



Investigación y análisis de variables para medir el factor costo-eficiencia de los recursos económicos asignados al sector salud de las FF.MM. tomando como modelo el Hospital Naval de Cartagena

Camilo Eduardo Ramírez Mejía

Trabajo de grado para optar al título profesional:

Curso de Estado Mayor (CEM)

Escuela Superior de Guerra “General Rafael Reyes Prieto”

Bogotá D.C., Colombia

303.515
R 173

042

**INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE VARIABLES PARA MEDIR EL FACTOR COSTO-
EFICIENCIA DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS ASIGNADOS AL SECTOR SALUD
DE LAS FF.MM TOMANDO COMO MODELO EL HOSPITAL NAVAL DE
CARTAGENA**



ALUMNO: C.C. CAMILO EDUARDO RAMÍREZ MEJIA

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA**

BOGOTÁ D. C., OCTUBRE DE 2001

**INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE VARIABLES PARA MEDIR EL FACTOR COSTO-
EFICIENCIA DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS ASIGNADOS AL SECTOR
SALUD DE LAS FF.MM. TOMANDO COMO MODELO EL ÁREA ADMINISTRATIVA
DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA**

CAMILO EDUARDO RAMÍREZ MEJIA

Trabajo de investigación para optar
al título de especialista en Estado
Mayor y comando de las FF.MM.

**COMANDO GENERAL DE LAS FF.MM
ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA
CURSO CEM 2001
BOGOTA OCTUBRE DE 2001**

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo primero que todo para honrar la memoria de mi madre, sin cuyo sacrificio y abnegación no hubiera podido lograr lo que hoy soy, ni estar hoy realizando este trabajo, a su gran amor y confianza en mi.

A mi esposa Zenith, e hijos Andrés Felipe y Adriana, quienes son siempre la luz que iluminan mi camino, los que logran a través de su amor que yo saque fuerzas cuando pienso desfallecer, que esbocé una sonrisa cuando pienso en sollozar, que diga un te quiero cuando pienso en maldecir, que piense positivo frente a las adversidades y que siempre este dispuesto a seguir adelante para lograr junto con ellos ser cada día mejores, mas unidos y sobre todo a querernos mucho mas

RESPONSABILIDAD

El autor de este trabajo, es el único responsable de los conceptos e ideas expresadas, de las propuestas incluidas en el texto y no compromete a la escuela superior de guerra ni a las fuerzas militares, institución donde presta sus servicios y mucho menos a las personas que aportaron sus iniciativas al modelo.

El motivo principal que me llevo a realizar este trabajo, es el firme convencimiento que si todos aportamos algo de nuestros conocimientos podemos ayudar a solucionar muchos problemas y hacer las cosas más fáciles, rápidas, transparentes y seguras y en ningún momento podemos olvidarnos de nuestro deber ciudadano, el derecho constitucional y legal, y la responsabilidad de todos de participar en la construcción colectiva una sociedad mejor.

En este caso mi aporte busca ayudar a mejorar el marco conceptual específico que desarrolle el Sistema de Seguridad Social en Salud de las FF.MM, especialmente el Sistema de calidad y la auditoria de los servicios de salud, estos dos últimos temas que han sido liderados por la constitución nacional a traves del Ministerio de Salud desde la formulación de la Ley 100 de 1,991 y el Decreto No. 352/97

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	17
OBJETIVO DEL TRABAJO.....	33
Objetivo General	33
Objetivos Específicos.....	33
Métodos	33
Limitaciones	34
CAPITULO I.....	35
1. HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA ...	35
1.1. RESEÑA HISTÓRICA.....	35
1.2. SITUACIÓN ACTUAL	36
1.2.1. Objetivos Organizacionales.....	38
1.2.2. Estructura Organizacional	39
1.2.2.1. Subdirección Científica	39
1.2.2.2. Subdirección Administrativa.....	39
1.2.3. La Departamentalización.....	40
1.3. CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO AMBIENTE QUE MÁS AFECTA LA ORGANIZACIÓN	41
1.3.1. Localización, Extensión Y Limite	41
1.3.2. Clima, Temperatura.....	41
1.3.3. Accesibilidad Vial Y De Comunicación	41
1.3.4. Aspecto Demográfico	42

1.3.5. Seguridad Y Orden Público	42
1.3.6. Relaciones Gremiales.....	42
1.4. VOLUMEN DE ACTIVIDADES.....	43
1.4.1. Consulta Externa Especializada por año.....	43
1.4.2. Cirugía y Procedimientos en Consulta Externa	44
1.5. PERSONAL.....	45
1.6. INSPECCIONES Y AUDITORIA.....	45
1.7. FORMATOS ACTUALES DE AUDITORIA DEL ÁREA ADMINISTRATIVA USADOS PARA LA REVISIÓN DE LAS UNIDADES DE SANIDAD DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR.....	47
CAPITULO II.....	64
2. ECONOMÍA Y SALUD	64
2.1. Particularidades De La Salud Como Bien Económico	64
2.1.1. Problemas Derivados De Las Fallas Del Mercado	67
2.1.2. Problemas De Equidad.....	67
2.1.3. Asimetría De La Información	68
2.1.4. Comportamiento De Los Oferentes	68
2.1.5. Precio	69
2.1.6. Ausencia Del Ánimo De Lucro.....	69
2.1.7. La Necesidad.....	70
2.2. MEDICIÓN DEL SECTOR SALUD	71
2.2.1 El Proceso De Medición	72
2.2.2. Beneficios De La Medición	72
2.2.3. Criterios Para La Evaluación	73

2.2.4. Qué Medir	73
2.2.4.1. Disponibilidad	73
2.2.4.2. Accesibilidad	74
2.2.4.3. Intensidad De Uso:.....	74
2.2.4.4. Extensión De Uso:	75
2.2.4.5. Calidad:.....	75
2.2.4.6. Utilización.....	76
2.2.4.7.Productividad	76
2.2.4.8. Cobertura:	77
2.2.4.9. Eficiencia.....	77
2.2.4.10. Efectividad	77
2.3 AUDITORIA Y CONTROL.....	78
2.3.1. La Auditoria de las Empresas de Servicios de Salud	78
2.3.2. La Definición De Objetivos Y Su Verificación	79
2.3.3. Planeación y el Control Financiero	81
2.3.4. El Control.....	81
2.3.5. Los Mecanismos De Control.....	83
2.3.6. Los Mecanismos De Seguimiento Y Control Dentro Del Ejecutivo	84
2.3.7. Evaluación.....	85
2.3.8. Cierre Del Círculo Programación – Ejecución- Control- Evaluación	87
2.4. INDICADORES, RAZONES Y PROCESOS	87
2.4.1. Los Indicadores	87
2.4.2. Los Indicadores De Resultados.....	88
2.4.3. Diferencia Entre Los Conceptos De Eficiencia Y Eficacia	91

2.4.4. Indicadores	92
2.4.4.1. Indicadores De Desempeño.....	92
2.4.4.2. Principales Indicadores Del Sector Salud.....	93
2.4.4.3. Indicadores De Gestión Del Sector Salud.....	95
2.4.5. Que Es Una Razón.....	102
2.4.5.1. Procedimiento Para Hacer Análisis De Razones	103
2.4.5.2. Las Razones Más Usadas	103
2.4.6. Procesos:.....	104
2.4.6.1. Definicion Del Proceso:.....	104
2.4.6.2. Resultados:	104
2.4.6.3. Area Funcional:	105
2.4.6.4. Porque Trabajar En Procesos:.....	105
2.4.6.5. Limites Del Proceso	106
2.4.6.6. Definición De Procedimiento Del Proceso.	106
2.4.6.7 Definición De Actividades Elementales:.....	106
2.5. LA EFICIENCIA Y EFICACIA.....	106
2.5.1. La Búsqueda De Eficiencia.....	106
2.5.2. Grado De Cumplimiento De La Eficiencia	107
2.5.3. Eficiencia Social:	108
2.5.4. Eficiencia Institucional U Organizacional	108
2.5.5. Eficiencia Del Recurso Humano	108
2.5.6. Eficiencia De Los Procesos	109
2.5.7. Grado De La Eficiencia De La Gestión.....	109
2.5.7.1. Eficiencia Clínica.....	109

2.5.7.2. La Eficiencia Gerencial	110
2.5.7.3. La Eficiencia Administrativa	110
2.5.7.4. Grado De La Eficiencia Del Servicio	110
2.5.7.5. Eficiencia A Partir de la Economía	110
2.5.7.6. Eficiencia Tecnológica	111
2.5.7.7 Eficiencia Microeconómica.....	111
2.5.7.8. Eficiencia Social.....	112
2.5.7.9. Grado De Satisfacción Del Cliente Externo	113
2.5.8. Eficacia Social	114
2.5.8.1. Grado De La Eficacia Del Servicio	114
2.6 COSTOS.....	114
2.6.1 Sistema De Costos	115
2.6.2. Costo	115
2.6.3. Producción.....	116
2.6.4. Areas De Una Institucion Prestadora De Servicios De Salud.....	117
2.6.4.1 Areas Gerenciales Y Administrativas	117
2.6.4.2. Areas Logisticas.....	117
2.6.4.3 Area Operativa	118
2.6.5. Productos Obtenidos De Las Diferentes Areas:	119
2.6.5.1. Areas Operativas	119
2.6.5.2 Areas Logisticas.....	119
2.6.5.3. Productos Administrativos.....	119
2.6.6. Unidad De Medida.....	120
2.6.7. Centro De Costos	121

2.6.8. Agrupación De Productos.....	122
2.6.9. Agrupación Por Equivalencia:.....	123
2.6.10. Clasificación De Los Centros De Costos.....	124
2.6.11. Costos Y Contabilidad (Unidad Funcional).....	126
2.6.12. Otras Organizaciones O Agrupaciones.....	129
2.6.13. componentes del costo.....	130
2.6.13.1 Elementos Del Costo.....	130
2.6.14. Indicadores Y Gerencia De Costos.....	132
2.6.14.1 Causales De Costos.....	133
2.6.15. Analisis De Rentabilidad.....	133
2.7. PRINCIPIOS ORDENADOS POR LA LEY PARA EL SECTOR SALUD.	135
2.7.1. Cobertura Normalizada.....	135
2.7.2. Equidad Social.....	135
2.7.3. Solidaridad.....	135
2.7.4. Integralidad.....	135
2.7.5. Subsidiaridad.....	136
2.7.6. Complementariedad.....	136
2.7.7. Contrarreferencia.....	136
2.7.8. Justificación Social.....	137
2.7.9. Justificación Ética.....	137
2.7.10. Justificación Económica.....	138
2.7.11. Justificación Jurídica.....	139
2.8. PENSAR EN EL FUTURO.....	139
2.8.1. Diagnósticos Previos A La Planeación.....	140

2.8.2. Procesos De Planeación	141
2.8.2.1. Planificación Estratégica	141
2.8.2.2. Desarrollo Del Personal	142
2.8.2.3. Gestión de Calidad.....	142
2.8.3. Período Que Cubre La Planeación.....	142
2.8.4. Planeación Financiera	144
2.8.5. Los Enemigos De La Planeación:.....	146
CAPITULO III.....	148
3. PREPARACIÓN PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA.....	148
3.1. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO.....	148
3.1.1. Conocimiento De La Empresa.....	148
3.2. ESTRUCTURA DE PRESENTACIÓN DE ESTADOS FINANCIEROS....	149
3.2.1. Diagnóstico De Situación Financiera.....	150
3.2.1.1. La Interpretación De Los Estados Contables.....	150
3.2.1.2. Los Estados De Fuentes Y Usos De Fondos.....	151
3.3. ANÁLISIS DE LOS BALANCES.....	151
3.3.1. La Planeación De Las Utilidades Por Métodos Estadísticos Relacionados Con El Medio	151
3.3.2. La Administración De Las Utilidades Por Volumen, Costos Y Precios	153
3.3.2.1. Administración del Volumen.....	153
3.3.2.2. Administración De Los Costos	154
3.3.2.3. Administración De Los Precios	154
3.3.3. El Punto De Equilibrio.....	155

3.4. PRESUPUESTO	155
3.4.1. Hacia Un Nuevo Manejo Presupuestal	155
3.4.2. Presupuesto Entidades Sector Público Base Constitucional Y Legal	158
3.4.3. Análisis De La Situación Presupuestal	158
3.4.4. Análisis De Las Relaciones Presupuestales.....	158
3.4.5. Presupuesto De Ingresos	159
3.4.5.1. Composición Del Presupuesto De Ingresos.....	159
3.4.6. Presupuesto De Gastos.....	160
3.4.6.1. Gastos De Funcionamiento.....	160
3.4.7. Elaboración Del Flujo De Caja.....	161
3.4.7.1. Otros Ingresos.....	162
3.4.7.2. Efectivo Mínimo.....	162
3.4.7.3. Egreso De Efectivo	163
3.5. INVENTARIOS.....	163
3.5.1. Administración De Los Inventarios	163
3.5.2. Efectividad De Las Políticas De Inventarios	164
3.5.3. Nivel Óptimo De Inventarios	165
3.5.3.1. Los Costos De Pedir	165
3.5.3.2. Los Costos De Manejo.....	166
3.5.3.3. El Costo Del Capital Invertido	166
3.5.3.4. Los Costos Relacionados Con Falta De Satisfacción De La Demanda	166
3.6. CUENTAS POR COBRAR.....	167
3.6.1. Administración De Las Cuentas Por Cobrar.....	167

3.6.2. Política De Cuentas Por Cobrar:	168
3.6.3. Otorgamiento Del Crédito	169
3.6.4. Los Descuentos Por Pronto Pago	170
3.7. EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN	171
3.7.1. El Análisis Costo-Beneficio	171
3.8. CONTRATACIÓN	173
3.8.1. Contratación Estatal	173
3.8.2. Principios De Contratación Estatal	173
3.8.2.1. Transparencia Del Contrato	174
3.8.2.2. Economía Del Contrato	174
3.8.2.3. Responsabilidad Del Contrato	175
3.8.3. Características De Los Contratos	176
3.8.3.1. Contenido	176
3.8.3.2. Perfeccionamiento	176
3.8.3.3. Ecuación Contractual	176
3.8.3.4. Urgencia Manifiesta	177
3.9. AUDITORIA CONTABLE	177
3.9.1. Contabilidad General	178
3.9.1.1. Cuentas	178
3.9.2. Análisis Financiero	179
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	181
4.1. UNA VISIÓN DE CALIDAD DISTINTA	181
4.2. LA SALUD EN LAS FF.MM	181
4.3. RELACIÓN ENTRE POLÍTICA Y EFICIENCIA DE HONAC	182

4.3.1. Concepto De Política.....	182
4.3.2. Planteamiento De Las Hipótesis Económicas Y Políticas Sobre La Eficiencia Y Eficacia Del Honac.....	184
4.3.2.1.Económicas	184
4.3.2.2. Políticas:	184
4.3.3. Interrelaciones Entre Hipótesis.....	184
4.4. FUNCIONES DEL ADMINISTRADOR FINANCIERO	186
4.5. INSUMOS PARA GENERAR LA SALUD EN LAS FF.MM.....	188
4.5.1. Elementos Tangibles (et):.....	188
4.6. ACCIONES FUTURAS.....	189
4.6.1. Eficiencia:	189
4.6.2. Cobertura:.....	190
4.6.3. Calidad:	190
4.6.4. Recursos Financieros	191
4.6.5. Recursos Humanos	192
4.6.6. Medicamentos e Insumos.....	192
4.6.7. Equidad	192
4.6.8. Eficiencia	193
4.6.9. Cobertura.....	194
4.6.10. Calidad	194
4.7. ANÁLISIS DE VARIABLES A MEDIR POR SECCIONES.....	195
4.7.1. Morbilidad	195
4.7.2. Stock De Seguridad.....	196
4.7.3. Stock Mínimos:	197

4.7.4. Consumo Por Áreas Funcionales Y Por Niveles De Complejidad	197
4.7.5. Contratación	197
4.7.6. Adquisiciones	198
4.7.7. Almacén General.....	200
4.7.8. Farmacia Y Bodega Insumos Hospitalarios.....	201
4.7.9. Áreas De Atención.....	202
4.7.10. Presupuesto	203
4.7.11. Exámenes Extra Hospitalarios.....	203
CITAS BIBLIOGRAFICAS	204
BIBLIOGRAFÍA.....	208

ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1 Formato de inspección de la DGSM del área administrativa	47
Tabla 2 Indicadores de gestión del sector salud.....	95
Grafica 1 sistema general de seguridad en Colombia	64
Grafica 2 modelo general de prestación de servicios de salud.....	65
Grafica 3 factores que influyen en el producto salud	66
Grafica 4 proceso productivo de un hospital.....	67
Grafica 5 Equilibrio en el cuidado de la salud	70
Grafica 6 el proceso de medición	73
Grafica 7: Como medir eficiencia y eficacia.....	92
Grafica 8 diseño de una organización funcional	104
Grafica 9 áreas y unidades funcionales.....	105
Grafica 10 objetivos de la eficiencia, la efectividad y la adaptabilidad.....	107
Grafica 11 Como medir la producción de salud	112
Grafica 12 organización de una empresa de servicios de salud.....	140
Grafica 13 Ciclo de mejoramiento continuo	141
Grafica 14 Correlación en salud	152

GLOSARIO

Administración: Es el logro de la armonía de los esfuerzos individuales encaminados hacia la consecución de las metas del grupo, todo lo cual se logra con la coordinación, lo que permite establecer que la administración es la técnica de la coordinación. Siendo su objeto el estudio de la organización, tratando de lograr una explicación, comprensión y una búsqueda de los porqué.

Administración Financiera: Representa la acción que el área concreta a través de la búsqueda de soluciones ante los problemas que se puedan presentar en: Decisión de Invertir; Política de Dividendos; Estructura e integración del financiamiento. Siendo su fin, obtener el mayor rédito posible, en la decisión tomada en el campo del manejo de los capitales.

Administración HARD: Es uno de los enfoques implementados en el campo de la Administración Estratégica; expresa la preocupación, por parte de la dirección, por lo técnico-instrumental así como por la búsqueda de un soporte para los análisis de los problemas generados por los mercados y por la turbulencia presente en ellos.

Administración Estratégica: Sistema de administración utilizado ante la presencia de mercados estancos, decrecientes y con una alta turbulencia. Su objetivo es la búsqueda de soluciones a través de la innovación, creatividad y cultura compartida por todos los que conforman a organización, adaptando los recursos y las habilidades de la organización al entorno cambiante.

Administración SOFT: Enfoque administrativo del cual se vale la administración estratégica a los efectos de obtener los objetivos organizacionales, mediante los procesos de participación y creatividad. Su objetivo es tomar la conducta de las

personas presentes en las empresas, sus motivaciones para ganar, para mejorar y para ser emprendedoras.

Administradores: Tienen a su cargo la función básica de iniciar acciones que hagan posible que los individuos aporten sus mejores contribuciones para los objetivos del grupo total de la organización. Trabajan en un medio afectado por influencias externas tanto como internas, las cuales le son propias a la organización utilizando para ello el conocimiento organizado (ciencia), el cual aplican con el fin de lograr lo propuesto como resultados.

Amplitud Del Control: Definido también como la amplitud de supervisión, se refiere al número de subordinados que puede manejar un superior, con el fin de que lo realice con la mayor eficiencia y eficacia posible.

Ápice Estratégico: Concepto que abarca a todas las personas encargadas de una responsabilidad general de la organización, quienes poseen una perspectiva más amplia de la misma y que actúan con un mínimo de repetición, normalización. Son directivos de nivel superior, cuyas preocupaciones y acciones son de carácter global; su función está representada por el logro efectivo de la misión impuesta por la organización de manera que se satisfagan los intereses de las personas que la manejan.

Auditoria Administrativa: Implica una verificación de los sistemas administrativos, considera los campos de la planeación, organización, contratación del personal y la dirección. Su objetivo es un análisis objetivo y crítico de la organización, evaluando las necesidades reales de una compañía.

Auditoria Médica: Identifica el área de control de calidad y cantidad de la atención médica. Su función está representada por la confrontación de una determinada actividad, con las pautas o normas que se consideren adecuadas, a los efectos de que dicha actividad sea aceptada y eficiente. Diferenciándose la

auditoria técnica, la cual detecta la forma en que fueron atendidos los pacientes, y la auditoria profesional, la cual verifica la labor científica del profesional.

Autoridad: Es el derecho institucionalizado que permite a una persona guiar las acciones de otros. Su objetivo es influenciar el comportamiento de los miembros de la organización, quienes aceptan las órdenes por emanar de una persona que ha sido 'autorizada' para tal fin.

Balance: Es un estado contable que identifica la situación patrimonial de la empresa con una descripción de los bienes que posee, los derechos de los acreedores y el patrimonio neto.

Bancos De Datos: Es un sistema de captación, conservación y elaboración completa y ordenada de toda la información relevante para las diversas áreas de la empresa.

Cambios Evolutivos: Representan aquellos cambios organizacionales que deben ir produciendo las firmas en el correr de su vida institucional, por crecimiento vegetativo, por antigüedad, por mayor conocimiento, por aumento de eficiencia, por capacitación del personal.

Capacitación: Proceso de formación implementado por el área de Recursos Humanos con el fin de que el personal desempeñe su papel lo más eficientemente posible.

Centralización: Situación que se presenta cuando todo el poder de decisión se centra en un único punto de la organización, o en una sola persona que se encuentra en el nivel superior del nivel jerárquico de la estructura organizacional.

Comercialización: Es el proceso social, orientado hacia la satisfacción de las necesidades y los deseos de individuos y organizaciones para la creación y el in-

tercambio voluntario y competitivo de productos y servicios generadores de utilidad.

Competencia: Representa la presencia de dos o más empresas, las cuales, dentro del mismo sector, pretenden captar al consumidor a través de la satisfacción de sus requerimientos.

Comportamiento Grupal: Campo de la organización informal que analiza las pautas y las reacciones que se generan de las interrelaciones intergrupales. Su objetivo básico es comprender dichos comportamientos de manera que permitan disminuir al máximo los conflictos que se puedan generar en el proceso de relación.

Comportamiento Humano: Es el producto de influencias complejas, derivadas del ámbito cultural y social en el cual se desarrolla el hombre.

Comunicación: Es un proceso de transferencia, mediante el cual se transmiten las premisas decisorias de un miembro de la organización a otro. Dentro del proceso se muestra la presencia de una fuente(emisor) y un destino (receptor). Todo este proceso se conforma a través de códigos simbólicos de la que hace uso la comunicación para llegar a transferir información requerida.

Conducción: Representa la participación operativa en las decisiones, la misma es realizada por los niveles superiores.

Conflicto: Identifica la situación en la cual se presentan desemejanzas entre los valores de dos partes que interactúan frente a un punto en cuestión. Tienen su base en diferencias de objetivos, métodos, aptitudes o cualquier otro aspecto que haga al comportamiento humano.

Control: Implica una comparación de los hechos reales con los estándares

preestablecidos y la posterior adopción de acciones correctivas, las que son implementadas cuando se presentan desvíos. Es un proceso que permite disminuir los efectos de conflictos, así como eliminarlos cuando la coordinación no ha podido manejarlos.

Coordinación: Representa la combinación de todos los recursos de la organización a los efectos de que los grupos adopten la misma decisión que lleve a la consecución del objetivo prefijado, por medio de la adaptación mutua, la supervisión directa, la normalización de los procesos de trabajo, la normalización de los resultados de trabajos, la normalización de las habilidades de los trabajadores, siendo la coordinación el elemento aglutinante que mantiene unida a la organización dentro de su estructura.

Costos: Representa aquel capital que la empresa debe utilizar a los efectos de generar ingresos, lo cual se logra por medio de la producción de bienes o servicios.

Cultura Organizacional: Identifica el patrón integrado del comportamiento humano que incluye la forma de pensar, las actitudes, la forma de transmitirlos, es decir, los valores, los códigos, la historia, los símbolos con que se manejan en la organización.

Decisión: Acción que implica una selección racional de un curso de acción, seleccionando entre una serie de opciones que se pueden presentar ante una situación dada.

Decisiones Programadas: Son acciones de tipo rutinario, las cuales se concretan en los niveles menores de la organización. Se presentan ante situaciones de tipo repetitivo, en un estado de certidumbre, son estables y referidas a variables internas a la organización.

Decisiones No Programadas: Son decisiones complejas, no fácilmente comprendidas, hecho que dificulta recurrir a métodos predeterminados que permitan encontrar fácilmente la solución acorde. Se presentan ante situaciones no repetitivas, tienen características de impredecibilidad y son generadas por el medio ambiente externo. Corresponden al marco de las altas gerencias.

Delegación: Proceso consistente en dar autonomía creciente a los miembros de la organización, así como a ampliar la capacidad de decisión autónoma de los hombres de niveles superiores.

Departamento: Área que se formaliza a posteriori de un proceso de delegación de las diversas funciones que debe cubrir la organización tomándolas de manera homogéneas.

Deparlamentalización: Proceso que agrupa actividades y agentes que cumplen tareas relacionadas.

Departamento De Servicio: Áreas que forman parte de toda organización, pero que no hacen a la esencia de la misma, sin que ello signifique que no sean relevantes para el desarrollo de la organización, se las suele identificar también como “áreas de apoyo logístico”.

Desarrollo Organizacional: Concepto que significa la búsqueda de formas que permitan cambiar la organización de su estado actual, hacia uno más desarrollado. Es un esfuerzo planeado de toda la organización, dirigido desde arriba, para aumentar la efectividad y la salud de la misma, usando conocimientos de las ciencias del comportamiento, siendo responsabilidad del nivel político y de las altas gerencias.

Descentralización: Proceso de delegación que implica que el poder de decisión se encuentra dividido entre varias personas.

Descripción De Puestos: Es la determinación de las funciones que cada persona debe hacer en su lugar de trabajo.

Dirección: Acto que permite la realización efectiva de todo lo planeado.

Directivo: Persona polifacética y especialista que accede a las diversas fuentes de información a los efectos de poder tomar decisiones con una mayor eficacia. A la vez que debe hacerse cargo de la determinación de estrategias, las cuales le permitirán llegar al logro de los propósitos prefijados.

Dirigir: Función que implica inducir a los subordinados a que observen comportamientos acordes a los roles que se hayan implementado a través de las prescripciones de roles, basándose en la motivación que permite lograr, con la máxima contribución, el objetivo organizacional.

Disciplina: Es un estado de orden sin el cual la organización no puede mantenerse por si misma.

Distribución De Planta: Implica la ordenación física de los elementos y los espacios necesarios para el movimiento de los materiales y del personal.

Efectividad: Representa el logro de los objetivos al más bajo costo posible

Eficiencia: Representa el logro de los objetivos a través de elección de alternativas que puedan proporcionar el mayor rendimiento.

Entorno: Es el medio ambiente externo, en donde la organización busca su crecimiento y su desarrollo, y de donde obtiene los recursos para su subsistencia.

Entropía: Proceso que muestra la tendencia que posee un sistema a agotarse.

Escenario: Es la construcción mental, el mapa perceptual que un gerente tiene sobre su medio ambiente externo y en el cual se basa para tomar sus decisiones.

Estrategia: Sistema complejo y adaptativo, que implica un conjunto de esfuerzos y el manejo de los recursos que permitirán obtener los objetivos generales.

Estructura: Puede definirse como el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo entre áreas distintas, consiguiéndose a *posteriori* la coordinación de las mismas. Es el esqueleto sobre el que se apoyan las funciones requeridas por la empresa, las cuales "interjuegan" tratando de encontrar el equilibrio que permita el desarrollo organizacional, actuaría como una herramienta de coordinación y orden.

Gerentes Funcionales: Son aquellos gerentes que son responsables de las actividades de sólo una de las funciones.

Gerentes Generales: Representan aquellos gerentes presentes en los niveles superiores, los cuales revisan una unidad total, lo que incluye todas las actividades funcionales de dicha unidad.

Gestión: Acción que implica planificar, organizar, motivar, dirigir y controlar desde un punto de vista general.

Grupo: Es la unión de dos o más personas que actúan de manera interrelacionada y unificada para el logro de metas comunes.

Grupos Primarios: Se conforman por una relación afectiva, no existe una situación contractual, se generan de manera espontánea y no tienen tiempo de perdurabilidad.

Grupos Secundarios: Nacen de una relación formal, no se concretan por sentimientos, aunque a *posteriori* afloran, se conforman con objetivos predeterminados (como sucede en las organizaciones).

Holismo: Teoría que considera que el todo no es sólo la suma de las partes, sino que el sistema en sí mismo únicamente puede ser explicitado como un todo.

Homeóstasis: Sistema que, en permanente movimiento, tiene una intrínseca tendencia a la autorregulación, con capacidad de adaptabilidad, la cual podría definirse como una supervivencia dinámica.

Incertidumbre: Situación en la cual se desconocen totalmente las consecuencias que la aplicación de una estrategia puede traer aparejada.

Innovación: Proceso que significa romper con pautas preestablecidas, para lo cual la organización no debe ser rígida.

Jerarquía: Es el orden de niveles dentro de la estructura orgánica de la empresa definida a los efectos de determinar las responsabilidades y su correlación con la autoridad formal presente en la misma, lográndose favorecer la comunicación y la coordinación interdepartamental.

Líder: Es la persona que identifica e interpreta las necesidades del grupo, asimismo es la persona que puede llegar a energizarlo, y el que sabe estimular la iniciativa del grupo. Es aquel individuo a quien el grupo le ha otorgado el papel de dirigir y coordinar las actividades que son consideradas como relevantes por parte del grupo.

Liderazgo: Es un concepto de relación que implica la presencia de dos partes: el "agente influyente" y las "personas influenciadas". Es una acción de influencia interpersonal, ejercida en situaciones dadas y dirigidas hacia el logro de objetivos

a través del proceso de comunicación.

Línea: Se encuentra definida por todos los niveles de la jerarquía organizacional, donde existe quien ostenta la autoridad y quien la cumplimenta.

Línea Media: Nivel que une el ápice estratégico con el núcleo de operaciones; el mismo está provisto de autoridad, constituyéndose en el mecanismo de coordinación de la organización.

Manuales: Herramienta administrativa en la cual se identifica el conjunto de normas que reglan y establecen las relaciones entre los miembros de la organización.

Medios: Son factores-herramientas a través de los cuales se pueden llegar a concretar las metas y los objetivos prefijados. Su campo de acción está relacionado con el nivel operativo.

Medio Ambiente: Conformar el campo externo de la organización donde la misma se desarrolla. De aquí surgen las demandas que llegan a la empresa.

Mercado: Representa un proceso desencadenado por la acción de los hombres que van poniendo de manifiesto sus particulares escalas de valores.

Metas: A los efectos de poder diferenciar los objetivos establecidos por los niveles superiores, de aquellos que establecen los niveles medios, se ha dado en llamar metas a aquellos objetivos que implementan los niveles menores de la estructura jerárquica, con poder de decisión, establecidos a los efectos de cumplir con los objetivos superiores.

Motivar: Proceso empleado por las Relaciones Humanas, el cual implica despertar interés por trabajar y satisfacción por cumplir las tareas encomendadas.

Negociación: Proceso en el cual ante una situación dada entre dos personas se trata de que ambas obtengan un beneficio frente a la oposición de intereses.

Objetivos: Propósitos hacia donde se dirige la organización, los cuales deben ser verificables.

Organigrama: Gráfica que muestra la relación de los departamentos a través de las líneas de autoridad, pudiéndose definir como el esquema de la organización. El mismo se simboliza con recuadros que representan las diversas áreas en que se divide la empresa, siendo un modelo bidimensional de la estructura organizativa permitiendo su fácil visualización, así como la interpretación de la posición resultante en dicha división. El organigrama no define las relaciones que se conforman a nivel de comportamientos y acciones.

Organización: Sistema social integrado por individuos que conforman grupos y que en base a una estructura determinada y dentro de un contexto controlado parcialmente, desarrollan actividades mediante la aplicación de recursos, de manera tal que les permita el logro del objetivo.

Organización Formal: Identifica todo aquello que se encuentre normalizado, es la coordinación de procedimientos, señalando las líneas de autoridad y la división del trabajo que se conformará con el fin del logro de lo preestablecido. Es el conjunto de interacciones sociales conscientemente coordinadas.

Programas: Son la interacción de metas, políticas, procedimientos, reglas, asignación de recursos y todo otro factor que permita llevar adelante un curso de acción, sincronizado en forma secuencial y cronológica.

Racionalidad: Proceso mental que analiza y elige las alternativas que se puedan presentar ante cada actividad que implique una decisión.

Recursos: Son insumos requeridos por el proceso organizacional, de manera tal que le permita obtener los objetivos a través de la interrelación de los mismos. Estos son Humanos, Económicos, Financieros, Tecnológicos.

Recursos Humanos: Área de la organización cuya función es la de analizar, verificar e identificar las conductas humanas, individuales y grupales, así como las causas de los posibles conflictos que se puedan presentar de dicha interrelación.

Red De Comunicación: Es un diagrama que permite, en forma indirecta, determinar las razones que generan las rupturas de las comunicaciones.

Reglas: Medios a través de los cuales las actividades de decisión de los subordinados están programadas, de manera tal que no se hace necesario recurrir al superior ante cada acción que se deba cumplir.

Relaciones Públicas: Representan una actividad por medio de la cual las organizaciones buscan la comprensión y la colaboración de la comunidad a la cual pertenecen, mediante la divulgación del trabajo realizado por ellas.

Responsabilidad: Representa el ejercicio de la obligación que concierne a una persona determinada, para asegurar el buen funcionamiento de una tarea, dando cuenta de sus acciones y las de sus subordinados.

Retroalimentación: Proceso a través del cual se pueden medir los resultados, verificando la presencia o no de desvíos. Se considera que es un insumo de información que indica si el sistema está alcanzando un estado uniforme y si no corre riesgo de destruirse.

Riesgo: Situación del mercado que afecta la toma de decisión, puesto que no hay certeza de las consecuencias que se puedan presentar ante una decisión

tomada, frente a lo cual debe emplear herramientas probabilísticas que permitan disminuir las posibilidades de error.

Rotación: Es un cambio de asignación de tareas, en la que el individuo se mueve a otra función, de aproximadamente el mismo nivel de responsabilidad y donde la remuneración se mantiene.

Ruidos: Todo aquello que pueda obstaculizar la comunicación.

Sistema: Se lo define como el conjunto de factores interrelacionados de manera tal que formen una unidad compleja. Es un todo ordenado dispuesto conforme a un cierto esquema y ubicado dentro de un marco de limitaciones o fronteras que permiten su identificación.

Sistema Abierto: Identifica el comportamiento de todo sistema que permite el ingreso y la salida de información, de manera tal que le permita mantenerse en el medio externo.

Sistema De Información: Sistemas que captan datos; elaboran y conforman informes. Permiten ensamblar toda la información que se produce en los diversos niveles de la organización.

Sistematización: Es la fijación de un orden y el establecimiento de condiciones, de sucesiones reales y racionales a las que se someten todas las operaciones o intervenciones que se originan en la empresa.

INTRODUCCIÓN

En estos tiempos de continuo déficit, cada vez es más complejo describir los procesos administrativos, hay mas marcos de referencia y conceptos nuevos que modifican y enriquecen permanentemente los principios de la administración. En el momento actual se habla de la reingeniería, como una filosofía nueva, como una manera diferente de enfocar los problemas administrativos, que “pone de cabeza los principios de “Adam Smith”, según algunos autores y le da una dinámica mas fuerte a los alcances de la administración. En todo momento hay que estar pensando en rediseñar el procedimiento en lugar de remendar los viejos y obsoletos.

El benchmarking modifica en parte los procedimientos de la investigación, la comparación permanente de la eficiencia de los propios procedimientos con procedimientos de la competencia o contra otros procedimientos propios, marca el **termómetro de cuando rediseñar** y la observación permanente de los inventos de los demás, nos evita, a veces el tener que inventar. Copiar es tal vez la manera más económica de renovar, sin embargo, dentro de este proceso es conveniente aplicar una serie de tecnologías propias de la planeación, para lograr un crecimiento armónico, distribuir adecuadamente los escasos recursos económicos con que cuenta la empresa y lograr los mayores beneficios.

La sanidad de las FF.MM cuenta con índices de salud muy satisfactorios, producto del esfuerzo colectivo a lo largo de muchos años, sin embargo, existe una tendencia creciente de los gastos en salud sin cambios en los indicadores y en la productividad de los servicios de salud. Además existe la necesidad de hacer más racional la utilización de los recursos y garantizar cobertura universal con calidad y equidad, reduciendo la insatisfacción de las personas por el servicio que reciben.

Todos estos factores afectan al sector salud y requieren de un proceso profundo de reforma y modernización, tradicionalmente la DGSM ha utilizado el *gasto histórico* como método para la asignación de recursos económicos entre las

diferentes dependencias, lo que significa que, por ejemplo, a una unidad prestadora de servicios se le asigna un presupuesto determinado en función de lo que se le asignó el año anterior, sin tomar en cuenta las necesidades de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, o los cambios en la población. Esta forma de asignación le resta incentivos a la productividad, calidad de los servicios y presenta elementos de inequidad, tanto en el acceso a los servicios como en la distribución óptima de los recursos para maximizar la salud de la población. Asimismo, este sistema incentiva el gasto, ya que los ahorros que eventualmente se produzcan no les beneficia y los déficit son cubiertos por el nivel central de la DGSM.

Ante el panorama expuesto, este trabajo busca fortalecer los principios de solidaridad, universalidad y equidad, mediante un cambio en los mecanismos de ejecución de recursos financieros, con miras a mejorar la equidad en la distribución de recursos entre las áreas de salud del hospital naval de Cartagena, así como la introducción de la función gerencial de los servicios, para el cumplimiento de objetivos de salud específicos para cada área, de manera que se estimule una mayor eficiencia y calidad en los servicios que se prestan.

La eficiencia de un hospital se mide por la exactitud en su planeamiento operacional, por el cumplimiento oportuno de su misión, por el mínimo riesgo calculado en la prevención y atención integral, por el apoyo inmediato a sus usuarios, por la economía de medios, por el correcto aprovechamiento de la tecnología, por el sentido de pertenencia de sus miembros y en síntesis, por los resultados finales frente a las expectativas de la población beneficiaria.¹

Diferentes escalones del mando y de los usuarios del sistema de salud cuestionan en la actualidad el desempeño de la sanidad militar y en nuestro caso en particular, el del Hospital Naval de Cartagena, con relación a los índices de atención y prevención en salud vs. La asignación de los recursos en esta materia. En general se preguntan cuál es la eficiencia del Hospital Naval, teniendo en cuenta los recursos económicos asignados y el crecimiento real de los factores

1 Londoño J. L. y J. Frenk (1996), Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America, World Bank, mimeo.

que afectan la salud, que perturban no solamente la sanidad, si no que inciden directamente en el funcionamiento operacional de la fuerza.

Vale la pena entonces analizar si hay o no-ineficiencia en el Hospital Naval, en la ejecución de los recursos asignados y auscultar sus orígenes y razones, con el fin de buscar las posibles soluciones a problemas que hoy se conocen y otros que seguramente se detecten por medio de las herramientas que nos va a proveer el presente trabajo.

Actualmente la DGSM. Se apoya para las revistas de auditoria e inspección de los hospitales y dispensarios, en los formatos que normalizo las FF.MM para efectuar las inspecciones a sus unidades a través del manual de Inspecciones, haciendo énfasis en tres tipos de revistas, Inspección formal y total, Inspecciones operativas e Inspecciones Administrativas.

El HONAC, esta siendo verificado y auditado a través de estos formatos, los cuales solo nos dan una visión con una tendencia muy marcada a conocer su funcionamiento, el cumplimiento de la normatividad existente y la situación parcial del empleo de los recursos de personal, físicos y económicos, desconociendo las complejas relaciones e interrelaciones entre la parte medico-científica y la administrativa, que conlleva a efectuar análisis de la demografía, para interpretar los fenómenos de la morbi-mortalidad de la región, los cuales con un buen análisis y a través de establecerles unas variables, podríamos llegar a tener una magnifica información sobre el costo-eficiencia con que se están ejecutando los recursos económicos en la disminución de los riesgos de enfermedad en el área de influencia del HONAC.

Tampoco contempla la utilización e interpretación de variables para la medición del costo-eficiencia, que son normalmente utilizados y aceptados dentro del sector de la salud tanto publica como privada y con estos hacer las proyecciones económicas necesarias para presentar las propuestas de solución de los diferentes problemas tanto en el ámbito regional como a nivel macro de la DGSM.

En este trabajo se emplearan herramientas metodologicas de eficiencia, costo, costo-eficiencia que pasando por el análisis nos llevan a una síntesis, de esta se precisaran indicadores y sus respectivas interpretaciones.

OBJETIVO DEL TRABAJO

Objetivo General

Determinar el impacto de ejecución y distribución de recursos financieros en la equidad, la eficiencia, la costo-eficiencia y la cobertura y la calidad de los servicios de salud del HONAC.

Objetivos Específicos

- ✓ Determinar la relación entre las necesidades de atención de la población y los recursos financieros disponibles.
- ✓ Identificar indicadores que permitan la evaluación de la equidad del modelo de asignación de recursos.
- ✓ Identificar indicadores que permitan la evaluación de la eficiencia y costo-eficiencia en la prestación de los servicios de salud.
- ✓ Determinar la cobertura de las principales actividades de atención en salud.
- ✓ Seleccionar indicadores para la evaluación de la calidad de los servicios de salud. Obtener una base de comparación de la aplicación de costo-eficiencia, en términos del impacto sobre la equidad, la eficiencia, la cobertura y la calidad de los servicios de salud.

Métodos

Se hizo una recolección de variables e indicadores determinantes para evaluar el impacto en la equidad, la eficiencia, la costo-eficiencia y la calidad de los servicios de salud, las cuales se agruparon según los objetivos planteados. Por lo tanto, se calcula, el gasto per cápita y su desglose por servicio de consulta ambulatoria y hospitalización, con el propósito de identificar la relación de algunas variables e indicadores con las necesidades de salud de la población, con las

tasas de mortalidad general, las tasas de mortalidad infantil, las tasas de natalidad, la distribución porcentual de población por grupos de edad, las consultas y los egresos hospitalarios, entre otras. Tomando en cuenta éstas variables se efectuaron los cálculos para una distribución del gasto per cápita acorde a las necesidades de salud de la población de cada área, denominado gasto objetivo (gasto ajustado por las necesidades de salud de la población). Asimismo se hace una diferenciación de aquellas áreas sobrefinanciadas y subfinanciadas, de acuerdo con la magnitud de las diferencias entre el gasto per cápita sin ajustes, denominado gasto real y el gasto objetivo. Además, se identifican las áreas que están sobrefinanciadas, esto con el fin de identificar aquellas áreas que están significativamente subfinanciadas o sobrefinanciadas.

Limitaciones

Para la realización de la investigación se presentaron las siguientes limitaciones:

Una parte de la información (tasas, gastos por niveles de atención, costos unitarios, entre otros) no existen por área de salud.

No se cuenta con un registro único de población.

Aún no se dispone de un sistema único y uniforme de información, por lo que existen múltiples registros manuales y automatizados en las áreas de salud.

El proceso de revisión de expedientes clínicos, la información contenida en algunos expedientes no siempre se encuentra en forma organizada y completa.

Mientras que algunas áreas de salud han implantado una nueva forma de organización, otras áreas aún se encuentran en proceso de reestructuración, lo que dificultó la homogeneidad en la información requerida.

Durante el período de la investigación no se contó con el registro del gasto de las áreas de salud, según nivel de atención.

CAPITULO I

1. HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA

1.1. RESEÑA HISTÓRICA

La Sanidad Naval hizo su aparición en Cartagena por primera vez, en el año de 1939, iniciando su funcionamiento como una enfermería en las instalaciones del Batallón Cartagena.

Luego en 1944, los Estados Unidos de América hicieron la donación de un Hospital de campaña de 40 camas, el cual fue instalado y funcionó en el Baluarte de San Pedro Claver en Cartagena, siendo bautizado con el nombre de Hospital Naval Esguerra López, sitio en el cual funcionó hasta el 1 de Marzo de 1980 sin sufrir ninguna modificación.

En 1974 se había iniciado el proyecto de construcción de la edificación de cuatro (4) plantas en Cartagena a la entrada de Bocagrande, lindando por el sector sur con la Base Naval ARC Bolívar, en un terreno de 27.497 mt², proyecto que terminó en 1980 con un área de construcción de 9.056 mts.

El 3 de Marzo de 1980 se dio al servicio el Hospital Naval de Cartagena con un total de 157 camas en el área de hospitalización, 8 cunas, 10 cunas de recién nacidos en el servicio de urgencias, además contaba con los servicios de consulta externa especializada, laboratorio clínico, rayos X y cirugía.

De esta capacidad instalada, por razones presupuestales solo se pusieron a funcionar 116 camas quedando pendiente la activación del 4º piso, el cual se puso en funcionamiento de 1994, modificando la distribución de las habitaciones dándose al servicio con 16 camas.

Entre los años de 1.994 al 2.000, se sucedieron tres cambios radicales y fundamentales en el manejo de la política del sector de la salud del Ministerio de Defensa Nacional. Estos tres cambios los podemos resumir muy brevemente así: Se pasó inicialmente de un sistema de salud que era de responsabilidad en forma individual de cada fuerza, donde los recursos económicos eran del resorte de

cada comandante, los aportes de recursos económicos, eran efectuadas de acuerdo con las asignaciones presupuéstales de la vigencia fiscal de cada año. A partir de la entrada en vigencia del decreto 1301 de 1994, el 1 de Julio de 1995 se inicia la vida legal del Instituto de Salud para las Fuerzas Militares, que recoge y agrupa todos los recursos de personal, material y económicos en un solo ente, que quiere manejar todo este sector desde Bogotá, sin conocer las unidades, ni las características propias de la región y mucho menos sus problemas, lo que conlleva a efectuar unas asignaciones presupuéstales por incrementos porcentuales de inflación, sin ningún análisis ni proyección del gasto, llevando a un caos al sistema de salud de las FF.MM., Esta norma estuvo vigente y rigió el sistema hasta el 17 de Enero de 1997, cuando se firma la Ley 352 de 1997 por lo cual se reestructura el Sistema de Salud se dictan otras disposiciones en materia de seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, esta Ley deroga el decreto 1301 de 1997 y todas las disposiciones que le sean contrarias y nos regresamos en forma parcial a como estábamos antes, se crea la que hasta hoy esta funcionando, la Dirección General De Sanidad Militar. (DGSM) encargada del manejo, distribución y verificación de la ejecución por parte de las diferentes unidades de sanidad de las FF.MM. de los recursos de presupuesto que se les asignen. El Hospital Naval pasó a depender nuevamente de la Armada Nacional a través de la Dirección de sanidad.

1.2. SITUACIÓN ACTUAL

El decreto 352/97 derogó completamente el decreto 1301 del 22 de junio de 1994, la ley 263 del 24 de enero de 1996 y el artículo 35 numeral 5 de la ley 62 del 12 de agosto/93 y el decreto ley 352 del 11 de febrero de 1994 y demás disposiciones.

La ley 352 de 1997. Por la cuál se reestructura el sistema de salud y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional dando vida jurídica y legal a la DGSM a traves de:

Fundamentos legales

Ley 352/97 artículo 13,15,32,33.

Decreto 2193/97

Decreto 111/96 Estatuto Orgánico Presupuestal

Ley de presupuesto general de la Nación 1998

Acuerdo 50 de 08-ene-97 Consejo de Seguridad Social en Salud.

Las políticas generales en salud son establecidas dentro de los planes y políticas del gobierno y son el resultado de las políticas del país, de acuerdo con el factor político, económico y social en el ámbito interno y externo, de ellas se derivan las políticas de la DGSM y el Comando de la Armada Nacional a nivel macro institucional para el HONAC tales como:

Planeamiento Estratégico.

Integración con el que hacer social.

Desarrollo Humano.

Ciencia y Tecnología.

Calidad y Liderazgo.

Derechos Humanos.

Estas políticas son responsabilidad de ejecución de todos los comandos subalternos en todos los niveles jerárquicos de la Armada Nacional y son de conocimiento general de todo el personal que integra la Institución.

El Hospital Naval de Cartagena tiene una misión, la cuál se desagrega del Comando de la Armada Nacional; con base en esta misión la dirección del HONAC desarrolla la Gerencia General Estratégica acorde con los objetivos derivados de la misión, de tal manera que siempre se mantenga acorde la estrategia planteada en la dirección con las estrategias organizacionales, para esto el hospital desarrolla como institución su propia Visión, Misión, Objetivos y Metas que sirvan de guía a todo el personal que compone esta unidad.

Con base en los objetivos y estrategias generales la Dirección del Hospital Naval de Cartagena, con cada una de las diferentes áreas que componen la organización realiza su propia planeación y ejecución derivada de la dirección del hospital, con el fin de mantener coherencia en el desarrollo de los planes estratégicos y operacionales de la organización.

1.2.1. Objetivos Organizacionales

Fortalecer los procesos de personal a través de la optimización de los sistemas de Capacitación, Bienestar y de administración de personal para el mejoramiento del talento humano.

Optimizar la efectividad de los resultados operacionales a través de la modernización y la telemática.

Optimizar la afectividad de los resultados operacionales a través del mejoramiento de la capacidad tecnológica y operativa.

Fortalecer la capacidad y eficiencia del sistema logístico para mejorar los resultados operacionales y la costo-eficiencia.

Fortalecer la imagen institucional y el acercamiento a la población civil para obtener su apoyo incondicional.²

Los objetivos de la institución dependen en gran parte de las políticas gubernamentales del sector salud establecidas por el Presidente de la República, las cuales a su vez están acordes con las situaciones de orden interno y externo que este viviendo el país. Como toda organización el Hospital Naval de Cartagena es una Institución dinámica y por lo tanto tiene una evolución constante dentro de sus procesos, lo cual conlleva a cambios en sus objetivos con el fin de poder alcanzar la misión de la organización.

Según, Chiavenato. Administración de Recursos Humanos. Capítulo 1. " El sistema abierto esta en continua interacción con el ambiente y adquiere un estado estable y equilibrio dinámico en la medida en que se mantiene su capacidad de transformación de energía o trabajo. Sin el flujo continuo de entradas, transformación y flujo de salidas, no podría sobrevivir. Por consiguiente, el sistema social o el biológico es un proceso continuo de reciclaje de material, energía o información"³

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos determinar que el Hospital Naval de Cartagena es un sistema abierto ya que se mantiene en una continua interacción

² Hospital Naval de Cartagena, libro de organización, enero 1999, Pág. 8

³ Chiavenato (1996), administración de recursos humanos, editorial Grijalvo, Cáp. I Pág. 15

con su entorno, y mantiene su capacidad de transformación de acuerdo al comportamiento del mercado del sector salud

1.2.2. Estructura Organizacional

El Hospital Naval de Cartagena dentro de su estructura está dividido por:

Un director.

Dos subdirecciones:

Cinco jefes de departamento

1.2.2.1. Subdirección Científica

Que a su vez se subdivide en:

Departamento de Salud y Servicios Periféricos: en esta área se encuentra todo el personal médico general y especializado, el personal odontológico general y especializado, enfermeras jefes, auxiliares de enfermería, personal de laboratorio clínico y fisiatría; quienes atienden las áreas de consulta externa, laboratorio clínico y urgencias.

Departamento Asistencial En esta área se encuentra el personal médico y especializado, enfermeras jefes, auxiliares de enfermería, camilleros, personal de laboratorio y fisiatría que atienden el área de hospitalización y cirugía.

1.2.2.2. Subdirección Administrativa

Que a su vez se subdivide en:

Departamento de Ingeniería: En esta área se encuentra el personal de mantenimiento general de la infraestructura física del hospital, tales como; electricistas, electrónicos, personal de aseo, albañiles, etc.

Departamento de Informática: Se encuentra conformado por el personal encargado del mantenimiento y conservación de las redes y equipos de sistemas.

Departamento de Administración: En él se encuentra todo el personal involucrado en la parte administrativa, financiera y de abastecimiento que requiere el hospital para su buen funcionamiento.

Nota: Todo el personal anteriormente nombrado se encuentra agrupado a través de diferentes divisiones y secciones como se aprecia en el organigrama institucional.⁴

Así mismo la dirección cuenta con unos organismos asesores tales como: recursos humanos, control interno, planeación, comité de auditoría médica, asesoría jurídica y capellanía.

1.2.3. La Departamentalización

Dentro del Hospital Naval de Cartagena está determinada de acuerdo con la especialidad y de los conocimientos propios de cada uno de los funcionarios en una determinada área.

Con base en esto se determinan los Departamentos, las Divisiones y Secciones de la institución. Igualmente la estructura organizacional en forma lineal, determina claramente cuál es la coordinación que puede efectuar cada funcionario de acuerdo a su nivel dentro de la organización; y determina también quién efectúa la supervisión en los diferentes niveles de la organización.

Teniendo en cuenta que de acuerdo a la estructura organizacional del hospital, el personal está agrupado en los diferentes departamentos, divisiones y secciones con unas características bien definidas de acuerdo al área en que labora. Podemos afirmar que existen características en común y compartidas en cada una de las dependencias.

Dentro del hospital están claramente definidos los cargos, la jerarquía de los mismos dentro de la organización, la línea de mando, los conductos regulares y las funciones propias de cada uno de los cargos; lo cuál permite fácilmente establecer a cada funcionario su posición y sus relaciones desde los niveles superiores hasta los inferiores.

Para el caso del hospital cuyo objeto social es la salud se cuenta con el manual de procedimientos, manual de funciones y protocolos médicos en las diferentes áreas de la organización, los cuales sirven de guía y estandarización de todos los procesos usados en el hospital

⁴ Hospital Naval de Cartagena, libro de organización, enero 1998, Pág. 9

1.3. CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO AMBIENTE QUE MÁS AFECTA LA ORGANIZACIÓN

1.3.1. Localización, Extensión Y Limite

La jurisdicción del Hospital Naval de Cartagena se extiende por vía marítima hasta San Andrés y Providencia desde Cartagena y, por vía terrestre por el norte hasta Punta Espada, por el sur hasta Turbo, por el oriente hasta Valledupar.

Esta extensión esta claramente definida de acuerdo a los cuadros de cobertura

1.3.2. Clima, Temperatura

En Cartagena encontramos una temperatura media anual superior a los 20 grados centígrados, esto afecta considerablemente la instalación y el mantenimiento de equipos, ya que las altas temperaturas unidas a la salinidad producen un alto grado de deterioro en los equipos. Teniendo en cuenta que el Hospital Naval de Cartagena está ubicado sobre el nivel del mar y rodeado por el mismo.

1.3.3. Accesibilidad Vial Y De Comunicación

Teniendo en cuenta la cobertura que debe prestar el Hospital Naval de Cartagena al personal de las Fuerzas Militares en toda la Costa Atlántica Colombiana y las Islas de San Andrés y Providencia podemos observar que se presentan grandes problemas de accesibilidad vial y de comunicaciones para la prestación de los servicios de salud ya que en el caso de San Andrés y Providencia sólo se pueden hacer desplazamientos por vía marítima o aérea con las sabidas limitaciones que conlleva éste tipo de transportes. En el aéreo no se cuenta con aviones-hospitales para el transporte de pacientes y en el marítimo si es cierto que se podrían acondicionar los buques el desplazamiento sería muy demorado.

En cuanto al transporte terrestre igualmente existen problemas en la accesibilidad vial a algunas unidades militares ya sea por problemas en la malla vial, en la situación geográfica o de orden público en la zona

1.3.4. Aspecto Demográfico

En el área de cobertura tenemos las siguientes estadísticas de potenciales usuarios y beneficiarios: A nivel de la Armada Nacional y de otras Fuerzas:

Armada: 45.000

Otras fuerzas: 75.000

1.3.5. Seguridad Y Orden Público

La lucha por el dominio territorial entre los diferentes sectores armados en el departamento de Bolívar, lo han convertido en los últimos años en un escenario de guerra permanente, como resultado de esto se hallan en la actualidad nueve (9) municipios sin vigilancia policiva y diecinueve (19) con presencia de grupos paramilitares.

Los factores generadores de violencia identificados en nuestro medio se presentan en varias categorías que se resumen de acuerdo con las características de los hechos y sus protagonistas en: Políticos, paramilitarismo, alto grado de necesidades básicas insatisfechas (NBI), alta concentración de poder político, ausencia de fuerza pública, alto nivel de pobreza, desigualdad social y deficiente aplicación de justicia.

1.3.6. Relaciones Gremiales

Sector Salud: Este sector cuenta con un total de 146 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Tres (3) entidades de carácter público de tercer nivel de atención a saber: Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Universitario de Cartagena, Hospital Naval y Clínica Enrique de la Vega del Instituto de los Seguros Social, ubicadas en el Distrito Turístico de Cartagena.

De otra parte ocho (8) instituciones se encuentran clasificadas en el segundo nivel de atención, de las cuales seis (6) son de carácter público y tiene naturaleza jurídica definida. Estas Instituciones están ubicadas en los municipios del Carmen de Bolívar, Magangue, Mompós, Simití y en el Distrito de Cartagena.

La Clínica del Club de Leones de Cartagena, entre tanto, no ha definido aún su Naturaleza Jurídica privada pero recibe apoyo del estado.

En el sector privado encontramos once (11) Instituciones de segundo nivel de atención, las cuales están ubicadas en su totalidad en el Distrito de Cartagena.

Prestan servicios de primer nivel de atención de atención, once (11) hospitales locales del sector público ubicados así: dos (2) en la subregión del litoral, en los municipios de Turbaco y Arjona; dos (2) en la subregión del canal del Dique, en los municipios del Calamar y Marialabaja; tres (3) en la subregión Montes de María, en los municipios de San Jacinto, San Juan Nepomuceno y Córdoba; tres (3) en la subregión Cauca Magdalena en los municipios de Achí, Pinillos y Barranco de Loba; y uno (1) en la subregión Magdalena medio en el municipio de Morales.⁵

1.4. VOLUMEN DE ACTIVIDADES

Registros de consulta externa general y especializada, urgencias y cirugías.⁶

1.4.1. Consulta Externa Especializada por año

Servicio	No. Consultas	No.Especialista
Dermatología	3.269	2
Neurocirugía	2.766	3
Neurología	1.579	1
Urología	3.290	3
Cirugía Pediátrica	630	1
Pediatría	6.826	5
Ortopedia	5.339	6
Ginecología	9.375	6
Otorrinolaringología	5.284	4
Cirugía General	2.886	4
Cirugía Plástica	1.226	2
Oftalmología	6.009	6

⁵ Gobernación de Bolívar, plan general de salud 1999, Pág.22

⁶ Hospital Naval de Cartagena, estadísticas de atención 1999

Gastroenterología	2.298	2
Anestesia	956	5
Medicina Interna	5.669	4
Cardiología	2.755	2
Psiquiatría	3.093	2
Endocrinología	1.534	1
Fisiatría	1.701	2

1.4.2. Cirugía y Procedimientos en Consulta Externa

Servicio	No. Consultas	No. Especialistas
Dermatología	168	2
Neurocirugía	81	3
Maxilofacial	44	2
Urología	319	3
Cirugía Plástica	142	1
Ortopedia	479	6
Ginecología	546	6
Otorrinolaringología	220	4
Cirugía General	410	4
Cirugía Plástica	157	3
Oftalmología	216	5
Gastroenterología	84	2
Otros	158	--

Odontología Especializada:

Endodoncia	1.549	2
Ortodoncia	5.230	3
Maxilofacial	898	3
Periodoncia	636	1
Rehabilitación Oral	2.304	1
Odontología General	22.707	16

Urgencias	24.675	15
Consulta Dispensarios	28.309	14
Psicología	3.182	2

1.5. PERSONAL

El personal militar está regido por una legislación diferente a la del personal civil, el personal militar está regido por el decreto 1211/90.

Dentro del personal civil encontramos varias subdivisiones:

1. Personal civil regido por el decreto 1214 de 1990
2. Personal civil regido por la ley 100/93
3. Actualmente se encuentra en proceso el ingreso del personal civil al estatuto de la Carrera Administrativa ley 27/92.

1.6. INSPECCIONES Y AUDITORIA

La DGSM. se apoya para las revistas de auditoria e inspección de los hospitales y dispensarios, en los formatos que normalizo las FF.MM para efectuar las inspecciones a sus unidades a través del manual de inspecciones, haciendo énfasis en tres tipos de revistas, inspección formal y total, inspecciones operativas e inspecciones administrativas.

Actualmente el HONAC, esta siendo verificado y auditado a través de estos formatos, los cuales solo nos dan una visión con una tendencia muy marcada a conocer su funcionamiento, el cumplimiento de la normatividad existente y la situación parcial del empleo de los recursos de personal, físicos y económicos, desconociendo las complejas relaciones e interrelaciones entre la parte medico-científica y la administrativa, que conlleva a efectuar análisis de la demografía, para interpretar los fenómenos de la morbi-mortalidad de la región, los cuales con un buen análisis y a través de establecerles unas variables, podríamos llegar a tener una magnifica información sobre el costo-eficiencia con que se están ejecutando los recursos económicos en la disminución de los riesgos de enfermedad en el área de influencia del HONAC.

Tampoco contempla la utilización e interpretación de variables para la medición del costo-eficiencia, que son normalmente utilizados y aceptados dentro del sector de la salud tanto pública como privada, para con estos hacer las proyecciones económicas necesarias para presentar las propuestas de solución de los diferentes problemas tanto en el ámbito regional como a nivel macro de la DGSM. A continuación se transcribe en forma textual el formato que esta siendo actualmente utilizado por la DGSM para verificar y evaluar el área administrativa de las unidades de salud.⁷

NOMBRE DE LA UNIDAD		DISTRITO	
1. IDENTIFICACION GENERAL			
2. UBICACION GEOGRAFICA			
PROVINCIA		DISTRITO	
CANTON		MUNICIPIO	
PARROQUIA		SECTOR	
3. TIPO DE ESTABLECIMIENTO			
Nivel I ()		Nivel II ()	
Nivel III ()		Nivel IV ()	
4. AFINIDAD Y BENEFICIARIOS			
No. AFILIADOS		No. BENEFICIARIOS	
5. SERVICIOS			
6. EQUIPO			
7. SERVICIOS EXISTENTES			
8. SERVICIOS EXISTENTES			

⁷ DGSM, formatos de auditoria área administrativa, 2001

Soldados Regulares	_____
Alumnos de Escuelas	_____
Militares Retirados	_____
Civiles Activos	_____
Civiles Pensionados	_____

8. GRUPOS ETAREOS DE LA POBLACION DEL ESM

GRUPO	NUMERO
Menores de 1 ano	_____
De 1 a 4 anos	_____
De 5 a 14 anos	_____
De 15 a 44 anos (Hombres)	_____
De 15 a 44 anos (Mujeres)	_____
De 45 a 59 anos	_____
Mayores de 60 anos	_____
TOTAL	_____

9. PERSONAL QUE LABORA EN EL ESM

A. Oficiales

Fuerza	Grado	Cargo/Especialidad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

B. Suboficiales

Fuerza	Grado	Cargo/Especialidad

C. Personal civil

Cantidad	Grado	Cargo/Especialidad

10. Gestion y apoyos de la unidad operativa menor y la unidad tactica, desde el punto de vista del señor director del ESM.

1. Interes, compromiso y apoyo hacia el ESM, por parte del Comandante de la Unidad Operativa Menor y Unidad Tactica.

Excelente () Bueno () Regular () Deficiente ()

2. Gestion del Personal del ESM para el cumplimiento de la Mision Institucional

Excelente () Bueno () Regular () Deficiente ()

3. Gestion del Personal del ESM para el cumplimiento de los objetivos propuestos

Excelente () Bueno () Regular () Deficiente ()

4. Cumplimiento de las pol ticas del Comando Superior.

Excelente () Bueno () Regular () Deficiente ()

11. APRECIACION, POR PARTE DEL SENOR DIRECTOR DEL ESM, DE LA SITUACION DE SANIDAD

1. Identificacion del principal problema que ha dificultado o impedido parcialmente el cumplimiento de la mision del ESM.

2. Identificacion del clima existente y su influencia sobre la poblacion.

3. Calidad de los servicios publicos del ESM.

Agua

Alcantarillado

Luz

Comunicaciones

4. La capacidad medica actual corresponde a las necesidades reales de la Unidad.

5. Las caracter sticas de la poblacion a atender corresponden a un estudio juicios que se realizo de los usuarios.

6. Necesidades de personal, equipo medico, remodelacion, adecuacion de las instalaciones, en orden de prioridades.

11. DOCUMENTACION

1. El ESM cuenta con documentacion para consulta inmediata como:

Constitucion Pol tica

Ley 352/97

Ley 100/93

Ley 200/95 (Codigo Disciplinario)

Ley 80/93 (Contratacion Administrativa)

Ley 87/93 (Control Interno)

Ley 10/90 (Riesgos profesionales)

Ley 23/81 (Etica Medica)

Ley 190/95 (Estatuto Anticorrupcion)

Decreto 1211/90

Decreto 1214/90

Decreto 94/89 (Aptitud psicof sica)

Decreto 855/94 (Contratacion Directa)

Decreto 2174/96 (Calidad en el servicio)

Resoluciones 4252/97-238/99 (requisitos Esenciales)

Resolucion 0325/99 (Procedimientos en Salud)

Directiva log stica de sanidad

Acuerdos CSSMP

Directivas y Circulares vigentes DISAN

Plan de evacuacion por siniestro o incendio

Plan de moral y bienestar

Plan de alarma telefonica

Plan estrategico
Plan de contingencia
Manual de funciones y procedimientos
Manual de control fiscal
Ley de presupuesto
Manual del odontologo
Vademecum oficial de medicamentos
Vademecum Financiero
SOP de la unidad

12. OBSERVACIONES GENERALES POR PARTE DEL DIRECTOR DEL ESM

ÁREA ADMINISTRATIVA DESARROLLO DE INDICADORES	EVALUACION				OBSERVACIONES
	SN	N	IN	D	
<p>1. ORGANIZACIÓN</p> <p>Se encuentra a cargo de la Unidad Táctica y bajo la responsabilidad del Ejecutivo e Intendente Local. Idoneidad del personal que labora en el área administrativa y conocimiento de sus funciones. Cumplimiento de los objetivos, misión y estrategias, con el personal existente. Desempeño del personal asistencial en el área que corresponde.</p> <p>2. PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA.</p> <p>a) Etapa Precontractual</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe documento de justificacion o necesidad. 2. Estudio de conveniencia y oportunidad 3. Para contratos de obra verificacion de existencia de estudios, disenos, planos y evaluaciones. 4. Existencia de certificado de disponibilidad presupuestal. 5. Para el caso de contratacion con personas juridicas, Certificado de existencia y representacion legal del contratista, expedido por la Camara de Comercio. 6. Para el caso de contratacion con personas sin animo de lucro que prestan servicios de salud, documento que acredite que estan inscritas en el Registro Especial Nacional del Ministerio de Salud. 7. Acta de la Junta de Socios cuando se requiera autorizacion para contratar. 8. Existencia, como minimo, de dos cotizaciones. En caso que no exista sino una cotizacion, documento donde conste la razon por la cual es el unico proveedor. 9. Certificado del Registro de Proponentes expedido por la Camara de Comercio, para personas juridicas, de acuerdo con lo solicitado en los terminos de referencia o solicitud de cotizacion. 10. Certificado de la DIAN que indique que se encuentra a paz y salvo en aspectos tributarios. 11. Invitaciones a cotizar 12. Aviso de invitacion en lugar publico del ESM, cuando la cuantia del contrato sea superior al 50% del presupuesto delegado a dicho ESM. 					

13. Documento de evaluación de ofertas, cuadros comparativos y recomendaciones desde el punto de vista económico y técnico, y análisis jurídico de la documentación aportada por el contratista.

b) Etapa contractual.

1. Verificar que el valor del contrato no exceda la cuantía delegada para contratar.
2. Verificar que el contrato tenga un objeto claro; si es de compra o suministro, que estén detallados los bienes a adquirir, que este firmado por el representante legal del contratista, que se indique el valor incluido IVA, forma de pago, lugar de entrega y/o prestación del servicio y si pactan pólizas.
3. Certificado de registro presupuestal del contrato.
4. Pólizas, si fueron exigidas en el contrato. Verificar si corresponden a los riesgos pactados en el contrato y que dichas pólizas estén firmadas por el tomador.
5. Documento de aprobación de pólizas suscrito por el respectivo ordenador.
6. Publicación en el Diario Oficial (contratos con formalidades)
7. Recibo de pago del Impuesto de Timbre (Si la cuantía del Contrato supera el valor de \$53.500.000.00, año 2000)
8. Verificar si tiene acta de liquidación o cumplido/recibido a satisfacción.

c) Menor cuantía

1. Control y registro actualizado sobre las partidas correspondientes de compras de medicamentos y servicios médicos del personal activo, retirado, pensionado y sus beneficiarios.
2. Atención a los requerimientos y solicitudes de necesidades del ESM.
3. Solicitud y correspondiente registro de cotizaciones
4. Elaboración de planes de abastecimientos, inversión y ejecución, mantenimiento de equipo e instalaciones.
5. Realización de juntas de compras en las cuales participan los profesionales de la salud y el Jefe del ESM.
6. Solicitud de elaboración de certificado de disponibilidad presupuestal.
7. Elaboración de contratos, para adquisición de bienes y servicios, según normatividad vigente.
8. Solicitud de registro presupuestal

<p>9. Inclusion en los planes correspondientes, de todos los compromisos, sin excepcion.</p> <p>10. Se lleva libro de control de los contratos elaborados en el Establecimiento de Sanidad Militar.</p> <p>11. Elaboracion de actas de cruce de libros de intendencia con la contadur a, en forma mensual, determinando compromisos pendientes por cancelar.</p> <p>12. Los libros se encuentran bien actualizados y con las correspondientes firmas.</p> <p>13. Los contratos u ordenes de servicio llevan la firma de la persona autorizada para asumir compromisos.</p> <p>14. Se anexan los documentos soporte para pago de las obligaciones asumidas, as : recibido a satisfaccion del bien o servicio, factura, cuenta corriente o de ahorros del contratista, alta de almacen.</p> <p>3. PROVEEDORES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia De carpeta de paz y salvo de los proveedores. 2. Existe kardex actualizado de los proveedores del Sistema de Salud de la Unidad. 3. Env o de circulares a los proveedores, donde se da suficiente informacion sobre el Sistema de Salud de la Unidad y se dan a conocer las normas sobre los procesos de contratacion y facturacion. 4. Realizacion de revistas a los proveedores, para determinar deudas de anos anteriores y cuentas no informadas de la presente vigencia. 5. Cancelacion oportuna de los compromisos. 6. Cuentas pendientes por cancelar de vigencias expiradas. <p>4. FALTANTES DE APROPIACION DE SANIDAD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de justificacion de los faltantes por servicios medicos para el personal activo, retirado, pensionado y sus beneficiarios. 2. Existencia de reportes oportunos a la Direccion de Sanidad, sobre los faltantes de apropiacion. 3. Los giros realizados por la Direccion de Sanidad, sobre excedentes medicos, han sido cancelados oportunamente y de acuerdo al informe rendido por la Unidad. <p>5 INFORMES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Confiabilidad del reporte de servicios medicos prestados a otras Unidades, de acuerdo con los soportes. 					
---	--	--	--	--	--

<p>2. Confiabilidad de la planilla de servicios medicos de III y IV nivel, de acuerdo a los soportes</p>					
<p>6. ALMACENES</p> <p>a.- Farmacia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguridad de las ventanas, puertas, techos y areas de acceso del almacen de farmacia. 2. Calidad de elementos de consumo (verificar mediante prueba selectiva de 20 o 30 elementos) 3. Liquidacion de elementos de consumo en la tarjeta de kardex. 4. Seguridad con los medicamentos heroicos y registro en el libro de control y reporte al Ministerio de Salud. 5. Las existencias en medicamentos, elementos de laboratorio, de odontologia y enfermer a corresponden a las necesidades reales de la Unidad. 6. Las formulas despachadas se elaboran en forma adecuada, utilizando nombres genericos de los medicamentos, llevando firma, post-firma y numero de registro del medico tratante, nombre completo del paciente, informacion completa de quien recibe los medicamentos, fecha de expedicion, espacios en blanco anulados, firma del personal responsable del despacho. 7. Los medicamentos, elementos de laboratorio, odontologia y primeros auxilios son almacenados adecuadamente. 8. Funcionalidad del deposito de farmacia, con suficiente espacio, luz, ventilacion y aseo. 9. Existencia de nevera o cuarto frio para almacenar medicamentos que requieran de temperatura controlada. 10. El ordenador del gasto pasa revistas periodicas, elaborando las actas respectivas. 11. Los medicamentos de encuentran colocados en la estanter a de la farmacia de acuerdo a la hoja de kardex y coordinadas. 12. La fecha de expiracion de los antibioticos se encuentra colocada con rojo en parte visible de la estanter a y de la tarjeta de kardex. 13. La dependencia se encuentra en buenas condiciones de aseo y organizacion y dispone de un deposito funcional. 14. Las formulas que incluyen productos no existentes en la farmacia, tienen frente a su nombre, el sello que dice "NO DESPACHADO". 					

<p>15. Cumplimiento de la norma de adquirir el 80% de medicamentos en laboratorios y el 20% en farmacias, para el servicio de urgencias.</p> <p>16. Informacion semanal al personal de medicos sobre las existencias en cuanto a medicamentos en la farmacia.</p> <p>17. Legalizacion de medicamentos recibidos de otras Unidades, con los respectivos comprobantes de entrada y actas de recepcion.</p> <p>18. Correspondencia de los medicamentos adquiridos en el mercado, con las formulas y contratos registrados en el libro de control de partidas.</p> <p>19. Elaboracion de las altas de medicamentos adquiridos al comercio, de acuerdo con las formulas.</p> <p>20. Elaboracion de altas de sobrantes o reintegros.</p> <p>21. Oportunidad en los registros en los kardex, de las entradas de medicamentos recibidos por traspaso o adquiridos, cuando se aumentan las existencias en deposito.</p> <p>22. Todo elemento adquirido corresponde a un contrato.</p> <p>23. Cada contrato cumplido tiene su respectiva entrada a almacen.</p> <p>24. Los medicamentos suministrados a los pacientes, son acordes con las formulas autorizadas.</p> <p>25. Los medicamentos suministrados con destino a las unidades de orden publico, puestos destacados, enfermeras, etc., se encuentran respaldados por las respectivas ordenes de suministro y visto bueno del Oficial de Sanidad.</p> <p>26. Registro de los numeros de las formulas que respaldan las entregas, en los comprobantes de salida.</p> <p>27. La documentacion se encuentra de acuerdo al reglamento de archivo y correspondencia, en cuanto a su presentacion, diligenciamiento, tramite, liquidacion.</p> <p>28. Se aplica el plan contable autorizado por la Direccion de Sanidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bolet n de inventarios, cargos diferidos y elementos en bodega. <input type="checkbox"/> Entradas de almacen <input type="checkbox"/> Salidas de almacen <input type="checkbox"/> Ordenes de suministro <input type="checkbox"/> Libros de registro de entradas y salidas de almacen <input type="checkbox"/> Tarjeta de kardex <input type="checkbox"/> Libro de control de medicamentos adquiridos en el comercio. 					
---	--	--	--	--	--

<p>b.- Almacen de Sanidad (Inventarios de elementos devolutivos en servicio y deposito)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboracion, de acuerdo a las normas del Manual de Control Fiscal, de los inventarios por el material devolutivo de sanidad en deposito y en servicio, teniendo en cuenta el plan contable de la Direccion de Sanidad. 2. Elaboracion de inventarios por dependencia, haciendo entrega de los bienes a cada responsable. 3. Elaboracion de actas de actualizacion de cargos. 4. Existencia de hoja de vida de los equipos 5. Existencia de tarjetas de kardex, para elementos en deposito y en servicio 6. Correcta ubicacion y estado de los elementos (Verificar mediante prueba selectiva, realizando conteo fisico de los elementos) 7. Existencia de registro de faltantes 8. Existencia de registro de sobrantes 9. Existencia de registro de donaciones 10. Existencia de soportes de bajas por desgaste, deterioro u obsolescencia. 11. Existencia de informativos administrativos por perdida de material, debidamente informados a la Direccion de Sanidad y registrados contablemente. 12. Elaboracion del kardex individual por elementos, aumentando el valor historico por inflacion y disminuyendolo por la depreciacion. 13. Se realiza control administrativo de los bienes, los cuales por su costo inferior a un salario minimo vigente de acuerdo al ano gravable, se consideran depreciables en la misma vigencia de su aplicacion. 					
---	--	--	--	--	--

DESARROLLO DE INDICADORES	EVALUACION				OBSERVACIONES
	SN	N	IN	D	
<p>1. AREA DE TESORERIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe un Manual de Procedimientos en la Dependencia. 2. Existe una poliza de manejo para el Ordenador del Gasto y Jefe de Presupuesto. 3. Las cuentas bancarias y las firmas para girar cheques estan autorizadas por responsables competentes del E.S.M. 4. Escriba en el campo OBSERVACIONES el tipo de cuentas bancarias que maneja el E.S.M Autorizadas SI NO Registradas SI NO 5. Existen instrucciones en los bancos sobre el personal autorizado para firmar cheques. 6. Las funciones del personal son independientes de conciliacion y registro de la informacion contable. 7. Se notifica a los bancos cuando la persona que firma los cheques se suspende. 8. Se hacen arqueos periodicos al Cajero de la E.S.M. por parte de la Tesorer a. 9. Estan claramente definidas las responsabilidades de orden de gastos, de pago y constancia de pago. 10. El traslado de fondos entre Cuentas Corrientes del E.S.M., es aprobado por funcionarios competentes. 11. Las facturas y comprobantes son revisados contra soportes. 12. Se cancelan debidamente las facturas y documentos soporte al tiempo de efectuar el pago para evitar su doble utilizacion. 13. Los cheques girados, corresponden a las Cuentas Bancarias Operativas segun el Recurso Presupuestal. 14. En las chequeras en blanco existe un control tal, que evite que personas no autorizadas para girar hagan uso indebido de ellas. 15. Se preparan duplicados de las consignaciones, los cuales deben ser sellados por el banco y archivados cronologicamente. 16. Existen prohibiciones para: firma de cheques en blanco, firma de cheques al portador, cambio de cheques a empleados y/o particulares. Pagos en efectivo (excepcion Cajas Menores y recibos de dineros para custodia). 					

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 17. El area donde se encuentra la caja fuerte tiene una adecuada proteccion fisica. 18. Los valores del E.S.M. se salvaguardan en una caja fuerte y la clave de la caja debe permanecer en un lugar seguro. 19. Los títulos valores, chequeras y talonarios prenumerados se archivan y/o depositan en la caja fuerte. 20. Esta restringido el acceso al personal distinto a quienes tienen la responsabilidad del manejo y custodia del efectivo. 21. El saneamiento de las partidas conciliatorias es efectuado por la Tesorería. 22. Todas las operaciones que se realizan en Tesorería son registradas en los libros oportunamente. 23. Se anulan, mediante Acta los cheques no cobrados en poder de terceros que tengan una antigüedad mayor de seis meses y se envía copia al Banco respectivo. 24. Se anulan los cheques con más de treinta días en poder del Pagador. 25. Existe un archivo de consulta de la normatividad vigente que regula todos los procesos que ejecuta la E.S.M. y su contenido es conocido por los funcionarios que intervienen en la ejecución de dichos procesos. 26. No se entregan avances para viáticos y pasajes u otros conceptos, si no se ha justificado el anterior avance entregado a un mismo funcionario. 27. El Cajero tiene bajo su control los ingresos desde el momento en que se reciben hasta su depósito en el banco. 28. Se elaboran los Recibos de Caja por cada uno de los conceptos de ingresos. 29. Las consignaciones del efectivo y cheques se efectúan el mismo día o a más tardar al día siguiente en que se recibe el ingreso. 30. Se constituyen acreedores varios en los casos que corresponde. 31. Se cumple estrictamente el horario establecido para atención al público. 32. Se escribe en los Comprobantes de Egreso el nombre, apellido, documento de identidad o razón social de quien recibe el cheque. En caso de ser reclamado por un tercero, se exige el poder respectivo. 33. Se registran, en las copias de las consignaciones, los números de los cheques. 34. Se utiliza cinta de seguridad para girar cheques. | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| <p>35. Los extractos se estan solicitando con sus respectivos soportes.</p> <p>36. Las partidas conciliatorias tienen sus respectivos soportes, notas credito, debitos, fotocopia cheques, etc.</p> <p>37. Se esta llevando a cabo el control adecuado de los dineros recaudados por diversos ingresos.</p> <p>38. Los cheques se emiten a favor del beneficiario indicado en el documento que respalda el pago y se restringen.</p> <p>39. Se estan rindiendo los Estados Financieros y los anexos refrendados por el Comandante, el ordenador del gasto y el jefe de Contabilidad, con matr cula profesional.</p> <p>40. El total de los recaudos por impuestos de timbre y retencion en la fuente sobre RENTA, IVA e ICA se consignan en el Fondo Cuenta y se informa su consignacion en los plazos establecidos.</p> <p>41. La situacion financiera de sanidad se evalua a traves de indicadores que sirven de base para la toma de decisiones.</p> <p>42. Inclusion del Tesorero en la Poliza de Manejo.</p> <p>43. Las cuentas corrientes estan siendo manejadas por el personal competente para ello y con destinacion espec fica para los gastos de Sanidad.</p> <p>44. El estado diario de fondos y valores se elabora oportunamente.</p> | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

2. AREA DE CONTABILIDAD

1. Existe un Manual de Procedimientos en la Dependencia.
2. Existe una poliza de manejo para el Tesorero y Pagador.
3. Estan claramente definidas las responsabilidades de orden de gastos, de pago y constancia de pago.
4. Las facturas y comprobantes son revisados contra soportes.
5. Existe un archivo de consulta de la normatividad vigente que regula todos los procesos que ejecuta la E.S.M. y su contenido es conocido por los funcionarios que intervienen en la ejecucion de dichos procesos.
6. No se entregan avances para viaticos y pasajes u otros conceptos, si no se ha justificado el anterior avance entregado a un mismo funcionario.

7. Con el fin de mantener el saldo actualizado en el Libro Auxiliar de Banco de la Tesorería y de manera permanente, se contabilizan las operaciones en forma consecutiva, ordenada y ascendente, de todos los cheques girados incluyendo los anulados.
8. Se está asesorando, difundiendo y controlando todos los aspectos relacionados con las transacciones y registros contables de los fondos y bienes de sanidad.
9. Se están rindiendo los Estados Financieros y los anexos refrendados por el Comandante, el ordenador del gasto y el jefe de Contabilidad, con matrícula profesional.
10. Los registros se están realizando de acuerdo con el CNT contable autorizado por la Contaduría General de la Nación y se rinde dentro del plazo establecido.
11. La situación financiera de sanidad se evalúa a través de indicadores que sirven de base para la toma de decisiones.
12. Inclusión del Contador en la Poliza de Manejo.

3. AREA DE PRESUPUESTO

1. Existe un Manual de Procedimientos en la Dependencia.
2. Existe una poliza de manejo para el Ordenador del Gasto y Jefe de Presupuesto.
3. Están claramente definidas las responsabilidades de orden de gastos, de pago y constancia de pago.
4. Las facturas y comprobantes son revisados contra soportes.
5. Existe un archivo de consulta de la normatividad vigente que regula todos los procesos que ejecuta la E.S.M. y su contenido es conocido por los funcionarios que intervienen en la ejecución de dichos procesos.
6. No se entregan avances para viáticos y pasajes u otros conceptos, si no se ha justificado el anterior avance entregado a un mismo funcionario.
7. Se cumple estrictamente el horario establecido para atención al público.
8. Se están rindiendo los Estados Financieros y los anexos refrendados por el Comandante, el ordenador del gasto y el jefe de Contabilidad, con matrícula profesional.
9. La situación financiera de sanidad se evalúa a través de indicadores que sirven de base para la toma de decisiones.
10. Inclusión del Jefe de Presupuesto en la Póliza de Manejo.

11. Análisis libros de control y apropiaciones. 12. Análisis certificados de disponibilidad presupuestal. 13. Análisis registros presupuestales. 14. Análisis control de ejecución presupuestal 15. Análisis control PAC 16. Análisis control venta de servicios. 17. Elaboración informe de ejecución de presupuesto y reporte a la Dirección de Sanidad dentro del término establecido para ello.					
---	--	--	--	--	--

VALORES EN PODER DEL (LA) TESORERO(A)

1. Se encontraron los siguientes documentos.

BANCO	CUENTA No.	NUMERACION TALONARIO	OBSERVACIONES

CONTENIDO DE LA CAJA FUERTE

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

CAPITULO II

2. ECONOMÍA Y SALUD



Grafica 1 sistema general de seguridad en Colombia

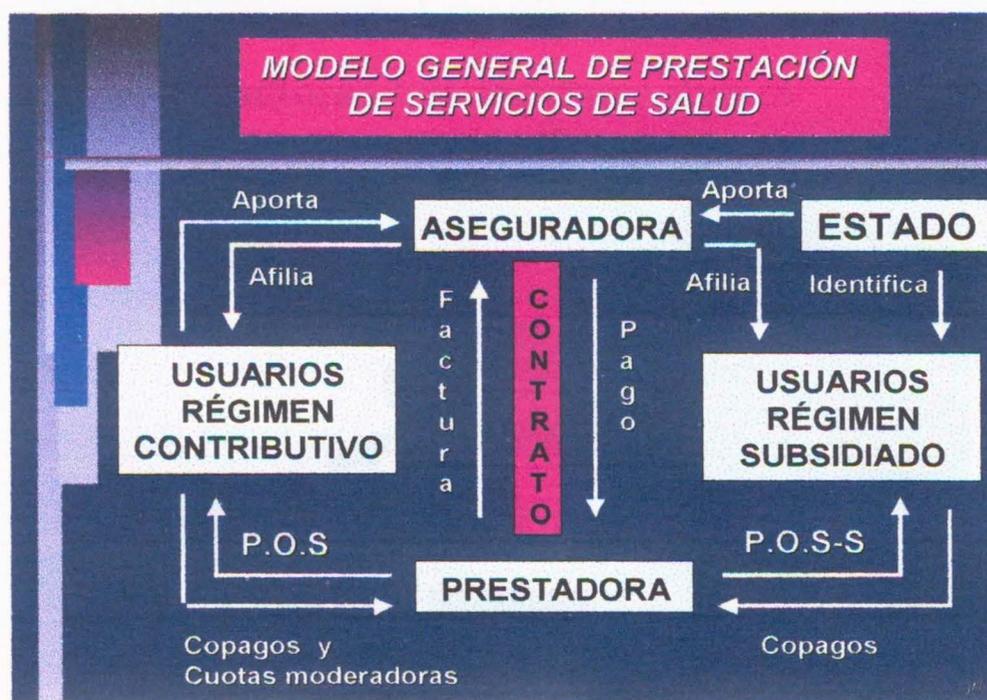
2.1. Particularidades De La Salud Como Bien Económico

Una primera impresión superficial al observar el sector de la salud es que existe un mercado completo en la medida de que esta claramente establecido el lugar donde oferentes (médicos, hospitales y laboratorios) se encuentran con los demandantes (personas que solicitan algún servicio médico) y establecen un contrato de prestación específico a un precio determinado. De esta forma, el mercado de la salud operaría como el de cualquier otro bien y la libre acción de la oferta y la demanda daría como resultado una situación óptima desde el punto de vista económico.

Por otro lado, existe la creencia de que la salud debe ser provista por un ente central, en forma gratuita que asegure el acceso a todos lo miembros de la

comunidad por igual. La razón es la importancia de la salud en el bienestar de las personas. Sin embargo, este hecho por sí solo no determina que el bien salud sea entregado exclusivamente por el Estado.

Muchos bienes son fundamentales para la existencia humana, los alimentos de primera necesidad por ejemplo, sin que esto impida la acción de los mercados privados para su producción y distribución. Pero existen otras razones que le imprimen a la salud particularidades que determinan un tratamiento diferente al de otros bienes o servicios tan importantes para la sobrevivencia del individuo y con igual o mayor impacto en el bienestar de las personas.

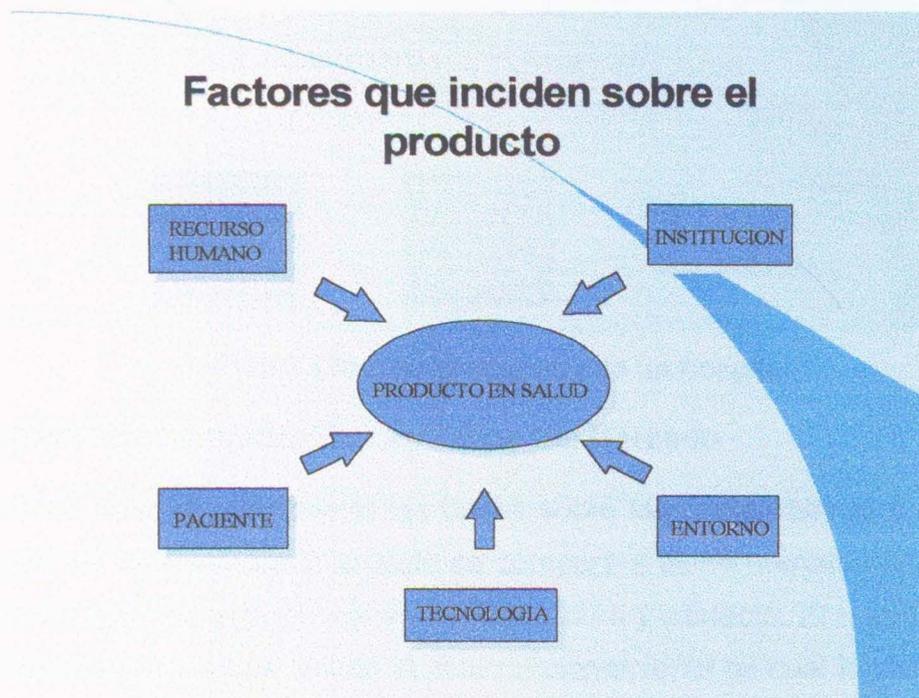


Grafica 2 modelo general de prestación de servicios de salud

Para comenzar hay que aclarar que el servicio transado en el mercado de la salud es por sí mismo particular, en efecto, cuando se compran servicios médicos no se está adquiriendo salud, o más genéricamente bienestar, en realidad lo que se está comprando son acciones, actos médicos, que permitirán reponer el estado de salud previo a la incontingencia que generó la demanda del servicio, o en su defecto aliviar un estado permanente de pérdida de salud.⁸

⁸ Panadeiros M. (1996), «Organización del seguro de salud en la Argentina. Análisis y propuesta de reforma», Desarrollo Económico, Número Especial, Vol. 36. Pág. 23

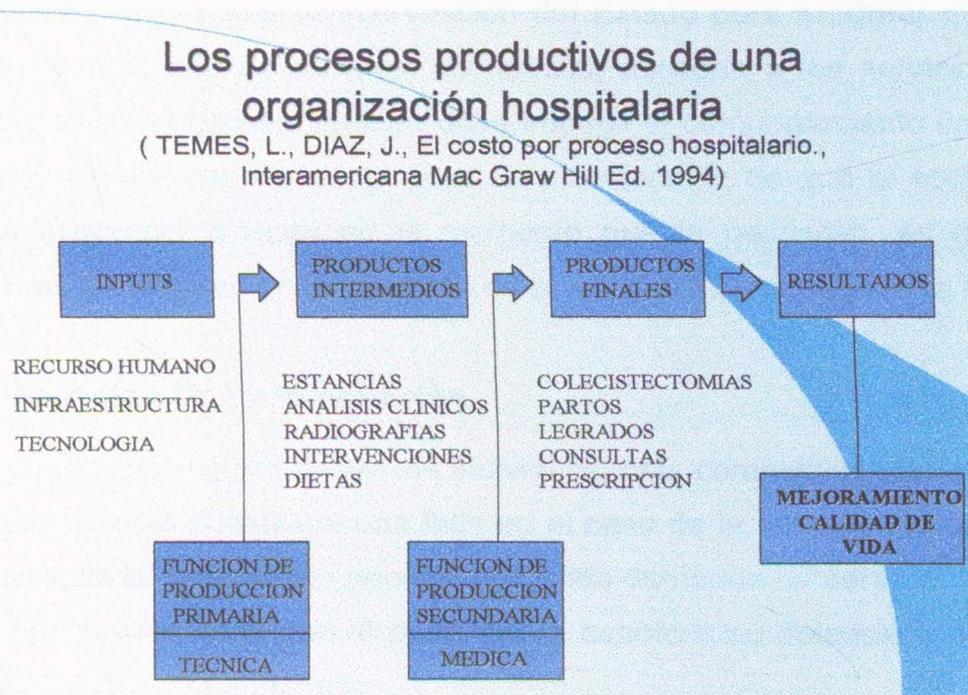
En otras palabras, lo que se compra y se vende en el mercado de la salud son cuidados médicos, una segunda particularidad ya fue insinuada en el párrafo anterior. Mientras otros bienes y servicios tienen una demanda predecible y regular, la demanda por cuidados de salud es aleatoria. En efecto, el consumo de atención médica solo se produce ante la ocurrencia de una eventualidad que produzca, temporal o definitivamente, la pérdida de la salud, dejando fuera las acciones destinadas a la prevención, los individuos toman la decisión de consultar al médico ante la constatación de ausencia de normalidad en el estado físico y/o psíquico.



Grafica 3 factores que influyen en el producto salud

Esto último hace que la naturaleza de la demanda por el bien “cuidado de la salud” sea esencialmente diferente a la de otros bienes como ser alimentos o vestimenta. La solución a la aleatoriedad de la demanda la propuso el mercado de los seguros, por lo general los individuos son adversos al riesgo y por lo tanto están dispuestos a pagar una prima actuarial que los cubra de eventuales problemas generados por la pérdida de salud. De esta forma, el individuo estaría trasladando a un tercer agente (el asegurador) el costo de los cuidados médicos que puedan

ocasionar una posible enfermedad e incluso, en algunos tipos de seguros, el lucro cesante por no poder generar ingresos durante el tiempo que dure el evento.⁹



Grafica 4 proceso productivo de un hospital

2.1.1. Problemas Derivados De Las Fallas Del Mercado

Arrow (1963), puso al descubierto las bases sobre las cuales funciona el mercado de la salud. En este temprano artículo se compara a dicho mercado con lo que se considera en la teoría económica un mercado puro y perfecto. El resultado es que existen imperfecciones que limitan el libre funcionamiento tal cual lo prevé la teoría de los mercados competitivos. Las fallas más importantes se enumeran a continuación.¹⁰

2.1.2. Problemas De Equidad

Por lo general se piensa que el acceso a la salud no debería estar sujeto a los resultados de la puja distributiva por el ingreso. En otras palabras, bajo esta

⁹ Panadeiros M. (1996), «Organización del seguro de salud en la Argentina. Análisis y propuesta de reforma», Desarrollo Económico, Número Especial, Vol. 36. Pág. 23

¹⁰ Arrow K. (1963), «Uncertainty and the welfare economics of medical care», The American Economic Review, 53(5).

perspectiva la salud integraría la categoría de «bien meritorio», o sea, un bien posible de producirse en el sector privado pero de librarse la acción de éste solamente al mercado, el resultado no sería óptimo desde un punto de vista social. Por lo tanto se requiere la intervención del Estado para asegurar que todos los individuos, más allá de su nivel económico, accedan a los servicios de salud. Paralelamente, el Estado también debe impedir el comportamiento oportunista de aquellos que decidan no asegurarse en el entendido de que la sociedad no les negará asistencia gratuita en el momento que la necesiten, es decir existen problemas de equidad en la provisión de la salud si el mercado opera libremente.¹¹

2.1.3. Asimetría De La Información

Cuanta más información tienen los individuos, más competitivo resulta el mercado en cuestión, esto constituye una falla en el caso de la salud, pues el consumidor no tiene toda la información necesaria cuando demanda un servicio; En particular, el médico conoce más que el paciente en cuanto a su dolencia y el tratamiento más adecuado para superarla.

2.1.4. Comportamiento De Los Oferentes

La característica de asimetría de la información nos lleva a que en la mayoría de los casos los consumidores (pacientes) no tienen la capacidad de evaluar la calidad del tratamiento recibido; tampoco les es fácil elegir entre tratamientos alternativos y sus posibles consecuencias. El paciente constata solamente la carencia de un estado «normal» o saludable, por su parte los profesionales de la salud son los que determinan tanto el producto como las cantidades a consumir por parte de los demandantes, en otras palabras, el oferente puede inducir la demanda dado el desconocimiento del consumidor en cuanto a su real necesidad y posibles opciones. Finalmente la existencia del seguro médico como tercer pagador acentúa este comportamiento de los oferentes ya que la mayor parte del

¹¹ Arrow K. (1963), «Uncertainty and the welfare economics of medical care», The American Economic Review, 53 Pag. (5).

pago (en algunos casos la totalidad) por un servicio no es de cargo del paciente y por lo tanto no tiene, como consumidor, interés de gastar menos.¹²

2.1.5. Precio

Dado el carácter meritorio del bien salud y el principio social de que todos los miembros de una comunidad no pueden carecer de cobertura en el momento que la soliciten, se encuentra que un mismo bien o servicio para el cuidado de la salud tiene diferentes precios. En general existe una amplia gama que va desde el costo gratuito (out of pocket) al pago total por el servicio (fee for service); entre ambos extremos existe toda una gama de *copagos* donde el consumidor se hace cargo de una parte del precio final siendo la otra de cargo del seguro médico, esta forma de discriminación de precios atenta, como es lógico imaginar, con el libre funcionamiento de un mercado.

2.1.6. Ausencia Del Ánimo De Lucro

Una última falla del mercado médico lo constituye el hecho de que por lo general la gran mayoría de los hospitales no tienen ánimo de lucro, es decir que no existe la maximización del beneficio económico como motivador principal de los oferentes; por el contrario lo que se pretende es maximizar la calidad del servicio. Ante esto, la forma de financiamiento de los hospitales es por actos médicos sin importar si son cifras altas o si el servicio se entrega en forma eficaz. Lo expuesto motiva la pregunta de cuanta debe ser la participación del mercado y cuanta intervención del Estado en el sector salud. Como fue visto, la forma de funcionamiento de los seguros y las fallas en el mercado de la salud generarían tensiones entre la oferta (o lo que el mercado provee) y la demanda (o lo que los consumidores estarían dispuestos a comprar en una situación de racionalidad e información completa) que no se resolvería con la libre acción del sector privado.

Hasta ahora se ha revisado las particularidades del «cuidado de la salud» como bien económico y las fallas de los mercados asociados a su provisión. Pero sucede que no se trata de un bien homogéneo, capaz de ser caracterizado sin

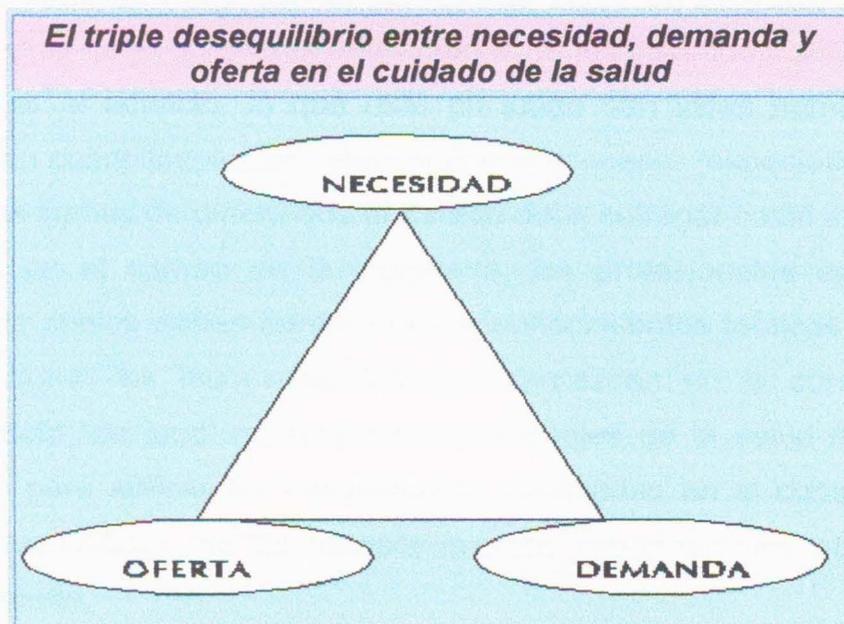
¹² Ibid, FIG. 34

hacer muchas excepciones. Muy por el contrario, se trata de un bien sumamente heterogéneo tanto desde el punto de vista de la producción como del consumo. Lo que interesa en esta parte es examinar la tipología de bienes que componen el cuidado de la salud y las acciones de los agentes, públicos y/o privados, en cada caso concreto.

Para completar el panorama, hay que tomar en cuenta un elemento más, aportado esta vez por los médicos sanitarios, y es la existencia de un tercer concepto para el análisis del mercado de la salud:

2.1.7. La Necesidad

En efecto, los individuos manifiestan su disposición a comprar un servicio médico en el entendido de que lo necesitan para mejorar su estado de salud. Sin embargo, los profesionales de la salud advierten que por lo general existen diferencias importantes entre lo que los individuos efectivamente demandan y la necesidad que en realidad tienen. Tendríamos un triple desequilibrio tal cual lo muestra la siguiente grafica.¹³



Grafica 5 Equilibrio en el cuidado de la salud

¹³ Barr N. (1993), The economics to the welfare state, Oxford University Press, Second Edition. Pag. 34

2.2. MEDICIÓN DEL SECTOR SALUD

Ni en el sector público ni en la empresa privada deben realizar proyectos cuyos resultados no estén asegurados; los primeros deben conseguir un impacto social que garanticen mejores condiciones de vida para los ciudadanos; los segundos comprometen la rentabilidad en términos financieros y en los dos casos, necesariamente se hacen presentes los conceptos de eficiencia, eficacia y costo / eficiencia.

La salud se constituye en un megaproyecto de gran impacto social si tenemos en cuenta que de ella depende nada más y nada menos, que el desarrollo de un país que cuenta con inmensos recursos renovables y no renovables, los cuales en caso de ser bien manejados, podrían proyectarlo como una potencia a nivel mundial.

La quiebra financiera de una empresa del sector privado y el fracaso de un proyecto social en el sector público son comparables desde el punto de vista de la planeación, teniendo en cuenta que en términos económicos y sociales, nadie, absolutamente nadie se le apuntaría a un proyecto cuyo éxito no esté previsto.

Lo anterior implica que el trabajo interdisciplinario de especialistas estadísticos y de economistas que analicen el servicio de salud en proyecto para verificar su viabilidad si se tiene en cuenta que además de los insumos y servicios necesarios para prestar el servicio, lo que está en juego son vidas humanas, las cuales también son cuantificables en relación con el concepto "expectativa de vida" y por las grandes sumas de dinero que el Estado debe sufragar como indemnización.

Así como en el campo de la ingeniería, los profesionales especializados en estudios de suelos deben contar con los conocimientos teóricos y la experiencia para solucionar los inconvenientes que aparezcan en la construcción de un megaproyecto, de igual manera los profesionales de la salud deben prever las soluciones para aplicar las herramientas apropiadas en el cumplimiento de sus misiones específicas, de tal manera que los imponderables puedan superarse favorablemente.

Las tareas de prestación de servicios de salud se conciben como megaproyectos por ser bienes públicos puros, necesarios como ningún otro para proporcionar

condiciones de convivencia ciudadana y coadyuvar al desarrollo. En todo caso, estos megaproyectos requieren de políticas claras emanadas del más alto nivel de decisión y su ejecución debe tener en cuenta las estrategias que aseguren su éxito mediante el impacto social positivo en el ámbito local, regional y nacional.

2.2.1 El Proceso De Medición

Medir es evaluar el esfuerzo invertido por un sujeto (estructura) a través de la realización de una serie de procedimientos y actividades (procesos) para lograr un objetivo común (resultados). Medición de lo que se hace, de las actividades que realizamos en la institución, teniendo en cuenta que estas requieren cuantificarse, es decir, medirse.

La medición refleja en qué grado los resultados del proceso se han alcanzado, seguimiento de lo realizado . El control de gestión implica una confrontación entre lo previsto y lo realizado en todas las áreas de la organización, esta confrontación hace necesario un seguimiento del proceso y los resultados, encaminado a aplicar los correctivos o los refuerzos, con el fin de evitar desviaciones.¹⁴

2.2.2. Beneficios De La Medición

Orienta a las personas con relación a lo que están haciendo y como lo están haciendo en la organización.

indica los resultados del proceso

indica el control y el mejoramiento que se tiene sobre los procesos

La medición es un elemento clave para acelerar los procesos de desarrollo tomar rápidas y acertadas decisiones producir máximos rendimientos controlar el rumbo de la institución actuar sobre bases sólidas¹⁵

¹⁴ CULLIGAN, M.J., DEAKING, S., y YOUNG, A.H., Principios olvidados de Gerencia excelente. Legis. Fondo editorial. Serie empresarial. Bogotá, 1.988.Pág.30-34.

¹⁵ Ibid

2.2.3. Criterios Para La Evaluación

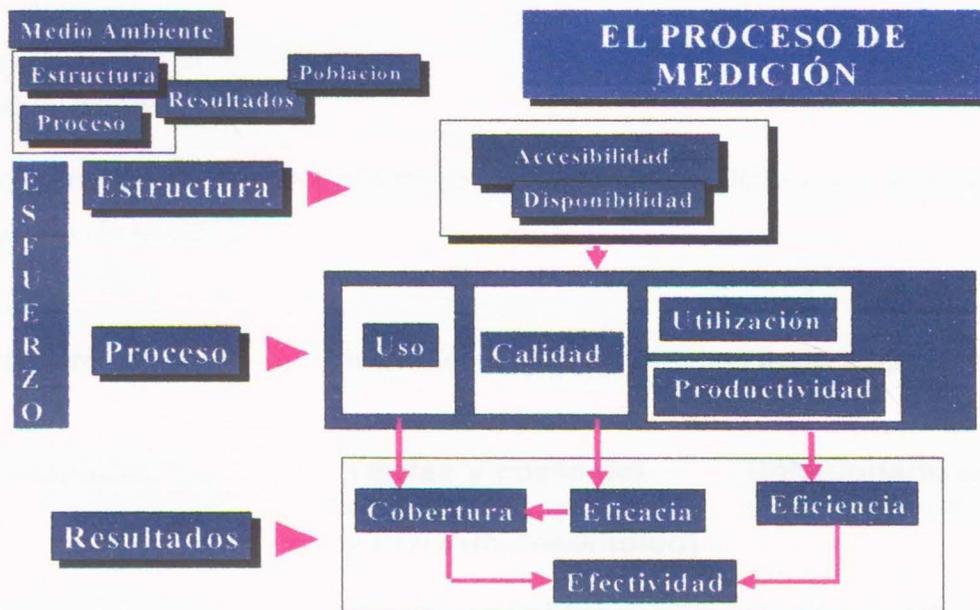
Las políticas, metas o normas de la organización

La situación de la organización en épocas anteriores

La situación de otras organizaciones

Los estándares establecidos

Las necesidades de la comunidad y las posibilidades de sus instituciones



Grafica 6 el proceso de medición

2.2.4. Qué Medir

El esfuerzo invertido por la institución (estructura), la realización de los procedimientos y actividades (procesos), el logro de los objetivos de la institución (resultados)¹⁶

2.2.4.1. Disponibilidad

Relación entre los recursos existentes y el sujeto o la población a la cual están destinados. Permite evaluar la Equidad (A mayor necesidad mayor recurso).¹⁷

¹⁶ REYNALES JAIRO (2000) apuntes en clase especialización gerencia en salud universidad de Cartagena

Recurso básico	Indicador	Discriminación
Cama hospitalaria	No. de camas ----- Población objeto	Especialidades
Consultorio Médico	No. horas médicas contratadas ----- Población objetivo	Especialidades Consulta externa

2.2.4.2. Accesibilidad

Es la condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de salud.¹⁸

Áreas problema	Indicador	Observaciones
Económicos	Tarifas y costo del servicio (ocupación y nivel de desempleo)	Relacionado con el ingreso del usuario
Organización del servicio	No. de rechazos Tiempo de espera Urgencias.	Según servicios (Consulta externa)

2.2.4.3. Intensidad De Uso:

Es el número promedio de servicios recibidos por cada usuario durante un periodo de tiempo¹⁹

¹⁷ Ibid

¹⁸ Ibid

¹⁹ Ibid

SERVICIO	INDICADOR	OBSERVACIONES
Consulta Médica	$\frac{\text{Total de Consultas}}{\text{Total de Consultantes}}$	No. de consultantes de primera vez en el periodo
Hospitalización	$\frac{\text{D.C.O Total - D.C.O Parto}}{\text{Total egresos -Partos}}$	Se pueden utilizar causas específicas

2.2.4.4. Extensión De Uso:

La proporción de la población que usa un servicio determinado en un período de tiempo²⁰

SERVICIO	INDICADOR	OBSERVACIONES
Ambulatorios Médico	$\frac{\text{No. de Consultantes}}{\text{Población objetivo}}$	No. de consultantes de primera vez en el periodo
Hospitalización	$\frac{\text{No. de Egresos Qx}}{\text{Población objetivo}}$	Según servicios (Especialidades)

2.2.4.5. Calidad:

Es el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados²¹

Característica	Servicio	Indicador	Método
Oportunidad	Urgencias	Tiempo de espera según severidad y necesidad	Registro de tiempo de espera juicio clínico

²⁰ Ibid

²¹ Ibid

Oportunidad	Hospitalización Programada para hospitalización	Tiempo de espera hospitalización prog.	Registro de fechas
		según prioridad ordenada por médico	

2.2.4.6. Utilización

La relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad o un servicio por unidad de tiempo²²

Recursos	Indicador	Discriminado por:
Cama hospital	No. de días cama ocup. x t. ----- No. de días cama disp. x t.	Especialidades Nivel de complejidad
Consulta Médica	No. de horas médicas trab. x t. ----- No. de horas médicas contrt. x t.	Especialidades de Consulta Externa

2.2.4.7. Productividad

El número de servicios o actividades producidas por unidad de recurso disponible por unidad de tiempo. RENDIMIENTO: El número de servicios o actividades producidas por recurso utilizado por unidad de tiempo²³

Recursos	Productividad	Rendimiento	Discriminado por:
Consulta Médica	No. de consultas ----- Horas contratadas para la consulta	No. de consultas ----- Horas trabajadas en la consulta	Período de Tiempo Servicio

²² Ibid

²³ Ibid

2.2.4.8. Cobertura:

La proporción de personas con necesidades de servicios de salud que reciben atención para tales necesidades²⁴

Servicio	Indicador	Observaciones
Atención Médica	$\frac{\text{No. de usuarios atendidos con necesidad X}}{\text{No. total de personas con necesidad X}}$	Por ubicación geográfica, Por grupo de edad
Vacunación	$\frac{\text{No. de personas vacunadas}}{\text{No. de personas susceptibles}}$	Por biológico Por grupo de edad

2.2.4.9. Eficiencia

Es la relación entre los efectos de un programa o servicio de salud y los gastos correspondientes de recursos e insumos²⁵

Servicio	Indicador	Observaciones
Atención Médica hospitalaria	$\frac{\text{Gastos hospitalarios}}{\text{No. de días cama ocupadas}}$	Por tipo de servicio (Especialidades)
Vacunación	$\frac{\text{Gastos programa de inmunizadas}}{\text{No. de personas vacunadas}}$	Por estrategia de vacunación

2.2.4.10. Efectividad

Es el resultado de las acciones en salud, sobre la población objeto de los mismos²⁶

²⁴ Ibid

²⁵ Ibid

²⁶ Ibid

Programa	Indicador	Observaciones
Atención Materna	Mortalidad Materna Morbilidad Materna Tasa de prematuridad	Por causas y su vulnerabilidad Ubicación geográfica
Inmunizaciones	Incidencia y prevalencia de enfermedades inmuno-prevenibles	Tasas de notificación

2.3 AUDITORIA Y CONTROL

Lo primero que debemos tener en cuenta en la actualidad, es que en el modelo de auditoria y control de los servicios de salud, además de cambiar el rol del fiscalizador por el de asesor, consultor, educador y capacitador en el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud, se deberá clarificar y fortalecer los roles de los profesionales de la salud, de los especialistas. Esto nos va a permitir disponer de un lenguaje interdisciplinario elemental que permita una efectiva comunicación, será un instrumento generador y productor de resultados y satisfacciones, con reducción de costos para todos, y un promotor de desarrollo de las sociedades científicas en salud.

2.3.1. La Auditoria de las Empresas de Servicios de Salud

En la práctica la importancia de la auditoria de los servicios de salud no es otra que proveer insumos, como son los problemas, sesgos, desviaciones de lo esperado o programado o señalado por el auditor para el procesador del sistema de calidad, y los instrumentos de apalancamiento gerencial. En todos estos procesos y eventos la clave esta en el desarrollo integral y autónomo de las personas que tienen que ver con la empresa de servicios de salud.

Lo que la comunidad puede exigir de cualquier institución de salud, es que sea exitosa, ofrezca y preste servicios de salud de calidad, que tenga claramente determinado su nombre y dirección donde se ubica, la oferta y la prestación de los

servicios de salud. El organigrama, reglamento interno, manuales de prerequisites, funciones y procedimientos, seguridad y bioseguridad, cómo se organiza, funciona y se le dota de recursos, será importante conocer el reglamento de prestación de los servicios y de información a la comunidad.

La institución debe disponer de un programa estratégico que defina la visión, la misión institucional, el plan de política, los objetivos, metas y estrategias como van a ser alcanzados, pero sobretodo determine el negocio estratégico y su participación en el mercado, el cliente, los productos o servicios que van a ser ofrecidos y los elementos pertinentes desde el punto de vista administrativo y gerencia.

La institución tiene necesidad de una tarjeta de presentación corporativa, o sea el portafolio de servicios de salud, donde la comunidad conozca qué servicios con cuáles procedimientos técnico científicos, en qué volumen y con el aseguramiento de la calidad; además del respaldo técnico científico o experiencia corporativa.

Deberá tener un plan de desarrollo de la institución a corto, mediano y largo plazo o manejarlo como un gran proyecto que tiene su ciclo, en las instituciones públicas debe estar debidamente articulado con el plan sectorial de salud y el plan de desarrollo socioeconómico del respectivo ente territorial en la DGSM debe estar sujeto a las políticas del MDF. Las normas legales exigen una serie de planes como el plan de urgencias, emergencias y desastres, el plan de salud ocupacional y otros que deben cumplirse adecuada y prontamente de acuerdo a las normas que expida el Ministerio de Salud Y el CGFM, disponer de una auditoria, ética y el sistema de calidad dentro de la institución y un sistema de contabilidad general y de costos o de lo contrario no podrá saber a que se le debe su éxito o fracaso.

2.3.2. La Definición De Objetivos Y Su Verificación

La aplicación del análisis costo-beneficio ha experimentado una evolución a lo largo de los años, luego de su desarrollo y difusión en la década del 60, y su extensión a una gama muy amplia de proyectos públicos en las décadas siguientes, el interés por ulteriores desarrollos teóricos y metodológicos ha ido disminuyendo en la última década. Durante algún tiempo hubo una gran

preocupación por el diseño de métodos que permitieran estimar las tareas de rendimientos sociales de distintos proyectos, se puso gran énfasis en establecer criterios teóricos y prácticos para valuar beneficios y costos a través de los denominados precios sociales, precios que reflejan la escasez relativa de los bienes y factores para la economía como un todo, habida cuenta de las distorsiones existentes en el mercado, se considera que los precios de mercado, si bien válidos para un cálculo económico desde el punto de vista privado, pierden parte de su validez cuando se pretende reflejar el cálculo que corresponde a los usuarios del sistema.

El interés por refinar los cálculos, incluyendo las distorsiones de mercado, ha disminuido por una razón importante, los subsidios y otras formas de intervención del estado han disminuido, vale decir que en general las distorsiones se han reducido. En ese clima las diferencias entre precios sociales y precios de mercado son ahora menores de lo que eran hace 10 o 20 años. En segundo lugar, el papel inversor del estado también ha disminuido, con las privatizaciones, muchos de los servicios públicos que antes el estado prestaba en forma directa han pasado a ser provistos por empresas privadas.²⁷

Si se quiere emplear el presupuesto como un instrumento eficaz de asignación de recursos es necesario relacionar insumos con productos y productos con resultados, el nombre y la forma específica como esto se haga no interesa demasiado, puede llamarsele presupuesto por programas, gestión por objetivos, paquetes de decisión o de cualquier otra manera, lo importante es que el presupuesto informe con suficiente detalle cómo operan aquellas relaciones, esto es, poder mostrar cómo y qué cantidad de determinados recursos se combinan para obtener cierto bienes o servicios y qué se espera lograr con esa provisión.

La experiencia demuestra que un sistema de indicadores de desempeño enmarcados en una planificación estratégica da resultados satisfactorios para mejorar el costo / eficiencia del gasto y su relevancia, la tendencia a un uso más extenso de este enfoque es claro, según surge de las experiencias vistas, los

²⁷ Aedo C. y O. Larrañaga Ed. (1994), Sistema de entrega de los servicios sociales: una agenda para la reforma, Banco Interamericano de Desarrollo, Santiago de Chile. Pag. 78.

desarrollos se orientan a construir indicadores flexibles y al mismo tiempo comparables, y a ampliar su cobertura y horizonte temporal, vale la pena reflexionar sobre las condiciones de arranque, una estrategia para su adopción y las limitaciones en su uso.

2.3.3. Planeación y el Control Financiero

Estas funciones de planeación y control, son las más importantes, entre todas las asignadas al administrador y lo deberá hacer con una visión amplia y total de la institución.

Lo primero en visualizar deberán ser los planes a largo plazo, especialmente en lo relacionado con el crecimiento de la empresa, tamaño y comportamiento del mercado, planes de penetración y porción de ese mercado que queremos conquistar o retener. Este conocimiento nos lleva a tomar decisiones importantes, tales como ampliación de la capacidad de planta, renovación de equipos e investigación para la prestación de nuevos servicios y para preparar el terreno para el futuro.

Con el conocimiento de estas metas, se deberá hacer la estimación de prestación de servicios, estimar el flujo de efectivo, dentro y fuera del negocio para el próximo futuro, no se podrá olvidar que estos planes deben ser flexibles, pues podrán ser obstruidos por fuerzas externas sobre las cuales se tiene muy poco control y el administrador deberá tener la posibilidad de hacer arreglos financieros para hacer frente a los desarrollos imprevistos.

Esta planeación deberá estar acorde con los registros contables de la empresa, de manera que se puedan hacer controles de la ejecución con la planeación, las variaciones extraordinarias requerirán de una investigación y un reajuste de los rendimientos o bien de una revisión de los planes.

2.3.4. El Control

Basado en principios de eficacia y costo / eficiencia algunas prácticas como las encuestas sobre provisión de servicios, contribuyen vía retroalimentación de información a corregir acciones en curso. Su uso es muy limitado, además de que

son mecanismos que buscan conocer las preferencias corrigiendo lo existente y no por medio de un análisis riguroso ex ante de lo que la gente quiere.

La prestación de servicios públicos por entes privados y un buen diseño de incentivos, en la medida en que den lugar a mecanismos de mercado, son formas útiles de lograr una aproximación entre "productos" y preferencias de los usuarios, el diseño de esos mecanismos es una tarea que a veces requiere un importante esfuerzo de análisis. Existe en este terreno una enseñanza que podemos recoger de las clínicas privadas y que radican en la importancia que estas dan al análisis de políticas y la cantidad de recursos que dedican a tal actividad, esto contrasta con las decisiones que muchas veces con poca información nosotros tomamos en el sector público, al mismo tiempo hay experiencias valiosas dentro del sector público, como son los programas sociales que ha implementado en el último año con la ley 100.

Para alcanzar una correcta asignación de recursos deben identificarse las áreas donde la tasa de rendimiento sea más alta, es decir que cada componente del gasto debe ser sometido a un análisis, a un test sobre su rentabilidad, con el gasto corriente, esto normalmente no se hace, hay como se ha visto, un mecanismo que reemplaza los mecanismos de mercado y en donde en lugar de haber precios hay que ordenar las prioridades, ese ordenamiento de prioridades se hace en un marco muy amplio: los usuarios hacen saber sus preferencias sobre grandes líneas de acción, pero para decidir la composición detallada del gasto hace falta información pormenorizada. En muchos casos podría y debería hacerse un análisis detallado de costo-efectividad, cuando se trata de proveer servicios para los cuales en buena medida hay puntos de referencia que proporciona el mercado, el análisis costo-beneficio es especialmente útil, en particular cuando deben comprometerse recursos cuyos resultados se verán con el correr del tiempo.²⁸

Una manera de crear mejores condiciones para la asignación de recursos es que exista en cada programa una clarificación de los objetivos, esto se ha traducido en los requerimientos de presentar planes estratégicos, desarrollo de indicadores de

²⁸ OPS / OMS Economía de la Salud. Número Especial. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. OPS OMS. Vol. 103. No. 6. Washington, D.C., Diciembre de 1.987

gestión y definición de estándares para la prestación de servicio, la mayoría de las clínicas privadas han hecho considerables progresos en este sentido.

La clarificación de objetivos ha sido un punto de partida de las reformas y ha seguido básicamente dos modelos, uno es en donde ha habido un ejercicio detallado para poner en claro los objetivos de cada área o sea un énfasis en la formulación de planes que luego completados con sistemas de evaluación de amplia cobertura; El segundo modelo, procura desarrollar relaciones contractuales y los gerentes o responsables de las áreas que deben proveer los servicios en su esfera de acción, la idea central es que el administrador debe ser capaz de traducir sus políticas en directivas entendidas por los que tienen responsabilidades en el manejo de los recursos.

2.3.5. Los Mecanismos De Control

Existe una toma de conciencia creciente acerca de que la corrupción debe ser desterrada, no sólo por una cuestión ética y de funcionamiento apropiado de las instituciones, sino por una cuestión de eficiencia, para bajar los costos de producir los servicios que el estado debe proveer.

El nuevo enfoque debe cambiar tanto la auditoria interna como la externa, prestando atención no sólo a los aspectos legales y administrativos sino al buen uso de los recursos, en materia de control interno, un camino apropiado es crear el núcleo central de control y darle una inserción tan alta como sea posible, idealmente con una dependencia directa del jefe de estados, y dotarlo de recursos humanos de alta calidad técnica, con facultades para ser oídos rápidamente en todas las áreas de la administración pública.

Cuando el control previo ha cumplido un ciclo, la atención debe pasar a una mayor profesionalización y clarificación de enfoque de los cuerpos encargados de esta tarea. Conviene introducir una adecuada distribución del trabajo entre auditoria interna y auditoria externa, concentrando en la segunda la identificación de áreas de riesgo; una supervisión sobre los sistemas de auditoria existentes en cada parte de la administración pública y el desarrollo de prácticas y métodos para hacer controles de economía, eficiencia y eficacia. Además del desarrollo de

controles sistemáticos en esta línea, el órgano de control externo debería acometer estudios en profundidad, ya sea sobre programas especiales o sobre cuestiones que hacen al uso de recursos públicos y que son comunes a distintas operaciones o varias agencias o programas.²⁹

Otro aspecto importante en la organización del control, tanto externo como interno, es crear mecanismos que permitan verificar de manera regular la puesta en práctica de las recomendaciones que surgen de los informes de auditoría, esta debería ser una labor regular del propio ente de control externo, quien debería informar periódicamente sobre el grado de aplicación de las recomendaciones efectuadas en el pasado.

Otra cuestión central, sobre la que se deberá progresar, es la relativa a la publicidad de los estudios y recomendaciones. Esta cuestión requiere que se avance con un alto grado de equilibrio y mesura para que tal publicidad produzca los efectos que se desean, la idea central es que la vigilancia por parte del público sobre todos los funcionarios se convierta en un mecanismo efectivo de control.

2.3.6. Los Mecanismos De Seguimiento Y Control Dentro Del Ejecutivo

La mayoría de los establecimientos de salud del sector público y privado estudiados tienen sistemas de control bien estructurados, pero estos operan con un enfoque de control legal-contable y en ningún caso se los utiliza en forma sistemática para impulsar reformas o para promover un uso eficiente de recursos.

En materia de control interno deben distinguirse dos niveles, por un lado está el control interno de cada unidad normalmente realizado por los propios mecanismos de administración o de auditoría según el caso y a veces reforzado por el o los auditores que dependen del órgano de control interno para las unidades. Por otro lado está el control dentro de la DGSM para hacer un seguimiento de su propia labor. La forma como se organiza esta función es de vital importancia para asegurar una adecuada prestación de los servicios públicos. Cada unidad puede derivar algunas lecciones de otros sectores, pero deberán recorrer sus propios

²⁹ Barr N. (1993), *The economics to the welfare state*, Oxford University Press, Second Edition. Pág. 79

caminos. Estos cuentan con sistemas de auditoria que descansan en personal profesional bien entrenado y con normas muy sistematizadas pero cuya labor está limitada a un enfoque legal-contable. Existe en todos los casos una organización que cubre horizontalmente las distintas oficinas del poder ejecutivo, lo que permite capitalizar distintas experiencias a través de intercambio de información y de sistematización centralizada de lo que se va generando. Cada unidad debe acentuar la importancia de la auditoria como una herramienta gerencial, armonizar y sistematizar sus procedimientos y utilizar este vehículo para introducir los criterios de economía, eficiencia y eficacia en un espectro amplio de las dependencias.

2.3.7. Evaluación

El objetivo de la evaluación es determinar si los resultados obtenidos por un determinado programa corresponden a las expectativas que se tuvieron cuando se le asignaron los fondos correspondientes, pero, además, la evaluación permite arrojar luz sobre el propio diseño del programa y derivar lecciones para el futuro.³⁰

La función de evaluación no debe verse como una alternativa o un sustituto a otras técnicas para impulsar la eficiencia del gasto, si no más bien como parte de prácticas complementarias que deben reforzarse mutuamente. La evaluación de un programa o un proyecto requiere que se contrasten resultados contra lo que se esperaba con el diseño del programa, no hay duda que mientras más claro haya sido el enunciado de los propósitos del proyecto o programas, más fácil será hacer la evaluación. Por eso otra de las técnicas aquí vistas, la de los indicadores de gestión, resulta de singular valor para tareas de evaluación. En la medida en que un programa cuente con un buen conjunto de mojones bien definidos para establecer el alcance de ciertas metas, mejores serán las posibilidades de hacer una evaluación completa, utilizando esos mojones como anclas para un examen más detallado de la búsqueda de ciertos logros, la propia conceptualización de los

³⁰ WENZA, RICHARD P., Control de la Calidad: Nuevo componente de la epidemiología hospitalaria. Universidad de Iowa. Facultad de Medicina. Iowa City. Iowa. 1.993

fines marcará, como se ha dicho, cuán lejos podrá irse en un trabajo de evaluación.

Cada sección debe hacer su propio examen, la adopción de un sistema amplio de evaluación no debe ser óbice para que se desarrollen otros métodos de seguimiento de la ejecución presupuestaria, naturalmente que el desarrollo de esta función requiere que el esfuerzo sea complementado con otras iniciativas, como estudios de eficiencia y desempeño por el centro presupuestario y por entidades del sector privado, capacitación a los funcionarios públicos y en general la creación de una conciencia sobre la utilidad de estos ejercicios.

La integración de indicadores de gestión y evaluación y auditoria conduce a hablar de un sistema de información sobre desempeño, el éxito del sistema naturalmente está en desarrollar un buen sistema de información y hacer que éste sea usado para las decisiones y para una mejora continua en la provisión de servicios, no hay que perder de vista que el desarrollo de un sistema de este tipo es un proceso iterativo. La existencia de un buen sistema de información en este campo requiere de un plan y de objetivos en sí mismos, y de una auditoria para ver cómo se está progresando en la implementación del plan.³¹

CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN:

Las políticas, metas o normas de la organización

La situación de la organización en épocas anteriores

La situación de otras organizaciones

Los estándares establecidos

Los problemas de la comunidad y las posibilidades de sus instituciones

NIVELES DE REFERENCIA

HISTÓRICO: Producción de servicios

TÉCNICO : Procesos automatizados en el laboratorio clínico

TEÓRICO : Volumen de egresos

³¹ RUELAS B., E., Y ZURITA G., B. Nuevos Horizontes de la Calidad de la Atención a la Salud. En: EDITORIAL. SALUD PUBLICA DE MÉXICO. Vol. 35 (3): 235-237. México, Mayo - Junio de 1.993.

DE REQUERIMIENTO DE LOS USUARIOS: Expectativas

DE COMPETENCIA: Mercado

DE PLANEACIÓN: Metas fijadas por la institución

2.3.8. Cierre Del Círculo Programación – Ejecución- Control- Evaluación

La incorporación de criterios de economía, eficiencia y costo/eficiencia debe servir para que en cada ciclo presupuestario puedan introducirse cambios que reflejen una solución a los problemas encontrados y para mejorar la asignación de los recursos. Esta es naturalmente una meta muy ambiciosa, para cuyo logro el sector salud debe recorrer un largo camino. Primero deberá desarrollar la metodología que le permita de manera sistemática contar con información sobre los programas, para medir la distancia a puntos de referencia, luego evaluar los progresos y por fin crear los mecanismos necesarios para que esa información sea aprovechada cuando se diseñan los programas o definen prioridades. Los trabajos de evaluación son particularmente útiles para el rediseño de programas, mientras que los indicadores de gestión pueden ser utilizados en correcciones graduales. Un alto grado de participación del personal y una debida publicidad de los trabajos del órgano de control externo, crean las condiciones adecuadas para que opere el cierre de aquel círculo.

2.4. INDICADORES, RAZONES Y PROCESOS

2.4.1. Los Indicadores

Denominación Del Indicador

Que nombre identifica el hecho que se quiere controlar.

% de Ocupación

% de solicitudes despachadas del almacén

Tiempo de espera para la consulta especializada

Propósito Del Indicador

Para qué se mide el hecho o la característica:

% de Ocupación de camas para optimizar su utilización

Tiempo de espera para la consulta especializada

Atributos De Los Indicadores

Pertinencia

Precisión

Oportunidad

Confiabilidad

Economía

Periodicidad

Responsable De La Toma De Decisiones

Para quién se elabora el indicador.

Junta Directiva y/o Gerencia

Subgerencia Administrativa

Subgerencia Científica

Jefe de Unidad

2.4.2. Los Indicadores De Resultados

Ofrecen una ruta relativamente corta para establecer un vínculo entre insumos, productos y resultados, una ventaja de este enfoque, en comparación con una aplicación generalizada del presupuesto por programas, es que pueden empezarse desde distintos puntos y a cualquier nivel sin necesidad de introducir cambios a todo lo ancho de la administración pública, como tarea para alentar un gasto más eficiente conviene empezar midiendo todo lo que pueda medirse, sin preocuparse en un comienzo por un gran rigor conceptual.³²

Si bien la introducción de indicadores de desempeño permite comenzar a promover un mejor uso de recursos y no necesita partir de una reforma administrativa amplia, la adopción generalizada envuelve algunas dificultades que

³² MARRACINO, CAMILO J.M., Programa de Acreditación de Establecimientos Hospitalarios en Argentina. SALUD PUBLICA DE México. Vol. 35 (3): 259 - 267. México, Mayo - Junio de 1.993.

vale la pena tener en cuenta a lo largo de todo el proceso. Una estrategia adecuada es comenzar con un grupo de secciones del hospital y dentro de ellas elegir un número reducido de indicadores para luego avanzar en la cobertura tanto de áreas como del grado de detalle dentro del hospital, a medida que se avanza y una vez que se supera la etapa de aprendizaje y concientización, un uso completo de tales indicadores requiere que se tengan en cuenta varias cuestiones. Tal sistema completo requiere la articulación de un aparato administrativo capaz de desarrollar los indicadores, ponerlos en funcionamiento, utilizarlos y mantenerlos y mecanismos de control para verificar su exactitud y relevancia, desde el comienzo debe tenerse en cuenta que el desarrollo de estos indicadores es una tarea que requiere un esfuerzo sostenido en el tiempo.

El desarrollo de los indicadores requiere un equilibrio entre flexibilidad y comparabilidad, a medida que la base de información se desarrolla, las agencias están en condiciones de producir mejores indicadores y ampliar su cobertura. Por otro lado, la naturaleza cambiante de la producción de bienes públicos requiere de nuevos indicadores, por eso es necesario que estos sean revisados con frecuencia. La definición de nuevos indicadores no debe hacer perder comparabilidad, una solución para facilitar el seguimiento es que al introducir nuevos indicadores se provea información hacia atrás, y para aquellos indicadores que resultan reemplazados por otros nuevos, se los continúe publicando por uno o dos períodos.³³

La adopción de los indicadores de desempeño promueve una disciplina en los responsables de cada programa, les hace pensar mejor sus objetivos y la forma de demostrar cómo los van cumpliendo, para ello es importante lograr su participación y adhesión en su desarrollo. La introducción de estos indicadores requiere un importante esfuerzo de un área encargada de la puesta en marcha del sistema, que debe mantener por algún tiempo el control del proceso, impulsando y apoyando su desarrollo. Así como es importante lograr la adhesión de los gerentes a niveles altos y medio, el sistema se consolida si la dirección se

³³ Aedo C. y O. Larrañaga Ed. (1994), Sistema de entrega de los servicios sociales: una agenda para la reforma, Banco Interamericano de Desarrollo, Santiago de Chile.

considera participe del ejercicio y utiliza al momento de discutir el presupuesto la información generada a través de esos indicadores.

La definición de un conjunto de indicadores de desempeño para un área determinada del hospital corre el riesgo de dejar sin captar el resultado de actividades que son importantes, en la práctica puede hacer que los responsables presten mucha atención a aquello que está siendo medido y sobre lo cual hay seguimiento y que descuiden actividades que no quedan bajo la mirada de esos indicadores, por eso, una reforma presupuestaria debe incluir sistemas de información y exámenes adicionales más allá de tales indicadores.

No siempre es posible sintetizar los resultados de un programa a través de indicadores simples y relevantes al mismo tiempo, hay programas muy complejos en los que simplificar todo en unos pocos números dejaría afuera la esencia del programa. En otros casos hay demasiadas interrelaciones entre programas, de modo que resulta imposible separar la contribución de cada uno, en general, es más fácil hacerlo cuando hay una prestación directa de un servicio por parte del estado. Es más difícil cuando se opera a través de transferencias en donde la prestación del servicio queda a cargo de otro nivel de gobierno.

Una nueva manera de ver las reformas necesarias en el sector público de la salud, pone el acento en la naturaleza cambiante de los distintos programas y enfatiza la necesidad de revisar continuamente los objetivos, la manera de interpretarlos y la forma de cumplirlos. Esta nueva forma de ver las cosas sostiene que debe pasarse de las tres "E" a las tres "D", diagnóstico, diseño y desarrollo.³⁴

Por más completo que sea el esquema de indicadores desarrollados es imposible captar todo lo que los programas persiguen, De modo que se hace necesario conocer por otros métodos cómo está operando o ha operado cada programa para lo cual hace falta hacer una evaluación de cada uno, un programa cuyos resultados están sujetos a una prueba de mercado puede considerarse así evaluado, es decir, por el mercado. Pero no son muchos los servicios que se prestan en condiciones competitivas o donde es posible someter un programa a semejante prueba, la evaluación entonces se hace necesaria, los indicadores de

³⁴ CEPAL/OPS (1994), Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe, Washington D.C.

desempeño y la evaluación deben en general considerarse complementarios de un mismo objetivo; verificar que los recursos asignados cumplen con lo previsto.

Los indicadores de gestión en el proceso de medición son la expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia podrá estar señalando una desviación sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso evaluar: es medir un fenómeno, o el desempeño de un proceso, comparando el resultado obtenido con criterios pre-establecidos, y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia.

2.4.3. Diferencia Entre Los Conceptos De Eficiencia Y Eficacia

Se habla de eficacia cuando un producto está siendo demandado por las personas a las que pretende hacerlo llegar, nótese, entonces, que ligada a la eficiencia tecnológica, a la eficiencia microeconómica y a la eficiencia social, lo ideal para el HONAC, es que sea eficiente y eficaz, si no es posible la obtención de resultados en los dos aspectos, por lo menos debe ser eficaz.

La gráfica que se presenta a continuación nos muestra que se puede ser eficaz sin ser eficiente; que siendo eficaz se puede llegar a la eficiencia: que si no se es eficiente y eficaz, la organización está condenada a desaparecer.³⁵

Eficacia = hacer las cosas que se deben hacer

Eficiencia = hacer las cosas correctamente.

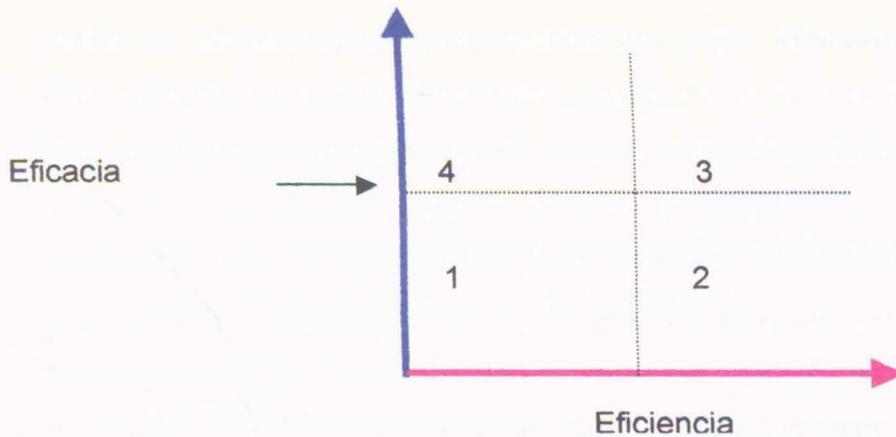
1 = Aviso urgente de reingeniería

2 = Ser eficiente solamente

3 = Lo ideal; ser eficaz y eficiente

4= Ser eficaz solamente

³⁵ González García J. (1998), "La educación superior en el desarrollo económico del Japón: lecciones para México", Comercio Exterior, Vol. 48, N 2, febrero.



Gráfica 7: Como medir eficiencia y eficacia.

Entre los campos 2 y 4 es preferible este último, el campo 2 nos muestra una situación en la cual el hospital desaparecerá en forma lenta, lo ideal es llegar al campo 3, donde se combinan la eficacia y la eficiencia, el campo 1 se constituye para una organización en un aviso urgente de reingeniería.

La eficacia está estrechamente relacionada con la demanda observada hacia un bien; la eficiencia tiene que ver con la oferta de ese bien, así, la eficacia y eficiencia son dos conceptos muy diferentes; sin embargo, los dos conceptos están muy relacionados entre sí.

2.4.4. Indicadores

La selección de indicadores para evaluar el impacto de asignación de recursos está determinada por los objetivos, según la bibliografía consultada y el criterio de algunos expertos, se debe realizar un análisis de muchos indicadores, para determinar si el modelo propuesto tiene un impacto positivo en la equidad, eficiencia, costo/eficiencia, calidad y cobertura de los servicios de salud que se prestan.

2.4.4.1. Indicadores De Desempeño

Una diferencia notable entre el sector público y privado de la salud erradica en el uso de los indicadores de desempeño, clínicas privadas estudiadas han hecho un esfuerzo considerable por desarrollar estos indicadores y los usan para la discusión del presupuesto y para los ejercicios de evaluación, en algunos casos

esfuerzo considerable por desarrollar estos indicadores y los usan para la discusión del presupuesto y para los ejercicios de evaluación, en algunos casos hay una mayor tradición que en otros y hay diferencias en cuanto al énfasis y en otros hay un mayor énfasis en los indicadores de producción, lo cual es entendible por la prevalencia del enfoque de medir el cumplimiento de los responsables de programas a través de lo que entregan, en otros hay una preocupación por captar el impacto de los programas y existen otros interesados en medir la costo/eficiencia de sus programas con respecto al logro de sus objetivos.

Todo ello contrasta con el panorama que existe en el sector DGSM, donde tienen teóricamente un presupuesto por programas y en algunos casos incluyen metas cuantitativas, pero estas no tienen ningún papel en la discusión del presupuesto, ni se emplean para hacer un seguimiento sobre la forma como el programa usa los recursos.

Tales indicadores van adquiriendo un carácter informativo más completo, la cuestión de comparabilidad y flexibilidad está siendo tomada en cuenta con mayor profundidad, esas dos características requieren un equilibrio no fácil de lograr, en particular cuando hay un panorama de servicios públicos cambiantes que se adaptan a las preferencias y necesidades, esto se ha resuelto en la práctica revisando periódicamente los indicadores y publicando los nuevos y los anteriores con observaciones hacia atrás y proyecciones hacia delante para los dos grupos. En el sector privado no hay mecanismos formales de control de indicadores, probablemente porque es difícil ocultar sesgos importantes en la información y se piensa que la sola publicidad genera en buena medida ese control.

2.4.4.2. Principales Indicadores Del Sector Salud.

Equidad

- Incremento del gasto con relación al promedio, en las áreas que están mediana y relativamente subfinanciadas.
- Reducción en la diferencia entre el gasto real y el objetivo, particularmente en aquellas áreas que están significativamente subfinanciadas.

- Reducción en el rechazo de pacientes.
- Reducción en los casos de urgencias.

Eficiencia y costo / eficiencia

- Reducción en el costo por consulta (áreas de salud y hospitales)
- Incremento en el número de consultas.
- Reducción del porcentaje de referencia a otros niveles (áreas de salud y hospitales)
- Reducción en el número de consultas de urgencias no verdaderas
- Reducción en el promedio de días-estancia.
- Aumento en el porcentaje de ocupación hospitalaria.
- Reducción en el costo por día cama.

Coberturas de las principales actividades de atención en salud

- Cobertura en detección de cáncer de cerviz (áreas de salud)
- Cobertura de control prenatal en adolescentes (mujeres 10-19 años)
- Cobertura de vacunación (áreas de salud)
- Cobertura de Hipertensión Arterial (HTA)
- Cobertura de Diabetes Mellitus (DM)
- Cobertura de clasificación de riesgo en adultos mayores de 60 años
- Cobertura de clasificación de riesgo de VIH

Calidad

- Componentes de la atención integral con criterios de calidad
- Aplicación de normas de atención integral con criterios de calidad
- Satisfacción del usuario
- Satisfacción del prestatario
- Reducción en la tasa de infección hospitalaria (hospitales de II y III nivel)
- Reducción en la tasa de mortalidad hospitalaria (hospitales de II y III nivel).
- Reducción en la tasa de mortalidad hospitalaria (hospitales de II y III nivel).
- Minimización de la equidad, la eficiencia, la cobertura y la calidad de los servicios de salud en el modelo tradicional de asignación de recursos financieros.

16	Índice de incumplimiento de protocolos de manejo	No. De pacientes a quienes se cumplió con el protocolo de manejo de una patología en el periodo.X100 No. Total de pacientes que consultaron por esa patología en el periodo
17	Tiempo de espera entre la demanda y la atención	Hora de atención / Hora de ingreso al Hospital
18	Índice de satisfacción del usuario	No. De puntos obtenidos en la encuesta respecto a cada variable.X100 No. Total de puntos posibles en la encuesta.
HOSPITALIZACIÓN		
19	Número de egresos	Número de pacientes egresados en el periodo
20	% de ocupación	No. De días camas ocupadas en el periodoX100 No. Días camas disponibles en el periodo
21	Promedio días estancia	No. Total de días permanencia de los pacientes que egresan en el periodo No. Pacientes que egresan en el periodo
22	Giro cama	No. De egresos en el periodo No. De camas disponibles
23	% de mortalidad	No. De pacientes que egresan muertos en el periodoX100 No. De egresos en el periodo
24	% de infección intra hospitalaria	No. De pacientes que desarrollan infección intrahospitalaria en el periodoX100 No. De egresos en el periodo
25	Costo promedio de egreso hospitalario	Costo total del servicio de hospitalización en el periodo No. Total de egresos en el periodo
26	Costo promedio de día estancia	Costo total del servicio de hospitalización en el periodo No. Total de días estancia en el periodo
27	% de rentabilidad de costos	Total ingresos por hospitalización en el periodoX100 Costo total de hospitalización en el periodo
28	Índice de cumplimiento de protocolos de manejo	No. De pacientes a quienes se cumplió el protocolo de manejo de una patología en el periodo.X100 No. Total de pacientes que consultaron por esa patología en el periodo
29	Número de actividades de apoyo diagnóstico por egreso	No. De actividades diagnósticas a pacientes hospitalizados en el periodo No. De egresos en el periodo
30	Índice de satisfacción del usuario	No. De puntos obtenidos en la encuesta respecto a cada variableX100 No. Total de puntos posibles en la encuesta

2.4.4.3. Indicadores De Gestión Del Sector Salud

Tabla 2 Indicadores de gestión del sector salud

CONSULTA EXTERNA		
1	Número de consultas	Número de consultas en el periódico
2	Número de consultas por hora trabajada	No. Total de consultas realizadas en el período No. Horas profesional trabajadas en el periodo
3	Número de consultas por hora contratada	No. Total de consultas realizadas en el periodo. No. Horas profesional contratadas en el periodo
4	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para consulta	Fecha de asignación de cita – Fecha de solicitud
5	Costo promedio de consulta	Costo total de consulta en periodo. No. Total de consultas realizadas en el período
6	Índice de cumplimiento de protocolos de manejo	Total ingresos por consulta en el periodo X 100 Costo total de consulta en el periodo
7	Índice de cumplimiento de protocolos de manejo	No. de pacientes en quienes se cumplió el protocolo de manejo de patología en el periodoX100 No. Total de pacientes que consultaron por esa patología en el periodo
8	Índice de satisfacción del usuario	No. de puntos obtenidos en la encuesta respecto a cada variable.X 100 No. Total de puntos posibles en la encuesta
URGENCIAS		
10	% de pacientes hospitalizados	No. de hospitalizaciones generadas por urgencias en el periodo. X 100 No. total de atenciones realizadas en el periodo
11	Tiempo promedio de permanencia en urgencias	No. total de horas de permanencia en urgencias en el periodo.X100 No. pacientes en observación en el periodo
12	Porcentaje de ocupación, camas de observación	No. de camas ocupadas en el periodoX100 No. de camas disponibles en el periodo
13	% de mortalidad	No. de pacientes muertos en urgencias en el periodo.X100 No. de pacientes atendidos en el periodo
14	Costo promedio de atención	Costo total de servicio de urgencias en el periodo. No. total de consultas realizadas en el periodo
15	% de rentabilidad	Total ingreso por urgencias en el periodoX100 Costo total de urgencias en el periodo

16	Índice de incumplimiento de protocolos de manejo	No. De pacientes a quienes se cumplió con el protocolo de manejo de una patología en el periodo.X100 No. Total de pacientes que consultaron por esa patología en el periodo
17	Tiempo de espera entre la demanda y la atención	Hora de atención - Hora de ingreso al Hospital
18	Índice de satisfacción del usuario	No. De puntos obtenidos en la encuesta respecto a cada variable.X100 No. Total de puntos posibles en la encuesta.
HOSPITALIZACIÓN		
19	Número de egresos	Número de pacientes egresados en el periodo
20	% de ocupación	No. De días camas ocupadas en el periodoX100 No. Días camas disponibles en el periodo
21	Promedio días estancia	No. Total de días permanencia de los pacientes que egresan en el periodo No. Pacientes que egresan en el periodo
22	Giro cama	No. De egresos en el periodo No. De camas disponibles
23	% de mortalidad	No. De pacientes que egresan muertos en el periodoX100 No. De egresos en el periodo
24	% de infección intra hospitalaria	No. De pacientes que desarrollan infección intrahospitalaria en el periodoX100 No. De egresos en el periodo
25	Costo promedio de egreso hospitalario	Costo total del servicio de hospitalización en el periodo No. Total de egresos en el periodo
26	Costo promedio de día estancia	Costo total del servicio de hospitalización en el periodo No. Total de días estancia en el periodo
27	% de rentabilidad de costos	Total ingresos por hospitalización en el periodoX100 Costo total de hospitalización en el periodo
28	Índice de cumplimiento de protocolos de manejo	No. De pacientes a quienes se cumplió el protocolo de manejo de una patología en el periodo.X100 No. Total de pacientes que consultaron por esa patología en el periodo
29	Número de actividades de apoyo diagnóstico por egreso	No. De actividades diagnósticas a pacientes hospitalizados en el periodo No. De egresos en el periodo
30	Índice de satisfacción del usuario	No. De puntos obtenidos en la encuesta respecto a cada variableX100 No. Total de puntos posibles en la encuesta

CIRUGÍA		
31	Número de procedimientos quirúrgicos realizados	No. de procedimientos quirúrgicos realizados en el periodo
32	Porcentaje de tiempo de utilización del quirófano	No. de horas que es utilizado el quirófano en el periodo. X 100 No. total de horas disponibles el periodo
33	Porcentaje de cirugías canceladas	No. total de cirugías canceladas en el periodo.X100 No. Total de cirugías programadas en el periodo
34	Correlación pre-post quirúrgica	No. de diagnóstico post- quirúrgico que concuerdan con el prequirúrgico en el periodo Total de cirugías realizadas en el periodo
35	Proporción de complicaciones quirúrgicas	No. de cirugías complicadasX100 No. de intervenciones quirúrgicas
36	Proporción de reintervenciones	No. Re reintervencionesX100 No. Total de reintervenciones
37	Costo promedio de intervención	Costo total de servicio de cirugía en el periodo No. Total de procedimientos realizados en el periodo
38	% de rentabilidad	Total ingresos por cirugía en el periodo.X100 Costo total de cirugía en el periodo
LABORATORIO CLÍNICO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA		
39	Número de exámenes procesados	No. de exámenes procesados en el periodo
40	Número de exámenes realizados por hora contratada	No. de exámenes realizados en el periodo. No. de horas contratadas el periodo
41	Ordenes no atendidas en un periodo determinado	No. total de cirugías canceladas en el periodo.X100 No. Total de cirugías programadas en el periodo
42	Costo promedio de examen	No. de diagnóstico post- quirúrgico que concuerdan con el prequirúrgico en el periodo Total de cirugías realizadas en el periodo
43	% Rentabilidad	No. de cirugías complicadasX100 No. de intervenciones quirúrgicas
RADIOLOGÍA		
44	Número de estudios realizados	Número de estudios radiológicos realizados en el periodo
45	Número de placas tomadas por hora contratada	Número de placas tomadas por la categoría de función en el periodo. Número de horas contratadas para la categoría en el periodo
46	Tiempo de espera para la toma de placas	Número total de pacientes que esperan mas de 24 horas para la toma de placas en el periodo.X100 Número total de pacientes que se les toma placa en el periodo

47	Número promedio de placas por paciente	Número de placas tomadas en el período Número de pacientes atendidos en el período
48	Costo promedio de placa	Costo total de servicio de radiología en el período Número total de placas tomadas en el período
49	% de rentabilidad	Total ingresos por radiología en el período X 100 Costo total de radiología en el período
50	Relación placas simples por placa invasiva	Número de placas simples Número de placas invasivas

TOMOGRAFÍA

52	Número de TAC	Número de estudios realizados en el período
53	Tiempo de espera para la toma del TAC	Núm. total de pacientes que esperan mas de 24 horas para la toma de TAC en el período X 100 Número total de pacientes que se les toma placa en el período
54	Costo promedio de TAC	Costo total de servicio de tomografía en el período Número total de estudios por TAC en el período
55	% de rentabilidad	Total ingresos por TAC en el período X 100 Costo total de TAC en el período

SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO

56	Número de exámenes procesos	Número de exámenes procesados en el período
57	Número de exámenes realizados por hora contratada	Número de exámenes realizados en el período Número de horas contratadas en el período
58	Ordenes no atendidas en un período determinado	Número total de exámenes que esperan mas de n horas para la realización Número total de exámenes que se realizan en el período
59	Costo promedio de examen	Costo total de servicio en el período Número total de exámenes realizados en el período
60	% de rentabilidad	Total ingresos de la sección en el período Costo total de la sección en el período

SERVICIO DE APOYO TERAPÉUTICO

61	Número de sesiones realizadas	Número de sesiones realizadas en el período
62	Número de sesiones realizadas por hora contratada	Número de sesiones realizadas en el período Número de horas contratadas en el período
63	Ordenes no atendidas en un período determinado	Número total de pacientes que esperan mas de n días para la indicación del tratamiento X 100 Número total de pacientes que se atienden en el período

64	Costo promedio de sesión	Costo total de servicio en el período Número total de sesiones realizadas en el período
65	% de rentabilidad	Total ingresos de la sección en el período ----- Costo total de la sección en el período

BANCO DE SANGRE

66	Número de transfusiones efectivas realizadas	Número de unidades de sangre y derivados transfundidos
67	Número de donantes captados	Número de donantes recibidos en el período
68	Costo promedio de unidad de sangre o derivado	Costo total de servicio de banco de sangre en el período Número total de unidades de sangre o derivados Producidos en el período
69	% de rentabilidad	Total ingreso por banco de sangre en el períodoX 100 Costo total de banco de sangre en el período

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

70	Número de raciones producidas	Sumatoria de raciones producidas en el período
71	Raciones por hora contratada	Número de raciones producidas en el período ----- Número de horas contratadas en el período
72	Costo ración producida	Costo total del servicio en el período Número de raciones producidas en el período
73	Número de raciones por egreso	Número de raciones producidas en el período Número de egresos en el período

SERVICIOS GENERALES

74	Kilos de ropa lavada por hora contratada	Número de kilos de ropa lavada en un período ----- Número de horas contratadas en el período
75	Kilo de ropa lavada por egreso	Número de kilos de ropa lavada en el período ----- Número de egresos en el período
76	Costo promedio kilo ropa lavada	Costo total de servicio en el período Número total de kilos lavados en el período
77	% de cumplimiento de solicitudes	Número de ordenes de mantenimiento atendidas en el período ----- X 100 Número de ordenes recibidas en el período
78	Costo promedio trabajo de mantenimiento	Costo total de servicio en el período ----- Número total de trabajo ejecutado en el período

79	área aseada por hora contratada	$\frac{\text{Metros cuadrados por asear}}{\text{Número de horas contratadas}}$
----	---------------------------------	--

RECURSOS HUMANOS

80	% de ausentismo	$\frac{\text{Número horas ausentismo}}{\text{Número de personas vinculadas}}$
81	% de ausentismo no reemplazado	$\frac{\text{Número horas ausentismo por causa en el período}}{\text{Número total de horas contratadas en el período}} \times 100$
82	Nivel de satisfacción respecto al salario	$\frac{\text{Total puntos obtenidos respecto a satisfacción salarial en encuesta}}{\text{Total puntos posibles respecto a satisfacción salarial en la encuesta}}$
83	Nivel de satisfacción	$\frac{\text{Total puntos obtenidos respecto a cada criterio en la encuesta}}{\text{Total puntos posibles respecto a cada criterio en la encuesta}}$
84	Índice de capacitación	$\frac{\text{Total horas de capacitación en el período}}{\text{Total horas contratadas en el período}}$
85	% Prestacional	$\frac{\text{Valor prestaciones sociales}}{\text{Valor total salarios}}$
86	% Participación del costo de recursos humano en el costo total del servicio	$\frac{\text{Costo recursos humanos en el período}}{\text{Costo total en el período}} \times 100$
87	Composición del costo de recursos humano	$\frac{\text{Costo de cada uno de los componentes en el período}}{\text{Costo total recurso humano en el período}} \times 100$
88	% de distribución por área	$\frac{\text{Número de personas por área específica en el período}}{\text{Núm. total de personas vinculadas en el período}} \times 100$
89	% de accidentes de trabajo y enfermedad profesional	$\frac{\text{Número de accidentes de trabajo en el período}}{\text{numero de personas que laboran en el periodo}} \times 100$
90	Índice de frecuencia de accidentes de trabajo	$\frac{\text{Número de accidentes de trabajo en el período}}{\text{Número de horas contratadas en el período}}$
91	Índice de frecuencia de enfermedad profesional	$\frac{\text{Número de incapacidades por enfermedades en el período}}{\text{Número de horas trabajadas en el período}}$
92	Promedio de antigüedad laboral	$\frac{\text{Número total de años de trabajo de los trabajadores}}{\text{Número de trabajadores vinculados}}$
93	Composición del recurso humano por profesión, sexo, edad.	$\frac{\text{Número total de trabajadores por profesión, edad, sexo}}{\text{Número de trabajadores vinculados}}$

SUMINISTROS

94	Índice de rotación	$\frac{\text{Valor de salidas en el período}}{\text{Valor inventario promedio en el período}}$
95	Índice de recursos inmovilizados	$\frac{\text{Costo total de unidades sin movimiento en el período}}{\text{Costo total de inventario en el periodo}}$

96	% de ejecución programa de suministros	$\frac{\text{Valor consumos en el período}}{\text{Valor consumo presupuestado en el período}} \times 100$
97	% de diferencia en inventario	$\frac{\text{Costo de productos con diferencia el período}}{\text{Costo total de productos en inventario en el período}} \times 100$
98	% de cumplimiento de las entregas	$\frac{\text{Ordenes de compra entregadas dentro del plazo establecido en el período}}{\text{Total ordenes de compra del período}} \times 100$
99	% de ejecución presupuesto de compras	$\frac{\text{Valor de compras ejecutadas en el período}}{\text{Valor de compras presupuestadas del período}} \times 100$
100	% de satisfacción de la demanda	$\frac{\text{Número de artículos despachados en el período}}{\text{Número de artículos solicitados en el período}} \times 100$
101	Índice de rentabilidad de suministros	$\frac{\text{Valor de los artículos facturados en el período a precio de venta}}{\text{Valor de los artículos despachados en el período a precio de compra}} \times 100$
102	Proporción de artículos facturados	$\frac{\text{Valor de artículos provenientes de botiquines facturados a precio de compra en el período}}{\text{Valor de artículos despachados a los botiquines a precio de compra en el período}} \times 100$
FINANCIEROS		
103	Razón corriente	$\frac{\text{Activo corriente en el período}}{\text{Pasivo corriente en el período}}$
104	Capital de trabajo	$\text{Activo corriente en el período} - \text{pasivo corriente en el período}$
105	Variación porcentual en el capital de trabajo	$\frac{\text{Capital de trabajo período actual}}{\text{Capital de trabajo período anterior}} - 1 \times 100$
106	Prueba ácida	$\frac{\text{Activo corriente} - \text{inventario en el período}}{\text{Pasivo corriente en el período}}$
107	Liquidez general	$\frac{\text{Total activo en el período}}{\text{Total pasivo en el período}}$
108	Nivel de endeudamiento	$\frac{\text{Total pasivo en el período}}{\text{Total activo en el período}}$
109	Nivel de endeudamiento con terceros	$\frac{\text{Total pasivo con terceros en el período}}{\text{Total activo en el período}} \times 100$
110	Nivel de endeudamiento laboral	$\frac{\text{Total de obligaciones laborales en el período}}{\text{Total activo en el período}}$
111	Concentración de endeudamiento	$\frac{\text{Pasivo corriente en el período}}{\text{Total pasivo en el período}}$

112	Indicador de apalancamiento	Total pasivo en el período ----- Patrimonio en el período
113	Rotación de cartera	Ingresos promedio por venta de servicios en el período ----- Cuentas por cobrar promedio
114	Días rotación de cartera	Total días del período ----- Rotación de cartera del período
115	Rotación de inventarios	Costo de ventas promedio en el período ----- Inventario promedio en el período
116	Días rotación del inventario	Total días del período ----- Rotación de inventario del período
117	Margen operacional (de utilidad)	Resultado operacional en el período ----- Ingresos por venta de servicios en el período
118	Variación en ejecución presupuestal de gastos	Valor ejecución presupuesto de gastos en el período presupuesto de gastos en el período ----- X 100 Presupuesto de gastos para el período
119	Variación en ejecución presupuestal de ingresos	Valor ejecución presupuesto de ingresos en el período presupuesto de ingresos para el período ----- X 100 Presupuesto de ingresos para el período
120	Vencimiento de cuentas por cobrar por edades	Valor cuentas por cobrar por edad del período ----- X 100 Valor total de cuentas por cobrar en el período
121	Vencimiento cuentas por pagar por edades	Valor cuentas por pagar por edad del período ----- x 100 Valor total cuentas por pagar en el período
122	Composición porcentual de los ingresos	Valor de ingresos por fuente en el período ----- X 100 Valor total de los ingresos en el período
123	variación valor inventarios por ingreso de activos	Valor ingreso al inventario en el período ----- X 100 Valor inventario en el período anterior
124	Variación valor del inventario por baja de activos fijos	Valor de bajas en el período ----- X 100 Valor inventario período anterior

2.4.5. Que Es Una Razón

Una razón, aritméticamente hablando, es la división de un número por otro, que informa la relación que existe entre dichos números.³⁶ Así que, con las cifras de un conjunto de balances de una misma empresa, se podrán determinar un sinnúmero de razones, comparando los saldos de unas cuentas con los de otras, el monto de

³⁶ KUME, HITOSHI Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. DESARROLLO GERENCIAL. Grupo Editorial Norma. Bogotá, 1.966.

unos grupos con otros haciendo toda clase de combinaciones entre cuentas y grupos de cuentas, para determinar la relación que existe entre ellas.

Este tipo de comparación es útil, en la medida en que despeje las inquietudes presentadas en la lectura e interpretación de los estados financieros, o nos permita hacer comparaciones con situaciones de la misma empresa, en períodos anteriores o con empresas similares o del mismo sector.

2.4.5.1. Procedimiento Para Hacer Análisis De Razones

Una vez leídos, concienzudamente, los estados financieros que vamos a analizar y cuando hayamos reclasificado las cuentas, para que correspondan a los criterios de clasificación que vamos a utilizar en el análisis, y cuando hayamos reclasificado las cuentas, para que correspondan a los criterios de clasificación que vamos a utilizar en el análisis, y cuando, como resultado de esta lectura, tengamos inquietudes relacionadas con la magnitud, el comportamiento y la interpretación de las cuentas y grupos de cuentas que los componen, podremos proceder a aplicar la herramienta de análisis de razones.

El siguiente paso será seleccionar los indicadores financieros que, por medio de la aplicación de razones, vamos a determinar y que nos permitirán hacer las comparaciones necesarias y sacar conclusiones sobre la situación financiera de la empresa analizada.

2.4.5.2. Las Razones Más Usadas

Hay algunas razones más comúnmente usadas porque en la mayoría de los casos, ofrecen información útil para el análisis, estas razones serán las que vamos a presentar y discutir en esta lectura, con expresa recomendación, de no mecanizarse con el uso de ellas, sino aplicarlas solamente cuando éstas le ofrezcan alguna información importante; no vacilar en aplicar otras razones, tomadas de su propio juicio e iniciativa, hacer análisis de composición porcentual y de tendencias, de tal manera que las cifras relativas obtenidas, le permitan sacar conclusiones útiles al emitir el diagnóstico de situación financiera de la empresa en cuestión.

2.4.6. Procesos:

Son el conjunto de fases sucesivas (procedimientos y actividades) que se realizan para poner en funcionamiento los recursos de la estructura y obtener los resultados esperados en función de las necesidades de los usuarios³⁷

2.4.6.1. Definición Del Proceso:

Secuencia de procedimientos lógicamente relacionados que emplean recursos de la organización y a los cuales se les agrega valor para obtener productos específicos



Grafica 8 diseño de una organización funcional

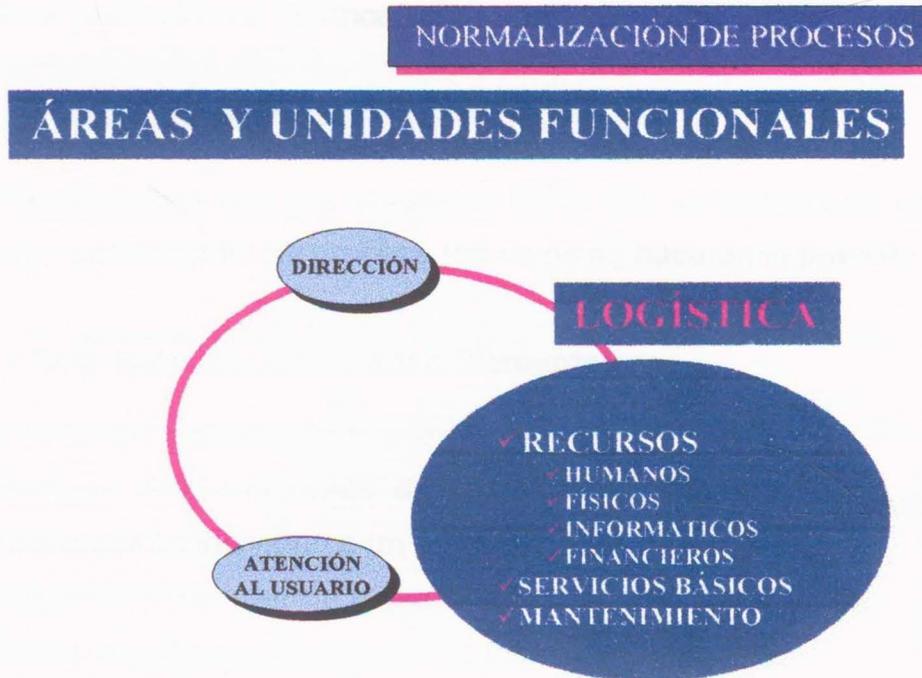
2.4.6.2. Resultados:

Son las mejores condiciones de salud de la población como producto de un mayor acceso a los servicios de salud

³⁷ MATERSON, BARRY El Costo de la Garantía de Calidad. México, Mayo - Junio de 1.993

2.4.6.3. Área Funcional:

Es el conjunto de unidades funcionales, procesos, procedimientos y actividades que se desarrollan en función del servicio, en diferentes dependencias, que giran al rededor de una finalidad común y están definidas y diferenciadas convencionalmente unas de otras.³⁸



Grafica 9 áreas y unidades funcionales

2.4.6.4. Porque Trabajar En Procesos:

Entrarse en el usuario

Permite predecir y controlar el cambio

Mejora la utilización de los recursos disponibles

Ayuda a comprender como se convierten los Insumos en productos

Da una visión de la forma como ocurren los errores

Prepara a la organización para los futuros desafíos

³⁸ NORONHA SACRAMENTO, RUL Curso de auditoria médica. En Notas de clases de Luis Armando Prieto. EMEC - Colombia, UN1MED DO BRASIL. Santafé de Bogotá, Oct. de 1.994

2.4.6.5. Límites Del Proceso

Es necesario definir:

¿Qué actividades se incluyen en el proceso?

¿Qué actividades no se incluyen?

¿Cuáles son las entradas?

¿Cuáles son las salidas?

¿Quiénes participan en el proceso?

2.4.6.6. Definición De Procedimiento Del Proceso.

Los procedimientos son una secuencia lógica que se constituyen en la guía para la ejecución permanente del proceso (es como se hace en la práctica diaria).

2.4.6.7 Definición De Actividades Elementales:

Deben tener las siguientes características:

Homogéneas desde el punto de vista de su comportamiento.

Realizadas por un individuo o un grupo.

Que utilizan una experiencia específica.

Efectuadas a partir de un conjunto de insumos (entradas).

Que permiten entregar un producto o subproducto (salidas) a un usuario interno o externo.

2.5. LA EFICIENCIA Y EFICACIA

2.5.1. La Búsqueda De Eficiencia

El desarrollo de indicadores de gestión es algo que puede hacerse sin mayores dificultades, estableciéndose una unidad calificada que opere a través de una tarea de persuasión constante a un buen nivel, la experiencia muestra que aquí se requiere mucha persistencia, la aplicación de los indicadores de gestión no debe ser el único instrumento para impulsar la eficiencia, sino que debe complementarse con otras fuentes de información, si todo se centra en los

indicadores, descuidando otras áreas de aumento potencial de eficiencia en la prestación de servicios. Una buena estrategia es desarrollar los indicadores de gestión al mismo tiempo que se hacen estudios sobre la utilización de recursos y sobre los resultados alcanzados por algunos programas. Los indicadores de gestión pueden utilizarse para comparaciones en el tiempo y para comparaciones entre unidades o áreas, tanto en uno como en el otro caso se requiere un cuidadoso diseño para permitir comparaciones que tengan el sentido apropiado, la idea de una revisión detallada de programas, tal vez en un ciclo trienal, es un buen enfoque.



Grafica 10 objetivos de la eficiencia, la efectividad y la adaptabilidad

2.5.2. Grado De Cumplimiento De La Eficiencia

Definición de eficiencia: Es la relación óptima entre los costos de los insumos y los productos, la ineficiencia es el desperdicio de recursos y por lo tanto no terminan en productos, sino en la basura.³⁹

Porcentaje de ineficiencia administrativa se mide así:

³⁹ PAIZ, ALFREDO O., Auditoria médica. Ediciones La Rocca. Buenos Aires, 1.995

% INEFICIENCIA:
$$\frac{(\text{No. Servicios programados} - \text{No. Servicios demandados}) \times 100}{\text{No. Servicios programados}}$$

Entre más variables se introduzcan en la fórmula de la eficiencia, más global o total o institucional será su valor; esta fórmula desde luego se puede aplicar a un ente territorial, como empresa que es, teniendo en cuenta las variables: cantidad de programación y ejecución, tiempo de programación y ejecución, y recursos programados y ejecutados

2.5.3. Eficiencia Social:

Consiste en la racionalización y optimización socio-económica de los recursos técnicos, administrativos y financieros disponibles cumplan la función socio-económica y cultural esperada de la prestación de los servicios de salud con la cobertura normalizada máxima viable y factible a nivel del individuo, la familia y la población asignada.

La determinación de la ineficiencia social consistirá en determinar la demanda insatisfecha por desperdicio de los recursos planeados, la eficiencia social de una institución u organización está determinada y condicionada por el grado de cumplimiento de la eficiencia institucional en el manejo de sus recursos y procesos, para obtener los resultados y satisfacción esperados en la población asignada.⁴⁰

2.5.4. Eficiencia Institucional U Organizacional

La eficiencia resulta del excelente funcionamiento de cada una de las empresas promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud obtenido a través de la excelencia de los recursos, los procesos, y los resultados mismos.⁴¹

2.5.5. Eficiencia Del Recurso Humano

Es necesario medir el grado de ineficiencia en individuos, grupos e instituciones para poder reducirla; reducción o eliminación de los desperdicios de los recursos

⁴⁰ Parodi C. (1997), *Economía de las políticas sociales*, Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico-Biblioteca Universitaria, Lima.

⁴¹ *Ibíd.*

en la producción de los servicios; debe entenderse la eficiencia como lo que reporta valor agregado a los procesos, en cambio la ineficiencia es la brecha, entre lo que se logra y lo que se ha debido lograr con la planeación de plenos recursos y cobertura de necesidades, el empleado ineficiente o derrochador de recursos tiene tres posibles causas, o no sabe que hacer, o no sabe como hacerlo, o se encuentra desmotivado; y el trabajo de su líder consiste en determinar la causa e intervenirla.⁴²

2.5.6. Eficiencia De Los Procesos

La disponibilidad, uso, mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos; la disponibilidad, uso y conservación de los reactivos, y suministros que determinan la cantidad, secuencia y la calidad de las actividades que participan en el proceso, el empleado trabaja en el proceso cuando se entrega a una secuencia previamente determinada para hacer las actividades; y la gerencia trabaja sobre el proceso cuando lo reorienta, ó le da dinamismo al proceso.

2.5.7. Grado De La Eficiencia De La Gestión

Para Ruelas-Barajas hay diferentes formas de eficiencia, que bien vale la pena mencionar:⁴³

2.5.7.1. Eficiencia Clínica

Estaría dada en función a la pertinencia del diagnóstico y el tratamiento, la intervención ejecutada, la capacidad tecnológica dada por los equipos y la calidad del recurso humano, y el grado de desarrollo personal o la autonomía del recurso humano, y con la capacidad resolutive del servicio técnico científico. La eficiencia clínica esta condicionada por la eficiencia del servicio de salud, la eficiencia administrativa, y la eficiencia gerencial.⁴⁴

⁴² Ibid.

⁴³ Ruelas-Barajas

⁴⁴ RODRÍGUEZ G., A., Gerencia para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud. Santafé de Bogotá, D.C., 1.996.

2.5.7.2. La Eficiencia Gerencial

Estaría determinada por el número y calidad de las decisiones gerenciales, la cultura organizacional de la institución, y el grado de autonomía o de desarrollo institucional y de sus recursos humanos.⁴⁵

2.5.7.3. La Eficiencia Administrativa

Es la relación insumo-producto, sin desperdicio de insumos.

2.5.7.4. Grado De La Eficiencia Del Servicio

- Número de servicios programados /ejecutados
- Costo del servicio programado / ejecutado.
- Costo unitario actividad programado / ejecutado
- Costo del departamento programado -/ejecutado.
- Costo día / estancia por egreso, por servicio, o por nivel de complejidad.
- Costo por tipo de procedimiento.
- Costo de la atención del servicio de salud por ítem del protocolo de atención (honorarios, insumos, restaurante, medicamentos, y otros)

2.5.7.5. Eficiencia A Partir de la Economía

El concepto de eficiencia tiene aspectos tecnológicos, macroeconómicos y sociales que conviene distinguir, los indicadores de eficiencia de una actividad A son todos los factores que influyen significativamente sobre un atributo de eficiencia A. Según que el factor influya sobre el coste, la calidad o plazo de A se llamará “inductor de coste”, “inductor de calidad”, o “inductor de plazo”, respectivamente.⁴⁶

⁴⁵ Ibid

⁴⁶ LORINO Philippe, El Control de Gestión Estratégico, Editorial Maracombo, S.A., Barcelona, España. 1993. Pág. 81.

Si tomamos en cuenta que todo proyecto debe ser motivo de una evaluación, debemos recordar que “la planeación realmente mejora la eficacia, tanto si se considera en el nivel del gerente individual como en el grupo que toma decisiones”.

2.5.7.6. Eficiencia Tecnológica

Se define la eficiencia tecnológica como la obtención del producto máximo a partir de una combinación de factores o insumos, este es un concepto puramente tecnológico que se refiere específicamente al “cómo” se hacen las cosas generalmente el “máximo” es definido por los ingenieros o técnicos del producto del cual se está haciendo el análisis, este concepto de eficiencia requiere, de una parte, haber definido el producto. A continuación se define el producto salud y se presentan sus principales insumos.⁴⁷

2.5.7.7 Eficiencia Microeconómica

Se refiere a la obtención de un producto a costos “mínimos”. Esta clase de eficiencia tiene directa relación con la eficiencia tecnológica, los costos generales se definen por la sumatoria de los costos de trabajo de hombres, capital y valor de la tierra,⁴⁸ por ejemplo:

$C = wL, rK, sT$, donde:

C = costos

wL = trabajo hombre

rK = Capital

sT = Valor de la tierra

En el caso particular de la salud, los costos están dados por la valoración de los insumos que se explicaron en la sección anterior, Por tanto:

$C = \{ Wx, rH, jL \times rE + j2, rT \} + \{ sP, dM, mP, a C, IM \}$

C = Costos

W = Precio salarios hombre

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Ibid

En el caso particular de la salud, los costos están dados por la valoración de los insumos que se explicaron en la sección anterior, Por tanto:

$$C = \{ Wx, rH, jL \times rE + j2, rT \} + \{ sP, dM, mP, a C, IM \}$$

C = Costos

W = Precio salarios hombre

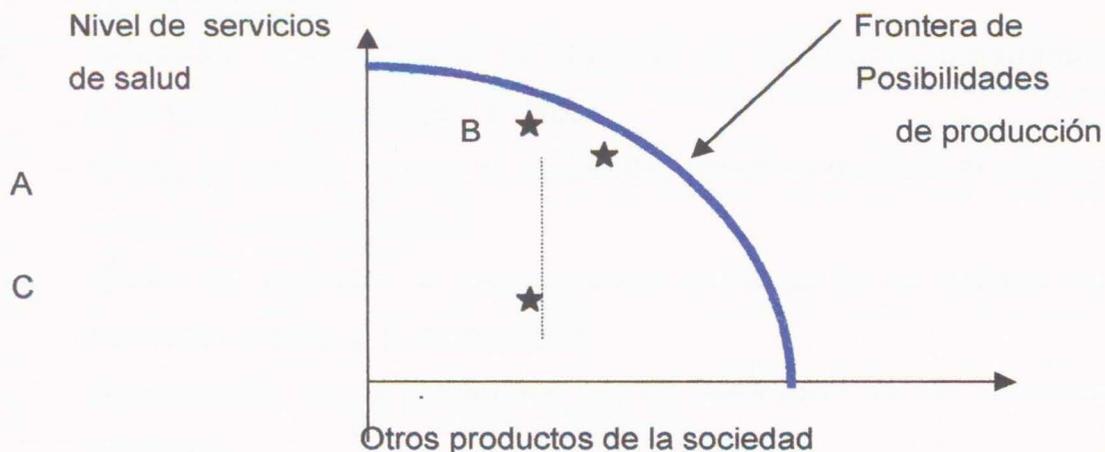
JI = Precio recursos económicos

J2 = Precio recursos tecnológicos

La minimización de los costos está sujeta a las restricciones tecnológicas, con lo que se quiere decir que a mayor tecnología, menores costos y viceversa, los componentes de estos costos están definidos por la tecnología. Para alcanzar la eficiencia microeconómica, el servicio de salud debe minimizar los costos que aparecen en la anterior ecuación.

2.5.7.8. Eficiencia Social

Aludiendo a la definición de Pareto, se puede decir que la producción de servicios de salud es eficiente socialmente, si para incrementarla, se tuviera que incurrir en la disminución del producto de algún otro bien; por ejemplo, educación, recreación.⁴⁹



Gráfica 11 Como medir la producción de salud

⁴⁹ Administración y Desarrollo. Escuela Superior de Administración Pública. Bogotá. Volumen 11. 1983. Pág. 163.

producto “otros” que es la máxima factible teniendo en cuenta los recursos de todo orden disponibles en la economía.

Así, la “frontera de posibilidades de producción” está conformada por diferentes combinaciones todas ellas eficientes, la sociedad declara estar en uno de los dos puntos de esta frontera, pero obsérvese que una vez escogida una combinación eficiente pasar a otra tiene un costo, por ejemplo, pasar de la combinación A a la B tiene un costo social: Dado que A y B están en la frontera de posibilidades de producción de la sociedad, producir más “servicios de salud” implica necesariamente producir menos de “otros” productos de la sociedad”.

Por lo anterior, la producción en C no es eficiente: se puede tener más servicios de salud por ejemplo pasando de C a B, sin tener que disminuir la producción de los “otros” productos.

2.5.7.9. Grado De Satisfacción Del Cliente Externo

- Indicador de tipo de quejas o reclamos, por ítem, por servicio, o departamento.
- Indicador de retomar a solicitar servicios si fuere necesario, análisis del reflujo.
- Medición de la satisfacción en cada punto de contacto prestador - usuario, visible o invisible.
- Grado de respeto hacia el Hospital, al servicio o departamento, a los profesionales prestatarios y otros.
- Grado de ayuda, respeto al problema, aprecio y servicio al cliente externo, a la familia, a la comunidad
- Grado de estímulo al mejoramiento continuo de la calidad de vida del individuo, familia, y la comunidad.
- Participación de la institución en el desarrollo de la autonomía de las personas.

2.5.8. Eficacia Social

Maximizar los resultados, y la satisfacción esperados en la población asignada, con prioridad en la población de responsabilidad epidemiológica, la determinación de la ineficacia social estará determinada por los resultados y satisfacciones dejadas de obtener en la población con responsabilidad epidemiológica por pérdida de los recursos planeados, o con viabilidad y factibilidad.⁵⁰

2.5.8.1. Grado De La Eficacia Del Servicio

- Resultados esperados o normados / obtenidos
- Grado de satisfacción del cliente externo, e interno

2.6 COSTOS

Uno de los elementos básicos en el análisis financiero de las nuevas empresas de salud, es la evaluación de los costos; que se constituyen en una herramienta fundamental para la evaluación y el control del funcionamiento e integridad entre las áreas productivas y las administrativas.

El papel del administrador consiste en poder desarrollar sistemas de costos claros, sencillos y reales de acuerdo a la estructura de cada empresa y con ellos tener herramientas para la toma de decisiones. El proceso completo requiere la participación de todos, ya que representa una verdadera interrelación permanente entre el área administrativa y financiera, con el área encargada de la prestación de servicios de salud, pues son datos que vivirán dentro de la institución haciendo de doble vía entre estas áreas.

Costear no es hacer un cálculo simplemente, es gerenciar los datos contables de la producción de bienes y servicios de la empresa, no es el principio sino el fin para obtener control sobre nuestra producción.

⁵⁰ TORRES SERNA, O. Y SUAREZ, M.F. ESTRATEGIA GERENCIAL PARA LA SALUD. Editores. Catorce SOS. Cali, Agosto de 1.995.

2.6.1 Sistema De Costos

El Sistema de Costos no es más que otro sistema de información dentro de la empresa de salud, pero que resulta fundamental dentro del proceso, como su nombre lo indica (“Sistema”) debe abarcar la totalidad de la empresa y busca a diferencia de la contabilidad de costos, llevar la totalidad de costos y gastos de la manera más real posible hasta la esencia de la producción, es decir, de aquellas actividades que nos generan algún ingreso; manteniendo la estructura de conformación y aportando la información necesaria para que de acuerdo a una planeación previa se tomen decisiones a nivel de la alta y mediana gerencia. Entonces el sistema se fundamenta en la integridad de su estructura, el flujo lógico de la información y la toma de decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos.⁵¹

Este sistema, a diferencia de manejos de costos anteriores cumple con ciertas características ya que es:

- **Dinámico:** cambia simultáneamente con los cambios de la empresa incluso en aquellos datos que se consideran “fijos”.
- **Oportuno:** aporta la información en el mismo momento que ocurren los hechos por cuanto su principal fuente de información serán los registros por causación de contabilidad.
- **Integral:** porque requiere de la permanente interrelación entre las áreas administrativas y asistenciales de la Empresa (Hospital).

2.6.2. Costo

Podríamos definir como costo el “valor” sacrificado para producir bienes o servicios que se mide en términos monetarios. Es decir esta constituido por todos aquellos elementos que intervienen en el proceso productivo.⁵²

⁵¹ Manual del Sistema de Cálculo de Costos en Salud. Oficina de Planeación. División de organización. Sistema y desarrollo administrativo. Bogotá, Septiembre de 1.974.

⁵² Manual del Sistema de Cálculo de Costos en Salud. Oficina de Planeación. División de organización. Sistema y desarrollo administrativo. Bogotá, Septiembre de 1.974.

Una de las dificultades fundamentales en el momento de conceptualizar un sistema de costos, en especial, cuando este va dirigido a personas no desarrolladas dentro de las áreas financieras es la diferenciación bastante difusa del concepto de costo y gasto. Se define como un gasto, el consumo monetario que se realiza en actividades relacionadas o no con la producción.

2.6.3. Producción

El concepto de la *producción* se define en el desarrollo del objeto social de la empresa (prestación de servicios de salud) dentro de unos procesos específicos y los servicios o bienes originados de este proceso son los que se definen como productos.⁵³

Se define como *producto*, el resultado tangible de un proceso específico pudiendo ser un bien o un servicio que ocasiona un costo específico de producción y genera un beneficio tangible social y/o económico.⁵⁴

Un *proceso* es una secuencia de actividades lógicamente relacionadas que emplean recursos de la organización, a los cuales se les agrega valor, para dar resultados o productos definidos para un usuario interno o externo, en apoyo de los objetivos de la empresa⁵⁵

Ejemplos de productos en las empresas de salud pueden ser servicios como la consulta externa o bienes como las raciones alimentarias.

En conclusión, son características de un producto: Servicio o bien resultado final de un proceso identificado

Genera unos costos específicos en su producción

Genera un beneficio hacia la institución.

Dentro de las instituciones es posible evidenciar diferentes tipos de procesos de acuerdo a la estructura orgánico - funcional y de acuerdo al sentido mismo de cada sección o área (misión). Básicamente todas las instituciones se enmarcan dentro del mismo esquema: Unas áreas administrativas, unas áreas de apoyo

⁵³ Ibid

⁵⁴ Ibid

⁵⁵ Ibid

logístico y unas áreas de producción.

2.6.4. Áreas De Una Institución Prestadora De Servicios De Salud

2.6.4.1 Áreas Gerenciales Y Administrativas

Son aquellas destinadas básicamente a la Dirección, Planeación y Control de la empresa en ella se incluyen:

- La Junta Directiva
- Gerencia.
- Los comités Staff o asesores: Jurídica, Científico, Planeación
- Oficina de Control Interno y control interno disciplinario
- Y en general todas las demás instancias de nivel ejecutivo y asesor general de la empresa.

Además de estas áreas ubicadas en lo que se denomina la alta gerencia encontramos comúnmente otras áreas de producción administrativa y son las que se encargan de controlar y dirigir los recursos de la empresa, entre esas tenemos:

- Recursos humanos
- Recursos financieros
- Recursos físicos
- Recursos de Información.

En común todas estas áreas o unidades de la empresa desarrollan como principal objetivo de ellas, productos administrativos, la mayoría de difícil identificación y cuantificación pero que busca apoyar con el control, planeación y dirección de las acciones de las demás áreas del Hospital.

2.6.4.2. Áreas Logísticas

Son aquellas destinadas básicamente a apoyar con Bienes y/o servicios a los procesos generales de producción. Normalmente se diferencian de la producción misma por su característica de “especialización” en productos muy generales y que normalmente no son el objeto mismo de la empresa pero que sin ellos sería

imposible el desarrollo de sus actividades.⁵⁶ En general podríamos definirlos como “pequeñas empresas” orientadas a producir bienes y/o insumos que permiten el desarrollo mismo de nuestros servicios y que “venden” sus productos hacia el interior de la empresa. Entre esas podemos mencionar:

- Almacén
- Mantenimiento
- Sistemas.
- En general todo lo que se denomina clásicamente como Servicios generales:
 - Cocina
 - Aseo
 - Vigilancia, etc.

2.6.4.3 Área Operativa

Son aquellas destinadas finalmente a producir bienes y/o servicio objeto mayor de la empresa y elemento neto de las contrataciones. Son las encargadas de desarrollar los bienes y/o servicios que el cliente (paciente) solicita y cumplir con sus expectativas.⁵⁷ En los hospitales son fácilmente reconocidas y constituyen lo que tradicionalmente se menciona como “área asistencial”. Entre ellas podemos mencionar:

- Servicios de Urgencias
- Servicios Ambulatorios
- Servicios de Hospitalización
- Quirófanos y Sala de Partos
- Servicios de apoyo diagnóstico como:
 - Laboratorio Clínico
 - Imágenes diagnósticas
- Servicios de apoyo terapéutico:
 - Banco de Sangre

⁵⁶ Ibid

⁵⁷ Ibid

Unidad Renal

Farmacia

- Servicios conexos a la salud

2.6.5. Productos Obtenidos De Las Diferentes Áreas:

2.6.5.1. Áreas Operativas

Es aquel obtenido al final de todo el proceso de producción del bien o servicio y se da por hecho en el momento en que el receptor del servicio (cliente o paciente) lo recibe. Los productos operativos están delimitados por aquellos originados por el objeto real y claro de la empresa y que en términos generales son los que se “venden” al público en general y serán los objeto de recuperación de la inversión.⁵⁸

2.6.5.2 Áreas Logísticas

Productos de apoyo logístico son aquellos que no hacen parte del objeto de la empresa pero que sirven de apoyo generalmente logístico dentro de la generación de otro producto pudiéndose calcular de manera independiente su costo. Por ejemplo, en la atención de un paciente hospitalizado se proveen unas raciones alimentarias (producto de la unidad de alimentos), o se utilizan sábanas limpias para las camas (productos de la unidad de lavandería).⁵⁹

2.6.5.3. Productos Administrativos

Productos administrativos son los generados por las unidades administrativas de la empresa y que se requieren para el normal funcionamiento de la misma, ejemplos de estos son los productos de las unidades de recursos humanos (contrataciones o pago de nómina) de recursos físicos (adquisiciones o despachos), entre otros.

⁵⁸ Ibid

⁵⁹ Ibid

2.6.6. Unidad De Medida

La unidad de medida es el elemento por medio del cual se cuantifican los productos, se puede decir que se constituye en la manera como se identifica el producto.⁶⁰ Por ejemplo una consulta medica general consiste en una serie de actividades de difícil explicación que se originan dentro de una relación básica médico-paciente y cuya medición y registro es casi imposible; Sin embargo si definimos como unidad de medida de la misma el número de consultas medicas refiriéndonos a que cada acto de esos se considera una unidad, será posible cuantificar las consulta médicas con ese número, todos los productos bienes o servicios objeto del costeo deben poseer una unidad de medida.

Esa unidad de medida se constituye en el elemento que se registra en el proceso de producción y por eso debe estar definida dentro de ella misma, no debe dar origen a subjetividad e idealmente debe poder expresarse en números absolutos.

Tomemos ahora como ejemplo una lista de productos y agreguémosle las unidades de medida:

PRODUCTOS	UNIDAD DE MEDIDA
Consulta Médica General	Número de consultas médicas generales
Consulta de Medicina Interna	Número de consultas de medicina interna
Consulta de Nutrición	Número de consultas de nutrición
Consulta de Optometría	Número de consultas de optometría
Visita domiciliaria	Número de visitas domiciliarias
Dosis de vacuna aplicada	Número de dosis aplicadas
Apendicetomía	Número de apendicetomías
Atención de parto	Número de partos atendidos
Estancia hospitalaria	Número de días cama ocupada
Consulta de urgencias	Número de consultas en urgencias

⁶⁰ Ibid

PRODUCTOS	UNIDAD DE MEDIDA
Hemograma	Número de Hemogramas realizados
Placa de Rayos X	Número de placas procesadas
Unidad de sangre	Número de unidades de sangre transfundidas
Sesión de fisioterapia	Número de sesiones realizadas
Estancia en observación de urgencias	Número de horas de estancia en camas de observación
PRODUCTOS LOGÍSTICOS	UNIDAD DE MEDIDA
Paquete esterilizado	Número de paquetes esterilizados
Ración alimentaría	Número de raciones despachadas
Ropa lavada	Número de kilos de ropa lavada
PRODUCTOS ADMINISTRATIVOS	UNIDAD DE MEDIDA
Factura realizada	Número de facturas realizadas
Contratos	Número de contratos diligenciados

2.6.7. Centro De Costos

Para poder establecer un sistema de costos, es necesario identificar una unidades básicas de producción que denominaremos centros de costos. Es decir, el Centro de Costo, consiste en la agrupación física y/o funcional de los procesos de producción donde podemos asignar de manera independiente y claramente definida los insumos requeridos para la generación de un producto o grupo de productos similares.⁶¹

El centro de costos dentro de su estructura llevará inmerso una relación funcional clara y el producto o productos originados dentro del mismo serán objeto de procesos similares, es decir dentro de cada centro de costo encontraremos ubicados un producto o productos lo más homogéneos entre sí y lo más heterogéneo con los demás. El principal sentido del centro de costos es su

⁶¹ Manual del Sistema de Cálculo de Costos en Salud. Oficina de Planeación. División de organización. Sistema y desarrollo administrativo. Bogotá, Septiembre de 1.974.

capacidad de administración, todo centro de costos debe ser administrado de manera particular y aunque relacionado con otros similares debe manejar criterios propios de administración. No podemos hablar de dos centros de costos que son manejados completamente igual y que producen cosas similares por cuanto estaríamos hablando de un solo centro de costos. Son características básicas de un centro de costos las descritas en el siguiente cuadro.

El proceso básico fundamental para definir la estructura de los centros de costos es identificar su producción, ya que esta es la esencia del costeo. Para esto tomamos la producción total y ubicaremos los productos dentro de cada centro de costos, es posible que identifiquemos un producto único en un centro de costo, pero más frecuentemente encontraremos múltiples productos, por eso la necesidad de agruparlos a través de alguna equivalencia, pues es necesario llevar el total de la producción de cada centro de costo en un solo número. A continuación presentamos una forma de agrupar productos

2.6.8. Agrupación De Productos

En algunas unidades de producción vamos a encontrar que allí se generan productos diferentes; por ejemplo la unidad de laboratorio produce exámenes de hematología, química sanguínea, microbiología, etc., la unidad de odontología produce exodoncias, curetajes, profilaxis, endodoncias, etc., integrados todos dentro de una única unidad de producción centro de costo de acuerdo a lo definido anteriormente. En estos casos es necesario que el responsable de la unidad de producción agrupe estos productos heterogéneos.

Podría agruparlos con un nombre cualquiera como si cada uno fuera simplemente una unidad más, por ejemplo en el caso del laboratorio como simplemente número de pruebas o en odontología número de actividades, pero perdería la esencia y la diferenciación entre los diferentes productos; o podría establecer algún tipo de equivalencia entre ellos para que al calcular un número total fuera el origen de las diferencias de esa equivalencia.

Ya hay trabajos realizados en esta materia, las Unidades de Valor Relativo definidas por el Seguro Social para los procedimientos quirúrgicos, la Unidades

Equivalentes de Tiempo ("UETS") para odontología, sin embargo no son aplicables a todos los productos, por eso se propone aquí una forma de construir las equivalencias dentro de otros Hospitales.

2.6.9. Agrupación Por Equivalencia:

Consiste en definir una unidad que haga equivalentes todos los productos identificados dentro de un mismo centro de costo.⁶² Teniendo en cuenta la necesidad de establecer una equivalencia, se deben identificar factores fundamentales dentro del proceso de producción que permitan cuantificar la equivalencia, algunos de esos factores podrían ser:

- Tiempo de trabajo en la generación del producto.
- Tiempo de uso de los equipos.
- Valor de los suministros básicos utilizados
- Valor de la inversión para poder realizar el producto.
- Nivel de complejidad del producto
- Tarifa o tarifas que se ofrecen por el producto
- Número de personas que se benefician
- Tipo de anestesia utilizado
- Tiempo de recuperación.

Una vez definidos los factores aplicables a cada grupo de productos, los cuales son variables según la institución y según las características del grupo de productos, se establece la unidad de medida de cada uno de esos factores y su criterio de medición y se procede a realizar la medición de cada factor para cada producto, con cada factor se establece una equivalencia y finalmente es posible establecer una equivalencia de acuerdo a una ponderación de todos los factores. Es necesario ponderar cada factor (importancia), de acuerdo con la confiabilidad de su medición y su relevancia. Se ponderan cada uno de los factores con un número de 3 a 0, siendo 3 el valor asignado para factores de alta relevancia y alta confiabilidad y 0 en caso de que el factor no sea aplicable o no sea confiable su

⁶² Manual del Sistema de Cálculo de Costos en Salud. Oficina de Planeación. División de organización. Sistema y desarrollo administrativo. Bogotá, Septiembre de 1.974.

medición. Los diferentes productos nos darán unidades equivalentes variadas por ejemplo en el laboratorio clínico se le da a cada prueba el número de unidades de equivalencia así: hemograma 2,5 unidades, glicemia 3,0 unidades, uroanálisis 2,2 unidades, etc. Lo que quiere decir que al realizar el registro de producción de cada una de estas pruebas y al multiplicarla por las unidades de equivalencia dará como resultado el total de unidades del centro de costo. Por ejemplo una producción de 3 hemogramas, 1 glicemia y 4 uroanálisis sería igual en el ejemplo a 19.3 unidades equivalentes.

Esta forma de medida permitirá evaluar los cambios en producción dentro de un mismo centro de costo en especial cuando por la heterogeneidad de la producción no era posible, así mismo se convertirá en la base fundamental del proceso de costeo, sobre la que se calcularán los costos de cada producto individualmente.

2.6.10. Clasificación De Los Centros De Costos

Ya definidos los centros de costos e identificada la producción que se origina dentro de ellos es importante clasificarlos de acuerdo al tipo de productos que allí se generan y podríamos clasificarlos como Operativos, Logísticos o Administrativos. En el cuadro siguiente vemos algunos ejemplos de ellos.

CENTRO DE COSTOS OPERATIVOS
Consulta externa y procedimientos
Consulta especializada
Promoción y Prevención
Quirófanos
Sala de Partos
Laboratorio Clínico
Hospitalización – Estancia General
Consulta y procedimientos de urgencias
Observación Urgencias
Imagenología
Farmacia

CENTRO DE COSTOS LOGÍSTICOS
Esterilización General
Alimentos
Mantenimiento
Almacén

CENTRO DE COSTOS ADMINISTRATIVOS
Gerencia
Recursos Humanos
Sistemas de Información
Recursos financieros

2.6.11. Costos Y Contabilidad (Unidad Funcional)

Entendiendo por contabilidad como el arte o técnica que realiza la medición, registro y presentación de la información financiera, el proceso de análisis del costo se haya inmerso dentro del sistema contable, que se constituye en uno de los pilares de mantenimiento de la información financiera de cualquier entidad.⁶³ Es así que el costeo hace parte de la misma unidad y *per se* no es posible pensar en contabilidad por un lado y costear por otro diferente con diferente información y diferentes resultados.

La contabilidad se divide en dos áreas claramente definidas *contabilidad general o financiera* y *contabilidad de costos* identificada también por otros autores como *contabilidad gerencial*. El Sistema contable cumple con ciertas características que lo definen: es ÚNICO, dentro de una empresa; es OPORTUNO, con relación a la información que aporta; es TÉCNICO, porque coincide con un proceso claramente definido y ordenado y no da origen en ningún momento a interpretaciones; es totalmente OBJETIVO, por cuanto se limita al registro exacto de todas las actividades financieras en términos monetarios; es INTEGRAL, porque involucra toda la información financiera de la empresa.

La contabilidad financiera se ocupa principalmente del desarrollo de los estados financieros (Balance General y Estado de Ganancias y Perdidas o de Resultados) cuya información se organiza para el uso externo de quienes proveen los fondos y para el uso interno para manejar una visión general de la entidad; se aplica de acuerdo a normas legales plenamente definidas y de acuerdo a los denominados "Principios Contables Generalmente Aceptados" (PCGA).⁶⁴

La contabilidad gerencial o de costos se encarga principalmente de la acumulación y análisis de la información relevante para uso interno de los gerentes en los procesos de toma de decisiones en planeación y control. Dentro de los principios contables definidos su información es congruente y en muchas ocasiones tomadas directamente de la misma contabilidad financiera, pero en su proceso mismo es

⁶³ Manual del Sistema de Cálculo de Costos en Salud. Oficina de Planeación. División de organización. Sistema y desarrollo administrativo. Bogotá, Septiembre de 1.974.

⁶⁴Ibid

variable, de acuerdo a las necesidades, observaciones y desarrollo mismo del sistema gerencial de una determinada empresa.

Uno de los principios legales originados por la Ley 100 consiste en la obligatoriedad de llevar contabilidad de costos por parte de IPS públicas y privadas, de igual manera contable se han definido unos planes de contabilidad que buscan homologar la totalidad de empresas de salud en términos contables. La estructura aquí desarrollada es totalmente compatible con el sistema contable y con cualquiera de los planes contables ya sea el de IPS públicas o el de IPS privadas. Para esto es necesario definir una estructura superior a los centros de costos que los agrupe. Por eso tomamos las Unidades Funcionales por cuanto es muy lógica dentro del nuevo concepto de empresa y se ajusta perfectamente a los principios de contabilidad.

La *Unidad funcional* es el conjunto de procesos de producción específicos, los procedimientos y actividades que los componen, los cuales son ejecutados dentro de una secuencia y límites técnicamente definidos, en donde es posible visualizar, analizar e intervenir el proceso global de la producción de un bien o servicio alrededor de una finalidad común definida y diferenciada convencionalmente de otras, es una agrupación de centros de costos organizados dentro de una función específica con productos que guardan alguna similitud.⁶⁵

Al igual que los productos y los centros de costos estas a su vez pueden ser administrativas, logísticas y operativas y dentro de las operativas se ubican las que tienen en sus centros de costos aquellos que generan productos que son prestados directamente al paciente, es decir, los centros de costos operativos finales e intermedios (de apoyo diagnóstico o terapéutico).

De acuerdo con el Plan General de Contabilidad para las instituciones prestadoras de servicios de salud para el reconocimiento de los costos en la prestación de servicios de salud y en la venta se define el grupo de 73 servicios de salud con las siguientes unidades funcionales operativas y sus respectivos centros de costos:

- 7301 Urgencias - Consulta y procedimientos
- 7302 Urgencias -Observación

⁶⁵ Manual del Sistema de Cálculo de Costos en Salud. Oficina de Planeación. División de organización. Sistema y desarrollo administrativo. Bogotá, Septiembre de 1.974.

- 7310 Servicios ambulatorios - Consulta externa y procedimientos
- 7311 Servicios ambulatorios - Consulta especializada
- 7312 Servicios ambulatorios - Actividades de salud oral
- 7313 Servicios ambulatorios - Actividades de promoción y prevención
- 7314 Servicios ambulatorios - Otras actividades extramurales
- 7320 Hospitalización - Estancia general
- 7321 Hospitalización - Cuidados intensivos
- 7322 Hospitalización - - Cuidados intermedios
- 7323 Hospitalización - Recién nacidos
- 7324 Hospitalización - Salud mental
- 7325 Hospitalización - Quemados
- 7326 Hospitalización - Otros cuidados especiales
- 7330 Quirófanos y salas de parto - Quirófanos
- 7331 Quirófanos y salas de parto - Salas de parto
- 7340 Apoyo diagnóstico - Laboratorio clínico
- 7341 Apoyo diagnóstico - Imagenología
- 7342 Apoyo diagnóstico - Anatomía patológica
- 7343 Apoyo diagnóstico - Otras unidades de apoyo diagnóstico
- 7349 Apoyo terapéutico - Rehabilitación y terapias
- 7350 Apoyo terapéutico - Banco de componentes anatómicos
- 7351 Apoyo terapéutico - Banco de sangre
- 7352 Apoyo terapéutico - Unidad renal
- 7353 Apoyo terapéutico - Unidad hemodinamia
- 7354 Apoyo terapéutico - Terapias oncológicas
- 7355 Apoyo terapéutico - Farmacia e insumos hospitalarios
- 7356 Apoyo terapéutico - Otras unidades de apoyo terapéutico
- 7380 Servicios conexos a la salud - Medio ambiente
- 7381 Servicios conexos a la salud - Ancianatos y albergues
- 7382 *Servicios conexos a la salud - Centros y puestos de salud*
- 7383 Servicios conexos a la salud - Servicios docentes

7384	Servicios conexos a la salud –Investigación científica
7385	Servicios conexos a la salud - Medicina legal
7386	Servicios conexos a la salud - Servicios de ambulancias
7387	Servicios conexos a la salud –Otros servicios

Quedarían además dos unidades funcionales más, que agruparían respectivamente los centros de costos logísticos y los administrativos:

- Unidad Funcional de Apoyo Logístico
- Unidad Funcional Administrativa

La Superintendencia Nacional de Salud con el apoyo del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud diseñó y publicó la Cartilla sobre el “Plan General de Contabilidad Pública para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas”, extractada de la resolución 4444 del 21 de noviembre de 1995 actualizada mediante las Resoluciones 274 del 25 de Septiembre de 1.997 y 040 del 15 de marzo de 1.999 y 377 del 23 de diciembre de 1.999.

2.6.12. Otras Organizaciones O Agrupaciones

A pesar que la estructura de los centros de costos deberá ser totalmente concordante con la estructura orgánico - funcional de la institución, podrán existir otras formas de departamentalización dentro de las instituciones originadas por la estructura propia de la Empresa y que no son asimilables a las unidades funcionales. Algunas de ellas serán desarrolladas con fines de gerencia. Por ejemplo: Agrupar los productos de atención de patologías de alto costo con fines de control especial. Es posible que en nuestro sistema de costos necesitemos también tener en cuenta esta clasificación sin excluir la definida anteriormente. Además de hacer definido las unidades funcionales y en ellas agrupar los centros de costos podremos definir la estructura de los centros de costos organizando los productos ubicados en cada centro de costos dentro de otro tipo de agrupación siguiendo la estructura orgánica definida por la Empresa.

2.6.13. componentes del costo

2.6.13.1 Elementos Del Costo

Dentro del costo de un producto se pueden identificar tres tipos de elementos según su origen: mano de obra (gastos de personal), suministros (materiales e insumos) y gastos generales.⁶⁶

a) **MANO DE OBRA** (Gastos de personal)

Es el esfuerzo físico y/o mental empleado en la producción de un bien o servicio. Está constituido por el valor de los salarios, honorarios y prestaciones sociales del personal que interviene en el proceso de producción.

El salario comprende todas las remuneraciones que se reconocen mensualmente al trabajador, incluyendo sueldos, horas extras, recargos nocturnos, festivos y dominicales, auxilio de transporte, subsidio de alimentación, reemplazos por incapacidades, vacaciones, o licencias.

Las prestaciones sociales comprenden el conjunto de obligaciones de carácter social, derivadas de la relación laboral que se generan para la empresa en virtud de la ley, de una convención colectiva de trabajo o de la voluntad de la Empresa y que se reconocen periódicamente al trabajador. Incluye el pago de cesantías, intereses de cesantías, primas legales y extralegales, bonificaciones, asistencia médica, vacaciones, adiestramiento de personal, pagos a entidades promotoras de salud, fondos de pensiones, administradoras de riesgos profesionales, SENA, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, cajas de compensación, seguros de vida, etc.

Los honorarios profesionales y los servicios técnicos están constituidos por los pagos realizados a profesionales independientes o asociados en virtud de un contrato de prestación de servicios de salud.

⁶⁶ Manual del Sistema de Cálculo de Costos en Salud. Oficina de Planeación. División de organización. Sistema y desarrollo administrativo. Bogotá, Septiembre de 1.974.

Suministros (Materiales e insumos)

Es el valor de los materiales y elementos que se utilizan en la producción del servicio o bien. Incluye el valor del material médico quirúrgico, odontológico, de laboratorio, de radiodiagnóstico, electrodiagnóstico, medicamentos, gases medicinales, víveres y otros elementos utilizados en la producción de los servicios.

b) GASTOS GENERALES

Es el valor de otros gastos que no se identifican claramente con los elementos definidos anteriormente. Algunos de estos son:

- Servicios públicos: acueducto, alcantarillado, energía y teléfono
- Transporte: viáticos y gastos de viaje, fletes y acarreos, transporte urbano.
- Útiles y papelería, correspondencia, fotocopias, publicaciones y comunicaciones.
- Combustibles, material de lavandería y ropería, material de construcción, material de aseo ó servicio de aseo en el caso de que sea contratado, servicio de vigilancia, entre otros.
- Seguros, impuestos, mantenimiento de la infraestructura física y la dotación.
- Capacitación del personal
- Depreciación de los activos

c) GENERALIDADES

Lo primero que se hace en el proceso de costos es delimitar la empresa a la que vamos a calcularle los costos y conocerla adecuadamente y probablemente plantear la necesidad de algunas reestructuraciones para que funcione adecuadamente.

El cálculo de los costos para hacerlo más lógico se desarrolla en cuatro fases, a saber:

1. **Diseño Del Sistema:** Consiste en la definición de todos los elementos que se procesaran en costos. El resultado final de esta fase es un mapa sistemático de toda nuestra institución, objeto del proceso, por Centros de Costos, con cada uno de los elementos del costo identificado y con una clara

definición de las bases de asignación de los gastos generales y de las bases de distribución de los costos indirectos.

2. **Cálculo De Costos:** Consiste en el cálculo de los costos por centros de costos y productos de acuerdo con la información que periódicamente (mensualmente) vayamos incorporando. El resultado final bruto es el costo por centros de costos de cada periodo y de cada uno de los productos que lo integran.
3. **Indicadores De Costos:** Consiste en tomar los datos producto de la fase anterior y de acuerdo con nuestra estructura de costos, cruzarlos para producir información e indicadores que permitan tomar decisiones adecuadas. Este cruce de información puede ser con datos de un solo periodo o el resultado de comparar varios periodos con el fin de evaluar el desempeño o proyectarlo al futuro.
4. **Novedades:** Consiste en la adecuación de los diferentes datos de la implementación a medida que nuestra institución se modifique, o se requiera ajustar con el fin de perfeccionar los resultados. Esta fase es similar a la primera de diseño del sistema pero solo modificando lo que nos interesa o se requiera cambiar.

2.6.14. Indicadores Y Gerencia De Costos

El poder contar con la información de costos se convertirá en un avance importantísimo en la gerencia de la empresa y en herramienta fundamental en la constante toma de decisiones. Si el proceso se ha venido desarrollando con el cuidado requerido desde su inicio la confiabilidad en la información será alta y mantenerla así dependerá fundamentalmente de los ajustes que se vayan dando debido a los constantes cambios en el funcionamiento y la estructura de la institución.

Una de los principales objetivos en el análisis de los costos es el de aumentar el margen de rentabilidad de la empresa o del centro de costo. Por eso el paso inicial al obtener cualquier dato de costos es el de determinar su causa.

2.6.14.1 Causales De Costos

Existe sin ninguna duda la necesidad de justificar cualquier costo que se dé dentro de la institución, sea alto o bajo, pues es sobre esta información sobre la que se orientarán la mayoría de las decisiones. Para facilitar el análisis de los causales podemos establecer inicialmente los siguientes indicadores:

- *Composición estructural de los Costos primarios por centro de costo:* Consiste en definir el peso porcentual que sobre el total del costo primo representa la mano de obra, los suministros y los gastos generales.⁶⁷
- *Composición estructural del Costo total:* Esta información puede obtenerse en dos sentidos:
 - a) Peso porcentual de costo primario, indirectos administrativos e indirectos logísticos sobre el costo total. En especial aplicable a centros de costos operativos.
 - b) Peso porcentual de mano de obra, suministros, gastos generales y costos administrativos y logísticos distribuidos.⁶⁸
- *Composición estructural de los Costos Finales:* Esta información será posible obtenerla en aquellas estructuras de costos donde se utilizó el concepto de centros de costos intermedios y estos fueron distribuidos. Consiste en calcular el peso porcentual de este tipo de costos intermedios sobre el costo total de los centros de costos operativos finales.⁶⁹

Todos estos resultados porcentuales permitirán orientar la toma de decisiones, en especial se anota que variaciones así sean pequeñas en componentes con peso porcentual alto darán mayor impacto sobre el costo de los productos.

2.6.15. Análisis De Rentabilidad

El otro cálculo básico de gerencia de los costos son aquellos que podrían orientarse a evaluar la rentabilidad de centro de costo o del producto. Sin

⁶⁷ Manual del Sistema de Cálculo de Costos en Salud. Oficina de Planeación. División de organización. Sistema y desarrollo administrativo. Bogotá, Septiembre de 1.974.

⁶⁸ Ibid

⁶⁹ Ibid

embargo los datos obtenidos dependerán muchísimo de la confiabilidad del proceso de facturación y cobro de cartera de la empresa dato que realmente es el que se estaría evaluando.

En términos generales el indicador más sencillo y práctico de obtener en este paso sería el del cálculo del margen el cual se obtendría así:

- *Margen por centro de Costo:* Este dato se obtiene de dividir la diferencia entre el total facturado por centro de costo y el costo total de ese centro sobre el costo total del centro de costo. Este dato dado porcentualmente da una idea del margen que esta originándose del centro de costos con relación a su costo.⁷⁰

$$\text{Margen de rentabilidad} = \frac{(\text{Valor facturado} - \text{costo total})}{\text{Costo total}} \times 100$$

- *Margen por producto:* Este dato se obtiene de dividir la diferencia entre la tarifa del producto menos el costo del producto sobre el costo del producto. El valor porcentual de este resultado da idea del margen de rentabilidad que se esta originando por ese producto de acuerdo al costo calculado y con relación a la tarifa de la institución.⁷¹

$$\text{Margen por producto} = \frac{(\text{Valor tarifa} - \text{costo producto})}{\text{Costo producto}} \times 100$$

⁷⁰ Ibid

⁷¹ Ibid

2.7. PRINCIPIOS ORDENADOS POR LA LEY PARA EL SECTOR SALUD

2.7.1. Cobertura Normalizada

La cobertura normalizada es la alcanzada real con la prestación del servicio de salud con relación a las personas que tengan necesidad epidemiológica.⁷²

2.7.2. Equidad Social

Los segmentos de la población asignada deberán recibir servicios de salud o conjuntos de actividades de acuerdo al perfil de necesidades, consiste en la oportunidad y prioridad de las poblaciones asignadas más necesitadas, la inequidad social se determinará por el desfase de asignación de recursos por habitante objetivo según prioridad.⁷³

2.7.3. Solidaridad

La solidaridad institucional o ayuda institucional mutua para ofrecer un servicio de salud en cantidad y calidad, según la necesidad de cada paciente, por cada una de las instituciones de mayor, igual o menor complejidad, miembros de la red de servicios, y de acuerdo a los protocolos de atención técnico-científica, y el régimen de referencia y contrarreferencia; y de acuerdo a lo previsto en la Ley 10 de 1.990, la insolidaridad institucional se determinará por el porcentaje de no-aceptación o rechazos en el régimen de referencia y contrarreferencia.⁷⁴

2.7.4. Integralidad

La integralidad institucional dependerá de la oferta de actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, rehabilitación de las secuelas postpatológicas, de acuerdo a lo previsto en la Ley 10 de 1.990. La falta de integralidad institucional se medirá en

⁷² CONGRESO NACIONAL, Ley 100 de 1.993.

⁷³ Ibid

⁷⁴ CONGRESO NACIONAL, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993.

el desfase del perfil de desempeño por cantidad y tipo de actividades (promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, y rehabilitación) y el perfil esperado según protocolos de atención e historia natural de la enfermedad.⁷⁵

2.7.5. Subsidiaridad

La institución prestadora de servicios de salud públicos tiene como función la prestación de los servicios de salud a determinado nivel de atención y/o grado de complejidad, y/o nivel de intervención, y pueden prestar, transitoriamente, servicios correspondientes a niveles inferiores, cuando las instituciones que tienen la función primaria, no estén en capacidad de hacerlo por causas justificadas, debidamente calificadas por el Ministerio de salud, o la institución en la cual ésta delegue la función, conforme a lo previsto en la Ley 10 de 1.990.⁷⁶

2.7.6. Complementariedad

La institución prestadora de servicios de salud públicos tiene como función la prestación de los servicios de salud a determinado nivel de atención y/o grado de complejidad, y/o nivel de intervención, y pueden prestar, transitoriamente, servicios correspondientes a niveles superiores, siempre y cuando su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa se lo permita y atiendan debidamente el nivel que les corresponde, previa aprobación del Ministerio de salud, o la entidad en la cual éste delegue, conforme a lo previsto en la Ley 10 de 1.990.⁷⁷

2.7.7. Contrarreferencia

De acuerdo a lo previsto en la Ley 10 de 1.990. la insolidaridad institucional se determinará por el porcentaje de no-aceptación o rechazos en el régimen de referencia y contrarreferencia.⁷⁸

⁷⁵ CONGRESO NACIONAL, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993

⁷⁶ Ibid

⁷⁷ Ibid

⁷⁸ Ibid

2.7.8. Justificación Social

Las necesidades de salud en una comunidad son altas y los recursos son escasos siempre, por lo que hace necesario planificar para incrementar la racionalización y optimización de los recursos, el desperdicio de recursos escasos, la ineficiencia por baja capacitación o interés de los prestadores, produce bajos resultados, por ende bajo impacto deseado y baja satisfacción tanto de los usuarios como de los prestadores de servicios, ese desperdicio de recursos podría haberse destinado a otras actividades y con buenos resultados lo que conocemos como costo social, Siempre, todo problema tiene diferentes alternativas de solución, la mínima no hacer, la óptima solución total al costo que sea, y las intermedias; la selección de la alternativa se debe hacer después del análisis costo beneficio de las alternativas, si no se hace un previo análisis de costo beneficio, podría seleccionarse una con mayores costos y/o con menores beneficios, siempre debe recordarse que no-solo debe tenerse en cuenta los bajos resultados, pues eso también representa bajo impacto en el ámbito de la familia y lógicamente a nivel de la comunidad.

2.7.9. Justificación Ética

El principio de justicia, lo que espera es que todos los actores reciban beneficios justos; lo que podría ser de manera simplista que los sindicalistas reciban mejores salarios y prebendas; los clérigos seguidores de la teoría de la liberación esperan que los pobres reciban mas bienes y servicios; los patrones esperan mas cumplimiento, obediencia y disciplina por parte de los trabajadores; los capitalistas esperan mayores ganancias, el problema es que todos esperamos mas continuamente y damos menos cada vez.

Pero lo que nos interesa aquí es saber cuando un servicio de salud es justo o injusto, que tanta salud es necesario darle a los enfermos?. El principio económico de la salud pública hace unas décadas era invertir donde había mas población necesitada para obtener mayor beneficio, podría seguir siendo válido a la luz de la Ley 100 de 1.993? ¿En qué volumen es necesario ofrecer, cuánto presupuesto

asignar? Aquí vale la pena preguntarnos, cuáles son los principios éticos que determinan la formación de los recursos humanos en salud, con qué principios éticos salen los egresados, y cuáles son los principios éticos en el desempeño de los profesionales de la salud? Recordemos que la calidad de la salud es un problema de ética; es un problema de la ética de las personas, de la familia, de la comunidad, de las instituciones en general y del estado.⁷⁹

2.7.10. Justificación Económica

La auditoria de los servicios de salud debe hacerse aunque sea únicamente por el volumen de servicios de salud, producto de la inmensa cantidad del gasto institucional, de los entes territoriales, y de la comunidad, el inmenso volumen de recursos operacionales o de funcionamiento período tras periodo, el volumen de recursos de inversión en edificios, dotaciones principalmente y aquí vale la pena insistir en el volumen de subsidios a la oferta de servicios durante tantos años y ahora en transformación hacia un subsidio a la demanda pero sin abandonar el histórico subsidio ala oferta.

Vale la pena insistir o precisar mejor el gasto de la comunidad, que es tan grande o más que el gasto del estado para la salud, la comunidad gasta en incapacidad directa o indirecta, total o limitante, por estar enfermo o por cuidar un enfermo, por descuidar la siembra o la cosecha, por transporte suyo y del acompañante, por gastos de medicamentos, o alimentación suya y del acompañante, por cama acompañante, por muerte temprana o pérdida años de la productividad y otros mas. ¿Cuánto vale la ineficiencia, cuánto es su costo? ¿Cuánto es el desperdicio de recursos? ? ¿Cuál es el costo e impacto de las demandas y tutelas? ¿Cuánto es el costo de la burocracia inefectiva? ¿Cuál es el peso de los profesionales no del equipo de salud y que no participa del rendimiento de la producción de servicios de salud? ¿Cuál es el peso de los contratos innecesarios en una institución de salud?

⁷⁹ CONGRESO NACIONAL, Ley 100 de 1.993.

2.7.11. Justificación Jurídica

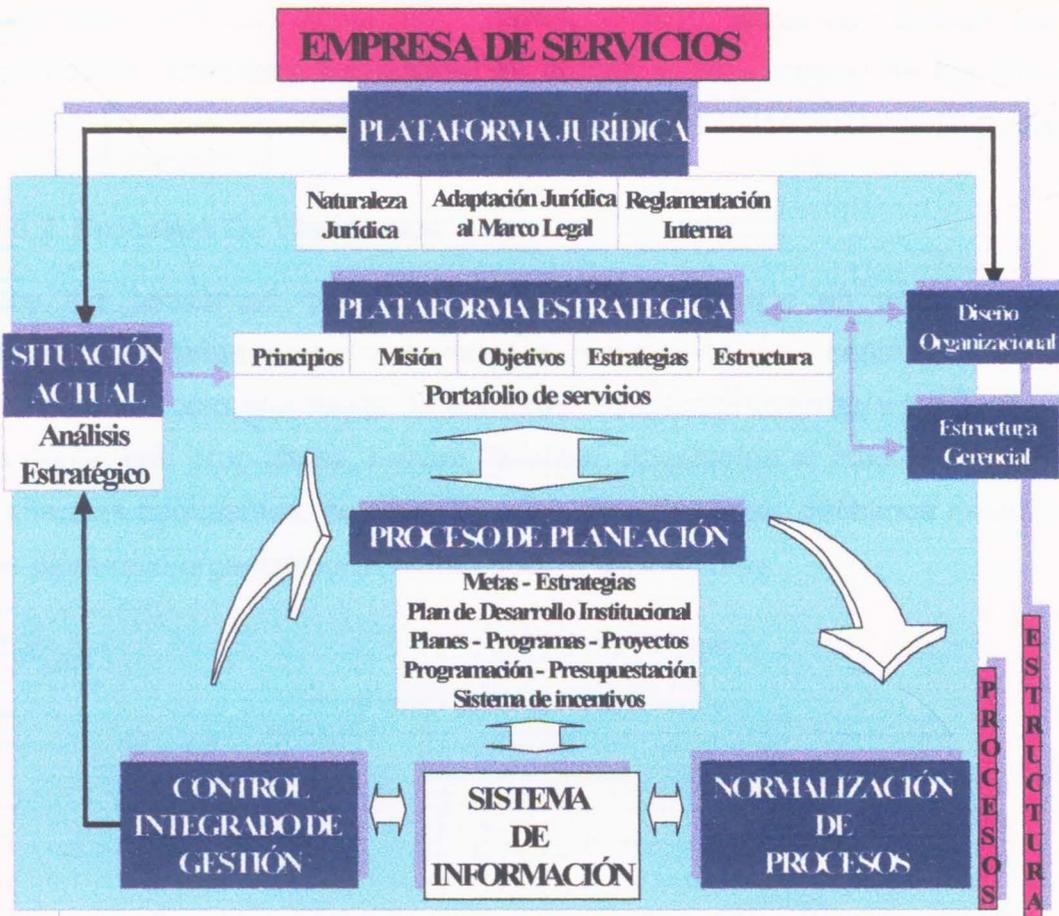
Constitución política de Colombia (1.991); Ley 100 de 1991; decreto 352 de 1997.

2.8. PENSAR EN EL FUTURO

Si no hacemos que la gente piense en el futuro, probablemente se quedarán viendo en el pasado, lo cual conlleva a que consciente o inconscientemente, proyecten su experiencia histórica, sin tener en cuenta que lo que fue cierto en el pasado, puede no serlo en el futuro.

Por otra parte, las dificultades financieras son más grandes cuando no se esperan, si sabemos desde el principio, cuándo y cuántas veces al año vamos a necesitar dinero, podremos solicitar con anticipación que nos provean los recursos necesarios, justo a tiempo, además podremos explorar distintas posibilidades, de tal manera que logremos conseguir los recursos menos costosos y a los plazos apropiados.

Las situaciones económicas cambiantes y las disponibilidades de fondos, del sector financiero debido a decisiones de política monetaria u otras, podrán hacer que en el momento en que necesitemos los fondos, estén en disponibilidad restringida, además, nuestra falta de planeación, pondrán en evidencia nuestra deficiencia en el campo de la administración lo cual hará que los proveedores se pongan en guardia para protegerse de nuestra ineptitud.



Grafica 12 organización de una empresa de servicios de salud

2.8.1. Diagnósticos Previos A La Planeación

Los diagnósticos de cada una de las áreas de la organización tendientes a descubrir las debilidades y las fortalezas de cada una de las piezas de la empresa, es el prerrequisito para una buena planeación, además de buenos diagnósticos es imprescindible que haya consenso entre todos los ejecutivos acerca de las debilidades y las fortalezas, acerca de que no todos los planes para fortalecer las debilidades de todas las partes de la empresa son factibles de ser implementados de inmediato y sobre todo debe existir compromiso de cumplir con los planes trazados.

No pretendo en este trabajo establecer los parámetros para la planeación integral y estratégica de toda la empresa, Apenas describiré algunas de las técnicas

existentes para la planeación financiera, pero haciendo énfasis en que la planeación financiera debe tener en cuenta la consecución de los recursos que las demás áreas requieren para lograr un equilibrio balanceado de la empresa.

2.8.2. Procesos De Planeación

Hoy día pensamos que la planificación no consiste en una gran propuesta detallada, extensa, cerrada, inamovible, que nos obliga a ceñirnos estrictamente a ella, es más bien una forma de enfrentarnos a los problemas y las necesidades de la gente, con propuestas, breves, flexibles, adaptables al medio y las condiciones generales cambiantes, como conclusión de esta etapa, definimos nuestro proceso de desarrollo organizacional cimentado en tres factores.



Grafica 13 Ciclo de mejoramiento continuo

2.8.2.1. Planificación Estratégica

Enfatiza el diagnóstico epidemiológico, la eficiencia en el uso de los recursos y la efectividad de los distintos programas, procedimientos, intervenciones y actividades en general, de los sistemas de atención.⁸⁰

⁸⁰ DUNCAN, NEUHAUSER El Hospital, Como Organización Matriz. Centro Latino Americano de Administración Hospitalaria - C.L.A.M.. Sao Paulo, 1.972

2.8.2.2. Desarrollo Del Personal

Se orienta hacia la participación a todo nivel, la capacitación de los funcionarios en general y el desarrollo directivo.

2.8.2.3. Gestión de Calidad

Introduce un modelo de gestión, en éste la calidad se conduce, se orienta a través de gerencias; utiliza el concepto de mejoramiento continuo de todos los procesos y define indicadores que garantizarán la calidad de los servicios, la planeación financiera involucra el uso de proyecciones basadas en hechos pasados, combinados con lo que los administradores esperan hacer en el futuro, con métodos de retroalimentación y ajustes para mejorarlos y controlar su ejecución. Este proceso de planeación y control financiero, implica usar dichas proyecciones, y hacer planes para el desempeño futuro de cada área significativa, de las actividades de la empresa, a estos planes expresados formalmente, por medio de cifras, les damos el nombre de presupuestos.

2.8.3. Período Que Cubre La Planeación

Seleccionar el período que debe cubrir la planeación no es tarea fácil, podríamos hablar de planeación a largo plazo para las predicciones del crecimiento, cubrimiento del mercado, desarrollo de nuevos producto y metas futuras de políticas generales, el período de la planeación, debe ser suficientemente largo, para que se logre una planeación efectiva, periodos de planeación de 10 y 20 años.

La Planeación a corto Plazo se refiere a planes del inmediato futuro, por ejemplo planes a uno o dos años, generalmente, los planes que se hacen para el año siguiente, tienen un mayor nivel de detalle y reciben el nombre de presupuestos. Los presupuestos se refieren a rubros particulares, tales como: ventas, compras, gastos administrativos, gastos de ventas, mano de obra, gastos de fabricación, inversión en activos fijos, efectivo, etc.

La mayor parte de los presupuestos cubren un periodo de un año o menos, las estimaciones para períodos mayores, involucran grandes riesgos de error, mientras más grandes sea el periodo, mayor será la oportunidad de que nuestros planes se vean interferidos por factores tales como cambios en las condiciones económicas, desarrollos de nuevos productos, por nosotros mismos o por la competencia, innovaciones tecnológicas, variación en nuestros costos- y cambios en los gustos de los consumidores.

La afortunada incursión de los computadores en el mundo de las empresas, tanto en las grandes como en las medianas y muchas de las pequeñas, ha venido a resolver en buena parte, la decisión del período adecuado de la presupuestación, puesto que con un presupuesto flexible se podrá revisar permanentemente las variaciones presupuestales y se podrán definir subperíodos muy cortos para el inmediato futuro y períodos más largos a la medida en que se alejen de la fecha actual.

La contabilidad presentará sus resultados, seguramente, con período mensual. Inmediatamente se hará la comparación entre lo ejecutado y lo presupuestado, se hará un análisis de las variaciones y se tomarán las decisiones que sean del caso. Algunas variaciones pueden ocurrir por imprevisión en el momento de hacer los presupuestos y entonces habrá que revisarlos; otras pueden ser por cambios en el costo de los insumos, lo cual no está en nuestras manos modificar y entonces habrá que corregir los presupuestos; otras variaciones serán responsabilidad de algún departamento o negligencia de un funcionario, así que se hará la respectiva llamada de atención para remediar la falla pasada y hacer cumplir en el futuro con lo que no se hizo antes y con lo que se debe hacer ahora.

Cuando al final de cada mes, las gentes de operación o los jefes o directores de cada departamento responsable de la ejecución presupuestal, se reúnan para llevar a cabo la revisión dicha, en un corto o mediano plazo, lograrán una sensibilidad sobre el comportamiento de las cifras de la empresa y un profundo conocimiento de éstas, lo cual redundará en beneficios para la empresa en mejores decisiones administrativas, podrá también hacer un análisis de rotación de cartera o del cuadro de edades de las cuentas por cobrar o cualquier otro

método que la experiencia o el conocimiento de la empresa nos indique, para estimar estos recaudos.

2.8.4. Planeación Financiera

Una tarea importante del Administrador en el proceso de planeación, es la de elaborar el pronóstico financiero, el pronóstico financiero no es otra cosa que una proyección de los acontecimientos futuros, expresado en forma de programas, presupuestos o proyectos, en este proceso de la planeación, las estadísticas, las razones financieras históricas, las decisiones de las políticas externas, situaciones coyunturales, decisiones gubernamentales, características del entorno y las expectativas futuras, se combinan y se arreglan en un plan de trabajo para un período futuro, predeterminado.

La utilidad de la planeación será mayor en la medida en que ésta se convierta en la base del pensamiento sobre el futuro, con el fin de medir y regular las actividades futuras de la empresa, determinar las normas de trabajo, decidir sobre el crecimiento del negocio, penetración en el mercado, campos de acción y metas a alcanzar. Nos permite además, estimar con anticipación las necesidades financieras que se presentarán a los efectos financieros de políticas nuevas o cambiantes.

La planeación y los presupuestos son el resultado de estimaciones, más o menos sofisticadas, basadas en datos estadísticos proyectados, con las modificaciones que requieren las expectativas de los negocios, con una mayor o menor certeza del comportamiento futuro del mercado y con un buen porcentaje de incertidumbre, esta incertidumbre hace que las personas obsesionadas con la precisión aparente de los registros contables históricos, piensen que no es necesario planear puesto que no hay seguridad en la ocurrencia de los eventos planeados.

Quien administra adecuadamente un organismo, cualquiera que éste sea, hospital, industria, restaurante, tienda, etc., lo que debe hacer es administrar un plan, quien administra sin una planeación previa se convierte en un apagador de incendios, que resuelve los problemas que se presentes, sin tener una concepción clara de

su negocio ni del futuro de su organización, a su vez la planeación no se puede concebir en forma aislada ni del análisis financiero en su parte de diagnóstico ni de los propósitos de la administración.

Tampoco puede hablarse de planeación financiera independientemente de las demás áreas de la organización, cada una de las áreas de la empresa tiene que estar haciendo reingeniería, modificando sus procedimientos, adecuándose a los crecimientos de la empresa, fortaleciendo sus debilidades y obteniendo ventajas de sus fortalezas, todos estos procesos tienen incidencia en el área financiera, porque es ésta la encargada de arbitrar los recursos que se requieran para el avance de todos estos planes.

El crecimiento de la empresa debe ser balanceado desde todo punto de vista, desde el punto de vista financiero, si la empresa crece, debe ir acompañada de crecimientos proporcionados en sus activos corrientes, en sus pasivos corrientes, en sus pasivos a largo plazo, en su capital y en sus activos fijos. Desde el punto de vista administrativo un crecimiento en la parte de producción, si no tiene una respuesta adecuada en el crecimiento de la parte comercial y de los factores humano y financiero, se pondrá en condiciones de lograr grandes producciones que no se pueden ni vender o siquiera financiar.

Si los ejecutivos de la compañía no tienen un conocimiento claro de cuál es la visión de la empresa, de cuáles son los objetivos, de su cultura empresarial, es posible que sus planes orienten a la empresa en dirección muy diferente del norte, hacia el cual la quieren conducir sus gestores.

Por estas razones es conveniente hacer un pequeño repaso de todos los factores que intervienen en el manejo administrativo, para tenerlos en cuenta en un proceso de planeación.

El uso de herramientas de análisis de situación financiera, como son: La interpretación de estados financieros, calidad de las utilidades y señales de peligro, el análisis financieros por medio de razones y los estados de fuentes y usos de fondos. Con la aplicación de estas herramientas, hemos aprendido a hacer el estudio de nuestra situación actual y de lo que hicimos en el pasado, para

colocarnos en esta posición. Los resultados de este estudio, nos han permitido emitir un diagnóstico de situación financiera.

Un adecuado diagnóstico financiero, nos señala las debilidades y fortalezas de la empresa y nos hace un recuento del comportamiento de las cuentas a lo largo de tiempo. Hecho este diagnóstico, estaremos listos para hacer nuestros planes

2.8.5. Los Enemigos De La Planeación:

Muchas veces nos encontramos con gerentes que piensan que planear es perder el tiempo, puesto que los presupuestos no van a modificar el ritmo de los negocios ni los eventos futuros; tampoco hay en las compañías, pitonisas de cabecera, ni magos con bola de cristal para adivinar que es lo que va a suceder en el futuro.

Varias respuestas podemos dar a los enemigos de la planeación:

- a. Los planes una vez hechos no se deben mantener como una camisa de fuerza o como una guía estática, sino que deben revisarse y modificarse, en la medida en que las condiciones cambiantes de los negocios así lo exijan. Mientras mayor sea la incertidumbre sobre el futuro, más flexibles deben ser los planes financieros de la compañía.
- b. El proceso de planeación y presupuestación involucra gran cantidad de personas de la organización y esto acarrea un compromiso de éstas en el logro de los objetivos perseguidos. Además las personas que han participado en la elaboración de los presupuestos, han hecho un análisis de las cifras, posiblemente han detectado los errores cometidos en el pasado y en este proceso han conocido más a fondo la empresa. Al elaborar los presupuestos se crean un compromiso de llevarlos adelante a feliz término.
- c. Con los presupuestos podemos controlar los actos de los subalternos, midiendo su ejecución contra lo planeado y asignando las responsabilidades, si es el caso, a las personas comprometidas en el proceso. Podremos establecer metas que se controlarán en su desarrollo, como un ejemplo desperdicios máximos de materia prima, tiempo récord de producción, horas hombre involucradas en una actividad productiva o cosas así.

La planeación financiera involucra a los gerentes operativos en el logro de los resultados financieros y los gerentes operativos en el logro de los resultados financieros y los obliga a proyectar el impacto financiero de sus decisiones. Ningún gerente operativo o un jefe de departamento puede actuar independientemente. Aún cuando sus planes no conciernan directamente a otros departamentos, los afectarán indirectamente a través de los flujos de efectivo que entran y salen del negocio y que en la mayoría de los casos modifican la rentabilidad de la compañía.

CAPITULO III

3. PREPARACIÓN PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA

Una de las primeras cosas que debe hacer el administrador, es elaborar el diagnóstico de situación administrativa y mantenerlo actualizado, para saber en qué condiciones se encuentra la empresa, cómo está posesionada dentro del mercado, cuáles son las debilidades y las fortalezas: financieras, de mercadeo, de producto, de recurso humano, de planeación estratégica y de todos los demás elementos con que cuenta la administración de empresas, para su buen desarrollo empresarial.

3.1. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO

Sin lugar a duda, conocer las características del entorno, es el primer requisito para ubicar la empresa dentro del contexto que la rodea, con sus debilidades y fortalezas, así mismo saber las amenazas que la acechan y las oportunidades que tiene y que debe aprovechar, antes de que la competencia lo haga.

El administrador estará siempre atento, a las nuevas disposiciones gubernamentales, a las condiciones cambiantes en el mercado doméstico y del mundo, a las oportunidades que nos brindan los convenios los peligros a los cuales tendremos que enfrentarnos si el entorno micro o macroeconómico, no nos favorece.

3.1.1. Conocimiento De La Empresa

El conocimiento del clima organizacional, de las políticas y metas de la empresa, las características de los directivos, si les gusta o no correr riesgos, si tienen políticas de avanzada o prefieren ir a paso lento, pero seguro. Todos los anteriores y muchos otros aspectos, son una importante ayuda para entender el

comportamiento de la empresa, aún en el área financiera, es por esto que antes de emprender la lectura, interpretación y análisis de los estados financieros, es necesario revisar, tanto el mundo que nos rodea, como el interior mismo de la empresa, en todo aquello que pueda afectar de una u otra manera, el comportamiento financiero de la compañía.

Una vez concluidas las labores anteriormente expuestas, entraremos a seleccionar la información contable necesaria, para el análisis financiero, orientado hacia el diagnóstico de situación financiera.

Los estados financieros que cierran el período a analizar, deben ser los más recientes para que el diagnóstico tenga validez y actualidad.

Una vez recolectada la información contable y analizadas las características del entorno, podremos iniciar el proceso del análisis financiero con la aplicación de las herramientas usadas para tal fin, que son:

Conocimiento de la estructura de los Estados Financieros

Lectura e interpretación de Estado Financieros

Análisis por medio de razones o indicadores financieros

Los Estados de Fuentes y Usos de Fondos

3.2. ESTRUCTURA DE PRESENTACIÓN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS

El conocimiento, de la estructura de los estados contables, es la base fundamental del análisis financiero: no se puede analizar lo que no se conoce, si estamos familiarizados con los estados financiero básicos: el Balance General y el Estado de Resultados, si entendemos el significado de cada una de sus cuentas y las características de cada uno de los grupos de cuentas que los componen y si hacemos una minuciosa y concienzuda lectura de ellos, su análisis será cuestión de sentido común.

Cuando se tiene seleccionado el conjunto de estados financieros, objeto de nuestro análisis, debemos empezar por leerlos, en forma vertical, es decir uno por uno y a renglón seguido, y en forma horizontal, es decir colocándolos uno en seguida del otro para poder observar el comportamiento de cada una de sus cuentas, a lo largo del tiempo.

En la lectura vertical entre otras cosas, se debe observar si las cuentas están ubicadas en el sitio que les corresponde de acuerdo con el esquema que utilizaremos para análisis financiero, y si las cuentas no están presentadas en el sitio correcto, debemos reclasificarlas para la correcta aplicación de las herramientas de análisis.

El 30 de diciembre de 1993, el gobierno nacional emitió el Decreto 2650, mediante el cual se fija un plan único de cuentas) PUC= para los comerciantes, se entiende por comerciantes: Empresas de prestación de servicios, comerciales, manufactureras y mixtas, distintas a las entidades financieras y gubernamentales). En dicho plan de cuentas mediante códigos numéricos, se dan un ordenamiento a las cuentas de acuerdo con su naturaleza, y distribuye las cuentas en activos, pasivos, capital, ingresos y gastos, así como en los distintos grupos de activos y pasivos, el Decreto en mención no señala el uso de un esquema de presentación de balances y estados de ganancias y pérdidas obligatorio, pero si sugiere su presentación por el ordenamiento numérico de sus códigos.

3.2.1. Diagnóstico De Situación Financiera

El administrador deberá emitir el diagnóstico de situación financiera, de la empresa y mantenerlo periódicamente actualizado, con el fin de detectar las debilidades y fortalezas del negocio, del sector, de la industria, de su zona de influencia.

Para elaborar el diagnóstico de situación financiera, es indispensable conocer la información contable, entender el código de cuentas de la empresa y vigilar la veracidad y la oportunidad de los informes, que emanan del departamento de contabilidad, las herramientas principales que nos ofrecen el análisis de los estados financieros, para diagnóstico de situación financiera, son:

3.2.1.1. La Interpretación De Los Estados Contables

Sirve para comparar el comportamiento de algunas cuentas, con otras de interés, el tamaño de algunos grupos de cuentas con otros, la situación financiera de un momento, comparada con la de períodos anteriores de la misma empresa, o

comparar los resultados financieros, con los planeados o la situación financiera de la empresa, con las de otras similares o de la competencia.

3.2.1.2. Los Estados De Fuentes Y Usos De Fondos

Es una herramienta fundamental en el análisis financiero, nos permite determinar el origen de los recursos y su utilización, el costo de los fondos adquiridos, comparado con la rentabilidad de los usos que se les han dado.

3.3. ANÁLISIS DE LOS BALANCES

Para emitir el diagnóstico de situación financiera previo a los presupuestos y al flujo de caja, aplicamos herramientas del análisis financiero, tales como razones financieras y el estado de fuentes y usos de fondos y de acuerdo con sus resultados diremos las fallas que la planeación generalmente involucra el largo plazo, planear las utilidades a largo plazo, nos obliga a pensar en ampliación de la capacidad de planta, penetración en el mercado, ampliaciones de la planta de personal y de la estructura general de la empresa.

Cada ampliación de la capacidad de planta física y de personal, equipos de sistemas y otros, conlleva un aumento sustancial en los costos fijos de operación, los cuales con frecuencia no se pueden absorber en el primer período de su instalación, lo cual afectará el presupuesto, por las anteriores razones, analizaremos los temas relacionados con esta problemática, como son:

- a. La planeación de las utilidades por métodos estadísticos relacionados con el Medio.
- b. La administración de las utilidades por volumen, costos y precios.
- c. El punto de equilibrio.

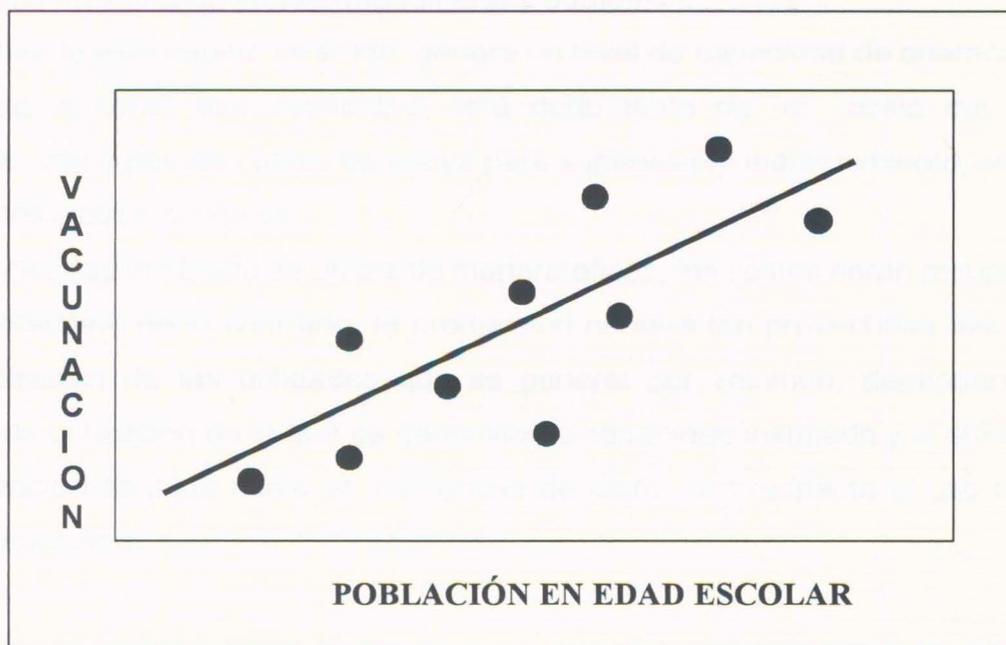
3.3.1. La Planeación De Las Utilidades Por Métodos Estadísticos Relacionados Con El Medio

Una forma sencilla de descubrir la relación, sería trazar una gráfica de nuestras utilidades operacionales anuales y el factor con el cual hemos encontrado la

correlación,⁸¹ por ejemplo, vacunas con población escolar, si colocamos en el eje de las "X" la población en edad escolar y en el de las "Y" la vacunación la gráfica de puntos dispersos sobre la cual puede trazarse una línea de regresión.

Esta línea de regresión indicará la relación promedio entre la población en edad escolar y la prevención de las enfermedades por vacunación, Si la relación promedio entre la disminución y el indicador económico seleccionado es buena, estaremos en capacidad de predecir con mucha certeza el comportamiento de las previsiones. Un indicador de este estilo, podrá ser proyectado con buena exactitud por el volumen de datos históricos que involucra. De tal manera que si el crecimiento de la previsión, la hacemos acorde con el crecimiento de la población infantil, la planeación del control de la enfermedad, tendrá un buen índice de confiabilidad.

Las técnicas estadísticas de regresión y correlación múltiple, se escapan de los objetivos de este trabajo, pero es recomendable su uso, ya que esto será especialmente útil en la planeación a largo plazo.



Grafica 14 Correlación en salud

⁸¹ GRACIA, DIEGO ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Mesa redonda. OPS / OMS. Bol. Of. Sanit. Panam. Vol. 108(5-6): 414, Washington, Mayo y Junio de 1.990. pp 550-585

3.3.2. La Administración De Las Utilidades Por Volumen, Costos Y Precios

Administrar las utilidades abarca la administración simultánea de tres factores interrelacionados: volumen, costo y precio.⁸²

3.3.2.1. Administración del Volumen

La gerencia de operaciones deseará que el nivel de producción se mantenga en equilibrio con el nivel de ventas, así que la administración del volumen se convierte en la administración del nivel de producción.

En la administración de la producción a corto plazo, con frecuencia se interpondrán cambios inesperados que modifique en volumen, pero en la administración a largo plazo, la producción rentable dependerá de la correcta administración del activo, tanto en el uso de la capacidad instalada como en los planes de ampliación de dicha capacidad. Dicho en otras palabras, la administración de la producción rentable se apoyará en gran parte en el empleo del capital invertido en planta, maquinaria y equipo.

El empleo de este capital invertido, genera un nivel de capacidad de operación y el costo de sostener esa capacidad, está dado tanto por el costo del capital invertido, como por los costos de apoyo para supervisión, mantenimiento, seguros, impuestos y otros similares.

Si la capacidad instalada se utiliza de manera eficaz, los costos serán recuperados en su totalidad, de lo contrario, la producción no será tan provechosa, así que la administración de las utilidades que se general por volumen, dependen de la adecuada utilización de lo que se denomina la capacidad instalada y la eficacia de su utilización se mide como un porcentaje de logro, con respecto al uso total de dicha capacidad.

⁸² Manual del Sistema de Cálculo de Costos en Salud. Oficina de Planeación. División de organización. Sistema y desarrollo administrativo. Bogotá, Septiembre de 1.974.

3.3.2.2. Administración De Los Costos

La administración de los costos se entiende, como la habilidad que se desarrolla para mantener los costos dentro de los límites fijados en los presupuestos de operaciones, para esto es necesario entender la existencia de diferentes elementos de costos y sus patrones de comportamiento.⁸³

La capacidad para administrar los costos depende en gran parte de la manera como se clasifiquen, de la forma como se midan y evalúen y de cómo se reporten y se analicen en los informes financieros, que se presentan a la gerencia de operaciones. La clasificación, el análisis y el reporte de los costos depende del sistema de contabilidad que se elija. Dicho sistema, refleja la actitud de la administración hacia el control de costos y es la base para ese control y para la planeación de las utilidades.

Existen muchos sistemas de contabilidad de costos, pero todos ellos se apoyan en dos métodos fundamentales que son: el costeo por absorción y el costeo directo, son muchos los beneficios que la administración recibe de la aplicación del costeo directo, aun cuando se critica fuertemente el hecho de que el inventario queda valorado solamente con los costos variables lo cual reduce su valor y por ende el de las utilidades.

La distribución de los costos en fijos y variables o indirectos y directos, es particularmente útil en la aplicación del análisis de punto de equilibrio y en el de apalancamiento operativo.

3.3.2.3. Administración De Los Precios

Es reconocido el hecho de que los precios en términos generales los fija el mercado y no la empresa, sin embargo la adecuada administración del costo y el volumen nos permitirá hacer análisis de los distintos niveles de precios, entre los cuales nos podemos mover para manejar fenómenos económicos como la elasticidad de la demanda, la guerra de precios en los mercados oligopolios y

⁸³ GRACIA, DIEGO ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Mesa redonda. OPS / OMS. Bol. Of. Sanit. Panam. Vol. 108(5-6): 414, Washington, Mayo y Junio de 1.990. pp 550-585

otras decisiones de precio temporales o permanentes relacionadas con la planeación de las utilidades.

3.3.3. El Punto De Equilibrio

El análisis de punto de equilibrio estudia la relación que existe entre los costos fijos, los costos variables, los precios y las utilidades y permite al administrador financiero estudiar el efecto general del nivel de producción, sobre los ingresos costos y gastos y por consiguiente sobre las utilidades.⁸⁴

3.4. PRESUPUESTO

3.4.1. Como Lograr Un Buen Manejo Presupuestal

Las normas vigentes que regulan la materia, consagran que el instrumento de planificación por excelencia es el presupuesto y por tal razón, en su elaboración se han de orientar todos los esfuerzos hacia el logro de una estrategia que armonice los objetivos y las metas de la institución, en el marco de la visión, la misión y la coyuntura coherente con el escenario social, político y económico, es decir, saber hacia dónde van orientados los recursos producto del esfuerzo fiscal de los contribuyentes.

Las técnicas de elaboración presupuestal suponen un escenario de administración de la escasez, por ello cada unidad monetaria que se pretenda obtener vía presupuesto público, debe garantizar la satisfacción de necesidades en orden de prioridad e imprescindibilidad hacia las cuales se orienta el gasto y su contundente justificación en el sentido de expresar que ¡debe ser ese y no otro! El gasto que se deberá financiar con la apropiación pretendida.

En nuestro medio, ha hecho carrera la metodología de los presupuestos con base en cifras históricas o fundamentados en factores de contingencia, procedimientos poco ortodoxos, en virtud de que se apartan de los principios de planificación y coherencia macroeconómica.

⁸⁴ Ibid

El presupuesto de la Sanidad Militar, tradicionalmente influido por la contingencia derivada de la situación de orden público, la voluntad política de gobierno de turno, para afrontar el control de las acciones en salud, requiere de una nueva forma de elaboración, acorde con la estrategia que guíe el plan de desarrollo de la Fuerza, con sus respectivos planes de acción anuales, ajustados permanentemente, presupuestos plurianuales, que reduzcan la existencia de diversos planes desarticulados.

Las bases de cálculo que soporten las cifras solicitadas en los anteproyectos, han de tener en cuenta eventos reales en cuanto a número de usuarios y beneficiarios de activos y retirados, consumos realizados, vida útil, número de equipos existentes que se hallen en operación, programas de ampliación o complementación de unidades previstas en el plan de desarrollo, culminación de proyectos en ejecución antes de iniciar nuevos, y en general todos los aspectos que permitan sustentar el presupuesto de manera que facilite su comprobación.

Un anteproyecto de presupuesto debidamente sustentado, tendrá una alta probabilidad de ser apoyado por las autoridades fiscales, en virtud a que sin mayor esfuerzo, se defenderá por sí solo.

Los ordenadores del gasto afrontan seria responsabilidad en virtud de lo dispuesto en los artículos 92 y 93 del Estatuto Presupuestal, que tratan del seguimiento financiero del Presupuesto General de la Nación, la evaluación de la gestión, seguimiento de los proyectos de inversión y el suministro de información para el centro de información presupuestal.⁸⁵

Lo anterior, implica la necesidad de revisar la infraestructura existente, adelantar programas de actualización y capacitación del personal, las técnicas presupuestales y en la normatividad legal vigente, el desarrollo de sistemas de información automatizada que garanticen la confiabilidad seguridad y agilidad de los datos relacionados con el presupuesto aplicando los principios de racionalización de trámites evitando el papeleo, las firmas, registros, a través del desarrollo de la telemática y el uso del correo electrónico. Por otra parte, se

⁸⁵ Estatuto Presupuestal artículos 92 y 93

presentan situaciones que pueden ser analizadas en procura de hacer más ágil y expedita la dotación de material y equipo a las Unidades.

Es el caso de las diferentes dependencias administrativas existentes en cada uno de las ESM de las Fuerzas, existe mucho personal que cumple funciones similares en materia de adquisiciones, en algunos casos los proveedores son los mismos pero con la diferencia de que los precios y condiciones de entrega son distintas de una a otra unidad, aspectos que a la luz de los principios que orientan el control interno de los organismos principales de la administración bien pueden ser asumidos por una sola organización logística o, a nivel de macro a través de la entidad especializada, para realizar las compras y efectuar directamente los pagos, a cambio de seguir manejando la incertidumbre financiera, que genera el juego de las apropiaciones para el gasto, factores que obligan a un desconsiderado desgaste administrativo, se entreguen a las unidades los elementos, de acuerdo con las especificaciones técnicas previamente definidas por los expertos en cada una de las áreas, en las condiciones de cantidad, calidad y oportunidad, necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.

La propuesta así planteada, permitiría liberar a un importante grupo de oficiales de alto rango y suboficiales de las armas, comprometidos en tareas administrativas, económicas y jurídicas, que demanda el dispendioso proceso contractual, asumiendo el papel de negociadores a nombre de la Nación, sin contar con la debida formación profesional.

La programación detallada del gasto debe descansar en una buena identificación de las necesidades sociales, lo importante es que la población objetivo sea definida con claridad, haciendo el máximo esfuerzo para obtener una cuantificación y el diseño de métodos de prestación de servicios que aseguren el menor porcentaje de filtraciones o pérdidas. Un esquema ideal de asignación de recursos debería dar a los responsables de ejecución, información que les permitiera elegir entre distintas alternativas para cumplirlas en términos producción y en términos de insumos, en la práctica, prima el incrementalismo.

3.4.2. Presupuesto Entidades Del Sector Público Base Constitucional Y Legal

La Ley 38 de 1.989 determinó el Estatuto Orgánico del Presupuesto General de la Nación -PGN y los decretos reglamentarios de la ley, el Decreto 3077 de 1.989, y el Decreto 2819 de 1.991, La Constitución Política de Colombia de 1.991 en el Título XII, artículos 345 a 364 facilitó disponer de mecanismos de control más amplios, participativos, completos, ágiles en la ejecución de ingresos y egresos. La Ley 152 de 1.994 o Ley General de Planeación, sobre la determinación de Plan de Desarrollo del Ente Territorial, los Planes de Acción Sectorial por Ente Territorial, y los Planes de Desarrollo de las Instituciones. La Ley 179 de 1.994, actualizó la normatividad y los criterios presupuestales entre la Nación, las Entidades Territoriales y las Instituciones Públicas, independientemente de sus características o sector.

3.4.3. Análisis De La Situación Presupuestal

El presupuesto esta situado analíticamente en un momento como necesario para sus planes, programas y proyectos; asignado por las entidades responsables, a recolectar por fuentes de recolección; girado por fuentes del presupuesto, incluso discriminado por cada unidad o servicio técnico científico y técnico administrativo, recibido o ingresado por fuentes de recepción; ejecutado por la institución; y saldo por ejecutar.

3.4.4. Análisis De Las Relaciones Presupuestales

El presupuesto esta relacionado con la función de planeación, el plan de desarrollo de la institución, los planes, programas y proyectos; con la función organización o como esta organizado el presupuesto; con la función dirección o toma de decisiones; la función ejecución de los planes, programas y proyectos en la institución; y con la función evaluación, seguimiento y control.

3.4.5. Presupuesto De Ingresos

El Presupuesto de Ingresos esta compuesto por todo recurso económico cuantificable en dinero del que dispone una entidad para la ejecución de sus planes, programas y proyectos.

3.4.5.1. Composición Del Presupuesto De Ingresos

Ingresos corrientes: Son aquellos provenientes en forma regular y periódica de las unidades de hacienda de las entidades territoriales o la institución de que se trate, como del situado fiscal, regalías, recursos de ecosalud, rifas menores, recursos del sistema nacional de cofinanciación y otros que se normen como tales, contribuciones parafiscales⁸⁶

Recursos de Capital: Las instituciones públicas deben ajustarse a lo normado en la Ley 225 de 1.995 que considera a las ESE como Empresas Industriales y Comerciales del Estado y deben presentarse en dos grupos así: 1.- Rentas propias constituidas por los ingresos corrientes del establecimiento público, menos las transferencias del sector central, para evitar su doble contabilización.⁸⁷

Los recursos del capital son constituidos por: Operaciones del Crédito Público, crédito interno o externo, producto de actos o contratos que tienen por objeto dotar a la institución de recursos, bienes o servicios con plazo para su pago, con vencimiento superior a un año, como contratos de empréstito, títulos de deuda pública, créditos de proveedores⁸⁸

Recursos del Balance: o recursos provenientes de la liquidación del ejercicio fiscal inmediatamente anterior: incluyen los excedentes económicos de la institución, la cancelación de reservas, la venta de activos fijos, y la recuperación de cartera.⁸⁹

Rendimientos Financieros: por colocación de recursos en el mercado de capitales o en títulos valores, intereses, dividendos y por corrección monetaria.

Diferencial cambiario por Monetización de Divisas.

Donación de Particulares siempre y cuando no implique contraprestación.

⁸⁶ Estatuto Presupuestal

⁸⁷ Ley 225 de 1.995

⁸⁸ Ibid

⁸⁹ Ibid

3.4.6. Presupuesto De Gastos

Composición del Presupuesto de Gastos: La composición que se presenta es una forma académica simplificada, y en ningún momento intenta parecerse la organización normada en el Manual de Programación Presupuestal de la Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Santafé de Bogotá D. C., 1.993, la cual debe ser consultada para estudiar la norma sobre programación.⁹⁰

3.4.6.1. Gastos De Funcionamiento

Comprende los gastos para cumplir el pago de:

Servicios Personales: como los sueldos del personal de nómina, los gastos de representación, la bonificación por servicios prestados, antigüedad, gastos de representación), subsidio de alimentación, auxilio de transporte, prima de servicios, prima de vacaciones, prima de navidad, primas extraordinarias, horas extras y días festivos, bonificación especial de recreación, indemnización por vacaciones causadas y no disfrutadas, jornales, pago a personal supernumerario, honorarios, remuneración por servicios técnicos y otros gastos por servicios personales.⁹¹

Gastos Generales: son los causados por compra de equipos, compra de materiales y suministros, mantenimiento, seguros, servicios públicos, viáticos y gastos de viaje, impresos y publicaciones, gastos por comunicaciones y transporte, impuestos, tasas y multas, gastos de semovientes, gastos funerarios, pasivos de vigencias anteriores o pago de obligaciones contraídas antes del 31 de Diciembre del año inmediatamente anterior, gastos imprevistos, y otros gastos generales.⁹²

⁹⁰ Manual de Programación Presupuestal de la Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Santafé de Bogotá D. C., 1.993

⁹¹ Ibid

⁹² Ibid

Gastos Operacionales.

Transferencias como son los aportes patronales para el Sistema de Seguridad Social en Salud y otras que se hayan pactado, pago de seguro a una Administradora de Riesgos Profesionales (A.R.P.), pensiones, cesantías, aportes al ICBF, aportes al SENA, subsidio familiar, aportes a la ESAP y a otras escuelas de capacitación, fiestas cívicas autorizadas, y fondos especiales.⁹³

Servicio de la Deuda: Son los pagos efectuados para cumplir con las obligaciones emanadas de la deuda o empréstitos a mediano y largo plazo así: Amortización o pago de capital; Intereses, comisiones y demás gastos causados en los empréstitos.⁹⁴

Gastos de Inversión: Las erogaciones susceptibles de causar réditos u otra forma económicamente productiva. Esencialmente que permita acrecentar la capacidad de producción.⁹⁵

3.4.7. Elaboración Del Flujo De Caja

El procedimiento es así: Supongamos el flujo de caja para el primer semestre del año X.

Se registra en la primera línea efectivo inicial y su valor en la columna correspondiente al mes de enero, este es el efectivo que viene del balance del 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Luego se registran las entradas de efectivo correspondiente a cada uno de los meses presupuestados, así: Un renglón para las ventas de contado, otro para los recaudos de cartera, otro para el presupuesto asignado, etc. y luego se suman las entradas de efectivo de cada mes.

Al mes de Enero se le resta el efectivo mínimo estimado, únicamente al mes de Enero, si el efectivo mínimo es permanente, de lo contrario se harán las estimaciones correspondientes para los períodos en que éste cambie, este resultado será el disponible del mes de enero.

⁹³ Ibid

⁹⁴ Ibid

⁹⁵ Ibid

Luego se registran los desembolsos por cada uno de los renglones previstos, para cada uno de los subperíodos presupuestados y se suman los desembolsos de cada mes, al disponible del mes de enero se le resta el total de los desembolsos de enero y a este saldo se le llama diferencia. Luego a cada uno de los meses, al total de los ingresos mensuales se les resta el total de los desembolsos del mismo mes, esta resta se registra para cada mes en la misma fila llamada diferencia. En la fila siguiente se hace el acumulado sumado algebraicamente, las diferencias de cada uno de los meses.

Cuando hay faltantes de efectivo en algunos períodos, estos se acumulan mes a mes y cuando hay excedentes en períodos posteriores a los faltantes, estas cifras positivas, obviamente, disminuyen el acumulado negativo, el acumulado negativo máximo nos informa sobre la máxima necesidad de financiamiento. Este es el momento en el que el gerente financiero tendrá que decidir si le es viable la consecución de esos fondos o si definitivamente los planes están fuera del alcance de las posibilidades financieras de la empresa.

3.4.7.1. Otros Ingresos

Con frecuencia se reciben ingresos por conceptos diferentes a ventas, estos pueden ser por prestación de servicios, por arrendamientos, por dividendos, por intereses o rendimientos, por recaudo de préstamos a particulares, empleados o socios, estos otros ingresos deben estimarse y colocar en el flujo de caja, su entrada de efectivo, cuando ésta se espere. Se deben también registrar, aportes de capital presupuestos y cualquier otro ingreso en efectivo que se espere.

3.4.7.2. Efectivo Mínimo

El efectivo mínimo esperado, es un margen de seguridad planeado para garantizar la liquidez del negocio, si hay algo que no se cumple con exactitudes una planeación, son las entradas de efectivo, ya que los gastos sí, seguramente, todos se llevarán a cabo. Por esta razón se estima un mínimo de efectivo permanente o variable, que le permita a la empresa cumplir con sus compromisos a un cuando sus deudores no sean tan cumplidos en sus pagos, el cálculo de este efectivo

mínimo deseado debe hacerse con mucha prudencia ya que si es muy corto se corre peligro de iliquidez, pero si es muy elevado, suele ser muy costoso.

3.4.7.3. Egreso De Efectivo

Los desembolsos de efectivo deben ser programados minuciosamente y como se dijo anteriormente, nombrarlos y agruparlos siguiendo los mismos parámetros, nombres de cuentas grupos y subgrupos del manual de cuentas de la contabilidad, para que posteriormente se facilite su comparación y análisis.

Recordemos que los ingresos y gastos del estado de resultados, son diferentes a las entradas y salidas de efectivo, así que los egresos de efectivo no en todas sus partes van a corresponder a los gastos del período. Los presupuestos de gastos hay que analizarlos, para determinar el momento en que se hace el desembolso y en el momento en que realmente se paguen.

Los principales desembolsos son:

Pago a proveedores, los cuales deben estimarse de acuerdo con el presupuesto de compras y las condiciones de los proveedores

Las compras de contado, anticipos, depósitos para importaciones etc.

3.5. INVENTARIOS

3.5.1. Administración De Los Inventarios

Lo mismo que en la inversión en cartera, al administrador le corresponde financiar la inversión en inventarios, en algunas empresas, la inversión en inventarios es grande, los costos relacionados y los riesgos de pérdida también lo son, de manera que se debe poner mucha atención en su administración. Como lo dijimos para cartera, en los inventarios también es necesario buscar un justo medio entre excesos y defectos, entre demasiado y muy poco.

El HONAC como empresa de prestación de servicios, generalmente no maneja inventarios para la venta, pero tienen existencias de medicamentos e insumos médicos, elementos necesarios para prestar los servicios así como papelería,

útiles de escritorio, material de diseño o de dibujo, etc., que requieren inversiones de dinero y por lo tanto merecen recibir una adecuada administración para no incurrir en exceso ni en defectos de inversión, ambos son de una manera de una manera o de otra, costos para la empresa.

Siempre habrá una parte del inventario ociosa y la mira de la administración no deberá estar enfocada en reducirla a cero, el objetivo de la administración de inventarios, así como el de la administración del efectivo y la cartera, tiene dos aspectos que se contraponen. Por una parte se requiere minimizar su inversión para invertir los fondos liberados en otras necesidades de la empresa en cuanto a consumos de inventarios. El inventario permite ganar tiempo, cuando se atiende, el cliente no siempre se puede esperar a que le traigan el pedido, especialmente si esta la salud y la vida de por medio. Cuando se necesita una materia prima y no lo hay en existencia, se pierde tiempo, dinero y oportunidades, por eso es necesario mantener existencias ociosas o de seguridad. Las existencias se incrementan porque frecuentemente es más eficiente comprar, en grandes lotes, además se debe mantener una existencia de seguridad para prevenir fallas de los proveedores, incrementos en la demanda, fallas en el departamento asistencial, fuertes alzas en los precios o imprevistos de alguna naturaleza que pongan en peligro el cumplimiento de la función del hospital.

Hay dos aspectos fundamentales en la administración de inventarios:

- a. Minimizar la inversión en inventarios
- b. Facilitar las funciones de producción, ventas y administración.

Como se dijo al principio, estando estas dos funciones en contraposición, siempre habrá que buscar un justo medio que trate de satisfacer estas dos necesidades.

3.5.2. Efectividad De Las Políticas De Inventarios

La efectividad de las políticas sobre inventarios, puede medirse mediante el cálculo de rotación de inventarios, sin embargo, no se olvide que la aplicación de estas fórmulas pueden esconder muchos problemas, como se expone en la teoría sobre razones contables.

Se logra una mejor estimación de la efectividad de la administración de inventarios, cuando comparamos las políticas de inventarios con los objetivos de su administración, en la planeación de la empresa.

Entre los objetivos más importantes están: El control de las disminuciones en las existencias, obsolescencia, mermas, desperdicios, economía en la compra por volumen, prever riesgos tales como: demoras en el transporte, épocas adecuadas de compra, el costo de mantener inventarios, los máximos y mínimos, el lote económico de compra y otros que se escapan.

El principal objetivo es hacer conciencia de la importancia de insistir ante la Dirección en que existan en el hospital métodos adecuados de administración.

3.5.3. Nivel Óptimo De Inventarios

Para determinar un nivel óptimo de inventarios, se deben tener en cuenta distintos factores, uno de los más importantes se relaciona con los costos, ya que el nivel óptimo está relacionado con los costos mínimos, los costos se clasifican en cuatro categorías:

- a. Los costos de pedir.
- b. Los costos de manejo.
- c. El costo de material invertido.
- d. Los costos relacionados con la falta de satisfacción de la demanda

3.5.3.1. Los Costos De Pedir

Están relacionados con la formulación de pedido, ya sea a proveedores externos a al mismo almacén de suministros de la empresa, es necesario hacer una orden de pedido o requisición: en este costo está involucrado el valor del formulario, el tiempo de la secretaria que lo diligencia, el del contador que lo registra, el del computador que lo procesa, el lleno de requisitos de importación o el costo de los intermediarios si fuere el caso, consecución de las pólizas de seguros, costos de solicitud de cotización, de recepción de mercancías y otros que el lector puede imaginar en cada caso específico, a mayor número de pedidos mayores costos.

3.5.3.2. Los Costos De Manejo

Se relacionan con almacenamiento y conservación del inventario, el almacenamiento involucra: mantenimiento de la bodega o gasto de depreciación, alumbrado, vigilancia, mermas, seguros, hurtos, obsolescencia.

3.5.3.3. El Costo Del Capital Invertido

En inventarios: si el capital es propio tendrá su propio costo de capital o por lo menos el costo de oportunidad. El buen administrador deberá utilizar todas las técnicas a su alcance para minimizar la inversión de capital en inventarios, sin perjudicara la empresa ni en la comercialización ni en la producción.

3.5.3.4. Los Costos Relacionados Con Falta De Satisfacción De La Demanda

Si el objetivo de la administración de inventarios fuera solo la maximización de las ventas o la producción de servicios, se mantendrían grandes cantidades de productos en existencia para atender de inmediato las necesidades de los usuarios y así no se incurrirá en los costos asociados con la falta de satisfacción de la demanda, como son; La perdida del cliente que se pasa a la competencia, la pérdida de la utilidad de la venta perdida, las interrupciones y demoras de la producción, la insatisfacción del usuario y en casos extremos la muerte o inutilización del paciente.

Es función del administrador determinar los niveles óptimos de inventarios, teniendo en cuenta todas las consideraciones anteriores puesto que el jefe de almacén, el jefe de compras, el jefe de producción, preferirán tener excesos por margen de seguridad, para no correr riesgos en el cumplimiento de sus funciones.

3.6. CUENTAS POR COBRAR

3.6.1. Administración De Las Cuentas Por Cobrar

Las Cuentas por cobrar son valores importantes en los balances de muchas compañías y de poca consideración en otras que venden a plazos muy cortos y de absoluta indiferencia para empresas que venden de contado o cobran por anticipado. Cuando las ventas a crédito son altas y el riesgo de la cartera es relevante, la administración de la cartera se convierte en una función básica, para la adecuada administración del capital de trabajo.

Cuando fijamos los términos generales de ventas, delineamos, dentro de un margen relativamente amplio, el nivel de nuestras cuentas por cobrar, además definimos a qué mercados queremos dirigirnos y rechazamos mercados que requieren términos más amplios o condiciones diferentes. Pero fijados estos términos definimos el mercado que queremos atraer. Nace entonces la necesidad de establecer políticas de otorgamiento de crédito, políticas de cobranza y determinar las fuentes de financiamiento adecuadas para mantener el nivel necesario de cuentas por cobrar.

Cuentas y efectos por cobrar existen en las empresas por diferentes conceptos: Cuentas por cobrar comerciales.

En este capítulo vamos a referirnos a la administración de las cuentas por cobrar comerciales, por ser, generalmente, el rubro más importante y uno de los puntos claves en la administración del capital de trabajo.

Es al departamento financiero a quien le corresponde financiar la cartera, que no es otra cosa que los créditos que se otorgan a los clientes, al concedérseles un plazo, para que paguen los servicios recibidos, la mayoría de las empresas consideran las cuentas por cobrar como un factor que les permite mayores ventas y utilidades, así como un medio de mantenerse en el mercado, cuando la competencia es muy liberal en sus políticas de ventas a crédito.

3.6.2. Política De Cuentas Por Cobrar:

De acuerdo con lo visto anteriormente, los factores que se deben tener en cuenta en la elaboración de las políticas relacionadas con las cuentas por cobrar, su otorgamiento y su cobranza, están relacionadas con: el costo financiero de la inversión en este rubro, el costo de cooperación del departamento de crédito, el incumplimiento de los clientes, los beneficios en el incremento de las ventas y las utilidades, así como las posibles ventajas que ofrezcan una buena penetración en el mercado.

La política general específica, el tiempo que se otorgará al cliente para el pago, los descuentos por pronto pago, fechas de pago ajustadas a los períodos de temporada del cliente y si fuere posible, el cobro de intereses de mora. Existen otras prácticas como no pisar factura, la lista negra para clientes indeseables, por su incumplimiento o alto riesgo, de acuerdo con las experiencias de la empresa, las posibilidades del mercado y las costumbres de la competencia.

Aunque el objetivo de la política de cuentas por cobrar, es fundamentalmente un instrumento de mercadotecnia para promover las ventas, el administrador debe vigilar que su empleo ayude también a maximizar las utilidades y el rendimiento de la inversión y que no se abuse del crédito, hasta tal punto que el rendimiento de la inversión, en cuentas por cobrar, deje de ser atractivo y se convierta en una carga para la empresa.

El departamento comercial, tiende a considerar las cuentas por cobrar como un medio de incrementar las ventas y lograr mejor participación en el mercado, quitándole penetración a la competencia, pide mayor flexibilidad y libertad en las políticas de crédito y piden la aceptación de tarjetas de crédito como un medio de mejorar sus ventas.

Aunque el departamento de cartera recomienda una política de crédito liberal, el administrador debe cuidar que estos créditos sean sanos, ya que es su responsabilidad que el manejo de la cartera ayude a que los objetivos de rentabilidad de la empresa se cumplan.

Calificar la eficiencia del departamento de crédito, no es fácil, existen herramientas de análisis financiero, como la rotación de cartera y el cuadro de edades de las cuentas por cobrar, que pueden medir la eficiencia del otorgamiento y de la cobranza. Si nuestras normas de otorgamiento son poco estrictas, la presión se hará sobre la cobranza. Si somos conservadores para conceder crédito, podremos no necesitar un departamento de cobranzas. También es importante, además de usar medidas de eficiencia, usar medidas de control para vigilar las actividades de los que otorgan el crédito y de los que hacen la cobranza.

El porcentaje de pedidos rechazados, con respecto a las ventas a crédito, es una posible medida de la eficiencia del departamento de crédito, si estamos rechazando un porcentaje muy alto de pedidos, cabría preguntarnos, si nuestras normas son demasiado estrictas o nuestros plazos son demasiado estrechos, debemos, entonces, compararnos con la competencia.

No hay métodos exactos de evaluación, todo lo dicho es solamente información, que bien complementada nos dará una base para evaluar mejor la eficiencia de nuestro departamento de crédito. Lo importante es entender, que en alguna parte se encuentra el término medio adecuado entre "demasiado" y "muy poco". Probablemente el primer paso para encontrarlo, es reconocer que este término medio existe.

En la determinación de la política de las cuentas por cobrar, es importante tener en cuenta, tanto los costos como los beneficios, los principales costos son: Los descuentos por pronto pago, los costos de la cobranza, el costo del capital invertido y los costos que le ocasiona el incumplimiento.

3.6.3. Otorgamiento Del Crédito

Frecuentemente nos movemos entre un grupo de clientes que muy probablemente pagarán sus cuentas y clientes que probablemente no pagarán, entonces debemos determinar el grado de riesgo que estamos dispuestos a aceptar y hacer un análisis de los ingresos y gastos que añadimos a nuestros resultados, en la medida en que modifiquemos dicho nivel de riesgo.

La cantidad de ingreso añadido es igual a las ventas adicionales en el tiempo, menos las cantidades no cobradas, las ventas añadidas en el tiempo, serán las ventas potenciales a los clientes que por primera vez les otorgamos crédito, los gastos añadidos serán los costos de las mercancías, gastos incrementales de ventas y administrativos y los gastos de cobranza.

Ejemplo: si aceptamos atender a un grupo de clientes, a los cuales les estimamos un riesgo del 10% de cuentas perdidas, los ingresos y gastos incrementales se pueden estimar así:

Ventas incrementales anuales. 100 millones
 Menos cuentas no cobradas 10 millones
 Ingreso adicional 90 millones
 Menos costos y gastos operacionales. 60% de ventas 60 millones
 Menos gasto adicional cobranza 5% ventas 5 millones
 Incremento del ingreso anual neto 25 millones.

Aceptando este grupo más riesgoso, podremos añadir 25 millones a nuestro ingreso neto. Iguales consideraciones podremos hacer para otros grupos de mayor riesgo, hasta encontrar cero en los ingresos incrementales, los cuales, obviamente, debemos rechazar.

Difícil es tratar de cuantificar el nivel de riesgo, que representa el cliente, esta aproximación se logrará usando los sistemas de información comercial existentes en la misma empresa o comprando dicha información a entidades especializadas en el ramo. Muy útil es también: la entrevista personal con el cliente, las referencias bancarias y el análisis financiero de sus balances, la información comercial, es costosa y el riesgo no se elimina nunca, así que hay que hacer un equilibrio entre el costo de la información y el riesgo, para no caer en ninguno de los dos extremos.

3.6.4. Los Descuentos Por Pronto Pago

Son una buena medida para reducir el monto de las cuentas por cobrar, efectiva pero costosa, para que el cliente se motive y haga el pago en el plazo concedido, para aceptar el descuento, éste debe ser suficientemente atractivo, es decir, superior al margen de rentabilidad de las inversiones temporales existentes en el mercado o superior al costo del dinero, de tal manera que si el cliente tiene el

dinero disponible, prefiera aceptar el descuento, en lugar de invertirlo en valores realizables o si no le tiene en mano, pero tiene posibilidades de crédito más barato, las acepte para ganarse un descuento superior. En estas condiciones, esta práctica puede ser efectiva para reducirle volumen de cartera, pero financieramente muy costosas, la ventaja que presenta es, que el descuento reduce el margen de rentabilidad, pero nos permite rotar el dinero en mayor número de transacciones de venta, lo cual la convierte en una modalidad atractiva.

3.7. EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN

3.7.1. El Análisis Costo-Beneficio

Incluyendo una contabilidad apropiada de los efectos externos de cada proyecto, debería seguir cumpliendo un papel central en las decisiones públicas. Además de una correcta aplicación central en las decisiones públicas. Además de una correcta aplicación metodológica, conviene inscribir su aplicación en un marco institucional adecuado. Aquí caben dos consideraciones centrales, una es el marco de juzgamiento de la inversión, y la otra la asignación de responsabilidades y definición de procedimientos de control para las decisiones de inversión.

El administrador debe estar en capacidad de preparar términos de referencia adecuados y de poder hacer un seguimiento de los estudios que se realicen, resulta conveniente que cada unidad actúe en íntima coordinación con la oficina de presupuesto para asegurar un flujo financiero adecuado y regular y para coordinar lo relativo a gastos de capital con gastos corrientes que el funcionamiento de cada proyecto requiere, el administrador debe encargarse de armonizar criterios para la evaluación de proyectos, dar asistencia técnica a las unidades del sistema.

La experiencia habida con la inversión hace aconsejable un tratamiento más formal del proceso de decisiones en inversión, particularmente porque los errores en esa materia han costado sumas ingentes, los grupos de interés que operan detrás de cada proyecto impulsan sus estudios y fuerzan un calculo exagerado de los beneficios y una subestimación de los costos. El proyecto se inicia con una

rentabilidad supuestamente aceptable, pero a poco de andar se descubre que los costos son mayores que los inicialmente previstos pero como ya se ha invertido una parte en el proyecto, ya sea por cuestiones políticas o por razones económicas, el proyecto no se detiene. Una vez iniciado un proyecto su anulación puede resultar muy difícil pero aun si esto fuera posible es probable que al momento de su reconsideración el proyecto o lo que resta invertir ha pasado a ser rentable.

La mayoría de las veces hay inversiones específicas del proyecto que no tienen valor fuera de él (los denominados costos hundidos), de modo que si se calcula el rendimiento del proyecto cuando ya se han hecho esas inversiones, la tasa resultante será suficiente como para pasar el umbral de aceptación.⁹⁶ Entonces el proyecto debe continuar, para evitar esos abusos es muy importante entonces asignar a quienes conducen los estudios y a quienes los utilizan para sus decisiones una responsabilidad mayor que la que se ha acostumbrado asignarles hasta ahora, estableciendo un sistema que deje claramente registrados los principales pasos, e involucrando a los organismos de controlen la verificación y empleo de la información que da lugar a decisiones de inversión, sería conveniente que en cada caso existiera una auditoria de los estudios de inversión como un paso previo a una decisión. Cuando existiera un informe desfavorable, el organismo que propone la inversión conservaría la libertad de insistir en una iniciativa dada, pero asumiría naturalmente.

Los proyectos de inversión, generalmente no son propuestos por el departamento de administración, sino por otros departamentos como asistencial, científico, ingeniería sistemas. En algunos casos, la evaluación del proyecto la prepara el departamento que lo propone, en ocasiones también, se hace la evaluación social del proyecto, pero en muchos casos, al departamento de administración le corresponde hacer la evaluación financiera de los proyectos.

Sin importar quien proponga el proyecto o a quien le corresponda evaluarlo, lo cierto es que el departamento de administración es quien debe determinar la

⁹⁶ OPS / OMS Economía de la Salud. Número Especial. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. OPS ¡OMS. Vol. 103. No. 6. Washington, D.C., Diciembre de 1.987

viabilidad del proyecto, porque además de ser rentable, debe caber dentro del flujo de caja de la empresa o dentro de las posibilidades financiación.

Por otra parte, teniendo este departamento el diagnóstico de situación de situación financiera de la empresa, deberá asegurarse de que la ejecución del proyecto sea consistente con el diagnóstico, de tal manera que vaya a fortalecer las debilidades y a explotar las fortalezas en aras de convertirla en una empresa más sólida y de mayor valor.

Todos los ejecutivos de la empresa, incluyendo al administrador deberán mirar siempre el conjunto del negocio y no exclusivamente los intereses de su departamento, los esfuerzos aunados de toda la organización, se deben orientar de tal manera, que se logre el crecimiento y fortalecimiento de la empresa, para que pueda sobresalir en un mundo competitivo en lo que cada día es más difícil avanzar en el cumplimiento de sus objetivos y para asegurarse la permanencia en el mercado.

3.8. CONTRATACIÓN

3.8.1. Contratación Estatal

Análisis de la carga presupuestal de los contratos seguimiento, evaluación y control, dentro de la institución deberá revisarse el proceso de contratación, hacer el seguimiento de cada uno de los contratos y de sus obras, calidad y estado del contrato, perfeccionamiento del contrato, vigencia, valor y registro de cada uno de los contratos, grado de ejecución física y de inversión, resultados según pago o el seguimiento físico y de inversión, anticipos, adiciones, saldos, y otros, revisar la calidad y el flujo de la información, actas de entrega y otras.

3.8.2. Principios De Contratación Estatal

Los desarrollos de los principios de contratación administrativa se rigen por el mandato constitucional ordenado en el artículo 209 de la Constitución Política de

Colombia, y son: igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad, y publicidad.⁹⁷

3.8.2.1. Transparencia Del Contrato

Se pretende garantizar la imparcialidad de los funcionarios, la igualdad de oportunidad de todos los oferentes, y la escogencia objetiva de los contratistas.

En toda selección de contratistas se hará apertura al escrutinio de la opinión pública, y a través de licitación o concurso público, excepto (menor cuantía, empréstitos, contratos interadministrativos, contratación de trabajos artísticos o desarrollo de actividades científicas o tecnológicas, arrendamiento o adquisición de inmuebles, urgencia manifiesta, declaratoria de la licitación o concurso, cuando no se presenta alguna ajustada al pliego o términos de referencia, o cuando falte voluntad de participar, cuando se trate de bienes o servicios para la defensa nacional, cuando no exista pluralidad de oferentes,, puntos de origen o destinación de contratos de naturaleza agropecuaria que se ofrezcan productos en bolsa de productos legalmente constituidas, los contratos que celebren las entidades estatales para la prestación de servicios de salud y los pagos se hagan mediante fiducias, los actos y contratos que tengan por objeto directo las actividades comerciales e industriales propias de las empresas industriales y comerciales y de las sociedades de economía mixta).⁹⁸

3.8.2.2. Economía Del Contrato

Se pretende suprimir trámites, requisitos y autorizaciones innecesarias, como sellos, paz y salvos, para asegurar la selección objetiva de una propuesta, así como desarrollar la agilidad en el proceso, y alcanzar la eficiencia más alta posible. También establece que la carencia de algún requisito o el error en algún formulario, que no impida la comparación objetiva, no es óbice para que se descalifique la propuesta.

⁹⁷ la Constitución Política de Colombia, artículo 209

⁹⁸ Ibid

Se trata previamente, primero de asegurar la disponibilidad presupuesta) para el desarrollo del contrato, y segundo de obtener las autorizaciones y aprobaciones necesarias para adelantar el proceso antes de que este comience. Se debe dotar de un sistema de aseguramiento de la calidad no solamente del contrato, sino de la obra durante su desarrollo, y la prolongación de sus efectos.⁹⁹

3.8.2.3. Responsabilidad Del Contrato

Todos los servidores públicos están obligados dentro de la responsabilidad de los contratos a: Buscar el cumplimiento de los fines de la contratación estatal. Vigilar la correcta ejecución de la obra. Proteger los derechos de la entidad, del contratista, y de terceros involucrados en el proceso. Responder por las actuaciones u omisiones, antijurídicas, y deberán indemnizar los daños que se causen por ellas.

La declaratoria de responsabilidad civil de un funcionario conducirá al pago de las indemnizaciones que estipule la sanción. La responsabilidad disciplinaria motivará destitución. La responsabilidad civil o penal, dejará inhabilitado por diez años para ejercer cargos públicos y para proponer y celebrar contratos con el estado (Art.48). Las entidades y funcionarios responderán cuando abran licitaciones o concursos sin haber previsto pliegos de condiciones o los diseños, planos y estudios que fueren necesarios, o cuando la documentación necesaria haya sido elaborada en forma incompleta, confusa o ambigua.

Los contratistas deberán responder cuando formulen propuestas económicas y de contratación artificialmente bajas para obtener el contrato y cuando hayan ocultado inhabilidades o incompatibilidades o hayan suministrado información falsa.

Los jefes y representantes legales de las entidades estatales serán, en últimas, los directos responsables de selección y contratación, y no podrán delegarlos en juntas directivas, corporaciones de elección popular u organismos de control.¹⁰⁰

⁹⁹ Ibid

¹⁰⁰ Ibid artículo 48

3.8.3. Características De Los Contratos

Los contratos deberán estar dotados de una serie de características, tales como: "En el artículo 38 del estatuto de contratación, se prevé que en los contratos constará, por escrito, solo se elevarán a escritura pública aquellos contratos que impliquen cambio de dominio o imposición de gravámenes y servidumbres.

Por otra parte no será necesario surtir las formalidades plenas de un contrato cuando sea por debajo de ciertas cuantías mínimas, por formalidades plenas se entiende una redacción de un escrito en forma de cláusulas y estipulaciones.

3.8.3.1. Contenido

Podrán incluirse todos aquellos aspectos que las partes consideren convenientes (modalidades, condiciones, cláusulas o estipulaciones, etc.) siempre y cuando se ajusten a la Constitución, las leyes, el orden público y el Estado mismo. Dentro del mismo se podrá pactar también el pago anticipado y los anticipos del caso siempre que éstos no excedan del 50 % del contrato. Los contratos podrán adicionarse en un 50 % de su valor inicial.¹⁰¹

3.8.3.2. Perfeccionamiento

El contrato estatal se perfecciona cuando el acuerdo sobre su objeto y la contraprestación se eleva a escrito y se firma por las partes. Para su ejecución se requiere la aprobación de la garantía ofrecida por el contratista y la disponibilidad presupuestal correspondiente.¹⁰²

3.8.3.3. Ecuación Contractual

Se refiere al imperativo de mantener una relación directa entre los derechos y las obligaciones pactadas en el contrato (o sea entre la obra o servido contratado y el valor pactado). Si esta equivalencia se rompe por causas extrañas a la parte

¹⁰¹ Ibid

¹⁰² Ibid

afectada, se podrán hacer los ajustes del caso para reconocer por ejemplo costos financieros e intereses por demoras, pago de gastos adicionales, etc. previa celebración de acuerdos entre las partes.¹⁰³

3.8.3.4. Urgencia Manifiesta

Se refiere a circunstancias especiales en las que no puede acudirse al lleno de los requisitos como situaciones de desastre, calamidad pública o cuando existe la necesidad de asegurar la continuación del servicio. La urgencia manifiesta deberá declararse a través de un acto administrativo motivado y los contratos celebrados a su amparo podrán ser incluso verbales y sin una definición específica de valor y tiempo de entrega.¹⁰⁴

3.9. AUDITORIA CONTABLE

Servicio técnico administrativo de contabilidad general y de costos; ambiente, equipos tecnológicos específicos, manuales, recursos humanos profesionales específicos, subsistema de información contable. • Libros, y sistemas contables • Sistema de auditoria de contabilidad y de costos • Manuales de contabilidad y de costos. • Modelo de análisis de contabilidad general y de costos.

Procesos: Procesos contables en general. • Procesos de costos sistematizados, periódicos, continuos, divulgación, dictámenes. • Actualización permanente y dinámica en inventarios, sistematizados, vigente la valoración de inventarios, visitas de arqueo. • Procesos de vigilancia y seguimiento de contratos. • Manejo de tas cuentas de cobro, deudas de difícil cobro. • Procesos en el seguimiento, evaluación y control de las deudas de difícil cobro. • Sanciones por cuentas de cobro mal elaboradas ante las EPS o entidades similares. • Calidad en los procesos de facturación, oportunidad, costos de cama fría, recalentada, y mal utilizada, por no-oportunidad de facturas u otro trámite administrativo. • Procesos en cuentas por cobrar, cuentas de deudores morosos.

¹⁰³ Ibid

¹⁰⁴ Ibid

Resultados: Aspectos, acciones, procedimientos y dictámenes contables, decisiones con los dictámenes acerca del presupuesto, costos, financiación, facturación, tarifas. • Decisiones con los dictámenes sobre la Calidad de las cuentas (oportunidad, veracidad, confiabilidad,) • Dictámenes, análisis y toma de decisiones por Costos y calidad de servicios

Impacto: Satisfacción de clientes externos, retorno de usuarios a la institución, encuesta de si retomaría si se presentara la necesidad. • Renovación de contratos por las EPS, entes territoriales u otras.

3.9.1. Contabilidad General

Su Objetivo es insistir en la necesidad de hacer los registros contables conforme a la práctica contable idónea y responsable que refleje los ingresos, las operaciones, los recursos y los gastos generados en cada uno de los planes, programas y proyectos que se gerencien dentro del hospital, promover el aseguramiento de la calidad de la información contable en cuanto oportunidad, claridad, confiabilidad, comparabilidad, y objetividad, la transparencia, objetividad y utilidad de los estados financieros.

Promover la utilidad de la información contable general y de costos para la toma de decisiones de la gerencia institucional y su cuerpo directivo, el seguimiento, evaluación y control de los registros contables por la Superintendencia Nacional de Salud y demás entes controladores competentes.

3.9.1.1. Cuentas

Activo: Agrupa todas las cuentas de naturaleza débito, representadas en recursos, inversiones, pertenencias y derechos.

Efectivo: Agrupa todas las cuentas de liquidez inmediata como caja (en dinero en efectivo o cheques o comprobantes de pago), bancos (cuentas corrientes o de ahorros) avances y anticipos (para compras o pagos de nómina) y fondos en tránsito o en poder de personas responsables y competentes para los gastos de operación de los planes, programas y proyectos.

Pasivo: Agrupa todas las cuentas de naturaleza crédito, representadas en obligaciones contraídas (cuentas por pagar a proveedores o contratistas o acreedores).

Patrimonio: Agrupa todos los aportes, inventarios de bienes muebles e inmuebles, obras en proceso entregadas, equipos, muebles y enseres, suministros y materiales en almacén o bodega.

Informes Contables:

Resumen de movimiento de cuentas

Resumen de acreedores varios

Resumen de avances y legalizaciones

Conciliación bancaria

Control a contratos

3.9.2. Análisis Financiero

El análisis de los dictámenes, resúmenes o informes financieros le permiten al auditor de los servicios de salud hacer la monitoria económica de la situación y la proyección financiera de la Institución.

Balance General: es la situación financiera en un período de tiempo, es el resumen de las transacciones realizadas durante el periodo y permite analizar comparativamente la situación con los periodos anteriores, en el se verificara:

Resumen financiero del Ejercicio, o el resumen del estado de los recursos financieros en efectivo recibidos en volumen, durante un periodo y por fuente, y los desembolsos efectuados durante el mismo período contable.

El Plan Anual de Inversiones, y el estado de la inversión, o el resumen de las inversiones reales y los compromisos adquiridos durante un período.

El Plan Financiero para dos años o más de plazo, y el análisis de la información financiera

El Presupuesto General de la Institución, y el análisis de la ejecución presupuestal.

Relación de los extractos o la información de saldo en Caja y Bancos.

La conciliación bancaria correspondiente al saldo en cajas y bancos, con los libros de caja, comprobantes por número de recibo, número de cheque, fecha y valor de

ingresos en efectivo mas consignaciones, y los egresos de caja o bancos por número, fecha, valor y beneficiario, y saldo real al momento del corte en caja, bancos, y chequera.

Informe de deudores al corte.

Informe de inversiones por tipo y volumen.

Informe de bienes, indicando nombre, costo y ubicación.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. UNA VISIÓN DE CALIDAD DISTINTA

Incorpora los conceptos de eficiencia, efectividad y satisfacción del usuario, es decir, centra la definición en la persona que recibe el servicio, la cual calificará finalmente su calidad. También significa que el servicio debe ser diseñado, orientado y evaluado según los requerimientos del usuario, la efectividad de las intervenciones o sea su utilidad o impacto también forma parte del concepto, es decir, se relaciona directamente con el concepto de servicio innecesario. Sabemos que más servicios no significan necesariamente mejor atención, a menudo implica ineficiencia, riesgos o franco perjuicio para los pacientes. Calidad significa entregar exclusivamente el o los servicios necesarios y útiles para enfrentar el requerimiento que presenta el solicitante. Sin embargo, la calificación de servicio necesario y útil no debería depender de la experiencia de cada clínico o del estilo de práctica que utilice, los criterios para tal clasificación deben fundarse en el conocimiento universal, la evidencia científica actual y el análisis constante de los resultados.

4.2. LA SALUD EN LAS FF.MM

Normalmente se piensa y afirma que los sistemas de atención de salud se fundan en tres elementos: financiamiento, estructura y organización y gestión o funcionamiento. En nuestro medio se da especial importancia a los dos primeros, en efecto, el financiamiento es una condición central para el funcionamiento de cualquier institución. En el sistema de salud de las FFMM los recursos son propuestos por el ejecutivo que los determina con aprobación del Congreso. Es decir, éstos no dependen de la voluntad de las organizaciones de salud, sino de las políticas adoptadas por el gobierno, que interpreta las necesidades sociales. Distinto pero complementario es el tema de la distribución de estos recursos al

interior de la DGSM. Sobre la estructura, muchos directivos responsabilizan a las estructuras organizacionales de la ineffectividad en obtener cambios apreciables en los resultados y la valoración social de las instituciones de salud. Es real que nuestras estructuras son rígidas e inmodificables desde hace decenios, reconocemos que la flexibilidad y adaptabilidad de la organización es de gran ayuda en el mejor funcionamiento del sistema, en suma, los dos factores mencionados son de importancia. Sin embargo, pienso que el factor de mayor trascendencia es justamente el que se ha explorado de manera insuficiente, me refiero a la gestión. Al respecto, comparto la opinión de pensadores europeos: “ la gestión es un instrumento esencial en la búsqueda de resultados efectivos y puede hacer la diferencia entre un mal sistema y uno que opera con eficiencia y efectividad” (Hunter y Kristensen: El Desafío de la Gestión. Reformas de la Atención de Salud en Europa.1992). El proceso de descentralización puede tener un costo muy alto si el marco institucional es limitado y no se adecua a las particularidades de cada región. En particular las asimetrías entre regiones pueden verse reforzadas con el proceso, es decir que un exceso de descentralización lleva implícito el riesgo de profundizar las desigualdades regionales. Por otro lado, un proceso de descentralización puede ser muy caro si cada comunidad debe reproducir todas las actividades que se realizaban anteriormente en forma centralizada. En particular existen tareas generadoras de altas economías de escala que conviene seguirlas realizando en el ámbito central.

4.3. RELACIÓN ENTRE POLÍTICA Y EFICIENCIA DE HONAC

4.3.1. Concepto De Política.

En las siguientes páginas se definirá el nexo del problema planteado sobre la eficiencia de HONAC en el campo de la ciencia política y las relaciones existentes con el análisis de las políticas publicas en estricta concordancia con la teoría contemporánea.

Se entiende por política el conjunto de fenómenos sociales que pueden abstraerse de ese mismo conjunto de fenómenos mediante la utilización de un criterio

particular que es el poder, entendido éste como el elemento de legitimidad y autoridad con el propósito de gobernar o dirigir a los diferentes grupos de la sociedad. La política entonces debe asociarse al comportamiento humano y por lo tanto es relevante discernir sobre qué comportamientos son políticos y cuales no. Indudablemente, el hombre es un animal social y por lo tanto no puede concebirse la política por fuera de la sociedad.

La política necesariamente tiene que ver con todos los asuntos que afectan a la colectividad, por lo que puede afirmar que tiene estricta relación con el ámbito público; así pues es conveniente enfatizar que la política es una forma de ejercer el poder mediante la toma de decisiones por medios públicos.

“El origen de las necesidades, así como la percepción de su magnitud y significado, por los distintos actores, que serán objeto de las políticas; las demandas; las relaciones Gobierno-Parlamento; la presión sobre los grupos de interés; la capacidad real de la administración, así como el modelo de la misma adoptado; y la evaluación de la eficiencia y de la efectividad de las políticas, son temas que interesan directamente a la Ciencia Política”,¹⁰⁵ porque de su estudio secuencial se instrumentarán las políticas apropiadas y orientadas a la solución de los requerimientos de los diferentes grupos organizados de la sociedad civil.

En nuestra reflexión encontramos que para la emisión de políticas públicas, es conveniente la aplicación de estudios interdisciplinarios y una fuerte fundamentación en temas específicos; Es por esto que los estudiosos de la Ciencia Política deben conocer las generalidades del comportamiento humano y su interrelación con el entorno, lo cual implica además del estudio académico, la aplicación del conocimiento como función social.

¹⁰⁵ *Ibid.*. Pág.. 45.

4.3.2. Planteamiento De Las Hipótesis Económicas Y Políticas Sobre La Eficiencia Y Eficacia Del Honac

4.3.2.1. Económicas

La eficiencia macroeconómica del HONAC depende del incremento en el presupuesto, de otros recursos para la salud de las FF.MM y de cambios organizacionales profundos.

Si la eficiencia microeconómica del HONAC se logra mediante el incremento del gasto y de su mejora organizacional, los problemas de prestación de servicios tendrán una más alta probabilidad de solución, sin embargo, otras variables cruciales son las políticas.

4.3.2.2. Políticas:

La inexistencia de políticas claras sobre la prestación de servicios de salud afecta la eficiencia económica y la eficiencia social del HONAC.

Sin el análisis político de los servicios, el funcionamiento para producir salud no logran eficacia.

4.3.3. Interrelaciones Entre Hipótesis

Las instituciones públicas que ejecutan dineros del presupuesto nacional están obligadas a presentar sus resultados en términos de eficacia y eficiencia y en tal virtud, el HONAC no puede ser la excepción.

Con el presente trabajo se pretende entonces proponer una manera de evaluar los resultados administrativos de HONAC investigando las posibles causas de la supuesta ineficiencia y recomendar políticas y cursos de acción para lograr el cumplimiento de su misión.

“Un camino posible para determinar la eficiencia de una organización, puede ser acudiendo a la medición de los siguientes factores: el número de asociados; la

capacidad financiera; su estructura organizacional; el respeto de la opinión pública y el efecto multiplicador".¹⁰⁶

En el mundo contemporáneo, las organizaciones públicas y privadas enfrentan grandes retos que demandan cambios y mejoramiento permanente. Las primeras deben ajustarse a los procesos sociales, económicos y políticos para no perder su legitimidad. Las segundas deben adaptarse para sobrevivir en un mundo cada vez más integrado y competido.

En general tanto las organizaciones públicas como las privadas encuentran un entorno muy dinámico que ofrece oportunidades y amenazas.

Hablar de eficacia y eficiencia de un servicio de salud implica referirse a los factores tangibles e intangibles que conforman su organización, es decir, la suma de los recursos humanos y técnicos con que cuenta para realizar, su tarea, es adentrarse e en el oscuro campo de la salud y deshojar el árbol que contiene los elementos indispensables para el cumplimiento de una de las tareas más sensibles para el desarrollo socioeconómico de cualquier país: el mantenimiento de la salud de nuestros usuarios.

Servicio al cliente en instituciones y entidades de salud, pero para esto debemos resolver el primer interrogante que se nos presenta, ¿Quién es un cliente? (De Autor anónimo, modificado) Todo cliente, tanto interno como externo, espera y debe exigir calidad y satisfacción, la competencia espera que seamos ineficientes e ineficaces o faltos calidad para sacarnos del mercado. El cliente es la persona más importante de cualquier negocio estratégico, es la razón de nuestra existencia. El paga nuestro salario; Sin él debemos cerrar la puerta y cambiar de negocio. El cliente no es una interrupción, es nuestro objetivo; y menos una amenaza, es una oportunidad de servicio El cliente es una persona que merece y debe exigir respeto, ayuda, estímulo y aprecio con cada servido. La persona es la protagonista principal en los procesos y eventos de la calidad de vida. La persona usa diferentes sombreros en la demanda, y oferta, antes, durante y después de la prestación de los servicios de salud. Se parte del principio esencial de que se trata de una institución creada, y dirigida por personas, presta servicios con personas,

¹⁰⁶ ROA SUAREZ, Hernando. "Los grupos de presión- una aproximación- "Documento Escuela Superior de administración Pública. Universidad del Estado. Edición Príncipe. Junio 1992. Pág. 37.

para ofrecérselas y prestárselas a personas, los procedimientos técnico científicos se hace sobre personas, y que los resultados y el impacto son sobre las personas. El diseño de necesidades o perfil epidemiológico es de las personas y sus interrelaciones entre sí y con el medio ambiente. El diseño y rediseño, ejecución, seguimiento, evaluación y control del procedimiento técnico científico es hecho por personas. Independiente del sombrero que use la persona, tiene una calidad de vida que tiene un grado de desarrollo moral, y su presencia se muestra en el ser. Pensar y actuar de la persona aisladamente, y en relación con las demás personas, las cosas, y el medio. La participación social consiste en: Promover, generar, desarrollar, alcanzar, y mantener espacios dialógicos sobre el problema de salud prioritarios en la comunidad, la cultura de la salud, la promoción de la salud, la prevención y la intervención de la enfermedad, y la inspección, vigilancia y control de los servicios, y de la gestión hospitalaria.

También debemos recordar que es un deber y derecho constitucional de todo ciudadano: Participar en reuniones democráticas dialógicas efectivas en salud comunitaria; Promover, propender, alcanzar y conservar el nivel de salud personal, familiar, y comunitario, ser objeto y sujeto de su propia salud; y contribuir al diagnóstico, planeación, y gestión de los servicios de salud

4.4. FUNCIONES DEL ADMINISTRADOR FINANCIERO

Con el fin de generar una mayor rentabilidad sin menoscabar la posición de liquidez de la empresa, el administrador financiero debe:

Planear, seguir, evaluar y controlar el recurso financiero, para cumplir la función de planeación, seguimiento, evaluación y control del recurso financiero, debe además:

Conocer la función y responsabilidad financiera en los planes de Desarrollo del hospital a corto, mediano y largo plazo (reposición de equipo tecnológico, así como las construcciones, ampliaciones, o remodelaciones, y otras que signifiquen volumen de salidas de efectivo), conocer la función y la responsabilidad financiera en los programas y proyectos a corto y mediano plazo.

Conocer el flujo del efectivo para financiar los planes, programas y proyectos sin menoscabar la posición de liquidez de la institución

Conocer los factores internos determinados por la política del hospital sobre la demanda, oferta y ventas de servicios de salud; compras o adquisiciones de equipos, materiales y suministros; gastos de la administración, por ejemplo la periodicidad de pagas de la nomina y de los contratos; y sobre otros gastos operacionales que originan cambio de la política, y los cuales inciden en los ingresos y egresos de efectivo o sea en el resultado económico.

Conocer los factores externos no controlables o del medio ambiente, que pueden incidir en la situación financiera en general por la descompensación entre los ingresos y los egresos de efectivo (política económica nacional, cambios en el nivel de precios y/o salarios, cambios de normas legales del Sistema de Salud o de la Seguridad Social en Salud, cambios tecnológicos no previsibles, comportamiento en costos y/o tarifas de la competencia y otros)

Conocer los factores internos que inciden en la operación de la institución y por lo tanto en la situación financiera (volumen y periodicidad de ingresos y egresos) y económica (política en ventas, producción, decisiones de volúmenes, o plazos de pago en compras, periodicidad en los pagos al personal, etc.)

Planear, monitorear y evaluar la consecución y disposición de fondos, la cual tiene por objeto equilibrar las posibles diferencias entre los recursos necesarios para el desarrollo de los planes, programas y proyectos de la institución, y los recursos financieros con que cuenta la empresa, con el fin de que los usuarios reciban la mayor rentabilidad social mediano y largo plazo con el mínimo riesgo.

El administrador financiero deberá conocer las posibles fuentes financieras, volúmenes, condiciones y plazos, promoverá la concertación con las fuentes suministradoras de efectivo, asumiendo los menores riesgos posibles, o contrarrestando el riesgo con un programa o proyecto, planear, decidir, ejecutar y evaluar sobre la inversión de fondos.

El Administrador financiero debe tomar la decisión efectiva sobre la óptima distribución de los recursos financieros entre los diferentes activos corrientes y

fijos a fin de que los planes, programas y proyectos a corto y mediano plazo puedan ejecutarse a cabalidad.

Cada cuenta del activo representa un volumen de dinero invertida proveniente del presupuesto, que la institución debe recuperar a tiempo para atender las obligaciones y reinvertir en otros activos con el fin de incrementar sus utilidades.

La baja efectividad en la decisión en la administración de los activos puede afectar seriamente la liquidez (el flujo de efectivo de dinero, sus ingresos o fuentes de fondos, y sus egresos o uso de fondos) y la utilidad o los mayores ingresos provenientes de las ventas de servicios.

4.5. INSUMOS PARA GENERAR LA SALUD EN LAS FF.MM.

Los grupos de elementos que se consideran indispensables para el funcionamiento de la salud de las Fuerzas Militares con el objetivo de generar su atención y prevención.

4.5.1. Elementos Tangibles (et):

Recursos humanos (rH)

Recursos económicos (rE)

Recursos tecnológicos (rT)

$$eT=(rH + rE + rT)$$

4.5.2 Elementos Intangibles (el):

Políticas de salud (pS)

Doctrina (dM) DGSM

Motivación personal (mP)

Apoyo de la población beneficiaria (aC)

Liderazgo militar (IM)

$$el= (pS+ dM+ mP+ aC+ IM)$$

Habiendo definido los insumos que la salud requiere para generar su servicio podemos deducir la siguiente función elemental.

$$S= (eT+el)$$

Teniendo en cuenta que los elementos tangibles e intangibles se emplean para la realización de la función anterior también se puede expresar de la siguiente manera, es decir, el servicio de salud que ofrezca del HONAC depende de elementos tangibles e intangibles y de la manera como se combinen estos dos conjuntos de elementos.

Los recursos que el Estado suministra al HONAC deben ser proporcionales a la demanda y justificados mediante la oferta de productos de la mejor calidad que cumplan una función social y que presenten resultados favorables en la relación costo-beneficio. Cuando esta relación es negativa, además de las pérdidas económicas, los estados entran en crisis por la decadencia de su legitimidad frente a las expectativas de la sociedad.

4.6. ACCIONES FUTURAS

Tomando la línea base de comparación, para evaluar el impacto de un nuevo modelo de ejecución y distribución de recursos en términos de la equidad, la eficiencia, la cobertura y la calidad de los servicios de salud, este se deberá hacer después de dos o tres años, asimismo no se recomienda realizar la investigación antes, ya que los resultados pueden estar afectados por factores propios de la transición que podrían distorsionar los resultados y llevar a conclusiones erróneas. Sin embargo, se pueden ir haciendo evaluaciones (durante ese período) de forma tal que se pueda evaluar la evolución del modelo.

Determinar el impacto en los aspectos señalados tomando como base las hipótesis planteadas, el estudio debe realizarse en áreas con compromisos de gestión representativas se recomiendan las siguientes:

4.6.1. Eficiencia:

La eficiencia sería exitosa si se logra un balance entre el gasto y las necesidades de salud si: En las áreas subfinanciadas (con relación a objetivos basados en las necesidades), el gasto total y el per cápita se incrementan más que el promedio de

incremento en todas las otras áreas y más que el incremento en las áreas que están sobrefinanciadas.

De igual forma si se evidencian costos unitarios más bajos: en áreas subfinanciadas, los niveles de gasto mayores deben asociarse con incrementos en las actividades. En áreas sobrefinanciadas, debe reflejarse mayor actividad sin ningún incremento en el gasto total.

4.6.2. Cobertura:

En cuanto a cobertura se espera que el nuevo modelo será exitoso si: Las áreas subfinanciadas incrementan la cobertura, conjuntamente con costos unitarios menores e incremento en las actividades. Las áreas sobrefinanciadas incrementarán la cobertura al mismo o menor costo total.

Garantizar una cobertura total a las poblaciones correspondientes, las vacunas obligatorias aprobadas y recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, de igual modo, garantizar la vacuna contra la hepatitis B a todos los recién nacidos. Lograr vacunación contra enfermedades a grupo de riesgos como son: Hepatitis tipo B, meningococo B, Hemophilus influenza tipo B y neumococo. Garantizar que LA DASM a través del HOAC normalizará, coordinará a fin de garantizar que las estrategias nacionales de salud se cumplan a cabalidad. Garantizar la recuperación de la salud y la rehabilitación para reducir lo más posible la enfermedad, la discapacidad y la muerte.

Propiciar campañas permanentes de orientación y educación en la salud, asegurando que el mensaje de lo que se quiere lograr con cada programa desarrollado realmente llegue a todo el seno de la población.

4.6.3. Calidad:

Con respecto a la calidad se espera: mayor satisfacción de los usuarios y prestatarios de los servicios, incremento relativo en las actividades con criterios de calidad, más grande que el esperado, considerando las tendencias en años anteriores.

Extensión universal de los servicios de salud que incluyan todas las medidas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Esto se garantizará distribuyendo los recursos en forma adecuada en todas las áreas y servicios de salud, basado en los principios de equidad y solidaridad. Impulsar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las cuales serán priorizados en función del perfil de morbilidad y mortalidad y en tal sentido promoveremos de manera efectiva la aplicación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

Garantizar que el Sistema de Salud funcione con sentido de profesionalidad administrativa, excelencia asistencial y calidad humana.

Propiciar que los servicios de salud tengan el mismo nivel de excelencia a nivel de todos los usuarios. Administrar los recursos financieros eficientemente sobre la base de las prioridades definidas para el sector, propiciar un proceso de desarrollo administrativo en todos sus niveles.

Lograr la participación de la comunidad en el desarrollo de la política de salud, la comunidad a través de sus instancias orgánicas participará en la planificación como ejecución y evaluación de la política de salud. Se propiciará un proceso de descentralización permanente

Desarrollar un sistema de información orientado a la producción y utilización de la información requerida para la planificación y ejecución de los programas de salud

Garantizar a los pacientes hospitalizados la alimentación e higiene adecuados.

Fomentar la investigación como instrumento de conocimiento y modificación de la realidad e incorporarla a todos los niveles del sistema de salud.

4.6.4. Recursos Financieros

Asegurar que el sector salud disponga de los recursos financieros necesarios para llevar a cabo sus políticas, estrategias y actividades programadas y garantizar una adecuada y transparente administración.

Orientar la captación, contratación, programación y ejecución de los recursos de crédito y cooperación técnica nacional e internacional, en función exclusiva de los

proyectos y programas contemplados en la política de salud, evitando duplicidad e incoordinación.

Aumentar la inversión en salud destinando un % creciente del presupuesto nacional.

4.6.5. Recursos Humanos

Ejecutar un plan de prioridades para la formación y capacitación de los recursos humanos en salud, a corto, mediano y largo plazo, de acuerdo a nuestra realidad socio-sanitario y en coordinación con las instituciones formadoras de estos recursos.

Crear las condiciones indispensables para el buen desempeño de las funciones de los profesionales, técnicos y auxiliares del sector.

Garantizar un trato humano a los usuarios de los servicios de atención a la salud.

4.6.6. Medicamentos e Insumos

Garantizar a toda la población el acceso a los medicamentos esenciales en condiciones óptimas de calidad, efectividad y seguridad.

4.6.7. Equidad

Para realizar una asignación per cápita por área de salud es indispensable conocer la población real de cada área, de lo contrario no se logrará mejorar la equidad en cuanto a la distribución, ya que independientemente de las variables que se definan como determinantes para medir las necesidades de salud de la población, el tamaño de ésta es un factor de peso.

Para la asignación per cápita es necesario definir claramente las variables que determinan las necesidades de salud de la población. Se recomienda utilizar las definidas en esta investigación, puesto que resultaron significativas en la explicación del gasto.

Para lograr una distribución de recursos equitativa entre las áreas de salud, se debe realizar un ajuste por las necesidades de salud de la población, considerar

mejoras en la asignación de recursos a las áreas de salud identificadas como significativamente subfinanciadas (subfinanciadas en más de un 20%).

Efectuar periódicamente (al final de cada año) un análisis de correlación entre el gasto per cápita real y el objetivo, una alta correlación positiva entre éstos es un indicador de que el nuevo modelo mejora la equidad en la asignación, al lograr una correlación alta positiva se debe establecer una relación entre ellos, por medio de una regresión simple, de manera que se puedan efectuar estimaciones o proyecciones del gasto per cápita real en términos del gasto per cápita objetivo.

Enfatizar en el comportamiento de las áreas subfinanciadas, principalmente aquellas que se consideran significativamente subfinanciadas, ya que al presentar mayores variaciones entre el gasto real y el objetivo (ajustado según necesidades de salud), son consideradas actualmente como las más desfavorecidas por la asignación histórica.

Efectuar un análisis comparativo entre el gasto per cápita real y el gasto objetivo para todas las áreas que se les asignó un presupuesto propio y determinar las diferencias reales, esto permitirá corroborar la agrupación de las mismas dentro del grupo subfinanciado o sobrefinanciado.

En las áreas de salud, se recomienda mejorar los registros mensuales de rechazo de pacientes, para evitar diferencias entre los registros del área.

Debe existir correlación entre el gasto per cápita real y el gasto per cápita objetivo por área de salud, con el fin de medir el impacto entre la forma tradicional de asignación de recursos y el estado de salud de la población, para ver que se estén tomando en cuenta sus necesidades.

4.6.8. Eficiencia

Incorporar en el sistema de información las variables necesarias para construir por área de salud, los indicadores de eficiencia y costo / eficiencia, (costos unitarios, número de consultas por subprograma, registro de actividades específicas, consultas de urgencias, entre otras), esto por cuanto se dispondría de información real para realizar evaluaciones y comparaciones entre áreas sobre todo para la toma de decisiones.

Readecuar registros en función de los requerimientos del compromiso de gestión.
Conocer el comportamiento de las actividades prioritarias de cada área de salud, en un período de al menos tres años

Analizar los indicadores seleccionadas para la evaluación de la eficiencia, en forma conjunta, no por separado.

4.6.9. Cobertura

Mejorar los registros de estructura poblacional y grupos de riesgo debidamente identificados en las área de salud.

Establecer comparaciones de las coberturas en actividades específicas por subprograma, en un período de al menos tres años.

Comparar las coberturas de las áreas con las establecidas en las normas de atención integral.

Asegurarse de que los registros de consultas de primera vez sean correctos y se lleven por tipo de actividad.

Incorporar coberturas de otras actividades en el compromiso de gestión, considerando características propias de cada región.

Relacionar las coberturas con los criterios de calidad de las actividades seleccionadas.

4.6.10. Calidad

Incorporar criterios de aplicación de normas para cada una de las actividades de atención integral, considerando no sólo las contenidas en el compromiso de gestión.

Mejorar la relación entre los componentes de la atención integral, considerándolos como criterios de calidad.

Crear una cultura de autoevaluación con revisiones periódicas de expedientes, para propiciar el análisis e identificación de fortalezas y debilidades, permitiendo al propio personal de salud ejecutar acciones tendientes al mejoramiento continuo y premiar la buena labor realizada.

Efectuar encuestas periódicas de opinión de los usuarios y prestatarios de los servicios de salud en cada área.

En las áreas de salud aplicar los criterios recomendados en cuanto a la periodicidad de las citas de control y de seguimiento a los resultados de actividades en citas posteriores.

En las áreas, buscar una buena labor en equipo, los médicos deben leer las notas de evolución anteriores a la consulta y tomarle la importancia a las notas de preconsulta que realiza el personal de enfermería.

4.7. ANÁLISIS DE VARIABLES A MEDIR POR SECCIONES

4.7.1. Morbilidad

Para enfermedades que puedan ser controladas por vacunación y/o por campañas de prevención o erradicación se debe tener en cuenta la siguiente información:

Determinar las 10 primeras causas de morbilidad y mortalidad en los últimos cinco años analizando si se puede establecer o no un comportamiento repetitivo de la enfermedad que nos permita realizar campañas de prevención de estas enfermedades.

Determinar los costos de atención de estas causas.

Determinar los costos de prevención de estas enfermedades, con base en esto podemos hacer el siguiente análisis:

$$\frac{\text{Costo campaña preventiva}}{\text{Costo de atención de la enfermedad}} = \text{debe ser } -1$$

$$\frac{\# \text{ casos presentados}}{\text{costos en atención}} = \text{costo promedio atenuador}$$

$$\frac{\text{campañas preventivas}}{\text{costos campaña}} = \text{costo promedio preventivo enfermedad}$$

$$\frac{\text{\# casos proyectados que puedan presentarse}}{\text{\# casos que pueden prevenirse con campaña}} = \text{eficiencia campaña}$$

$$\text{costos atención} - \text{costos prevención} = \begin{cases} + \text{ sirve} \\ - \text{ no sirve} \end{cases}$$

$$\text{Tiempo prevención Enfermedad} = \text{Costo} - \text{eficiencia de la campaña}$$

Costos campaña prevención

Valor costo atención = % utilización en casos enfermedad

$$\frac{\text{Total costo campaña preventiva}}{\text{Total presupuesto}} = \text{utilización en prevención}$$

No. Exámenes

$$\frac{\text{Costo materiales} + \text{personal} + \text{equipo} + *}{\text{No. Exámenes}} = \text{Costo promedio exámenes}$$

*Valor Equipo + Insumos, + tiempo resultado + mantenimiento + consumo servicios públicos + vida útil proyección de No. Exámenes. Pueden realizasen + cantidad recurso humano utilizado + calidad en el resultado del equipo + costo instalación + maniobrabilidad del equipo + adaptación nueva tecnología

4.7.2. Stock De Seguridad.

Es un determinado numero de medicamentos que por Ley debe mantener un hospital en determinadas áreas criticas, como urgencias, hospitalización y cirugía, sin importar su rotación siempre deben tenerse:

$$\frac{\text{Stock de seguridad}}{\text{Total número medicamentos en Stock}} \times 100 = \% \text{ medicamentos seguridad}$$

$$\frac{\text{Valor medicamentos seguridad}}{\text{Total valor inventario}} = \% \text{ valor inventario seguridad}$$

Total valor inventario

4.7.3. Stock Mínimos:

Es la cantidad mínima de cada uno de los medicamentos que se deben tener en bodega y que garanticen el normal funcionamiento de todas las dependencias del hospital

Stock mínimo
----- X100 = % medicamentos en stock
Total número medicamentos en Stock.

Valor medicamentos en stock
----- = % valor inventario stock
Total valor inventario

4.7.4. Consumo Por Áreas Funcionales Y Por Niveles De Complejidad

Para el caso de presupuestos insuficiente nos sirve para valorar y tomar decisiones en caso de tener que cerrar o ampliar servicios.

Costo medicamento entregados a un área en el mes por bodega
----- = costo mensual
del área
Valor total de medicamentos despachados en el mes por bodega

Costo insumos entregados a un área en el mes por bodega
----- = costo mensual
del área
Valor total de insumos despachados en el mes por bodega

Costo medicamento entregados enfermedades alto costo
----- = costo mensual del área
Valor total de medicamentos despachados en el mes por bodega

4.7.5. Contratación

Para el análisis del área de contratación debemos tener en cuenta y analizar los siguientes aspectos, los cuales nos ayudaran a determinar el grado de eficiencia y

costo/eficiencia con que se están ejecutando los recursos, para ello lo primero que haremos será una clasificación general de los contratos.

Determinación de montos autorizados de contratación con relación al presupuesto asignado.

Determinación de los escalones de revisión de los contratos.

Determinación de contratos elaborados por materiales.

Determinación de contratos por áreas del hospital.

Determinación de contratos por áreas de acuerdo al monto, relacionarlos individualmente con el total de contratos directos.

Determinación de contratos sin formalidades plenas

Determinación de contratos con formalidades plenas

Determinación de contratos por licitación

Adquisición de bienes por insumos médicos, medicamentos y servicios médicos

Adquisición de bienes por bienes y servicios no médicos

Determinación de contratos por rubros del presupuesto

Determinar el número y porcentaje de contratos por áreas, secciones y rubros con relación al número y costo total de contratos.

Determinación del número de revisiones de control y seguimiento efectuados a los contratos (Revisión periódica)

contratos revisados / contratos elaborados

4.7.6. Adquisiciones

Para la revisión de esta sección se ha de tener en cuenta los siguientes documentos y la verificación de los procedimientos. Es esencial que exista en esta dependencia el Vademécum (Listado de medicamentos e insumos requeridos para el funcionamiento y atención del hospital), ya que este es la principal guía y herramienta para la determinación de insumos y medicamentos a adquirir, teniendo en cuenta además que no se podrán adquirir elementos para el hospital que no se encuentren relacionados en el, de lo contrario deberán estar autorizados por la junta de adquisiciones medicas.

El Vademécum deberá estar organizado de tal forma que nos responda los siguientes interrogantes para poder que nos sirva como un documento de apoyo para la toma de decisiones.

El Vademécum: debe estar debidamente identificado por los siguientes aspectos y características:

Genéricos y de Marca

Por principios activos

Por concentración

Por niveles de atención: 1, 2,3 y 4

Por ambulatorios, Hospitalizados

Por Insumos y por Medicamentos

Por áreas de atención

Por autorización de prescripción y uso: Enfermeros. Internos, Médicos, Especialistas

Por uso para tratamientos

Consumo individual mensual y anual determinado en cantidad y costos

Forma de pedido:

Se debe tener en cuenta lo siguiente:

Tiempo de entrega del pedido por parte del proveedor (incluyendo transporte y recepción del producto por bodega)

Vida útil del producto

Capacidad de almacenamiento propio

Requisitos y características del almacenamiento del producto

Reglas para cambio del producto

Descuentos por volúmenes y pronto pago (Economía Escala)

Kardex de proveedores: este deberá suministrar la siguiente información:

Fabricantes directos del producto, representantes e intermediarios

Estadísticas de pedidos por materiales y proveedor con cantidad y costo.

Estadística de problemas por proveedores.(incumplimiento de entregas, calidad del producto, faltantes, mala presentación, documentación incompleta o mal elaborada, etc.)

Determinación de materiales por proveedores únicos y / o varios

Determinación de escalones de revisión de los pedidos

Sistema de evaluación de proveedores

Estadísticas de la sección: la sección debe tener la capacidad de mantener la siguiente información:

Determinación de pedidos ejecutados por producto, precio, cantidad, presentación, concentración, proveedor, laboratorio, etc.

Determinación de pedidos por áreas del hospital

Determinación de pedidos solicitados vs. autorizados por áreas de atención

Determinación de pedidos por adquisición de bienes y servicios clasificándolos como médicos o administrativos.

Determinar el porcentaje de pedidos por áreas del hospital y rubros del presupuesto con relación al total de solicitudes pedido.

4.7.7. Almacén General

Esta sección es la que nos debe proveer la información más importante dentro del proceso logístico de adquisición de bienes, para ello debe estar en capacidad de suministrar la siguiente información estadística:

Inventario actual discriminado por: cantidad y costo unitario y total.

Promedio de rotación de inventarios en forma general e individual con cantidad y costos.

Costo del inventario en porcentaje al presupuesto asignado para mantenimiento

Stock mínimo por elementos, cantidad y costo unitario y total.

Rotación de inventario por rubros asignados, costo y cantidad.

Rotación de inventario por áreas, del hospital.

Sistemas de alerta de seguridad por disminución del inventario

Inventario de productos con vigencia de expiración menor de dos meses.

Inventario de seguridad y de stock mínimo.

Inventario de productos muertos o con poca de rotación incluyendo costo del producto.

Capacidad de almacenamiento por elemento y en general de productos.

Inventario de productos que requieran características especiales de almacenamiento.

Cual es el sistema de valoración de inventario.

Método de almacenamiento.

4.7.8. Farmacia Y Bodega Insumos Hospitalarios

Esta sección es la que nos debe proveer la información mas importante dentro del proceso logístico de adquisición de medicamentos e insumos médicos, para ello debe estar en capacidad de suministrar la siguiente información estadística:

Inventario actual discriminado por: cantidad y costo unitario y total.

Promedio de rotación de inventarios en forma general e individual con cantidad y costos.

Costo del inventario en porcentaje al presupuesto asignado para adquisición de medicamentos.

Stock mínimo por elementos, cantidad y costo unitario y total.

Rotación de inventario por rublos asignados, costo y cantidad.

Rotación de inventario por áreas, del hospital.

Sistemas de alerta de seguridad por disminución del inventario

Inventario de medicamentos e insumos médicos con vigencia de expiración menor de dos meses.

Inventario de productos muertos o con poca de rotación incluyendo costo del producto.

Capacidad de almacenamiento por elemento y en general de productos.

Inventario de productos que requieran características especiales de almacenamiento.

Stock mínimo y de seguridad por producto, costo y cantidad

Sistema de alerta de seguridad por: Falta de producto, vigencia de expiración, falta de rotación

Inventario de productos controlados acuerdo disposiciones de Ley.

Cual es el sistema de valoración de inventario.

Método de almacenamiento.

Capacidad de almacenamiento por producto

Rotación de inventarios de acuerdo a consumos de: Primer nivel, segundo nivel, tercer nivel y cuarto nivel.

Consumo ambulatorio (pacientes)

Consumo hospitalizados (pacientes)

Consumo funcionamiento (internos)

Por medicamentos

Por insumos hospitalarios

4.7.9. Áreas De Atención

Cada área del hospital debe trabajar como una unidad funcional independiente y debe llevar sus propias estadísticas y controles que ayuden a determinar su eficiencia y costo/eficiencia y sirvan para ayudar ala dirección para la toma de decisiones, para ello deberán mantener como mínimo la siguiente información:

Consumo mensual de insumos con cantidad y costo

Servicios prestados al usuario por mes

Relación consumo vs. servicios prestados

Costo promedio del servicio

Costo del área con relación al presupuesto asignado para salud

Determinación del costo de servicios, con relación a otras instituciones que presten este mismo servicio

Costo mantenimiento equipos mensual

Costo mensual del área en mantenimiento

Costo mantenimiento del área en relación presupuesto asignado para mantenimiento.

Determinación del peso de importancia del área con respecto al HONAC.

Determinar probabilidad de contratación externa o no

Consumo de almacén por rubros de asignación.

Costo promedio mensual de funcionamiento del área

- Sin pacientes
- Mínimo pacientes

- ½ pacientes
- Capacidad máxima

4.7.10. Presupuesto

Estadísticas y análisis de los presupuestos asignados de por lo menos los últimos cinco años, en los cuales se determinen los incrementos o déficit en general y por rubros del presupuesto, se debe tener en cuenta también con relación al aumento del costo de los productos en este mismo lapso de tiempo.

Determinar cual ha sido el incremento en forma porcentual en general por adquisición de bienes y servicios para el área administrativa y la de la salud.

Presupuesto asignado y análisis de su distribución por rubros, Identificando gastos en salud por niveles de atención.

Análisis de presupuesto asignado vs. presupuesto solicitado

Plantear de acuerdo a estadísticas, el recorte y /o inversión a hacer por rubro de acuerdo a recorte o incremento.

4.7.11. Exámenes Extra Hospitalarios

Estadística por cantidad, valor y tipo de exámenes cancelados por el hospital por atención de pacientes por fuera de sus instalaciones.

Costo de exámenes extra hospitalarios en porcentaje de presupuesto para la salud, Análisis y estudio de costo de eficiencia para determinar si el hospital debe adquirir o no los equipos para realizar estos exámenes o si por el contrario los debe seguir contratando por fuera.

Análisis y estudio de proveedores para la asignación de contratos.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

Londoño J. L. y J. Frenk (1996), Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America, World Bank, mimeo.

Hospital Naval de Cartagena, libro de organización, enero 1999, Pág. 8

Chiavenato (1996), administración de recursos humanos, editorial Grijalvo, Cáp. I Pág. 15

Hospital Naval de Cartagena, libro de organización, enero 1998, Pág. 9

Gobernación de Bolívar, plan general de salud 1999, Pág.22

Hospital Naval de Cartagena, estadísticas de atención 1999

DGSM, formatos de auditoria área administrativa, 2001

Panadeiros M. (1996), «Organización del seguro de salud en la Argentina. Análisis y propuesta de reforma», Desarrollo Económico, Número Especial, Vol. 36. Pág. 23

Panadeiros M. (1996), «Organización del seguro de salud en la Argentina. Análisis y propuesta de reforma», Desarrollo Económico, Número Especial, Vol. 36. Pág. 23

Arrow K. (1963), «Uncertainty and the welfare economics of medical care», The American Economic Review, 53(5).

Arrow K. (1963), «Uncertainty and the welfare economics of medical care», The American Economic Review, 53 Pag. (5).

Barr N. (1993), The economics to the welfare state, Oxford University Press, Second Edition. Pag. 34

CULLIGAN, M.J., DEAKING, S., y YOUNG, A.H., Principios olvidados de Gerencia excelente. Legis. Fondo editorial. Serie empresarial. Bogotá, 1.988. Pág.30-34.

REYNALES JAIRO (2000) apuntes en clase especialización gerencia en salud universidad de Cartagena

Aedo C. y O. Larrañaga Ed. (1994), Sistema de entrega de los servicios sociales: una agenda para la reforma, Banco Interamericano de Desarrollo, Santiago de Chile. Pág. 78.

OPS / OMS Economía de la Salud. Número Especial. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. OPS OMS. Vol. 103. No. 6. Washington, D.C., Diciembre de 1.987

Barr N. (1993), The economics to the welfare state, Oxford University Press, Second Edition. Pag.. 79

Barr N. (1993), The economics to the welfare state, Oxford University Press, Second Edition. Pag.. 79

RUELAS B., E., Y ZURITA G., B. Nuevos Horizontes de la Calidad de la Atención a la Salud. En: EDITORIAL. SALUD PUBLICA DE MÉXICO. Vol. 35 (3): 235-237. México, Mayo - Junio de 1.993.

MARRACINO, CAMILO J.M., Programa de Acreditación de Establecimientos Hospitalarios en Argentina. SALUD PUBLICA DE México. Vol. 35 (3): 259 - 267. México, Mayo - Junio de 1.993.

Aedo C. y O. Larrañaga Ed. (1994), Sistema de entrega de los servicios sociales: una agenda para la reforma, Banco Interamericano de Desarrollo, Santiago de Chile.

CEPAL/OPS (1994), Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe, Washington D.C.

González García J. (1998), "La educación superior en el desarrollo económico del Japón: lecciones para México", Comercio Exterior, Vol. 48, N 2, febrero.

KUME, HITOSHI Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento do la calidad. DESARROLLO GERENCIAL. Grupo Editorial Norma. Bogotá, 1.966.

MATERSON, BARRY El Costo de la Garantía de Calidad. México, Mayo - Junio de 1.993

NORONHA SACRAMENTO, RUL Curso de auditoria médica. En Notas de clases de Luis Armando Prieto. EMEC - Colombia, UN1MED DO BRASIL. Santafé de Bogotá, Oct. de 1.994

PAIZ, ALFREDO O., Auditoria médica. Ediciones La Rocca. Buenos Aires, 1.995

Parodi C. (1997), *Economía de las políticas sociales*, Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico-Biblioteca Universitaria, Lima.

Ruelas-Barajas

RODRÍGUEZ G., A., Gerencia para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud. Santafé de Bogotá, D.C., 1.996.

LORINO Philippe, El Control de Gestión Estratégico, Editorial Maracombó, S.A., Barcelona, España. 1993. Pág. 81.

Administración y Desarrollo. Escuela Superior de Administración Pública. Bogotá. Volumen 11. 1983. Pág. 163.

TORRES SERNA, O. Y SUAREZ, M.F. ESTRATEGIA GERENCIAL PARA LA SALUD. Editores. Catorce SOS. Cali, Agosto de 1.995.

Manual del Sistema de Cálculo de Costos en Salud. Oficina de Planeación. División de organización. Sistema y desarrollo administrativo. Bogotá, Septiembre de 1.974.

CONGRESO NACIONAL, Ley 100 de 1.993.

CONGRESO NACIONAL, Ley 10 de 1.990, Ley 100 de 1.993.

DUNCAN, NEUHAUSER El Hospital, Como Organización Matriz. Centro Latino Americano de Administración Hospitalaria - C.L.A.M.. Sao Paulo, 1.972

GRACIA, DIEGO ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Mesa redonda. OPS / OMS. Bol. Of. Sanit. Panam. Vol. 108(5-6): 414, Washington, Mayo y Junio de 1.990. pp 550-585

GRACIA, DIEGO ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Mesa redonda. OPS / OMS. Bol. Of. Sanit. Panam. Vol. 108(5-6): 414, Washington, Mayo y Junio de 1.990. pp 550-585

Estatuto Presupuestal artículos 92 y 93

Ley 225 de 1.995

Manual de Programación Presupuestal de la Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Santafé de Bogotá D. C., 1.993

OPS / OMS Economía de la Salud. Número Especial. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. OPS / OMS. Vol. 103. No. 6. Washington, D.C., Diciembre de 1.987

La Constitución Política de Colombia, artículo 209

ROA SUAREZ, Hernando. "Los grupos de presión- una aproximación- "Documento Escuela Superior de administración Pública. Universidad del Estado. Edición Príncipe. Junio 1992. Pág. 37.

BIBLIOGRAFÍA

ABEL - SMITH Y LEISERSON. Aprovechamiento máximo de los recursos mínimos. Resumen de: POBREZA, DESARROLLO Y POLÍTICA DE SALUD. En: Foro Mundial de la Salud. Vol. 1 (1 -2): 166- 179, Ginebra, 1.980.

Acreditación de Hospitales en Latinoamérica y el Caribe. SALUD PUBLICA DE ACUÑA, H.R., Financiamiento y administración presupuestaria de los programas de Salud Pública. Bol. Ofic. Sanit. Panam. 72(1): 36 - 43. Washington, 1.972

AEDO C. Y O. LARRAÑAGA Ed. (1994), Sistema de entrega de los servicios sociales: una agenda para la reforma, Banco Interamericano de Desarrollo, Santiago de Chile.

Análisis Gerencial de los Sistemas de Salud. Discusiones técnicas de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana. OPSIOMS. Publicación No. 449. Washington, 1.983.

ARMIJO, R.,R. Curso de Epidemiología. Universidad de Chile. Santiago de Chile,

ARROW K. (1963), «Uncertainty and the welfare economics of medical care», The American Economic Review, 53(5).

ARROW K. J(1973) "Higher education as a filter", Journal Public Economics, vol 2

ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE Colombia. 1.991 Constitución Política de Colombia.

Banco Mundial (1996), Informe sobre el desarrollo mundial 1996: de la planificación central a la economía de mercado, Oxford University Press, Nueva York.

BANTA, D., La evaluación de la tecnología en la asistencia sanitaria. Foro Mundial de la Salud. Vol. 2 (4): 632 - 636. Ginebra, 1.981.

BARR N. (1996), "Dimensiones humanas de la transición: reforma de la educación y la salud", Finanzas & Desarrollo, pp. 24-27, septiembre.

BÉRANGER, PIERRE En busca de la excelencia industrial. Just in time. Las

nuevas reglas de la producción. CIENCIAS DE LA DIRECCIÓN. Limusa Noriega BID (1996), Progreso económico y social en América Latina. Informe 1996, Washington D.C.

BRADFORD HILL, A. Médica Ethics And Controlled Trials. Br Med J, 20 de Abril de 1.963. En: Bol. Of. Sanit. Panam. Vol.108 (5 -6), Washington, Mayo y Junio de 1.990

BRUCE - CHWATT, L.J. El costo de la malaria y su control en relación con la realidad socio - económica. Bol. Ofic. Sanit. Panam. 85 (5), Washington, 1.978.

BUSTAMANTE, MIGUEL E., La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales, como factor de progreso higiénico en México. Documento No. 2, México D.F., México.

BUSTOS M., A.E., Gerencia y auditoria médica. En Notas de clases de Luis Armando Prieto. EMEC - COLOMBIA, UNIMED DO BRASIL. Santafé de Bogotá, D.C., Oct. de 1.994

CAMPBELL, COURTNEY, El Significado Moral de la Religión para la Bioética. Bol. Of. Sanit. Panam. Vol. 108 (5-6), Washington, Mayo y Junio de 1.990

CARRILLO E., SEGOVIA, M., PAGANINI, J.M., El sistema de información gerencial y los procesos de cambio de los sistemas de salud. OPS. División de Sistemas y Servicios de salud. Washington, D.C. Estados Unidos de América. Febrero de 1.995

CASTELLANOS R., J., VIDAL, C., Y VARGAS, H. Niveles de Atención y Determinación de Cuadros Básicos: Enfoques de Racionalización del Costo de los CEPAL (1990), Transformación productiva con equidad, LC/G.1601-P, Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile.

CEPAL (1997^a), La Brecha de la Equidad, LC/G.1954 (CONF.86/3), Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile.

CHIAS, JOSEP El Mercado son personas. El Marketing en las empresas de servicios. Editorial McGraw-Hill. Bogotá, 1.991.

COLIMON, K. Fundamentos de la Epidemiología. Universidad de Antioquia. Medellín, 1.978

COLOMBIA - MINISTERIO DE SALUD. Resolución No. 04028 del 10 de

Noviembre de 1.996. Por la cual se conforma el Grupo de Atención al Usuario y se establece el Sistema de Quejas y Reclamos del Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá D.C., Noviembre de 1.996

COLOMBIA / MINISTERIO DE SALUD / PROGRAMA SISTEMAS MUNICIPALES DE SALUD. MANUAL DE CONTABILIDAD E INSTRUCTIVO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO PARA DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS PARTICIPANTES EN EL PSMS. Programa Sistemas Municipales de Salud. Santafé de Bogotá D. C., 1.996

COLOMBIA / MINISTERIO DE SALUD / PROGRAMA SISTEMAS MUNICIPALES DE SALUD / SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. EL PRESUPUESTO MUNICIPAL Y EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Programa Sistemas Municipales de Salud. Santafé de Bogotá D. C., 1.996

COLOMBIA. MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO. MANUAL DE PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Santafé de Bogotá D. C., 1.993

CONFERENCIA MAGISTRAL. SALUD PUBLICA DE MÉXICO. Vol. 35 (3):238 - 247. México, Mayo - junio de 1.993.

CONGRESO NACIONAL, Ley 10 de 1.990, Ley 60 de 1.993, Ley 80 de 1.993, Ley 100 de 1.993. Ley 190 de 1.995

CORTE CONSTITUCIONAL. Fundamento del derecho al libre desarrollo de la personalidad. Sentencia 1-594 de 15 de Diciembre de 1.993. Proporcionalidad y razonabilidad. Sentencia 1-015 de 25 de Enero de 1.994.

CULLIGAN, M.J., DEAKING, S., y YOUNG, A.H., Principios olvidados de Gerencia DA SILVEIRA P. (1995), La segunda reforma, Fundación Banco de Boston-Centro Latinoamericano de Economía Humana, Montevideo.

DAMBROSI, GUILLERMO R., Buenos Aires, Junio de 1.995 Auditoria de la Atención Médica. H.AD-HOC.

DÁVILA L. DE G., CARLOS Teorías organizacionales y administración. Enfoque crítico. Edición revisada. Editorial McGRAW- HILL. Bogotá, 1.985.

DE MORAES NOVAES, H. Programas de Garantía de Calidad

DEAL, 1., Y JENKINS, W., Managing the Hidden Organization. Wamer Books,

Nueva York, 1.994. En: SUESCÚN M., FERNANDO Capital intelectual. El más valioso recurso de la producción. ECONOMÍA. Santafé de Bogotá 1.996. pp 58 -65
 DIRECCIÓN GENERAL PARA EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD. Red Nacional de Servicios de Salud. Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá, 1.994

DRUCKER, PETER F. La Gerencia en tiempos difíciles. Biblioteca de la Administración. Círculo de Lectores. 1.983.

DUNCAN, NEUHAUSER El Hospital, Como Organización Matriz. Centro Latino Americano de Administración Hospitalaria - C.L.A.M.. Sao Paulo, 1.972 Editores. México, 1.954.

Estado?. En Historia. Lecturas Dominicales. El Tiempo. Santafé de Bogotá D.C., 11 de Febrero de 1.996. p.p. 4-5

Excelente. Legis. Fondo editorial. Serie empresarial. Bogotá, 1.988.

FEDERACIÓN MEDICA COLOMBIANA. Seminario de Atención Médica Ambulatoria. Ministerio de Salud. Federación Médica Colombiana. Pereira, Mayo 13- 14 de 1.994

FISCHER R. Y P. SERRA (1997), Análisis económico del sistema de salud en Chile, Serie Economía N 17, Centro de Economía Aplicada-Departamento de Ingeniería Industrial-Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas-Universidad de Chile, Santiago de Chile, abril de 1997.

FONDO NACIONAL HOSPITALARIO Guías Técnicas. Hospital Local. Ministerio de Salud - FNH - OPS/OMS, Bogotá, Junio de 1.978

FORATINI, O.,P. Epidemiología General. Universidad de Sao Paulo - USP. 1.976

FRANCO R. (1996), "Los paradigmas de la política social en América Latina", Revista de la CEPAL, N 58.

FRANK - VERIHEGGEN - FRANS - VAN WUMEN Efectividad de los Comités de GAIAN - DAVILA - ZARRUK Productividad y Participación. La experiencia de los círculos de Participación en empresas colombianas. Cámara de Comercio de Bucaramanga. Bucaramanga, 1.988.

Garantía de Calidad en un Hospital Universitario. SALUD PUBLICA DE MÉXICO. Vol. 35(3): 311 -315. México, Mayo - Junio de 1.993.

GINEBRA, J., y ARANA DE LA G. Dirección por Servicio: La Otra Calidad. Editorial McGRAW-HILL! INTERAMERICANA. IPADE Serie empresarial. México, Enero de 1.992.

GOLDRATT, ELIYAHU M., y COX, LEFF La meta. Un proceso de mejora continua. Segunda Edición corregida. Ediciones Castillo. México, 1.995

GONZÁLEZ GARCÍA J. (1998), "La educación superior en el desarrollo económico del Japón: Lecciones para México", Comercio Exterior, Vol. 48, N 2, febrero.

GONZÁLEZ P. (1997), "El desafío de la eficiencia y la equidad en la reforma educativa chilena", Las reformas sociales en acción: educación, CEPAL Serie de Políticas Sociales N 16 , LC/L.1000, publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile.

GRACIA, DIEGO ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Mesa redonda. OPS / OMS. Bol. Of. Sanit. Panam. Vol. 108(5-6): 414, Washington, Mayo y Junio de 1.990. pp 550-585

GRAIG-000PER, SIR MICHAEL & BACKER, PHILIPPE DE Auditoria de Gestión. Cómo conseguir una estructura directiva eficaz. Trad. Canon Editorial, S.L., Ediciones Folio S.A. Barcelona (España), 1.994.

GUÉDEZ. VÍCTOR La calidad, y la educación en el marco de los nuevos paradigmas. En: EL TABLERO. Revista del Convenio Andrés Bello. (45), Diciembre de 1.992.

GUERRA DE MACEDO, O., Bioética. En: Mensaje del Director. OPS / OMS. Bol. Of. Sanit. Panam. Vol. 108 (5 - 6): p.i, Washington, Mayo y Junio de 1.990.

GUERRERO/GONZÁLEZ/MEDINA Epidemiología. Fondo Educativo interamericano. Bogotá, 1.981

Hospitalarios en Argentina. SALUD PUBLICA DE México. Vol. 35 (3): 259 - 267.

IDONABEDIAN, AVEDIS Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la calidad. En: INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD - CES. FUNDACIÓN CORONA. Memorias del Simposio. El médico y la medicina en frente a la modernidad. Fundación CORONA. Medellín, 4 de Mayo de 1.995.

ISHIKAWA, KAORU Qué es el Control Total de la calidad? La modalidad japonesa. Editorial NORMA. Cali, 1.990.

KATZ J. Y A. MUÑOZ (1988), Organización del sector salud y puja distributiva, LC/BUE/G.102, Buenos Aires, Centro Editor para América Latina/CEPAL.

KATZ J. Y E. MIRANDA (1994), «Mercados de salud: Morfología, comportamiento y regulación» en Revista de la CEPAL, N 54, diciembre.

KATZ, BERNARD Como gerenciar el servicio al cliente. SERIE EMPRESARIAL. EDITORIAL LEGIS. Bogotá, 1.989.

KUME, HITOSHI Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. DESARROLLO GERENCIAL. Grupo Editorial Norma. Bogotá, 1.966.

La Carga de la Enfermedad en Colombia. Ministerio de Salud -República de Colombia. Santafé de Bogotá, D.C., Octubre de 1.994

LONDOÑO J. L. Y J. FRENK (1996), Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin América, World Bank, mimeo.

LUENGAS, SERGIO Y OTROS. Proyecto de Circular del Superintendente Nacional de Salud. Asunto: SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD. Santafé de Bogotá D.C., 23 de Enero de 1.997

LUIS ARMANDO PRIETO. EMEC - Colombia, UN1MED DO BRASIL. Santafé de Bogotá, Oct. de 1.994

Manual de contabilidad e instructivo administrativo y financiero para departamentos y municipios participantes en el PSMS. Programa Sistemas Municipales de Salud. Santafé de Bogotá D.C., 1.996

Manual del Sistema de Cálculo de Costos en Salud. Oficina de Planeación. División de organización. Sistema y desarrollo administrativo. Bogotá, Septiembre de 1.974.

MARIÑO NAVARRETE, HERNANDO, El sistema de control estadístico de la calidad. INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS - ICONTEC. Bogotá, Mayo de 1.986

MARIÑO. HERNANDO Planeación estratégica de la calidad total. Tercer Mundo - Editores. Santa fe de Bogotá, DIC., Junio de 1.993.

MARRACINO, CAMILO J.M., Programa de Acreditación de Establecimientos

MATERSON, BARRY - QUINTANA, OLGA El Costo de la Garantía de Calidad. SALUD PUBLICA DE MÉXICO. Vol. 35. México, Mayo - Junio de 1.993

médica. OPS / OMS. Bol. Of. Sanit. Panam. Vol. 108 (5 - 6), Washington, Mayo y Junio de 1.990

MESA-LAGO C. Y F. BERTANOU (1998), Manual de economía de la seguridad social, Centro Latinoamericano de Economía Humana, Montevideo.

Metodología para la implementación del Subsistema de Planeación. Minsalud. Tomo Y. Segunda Edición. Bogotá, Enero de 1.982.

México, Mayo - Junio de 1.993.

MÉXICO. Vol. 35 (3): 248 - 258. México, Mayo - Junio de 1.993.

MORRISEY, B, Administración por Objetivos y Resultados. Fondo Educativo Interamericano. Bogotá, 1.976.

MUSGROVE P. (1996), «Un fundamento conceptual para el rol público y privado en salud», Revista de Análisis Económico, Vol. 11, N 2.

Normas sobre seguro obligatorio de accidentes de tránsito -SOAT. Santafé de Bogotá D.C.

NORONHA SACRAMENTO, RUL Curso de auditoria médica. En Notas de clases de NUEDA, LUIS Mil Libros. Recursos bibliográficos. De. AGUILAR. Sa. Edición Madrid, 1.956

OGLIASTRI, ENRIQUE Gerencia Japonesa y Círculos de Participación. Experiencias en América Latina. Editorial NORMA. Bogotá, 1.988.

OPS / OMS Economía de la Salud. Número Especial. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. OPS | OMS. Vol. 103. No. 6. Washington, D.C.,

Diciembre de 1.987 OEA - MEN Desarrollo de Procesos de Pensamiento. Memorias del Seminario y Análisis posterior a este. OEA - Ministerio de Educación Nacional. División de Currículo Formal. Serie: PEDAGOGÍA Y Currículo. (1.990)

PAIZ, ALFREDO O., Auditoria médica. Ediciones La Rocca. Buenos Aires, 1.995

PANADEIROS M. (1996), «Organización del seguro de salud en la Argentina. análisis y propuesta de reforma», Desarrollo Económico, Número Especial, Vol. 36

PARODI C. (1997), Economía de las políticas sociales, Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico-Biblioteca Universitaria, Lima.

PELLEGRINO, EDMUN D., La relación entre la autonomía y la integridad en la ética

PROGRAMA SISTEMAS MUNICIPALES DE SALUD Cómo Elaborar el Plan Local de Salud. Serie de Manuales de Apoyo del PSMS. Programa Sistemas Municipales de Salud. Santafé de Bogotá D.C., Agosto de 1.995

REYNALES JAIRO (2000) apuntes en clase especialización gerencia en salud universidad de Cartagena

RINCÓN, CONSUELO Metodología de Planeación Estratégica regional - PER. Proyecto de Desarrollo de los Componentes del SNS. Ministerio de Salud. Bogotá, Enero de 1.984.

RODRÍGUEZ G., A., Gerencia para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud. Santafé de Bogotá, D.C., 1.996.

ROMO, IGNACIO Roger., Historia de la Medicina. Editorial Bruguera, S.A. Barcelona 1.971

RUELAS B., E., Y ZURITA G., B. Nuevos Horizontes de la Calidad de la Atención a la Salud. En: EDITORIAL. SALUD PUBLICA DE MÉXICO. Vol. 35 (3): 235-237. México, Mayo - Junio de 1.993.

SABOGAL ENRIQUES, JOHANA PATRICIA Implementación de la auditoria de Cuentas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Departamento de Atlántico. Auditoria Clínica - Fundación Universidad Manuela Beltran. Santafé de Bogotá D.C., 5 de Marzo de 1.997.

SÁNCHEZ ROCÍO-LEÓN MIRIAM. Determinación de la equidad, eficiencia, cobertura y calidad de los servicios de salud en el modelo tradicional de asignación de recursos, comparado con un nuevo modelo, Costa Rica 1995-1997.

SCHOLLE C., S., Y FUENZALIDA - PUELMA, Bioética: Presentacion del numero especial. Bol. Of. Sanit. Panam. Vol. 108(5-6), Washington, Mayo y Junio de 1.990

SERIES REVÉ, El Desprecio Cero. Hacia la Calidad Total. Interamericana. México, 1.992

SCHOLLE C.,S., Y FUENZALIDA - PUELMA, Bioética. Presentación del Número Especial. OPS / OMS. Bol. Of. Sanit. Panam. Vol. 108 (5 - 6), Washington, Mayo y Junio de 1.990.

Seguimiento, Evaluación y Control de la Calidad. Grupo de Trabajo. Reporte de avance. Santafé de Bogotá D. O., 9 de Febrero de 1.994.

SERNA GÓMEZ, H., Auditoria del Servicio. Metodología. UNIANDES. Facultad de Administración. Monografías 29 Sede: Mercadeo. Santafé de Bogotá D.C., Octubre de 1.991

SERRANO LaVERTU, O., Y LINARES, A.M., Principios Éticos de la Investigación Biomédica en Seres Humanos: Aplicación y Limitaciones en América Latina y el Caribe. OPS / OMS. Bol. Of. Sanit. Panam. Vol. 108 (5 - 8), Washington, Mayo y Junio de 1.990.

Servicios de Salud. OPS / OMS. VII CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL. México D.F. Junio de 1.981

Subdirección de Gestión - División de Atención a la Comunidad. Modelo Servicio de Información y Atención al Usuario - SIAU. Santafé de Bogotá D.C., 46 p.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Salud. Santafé de Bogotá D.C., 1.996

TORO WR, GÓMEZ RO, MEDINA M, FERNÁNDEZ MC, RESTREPO LG, Diseño del portafolio básico de servicios de una institución prestadora de servicios de salud. INSTRUCTIVO. Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Medellín, Antioquia,

TORRES SERNA, O. Y SUAREZ, M.F. ESTRATEGIA GERENCIAL PARA LA SALUD. Editores. Catorce SOS. Cali, Agosto de 1.995.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES / FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN La Gerencia del Futuro. PONENCIAS. Seminario Internacional. Universidad de los Andes. Facultad de Administración. Programa Desarrollo Gerencial. Bogotá, Octubre de 1.988.

VALENCIA, L.G., La Administración de Recursos Básicos de Salud. Bogotá, Enero de 1.984.

VILARDELL, FRANCISCO Problemas Éticos de la Tecnología Médica Bol. Of. Sanit. Panam. Vol. 108 (5 - 6), Washington, Mayo y Junio de 1.990

VILMA POLO Comunicación personal. Grupo de Atención al Usuario. Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá D.C., Marzo de 1.997

BIBLIOTECA CENTRAL DE LAS FF.MM.
"TOMAS RUEDA VARGAS"



201005857

TMP6732