

CONVERSION DEL CENTRO DE SALUD DE MAMATOCO
DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA
EN UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS
DE SALUD (IPS)

NUBIA LEONOR MARTINEZ VILLABONA
Proyecto para optar al Título de
Gerente Social

Asesores

CARLOS ESMERAL BARROS
DIEGO GARCIA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUA
POSTGRADO EN GERENCIA SOCIAL
BARRANQUILLA
1995

0019

A mis Padres, Jorge y Nohema.

A mi Esposo, Rafael Eduardo.

AGRADECIMIENTOS

La Autora expresa sus agradecimientos a:

LUIS CUELLO LOPERENA. Médico Director del Departamento Administrativo de Salud Distrital, Santa Marta.

LUIS EDUARDO LINERO R. Jefe Administrativo Departamento Administrativo de Salud Distrital.

CATALINA MIELES. Contadora Pública con énfasis en Análisis Financiero.

MILTON OSWALDO BARRERA NOY. Ingeniero de Sistemas y Docente del área de Informática en la Universidad Cooperativa de Colombia de la Ciudad de Santa Marta.

TABLA DE CONTENIDO

| | Pág. |
|--|------|
| CONVERSION DEL CENTRO DE SALUD DE MAMATOCO DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA EN UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) | |
| INTRODUCCION | 1 |
| 1. IDENTIFICACION Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA | 4 |
| 2. OBJETIVOS - METAS Y ACTIVIDADES | 12 |
| 2.1. OBJETIVOS | 12 |
| 2.1.1. Objetivo General | 12 |
| 2.1.2. Objetivos Específicos | 12 |
| 2.2. METAS | 13 |
| 2.3. ACTIVIDADES | 15 |
| 3. MARCO REFERENCIAL | 25 |
| 3.1. MARCO CONCEPTUAL | 25 |
| 3.2. MARCO DE REFERENCIA NACIONAL | 28 |

| | Pág. |
|--|------|
| 3.2.1. NIVELES ORGANIZACIONALES Y FUNCIONALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD | 30 |
| 3.2.1.1. Nivel Nacional | 31 |
| 3.2.1.1.1. Organismos Adscritos y Vinculados al Ministerio de Salud | 32 |
| 3.2.1.1.2. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud | 33 |
| 3.2.1.2. Asesoría de la Dirección del Sistema | 34 |
| 3.3. MARCO DE REFERENCIA PARTICULAR | 35 |
| 3.3.1. DIRECCIONES SECCIONALES Y MUNICIPALES DEL SISTEMA | 36 |
| 3.3.2. CONSEJOS TERRITORIALES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD | 37 |
| 3.3.3. EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD - EPS | 38 |
| 3.3.3.1. Naturaleza | 38 |
| 3.3.3.2. Requisitos para su Constitución | 39 |
| 3.3.3.3. Tipos ó Modalidades | 41 |
| 3.3.4. EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO | 42 |
| 3.3.4.1. Régimen Jurídico | 44 |
| 3.3.5. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD | 46 |

| | Pág. |
|--|------|
| 3.3.5.1. Inscripción en el Registro Especial de las Entidades de Salud | 47 |
| 3.3.5.2. Control y Evaluación de la Calidad del Servicio | 48 |
| 3.3.6. ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD | 48 |
| 4. DISEÑO METODOLOGICO | 53 |
| 4.1. LOCALIZACION DEL PROYECTO | 53 |
| 4.4.1. MACROLOCALIZACION | 53 |
| 4.4.2. MICROLOCALIZACION | 54 |
| 4.4.2.1. Reseña Histórica | 55 |
| 4.4.2.2. Aspecto Físico de la Comuna | 56 |
| 4.4.2.3. Aspecto Educativo | 57 |
| 4.4.2.4. Saneamiento Ambiental | 58 |
| 4.4.2.5. Servicios Públicos | 61 |
| 4.4.2.6. Presencia Institucional | 61 |
| 4.4.2.7. Recreación y Deporte | 62 |
| 5. LOS BENEFICIARIOS | 63 |
| 5.1. LA POBLACION | 63 |

| | Pág. |
|--|------|
| 5.2. CARACTERISTICAS ECONOMICAS DE LA POBLACION | 63 |
| 5.3. SALUD | 64 |
| 5.3.1. Mortalidad | 64 |
| 5.3.2. Morbilidad | 66 |
| 5.3.3. Estado Nutricional de Menores de Cinco años y Embarazadas | 68 |
| 5.3.4. Salud Oral | 70 |
| 5.3.5. Instituciones de Salud de la Zona | 71 |
| 6. LOS PARTICIPANTES | 72 |
| 7. GASTOS O EGRESOS | 73 |
| 8. CRONOGRAMA DEL PROYECTO | 105 |
| 9. MODELO GERENCIAL | 108 |
| 10. CONCLUSIONES | 110 |
| 11. RECOMENDACIONES | 112 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 115 |
| ANEXOS | 116 |

GLOSARIO

DASD : Departamento Administrativo de Salud Distrital.

DTCH : Distrito Turístico, Histórico y Cultural.

EPS : Empresa Promotora de Salud.

IPS : Institución Prestadora de Servicios de Salud.

LISTA DE FIGURAS

| | Pág. |
|---|------|
| FIGURA Nº 1. Sistema General de Seguridad Social en Salud. | 26 |
| FIGURA Nº 2. Consejo Nacional de Seguridad Social. | 34 |
| FIGURA Nº 3. Estructura Organizacional Ideal del Sistema de Seguridad Social en Salud en las Entidades Territoriales. | 36 |
| FIGURA Nº 4. Zoonosis - Vacunación animales Domésticos contra la Rabia y Encefalitis Equina en 1994. | 59 |
| FIGURA Nº 5. Infestación de Artrópodos y Roedores. | 59 |
| FIGURA Nº 6. Distribución de la Población por Edades y Características de Salud. | 64 |
| FIGURA Nº 7. Causas de mortalidad más Frecuentes por Grupos de Edad. | 65 |
| FIGURA Nº 8. Otras Causas de Mortalidad en Menores de 1 Año. | 65 |
| FIGURA Nº 9. Principales Causas de Morbilidad. | 66 |

| | Pág. |
|--|------|
| FIGURA Nº 10. Diagnósticos de Consulta Externa por Sexo y Grupo de Edad. | 67 |
| FIGURA Nº 11. Estado Nutricional de Menores de 5 Años. | 69 |
| FIGURA Nº 12. Estado Nutricional de Mujeres Embarazadas. | 69 |
| FIGURA Nº 13. Estado Básico de Salud Oral. | 70 |
| FIGURA Nº 14. Organigrama del DASD. | 52 |

**CONVERSION DEL CENTRO DE SALUD DE
MAMATOCO DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA
EN UNA INSTITUCION PRESTADORA DE
SERVICIOS DE SALUD (IPS)**

INTRODUCCION

Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), están conformadas por un conjunto de recursos humanos, tecnológicos, físicos y financieros, que se articulan entre sí para garantizar a la población el suministro de diferentes tipos de servicios en el área de salud.

Los servicios ofrecidos por la institución obedecen a las características de la organización social, muy especialmente a las condiciones del mercado (las necesidades de la población y las características de la competencia). La variedad y dinamismo de las condiciones expuestas, explica también por qué existe una gama tan amplia de posibilidades en relación con la oferta de servicios de salud, los cuales varían en estructura, complejidad e importancia

relativa frente a las necesidades de la comunidad y frente a las características de la institución que los ofrece.

En estas circunstancias, las empresas que operan en la industria de prestación de los servicios de salud deben definir con precisión cuáles servicios constituyen su razón de ser a la luz de la misión empresarial. Esta definición, más que un inventario estático de los servicios ofrecidos, corresponde a una formulación estratégica, flexible y dinámica del quehacer de la institución, que interprete los requerimientos de la población, los cambios del entorno y las potencialidades internas de la entidad.

Con esta visión actual y futura de la prestación de servicios de salud, lo más sano y beneficioso, tanto para el centro de salud como para su comunidad de cobertura, es especializarnos en la prestación del primer nivel de atención fortaleciendo los servicios ya existentes (Consulta General, Consulta de Urgencias, Odontología, Fisioterapia, Nutrición, Psicología, Control por Enfermería), y ampliar nuestro panorama de servicios con la instalación de las salas de

Rehidratación Oral, Eje de atención al paciente con Infección Respiratoria Aguda (IRA), teniendo como metas ampliar la cobertura a toda la ciudad y como estrategia la calidad del servicio, así como la eficiencia y la eficacia en la prestación del mismo.

1. IDENTIFICACION Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1958, hizo el siguiente enunciado "Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad".

Para ese entonces, esta declaración no solo representaba un gran avance en la interpretación del fenómeno de la salud, sino que se constituyó en marco de referencia obligada a los ulteriores desarrollos que garantizan la evolución del conocimiento sobre la salud pública en los tiempos recientes. Con esa declaración se empezó a superar firmemente la concepción unicausal de naturaleza microbiana e higienista que alcanzó a orientar en gran medida, los

servicios de la salud de la primera mitad del siglo XX en nuestro territorio.

En la década de los años setenta el trabajo de Henrick Blum avanzó la conceptualización precedente a un modelo teórico de mayor consistencia, caracterizada por el reconocimiento del fenómeno de la salud como un proceso resultante de múltiples determinantes o categorías de factores: el ambiente, el comportamiento, la herencia y los servicios de salud. El impacto de los desarrollos teóricos a partir de Blum fueron trascendentales en nuestro medio al punto que al finalizar los ochenta se constituyeron en el marco conceptual de la nueva legislación con la que se dio inicio al reordenamiento del sistema nacional de salud.

“El concepto de salud que propone el proyecto de Ley (155 de 1988, antecesor de la Ley 100 de 1993), se dirige a enfatizar que ella es un proceso resultante de factores biológicos - genéticos, del medio ambiente, comportamiento y de los servicios institucionales y que, por consiguiente, se hace necesario actuar en forma conjugada

sobre todos ellos, con el propósito de alcanzar un bienestar integral".¹

Sobre estos fundamentos se orientó el desarrollo del sistema de salud que sucedió transitoriamente al sistema nacional de salud y, en gran medida, se conservan como fundamento del proyectado sistema de seguridad social de salud. En estos tres últimos años, esta concepción ha logrado mayores desarrollos operacionales, como expresión del esfuerzo transformador de los conceptos y teorías en modelos y procesos empíricos.

Hoy se reconoce el servicio de salud, como el proceso en el que se articulan las diversas prácticas sociales e institucionales de los diferentes actores responsables del fomento, el tratamiento y la rehabilitación de la salud y de la prevención de la enfermedad, mediante su intervención para superar o controlar los factores de riesgo a sus situaciones determinantes y para el manejo de la

¹ MINISTERIO DE SALUD. Reorganización del Sistema Nacional de Salud, una Respuesta al Cambio Social. Memoria Analítica de la Ley 100 de 1993. Tomo I. Bogotá. 1990. P. 198.

situación de deterioro y recuperación del bienestar del individuo y la comunidad.

En el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta (Magdalena), en lo referente a salud no existen experiencias de planeación: desde su creación en el año de 1992 se realizan programaciones de actividades.²

El Distrito a través del DASD presta atención de servicios del primer nivel y para esto cuenta con 37 instituciones, distribuidas geográficamente de la siguiente manera:

En la cabecera del Distrito:

➤ CENTRO DE SALUD BASTIDAS

PUESTOS DE SALUD: 17 de Diciembre.
Chimila.
Ondas del Caribe.
Galicia.
El Pantano.
María Cristina.

² PLAN SECTORIAL DE SALUD. 1995 - 1997. Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta. 1994.

➤ CENTRO DE SALUD GAIRA

PUESTOS DE SALUD La Paz.
 Cristo Rey.

➤ CENTRO DE SALUD LA CANDELARIA

PUESTOS DE SALUD Manzanares.
 Corea.
 19 de Abril.
 El Pando.
 El Parque.
 Minuto de Dios.

➤ CENTRO DE SALUD LOS ALMENDROS

PUESTOS DE SALUD Juan XXIII.
 Nacho Vives.
 San Fernando.
 Obrero.
 Cundí.
 Club Rotario.

➤ CENTRO DE SALUD MAMATOCO

PUESTOS DE SALUD Once de Noviembre.
 Las Malvinas.
 Tayrona.

➤ CENTRO DE SALUD OLAYA HERRERA

PUESTOS DE SALUD San Jorge.
 San Martín.
 Veinte de Julio.

En la zona rural:

- CENTRO DE SALUD BONDA.
- CENTRO DE SALUD GUACHACA.
- CENTRO DE SALUD MINCA.
- CENTRO DE SALUD TIGRERA.
- CENTRO DE SALUD TAGANGA.

Dentro de la estructura administrativa, la situación jurídica del 90% de los establecimientos no está definida. El Director del Departamento Administrativo de Salud Distrital, delega actividades administrativas en coordinadores de áreas (Médicos, enfermeras, Trabajadoras Sociales, Odontólogos, nutricionistas, etc.), Directores de Centros de Salud y médicos de los respectivos organismos de salud de las zonas de influencia; esta pobre organización lleva a la presencia de varios problemas entre los cuales destaco la baja cobertura en la prestación de los servicios de salud, la ausencia de procedimientos de seguimiento, control y evaluación de la gestión en la áreas administrativa y operacional, entre otras.

Conforme a la Ley, al decreto 1298 de 1994, los Distritos, a través de las dependencias de su organización central o de las entidades descentralizadas competentes, les corresponde ejercer, entre otras, las funciones de:

- “..... prestar asistencia técnica, administrativa y financiera y asesorar a las instituciones de prestación de servicios”.
- “Registrar las entidades prestadoras de servicios de salud mediante la acreditación de su capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico-administrativa. Los Distritos, así mismo, deben definir a estas entidades su naturaleza jurídica, pudiendo, entre tanto, continuar administrando aquellas que siendo sostenidas por el estado no tiene aún definida su naturaleza jurídica”.
- Financiar la construcción, ampliación y remodelación de obras civiles, la dotación y mantenimiento integral de las instituciones de prestación de servicios a cargo del Distrito.
- Garantizar la operación de la red de servicios y el sistema de referencia y contrarreferencia de paciente entre todos los niveles de atención.

Es por tanto el objetivo de este proyecto llevar a la práctica la aplicabilidad de la ley 100 de 1993 y el decreto 1298 de 1994 en cuanto se refiere al convertir el Centro de Salud de MAMATOCO en la primera IPS del Departamento Administrativo de Salud Distrital de la ciudad de Santa Marta, llenando todos los requisitos legales, jurídicos, administrativos, autónomos y contables que exige la ley, siendo pioneros para servir como entes multiplicadores de este fenómeno extensible a otros centros de salud, que si bien es cierto, no llenan todos los requisitos de infraestructura física, administrativa y de dotación, pueden llegar a esta misma meta, cumpliendo así con uno de los tan anhelados objetivos del plan sectorial de salud creado para este Distrito para los años 1995 a 1997, donde se pretende implementar la integración de las EPS e IPS públicas en 1995 y las privadas durante 1996 y 1997.³

³ Ibid. P. 107.

2. OBJETIVOS - METAS Y ACTIVIDADES

2.1. OBJETIVOS

2.1.1. **Objetivo General.** Convertir el centro de salud de Mamatoco, perteneciente al Departamento Administrativo de Salud Distrital del Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta, en una Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS -, de primer nivel de atención.

2.1.2. **Objetivos Específicos.**

- Adecuar la infraestructura física para una mejor prestación de servicios.
- Reestructurar el flujo de la atención según la infraestructura física del centro de salud.

- Aumentar el número y calidad de servicios prestados a la comunidad.
- Propender por la seguridad del personal, pacientes y equipos del centro de salud.
- Aumentar la cobertura de maternas y neonatos del centro de salud.
- Ofrecer un servicio integral al niño y al adolescente.
- Mejorar la calidad en la atención de los servicios ofrecidos por el centro de salud.
- Aumentar la cobertura general en el Distrito de Santa Marta.
- Ofrecer un servicio oportuno y rápido a los pacientes que necesiten atención a segundo o tercer nivel.
- Transición a una IPS bajo normas legales.

2.2. METAS.

- Adecuación de la planta física del centro de salud Mamatoco - IPS en seis meses.
- Reubicación de los servicios actuales del centro en su área física.
- Reubicación y utilización de los servicios de Rx de Odontología.

- Instalación de una sala de Rehidratación oral.
- Instalación de una sala de atención al paciente con Infección Respiratoria Aguda (IRA).
- Mejorar la seguridad del centro de salud.
- Ser pioneros en la calidad de atención materna y neonatal.
- Iniciar la remisión y contraremisión de maternas a otros niveles de atención.
- Especializarnos en la atención del menor de 15 años y a la mujer en edad reproductiva.
- Dotación con equipos médicos y paramédicos el centro de salud en urgencias, sala de cirugía, consulta externa y odontología.
- Incrementar la cobertura de un 29% a un 40% de la población objeto, durante 1995 - 1997.
- Elaboración del portafolio de venta de servicios del centro de salud en tres meses.
- Adquisición de un medio de transporte que permita la agilización en la evacuación de un paciente a otra institución.
- Instalación de un sistema contable en seis meses.

2.3. ACTIVIDADES.

| ACTIVIDAD | TIEMPO EJECUCION (Semanas) |
|--|---------------------------------|
| A. Construcción de la sala de Observación Hombre. | 4 |
| B. Adecuación de la Zona de Lavandería. | 4 |
| C. Elevación del Tanque de Agua. | 3 |
| D. Instalación de la Estación de Enfermería | 3 |
| E. Adecuación de la Sala de Espera | 2 |
| F. Instalación del Sistema Audiovisual en la Sala de Espera. | 1 |
| G. Reubicación del Archivo. | 2 |
| H. Reubicación del Consultorio de Trabajo Social. | 2 |
| I. Reubicación del Consultorio de Fisioterapia | 2 |
| J. Reubicación del consultorio de Psicología. | 2 |
| K. Reubicación del consultorio de Nutrición. | 2 |
| L. Reubicación del Almacén. | 2 |
| M. Reubicación de Cafetería | 3 |
| N. Reubicación del Equipo de Rx de Odontología. | 3 |
| O. Reubicación del Estar Médico | 2 |
| P. Compra e Instalación de un aire Acondicionado para Odontología. | 3 |
| Q. Dotación de la Sala de Rehidratación Oral con una Pesa Bebes, 1 mesa y 4 sillas. | 4 |
| R. Dotación de la Sala de IRA con 3 Pulmoaides, sillas y balas de Oxígeno respectivas. | 4 |

| ACTIVIDAD | TIEMPO EJECUCION (Semanas) |
|--|---------------------------------|
| S. Capacitación a Médicos, Enfermeras, Promotores y Madres Comunitarias sobre IRA y EDA. | 1 |
| T. Compra e Instalación de Rejas en Puerta de Urgencias y Patio del Centro de Salud. | 4 |
| U. Dotación de una Incubadora y un Equipo de Reanimación del Neonato. | 4 |
| V. Capacitación a Médicos y Enfermeras sobre Reanimación Básica del Recién Nacido. | 1 |
| W. Dotación de un Laboratorio Clínico de Urgencias. | 3 |
| X. Elaboración de Historia Clínica Perinatal Simplificada. | 3 |
| Y. Capacitación a Médicos para el uso adecuado de las HCPS. | 4 |
| Z. Procesamiento de la Información. | 8 o más. |
| AA. Capacitación a cinco (5) madres Primigestantes para iniciar la Profilaxis del Parto. | 4 |
| BB. Compra de Silletería para la Sala de Espera. | 2 |
| CC. Dotación del Servicio de Urgencias con un Electrocardiógrafo. | 1 |
| DD. Dotación del Consultorio Médico con una Camilla Fija y un Equipo de Organos. | 1 |
| EE. Dotación del Tocófono con Baldes y pinzas. | 1 |

| ACTIVIDAD | TIEMPO EJECUCION (Semanas) |
|---|---------------------------------|
| FF.Adecuación de los Jardines del Centro de Salud. | 4 |
| GG.Elaboración de Folletos Promocionales de los Servicios del Centro de Salud - IPS. | 4 |
| HH.Elaboración de un Video Promocional. | 4 |
| II. Presentación del Portafolio de Servicios a las diferentes EPS y otros mercados potenciales. | 4 |
| JJ. Repartición de Folletos promocionales en grandes Supermercados de la Ciudad. | 4 |
| KK.Levantamiento de Procesos Internos para Agilizar la Presentación del Servicio al Paciente. | 4 |
| LL.Capacitación de Clientes Internos en Relaciones Públicas. | 4 |
| MM.Capacitación continua de Clientes Internos en Ley 100 - IPS. | 4 |
| NN.Compra de una Ambulancia. | 4 o más |
| OO.Elección de un contador Público. | 2 |
| PP.Adecuación de un Sistema de Facturación. | 3 |
| QQ.Apertura de Libros Contables. | 3 |
| RR.Inscripción como IPS. | 3 o más |

PLAN. DE TRABAJO

| OBJETIVO | META | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | LUGAR |
|--|---|---|------------------------------|-----------------|
| Adecuar La Infraestructura Física Para Una Mejor Prestación De Servicios. | Adecuación Del Centro De Salud En Seis Meses. | ➤ Construcción Sala Observación Hom_bres. | Planeación. Arquitectura. | DASD |
| | | ➤ Adecuación Zona Lavandería. | Arquitectura. | DASD |
| | | ➤ Elevación Del Tan_ que De Agua. | Arquitectura. | DASD |
| | | ➤ Instalación Esta_ ción De Enferme_ ría. | Arquitectura. | DASD |
| | | ➤ Adecuación De La Sala De Espera. | Arquitectura. | DASD |
| | | ➤ Instalación Del Sis_ tema Audiovisual En La Sala De Espera. | Planeación Arquitectura. | DASD |
| Reestructurar El Flujo De La Atención Según La Infraestructura Física Del Centro De Salud. | Reubicación De Los Servicios Del Centro De Salud En Su Area Física. | ➤ Reubicación Del Estar Médico. | Arquitectura Dirección | Centro de salud |
| | | ➤ Reubicación Del Archivo. | Arquitectura Dirección | Centro de salud |
| | | ➤ Reubicación De Trabajo Social. | Arquitectura Dirección | Centro de salud |
| | | ➤ Reubicación De Fisioterapia. | Arquitectura Dirección | Centro de salud |

PLAN DE TRABAJO

| OBJETIVO | META | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | LUGAR |
|--|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reubicación De Psicología. ➤ Reubicación De Nutrición. ➤ Reubicación Del Almacén. ➤ Reubicación De La Cafetería. | <ul style="list-style-type: none"> Arquitectura Dirección Arquitectura Dirección Arquitectura Dirección Arquitectura Dirección | <ul style="list-style-type: none"> Centro de salud Centro de salud Centro de salud Centro de salud |
| <p>Aumentar El Número Y Calidad De Servicios Prestados A La Comunidad.</p> | <p>Mejoramiento Y Utilización De Los Servicios De Odontología.</p> <p>instalación de una sala de Rehidratación oral.</p> <p>Instalación de la sala de atención al paciente con IRA</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reubicación Del Equipo De Rx De Odontología. ➤ Compra E Instalación De Un Aire Acondicionado Para Odontología. ➤ Dotación de la sala de Rehidratación oral con un pesabebes, mesa y sillas. ➤ Dotación de la sala de IRA con tres polmoaides, sillas y balas de O₂ respec. | <ul style="list-style-type: none"> Arquitectura Arquitectura Almacén Almacén | <ul style="list-style-type: none"> DASD DASD DASD DASD |

PLAN DE TRABAJO

| OBJETIVO | META | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | LUGAR |
|--|---|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitación A Médicos, Enfermeras, Promotores Y Madres Comunitarias Sobre IRA Y EDA. | Coordinación, Medicina Y Enfermería. | Centro de Salud |
| Propender Por La Seguridad Del Personal Pacientes Y Equipos Del Centro De Salud. | Mejorar La Seguridad Del Centro De Salud. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compra E Instalación De Rejas En Puerta De Urgencias Y Patio Trasero Del Centro. | Arquitectura | Centro de Salud |
| Aumentar La Cobertura De Maternas Y Neonatos Del Centro De Salud. | Ser Pioneros En La Calidad De Atención Materna Y Neonatal. Iniciar La Reunión Y Contrareunión De Maternas A Otros Niveles De Atención. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dotación De Una Incubadora Y Un Equipo De Reanimación Del Neonato. ➤ Capacitación A Médicos Y Enfermeras De Reanimación Básica Del Recién Nacido. ➤ Dotación De Un Laboratorio De Urgencias. | Subdirección DASD Dirección del Centro de Salud Subdirección | DASD Centro de Salud DASD |

PLAN DE TRABAJO

| OBJETIVO | META | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | LUGAR |
|---|---|--|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración Historia Clínica Perinatal Simplificada. ➤ Capacitación Para El Adecuado Uso De Las HCPS A Médicos. ➤ Procesamiento De La Información. | <p style="text-align: center;">Dirección Centro De Salud.</p> <p style="text-align: center;">Dirección Centro De Salud.</p> <p style="text-align: center;">Estadística DASD</p> | <p style="text-align: center;">Centro de Salud</p> <p style="text-align: center;">Centro de Salud</p> <p style="text-align: center;">DASD</p> |
| Ofrecer un Servicio Integral al Niño y al Adolescente. | Especializarnos en la Atención al menor de 15 Años y a la Mujer en Edad Reproductiva. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitación a Cinco Madres Primi gestantes para Iniciar la Profilaxis del Parto. | Jefatura Enfermería Fisioterapia | Centro de Salud |
| Mejorar la Calidad en la Atención de los Servicios Ofrecidos por el Centro de Salud | Dotación con Equipos a Médicos y Paramédicos al Centro de Salud. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compra de Silletaria para la Sala de Espera. ➤ Dotación del Servicio de Urgencias con un Electrocardiógrafo. ➤ Dotación del Consultorio Médico con una Camilla Fija y 1 Equipo de Organos. | <p style="text-align: center;">Arquitectura.</p> <p style="text-align: center;">Subdirección.</p> <p style="text-align: center;">Subdirección.</p> | <p style="text-align: center;">DASD</p> <p style="text-align: center;">DASD</p> <p style="text-align: center;">DASD</p> |

PLAN DE TRABAJO

| OBJETIVO | META | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | LUGAR |
|---|---|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dotación del Tocófono con Baldes y Pinzas. ➤ Adecuación de los Jardines del Centro de Salud. | <p style="text-align: center;">Subdirección.</p> <p style="text-align: center;">Comunidad.</p> | <p style="text-align: center;">DASD</p> <p style="text-align: center;">Centro de Salud</p> |
| <p>Aumentar la Cobertura General en el Distrito de Santa Marta.</p> | <p>Incrementar la Cobertura de un 29% a un 40% de la Población objeto, durante 1995 - 1997.</p> <p>Elaboración del Portafolio de Venta de Servicios del Centro de Salud en 3 Meses.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración de Folletos Promocionales de los Servicios del Centro de Salud - IPS. ➤ Elaboración de un Video Promocional. ➤ Presentación del Portafolio de Servicios a las Diferentes EPS y otros Mercados Potenciales. ➤ Repartición de Folletos Promocionales en Grandes Supermercados de la Ciudad. | <p style="text-align: center;">Dirección Centro de Salud.</p> <p style="text-align: center;">Audiovisuales DASD</p> <p style="text-align: center;">Dirección Centro de Salud</p> <p style="text-align: center;">Trabajo Social Centro de Salud</p> | <p style="text-align: center;">Centro de Salud</p> |

PLAN DE TRABAJO

| OBJETIVO | META | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | LUGAR |
|--|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Levantamiento de Procesos Internos para Agilizar la Atención del Paciente. ➤ Capacitación de clientes Internos en Relaciones Públicas e Informática. ➤ Capacitación Continua en Ley 100 - IPS. | <p style="text-align: center;">Dirección Centro de Salud.</p> <p style="text-align: center;">Trabajo Social Dirección Centro de Salud.</p> <p style="text-align: center;">Trabajo Social Psicología Centro de Salud.</p> | <p style="text-align: center;">Centro de Salud</p> <p style="text-align: center;">Centro de Salud</p> <p style="text-align: center;">Centro de Salud</p> |
| <p>Ofrecer un Servicio Oportuno y Rápido a los Pacientes que necesiten Atención de Segundo o Tercer Nivel.</p> | <p>Adquirir un Medio de Transporte que Permita la Agilización en la Evacuación de un Paciente a otra Institución.</p> <p>Instalación de un Sistema Contable en Tres Meses.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compra de una Ambulancia. ➤ Elección de Contador Público. ➤ Adecuación de un Sistema de Facturación. ➤ Apertura de Libros Contables. | <p style="text-align: center;">Subdirección DASD</p> <p style="text-align: center;">Dirección DASD</p> <p style="text-align: center;">Subdirección DASD</p> <p style="text-align: center;">Contador Centro de Salud</p> | <p style="text-align: center;">DASD</p> <p style="text-align: center;">DASD</p> <p style="text-align: center;">DASD</p> <p style="text-align: center;">Centro de Salud</p> |

PLAN DE TRABAJO

| OBJETIVO | META | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | LUGAR |
|---|------|-------------------------|-------------|-------|
| Transición a una IPS bajo Normas Legales. | | ➤ Inscripción como IPS. | | |

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. MARCO CONCEPTUAL

En Colombia con la Implementación del Sistema de Seguridad Social Integral (Ley 100 de Diciembre 23 de 1993) se reestructuró la organización del sistema de seguridad social en salud, tanto a nivel nacional como territorial y Municipal, así ⁴

⁴ MINISTERIO DE SALUD, República de Colombia. Organización de los sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá D.C., 1995.

SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
1993
(LEY 100 DE 1993)

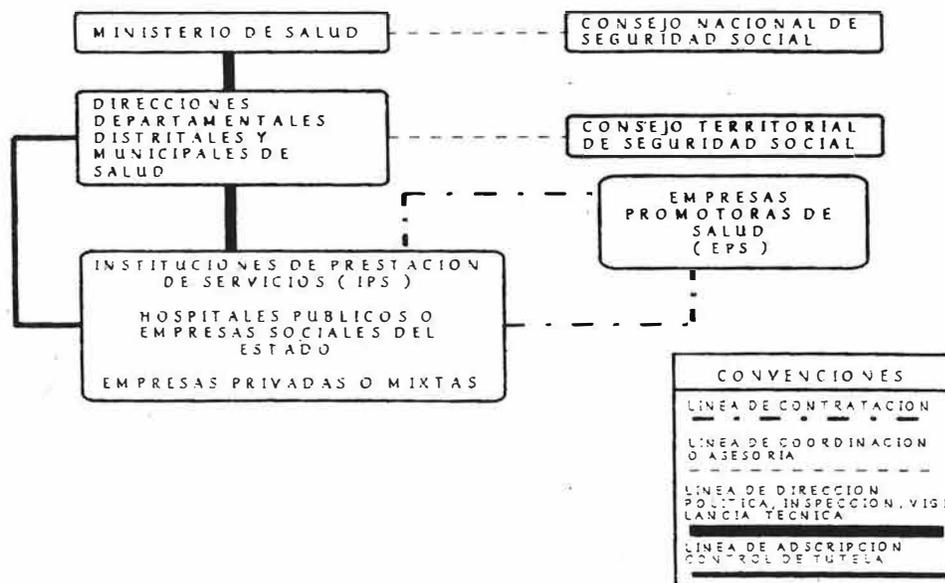


Figura N° 1

La constitución nacional en su artículo 156 inciso i, define: “Las instituciones prestadoras de salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de servicios de salud a los afiliados del sistema general de seguridad social en salud, dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas”⁵.

⁵ SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, Pensiones y Jubilaciones, Ley 100, Diciembre 23 de 1993.

En su artículo 153, inciso 5, en su reglamentación de los fundamentos del servicio público conceptúa: “..... Autonomía de las instituciones: las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente ley.”⁶

Con esta ley se abre una gran puerta de oportunidades a los profesionales de la salud para que uniendo esfuerzos, puedan participar de manera conjunta pero independiente en el bienestar de la salud del pueblo Colombiano, creando sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y no solamente a través de las entidades del Estado.

⁶ Ibid

3.2. MARCO DE REFERENCIA NACIONAL

En Colombia, la Implementación de la reforma de la seguridad social, genera un vuelco total en la prestación de los servicios de salud, que complementa los procesos de cambio iniciados por disposiciones anteriores, resaltando entre ellos los siguientes:

- Ley 10 de 1990.
- Decreto Reglamentario 1762 Capítulos 4 y 5.
- Ley 60 de 1993.
- Ley 100 de 1993.
- Decreto 1938 de 1994, que reglamenta el Plan De Beneficios En El Sistema General De Seguridad Social.

Resolución Minsalud 5261 de 1994 que adopta el Manual De Actividades, Intervenciones Y Procedimientos Del Plan Obligatorio De Salud. Este manual debe ser revisado permanentemente por el Consejo Nacional de Seguridad Social, como mínimo cada dos años o cuando lo requiera el Ministerio de Salud.

- Decreto 1891 de 1994 que reglamenta lo relacionado con el Fomento De La Salud Y La Prevención De La Enfermedad.
- Decreto 1298 de 1994 que reglamenta todo lo relacionado a IPS.

Las reformas establecidas por las disposiciones citadas, obligan a las IPS a definir su responsabilidad frente a diferentes servicios requeridos por la población, con base en planes o paquetes definidos por la ley (Plan de Beneficios en el Sistema Nacional de Seguridad social en Salud). Desde la perspectiva de la oferta, los planes comprenden acciones de fomento de la salud, protección específica, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación, y se materializan en servicios comunitarios, ambulatorios, internación, cirugía y servicios de apoyo, incluidos en los diferentes paquetes que contempla el plan de beneficios, a saber:

1. Plan de Atención Básica (PAB)
2. Plan Obligatorio de Salud (POS)
3. Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS - S)
4. Planes de Atención Complementaria en Salud (PACs)

5. Atención de Accidentes de Trabajo y enfermedad Profesional (ATEP)
6. Atención de Accidentes de Tránsito y eventos Catastróficos
7. Tratamiento para Enfermedades Ruinosas o Catastróficas
8. Atención a la Población Vinculada

El panorama de la prestación de los servicios de salud en el país, se esclarecerá progresivamente, a medida que se desarrollen los planes obligatorios y la atención básica en salud con criterios de calidad, eficiencia y cobertura. En este sentido, las instituciones de salud, tanto privadas como públicas, deberán prepararse para afrontar tales cambios, basados en su misión, planeación, organización, dirección y evaluación.

3.2.1. NIVELES ORGANIZACIONALES Y FUNCIONALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

El sistema general de seguridad social en salud, teniendo como marco la organización territorial de la administración pública, está

estructurada en tres grandes niveles, así: Nacional, Departamental, Distrital y Municipal.

A su vez, el sistema está integrado por tres áreas o niveles funcionales:

- Dirección, Coordinación y Control.
- Administración y Financiación.
- De Prestación del Servicio.

3.2.1.1. Nivel Nacional: Dirección del Sistema. Este nivel de la organización del Sistema General De Seguridad Social está representado por el Ministerio de Salud y sus organismos vinculados y adscritos, y por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de Salud es el responsable de la orientación, regulación, vigilancia y control del sistema. Es de su competencia la formulación de las políticas, planes y programas nacionales que constituyen prioridad del Gobierno Nacional. La priorización que en desarrollo de ese ejercicio se logre debe enmarcarse dentro del plan de desarrollo económico y social y en los planes territoriales de

descentralización, ampliación de coberturas y mejoramiento de la calidad de los servicios que ordenó la ley 60 de 1993, concertar entre los Departamentos y Distritos con la nación.

3.2.1.1.1. Organismos Adscritos y Vinculados al Ministerio de Salud. Bajo la relación de adscripción al Ministerio de Salud se encuentran dos organismos: el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud; dos institutos descentralizados del orden nacional y cuatro empresas sociales del Estado. A su vez, en condición de sociedad pública existe una empresa vinculada al Ministerio de Salud, denominada Empresa Colombiana de Recursos para la Salud S.A. ECOSALUD S.A.

Los establecimientos públicos adscritos, dotados de personalidad jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, son los siguientes:

- El Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF)
- El Instituto Nacional de Salud y de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA.

Las empresas sociales del Estado adscritas al Ministerio de Salud, constituyen una modalidad especial de establecimientos públicos y son:

- El Instituto Nacional de Cancerología.

- El Instituto Federico Lleras Acosta.

- El Sanatorio de Agua de Dios.

- El Sanatorio de Contratación.

3.2.1.1.2. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un organismo colegiado adscrito al Ministerio de Salud. El carácter colegiado lo confiere su condición de espacio interinstitucional o interestamental para la toma de decisiones y el ejercicio de determinados controles.

El consejo está integrado por: el Ministerio de Salud, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, representado directamente por cada uno de sus ministros o delegados.

3.2.1.2. Asesoría de la Dirección del Sistema. Entre el nivel de la dirección nacional y el nivel territorial del sistema existe una instancia organizacional que facilita su articulación y concertación, asimilando las demandas y racionalizando los apoyos, las regulaciones e intervenciones que la dirección en su conjunto debe generar hacia el nivel operativo. Esta instancia, particularmente asesora, está conformada por dos consejos de carácter permanente: el Consejo Nacional de Direcciones de Salud y el Consejo Nacional de Planeación en Salud. (ver Figuras N° 1 y 2).



Figura No. 2

3.3. MARCO DE REFERENCIA PARTICULAR

Por nivel territorial se comprende el conjunto de Departamentos, Distritos y Municipios que integran la Nación Colombiana. Actualmente existen en el país 32 Departamentos, 4 Distritos y 1056 Municipios. Los Dptos son: Amazonas, Antioquía, Atlántico, Arauca, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caqueta, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Chocó, Guainía, Guaviare, Guajira, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Putumayo, Risaralda, Norte de Santander, Quindío, San Andrés, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada. Los Distritos son Distrito Capital Santafé de Bogotá, Distrito Cultural y Turístico de Cartagena, Distrito Cultural, Turístico e Histórico de Santa Marta y Distrito Especial de Barranquilla.

En cada uno de estos niveles territoriales se conformará el respectivo Sistema Territorial De Seguridad Social En Salud. (Ver Figura No. 3).

**ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL IDEAL
DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES**

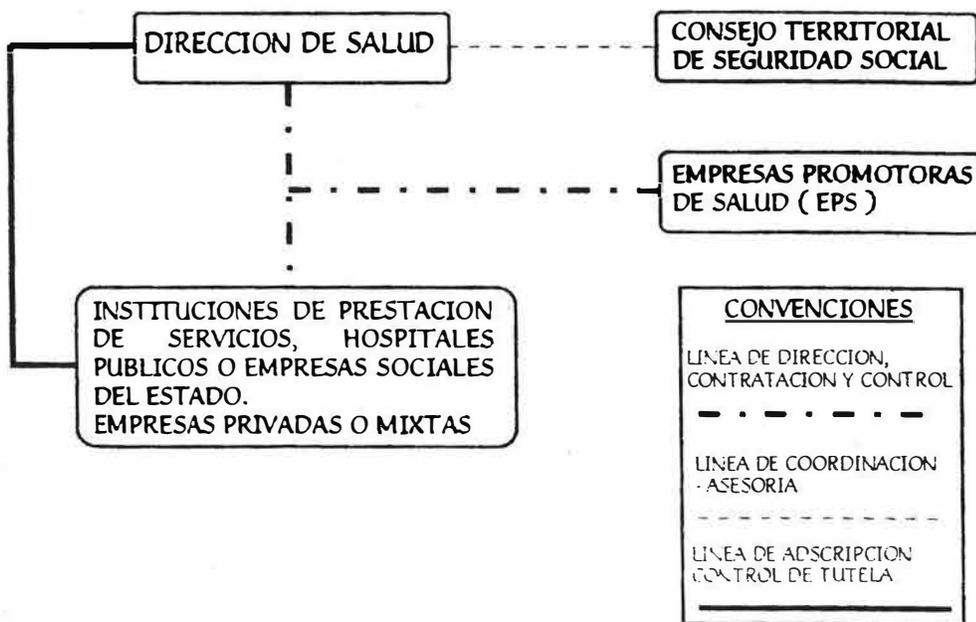


Figura No. 3

3.3.1. DIRECCIONES SECCIONALES Y MUNICIPALES DEL SISTEMA.

Las direcciones seccionales y Municipales del sistema de salud, en general, son dependencias de las gobernaciones y alcaldías que adoptan la forma de secretarías o Departamentos administrativos.

La creación de las direcciones del sistema territorial de seguridad social en salud es facultad de las asambleas Departamentales y de los

consejos Distritales y Municipales, mediante ordenanza Departamental y por acuerdo Municipal.

3.3.2. CONSEJOS TERRITORIALES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Los consejos territoriales de seguridad social en salud son organismos adscritos a la dirección del sistema de seguridad en salud, que se pueden constituir por iniciativa del jefe de la entidad territorial.

Su función básica es la de asesorar a la dirección del sistema en la formulación y ejecución de los planes, estrategias, programas y proyectos de salud territoriales y en la ejecución de las políticas definidas por el consejo nacional de seguridad social en salud; su carácter de órgano colegiado facilita la concertación entre las instituciones que concurren a él: las entidades territoriales, las dependencias u organismos que integran los diferentes niveles y áreas funcionales del sistema, los empleadores y afiliados del

sistema, los trabajadores y los gremios económicos y de profesionales de la salud.

3.3.3. EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD - EPS ⁷

3.3.3.1. Naturaleza. Las EPS en su naturaleza pueden ser entidades públicas, privadas o mixtas.

Sus funciones básicas son afiliar y registrar la población en el sistema general de seguridad social en salud y organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan obligatorio de salud a los afiliados y la de girar, dentro de los términos previstos en el decreto 1298 de 1994, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación que les reconoce el sistema, más las licencias de maternidad pagadas por ellas al fondo de solidaridad y garantía; además, debe promover, gestionar, coordinar y controlar la prestación de los servicios de salud de las instituciones especializadas en esta labor y los de los profesionales

⁷ Decreto 1485 de 1994. Reglamentación de la ley 100 de 1993.

independientes o grupos de práctica profesional debidamente constituidos que por contratación se han hecho responsables de esta función.

Los Departamentos, Distritos y Municipios tienen la función de promover su organización y la Superintendencia nacional de salud es la responsable de autorizar su funcionamiento.

3.3.3.2. Requisitos para su Constitución. Para que una organización se constituya como Empresa Promotora de Salud tiene que cumplir con varios requisitos, a saber:

- Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Promotora de Salud.
- Poseer personería jurídica reconocida por el Estado.
- Orientar su acción, en sus objetivos, a la afiliación y registro de la población al sistema general de seguridad social en salud, el recaudo de cotizaciones y a la promoción, gestión, coordinación y control de los servicios de salud de las entidades que por contratación los presten.

- Disponer de una organización administrativa y financiera que permita controlar la información sobre las características socioeconómicas y el estado de salud de sus afiliados y familias; acreditar capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones y verificar la capacidad de las instituciones y profesionales que a su nombre presten servicios; evaluar la calidad de los servicios ofrecidos.
- Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados, de tal forma que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y los diferentes grupos de riesgo.
- Acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y capacidad económica de la entidad promotora de salud, que será fijada por el gobierno nacional.
- Tener un patrimonio mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad, determinados por el gobierno nacional.

3.3.3.3. Tipos ó Modalidades. El conjunto de las entidades de la seguridad social, del sector de la compensación familiar y de medicina prepagada pre-existentes a la expedición de la ley 100, responsables de la prestación de servicios a sus afiliados, en general, pueden evolucionar a la condición de Empresas Promotoras de Salud.

En esa condición se encuentran las cajas, fondos, entidades o empresas de previsión social del sector público, las cajas de compensación familiar y las entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud. Los Departamentos, Distritos y Municipios, a su vez, pueden crear otras Entidades Promotoras de Salud, pudiendo asociarse con entidades hospitalarias públicas y/o privadas.

Los organismos que han sido constituidos por empresas públicas o privadas para prestar servicios de salud a sus trabajadores con anterioridad al 23 de Diciembre de 1993 pueden evolucionar a la

condición de EPS, cumpliendo los requisitos que se han establecido para ello.

Las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen dentro de la filosofía de las EPS, en particular, las empresas solidarias de salud y las de las comunidades indígenas pueden constituir otra de sus modalidades. El sector privado también puede conformar organizaciones con el propósito de funcionar como Empresas Promotoras de Salud.

3.3.4. EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO.

Constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Su creación puede obedecer a un acta de ley del congreso, a la expedición de una ordenanza de la asamblea Departamental o a un acuerdo del concejo Municipal.

Con anterioridad a la expedición de la ley 100 de 1993, en el conjunto de la administración pública existían varias entidades descentralizadas con el objeto de prestar servicios de salud, esta ley, y especialmente, el decreto 1298 de 1994 ordenaron su transformación en empresas sociales del estado, con la finalidad de prestar los servicios de salud a los afiliados de los regímenes contributiva y subsidiado por contratación con las Empresas Promotoras de Salud.

En concordancia con estas normas, el gobierno nacional expidió en 1994 los siguientes decretos para la transformación de entidades nacionales en empresas sociales del estado, así:

- El decreto 1289 relacionado con el sanatorio de contratación.
- El decreto 1298 con el sanatorio de Agua de Dios.
- El decreto 1287 de 1994 con el Instituto Nacional de Cancerología.
- El decreto 1257 de 1994 con la unidad administrativa especial Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

Por su parte, a las entidades territoriales, la ley 100 les fijó un tiempo no superior a los seis meses posteriores a la fecha de su expedición para transformar sus empresas descentralizadas en empresas sociales del estado del orden Departamental, Distrital y Municipal, este plazo venció el 23 de Junio de 1994.

3.3.4.1. Régimen Jurídico. Las empresas sociales del estado están sometidas a un régimen jurídico especial, así:

- El nombre debe mencionar siempre la expresión “Empresa Social del Estado”.
- El objeto debe ser la prestación de los servicios de la salud.
- La junta o consejo directivo estará presidida por el jefe de la administración seccional o local ó su delegado e integrado en el primer nivel de atención por los organismos de participación comunitaria, en los términos que lo determine el reglamento. En los niveles secundario y terciarios de atención, esta junta se integrará en forma tal que un tercio de éstos representen al sector científico de la salud y un tercio de ellos representen el sector político - administrativo.

- El director o representante legal, en el caso de los hospitales públicos, será designado por el jefe de la respectiva entidad territorial que haya asumido los servicios de salud, de terna que le presente la junta directiva, por períodos mínimos de tres años prorrogables; este funcionario solo podrá ser removido a partir del 31 de Marzo de 1995, cuando se demuestre ante las autoridades competentes, la comisión de faltas graves conforme al régimen disciplinario del sector oficial, en la ética o por ineficiencia administrativa.
- Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales.
- En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.
- El régimen presupuestal será el que se prevea, en función de su especialidad en la ley orgánica del presupuesto, de tal forma que se adopte en régimen de presupuestación con base en el sistema de reembolso contra prestación de servicios.

- Por tratarse de una entidad pública podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la nación o de las entidades territoriales.
- Para efectos tributarios nacionales, se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

3.3.5. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS - IPS -

Por instituciones prestadoras de servicios de salud se entiende el conjunto de entidades o instituciones constituidas para prestar servicios de salud a los afiliados del sistema de seguridad social en salud en su nivel de atención correspondiente, dentro de los parámetros y principios de calidad y eficiencia que tiene el ministerio de Salud.

Las IPS tienen autonomía administrativa, técnica y financiera y propenden por la libre concurrencia en sus acciones mediante la provisión de información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema.

3.3.5.1. Inscripción en el Registro Especial de las Entidades de Salud. Las IPS de utilidad común y las corporaciones o instituciones sin ánimo de lucro, cuyo objetivo sea la prestación de servicios de salud, deben acreditar ante el Ministerio de Salud, o a quien este designe, o ante las direcciones Departamentales o Distritales de salud, la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico - administrativa en la forma que contempla el reglamento. De esta forma el Ministerio de Salud o la dirección de salud correspondiente verificará los requisitos de inscripción en cualquier tiempo y en forma selectiva y posterior.

Además de otros requisitos que debe cumplir una institución para constituirse en prestadora de servicios es condición básica contar con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos, en la medida que ello garantiza la aplicación del régimen único de tarifas en la venta de sus servicios o uso de su capacidad a cualquier entidad promotora de salud a partir del 1 de Enero de 1995.

3.3.5.2. Control y Evaluación de la Calidad del Servicio. Las IPS están sometidas a un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de la salud, que incluye la auditoría médica. Este sistema, además es de forzoso desarrollo en la Entidades Promotoras de Salud. El objetivo que se persigue con este sistema es garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.

3.3.6. ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

En el nuevo sistema general de seguridad social las funciones que deben cumplir todas las entidades, instituciones y dependencias que lo integran pueden ser objeto de una organización jerárquica y operativa, así:

**SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
ESTRUCTURA POR AREAS Y NIVELES FUNCIONALES**

| NIVEL | ENTIDAD INSTITUCIONAL | FUNCIONES |
|-------------|--|--|
| NACIONAL | Consejo Superior de Seguridad Social en Salud. | Dirección, Vigilancia y Control. |
| | Ministerio de Salud. | Dirección, Vigilancia y Control. |
| | Superintendencia Nacional de Salud. | Dirección, vigilancia y Control. |
| | Fondo de Solidaridad y Garantía | Administración y Financiación. |
| TERRITORIAL | Dirección de Salud. | Dirección, Coordinación, Inspección, Vigilancia y Control. |
| | Consejos Territoriales de Seguridad Social. | Asesoría |
| | Empresas Promotoras. | Afilación, Recaudo, Organización, Servicios, Recaudos, Contratación y Control. |
| | Instituciones de Prestación de Servicios: Públicas y Privadas. | Prestación de Servicios. |

En este esquema, las funciones generales del gobierno nacional son las siguientes:

- Formular las políticas, los planes y programas y las prioridades nacionales en la lucha contra las enfermedades y en el mantenimiento, fomento y educación en salud, de conformidad con el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social y los planes territoriales.

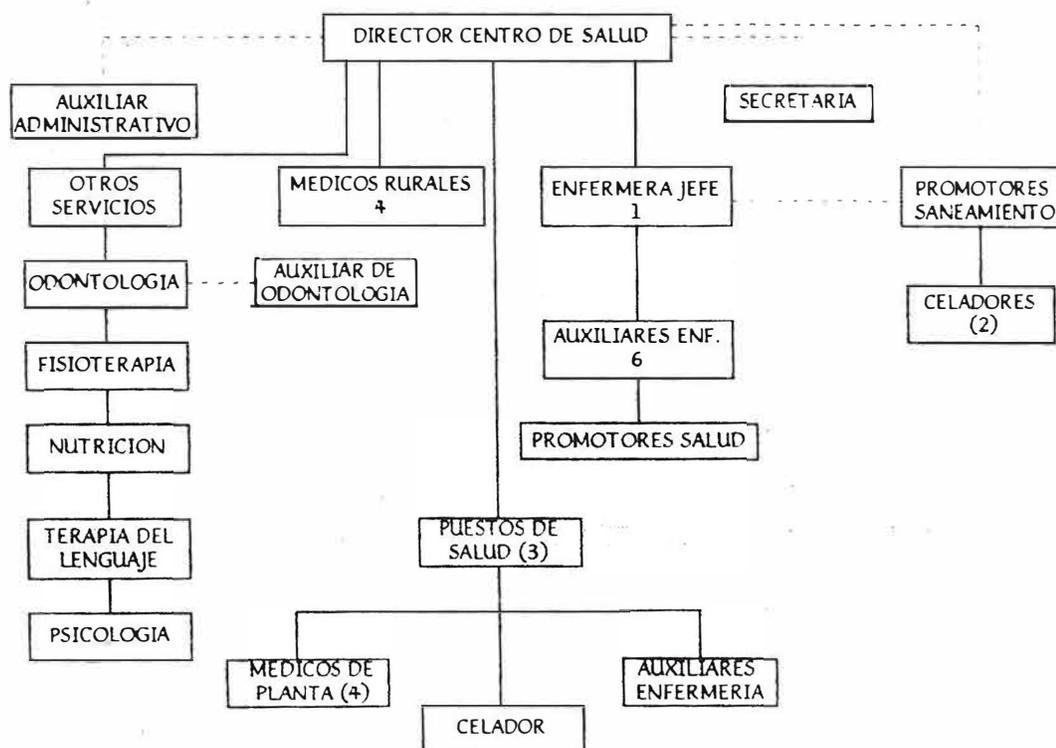
En el Distrito de Santa Marta, en la actualidad solo contamos con tres EPS completamente establecidas, a saber: BONSAUD, la EPS del Instituto Colombiano del Seguro Social y el Departamento Administrativo de Salud Distrital (DASD) quien esta en proceso de cambio junto con la Caja Distrital de Salud y el Hospital del Tórax. Este departamento presenta la siguiente organización interna: (ver Figura N° 14).

En cuanto a IPS solo esta la correspondiente al Seguro Social cuyo nivel de atención va hasta el terciario.

De los ocho (8) puestos de salud con que cuenta el DASD ninguno está constituido en una IPS y todos dependemos directamente del

nivel central en cuanto a suministros, manejo de personal, políticas y programas a ejecutar, al igual que la dependencia económica. Ningún centro tiene por lo tanto una autonomía administrativa, técnica ni financiera, siendo este un factor determinante en la oportuna prestación de los servicios y la cobertura de los mismos. El centro de salud de MAMATOCO cuenta con la siguiente organización:

ORGANIGRAMA CENTRO DE SALUD MAMATOCO



**ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DISTRITAL
D.A.S.D.**

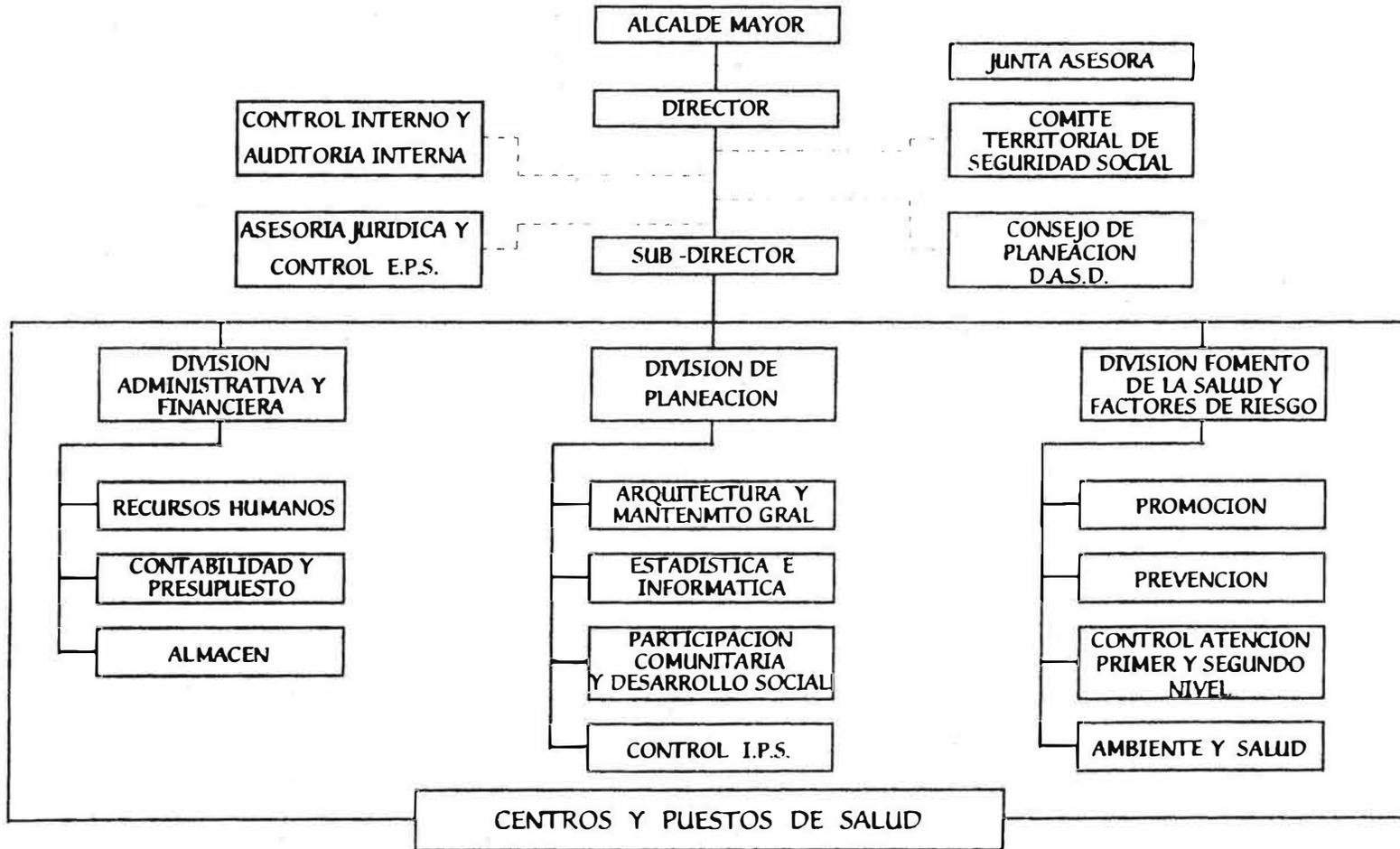


Figura No. 14

4. DISEÑO METODOLOGICO

La información que se trabajo en este proyecto fué facilitada por el Departamento de Estadística del DASD, quienes a su vez compilaron estos datos del Censo realizado en el año de 1994 por las Promotoras de Salud para el SISBEN.

4.1. LOCALIZACION DEL PROYECTO

4.1.1. MACROLOCALIZACION.

El centro de salud de Mamatoco se encuentra ubicado en el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta (ver mapa), ciudad

con una población proyectada para el año de 1995 de 309.372 habitantes.⁸

4.1.2. MICROLOCALIZACION.

El centro de salud de Mamatoco está ubicado en la Diagonal 34, Transversal 7, N° 7 - 83, tiene dos vías de acceso (Oriente y Occidente) sin pavimentar, que desembocan a dos calles en carretera pavimentada, vía arteria principal de la ciudad. Tiene cuatro rutas de buses desde la ciudad que permiten su fácil y rápido acceso: directo Mamatoco, directo Bonda, directo 11 de Noviembre y Troncal del Caribe.

Por localizarse al oriente de la ciudad, sitio de mayor crecimiento y expansión urbanístico de Santa Marta, está en un área de potencial desarrollo, por donde también se puede llegar a través de la carretera troncal del Caribe.

⁸ Proyecciones Municipales de Población 1990 - 1995.

4.1.2.1. **Reseña Histórica.** A diferencia de los demás barrios del Distrito, Mamatoco es el único que tiene vínculos directos con la historia y la independencia de Colombia.

Su historia se remonta hacia 1525 cuando con la llegada de los españoles a la actual bahía de Santa Marta, los indios se vieron replegados hacia las partes altas del valle, donde hoy crece la ciudad. Los aborígenes en su afán de alejarse del invasor y viendo las ventajas que ofrecían los ríos para la agricultura, su principal ocupación junto con la pesca, formaron varios asentamientos indígenas a orillas de estos ríos, encontrándose Mamatoco dentro de estos.

Fue así como estos territorios entraron a formar parte de la gran ciudad como despensa agrícola de la misma; crecieron y asimilaron los cambios sociales y geográficos, pero aún sus casas, sus calles y su gente conservan su idiosincrasia de pueblo. En 1787 se construye su iglesia siendo un corregimiento hasta 1980, cuando al ser

necesario ampliar el perímetro urbano de la ciudad, se convirtió en un barrio más del Distrito.

4.1.2.2. Aspecto Físico de la Comuna. Con excepción de las urbanizaciones Los Trupillos, El Bosque, Villa Ely y Alejandrina, los demás barrios que conforman la comuna 9, como son Mamatoco, Bolivariana, El Yucal, Nueva Colombia, Once de Noviembre y Veinte de Octubre, presentan un estado deplorable en sus calles, debido a la falta de pavimentación de las mismas. Algunos por su topografía, como el Yucal y Veinte de Octubre, que están ubicados en cerros y surcados por cañadas, presentan mayor dificultad de acceso, inclusive para los peatones y transeúntes; los barrios Nueva Colombia, 11 de Noviembre, 20 de Octubre y el Yucal, por originarse como barrios subnormales a raíz de invasiones, sus calles no tiene un trazado urbanístico organizado y sus casas líneas de parámetro definido. En Mamatoco se presenta la misma situación, pero esto se debe a que este barrio data de la época de la Colonia como asentamiento indígena, cuando ni siquiera existían proyectos para el desarrollo urbanístico de las ciudades del país. El barrio

Bolivariana y las urbanizaciones que conforman la comuna 9 , si tienen trazado urbanístico en sus calles y sus viviendas si guardan líneas de parámetro acorde con la planificación Distrital.

4.1.2.3. Aspecto Educativo. La comuna 9 concentra su mayor actividad educativa, por ser este barrio el único que cuenta con dos escuelas públicas para la educación básica primaria, Escuela Simón Rodríguez y Escuela Rural Mixta, una Escuela pública para Prekinder y Kinder (El Divino Niño): además cuenta con escuelas privadas y alfabetización nocturna para adultos. Cuenta Mamatoco, además en su territorio con los colegios de educación secundaria Inem Simón Bolívar, la Escuela Normal para Varones, la sede de la Universidad UNISUR, una Biblioteca, la sede del Núcleo Educativo. Los demás barrios de la comuna 9 tienen escuelas en la mayoría de los casos construidas por autogestión y debido a esto se encuentran inconclusas: en su estructura física les falta dotación de pupitres y algunas no cubren toda la educación básica primaria.

Así mismo funcionan 82 hogares de Bienestar Familiar que también imparten una labor educativa, Mamatoco y su cobertura cuenta en general con 37 establecimientos educativos con una población escolar matriculada de 5.848 entre 5 y 14 años y un promedio de escolares de 158 por establecimiento educativo, de estos, solamente 6 cuentan con licencia sanitaria.

4.1.2.4. Saneamiento Ambiental.

Zoonosis. Los animales domésticos que están correctamente vacunados contra la Rabia y la Encefalitis Equina son el 80% de los perros y el 80% de los gatos, mientras que de los equinos un 63%. (Ver Figura 4).

El 90% de las Viviendas, establecimientos Educativos y Establecimientos Especiales están infestadas por Artrópodos y Roedores (Ver Figura 5).

ZOONOSIS - VACUNACION ANIMALES DOMESTICOS CONTRA LA RABIA Y ENCEFALITIS EQUINA EN 1994.

| CLASE DE SUJETO | URBANO | | | RURAL | | | TOTAL | | |
|-----------------|-------------|-----------|----|-------------|-----------|---|-------------|-----------|----|
| | EXISTENCIAS | VACUNADOS | % | EXISTENCIAS | VACUNADOS | % | EXISTENCIAS | VACUNADOS | % |
| PERROS | 2042 | 1702 | 80 | | | | 2042 | 1702 | 80 |
| GATOS Y OTROS | 672 | 560 | 80 | | | | 672 | 560 | 80 |
| EQUIDOS | 30 | 19 | 63 | | | | 30 | 19 | 63 |

Figura No. 4

INFESTACION DE ARTROPODOS Y ROEDORES

| CLASE DE SUJETO | INFESTACION POR | URBANO | | | TOTAL | | |
|-----------------------------|-----------------|-------------|------------|----|-------------|------------|----|
| | | EXISTENCIAS | INFESTADOS | % | EXISTENCIAS | INFESTADOS | % |
| VIVIENDAS | ARTROPODOS | 1730 | 1557 | 90 | 1730 | 1557 | 90 |
| | ROEDORES | 1730 | 1557 | 90 | 1730 | 1557 | 90 |
| ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS | ARTROPODOS | 10 | 9 | 90 | 10 | 9 | 90 |
| | ROEDORES | 10 | 9 | 90 | 10 | 9 | 90 |
| | ARTROPODOS | 77 | 693 | 90 | 77 | 693 | 90 |
| | ROEDORES | 77 | 693 | 90 | 77 | 693 | 90 |

Figura No. 5

Algunos barrios como el 11 de Noviembre, Bolivariana y Mamatoco, presentan problemas de inundaciones en épocas lluviosas, debido a que la carretera troncal del Caribe impide el desagüe natural y no se han construido canales de desagüe como alcantarillas que faciliten

un drenaje rápido, y por esta causa las aguas se acumulan y permanecen mucho tiempo en sus calles.

Los barrios el Yucal y 20 de Octubre presentan los casos más graves de contaminación ambiental, el primero por una porqueriza y el segundo por encontrarse a menos de 500 metros del botadero de basura del Distrito Turístico, presentado una alta contaminación ambiental con las consecuentes infecciones dermatológicas y respiratorias desencadenadas en la población.

Otro problema de salud ambiental que se presenta en la comuna es la falta de agua tratada para el consumo humano a toda la cobertura, a pesar de tener la planta de tratamiento de Metroagua del Distrito a pocos metros de la cabecera Municipal. Además encontramos los siguientes problemas ambientales:

- El estado de insalubridad que presentan los negocios de la carretera troncal (Y) que no cuentan con licencias de sanidad, ni servicios, pero a pesar de esto siguen expendiendo alimentos.

- La falta de adecuación de la morgue del cementerio privado Jardines de paz.
- Un contenedor de basura que coloca la empresa de aseo de Distrito y constantemente se rebosa.
- La presencia de cuatro (4) residencias aledañas al barrio.

4.1.2.5. **Servicios Públicos.** Mamatoco no cuenta con servicio de alcantarillado, por lo cual sus moradores se ven obligados a construir pozos sépticos para la adecuada disposición de los desechos sólidos y líquidos. El alumbrado público es bueno en general pero en los parques es indispensable para garantizar la seguridad de los transeúntes.

4.1.2.6. **Presencia Institucional.** En esta área de la ciudad encontramos una gran presencia de diferentes instituciones, tales como Inspección de Policía, CAI, Junta de Acción Comunal, Club de Leones, Quinta de San Pedro Alejandrino, Iglesia de la época Colonial y dos más en construcción, Comité de Participación Comunitaria.

También existen dos centros vacacionales de gran prestigio dentro de la comunidad: Villa Italia y Coojurisdiccional; existen además una planta de tratamiento comunal en el barrio 20 de Octubre y dos granjas avícolas.

4.1.2.7. **Recreación y Deporte.** Para esto la comunidad cuenta con 3 parques de recreación infantil, que son Los Trupillos, La Fuente y Estévez, que solo necesitan reparación y mantenimiento; cuentan además con una cancha deportiva que sirve para jugar Fútbol, Softball y Béisbol.

5. LOS BENEFICIARIOS

5.1. LA POBLACION.

La población del sector es de 42.700 habitantes, con un área de cobertura que incluye los barrios 11 de Noviembre, Tayrona, Las Malvinas, con una población asignada de 23.124 pacientes (54.15 %) de los cuales se atendieron hasta Diciembre 31 de 1994, 21.178 pacientes en atención médica (91.58 %) y 850 atendidos de 1.565 que se programaron en Odontología (54.3 %).

5.2. CARACTERISTICAS ECONOMICAS.

El centro de salud atiende a una población que se encuentra en gran parte en una estratificación socioeconómico tres (3) y una menor proporción, las cuales son las de sus áreas de cobertura de estratos

uno (1) y dos (2) (Niveles Medio y Medio Alto y bajo ó Bajo Bajo).
(Ver Figura 6).

| GRUPO ETAREO | | POBLACION ACTUAL | TASA DE CRECIMIENTO |
|---------------|--------------------------|------------------|---------------------|
| < de 1 Año | | 601 | 11 % Gral |
| 1 - 4 Años | | 2.544 | 11 % Gral |
| 5 - 14 Años | | 6.290 | 11 % Gral |
| 15 - 44 Años | HOMBRES | 8.414 | 11 % Gral |
| | MUJERES EN PLANIFICACION | 1.413 | 11 % Gral |
| | MUJERES GESTANTES | 717 | 11 % Gral |
| | MUJERES PUERPERAS | | |
| 45 - 59 Años | | 1.919 | 11 % Gral |
| 60 y Más Años | | 1.226 | 11 % Gral |

Figura No. 6

5.3. SALUD.

5.3.1. Mortalidad. La mortalidad total por diferentes causas en todas las edades fue de 965 defunciones. La causa más frecuente de mortalidad se da por laceraciones o heridas con un total de 290 casos (30 %) y se presenta con mayor frecuencia en los grupos de 15 a 44 años, muertes originadas en su mayoría por los factores de

inseguridad y violencia social, accidentes automovilísticos, entre otros.

La segunda causa se presenta por hipertensión arterial con 51 casos (5.28 %) en el grupo de 60 y más años. La tercera causa se da por enfermedades del aparato respiratorio con 48 casos (4.97 %), en la población de 60 y más años. (ver Figuras 7 y 8).

CAUSAS DE MORTALIDAD MAS FRECUENTES POR GRUPOS DE EDAD

| CAUSA | Nº DE DEFUNCIONES | TOTAL % | Nº DE DEFUNCIONES EN 1º LUGAR | TOTAL % | MAYOR FRECUENCIA POR EDADES (AÑOS) |
|----------------------------|-------------------|---------|-------------------------------|---------|------------------------------------|
| VIARIOS | 965 | 100 % | _____ | _____ | _____ |
| LACERACION Y HERIDAS | 290 | 30 % | 243 | 63 % | 15 - 44 |
| HIPERTENSION ARTERIAL | 51 | 5 % | 38 | 11 % | 60 y Más años |
| ENFERMEDADES RESPIRATORIAS | 48 | 5 % | 32 | 9 % | 60 y Más años |

Figura No. 7

OTRAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO

| CAUSA | Nº DE DEFUNCIONES | TOTAL % | LUGAR |
|-----------------------------|-------------------|---------|-------|
| DIARREAS Y GASTROENTERITIS | 9 | 20 | 2º |
| OTRAS CAUSAS | 14 | 31 | 1º |
| AFECCION ANOXICA E HIPOXICA | 6 | 13 | 3º |

Figura No. 8

Este comportamiento de la mortalidad es paralelo a la mortalidad del Distrito, en donde en el conjunto de edades las laceraciones y heridas constituyen la primera causa de defunción en 1993 con el 23% del total de muertes y una tasa del 10.0 por Diez Mil habitantes. Así mismo, en el cuarto lugar aparecen otras enfermedades del aparato respiratorio (2.1 por Diez Mil).

5.3.2. Morbilidad. La Morbilidad actual afecta en mayor proporción la población infantil con Infecciones Respiratorias Agudas, Enteritis y otras enfermedades Diarréicas y en tercer lugar Enfermedades de Tejidos Dentarios, siendo un espejo de la situación del Distrito. (ver Figura 9).

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD

| PROBLEMA | CAUSAS | INDICADOR |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| 1. MORBILIDAD INFANTIL | INFECCIONES AGUDAS (IRA) | 1 - 4 AÑOS 29 % |
| 2. MORBILIDAD INFANTIL | ENTERITIS Y OTRAS ENF. DIARREICAS | 1 - 4 AÑOS 11 % |
| 3. ODONTOLOGIA | ENFERMEDADES DE TEJIDOS DENTALES | 8 % |
| 4. URGENCIAS | ENFERMEDADES APARATO URINARIO | 5.7 % |
| 5. URGENCIAS | ENFERMEDADES APARATO DIGESTIVO | 2.5 % |
| 6. HOSPITALIZACION | PARTO | 1.5 % |

Figura No. 9

DIAGNOSTICOS DE CONSULTA EXTERNA POR SEXO Y GRUPO DE EDAD
SEGUN 183 CAUSAS (ENERO - DICIEMBRE 1994)

| CAUSA | SEXO | TOTAL | EDAD (AÑOS) | | | | | |
|---|-----------|-------|-------------|---------|---------|---------|---------|----------|
| | | | 00 - 00 | 01 - 04 | 05 - 14 | 15 - 44 | 45 - 59 | 60 o Más |
| INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS | | | | | | | | |
| | MASCULINO | 111 | 40 | 42 | 19 | 7 | 3 | |
| | FEMENINO | 123 | 41 | 43 | 17 | 18 | 2 | 2 |
| | TOTAL | 234 | 81 | 85 | 36 | 25 | 5 | 2 |
| OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO | | | | | | | | |
| | MASCULINO | 53 | 4 | 6 | 12 | 25 | 3 | 3 |
| | FEMENINO | 104 | 8 | 14 | 7 | 64 | 8 | 3 |
| | TOTAL | 157 | 12 | 20 | 19 | 89 | 11 | 6 |
| CONTROL EMBARAZO NORMAL | | | | | | | | |
| | MASCULINO | | | | | | | |
| | FEMENINO | 164 | | | 1 | 163 | | |
| | TOTAL | 164 | | | 1 | 163 | | |
| ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS | | | | | | | | |
| | MASCULINO | 52 | 31 | 12 | 3 | 5 | | 1 |
| | FEMENINO | 53 | 26 | 15 | 4 | 7 | | 1 |
| | TOTAL | 105 | 57 | 27 | 7 | 12 | | 2 |
| LACERACIONES, HERIDAS Y TRAUMATISMOS DE LOS VASOS SANGUINEOS | | | | | | | | |
| | MASCULINO | 37 | 1 | 2 | 13 | 18 | 1 | 2 |
| | FEMENINO | 24 | 1 | 4 | 10 | 7 | 1 | 1 |
| | TOTAL | 61 | 2 | 6 | 23 | 25 | 2 | 3 |
| CONTROL DEL LACTANTE Y DEL NIÑO SANO | | | | | | | | |
| | MASCULINO | 49 | 29 | 18 | 2 | | | |
| | FEMENINO | 46 | 33 | 8 | 5 | | | |
| | TOTAL | 95 | 62 | 26 | 7 | | | |
| SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBICOS MAL DEFINIDOS | | | | | | | | |
| | MASCULINO | 34 | 4 | 13 | 6 | 9 | 1 | 1 |
| | FEMENINO | 45 | 8 | 7 | 4 | 22 | 1 | 3 |
| | TOTAL | 79 | 12 | 20 | 10 | 31 | 2 | 4 |
| ENFERMEDADES DE LOS DIENTES Y SUS ESTRUCTURAS DE SOSTEN | | | | | | | | |
| | MASCULINO | 23 | | 2 | 8 | 12 | 1 | |
| | FEMENINO | 41 | | 2 | 12 | 25 | 2 | |
| | TOTAL | 64 | | 4 | 20 | 37 | 3 | |

Figura No. 10

Este cuadro nos permite resaltar que el Plan Ampliado de Inmunizaciones se cumple a cabalidad, pues los pocos casos de Sarampión presentados sucedieron en niños que no habían cumplido con el mismo y los otros en edades donde la vacuna no tenía ningún efecto.

Así mismo se sigue cumpliendo con la regla de morbilidad Distrital y Nacional, donde las Infecciones Respiratorias Agudas y las Diarreas ocupan los primeros lugares de morbilidad infantil.

5.3.3. Estado Nutricional en menores de Cinco Años y Embarazadas.

Para valorar el estado nutricional de estos dos grupos se tomó la información del registro diario de consulta nutricional realizadas en el centro de salud de Mamatoco y su área de cobertura.

En 1993 se realizaron un total de 787 consultas en menores de 5 años, de los cuales el 43% son normales, el 31% de bajo peso, un

15,8% con desnutrición, el 8,5% de los pacientes se encuentran en sobrepeso y el 1.4% son obesos. (ver Figura 11).

ESTADO NUTRICIONAL DE MENORES DE CINCO AÑOS (1993)

| ESTADO NUTRICIONAL | NORMAL | BAJO PESO | DNT LEVE | DNT MODERADO | DNT AVANZADA | SOBREPESO | OBESIDAD |
|--------------------|--------|-----------|----------|--------------|--------------|-----------|----------|
| NUMERO | 342 | 243 | 69 | 44 | 11 | 67 | 11 |
| % PORCENTAJE | 43 % | 31 % | 8.8 % | 5.6 % | 1.4 % | 8.5 % | 1.4 % |

El número de Consultas en total fué de 787 menores.

Figura No. 11

El total de embarazadas atendidas fue de 182, de las cuales el 73.6% presentaron un estado nutricional normal, el 18.3% de bajo peso y el 8.2% en sobrepeso. (ver Figura 12).

ESTADO NUTRICIONAL DE MUJERES EMBARAZADAS (1993)

| MUJERES EMBARAZADAS | NORMAL | | BAJO PESO | | SOBRE PESO | | TOTAL | |
|---------------------|--------|--------|-----------|--------|------------|-------|--------|-------|
| | NUMERO | % | NUMERO | % | NUMERO | % | NUMERO | % |
| | 134 | 73.6 % | 33 | 18.3 % | 15 | 8.2 % | 182 | 100 % |

Figura No. 12

El promedio general de desnutrición en este centro es menor al del Distrito, donde la población atendida con algún grado de desnutrición fue de 16.1% y los de bajo peso de 30.7%, ocupando el

tercer lugar después de los Centros de Salud Olaya Herrera (29.4%) y Bastidas (26%), con una desnutrición general de 15,8%.⁹

5.3.4. Salud Oral. En el período estipulado de Enero a Diciembre de 1994 se presentaron 670 casos en total, siendo los más frecuentes las enfermedades de los tejidos dentarios duros con un número de 250 casos (37%), seguido en frecuencia por las enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales con 214 casos (32%) y en tercer lugar las enfermedades de los dientes y de sus estructura de sostén con 164 casos (24%). En todas las edades, los trastornos orales menos frecuentes son aquellas que tienen que ver con el desarrollo de la erupción de los dientes, seis casos en total (1%). (ver Figura 13).

ESTUDIO BASICO DE SALUD ORAL

| CAUSA DE LA CONSULTA | Nº DE CASOS | PORCENTAJE % |
|---|-------------|--------------|
| ENFERMEDADES TEJIDOS DENTARIOS DUROS | 182 | 37 % |
| ENFERMEDADES DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES | 214 | 32 % |
| ENFERMEDADES DE LA ESTRUCTURA DE SOSTEN | 160 | 24 % |
| TOTAL DE CASOS ATENDIDOS | 670 | 100 % |

Figura No. 13

⁹ PLAN SECTORIAL DE SALUD. Op. Cit. P. 76.

5.3.5. Instituciones de Salud de la Zona. Mamatoco y su área de cobertura cuentan con un Centro de Salud y tres Puestos de Salud, así:

| NOMBRE | SERVICIOS | TIPO |
|-----------------|---|-----------------|
| MAMATOCO | Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, Partos Programados, Extramurales. | CENTRO DE SALUD |
| TAYRONA | Consulta Externa, Partos Programados, Extramurales. | PUESTO DE SALUD |
| MALVINAS | Consulta Externa, Partos Programados, Extramurales. | PUESTO DE SALUD |
| 11 DE NOVIEMBRE | Consulta Externa, Partos Programados, Extramurales. | PUESTO DE SALUD |

6. LOS PARTICIPANTES

- Departamento de Planeación del Departamento Administrativo de Salud Distrital.
- Departamento de Estadística del Departamento Administrativo de Salud Distrital.
- Jefatura de Servicios Administrativos del Departamento Administrativo de Salud Distrital.
- Edinson Peralta Duica, Presidente del Comité de Participación Ciudadana de Mamatoco.
- Nubia Leonor Martínez Villabona. Directora Centro de Salud de Mamatoco.

7. GASTOS O EGRESOS

1995 Proyección

Ingresos

Consultas de Enero a Marzo: 3577 pacientes sin ampliación centro.

Suponemos Incremento en los meses siguientes, por las reformas en la planta física, sin modificar Valor Tarifas.

Actual : 3.577

Atendidos en 1994 : 21.178 Pacientes

Proyectado para 1995 : 32.775 Pacientes

1994

| CONCEPTO | NUMERO PACIENTES | RECAUDO REAL | PROMEDIO PACIENTE |
|---------------------|---------------------|-----------------|----------------------|
| Pacientes Atendidos | 21.178 | \$ 11'037.886 | \$ 521,19 |

1995

| CONCEPTO | NUMERO PACIENTES | PROMEDIO PACIENTE | TOTAL RECAUDOS |
|---------------------|---------------------|----------------------|-------------------|
| Pacientes Esperados | 32.775 | \$ 521.19 | \$ 17'082.002 |

COMPORTAMIENTO PORCENTUAL EN 1994 E INICIOS 1995

| | | | |
|-----------------|---------------|-------------------|------------------|
| Consulta Médica | 73% de | 17'082.002 | 12'469.862 |
| Odontología | 16% de | 17'082.002 | 2'733.120 |
| Medicamentos | <u>11%</u> de | <u>17'082.002</u> | <u>1'879.020</u> |
| TOTAL | 100% | 17'082.002 | 17'082.002 |

1996

Población varios sectores de 42.680 habitantes de Mamatoco, Tayrona, 11 de Noviembre, Las Malvinas, Los Trupillos, El Bosque, Bolivariana; habitantes que llamaremos pacientes en 1996.

Las tarifas se incrementarán con las mismas que utiliza el SOAT () tomadas como referencia para la IPS.

RELACION SUELDOS Y PRESTACIONES SOCIALES 1995

| CARGO CANTIDAD | SUELDO MENSUAL | SUELDO ANUAL | CESANTIAS | INTERESES CESANTIAS | PRIMAS | VACACIONES | TOTAL |
|--------------------------------|-------------------|-----------------|-----------|------------------------|-----------|------------|------------|
| DIRECTOR CENTRO 1 | 497.838 | 5.974.056 | 497.838 | 59.741 | 746.757 | 248.919 | 7.527.311 |
| ENFERMERA JEFE 1 | 392.700 | 4.712.400 | 392.700 | 47.124 | 589.050 | 169.350 | 5.937.624 |
| AUXILIAR ENFERMERIA 8 | 190.073 | 18.247.006 | 1.520.584 | 182.470 | 2.280.876 | 760.292 | 22.991.230 |
| 1 | 154.700 | 1.856.400 | 154.700 | 18.564 | 232.050 | 77.350 | 2.339.064 |
| 1 | 164.770 | 1.977.240 | 164.770 | 19.772 | 247.155 | 82.385 | 2.491.322 |
| TERAPISTA DEL LENGUAJE 1 | 339.174 | 4.070.088 | 339.174 | 40.701 | 508.761 | 169.587 | 5.128.311 |

RELACION SUELDOS Y PRESTACIONES SOCIALES 1995

| CARGO CANTIDAD | SUELDO MENSUAL | SUELDO ANUAL | CESANTIAS | INTERESES CESANTIAS | PRIMAS | VACACIONES | TOTAL |
|-----------------------------|-------------------|-----------------|-----------|------------------------|-----------|------------|------------|
| SERVICIOS GENERALES 2 | 151.373 | 3.632.952 | 302.476 | 36.329 | 453.714 | 151.373 | 4.576.844 |
| CELADORES 6 | 151.373 | 10.898.856 | 908.238 | 108.981 | 1.362.357 | 454.119 | 13.732.551 |
| FISIO - TERAPEUTA 1 | 418.052 | 5.016.624 | 418.052 | 50.166 | 627.078 | 209.026 | 6.320.946 |
| MEDICOS 2 | 497.838 | 11.948.112 | 995.676 | 119.482 | 1.493.514 | 497.838 | 15.054.622 |
| 4 | 329.250 | 15.804.000 | 1.317.000 | 158.040 | 1.975.500 | 658.500 | 19.913.040 |
| 1 | 248.918 | 2.987.016 | 248.918 | 29.870 | 373.377 | 124.459 | 3.763.640 |
| TRABAJADORA SOCIAL 1 | 392.700 | 4.712.400 | 392.700 | 47.124 | 589.050 | 196.350 | 5.937.624 |

RELACION SUELDOS Y PRESTACIONES SOCIALES 1995

| CARGO CANTIDAD | SUELDO MENSUAL | SUELDO ANUAL | CESANTIAS | INTERESES CESANTIAS | PRIMAS | VACACIONES | TOTAL |
|-----------------------------|-------------------|-----------------|-----------|------------------------|---------|------------|-----------|
| ODONTOLOGO 1 | 329.250 | 3.951.000 | 329.250 | 39.510 | 493.875 | 164.625 | 4.978.260 |
| PSICOLOGO 1 | 418.052 | 5.014.624 | 418.052 | 50.166 | 627.078 | 209.026 | 6.320.946 |
| SECRETARIA 1 | 190.073 | 2.280.876 | 190.073 | 22.809 | 285.110 | 95.037 | 2.873.905 |
| AUXILIAR ODONTOLOGO 1 | 151.373 | 1.816.476 | 151.373 | 18.165 | 227.060 | 75.687 | 2.288.761 |
| AUXILIAR ADMON 1 | 193.323 | 2.319.876 | 193.323 | 23.199 | 289.985 | 96.662 | 2.923.045 |

RELACION SUELDOS Y PRESTACIONES SOCIALES 1995

| CARGO CANTIDAD | SUELDO MENSUAL | SUELDO ANUAL | CESANTIAS | INTERESES CESANTIAS | PRIMAS | VACACIONES | TOTAL |
|------------------------------|-------------------|-----------------|-----------|------------------------|---------|------------|-----------|
| PROMOTOR SANEAMIENTO 1 | 230.961 | 2.771.532 | 230.961 | 27.715 | 346.442 | 115.481 | 3.492.131 |
| PROMOTORA DE SALUD 1 | 151.373 | 1.816.476 | 151.373 | 18.165 | 227.060 | 75.687 | 2.288.761 |

Para 1994 y 1995 el promedio pagado por paciente es de \$521,¹⁹ con respecto a las tarifas SOAT se incrementará en 1996 por los mismos valores a aplicar y por la ampliación de la cantidad de servicios prestados, quedando un valor promedio anual de \$6.000,00.

| DEPENDENCIAS | PERSONAL | AUXILIARES |
|----------------------------------|--------------------------|------------|
| LABORATORIO CLINICO | 1 BACTERIOLOGA | 1 |
| RAYOS X | 1 TECNICO EN Rx | * |
| OFTALMOLOGIA | 1 OFTALMOLOGO | 1 |
| MEDICINA FISICA Y REHABILITACION | 1 FISIOTERAPEUTA | 1 |
| APLICACION DE SANGRE | | * |
| CARDIOLOGIA | 1 CARDIOLOGO | * |
| PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA | 2 PSICOLOGO Y PSIQUIATRA | * |
| URGENCIAS | 4 MEDICOS GENERALES | 3 |
| ODONTOLOGIA | 1 ODONTOLOGO | 1 |
| TRABAJO SOCIAL | 1 TRABAJADOR SOCIAL | * |
| DIETETICA | 1 DIETISTA | * |
| CONSULTA EXTERNA | 2 MEDICOS GENERALES | 1 |
| MEDICAMENTOS | 1 AUXILIAR DE FARMACIA | |
| HOSPITALIZACION | | 2 |

También estará a disposición el siguiente personal:

- ☆ 1 DIRECTOR
- ☆ 1 JEFE ENFERMERAS
- ☆ 1 AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CONTABLE
- ☆ 2 CELADORES
- ☆ 1 SERVICIOS GENERALES
- ☆ 1 PROMOTOR SANEAMIENTO
- ☆ 1 PROMOTORA RURAL

El número total de empleados es de 34.

NOTA: * De acuerdo a los turnos de ubicaran en las diferentes secciones.

Promedio Salarial 1995 \$ 277.659,⁰⁰

Incremento a 1996 (20%) \$ 333.191,⁰⁰

$34 \times 333.191,⁰⁰ = 11'328.494,⁰⁰ \times 12 = \$ 135'941.298,⁰⁰$

SUMINISTROS.

| AÑO | PACIENTES | PRESUPUESTO | PROMEDIO |
|------|---------------|----------------------|-----------------------|
| 1994 | 21.178 | \$ 16'169.000 | \$ 763, ⁴⁸ |
| 1995 | <u>32.775</u> | \$ <u>13'000.000</u> | \$ 396, ⁶⁴ |
| | 53.953 | \$ 29.169.000 | \$ 540, ⁶³ |

BALANCE GENERAL

1994

Efectivo. Vr. Tomado del libro con control diario, para consignar al 2 de Enero de 1995 \$ 64.600,00

La consignación se efectúa a cuentas del Distrito, en el Centro no se manejan recursos financieros, sólo se reciben de los usuarios o pacientes y al día siguiente se consignan a las arcas de Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta.

No existen cuentas por cobrar a usuarios, pero si hay parte del presupuesto asignado que no ha sido desembolsado, así:

Presupuesto 1994 \$ 162'978.000,00

Desembolso 1994 \$ 144'278.000,00

Diferencia PPTO \$ 18'700.000,00

No existen Inversiones Financieras y no posee Pasivo.

1995

Efectivo. Vr. Promedio último día de 1995 sin consignarle al Distrito

\$ 47.450,00

Cuentas por Cobrar. Vr. \$ 18'700.000,00 de 1994, sin desembolsarlo a Centro de Salud más Vr. Pendiente de girar en este año.

Consignaciones al D.T.C.H. de Santa Marta. Vr. \$ 10'973.286,00 de 1994 y Vr. de \$ 17'099.152,00 de 1995.

Valor Recaudos en 1995 \$ 17,082.002,00

Saldo 31-12-95 \$ 64.600,00

\$ 17,146.602,00

- Saldo Pdte 31-12-95 \$ 47.450,00

Total Vr. Recaudo \$ 17,099.152,00

PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO.

La remodelación del Centro de Salud por valor de \$ 51'594.352,00 se llevará al Patrimonio directamente.

DEPRECIACION.

En 1994 se comienza a realizar Depreciaciones de Equipos, Muebles y Edificios por Sistema de Línea Recta.

| ARTICULO | VALOR COMERCIAL | DEPRECIACION |
|-------------------|-------------------------|------------------------|
| Edificio | \$ 20,000.000,°° | \$ 1,000.000,°° |
| Muebles y Enseres | 9,117.000,°° | 911.700,°° |
| Equipo Médico | 17,778.462,°° | 1,777.846,°° |
| TOTAL | \$ 46,895.462,°° | \$ 3,689.546,°° |

En 1995.

| | | |
|-------------------------------------|------------------|------------------------|
| Adiciones y Mejoras en Edificios | \$ 51,594.352,°° | \$ 2,579.718,°° |
| Depreciación Acumulada 1995 | | \$ 6,269.264,°° |
| + Dep. Acum. 1994 | | \$ <u>3,689.546,°°</u> |
| TOTAL | | \$ 9,958.810,°° |

| | | |
|--------------------------------|--|------------------------|
| Depreciación Acumulada 1996 | | \$ 6,269.264,°° |
| + Dep. Acum. 1994/1995 | | \$ <u>9,958.810,°°</u> |
| TOTAL | | \$16,228.074,°° |

Para 1995 en Cuentas por Pagar, son deudas del Distrito y serán asumidas por la IPS Mamatoco por servicios públicos \$ 3'442.500

1996

Se proyecta transformar el Centro de Salud de Mamatoco en una IPS del D.T.C.H. de Santa Marta; los Activos son propiedad del Distrito pero se cambia el objeto social de la empresa y se amplía su objetivo básico financiero, porque los dos años anteriores no existía la meta de maximizar el valor de la empresa, sólo prestar servicios, para convertirse en IPS necesita de una dotación de equipo médico científico que según proyecto presentado por "Consultores del Desarrollo" asciende a \$ 153'000.000,⁰⁰ Valor en el que se incrementarían sus activos.

Suponemos recibir la inversión a fines de 1995 o inicios de 1996 comenzando a registrarlos en 1996.

Efectivo.

Establecer fondo fijo de Caja Menor para gastos inferiores a \$100.000,°° y reintegrar cuando se haya agotado el 80% del valor total del fondo (\$ 2'000.000,°°).

Efectivo para Balance \$ 245.298,00, deberá consignarse en cuentas corrientes bancarias, estableciendo los controles respectivos y pertinentes para manejo del efectivo.

Cuentas Por Cobrar.

Hacer efectiva la parte del presupuesto no desembolsada de 1994 y 1995.

Establecer un sistema de Cartera, estableciendo políticas de cartera, teniendo en cuenta las EPS existentes y otras entidades del sector salud, preferiblemente que estén constituidas como sociedad o persona jurídica.

Actualmente las cuentas por cobrar se recuperan mínimo en 60 días, y la empresa aspira a otorgar servicios hasta el 60% de las operaciones mensuales.

Promedio Mensual de

| | | | |
|----------------------------|-----------------|-------|------------------|
| Ingresos por Servicio | \$ 8,536.000,00 | (60%) | \$ 5,121.600,00 |
| Tiempo Promedio | 60 Días | | |
| Saldo Pendiente Final 1996 | | | \$ 10,243.200,00 |

Inversiones Temporales.

En el transcurso del año se estará haciendo inversiones temporales con la intención de acumular un valor igual o superior a \$58'000.000 que dependiendo del crecimiento o producción de la empresa, existirá la necesidad de expansión.

Seguros.

Al ampliar su planta física y obtener el equipo médico científico óptimo y necesario para operar eficientemente, debe la empresa asegurar sus activos para además de establecer sus controles

internos, protegerlos y disminuir el riesgo de pérdidas o casos fortuitos.

Propiedad Planta y Equipo.

El Centro de Salud de Mamatoco cuenta en 1995 con:

| ARTICULO | Vr. del Bien | Depreciación acumulada 1995 | Vr. Bien Neto |
|-----------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Edificio con Mejoras | \$ 71,594.352 | \$ 4,579.718 | \$ 67,014.634 |
| Deprec. 1996 | _____ | <u>3,579.718</u> | <u>(3,579.718)</u> |
| TOTAL EDIFICIO | \$ 71,594.352 | \$ 8,159.436 | \$ 63,434.916 |
| Muebles y enseres | \$ 9,117.000 | \$ 1,823.400 | \$ 7,293.600 |
| Deprec. 1996 | _____ | <u>911.700</u> | <u>(911.700)</u> |
| TOTAL M y E. | \$ 9,117.000 | \$ 2,735.100 | \$ 6,381.000 |
| Equipo Médico Científico | \$ 17,778.462 | \$ 3,555.692 | \$ 14,222.770 |
| Deprec. 1996 | | 1,777.846 | (1,777.846) |
| Aumento por Dotación (*) | <u>112,383.747</u> | <u>11,238.375</u> | <u>101,145.372</u> |
| TOTAL E.M.C. | \$ 130,162.209 | \$ 2,735.100 | \$ 113,590.296 |

| ARTICULO | Vr. del Bien | Depreciación Acumulada 1995 | Vr. Bien Neto |
|---|-------------------|--------------------------------|-------------------|
| Vehículos | | | |
| *1 Ambulcia | \$ 39,900.000 | \$ 7,980.000 | \$ 31,920.000 |
| TOTAL PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO | \$ 250,773.561 | \$ 35,446.449 | \$ 215,327.112 |
| TERRENO | <u>10,000.000</u> | _____ | <u>10,000.000</u> |
| TOTAL GRAL. | \$ 260,773.561 | \$ 35,446.449 | \$ 225,327.112 |

- * El aumento de la dotación en equipos Médico Científico para funcionar en 7 áreas y una ambulancia tiene un valor de \$152'283.747,00 que como todos los bienes son propiedad del Distrito, pero en los dos años anteriores (94 / 95), el Centro de Salud ha efectuado consignaciones al Distrito por la suma de \$28'072.438,00, lo descontaremos del patrimonio, como una parte de financiación propia de la inversión.

Inventario de Drogas y Suministros.

Para este rubro se deberá implementar todos los controles internos administrativos, de seguridad y contables para evitar desvíos, sobre

todo con elementos de alto valor y pequeñas dimensiones, fáciles de transportar. Debe mantenerse cantidades preestablecidas suficientes y necesarias, atender fechas de vencimiento y otros datos de conocimiento médico.

Iniciará la empresa con inventario de \$ 18'000.000,00, los que obtendrá a crédito para darse a conocer y conocer el mercado; claro que debe atender las condiciones de pago y ganarse algunos descuentos financieros, cuando el proveedor los ofrezca.

La IPS de Mamatoco mantendrá el mismo valor como Pasivo con Terceros a fin de año (1996).

ESTADO DE INGRESOS Y EGRESOS

| | 1994 | 1994 | % | 1995 | PROYECTADO | % | 1996 | PROYECTADO | % |
|-------------------------|-------------|--------------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|
| INGRESOS | | | | | | | | | |
| Generación Inter | | 11'037.886 | 6.3 | | 17'082.002 | 7.8 | | 256'080.000 | 100 |
| Consulta Médica | 8'168.036 | | | 12'469.862 | | | 256'080.000 | | |
| Medicamentos | 1'214.167 | | | 2'733.120 | | | | | |
| Odontología | 1'655.683 | | | 1'879.020 | | | | | |
| Asignacion Pptal | | 162'978.000 | 93.7 | | 202'740.670 | 92.2 | | | |
| TOTAL INGRESOS | | 174'015.886 | 100 | | 219'822.672 | 100 | | 256'080.000 | 100 |
| EGRESOS | | | | | | | | | |
| Servicio Personal | 109'235.000 | | | 131'127.992 | | | 135'941.928 | | |
| Suministros | 16'169.000 | | | 18'000.000 | | | 36'918.000 | | |
| Gastos Generales | 18'874.000 | | | 21'075.800 | | | 10'740.000 | | |
| Transferencias | 0 | | | 32'535.876 | | | 12'234.774 | | |
| TOTAL EGRESOS | | 144'278.000 | 83.0 | | 202'739.668 | 92.2 | | 195'834.702 | 76.5 |
| EXCEDENTE EJERC. | | 29'737.886 | 17.0 | | 17'083.004 | 7.8 | | 60'245.298 | 23.5 |
| - DEPRECIACION | | 3'689.546 | 2.1 | | 6'269.264 | 2.9 | | 25'487.639 | 10.0 |
| EXC. EJERC. NETO | | 26'048.340 | 14.9 | | 10'813.740 | 4.9 | | 34'757.639 | 13.5 |

FLUJO DE EFECTIVO

| | 1994 | | 1995 | | 1996 | |
|---------------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|---------------|--------------------|
| INGRESOS | | 155'315.886 | | 219'821.670 | | 249'173.002 |
| Venta de Servicios | 11'037.886 | | 17'082.002 | | * 230'472.000 | |
| Asignacion Presupuestal | 144'278.000 | | 202'739.668 | | 18'701.002 | |
| EGRESOS | | 155'251.286 | | 219'838.820 | | 246'882.152 |
| Inversiones Cto Plazo | | | | | 47'557.500 | |
| Servicio personal | 109'235.000 | | 131'127.992 | | 135'941.928 | |
| Deuda Servicios Públicos | | | | | 3'442.500 | |
| Suministros | 16'169.000 | | 18'000.000 | | 36'918.000 | |
| Gastos Generales | 18'874.000 | | 21'075.800 | | 10'740.000 | |
| Transferencias | 0 | | 32'535.876 | | 12'234.774 | |
| Consignaciones Dto | 10'973.286 | | 17'099.152 | | 47.450 | |
| INGRESOS - EGRESOS | | 64.600 | | (17.150) | | 2'290.850 |
| Efectivo Inicial | | 0 | | 64.600 | | 47.450 |
| Fondo Fijo Mínimo | | 0 | | 0 | | 2'000.000 |
| EFFECTIVO FINAL | | 64.600 | | 47.450 | | 338.300 |

* Ingresos por Servicios \$ 256'080.000
 - Cuentas x Cobrar 60% de
 Ingreso Mensual Recuperable
 a 60 Días 25'608.000
\$ 230'472.000

BALANCE GENERAL

| | 1994 | INICIACION | % | 1995 | PROYECTADO | % | 1996 | PROYECTADO | % |
|-----------------------------------|------------|-------------------|------------|-------------|--------------------|------------|-------------|--------------------|-------------|
| ACTIVO | | | | | | | | | |
| ACTIVO CTE. | | 29'737.886 | 35.9 | | 46'820.890 | 32.2 | | 96'946.300 | 30.0 |
| Efectivo | 64.600 | | | 47.450 | | | 2'338.300 | | |
| Cuentas x Cobrar | 18'700.000 | | | 18'701.002 | | | 25'608.000 | | |
| Consignac. al Dto. | 10'973.286 | | | 28'072.438 | | | 0 | | |
| Invtrio Suministros | 0 | | | 0 | | | 18'000.000 | | |
| Inversion Cto plazo | 0 | | | 0 | | | 51'000.000 | | |
| PROP. PLAN Y EQU. | | 53'205.916 | 64.1 | | 98'531.004 | 67.8 | | 225'327.112 | 70.0 |
| DEPRECIABLE | | | | | | | | | |
| Edificio | 20'000.000 | | | 71'594.352 | | | 71'594.352 | | |
| Muebles y Enseres | 9'117.000 | | | 9'117.000 | | | 9'117.000 | | |
| Equip. Med. Cientif. | 17'778.462 | | | 17'778.462 | | | 130'162.209 | | |
| Vehículo | 0 | | | 0 | | | 39'900.000 | | |
| TOT. DEPRECIABLE | 46'895.462 | | | 98'489.814 | | | 250'773.561 | | |
| - Depr. Acumalda | 3'689.546 | | | 9'958.810 | | | 35'446.449 | | |
| TOT. DEPRC. NETO | 43'205.916 | | | 88'531.004 | | | 215'327.112 | | |
| NO DEPRECIABLE | | | | | | | | | |
| Terreno | 10'000.000 | | | 10'000.000 | | | 10'000.000 | | |
| TOTAL ACTIVO | | 82'943.802 | 100 | | 145'351.894 | 100 | | 322'273.412 | 100 |
| PASIVO | | | | | | | | | |
| | | 0 | | | 0 | | | 18'000.000 | 5.6 |
| Obligación Laboral | 0 | | | 0 | | | 18'000.000 | | |
| PATRIMONIO | | 82'943.802 | 100 | | 145'351.894 | 100 | | 304'273.412 | 94.4 |
| Exc. Ejerc. Anterior. | 0 | | | 26'048.340 | | | 36'862.080 | | |
| Excedente Ejercicio | 26'048.340 | | | 10'813.740 | | | 34'757.659 | | |
| Patrimonio | 56'895.462 | | | 108'489.814 | | | 232'653.673 | | |
| TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO. | | 82'943.802 | 100 | | 145'351.894 | 100 | | 322'273.412 | 100 |

* PATRIMONIO

| | |
|------------------|-------------------|
| 1995 | \$ 108,489.814,00 |
| 1996 | 152,283.747,00 |
| - Consign. 94/95 | 28,072.438,00 |
| - Consign. 1996 | <u>47,450,00</u> |
| | \$ 232,653.673,00 |

RAZONES FINANCIERAS.

| | 1995 | 1996 |
|--|----------------------------------|---|
| Razón Financiera = $\frac{\text{Act. Cte.}}{\text{Pas. Cte.}}$ | $= \frac{46'820.890}{0} = 0$ | $\frac{96'946.300}{18'000.000} = 5.39$ |
| Prueba Acida = $\frac{\text{Act. cte.} - \text{Inv.}}{\text{Pas. Cte.}}$ | $= \frac{46'820.890 - 0}{0} = 0$ | $\frac{96'946.300 - 18'000.000}{18'000.000} = 4.39$ |
| Rotacion Cartera = $\frac{\text{Ventas Credito}}{\text{Promedio Cartera}}$ | $= \frac{0}{0} = 0$ | $\frac{153'648.000}{25'608.000} = 6$ |

$$\begin{aligned} \text{Dias de Cartera} &= \frac{\text{Dias del A\~{n}o}}{\text{Rotacion Cartera}} \\ &= \frac{360}{0} = 0 \qquad \frac{360}{6} = 60 \text{ Dias} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Endeudamiento} &= \frac{\text{Pasivos Totales}}{\text{Activos Totales}} \\ &= \frac{0}{145'351.894} = 0 \qquad \frac{18'000.000}{322'273.412} = 5.58 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Margen Bruto de Utilidad} &= \frac{\text{Excedente Ejercicio}}{\text{Ingresos}} \\ &= \frac{17'083.004}{219'822.672} = 7.77 \qquad \frac{60'245.298}{256'080.000} = 23.52 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Margen Utilidad} &= \frac{\text{Excedente Neto}}{\text{Ingresos}} \\ &= \frac{10'813.740}{219'822.672} = 4.91 \qquad \frac{34'757.659}{256'080.000} = 13.57 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Rentabilidad del Patrimonio} &= \frac{\text{Excedente Neto}}{\text{Patrimonio}} \\ &= \frac{10'813.740}{105'047.314} = 10.29 \qquad \frac{34'757.659}{232'653.673} = 14.93 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Rentabilidad del Activo} &= \frac{\text{Excedente Neto}}{\text{Activos}} \\ &= \frac{10'813.740}{145'351.894} = 7.43 \qquad \frac{34'757.659}{322'273.412} = 10.78 \end{aligned}$$

ANALISIS HORIZONTAL.

Incrementando los ingresos en 16.5 % en 1996 con respecto a 1995 y efectuando una reestructuración en la planta de personal, disminuyendo cargos (por ejemplo 6 celadores) entre otros, contratando con honorarios a ciertos especialistas, elaborando un estudio sobre manejo y control de drogas y suministros, obtenemos que la utilidad crece más de dos veces a lo que se logró en 1995.

El análisis horizontal realizado al Balance, nos sirve como punto de referencia, no son resultados que deban tomarse 100% porque el mismo hecho de que es transformación de una institución que trabaja con presupuesto asignado a la que va a generar sus propios recursos; sin embargo, la proyección refleja que el incremento en los equipos médico científicos y unas decisiones acertadas del Administrador o Gerente Financiero (Director) en cuanto a su manejo generarán excelentes resultados.

ANALISIS VERTICAL.

En 1996 la composición del 100% del Balance General Proyectado presenta 30% Activo Corriente y un 70% de Propiedad, Planta y Equipo, lo que permitirá una rotación de Activos Fijos que optimice resultados.

La decisión de la inversión temporal debe aumentar (Proyección un 15.8% del 30% del Activo Corriente) para futura ampliación de la planta física. El Pasivo y el Patrimonio, al menos que la financiación de equipos se haga por terceros inversionistas como la empresa privada el 100% de la empresa es del Estado, debe aumentar el nivel de endeudamiento.

INDICADORES FINANCIEROS.

Los índices a analizar son los proyectados a 1996, tiene 5 pesos por cada peso que adeuda, se refleja la facilidad para seguir invirtiendo, además porque tiene en el Activo Disponible (Prueba Acida) 4 pesos por cada peso de deuda.

Se proyectó trabajar la cartera a 60 días, pero este plazo se va aumentando a medida que aumente la cartera, porque la costumbre comercial tiene a eso, sin embargo, existe la necesidad de diseñar políticas de cartera adecuadas, para mantener este promedio.

Del total del activo de la empresa, el 5.58% corresponde a terceros.

El Patrimonio o la Inversión del propietario le generó un 15% aproximadamente en un año, promedio mensual de 1.25% debe mejorar, es aceptable porque la empresa va a comenzar sus operaciones.

El activo total muestra que la Inversión realizada de equipos va en aumento, de 7.4% pasó a 10.8% en 1996.

El Punto de Equilibrio y el Margen de Seguridad.

En 1996 la empresa podrá atender a 42.680 personas en el año en sus diferentes áreas, el punto de equilibrio lo obtiene atendiendo 36.887 personas, lo que le daría un margen de seguridad de 13.57%, lo que quiere decir que puede disminuir en ventas hasta ese número de pacientes sin incurrir en pérdidas.

ANALISIS COMPARATIVO
ESTADO DE INGRESOS Y EGRESOS

| CONCEPTO | AÑO 1995 | AÑO 1996 | A/D | % |
|----------------------|----------------|----------------|---------------|-----------|
| INGRESOS | \$ 219'822.672 | \$ 256'080.000 | \$ 36'257.328 | 16,50 |
| EGRESOS | | | | |
| Gastos Personal | 131'127.992 | 135'941.928 | 4'813.936 | 3,70 |
| Drogas y Suministros | 18'000.000 | 36'918.000 | 18'918.000 | 105,10 |
| Otros | 53'611.676 | 22'974.774 | - 30'636.902 | (57,14) |
| EXCEDENTE EJERCICIO | \$ 17'083.004 | \$ 60'245.298 | \$ 43'162.294 | 252,81 |
| - Depreciación | 6'269.264 | 25'487.639 | 19'218.375 | 306,54 |
| | \$ 10'813.740 | \$ 34'757.659 | \$ 23'943.919 | 221,42 |

A/D = Aumento - Disminución

BALANCE GENERAL COMPARATIVO

| | 1995 | 1996 | A/D | % |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| ACTIVO | | | | |
| ACTIVO CORRIENTE | | | | |
| EFFECTIVO | 47.450 | 2'338.300 | 2'290.850 | 4,827,92 |
| CTAS POR COBRAR | 18'701.002 | 25'608.000 | 6'906.998 | 36,93 |
| INVIRIO DROGA Y SUMINISTROS | 0 | 18'000.000 | 18'000.000 | 100,00 |
| INVERSIONES CORTO PLAZO | 0 | 47'557.500 | 47'557.500 | 100,00 |
| OTRAS CUENTAS | 28'072.438 | 0 | - 28'072.438 | - 100,00 |
| TOTAL ACTIVO CORRIENTE | 46'820.890 | 93'503.800 | 46'682.910 | 107,05 |
| PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO | | | | |
| VEHICULO | 0 | 39'900.000 | 39'900.000 | 100,00 |
| MUEBLES Y ENSERES | 9'117.000 | 9'117.000 | 0 | ----- |
| EQUIPO MEDICO CIENTIFICO | 17'778.462 | 130'162.209 | 112'383.747 | 632,13 |
| EDIFICIO | 71'594.352 | 71'594.352 | 0 | ----- |
| TERRENO | 10'000.000 | 10'000.000 | 0 | ----- |
| DEPRECIACION | - 9'958.810 | - 35'446.449 | 25'487.639 | 255,93 |
| TOTAL PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO | 98'531.004 | 225'327.112 | 126'796.108 | 128,68 |
| TOTAL ACTIVO | 145'351.894 | 318'830.912 | 173'479.018 | 121,71 |

A/D = Aumento - Disminución

BALANCE GENERAL COMPARATIVO

| | 1995 | 1996 | A/D | % |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| PASIVO | | | | |
| CORTO PLAZO | 3'442.500 | 18'000.000 | 14'557.500 | 4,23 |
| PATRIMONIO | | | | |
| EXCEDNTE EJERCICIO ANTERIOR | 26'048.340 | 36'862.080 | 10'813.740 | 41,51 |
| EXCEDENTE DEL EJERCICIO | 10'813.740 | 34'757.659 | 23'943.919 | 221,42 |
| PATRIMONIO | 105'047.314 | 229'211.173 | 124'163.859 | 114,44 |
| PASIVO Y PATRIMONIO | 145'351.894 | 322'273.412 | 173'479.018 | 121,71 |

A/D = Aumento - Disminución

PUNTO DE EQUILIBRIO EN UNIDADES (PACIENTES).

| | 1995 | 1996 |
|--------------------|---------------|---------------|
| Ingresos | 219,822.692 | 256,080.000 |
| Pacientes | <u>32.775</u> | <u>42.680</u> |
| Ingresos Unitarios | \$ 6.707 | \$ 6.000 |
| Egresos | 209,008.932 | 221,322.341 |
| Pacientes | <u>32.775</u> | <u>42.680</u> |
| Egreso Unitario | \$ 6.377 | \$ 5.186 |

$$\text{Punto Equilibrio} = \frac{\text{Valor Egresos}}{\frac{\text{Valor Ingresos}}{\text{Pacientes}}}$$

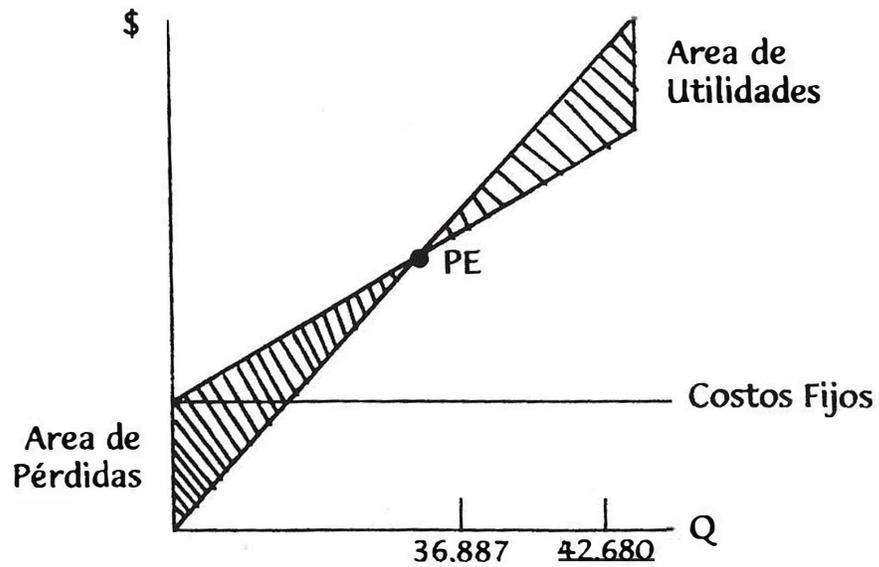
$$\text{P.E.} = \frac{209'008.932}{\frac{219'822.692}{32.775}} = \frac{221'322.341}{\frac{256'080.000}{42.680}}$$

$$\text{P.E.} = 31.162 = 36.887$$

Ventas en P.E.

$$1995 \quad 31.162 \times 6.707 = 209'003.534$$

$$1996 \quad 36.887 \times 6.000 = 221'322.000$$



MARGEN DE SEGURIDAD

$$MS = \frac{\text{Ventas Promedio} - \text{Ventas en P.E.}}{\text{Ventas Presupuestadas}}$$

1995

$$\frac{219'822.692 - 209'003.534}{219'800.692}$$

$$MS = 0.0492$$

$$MS = 4.92\%$$

1996

$$\frac{256'080.000 - 221'322.000}{256'080.000}$$

$$MS = 0.1357$$

$$MS = 13.57\%$$

Porcentaje de Disminución en Ventas sin incurrir en Pérdidas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> TIEMPO ACTIVIDAD </div> | 1995 | | | | | | | | | | | | | | | | 1996 | | | | | | | | | | | |
|--|--------|---|---|-------|------------|-------|---|-------|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|---------|---|---|---|
| | AGOSTO | | | | SEPTIEMBRE | | | | OCTUBRE | | | | NOVIEMBRE | | | | DICIEMBRE | | | | ENERO | | | | FEBRERO | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Construcción de la Sala de Observación de Hombres. | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adecuación Zona de Lavandería. | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elevación del Tanque de Agua. | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instalación de la Estación de Enfermería. | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adecuación de la Sala de Espera. | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instalación del Sistema Audiovisual en la Sala de Espera. | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reubicación del Archivo. | | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reubicación de Trabajo Social. | | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reubicación de Fisioterapia. | | | | | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reubicación de Psicología. | | | | | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reubicación de Nutrición. | | | | | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reubicación del Almacén. | | | | | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reubicación del Estar Médico. | | | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reubicación del Equipo de Rx de Odontología. | | | | | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reubicación de Cafetería. | | | | | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compra e Instalación de Aire Acondicionado para Odontología. | | | | | | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dotación de la Sala de Rehidratación Oral con un Pesa Bebes, una Mesa y 4 Sillas. | | | | | | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dotación de la Sala de IRA con 3 Pulmoaides, Sillas y Balas de Oxígeno respectivas. | | | | | | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compra e Instalación de Rejas en Puerta de Urgencias y Patio del Centro de Salud. | | | | | | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dotación de Incubadora y Equipo de Reanimación del Neonato. | | | | | | | | | ===== | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> / TIEMPO </div> ACTIVIDAD | 1995 | | | | | | | | | | | | | | | | 1996 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------|---|---|---|------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|---------|---|---|---|--|--|--|--|
| | AGOSTO | | | | SEPTIEMBRE | | | | OCTUBRE | | | | NOVIEMBRE | | | | DICIEMBRE | | | | ENERO | | | | FEBRERO | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| Capacitación a Médicos y Enfermeras sobre Reanimación Básica del Neonato. | | | | | | | | | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dotación de Laboratorio Clínico de Urgencias. | | | | | | | | | | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de Historia Clínica Perinatal Simplificada. | | | | | | | | | | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capacitación a Médicos para el Uso Adecuado de las HCPS. | | | | | | | | | | | | | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procesamiento de la Información. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | → | | | | | | | | | | | |
| Capacitación a Cinco (5) Madres Primigestantes para Profilaxis del Embarazo. | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compra de Silletería para la Sala de Espera. | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dotación del Servicio de Urgencias con un Electrocardiógrafo. | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dotación del Consultorio Médico con una Camilla Fija y Equipo de Organos. | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dotación del Tocófono con Baldes y Pinzas. | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adecuación de los Jardines del Centro de Salud. | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de Folletos Promocionales de los Servicios del Centro de Salud - IPS. | | | | | | | | | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de un Video Promocional. | | | | | | | | | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación del Portafolio de Servicios a las Diferentes EPS y otros Mercados Potenciales. | | | | | | | | | | | | | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | |
| Repartición de Folletos Promocionales en Grandes Supermercados de la Ciudad. | | | | | | | | | | | | | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | |

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

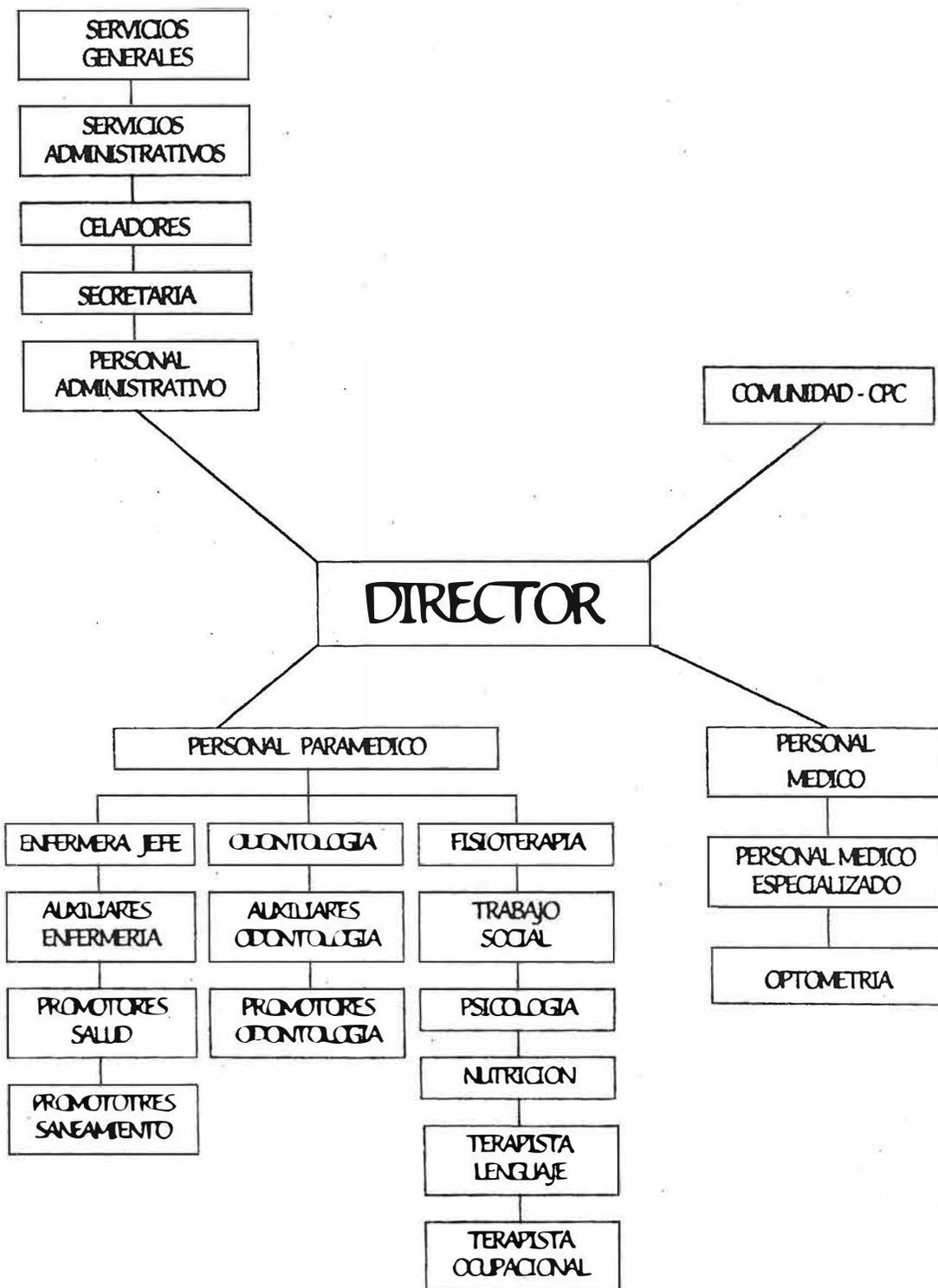
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> TIEMPO ACTIVIDAD </div> | 1995 | | | | 1996 | | | | | | | | | | | |
|--|--------|---|------------|---|---------|---|-----------|---|-----------|---|-------|---|---------|---|---|---|
| | AGOSTO | | SEPTIEMBRE | | OCTUBRE | | NOVIEMBRE | | DICIEMBRE | | ENERO | | FEBRERO | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| >Levantamiento de Procesos Internos para Agilizar la Presentación del Servicio al Paciente. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| >Capacitación de Clientes Internos en Relaciones Públicas. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| >Capacitación Continua de Clientes Internos en Ley 100 - IPS. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| >Compra de una Ambulancia. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| >Elección de un Contador Público. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| >Adecuación de un Sistema de Facturación. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| >Apertura de Libros Contables. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| >Inscripción como IPS. | | | | | | | | | | | | | | | | |

9. MODELO GERENCIAL

El modelo gerencial escogido en el establecimiento de este proyecto es el de la gerencia estratégica con la identificación del DOFA del Centro de Salud de Mamatoco, combinado con el servicio al cliente teniendo como meta la alta calidad del mismo.

La estructura orgánica del centro será horizontal donde el Director estará rodeado por todos sus colaboradores indistintamente de su cargo y profesión.

El organigrama quedará así:



Los manuales de funciones se están realizando en este momento por la Jefatura de Personal del DASD, pues en los tres años, desde su constitución, las anteriores administraciones no se habían ocupado del mismo. La comunidad presta una cercana colaboración con el Centro de Salud a la cabeza de Comité de Participación Ciudadana, quien está presente no solo como ente fiscalizador sino como colaborador.

Es necesaria la capacitación del cliente interno en cuanto a algunos conceptos de calidad total, momentos de verdad, relaciones humanas para mejorar la eficiencia y eficacia del servicio, la capacitación continuada en su área de trabajo específica ha sido fructífera con invitación gratis a seminarios de actualización permanentes; de igual forma, la dotación técnica total del centro de salud está en espera de la llegada de recursos del nivel nacional que ya han sido aprobados mediante proyecto presentado el año anterior por un monto de setenta millones de pesos.

10. CONCLUSIONES

El Centro de Salud de Mamatoco tiene la capacidad física, organizativa y funcional como entidad de salud para transformarse en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de gran prestigio entre la comunidad de Santa Marta.

Las debilidades administrativas pueden solucionarse fácilmente con la contratación de una contadora para iniciar el sistema contable y es posible ampliar los servicios médicos con la contratación de personal especializado por horas.

El establecimiento del Laboratorio Clínico y de la red de urgencias son de prioridad para mejorar la calidad en la atención del servicio.

De igual modo, la satisfacción del cliente interno con dotación adecuada de su área de trabajo, así como la capacitación continuada del mismo darán un giro importante en la calidad y optimización del servicio.

Es definitiva la participación de la comunidad manteniendo una comunicación constante y activa para llenar sus expectativas y convertirnos en parte de su diario vivir.

11. RECOMENDACIONES

Con la implementación a Nivel Nacional de la Ley 100, las directrices del Departamento Administrativo de Salud Distrital es el de convertirse en una Empresa Promotora de Salud donde quedarán inscritos los beneficiarios de estrato socioeconómico 1 - 2 - 3 según el SISBEN y por lo tanto los Centros y Puestos de Salud (Treinta y Cinco en promedio) deberán convertirse en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), siendo esta la naturaleza del Centro de Salud de Mamatoco; para poder cristalizar este proyecto en una realidad es necesario:

- Dotar el Centro de Salud con equipo técnico ampliando sus servicios (Ecografía, Sala de Rehidratación Oral, Sala de Inhalaciones, Rayos X en Odontología, laboratorio Clínico, Ambulancia).

- Dar satisfacción al cliente interno mejorando los sitios de trabajo con materiales adecuados y que permitan el mejor desarrollo de sus funciones.
 - Dar seguridad física al Centro de Salud para proteger los equipos adquiridos.
 - Mejorar la cobertura de los programas de Prevención y Promoción de la Salud donde somos Pioneros en el Distrito Histórico, Cultural y Turístico de Santa Marta. (DASD).
 - Dar capacitación permanente al cliente interno para mejorar la atención en el servicio.
 - Iniciar el Buzón de Sugerencias para dar participación activa a la comunidad en el mejoramiento de los servicios.
-

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

MINISTERIO DE SALUD. Organización de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá D.C. Colombia. 1995.

MINISTERIO DE SALUD. Sistema de Seguridad Social Integral, pensiones y Jubilaciones. Ley 100. Santafé de Bogotá D.C. Colombia. 1993.

MINISTERIO DE SALUD. Reglamentación de la Ley 100 de 1993. Decreto 1485 de 1995.

MINISTERIO DE SALUD. Reorganización del Sistema Nacional de Salud, una Respuesta al Cambio Social. Memoria Analítica de la Ley 100 de 1993. Tomo I. Santafé de Bogotá D.C. 1990. P. 198

DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO DE SANTA MARTA. Plan Sectorial de Salud 1995 - 1997. Santa Marta. 1994.

DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO DE SANTA MARTA. Proyecciones Municipales de Población 1990 - 1995. Santa Marta. 1990.

**ANEXO A. Mapa del Distrito Turístico, Histórico y
Cultural de Santa Marta**



