

COORPORACIÓN MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR

AUDITORIA EN SERVICIO SALUD

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE
CONSULTA MEDICA GENERAL DE LA E.S.E HOSPITAL SANTANDER
HERRERA, PIVIJAY

TESIS DE GRADO

DRA. MOIRA STRIEDINGER

EDELBERT J. TORRES PEREZ
EDUAR ARÉVALO VARGAS
MIRIAN LUZ CAMPO R
ANA L. HERRERA ROJAS.

.BARRANQUILLA, 2001.

0004

INSTITUCIÓN EDUCATIVA
BIBLIOTECAS
INSTITUTO DE POSTGRADO

TITULO

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA
EXTERNA MEDICA GENERAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ,
HOSPITAL SANTANDER HERRERA DE PIVIJAY – MAGDALENA.**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La E.S.E Hospital Santander Herrera de Pivijay es la única institución en el área de cobertura que presta servicios de primero y segundo nivel de atención en la cual se ha observado que se presentan grandes dificultades para cumplir con la demanda no atendida en el servicio de Consulta Externa especialmente en la Consulta médica general por lo que se hace necesario desarrollar una cultura de Calidad cumpliendo así con lo dispuesto en el decreto 2174 de 1996 en el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud.

INTRODUCCION

El sector salud en Colombia ha venido desarrollándose dentro de un marco legal y valorativo tendiente a reducir las imperfecciones propias del mercado de los servicios de salud y en especial en los aspectos referentes a la calidad en la atención en salud.

Se hace imprescindible abordar conceptualmente el marco definitorio de los procesos de calidad, con la finalidad de establecer una filosofía referencial acorde con las posibilidades de desarrollo de todos estos procesos, los cuales deberán irse implementando en una forma gradual, con una planificación racional.

Se entiende por calidad de la atención al conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención en salud para lograr los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludable a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados.

Es responsabilidad de las Empresas Promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS) públicas y privadas, diseñar e implementar sistema de garantía de calidad asistencial.

Por eso es necesario que en la ESE ,HOSPITAL SANTANDER HERRERA de PIVIJAY, se ponga en marcha el sistema de garantía de la calidad enfocado al mejoramiento de los servicios y como apoyo fundamental a la gestión, que deberán articularse con un sistema

integral de evaluación y control organizacional obedeciendo a claras políticas de mejoramiento continuo.

Es de vital importancia cumplir con las metas y los objetivos trazados por la organización para pretender estar en iguales o mejores condiciones de competencia donde el mercado son los servicios de salud. Con este trabajo se busca introducir una serie de procesos, políticas e indicadores de calidad creando un clima organizacional que favorezca el mejoramiento continuo del servicio de consulta externa e incrementar el desarrollo de la institución pensando siempre en la satisfacción del cliente externo e interno.

MARCO HISTORICO

EL HOSPITAL SANTANDER HERRERA de PIVIJAY fue creado mediante ordenanza N° 083 del 23 de julio de 1943. Por el decreto N° 085 de febrero de 1944 , el nombre se debe a el primer médico diputado SANTANDER HERRERA, oriundo del municipio el cual gestionó para que se diera este logro.

Inicialmente se construyo un bloque en forma de U, dividido en sala de hospitalización (medicina interna, maternidad, pediatría, cirugía y tres consultorios con los servicios básicos). Además una cocina, almacén, laboratorio clínico y quirófano.

- En 1961 se edificó el pabellón de maternidad.
- En 1964 se edificó el pabellón de pediatría y consulta externa.
- En 1985 el club de leones donó la sala infecto-contagiosa.
- En 1988 mediante resolución 414 y 504 se expidieron los estatutos y Reglamentos internos del hospital.
- En marzo de 1991 por decreto departamental N° 149 es elevado a la categoría de hospital regional, clasificándose como entidad de segundo nivel de atención.
- En 1995 se edifico el pabellón de urgencias.
- El 11 de marzo de 1996 por decreto N° 298 se transforma en “ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTANDER HERRERA DE PIVIJAY”.

- Actualmente la Empresa Social del Estado Hospital Santander Herrera de Pivijay es una IPS pública descentralizada del orden departamental con capacidad instalada de 35 camas. Dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la dirección seccional de salud del departamento del Magdalena e integrante del sistema general de seguridad social en salud sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, artículos 194, 195 y 197 de la ley 100 de 1993. Nit N° 819002-025-4.

MARCO LEGAL

- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA:** Consagra y exige que se cumpla La racionalización, cobertura y eficiencia de los servicios públicos, el aseguramiento y control de la calidad en bienes y servicios ofrecidos a la comunidad.
- **LEY 10 DE 1990:** Consagra que entre las funciones de las direcciones seccionales de salud se encuentra:
Vigilancia y sanción por incumplimiento en al calidad.
Programar los recursos en función a la calidad demostrada.
Asignar recursos en función a la calidad demostrada en las instituciones.
- **LEY 60 DE 1993:** Esta ley asigna funciones y responsabilidades a nivel seccional de: Distribuir recursos con criterios de equidad, eficiencia y cobertura.
- **LEY 80 DE 1993:** Obliga calidad en el contrato y en sus resultados bienes o servicios a conseguir.
- **LEY 100 DE 1993:** Formula y define unos principios de obligatorio cumplimiento: Equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía, descentralización, participación, concentración y calidad.

Determina unos mecanismos de control de calidad:
El estado tiene la función y responsabilidad de vigilar y controlar la oferta y la demanda de la prestación de los servicios de salud.
- **DECRETO 2759 DE DICIEMBRE 11 DE 1991:** Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia.

- **DECRETO 1757 DE 1994 :** Por medio el cual se establece la participación Social en salud
- **DECRETO 1616 DE 1995:** Aclara el Decreto 1757
- **DECRETO 677 DE ABRIL 26 DE 1995:** Por el cual se reglamenta parcialmente el régimen de registros y licencias, el control de calidad, así como el régimen de vigilancia sanitaria de medicamentos y se dictan otras disposiciones sobre la materia.
- **DECRETO 298 DEL 11 DE MARZO DE 1996:** (Emanado por la Gobernación del Departamento del Magdalena) Por el cual se transforma el HOSPITAL SANTANDER HERRERA en empresa social del estado.
- **DECRETO 2240 DE DICIEMBRE DE 1996:** Por el cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- **DECRETO 2174 DE NOVIEMBRE DE 1996. MINISTERIO DE SALUD:**
Por el cual se organiza el sistema obligatorio de garantía de la calidad del sistema general de seguridad social en salud.
- **DECRETO 2423 DE 1996:** Establece el manual tarifarlos y procedimientos médico.
- **DECRETO 2753 DE 1997:** Establece normas para el funcionamiento de las IPS y EPS
- **DECRETO 806 DE 1998:** Establece la afiliación y prestación de beneficios al SSS.
- **DECRETO 887 DEL 2001:** Modifica el artículo 1° del Decreto 2423 de 1996 de 1996 manual tarifarlos y procedimientos médicos.

ACUERDOS DEL CNSSS

- **ACUERDO 003 DE 1994:** Por el cual se adopta la política de medicamentos esenciales del SGSSS.
- **ACUERDO 008 DE 1994:** Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del SGSSS.
- **ACUERDO 30 DE 1996:** Establece los pagos compartidos y cuotas moderadoras.
- **ACUERDO 77 DE 1997:** Establece las formas y operación en el Régimen Subsidiado.,
- **ACUERDO 083 DE 1997:** por el cual se adopta el manual de medicamentos del SGSSS.
- **ACUERDO 104 DE 1998:** Modificación del Artículo 44 del Acuerdo 77 de 1997
- **ACUERDO 106 DE 1998:** Modifica el Acuerdo 083 de 1997
- **ACUERDO 110 DE 1998:** El cual modifica el Acuerdo 083 de 1997.
- **ACUERDO 117 DE 1998:** Por el cual se establece el Obligatorio cumplimiento de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés de salud publica.
- **ACUERDO 125 DE 1999:** Modifica el Acuerdo 117 de 1998.
- **RESOLUCIÓN 13437 DE 1991:** Por la cual se constituye el Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes
- **RESOLUCIÓN 5261 DE 1994:** Manual del Plan Obligatorio de Salud MAPIPOS.

- **RESOLUCIÓN 002511 DE JULIO 11 DE 1995:** Por la cual se adopta el manual de normas técnicas de calidad, guías técnicas de análisis para medicamentos y material médico quirúrgico.
- **RESOLUCIÓN 4445 DE DICIEMBRE DE 1996:** Condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas.
- **RESOLUCIÓN 4252 DE 1997:** Por la cual se establecen las normas técnico, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, se fija el procedimiento de registro de la declaración de requisitos esenciales y se dictan otras disposiciones.
- **RESOLUCIÓN 665 DE 1998:** Modifica la Resolución 4252 de 1994.
- **RESOLUCIÓN 2816 DE 1998:** Modifica la Resolución 5261 de 1994.
- **RESOLUCIÓN 945 DE 1999:** Clasificación Internacional de las Enfermedades.
- **RESOLUCIÓN 1995 DEL 8 DE JULIO DE 1999:** Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
- **RESOLUCIÓN 412 DE 2000:** Protección, detección y atención de enfermedades de interés de Salud Pública.
- **RESOLUCIÓN 2333 DE 2000:** Adopta la Clasificación Única de Procedimientos.
- **RESOLUCIÓN 3374 DE 2000:** Información de prestadores de salud, SGSSS, RIPS.

- **RESOLUCIÓN 3384 DEL 29 DE DICIEMBRE DEL 2000:** Por la cual se modifica parcialmente la resolución 412 del 2000 y 1745 del 2000 y se deroga la resolución 1078 del 2000.
- **CARTA CIRCULAR DEL 2 DE JUNIO DE 1995:** Sobre auditoria médica (Superintendencia Nacional de Salud).
- **CARTA CIRCULAR 03 DE JUNIO 14 DE 1995:** Superintendencia Nacional de Salud. Mediante la cual se hace la modificación parcial a la Carta Circular N° 02 del 8 de Junio de 1995.
- **CIRCULAR EXTERNA 09 DE JULIO 3 DE 1996. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD:** Referente a la atención al usuario tramite de quejas y peticiones.
- **CARTA CIRCULAR 039 DE 2000:**Trato digno a los Usuarios.
- **CIRCULAR DEL C.N.S.S.S 22 DE 1994:** Recepción y tramite de quejas.

MARCO CONCEPTUAL

SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad es el conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible. Estos requisitos y procedimientos establecen los estándares esenciales para el cumplimiento de las responsabilidades de todos los integrantes del sistema y las condiciones para su mejoramiento continuo.

CARACTERÍSTICAS

- **ACCESIBILIDAD**

Implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención en salud. Comprende obstáculos de tipo geográfico, económicos, sociales, organizacionales, culturales o lingüísticos.

- **OPORTUNIDAD**

Satisfacción de las necesidades de los usuarios en el momento indicado.

- **SEGURIDAD**

Control y reducción de los factores de riesgo que intervienen en la prestación de los servicios de salud y que pudieran ser perjudiciales para la salud de los usuarios.

- **RACIONALIDAD TÉCNICO-CIENTIFICA**

Es la aplicación correcta de los procedimientos del método científico de los procesos evacuativos del saber y la utilización de la tecnología biomédica en los procesos de atención en salud.

- **IDONEIDAD Y COMPETENCIA PROFESIONAL**

Se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones del Recurso Humano en salud, el personal administrativo y del personal de apoyo.

- **DISPONIBILIDAD Y SUFICIENCIA DE RECURSOS**

Suministro oportuno de los recursos indispensables para la atención en salud.

- **EFICACIA**

Es el logro de los resultados de prestar un servicio sobre los usuarios del mismo.

- **EFICIENCIA**

Utilización racional del recurso para un mejor resultado a un menor costo.

- **INTEGRALIDAD**

La atención en salud comprende diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación

- **CONTINUIDAD**

Realizar las actividades o intervenciones debidas en una secuencia apropiada y sin interrupciones desde el comienzo hasta el final de la prestación del servicio.

- **ATENCIÓN HUMANIZADA**

Prestación del servicio con respeto y dignidad por la persona .

- **SATISFACCIÓN**

Grado de complacencia del usuario frente a los servicios de salud utilizados.

COMPONENTES

- Declaratoria de requisitos esenciales.
- Acreditación de prestadores de servicios de salud.
- Plan de mejoramiento de la calidad.
- Sistema de información.
- Atención al usuario, quejas y peticiones.
- Evaluación de la tecnología biomédica.
- Auditoria medica.

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

VISION

Responder a las necesidades de la población de la región, prestando servicios de salud con calidad, oportunidad y eficiencia, contribuyendo, en lograr los años de vida saludable y calidad de vida que se merecen nuestros compatriotas.

Con una infraestructura adecuada mediante la renovación permanente y previsiva de nuestra tecnología, un sistema de información y un talento idóneo y capacitado dentro de la competitividad del mercado, seremos totalmente una organización normativa y económicamente autónoma y autosuficiente generando la multiplicación de nuestra gran bandera.

MISIÓN

Contribuimos al desarrollo social y mejoramiento de la calidad de vida de toda la comunidad, brindando servicios de salud de la mejor calidad, oportunos, eficientes, solidarios, con calidez y equidad contando para ellos con una infraestructura adecuada, con buena tecnología y un recurso humano calificado, que con sentido de pertenencia, un perfecto conocimiento de la filosofía del autocontrol, trabajando en equipo, aprendizaje continuo y mediante la modernización de la gestión administrativa afrontaremos los retos presentes y futuros.

JUSTIFICACIÓN

La salud es un derecho fundamental y un servicio público reconocido por la Constitución Nacional de 1991; por lo tanto es compromiso del estado en mano de sus gobernantes, implementar las técnicas gerenciales adecuadas para mejorar la calidad de vida y mayor bienestar a los colombianos, a través del sistema general de seguridad social en salud. Con la ley 100 de 1993, se implementa el sistema general de seguridad social en salud, el estado garantiza la prestación y la cobertura de los servicios de salud a todos los colombianos, pero tambien implementa un sistema para su mejoramiento continuo. En sus artículos 227 y 232 la auditoria de servicios en salud esta incluida dentro del sistema de garantía de calidad y es de obligatoria implementación por la EPS Y las IPS. Se trata de una estrategia de garantía de calidad , adicionalmente útil para el desarrollo institucional.

El decreto 2174 de 1996 organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es obligación de todas las entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado, las entidades de medicina prepagada, los prestadores de servicios de salud implementar este sistema para garantizar parámetros mínimos de la calidad de atención en salud, promover el desarrollo de una cultura de la calidad dentro del sistema y fomentar una sana competencia entre las instituciones que benefician a los usuarios. Este decreto implica una serie de componentes a saber: Declaratoria de requisitos esenciales, acreditación a prestadores de servicios de

salud, plan de mejoramiento de la calidad, sistema de información, atención al usuario, evaluación de la tecnología biomédica y auditoria medica.

De esta manera el estado no solo garantiza la prestación y la cobertura de los servicios de salud, si no también, vela por su mejoramiento continuo a través del desarrollo de los diferentes componentes del sistema de garantía de la calidad.

Por lo anterior la propuesta del presente trabajo para la ESE HOSPITAL SANTANDER HERRERA es un modelo de auditoria de servicios de salud en que busca proveer de elementos de juicios y herramientas de gestión a los integrantes del sector comprometidos con los procesos de auditoria medica y/o de servicios de salud.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la Calidad de los servicios de consulta externa médica general en la ESE HOSPITAL SANTANDER HERRERA mediante la utilización de indicadores y estándares que permitan identificar las situaciones críticas dentro de esta Área.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar el contexto de la institución verificando el cumplimiento de la normativa vigente, con relación a la prestación del servicio de Consulta Externa médica general.
- Evaluar la demanda de la Consulta externa médica general mediante el análisis de la población atendida y no atendida en dicho servicio.
- Evaluar la oferta mediante la observación directa de las instalaciones física, insumos y equipos médicos en el área de Consulta Externa médica general de la E.S.E. Hospital Santander Herrera.
- Evaluar los procesos de atención en la Consulta externa médica general de la E.S.E.Hospital Santander Herrera. desde el ingreso de usuario a la institución hasta la realización de la valoración médica.
- Evaluar los resultados arrojados por el proceso de auditoria y así formular recomendaciones para mejorar y mantener la Calidad de la atención.
- Evaluar el impacto de la Consulta externa médica general de la E.S.E. realizando encuestas para determinar la satisfacción del usuario frente a la atención médica.

HIPÓTESIS

El servicio de Consulta externa Médico general de la E.S.E.Hospital Santander Herrera de Pivijay Magdalena, presenta áreas críticas las cuales deterioran la calidad en la prestación del servicio.

MODELO DOPRI

CONTEXTO

LOCALIZACIÓN GEOGRAFICA E INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E HOSPITAL SANTANDER HERRERA DE PIVIJAY

La empresa social del estado Hospital Santander Herrera del municipio de Pivijay es de segundo nivel de complejidad, tiene una sede, conformada por edificaciones de un solo piso, ubicada en la calle 14 N° 12-46 de la cabecera municipal, con una antigüedad aproximadamente de 50 años, en su estructura físico arquitectónica tiene una superficie de 11.200 mts cuadrados de lote (8 hectáreas) según el instituto geográfico Agustín Codazzi. Al hospital solo se puede ingresar por una única entrada ubicada en la fachada principal.

El tipo de construcción es de pabellones , son siete en total, el lote es amplio y la edificación principal, ocupa la parte central, dejando unos aislamientos perimetrales. Funcionalmente , el edificio principal dispone de una circulación principal paralela a la fachada que es atravesada por circulaciones centradas que comunican a los espacios que se ubican lateralmente.

Para atender 35 camas, cuenta con 11.200 mts cuadrados con promedio aproximado de 320 mts por camas, que comparándolo con los indicativos de la O.P.S. que sugiere 72 mts cuadrados por cama para instituciones del tamaño del Hospital, se concluye que esta por encima de lo estimado.

La E.S.E. HOSPITAL SANTANDER HERRERA, está ubicado en el municipio de Pivijay en el departamento del Magdalena, para llegar se puede tomar la vía Santa Marta- Fundación – Pivijay o Santa Marta – Barranquilla.

La sede del Hospital está compuesta por pabellones o bloques conectados entre sí por corredores, oficinas, distribuidos en sus instalaciones físicas

BLOQUE O PABELLON	DEPENDENCIA
1- URGENCIAS	CONSULTORIOS DE URGENCIAS FACTURACIÓN
2- CONSULTA EXTERNA	CONSULTORIOS MEDICOS CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS OFICINA DE TRABAJO SOCIAL OFICINA DE ENFERMERIA
3- ADMINISTRACION	GERENCIA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA SUBGERENCIA CIENTÍFICA PLANEACION CONTROL INTERNO FINANCIERA
4- DIAGNOSTICOS	LABORATORIO Y RX
5- MATERNIDAD	ZONA DE TRABAJO DE PARTO SALA DE TRABAJO DE PARTO SALA DE LEGRADOS
6- RECUPERACIÓN- PEDIATRIA	
7- QUIRURGICO	CIRUGÍA
8- PENSION GENERAL	BAÑOS
9- ALIMENTACION	COMEDOR COCINA ECONOMATO
10-SERVICIOS GENERALES	LAVANDERIA

	PLANCHADO
11-SANEAMIENTO AMBIENTAL	

La E.S.E. Hospital es la única entidad estatal de segundo nivel en todo el territorio que cuenta con 35 camas instaladas para atender a toda la población del área urbana y rural del municipio y de las áreas de influencia de los municipios de Remolino (San Rafael, Las Casitas), Chivolo, Pedraza (Caño de Agua) , Piñón (San Basilio, Sabanas, Playón de Orozco).

En la ESE Hospital Santander Herrera la atención en salud como servicio y como actividad se encuentra reglamentada en los diferentes actos legislativo y la normatividad vigente para la seguridad social en salud.

SEDE HOSPITAL SANTANDER HERRERA	CARACTERIZACION
	Naturaleza jurídica, pública, de segundo nivel de atención. Presta los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización, partos, cirugías, vacunación atención prenatal, crecimiento y desarrollo, planificación familiar, laboratorio clínico, imagenología. En horario de lunes a sábados y servicios de urgencias con disponibilidad de 24 horas. Posee 40 camas instaladas, distribuidas así: 35 disponible (maternidad 10, pediatría 10, cirugía 5, otros servicios 10) . cuenta con 13 médicos , 3 enfermeras, 24 auxiliares de enfermería , 2 odontólogos y 17 promotoras. En apoyo diagnostico brinda servicio de laboratorio clínico y Rx, además presta el servicio de terapia física y

	fonoaudiología . Consultas especializadas (cirugía , pediatría, medicina interna, anestesiología, ginecología). Nutrición y dietética.
--	--

La infraestructura físicas de la E.S.E. está constituida por la sede del Hospital Santander Herrera de Pivijay y los organismos del área de influencia del primer nivel: Centro de salud de Medialuna y Monterrubio.

Además tiene dentro de su área de influencia los puestos de salud de Piñuelas, Caraballo, Avianca, Carmen Del Magdalena, Chinoblas, Paraíso, Garrapata, Placitas, Salaminita y las Piedras, en el área rural y en la cabecera municipal Germán Vargas, 23 de Diciembre, Heriberto Pabón, Los Indios.

En la ESE Hospital Santander Herrera la atención en salud como servicio y como actividad se encuentra reglamentada en los diferentes actos legislativo y la normatividad vigente para la seguridad social en salud. Como institución pública del orden departamental dotado por personería jurídica y autonomía administrativa sigue las políticas, planes y programas establecidas por los ministerios de salud , trabajo y seguridad social como también las de la secretaria del desarrollo de la salud del departamento del Magdalena. Por ser la única institución prestadora de servicios de salud en el municipio de Pivijay, cubre toda la población y sostiene contratos de prestación de servicios con todas las A.R.S. y E.P.S que tienen presencia en la zona (Cajanal, F.E.R, I.S.S, A.R.S). En la junta directiva de la E.S.E,

- La comunidad juega un papel importante encontrándose en ella tres (3) representantes de la comunidad así como también en los comités de Veedurías locales.

PLANTILLA DE EVALUACIÓN DEL CONTEXTO

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Legislación	3	0.3	0.9
Políticas	3	0.3	0.9
Planes y Programas	3	0.1	0.3
Relaciones institucionales	4	0.1	0.4
Relaciones con proveedores	2	0.1	0.2
Relaciones con comunidad	3	0.1	0.3
TOTAL	-	1.0	3.0

La calificación va de 1 a 4 siendo:

1= Contexto malo.

2= Contexto regular.

3= Contexto bueno.

4= Contexto optimo.

Se considera que el contexto de la E.S.E. Hospital Santander Herrera es adecuado para su funcionamiento.

DEMANDA

- **ASPECTO SOCIODEMOGRÁFICO**

La población del municipio de Pivijay del año 2000 según la proyección de la secretaria de desarrollo del censo del año de 1993 es de 75.510 (con una disminución en relación al año de 1999 de 75.567 habitantes, debido a migración por violencia socio-política), de los cuales 33.712 habitan en el área urbana que corresponden al 44.6 % y 41.798 habitantes en el área rural que corresponde al 55.4 % . Del total de población 36.245 son mujeres y 39.265 son hombres.

La mayor parte de la población es de raza mestiza, con un nivel socio-económico en un 60% de la población es bajo, estrato 1,2 y 3 como el nivel educativo está entre bajo y medio, el nivel nutricional está entre bajo y medio; el promedio del núcleo familiar es de cinco personas.

POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD. MUNICIPIO DE PIVIJAY 2000

GRUPO DE EDAD	POBLACIÓN
MENOR DE 1 AÑO	1.596
DE 1 A 4 AÑOS	7.684
DE 5 A 9 AÑOS	9.504
DE 10 A 14 AÑOS MUJERES	4.679
DE 10 A 14 AÑOS HOMBRES	5.093
DE 15 A 44 AÑOS OBSTETRICAS	2.341
DE 15 A 44 AÑOS UPF	12.181

DE 15 A 44 AÑOS HOMBRES	18.516
DE 45 A 59 AÑOS	6.598
DE 60 Y MAS AÑOS	4.832
TOTAL	75.510

Fuente secretaria del desarrollo de la salud del magdalena 2000

POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE PIVIJAY POR ZONAS 2000

ZONA	POBLACIÓN
URBANA	33.712
RURAL	41.798
TOTAL	75.510

Fuente secretaria del desarrollo de la salud del magdalena 2000

POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE PIVIJAY POR SEXO 2000

SEXO	POBLACIÓN
MUJERES	36.245
HOMBRES	39.265
TOTAL	75.510

Fuente secretaria del desarrollo de la salud del magdalena 2000

Según el DANE, el 52 % corresponde al sexo masculino y el 48 % al sexo femenino.

POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA

POBLACIÓN TOTAL	PEA TOTAL	PEA URBANA	PEA RURAL
75.541	41.983	17.633	24.350

Fuente plan de desarrollo de Pivijay

NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS

REGION	% PERSONAS N.B.I		% HOGARES N.B.I.	
	1.985	1.993	1.985	1.993
Pivijay	77.6	62.8	73.3	57.3
Magdalena	62.9	55.2	57.6	49.1
Nacional	45.6	37.2	39.5	30.5

Fuente plan de desarrollo de Pivijay año 1998-2000 (tomado DANE, censo 1985-1993).

En conclusión, el municipio de Pivijay, presenta un alto índice de necesidades básicas insatisfechas y de miseria. Lo que se constituye en factor de riesgo que hacen vulnerables la calidad de vida de la población.

INDICE DE CALIDAD DE VIDA

REGION	1985	1993
Pivijay	26.2	38.5
Magdalena	47.2	58.8
Nacional	60.17	68.22

Fuente plan de desarrollo de Pivijay año 1998-2000 (tomado DANE, censo 1985-1993).

ASEGURAMIENTO SEGURIDAD SOCIAL MUNICIPIO DE PIVIJAY

Población total 1999	SISBENIZADA		Población	Población N.B.I	Población Afiliada	Población Vinculada
	URBANA	RURAL				
75.587	14.630	12.285	26.915	44.661	16.786	58.801

Fuente secretaria del desarrollo de la salud del Magdalena.

DEMANDA EN CONSULTA EXTERNA MEDICA POR GRUPO DE EDAD AÑO 2000

Grupos etareos Años	Primera vez	Repetida	TOTAL
Menor de 1	838	641	1.479
De 1 a 4	970	1.030	2.000
De 5 a 14	1.180	815	1.995
De 15-44			
Obstétricas	952	723	1.675
U.Plan Familiar	39	9	48
Otros	2.849	2.314	5.163
De 45 a 59	721	621	1.342
De 60 y más	706	621	1.327
TOTAL	8.255	6.774	15.029

DEMANDA EN CONSULTA EXTERNA SEGUN PROCEDENCIA Y NIVEL SOCIO-ECONOMICO

La demanda en consulta medica general no se puede calificar por procedencia y según nivel socio-económico, ya que el departamento de estadística no procesa esta información.

El departamento de estadística suministro únicamente las 10 primeras causas de morbilidad en el servicio de consulta externa, la cual no se pudo establecer por edad y sexo.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD

1. Infección de vías respiratorias
2. Infección de vías urinarias.
3. Amigdalitis.
4. Poliparasitismo intestinal.
5. Síndrome anémico.
6. Dermatitis.
7. Gastritis.
8. Hipertensión arterial.
9. Enfermedad diarreica.
10. Embarazo.

DEMANDA EFECTIVA ATENDIDA Y NO ATENDIDA EN LA CONSULTA MEDICA EXTERNA, AÑO 2000

La población atendida en consulta externa durante el año 2000 fue de 15.029 usuarios, según estadísticas hay un promedio diario de 10 personas que no tienen

acceso a la consulta externa, al multiplicar por 244 días hábiles da un resultado de 2.440 usuarios.

Demanda	Usuarios	
	Número	Porcentaje
Atendida	15.029	86.0
No atendida	2.440	13.9
TOTAL	17.469	100

Fuente: oficina de estadística, E.S.E H.S.H

Se califica con los siguientes criterios.

4. Si atiende el 100%
3. Cuando se atiende entre el 90 y el 99%
2. Cuando se atiende entre el 80 y 89%
1. Si cubre menos del 80%

Según el porcentaje obtenido del **86%** equivale a una calificación de **2**

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Relación entre el nivel de atención y la morbilidad:			
Consulta externa médica	4	0.60	2.40
Demanda efectiva atendida			
Consulta externa médica	2	0.40	0.80
TOTAL	-	1.00	3.20

Evaluación:

4. Optimo
3. Bueno
2. Regular
1. Malo

Según la calificación obtenida en esta institución de **3.20** se considera que la demanda es Buena, para la demanda atendida, nuestra auditoria establece que existe gran diferencia entre la demanda esperada y la demanda atendida y no atendida.

•

OFERTA :

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La ESE Hospital Santander Herrera es una institución prestadora de servicios de salud , de segundo nivel de complejidad que incluye servicios ambulatorios y hospitalarios para fines diagnósticos y terapéuticos. Es del orden departamental dotado de personería jurídica con autonomía administrativa adscrita a la seccional de salud del Magdalena.

Existe una carta orgánica aprobada por una Junta Directiva en 1996 y no se ha actualizado.

En dicha carta se encuentra ubicada una junta directiva, con máxima autoridad, con un revisor fiscal y organismos adscritos que dependen de ella, pero, en la realidad no está conformada completamente la junta directiva, ni el existe revisor fiscal.

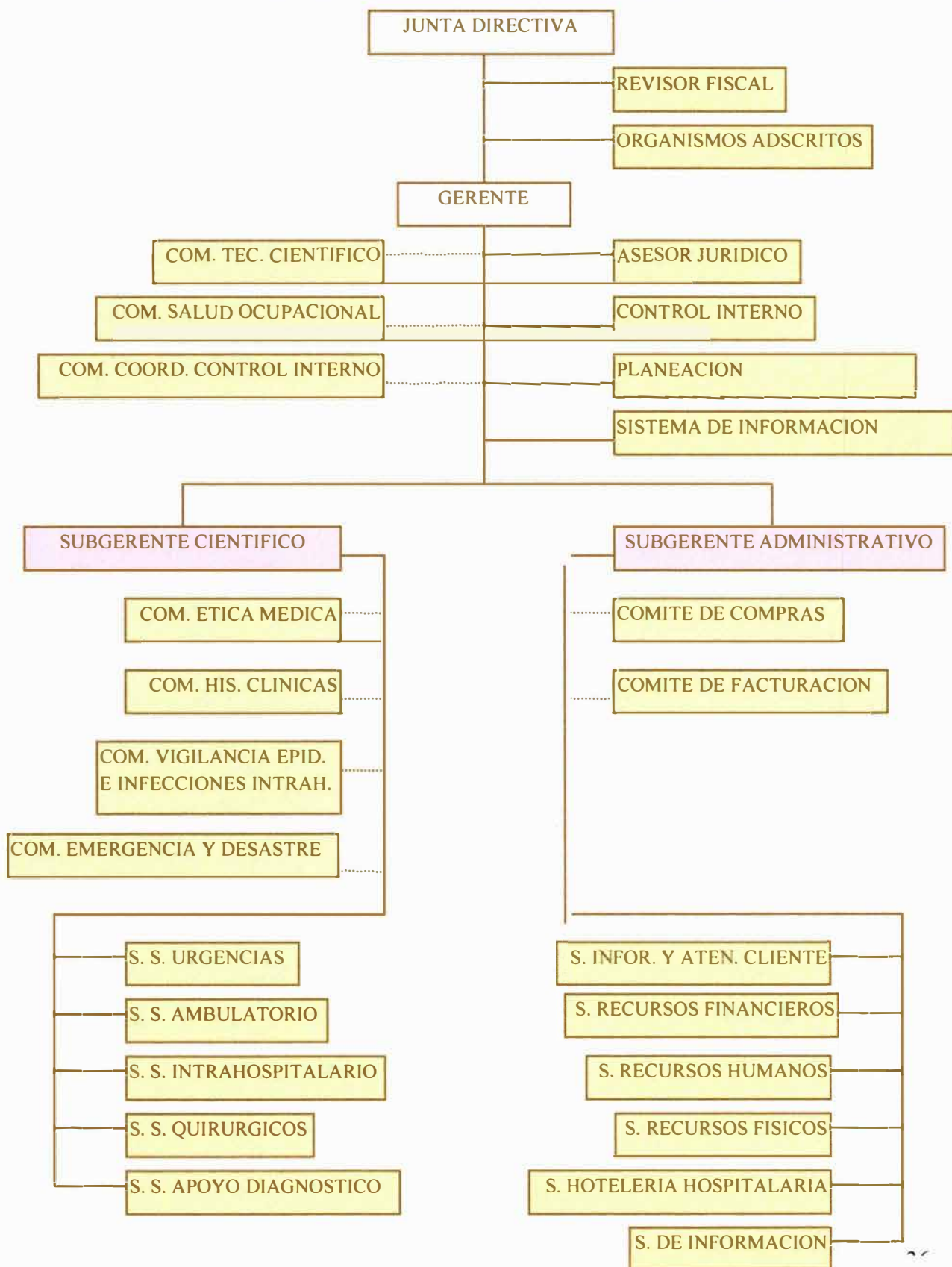
Dependiendo de la Junta Directiva se encuentra el Gerente, que tiene bajo su ámbito de autoridad en línea de staff y asesoría los órganos colegiados, entre los cuales se encuentran los comités : Técnico científico, salud ocupacional, coordinador de control interno y los asesores de jurídica, control interno, planeación y sistema de información. Los comités antes mencionados , se encuentran conformados pero no son funcionales.

En lo que respecta al área de atención al usuario, está establecido en la carta un Subgerente Científico que tiene bajo su ámbito de línea de staff y asesoría a los comités: De ética, historias clínicas, vigilancia epidemiológica e infección intrahospitalaria y emergencia y desastres. Al igual que lo anteriores se encuentran conformados pero no son funcionales.

Así mismo, esta área tiene bajo su línea directa de autoridad, los servicios de urgencias, ambulatorio, intrahospitalario, quirúrgico y apoyo diagnóstico.

En lo que se refiere al Área Logística, en la carta orgánica se ubica un Subgerente Administrativo, que tiene bajo su ámbito de línea de staff y asesoría los comités de compras y facturación; así mismo, de esta área dependen en línea jerárquica directa de comunicación y autoridad los servicios de información y atención al cliente, recursos financieros, recursos humanos, recursos físicos, hotelería hospitalaria e información.

CARTA ORGANICA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTANDER HERRERA DE PIVIJAY



PLANTILLA EVALUACIÓN DE LA OFERTA ESTRUCTURA ORGANICA

Estructura orgánica	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Existe organigrama	4	0.30	1.2
El organigrama posee líneas de coordinación	4	0.25	1.0
El organigrama posee líneas de asesoría	4	0.25	1.0
Su ubicación jerárquicas esta acorde con las normas internacionales	4	0.20	0.8
TOTAL	-	1.0	4.0

Calificación :

4 = Si el organigrama incluye todas las áreas básicas de acuerdo con los servicios que presta.

3 = Si se detectan algunos vacíos.

2 = Si se detectan vacíos muy importantes.

1 = Si no existe.

Interpretación:

1= malo.

2= regular

3= bueno

4= optimo.

Al analizar esta plantilla podemos concluir que la estructura orgánica es óptima.

ESTRUCTURA FUNCIONAL

En la ESE Hospital Santander Herrera existen manuales de función, por dependencia y cargo y dentro de estos especificados los requisitos por cargos los cuales no son conocidos por los funcionarios.

El manual de procedimientos administrativos, financieros y técnicos científicos existe pero al igual que los anteriores no son conocidos por los funcionarios por lo tanto no se ha verificado su implementación y mucho menos su constante revisión y modificación de los mismo.

PLANTILLA DE EVALUACIÓN DE LA OFERTA ESTRUCTURA FUNCIONAL

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación Ponderada.
Existe manual de funciones	4	0.10	0.40
Inducción del personal sobre funciones	1	0.10	0.10
Se evalúa cumplimiento	2	0.10	0.20
Existe manual de procedimientos en las áreas:			
Científica	4	0.10	0.40
Administrativa	4	0.10	0.40
Financiera	4	0.10	0.40
Inducción del personal de las áreas			
Científica	1	0.05	0.05
Administrativa	1	0.05	0.05
Financiera	1	0.05	0.05
Se evalúa cumplimiento en las áreas			
Científica	2	0.05	0.10

Administrativa	2	0.05	0.10
Financiera	2	0.05	0.10
Se revisan los manuales	1	0.10	0.10
Total		1.00	2.45

La calificación obtenida por la Institución es de (2.45), se considera que la estructura funcional es regular

RECURSO HUMANO DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

PLANTILLA DE EVALUACIÓN DE LA OFERTA RECURSOS HUMANOS

Recurso Humano	Número	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Administrativo				
Jefe de servicio	1	4	0.20	0.80
Secretaria	1	4	0.05	0.20
Coordinador de consulta externa	1	4	0.15	0.60
Jefe de Estadística	1	4	0.10	0.40
Auxiliar de facturación	1	4	0.05	0.20
Auxiliar de caja	1	4	0.05	0.20
Asistencial				
Médico general	2	1	0.20	0.20
Jefe de enfermería	1	4	0.15	0.60
Auxiliar de enfermería	2	4	0.05	0.20
TOTAL	11	-	1.00	3.40

La evaluación de Recurso Humano son adecuado pero falta optimizar la cantidad de los Médicos Generales.

RECURSOS FISICOS

Se encuentran tres (3) consultorios de Medicina General sin baños, de los cuales solamente dos son funcionales, además funciona el servicio de odontología, trabajo social y enfermería, cuenta con dos baños para el servicio de los usuarios en buenas condiciones.

Existe un área ampliada recientemente, para Consulta Externa en excelentes condiciones correspondientes a la Consulta de especialistas.

Los bienes muebles de la sala de espera de la Consulta Externa, son escasos, los existentes en madera son obsoletos, las sillas son en concreto, incómodas y antifuncionales y no brindan comodidad al usuario, además la ventilación es inadecuada.

La dotación de los consultorios es insuficiente en cuanto a instrumental médico se refiere, aunque las condiciones de los existentes son aceptables.

PLANTILLA DE EVALUACIÓN DE LA OFERTA RECURSO FISICO

Recurso físico	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Se cuenta con área de espera general	4	0.14	0.56
Se cuenta con unidad sanitaria para el área de espera	4	0.14	0.56
Equipamiento básico para cualquier consultorio			
Muebles de oficina básicos			
Escritorio	4	0.08	0.32
Tres (3) sillas	2	0.08	0.16
Canecas sencillas	4	0.08	0.32
Negatoscopio	4	0.08	0.32
Perchero	1	0.08	0.08
Teléfono	1	0.08	0.08

Intercomunicador con enfermería	1	0.08	0.08
Lavamanos	4	0.08	0.32
Secador de mano	1	0.08	0.08
Total		1.0	2.88
Muebles y equipos básicos para todo consultorio médico			
	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Mesa para examen general y ginecobstetrico	4	0.04	0.16
Escalerilla	4	0.04	0.16
Taburete giratorio sin espaldar	1	0.04	0.04
Lámpara cuello de cisne	4	0.04	0.16
Dos canecas de levante a pedal (para desechos biológicos y comunes)	1	0.04	0.04
Mesa auxiliar	4	0.04	0.16
Biombo	1	0.04	0.04
Perchero	1	0.04	0.04
Silla	4	0.04	0.16
Tensiometro	4	0.04	0.16
Fonendoscopio	4	0.04	0.16
Equipo de órgano	4	0.04	0.16
Bajalenguas	4	0.04	0.16
Termómetro rectal	1	0.04	0.16
Termómetro axilar	4	0.04	0.16
Linternas	4	0.04	0.16
Martillo de reflejo	1	0.04	0.16
Mesa con tallimetro	4	0.04	0.16
Guantes	4	0.04	0.16
Pinza de material	4	0.04	0.16
Pinza de disección	4	0.04	0.16
Tijera(para retiro de puntos	4	0.04	0.16
Pinza kelly	4	0.04	0.16
Cinta métrica	4	0.04	0.16
Carta de Snell	4	0.04	0.16
Total		1.00	3.52

El recurso físico es adecuado pero es necesario optimizar.

RECURSOS FINANCIEROS

Según el presupuesto de la E.S.E HOSPITAL SANTANDER HERRERA cuenta con disponibilidad en el rubro para inversión y funcionamiento de esta área, existe en la institución un centro de costo el cual no es funcional, por lo tanto no se puede evaluar si el servicio es rentable o no lo es.

PLANTILLA DE EVALUACIÓN DE LA OFERTA RECURSO FINANCIERO

Recurso financiero	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación Ponderada
Cuenta con presupuesto para funcionamiento	4	0.5	2.0
Cuenta con presupuesto para inversión	4	0.5	2.0
Si existe déficit presupuestal indicar el monto a la fecha			
Total		1	4.0

SISTEMA DE INFORMACIÓN

En la E.S.E se diligencia los indicadores de Eficiencia, Eficacia y Efectividad, definidos por el programa de mejoramiento de los servicios de salud, los cuales son manejados por estadísticas, son parcialmente conocido por el personal y no se toman decisiones a cerca de los mismo.

No se ha institucionalizado los informes periódicos de gestión por área y unidades funcionales, se informa verbalmente y por escrito en el caso de acciones puntuales y/o particulares ,tomando decisiones reactivas

PLANTILLA DE EVALUACIÓN DE LA OFERTA SISTEMA DE INFORMACIÓN

Sistema de información	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Cuenta con sistema de información para operación	3	0.33	0.99
Cuenta con sistema de información para toma de decisiones	1	0.33	0.33
Cuenta con sistema de información para control de gestión	1	0.33	0.33
Total		1.0	1.65

En la plantilla de evaluación de la oferta del sistema de información arroja una calificación ponderada de (1.65), lo cual indica que el Sistema de Información es inadecuado para la institución se recomienda implementarlo y desarrollarlo

PLANTILLA PARA INTEGRAR LOS COMPONENTE DE LA OFERTA

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación Ponderada
Estructura orgánica	4.00	0.05	0.200
Estructura funcional	2.45	0.10	0.245
Recursos humanos	3.40	0.25	0.850
Recursos físicos	3.20	0.25	0.800
Recursos financieros	4.00	0.25	1.000
Sistema de información	1.65	0.10	0.165
Total	-	1.0	3.260

Según la evaluación integral de los componentes de la oferta se concluye que es adecuada pero se debe optimizar especialmente el sistema de información.

PROCESOS

El servicio de Consulta Externa no cuenta con el diseño de flujogramas de procedimientos.

Existe un software de procesos de Consulta Externa los cuales no se han implementado, trayendo como consecuencia perdida de tiempo a los usuarios en al utilización del servicio.

PLANTILLA DE EVALUACIÓN, TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA EXTERNA

Para realizar la siguiente evaluación se tuvo en cuenta a los usuarios que asistieron a la consulta externa el día 22 de Marzo del 2001, cronometrando cada uno de los etapas del proceso desde la llegada a la institución hasta su salida. Se escogieron 8 usuarios al azar de los 32 pacientes que asistieron en el horario de 8:00 a.m- 12:00.

Nº Paciente	Central de citas	Caja	Facturación	Sala de espera	Consultorio	Total	Calific
1	16	12	19	20	9	76	2
2	10	15	12	25	8	70	3
3	14	10	16	18	5	63	3
4	20	12	8	24	10	74	3
5	8	8	10	10	12	48	4
6	25	5	12	33	6	81	2
7	15	6	6	18	15	60	3
8	16	9	8	15	14	62	3
Promedio	15.5	9.6	11.3	20.3	9.8	66.5	2.8

Calificación:

4= Menor de 60 minutos.

3= Entre 60 y 74 minutos.

2= Entre 75 y 89 minutos.

1= 90 y más.

Con el resultado anterior analizamos que el tiempo de espera para consulta externa es regular observándose que al paciente no se le dedica el tiempo reglamentario en la consulta y demora demasiado en la sala de espera, caja y facturación.

EVALUACIÓN DEL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS EN CONSULTA EXTERNA

Para la evaluación de esta plantilla se tuvo en cuenta el número de pacientes atendidos por dos médicos en la Consulta externa en un día los cuales en total atienden 64 usuarios diarios. Tomando una muestra representativa de este universo equivalente a 7 Historias Clínicas.

Nº Historias	Identif	Motivo consulta	Ant. Familiar	Ant. personales	Ex. Clínico	Ayuda Dx	Dx	Tto	Calif. Prom.
65400	70	100	30	50	40	70	100	50	63.7
37620	60	100	30	30	50	50	100	40	57.5
48200	90	100	40	50	30	40	100	60	63.7
55321	50	100	30	40	50	80	100	30	60.0
16345	80	100	50	40	50	80	100	50	68.7

39379	100	100	40	30	20	70	100	30	61.2
20300	60	90	30	50	100	60	100	80	71.2
% Comp	72.8	98.5	35.7	41.4	48.5	64.2	100	48.5	63.7
Calif.	2	3	1	1	1	1	4	1	2

Siendo la Historia Clínica un documento de mucha importancia donde se debe registrar de manera completa cada uno de sus componentes, nos damos cuentas que en la calificación

obtenida en la plantilla de evaluación no se esta diligenciando correctamente la Historia Clínica por parte de los médicos de consulta externa de esta institución.

El motivo de consulta y el diagnostico son los items mejor diligenciados en las historias escogidas al azar para realizar la evaluación.

PLANTILLA DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA

Para la evaluación de esta plantilla fue tenido en cuenta el número de usuarios remitidos en el mes de Febrero del 2001 los cuales fueron 80, tomando como muestra representativa el 10% de este universo equivalente a 8 usuarios. Para la evaluación de cada ítem de esta plantilla se tuvo en cuenta:

Diligenciamiento: si se llena en forma completa y legible cada una de las partes de la remisión .

Remisión justificada: Este ítem hace referencia a que si la patología concuerda con el servicio solicitado.

Uso adecuado de la red: Se refiere a la activación de la red para la remisión de los usuarios.

Contrarreferencia: Este ítem nos evalúa si es completa y trae el plan de seguimiento del usuario.

Nº H.C	Diligencia- miento	Remisión justificada	Uso adecuado de la red de servicio	Contrarre- ferencia	Calificación promedio
23.643	80	70	80	40	67.5

33.627	70	70	60	20	55
51.000	60	40	60	20	45
31.227	70	80	60	30	60
33.901	70	90	50	30	60
60.000	50	40	40	40	45
27.399	100	100	40	20	65
46.796	80	80	60	20	60
% comp.	72.5	71.2	56.2	27.5	57.1
Calif.	3	3	2	2	2

De acuerdo al resultado obtenido de **57.1** se da una calificación de **2** para el sistema de referencia de la E.S.E Hospital Santander Herrera .

PLANTILLA PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación Ponderada
Flujograma	1.0	0.10	0.10
Tiempo de espera	2.8	0.10	0.28
Sistema de referencia	2.0	0.20	0.40
Diligenciamiento de H:C:	2.0	0.30	0.60
Cumplimiento de protocolos	1.0	0.30	0.30
TOTAL	-	1.00	1.68

Analizando los procesos del servicio de consulta externa de la E.S.E.Hospital Santander Herrera que al realizar el ejercicio obtuvo una calificación de **1.68** la cual se considera mala, por lo tanto es necesario realizar un análisis lógico y preciso de cada uno de los procesos ,de las actividades y de las tareas asignando funciones por áreas y definir en forma precisa la conformación de los grupos de trabajo de estas, los cuales serán los encargados

de ejecutar los procesos que son de gran importancia para el mejoramiento de la calidad de atención.

RESULTADOS

Los resultados los mediremos mediante indicadores (concentración, utilización, rendimiento y oportunidad).

Concentración: Se define como el número de veces que se presenta un servicio sobre un mismo usuario.

$C = \frac{\text{N}^\circ \text{ consultas médicas general año}}{\text{Total personas atendidas por primera vez año}}$

$$C = \frac{15.029}{8.255} = 1.8$$

Fuente estadística H.S.H.

Se califica con estos criterios:

4= Menos de 1.5.

3= De 1.5 a 1.9.

2= De 2 a 2.4.

1= Igual o superior a 2.5

Calificación de 3

Con la calificación obtenida en el indicador de concentración se puede determinar que la población que asiste a consulta externa no es consultor crónico o que consulta por primera

vez y no regresa a la institución pero la experiencia nos indica que si lo es, aquí se podría estar hablando de una desviación del resultado debido al deficiente sistema de información.

Utilización: Se refiere al porcentaje de recursos disponibles utilizados.

$U = \text{N}^\circ \text{ de consultorio} \times 32 \text{ consultas/día} \times 244 \text{ días}$

$U = 2 \times 32 \times 244 = 15.616 \text{ (Productividad observada).}$

Productividad observada

$\text{Productividad esperada} \times 100 = \frac{15.616}{44.661} \times 100 = 34.9\%$

Se califica con los siguientes criterios.

4= Del 100% al 104%

3= Del 95% al 99%

2= Del 90% al 94%

1= Menos del 90%

Calificación de 1

Esta calificación se produce por que la demanda esperada para el año 2000 es de 44.661 usuarios compuesta por la población sisbenizada y la población afiliada al régimen subsidiado, de acuerdo a este resultado se concluye que no se satisface la demanda esperada por lo cual se necesita optimizar en cantidad en recurso humano.

Rendimiento:

$$R = \frac{\text{Nº de consultas en el período (año)}}{\text{Nº de horas laboradas}}$$

$$R = \frac{15.029}{3.904} = 3.8$$

Se califica con los siguientes criterios

4= De 4 a 4.50.

3= De 3.5.a.3.9.

2= De 3.0 a 3.49.

1= Menos de 3.0.

Calificación de 3

El resultado de **3.8** es positivo para la institución puesto que la norma contempla que un médico general debe atender 4 pacientes en una hora.

Oportunidad:

O= Fecha de atención – Fecha de solicitud

En la E.S.E H.S.H Las citas son otorgadas en un tiempo menor de 24 horas

Se califica con los siguientes criterios.

4. Menor de 24 horas.

3. Entre 24 y 47 horas.

2. Entre 48 a 71 horas

1. De 72 horas y más.

Calificación 4, según el resultado la oportunidad de la citas es optima

PLANTILLA DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Concentración			
Consulta médica general	3	0.25	0.75
Utilización			
Consulta médica general	1	0.25	0.25
Rendimiento			
Consulta médica general	3	0.25	0.75
Oportunidad			
Consulta médica general	4	0.25	1.00
TOTAL	-	1.00	2.75

Al evaluar los Indicadores de Resultados observamos una calificación de **2.75** concluimos en la E.S.E H.S.H a la evaluación de resultados es regular, indicando que se deben tomar correctivos para optimizarlos.

IMPACTO

$$\text{Satisfacción del usuario} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de personas satisfechas}}{\text{Número de personas atendidas}} \times 100\%$$

En la institución no se realizan encuesta de satisfacción al usuario , realizamos encuestas de satisfacción a 32 usuarios que asistieron a consulta externa médica el día 20 de Marzo del 2001 y el resultado obtenido fue el siguiente:

20 personas satisfechas, aplicando la formula observamos:

$$S.U = \frac{20}{32} \times 100 = 62.5$$

Este resultado equivale a una calificación de **2** , de ahí la importancia de implementar las encuestas de satisfacción al usuario y así conocer sus inquietudes y poder mejorar el servicio.

Satisfacción de los proveedores de servicios de salud o clientes internos:

$$S.P.S.S = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de trabajadores satisfechos}}{\text{N}^{\circ} \text{ de trabajadores de la institución}} \times 100$$

La institución cuenta con 110 trabajadores, para el estudio se escogieron los 11 trabajadores del servicio de consulta externa, la cual es una muestra representativa ya que corresponde al 10% del universo.

Al realizar las encuestas el resultado obtenido fue el siguiente: **5** trabajadores satisfechos, realizaremos el ejercicio para tener la calificación del indicador:

$$\text{S.P.S.S.} = \frac{5}{110} \times 100 = 45 \%$$

Lo anterior equivale a una calificación de **1**, esta información es de especial importancia, ya que se debe satisfacer las necesidades de los clientes internos y de esta manera mejorar la calidad de los servicios de salud brindados por la institución.

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Satisfacción del usuario			
Consultorios de medicina general	2	0.50	1.00
Satisfacción de proveedores	1	0.50	0.50
TOTAL	-	1.00	1.50

PLANTILLA PARA LA EVALUACIÓN GLOBAL EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación Ponderada
Contexto	3.00	0.05	0.150
Demanda	3.20	0.05	0.160
Oferta	3.26	0.15	0.163
Procesos	1.68	0.25	0.420
Resultados	2.75	0.15	0.412
Impacto	1.50	0.35	0.525
Calif. Global dela calidad	-	1.00	1.83

De acuerdo a la evaluación realizada a la calidad de la atención en salud en el servicio de consulta externa se concluye que es mala.

**MATRIZ DOFA DE LA E.S.E HOSPITAL SANTANDER HERRERA DE PIVIJAY
DERIVADA DEL MODELO DOPRI.**

DEBILIDADES:

- Escaso desarrollo de los procesos y procedimientos en las áreas científicas, administrativas y financieras.
- Falta de optimización del recurso humano y físico .
- Falta de un sistema de información estadísticos confiable y automatizado.
- Tiempo prolongado en la sala de espera, central de citas, caja y facturación
- Tiempo dedicado a la atención medica insuficiente
- Diligenciamiento incompleto de las Historias Clínicas.
- El sistema de referencia y contrarreferencia no es utilizado correctamente.
- No existen protocolos de manejo.
- Talento humano desmotivado por retraso en el pago de salario y de las prestaciones sociales.

FORTALEZAS:

- Única institución en el área de cobertura que presta primer y segundo nivel de atención.
- Lote de terreno amplio potencialmente utilizable.
- Estructura orgánica adecuada para las diferentes dependencias.
- Recursos financieros disponibles para inversión y funcionamiento.

OPORTUNIDADES:

- Demanda progresiva de los servicios de consulta externa, debido al aumento de la violencia socio-política.
- Posibilidad de contratos institucionales.
- Recursos financieros del Ministerio de Salud y del Fondo de Regalías para proyectos de inversión en el sector salud.

AMENAZAS:

- Reinvenciones de la institución hospitalaria que implica supresión de cargos y aumento de desempleos.
- Competencia: Creación de I.P.S. privadas de consulta externa.
- Disminución del Situado Fiscal para el Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Descentralización del sector salud municipal.

ESTRATEGIAS:

- Preparación y evaluación de proyectos de inversión para obtener recursos y así reordenar institucionalmente y biotecnológicamente a la E.S.E. Hospital Santander Herrera de Pivijay.
- Impulso y desarrollo de contratación con otras entidades.
- Aprovechar la demanda progresiva.
- Reordenamiento del Talento Humano y la diversificación de los servicios asistenciales que permitan mejorar la cobertura.
- Reubicación de la consulta externa en las áreas recientemente remodeladas de la E.S.E. para brindar un mejor servicios a los usuarios.
- Implementación y consolidación del sistema de información de la E.S.E. que sea útil para la adecuada toma de decisiones.
- Implementar el sistema de Garantía de la Calidad en la E.S.E

CONCLUSIONES:

Al realizar la evaluación del servicio de Consulta Externa de la E.S.E, concluimos que :

- posee muchas falencias en la Calidad de la atención en salud lo cual es inadecuado para su funcionamiento, repercutiendo en la atención brindada a los usuarios.
- El resultado de la demanda esperada en nuestra auditoria al departamento de consulta externa médica general E.S.E H.S.H deja ver que existe gran diferencia entre la demanda esperada y la observada. Y se concluye que hay una inasistencia por parte de los demandante del Hospital Santander Herrera.
- La institución cuenta con una buena estructura orgánica que debe ponerse en practica.
- Cuenta con una estructura Funcional regular, donde se dar a conocer el manual de funciones al igual que el manual de procedimientos.
- Los recursos físicos son adecuados pero deben optimizarse para un mejor funcionamiento
- La institución cuenta con un buen recurso financiero para funcionamiento e inversión.

- El sistema de información es inadecuado y se debe implantar y desarrollar.
- Los tiempos de espera en las diferentes áreas del proceso son prolongado dando lugar a una atención médica insuficiente.
- El sistema de referencia de la institución es utilizado de manera inadecuado.
- Existen muchas fallas en el diligenciamiento de historias clínicas de la consulta externa médica
- No existen protocolos de manejo
- Existe buena oportunidad al acceso de citas médicas establecidas.
- El rendimiento en la consulta médica general es buena.
- La satisfacción del usuario y los prestadores de servicios de salud es regular.
- Existen posibilidades de nuevas contrataciones.
- Al utilizar la matriz DOPRI para realizar este estudio notamos que deja muchos vacíos al evaluar los aspectos cualitativos de las diferentes áreas.

RECOMENDACIONES:

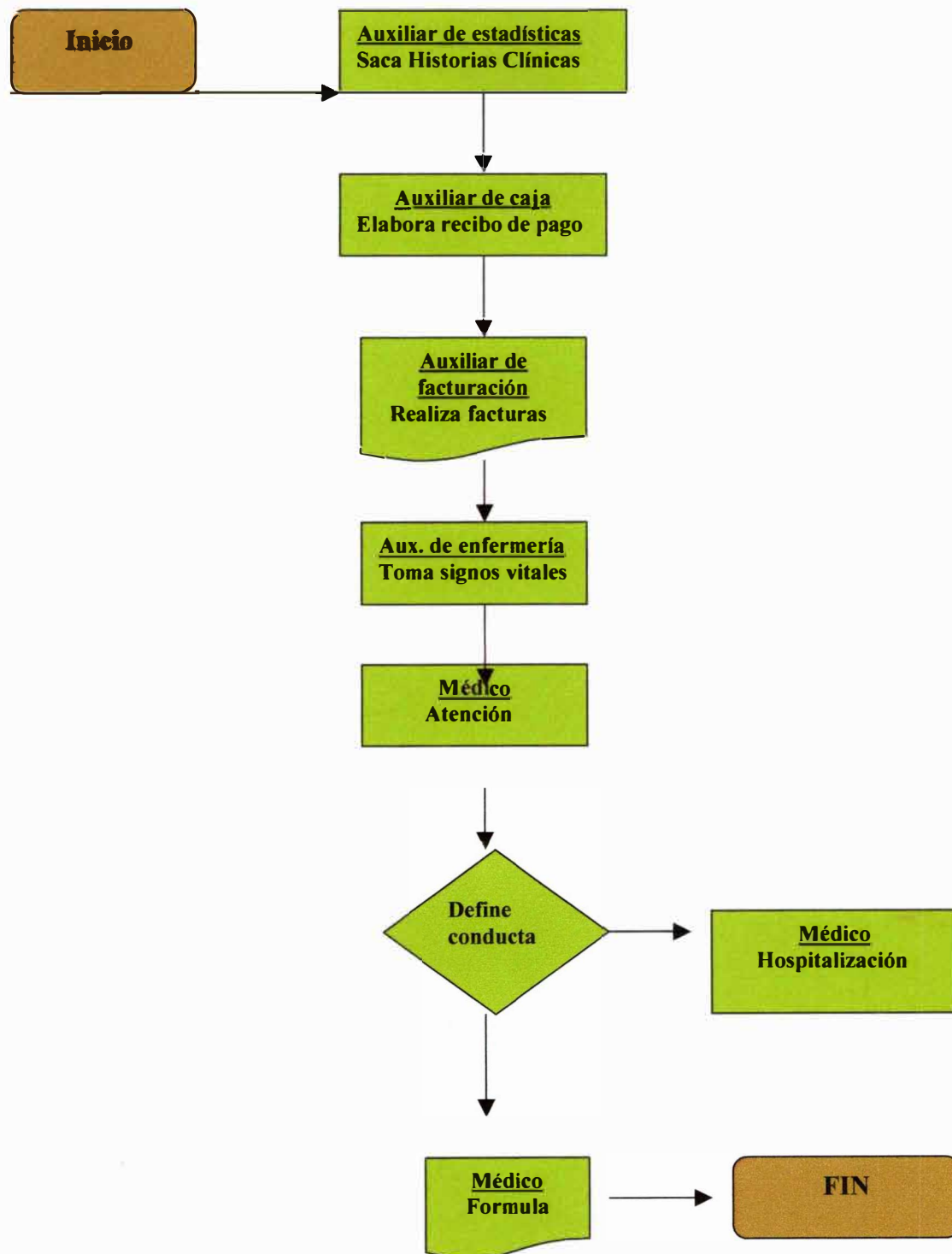
- Crear la auditoria interna para así diseñar, implementar y desarrollar el Sistema de Garantía de la Calidad de la E.S.E, y a la vez instaurar un programa de Mejoramiento Continuo que requiera de un plan claro que integre y apoye las estrategias de la E.S.E.
- Asegurar la Calidad de los procesos y procedimientos en general , en el servicio de Consulta Externa estableciendo en qué consiste el proceso, donde comienza y donde termina, cómo se da la interrelación entre los funcionarios y las áreas que ejecutan un proceso, e identificar los instrumentos y los mecanismos que hacen que los procesos fluyan por las diversas áreas funcionales.

PLAN DE ACCION:

Debido a la mala calificación obtenida por la institución en la evaluación realizada se hace necesario implementar un plan de acción que permita mejorar las falencias existentes y así prestar un servicio optimo.

Para la realización de este plan de acción se deben ejecutar las siguientes actividades:

- Diseñar e implementar el flujograma del servicio de Consulta externa, frente a la falencia de este , se le recomienda el siguiente flujograma con el que consideramos se reducirían los tiempos de esperar en las diferentes parte del área de consulta externa.



- Dar a conocer a los prestadores del servicio de Consulta Externa los manuales de funciones, por dependencia y cargo al igual que los manuales de procedimientos administrativos, financieros y técnico-científicos, para así implementarlos (**Archivo H.S.H**).
- Realizar en forma paralela la optimización del recurso humano y físico. Para optimizar el recurso humano en cuanto a la cantidad se debe tener en cuenta la demanda esperada y en acto seguido la Calidad de la atención implementarle programas de capacitación de las normas vigentes relacionadas con la Calidad. El recurso físico se optimiza consiguiendo los diferentes elementos necesarios para completar la dotación de cada una de las partes que conforman el área de consulta externa teniendo en cuenta la disponibilidad financiera para ello.
- Para implementar un eficiente sistema de información se debe Adquirir un software que permita manejar y mejorar la información siendo esta valida, confiable y oportuna para la toma de decisiones, operación y gestión gerencial.
- Fomentar la cultura del buen diligenciamiento de las Historias Clínicas así como el uso adecuado de la red de referencia y contrarreferencia, mediante programas de educación médica continuada.

- Diseñar e implementar los protocolos de manejo teniendo en cuenta las 10 primeras causas de morbilidad en la Consulta Externa médica general contemplados en la resolución 3384 del 2000.

ANEXOS

MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LIQUIDOS

DESECHOS HOSPITALARIOS:

Son todos aquellos elementos residuales sólidos, líquidos o gaseosos derivados de las actividades normales del hospital. Están constituidos por aquellos residuos habituales de la institución como entidad que alberga a un gran grupo de personas y por los desechos propios o específicos de su actividad de prestación de servicios de salud.

Estos desechos deben ser debidamente reciclados, dispuestos, almacenados y finalmente sometidos a procesos de reciclaje e incineración o disposición final de relleno sanitario según las normas legales vigentes y los recursos de la institución.

RESIDUOS SÓLIDOS:

Se entiende como residuos sólidos entre otros los siguientes: Vidrio, metal, telas, papeles, plásticos, químicos, materiales de construcción, madera y alimentos.

Los residuos sólidos son importantes por que su utilización significa polución y su reutilización ayuda de manera específica a conservar la ecología.

PLANTILLA DE EVALUACIÓN DE CONTROL DE RESIDUOS SÓLIDOS

Control de residuos sólidos	0	1	2	3	4
Los residuos sólidos no infectados tienen un destino específico Según sean: Vidrio, metal, papel, plásticos, residuos de construcción etc.			X		
Los desperdicios de comida tienen un tratamiento separado.				X	
Los elementos, residuos y desechos infectados o potencialmente infectados o peligrosos se manejan en forma separada y adecuadamente según normas específicas establecidas.			X		
Se reutiliza el papel para emplearlo en libretas borrador.	X				
Se venden o se donan los diferentes residuos.	X				
Sólo una mínima parte de los residuos se entregan como basura.		X			
Se controla el tipo y cantidad de residuos producidos por el hospital en cada dependencia y por clasificación o tipo.	X				
Se tienen sitios específicos para la recepción y clasificación de los residuos.		X			
Se tiene un control adecuado sobre el estado sanitario de los desechos.		X			
Se llevan estadísticas por venta de los desechos.	X				
Existe una campaña de reducción de las cantidades por periodos.	X				
Existe una campaña de reducción de empaques.	X				
Existe una campaña de reducción de residuos.	X				
Se reutilizan los manteles como servilletas, bolsas de lavanderías, delantales etc.	X				
Existe un plan para reducir los consumos de papel.	X				
Disminuye gradualmente el uso de materiales peligrosos donde es posible.			X		

RESIDUOS LIQUIDOS Y EMANACIONES

Hacen referencia a las descargas de sustancias liquidas o gaseosas bien sea al agua o al aire y en ocasiones a la tierra, que afectan la ecología o que son peligrosas para la salud, tales como: Descargas de cañerías, humo o vapores de motores, presencia de químicos o material radioactivo en desagües , escapes en depósitos y líneas de conducción de líquidos y gases.

PLANTILLA DE EVALUACIÓN DEL CONTROL DE RESIDUOS LIQUIDOS Y EMANACIONES

Control de Residuos líquidos y Emanaciones	0	1	2	3	4
Se tienen registros y estadísticas legales actualizados De las sustancias peligrosas	X				
Se han identificado las fuentes y cantidades de desechos y se han cuantificado			X		
Se tiene un claro conocimiento del tratamiento y destino de las descargas que van a las cañerías				X	
Se conoce y cumple la legislación y demás normas establecidas sobre concentraciones toxicas evacuadas por las cañerías o de emanaciones en caso de gases	X				
Se hace tratamiento a los desechos antes de descargarlos en corriente de agua	X				
Se tienen procedimientos adecuados para el control y la auditoria de los desechos líquidos y gaseosos	X				
Se utiliza filtros, químicos u otros procedimientos técnicos autorizados para el almacenamiento de líquidos que disminuyan la concentración de tóxicos antes de su evacuación		X			
Se tienen instalados equipos de filtración y de purificación en los ductos de evaluación de gases	X				
Existen detectores de escapes en los tanques de almacenamiento de combustible o gases	X				
Cuando son necesarios existen sistemas de tratamiento de aguas			X		

Se tienen filtros de carbón en los extractores de aire y otros gases	X				
Se emplea en forma adecuada, combustible libre de plomo	X				
Se diferencian por colores las tuberías y tanques según el contenido y peligrosidad de los líquidos o gases que contienen	X				
Existen planes para reducir o eliminar las concentraciones de sustancias peligrosas en líquidos o gases de desecho	X				
Se tienen los permisos legales necesarios para descargar productos peligrosos	X				
Están controlados los olores y la polución de los desechos líquidos o gaseosos			X		

Como se puede observar en la evaluación realizada en el control de residuos sólidos y líquidos en la E.S.E H.S.H es inadecuado, por lo que se hace necesario implementar el programa de control de desecho hospitalario.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E H.S.H

Fecha _____

Le agradecemos diligenciar este formato, seleccionando con una X la respuesta. Recuerde que sus ideas permitirán mejorar nuestros servicios para el beneficio de todos.

1.

Trato recibido de las siguientes personas	Bueno	Regular	Malo
Central de citas			
Auxiliar de caja			
Auxiliar de facturación			
Auxiliar de enfermería			
Medico			

2. El tiempo de espera para ser atendido en el servicio fue:

- **Adecuado** _____
- **Prolongado** _____

3. En cuanto a la presentación y dotación del servicio es:

- Buena_____
- Regular_____
- Mala_____

4. Los tramites para obtener fueron:

- Adecuado_____
- Prolongado_____

5. ¿ Quedó satisfecho con el servicio ?

- SI_____
- No_____

6. ¿ Volverá a utilizar nuestros servicios ?

- Si_____
- No_____

7. ¿ Qué sugerencias daría usted para mejorar los servicios requeridos ?

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE
SALUD DE LA E.S.E H.S.H.**

Dependencia _____ **Fecha** _____ **Encuesta No** _____

Cargo _____ **Tiempo de Vinculación** _____

1. ¿ Cómo califica el ambiente físico donde realiza su trabajo ?

• **Bueno** _____ **Regular** _____ **Malo** _____

2. ¿ Cómo califica la disponibilidad de los elementos esenciales para realizar su trabajo?

• **Bueno** _____ **Regular** _____ **Malo** _____

3. ¿ Cómo califica su satisfacción con las funciones que desempeña ?

• **Bueno** _____ **Regular** _____ **Malo** _____

4. ¿ Cómo califica las relaciones con los superiores ?

• **Bueno** _____ **Regular** _____ **Malo** _____

5. ¿ Cómo califica la relación con los trabajadores ?

• Bueno _____ Regular _____ Malo _____

6. ¿ Cómo califica las relaciones con los subalternos ?

• Bueno _____ Regular _____ Malo _____

7. ¿ Cómo califica los estímulos de la institución para el desempeño del cargo ?

• Bueno _____ Regular _____ Malo _____

8. ¿ Cómo califica la remuneración que recibe por su trabajo ?

• Bueno _____ Regular _____ Malo _____

9. ¿ Qué recomendaciones haría para mejorar el ambiente de trabajo y el clima organizacional de la institución?



PLANTILLA DE EVALUACIÓN DEL RECURSO HUMANO

Indicador	1	2	3
Nivel individual			
¿ La institución tiene en cuenta para la incorporación del personal los requisitos y el perfil para la asignación del cargo?			
¿ La educación y la experiencia son requeridas para asumir un cargo?			
¿ Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal?			
¿ Se realiza evaluación periódica de la capacitación impartida?			
¿ se tiene en cuenta la percepción del personal que labora en la institución para la toma de decisiones?			
¿El personal tiene sentido de pertenencia con la institución?			
¿ El personal es fiel a los principios morales, a la verdad y a los compromisos con las personas?			
¿ Cumple con la normas éticas y legales de la institución?			
¿ Afronta las situaciones en forma racional, equilibrada y ecuánime?			
¿ Existen condiciones favorables para desempeñar el trabajo?			
¿ Se siente recompensado por el trabajo realizado?			
¿ Mantienen buenas relaciones interpersonales en el área de trabajo?			
¿ Se siente altamente motivado por la institución para el desempeño de sus funciones?			
¿ La institución reconoce los logros para la promoción y progreso del personal?			
Nivel grupal			
¿ Existen grupos de trabajo dentro de su área de responsabilidad y se tienen en cuenta para la toma de decisiones?			

¿ Dentro de su área conforman equipos de trabajo para obtener mayor desempeño?			
¿ Considera que su grupo de trabajo mantiene el liderazgo dentro de la institución?			
¿ El liderazgo de su institución sostiene procesos de cambio?			
¿ El liderazgo de su institución genera confianza?			
¿ Existe un liderazgo visionario?			
¿ En la institución existe liderazgo causativo? (Genera iniciativas y desarrolla programas relacionados con la misión)			
¿ En la institución existe liderazgo organizativo? (Pone en orden los recursos, estrategias, acciones y voluntades)			
¿ Existe un proceso de comunicación y dialogo permanente con el personal?			
¿ Existen políticas a largo plazo que permiten condiciones de trabajo eficientes, armoniosas y seguras?			
¿ Existe justicia y seguridad en la administración de la disciplina cuando se violan las reglas?			
¿ Las acciones disciplinarias son tomadas por la justa causa y para defender a la institución?			
¿ Se han presentado conflictos en los grupos de trabajo?			
¿ Estos conflictos han mejorados el desempeño de grupo?			
Nivel estructural organizacional			
¿ Las tareas son agrupadas en departamentos funcionales?			
¿ La autoridad es centralizada?			
¿ La toma de decisiones sigue la cadena de mando?			
¿ Es su institución una organización virtual? (Una pequeña organización centrada que controla externamente sus principales funciones para la mayoría de las funciones de negocios)			
¿ Es su institución una organización sin fronteras? (Organización que busca eliminar la cadena de mando, reemplaza los departamento con equipos facultados)			

¿ Es su institución un modelo clásico? (Caracterizada por una departamentalización extensiva, alta formación, red de información limitada y centralizada)			
¿ Es su institución un modelo de equipos? (Estructura plana que utiliza equipos interfuncionales, red amplia de información, se apoya en la toma de decisiones participativa)			
¿ Utiliza su empresa estrategias de innovación?			
¿ Evita su empresa los gastos innecesarios, como estrategia de minimización de costos?			
¿ Aplica si institución el beis marketing ¿			
¿ En su institución existe una cultura organizacional?			
¿ existen subculturas o miniculturas dentro de la organización?			
¿ El personal es dado al cambio?			
¿ cuando se presenta resistencia al cambio la gerencia adopta un plan de contingencia para contrarrestar esta situación?			
TOTAL			

Indicador	Calificación (1-3)	Ponderación	Calificación ponderada
Nivel individual		0.33	
Nivel grupal		0.33	
Estructura organizacional		0.33	
TOTAL		1.00	

Para la evaluación de esta plantilla se tienen en cuenta tres ítem:

1= no

2= parcialmente.

3= total.

La interpretación de la calificación es:

1= El talento humano es regular.

2= El talento humano es optimo.

3= El talento humano es excelente.

**ANÁLISIS FINANCIERO DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTANDER HERRERA DE
PIVIJJAY**

**ANÁLISIS VERTICAL
BALANCE GENERAL**

	1.999		2.000	
ACTIVO				
A. CORRIENTE				
CAJA	256	0.02%	1526	0.10%
BANCOS	90.568	6.49%	70.355	4.53%
INVERSIONES	10.000	0.72%	10.000	0.64%
CUENTAS POR COBRAR	148.864	10.67%	192.119	12.36%
INVENTARIOS	4.540	0.33%	5.650	0.36%
TOTAL CORRIENTE	254.228	18.23%	279.650	17.99%
ACTIVOS NO CORRIENTES				
TERRENOS	11.503	0.82%	12.653	0.81%
EDIFICACIONES	500.038	35.85%	500.038	32.17%
EQUIPO MEDICO	488.209	35.00%	650.320	41.84%
MUEBLES Y ENSERES	94.091	6.75%	121.351	7.81%
EQUIPO DE COMPUTACION	55.994	4.01%	60.350	3.88%
EQUIPO DE TRANSPORTE	127.580	9.15%	129.530	8.33%
EQUIPO DE COMEDOR	10.733	0.77%	9.631	0.62%
DEPRECIACIÓN ACUMULADA	- 167.608	- 12.02%	- 234.690	- 15.10%
MATERIALES Y SUMINISTROS	20.126	1.44%	25.552	1.64%
TOTAL NO CORRIENTE	1.140.666	81.77%	1.274.735	82.01%

TOTAL ACTIVO	1.394.894	100.00%	154.385	100.00%
PASIVO				
PASIVO CORRIENTE				
PROVEEDORES NACIONALES	50.349	5.02%	43.350	4.26%
CONTRATISTAS	34.866	3.48%	12.152	1.20%
ACREEDORES VARIOS	298.850	29.81%	217.000	21.35%
RETENCION EN LA FUENTE	18.139	1.81%	15.135	1.49%
CONTRIBUCIONES POR PAGAR	6.459	0.64%	-	-
SALARIOS POR PAGAR	204.184	20.37%	250.136	24.61%
TOTAL CORRIENTE	612.847	61.13%	537.773	52.91%
PASIVO NO CORRIENTE				
PRESTACIONES POR PAGAR	389.684	38.87%	478.652	47.09%
TOTAL PASIVO	1.002.531	100.00%	1.016.425	100.00%
PATRIMONIO				
PATRIMONIO INSTITUCIONAL	392.363	100.00%	537.960	100.00%
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	1.394.894	100.00%	1.554.385	100.00%

**ANÁLISIS HORIZONTAL
BALANCES COMPARATIVOS**

ACTIVO	1.999	2.000	Aumento o disminución
ACTIVO CORRIENTE			
CAJA	256	1.526	1.270
BANCOS	90.568	70.355	-20.203
INVERSIONES	10.000	10.000	0
CUENTAS POR COBRAR	148.864	192.119	43.256
INVENTARIO	4.540	5.650	1.110
TOTAL CORRIENTE	254.228	279.650	25.422
ACTIVOS NO CORRIENTES			
TERRENOS	11.503	12.653	1.150
EDIFICACIONES	500.038	500.038	0
EQUIPO MEDICO	488.209	650.320	162.111
MUEBLES Y ENSERES	94.091	121.351	27.260
EQUIPO DE COMPUTACION	55.994	60.350	4.356
EQUIPO DE TRANSPORTE	127.580	129.530	1.950
EQUIPO DE COMEDOR	10.733	9.631	1.102
DEPRECIACIÓN ACUMALADA	-167.608	-234.690	-67.082
MATERIALES Y SUMINISTROS	20.126	25.552	5.426
TOTAL NO CORRIENTE	1.140.666	1.274.735	134.069
TOTAL ACTIVO	1.394.894	1.554.385	159.491
PASIVO			
PASIVO CORRIENTE			
PROVEEDORES NACIONALES	50.349	43.350	-6.999
CONTRATISTAS	34.866	12.152	-22.714

ACREDORES VARIOS	298.850	217.000	-81.850
RETENCION EN LA FUENTE	18.139	15.135	-3.004

CONTRIBUCIONES POR PAGAR	6.459	-	-6.459
SALARIOS POR PAGAR	204.184	250.136	45.952
TOTAL CORRIENTE	612.847	537.773	-75.074
PASIVO NO CORRIENTE			
PRESTACIONES POR PAGAR	389.684	478.652	88.968
TOTAL PASIVO	1.002.531	1.016.425	13.894
PATRIMONIO			
PATRIMONIO INSTITUCIONAL	392.363	537.960	145.597
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	1.394.894	1.554.385	159.491

ESTADO DE RESULTADOS
A 31 DE DICIEMBRE DEL 2000

INGRESOS:		
SERVICIOS DE SALUD		173.638
TRANSFERENCIAS		104.310
SITUADO FISCAL		152.000
TOTAL INGRESOS		429.948
MENOS GASTOS		
COSTOS POR SERVICIO	340.917	
GASTOS GENERALES	66.871	407.788
UTILIDAD DEL EJERCICIO		22.160

RAZONES DE LIQUIDEZ

RAZON CORRIENTE

$$\text{Razón Corriente} = \text{Activo Corriente} / \text{Pasivo Corriente} = \frac{279.650}{537.773} = 0.52 \%$$

Significa que a la E.S.E. No le alcanza el Activo Corriente para cubrir las obligaciones a corto plazo, debido a que por cada peso que debe, está respaldado únicamente por 0.52 centavos, es decir, que para cumplir las obligaciones a corto plazo debe prestar 0.48 centavos o debe vender los activos para poder cubrir estas obligaciones, lo que significa que la Razón Corriente es totalmente deficiente ya que esta es eficiente cuando está por encima de dos.

RAZON DE TESORERIA

$$\text{Razón de Tesorería} = \text{Activo Monetario} / \text{Pasivos} = \frac{274.000}{537.773} = 0.50 \%$$

Esta es igual a la anterior debido a que los inventarios no significativos en la base de los activos corrientes, lo ideal es que la Razón de Tesorería debe ser igual o superior a uno, para esta E.S.E. La situación de disponibilidad de fondos es crítica ya que para pagar un peso solo cuenta con 0.50 centavos.

INVENTARIO A CAPITAL DE TRABAJO

$$\begin{aligned}\text{Inventario a Capital de Trabajo} &= \text{Inventario} / \text{Activo Corriente} - \text{Pasivo Corriente} \\ &= \frac{5.650}{-258.123} = -2.19\%\end{aligned}$$

Hay que decir que la E.S.E. Está en una situación crítica ya que no tiene capital de trabajo, por lo cual es difícil para desarrollar las actividades propia de ella.

RAZON DE COBRO

$$\begin{aligned}\text{Razón de Cobro} &= \text{Cuentas por Cobrar} \times 365 / \text{Ingresos Netos de Operación} \\ &= \frac{192.119}{429.948} = 163.10 \text{ días.}\end{aligned}$$

La cartera superior a cinco meses es contraproducente.

RAZON DE CREDITO

$$\begin{aligned}\text{Razón de Crédito} &= \text{Cuentas por Pagar a Corto Plazo} \times 365 \text{ días} / \text{Ingresos Netos de Operación} \\ &= \frac{85.215}{429.948} = 72.34 \text{ días.}\end{aligned}$$

Frente al cumplimiento con los proveedores, el tiempo para cancelarles es de 2.5 meses; se debe mejorar la política de cobro para poder oxigenar a la E.S.E.

RAZONES DE ENDEUDAMIENTO O APALANCAMIENTO

$$\text{RAZON DE SOLVENCIA} = \text{Patrimonio} / \text{Pasivo Total} = \frac{537.960}{1.016.425} = 53 \%$$

$$\begin{aligned} \text{RAZON DE ENDEUDAMIENTO} &= \text{Deuda total} / \text{Activo Total} = \frac{1.016.425}{1.554.385} \\ &= 65 \% \end{aligned}$$

Estas demuestran que la ESE está altamente financiada por sus acreedores, es decir, está operando con recursos con terceras personas. Se puede observar que los acreedores tienen la mayor participación en los activos de esta; el endeudamiento oscila entre el 53 – 65%, se debe bajar este porcentaje ya que ofrece a los proveedores inseguridad para cumplir con los compromisos.

RAZONES DE EFICIENCIA OPERATIVA

ROTACIÓN DE CARTERA = Cuentas por pagar x 365 días / valor de los servicios prestados a crédito. $= \frac{192.119}{340.917} = 206 \text{ días}$

Para poder comparar esta rotación se tiene que tener en cuenta, cual es el tiempo que los clientes deben cancelar a la ESE los servicios prestados a crédito, si tenemos en cuenta que esta ESE presta servicios a las ARS el tiempo es de tres meses, frente a este indicativo encontramos que la cartera esta deficiente, frente al cumplimiento del pago de los clientes ya que la Razón muestra mas de seis meses y la rotación frente a lo esperado es de tres meses.

ROTACIÓN DE INVENTARIOS

ROTACIÓN DE INVENTARIOS = Valor de inventarios x 365 días / Activo Total
 $= \frac{31.302}{1.554.385} = 7.33 \text{ días}$

Hay desabastecimiento por que es inferior a treinta días, stock de medicamentos demasiado deficiente frente a la operación en salud.

ROTACIÓN DE EXISTENCIA = Valor al costo de ventas / valor de Inventarios
 $= \frac{340.917}{31.212} = 11 \text{ al año}$

ROTACIÓN DE ACTIVOS FIJOS.

$$\text{ROTACIÓN DE ACTIVOS FIJOS} = \text{Ventas Netas} / \text{Activos Fijos} = \frac{429.948}{1.249.183} = 0.34$$

ROTACIÓN DE ACTIVOS TOTALES.

$$\begin{aligned} \text{ROTACIÓN DE ACTIVOS TOTALES.} &= \text{Ventas} / \text{Activos Totales} = \frac{429.948}{1.154.385} \\ &= 0.28 \end{aligned}$$

Lo anterior nos demuestra que la ESE esta subutilizado la propiedad física frente a la operación de sus ejercicios. Se tiene que analizar que tanto pueden contribuir ciertos bienes en la venta de servicios. Ya que la ESE se puede convertir en una gran cede sin producción.

La ESE debe salir de activos que no generan utilidad e invertir en activos que si lo hagan.

RAZONES DE RENTABILIDAD

$$\begin{aligned} \text{MARGEN DE UTILIDAD} &= \text{Utilidad después de impuestos} / \text{Ingresos Netos} \\ &= \frac{22.160}{429.948} = 5\% \end{aligned}$$

El margen de Utilidad es muy bajo, considerando las tasas de Interés del mercado compuestas por el DTF (11.52 %) mas el 5% con que trabaja la banca. Por lo cual se deben reducir costos y gastos o mejorar las ventas.

RAZON DE RENTABILIDAD SOBRE LA INVERSIÓN

$$\text{RAZON DE RENTABILIDAD SOBRE LA INVERSIÓN} = \text{Utilidad después de impuesto} / \text{Patrimonio} = \frac{22.160}{537.960} = 4 \%$$

Es muy baja se debe mejorar la rentabilidad

UTILIDAD NETA SOBRE ACTIVOS TOTALES

$$\begin{aligned} \text{UTILIDAD SOBRE ACTIVOS} &= \text{Utilidad después de impuestos} / \text{Activo total} \\ &= \frac{22.160}{1.554.385} = 1.4\% \end{aligned}$$

Nos muestra este índice que los Activos están generando poca utilidad a la ESE, se deben mejorar las ventas o reducir los costos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bermúdez, Martínez, Rigoberto. Los Manuales de Procedimientos. Biblioteca Jurídica .Medellín. 1997.
- Malagón, Londoño / Galán, Morera / Pontón, Laverde. Auditoria en salud. Editorial Médica Panamericana. Bogotá. 1998.
- Malagón, Londoño / Galán, Morera / Pontón, Laverde. Garantía de la Calidad en Salud. Editorial Médica Panamericana. Bogotá. 1999.
- Departamento de Estadística. E.S.E .Hospital Santander Herrera. Pivijay (Magd).
- Giraldo, Domínguez, Gerardo. Indicadores de Gestión un enfoque sistémico. Biblioteca Jurídica. Bogotá. 2001.
- Gamboa, Riaño, Germán. Auditoria en Salud. Ediciones FEMEC. Bogotá. 2000.

- Encuesta de Satisfacción al Usuario y Proveedores de Servicios de Salud.
E.S.E. Hospital Santander Herrera. Pivijay (Magd)
- Plan de Desarrollo Municipio de Pivijay (Magd) 1998-2000.