia de los servicios de salud.
RESOLUCIÓN NÚMERO 003047 DE 2008 (14 de agosto)	Definen los formatos, del Decreto 4747 de 2007	Formatos de cada uno de los procesos contractuales de prestación de servicios incluidos manual de glosas	Se utilizan los formatos de la relación prestador entidad responsable de pago anexos técnico 1 a 8
LEY 1438 DE ENERO 19 DE 2011	Reforma a la Seguridad Social en Salud.	Aseguramiento-portabilidad nacional, cobertura universal, 10% de administración de las EPS.s	Contratación per cápita solo para baja complejidad siempre y cuando reporten con calidad y oportunidad * Prohibido multar por cita medicas * Se promueve facturación en línea * La habilitación puede ser contratada por los ET con terceros especializados. La verificación debe ser previa a servicios de urgencias y de alta complejidad. Los oncológicos deberán tener verificación previa por el gobierno nacional.

## 4.4 MARCO INSTITUCIONAL

### 4.4.1 Identificación de la ESE

MODELO EMPRESARIAL	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NATURALEZA JURIDICA	PUBLICA
CARÁCTER DE LA ENTIDAD	DEPARTAMENTAL
ACTIVIDAD ECONÓMICA	PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD
NIVEL DE RESOLUTIVIDAD	ALTA – HOSPITAL UNIVERSITARIO
REPRESENTANTE LEGAL	DR. RAMON QUINTERO LOZANO
NIT	800.253.167.9
REGISTRO DE PRESTADOR	08001011335
RESOLUCION DE HABILITACION	02512010 DE MARZO 2010
DIRECCION:	SEDE ALTA COMPLEJIDAD CALLE 57 No.23- 100 SEDE SALUD MENTAL KRA24 No. 53D 80
CIUDAD	BARRANQUILLA ATLANTICO

### 4.4.2 Cultura corporativa<sup>9</sup>

#### Misión

Somos una Empresa Social del Estado, Prestadora de Servicios de Salud de alta Complejidad y Rehabilitación Integral en la Región Caribe, con criterio universitario y empresarial, comprometida con el mejoramiento de la calidad de vida de la población, su desarrollo económico y académico.

#### Visión

En el 2012 seremos líderes en la Prestación de Servicios de Salud de Alta Complejidad y Rehabilitación Integral en la Región Caribe, con modelos de

<sup>9</sup> Tomado textualmente del Plan de Desarrollo Institucional 2009 -2012 ESE CARI

gestión que garanticen calidad, integralidad y eficiencia, comprometidos con la investigación científica y la educación en salud.

## PRINCIPIOS Y VALORES

Calidad, Eficiencia, Equidad y Compromiso Social

### 4.4.3 Estructura organizacional



Fuente: Plan de Desarrollo Institucional 2009 – 2012 ESE -CARI

### 4.4.4 Portafolio de servicios<sup>10</sup>

#### 4.4.4.1. Alta complejidad

<sup>10</sup> Tomado textualmente de la pagina WEB de la ESE CARI



HOSPITALIZACION	CIRUGIA Y SALA DE PARTO	UNIDAD CARDIOVASCULAR NO INVASIVA
<i>Medicina Interna (Consulta Externa y Hospitalización)</i>	<i>Cirugía General</i>	<i>Consulta Externa Adulto y Pediátrica</i>
<i>Quirúrgica</i>	<i>Video Laparoscopia</i>	<i>Consulta Vascular Periférica</i>
<i>Clínica Integrada</i>	<i>Subespecialidades Quirúrgicas</i>	<i>Hipertensión secundaria complicada</i>
<i>Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente</i>	<i>Neurocirugía</i>	<i>Clínica de Falla Cardíaca</i>
<i>Unidad de Cuidados Intermedios para Adultos</i>	<i>Hemodinamia</i>	<i>Estudio de Diagnóstico</i>
<i>Hospitalización Pediátrica</i>	<i>Cirugía Cardiovascular</i>	<i>Holter de presión y ECG</i>
<i>Hospitalización Quirúrgica Ginecoobstétrica</i>	<i>Unidad de Alto Riesgo Obstétrico</i>	<i>Eco cardiografía, dúplex y triple vascular</i>
<i>Unidad de Recepción y Evaluación de Pacientes</i>	<i>Sala de Partos</i>	<i>Test de Esfuerzo y Electrocardiografía.</i>
<i>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica</i>	<b>NEUMOLOGIA</b>	<b>UNIDAD CARDIOVASCULAR INVASIVA</b>
<i>Unidad de Cuidados Crítico Neonatal</i>	<i>Consulta Externa</i>	<i>Consulta Externa de Cirugía Cardiovascular</i>
<i>Unidad Renal</i>	<i>Hospitalización</i>	<i>Cirugía Cardiovascular</i>
<b>NEUROCIROLOGIA</b>	<i>Prueba de Función Pulmonar</i>	<i>Hemodinamia Cateterismo</i>
<i>Consulta Externa</i>	<i>Broncoscopio</i>	<i>Arteriografías</i>
<i>Hospitalización</i>	<b>NEUROLOGIA</b>	<i>Hospitalización</i>
<i>Terapia Endovascular</i>	<i>Consulta Externa</i>	<i>Estudios Diagnósticos Invasivos</i>
<i>Cirugía</i>	<i>Hospitalización</i>	<b>OFTALMOLOGIA</b>
<b>UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y ENDOSCOPIA</b>	<i>Valoraciones en Piso.</i>	<i>Consulta Externa</i>
<i>Consulta especializada</i>	<b>ENDOCRINOLOGIA</b>	<i>Cámara Posterior</i>
<i>Esofagogastroduodenoscopia (Gastroscopia)</i>	<i>Consulta Externa Adulto y Pediátrica</i>	<i>Campimetría</i>
<i>Rectosigmoidoscopia</i>	<i>Hospitalización</i>	<i>Lámpara de Hendidura</i>
<i>Colonoscopia total</i>	<b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>	<i>Cirugía</i>
<i>Sigmoidoscopia flexible</i>	<i>Consulta Externa</i>	<i>Banco de Ojos</i>
<i>Tratamiento de Várices Esofágicas</i>	<i>Nasofibrolaringoscopia</i>	<i>Trasplante de Córnea</i>
<i>Tratamiento de Hemorroides</i>	<i>Audiometría</i>	<b>ORTOPEDIA Y MAXILOFACIAL</b>
<i>Extracción de Cuerpos Extraños</i>	<i>Impedanciometría</i>	<i>Consulta Externa Cirugía</i>
<i>Recepción de Pólipos (esofágicos, gástricos y colónicos).</i>	<i>Procedimiento Diagnóstico bajo microscopio para patología de oído</i>	<i>Cadera, rodilla, columna, hombro y pie</i>

<b>PEDIATRIA</b>	<i>Cirugía de Oído, Cabeza y Cuello</i>	<i>Reemplazos articulares</i>
<i>Consulta Externa</i>	<b>ANESTESIOLOGIA</b>	<i>Hospitalización</i>
<i>Hospitalización</i>	<i>Consulta pre- anestésica</i>	<b>CIRUGIA PLASTICA</b>
<b>GINECOLOGIA</b>	<i>Cirugía</i>	<i>Consulta Externa adulto y pediátrica</i>
<i>Consulta externa</i>	<b>UNIDAD DE HAMATO - ONCOLOGIA</b>	<i>Hospitalización</i>
<i>Hospitalización</i>	<i>Procedimientos invasivos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer</i>	<i>Cirugía</i>
<i>Cirugía</i>	<i>Radioterapia</i>	<b>HEMATO -ONCOLOGIA</b>
<b>ONCOLOGIA CLINICA</b>	<i>Quimioterapia</i>	<i>Procedimientos</i>
<i>Consulta Externa adulto pediátrica</i>	<i>Poliquimioterapia</i>	<i>Consulta Externa adulto y pediátrica</i>
<i>Interconsulta en Hospitalización</i>	<b>GINECO -ONCOLOGIA</b>	<i>Interconsulta en Hospitalización</i>
<i>Procedimientos</i>	<i>Consulta Externa</i>	<b>CUIDADOS CRITICOS</b>
<b>NEFROLOGIA</b>	<i>Hospitalización</i>	<i>UCI Polivalente Adulto</i>
<i>Consulta Externa Adulto y Pediátrica</i>	<i>Cirugía</i>	<i>UCI Intermedia Adulto</i>
<i>Unidad Renal</i>	<i>Procedimientos</i>	<i>UCI Pediátrica</i>
<b>PROGRAMAS ESPECIALES VIH - SIDA</b>	<i>Interconsulta</i>	<i>UCI Intermedia Pediátrica</i>
<b>APOYOS DIAGNOSTICOS</b>	<b>APOYOS DIAGNOSTICOS</b>	<i>UCI Neonatal</i>
<i>Laboratorio clínico: Hematología, inmunología, microbiología, química sanguínea, parasitología.</i>	<i>Imagenología: Radiología simple, mamografía, ecografía, TAC simple, ecografía especializada, TAC contrastado, resonancia magnética nuclear, medicina nuclear.</i>	<i>UCI Neuroquirúrgica</i>
<i>Servicio Transfuncional: Banco de Sangre.</i>	<i>Neurología: EEG, potenciales evocados, neuropsicología</i>	<i>UCI Cardiovascular</i>

#### 4.4.4.2 Salud mental

<b>CONSULTA EXTERNA REHABILITACION PSICOSOMATICA</b>	<b>NEUROCIENCIAS</b>	<b>HOSPITALIZACION ESPECIALIZADA</b>
<i>Psiquiatría</i>	<i>Neurología General Infantil</i>	<i>Cuidados Intermedios Psiquiátrico</i>
<i>Fisiatría</i>	<i>Neuropsicología</i>	<i>Sala de Recuperados</i>
<i>Fisioterapia</i>	<i>Electromiografía</i>	<i>Sala de Larga Estancia</i>
<i>Psicología</i>	<i>Electroencefalografía</i>	<i>Unidad de Atención Integral de Conductas Aditivas</i>
<i>Nutrición y Dietética</i>	<i>Exámenes Diagnósticos de Audiometría</i>	<b>PROGRAMAS ESPECIALES</b>
<i>Terapia Ocupacional</i>	<i>Potenciales Evocados:</i>	<b>HOSPITAL DÍA</b>

	Auditivos, Visuales y Somato sensoriales.	Es una modalidad de servicio de hospitalización que sirve de puente para que el paciente, en vía de recuperación, alcance la reinserción laboral, académica, social y familiar, a través de una atención especializada realizada por un equipo interdisciplinario, que permite que cada paciente descubra sus fortalezas y las utilice en pro de su rehabilitación
Fonoaudiología	<b>PROGRAMAS ESPECIALES</b>	<b>REHABILITACIÓN INTEGRAL</b> Rehabilitación física de seguimiento Rehabilitación por psiquiatría Terapia Ocupacional Fisioterapia Fonoaudiología
<i>Neurología</i>	<b>FARMACODEPENDENCIA Y ALCOHOLISMO</b> Brinda tratamiento ambulatorio, hospitalización parcial o completa y seguimiento a los pacientes con adicción a las sustancias psicoactivas y/o alcohol, a la vez que a sus familiares. Contamos con la Unidad de Atención Integral de Conductas Adictivas (UAICA) en donde se atiende personas con problemas de dependencia de alcohol y otras drogas.	
<i>Neuropediatría</i>	<b>OFIVIDA</b> Ofivida es un programa cuyo propósito el abordaje multidisciplinario integral de la violencia y el impacto sobre sus víctimas; realiza actividades de promoción y prevención, diagnóstico y tratamiento de la violencia en sus diversas manifestaciones con intervención en crisis en atención individual o colectiva, capacitación en primeros auxilios psicológicos, actividades docentes e investigaciones aplicadas a la problemática.	

#### 4.4.4.3 Aliados<sup>11</sup>

Radiólogos UT	Instituto Cancerológico	Laboratorios Falab
Encargados de la operación de la Unidad de Radiología e Imágenes Diagnósticas de tercer y cuarto nivel en la sede de Alta Complejidad del Hospital Universitario CARI E.S.E. Con equipos de última generación para la toma de radiología convencional simple y especializada, mamografía, biopsias dirigidas, ecografía general y especializada, tomografía simple y contrastada, resonancia magnética.	Montaje, operación, administración y mantenimiento de la unidad de hemato-oncología, trasplante de médula ósea y células periféricas para la prestación en forma continua y con criterios de calidad y oportunidad de los servicios de consulta externa de hematología (adultos y pediatría), consulta externa de oncología clínica, quirúrgica interconsultas en hospitalización y en la unidad de recepción y evaluación de pacientes. Atención integral a los pacientes en quimioterapia, materiales e insumos, atención por nutricionista, psicología, enfermería, trabajo social, uso de equipos, manejo de complicaciones: manejo de hiperémesis y deshidratación, manejo ambulatorio y hospitalario de mucositis, flebitis, trastorno del ritmo gastrointestinal.	Con un laboratorio clínico ubicado en la Sede de Alta Complejidad, prestan servicios especializados en apoyo diagnóstico, a los usuarios del CARI E.S.E., en las dos sedes, con equipos de última tecnología despliegan toda su experiencia y experticia para garantizar la seguridad de los pacientes que requieran estos servicios.
Cari Novavisión UT	Timed	Cardiomedics
Prestan servicios de	Prestan los servicios	Presta el servicio de la Unidad

<sup>11</sup> Tomado textualmente de la Pagina Web de la ESE - CARI

<p>oftalmología clínica, diagnóstico oftalmológico, oftalmología quirúrgica, banco de ojos y trasplante de córnea. Expertos en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías del sistema ocular, mediante métodos y técnicas tradicionales y generales, realización de procedimientos diagnósticos clínicos y quirúrgicos de la retina, vítreo, oftalmología pediátrica, córnea, catarata, glaucoma, cirugía refractiva y baja visión.</p>	<p>diagnósticos y terapéuticos en el área de neurociencias: neurología clínica, adultos y pediátrica, diagnóstico en terapia Endovascular, neurocirugía adultos y pediátrica, Videoneuroendoscopia de cerebro y columna, cuidados intensivos Neuroquirúrgica, servicios especializados en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías del sistema nervioso central y periférico con apoyo diagnóstico y terapéutico utilizando las tecnologías y técnicas más modernas de la de la neurología y neurocirugía, a los usuarios del Hospital Universitario CARI E. S. E. Disponen de un plan de contingencia que permitan la ejecución de todas las actividades a desarrollar, en donde se logre la atención oportuna e integral de los pacientes que por alguna situación eventual no puedan ser atendidos en las instalaciones del Hospital Universitario CARI E. S. E.</p>	<p>de Cirugía Cardiovascular y de tórax adultos y pediátrica y la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular. Apoyan los servicios hospitalarios que requieran de su participación en cuanto a opinión, intervención o toma de decisión (interconsultas, juntas médicas), además de participar activamente en la gestión docente e investigación bajo las directrices institucionales. Consulta externa en cirugía cardiovascular y cirugía de tórax, adultos y pediátrica, realización de procedimientos invasivos, y no invasivos en cirugía cardiovascular y de tórax, cirugía cardíaca a corazón abierto con y sin circulación extracorpórea.</p>
<p>Oncovihda</p>		

<p>Programa VIH/sida y actividades convexas del Hospital Universitario CARI E. S. E. que garantizan el mayor ajuste posible a las mejores condiciones técnicas de atención de los usuarios del programa, y los pacientes inscritos en el mismo, la actualización de la información y la generación de los reportes requeridos, además de las actividades del programa el cual incluye capacitación al paciente y sus familias.</p>	
--	--

#### 4.5 Estandarización y operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES
Rapacidad instalada	Condiciones de infraestructura y dotación en la oferta de servicios	Capacidad técnico científica para dar respuesta a las patologías de alta complejidad	Capacidad diseñada capacidad instalada capacidad ociosa
Capacidad de producción	Numero de eventos producidos en cada una de las áreas y unidades operativas	La producción de servicios se destacan por el concepto de paciente atendido como centro de referencia de la red pública departamental	Numero de eventos producidos promedio días de estancia % ocupacional giro cama
Cobertura y accesibilidad	Son los procesos que garantizan la atención integral al paciente	La oportunidad, eficiencia y manejo de riesgos de la atención al paciente registra	Todos los indicadores trazadores de la resolución 14 46 de 2006 que regula el sistema

		unos servicios de calidad	de información en salud para la calidad.
Resultados financieros	Se mide la evolución o avance en la búsqueda de la rentabilidad económica de la ESE	Análisis de la razonabilidad de los estados financieros	Liquidez solvencia rentabilidad apalancamiento contribuciones financieras equilibrio operacional

## **5 DISEÑO METODOLOGICO**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

TIPO DE INVESTIGACIÓN O TRABAJO PROPUESTO: Para el desarrollo de las variables; dimensiones e indicadores operativos y financieros del análisis y evaluación retrospectiva del presente trabajo en la ESE; planteamos desarrollarla en diferente forma mediante tres metodologías de acuerdo a las etapas y tratamiento de la información que hicimos así:

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DESCRIPTIVO: Se hizo una evaluación del comportamiento de la producción de servicios; capacidad instalada; calidad y referentes con pares de ESE,s mediante la recabacion de información de la resolución 2193 de 2004 en la página web del ministerio de la protección social – gestión de hospitales públicos.

METODOLOGIA DE ANALISIS FINANCIERO: Con base en la información reportada por la ESE al Ministerio de la protección social y los análisis financieros que reposen en los informes de gestión; haremos un consolidado integral de solvencia, liquidez, actividad, economía, apalancamiento y determinaremos las actividades de integración funcional de servicios prestados en el equilibrio operacional o presupuestal de la ESE.

METODOLOGIA DE METAS Y RESULTADOS INSTITUCIONALES: Partiendo de las nuevas realidades y cumplimiento del plan de gestión determinado por el



Decreto 357 y resolución 473 de 2008 en lo pertinente de la actual administración, evaluamos la situación actual en los términos de los objetivos específicos y describimos el modelo de negocio de los contratos de operador privado y su valor agregado y cuota de participación en su conjunto que permita plantear los realineamientos financieros porcentuales de autosostenibilidad del negocio, para lo cual desde el observatorio de la calidad en salud del Ministerio de la Protección Social, estableciendo además como está la ESE.; en cuanto a indicadores trazadores y de calidad.

## **5.2 FUENTES DE INFORMACION**

Secundaria: Los documentos, trabajos e información del Ministerio de la Protección Social en especial las normas aplicables a ESE y los documentos de la Secretaria departamental de salud del Atlántico entre otros.

Interna: Los documentos; planes e informes que reposan en las distintas unidades y áreas funcionales del Hospital público escogido y que pudimos recabar, con los reportes al observatorio de la calidad en salud y del 2193 de 2004 al MPS.

## **5.3 UNIVERSO Y MUESTRA**

La evaluación retrospectiva del componente operativo y financiero de la ESE – Hospital Universitario CARI, es el producto del Universo de pacientes pobres y vulnerables que en las distintas vigencias son adscritos mediante contrato de prestación de servicios con las entidades responsables de pago en forma potencial y cuya muestra son los recibidos y atendidos efectivamente facturados durante dichas vigencias.

## **5.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION**

VARIABLES	DIMENSIONES	TECNICAS	INSTRUMENTOS	FUENTES
Capacidad instalada	Capacidad técnico científica para dar respuesta a las patologías de alta complejidad	Documental	Reporte decreto 2193 de 2004	Secundaria
Capacidad de producción	La producción de servicios se destacan por el concepto de paciente atendido como centro de referencia de la red pública departamental	Documental	Reporte decreto 2193 de 2004	Secundaria
Cobertura y accesibilidad	La oportunidad, eficiencia y manejo de riesgos de la atención al paciente registra unos servicios de calidad	Documental y aplicativos del observatorio de la calidad en salud	Reporte decreto 2193 de 2004	Secundaria
Resultados financieros	Análisis de la razonabilidad de los estados financieros	Documental	Estados financieros	Internas ESE

## 6 ANALISIS DE AUDITORIA OPERATIVA Y FINANCIERA

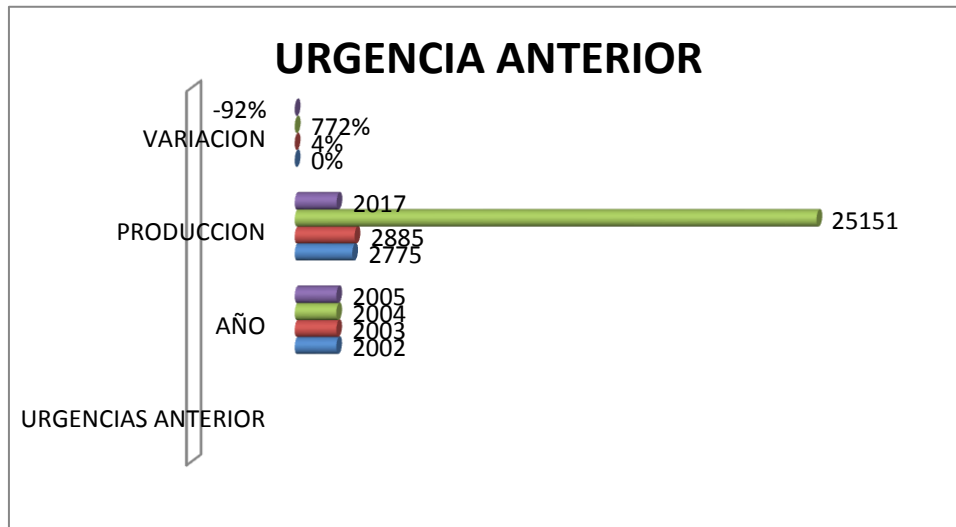
### 6.1 FUNCION DE PRODUCCION

#### 6.1.1 Comportamiento de la producción de los servicios de salud

SERVICIOS	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CONSULTA MEDICINA GENERAL			2.839					
OTRAS CONSULTAS ELECTIVAS								12.545
CONSULTA MEDICA URGENCIAS	2.775	2.885	25.151	2.017	-	-	-	-
CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	20.466	19.826	34.689	28.707	44.622	43.321	48.110	49.934
PARTOS VAGINALES	-	-	-	-	3	-	-	1
PARTOS POR CESAREA					108	19	19	16
EXAMENES DE LABORATORIOS				6.390	93.807	300.705	270.578	244.417
CIRUGIAS					1.078	2.599	3.880	3.411
CIRUGIAS GRUPO 2-6						476	1.121	558
CIRUGIAS GRUPO 7-10						1.218	1.568	1.456
CIRUGIAS GRUPO 11-13						586	585	651
CIRUGIAS GRUPO 20-23						319	606	746
IMÁGENES DIAGNOSTICAS				1.583	5.460	6.713	18.572	25.395
SESIONES DE TERAPIAS RESPIRATORIAS						15.428	218.021	34.903
SESIONES DE TERAPAS FISICAS						76.739	127.559	15.293
OTRAS SESIONES DE TERAPIAS						2.951	-	515
EGRESOS HOSPITALARIOS	983	1.046	885	934	3.938	7.195	8.937	9.603
EGRESOS OBSTETRICOS					111	19	51	17
EGRESOS QUIRURGICOS					404	1.079	1.185	1.044
EGRESOS NO QUIRURGICOS					2.171	5.025	6.640	7.317
EGRESOS DE SALUD MENTAL					1.252	1.072	1.061	1.225
PACIENTES EN UCI INTERMEDIOS					345	627	643	595
PACIENTES EN UCI					543	1.000	1.856	1.461
DIAS DE ESTANCIA	37.116	38.657	38.576	36.083	45.988	95.237	94.983	98.920
DIAS ESTANCIA EGRESOS OBSTETRICOS					255	105	157	78
DIAS ESTANCIA EGRESOS QUIRURGICOS					1.404	7.491	8.964	7.747
DIAS ESTANCIA EGRESOS NO QUIRURGICOS					36.120	37.206	44.722	51.285
DIAS ESTANCIA EGRESOS DE SALUD MENTAL					8.209	50.435	41.140	39.810
DIAS ESTANCIAS CUIDADOS INTERMEDIOS					1.915	2.745	2.366	2.344
DIAS ESTANCIA UCI					3.462	7.136	10.871	9.976
DIAS DE CAMA OCUPADA	98.920	52.792	42.640	44.062	63.390	92.883	110.069	109.218
DIAS CAMAS DISPONIBLES	55.480	55.480	46.325	47.450	77.446	109.382	126.286	121.576
% OCUPACIONAL		95%	92%	92,86%	82%	85%	87%	90%
GIRO CAMA		6,88	6,97	7,18	13,53	22,0	25,32	28,58
PROMEDIO DIAS ESTANCIA		36,96	43,59	38,63	11,678	13,2	10,628	10,30

### 6.1.1.1 Urgencias

Antes de la transformación en Alta Complejidad hasta el año 2005, las urgencias del Centro de rehabilitación Integral ESE – CARI, tuvieron el siguiente comportamiento:



ANALISIS: La ESE tuvo su mejor año en el servicio de Urgencias en el 2004; inferimos que se debió a la crisis hospitalaria y los procesos de reorganización y modernización de la red que en virtud de los convenios de desempeño de la época acompañada de los procesos de liquidación, fusión y asociación de la red pública, creció con respecto al 2003 en un 772%, pero cae en un 92% al año siguiente, cuando se enrula en su transformación como centro de referencia, infiriendo que este servicio lo asume la nueva red del municipio, abandonando así la ESE CARI este servicio; para dedicarse a los especializados inherentes a su nivel de complejidad en su transformación como Hospital Universitario.

Al respecto llamamos la atención:

1. Es El Único Hospital Universitario de la Costa y puede ser del país que a pesar de Ser Centro de Referencia de su área social de mercado no tiene Urgencias.

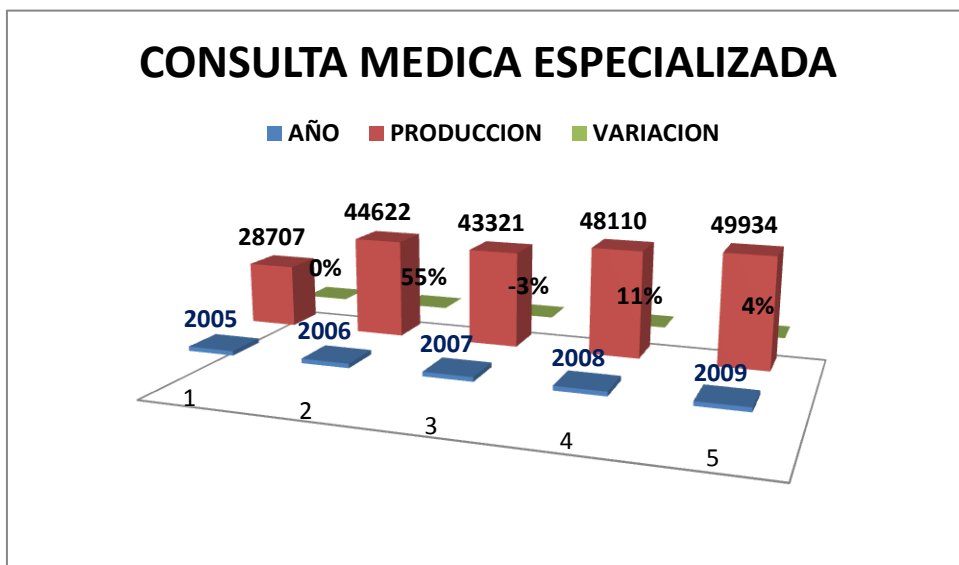
2. Lo que caracteriza a un Centro de Referencia desde el punto de vista de la Subsidiariedad y complementariedad es que sus servicios giren sobre la Atención de Urgencias, lo que indica que esta función la vienen supliendo Otros Hospitales públicos tanto especializados como de menor nivel de complejidad, que en virtud de la Contratación en la cual de acuerdo al Decreto 4747 de Diciembre 7 de 2007, el responsable de regular la Red de servicios de sus afiliados y beneficiarios son las Entidades responsables de pago. Por tanto es menester como sugerencia; realizar el Estudio integral de la Red para abordar la conveniencia socioeconómica y factibilidad técnica de que la ESE \_ CARI juegue su rol de Centro de referencia en conexión con el Centro Regulador de Urgencias Departamental, en donde por lo general operan coordinadamente con el hospital publico de mayor complejidad, máximo cuando juega en forma pragmática la integración funcional de servicios especializados para una mejora en la facturación; aunque se sabe que las urgencias como servicios por si solos en la cadena de valor de los hospitales públicos no son servicios rentables, lo que indica una ventaja competitiva hasta ahora de la ESE. En apariencia.

3. El Parágrafo 2°.del Numeral 2, del artículo 13 de la Ley 1164 de octubre 3 de 2007.- Se consideran escenarios de práctica del área de la Salud- Establece que El hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser hospital de enseñanza y práctica supervisada por autoridades académicas competentes y que ofrece formación y atención médica en cada uno de los niveles de complejidad. El hospital está comprometido con las funciones esenciales de la Universidad, cuales son formación, investigación y extensión. El Hospital Universitario es un escenario de práctica con características especiales por cuanto debe cumplir como mínimo requisitos tales como (entre otros); Disponer de una capacidad instalada, recurso humano especializado y una tecnología acorde con el desarrollo de las ciencias de la salud y los requerimientos de formación de personal de salud establecidos;

Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes de pregrado y posgrado, mínimo con las especialidades médicas básicas y todas las que correspondan a las prioridades de salud pública del país; Cumplir con todos los criterios de evaluación de las prácticas formativas establecidos por la autoridad competente y Actuar como centro de referencia para redes de servicios departamentales o nacionales y distritales. Lo anterior nos parece débil de cumplir sin el servicio de urgencias, al menos que estén resuelto estas prácticas formativas en otros hospitales de la Red.

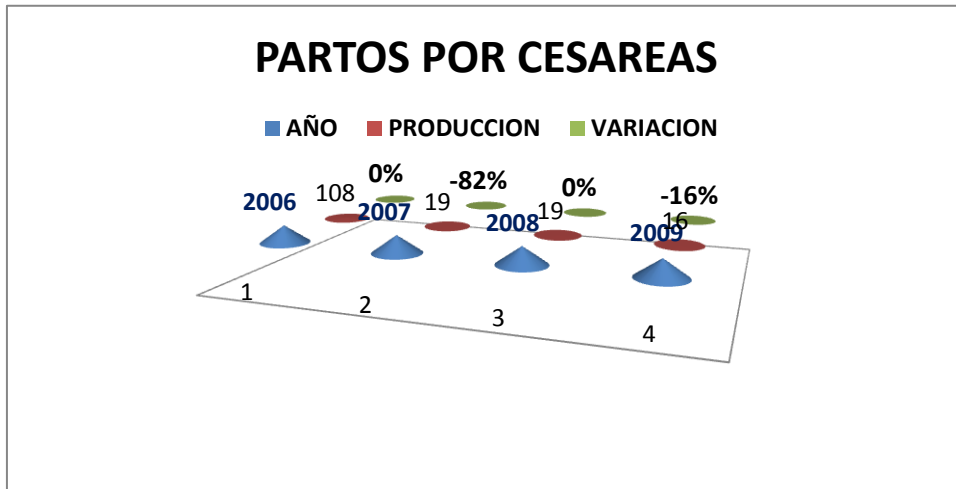
### 6.1.1.2 Consulta médica especializada

Análisis: En la transición a hospital de alta complejidad tiene un repunte importante del 55% de aumento en el año 2006 con respecto al 2005, tiene un descenso leve en el año 2007, se estabiliza en aumento del 11% en el 2008 y se mantiene en 49000 eventos en el año 2009, lo que indica que es un rubro importante de sostenimiento de la alta complejidad para su estados financieros.



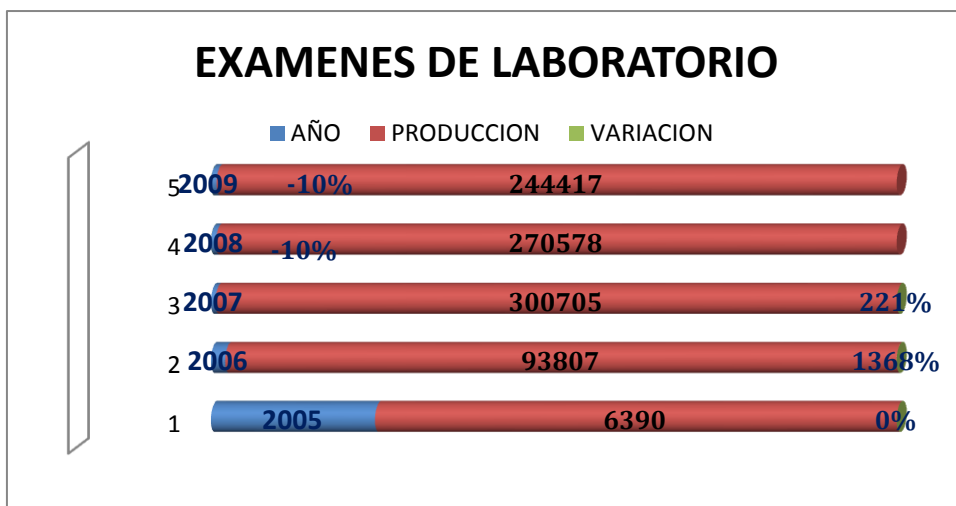
### 6.1.1.3 partos vaginales y por cesáreas

Se entiende que los partos normales deben ser del primer nivel de atención y lógicamente las complicaciones son las que deben ser tratadas por la medicina especializada ginecológica y obstétrica y por ello, el número insignificantes de partos normales, aunque prestó los servicios de partos por cesáreas así:



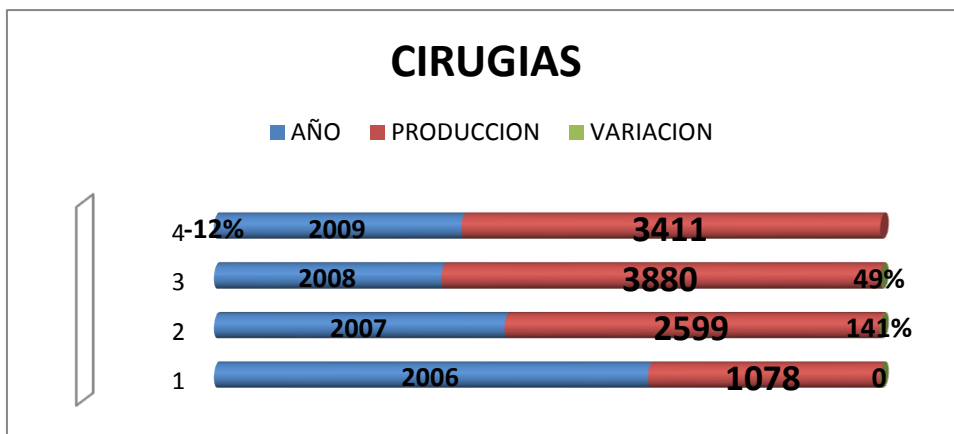
ANALISIS: Tuvo su mejor producción de partos por cesáreas en el año inicial de transformación 2006 con 108 partos, luego viene descendiendo en un 82% en el 2007 para situarse en menos de 20 partos en el 2008 y 2009, lo que implica una desaceleración en estas atenciones en salud.

#### 6.1.1.4 Exámenes de laboratorio



ANALISIS: Este servicio lo produce en contrato de asociación el operador externo FALAB LABORATORIO LTDA, y tiene su mejor año en el 2006 que aumento porcentualmente en un 1368% pero en cantidad de eventos con un aumento del 221% en el año 2007, Tiene descensos de eventos del 10% respectivamente en los años 2008 y 2009, el análisis pertinente lo haremos en documento de evaluación del operador externo correspondiente.

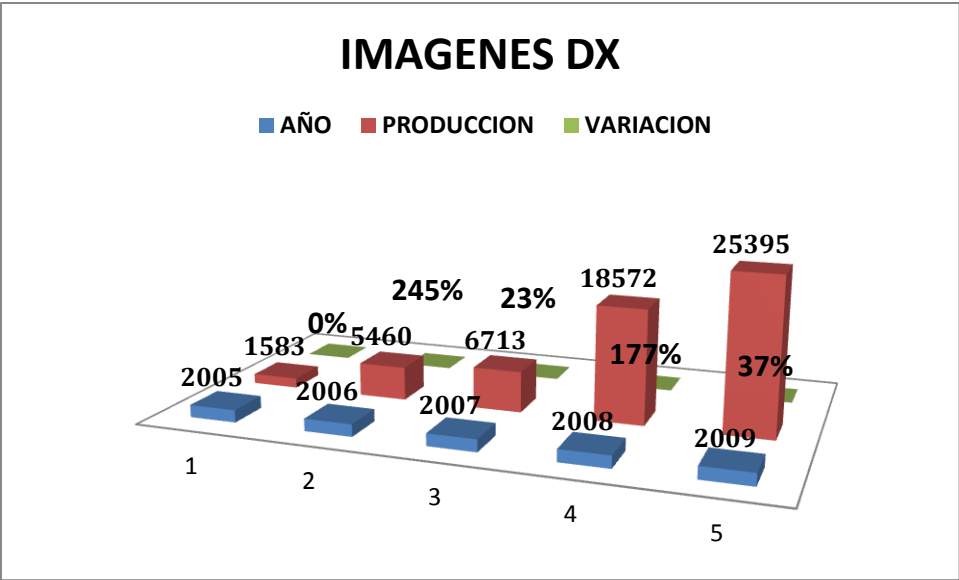
### 6.1.1.5 Cirugías



ANALISIS: Con la transformación en Hospital Universitario la ESE inició la venta de servicios de cirugía a partir del 2006; siendo su mejor año el 2008 con 3880 eventos para un crecimiento del 49% con relación al 2007 que tuvo un gran repunte del 141% con respecto al 2006, desacelerándose el número de eventos en el año 2009 en un 12%. Del total de cirugías producidas el 16% pertenece al grupo 2-6; el 43% al grupo 7-10; el 19% al grupo quirúrgico 11-13 y el restante 22% al grupo de mayor complejidad 20-23. Para la Capacidad instalada de la ESE, todavía falta buscar mecanismos de mercadeo que permitan que se aumente significativamente el número de estos eventos.

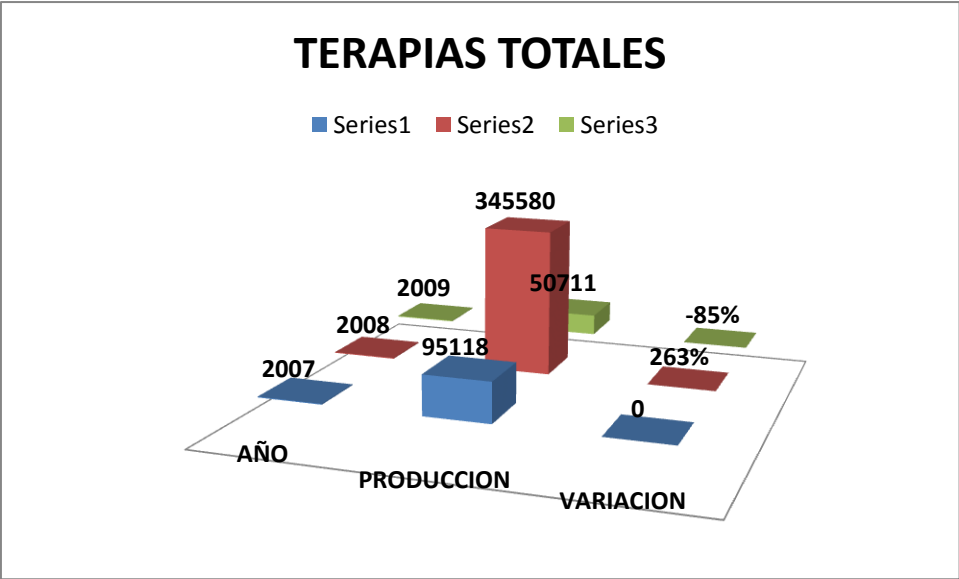
### 6.1.1.6 Imágenes diagnosticas





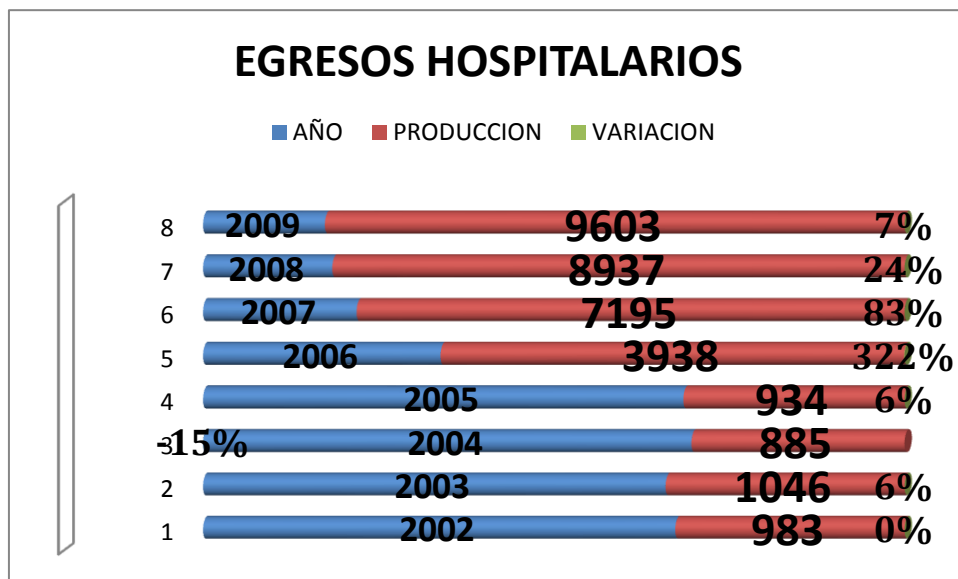
ANALISIS: La producción de imágenes diagnosticas en el periodo analizado tiene su mejor año en el 2008 con aumento del 177% pero con un repunte que sobrepasa los 20000 eventos en el año 2009 y ha tenido una producción ascendente representativa, lo que implica que genera ingresos importantes para la auto sostenibilidad real; por ser un servicio rentable dentro de los apoyos diagnósticos de la ESE.

**6.1.1.7 Terapias totales**



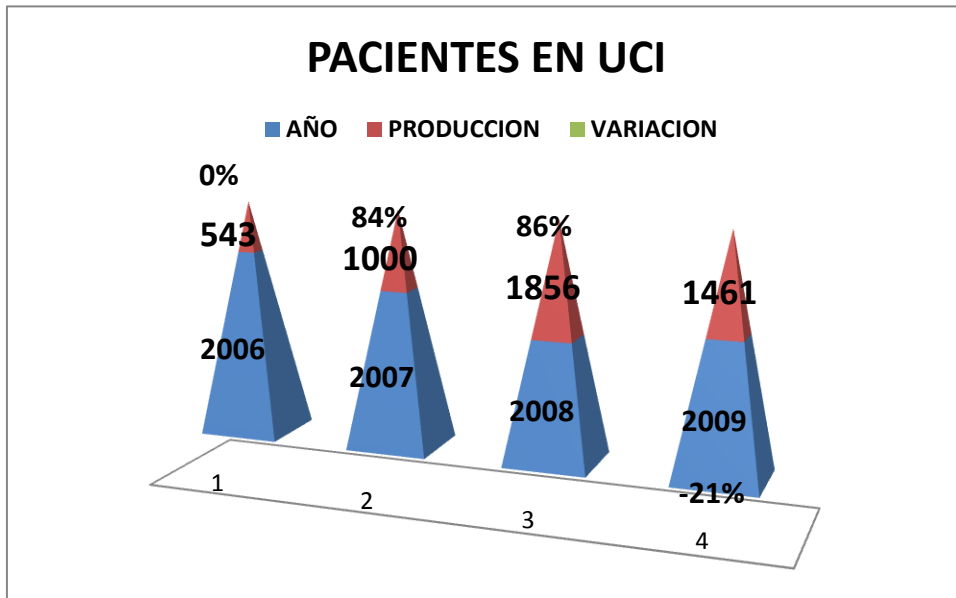
ANALISIS: Hasta el año 2007 comienza la producción de terapias, en las cuales la producción de servicios aumenta en un 263% en el 2008 con respecto al 2007, pero cae preocupantemente en el 2009 en un 85%. Del total de terapias producidas por la ESE, el 69% son terapias respiratorias, el 30% son terapias físicas y el 1% otras terapias.

### 6.1.1.8 Egresos hospitalarios



ANALISIS: Como característica de todo hospital de referencia de alta complejidad tiene un comportamiento de producción ascendente siendo su mejor crecimiento en el 2006 con 322% con respecto a 2005, pero con aumento progresivo del 83% en el 2007 manteniéndose por encima de 8000 egresos en el 2008 y llegando casi a 10000 en el 2009. Del total de egresos el 76% es no quirúrgico, solo un 11% es Quirúrgico, manteniéndose los egresos de salud mental en un 13% y es insignificante los egresos obstétricos, lo que implica que todavía la ESE, le queda una representativa capacidad ociosa que explotar para ya no posicionarse si no consolidarse como centro de referencia y hospital universitario.

### 6.1.1.9 Pacientes en UCI

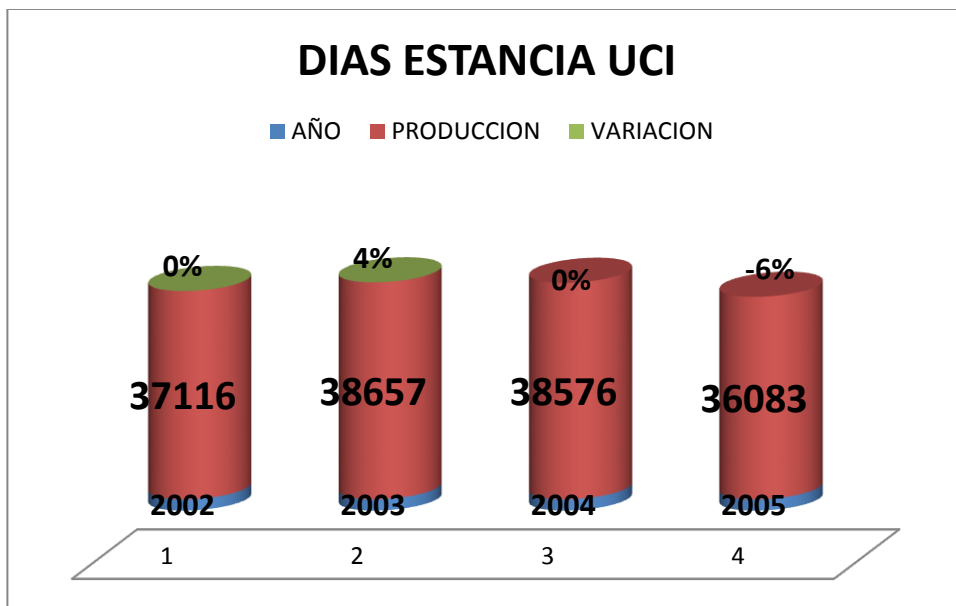


ANALISIS: En la producción de este servicio se denota una contratación con TIMED como operador externo, inicialmente con 5 camas asignadas en UCI CARDIOVASCULAR y 5 camas para CARDIOMEDICS, quien además tiene a su cargo la unidad de Hemodinamia, denotando que en la presente vigencia y desde Septiembre de 2009 TIMED está construyendo su propia UCI NEUROQUIRURGICA y CARDIOMEDICS desde esa época viene explotando integralmente la UCI en análisis.

LA UCI tiene su mayor producción en el año 2008 con un 86% de aumento con respecto al 2007, y una disminución del 21% con respecto al 2009. El promedio de producción mensual de eventos UCI es de 122 eventos, los cuales es bajo para la capacidad instalada que tiene el hospital y las inversiones que está realizando el operador externo. Se espera que con la apertura de la nueva UCI; cambien estos resultados; ya que debe mejorar en función de las actividades de mercadeo que se viene haciendo y por la proyección que está haciendo la Gerencia de la ESE; en la integración funcional de servicios con una mejor referencia y contra

referencia departamental que justifique las inversiones que realizan los operadores externos; ya sea con el mayor desarrollo científico técnico que se adelanta en los servicios comentados y/o con la posible apertura de servicios inherentes a las urgencias.

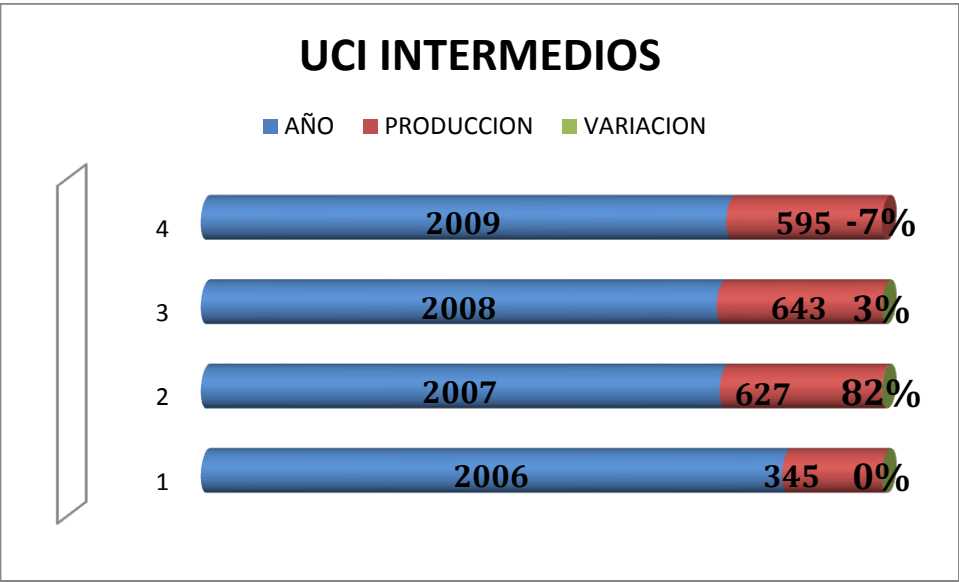
#### 6.1.1.9.1 Días de estancia en UCI



Los mayores días de estancia para los pacientes de UCI fue en el año 2008 que aumentaron en un 52% con respecto al 2007 y disminuyen en un 8% en el 2009. El promedio de días estancia por pacientes es de 7 días.

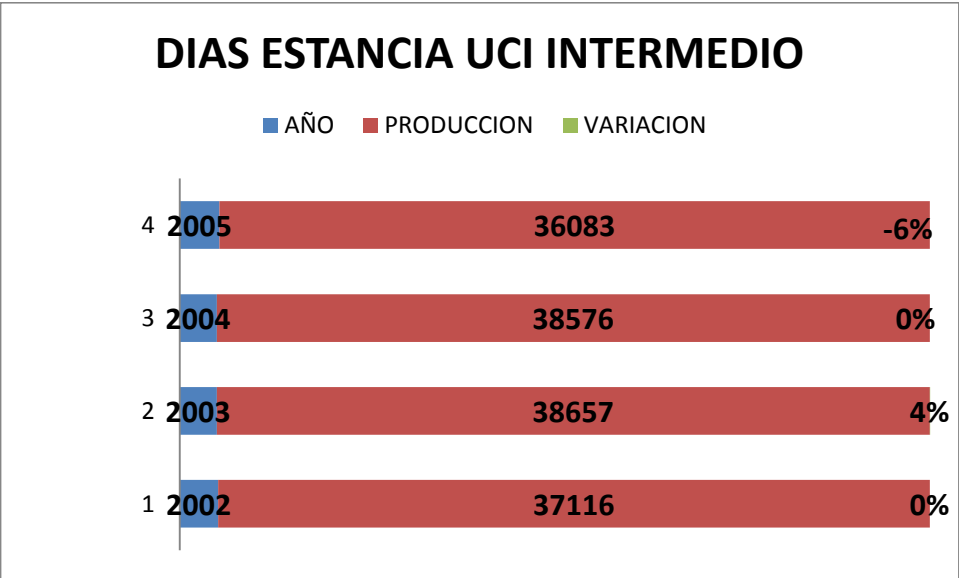
#### 6.1.1.9.2 UCI Intermedios

ANALISIS: Igualmente en intermedios después de un repunte del 82% en el 2007 con respecto al 2006, se viene disminuyendo en un 7% en el 2009 con respecto al 2008.

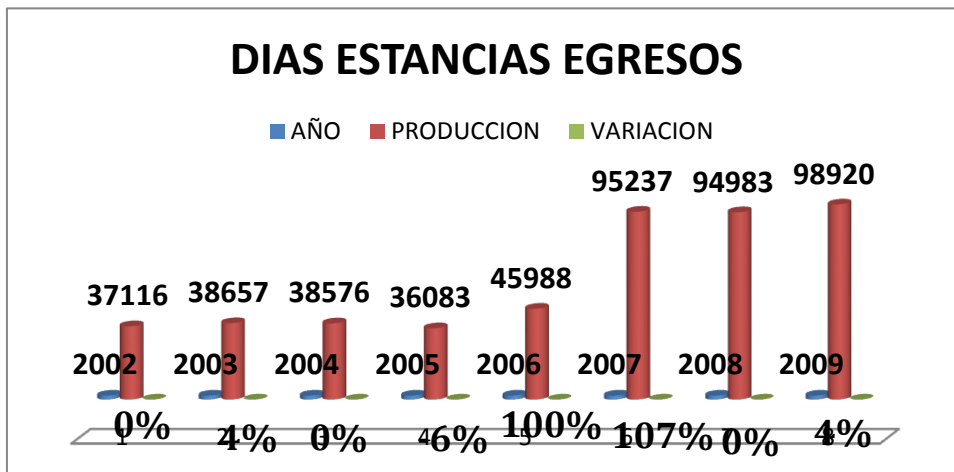


**6.1.1.9.2.1 Días estancia UCI intermedio**

El mejor año de las estancias intermedias fue el 2007 que aumentaron en un 43% con respecto a los días del 2006 y cayó en un 1% en el 2009. Lo anterior por el comportamiento en el número de pacientes atendidos. El promedio de estancia por pacientes son 4 días.



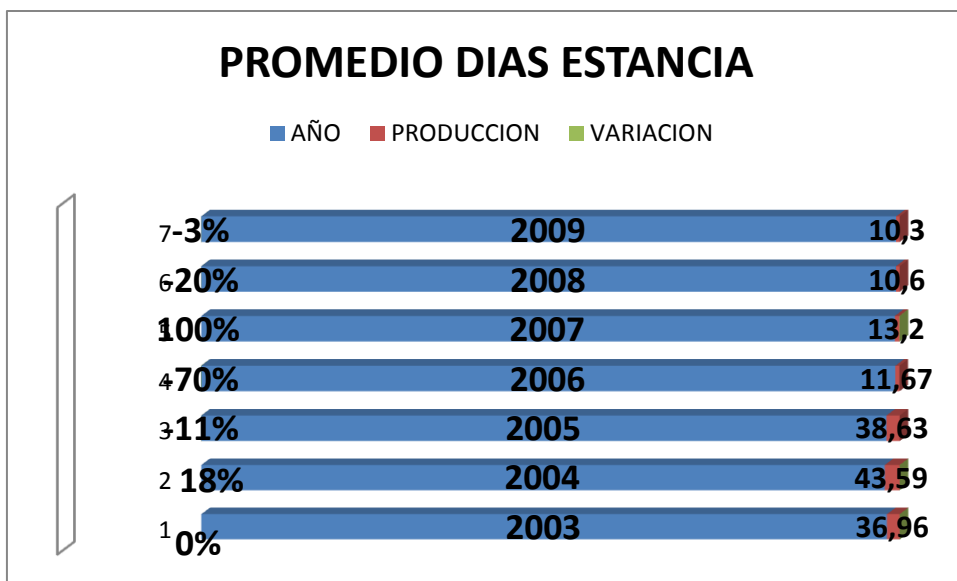
### 6.1.1.10 Días de estancia de los egresos hospitalarios



ANALISIS: Los días de estancia de los egresos hospitalarios tiene su mejor año en el 2007 que aumentan en un 107% con respecto al 2006, pero ha tenido un comportamiento ascendente hasta casi estar llegando en el 2009 en los 99000 días de estancia con un aumento del 4% con respecto en el 2008, cuyo año tuvo casi el mismo comportamiento del 2007.

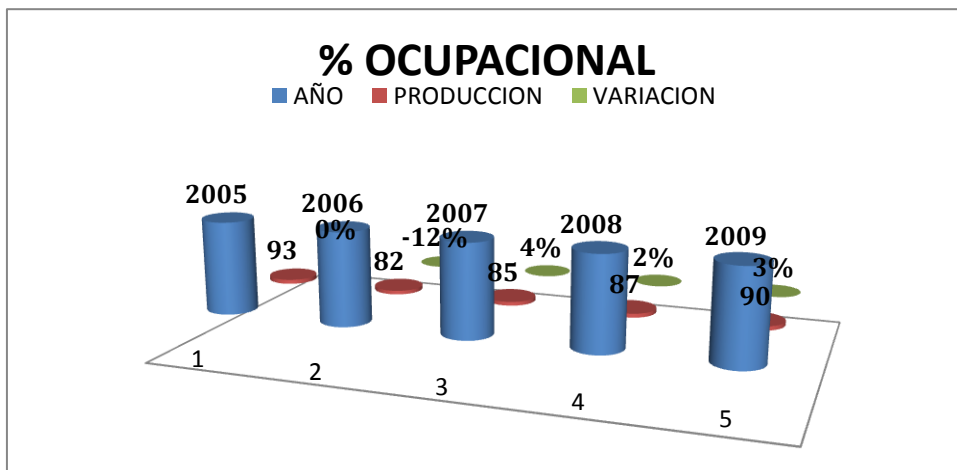
### 6.1.1.11 Promedio días estancia

El cual es igual al número total de días de los pacientes hospitalizados en el periodo/ el número total de egresos producidos en el periodo, lo que indica el siguiente comportamiento:



Inferimos que el promedio días estancia antes de la transformación sobrepasaba los 30 días por la clase de enfermo siquiátrico que trataba exclusivamente, pero como hospital universitario, viene disminuyendo este promedio hasta llegar a 10 días promedio.

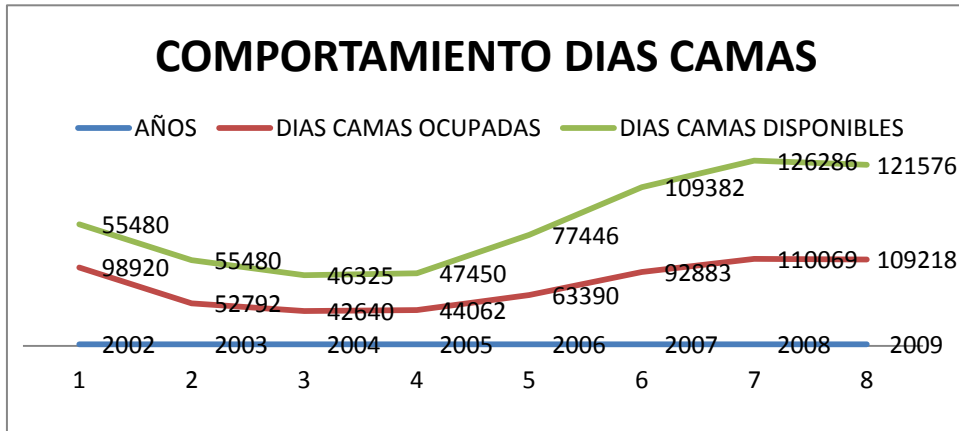
#### 6.1.1.12 Porcentaje ocupacional



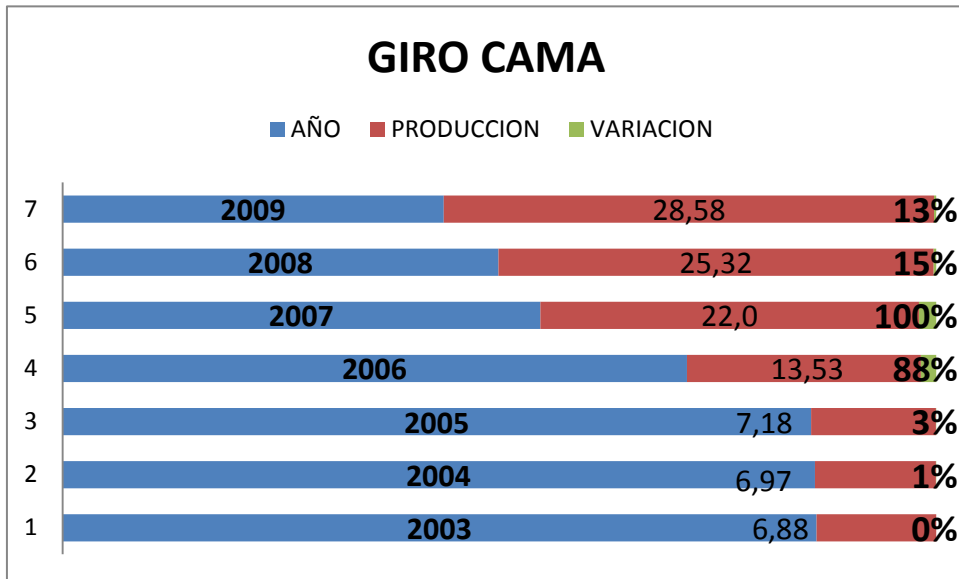
Análisis: El porcentaje ocupacional decreció en 12% en 2006, con respecto al 2005, pero aumenta en un 4% en 2007 y 2% en 2008, sin alcanzar el 90% de ocupación que registraba antes de la transformación, el cual vuelve a lograr en el año 2009 situándose en la media nacional de este rubro para hospitales

universitarios, estabilizándose la relación de número total de camas utilizadas/ el número total de camas disponibles en los siguientes comportamientos:

### 6.1.1.13 Días camas ocupadas y disponibles



### 6.1.1.14 Giro cama



ANALISIS: Si el giro cama es la relación del número total de egresos en el periodo analizado/ número total de camas disponibles en la institución, vemos que más de 26 días promedio es medianamente alto por egresos, en términos de



reconocimiento de facturación; donde el mayor giro cama es el año 2009 donde alcanza el 28,58.

#### MEDIDA DE LA EFICIENCIA TECNICA DE LA HOSPITALIZACION DE LA ESE

% De ocupación	Promedio estancia	días	Giro cama	Eficiencia técnica
Aumenta	Aumenta		Estable	Estable

## 6.2 PARTICIPACION DE LA PRODUCCION DE LA ESE CARI EN LA RED PUBLICA DEPARTAMENTAL

LA ESE – CARI, aporta con respecto a toda la producción de servicios de los tres niveles de complejidad de la red pública prestadora de servicios de salud, los siguientes resultados:

SERVICIOS	ESE 2005	DPTO 2005	PORCENTAJE	ESE 2009	DPTO 2009	PORCENTAJES	DIFERENCIAS
CONSULTA MEDICA URGENCIAS	2017	373.498	1%	0	286.041	0%	-100%
CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	28707	210.643	14%	49934	145.940	34%	151%
EXAMENES DE LABORATORIOS	6390	804.752	1%	244417	819.685	30%	3655%
EGRESOS HOSPITALARIOS	934	60.459	2%	9603	41.084	23%	1413%
DIAS DE ESTANCIA	36083	145.974	25%	98920	154.099	64%	160%
DIAS DE CAMA OCUPADA	44062	165.513	27%	109218	163.510	67%	151%
DIAS CAMAS DISPONIBLES	47450	236.822	20%	121576	217.772	56%	179%

ANALISIS: Del 14% de participación en todas las consultas especializadas antes de la transformación, paso en el 2009 a producir el 34% de todos estos eventos en el departamento. Del 1% de participación en todos los exámenes de laboratorio que se producían en el departamento en el 2005; pasó en el 2009 a producir el 30% del total de estos eventos en la red pública. La participación de los egresos hospitalarios con respecto a todos los del departamento se mantiene igual a la del 2005, contribuyendo al 23% del total de estos eventos. Del 25% que contribuía en todo el departamento en los días de estancia en el 2005 pasó a contribuir en un

64% en el 2009. Registra actualmente el 56% de los días camas disponibles de toda la red pública del departamento, como también el 67% de todos los días camas ocupadas del departamento.

### 6.3 CAPACIDAD INSTALADA DE LA ESE – CARI

Concepto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Camas de hospitalización	152	152	127	130	291	327	353	336
Camas de observación	2	3	3	2	0	0	0	0
Consultorios de consulta externa	11	13	17	31	37	35	37	35
Consultorios en el servicio de urgencias	1	1	1	1	0	0	0	0
Salas de quirófanos	0	0	0	0	5	5	5	5
Mesas de partos	0	0	0	0	0	0	0	0

De conformidad con los reportes de la resolución 2193 de 2004, la ESE registra en sus servicios autónomos los anteriores conceptos de Dotación básica, la cual tiene el siguiente comportamiento:

Concepto	2002	2003	VAR%	2004	VAR%	2005	VAR%	2006	VAR%	2007	VAR%	2008	VAR%	2009	VAR%
Camas de hospitalización	152	152	0%	127	-16%	130	2%	291	124%	327	12%	353	8%	336	-5%
Camas de observación	2	3	50%	3	0%	2	-33%	0	-100%	0		0		0	
Consultorios de consulta externa	11	13	18%	17	31%	31	82%	37	19%	35	-5%	37	6%	35	-5%
Consultorios en el servicio de urgencias	1	1	0%	1	0%	1	0%	0	-100%	0		0		0	
Salas de quirófanos	0	0		0		0		5		5	0%	5	0%	5	0%
Mesas de partos	0	0		0		0		0		0		0		0	

Durante el periodo de su Transformación en hospital universitario, duplicó el número de camas de hospitalización y como no tiene urgencias eliminó las camas de observación, las cuales en el estándar de acreditación deben ser el 10% con respecto a las camas de hospitalización. De igual modo no ha sido representativo el aumento de su capacidad instalada de consultorio de medicina especializada el cual de 31 en el 2005 aumento 4 consultorios en el 2009 para un total de reportes de 35; pero en forma representativa registra 5 salas de quirófanos. Los

cuales si a mediana capacidad cada quirófano hiciera 3 cirugías diarias, tendrían una oferta total de 15 eventos quirúrgicos para un total promedio al año de 5400 eventos de oferta instalada, si el número de cirugías del 2009 fue de 3411 la capacidad ociosa de los quirófanos sería del 36%

### 6.3.1 Participación de la ESE en la capacidad de la red pública departamental de prestación de servicios de salud

Concepto	2005	DEPTO	%	2009	DEPTO	%	DIFERENCIAS
Camas de hospitalización	130	781	17%	336	644	52%	213%
Camas de observación	2	174	1%	0	142	0%	-100%
Consultorios de consulta externa	31	238	13%	35	174	20%	54%
Consultorios en el servicio de urgencias	1	49	2%	0	40	0%	-100%
Salas de quirófanos	0	19	0%	5	11	45%	
Mesas de partos	0	48	0%	0	34	0%	

La ESE – CARI aporta el 52% de la capacidad instalada de Camas de hospitalización de la red pública de servicios de salud del departamento del Atlántico; igualmente registra el 20% de todos los Consultorios de Consulta externa de los hospitales públicos del departamento y el 45% de las salas de quirófano existentes.

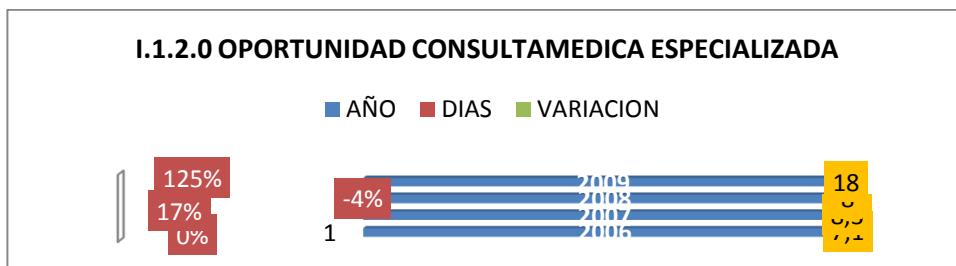
## 6.4. INDICADORES DE CALIDAD DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD

### 6.4.1 Indicadores de monitorización de la ESE

De conformidad con los reportes de la ESE al observatorio de la Calidad del MPS tenemos:

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	2006	2007	2008	2009
I.1.2.0	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada	7,1	8,3	8	18
I.1.2.1	Oportunidad de la Asignacion de Citas en la Consulta de Medicina Interna	10,2	11,0	9	11
I.1.2.2	Oportunidad en la atención de Citas en la Consulta Ginecoobstetricia	5	3,7	4	5
I.1.2.3	Oportunidad en la atención de Citas en la Consulta de Pediatria	3,5	7,3	6	8
I.1.2.4	Oportunidad de la Asignacion de Citas en la Consulta de Cirugia General	5,3	5	3	3
I.1.3.0	Proporcion de Cancelacion de Cirugia Programada	13,5	24,1	19,7	19
I.1.5.0	Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología	2,7	2	4	5
I.1.7.0	Oportunidad en la Realizacion de Cirugia Programada	7,4	7	6	9
I.2.1.0	Tasa de Reingreso de Pacientes Hospitalizados	0,4	1,2	0,87	1
I.3.1.0	Tasa de mortalidad Intrahospitalaria despues de 48 Horas	31,3	16,2	29,4	10,2
I.3.2.0	Tasa de Infeccion Intrahospitalaria	0,4	1,4	1,39	4
I.3.3.0	Proporcion de eventos adversos			92,2	100
I.4.1.0	Tasa de Satisfaccion Global	95,8	90	84,7	81

**I.1.2 Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada.**



ANALISIS: De 7,1 días en la oportunidad de asignacion de las citas, se aumentò en en un 17% en el 2007 con respecto al 2006, pero tiene una leve disminucion en el 2008 en un 4%, con un repunte preocupante del 125% que duplica la oportunidad de asignacion de citas en el 2009, lo que no debe justificarse en terminos de proyecciones de metas y resultados y capacidad de respuesta a los problemas de salud de la poblacion sujeto de estas consultas, los cuales influyen en el componente de prestacion de servicios de salud del plan de gestion de la ESE.

CON RESPECTO AL DEPARTAMENTO: El promedio de Oportunidad de Asignación de la Cita de Consulta Médica Especializada del Departamento en el mismo periodo es de 5,13 días, mientras que el promedio de la ESE CARI es de 13 días, lo que duplica la media departamental. Recordamos que este Indicador es el más importante para determinar el tiempo de respuesta en los prestadores y puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud.

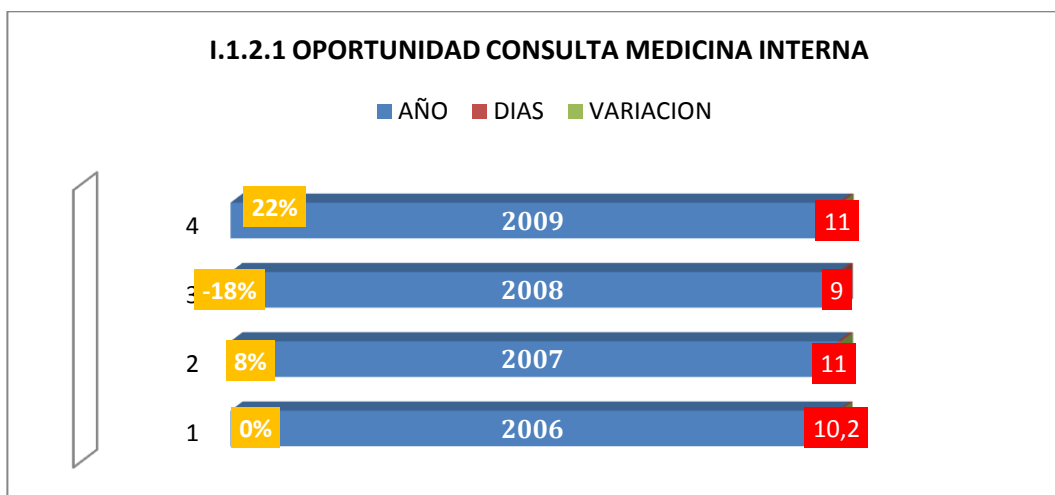
CON RESPECTO A LOS UNIVERSITARIOS DE LA REGION CARIBE: Con respecto a la media de 2008 y 2009; La ESE - CARI esta en el promedio de todos los hospitales universitarios de la red pública de la costa Caribe con 13 días en la oportunidad en la asignación de consulta de Medicina Especializada pero está por debajo de las ESE,s - Hospitales Rosario Pumarejo de López de Valledupar que es el mejor indicador con 3,1; San Jerónimo de Montería; Nuestra Señora de los

Remedios de Riohacha y Universitario de Sincelejo y por encima del Universitario del Caribe de Cartagena y El Fernando Tronconis de Santa Marta que es el peor indicador con 29 días.

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESE CARI	ESE -SAN JERONIMO	ESE HU SINCELEJO	ESE HU CARIBE	ESE HU TRONCONIS	ESE - HNSREMEDIOS	ESE - HPUMAREJO	PROMEDIO
I.1.2	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada	13	4,5	10,5	26,5	29	5,1	3,1	13,1

### I.1.2.1 Oportunidad de la asignación de cita de la consulta de medicina interna

ANALISIS: La Oportunidad Promedio en la asignacion de citas de estas consultas de especialistas es de 10 días la cual esta por debajo de la especializada general. El año 2008 que alcanzò 9 días fue su mejor año en los ultimos 4 años del periodo analizado.



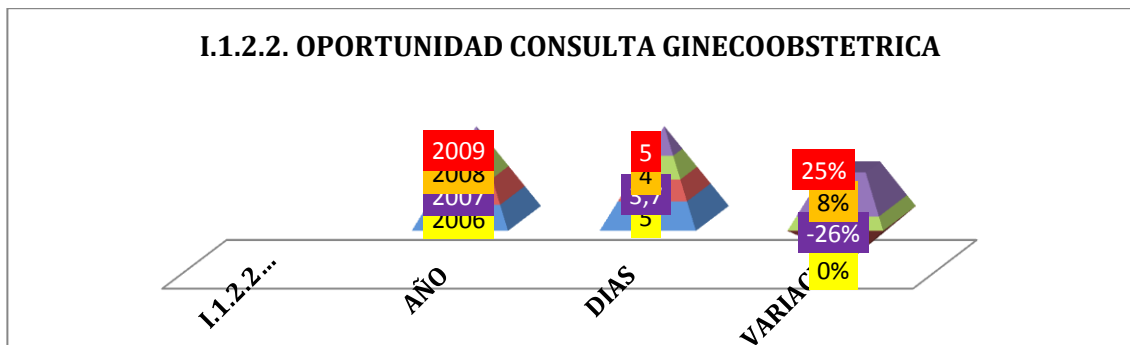
CON RESPECTO AL DEPARTAMENTO: EL Promedio de oportunidad en la asignación de Consulta de Medicina Interna del Departamento es de 6,25 días por debajo en un 37% de los resultados de la ESE – CARI.

CON RESPECTO A LOS UNIVERSITARIOS DE LA REGION CARIBE: La ESE CARI está por debajo del promedio de los Hospitales Universitarios de la Red

pública de la región Caribe la cual es 12,69 días, en la oportunidad de la asignación de citas en la Consulta de Medicina Interna; pero muy por encima del Rosario Pumarejo de López de Valledupar que es el mejor indicador con 1,9 días; El Hospital San Jerónimo de Montería que es un indicador muy bueno con 2,5 días y Nuestra Señora de los remedios de Riohacha; esta casi igual con el Universitario de Sincelejo y muy por debajo del Fernando Tronconis de Santa Marta y el Universitario del Caribe de Cartagena que es el peor con 33,6 días.

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESE CARI	ESE -SAN JERONIMO	ESE HU SINCELEJO	ESE HU CARIBE	ESE HU TRONCONIS	ESE - HNSREMEDIOS	ESE - HPUMAREJO	PROMEDIO
I.1.2.1	Oportunidad de la Asignacion de Citas en la Consulta de Medicina Interna	10,00	2,50	9,50	33,60	24,50	6,80	1,90	12,69

### I.1.2.2 Oportunidad en la atención de citas de consulta Ginecoobstetrica



ANALISIS: Tiene una disminucion del 26% en el 2007 con respecto al 2006, se estabiliza en 4 dias en el 2008 pero aumenta a 5 dias en el 2009 aumentando la oportunidad en un 25%.

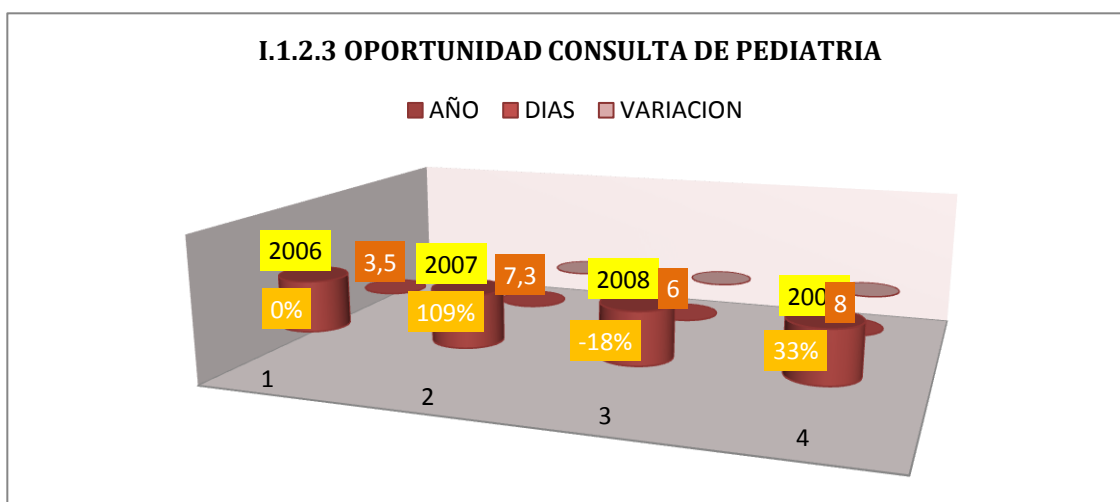
INDICADORES DE COBERTURA/ACCESIBILIDAD	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CONCEPTO						
DIAS ESPERA CONSULTA GINECOOBSTETRICA	4	5	170	177	1086	679
PROMEDIO DIAS CONSULTA GINECOOBSTETRICA	4	5	3,7	3,77	4,7	

CON RESPECTO AL DEPARTAMENTO: El promedio de oportunidad en la atención de citas de Consulta Ginecoobstetrica en el periodo analizado es de 4 días, mientras el promedio de la ESE CARI es de 4,5 totalmente pertinente.

CON RESPECTO A LOS UNIVERSITARIO DE LA REGION CARIBE: La ESE CARI en relacion a la Red Publica del Caribe de los Hospitales Universitarios, en cuanto a la oportunidad de la atención de Citas en la Consulta Ginecoobstetrica (2008-2009) esta muy por debajo del promedio en casi la mitad de este que oscila en 9,15 días, Supera a los hospitales Nuestra Señora de los Remedios; el Universitario de Sincelejo, San Jeronimo de Monteria, Fernando Tronconis de Santa Marta que registra 23 días es decir muy alto y al Universitario de Cartagena que no reportò al MPS y solo es superado por el Rosario Pumarejo de lopez de Valledupar con 3,5 días.

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESE CARI	ESE -SAN JERONIMO	ESE HU SINCELEJO	ESE HU CARIBE	ESE HU TRONCONIS	ESE - HNSREMEDIOS	ESE - HPUMAREJO	PROMEDIO
I.1.2.2	Oportunidad en la atención de Citas en la Consulta Ginecoobstetrica	4,5	5,2	12,3	NR	23	6,4	3,5	9,15

### I.1.2.3 Oportunidad en la asignación de consulta de pediatría





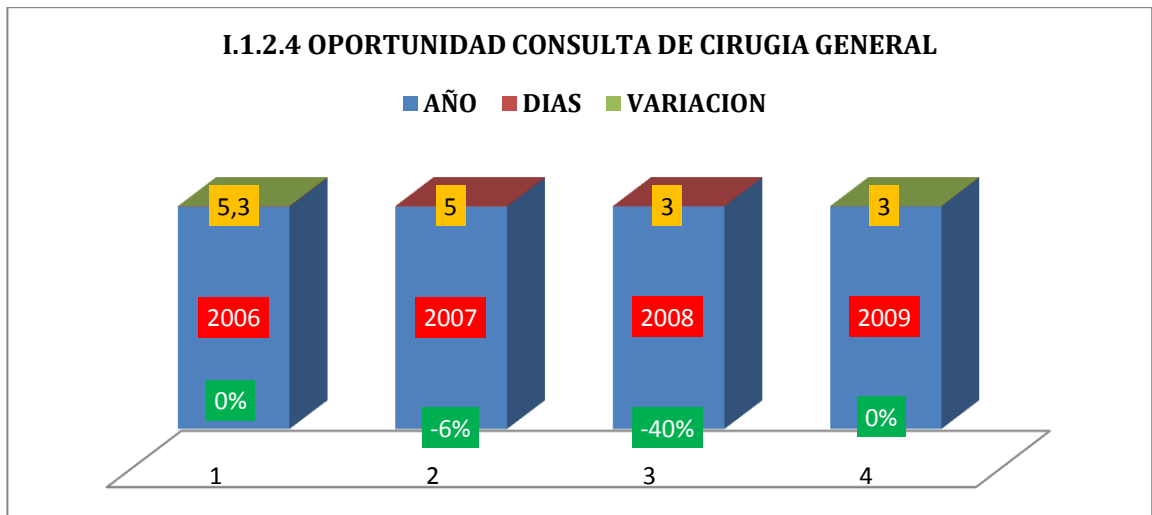
ANALISIS: Duplico la oportunidad de asignacion de cita en el año 2007 con respecto al 2006 en un 109% disminuye un 18% en el 2008 pero vuelve a aumentar en un 33% por encima del 2007 en 8 dias.

CON RESPECTO AL DEPARTAMENTO: El Promedio de Oportunidad en la asignación de citas de pediatría de la ESE CARI durante el periodo analizado es de 6,2 días por encima a la media de las IPS,s del Departamento que es de 5,24 días.

CON RESPECTO A LOS UNIVERSITARIOS DE LA REGION CARIBE: En cuanto a la Oportunidad en la atención de Citas en la Consulta pediátrica; LA ESE CARI está prácticamente igual al promedio de la Red Pública de hospitales universitarios de la Costa Caribe con 7 días y por debajo de los registros del Universitario del Caribe; que es el peor al no reportar; del Fernando Tronconis de Santa Marta, del Universitario de Sincelejo y el Hospital San Jerónimo de Montería; pero es superado en menos del doble por el Rosario Pumarejo de López y el Nuestra Señora de los remedios de Riohacha que es el mejor con 3,2 días.

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESE CARI	ESE - SAN JERONIMO	ESE HU SINCELEJO	ESE HU CARIBE	ESE HU TRONCONIS	ESE - HNSREMEDIOS	ESE - HPUMAREJO	PROMEDIO
I.1.2.3	Oportunidad en la atención de Citas en la Consulta de Pediatría	7	11,3	7,9	NR	11,9	3,2	3,9	7,53

### I.1.2.4 Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general



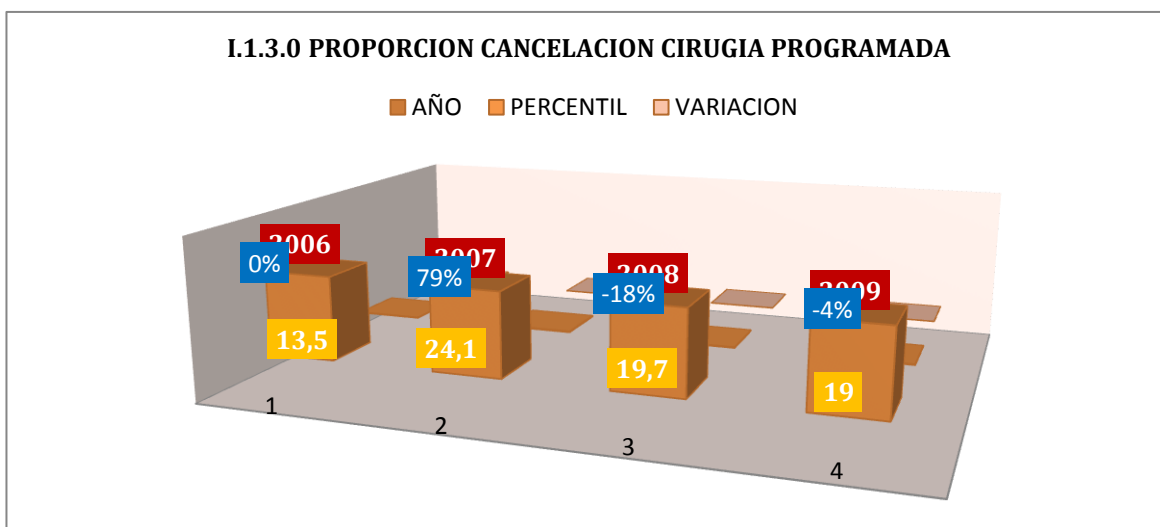
Analisis: registra un Promedio de Oportunidad de consulta de 4 días , la cual viene asignandose con mejor oportunidad en el año 2009 a 3 días lo cual es un indicador de calidad de servicio importante.

Con respecto al departamento: el Promedio de la oportunidad de la asignación de Citas de Cirugía General del Departamento en el periodo analizado es de 4,35 mientras que la ESE CARI esta por debajo de la media departamental con 3,6 días.

Con respecto a los universitarios de la región Caribe: En la Oportunidad de la Asignación de Citas en la Consulta de Cirugía General la ESE CARI es una de las mejores de los Hospitales Universitarios de la Red Pública de la Región Caribe solo superado por el hospital nuestra Señora de los Remedios de Riohacha con 2,4 días y por debajo de la media total de 7,44 días, donde el peor indicador lo reporta el Universitario del Caribe con 18,6 días.

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESE CARI	ESE -SAN JERONIMO	ESE HU SINCELEJO	ESE HU CARIBE	ESE HU TRONCONIS	ESE - HNSREMEDIOS	ESE - HPUMAREJO	PROMEDIO
I.1.2.4	Oportunidad de la Asignacion de Citas en la Consulta de Cirugia General	3	4,1	12,3	18,6	8,1	2,4	3,6	7,44

### I.1.3.0 Proporción cancelación de cirugía programada



ANALISIS: El promedio de cancelacion de cirugias programadas en los ultimos años de funcionamiento de la ESE CARI es del 19% del total programada, la cual tuvo su mayor aumento de cancelacion con el 24% en el 2007 y estabilizandose en el promedio en el 2009.

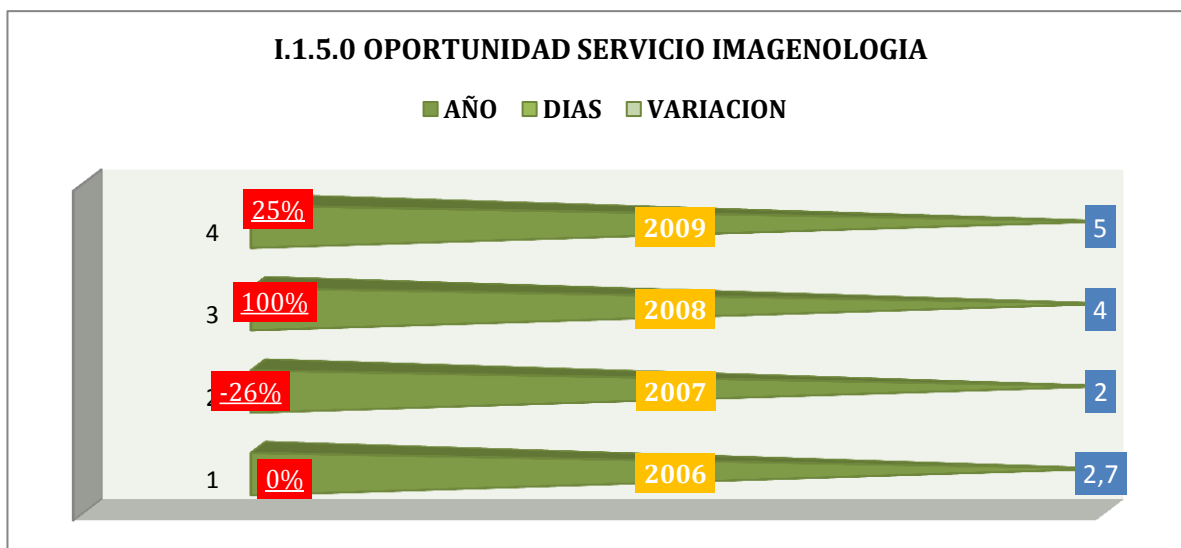
INDICADORES DE COBERTURA/ACCESIBILIDAD						
CONCEPTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CIRUGIAS PROGRAMADAS	338	957	372	535	3137	1977
CIRUGIAS CANCELADAS	174	121	87	106	607	311
%CANCELACION CIRUGIAS ELECTIVAS	51%	13%	23%	20%	19%	16%

Con respecto al departamento: La proporción de cancelación de cirugías programas promedio del departamento en el periodo analizado es de 8,33% mientras que la de la ESE CARI es alta en 19%

Con respecto a los universitarios de la región Caribe: En la proporción de cancelación de cirugías programadas de la red pública de hospitales universitarios; la ESE CARI está por encima del promedio que es del 13% sobre el total de cirugías programadas y solo supera al hospital Fernando Tronconis de Santa Marta con 27%, lo demás están por debajo, siendo el mejor indicador el reportado por el Hospital San Jerónimo de Montería con 4,8%

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESE CARI	ESE -SAN JERONIMO	ESE HU SINCELEJO	ESE HU CARIBE	ESE HU TRONCONIS	ESE - HNSREMEDIOS	ESE - HPUMAREJO	PROMEDIO
I.1.3.0	Proporción de Cancelación de Cirugía Programada	19,3	4,8	6,3	11,5	27	15	7,1	13

#### i.1.5.0 Oportunidad en la atención del servicio de imagenología



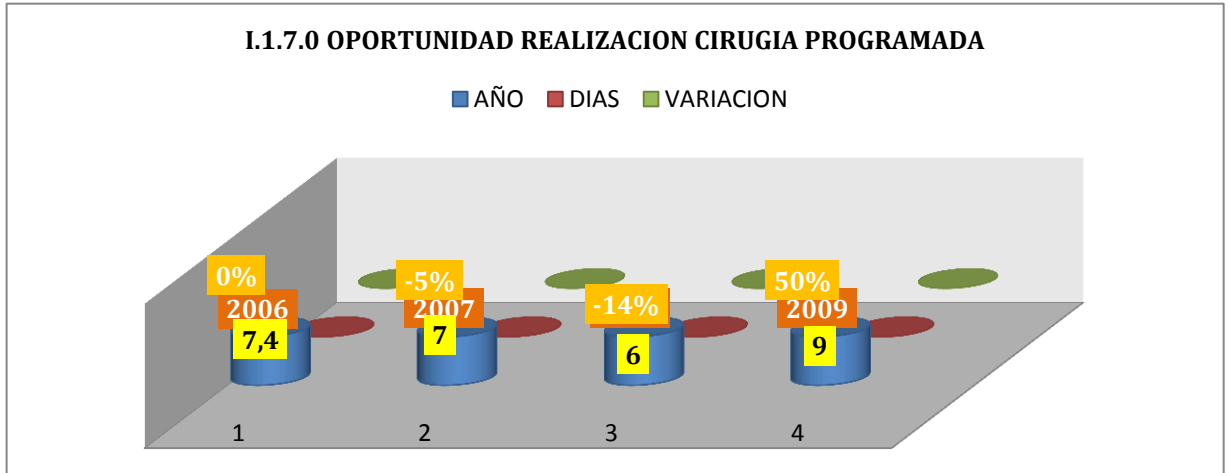
Analisis: Disminuye en un 26% la oportunidad en el 2007 con respecto al 2006, se duplica en el 2008 y asciende hasta llegar a 5 días en el 2009 que representa un aumento de oportunidad de asignacion en estos eventos del 25%

Con respecto al departamento: El promedio de oportunidad en la atención del servicio de Imagenología del departamento es de 1,58 días, mientras que La ESE CARI registra 4,5 días.

Con respecto a los universitarios de la región Caribe: La ESE CARI está por encima de la media de los hospitales universitarios de la red pública del Caribe la cual se sitúa en 3.01 días y solo supera al Fernando Tronconis de Santa Marta que registro 8 días en este indicador.

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESE CARI	ESE -SAN JERONIMO	ESE HU SINCELEJO	ESE HU CARIBE	ESE HU TRONCONIS	ESE - HNSREMEDIOS	ESE - HPUMAREJO	PROMEDIO
I.1.5.0	Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología	4,5	0,1	2,9	3,3	8	1,3	1	3,01

### E.1.5 Oportunidad en la realización de cirugía programada



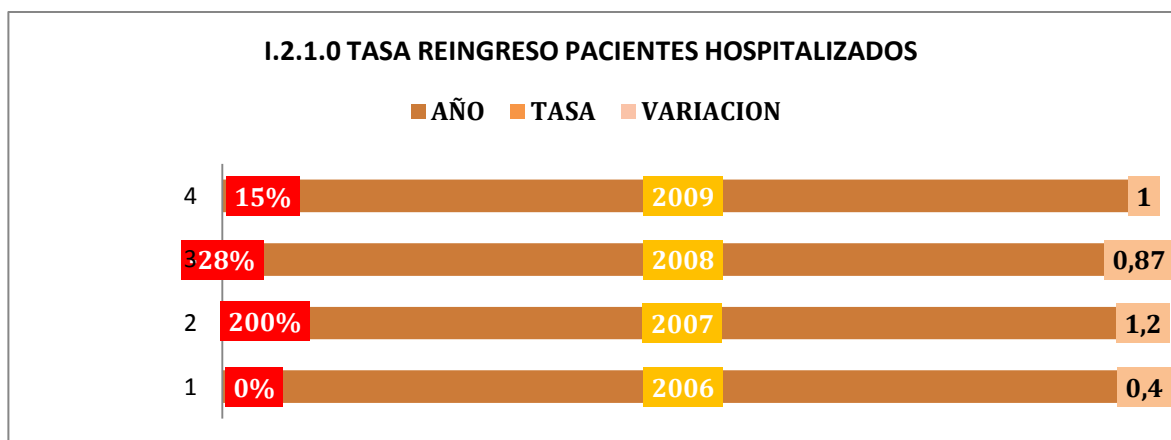
Analisis: El promedio de oportunidad del periodo es de 7días en la realizacion de cirugias programadas, el cual el 2009 es el peor resultado con 9 dias para un aumento del 50% del indicador con respecto al 2008.

Con respecto al departamento: el promedio de oportunidad en la realización de cirugías en el departamento es de 3,65 días, mientras la ESE cari registra un promedio en el mismo periodo de 7,35 días.

Con respecto a los universitarios de la región Caribe: en la Oportunidad de la realización de cirugía programada la ESE CARI está muy por debajo de la media de todos los universitarios de la red pública del Caribe la cual oscila en 20,49 días; siendo el peor reporte de este indicador el del Hospital Fernando Tronconis de Santa Marta con 41,6 días; y la mejor oportunidad para realizar cirugías programadas la del Hospital Rosario Pumarejo de López con 5,3 días quien supera a la ESE CARI, lo mismo con respecto al Hospital Universitario del Caribe con 5,5 días.

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESE CARI	ESE - SAN JERONIMO	ESE HU SINCELEJO	ESE HU CARIBE	ESE HU TRONCONIS	ESE - HNSREMEDIOS	ESE - HPUMAREJO	PROMEDIO
I.1.7.0	Oportunidad en la Realización de Cirugía Programada	7,5	31,3	35,8	5,5	41,6	16,4	5,3	20,49

### I.2.1.0 Tasa reingreso pacientes hospitalizados



Analisis: El Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el

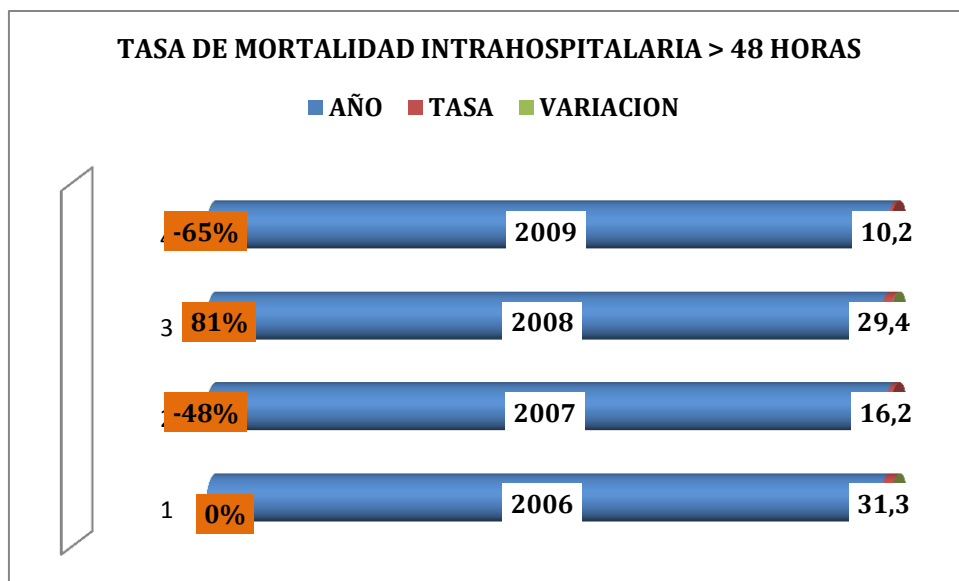
período sobre Número total de egresos vivos en el período analizado de la ESE CARI Aumento en un 200% en el 2007 con respecto al 2006, disminuyendo en un 28% en el 2008 pero volviendo a situarse en un 1% del total de pacientes egresados en el 2009.

Con respecto al departamento: El promedio de tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en el departamento es de 3,48% mientras que en la ESE CARI es de 0,87%

Con respecto a los universitarios de la región Caribe: la ESE CARI está muy por debajo de la media de los hospitales universitarios de la Región Caribe en este indicador la cual registra 2,09 por 1000 eventos de hospitalización; cuyos mejores indicadores los tienen los hospitales San Jerónimo de Montería y Universitario del Caribe con 0,1 sin una distancia abultada pues la ESE CARI registra 0,9 reingresos por 1000 eventos de hospitalización, donde la mayor tasa de reingreso de pacientes hospitalizados la tiene el hospital universitario de Sincelejo con 7 por 1000 eventos de hospitalización.

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESE CARI	ESE -SAN JERONIMO	ESE HU SINCELEJO	ESE HU CARIBE	ESE HU TRONCONIS	ESE - HNSREMEDIOS	ESE - HPUMAREJO	PROMEDIO
I.2.1.0	Tasa de Reingreso de Pacientes Hospitalizados	0,93	0,1	7	0,1	5,9	0,3	0,3	2,09

### I.3.1.0 Tasa mortalidad intrahospitalarias después de 48 horas



ANALISIS: La tasa de Mortalidad de pacientes hospitalizados que fallecen despues de 48 horas de su ingreso a la ESE CARI registro un 31,3 por mil pacientes atendidos en hospitalizacion en el 2006, disminuyendo en un 48% en el 2007 y aumentandose representativamente en el 2008 en un 81%, pero cayendo en forma representativa en el 2009 en un 65% para situarse en el periodo en un 10,2 por mil muertes por mil hospitalizados.

INDICADORES DE COBERTURA/ACCESIBILIDAD						
CONCEPTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010
MUERTES INTRAHOSP DESPUES DE 48 HORAS	1	218	14	36	348	51
% MUERTES INTRAHOSP DESPUES DE 48HORAS	0,11%	5,54%	0,19%	0,40%	3,62%	

Con respecto al departamento: El promedio de mortalidad intrahospitalaria despues de 48 horas del departamento es de 16,95 por mil hospitalizados mientras que la tasa para la ESE CARI es de 21,7 por mil pacientes hospitalizados.

Con respecto a los universitarios de la region Caribe: La ESE CARI registra el mismo resultado de la media de los hospitales universitarios de la region caribe

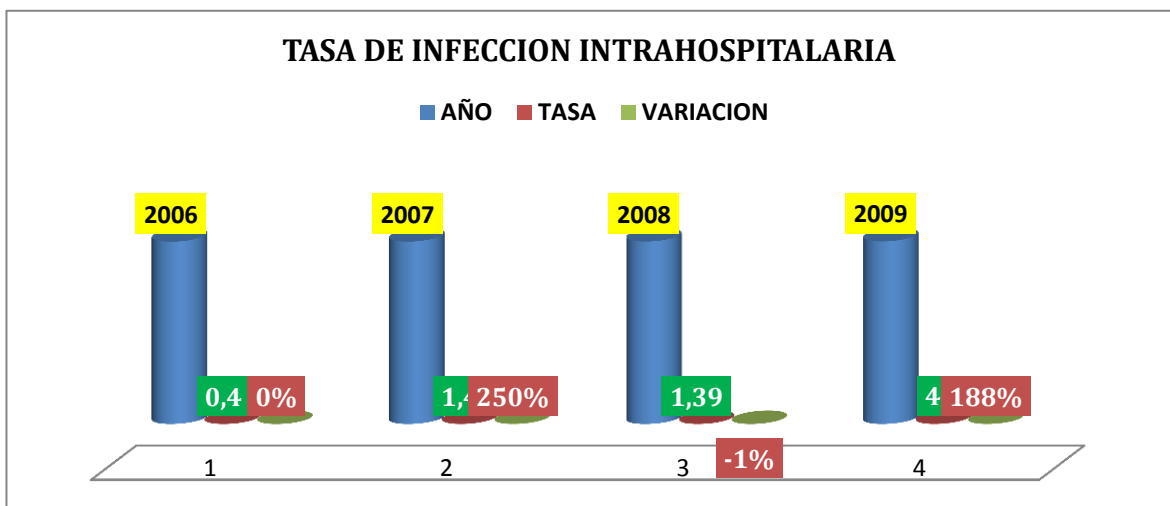


con 19 muertes intrahospitalarias por 1000 eventos despues de 48 horas, siendo la peor tasa la del Universitario del Caribe de Cartagena con 39,1 y la mejor y mas baja la del Hospital Nuestra Señora de los Remedios de Riohacha con 2,2.

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESE CARI	ESE -SAN JERONIMO	ESE HU SINCELEJO	ESE HU CARIBE	ESE HU TRONCONIS	ESE - HNSREMEDIOS	ESE - HPUMAREJO	PROMEDIO
I.3.1.0	Tasa de mortalidad Intrahospitalaria despues de 48 Horas	19,8	26	3,9	39,1	37,1	2,2	7,8	19,41

### I.3.2.0 Tasa de infecciones intrahospitalarias

INDICADORES DE COBERTURA/ACCESIBILIDAD						
CONCEPTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010
INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	0	6	10	18	259	160
% INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	0%	0,15%	0,14%	0,20%	2,70%	



Analisis. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, una media del 8,7% de los pacientes de un hospital presentan infecciones nosocomiales. En el año base 2006 la ESE CARI arranca con una tasa de 0,4 por mil eventos hospitalarios y aumenta en un 250% en el 2007, se desacelera en un

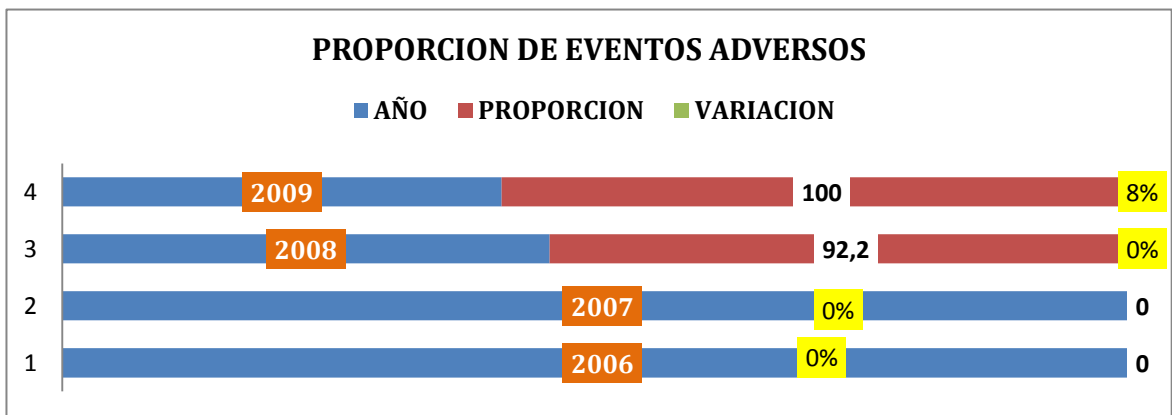
1% en el 2008 pero aumenta a 4 por mil en el 2009 con un aumento del 188%; sin embargo es la mitad de la media internacional de estas tasas.

Con respecto al departamento: Mientras el promedio de esta tasa en el departamento se estipula en 3,99 por mil eventos, la de la ESE CARI es de 1,74 por mil eventos.

Con respecto a los universitarios de la región Caribe: la ESE CARI en la tasa de infección intrahospitalaria registra la más alta de los hospitales universitarios de la red pública de la región Caribe con 2,6 donde la mas baja es la del Hospital Nuestra Señora de los Remedios de Riohacha con 0.

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESE CARI	ESE -SAN JERONIMO	ESE HU SINCELEJO	ESE HU CARIBE	ESE HU TRONCONIS	ESE - HNSREMEDIOS	ESE - HPUMAREJO	PROMEDIO
I.3.2.0	Tasa de Infeccion Intrahospitalaria	2,6	2,1	0,6	2,1	1,6	0	1,1	1,44

### I.3.3 Proporción de vigilancia de eventos adversos



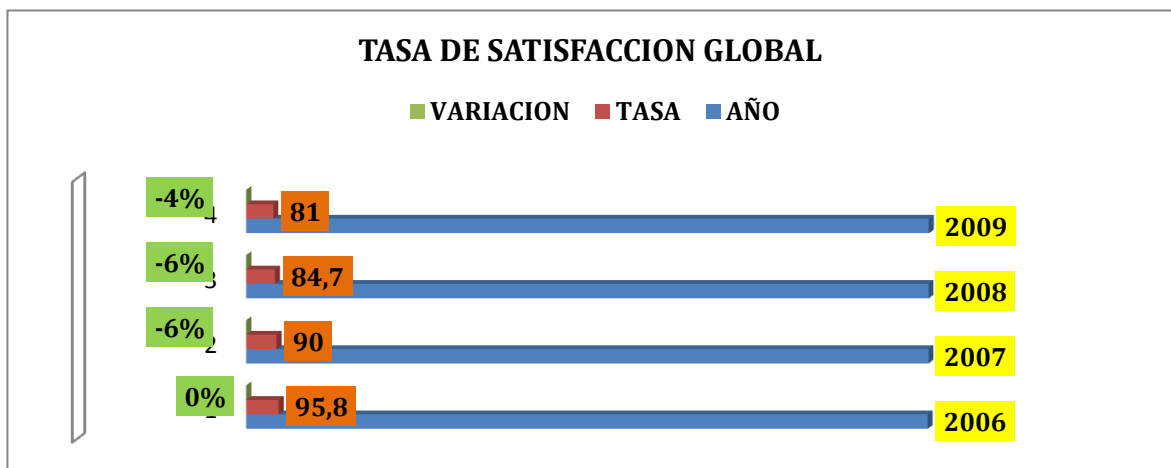
Analisis: El numero total de eventos adversos detectados y gestionados sobre el numero total de eventos adversos detectados del periodo en la ESE CARI pasò de 0% en los años 2006 y 2007 al 92,2% de los eventos detectados y gestionados en el 2008 y aumento la vigilancia a un 100% en el 2009 para un aumento del 8% con respecto a 2008.

Con respecto al departamento: Mientras la media en el periodo analizado de las IPS, s del departamento es de una vigilancia del 71% de eventos detectados y gestionados la de la ESE CARI es de 34%, denotando que alcanza su proporción de vigilancia al máximo de estos eventos en el 2009.

Con respecto a los universitarios de la region caribe: La proporción de vigilancia de eventos adversos la ESE CARI está por encima de la media de los universitarios de la región Caribe con un registro de 96,1 eventos detectados y reportados, donde los mejores son el Universitario de Cartagena y Sincelejo con 100% de los eventos detectados y reportados y el peor es el hospital San Jerónimo de Montería con solo 47% de los eventos detectados y reportados.

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESE CARI	ESE -SAN JERONIMO	ESE HU SINCELEJO	ESE HU CARIBE	ESE HU TRONCONIS	ESE - HNSREMEDIOS	ESE - HPUMAREJO	PROMEDIO
I.3.3.0	Proporcion de eventos adversos	96,1	47,8	100	100	78,8	96,7	63,6	83,29

#### I.4.1.0 Tasas de satisfacción global



ANALISIS: La percepción de satisfacción de los usuarios sobre los servicios de salud prestados en el periodo analizado en LA ESE - CARI disminuyo en el 2007

en un 6% con respecto al 2006, siguió disminuyendo un 6% en el 2008 y bajo 4% en el 2009, lo que indica que esta percepción viene decayendo en los usuarios y es menester tomar decisiones que conlleven a colocarla en el nivel de la tasa de satisfacción de la media nacional que es del 90% por lo menos.

Con respecto al departamento: El promedio de Satisfacción global de los pacientes en el departamento del atlántico en el periodo estudiado es de 87,95%; mientras que el promedio de los que consultan en la ESE CARI es de 87.8% es decir coincidentes.

Con respecto a los universitarios de la región Caribe: LA ESE CARI dentro de la percepción de satisfacción que tienen sus pacientes sobre el servicio prestado está por encima del promedio de los universitarios de la red pública del Caribe la cual registra 81,71 de índice de satisfacción, siendo los pacientes con mayor satisfacción los del hospital san jerónimo de montería con una tasa de 98 y los mas insatisfecho los del Hospital Universitario de Sincelejo con una tasa de 60,7.

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESE CARI	ESE -SAN JERONIMO	ESE HU SINCELEJO	ESE HU CARIBE	ESE HU TRONCONIS	ESE - HNSREMEDIOS	ESE - HPUMAREJO	PROMEDIO
I.4.1.0	Tasa de Satisfaccion Global	82,8	98	60,7	96,1	65,3	89	80,1	81,71

## **6.5. ANALISIS RETROSPECTIVO DE LA FUNCION FINANCIERA DE LA ESE CARI**

### **6.5.1 Estructura de los estados financieros de la ese cari**

#### **6.5.1.1 Balance general (diciembre 2005 – 2009) \$ miles**

Concepto	2005	2006	2007	2008	2009
Efectivo	31584	348.281	277.504	135.746	177.070
Inversiones					
Deudores	3612272	11.337.787	23.881.514	38.596.207	27.580.165
Inventarios	214296	521.495	408.348	350.066	507.432
Propiedad Planta y Equipos					
Otros Activos					
<b>TOTAL ACTIVO CORRIENTE</b>	<b>3858152</b>	<b>12.207.563</b>	<b>24.567.366</b>	<b>39.082.019</b>	<b>28.264.667</b>
Inversiones	0	2.445			
Deudores	2750815	0			
Propiedad planta y equipos	1332016	1.643.141	1.702.920	1.884.767	2.492.213
Otros activos	2930877	3.360.927	3.143.098	3.079.016	3.597.878
<b>TOTAL ACTIVOS NO CORRIENTES</b>	<b>7013708</b>	<b>5.006.513</b>	<b>4.846.018</b>	<b>4.963.783</b>	<b>6.090.091</b>
<b>ACTIVOS TOTALES</b>	<b>10871860</b>	<b>17.214.076</b>	<b>29.413.384</b>	<b>44.045.802</b>	<b>34.354.758</b>
Obligaciones financieras	1199			96105	33289
Cuentas por pagar	2445248	10.730.671	17.094.282	30.806.006	12.663.824
Obligaciones laborales	200041	351.685	75.302	395.224	
Pasivos estimados	418708	201648	201.648	295238	416088
Otros pasivos	0	54.080	2.001.445	3.795.227	2.644.272
<b>TOTAL PASIVO CORRIENTE</b>	<b>3065196</b>	<b>11.338.084</b>	<b>19.372.677</b>	<b>35.387.800</b>	<b>15.757.473</b>
Obligaciones financieras					
Cuentas por pagar					
Obligaciones laborales					
Pasivos estimados					
Otros pasivos	28650				
<b>TOTAL PASIVOS NO CORRIENTES</b>	<b>28650</b>				
<b>PASIVOS TOTALES</b>	<b>3093846</b>	<b>11.338.084</b>	<b>19.372.677</b>	<b>35.387.800</b>	<b>15.757.473</b>
Patrimonio Institucional	7778014	5.875.992	10.040.707,00	8.658.002,00	18.597.285
Superavit del Ejercicio	494162	-1931843	4125989	-1421137	9.898.735,00
<b>PATRIMONIO TOTAL</b>	<b>7778014</b>	<b>5.875.992</b>	<b>10.040.707</b>	<b>8.658.002</b>	<b>18.597.285</b>
<b>TOTAL PASIVO+PATRIMONIO</b>	<b>10871860</b>	<b>17.214.076</b>	<b>29.413.384</b>	<b>44.045.802</b>	<b>34.354.758</b>

## COMENTARIOS SOBRE LA ESTRUCTURA DEL BALANCE

La ESE CARI no registra inversiones a corto plazo y en un solo periodo a mediano plazo e ínfimamente; durante la existencia de su transformación como Hospital Universitario de Alta Complejidad, lo que indica que las adecuaciones, mejoramiento y conservación de su infraestructura hospitalaria y Biotecnología medica para el mantenimiento de vida, depende de recursos no propios y de las inversiones de los aliados.

La cuenta propiedad planta y equipos no se refleja a corto plazo y por ende se entiende que la biotecnología médica existente tiene una vida útil superior a un año.

No existen acreencias a mediano plazo y por ende la ESE CARI debe mantener un constante estado de liquidez y solvencia para atender sus deudas a menos de un año como se reflejan en el balance.

La ESE en el 2009 registra estar al día con las obligaciones laborales lo que indica que tiene un proceso de gestión administrativa con buena capacidad de respuesta en el cumplimiento de salarios y demás emolumentos con sus trabajadores.

### 6.5.2 Análisis horizontal del balance

Concepto	2005	2006	VAR%	2007	VAR%	2008	VAR%	2009	VAR%
Efectivo	31584	348.281	1003%	277.504	-20%	135.746	-51%	177.070	30%
Inversiones	0	0		0		0		0	
Deudores	3612272	11.337.787	214%	23.881.514	111%	38.596.207	62%	27.580.165	-29%
Inventarios	214296	521.495	143%	408.348	-22%	350.066	-14%	507.432	45%
<b>TOTAL ACTIVO CORRIENTE</b>	<b>3858152</b>	<b>12.207.563</b>	<b>216%</b>	<b>24.567.366</b>	<b>101%</b>	<b>39.082.019</b>	<b>59%</b>	<b>28.264.667</b>	<b>-28%</b>
Inversiones	0	2.445			-100%				
Deudores	2750815	0	-100%						
Propiedad planta y equipos	1332016	1.643.141	23%	1.702.920	4%	1.884.767	11%	2.492.213	32%
Otros activos	2930877	3.360.927	15%	3.143.098	-6%	3.079.016	-2%	3.597.878	17%
<b>TOTAL ACTIVOS NO CORRIENTES</b>	<b>7013708</b>	<b>5.006.513</b>	<b>-29%</b>	<b>4.846.018</b>	<b>-3%</b>	<b>4.963.783</b>	<b>2%</b>	<b>6.090.091</b>	<b>23%</b>
<b>ACTIVOS TOTALES</b>	<b>10871860</b>	<b>17.214.076</b>	<b>58%</b>	<b>29.413.384</b>	<b>71%</b>	<b>44.045.802</b>	<b>50%</b>	<b>34.354.758</b>	<b>-23%</b>
Obligaciones financieras	1199		-100%			96105		33289	-65%
Cuentas por pagar	2445248	10.730.671	339%	17.094.282	59%	30.806.006	80%	12.663.824	-59%
Obligaciones laborales	200041	351.685	76%	75.302	-79%	395.224	425%		-100%
Pasivos estimados	418708	201648	-52%	201.648	0%	295238	46%	416088	41%
Otros pasivos	0	54.080		2.001.445	3601%	3.795.227	90%	2.644.272	-30%
<b>TOTAL PASIVO CORRIENTE</b>	<b>3065196</b>	<b>11.338.084</b>	<b>270%</b>	<b>19.372.677</b>	<b>71%</b>	<b>35.387.800</b>	<b>83%</b>	<b>15.757.473</b>	<b>-55%</b>
Otros pasivos	28650		-100%						
<b>TOTAL PASIVOS NO CORRIENTES</b>	<b>28650</b>		<b>-100%</b>						
<b>PASIVOS TOTALES</b>	<b>3093846</b>	<b>11.338.084</b>	<b>266%</b>	<b>19.372.677</b>	<b>71%</b>	<b>35.387.800</b>	<b>83%</b>	<b>15.757.473</b>	<b>-55%</b>
Patrimonio Institucional	7778014	5.875.992	-24%	10.040.707	71%	8.658.002	-14%	18.597.285	115%
Superavit del Ejercicio	494162	-1931843	-491%	4125989	-314%	-1421137	-134%	9.898.735,00	-797%
<b>PATRIMONIO TOTAL</b>	<b>7778014</b>	<b>5.875.992</b>	<b>-24%</b>	<b>10.040.707</b>	<b>71%</b>	<b>8.658.002</b>	<b>-14%</b>	<b>18.597.285</b>	<b>115%</b>
<b>TOTAL PASIVO+PATRIMONIO</b>	<b>10871860</b>	<b>17.214.076</b>	<b>58%</b>	<b>29.413.384</b>	<b>71%</b>	<b>44.045.802</b>	<b>50%</b>	<b>34.354.758</b>	<b>-23%</b>

La Facturación de la ESE CARI reflejada en la cartera por cobrar de la cuenta deudores tiene lógicamente un aumento cuantitativo en forma ascendente del 214% en el 2006 con respecto al 2005 y cae en un 111% en el 2007 pero aumenta de \$23 mil en el 2007 a \$38 mil en el 2008, en forma representativa, lo que indica que se consolida en contratos que atiende autónomamente o por operadores

externos, los cuales hay que mirar en el caso de los operadores externos de estas cuentas por cobrar CUANTO REALMENTE corresponden al porcentaje que le corresponde de los contratos de asociación. Igualmente disminuye la cartera por cobrar en un 29% en el 2009 situándose en \$ 27 mil millones.

Los Insumos y gestión de insumos de la ESE CARI que se refleja en sus inventarios un promedio de \$400 millones, donde disminuye 22% en el 2007 y sigue disminuyendo en un 14% en el 2008 para aumentar y situarse por encima del promedio del periodo analizado con \$500 millones en el 2009.

La ESE CARI viene registrando en forma ascendente sus bienes de propiedad, planta y equipos, los cuales al iniciar la transformación estaban en \$1.300 millones y en la pasada vigencia registró \$2.900 millones. Se entiende que la ESE ya termino su proceso de saneamiento contable y depuró sus activos, de conformidad con la norma correspondiente.

Las obligaciones financieras de la ESE CARI disminuyeron 65% en el 2009 con respecto al 2008 y son insignificantes su peso en los pasivos totales.

Las cuentas por pagar han venido creciendo en espiral del 2005 al 2008 cuando se sitúan en deudas de la ESE CARI estimadas en \$ 30.800 millones con un aumento del 80% del 2008 con respecto al 2007, pero desciende ostensiblemente situando en unas acreencias de \$12.600 millones para un descenso representativo del 59% con respecto a las deudas del 2008.

El promedio de pasivos y acreedores varios del periodo alcanza \$306 millones lo cual es loable su manejo, aumentándose en un 40% en los dos últimos periodos.

El patrimonio institucional de la ESE tiene un repunte importante del 71% en el 2007 con respecto al 2006 que se duplica en \$10 mil millones y en el 2009 que aumenta en un 115% con respecto al 2008; situándose en \$18 mil millones lo que

genera confianza en la creación de capital institucional por parte de las finanzas de la ESE.

### 6.5.3 Análisis vertical del balance

Concepto	2005	PART%	2006	PART%	2007	PART%	2008	PART%	2009	PART%
Efectivo	31584	1%	348.281	3%	277.504	1%	135.746	0%	177.070	1%
Inversiones	0		0		0		0		0	
Deudores	3612272	94%	11.337.787	93%	23.881.514	97%	38.596.207	99%	27.580.165	98%
Inventarios	214296	6%	521.495	4%	408.348	2%	350.066	1%	507.432	2%
<b>TOTAL ACTIVO CORRIENTE</b>	<b>3858152</b>	<b>35%</b>	<b>12.207.563</b>	<b>71%</b>	<b>24.567.366</b>	<b>84%</b>	<b>39.082.019</b>	<b>89%</b>	<b>28.264.667</b>	<b>82%</b>
Inversiones	0		2.445	0%						
Deudores	2750815	39%	0	0%						
Propiedad planta y equipos	1332016	19%	1.643.141	33%	1.702.920	35%	1.884.767	38%	2.492.213	41%
Otros activos	2930877	42%	3.360.927	67%	3.143.098	65%	3.079.016	62%	3.597.878	59%
<b>TOTAL ACTIVOS NO CORRIENTES</b>	<b>7013708</b>	<b>65%</b>	<b>5.006.513</b>	<b>29%</b>	<b>4.846.018</b>	<b>16%</b>	<b>4.963.783</b>	<b>11%</b>	<b>6.090.091</b>	<b>18%</b>
<b>ACTIVOS TOTALES</b>	<b>10871860</b>	<b>100%</b>	<b>17.214.076</b>	<b>100%</b>	<b>29.413.384</b>	<b>100%</b>	<b>44.045.802</b>	<b>100%</b>	<b>34.354.758</b>	<b>100%</b>
Obligaciones financieras	1199	0%		0%		0%	96105	0%	33289	0%
Cuentas por pagar	2445248	80%	10.730.671	95%	17.094.282	88%	30.806.006	87%	12.663.824	80%
Obligaciones laborales	200041	7%	351.685	3%	75.302	0%	395.224	1%		0%
Pasivos estimados	418708	14%	201648	2%	201.648	1%	295238	1%	416088	3%
Otros pasivos	0		54.080		2.001.445		3.795.227		2.644.272	
<b>TOTAL PASIVO CORRIENTE</b>	<b>3065196</b>	<b>99%</b>	<b>11.338.084</b>	<b>100%</b>	<b>19.372.677</b>	<b>100%</b>	<b>35.387.800</b>	<b>100%</b>	<b>15.757.473</b>	<b>100%</b>
Otros pasivos	28650	100%								
<b>TOTAL PASIVOS NO CORRIENTES</b>	<b>28650</b>	<b>1%</b>		<b>0%</b>		<b>0%</b>		<b>0%</b>		<b>0%</b>
<b>PASIVOS TOTALES</b>	<b>3093846</b>	<b>28%</b>	<b>11.338.084</b>	<b>66%</b>	<b>19.372.677</b>	<b>66%</b>	<b>35.387.800</b>	<b>80%</b>	<b>15.757.473</b>	<b>46%</b>
Patrimonio Institucional	7778014	100%	5.875.992	100%	10.040.707	100%	8.658.002	100%	18.597.285	100%
Superavit del Ejercicio	494162	6%	-1931843	-33%	4125989	41%	-1421137	-16%	9.898.735,00	53%
<b>PATRIMONIO TOTAL</b>	<b>7778014</b>	<b>72%</b>	<b>5.875.992</b>	<b>34%</b>	<b>10.040.707</b>	<b>34%</b>	<b>8.658.002</b>	<b>20%</b>	<b>18.597.285</b>	<b>54%</b>
<b>TOTAL PASIVO+PATRIMONIO</b>	<b>10871860</b>	<b>100%</b>	<b>17.214.076</b>	<b>100%</b>	<b>29.413.384</b>	<b>100%</b>	<b>44.045.802</b>	<b>100%</b>	<b>34.354.758</b>	<b>100%</b>

La Cuenta Deudores es el 97 % de todos los activos corrientes durante el periodo analizado de la ESE CARI.

La cuenta de activos corrientes en el 2005 era el 32% del total de activos pasó en el 2009 a ser el 82%

Mientras la cuenta Propiedad Planta y Equipos promedia el 33% de los activos no corrientes, la cuenta otros activos es la que tiene mayor peso específico y es el 45% promedio de los activos no corrientes de la ESE – CARI



Las cuentas por pagar representan en promedio el 85% de todos los pasivos corrientes de la ESE CARI y sigue en importancia la participación promedio de otros pasivos que ascienden a \$2,6 mil millones para un 13% del total de pasivos corrientes

El patrimonio total de la ESE CARI pasó a tener una participación del 72% del total de activos en el 2005 o sea antes de la transformación a ser el 54% del total de los activos. Igualmente en el mismo sentido los pasivos totales en el 2005 de la ESE representaban el 28% del total de activos pasando a representar en el 2009 un 46%.

#### 6.5.4 Estados de resultados (diciembre 2005 – 2009) \$ miles

CONCEPTOS	2005	2006	2007	2008	2009
<b>VENTAS (PSS)</b>	<b>9695841</b>	<b>23933344</b>	<b>44921905</b>	<b>52752800</b>	<b>54.146.247</b>
-Dev. y dctos por ventas		1114459			
<b>VENTAS NETAS (I.O.N)</b>	<b>9695841</b>	<b>22818885</b>	<b>44921905</b>	<b>52752800</b>	<b>54146247</b>
<b>TRANSFERENCIAS</b>	<b>273257</b>	<b>0</b>			
<b>COSTOS DE VENTAS (SS)</b>	<b>6331601</b>	<b>21401549</b>	<b>38070940</b>	<b>43807657</b>	<b>35.434.272</b>
<b>UTILIDAD BRUTA</b>	<b>3637497</b>	<b>1417336</b>	<b>6850965</b>	<b>8945143</b>	<b>18711975</b>
<b>GASTOS DE ADMON (OPERACIONALES)</b>	<b>2278659</b>	<b>5684304</b>	<b>5418596</b>	<b>8033001</b>	<b>9.314.929</b>
Sueldos y Salarios					
Contribuciones Imputadas					
Contribuciones efectivas					
Aportes sobre la nomina					
Gastos Generales					
Impuestos Contribuciones y tasas					
<b>PROVISIONES, AGOTAMIENTO Y DEPRECIACION (operacionales)</b>	<b>711687</b>	<b>125754</b>	<b>280049</b>	<b>618797</b>	<b>674242</b>
Deuda Difcil Cobro					
Provisión Propiedad Planta y Eq.					
Gasto Publico Social	136913	86230			
Provisión para Contingencias	574774	39524			
Depreciación Prop. Planta y Eq.				618797	674.242
<b>UTILIDAD OPERACIONAL</b>	<b>647151</b>	<b>-4392722</b>	<b>1152320</b>	<b>293345</b>	<b>8722804</b>
<b>OTROS INGRESOS</b>	<b>42494</b>	<b>2286977</b>	<b>4283438</b>	<b>5657292</b>	<b>11358509</b>
Transferencias			2704938	2668829	5.354.570
Otros Ingresos			1578500	2988463	6.003.939
<b>OTROS GASTOS</b>	<b>195486</b>	<b>-173902</b>	<b>1309769</b>	<b>7371774</b>	<b>10.182.578</b>
Financieros					
Extraordinarios					
<b>UTILIDAD NETA DEL EJERCICIO</b>	<b>494159</b>	<b>-1931843</b>	<b>4125989</b>	<b>-1421137</b>	<b>9898735</b>

## COMENTARIOS A LA ESTRUCTURA DEL ESTADO DE RESULTADOS DE LA ESE

La ESE CARI no registra transferencias en el desarrollo de su misión institucional, lo que indica que vive fundamentalmente de la producción de sus servicios de salud, de conformidad con su portafolio de alta complejidad.

La presentación de los gastos administrativos operacionales en forma total no permite determinar cómo se comportan los diferentes gastos que inciden en su objeto social y que pueden influir en los resultados operacionales; sobre todo la incidencia que tienen los costos fijos de la Nomina.

Solamente depreciaron sus activos en los dos últimos años, lo que implica que la metodología utilizada corresponde a la valoración real de dichos activos neta.

Llama la atención que en los tres últimos años el Rubro de Otros ingresos No operacionales, los cuales deben comprender ingresos provenientes de transacciones diferentes al objeto social o giro normal de los negocios como hospital público, entre otros los conceptos relacionados por ejemplo con donaciones, rendimientos financieros, dividendos y participaciones, arrendamientos, comisiones, honorarios, servicios, utilidad en venta de activos, recuperaciones, indemnizaciones, ingresos de ejercicios anteriores y diversos.

Verificado el componente de estos otros ingresos, nos informan que se consignan los valores de ingresos que le corresponden a la ESE CARI en cada vigencia por concepto de estampilla, %margen en contratación de los operadores externos o aliados (Lease % sobre la facturación bruta); compensación y servicios públicos domiciliarios.

Si analizamos cada uno de dichos rubros vemos que la estampilla, servicios públicos domiciliarios y compensación se ajustan a la definición anterior, más no el rubro de % margen de contratación o lo que es lo mismo el % de facturación bruta que pagan los aliados por el contrato de asociación, con los siguientes criterios:

Se entiende por INGRESOS OPERACIONALES de las instituciones prestadoras de servicios de salud, cualquiera sea su nivel de resolutivez aquella que comprende los valores recibidos y/o causados como resultado de las actividades desarrolladas en cumplimiento del objeto social, mediante la entrega de bienes o prestación de servicios de salud y/o conexos, clasificados por las áreas y unidades funcionales de su portafolio en las cuales tiene otorgado la habilitación y registra relación contractual.

Así las cosas partimos de que la ESE CARI como centro de referencia tiene la más alta complejidad del departamento con una infraestructura que si bien es arrendada, tiene garantía departamental para su usufructo por muchos años y tiene las condiciones técnico científicas para desarrollar su portafolio en términos de normas de construcción.

Los requisitos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de los servicios por parte de los prestadores de servicios de salud, según ley 1122 y decreto 4747 de 2007 en lo pertinente son:

- Habilitación de los servicios a prestar
- Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.
- Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.

- Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Estas condiciones fueron estipuladas previamente en los contratos vigentes con los aliados; pero ellos no tienen las siguientes características:

- El registro de habilitación lo tiene la ESE CARI luego es la dueña del servicios por que es declarado en su portafolio
- El contrato prestado por integración funcional de servicios al interior de la ESE CARI, el responsable de cumplir su objeto es la ESE y esta factura y cobra los servicios del aliado por que cumple los anteriores requisitos
- Los Servicios que prestan los aliados al interior de la ESE CARI no son una Sede o segunda Sede de ellos mismos, si no que se les pagan por cumplir unas condiciones de tercerización en los servicios, ya que en su defecto los comercializaran dentro de su portafolio de servicios como independiente
- La ESE CARI no esta alquilando los locales o las áreas que tiene ociosa para que en forma autónoma el aliado preste sus servicios.
- El Aliado es un Contratista no un Contratante y por ende el responsable del servicio ante las entidades responsables de pago es la ESE CARI.

De conformidad con lo anterior el % de Facturación Bruta por servicios prestados por la ESE CARI a través de operarlo por una Entidad Privada hace parte de su objeto social y misión institucional lo que implica convertirse en ingresos operacionales.

La ESE cari; con el criterio de estar cobrando compensación que es un alquiler del área y con un% de la facturación; no participa en las utilidades por encima del punto de equilibrio proyectado para el aliado y ello hace que no le corresponda en muchos casos lo justo en la negociación del gana – gana o posición integrativa.

Para poder estructurar una mejor posición integrativa, muy a pesar que es la factura y cobra, no tiene una contabilidad a cada contrato como lo ordena las clausulas pertinentes y su manual de contratación e interventoria.

#### 6.5.4.1 Análisis horizontal de los estados de resultados

CONCEPTOS	2005	2006	VAR%	2007	VAR%	2008	VAR%	2009	VAR%
<b>VENTAS (PSS)</b>	9695841	23933344	147%	44921905	88%	52752800	17%	54.146.247	3%
-Dev. y dctos por ventas		1114459			-100%				
<b>VENTAS NETAS (I.O.N)</b>	9695841	22818885	135%	44921905	97%	52752800	17%	54146247	3%
<b>TRANSFERENCIAS</b>	273257	0	-100%						
<b>COSTOS DE VENTAS (SS)</b>	6331601	21401549	238%	38070940	78%	43807657	15%	35.434.272	-19%
<b>UTILIDAD BRUTA</b>	3637497	1417336	-61%	6850965	383%	8945143	31%	18711975	109%
<b>GASTOS DE ADMON (OPERACIONALES)</b>	2278659	5684304	149%	5418596	-5%	8033001	48%	9.314.929	16%
<b>PROVISIONES, AGOTAMIENTO Y DEPRECIACION (operacionales)</b>	711687	125754	-82%	280049	123%	618797	121%	674242	9%
Gasto Publico Social	136913	86230	-37%		-100%				
Provisión para Contingencias	574774	39524	-93%		-100%				
Depreciación Prop. Planta y Eq.						618797		674.242	9%
<b>UTILIDAD OPERACIONAL</b>	647151	-4392722	-779%	1152320	-126%	293345	-75%	8722804	2874%
<b>OTROS INGRESOS</b>	42494	2286977	5282%	4283438	87%	5657292	32%	11358509	101%
Transferencias				2704938		2668829	-1%	5.354.570	101%
Otros Ingresos				1578500		2988463	89%	6.003.939	101%
<b>OTROS GASTOS</b>	195486	-173902	-189%	1309769	-853%	7371774	463%	10.182.578	38%
<b>UTILIDAD NETA DEL EJERCICIO</b>	494159	-1931843	-491%	4125989	-314%	-1421137	-134%	9898735	-797%

Las ventas por servicios de salud de la ESE vienen aumentándose; pero con desaceleración de los incrementos en el 2006 cuando inicia su transformación de alta complejidad en un aumento 147% pasando de \$9 mil Millones a \$23 mil Millones inferimos que por el impulso del nuevo portafolio de servicios; aumentándose en forma representativa en un 88% en 2007 con respecto al 2006 duplicándose su facturación que pasa a \$44 mil millones y comienza a

estabilizarse en el 2008 que aumenta un 8% y en el 2009 con un aumento de solo un 3% situándose en los \$54 mil millones.

Entendiendo que la ESE CARI ya está estabilizada en términos de competitividad y con factores creciente de Autosostenibilidad en ventas; esta desaceleración en su crecimiento debe tener incidencia en los valores de ingresos de contratación promedio en que ha venido surtiéndose con las entidades responsables de pago especialmente con los entes territoriales con el subsidio a la oferta de allí que tenga el siguiente comportamiento al respecto:

RECONOCIMIENTO DE VENTAS DE	SERVICIOS	POR UNIDAD PRODUCIDA						
CONCEPTO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. POBLACION POBRE NO AFILIADA	26.286,81	24.846,63	13.185,63	13.734,73	8.978,12	7.448,83	8.705,04	.
2. POBLACION REGIMEN SUBSIDIADO	84,70	92,56	116,19	402,49	13.833,07	10.879,56	6.236,34	11.147,16
3. POBLACION REGIMEN CONTRIBUTIVO	1.737,40	361,55	627,47	4.569,83	20.730,39	7.403,89	1.564,22	7.031,88
4. OTROS	3.337,71	3.132,16	4.246,63	91.971,36	31.572,91	17.659,12	10.926,63	14.499,53
TOTALES	10.924,75	13.730,91	9.041,71	12.876,76	9.623,48	8.093,58	8.098,67	8.419,20

Fuente: Informe Resolución 2193 de 2006

Los Costos de Ventas tuvieron un gran aumento del 238% en el 2007 con respecto al 2006 pasando de \$6 mil a \$21 mil millones en forma representativa y alta para la Autosostenibilidad de la ESE CARI en el periodo de transformación con la alta complejidad. Tiene aumentos para cumplir su misión institucional de 78% y 15% en 2007 y 2008 para situarse en unos costos que sobrepasan \$40 mil millones pero tiene su mejor comportamiento en el 2009 que disminuye a \$35 mil millones para un decremento del 19% con respecto a 2008.

Contrario Sensus al comportamiento de las ventas, los costos por ventas han venido aumentando en cada vigencia por unidades producidas lo que compromete los costos unitarios variables de los eventos y no aporte valor

agregado mayor al punto de equilibrio y margen de seguridad de la ESE, de acuerdo al siguiente comportamiento:

COSTO DE PRODUCCION POR CONCEPTO	UNIDADES	PRODUCIDAS						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. POBLACION POBRE NO AFILIADA	27.403,27	21.206,51	13.915,64	13.173,62	11.837,23	9.222,35	11.023,92	9.593,83
2. POBLACION REGIMEN SUBSIDIADO	52.127,26	66.892,84	49.002,79	112.939,80	293.111,20	66.664,11	33.243,62	32.582,52
3. POBLACION REGIMEN CONTRIBUTIVO	123.813,13	141.795,62	228.941,48	1.389.068,87	622.546,10	856.647,72	735.674,00	795.252,09
4. OTROS	27.248,88	46.897,95	60.779,35	1.541.705,60	983.529,68	330.688,96	285.711,95	132.697,98
TOTALES	9.955,08	11.052,18	8.842,55	11.610,08	11.048,02	7.835,51	7.958,48	6.958,05

La utilidad Bruta cae en el periodo de arranque de la transformación en universitario en un 61%, pasando de \$3.600 a \$1.400 millones del 2005 al 2006, luego tiene su mejor repunte en el año 2007 del 383%; aumentando 31% en el 2008 y su mejor año es el 2009 cuando se sitúa en un Margen de Contribución de \$ 18.700 millones para un aumento del 109%.

Los gastos Operacionales o administrativos de la ESE, lógicamente en el arranque de la transformación debían aumentar como lo hicieron en un 149%; pero luego se estabilizan casi sin aumento en el 2007, pero en el 2008 pasan de \$5mil a \$8 mil millones para un aumento del 48% creciendo levemente en un 16% en el 2009. Lo anterior nos indica que si la nomina es el rubro más importante de estos gastos se maneja frugalmente y sin mayores sobresaltos.

La ESE CARI en el primer año de su transformación de alta complejidad disminuye su utilidad operativa en un 779% con saldo en rojo; pero aumentando en 126% esta utilidad en el 2008 con respecto al 2007 en \$1.152 millones; Disparándose en forma más que representativa en el 2009 cuando crece en un 2874% que corresponde a una utilidad que pasa a \$ 8.700 millones. Lo anterior tiene su incidencia, en razón a la disminución ostensible de los costos de ventas en \$8 mil millones en el 2009 con respecto al 2008.

Como lo habíamos anotado anteriormente el rubro de Otros Ingresos no Operacionales, registra una alta incidencia en los resultados de la Utilidad neta de

la ESE CARI, en virtud de que se consignan recursos importantes productos de la explotación de servicios por operadores externos el cual tiene un espectacular aumento del 2006 con respecto al 2007 de 5282%; mas que Duplicándose en el 2007 para un aumento del 87% con respecto al 2006 y 32% de aumento en el 2008; para volverse a duplicar en el 2009 situándose por encima de \$ 11 mil millones para un aumento del 101% con respecto al 2008.

En cuanto al comportamiento de la Utilidad Neta la ESE CARI al arrancar en el 2006 como alta complejidad obtuvo unos resultados desfavorables de \$1.931 millones para aumentar espectacularmente en un 314% en el 2007 y situarse en el 2007 en una utilidad de \$\$123 millones y caer en el 2008 en forma negativa a los mismos \$1.400 millones ligeramente inferior al 2006. Sin embargo recupera su rentabilidad económica final en el 2009 cuando de la anterior perdida registra un aumento de 797% para tener una alta utilidad neta de \$ 9.800 millones. Lo anterior en virtud a la duplicación de los otros ingresos de operadores externos y a la disminución de los costos de ventas.

#### 6.5.4.2 Análisis vertical de los estados de resultados

CONCEPTOS	2005	PART %	2006	PART %	2007	PART%	2008	PART %	2009	PART %
<b>VENTAS (PSS)</b>	9695841	100%	23933344	100%	44921905	100%	52752800	100%	54.146.247	100%
-Dev. y dctos por ventas		-	1114459	0,05		-		-		-
<b>VENTAS NETAS (I.O.N)</b>	9695841	100%	22818885	95%	44921905	100%	52752800	100%	54146247	100%
<b>TRANSFERENCIAS</b>	273257	3%	0	0%		0%		0%		0%
<b>COSTOS DE VENTAS (SS)</b>	6331601	65%	21401549	94%	38070940	85%	43807657	83%	35.434.272	65%
<b>UTILIDAD BRUTA</b>	3637497	38%	1417336	6%	6850965	15%	8945143	17%	18711975	35%
<b>GASTOS DE ADMON (OPERACIONALES)</b>	2278659	24%	5684304	25%	5418596	12%	8033001	15%	9.314.929	17%
<b>PROVISIONES, AGOTAMIENTO Y DEPRECIACION (operacionales)</b>	711687	7%	125754	1%	280049	1%	618797	1%	674242	1%
Gasto Publico Social	136913	19%	86230	69%		0%		0%		0%
Provisión para Contingencias	574774	81%	39524	31%		0%		0%		0%
Depreciación Prop. Planta y Eq.							618797		674.242	
<b>UTILIDAD OPERACIONAL</b>	647151	18%	-4392722	-310%	1152320	17%	293345	3%	8722804	47%
<b>OTROS INGRESOS</b>	42494	7%	2286977	-52%	4283438	372%	5657292	1929%	11358509	130%
Transferencias		0		0	2704938	0,631488	2668829	0,47175	5.354.570	0,471415
Otros Ingresos		0		0	1578500	0,368512	2988463	0,52825	6.003.939	0,528585
<b>OTROS GASTOS</b>	195486	30%	-173902	4%	1309769	114%	7371774	2513%	10.182.578	117%
<b>UTILIDAD NETA DEL EJERCICIO</b>	494159	5%	-1931843	-8%	4125989	9%	-1421137	-3%	9898735	18%



Los costos de venta promedio de la ESE CARI durante el periodo analizado es del 78% del total de las Ventas Autónomas; en donde en el 2005 correspondían al 65% de las ventas situándose con la misma participación en el 2009.

La utilidad bruta o margen de contribución bruta de la ESE CARI correspondía en el 2005 al 38% de las ventas netas, pasando en el 2009 a ser el 35% o sea casi la misma proporcionalidad.

Los gastos administrativos operacionales de la ESE CARI en promedio del periodo analizado corresponden al 13% del total de las ventas netas, en donde parte de una participación de 24% de las ventas netas, a tener una participación del 17% de las ventas del 2009, lo cual es totalmente sustentable con respecto a la red prestadora de servicios de salud de la región Caribe que está por encima.

La utilidad operacional de la ESE CARI parte de tener una participación del 18% sobre la utilidad bruta a registrar una participación del 47% en el 2009, lo cual va a ser menor si se tienen en cuenta como ingresos operacionales el % de facturación bruta que le corresponde a la ESE por los contratos de asociación con operadores externos.

Los otros ingresos no operacionales pasaron de tener una participación del 7% en el 2005 de la utilidad operacional a registrar una participación del 130% en el 2009 lo que es un rubro representativo para el saneamiento financiero de la ESE. Pero en el 2005 los otros gastos no operacionales representan una participación del 30% en la utilidad operativa, pasando a representar en el 2009 el 117% lo que indica que el valor agregado de lo no operativo no es tan representativo en la relación beneficio/costo para la ESE.

En este sentido y por último, la utilidad neta del ejercicio paso de tener una participación del 5% con respecto a las ventas netas en el 2005 a tener una participación del 18% con respecto a las ventas netas en el 2009.

#### 6.4.5 ANALISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INGRESOS DE LA ESE POR CONCEPTO DE CONTRATOS DE ASOCIACION CON OPERADORES EXTERNOS.

POR APORTES DE LOS ALIADOS	2007	2008	2009	TOTALES	PART.
FUNDACION FANNY RAMIREZ	177.608.684	-	116.516.346	294.125.030	4%
% MARGEN EN CONTRATACION	108.786.602		108.786.602	217.573.204	74%
COMPENSACION	68.822.082		7.729.744	76.551.826	26%
LABORATORIO FALAB	492.086.493	541.564.056	436.793.550	1.470.444.099	21%
% MARGEN EN CONTRATACION	392.618.065	390.736.227	392.618.065	1.175.972.357	80%
COMPENSACION	99.468.428	150.827.829	44.175.485	294.471.742	20%
TIMED	333.407.714	271.373.531	399.434.300	1.004.215.545	14%
% MARGEN EN CONTRATACION	298.407.714	219.089.457	399.434.300	916.931.471	91%
COMPENSACION	35.000.000	52.284.074		87.284.074	9%
CARDIOMEDICS	252.461.895	280.632.318	407.573.203	940.667.416	13%
% MARGEN EN CONTRATACION	252.461.895	219.688.523	360.383.027	832.533.445	89%
COMPENSACION		60.943.795	47.190.176	108.133.971	11%
FUNDACION NEUMOLOGICA	1.650.001	34.191.892	1.650.001	37.491.894	1%
% MARGEN EN CONTRATACION	1.650.001	7.566.894	1.650.001	10.866.896	29%
COMPENSACION		26.624.998		26.624.998	71%
ONCOVIHDA	40.519.440	55.144.800	114.016.912	209.681.152	3%
% MARGEN EN CONTRATACION	40.519.440	55.144.800	71.016.912	166.681.152	79%
COMPENSACION			43.000.000	43.000.000	21%
RADIOLOGOS	607.450.845	593.028.594	634.079.105	1.834.558.544	26%
% MARGEN EN CONTRATACION	533.250.845	310.549.912	533.250.845	1.377.051.602	75%
COMPENSACION	74.200.000	282.478.682	100.828.260	457.506.942	25%
NOVAVISION	227.329.282	123.362.483	215.379.217	566.070.982	8%
% MARGEN EN CONTRATACION	208.879.282	123.362.483	208.879.282	541.121.047	96%
COMPENSACION	18.450.000		6.499.935	24.949.935	4%
FUNDACION CAMPBELL	39.328.298	645.446.443	81.891.939	766.666.680	11%
% MARGEN EN CONTRATACION	39.328.298	129.227.207	81.891.939	250.447.444	33%
COMPENSACION		516.219.236		516.219.236	67%
UT CANCEROLOGICO	15.636.958	-	15.636.958	31.273.916	0%
% MARGEN EN CONTRATACION	15.636.958		15.636.958	31.273.916	100%
COMPENSACION					
<b>TOTALES</b>	<b>2.187.479.610</b>	<b>2.544.744.117</b>	<b>2.422.971.531</b>	<b>7.155.195.258</b>	<b>100%</b>
TOTAL % MARGEN DE CONTRIBUCION	1.891.539.100	1.455.365.503	2.173.547.931	5.520.452.534	77%
TOTAL COMPENSACION	295.940.510	1.089.378.614	249.423.600	1.634.742.724	23%

En las tres últimas vigencias los operadores externos de la ESE CARI le han reportado un total de ingresos de \$ 7.155.195.258 de los cuales el 77% representan la participación del % de la Facturación Bruta del contrato y el 23%

por concepto de compensación por la utilización de los bienes y haberes de la ESE.

Este total de ingresos por contratos de aliados representan el 19% del total de las ventas promedios de la ESE CARI durante el periodo analizado, lo que indica que es un rubro representativo. Sin embargo es preocupante el rubro de otros gastos no operacionales que prácticamente no deja un margen no operacional representativo

Del Total de Ingresos por aliados, vemos que el mayor aporte lo hace RADIOLOGOS con el 26% del total de los otros ingresos por este concepto con reconocimiento por \$1.834 millones; seguidos de laboratorios FALAB LTDA. Con el 21% que representa \$1.470 millones, como también es importante los reconocimientos contractuales de TIMED con el 14% por valor de \$ 1.004 millones, seguidos de Cardiomedics con un 13% que representan \$940 millones.

Contrario sensu no son representativos y por el contrario insignificantes los recursos reconocidos por UT CANCEROLOGICO Y FUNDACION NEUMOLOGICA.

Llama la atención la liquidación de Fanny Ramírez –Unidad Renal quien no está funcionando; que reconoce hasta el 2009 \$294 millones cuando a Diciembre 31 había facturado \$7.138 millones y no aparece liquidación alguna en el 2008.

## **6.6 ANALISIS DE LAS RAZONES FINANCIERAS DE LA ESE CARI**

De acuerdo al comportamiento de los estados financieros en el periodo analizado para la ESE CARI tenemos los resultados de los indicadores financieros correspondientes.

### 6.6.1 Análisis de liquidez

LIQUIDEZ: Es la capacidad que tiene la ESE CARI de generar fondos suficientes para el pago de sus obligaciones a corto plazo.

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE CARI 2005-2009	2005	2006	2007	2008	2009
A. Razón corriente = activo corriente/ pasivo corriente	1,26	1,08	1,27	1,10	1,79

Lo anterior me indica que por cada peso que debe la ESE CARI a corto plazo tiene \$1,30 para responder lo que indica que es un hospital publico con liquidez en términos de razón corriente; en donde su mayor liquidez la alcanza en el 2009 con \$1,79 por encima del promedio del periodo analizado.

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE CARI 2005-2009	2005	2006	2007	2008	2009
B. Prueba acida = activo corriente - inventario/ pasivo corriente	1,19	1,03	1,25	1,09	1,76

Si le restamos los inventarios a la razón corriente, nos dice que por cada \$1 que debe la ESE CARI a corto plazo, tiene para responder en el promedio del periodo con \$1,26 lo que indica liquidez con la prueba acida. En donde en la última vigencia registra \$1,76 para responder por cada \$ de sus acreencias corrientes.

### 6.6.2 Análisis de solvencia

SOLVENCIA: Es la capacidad de pago que tiene la ESE CARI para cumplir sus obligaciones de Vencimiento a corto plazo y los recursos con que cuenta para hacer frente tales obligaciones o sea una relación entre lo que LA ESE tiene y lo que debe.

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE CARI 2005 -2009	2005	2006	2007	2008	2009
C. CAPITAL DE TRABAJO = Activos Corrientes - Pasivos Corrientes	792956	869479	5194689	3694219	12507194

Aunque la cuenta deudores es la que mas pesa en los activos corrientes de la ESE CARI, desde el punto de vista de los recursos que tiene en el activo para operar la relación es positiva en forma creciente; para lo cual este análisis es limitado pero nos da una cosmovisión de los que represente lo que tiene menos lo que debe, determina que es solvente.

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE CARI 2005 -2009	2005	2006	2007	2008	2009
D. CAPITAL DE TRABAJO NETO OPERATIVO (KTNO) = CXC neto + Inventarios netos - Cuentas por Pagar	4132135	1128611	7195580	8140267	15423773

Si tomamos la facturación de la cuenta de deudores y el inventario de los activos corrientes hay suficiente solvencia para responder por las cuentas por pagar especialmente a proveedores en forma holgada, lo que confirma que la ESE CARI es Solvente en sus operaciones retrospectivas.

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE CARI 2005 -2009	2005	2006	2007	2008	2009
E. INCLUIDAS TODAS LAS DEUDAS KTNO	3083595	-521792	4100489	2858341	11315260

Si tomamos el total de las obligaciones o pasivos a corto plazo que tiene la ESE CARI y se le resta de sus Cartera con las entidades responsable de pago mas los inventarios a excepción del año 2006 en los periodos siguientes esta en la capacidad para determinar en forma positiva y creciente la porción de flujo de caja del que la ESE CARI se apropia con el fin de reponer su capital de trabajo. Lo anterior confirma la solvencia de la ESE CARI

### 6.6.3 Análisis de rotación

ROTACION: Es la velocidad que tienen los activos y pasivos de la ESE CARI para convertirse en efectivo durante el periodo analizado.

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE CARI 2005-2009	2005	2006	2007	2008	2009
F. Rotación cartera = ventas a crédito/ promedio de cuentas por cobrar		2,58	2,55	1,69	1,64
Promedio de CXC		8850437	17609651	31238861	33088186
Días de rotación cartera = 360/ rotación cartera		140	141	213	220

Los días de rotación cartera en promedio del periodo son 178 días lo que indica que la ESE CARI le están pagando sus facturas en promedio en 6 meses, por encima de los tiempos de las cuentas medicas del Decreto 4747 de 2007 que deben ser máximo 90 días y cuya rotación promedio es de 2,11 veces.

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE CARI 2005-2009	2005	2006	2007	2008	2009
G. Rotación inventario = Costo de material utilizado/inventario promedio		8,7	12,3	17,3	12,4
Inventario promedio		367896	464922	379207	428749
Días rotación inventario		41,26	29,31	20,77	29,04

Los inventario en la ESE CARI están rotando promedio 30 días, lo que es loable por la complejidad, para una rotación en veces de insumos y gestión de insumos de 12,7.

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE CARI 2005 -2009	2005	2006	2007	2008	2009
Proveedores		3,30	2,73	1,83	1,64
H.1 promedio de CXP proveedores (incluidos corto y largo plazo)		6587960	13912477	23950144	21734915
H.2 compras a crédito = costo de venta + inventario final - inventario inicial		21.708.748	37.957.793	43.749.375	35.591.638
H.3 Días de rotación de CXP = 360días/rotación de CXP proveedores		109	132	197	220

La ESE CARI le está pagando a sus proveedores en un promedio de 165 días, con una rotación del periodo de 2,37 veces lo que indica que está pagando en promedio cada 5 meses en la misma forma como también recibe los recursos de las entidades responsables de pagos, con la misma rotación de las cuentas por cobrar.

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE CARI 2005 -2009	2005	2006	2007	2008	2009
I. Rotación de activos = ventas / promedio de activos		1,62	1,93	1,44	1,38
I.1 Promedio de Activos		14042968	23313730	36729593	39200280
I.2 Días rotación activos		222	187	251	261

Los activos de la ESE CARI están rotando en promedio 230 días para un número de veces promedio de 1,59 en ello tiene una gran incidencia la rotación de la cuenta deudores.

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE CARI 2005 -2009	2005	2006	2007	2008	2009
J. CICLO DE CAJA= PPC (Periodo Promedio de Cobro) + PPI (Periodo Promedio de Inventarios) - PPP (Periodo Promedio de Pagos)		72	38	37	29

El ciclo de caja rota con mayor positividad los cobros que las acreencias; para un ciclo de caja promedio de 44 días que corresponde a que la velocidad de cobro sobrepase la velocidad para cubrir los pagos.

#### 6.6.4 Análisis de rentabilidad

RENTABILIDAD: Es la medida de la productividad de los fondos comprometidos por la ESE CARI en la prestación de los servicios de salud de su nivel de resolutivez; en donde desde el punto de vista del análisis a largo plazo lo importante es garantizar su autosostenibilidad para su continuidad y crecimiento como centro de referencia departamental

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE CARI 2005 -2009	2005	2006	2007	2008	2009
M. Rentabilidad Operativa del Activo = Utilidad Operativa/Promedio de Activos		-31%	5%	1%	22%
N. Rentabilidad neta del activo = utilidad neta/ promedio de activos		-14%	18%	-4%	25%
Ñ. Rentabilidad del Patrimonio Antes de Impuesto (Operacional) = UAI (Utilidad Operacional)/ Promedio del Patrimonio		-64%	14%	3%	64%

La rentabilidad operativa promedio del periodo es negativa 1%, en razón a que arrancando como ESE de Alta Complejidad tuvo déficit alto y todavía el valor agregado de los activos no ha generado la utilidad operativa debida que genere la rentabilidad económica con márgenes de seguridad en su gestión institucional como hospital de referencia. Sin embargo en la rentabilidad neta el promedio del periodo es del 6% el cual ya muestra mejor rentabilidad económica para la Autosostenibilidad de la ESE CARI en virtud de la explotación de recursos por otros ingresos de operadores externos y lógicamente como el patrimonio ha tenido una valorización creciente tiene un rentabilidad operacional del 4% promedio del periodo analizado por efecto de la rentabilidad del inicio en el 2006.



Hoy la ESE CARI goza de una salud financiera por cuenta de estos rubros como resultados del 2009.

### 6.6.5 Análisis de las contribuciones financieras

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE CARI 2005 -2009	2005	2006	2007	2008	2009
P.Contribución Financiera = Rentabilidad del Patrimonio - Rentabilidad del Activo		-15%	34%	-11%	47%

Por aumento del patrimonio institucional en forma creciente y representativa en el 2009 la contribución financiera pasa de ser negativa en (15%) en el 2005 a ser el 47% en el 2009, lo que indica que no hay riesgos en la estructura operativa y misional de la ESE CARI que afecte la rentabilidad obtenida y por tanto puede sanear todas sus obligaciones y seguir desarrollando los proyectos y programas inherentes a su transformación institucional como Centro de Referencia de alta complejidad; primero pensando en forma autónoma y luego en desarrollo de los planes de negocios existentes en el mercado de la salud, sin ningún inconveniente de tipo financiero para producir los servicios de salud suficientes en el corto o mediano plazo, lo que depende de la toma de decisiones en una buena relación beneficio/costo sobre cada una de sus unidades estratégica de negocios por parte de sus órganos de gobierno.

### 6.6.6 Análisis de endeudamiento o fragilidad financiera

ENDEUDAMIENTO: Muestra la forma como se financian los activos de la ESE CARI, es decir, permite mostrar un aspecto importantísimo de su estructura financiera en relación con la producción de sus recursos propios o capacidad de préstamos.

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE CARI 2005 -2009	2005	2006	2007	2008	2009
R. Índice de Endeudamiento = Pasivo/Activos	28%	66%	66%	80%	46%

El índice endeudamiento promedio del periodo de la ESE es del 57% en que tiene comprometidos sus activos en relación con las deudas a corto y mediano plazo que registra.

#### 6.6.7 Análisis de la utilidad

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE CARI 2005 -2009	2005	2006	2007	2008	2009
K. Margen bruto= Utilidad bruta/ ventas netas	38%	6%	15%	17%	35%
L. Margen operativo = Utilidad operativa / ventas netas	7%	-19%	3%	1%	16%
LL. Margen Neto = utilidad neta/ ventas netas	5%	-8%	9%	-3%	18%

Mientras que en el 2005 la utilidad bruta representaba el 38% de las ventas netas, donde la utilidad operativa por los costos de ventas y gastos operativos representativo registraba el 7% de las ventas netas, se vuelven negativos para poder transformarse en universitario en el 2006, pero los márgenes cambian positivamente en el 2009, donde si bien el margen bruto lleva a ser el 35% de las ventas netas disminuyendo 3% con respecto a 2005, la utilidad operativa es mayor en virtud de una disminución de costos de ventas de casi \$8.000 millones en el 2009 con respecto al 2008 y porque se aumentan pasando al 16% el margen operacional y por efectos de aumento de recursos por compensaciones y margen de contratación con los aliados se pasa de 5% en el 2005 a 18% en el 2009 el margen neto.

## 6.6.8 Análisis de apalancamiento (LEVERAGE)

ANALISIS FINANCIERO RETROSPECTIVO ESE CARI 2005 -2009	2005	2006	2007	2008	2009
S. Leverage (apalancamiento) = Pasivo/Patrimonio	40%	193%	193%	409%	85%
(operacional)	5,62	-0,32	5,95	30,49	2,15
U.- GRADO DE APALANCAMIENTO FINANCIERO = GAF = Utilidad Operacional / Utilidad Neta	1,31	2,27	0,28	-0,21	0,88
V.- GRADO DE APALANCAMIENTO TOTAL= GAT = GAO*GAF	7,36	-0,73	1,66	-6,29	1,89

El comportamiento de apalancamiento de la ESE CARI, se mantiene estable en el 2006 y 2007 cuando los pasivos son el 193% del patrimonio institucional, pero tiene un sobre salto mayor en el 2008 cuando la variación en las ventas no inciden en la solución al comportamiento de las deudas a corto y mediano plazo y pasan a ser el 409% del patrimonio generando un mayor riesgo de apalancamiento de este y toma una nueva situación favorable cuando en el 2009 representa el 85%, lo anterior para un GAO de 2,15 que indica solvencia y 0,88 de GAF con apalancamiento total de 1,89. En Conclusión sus resultados establecen que a corto plazo la ESE CARI no tiene problemas de Liquidez ni solvencia, lo que debe refrendarse con el punto de equilibrio.

## 6.7 PUNTO DE EQUILIBRIO DE LA ESE CARI

De conformidad con la formula dada por el Ministerio de la Protección Social, para los hospitales públicos en el Decreto 357 de febrero 8 de 2008 y la Resolución 473 de febrero 13 de 2008 tenemos.

### 6.7.1 Equilibrio operacional

CONCEPTOS	Dic-06	Dic-07	Dic-08	Dic-09
INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS	22818885	44921905	52752800	54146247
- DISPONIBILIDAD INICIAL	30385	347697	277504	39340
- CUENTAS POR COBRAR VIGENCIAS ANTERIORES	3014884	5275937	9317897	17340467
+ RECAUDO CARTERA < 60 DIAS	0	4928240	9040393	17301127
SUBTOTAL	19773616	39298271	43157399	36766440
COSTO DE VENTAS	21401549	38070940	43807657	35.434.272
GASTOS OPERACIONALES	5684304	5418596	8033001	9.314.929
DEPRECIACIONES			618797	674.242
PROVISIONES	711687	280049		
SUBTOTAL	26374166	43209487	51221861	44074959
EQUILIBRIO FINANCIERO OPERACIONAL AJUSTADOS	-6600550	-3911216	-8064462	-7308519

La ESE CARI refleja una disminución en el desequilibrio financiero operacional ajustado, lo que indica que con solo los ingresos por ventas de servicios de su portafolio autónomo, es decir que lo hace con sus recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, todavía no es auto sostenible.

### 6.7.2 Equilibrio presupuestal

CONCEPTOS	Dic-06	Dic-07	Dic-08	Dic-09
INGRESOS RECAUDADOS DE LA VIGENCIA	20557443	35287850	39107731	67158994
-DISPONIBILIDAD INICIAL	30385	347697	277504	39340
-CUENTAS POR COBRAR VIGENCIAS ANTERIORES	3014884	5275937	9317897	17340467
SUBTOTAL	17512174	29664216	29512330	49779187
COMPROMISOS DE LA VIGENCIA	29222894	52450721	69671632	77446254
- CUENTAS POR PAGAR DE VIGENCIAS ANTERIORES	1442931	9094409	17632634	30664166
SUBTOTAL	27779963	43356312	52038998	46782088
EQUILIBRIO PRESUPUESTAL AJUSTADO	-10267789	-13692096	-22526668	2997099

Incluyendo el total de los recaudos o ingresos de la ESE CARI por todo concepto vemos que en el año 2009 presupuestalmente alcanza su Autosostenibilidad, lo que indica tres condiciones importantes para seguir en esta senda: a) los ingresos por operadores externos b) La contención de los Costos de Ventas y operacionales c) Disminución del periodo de Rotación Cartera

## 7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Si bien la ESE – HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI; ha venido consolidando su portafolio de alta complejidad, independiente que lo preste en forma autónoma, todavía no ha alineado las habilidades de sus actores con la visión de la institución, su plan de acción y el mejoramiento de sus recursos o capacidad técnico científica completa que le permita liderar en forma integral la RED PUBLICA DE SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTAL.

Se recomienda fortalecer un buen sistema de información y reportes para que la producción y la venta de servicios no tengan subregistro.

Es perentorio que la ESE – CARI como centro de referencia departamental de alta complejidad de apertura y responda a la capacidad ociosa que existe en la Red de urgencias y emergencias, coordinando lo pertinente con el CRUE departamental

Deben mejorar el programa de buenas prácticas de seguridad del paciente para revertir los resultados de la tasa de infección y eventos adversos que están por encima de los demás universitarios de la costa.

Es perentorio, reorganizar en mejor forma los estados de resultados; cuando los rubros de otrosí ingresos pertenecen a sus aliados y son acreedores varios que no tienen por qué hacer parte del giro normal de ingresos propios

Lo indicadores trazadores marcan una ruta de fortalecimiento institucional que si se desarrollan los flujos de procesos de la atención de los pacientes se pueden mejorar con mayor calidad y calidez humana.

La empresa registra liquidez y solvencia, pero debe reorientar su rentabilidad y apalancamiento hacia el negocio en marcha, saneando su rotación cartera que es alta.

Indudablemente la gestión operativa y financiera de la ESE se puede considerar buena y lo que le toca es re direccionar sus servicios de alta complejidad mediante una política de operador externo más eficiente en la clase de contrato que se pacta, los tiempos y oportunidad del servicio, los % de liquidación del servicio que le corresponden y el gana gana para las partes pero garantizando que la capacidad técnico científica responde a las necesidades de un usuario pobre y vulnerable que cada día requiere más satisfacción y le toca convertirse en socialmente responsable en salud en todo el departamento del atlántico.

## 8 BIBLIOGRAFIA

1. Auditoria de mejoramiento de servicios de salud – Documentos de la oficina de calidad en salud y auditoria – 2008-2009 y 2010
2. Evaluación Ex post a los contratos de operadores externos de la ESE – Hospital universitario CARI 2010 – Fundasaberes.
3. Estados Financieros de la ESE – Hospital Universitario CARI – 2003- 2010.
4. Gestión de hospitales públicos – Pagina web del ministerio de protección social
5. Informe de Mecí – 2008 y 2009 al Departamento Administrativo de la Función Publica
6. Informes de la Contraloría departamental del Atlántico 2009 sobre la Evaluación de gestión a la ESE CARI
7. Observatorio de la Calidad en Salud – Pagina WEB del Ministerio de Protección Social.
8. Plan de Desarrollo institucional 2008 – 2011 ESE – HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI
9. PORTAFOLIO DE SERVICIOS – ESE CARI 2010
10. Reportes financieros y circular única de la Supersalud – Pagina Web Supersalud

