

# ANÁLISIS ESTRATÉGICO

## Análisis Interno

Este análisis está ejecutado con base en análisis documental y entrevistas a actores de interés de la investigación, arrojando como resultado lo siguiente:

### Recursos y capacidades financieras

Una de las conclusiones del plan de desarrollo 2012-2015, indica que el objetivo estratégico de sostenibilidad financiera, tuvo un cumplimiento consolidado del 80%, considerando el periodo de evaluación del Plan de Desarrollo, este indicador no es coherente con la realidad del Hospital, que presenta desequilibrio financiero agudizado en 2015. El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero no fue formulado de acuerdo a la realidad, como tampoco se hizo el debido seguimiento y control por parte de la Administración, la gestión pasa de riesgo Medio en 2013 a riesgo Alto 2014, según el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Se presentó un cambio de software, retrasos en la radicación de cuentas, aumento de glosas, costos operacionales y renuncias masivas del personal de facturación que impactaron gravemente la liquidez de la entidad, existiendo cesación de pago a empleados, proveedores, entre otros. No existió control financiero a las alianzas estratégicas y ajuste a contratos como el del SOAT y FOSYGA.

### Estados contables

Las cifras de los estados financieros revelan un debilitamiento de la situación financiera del Hospital Universitario del Valle, reflejado en las siguientes variables:

Con base en los estados contables reportados a la Contaduría General de la Nación se puede determinar que los ingresos provenientes de la venta de servicios en términos corrientes, prácticamente no han tenido variación entre 2008 y 2015. Sin embargo, como se puede ver en el siguiente cuadro, en pesos constantes, el hospital todos los años ha tenido menor ingreso con relación al año base 2008, y en 2015 la diferencia es de \$33.070 millones.

- Disminución del ingreso proveniente de venta de servicios:

**Tabla 13. Análisis de Ingresos del HUV 2008-2015.**

	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Pesos Corrientes	172.240.076	179.449.364	184.925.949	183.034.714	165.166.238	168.719.857	184.206.611	186.064.500
Pesos Constantes	172.240.076	185.450.890	189.159.908	195.156.277	202.435.606	207.375.035	211.398.110	219.135.281

Nota: para calcular los valores en precios constantes se tomó como base el año 2008, y para las conversiones se usó el cambio en el IPC anual reportado por el Banco de la República.

Fuente: Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

### Estructura financiera (miles de pesos)

De acuerdo con la información de los últimos cuatro años, desagregada por trimestres según el cuadro que aparece a continuación, los activos se mantuvieron ligeramente estables en términos corrientes, sufriendo algunas variaciones destacables durante el transcurso de las vigencias como en el último trimestre de 2015 que tuvo una variación de \$50.000 millones. Frente a los pasivos totales, entre el cuarto trimestre de 2012 y el cuarto trimestre de 2015, (tres años), no se redujeron de

acuerdo al compromiso en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, sino que por el contrario crecieron en más de \$100.000 millones, lo que puede afectar al HUV.

De la misma manera, el patrimonio que estaba en \$288.575 millones en el cuarto trimestre de 2013, dos años después, en el cuarto trimestre de 2015, caía de forma significativa en más de \$60.000 millones a \$227.584 millones en plena ejecución del PSFF lo que ocasionará nuevas dificultades por el incumplimiento con dicho PSFF.

**Tabla 14. Información financiera HUV por trimestres 2012-4 a 2015-4.**

Nombre	2012-4	2013-1	2013-2	2013-3	2013-4	2014-1	2014-2	2014-3	2014-4	2015-1	2015-2	2015-3	2015-4
Activos	435.875	436.357	429.917	447.465	443.551	442.456	452.104	467.480	475.768	479.084	517.830	535.038	483.878
Pasivos	153.009	148.397	151.577	160.606	154.976	154.164	162.751	160.684	183.438	192.832	236.604	280.473	256.294
Patrimonio	282.866	282.872	282.908	282.950	288.575	288.596	288.787	288.789	292.329	292.329	292.340	292.340	227.584

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Como se indicó los activos se mantienen en términos corrientes, toda vez que entre diciembre de 2012 y diciembre de 2015, sus variaciones se dan en las siguientes proporciones (ver Tabla 15).

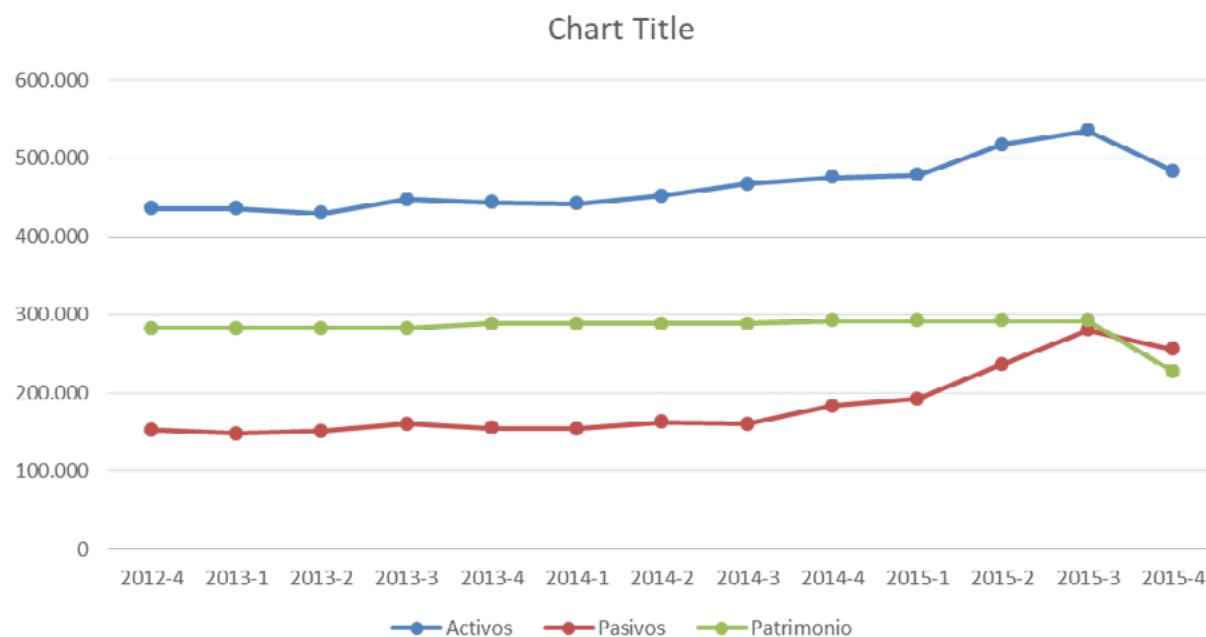
Para el periodo analizado la inversión en activos del HUV apenas si crece en una rata promedio del 3.6%, mientras que la inflación promedio fue del 4.12%, por lo que no existe crecimiento real.

**Tabla 15. Análisis de Activos del HUV 2012-2015.**

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Activos	435.875	443.551	475.768	483.878
Incremento activo		1,8%	7,3%	1,7%
Comportamiento del IPC	2,44%	1,94%	3,66%	6,77%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Por su parte, el endeudamiento del HUV, crece en forma desproporcionada afectando negativamente la estructura patrimonial (ver Tabla 16).



**Figura 8. Comportamiento activo, pasivos y patrimonio 2012-2015 HUV.**

Fuente: elaboración propia con base en la Tabla 16.

**Tabla 16. Análisis de pasivos del HUV 2012-2015.**

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Pasivos	153.009	154.976	183.438	256.294
Incremento pasivo		1,3%	18,4%	39,7%
IPC	2,44%	1,94%	3,66%	6,77%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

El incremento promedio del pasivo estuvo en el 19.8% con agudeza en el año 2015 (39.7%), muy por encima de la inflación promedio haciendo que los derechos de los terceros superen el patrimonio lo que significa deterioro de la estructura financiera:

**Tabla 17. Análisis de relación balance del HUV 2012-2015.**

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
% pasivo a activo	35%	35%	39%	53%
% patrimonio a activo	65%	65%	61%	47%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Las cifras anteriores muestran que a diciembre de 2012 cada peso de activo del hospital estaba financiado solo en 35 centavos por los terceros y 65 centavos eran propiedad de la institución, situación que se mantiene hasta diciembre de 2013 y comienza a deteriorarse en 2014; al cierre del 2015 la institución invierte esta proporción, y se financia con terceros en el 53%, situación que, de continuar en tendencia, conduciría a la institución a riesgo de insolvencia. Estas cifras son una desventaja para el proceso de reestructuración.

Desde la óptica financiera, las razones de este comportamiento se detallan a continuación:

- Un nivel de productividad negativo, que alcanza en los años analizados (2012-2015) una pérdida acumulada de \$103.541 millones equivalentes al 32.2% del capital fiscal:

**Tabla 18. Análisis de elementos del Estado de actividad económica, social y ambiental del HUV 2012-2015.**

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Ingresos	210.820.373	221.686.845	255.764.859	270.600.817
Gastos	130.228.058	76.767.053	93.955.098	160.143.686
Costos de ventas y operación	128.337.776	139.443.464	158.270.211	175.268.461
Resultado	-47.745.461	5.476.328	3.539.550	-64.811.330

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).



**Figura 9. Comportamiento del resultado del ejercicio 2012-2015 HUV.**

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 18.

- Una baja rotación de cartera, lo que genera requerimientos de efectivo que desbordan la capacidad financiera de la institución, por lo tanto, aumenta los costos financieros por préstamos (en 2015 se causaron gastos de intereses por \$2.625 millones) para poder mantener el pago de los compromisos (cifras en millones de pesos).

**Tabla 19. Análisis de cartera del HUV 2013 a 2015 de forma trimestral.**

Detalle	2013-1	2013-2	2013-3	2013-4	2014-1	2014-2	2014-3	2014-4	2015-1	2015-2	2015-3	2015-4
Cartera servicios de salud	130.660	124.314	140.059	130.085	130.672	134.257	125.374	138.119	149.291	199.399	198.769	140.029
Venta de servicios	39.573	44.713	46.528	37.905	43.190	43.955	45.514	51.548	48.736	56.810	45.433	35.796
Días de cartera	297	250	271	309	272	275	248	241	276	316	394	352
Rotación	1,2	1,4	1,3	1,2	1,3	1,3	1,5	1,5	1,3	1,1	0,9	1

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Cada cuenta desde su emisión, se demora entre 241 y 394 días en ser recuperada. De los periodos analizados, se infiere que existe deterioro en los plazos de cobro y por ende en el número de veces que rota la cartera en el año. Entre 2013 y junio de 2014 el índice de rotación estuvo en promedio en el 1.3 con una leve mejora en el segundo semestre de 2014 (1.5) veces al año, y con deterioro en 2015 a una rotación promedio de 1.1 lo que significa que una cuenta demora en promedio 334 días en ser recuperada.

Es necesario aclarar que estos indicadores se calcularon sobre la cuenta de cartera corriente, toda vez

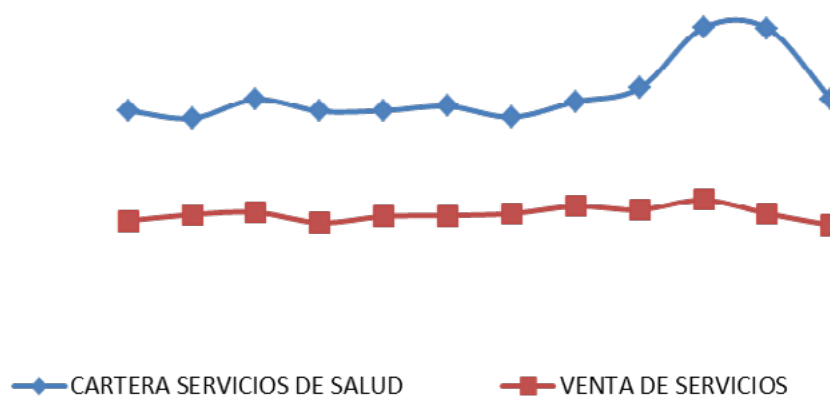
que los hospitales reclasifican los valores catalogados como cuentas de difícil cobro, si estos valores se tuvieran en cuenta el cálculo el plazo es todavía mayor, lo que indicaría una rotación más lenta o menor. Parte del problema de rotación radica en los procesos de facturación, radicación, auditorías, devoluciones y glosas entre otros; situación que se detalla en el respectivo acápite (el de procesos).

- El comportamiento de la cartera no guarda correlación con el comportamiento de las ventas, (indicador de correlación = 0.53) lo que implica fallas estructurales en los procesos de gestión de facturación y recuperación de las cuentas:

**Tabla 20. Análisis vertical por trimestre de la cartera y la venta de servicios de salud del HUV.**

Trimestre	Cartera servicios de salud	Análisis vertical	Venta de servicios	Análisis vertical
2013-1	130.660.487		39.573.338	
2013-2	124.313.500	-5%	44.713.341	13%
2013-3	140.058.997	13%	46.527.840	4%
2013-4	130.085.323	-7%	37.905.338	-19%
2014-1	130.671.897	0%	43.189.736	14%
2014-2	134.257.185	3%	43.954.814	2%
2014-3	125.373.536	-7%	45.514.290	4%
2014-4	138.119.161	10%	51.547.771	13%
2015-1	149.291.392	8%	48.735.570	-5%
2015-2	199.398.720	34%	56.809.585	17%
2015-3	198.769.276	0%	45.433.390	-20%
2015-4	140.029.449	-30%	35.795.947	-21%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).



**Figura 10. Comparación cartera por servicios y venta por servicios 2013-2015 HUV.**

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 20.

De la información anterior, es necesario aclarar que el comportamiento de la cartera de servicios de salud se encuentra afectada por la reclasificación de deudas de difícil cobro, que, para el último trimestre de 2015, alcanzó la suma de 32 mil millones.

Las provisiones de cartera dan cuenta del alto grado de deterioro presentado en este importante activo que no solamente irriga las finanzas del hospital, sino que materializa el ingreso. Si la venta no se recauda, genera las dificultades del disponible y tiene

el efecto de aumentar los gastos por provisiones dificultando el desarrollo de las actividades de la institución. Es decir, tiene un efecto contrario a la venta efectiva o recaudada porque se debe provisionar, o sea, aumenta sus gastos, para ello se expone lo siguiente (ver Tabla 21).

Para el año 2015, el gasto por provisión para deudas de difícil cobro alcanzó la suma de 57.326 millones (ver Tabla 22).

**Tabla 21. Análisis de cartera, cartera de difícil cobro y provisiones del HUV por trimestre.**

Detalle	2013-1	2013-2	2013-3	2013-4	2014-1	2014-2	2014-3	2014-4	2015-1	2015-2	2015-3	2015-4
Cartera servicios de salud	130.660	124.314	140.059	130.085	130.672	134.257	125.374	138.119	149.291	199.399	198.769	140.029
Deudas difícil cobro-servicios de salud	64.634	76.952	72.393	72.467	72.465	69.617	69.610	69.503	69.503	69.522	69.519	102.119
Provisión servicios de salud	-118.803	-126.875	-122.009	-118.235	-124.365	-110.081	-95.511	-98.593	-107.247	-110.267	-110.374	-133.930
Gasto de provisión	2.044	8.073	-4.866	-292	6.131	3.914	6.065	3.851	9.809	6.280	8.826	32.410

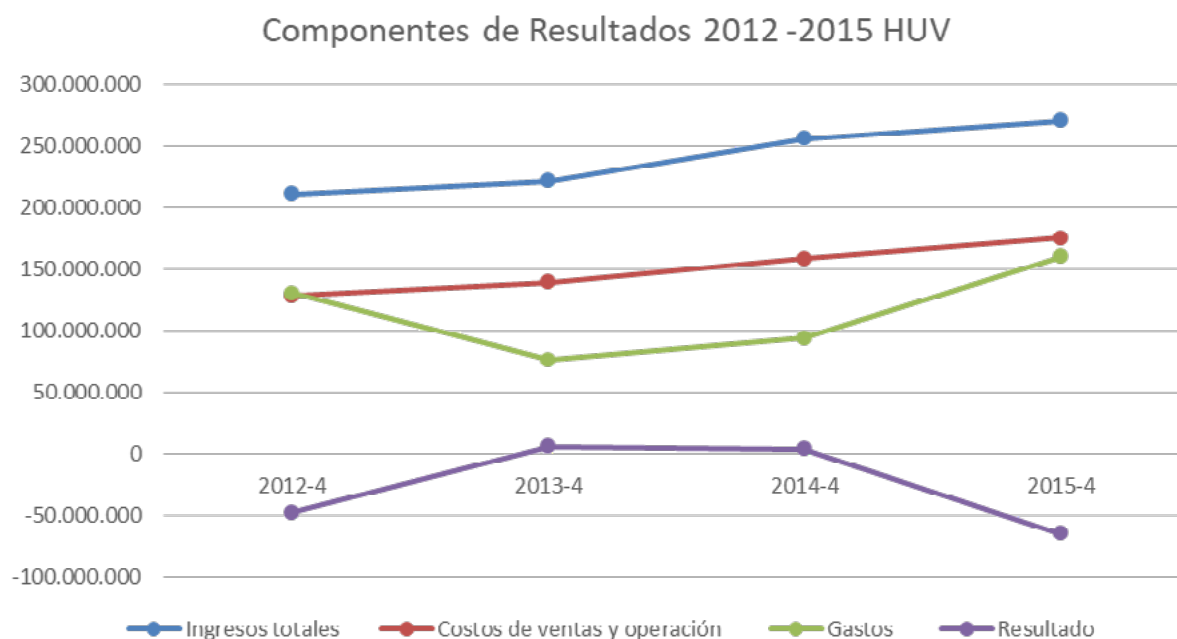
Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

**Tabla 22. Análisis estructura costo y gasto 2015 a 2015 HUV.**

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Ingresos totales	210.820.373	221.686.845	255.764.859	270.600.817
Costos de ventas y operación	128.337.776	139.443.464	158.270.211	175.268.461
% costo /ingreso	61%	63%	62%	65%
Gastos	130.228.058	76.268.511	93.955.098	160.143.686
% gasto / ingreso	62%	34%	37%	59%
Resultado	-47.745.461	5.974.870	4.068.976	-64.777.130
	-23%	3%	2%	-24%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

## Estructura de costos y gastos (miles)



**Figura 11. Componentes del Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental 2012-2015 HUV.**

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 22.

Los datos presentes evidencian una estructura donde el ingreso es insuficiente para cubrir los costos y los gastos, confirmando una vez más que la institución no es competitiva, máxime cuando en el año 2015 el 40% de sus ingresos proviene de fuentes diferentes a las misionales. Los pacientes que al fin del periodo contable están en proceso de atención, se cargan al costo, pero no se facturan generando problemas de asimetría de información, lo que

corresponde a un activo que solamente cuando se factura y se convierte en ingreso y se asocia al costo, se podrá conocer si existe o no excedente.

a) Composición de los ingresos:

No todos provienen de fuentes misionales, tal y como se detalla a continuación:

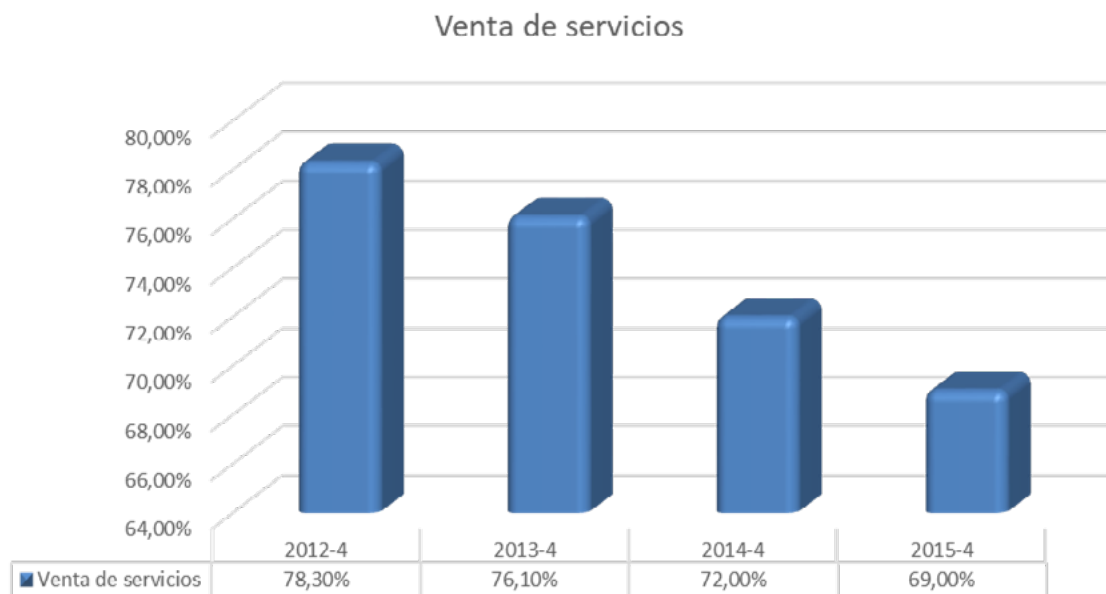
**Tabla 23. Composición de los ingresos 2012-2015 HUV.**

Código	Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
4	Ingresos	100%	100%	100%	100%
41	Ingresos fiscales	9,40%	9,50%	9,60%	11,10%
43	Venta de servicios	78,30%	76,10%	72,00%	69,00%
44	Transferencias	7,10%	1,20%	0,00%	1,80%
48	Otros ingresos	5,10%	13,10%	18,40%	18,00%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Los ingresos fiscales (estampilla prohospitalares) se han mantenido en una participación porcentual un poco inferior al 10% durante los últimos cuatro (4) años, con ligera tendencia a crecer en 2011; los ingresos por transferencias, tuvieron su más alta participación en 2012 (7.1%), en los siguientes años

apenas si alcanzan el 1% en promedio. Finalmente en el tema de ingresos, la fuente más importante de ingresos del hospital corresponde a la prestación del servicio, sin embargo la participación de este rubro baja 10 puntos en solo cuatro años:



**Figura 12. Ingresos por venta de servicios HUV 2012-2015.**

Fuente: elaboración propia con base en la Tabla 23.

La cuenta de otros ingresos, acumula ingresos provistos por intereses y rendimientos financieros, venta de pliegos, arrendamientos, donaciones, recuperaciones, otros conceptos, sobrantes, e ingresos extraordinarios. El concepto de mayor participación en 2015 fue: recuperaciones (9.1%) y otros ingresos ordinarios (4.7%).

#### b) Tendencias de los ingresos por servicios

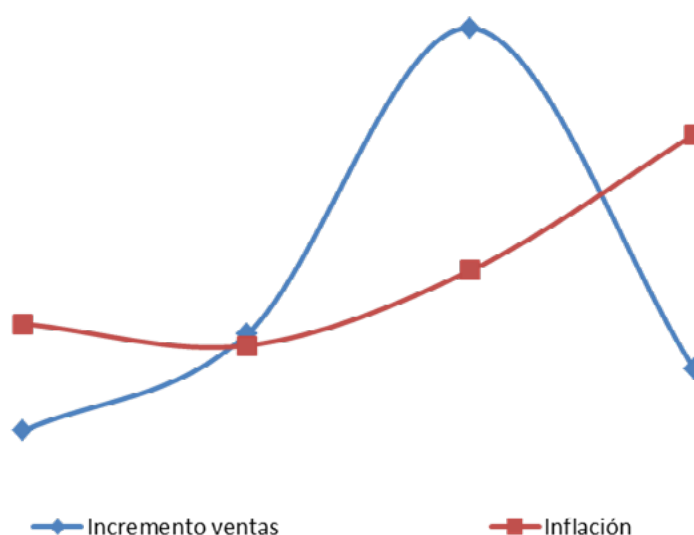
Este es un punto preocupante porque en este rubro que es la razón de ser de un hospital no se nota un crecimiento, pues en 2015 vendió menos de lo vendido en 2012, si se analiza en términos reales, descontando la inflación de esos cuatro años.

**Tabla 24. Análisis del cambio en las ventas 2012-2015 HUV.**

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Venta de servicios	165.166.238	168.719.857	184.206.611	186.774.492
Incremento ventas	-9,76	2,20%	9,20%	1,40%
Inflación	2,44%	1,94%	3,66%	6,77%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).





**Figura 13. Ventas HUV vs. Inflación 2012-2015.**

Fuente: elaboración propia con base en la Tabla 24.

El comportamiento de las cifras de ventas, muestra que no existe un crecimiento real en el periodo, toda vez que, a excepción de 2014, el incremento se ubica por debajo de la inflación.

#### c) Composición de los gastos

Una organización de cualquier tipo, aspira que la inversión (costos) supere siempre los gastos

administrativos y generales con miras a lograr eficiencia administrativa, lo que le asegura supervivencia, por lo que se esperaría que en líneas generales por cada peso de costo se tenga 0.20 de gasto. En el caso del HUV, podría decirse que el gasto es excesivo frente al costo:

**Tabla 25. Análisis de costos y gastos HUV 2012-2015.**

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Gastos	130.228.058	76.767.053	93.955.098	160.143.686
Costos ventas y operación	128.337.776	139.443.464	158.270.211	175.268.461
Total costo y Gasto	258.565.834	216.210.517	252.225.309	335.412.147
% gasto	50%	36%	37%	48%
% costo	50%	64%	63%	52%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Empresas sociales del estado de similares características (nivel de complejidad), presentan mejores condiciones en el uso de los recursos. Debe tenerse en cuenta que en estos el Hospital debe compararse

con los mejores y no con los que se encuentran en iguales o peores condiciones; a manera de ejemplo se citan los siguientes:

**Tabla 26. Análisis de costos y gastos Hospitales Públicos 2015.**

Nombre	Tunal	Samaritana	S. Bolívar	Militar	Santa Sofía
Gastos	34.734.076	33.149.992	54.760.737	30.418.850	24.096.017
Costos de ventas y operación	109.357.586	153.666.340	109.313.604	216.293.935	51.808.915
Total costo y Gasto	144.091.662	186.816.332	164.074.341	246.712.785	75.904.932
% gasto	24%	18%	33%	12%	32%
% costo	76%	82%	67%	88%	68%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Los valores relativos (%) de la tabla anterior permiten establecer que el HUV presenta deficiencias en la administración y optimización de los recursos, toda vez que su indicador de participación costo-gasto es alto (gasto = 48% para el 2015), mientras que en los hospitales tomados como referencia el promedio de participación del gasto es del 24%, lo que indica la urgente necesidad de que el HUV adopte una estrategia inmediata para corregir tal situación para evitarle riesgos mayores.

a) Componentes que inciden en el gasto:

En la composición de los gastos se observa que el rubro denominado gastos de administración tiene

un comportamiento estable, inclusive para el año 2014 presenta una leve disminución, no obstante, su participación frente al total de gastos es variable, como consecuencia de las variaciones atípicas presentadas por el rubro de provisiones, depreciaciones y amortizaciones, que para el año 2015 alcanza un 53,7% del total de gastos. El grupo de cuentas que conforman el gasto administrativo presentan el siguiente comportamiento:

i. Cuentas relacionadas con gastos de personal administrativo (miles) (ver Tabla 28):

**Tabla 27. Composición del gasto HUV 2012-2015.**

Nombre	2012-4	%	2013-4	%	2014-4	%	2015-4	%
De administración	43.853.576	33,70%	43.102.973	56,10%	41.109.664	43,80%	43.490.137	27,20%
Provisiones, depreciaciones y amortizaciones	73.032.199	56,10%	9.368.540	12,20%	26.109.697	27,80%	86.025.477	53,70%
Gasto público social		0,00%	498.542	0,60%	529.426	0,60%	34.200	0,00%
Otros gastos	13.342.283	10,20%	23.796.998	31,00%	26.206.311	27,90%	30.593.872	19,10%
	130.228.058	100%	76.767.053	100%	93.955.098	100%	160.143.686	100%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

**Tabla 28. Revisión en cifras de las cuentas contables sobre personal administrativo HUV 2012-2015.**

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Sueldos y salarios	24.846.826	25.414.765	24.793.256	26.725.025
Contribuciones imputadas	700.660	443.953	504.653	890.707
Contribuciones efectivas	3.194.886	3.422.751	3.954.207	4.395.216
Aportes sobre la nómina	637.303	711.521	674.685	740.634
Subtotal	29.379.675	29.992.990	29.926.801	32.751.582
Incremento/ disminución	1.889.629	613.315	-66.189	2.824.781
%	6,90%	2,10%	-0,20%	9,40%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

En el análisis del rubro sueldos y salarios, equivalente a \$26.725.025 miles, se observa que el 37% corresponde al sueldo básico del personal administrativo (\$9.924.979), seguido de un 36% que corresponde a contratos del personal temporal (agremiaciones \$9.650.155 miles).

En los demás componentes se destacan las horas extras (\$2.61.296) que corresponden al 8% del valor total de la cuenta y que para el año 2015 tuvo un incremento del 5.7%, situación esta que a todas luces puede identificar debilidades en el manejo del

recurso, habida cuenta que el crecimiento en los gastos del personal administrativo debería tener alto grado de correlación con el ingreso.

ii. Provisiones, depreciaciones y amortizaciones:

El mayor debilitamiento financiero que presenta el HUV para el año 2015, se centra en el concepto de provisiones, que representan el 35.8% de los gastos totales y si se comparan con el total de ingresos por servicios del año representa el 46.1% de los mismos:

**Tabla 29. Análisis comportamiento de las provisiones 2012-2015 HUV.**

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Provisiones deudores por servicios de salud	61.754.117	4.958.308	19.960.876	57.326.325
Provisión otros deudores	0	195.020	5.290	0
Provisión materiales para la prestación de servicios	577.589	0	419.670	89.280
Provisión terrenos	0	1.563.284	0	0
Provisión litigios	2.044.524	752.099	3.854.333	26.714.484
Total provisión en miles	64.376.230	7.468.711	24.240.169	84.130.089

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Del total de las provisiones para deudas de salud, el 80% se concentra en las siguientes entidades:

**Tabla 30. Composición por entidad de las provisiones para deudas de salud HUV 2015.**

Entidad	\$ Miles
Departamento del Valle del Cauca	5.235.539
Seguros de vida Colpatria S. A.	2.701.667
Caprecom EICE en liquidación	24.270.076
Seguros Colpatria S. A.	2.670.347
RTS Servicio de Salud Ltda.	635.220
Asociación Mutual Barrios Unidos	971.378
R.T.S. S.A.S.	663.114
Coomeva E.P.S.	1.617.061
Emsanar E.S.S.	3.565.705
Nueva EPS	1.906.701
Saludcoop	1.758.283
Subtotal	45.995.092

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Tal como se aprecia en la tabla precedente, buena parte de las deudas de difícil cobro (55%), corresponde a CAPRECOM.

La provisión realizada se ajusta a las normas técnicas de la Contaduría General de la Nación, más no a la realidad económica y financiera, toda vez que se trata de una cuenta de largo plazo, más no de difícil cobro ni mucho menos pérdida, en la medida en que, por tratarse de una entidad del Estado, que recibió un servicio para sus afiliados, tiene un deudor solidario o subsidiario: "la nación".

### Análisis de costos (MILES DE PESOS)

El HUV presenta una estructura de costos superior a la de muchas IPS públicas o privadas y requiere una constante revisión para asegurar su competitividad. En la medida que el mercado ha permitido el ingreso de nuevas IPS competidoras con equipos más modernos, duraderos, eficientes y con personal menos costoso, el aspecto de costos de los servicios ofrecidos ha tomado mayor relevancia y en este campo el HUV tiene mucho por adelantar.

Hoy día, las EPS no aceptan cualquier precio que se le cobre por los servicios y si por ley se ven obligados a contratar con un hospital público, simplemente no

le mandan pacientes si los cobros son excesivos y por fuera de las tarifas del mercado. El HUV ha logrado estructurar paquetes de servicios de acuerdo con las condiciones actuales del mercado y debe mantener una constante revisión y actualización de sus costos, en tanto las contrataciones que haga pueden ser letra muerta, si las tarifas se distancian de los precios de los competidores.

**Tabla 31. Margen operativo HUV 2012-2015.**

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Venta de servicios	165.166.238	168.719.857	184.206.611	186.774.492
Costos de ventas y operación	128.337.776	139.443.464	158.270.211	175.268.461
Margen de costo	77,7%	82,6%	85,9%	93,8%
Margen operativo	22,3%	17,4%	14,1%	6,2%

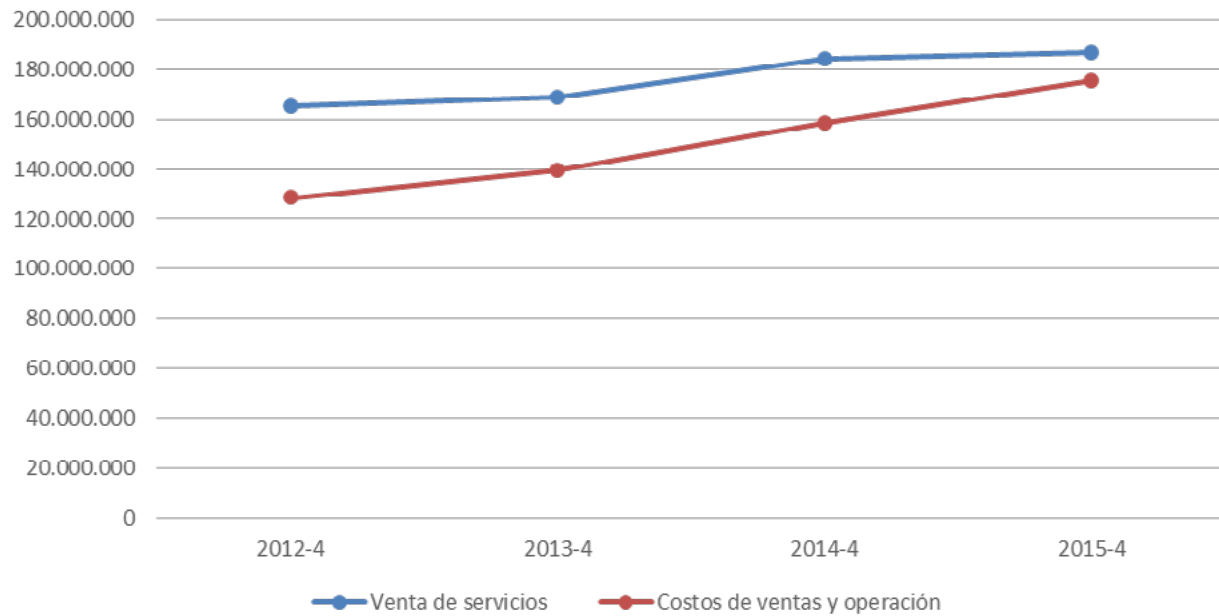
Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

El costo como componente del servicio de salud debe guardar estrecha relación con el citado servicio; es decir que ante una disminución del servicio (por cierre o por tercerización) debe existir una disminución en los costos, situación que no ocurre en el HUV, habida cuenta de la disminución en el margen operativo vista en la Tabla anterior, que para 2015 se cierra en un 6.2%, como consecuencia de un crecimiento de los costos superior al crecimiento del ingreso. Los componentes que hacen parte del costo del servicio presentan el siguiente peso dentro del costo total:

**Tabla 32. Componentes del costo HUV 2015.**

Componente	Miles de pesos	%
Materiales	40.585.841	23,2%
Generales	22.929.003	13,1%
Recurso humano	103.185.760	58,8%
Depreciación y amortización	8.489.589	4,8%
Impuestos	78.268	0,0%
Total costos	175.268.461	100,0%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

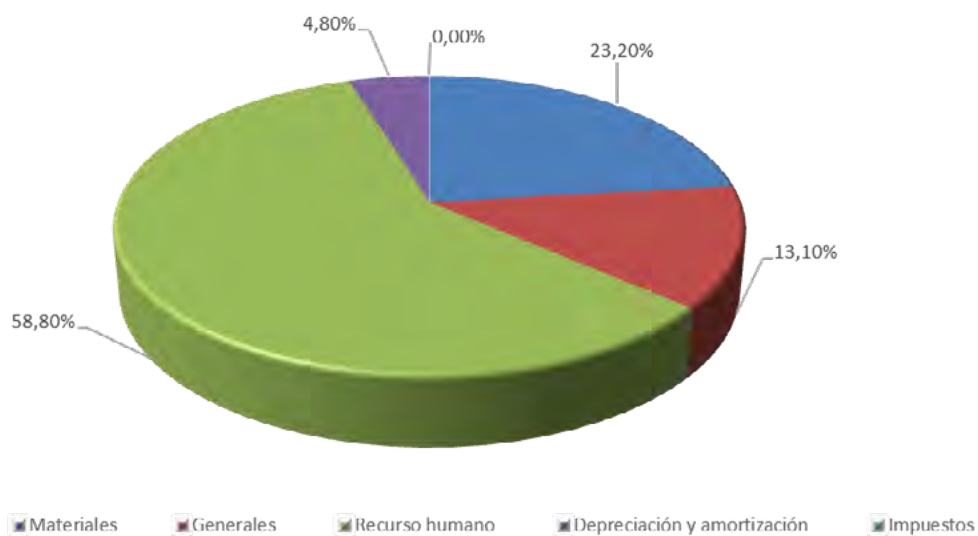


**Figura 14. Ventas vs. Costos HUV 2012-2015.**

Fuente: Tabla 31. Margen operativo HUV 2012-2015.

Los componentes de mayor peso en el costo son los servicios personales (nómina y agremiaciones) con un peso del 58.8% en el costo total, seguido de

médicos) que representa el 23,2% del total del costo y los gastos generales con el 13,1%. Visto gráficamente se tiene lo siguiente:



**Figura 15. Distribución del costo HUV 2015.**

Fuente: elaboración a partir de la Tabla 32.

Analizados los diferentes componentes del costo del servicio, se profundiza en el componente del Recurso Humano y los materiales, toda vez que estos dos factores representan el 82% del total. El recurso humano atribuible al costo de prestación del servicio tiene un valor de \$103.185 millones de los cuales \$57.217.5 millones (55.5%) corresponden a servicios

de personal temporal contratado a través de las agremiaciones, los restantes \$45.968.2 millones corresponden a la nómina.

La composición de la nómina y las obligaciones derivadas de la nómina presenta las siguientes cifras:

**Tabla 33. Análisis de los componentes de la nómina HUV 2015.**

ÍTEM	Valor 2015	%	
Nómina - contratación directa			45.968.207.356
Salarios		24.746.248.441	54%
Sueldos básico	18.246.011.253		
Otros factores de salario	6.500.237.188		
Dominicales y festivos	5.021.353.815	10,90%	
Horas extras	21.174.784	0,00%	
Recargo nocturno	1.251.864.494	2,70%	
Subsidio de transporte	27.691.872	0,10%	
Turnos	127.514.919	0,30%	
Vacaciones en dinero	50.637.304	0,10%	
Oldn		21.221.958.915	46%
Cesantías	2.465.797.473	5,40%	
Vacaciones	1.637.780.476	3,60%	
Prima de servicios	2.969.932.519	6,50%	
Auxilio educativo	221.849.749	0,50%	
Bonificación recreación	92.212.697	0,20%	
Bonificación serv prestados	580.806.320	1,30%	
Dotación	560.364	0,00%	
Licencia por maternidad	11.254.059	0,00%	
Licencia remunerada	141.314.709	0,30%	
Prima antigüedad	64.918.117	0,10%	
Prima navidad	2.929.172.471	6,40%	
Prima de vacaciones	1.058.759.666	2,30%	
Prima extralegal	313.714.969	0,70%	
Prima técnica	589.432	0,00%	
Contribuciones efectivas	5.107.470.289	11,10%	
Contribuciones imputadas	1.122.575.426	2,40%	
Aportes sobre la nomina	2.503.250.179	5,40%	

Fuente: elaboración propia con base en documentos entregados por el área de contabilidad HUV (2015).

De la tabla anterior se evidencia que, por cada peso de sueldo básico, se generan gastos por 152 centavos distribuidos así: otros conceptos de salario (auxilio de transporte, horas extras recargo nocturno, dominicales y festivos, vacaciones en dinero) \$6.500 millones, las obligaciones laborales derivadas de la nómina (OLDN) \$21.221,9 millones. Los valores de mayor peso en el salario corresponden a los dominicales y festivos y las contribuciones efectivas de la nómina.

Es necesario resaltar el grado de desventaja y efecto en el costo de las obligaciones laborales derivadas de la nómina que, como se mostró, son del 152% en el caso del HUV, que acentúan las desventajas frente a la competencia:

- o Obligaciones Laborales derivadas de la nómina en el sector privado: 47.5%
- o Obligaciones Laborales derivadas de la nómina en el sector Público: 65.5%
- o Obligaciones laborales derivadas de la nómina HUV: 152%

Lo anterior redonda en forma negativa cuando se trata de competir con otras entidades o con instituciones privadas y debería revisarse al interior del HUV, con los sindicatos sobre todo en la condición en que actualmente se encuentra el Hospital y teniendo en cuenta que es más económico organizar turnos rotativos de ocho horas y evitar las horas extras por el encarecimiento que estas originan como resultado de los reconocimientos legales que tiene cada hora.

## Análisis de costos por centro de rendimiento

**Tabla 34. Ingreso y Costo por Unidad de Servicio.**

Total año	Costo por Unidad	Ingreso por Unidad	I-C
Urgencias-consulta y procedimi	22.803.056	1.494.587	21.308.469
Urgencias-observación	3.004.470	2.130.792	873.678
Serv. Ambul. Consulta ext.y proc	154.250	5.166.443	( 5.012.193)
Serv. Ambul. Consulta especializ	10.301.854	26.553.922	( 16.252.068)
Serv. Ambul salud oral	689.215	125.539	563.677
Serv. Ambul. Otras activid. Extr	111.774	46.562	65.212
Hospitalización-estancia gener	27.093.566	53.625.795	(26.532.229)
Hospitalización-cuidados inten	23.085.242	7.978.838	15.106.404
Hospitaliz. Cuidados intermedio	1.491.177	1.369.504	121.673
Hospitaliz. Recien nacidos	9.083.791	3.484.118	5.599.673
Hospitaliz. Salud mental	1.245.647	598.633	647.015
Hospitalización quemados	1.376.822	747.535	629.287
Hospitaliz. Otros cuidados esp	9.077.822		9.077.822
Quirófanos y salas de parto qu	24.216.344	31.959.638	( 7.743.295)
Quiro.y salas-salas de parto	4.976.732	202.847	4.773.885
Apoyo diagnóstico-labor. Clini	6.557.915	12.678.049	( 6.120.134)
Apoyo diagnóstico-imagenología	13.608.985	16.704.569	( 3.095.584)
Apoyo diagn.-anatomía patologi	585.819	648.468	(62.649)

Continúa

Total año	Costo por Unidad	Ingreso por Unidad	I-C
Apoyo diagn.-otras unid.de apo	722.757		722.757
Apoyo terap.-rehabily terapia	4.053.758	3.133.779	919.979
Apoyo terap.-banco de comp.ana	372.922	158.728	214.193
Apoyo terap.-banco de sangre	5.047.887	5.059.712	(11.825)
Apoyo terap.-unidad renal	1.364.431	119.200	1.245.230
Apoyo terap.-unidad hemodinami	533.667	1.248.009	(714.342)
Apoyo terap.-terap. Oncológica	2.120.035	4.867.857	(2.747.822)
Apoyo terap.-farmacia hospital	401.664	6.069.528	5.667.864
Serv. Conex.a la salud-med.amb	696		696
Serv.conex.salud-serv docentes	117.184		117.184
Serv.conex.salud-serv.de ambula	146.908	594.921	(448.013)
Serv.conex.salud-otros servicio	922.070		922.070
Total	175.268.461	186.767.573	(11.499.111)

Fuente: elaboración propia a partir de la información entregada por el área de contabilidad del HUV.

Es importante señalar que, de acuerdo a las cifras entregadas por contabilidad, no se establece una asociación entre el ingreso y el costo por unidad, como se puede ver, hay unidades como "HOSPITALIZ. OTROS CUIDADOS ESP" cuyo ingreso es 0, se le atribuyen costos por 9.077.822 miles, igual situación se presenta en "APOYO DIAGN.-OTRAS UNID. DE APOYO".

Para efectos del análisis, se presentan gráficamente a continuación tres (3) intervalos de resultados: a) las unidades que producen excedentes, b) las unidades que producen pérdidas inferiores a 1.000 millones de pesos y c) las unidades con pérdidas superiores a 1.000 millones de pesos:

**a) Unidades que producen excedentes:** los excedentes generados por las unidades vistas en la siguiente figura provienen de las siguientes variables:

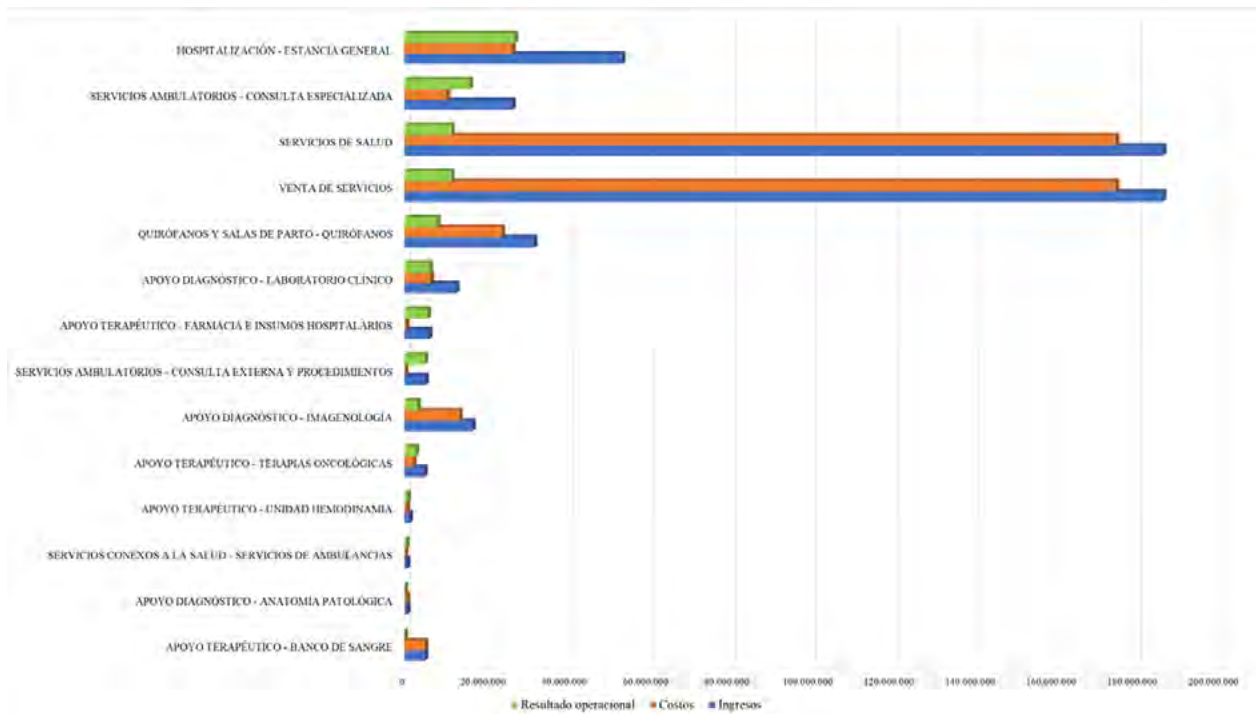
- Hospitalización estancia general, Servicios ambulatorios-consulta especializada y quirófanos-sala de parto. Los tres aportan el 60%

de los ingresos totales por servicios de salud, y obtienen un margen de productividad del 55%. La unidad de apoyo diagnóstico, a pesar de aportar el 8.9% de los ingresos, su productividad es más reducida que los anteriormente mencionados (18.5%).

- Desde la óptica de los costos, las unidades que presentan resultados positivos en el margen de costo de sus variables más significativas (sueldos y salarios-materiales), se ubican por debajo de la media general en la composición del costo, excepto por servicios ambulatorios especializados cuyo coeficiente está por encima de la media.
- Es necesario reconocer que en el estudio de estos datos se perciben asimetrías de información en la distribución de los costos, toda vez que los métodos de asignación no son lo suficientemente confiables.

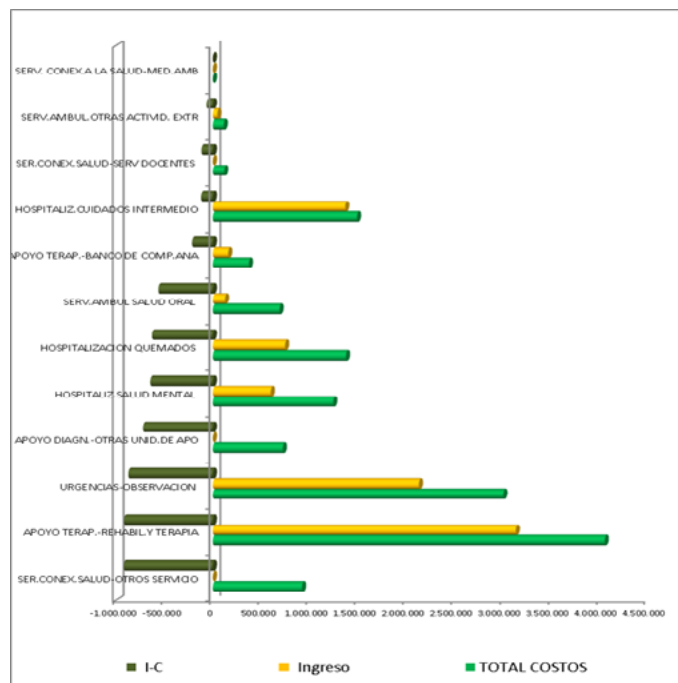
**b) Unidades que producen pérdidas inferiores a 1.000 millones de pesos:** Las unidades que hacen parte de la gráfica siguiente, presentan una pérdida moderada frente al tercer grupo de análisis.





**Figura 16. Ingresos y costos por unidad productiva que generaron utilidad 2015.**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de contabilidad por el HUV.



**Figura 17. Ingresos y costos por unidad productiva que no generaron utilidad 2015.**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de contabilidad por el HUV.

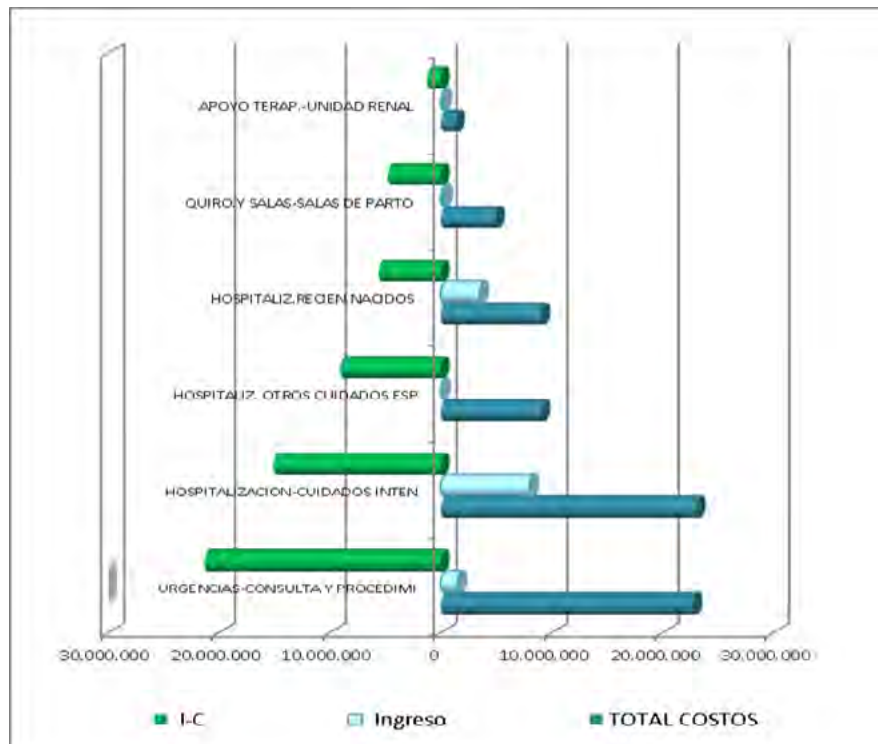
c) **Unidades con pérdidas superiores a 1.000 millones de pesos:** seis unidades conforman una pérdida operacional de 57.111 millones. Entre las variables que pueden ocasionar este comporta-

miento se encuentra el elevado consumo de recursos humanos que absorben los procesos de estas unidades:

**Tabla 35. Composición del costo por unidad de producción.**

Total año	Materiales	Generales	Nómina y oldn	Depreciación y amortización	Impuestos
Urgencias-consulta y procedimientos	3.937.495	1.393.454	17.008.424	457.338	6.344
Hospitalización-cuidados inten	5.507.757	1.919.961	15.026.168	626.460	4.896
Hospitaliz. Recien nacidos	1.809.995	217.218	6.747.802	307.219	1.558
Hospitaliz. Otros cuidados esp	0	1.310.024	7.353.877	409.717	4.203
Quiro.y salas-salas de parto	386.767	229.533	4.272.746	86.698	988
Total	11.642.014	5.070.190	50.409.017	1.887.432	17.989
	17%	7%	73%	3%	0%

Fuente: elaboración a partir del libro mayo entregado por el área de contabilidad del HUV.



**Figura18. Ingresos vs. costos por unidad de producción.**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de contabilidad por el HUV.

Las cifras anteriormente analizadas permiten concluir que el HUV tiene un esquema de costos insostenible a la luz de sus ingresos, dado que estos no permiten cubrir la totalidad de costo y gasto, razón por la cual se generaron pérdidas en los últimos meses.

De acuerdo con lo consignado en las notas a los estados contables, se resalta que la información de costos puede contener asimetrías o inconsistencias, entendiendo que hubo deficiencias en el cargue inicial de la base de datos de costos.

### Capital de trabajo

El capital de trabajo es un indicador importante, pues indica el efectivo y los activos líquidos disponibles para financiar las operaciones diarias de una organización.

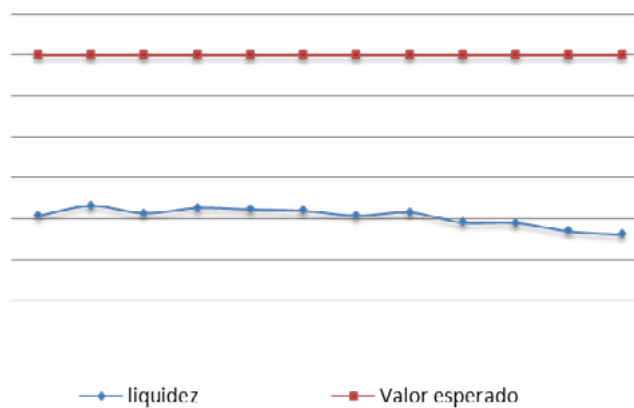
Para el cálculo del capital de trabajo del HUV se excluyó la cartera de difícil cobro y la provisión. Ante la baja rotación de cartera, así como la incertidumbre de su recaudo, se estima que un indicador de liquidez para una entidad con estas características (retornos de cartera lentos), debe acercarse a tres (3). Sin embargo, para los periodos analizados el indicador de liquidez se aproxima siempre a uno (1) y a partir de 2014 se ubica por debajo de uno, es decir que no se cuenta con el valor suficiente para cubrir las obligaciones corrientes.

A partir del cuarto trimestre de 2014, el capital de trabajo se vuelve negativo por lo que la entidad difícilmente puede cumplir con sus obligaciones corrientes en términos de oportunidad ante una estrechez cada vez mayor de su liquidez (ver Figura 19).

**Tabla 36. Cálculo del capital de trabajo (Millones de pesos).**

NOMBRE	2012-4	2013-1	2013-2	2013-3	2013-4	2014-1	2014-2	2014-3	2014-4	2015-1	2015-2	2015-3
Activo Corriente	177.091	187.748	176.658	194.729	187.922	195.248	194.367	194.856	204.450	216.633	257.112	274.882
Pasivo Corriente	170.487	161.485	165.021	171.514	168.177	177.492	186.908	180.484	213.774	227.917	302.916	340.187
Capital de trabajo	6.604	26.263	11.637	23.215	19.745	17.755	7.459	14.371	-9.324	-11.285	-45.804	-65.305
Indicador de liquidez	1,04	1,16	1,07	1,14	1,12	1,10	1,04	1,08	0,96	0,95	0,85	0,81

Fuente: Contaduría General de la Nación (2015).



**Figura 19. Análisis de liquidez HUV por trimestre.**

Fuente: Tabla 36. Cálculo del capital de trabajo (Millones de pesos).

### Tesorería

De acuerdo con la información disponible correspondiente a la Tesorería del HUV y que se registra en las tablas siguientes, en el período 2012 a 2015 hubo un aumento importante en los ingresos disponibles de caja, al pasar de \$162.285 millones a \$224.929 millones, correspondiente al 38,6% en términos nominales, sin incluir alrededor del 50% del giro directo a facturas de vigencias anteriores al año en que se paga.

El giro directo a facturas, a excepción del año 2014, ha estado creciendo constantemente hasta llegar a la suma de 41 mil millones en 2015, gracias a los cambios en la política de giro directo por parte del Ministerio de Protección Social. No obstante, dado que las EPS siguen aplicando los pagos del giro directo a facturas de años anteriores, se han presentado en los dos últimos años mejorías en cuanto al dinero que llega por giro directo al hospital.

Conforme al ejercicio efectuado por el área financiera durante el periodo del 2015, el HUV no recibió el giro directo como lo establece la norma (cancelación del 50% de las cuentas radicadas). La institución solo recibió un 35% del valor radicado, con el agravante que de este 35% solo el 23% corresponde a la facturación radicada de la vigencia.

**Tabla 37. Análisis de giro directo.**

<b>Giro directo vigencia 2015 (miles)</b>		
Valor total radicado a noviembre de 2015	117.647.342	%
Valor a recibir por giro directo (de acuerdo con la norma)	58.772.151	50%
Valor recibido por giro directo	38.385.532	33%
Valor del giro correspondiente a vigencias anteriores	13.679.590	12%
Valor del giro correspondiente a la radicación de la vigencia	24.705.942	21%

Fuente: elaboración propia con base en los datos suministrados por el Área financiera HUV.

Frente al esfuerzo propio de las EPS, se nota que en 2013 hubo un crecimiento hasta llegar a \$77.726

millones, pero el mismo decayó en 2014 y volvió a subir un 20% en 2015, sin embargo, no llegó a los niveles de 2013. Es de anotar que los ingresos a caja por venta de servicios llegaron a \$124.489 millones en 2015, cifra importante, pero que no es suficiente ni siquiera para cubrir los pagos al personal de nómina y agremiaciones del HUV en diferentes campos y eso se refleja en constantes protestas al interior del mismo.

Es notorio el incremento de recursos en depósitos judiciales, que ha pasado de \$3.895 millones en 2012 a \$10.770 millones en 2015 valor a recuperar el primer trimestre de 2016, lo que amerita un trabajo especial de defensa judicial del HUV para que no se le sigan congelando recursos desde el sector judicial colombiano. Los ingresos de recursos por estampilla han mejorado año a año, representando un crecimiento del 59.5% entre 2012 y 2015, que ha ayudado a que el Hospital tenga una fuente de financiación segura aprobada por la Asamblea Departamental. Los cambios en su uso, aprobados mediante ordenanzas 397 de 2013 y 407 de 2015 firmada por la gobernadora Dilian Francisca Toro en enero 5 de 2016, han permitido mejoras en la caja del HUV.

La reducción en la contratación del HUV con el gobierno departamental del Valle para atender la población pobre no asegurada se nota en el hecho de que mientras en 2012 la Secretaría de Salud Departamental pagó \$17.048 millones, en 2015 solo pagó \$9.253 millones o el 54% de lo pagado en 2012. No obstante, es importante tener presente que esta contratación debe tender a crecer por los aportes patronales que son pagados contra servicios y por nueva facturación por la resolución 1479 del Ministerio de Salud y Protección Social sobre el denominado No Pos.

El Plan de Saneamiento Financiero y Fiscal (PSFF) que es de cumplimiento estricto para el HUV comenzó a significar ingresos para el hospital tanto de la nación, como del departamento y del municipio. Dado que los ingresos a tesorería por prestación de servicios de salud no son suficientes para el funcionamiento estable del Hospital, han tenido que recurrir a otros medios de financiación como la estampilla, la nación, el departamento, el municipio

o créditos especialmente de tesorería, para aspectos puntuales. A partir de 2014 se evidencia una tendencia a incrementar esta última fuente de financiación y a la generación de caja al pasar de \$3.400 millones en 2013 a \$35.335 millones en 2014 y a \$40.000 millones en 2015, representando el 18% de las disponibilidades de caja, lo que puede significar que se está convirtiendo en una fuente de financiación muy importante pero a la vez de enorme riesgo si el HUV no genera la producción, venta y recaudo de dineros en

las cantidades y tiempos adecuados. Igual sucede con el constante apoyo para el salvamento por parte de la nación que en estos cuatro años ha sumado más de \$32.000 millones a la tesorería del HUV. La cuota recuperadora históricamente en el hospital significó alrededor de \$1.500 millones mientras para 2015 disminuyó significativamente, no obstante, realizado el análisis por presupuesto se refleja un recaudo superior, presumiendo un error de registro en tesorería.

**Tabla 38. Recaudo 2012-2015 HUV.**

INGRESOS	2012	2013	2014	2015
Cifra en millones de \$				
Giro directo	33.332	35.734	34.208	41.046
Esfuerzo propio EPS	53.967	77.726	58.354	69.869
Recuperación de cartera	688	121	6.687	4.314
Dep. judiciales	3.895	2.119	9.093	10.770
Estampilla	19.330	22.742	24.254	30.824
Contrato SSDV	17.048	12.600	15.525	9.253
Reforzamiento	4.000			
Nación	8.609	11.000	1.902	10.732
Municipio			1.902	1.092
Otros	1.821	1.756	1.336	1.500
Créditos	15.470	3.400	35.335	40.000
Cuota recuperadora	1.752	1.573	1.520	190
PSFF			3.100	2.019
Total ingresos años	162.285	170.089	222.457	224.929

Fuente: Información suministrada por el Área de tesorería del HUV (2016).

En cuanto a los egresos de caja y según la información disponible correspondiente a la tesorería del HUV y reflejada en la Tabla 38 los pagos realizados presentan un aumento progresivo, pasando de \$168.090 millones en 2012 a \$224.345 millones en 2015, representando un 33.5% de aumento en concordancia con el aumento en los ingresos, lo que se logró principalmente gracias a los apoyos de los Gobiernos Nacionales, departamentales y municipales

y por los créditos de \$35.335 millones y \$40.000 millones en los dos años.

En cuanto al pago anual de la nómina de planta se ha mantenido alrededor de los \$52.000 millones salvo 2013 que estuvo en \$61.375 millones. Sin embargo, la cancelación a la llamada nómina de cooperativas o asociaciones gremiales pasó de \$18.749 millones en 2012 a \$67.379 millones en 2015, significando un

incremento del 259% en los cuatro años. Amerita entonces, realizar por parte de las directivas un mayor análisis a esta forma de contratación en continuo crecimiento en el Hospital.

En los pagos por los convenios se destaca una fuerte caída, pasó de \$11.344 millones en el 2012 a \$3.754 en 2015, con una caída del 66,9%; igual ocurre en los gastos generales, cuyos pagos tienen

una disminución del 79,10% en esos cuatro años, mientras economato crece de \$1324 millones a \$1.728 millones entre 2012 y 2015. También se nota en el periodo de cuatro años, crecimiento significativo en el pago de servicios públicos al pasar de \$1.213 millones en 2012 a \$8.037 millones en 2015, tal vez con aportes del PSFF, así como ocurre con el pago de impuestos que creció el 80% en el último año.

**Tabla 39. Recaudo 2012-2015 HUV.**

<b>EGRESOS</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Deuda pública	1.815	1.715	1.621	1.606
Crédito tesorería	13.513	3.562	26.315	30.806
Nómina	51.624	61.375	51.805	51.647
Pensionados				607
Asociaciones gremiales	18.749	43.367	50.422	67.379
Suministros	27.234	32.131	23.961	38.119
Convenios	11.344	7.565	6.344	3.754
Gastos generales	22.340	5.594	3.683	4.667
Honorarios	4.782	3.946	2.215	3.077
Embargos	2.116	765	2.325	112
Servicios públicos	1.213	1.821	3.638	8.037
Impuestos	7.669	6.935	5.571	10.062
Economato	1.324	1.497	1.301	1.728
Otros	4.500	1.600	1.451	1.897
Total egresos	168.090	172.869	181.509	224.345

Fuente: Información suministrada por el Área de tesorería del HUV (2016).

### Presupuesto

El HUV como todas las ESE goza de autonomía, pero requiere funcionar contra un presupuesto que es aprobado anualmente por su Junta Directiva como máximo órgano de la Institución, también necesita de las aprobaciones del Consejo Departamental de Política Fiscal (CODFIS) como ente de política fiscal del Departamento en materia de hacienda pública y debe cumplir con la regla fiscal del Ministerio de Hacienda.

Tanto los presupuestos de ingresos como los de gastos, deben ser usados como herramienta de administración por parte de la Gerencia y su control debe ser diario, dado que las ejecuciones presupuestales siempre son requeridas a todos los niveles, incluida su Junta Directiva que es la que emite las autorizaciones finales. Durante los últimos años, las aprobaciones presupuestales continuaron:

**Tabla 40. Ejecución presupuestal de ingresos a diciembre de 2012 a 2015**

<b>Presupuesto - Reconocimiento</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Ingreso por venta de servicios	167.173.872	161.006.279	162.202.512	185.736.665
Subsidio a la oferta población pobre	32.632.303	23.425.486	25.449.353	28.776.255
Régimen subsidiado	114.537.462	123.104.073	110.076.461	131.437.309
Otros aportes	37.629.680	43.388.410	44.781.125	52.054.132
Otros ingresos	2.872.074	2.189.383	1.970.529	5.045.032
Recursos de capital	4.220.757	903.645	537.659	29.973.164
Disponibilidad inicial	21.913.979	13.941.860	13.768.879	11.563.555
Recursos de vigencias anteriores	56.771.680	67.505.119	76.418.577	71.257.347
Ingresos por PSFF	-	-	17.831.520	12.750.683
<b>Total ingresos presupuestales</b>	<b>290.582.043</b>	<b>288.934.696</b>	<b>317.510.801</b>	<b>368.380.579</b>

Fuente: Ejecuciones presupuestales del HUV (2015).

El ingreso por venta de servicios estuvo estable durante 2012 a 2014 y tuvo un cambio mayor en 2015 cuando creció un 14%. Dentro de estos, el régimen subsidiado representó el 70.7% de la ejecución de ingresos y el 15.5% fueron los contratos con la Gobernación del Valle, según el área de presupuesto. También ha sido importante la generación de recursos de vigencias anteriores que crecieron el 34.6 % entre 2012 y 2014 hasta llegar a los \$76.418 millones, pero cayeron el 6.8% en el año 2015.

Es importante denotar que los recursos de capital crecieron de manera exponencial entre 2014 y 2015, al pasar de 537 millones a \$29.973. Igualmente, los ingresos del PSFF han sido notorios los dos últimos años del HUV significando más de \$30.000 millones de recursos extras durante dichos años. Los cambios en el presupuesto total de ingresos en 2014 y 2015, prácticamente se explican por los fuertes cambios en los recursos de capital, en los aportes del PSFF y en otros aportes.

**Tabla 41. Ejecución presupuestal de gastos a diciembre de 2012 a 2015.**

<b>Presupuesto - Compromisos</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Gasto admón. nómina	11.054.717	11.885.522	11.906.641	12.610.147
Gasto admón. servicios personales indirectos	8.899.558	8.618.945	11.218.918	12.128.231
Gasto operación nómina	55.480.084	58.078.937	57.285.166	57.465.192
Gasto operación servicios personales indirectos	36.974.601	42.495.155	49.055.955	66.312.572
Gastos generales admón.	2.331.021	1.701.291	2.590.685	548.705
Gastos generales operación	24.316.051	28.615.913	30.015.755	19.629.888
Transferencias corrientes	4.138.924	3.769.096	4.141.268	12.264.620
Gasto de operación comercial y prestación de servicios	31.771.077	31.691.691	26.815.136	55.938.602
Vigencias expiradas en gastos generales	57.121	70.992	-	-

Continúa

<b>Presupuesto - Compromisos</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
PSFF personal -vigencia anterior	-	-	-	2.762.755
PSFF gastos generales -vigencia anterior	-	-	-	6.173.983
PSFF suministros -vigencia anterior	-	-	2.363.856	2.733.282
Deuda pública	1.815.671	1.715.189	1.620.684	4.900.374
Programas de inversión	16.255.983	3.192.319	6.695.789	1.705.395
Cuentas por pagar vigencias anteriores	68.475.231	85.093.002	72.744.924	42.182.927
	261.570.040	276.928.054	276.454.778	297.356.673

Fuente: Ejecuciones presupuestales del HUV (2015).

Los gastos asociados al personal pasaron de \$112.409 millones en 2012 a \$148.516.1 millones en 2015 creciendo el 32.1%, principalmente por el aumento del 79.3% de los servicios personales indirectos lo que amerita un análisis detallado de este costo. Se da un crecimiento igual en los gastos de operación comercial y prestación de servicios. De la misma manera aparecen los pagos logrados por \$11.760 millones con recursos del PSFF.

### **Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF)**

A raíz de los problemas que ha tenido el sistema de salud en Colombia y que han repercutido en la situación de los hospitales, en agosto de 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la resolución 2509 por medio de la cual definió la metodología para categorizar a los hospitales en: sin riesgo, riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto.

En agosto 29 de 2012, la resolución 2509 categorizó al HUV en riesgo medio con base en los estados contables e información financiera presentada a 31 de diciembre de 2011; para el año 2013, el 30 de mayo el Ministerio de Salud y Protección Social mediante resolución 1877 volvió a categorizar al HUV en riesgo medio con base en la información financiera a diciembre 31 de 2012, al igual que en los años anteriores 2014 mantuvo la misma calificación (Resolución 2090 de 2014) y, finalmente, el 29 de mayo de 2015 mediante resolución 1893 categorizó al HUV *en riesgo alto* según estados contables a diciembre 31 de 2014. Es importante aclarar que en la metodología

de la resolución 2509 se establece la obligatoriedad de que un hospital categorizado en riesgo medio o alto, elabore, apruebe y ponga en ejecución el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF).

El HUV firmó, recibió aprobación y adoptó un PSFF por parte de la Junta Directiva del hospital, del ente territorial y de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que se encuentra vigente, y que está sometido al mismo hasta que desaparezca el riesgo alto en el que está categorizado y se restablezca su solidez económica y financiera para asegurar su continuidad.

El PSFF tiene unas metas que cumplir en reorganización administrativa, pago de pasivos, reducción de costos y aumento de ingresos y los controles en indicadores; esas logros hacen énfasis en la generación de caja, por lo que se conoce a finales del 2015 en el HUV se estaban incumpliendo los indicadores y había solicitudes perentorias para la entrega de información al Ministerio que no se había cumplido al acercarse la terminación del mes de febrero de 2016, creándose así un agravamiento en la situación del HUV.

Es importante aclarar que (máximo el día 30 de mayo), el Ministerio de Salud y Protección Social deberá hacer la categorización del HUV para 2016 con base en la información financiera a diciembre 31 de 2015 y que por los resultados que se conocen difícilmente permitirá un cambio favorable en la categorización. Dicho programa reposa en el poder de la institución y algunas de las metas y resultados del



mismo se analizan a continuación: El PSFF ofrece apoyo económico al HUV a lo largo de los años de su ejecución siempre y cuando se cumplan unos compromisos específicos establecidos en dicho programa. El propósito de los aportes ofrecidos por la Nación, el Departamento y el Municipio es permitirle al Hospital superar la categorización de riesgo en que se encontraba al momento de recibir aprobación de dicho PSFF, es gracias a que el mismo se aprobó en 2014 que en ese año el municipio hizo un aporte de 3.100 millones al HUV.

El incumplimiento del PSFF es una situación muy delicada que el HUV debe entrar a solucionar de inmediato, antes que el Ministerio o la Superintendencia tomen acciones de fondo contra la Institución,

máxime cuando la Ley 1438 de 2011, en el artículo 82 se indica que si una empresa Social del Estado, una vez implementando el PSFF no logra categorizarse como riesgo medio, deberá adoptar una de las siguientes medidas: 1. Acuerdos de reestructuración de pasivos. 2. Intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. 3. Liquidación o supresión, o fusión de la entidad.

### Facturación-glosas y radicación

El proceso de facturación genera el derecho a cobrar los recursos por los servicios prestados a los diferentes actores. Este proceso no es únicamente financiero, pues por la complejidad que implica en una entidad prestadora de servicios de salud, es clave el acompañamiento del área jurídica.

**Tabla 42. Facturación por concepto para el primer semestre 2015.**

CONCEPTO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Régimen contributivo	1.045.162	632.454	652.262	851.356	775.087	1.465.277
ARP	8.877	5.962	510	61.957	1.907	2.425
Prepagada	14.054	28.555	-	7.221	-1.727	-
Régimen subsidiado	11.288.509	11.313.126	12.370.488	13.041.367	14.144.260	13.286.476
ECAT	249.416	531.247	219.973	276.697	854.292	580.809
SOAT	611.095	851.975	783.641	582.708	529.539	620.635
CIA aseguradoras	17.351	23.936	5.012	68.112	106.784	39.964
Cuota recuperadora	82.561	138.542	99.956	166.697	109.641	135.638
Particulares (crédito a empleados)	776	144	-	-	-	-984
I.P.S. privadas	45.819	86.878	46.431	47.059	160.273	57.514
I.P.S. públicas	32.753	15.867	-	-	-	-
Otras CXC	30.055	92.024	38.598	20.152	89.064	108.065
Régimen especial	95.849	349.420	139.054	221.145	165.911	190.478
Vinculados Valle del Cauca	2.237.844	2.075.394	2.660.235	1.938.396	3.107.631	2.887.561
Vinculados otros convenios	-	-	-	-	-	-
Vinculados otros dptos..	186.868	150.624	82.183	64.745	47.115	68.348
Otros deudores no salud	114.225	220.385	232.304	309.065	862.378	513.098
Totales	16.061.214	16.516.533	17.330.648	17.656.677	20.952.155	19.955.305

Fuente: Área de facturación del HUV (2015).

La facturación del primer semestre de 2015 llegó a \$108.472,4 millones para un promedio mensual de \$18.078,7 millones, siendo los de facturación más baja enero con \$16 mil millones y febrero con \$16,500 millones. En 2016, la facturación siguió cayendo a

\$10.014 millones durante enero y a \$12.747 millones en febrero, o sea, casi \$10.000 millones menos que en el mismo bimestre de 2015, afectándose los resultados operacionales.

**Tabla 43. Facturación por concepto para el segundo semestre 2015.**

Concepto	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Facturación Neta Total
Régimen contributivo	1.543.803	914.192	1.822.688	2.456.960	1.584.559	396.739	14.140.540
ARP	2.920	1.395	1.353	50.250	388	849	138.793
Prepagada	-	6.785	15.386	-	-	-	70.274
Régimen subsidiado	11.478.190	12.718.102	8.674.116	6.813.720	8.153.149	7.863.887	131.145.391
ECAT	136.778	187.179	113.284	63.268	27.875	33.223	3.274.041
SOAT	203.554	488.459	455.304	178.853	13.122	4.457	5.323.342
CIA aseguradoras	41.097	249.073	50.661	16.335	99.281	73.242	790.848
Cuota recuperadora	76.541	147.927	76.504	44.858	-142	67.968	1.146.689
Particulares (crédito a empleados)	-	1.717	-	-	62.408	-	64.061
I.P.S. privadas	72.974	110.472	228.727	90.015	-14.351	115.498	1.047.308
I.P.S. públicas	-	-	-	-	-	-	48.620
Otras CXC	111.450	229.366	140.954	238.952	132.878	146.718	1.378.277
Régimen especial	165.484	387.782	79.275	52.943	62.967	67.559	1.977.868
Vinculados Valle del Cauca	2.525.937	1.944.331	1.564.270	1.732.807	1.061.765	1.873.819	25.609.990
Vinculados otros convenios	-	-	-	-	-	-	-
Vinculados otros dptos.	22.354	110.864	141.968	175.773	29.513	24.445	1.104.801
Otros deudores no salud	387.539	178.979	193.839	310.299	158.429	542.603	4.023.142
TOTALES	16.768.622	17.676.621	13.558.328	12.225.035	11.371.840	11.211.006	191.283.985

Fuente: Área de facturación del HUV (2015).

La facturación del HUV en el segundo semestre de 2015 llegó a \$82.811,3 millones o el 76% de la del primer trimestre con un promedio mensual de \$13.800 millones y fue cambiante cada bimestre: en julio y agosto estuvo alrededor de \$17.200 millones en promedio mes; en septiembre-octubre fue de \$12.900 millones promedio mes y en noviembre-diciembre fue de \$11.300 millones promedio mes, terminando el año en una clara caída en la misma.

Si se analiza por trimestres, el promedio de facturación en el tercer trimestre del año fue de \$16.000 millones mes y en el cuarto trimestre de 2015 fue de \$11.600 millones al mes y el del año fue \$15.940 millones mensuales incluyendo otros ingresos que no fueron de salud.

**Tabla 44. Radicación por concepto para el primer semestre 2015.**

RÉGIMEN	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Régimen contributivo	1.059.411	1.503.718	556.534	16.811	244.838	791.083
ARP	16.114	16.026	2.081	-	-	-
Prepagada	6.854	9.720	3.582	-	-	-
Régimen subsidiado	13.756.435	8.123.033	5.671.498	3.133.598	7.409.497	7.303.286
ECAT	787.494	373.212	593.408	592.184	413.088	69.263
SOAT	832.644	233.598	694.429	699.879	181.970	151.822
CIA aseguradoras	35.435	26.963	28.814	-	-	-
CUOTA RECUPERADORA	-	-	-	-	-	-
Particulares (crédito a empleados)	-	1.824	-	-	-	-
I.P.S. privadas	61.926	36.115	6.489	97.892	-	61.656
I.P.S. públicas	-	4.588	-	-	-	-
Otras CXC	69.379	132.647	7.846	-	-	191.397
Régimen especial	23.918	42.461	44.567	-	-	321.495
Vinculados Valle del Cauca	1.352.701	1.410.813	251.637	1.694.034	4.487.810	2.626.530
Vinculados otros convenios	-	-	-	-	-	-
Vinculados otros dptos..	36.507	31.337	161.067	-	27.058	-
Otros deudores no salud	-	-	-	-	-	1.158.862
TOTALES	18.038.818	11.946.057	8.021.951	6.234.398	12.764.262	12.675.394

Fuente: Área de facturación del HUV (2015).

La radicación fue uno de los graves inconvenientes del HUV en el primer semestre de 2015, al llegar solo a \$69.680,8 millones, mientras la facturación había sido de \$108.472,4 millones en el mismo semestre, quedándose casi \$40.000 millones por radicar. El promedio de radicación fue de \$11.613,5

millones mes, bastante inferior a las necesidades de recursos del HUV. Los meses de febrero, marzo y abril fueron supremamente bajos, aparentemente por la implantación del programa Servinte. En el bimestre enero-febrero se radicaron \$29.984,9 millones.

Esta situación debió repercutir de manera decidida en los problemas de caja que presentó el HUV en este semestre y lógicamente, también en el segundo

semestre de 2015. Todo esto a pesar de haberse presentado una facturación superior a los promedios del año anterior.

**Tabla 45. Radicación por concepto para el segundo semestre 2015.**

Régimen	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Radicación total
Régimen contributivo	1.633.107	750.180	1.792.887	1.529.482	1.249.099	1.129.799	12.256.948
ARP	-	1.460	-	-	58.193	9.878	103.753
Prepagada	-	-	-	-	-	-	20.156
Régimen subsidiado	11.189.526	11.525.818	12.196.444	16.006.165	19.117.820	14.718.808	130.151.927
ECAT	378.889	395.364	45.023	-	10.242	-	3.658.166
SOAT	653.548	723.455	408.279	224.896	204.591	710.661	5.719.773
CIA aseguradoras	-	8.040	48.039	-	420.262	216.960	784.515
Cuota recuperadora	-	-	-	-	-	-	-
Particulares (crédito a empleados)	-	-	-	-	-	1.717	3.541
I.P.S. privadas	2.497	106.688	147.276	39.533	-	96.288	656.361
I.P.S. públicas	-	-	-	-	-	-	4.588
Otras CXC	63.807	44.277	195.410	438.566	10.207	316.233	1.469.769
Régimen especial	314.989	145.409	474.783	126.121	12.627	203.828	1.710.199
Vinculados Valle del Cauca	2.744.399	2.319.917	1.507.215	1.336.233	3.410.318	1.782.095	24.923.700
Vinculados otros convenios	-	-	-	-	-	-	-
Vinculados otros dptos	37.669	22.827	-	77.358	10.091	220.538	624.453
Otros deudores no salud	909.553	186.097	943.363	413.710	27.560	347.725	3.986.869
Totales	17.927.983	16.229.533	17.758.720	20.192.064	24.531.011	19.754.530	186.074.720

Fuente: Área de facturación del HUV (2015).

A diferencia de la radicación del primer semestre de 2015, la del segundo semestre fue muy dinámica y aparentemente se pudo recuperar lo que se dejó de radicar en el primer semestre de 2015 o lo que había pendiente de 2014; en total se radicaron \$116.393,6 millones, cifra importante, pero no suficiente. Por otra parte, se desconoce qué sucedió con la facturación NO POS que fue devuelta a raíz de la resolución 1479 de mayo del 2015.

En 2016 la radicación ha sido de \$11.175 millones en enero (incluyendo cerca de \$4.200 millones de Emssanar que posteriormente fueron devueltos) y \$9.556 en febrero para un total de \$20.731 millones, (\$9.200 millones menos que en 2015), que sigue generando un giro directo insuficiente para garantizar el adecuado funcionamiento operacional del HUV, aun con los ajustes que se han realizado.

Tal vez pueda ser útil para generar recursos a caja que un grupo del hospital haga trabajo adicional para recuperar toda la facturación NO POS que tiene devuelta el área y cobrarla a la Secretaría como establece la resolución 1479 de mayo 06 de 2015 y que aún no se ha efectuado el trabajo y control para efectuarla o aplicarla. Existe pasividad en algunos grupos de trabajo que no permite el presentar cuentas y exigir pagos de recursos, tan necesarios para

cualquier institución, y en este caso en específico, para un HUV que necesita salir de esta situación de insolvencia.

El proceso de glosas está regulado en la Ley 1438 en el artículo 57, donde se indica claramente los tiempos y actividades para solucionar las posibles glosas, como se resume a continuación:

**Tabla 46. Resumen Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011-Glosas.**

Actividad	Responsable	Tiempos
1. Presentación de las facturas con soportes	Prestador del servicio	
2. Informe de las glosas a cada factura	Entidad responsable del pago	20 días hábiles a partir de la presentación de la factura
3. Respuesta a las glosas	Prestador del servicio	15 días hábiles a partir de la entrega de las glosas
4. Informe de levantamiento total o parcial de las glosas o si las mantiene como definitivas	Entidad responsable del pago	10 días hábiles a partir de la respuesta del prestador del servicio
5. Envío de facturas subsanadas	Prestador del servicio	7 días hábiles a partir de los 15 días hábiles de respuesta de las glosas
6. Pago de las glosas levantadas	Entidad responsable del pago	5 días hábiles a partir del levantamiento de la glosa
7. Si persiste desacuerdo, proceso de conciliación	Superintendencia de Nacional de Salud	

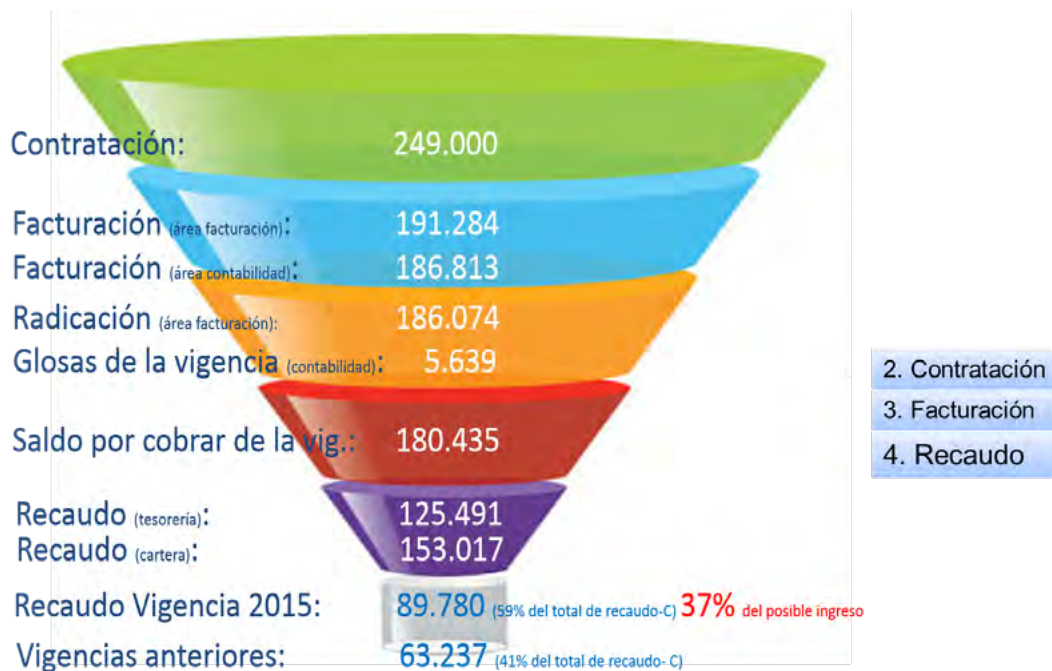
Fuente: elaboración propia a partir de la Ley 1438 de 2011.

Los tiempos planteados en la Ley no se cumplen, además que se incumple con lo establecido en la circular 16 de 2015, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud que indica "La norma prohíbe los procesos de auditoría previa a la presentación de las facturas por prestación de servicios como cualquier práctica tendiente a impedir la recepción de dichas facturas" (Superintendencia de Salud, 2011).

Según lo informado por el área financiera, las EPS realizan auditorías previas a la radicación de la facturación, una vez que la IPS entrega la facturación a la EPS (radicación) esta es sometida a una auditoría previa por parte del outsourcing (entre 20 y 30 días),

razón por la que se considera radicada por la EPS, lo que significa que los 90 días estipulados (en los contratos) como término de pago por el asegurador termina convertido en 120-140 días, impactando de manera sensible el flujo de recursos de la red prestadora. La siguiente figura resume la capacidad de generar disponible por el año 2015 dadas las condiciones antes descritas.

La Figura 20 muestra lo débil que es la estructura financiera del Hospital y las falencias de sus procesos de facturación, radicación, trámite de glosas y recaudo, lo que agudiza la crisis de liquidez.



**Figura 20. Capacidad de generación de efectivo.**

Fuente: elaboración propia a partir de la información de generación de efectivo entregada por el HUV (2015).

### Excedentes de facturación

Temas como el denominado cobro de "excedentes de facturación" requieren de un análisis jurídico. El apelativo acuñado a esta situación es bastante llamativo, pues puede ser interpretado de manera flexible y funcional por cada una de las partes en controversia: el Hospital y la Gobernación.

¿Qué es un excedente de facturación? ¿Se trata acaso (1), de facturas plenamente justificadas, en las que se cobra por servicios que el Hospital efectivamente prestó a la población vulnerable no asegurada? ¿O se trata (2) de facturas que cobran servicios nunca prestados o que nunca se han debido prestar?

Contestar estos interrogantes no puede hacerse a la luz de este documento debido a que no se ha realizado el análisis de títulos correspondientes y esto sobrepasa los alcances de este estudio, sin embargo, es claro que en el caso (1) la Gobernación del Valle tiene una obligación a su cargo y a favor del Hospital, y en el caso (2) se estaría ante una situación irregular, por decir lo menos. De cualquier modo, el

principio jurídico de enriquecimiento con justa causa debe ser el que gobierne la toma de decisiones frente a estos rubros: nadie, ni la Gobernación ni el Hospital pueden enriquecerse sin justo título.

El equipo de trabajo del HUV, entiende por "excedente de facturación", los servicios prestados por el Hospital a su población objetivo, que han creado verdaderos derechos económicos a su favor y a cargo de la Gobernación del Valle, pero que han sido desconocidos por esta alegando la existencia de contratos por capitación, la existencia de unas respectivas actas de liquidación de dichos contratos de capitación, y exponiendo otra serie de argumentos jurídicos para hacer contenciosa la reclamación.

En particular, el fenómeno básicamente consiste en que, al parecer, el Hospital ha prestado más servicios de los contratados con la Gobernación. Esto se debe a que el Hospital, obligado por mandato legal y por directrices y circulares externas de la misma Gobernación, debe garantizar la prestación continua del servicio y debe atender todos los eventos que

se le presenten. Así, los “excedentes de facturación” son en su mayoría servicios médicos prestados por el Hospital a la población vulnerable no asegurada que, precisamente por esa razón de no estar asegurados y ser población vulnerable, no puede pagar. Es así, como la Gobernación del Valle por mandato Constitucional y de la Ley 100, entre otras normas, está en la obligación de fungir como asegurador residual de esta población vulnerable que por cualquier razón no haya accedido a los regímenes de seguridad social subsidiado o contributivo, y es por este mismo mandato legal, que la Gobernación del Valle es subsidiaria de los elementos financieros que afectan al Hospital, pues son recursos que se deben por los servicios médicos que se han prestado a la población vulnerable no asegurada.

Los contratos y actas de liquidación no son la única fuente de derechos económicos a favor del Hospital y a cargo de la Gobernación; el Hospital adquiere derechos económicos cuando acontece el simple hecho de prestar un servicio médico a la población vulnerable no asegurada, independientemente de los contratos o convenios que existan entre Gobernación y HUV. De esta forma, las actas de liquidación no refutan de ninguna manera la ocurrencia de un hecho paralelo como lo es la prestación de un servicio de salud, ni tampoco eximen a la Gobernación de la configuración de un daño antijurídico al Hospital, al no pagarle por los servicios efectivamente prestados a la población vulnerable.

Otro argumento a favor de un reconocimiento de los excedentes de facturación es el doble carácter que tiene la Gobernación del Valle de deudor y directivo del Hospital Universitario, esto lo puede hacer responsable subsidiario frente a acreedores insatisfechos luego en un eventual proceso de liquidación y la argumentación de los acreedores sería bastante sencilla: “La Gobernación, como miembro de junta directiva y como deudor de la empresa, no hizo nada por salvarla y en vez de inyectarle capital y pagar las deudas que tenía con el Hospital, se mantuvo en una posición pasiva en el mejor de los casos, o ciertamente negligente en el peor”. Ello daría lugar a que se levantara el velo corporativo del Hospital y entrara a responder subsidiariamente por los pasivos insolutos.

Finalmente, no es necesaria la culminación de un eventual proceso de liquidación para exigir la responsabilidad patrimonial de la Gobernación frente al HUV. De hecho, todo Liquidador de una sociedad fallida está en la obligación de cobrar las cuentas a favor de la masa de los acreedores, de manera que el eventual Liquidador del HUV tendría la obligación de cobrar los excedentes de facturación a la Gobernación y en caso de que no lo hiciera, lo podría hacer cualquier acreedor del Hospital, tal y como lo faculta el ordenamiento jurídico concursal.

Descrita la situación anterior, tenemos que el caso de los excedentes de facturación debe ser atendido entre ambas partes, Gobernación y Hospital, de manera armoniosa y componedora, a fin de determinar el monto real y total que debe pagar la Gobernación al HUV, identificando en concreto los servicios efectivamente prestados a la población vulnerable, y desenfrascándose de la discusión formalista que se centra en actos jurídicos como contratos y actas de liquidación. Para lograr ello, se hace necesario un estudio de los títulos cobrados por el Hospital.

Paralelamente, se recomienda atender las obligaciones de la Gobernación ahora, antes de que ocurra una eventual liquidación, y no cuando ya haya sido decretada, pues en el primer evento se puede garantizar la continuidad de la Institución Médica, mientras que en el segundo solo se garantiza el acrecentamiento de una masa patrimonial a liquidar.

Dicho de otro modo, si pagar es cuestión de tiempo, ¿para qué pagarle a un liquidador, si se le puede pagar a la Empresa antes de que sea demasiado tarde? entendiéndose, además, que estos recursos ahora le pueden ayudar a subsanar las deudas que han sido contraídas por la prestación de los servicios de salud.

### **Recuperación de cartera**

Diversos acreedores, diversos créditos, diversa complejidad, estas divergencias interactúan al tiempo en la situación del Hospital Universitario. Sobre el tema, tenemos que la Entidad Hospitalaria ha prestado unos servicios médicos y con ello ha adquirido unos derechos patrimoniales frente a los demás actores



del Sistema de Salud, tales como las EPS, diversas Entidades Territoriales como Gobernación del Valle, Alcaldía de Cali, y Nación como el Ministerio de Salud, y otro tipo de personas naturales, jurídicas y empresas públicas y privadas. La relación de acreedores y el examen detallado de los títulos no fue objeto de estudio por parte del consultor. Sin embargo, se puede afirmar que diversas razones han llevado a que los actores del Sistema desconozcan algunas o varias de las obligaciones a su cargo y a favor del Hospital Universitario.

De un lado, varias EPS han entrado en liquidación y con ello el Hospital vio cómo sus facturas entraban a ser cobradas en los respectivos procesos de liquidación, que se caracterizan por ser largos, complejos, altamente contenciosos y llenos de incertidumbres en cuanto a la posibilidad de recuperar efectivamente los créditos; varios de estos procesos de liquidación terminaron y sería necesario revisar con detalle cada expediente para determinar las posibilidades de cobrar dicha cartera a un eventual responsable subsidiario.

Otros procesos de liquidación de EPS, como Salucoop y Caprecom, apenas inician, y por lo tanto es importante que el Hospital ejerza una defensa técnica de sus créditos, a la altura de la complejidad del tema, y observando siempre la necesidad de agotar las instancias concursales (la liquidación de las EPS fallidas), como una etapa necesaria para el HUV, pero en todo caso previa a la reclamación de los créditos a cargo de los responsables subsidiarios como Alcaldías, Entidades territoriales, y en general a cualquier Tercero Interesado, Administrador, Deudor o Entidad Privada o Pública que haya ocasionado un daño antijurídico al Hospital con ocasión de la Liquidación de sus deudoras.

En concordancia con lo anterior, se recomienda al Hospital hacer un seguimiento cuidadoso de los procesos de liquidación que estén en curso, a fin de defender técnicamente sus créditos, y documentar detalladamente las respectivas actuaciones concursales para poder constituir las pruebas necesarias

en eventuales reclamaciones ante responsables subsidiarios.

Otro tipo de cuentas por cobrar a las EPS son aquellas a cargo de EPS plenamente funcionales y operativas. Sin embargo, varias cuentas por cobrar terminan siendo "glosadas", es decir, objetadas con argumentos y tecnicismos que en muchas ocasiones no tienen fundamento legal ni contractual, y que son decididos unilateralmente por la Empresa Promotora de Salud.

Frente a las "glosas" se recomienda al Hospital Universitario dos tipos de medidas, de un lado, fortalecer su área de facturación en el sentido de que esta conozca con pleno detalle cada una de las glosas de cada EPS, y así pueda emitir facturas y soportes que sean inobjetables por parte de las EPS. De otro lado, se recomienda tener una actitud más proactiva frente a las glosas decididas unilateralmente por las EPS, en el sentido de entender que las Empresas Promotoras no son jueces para determinar la existencia y exigibilidad de una obligación, sino verdaderas contrapartes que en todo momento están velando por sus propios intereses, y, por lo tanto, se escudan en "glosas" que no tienen fundamento legal ni contractual.

Así, se recomienda que frente a las glosas arbitrarias y sin fundamento legal, claro y explícito, en coordinación entre el área jurídica, de facturación y de cobro coactivo, se tomen las medidas extrajudiciales y judiciales necesarias, a fin de que la relación jurídica entre HUV y EPS se rijan por principios de reciprocidad, confianza legítima y seguridad jurídica.

Es notorio el comportamiento de los deudores con el HUV de aplicar cada día más los pagos a vigencias anteriores. En 2015, del total de recaudos de cartera, el 59% fue por cartera de la vigencia y un 41% fue aplicado a años anteriores confirmándose la lentitud en los pagos por parte de los deudores. Cartera solo pudo recaudar de venta de servicios alrededor de \$88.000 millones de la vigencia 2015 en la que se vendieron \$186.000 millones según Contabilidad del



HUV, eso representa menos del 50% de lo vendido por servicios de salud en el año.

La recuperación de cartera con el régimen subsidiado representó el 74% de la recuperación total en el año 2015, en segundo lugar estuvo la recuperación de cartera con la Gobernación del Valle que representó el 13% del total correspondiendo casi la mitad a deudas de vigencias anteriores, en tercer lugar estuvo el SOAT que representó el 4% y luego el régimen contributivo con el 3%, siendo estos cuatro los

principales generadores de pagos al HUV; en igual forma también se recuperaron más de \$4.000 millones por conceptos diferentes a salud.

A nivel individual, el gran pagador es la EPS Emssanar con más de \$40.000 millones por lo que se puede sugerir que teniendo con ellos los contratos más altos por alrededor de \$90.000 millones, se podrían realizar mayores acercamientos para crecer la facturación y radicación teniendo en cuenta que aparentemente existe espacio para crecer.

**Tabla 47. Recuperación de cartera por concepto durante el año 2015.**

RÉGIMEN	Vigencias anteriores	Vigencia 2015	TOTAL POR RÉGIMEN
Subsidiado	43.249.755	69.518.294	112.768.049
Vinc. Valle	9.527.368	10.998.212	20.525.580
SOAT	3.805.787	2.353.697	6.159.484
Contributivo	3.489.442	1.778.595	5.268.037
ECAT	1.042.865	853.477	1.896.342
Comisión	0	1.685.839	1.685.839
Arrendamientos	192.767	1.211.309	1.404.077
Régimen especial	479.927	615.880	1.095.807
Vinc. otros dptos..	978.728	18.500	997.228
CXC otras entidades	129.447	409.878	539.325
IPS	176.763	207.414	384.178
Riesgos prof.	69.111	19.686	88.796
Medicina prepagada	61.938	17.407	79.345
Particulares	9.797	55.825	65.622
Alimentación- esterilización- lavandería- residuos hospitalarios	4.056	55.579	59.636
Total por vigencia	63.217.752	89.799.593	153.017.345
% recuperación por vigencia	41%	59%	100%

Fuente: Información suministrada por el Área de Cartera del HUV (2015).

**Tabla 48. Recursos y capacidades financieras del HUV.**

<b>Recursos y capacidades financieros</b>	<b>F/D</b>	<b>FM</b>	<b>Fm</b>	<b>DM</b>	<b>Dm</b>
Rentabilidad operativa de la organización	D			X	
Rentabilidad no operativa de la organización	D	X			
Rentabilidad del patrimonio	D	X			
Capacidad de obtener recursos a corto y largo plazo	D	X			
Liquidez financiera	D		X		
Rotación de cartera	D			X	
Capacidad de inversión	D		X		
Análisis financieros adecuados	D			X	
Capital de trabajo	D				X
Procedimiento para elaboración del presupuesto	D			X	
Capacidad de respuesta del área a la exigencias del entorno	D			X	
Relación del área con el entorno externo	D			X	
Relaciones del área con las demás áreas de la organización	F	X			
Comportamientos de ventas-Comportamiento del ingreso	D			X	
Relación ingresos / costos-gastos	D			X	
Comportamiento de activos totales	D				x
Incremento del financiamiento de activos a cargo de terceros	D			X	
Comportamiento de pasivos totales	D			X	
Comportamiento del gasto financiero	D			X	
Proceso de auditoría-objeciones, glosas, devoluciones	D			X	
Proceso de facturación, radicación, gestión de cobro	D			X	
Indicador de costos / gastos alto	D			X	
Manejo de costos y gastos	D			X	
Costeo por actividad-Costeo por unidad de negocio	D			X	
Costos de recurso humano, misional y no misional	D			X	
Política de reserva para compra de nueva tecnología	D			X	
Grado de uso de las TIC por parte del área para facilitar su actividad y la de la organización en aspectos relacionados con los recursos financieros	D			X	
Capacitación del personal del área	D			X	
Indicadores de desempeño de la respectiva área	D			X	
Cumplimiento del Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero	D			X	
Excedentes de facturación	D			X	

Nota: F/D: Fortaleza / Debilidad FM: Fortaleza Mayor Fm: Fortaleza Menor DM: Debilidad Mayor Dm: Debilidad Menor.

Fuente: elaboración propia con base en el trabajo etnográfico y documental.

## Recursos y capacidades físicas

### Infraestructura Física

Desde el punto de vista contable, la planta física y demás activos fijos representan el 59.36% del total de los activos, una inversión importante podría orientar a estar en capacidad de tener una vasta facultad resolutoria, esto si contara con los recursos

financieros para apoyar diferentes programas de ampliación de cobertura. La conformación de los activos fijos del HUV presenta la siguiente clasificación (ver Tabla 49.)

La parte crítica de la planta física se relaciona con la inobservancia de las siguientes normas (ver Tabla 50).

**Tabla 49. Conformación de los activos fijos con corte al 31/12/2015**  
en miles de pesos

Descripción	Tasa Deprec Promedio	2014	2015	Depreciación 2015	Provisión 2015	Valor neto 2015	% participación
Terrenos		66.594.932	66.516.640		-1.563.284	64.953.355	22,60%
Construcciones en curso		5.560.806	6.595.003			6.595.003	2,30%
Maquinaria, planta en montaje		1.476.478	2.099.018			2.099.018	0,70%
Bienes muebles en bodega		809.181	1.341.491			1.341.491	0,50%
Edificaciones	2,00%	215.010.603	218.458.452	-47.717.799		170.740.653	59,40%
Planta y ductos	6,70%	1.909.884	1.909.884	-906.851		1.003.034	0,30%
Redes líneas y cables	4,00%	3.728.939	3.728.939	-1.664.944		2.063.995	0,70%
Maquinaria y equipo	6,70%	3.673.433	3.876.551	-2.316.720		1.559.831	0,50%
Equipo medico y científico	10,00%	55.473.402	60.346.250	-36.331.685		24.014.565	8,40%
Muebles, enser. y equipos de oficina	10,00%	4.014.389	5.062.473	-2.498.834		2.563.639	0,90%
Equipo de comunicación y computo	20,00%	6.800.916	7.116.677	-5.043.048		2.073.629	0,70%
Equipo de transporte de tracción	10,00%	2.526.758	3.205.022	-1.432.325	-283.157	1.489.540	0,50%
Equipo comedor, cocina despensa	10,00%	1.397.460	1.397.460	-236.664	-882.488	278.308	0,10%
Propiedades de inversión		7.024.860	6.461.903	0		6.461.903	2,20%
Totales		376.002.041	388.115.764	-98.148.869	-2.728.930	287.237.965	100,00%

Fuente: Estados contables HUV diciembre 2015-notas a los estados contables 2015.

**Tabla 50. Normas inobservadas planta física.**

N°	Norma	Contenido
1	Ley 361 de 1997.	Accesibilidad al medio físico.
2	Resolución 4445 de 1996.	Suministro de agua potable y del fluido eléctrico.
3	Decreto 2676 de 2000 MMAV.	Manejo de residuos sólidos, líquidos, y de emisiones atmosféricas.
4	Resolución 04445 de 1996 del M.S.	Medio ambiente externo e interno inmediato correspondiente a las áreas de cada servicio.
5	Norma NSR-10. - mapa sísmico: zona sísmica: 5 - av=0.25 Ley 400 de 1998.	Sismo resistencia: requisitos sísmicos de diseño.
6	Resolución 04445 de 1996 del M.S.	Buen manejo de los gases medicinales.
7	Habilitación Resolución 04445 de 1996 del M.S.	Distribución de espacios (camas), baterías sanitarias.

Fuente: elaboración propia.

Las notas a los estados contables aclaran lo siguiente:

Durante la vigencia 2015 no fue posible efectuar conciliación de saldos de Propiedad, Planta y Equipo entre Contabilidad y Activos Fijos debido a que el proceso de cargue de información en el nuevo aplicativo no ha culminado. Durante la vigencia 2015 tampoco fue posible reflejar los resultados del avalúo técnico efectuado a la totalidad de los bienes muebles de la Institución. Al corte diciembre de 2015 se actualizaron las Propiedades de Inversión conforme a la información suministrada por la Oficina de Planeación donde se observaron variaciones principalmente en los Metros Cuadrados entregados en alquiler a diferentes entidades para la prestación de servicios tanto de Salud como fotocopiadoras y cafeterías. (Hospital Universitario del Valle, 2015a, p. 16)

Los datos anteriores permiten evidenciar lo siguiente:

- 1- Las instalaciones físicas, (terrenos, edificios, propiedades de inversión), representan el 84.3% del total de activos del hospital, sin duda alguna conforman los activos estratégicos del HUV; tales activos vistos desde la óptica de prestamistas, proveedores o acreedores a gran escala, representan el más importante soporte de capacidad de endeudamiento prendario o hipotecario a largo plazo, siempre y cuando el destino de los recursos obtenidos se direcciona a la reconversión del equipo médico científico, equipo biomédico y

otros activos productivos que permitan fortalecer el ingreso y la situación financiera de la entidad, entre ellos, la misma planta física.

En este sentido, el Plan de Desarrollo 2012-2015 reconoce que existe la necesidad de dar "Cumplimiento del 100% de los requisitos establecidos en la Resolución 4445 de 1996 y los anexos técnicos de la Resolución 1403 de 2006" (p. 19). De las entrevistas realizadas en el área de planeación se obtuvo información sobre las dificultades existentes en materia de sismo resistencia, teniendo en cuenta que es urgente y obligatorio adelantar este requerimiento y las barreras encontradas por ser la edificación un bien considerado como patrimonio arquitectónico.

Se estima un requerimiento del orden de los 82 mil millones de pesos para adelantar este trabajo, y unos 200 mil millones para hacer las adecuaciones que permitan cumplir las normas de habilitación. A manera de ejemplo, se presenta a continuación un piso con su distribución física y las observaciones en materia de habilitación (ver Figura 21).

Las observaciones al respecto indican bajo nivel de baterías sanitarias, e incumplimiento de estándares sobre camas y equipos médicos. Finalmente, se describe a continuación la distribución de los espacios físicos según información obtenida en el área de planeación sobre el área construida (ver Tabla 51).



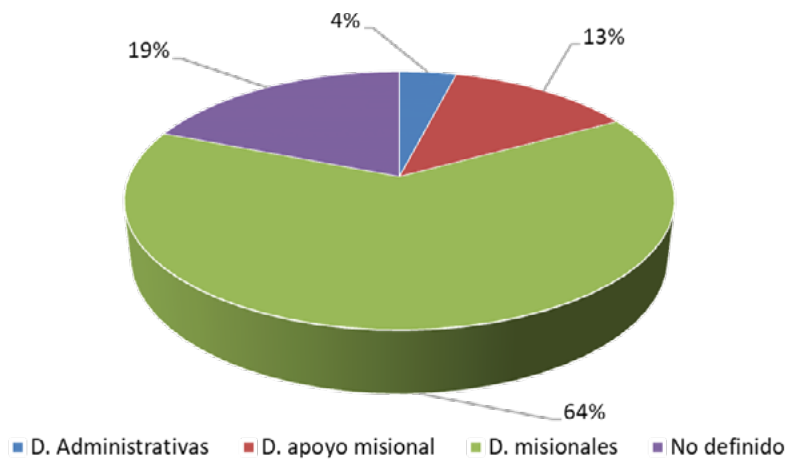
**Figura 21. Plano sexto piso HUV.**

Fuente: Información suministrada por el Área de Sistemas HUV (2015).

**Tabla 51. Relación de áreas construidas HUV.**

Dependencia	MTS2	%
Dependencias Administrativas	2.027,83	4%
Dependencias de apoyo misional	6.322,13	13%
Dependencias misionales	30.850,75	64%
No definido	8.902,77	19%
	48.103,48	100%

Fuente: Área de Planeación HUV (2015).



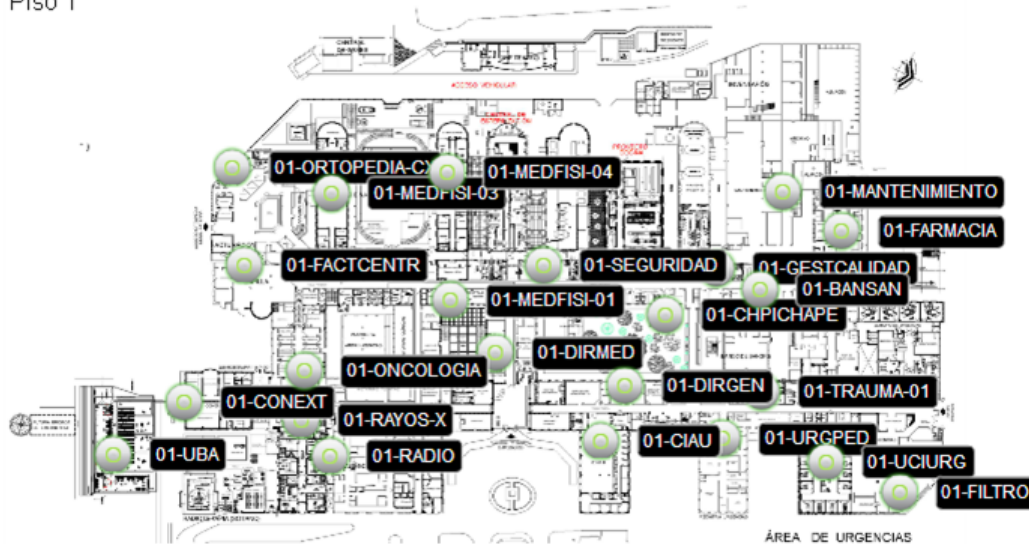
**Figura 22. Distribución área construida HUV.**

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 51.

Desde el punto de vista de la distribución, tal como se muestra en la figura anterior, se puede considerar como adecuada en la medida en que la mayoría de

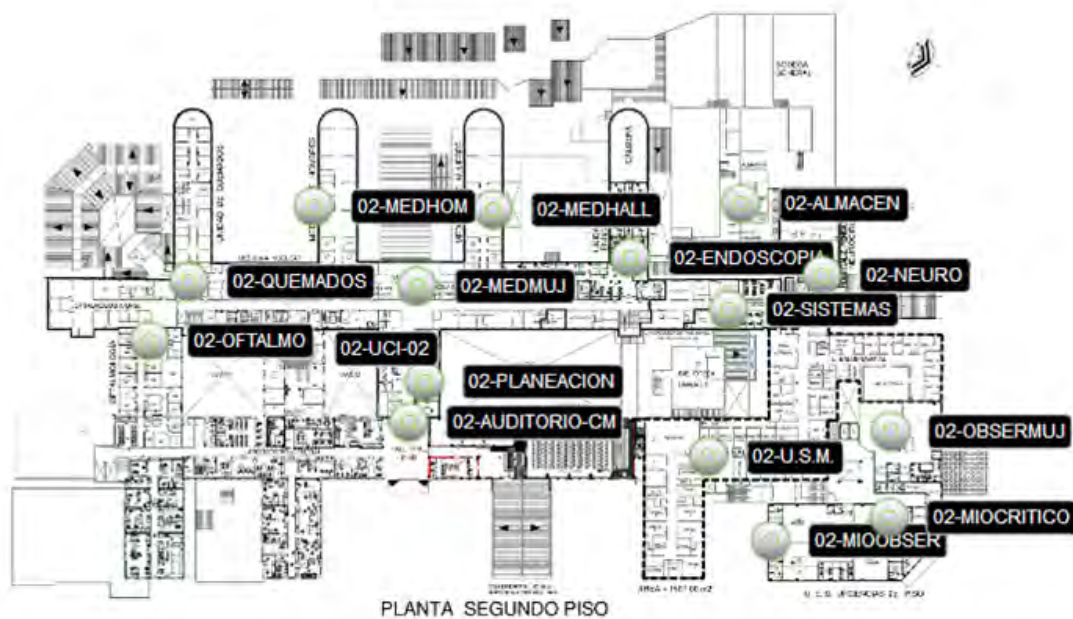
los espacios se dedican al área misional y al apoyo misional, excepto 8.922.77 de área construida que no se pudo precisar su uso.

Piso 1



**Figura 23.** Plano del primer piso con ubicación de los Acces Points instalados.

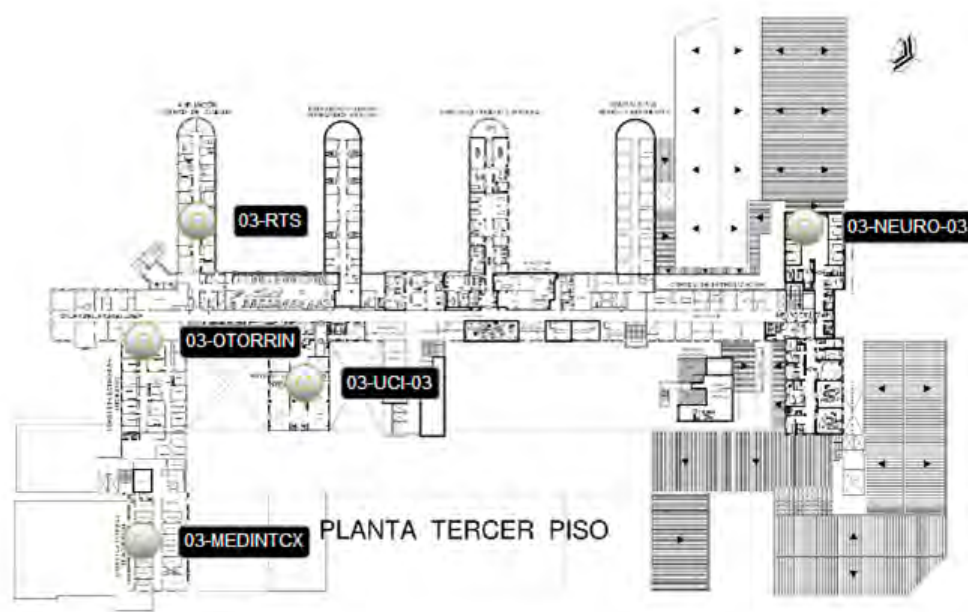
Fuente: Información suministrada por el Área de sistemas del HUV (2015).



**Figura 24.** Plano del segundo piso con ubicación de los Acces Points instalados.

Fuente: Información suministrada por el Área de sistemas del HUV (2015).





**Figura 25.** Plano del tercer piso con ubicación de los Acces Points instalados.

Fuente: Información suministrada por el Área de sistemas del HUV (2015).



**Figura 26.** Plano del cuarto piso con ubicación de los Acces Points instalados.

Fuente: Información suministrada por el Área de sistemas del HUV (2015).



**Figura 27.** Plano del quinto piso con ubicación de los Acces Points instalados.

Fuente: Información suministrada por el Área de sistemas del HUV (2015).



**Figura 28.** Plano del sexto piso con ubicación de los Acces Points instalados.

Fuente: Información suministrada por el Área de sistemas del HUV (2015).





**Figura 29.** Plano del séptimo piso con ubicación de los Acces Points instalados,

Fuente: Información suministrada por el Área de sistemas del HUV (2015).

2. Sobre la inversión en equipo médico científico: representa el 8,4% del total de la inversión en activos fijos, con una depreciación acumulada que alcanza al 60% del costo histórico de los equipos.

Al cierre de este informe no fue posible obtener la información sobre el inventario de equipos biomédicos y su estado actual, así como las necesidades de reposición y nuevas adquisiciones. No obstante, se estima que el Hospital requiere contar con un plan de mantenimiento permanente que permita el uso y el beneficio (fortalecimiento del ingreso), con los equipos existentes.

En reunión con el responsable del área se logró evidenciar que hay equipos que no se usan por falta de mantenimiento o por no realizar la compra (ni gestión para la misma) de repuestos para operar sin tener en cuenta la relación costo-beneficio.

### Capacidad instalada

Para el análisis de la capacidad instalada se revisan dos tópicos, los ingresos promedio por cama (serie histórica) y los servicios e ingresos de los equipos biomédicos:

1. Ingresos por servicios / Camas disponibles: durante el año 2015 el comportamiento del ingreso por cama frente al valor esperado es el siguiente (ver Tabla 52).

Se estima que la producción de ingresos por servicios de acuerdo al número de camas, debería llegar a un promedio año de 500 millones de pesos, lo que supone un ingreso mensual aproximado de 42 millones.

A partir de este supuesto se observa que durante el año 2015 el HUV solo llegó en promedio al 70% de este nivel de ingresos, con algunos picos favorables (por encima de la media del 70%) para los meses de octubre (82%) cuando se reduce el número de camas, así como para los meses de mayo y septiembre, con un 80% y 75% respectivamente, el mes de menor porcentaje de logro fue diciembre.

Por lo descrito anteriormente, es necesario precisar que el Hospital no hace uso eficiente de la capacidad instalada, por lo que deberá repensar si necesita mantener un nivel de 620 o de 400 camas (habilitadas actualmente), máxime cuando el espacio físico y la distribución de las mismas no dan para cumplir normas de habilitación.

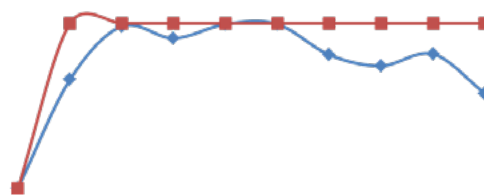
**Tabla 52. Comportamiento del ingreso por cama HUV 2015.**

Mes	ingreso real	ingreso real por cama	Ingreso esperado por cama	PROD REAL / PROD ESPERADA
Enero	15.920.026.268	25.677.462	25.833.333.333	62%
Febrero	15.873.672.821	25.602.698	25.833.333.333	61%
Marzo	16.941.870.124	27.325.597	25.833.333.333	66%
Abril	17.353.666.589	27.989.785	25.833.333.333	67%
Mayo	19.997.779.398	32.254.483	25.833.333.333	77%
Junio	19.458.141.440	31.384.099	25.833.333.333	75%
Julio	16.318.188.703	26.319.659	25.833.333.333	63%
Agosto	16.616.365.226	26.800.589	25.833.333.333	64%
Septiembre	12.498.833.873	20.159.409	25.833.333.333	48%
Octubre	13.746.898.731	34.367.247	16.666.666.667	82%
Noviembre	11.358.473.563	28.396.184	16.666.666.667	68%
Diciembre	10.690.572.381	26.726.431	16.666.666.667	64%
TOTAL	186.774.489.117	333.003.643	282.500.000.000	67%

Fuente: elaboración propia a partir de la información entregada por el Área de Contabilidad HUV (2015).

2- Equipos biomédicos / cantidad de servicios / ingresos: El número de servicios prestados a través de tecnologías biomédicas es el siguiente (ver Tabla 53).

Teniendo en cuenta que el mes más alto de servicios fue de 11.544, tomando este valor como marco de referencia, se observan desperdicios de capacidad instalada especialmente en los meses de enero y de junio en adelante.

**Figura 30. Servicios prestados de tecnologías biomédicas.**

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 53.

**Tabla 53. Servicios prestados tecnologías biomédicas enero-septiembre 2015 HUV.**

Detalle	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Escenografía	1.481	2.378	2.232	2.396	2.410	2.119	1.815	2.096	1.446
Ecografía	596	794	1.015	966	1.103	1.087	1.001	985	542
Radiología	5.559	8.227	7.299	8.185	8.031	6.181	5.791	6.367	4.677
Total	7.636	11.399	10.546	11.547	11.544	9.387	8.607	9.448	6.665

Fuente: Información suministrada por el Área de Mantenimiento HUV (2015).

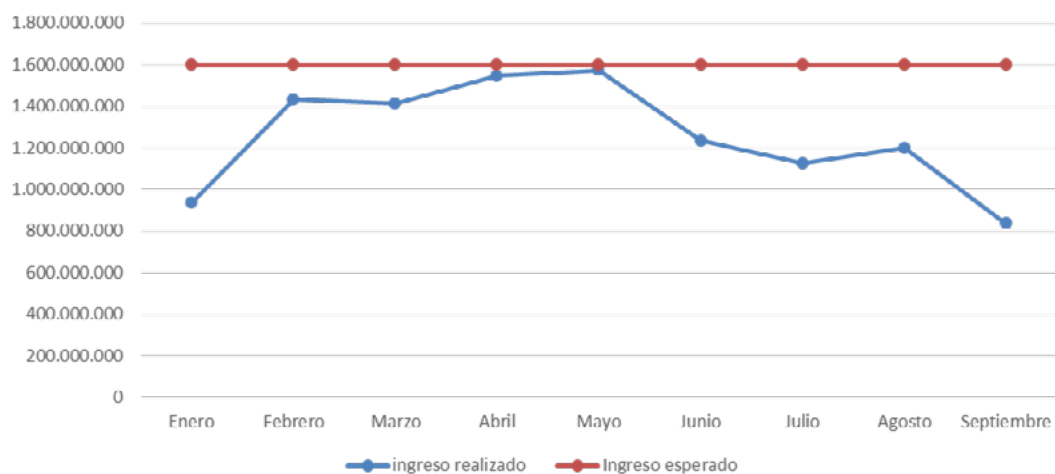
Los valores de ingreso derivado de estos servicios es el siguiente:

**Tabla 54. Ingreso por servicios de tecnologías biomédicas enero-septiembre 2015 HUV.**

Mes	ingreso realizado	Ingreso esperado	% IR / IE
Enero	939.790.211	1.600.000.000	59%
Febrero	1.433.880.656	1.600.000.000	90%
Marzo	1.413.625.421	1.600.000.000	88%
Abril	1.546.867.943	1.600.000.000	97%
Mayo	1.573.975.546	1.600.000.000	98%
Junio	1.235.983.691	1.600.000.000	77%
Julio	1.127.538.032	1.600.000.000	70%
Agosto	1.200.993.387	1.600.000.000	75%
Septiembre	837.629.022	1.600.000.000	52%

Fuente: elaboración propia a partir de información del Área de Contabilidad HUV (2015).

Existe correlación entre el número de servicios y el ingreso por este tipo de servicios; tal como se observa en los datos anteriores, en los cuatro últimos meses analizados el ingreso descende, llegando a



**Figura 31. Ingreso por servicios de tecnologías biomédicas enero-septiembre 2015 HUV.**

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 54.

un porcentaje de realización que, comparado al ingreso esperado, es inferior a la media general, lo que conduce a concluir como subutilización de capacidad instalada por falta de pacientes que demanden el servicio o de mercadeo ofertando los servicios.

**Tabla 55. Recursos y capacidades físicas.**

Recursos y capacidades físicas	F/D	FM	fm	DM	Dm
Planta física, activos físicos	F	X			
Mantenimiento de equipos biomédicos	D			X	
Cumplimiento requisitos sismo resistencia	D			X	
Cumplimiento requisitos de habilitación en infraestructura	D			X	
Cumplimiento a norma en manejo de gases medicinales, residuos sólidos, líquidos y emisiones atmosféricas	D			X	

Nota: F/D: Fortaleza / Debilidad FM: Fortaleza Mayor fm: Fortaleza Menor DM: Debilidad Mayor Dm: Debilidad Menor.

Fuente: elaboración propia con base en revisión documental y trabajo etnográfico.

### Prestación del servicio médico-dirección médica

El Hospital Universitario del Valle es la Institución pública de mediana y alta complejidad más importante del suroccidente del país. El objetivo estratégico de Acreditación planteado en el Plan de Desarrollo 2012-2015 no se logró, a pesar de ser una meta única reflejada en la Visión del Hospital y de obligatorio cumplimiento a diciembre 31 de 2016, término de ampliación de la ley, que de no cumplirse la entidad pierde la condición de Hospital Universitario, faltó más liderazgo para el desarrollo de logros en la Calidad de la Institución.

En 2015, la situación financiera de la Institución llevó a que se afectaran los equipos de trabajo, especialmente los misionales, así como también a que los insumos necesarios para la atención de los pacientes redujeran de forma considerable (incluye medicamentos e insumos, disponibilidad de equipos biomédicos, entre otros). Es por eso que el HUV se vio en la necesidad de disminuir la capacidad de oferta con que contaba, a fin de reconcentrar sus capacidades en la atención de los pacientes que ameritaban atenciones más complejas.

**Tabla 56. Servicios ofertados habilitados por el Hospital.**

TIPO	HABILITADOS
Quirófanos	10
Salas de partos	2
Ambulancias medicalizadas TAM	2
Sillas quimioterapia	20
Salas de procedimientos	11
Camas de hospitalización	400
Camas de observación	100
Consultorios de consulta externa	64
Consultorios en servicio de urgencias	3
Número de unidades de odontología	3

Fuente: elaboración propia.

De la mano con una capacidad de oferta disminuida viene también una menor producción.

**Tabla 57. Datos de producción hospitalaria años 2013-2015.**

ACTIVIDAD	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Consultas urgencias	71.224	77.413	21.541
Consulta/especializada	174.535	182.076	195.125
Eventos obstétricos	4.887	4.100	4577
Imágenes	104.063	126.467	90.459
Laboratorio	781.263	849.273	541.523
Terapias	168.148	181.165	166.905
Total cirugías	26.320	27.080	24.271
Egresos	29.964	34.920	23.331

Fuente: Informes de producción para la Junta Directiva del HUV (2015).

**Tabla 58. Variación porcentual por actividades 2013-2015.**

ACTIVIDAD	Variación 2013-2014	Variación 2014-2015
Consultas urgencias	8,69%	-72,17%
Consulta especializada	4,32%	7,17%
Eventos obstétricos	-16,10%	11,63%
Imágenes	21,53%	-28,47%
Laboratorio	8,71%	-36,24%
Terapias	7,74%	-7,87%
Total cirugías	2,89%	-10,37%
Egresos	16,54%	-33,19%

Fuente: Informes de producción para la Junta Directiva del HUV (2015).

Según la anterior información, la producción durante 2015 cayó notoriamente y de manera generalizada en urgencias, imágenes, laboratorio, cirugías y egresos hospitalarios y subió ligeramente en consulta especializada y eventos obstétricos; de todas las actividades analizadas, la única que muestra un

crecimiento año a año es Consulta especializada, todas las demás presentan disminución. Las imágenes diagnósticas que comenzaron en enero de 2015 creciendo un 10% con relación a 2014, se mantuvieron hasta mayo, pero comenzaron a caer notoriamente desde junio de 2015.

En enero de 2016 hay una caída dramática y solo son un 32.7% de las realizadas en el mismo mes de 2015 o el 42.4% de las realizadas en enero de 2014, caída que ya se vislumbraba a finales del año 2015.

**Tabla 59. Datos de producción Imágenes diagnósticas.**

Vigencia	2.014	2.015	2.016
Enero	10.248	13.285	4.351
Febrero	10.610	9.487	
Marzo	10.879	11.024	
Abril	10.132	10.094	
Mayo	11.063	10.111	
Junio	9.933	6.432	
Julio	9.778	8.478	
Agosto	10.578	5.572	
Septiembre	9.335	4.032	
Octubre	10.899	3.699	
Noviembre	11.282	4.109	
Diciembre	11.730	4.135	

Fuente: información suministrada por el Área de Estadística del HUV (2016).

Durante el segundo semestre de 2015 los eventos por imágenes diagnósticas fueron inferiores a las de 2014, pero su caída vertiginosa se da a partir del mes de septiembre, mes a partir del cual solo fueron una tercera parte de lo que se hacía en 2014.

Los exámenes de laboratorio en el primer semestre de 2015 fueron un 95% del mismo semestre de 2014 y aunque comenzaron creciendo de manera significativa casi en un 40%, posteriormente tuvieron un comportamiento menor hasta caer radicalmente en el mes de junio.

**Tabla 60. Datos de producción exámenes de laboratorio.**

Vigencia	2.014	2.015	2.016
Enero	58.177	80.664	27.802
Febrero	63.517	57.600	
Marzo	73.262	66.932	
Abril	70.673	64.069	
Mayo	74.005	75.117	
Junio	63.059	36.035	
Julio	70.983	39.631	
Agosto	77.236	36.889	
Septiembre	66.340	25.448	
Octubre	75.880	19.513	
Noviembre	73.901	19.167	
Diciembre	82.240	20.459	
Total	849.273	541.524	27.802

Fuente: información suministrada por el Área de Estadística del HUV (2016).

De otra parte, en enero de 2016 seguían cayendo aún más, continuando la tendencia decreciente y dramática iniciada en septiembre de 2015.

**Tabla 61. Datos de producción Procedimientos quirúrgicos.**

Vigencia	2.014	Tendencia	2.015	Tendencia
Enero	2.244	-	1.263	-
Febrero	2.429	8%	3.514	178%
Marzo	2.536	4%	3.362	-4%
Abril	2.387	-6%	2.362	-30%
Mayo	2.312	-3%	2.328	-1%
Junio	2.053	-11%	1.949	-16%
Julio	1.963	-4%	1.930	-1%
Agosto	2.381	21%	1.733	-10%
Septiembre	1.963	-18%	1.904	10%
Octubre	2.218	13%	1.462	-23%
Noviembre	2.069	-7%	1.198	-18%

Continúa

Vigencia	2.014	Tendencia	2.015	Tendencia
Diciembre	2.530	22%	1.266	6%
Total	27.085		24.271	

Fuente: Área de Estadística del HUV (2015).

El total de los procedimientos quirúrgicos realizados durante 2015, presentan una disminución de 2.814 servicios frente a la cifra de 2014, es decir el 10.4% de menos, siendo los meses más críticos agosto (con 648 servicios de menos), octubre (con 756 servicios de menos), noviembre (con 871 servicios de menos) y diciembre (con 1.264 servicios de menos).

**Tabla 62. Datos de producción Consulta especializada 2015.**

Vigencia	2.014	Tendencia	2.015	Tendencia
Enero	11.932	-	11.154	-
Febrero	13.775	15%	17.143	54%
Marzo	13.654	-1%	25.057	46%
Abril	15.687	15%	17.523	-30%
Mayo	16.454	5%	18.000	3%
Junio	14.562	-11%	17.663	-2%
Julio	15.412	6%	11.581	-34%
Agosto	15.172	-2%	22.899	98%
Septiembre	16.825	11%	16.884	-26%
Octubre	18.723	11%	13.217	-22%
Noviembre	15.162	-19%	12.686	-4%
Diciembre	14.720	-3%	11.317	-11%
Total	182.078		195.124	

Fuente: Área de Estadística del HUV (2015).

Las consultas especializadas, para el año 2015, se incrementaron en un 7.2% (13.046 consultas especializadas), presentando los mayores márgenes de

crecimiento en el mes de marzo (25.057) y agosto (22.899), mientras que en el último trimestre del año 2015 se presenta una disminución sostenida de las consultas especializadas frente a 2014, así: para octubre disminuyen en el 29%, para noviembre disminuyen en el 16% y para diciembre presentan disminución del 23%. Las consultas especializadas durante el segundo semestre de 2015 fueron un 92% de las realizadas en el mismo periodo de 2014 o 7.430 consultas menos.

**Tabla 63. Datos de producción Eventos obstétricos, 2015.**

Vigencia	2.014	Tendencia	2.015	Tendencia
Enero	11.932	-	11.154	-
Febrero	13.775	15%	17.143	54%
Marzo	13.654	-1%	25.057	46%
Abril	15.687	15%	17.523	-30%
Mayo	16.454	5%	18.000	3%
Junio	14.562	-11%	17.663	-2%
Julio	15.412	6%	11.581	-34%
Agosto	15.172	-2%	22.899	98%
Septiembre	16.825	11%	16.884	-26%
Octubre	18.723	11%	13.217	-22%
Noviembre	15.162	-19%	12.686	-4%
Diciembre	14.720	-3%	11.317	-11%
Total	182.078		195.124	

Fuente: Área de Estadística del HUV (2015).

Los eventos obstétricos durante el primer semestre de 2015 crecieron un 39% en comparación al mismo periodo de 2014. A diferencia de lo ocurrido durante el segundo semestre, estos mismos presentan una disminución del 12.8% frente al mismo periodo de 2014, las mayores disminuciones se presentaron en septiembre (22%), octubre (33%), noviembre (24%) y diciembre (11%).

**Tabla 64. Datos de producción Consulta de urgencias.**

Vigencia	2.014	2.015	2.016
Enero	232	475	287
Febrero	330	387	
Marzo	325	433	
Abril	311	418	
Mayo	366	463	
Junio	349	495	
Julio	368	414	
Agosto	428	424	
Septiembre	374	292	
Octubre	380	253	
Noviembre	329	250	
Diciembre	308	273	
Total	4.100	4.577	287

Fuente: Área de Estadística del HUV (2016).

Las consultas de urgencias durante el primer semestre de 2015 cayeron con relación al mismo periodo de 2014. Las consultas de urgencias durante el segundo semestre de 2015 cayeron significativamente en comparación a 2014, notándose especialmente a partir del mes de septiembre cuando bajaron de las 1.000 mensuales.

**Tabla 65. Datos de producción Egresos hospitalarios**

Vigencia	2.014	2.015	2.016
Enero	5.383	2.221	1.033
Febrero	6.011	2.640	
Marzo	6.167	3.690	
Abril	4.637	2.028	
Mayo	6.596	1.729	
Junio	6.169	1.536	
Julio	5.911	1.744	
Agosto	7.211	2.207	
Septiembre	6.518	1.363	
Octubre	8.127	926	

Continúa

Vigencia	2.014	2.015	2.016
Noviembre	5.973	735	
Diciembre	8.710	722	
Total	77.413	21.541	1.033

Fuente: Área de Estadística del HUV (2016).

Los egresos hospitalarios en el primer semestre de 2015 cayeron un 9% en comparación a 2014. Durante enero de 2016 cayeron un 62% con relación al mismo mes de 2015. Los egresos hospitalarios en el segundo semestre de 2015 cayeron notoriamente con relación a 2014.

**Tabla 66. Datos de producción Terapias.**

Vigencia	2.014	2.015	2.016
Enero	11.062	10.852	8.450
Febrero	13.395	17.043	
Marzo	13.335	21.579	
Abril	15.355	16.169	
Mayo	16.662	23.161	
Junio	12.813	12.919	
Julio	16.206	8.909	
Agosto	13.452	11.920	
Septiembre	14.258	14.527	
Octubre	17.604	5.343	
Noviembre	18.681	7.879	
Diciembre	18.342	16.604	
Total	181.165	166.905	8.450

Fuente: Área de Estadística del HUV (2016).

Las terapias durante el primer semestre de 2015 fueron inferiores a las realizadas durante el mismo periodo de 2014. La caída se acentúa más en enero de 2016 cuando fueron menos del 80% de las realizadas en el mismo mes de 2015. Al analizar la ocupación del 2015 frente a la del 2014 se evidencia que esta es significativamente inferior. La estancia promedio disminuye, y el giro cama aumenta.

**Tabla 67. Terapias por vigencia 2014-2016 HUV.**

Vigencia	2.014	2.015	2.016
Enero	2.876	3.985	1.504
Febrero	3.017	2.307	
Marzo	3.113	2.357	
Abril	2.348	2.125	
Mayo	2.306	2.262	
Junio	3.153	2.286	
Julio	2.385	1.623	
Agosto	3.226	1.891	
Septiembre	2.886	1.396	
Octubre	3.229	1.123	
Noviembre	2.882	892	
Diciembre	3.333	1.084	
Total	34.754	23.331	1.504

Fuente: Área de Estadística del HUV (2016).

**Tabla 68. Comportamiento de Indicadores de Eficiencia Técnica Año 2014-2015.**

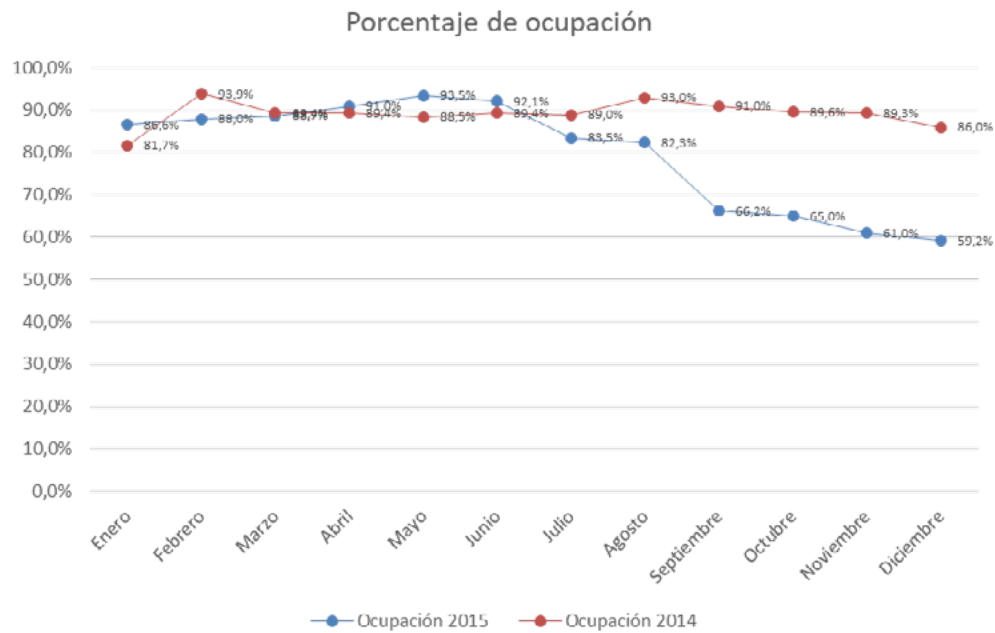
Año	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Ju l	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Ocup 2015	88,60%	88,00%	88,70%	91,00%	93,50%	92,10%	83,50%	82,30%	66,20%	65,00%	61,00%	59,20%
Ocup 2014	81,70%	93,90%	89,40%	89,40%	88,50%	89,40%	89,00%	93,00%	91,00%	89,60%	89,30%	86,00%
Estan 2015	5,3	5,8	6,1	5,4	5,9	7,4	6,2	7,0	4,7	4,2	4,3	4,3
Estan 2014	3,9	4,8	4,9	5,0	5,6	4	4,3	5,7	5,5	5,0	5,2	5,0
Giro 2015	3,71	4,16	4,68	4,24	4,51	4,56	3,3	3,5	3,4	3,8	3,2	3,4
Giro 2014	5,78	6,42	6,26	6"14	5,64	6,40	5,8	6,4	5,8	6,7	5,9	6,7

Fuente: Informe Rendición de Cuentas enero a diciembre de 2015-HUV.

Cuando se contrasta esto con la disminución en el número de actividades arriba citado y la disminución importante en la venta, se puede deducir que

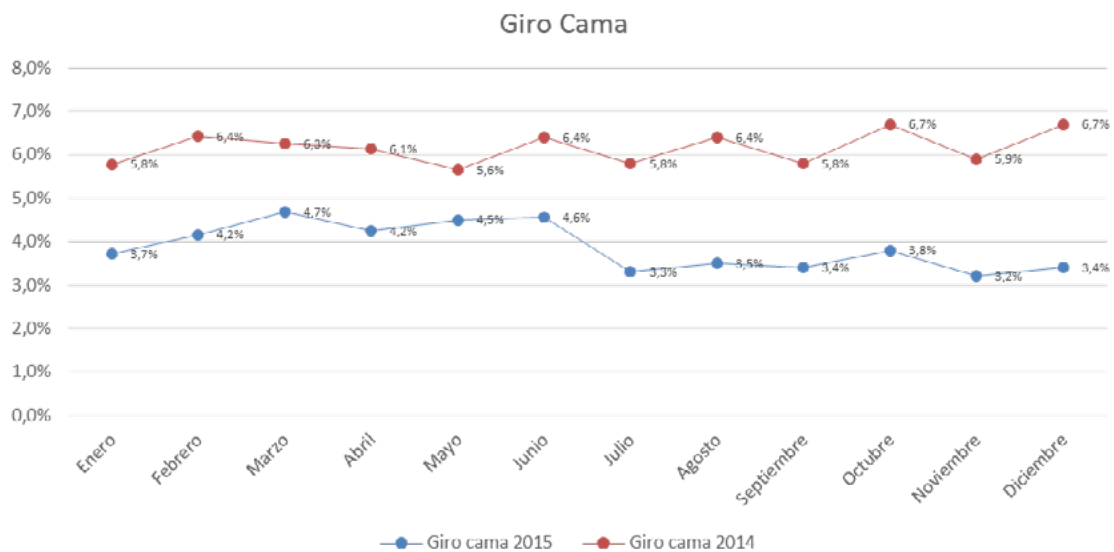
el hospital está menos lleno, pero que los pacientes que lo ocupan tienen una menor complejidad.





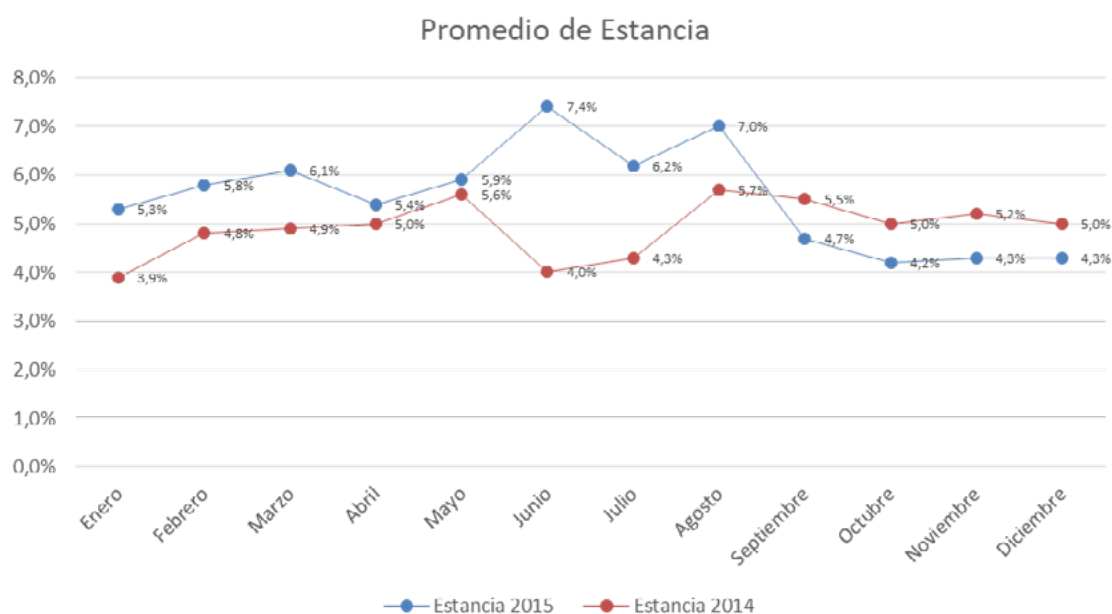
**Figura 32. Comportamiento de Indicadores de Eficiencia Técnica Año 2014-2015.**

Fuente: Informe Rendición de Cuentas enero a diciembre de 2015-HUV.



**Figura 33. Comportamiento en el número de camas ocupadas entre 2014-2015.**

Fuente: Informe Rendición de Cuentas enero a diciembre de 2015-HUV.



**Figura 34. Promedio de estancia hospitalaria entre 2014-2015.**

Fuente: Informe Rendición de Cuentas enero a diciembre de 2015-HUV.

Lo anteriormente expuesto en las diferentes tablas se puede volver a confirmar al analizar las primeras causas de hospitalización, donde resaltan los embarazos de alto riesgo, los recién nacidos, los partos; las primeras cinco causas de hospitalización se deben a razones relacionadas con el embarazo, el parto, el nacimiento o causas post-parto. En la siguiente tabla podemos evidenciar la frecuencia con que se hospitalizaron pacientes con sus respectivas razones.

**Tabla 69. Primeras Causas de Hospitalización 2015.**

CIE 10	Descripción	Frec	%
z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación	373	1,60%
z370	Nacido vivo único	265	1,10%
o839	Parto asistido sin otra especificación	239	1,00%
z321	Embarazo confirmado	227	1,00%

Continúa

CIE 10	Descripción	Frec	%
p369	Sepsis bacteriana del recién nacido no especificada	221	0,90%
o141	Preeclampsia severa	203	0,90%
o800	Parto único espontáneo presentación cefálica del vértice	200	0,90%
z988	Otros estados post quirúrgicos especificados	196	0,80%
o809	Parto único espontáneo sin otra especificación	187	0,80%
p073	Otros recién nacidos preterminado	178	0,80%
	Otros diagnósticos	21042	90,20%
	Total	23331	100,00%

Fuente: Informe Rendición de Cuentas enero a diciembre de 2015-HUV.

La institución tiene un peso importante en atenciones materno infantil, sin que se vea en estos hospitalizaciones de pacientes de cuidado crítico entre las principales causas de hospitalización.

**Tabla 70. Primeras Causas de Consulta Urgencias 2015.**

Cie 10	Descripción	Frec	%
T07X	Traumatismos múltiples, no especificados	1024	4,80%
Z321	Embarazo confirmado	663	3,10%
Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación	642	3,00%
R509	Fiebre no especificada	414	1,90%
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	368	1,70%
R568	Otras convulsiones y las no especificadas	277	1,30%
I679	Enfermedad cerebrovascular no especificada	263	1,20%
T150	Cuerpo extraño en córnea	234	1,10%
Z358	Supervisión de otros embarazos de alto riesgo	207	1,00%
S800	Contusión de la rodilla	206	1,00%
	Otros diagnósticos	17243	80,00%
	Total	21541	100,00%

Fuente: Informe Rendición de Cuentas enero a diciembre de 2015-HUV.

Cuando se contrastan los datos anteriores con las principales causas de urgencias, se observa que en este último servicio predominan los traumatismos no especificados, luego vuelven a tener preponderancia las asociadas con atenciones ginecobstetricias. En conclusión, estamos con un hospital menos lleno, y con pacientes menos complejos.

En cuanto a la prestación en sí, está a cargo de personal asistencial directamente contratado por el Hospital, vinculados por agremiaciones y por docentes de la Universidad del Valle apoyados con estudiantes de la Facultad de Salud en programas de pregrado y posgrado. Existen debilidades importantes en el seguimiento a tareas de los equipos asistenciales; no hay evidencia de seguimiento a productividad.

Existe en algunas áreas una cultura de incumplimiento a horarios y cargas asistenciales asignadas

a todo nivel, algunas agendas dejaron de ser organizadas según las necesidades de pacientes e institución y se orientan más hacia las necesidades de los prestadores del servicio, quedando el cliente en último lugar. Los incumplimientos citados tienen poca repercusión sobre los profesionales generadores de las mismas; esto ha favorecido que la práctica se extienda, ya que el mensaje que puede ser leído es que "no pasa nada".

Al observar estos comportamientos en algunos colaboradores de la Institución y ver que ellos mismos en otras instituciones no solo son conocedores de los procesos administrativos sino que los siguen y respetan, demuestran que no es un problema de desconocimiento sino de actitud para acatar las directrices del Hospital, por tanto, se presume que, en un modelo de gestión orientado al logro y basado en indicadores, estos mismos profesionales serán los líderes que se necesitan para reconvertir al hospital en una institución rentable social y financieramente hablando.

El Convenio Docencia-Servicio Asistencial entre el Hospital Universitario del Valle y la Universidad del Valle surge para el desarrollo científico y tecnológico de la salud en los campos de la educación, la investigación en el desarrollo de programas de pregrado, postgrado, educación continuada y extensión universitaria; asegurando por estos medios el mejoramiento de la calidad de la educación en la Universidad y de los servicios de salud en el Hospital.

Sin embargo, existen factores que de parte y parte pueden afectar el adecuado flujo de esta relación, por parte del Hospital, la restricción en insumos y equipos necesarios para la atención de los pacientes, así como la disminución en la capacidad de oferta que afecta el número de pacientes susceptibles de ser atendidos y la menor complejidad de los mismos especialmente durante el último año son algunas de las situaciones expuestas por docentes de la Universidad y que son consideradas como potenciales riesgos para la calidad de la actividad académica, además de la calidad y seguridad en la atención para los pacientes.

Por su parte, el incumplimiento a horarios y agendas establecidas así como el acompañamiento parcial a los estudiantes que de parte de algunos docentes se da al momento de la asistencia y la no claridad en las asignaciones asistenciales de los docentes en los diferentes servicios, la ausencia de indicadores de gestión / servicio / productividad aplicados a la docencia por parte del Hospital y la escasa adherencia a procesos administrativos son algunos de las situaciones mencionadas por los colaboradores del Hospital, como generadoras de inconvenientes que, en algunas ocasiones, se convierten en detrimento al ingreso institucional. En este orden de ideas, es importante conciliar entre partes lo necesario para lograr la optimización de este convenio, considerado un activo estratégico vital para ambas partes.

Situaciones como estas se favorecen por la poca claridad en perfiles y funciones a todo nivel, así como debilidad en normas de competencias. Algunos cargos no se encuentran asociados a indicadores de gestión que permitan evaluar un desempeño objetivo que faciliten tanto la generación de planes de mejora como decisiones a favor de la organización según sea el caso.

Hay poca adherencia al cumplimiento de los requerimientos administrativos asociados a la prestación. El diligenciamiento completo y oportuno de la historia clínica, la formulación y ordenamiento de lo necesario para la atención, la optimización del tiempo dedicado a la atención, la búsqueda de procesos eficientes que mejoren la productividad dentro de la institución no son parte de la cultura de los equipos asistenciales, sin que esto sea una situación general, ya que existen profesionales, tanto contratados como docentes, cumplidores de su deber. Esto no facilita las evaluaciones de pertinencia clínica en el personal de salud que labora en la institución frente a manejo de protocolos y guías de atención institucionales, con la consiguiente revisión conjunta y generación de planes de mejoramiento si vienen al caso.

En respuesta a esto, desde el Plan de Desarrollo con vigencia 2012-2015 se generó un plan de adopción

y de adaptación de las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social, que fueron enviadas a los Jefes de las diferentes unidades académicas y de servicio, encontrándose en proceso de evaluación para posteriormente ser implementadas en la plataforma DARUMA y en los procesos de atención de los pacientes.

La Modernización de los Procesos Administrativos y Clínicos, a pesar de tener el mayor grado de cumplimiento durante el periodo del Plan de Desarrollo 2012-2015 se vio afectado por la falta de recursos económicos. Algunas metas no se lograron por la pérdida de visión gerencial y enfoque sistémico, ausencia de indicadores de gestión, interinidad del grupo directivo, falta de cumplimiento a los Planes de Mejoramiento, no existencia de mercadeo institucional, entregándose servicios importantes a terceros (Alianzas estratégicas) y la propia crisis del sector salud. Se presentaron fallas constantes en el Servicio Farmacéutico por la falta de disponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos.

Hay debilidad en los sistemas de información y en la parametrización de productos y servicios contratados con los aseguradores, de tal forma que es frecuente encontrar que se generan atenciones que o no pueden ser cobradas (no leídas por el sistema al no existir el parámetro) o lo son de forma no adecuada, dejándose de percibir ingresos por esta vía.

En relación con el cumplimiento de estándares del Sistema Único de Acreditación (SUA) según informe entregado en diciembre de 2015 se obtuvo por parte de la institución una calificación de 1 sobre 5, siendo una exigencia de ley estar la entidad acreditada a diciembre 31 de 2015 (Ley 1438 de 2011), servicios misionales como Ortopedia, Urgencias, Ginecología, UCI, Atención Integral Clínica, entre otros, no alcanzaron los estándares mínimos de habilitación y en consecuencia la Acreditación.

Durante la vigencia del Plan de Desarrollo 2012-2015 no se ejecutaron acciones para el Subprograma Reordenamiento Médico Arquitectónico, cuyo objetivo

es el dimensionamiento de áreas para el desarrollo de los proyectos futuros de infraestructura física del HUV acordes con el estudio de oferta y demanda de servicios.

No se evidencia un modelo de auditoría que permita, en tiempo real, optimizar procesos, apoyar la calidad y disminuir al máximo la posibilidad de glosas y devoluciones. Un proceso en el que se trabaje al tiempo acciones coyunturales, de calidad y prevención a la vez que se cuenta con un equipo fuerte de cuentas médicas y preradicación, es un método probado que favorece la atención segura y costo efectivo a la vez que propende por optimizar la rentabilidad operacional.

Conforme al informe de rendición de cuentas para la vigencia 2015, se encuentra la evaluación de algunos elementos del Plan de Desarrollo vigencia 2012-2015 directamente relacionados con la prestación del servicio, como se indica a continuación:

- Programas de Extensión-Cursos: Seguridad del Paciente, Cuidado humano y seguro personal con patología hematológica, Cuidado humano y seguro persona con patología Psiquiátrica.
- Definición de la política de formación del talento humano (POL/DG/EDU/001) en pro del proceso de acreditación del HUV.
- Articulación contraprestación convenio Docencia-Servicio para capacitación del talento humano del HUV y dotación de auditorios con equipos audiovisuales, tableros borrables y papelería.
- Actualización de los procedimientos clínicos relacionados cierre de brechas de habilitación, todos se encuentran en evaluación por los jefes para ser implementados en las áreas.
- Articulación Programas Enfermería y Psicología-Univalle y Psicología U. San Buenaventura al fortalecimiento cultura de humanización en el HUV, en sinergia con gestión del talento humano.
- Se actualizó el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios PGIR, sin implementación a la fecha del informe de rendición de cuentas.

- Se cuenta con historia clínica electrónica, en casi la totalidad de los servicios asistenciales, logrando mejorar la calidad y oportunidad en la atención de los pacientes, obteniendo datos estadísticos directamente desde la base de datos. Esta información permite mejorar la glosa por letra ilegible y justificación de órdenes medicas desaparecidas.
- Se adelantaron gestiones ante la Gobernación del Valle para el mejoramiento del proceso de atención al donante, se formuló proyecto logrando la donación de una Unidad Móvil, que fue devuelta por fallas técnicas estando pendiente su reingreso al hospital.
- Revisión cumplimiento de avales académicos de docentes bajo relación Docencia – Servicio; proceso de actualización hojas de vida.
- Construcción instrumentos para seguimiento al cumplimiento de Manuales de funciones asistenciales delegadas y anexos técnicos para supervisión del personal en formación.

#### Consideraciones

Combinar una cultura organizacional débil donde predomina el individualismo con un sistema de información con falencias y procesos administrativos y financieros obsoletos, han sido factores relevantes (sin ser los únicos) para la crisis que se vive en la institución.

Es claro que un factor indispensable para lograr la prestación de un servicio de alta calidad, eficiente y rentable social y, operacionalmente hablando es el definir un modelo de atención centrado en la gestión, con indicadores que faciliten el seguimiento a resultados, con los que trabajar ciclos de mejoramiento continuo sea posible.

Un modelo de este tipo no solo facilita la prestación, sino que permite brindar servicios de las más altas calidades seguros y costo efectivos a la vez que favorece la investigación, la innovación y la academia del más alto nivel. Seguidamente se identifican y clasifican los recursos y capacidades de la Dirección médica identificando las siguientes variables:

**Tabla 71. Fortalezas y debilidades según los recursos y capacidades.**

<b>Recursos y capacidades Dirección Médica</b>	<b>F/D</b>	<b>FM</b>	<b>fm</b>	<b>DM</b>	<b>Dm</b>
Disminución en recurso humano misional, tanto general como especializado y subespecializado, dejando algunas áreas estratégicas funcionando con equipos de trabajo incompletos.	D			X	
Escasez de insumos necesarios para la atención de pacientes, que pone en riesgo la seguridad de la atención y la calidad académica impartida.	D			X	
Disminución en capacidad ofertada a la población, sin embargo, los pacientes siguen llegando, sobreocupando las áreas dispuestas para atención.	D			X	
No evidencia de sistematicidad y periodicidad para el análisis de tableros de mando, revisión estratégica de indicadores clínicos y definición de planes de mejoramiento, así como el cumplimiento de los planes de mejoramiento generados.	D			X	
Indicadores de gestión poco definidos, cumplimiento limitado a los mismos por parte del equipo asistencial general especializado y subespecializado, sin consecuencias tangibles frente a los incumplimientos (planes de mejora, trabajo con coach o salida de la institución según cada caso en particular).	D			X	
Perfiles y funciones poco claros en el equipo asistencial, tanto general como especializado y subespecializado.	D			X	
Se encuentra una cultura generalizada de incumplimiento a horarios y cargas asistenciales asignadas a todo nivel.	D			X	
No evidencia de estudio de cargas y puestos de trabajo asistenciales a todo nivel. Debilidad en normas de competencias. No evidencia de existencia generalizada de evaluaciones de desempeño y planes de mejora.	D			X	
Escasa adherencia al cumplimiento de los requerimientos administrativos asociados a la prestación, tales como el diligenciamiento completo y oportuno de la historia clínica, la formulación y ordenamiento de lo necesario para la atención, entre otros, factores clave para lograr la maximización de ingresos.	D			X	
No se evidencia un modelo de auditoría que permita, en tiempo real, optimizar procesos, apoyar la calidad y disminuir al máximo la posibilidad de glosas y devoluciones. Un proceso en el que se trabaje al tiempo acciones coyunturales, de calidad y prevención a la vez que se cuenta con un equipo fuerte de cuentas médicas y preradicación, es un método probado que favorece la atención segura y costo efectiva a la vez que propende por optimizar la rentabilidad operacional.	D			X	
Programas de Extensión- Cursos: Seguridad del Paciente, Cuidado humano y seguro personal con patología hematológica, Cuidado humano y seguro persona con patología Psiquiátrica.	F	X			
Definición de la política de formación del talento humano (POL/DG/EDU/001) en pro del proceso de acreditación del HUV.	F	X			
Articulación contraprestación convenio Docencia-Servicio para capacitación del talento humano del HUV y dotación de auditorios con equipos audiovisuales, tableros borrables y papelería.	F	X			
Articulación Programas Enfermería y Psicología-Univalle y Psicología U. San Buenaventura al fortalecimiento cultura de humanización en el HUV, en sinergia con gestión del talento humano.	F	X			
Debilidad en existencia e implementación de guías y protocolos de atención orientados a la calidad y costo-efectividad.	D			X	
No cumplimiento a estándares de acreditación según informe de evaluadores de diciembre de 2015. Hay incumplimientos incluso para estándares de habilitación.	D			X	
Adopción de una nueva estructura organizacional que implicó reagrupación de procesos no necesariamente funcionales: Atención Integral Quirúrgica y de Emergencias, Atención Integral Clínica.	D			X	
No evidencia de plan de compras. Estas se realizan sin el acompañamiento de la Dirección Médica en el proceso.	D			X	

**Fuente:** elaboración propia con base en observación participante, revisión documental y encuesta a grupos focales. Informe rendición de cuentas 2015. Audiencia Pública de Rendición de Cuenta 2015 a la Ciudadanía.

## Recursos y capacidades técnicos o de producción

**Tabla 72. Fortalezas y debilidades en los recursos y las capacidades técnicas.**

Recursos y capacidades técnicos o de producción	F/D	FM	fm	DM	Dm
Grado de capacitación del personal del área	F	X			
Grado de creatividad e innovación del área	F	X			
Grado de tecnificación del área	D			X	
Calidad en los procesos productivos	d				x
Poca adherencia a cumplimiento de requisitos administrativos asociados a la atención	D			X	
Calidad de los bienes o servicios	d				x
Auditoría para la garantía de la calidad en la atención de servicios de salud	D			X	
Grado de flexibilidad en la producción	D			X	
Conocimiento del entorno por parte del personal del área	D			X	
Capacidad de respuesta del área a los cambios del entorno	F	X			
Relación del área con las demás áreas de la organización	D			X	
Capacidad de oferta disminuida	D			X	
Productividad disminuida. Menor complejidad de pacientes atendidos. Disminución de ingresos asociada.	D			X	
Convenios Docente-Asistencial con importantes universidades de la región: Universidad del Valle, Universidad Libre, Universidad Autónoma de Occidente.	F	X			

Nota: F/D: Fortaleza / Debilidad FM: Fortaleza Mayor Fm: Fortaleza Menor DM: Debilidad Mayor Dm: Debilidad Menor.

Fuente: elaboración propia con base en revisión documental y trabajo etnográfico.

## Recursos y capacidades directivas

En términos generales, los hospitales han pasado de ser los sitios para albergar y atender a los más pobres a ser instituciones con condiciones técnico científicas importantes que los convierten en escenarios para generación de conocimiento y la formación del talento humano necesario para atender las necesidades en salud de una población objeto. Esta evolución ha ido de la mano con la de la Universidad, que cada vez es más especializada y aumenta su promesa de valor, logrando posicionarse y acreditar sus ofertas educativas.

Abraham Flexner, educador norteamericano, destacado por su papel en la reforma de la educación

superior de las escuelas de medicina en Estados Unidos y Canadá, a principios del siglo XX sugirió, entre otras cosas, que la formación de los profesionales médicos se hiciera en los dos últimos años en los campos hospitalarios, de tal manera que se lograra aplicar el método de "aprender haciendo" bajo la supervisión permanente y rigurosa de un tutor.

La Universidad del Valle fue más allá, y puede decirse que mejoró el modelo flexneriano, adicionando la formación en dimensión social a sus estudiantes. Llega el departamento de Medicina Comunitaria, que posteriormente se transformó en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, años más tarde llamado de Medicina Social. Este modelo fue adoptado posteriormente por el resto de facul-



tades de medicina en Colombia, y es hoy la base para el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) a implementarse en el país (Guerrero y Rovetto, 2010, p. 304).

El Hospital Universitario del Valle surgió en 1956 como una institución pública para la atención de alta complejidad de los pacientes sin capacidad de pago, en un marco académico para la formación de talento humano en salud de alta calidad.

Durante muchos años funcionó en el marco de una lógica asistencialista, donde los recursos para su funcionamiento provenían del Estado, no era necesario facturar, no era necesario garantizar la productividad ni mucho menos la rentabilidad; la única razón de ser de esta institución era la academia y la prestación del servicio. Pero con el cambio de la norma, pasó a ser una Empresa Social del Estado (E. S. E.), con lo que debía ser una institución autosostenible y enfrentarse en un escenario de mercado a instituciones privadas (IPS), en condiciones de desventaja.

Muchas instituciones en el país, especialmente públicas y universitarias, no lograron adaptarse a su nueva condición, en un entorno donde las leyes del libre mercado ponen en la misma balanza a una institución privada con ánimo de lucro y a un hospital universitario que existe y subsiste con el ánimo de generar conocimiento y salud.

Pero más allá de la dinámica de mercado, la norma indica unas condiciones cada vez más estrictas para la continuidad de la acreditación como hospital universitario, tal como lo establece en el artículo 100 de la Ley 1438 de 2011 y normas posteriores asociadas, que definen como de obligatorio cumplimiento que la institución sea acreditada según los requerimientos estipulados por el Sistema Único de Acreditación (SUA) además de garantizar condiciones de bienestar para los estudiantes, requisito que hasta el momento no ha sido posible cumplir por parte del hospital, pero que ha sido subsanado por otras instituciones de características similares en el país.

Es importante tener en cuenta que la situación de clínicas y hospitales en la actualidad no es la mejor desde el punto de vista financiero; en el caso del Hospital Universitario del Valle estas se asocian a insuficiencias administrativas que lo han llevado a un estado de debilidad tal que lo tienen en punto crítico de su historia, donde la iliquidez disminuye la capacidad de inversión para el desarrollo científico tecnológico pudiendo afectarse la investigación y la generación de conocimiento.

Lograr encontrar el cómo para el logro de los objetivos si bien es una tarea difícil no es imposible, lo vital es encontrar el equilibrio exacto para poder combinar las funciones académicas y de generación de conocimiento con las netamente asistenciales en un marco de generación de ingresos para la autosostenibilidad, para lo cual, un modelo de gestión basado en una administración con procesos eficientes facilite la sostenibilidad financiera de la institución.

Requiere de un modelo de gestión que esté basado en procesos, en indicadores de cumplimiento, en seguimiento visto como acompañamiento hacia el crecimiento y mejoramiento continuo de todas las áreas de trabajo del hospital, y para este logro se requiere de convencimiento y voluntad política de todos los actores; se necesita un "todos ponen"; tal y como fue planteado en el informe de la Comisión de Alto Nivel en 2011. Significa esto que el hospital debe ser concebido de una forma diferente, necesita innovar en su estructura administrativa de tal manera que pueda desarrollar de manera eficiente, con calidad, calidez y seguridad todas las actividades que se requieran para cumplir su objetivo misional. Esto puede incluso llegar a abarcar el pensar un Convenio Docencia/Servicio de otra manera, fórmulas diferentes de vinculación o cualquier propuesta que, pensada conjuntamente, puedan soportar una nueva institución que sea sólida y sostenible en el tiempo.

Luego de la crisis del 2011 la Institución entiende la necesidad de reorientar su plan de direccionamiento. Se aprueba por la Junta Directiva del HUV el Plan de Desarrollo 2012-2015 mediante Acuerdo 011 de 12 de diciembre de 2012, que empezó a regir a partir de enero de 2013. En el que se evidencian metas tangi-



bles del plan de desarrollo son difíciles de identificar, toda vez que las dificultades del Hospital y las debilidades en materia de información no permiten tener unos indicadores reales de los avances y los logros alcanzados al final del periodo.

### Liderazgo administrativo

La estructura organizacional es vertical, en la que el gerente general depende de la Junta Directiva, y a su cargo se encuentran cuatro directores y dos jefes en línea directa; de cada uno de ellos depende a su vez jefaturas, coordinaciones y cargos operativos.

A pesar de que la gerencia general depende directamente de la Junta Directiva, el cogobierno que existe dificulta la toma de decisiones a este nivel, lo que ha contribuido a que la rotación de personal en la Gerencia General (tres gerentes el último año) y en la Dirección Médica (tres directores en los últimos tres años) sea elevada. Por este motivo se considera que el liderazgo administrativo, en esta institución, se ha constituido en una **Debilidad Mayor**.

### La alta dirección y sus relaciones con colaboradores y terceros interesados

El cogobierno (del que se habla más adelante), está organizado de acuerdo con las normas de participación ciudadana y en materia de salud, y eso hace que estas relaciones sean tensas y complicadas de manejar. Existen "intereses disímiles" entre las partes interesadas, por tanto, las decisiones a favor de la entidad pueden ser tomadas como contrarias, e incluso pueden considerar que obedecen al favorecimiento específico de alguna de las partes en detrimento de otras. Por ejemplo, de las organizaciones sindicales, organismos que consideran que cualquier decisión va en desmedro de la convención colectiva de trabajo. Al existir en la institución necesidades e intereses diferentes, existen profundos conflictos en busca de beneficios, por lo que no existen relaciones de confianza. Una simple conversación de algún miembro de la alta dirección con algún miembro del grupo A puede ser considerada como una reunión para organizar un complot por algún miembro del grupo B.

Estas situaciones mantienen un ambiente enrarecido, que trasciende incluso a los colaboradores del Hospital, desde el nivel directivo hasta el nivel operativo, se siente una relación de mandato entre la gerencia, cargos directivos y los cargos operativos que en ocasiones también se ven afectados, puesto que la calidad de las decisiones que se tome por parte de alguno de estos puede ser refutada, incumplida o cuestionada en cualquier momento por cualquiera de las partes interesadas.

Por otro lado, las decisiones tomadas incluso a nivel de Junta Directiva, deben ser discutidas y justificadas con diferentes grupos internos de interés que quieran ir a la dirección a "*pedir cuentas*" del porqué de las decisiones o tópicos en cuestión, irrumpiendo diferentes espacios, que provocan pérdidas de tiempo, porque además se pretenden reuniones individuales, realizadas sin cita previa y sin límite de tiempos establecidos. Hacen que se pierda tiempo valioso del nivel directivo en justificar y explicar frente a cada uno de los dueños dejando de operativizar las decisiones o buscando estrategias, obstaculizando la labor de la alta dirección que en ocasiones prefiere dejar de tomar decisiones que pueden ser favorables para la entidad para evitar discusiones y altercados con sindicatos y asociaciones gremiales. Por lo descrito anteriormente, es menester generar relaciones de confianza y por ende fortalecer el esquema de Gobierno Corporativo.

### La alta dirección y el conocimiento del entorno

Las áreas responsables de las relaciones con clientes y proveedores no cuentan con la información actualizada de la totalidad de clientes y proveedores de la organización, las fichas técnicas están desactualizadas, y no se ha socializado al resto de la organización la totalidad de los clientes y proveedores de la entidad. El no conocimiento de los usuarios va sumado al desconocimiento del entorno; esto lleva a que las respuestas a los cambios del entorno no sean ágiles, o incluso, no sean las más apropiadas según las necesidades. La organización mantiene relaciones apropiadas con los entes territoriales y universidades; el relacionamiento con los clientes, tanto grandes (aseguradores) como pequeños (pe-

queñas empresas, pacientes particulares) es solo circunstancial, es decir, al momento de elaborar el contrato o en el momento mismo de la atención.

### **Cogobierno**

El gobierno corporativo se refiere a las estructuras y sistemas de control en el que los directivos responden a los dueños de una organización por los resultados de esta. Se entiende entonces que, en un estado normal de gobierno corporativo, la línea directiva, con unas reglas claras de juego y unos indicadores definidos de cumplimiento, debe tener autonomía para la toma de decisiones organizacionales, toda vez que estas serán tomadas siempre pensando en el cumplimiento de las metas de la compañía, supervisadas además por la Junta Directiva y Auditoría interna o su equivalente (Johnson *et. al.*, 2010).

En el modelo cortoplacista, que mantiene el Hospital, cada uno de ellos busca favorecer sus intereses particulares, sin importar que se afecten los intereses de la institución; aquí, ya es imposible hablar de estrategia o de sostenibilidad, lo que se generan son "planes de trabajo" y "liquidez al día".

### **Planeación estratégica**

Las IPS afrontan un doble reto: por un lado, ser costo/efectivas y sostenibles en unos entornos legales y financieros convulsionados, donde la normatividad es cambiante, las tarifas son variables y la cartera elevada, por otra parte, deben satisfacer las cada vez mayores necesidades de atención en salud con altos estándares de calidad, con atenciones pertinentes y enfocados siempre a mejorar la atención a un cliente cada vez más exigente.

Para lograr conjugar estos dos aspectos, necesitan de una gerencia efectiva y un direccionamiento estratégico, en donde tengan cabida el liderazgo efectivo, la investigación aplicada, la innovación, la adaptación al cambio y la cultura del mejoramiento continuo, convirtiéndose en elementos propios de la cultura y la base de las estrategias que deben generarse para definir el rumbo de la organización que permita que esta logre su sostenibilidad en el tiempo.

Esto hace importante que el proceso de planeación estratégica sea estructurado sobre la base de un análisis interno y un conocimiento del entorno amplio, que permita identificar fortalezas, debilidades, amenazas, oportunidades; generar estrategias basadas en estas y construir así un plan estratégico concreto, cuantificable y medible.

### **Seguimiento a cumplimiento de indicadores**

Cada una de las perspectivas, la financiera, la asistencial, la atención al cliente, la administrativa y la tecnológica cuentan con indicadores, todos pertenecientes también al Sistema Único de Acreditación. Se producen planes de acción para el mejoramiento, sin embargo, para la creación de estos no se encuentra un análisis profundo de las causas y consecuencias de los movimientos en el tiempo de los resultados de indicadores; ni tampoco se encuentran comparativos entre resultados obtenidos a varios años a pesar de que esta información existe.

Las acciones de mejoramiento definidas según los resultados no se encuentran priorizadas según riesgo, costo, volumen, así como tampoco son claros en cuanto a cuáles deben ser específicamente las características de calidad que deben impactarse para establecer su ejecución a corto, mediano o largo plazo respectivamente.

Esto se refleja en el comportamiento de algunos indicadores, en los que, periodo tras periodo, siguen sin cumplimiento de metas; sin embargo, todos los meses aparece el mismo análisis y el mismo plan de acción, y al analizarlo se encuentra que lo que debería hacerse es cambiar la meta, ya que el plan de acción definido es improbable de realizar.

### **Descripción de trabajo y normas de competencia**

Es la alta gerencia, —basándose en lo que el plan estratégico determine—, la encargada de liderar el rumbo organizacional, de diseñar las normas de competencia laboral según el modelo de negocio (servicio) definido, teniendo como insumo principal la planta de cargos y las descripciones de estos con sus respectivas normas de competencia, sin embar-

go, en los análisis realizados se evidenció que no existe trazabilidad entre la planta de cargos, el organigrama y las funciones y competencias asociadas. Las evaluaciones de desempeño son hechas por el jefe inmediato, pero los empleados no son evaluados con indicadores de desempeño que reflejen el cumplimiento de metas preestablecidas.

La continua intervención de los muchos jefes actuando en forma despectiva y autoritaria con el personal hace que el clima laboral esté enrarecido y el índice de insatisfacción no sea el mejor, sin embargo, llama la atención que, al revisar las encuestas de clima laboral adelantadas por el Hospital, estas refle-

jan un porcentaje de satisfacción cercano al 100%. Al indagar por el motivo de esto, muchos colaboradores refieren que las encuestas de clima laboral se realizan en presencia de algún delegado de la dirección administrativa y que existen antecedentes de represalias por responder que se sienten insatisfechos, lo que no permite establecer una medición real de clima laboral.

A continuación, se presenta el cuadro de calificación de análisis DOFA de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de recursos y capacidades directivos:

**Tabla 73. Fortalezas y debilidades de los recursos directivos.**

Recursos y capacidades directivos	F/D	FM	fm	DM	Dm
Liderazgo administrativo	D			X	
Flexibilidad de la estructura administrativa	D			X	
Relación del área administrativa con las demás áreas de la organización	D			X	
Efectividad en la toma de decisiones	D				X
Cogobierno por parte de grupos de interés	D				X
Conocimiento del entorno por parte de los directivos	D			X	
Relaciones de la organización con el entorno global, nacional y local	D			X	
Capacidad de respuesta de la organización a los retos del entorno	D				X
Imagen corporativa en el entorno	F			X	
Responsabilidad social de la organización	F			X	
Planeación estratégica	D			X	
Creatividad e innovación administrativa	D				X
Formulación e implementación de planes estratégicos	D			X	
Existencia de sistema integrado de control administrativo	D			X	
Capacitación del personal de la organización planificada	D			X	
Evaluación de desempeño	D			X	
Satisfacción del personal	D			X	
Índice de ausentismo laboral	D				X

Nota: F/D: Fortaleza / Debilidad FM: Fortaleza Mayor Fm: Fortaleza Menor DM: Debilidad Mayor Dm: Debilidad Menor.

**Fuente:** elaboración propia con base en observación participante, encuestas a grupos focales y análisis documental.

## Recursos y capacidades-marketing

Para caracterizar y entender los recursos y capacidades que están presentes en la mercadotecnia del HUV es necesario dividirlo en cinco recursos y/o capacidades: la primera en clientes, el siguiente es el portafolio de servicios, el tercero es la frecuencia de participación del hospital en el mercado, el cuarto el posicionamiento de la marca y por último la administración de relaciones estables con los clientes. A continuación la caracterización de cada una de ellas.

### Clientes

El Hospital Universitario del Valle tiene relaciones contractuales vigentes con el ente territorial, aseguradoras del régimen subsidiado y algunas aseguradoras del régimen contributivo, en 2015 cada uno de estos contratos superaron los \$200.000 millones.

**Tabla 74. Cuadro de contratación HUV 2015.**

ENTIDAD	VALOR 2015
Gobernación del Valle	10.998.000.000
Gobernación del Valle	15.246.880.292
Total	26.244.880.292
Mallamas	780.000.000
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó Regional Valle	4.000.000.000
Caprecom Nacional	18.000.000.000
Caprecom nacional (adición presupuestal)	1.000.000.000
Emssanar	66.000.000.000
Emssanar otro sí	20.000.000.000
Emssanar otro sí No. 2	8.000.000.000
Asmet Salud	8.250.000.000
Coosalud	15.887.713.186
Saludvida	3.000.000.000
Caja de Compensación Familiar del Chocó	1.600.000.000
Emssanar	26.000.000.000
Total	172.517.713.186
Profesionales de la salud S.A. "Proinsalud S.A."	300.000.000

Continúa

ENTIDAD	VALOR 2015
S.O.S.	1.850.000.000
Total	2.150.000.000
Corporación de Servicios Médicos Internacionales Them y Compañía Ltda. Cosmitet Ltda.	800.000.000
Corporación de Servicios Médicos Internacionales Them y Compañía Ltda. Cosmitet Ltda. (Ejecución)	4.000.000.000
Corporación de Servicios Médicos Internacionales Them y Compañía Ltda. Cosmitet Ltda. (Ferros)	3.000.000.000
Policía	688.900.162
Ejército - vigencia actual	30.000.000
Ejército - para la vigencia futura del 1 de enero a mayo de 2016	132.896.128
Universidad del Valle	233.000.000
Total	8.884.796.290
Total contratado	209.797.389.768

Fuente: Oficina de contratación del Hospital Universitario del Valle (2015).

En 2015 un 75% de "los clientes" en venta de servicios pertenecían al régimen subsidiado, un 13% fueron de vinculados Valle, un 4% del Soat y un 3% del régimen contributivo, como los cuatro primeros grupos de usuarios.

### Portafolio de servicios

El portafolio de servicios corresponde a la carta de presentación de cualquier institución, por medio de la que se da a conocer de forma práctica las actividades que se realizan y que son susceptibles de ser necesitadas por un cliente potencial.

La oferta del Hospital Universitario del Valle si bien está orientada a la mediana y alta complejidad, es muy amplia, y abarca productos y servicios de toda índole. Desde Odontología y Terapia Física de Rehabilitación y Respiratoria hasta Consulta externa general, especializada y subespecializada, pasando por laboratorios clínicos y de patología altamente especializados. Sin embargo, el conocimiento que de la oferta tienen tanto las aseguradoras como los

pacientes no es tan amplio, por tanto, la posibilidad de que estos accedan se encuentran limitadas.

**Tabla 75. Portafolio de servicios detallado HUV 2015-2016.**

PORTAFOLIO DETALLADO	2015	2016
<b>SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (24 Horas)</b>		
General Pediátrica	X	X
Unidad de Salud Mental	X	X
Cuidado Intermedio Neonatal	X	X
Cuidado Intermedio Pediátrico	X	X
Cuidado Intermedio Adultos	X	X
Cuidado Intensivo Neonatal	X	X
Cuidado Intensivo Pediátrico	X	X
Cuidado Intensivo Adulto	X	X
Unidad de Quemados Adultos	X	X
Unidad de Quemados Pediátricos	X	X
Obstetricia	X	X
<b>• SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>		
Cirugía Cabeza y Cuello	X	X
Cirugía Cardiovascular	X	X
Cirugía General	X	X
Cirugía Ginecológica	X	X
Cirugía Neurológica	X	X
Cirugía Maxilofacial	X	X
Cirugía Oftalmológica	X	X
Cirugía Ortopédica	X	X
Cirugía Otorrinolaringología	X	X
Cirugía Oncológica	X	X
Cirugía Oral	X	X
Cirugía Pediátrica	X	X
Cirugía Plástica y Estética	X	X
Cirugía Vascular (No endovascular) y Angiológica	X	X
Cirugía Urológica	X	X
Trasplante de tejidos oculares	X	X

Continúa

PORTAFOLIO DETALLADO	2015	2016
<b>SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (24 Horas)</b>		
Trasplante de tejido osteomuscular	X	X
Cirugía oncológica pediátrica	X	X
Trasplante de piel y componente de la piel	X	X
Cirugía de la mano	X	X
Cirugía de tórax	X	X
Cirugía gastrointestinal	X	X
<b>• SERVICIOS CONSULTA EXTERNA (7:00 horas - 16:30 horas)</b>		
Anestesia	X	X
Cardiología	X	X
Cirugía Cardiovascular (No endovascular)	X	X
Cirugía General	X	X
Cirugía Neurológica	X	X
Cirugía Pediátrica	X	X
Dermatología	X	X
Dolor y Cuidados Paliativos	X	X
Endodoncia Enfermería	X	X
Estomatología	X	X
Gastroenterología	X	X
Geriatría	X	X
Ginecología	X	X
Hematología Infectología	X	X
Medicina Familiar	X	X
Medicina Física y Rehabilitación	X	X
Medicina Interna	X	X
Nefrología	X	X
Neumología	X	
Neurología	X	X
Nutrición y Dietética Odontología General	X	X
Oftalmología	X	X
Oncología Clínica	X	X
Optometría Ortodoncia	X	X
Ortopedia y/o Traumatología	X	X
Otorrinolaringología	X	X

Continúa

PORTAFOLIO DETALLADO	2015	2016
<b>SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (24 Horas)</b>		
Pediatría	X	X
Periodoncia	X	X
Psicología Psiquiatría	X	X
Reumatología	X	X
Toxicología	X	X
Urología	X	X
Cardiología Pediátrica	X	X
Cirugía de Mano	X	X
Cirugía de Cabeza y Cuello	X	X
Cirugía de Mama y Tumores Tejidos Blandos	X	X
Cirugía Dermatológica	X	X
Cirugía de Tórax	X	X
Cirugía Gastrointestinal	X	X
Cirugía Ginecológica Laparoscópica	X	X
Cirugía Plástica y Estética	X	X
Cirugía Vasculare (No endovascular)	X	X
Cirugía Oncológica	X	X
Cirugía Oncológica Pediátrica	X	X
Coloproctología	X	X
Ginecología Oncológica Hematología Oncológica	X	X
Nefrología Pediátrica	X	X
Neonatología	X	X
Neumología Pediátrica	X	X
Neurocirugía (no endovascular)	X	X
Neuropediatría	X	X
Oncología y Hematología Pediátrica	X	X
Ortopedia Pediátrica	X	X
Ortopedia Oncológica	X	X
Urología Oncológica	X	X
Odontopediatría	X	X

Continúa

PORTAFOLIO DETALLADO	2015	2016
<b>SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (24 Horas)</b>		
<b>APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA (7:00 horas - 16:30 horas Pacientes Ambulatorios - 24 horas Urgencias)</b>		
Diagnóstico Cardiovascular	X	X
Endoscopia Digestiva	X	X
Neumología y Fibrobroncoscopia	X	X
Laboratorio Clínico de Mediana y Alta Complejidad	X	X
Radiología e Imágenes Diagnosticas	X	X
Quimioterapia	X	X
Radioterapia	X	X
Transfusión Sanguínea Servicio Farmacéutico	X	X
Medicina Nuclear	X	X
Laboratorio de Patología	X	X
Ultrasonido	X	X
Electrodiagnóstico	X	X
Neumología Laboratorio Función Pulmonar	X	X
Ecocardiografía	X	X
Fisioterapia	X	X
Fonoaudiología y terapia del lenguaje	X	X
Terapia Ocupacional Terapia Respiratoria	X	X
<b>TRANSPORTE ASISTENCIAL (24 Horas)</b>		
Básico	X	X
Medicalizado	X	X
<b>• OTROS SERVICIOS (24 Horas)</b>		
Atención Domiciliar de Paciente Agudo	X	X
Sala General de Procedimientos menores	X	X
<b>• PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN</b>		
<b>• PROCESOS</b>		
Esterilización	X	X

Fuente: Información entregada por el Área de Contratación HUV (2015).

**Tabla 76. Distribución de las camas disponibles en HUV 2015**

Servicio hospitalario	N° camas	Sala operaciones	Pediatría	Medicina interna	Neurología	U. Salud mental	Ortopedia	Ginecología y obstetricia	Quirúrgicas	Pensionados	Terapia intensiva
Camas pediátricas	67		37						14	16	
Camas adultos	154			54	14		21	13	35	17	
Camas obstetricia	46							46			
Camas cuidado intermedio neonatal	30		30								
Camas cuidado intermedio pediátrico	15		15								
Camas cuidado intensivo pediátrico	0		0								
Camas cuidado intermedio adulto	9		9								
Camas cuidado intensivo adulto	16										16
Camas quemados adulto	34	10			6						18
Camas quemados pediátrico	7								7		
Camas psiquiatría	7								7		
Número de camas	15					15					
Total	400	10	91	54	20	15	21	59	63	33	34
Quirófanos	10										
Salas de parto	2										
Ambulancias básicas TAB	2										
Ambulancias mecanizadas TAM	1										
Sillas quimioterapia	20										
Sala de procedimientos	11										

Fuente: Área de Producción HUV (2015).

Los servicios que presta el Hospital para el año 2016 fueron ajustados conforme a los cambios direccionados por la gerencia, además algunos fueron renombrados conforme a las indicaciones del Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS) del Ministerio de Salud.

Es notable que los servicios que presta el Hospital sean diversos y le permitan una alta posibilidad de incrementar su participación en el mercado, siempre y cuando sea competitivo vía precios.

### Grado de participación del hospital en el mercado

Es necesario reconocer que, en las circunstancias actuales, la salud se ha convertido en un servicio transable y como tal se encuentra expuesto a las condiciones de un mercado imperfecto; el Hospital, por su condición de institución de alto nivel de complejidad y de ente público, fue durante mucho tiempo el sitio de atención por excelencia para los pacientes asegurados por el régimen subsidiado, así como aquellos que no cuentan con ningún tipo de seguridad social.

En un escenario de mercado imperfecto como el mencionado en el párrafo anterior, con el paso de los años, clínicas privadas, de alto nivel de complejidad han entrado a competir con el Hospital por la atención de los pacientes asegurados por el régimen subsidiado, ofreciendo servicios de alta calidad con tarifas competitivas y ante estructuras de costos tan diferentes, el Hospital no ha encontrado cómo competir, ni cómo ubicarse en un esquema de inteligencia de mercados, de visiones periféricas, entendimiento del entorno, conocimiento de clientes y pacientes, que le permitan recobrar la posición de liderazgo que ostentó por muchos años. De otro lado, la limitación en la oferta y elevadas tarifas hace que no sea la institución de elección para la compra de servicios para las aseguradoras.

La paulatina universalización de la cobertura en salud, la unificación de los beneficios para ambos regímenes de aseguramiento y la inminente puesta en marcha de la Ley Estatutaria, así como el nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) son oportunidades de crecimiento para las IPS en la región y en el país, y como tal debe ser visto por el HUV.

Las clínicas privadas tienen esquemas de mercadeo definidos, con los que diseñan, ofertan e implementan modelos de atención, paquetes de servicios o lo que el mercado necesite para la atención costo efectivo de los pacientes, es aquí donde se evidencia una debilidad importante para el HUV, si bien en la Oficina de Planeación se encuentra un área de contratación, esta no constituye *per se* un proceso de mercadeo, lo que permite concluir que el Hospital carece de un esquema fuerte en la planificación y realización de procesos de venta que le permitan adoptar una posición más comercial ante los cambios que se están dando de manera acelerada, como estrategia para mantener e incrementar la participación en el mercado y mantenerse. Es evidente que para recuperar el liderazgo como hospital de alta complejidad en el suroccidente colombiano, es importante definir al interior cuál va a ser su nicho de mercado, aspecto en el que debe enfocarse como un punto estratégico a definir en el siguiente plan de desarrollo y apuntalar estrategias competitivas,

potencializando sus fortalezas y reconociendo sus potenciales competidores.

### **Posicionamiento de marca**

Como se mencionó anteriormente, un activo estratégico del Hospital es su nombre, la marca HUV es sinónimo de academia, de calidad, de innovación y de atención en patologías de alta complejidad, goza de prestigio en el imaginario popular, es una gran fortaleza a ser utilizada al momento de relanzarse al mercado. Es precisamente este valor el punto de partida para iniciar un proceso de mercadeo institucional que apoye el fortalecimiento de las unidades estratégicas de atención existentes, acompañe el diseño de nuevas y genere relacionamiento efectivo con clientes y pacientes.

### **Administración de relaciones con los clientes**

Es precisamente el no contar con un proceso de comercialización institucional lo que no ha permitido fortalecer el relacionamiento efectivo con clientes; el HUV ha entendido la importancia de contar con procesos de publicidad y marketing en la institución y de la necesidad de diseñar, fortalecer e implementar la venta de productos y servicios innovadores a la vez que es fundamental ser competitivo. La inteligencia de mercados, el relacionamiento comercial efectivo, el diseño contractual, el apoyo al fortalecimiento y construcción de unidades estratégicas de atención, el trabajo en pro de la innovación constante, son solo algunas de las acciones que un proceso de mercadeo institucional puede hacer a favor de la institución.

Sin embargo, para lograr todo esto es necesario que exista una estabilización financiera, un diseño de modelos de atención ágiles y costoefectivos que permitan no solo la construcción de la oferta sino también el cumplimiento de las promesas de valor, entre otros aspectos.

Si bien es necesario el logro de los puntos anteriores, es importante ir trabajando en lograr un proceso de mercadeo eficiente, para lo que es vital que su diseño haga parte del plan estratégico organizacional.



**Tabla 77. Herramientas del marketing y su aplicación en HUV.**

<b>Recursos y capacidades de marketing</b>	<b>F/D</b>	<b>FM</b>	<b>fm</b>	<b>DM</b>	<b>Dm</b>
Grado de participación del hospital en el mercado	D		X	X	
Administración de relaciones con los clientes	D			X	
Conocimiento del Hospital de lo que ocurre en el entorno, competencia local, ventajas competitivas de la competencia	D			X	
Capacidad creativa e innovadora en aspectos relacionados con el marketing por parte de dicha área	D			X	
Existencia y aplicación de planes estratégicos de marketing	D			X	
Portafolio de bienes o servicios	F	X			
Posicionamiento de marca	F	X			
Capacidad de respuesta a las exigencias de los clientes	D			X	
Grado de uso de las TIC por parte del área	D			X	
Relaciones con la competencia	D			X	
Investigación y desarrollo orientados a la búsqueda de fortalezas y debilidades que permitan la implementación de nuevas oportunidades de negocio	D			X	
Estímulos a los colaboradores para que contribuyan con propuestas para proyectos orientados a optimizar o crear oportunidades de negocio con conceptos innovadores que le permita a la IPS estar a la vanguardia del mercado	D			X	

**Nota:** F/D: Fortaleza / Debilidad FM: Fortaleza Mayor Fm: Fortaleza Menor DM: Debilidad Mayor Dm: Debilidad Menor.

**Fuente:** elaboración propia con base en trabajo etnográfico.

## Recursos y capacidades del potencial humano

El potencial humano, tal como lo expresa su nombre es la posibilidad alta o baja de crecer exponencialmente, ya sea en el aspecto financiero, el talento, la innovación, etc. Es en esta clave que cobra importancia el personal de salud perteneciente al Hospital, dado su gran potencial en desarrollar, crear, atender y renovar los conocimientos y procesos de la institución.

### Taxonomías de la planta de cargos

La planta de cargos del Hospital Universitario del Valle presenta las siguientes taxonomías:

*a) Por el objetivo del cargo o contrato*

Aunque a la fecha del análisis no fue posible contar con indicadores de referencia en materia de distribución del talento humano entre lo misional y

lo administrativo, es menester indicar que una administración eficiente, con soporte tecnológico no debería sobrepasar del 10% del total del equipo misional, por lo que en este caso habría un exceso del 10.9 %. No obstante lo anterior, es rescatable el hecho de que el porcentaje de trabajadores misionales se encuentra 5.6% por encima del establecido en la planta.

En este punto es importante aclarar que en las funciones tercerizadas algunas de ellas generan costo del recurso humano, que no necesariamente se aborda en las estadísticas aquí mostradas; por ejemplo, vigilancia y seguridad o aseo y mensajería.

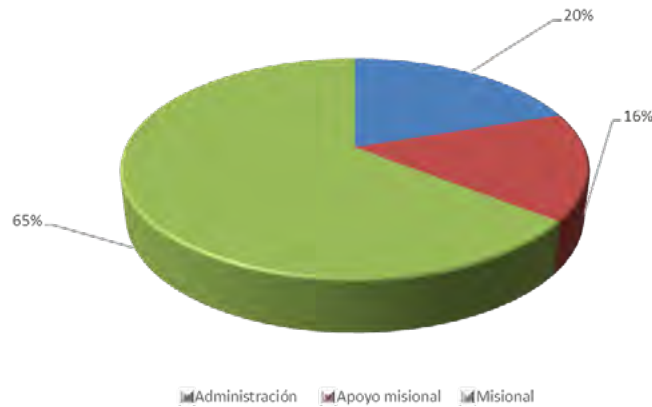
*b) Por el salario devengado y demás obligaciones derivadas de la nómina*

Existe correlación de las variables de participación de número de empleados según objeto de cargo y la variable salario.

**Tabla 78. Composición recurso humano por objetivo del cargo o contrato.**

Objeto del cargo	Nómina	Asociaciones Sindicales	TOTAL		%
Administración	290	150	440	2	20,9%
Apoyo misional	214	28	242	3	11,5%
Misional	629	792	1421		67,6%
Total	1133	970	2103		100,0%
%	53.87%	46.13%			

Fuente: Área de Talento Humano HUV (2015).

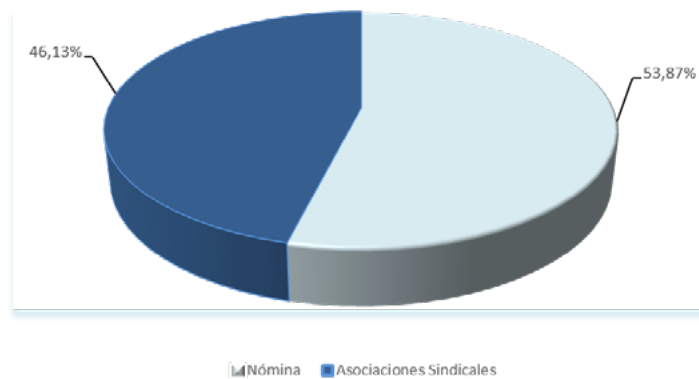
**Figura 35. Composición de recurso humano por objeto del cargo 2015 HUV.**

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 78.

*c) Por tipo de contrato*

En uso del Decreto 1429 de 2010 reglamentario de los artículos 482, 483 y 484 del código sustantivo del trabajo, donde se establecen las normas sobre

contratos sindicales, el hospital provee el 46% de su recurso humano bajo la modalidad de contratación del proceso; es decir, que no se trataría de un servicio temporal sino de la administración de un proceso.

**Figura 36. Composición de recurso humano por tipo de contrato 2015 HUV.**

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 78.

d) *Por ubicación en la planta de cargos*

La planta de cargos, establecida mediante acuerdo de Junta Directiva No. 006 del 25 de octubre de 2005, indica que para la operatividad del Hospital se requieren 1.446 personas, de las cuales se ha

provisto el 79.7% (1.138), y permanecen vacantes 308. Lo ideal sería que la contratación con las asociaciones sindicales no excediera el número de vacantes, máxime cuando se ha venido disminuyendo el ingreso por prestación de servicio.

**Tabla 79. Composición recurso humano por ubicación en la planta de cargos.**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.											
PLANTA DE PERSONAL											
ENERO 31 DE 2016											
Asistencial (Misional)	897	62,00%	Activos	646	45%	Profesional	308	21%			
						Técnico	52	4%			
						Asistencial	286	20%			
						Vacantes	251	17%	Profesional	60	4%
									Técnico	17	1%
									Asistencial	174	12%
Administrativo	237	16,40%	Activos	198	14%	Directivo	16	1%			
						Asesor	5	0%			
						Profesional	35	2%			
						Técnico	42	3%			
						Asistencial	100	7%			
						Vacantes	39	3%	Directivo	6	0%
									Asesor	2	0%
									Profesional	5	0%
									Técnico	6	0%
									Asistencial	20	1%
Oficial	312	21,60%	Activos	294	20%	Técnico	16	1%			
						Asistencial	278	19%			
						Vacantes	18	1%	Técnico	0	0%
									Asistencial	18	1%
Total planta de cargos	1446			1446			1446				

Fuente: Información suministrada por el área de Talento Humano HUV (2016).

e) Por niveles

**Tabla 80. Composición recurso humano niveles.**

Nivel	Cantidad	%
Directivo	22	2%
Asesor	7	0%
Profesional	408	28%
Técnico	117	8%
Asistencial	580	40%
Oficial	312	22%
	1446	100%

Fuente: Información suministrada por el Área de Talento Humano HUV (2016).

f) Por profesión - cargos misionales

**Tabla 81. Composición recurso humano por profesión-cargos misionales.**

Profesión	Nomina	agregaciones	Total	%
Auxiliares	371	398	769	50,60
Médicos	118	188	306	20,10
Terapistas	-	80	80	5,30
Enfermeras (os)	104	52	156	10,30
Técnicos clínicos	88	33	121	8,00
Bacteriólogos	-	19	19	1,20
Otros profesionales de la salud	50	20	70	4,60
Total	731	790	1521	100,00

Fuente: Información suministrada por el Área de Talento Humano HUV (2015).

Como aspecto positivo vale resaltar que el Hospital cuenta con un equipo altamente cualificado que representa el 41.5% del total de empleados vinculados en las áreas misionales.

## Prepensionados y pensionados

a) **Pensionados:** el Hospital como dependencia de la Gobernación del Valle al convertirse en ESE, tenía que solucionar la situación de los trabajadores y para tal efecto se creó el fondo de concurrencia para las acreencias pensionales. Las acreencias en materia pensional, hasta la fecha no ofrecen ningún impacto financiero toda vez que los recursos para cubrir las obligaciones son provistos por la Gobernación.

b) **Prepensionados:** el análisis de antigüedad en los cargos de los trabajadores vinculados mediante relación laboral (nómina), nos muestra los siguientes intervalos:

**Tabla 82. Análisis de antigüedad de la nómina.**

INTERVALO EN AÑOS	CANTIDAD DE EMPLEADOS	PROMEDIO ANTIGÜEDAD
>0 <=a 5	218	3
>5<=10	79	8
>10<=15	103	12
>15<=20	154	18
>20<=30	470	24
>30<=40	137	34
>40	12	42
	1173	19

Fuente: Información suministrada por el Área de Talento Humano HUV (2015).

La antigüedad del Hospital y las formas de vinculación hacen que se cuente con una nómina de baja rotación, situación que tiene aspectos positivos y negativos a saber:

- La baja rotación puede generar memoria institucional, experiencia, mayor apropiación de los procesos, eventualmente podría generar sentido de pertenencia.
- Los aspectos negativos de esta variable, tienen relación con la resistencia al cambio tecnológico, arraigo de costumbres y errores (también llamadas mañas), desconocimiento de nuevos escenarios de trabajo, oposición permanente al

aprendizaje y el alto grado de envejecimiento disminuye la capacidad y el ritmo de trabajo.

- Lo avanzado de la edad en algunos trabajadores del HUV, genera altos índices de incapacidades médicas y costos, así como ausentismo en los sitios de trabajo. En la Tabla 82 que aparece a continuación, se puede apreciar que durante 2015 en el HUV se tuvieron 16.422 días de incapacidad en 2.090 autorizaciones, cifra que al dividir por un promedio de 246 días laborables al año indica que el HUV tuvo aproximadamente 67 personas menos trabajando, elemento que debe revisarse con detenimiento. En ese mismo sentido, podemos ver en la Tabla 81 que a 31 de diciembre de 2015 se contaba con 773 empleados, equivalente al 65.89%, con más de 15 años de trabajo, señalando como

punto positivo contar con personal experimentado, pero destacando que un gran número de personas se encuentran próximas al retiro. Estadísticas de Talento Humano dan cuenta de estos indicadores:

**Tabla 83. Análisis porcentual del ausentismo laboral por tipo de contingencia enero a diciembre 2015.**

Contingencia	Valores		
	Días de incapacidad	%	# de incapacidades
A.C. - E.G.	13882	84,60%	1914
A.T.	2021	12,30%	148
E.L.	519	3,20%	28
Total	16422	100,00%	2090

Fuente: Talento Humano HUV (2015).

**Tabla 84. Análisis de datos nómina.**

Periodo: enero - diciembre de 2015								
Mes	No. De trabajadores	Horas hombres trabajadas	Total días trabajados	Total días incapacidad	Total # incapacidades	Índice de frecuencia mes total por eg,at,el (if)	Índice de severidad ausentismo general (is)	Porcentaje de tiempo perdido (ptp)
Enero	1237	254.625	31.828	1.432	189	178	1.350	4,30%
Febrero	1237	253.000	31.625	1.269	166	157	1.204	3,90%
Marzo	1274	253.603	31.700	1.447	219	207	1.369	4,40%
Abril	1274	259.184	32.398	1.564	207	192	1.448	4,60%
Mayo	1274	259.184	32.398	1.501	209	194	1.390	4,40%
Junio	1274	259.184	32.398	1.543	187	173	1.429	4,50%
Julio	1274	259.184	32.398	1.069	150	139	990	3,20%
Agosto	1274	259.184	32.398	1.318	137	127	1.220	3,90%
Septiembre	1274	259.184	32.398	1.308	171	158	1.211	3,90%
Octubre	1274	259.184	32.398	1.396	144	133	1.293	4,10%
Noviembre	1274	259.184	32.398	1.180	145	134	1.093	3,50%
Diciembre	1274	259.184	32.398	1.211	135	125	1.121	3,60%
Total	2535,7	3.093.884	386.736	16.238	2.059	160	1.260	4,00%

Fuente: Gestión del Talento Humano HUV (2015).

De acuerdo con la información recibida de Talento Humano, hay 140 trabajadores en edad de retiro forzoso, sin que se adelante el trámite de pensión correspondiente, según información de la profesional encargada de pensiones con corte a febrero de 2016, la nómina de prepensionados ocasiona las siguientes erogaciones:

Teniendo en cuenta el volumen de incapacidades y la situación actual de los pensionados, la entidad deberá hacer un esfuerzo por resolver la situación de las personas clasificadas en las razones, 1, 2 y 3 para poder liberar recursos anuales por \$1.696.091.082, que serían capital de inmensa ayuda para el Hospital en estos momentos.

En síntesis, se puede inferir que el tema de nómina de planta y de agremiaciones sindicales amerita un análisis profundo en la definición de lo que debe ser un HUV equilibrado financieramente y competitivo, pero que, a la luz de la normativa consagrada en el régimen laboral aplicable al Hospital, pueda dar la posibilidad de un recambio que favorezca a empleados y a la institución.

## Recursos y capacidades tecnológicas

### Sistemas de información

Nos encontramos inmersos en la sociedad de la información, cada acción, movimiento, consumo, orientación, se espera que tenga efecto informático,

captura de información, monitoreo y control en el uso y aplicación de los recursos. En las organizaciones de salud, como modelo de organizaciones inteligentes, se espera contar con sistemas de información con tecnología de punta, donde el grado de avance pueda conjugar la inversión en *software* y *hardware*, con la capacidad del individuo para obtener información de calidad, usarla en la toma de decisiones, el control de la organización y la optimización de los recursos. En este orden de ideas, el grado de avance de los sistemas de información se caracteriza por las siguientes variables:

- Inversión de tecnología de punta
- Interacción usuario-tecnología
- Calidad y credibilidad de los datos obtenidos
- Cero papel, cero reproceso, información en línea
- Interacción e integración de áreas misionales y áreas de apoyo; las transacciones se originan en lo misional y la prelación de la información preferiblemente debe orientarse a fortalecer lo misional.

El análisis de este ítem se centró en los aplicativos que redundan en la administración de los recursos (ingresos), siendo el proceso de facturación el más álgido en el impacto de los ingresos por servicios. En el proceso interactúan cinco (5) áreas: facturación, quirófono, urgencias, farmacia, almacén y contabilidad.

**Tabla 85. Situación sobre pensionados.**

N°	DETALLE	CANTIDAD	VALOR MES	VALOR AÑO
1	Con requisitos sin radicar	32	75.951.566	1.063.321.924
2	Con radicación sin resolución	12	22.948.498	321.278.972
3	Con resolución sin renuncia	14	22.249.299	311.490.186
4	Les faltan 2 años para pensionarse	34	78.923.458	1.104.928.412
5	Renunciaron para disfrutar de su pensión	53	91.391.915	1.279.486.810
	Total personas con tiempo y edad para pensión	145	291.464.736	4.080.506.304

Fuente: Área de Talento Humano HUV (2015).

**Tabla 86. Matriz con actores en el proceso de información.**

Área	Aplicativos	Fuentes entrada	Forma de entrada	Calidad de la entrada	Proceso realizado	Salida	Destino	Dificultades
Contabilidad	Facturación, consulta, historia clínica	facturación, facturación radicada, notas	En línea	En oportunidades incompletos	Conciliar información con cada fuente			En glosa
Facturación central	Facturación, validadores, documento, consulta, historia clínica	facturación 1 pisos	Física y digital	Re proceso	Paso final para entrega de factura, cuenta de cobro	Factura	Entidad	Inconsistencias, RIPS, copagos
Facturación 1 piso	Historia clínica, consulta, facturación	Facturación de pisos	Digital	Incompleta en ocasiones	Comparativa de información de facturación con lo hecho al paciente, correcciones	Digital	Facturación central	Lentitud al reprocesar y de máquina
Pisos	Historia clínica, consulta, facturación	Historial clínico	Física y digital	Sí	Transferencias, seguimientos, notas, admisiones, autorizaciones	Orden de salidas, cambios de cuartos, autorizaciones.	Persona	Con el sistema no.
Quirófano	Facturación, historia clínica, historia de cirugía, anestesia, consulta		Inicio de proceso con médico	Sí	Ingresar información sobre operación	Digital	Facturación	Historia clínica, módulo administrativo no están integrados.
Urgencias	Admisiones, historial clínico, consultas	La persona que llega	Papel		Toma de signos vitales, diligenciar los datos del paciente	En ocasiones incompletas	Médico, hospitalización, cirugía.	Manejo del sistema, capacitación poca
Farmacia		Almacén, VA-LLEPHARMA	Digital	En oportunidades sin buena parametrización	Validación de precios correctos cantidades, registro de cargas y descargas			
Almacén	Inventario.			En oportunidades son ítems nuevos	Inventariado, cupos, ingresos, telas, hilos, parametrizar	Digital, batch	Farmacia	Manejo del sistema, capacitación poca

Fuente: elaboración propia con base en observación directa (in situ).

Se deduce de la tabla anterior, que el Hospital se encuentra en una etapa muy precaria en materia de sistemas de información, especialmente en lo referido a la cultura informática, la mayoría de usuarios se quejan de la inoperancia del sistema, pero al profundizar

en el uso de las diferentes aplicaciones se observa un alto grado de desconocimiento y uso inapropiado de las herramientas: todavía se maneja papel, no hay conciencia de la importancia de migrar datos de calidad; a manera de ejemplo se cita la decisión de

los usuarios de facturación de quitar u omitir dígitos de la cédula para no frenar procesos de facturación a sabiendas de que cada error de facturación genera una glosa. En general, se observa una alta dependencia del área de sistemas por desconocimiento y falta de capacitación funcional de los aplicativos.

Vale la pena reiterar en este punto, las incertidumbres encontradas en materia de información, el mismo dato en diferente origen no concuerda, por lo que los análisis pueden tener sesgos. En materia contable se acentúan las asimetrías en el uso de provisiones, de reclasificación de cartera, de clasificación de los ingresos entre otros. El hospital no cuenta con información fiable de los ingresos por servicios por las siguientes razones:

- Diferencia entre el momento del servicio y el momento en que se captura la información (por fallas de incorporación de la misma).
- La falta de control de las cuentas abiertas, que son un desangre porque se invierten recursos que no se facturan. Debe tenerse una política de facturación en la que cada mes se debe facturar incluso de los pacientes en atención.
- El desconocimiento e inaplicación de la Resolución 1479 de 2015 sobre facturación no pos para recobro, "no se pudo obtener el dato de la facturación pendiente de cobrar de una norma que es de mayo de 2015".
- La demora en las correcciones de la información.
- El represamiento de facturas sin radicar.
- El sistema de auditoría previa.
- El nivel de glosas y la demora en los tiempos de solución.
- La obligatoriedad del Hospital de anteponer el derecho a la vida a cualquier otro derecho.
- Inseguridad por procedimientos como el uso de clave común en los aplicativos.

Por lo expuesto anteriormente, podría catalogarse el grado de avance en la implementación de telemedicina y telesalud en el HUV a través de Servinte Clinical Suite, como incipiente, dado que, en el informe del área de sistemas con corte a febrero de 2016, solo se habla de logros en materia de historia clínica. A continuación, se detallan los principales proyectos

(aplicativos) en materia médica, tomados del informe del área:

- 1- **Implementación Sistema de Información para Calidad-DARUMA:** se realizó **nuevamente** una contratación directa con el proveedor dueño del software Daruma, y se logró instalar en los servidores de la institución y poner en producción **algunos de los módulos adquiridos**. Esto es un logro debido a que esta misma contratación se había hecho en administraciones anteriores y no fue posible su puesta en marcha. Falta que se realice la parametrización de los otros módulos que aún no se han comenzado para utilizar el 100% del aplicativo. Este proyecto es liderado por el Área de Calidad.
- 2- **Desarrollo de sistema de autorizaciones en línea con EMSSANAR:** se afino el desarrolló in House en conjunto con la EPS Emsanar un aplicativo web que interactuando con Servinte envía los anexos necesarios para las autorizaciones y se da respuesta en línea reduciendo significativamente los tiempos de este proceso.
- 3- **Sistema de PQRS:** se logró afinar el sistema de información **CROSS** encargado de recopilar todas las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes, este afinamiento consistió en la instalación del servidor en el área del Data Center del Hospital ya que anteriormente funcionaba con una conexión remota hacia un punto exterior de la ciudad, además de mejorar los módulos estadísticos que contiene esta herramienta.
- 4- **Implementación del sistema de educación virtual Moodle:** se implementó una plataforma de educación web, basada en *software* libre, para mejorar todos los procesos educativos con los que cuenta la institución.
- 5- **Carpetas compartidas:** se crean carpetas en los servidores de la **historia clínica** para que puedan ser visualizadas en los diferentes servicios de la institución, con esto se busca minimizar el gasto de papel, ya que no necesitan imprimir en los servicios, sino que pueden visualizar los resultados en línea (archivos pdf), se evita el desplazamiento por parte de los mensajeros para llevar la papelería a los servicios, se evita que se pierdan dichos resultados por la manipulación de estos.



Las carpetas son Banco de Sangre, Medicina Nuclear, Neumología Función Pulmonar, Remisión Laboratorio Clínico, Resonancia Imágenes San José, Cardiología No Invasiva Miocardio, Preparaciones para Toma de Exámenes, Cultivos Positivos.

- 6- **Laboratorio clínico:** se actualiza el aplicativo a la última versión. Se instala el nuevo servidor en la central de datos ubicada en el Data Center, para cumplir con los protocolos, y que el servidor esté protegido. Para este momento se realizó la interface por parte del proveedor. El objetivo del proyecto se enfoca en buscar que los resultados de los cultivos se puedan visualizar en el mismo *software* (HEXALIS), y ya no en la carpeta compartida como se hace actualmente.
- 7- **Implantación de solución de telefonía IP:** al cierre del año 2013 se encontraban instalados 50 teléfonos IP, para el cierre del año 2014 se contrató y ejecutó la instalación de 394 teléfonos IP, con el fin de reemplazar la telefonía convencional apuntando a la eficiencia en costos de este servicio y a la administración adecuada del servicio telefónico y control adecuado de su uso, una de las bondades principales de este proyecto para la institución radica en la utilización de las redes de datos ya existentes lo que facilita su despliegue y suprime en un alto porcentaje el costo de mantenimiento y gestión.
- 8- **Historia clínica electrónica:** para el área de sistemas, la implementación del *software servinte clinical suit* en su componente HCE, presenta el siguiente grado de avance

**Tabla 87. Centros clínicos e historia clínica electrónica**

Ítem	Magnitud
% CC producción HC electrónica	97%

Fuente: Hospital Universitario del Valle, 2015.

Para el Área de Sistemas, actualmente se está manejando un solo sistema de información en los aspectos misionales de la institución como los clínicos, administrativos y financieros, lo que centraliza la información y permite mejorar la toma de decisiones. Se cuenta con un sistema de información inte-

grado donde va a reflejar información real, oportuna y en línea.

No obstante lo anterior, en el recorrido institucional y por la información obtenida en la fase de diagnóstico, se observan fallas en el cargue de las bases de datos iniciales (por ejemplo, en las áreas de contabilidad y costos). Igualmente, los usuarios manifiestan desconocimiento de la operatividad de los sistemas por lo que las metas de mejora especialmente en las actividades del proceso de facturación desde que se recibe el paciente hasta la emisión de su factura; el hospital sigue perdiendo recursos importantes por glosas y no hace soluciones efectivas y de fondo para esta problemática, y ello es como si tuviera una vena rota.

Como determinantes que limitan los planes de desarrollo informático se informaron los siguientes:

- 1- Licenciamiento Sonic Wall:** en el mes de julio del 2015 se venció el licenciamiento de Fire Wall o cortafuegos Sonic Wall que es el encargado de toda la seguridad informática de la institución. Solo hasta el mes de diciembre del 2015 se realizó el pago de la licencia para ser activada en enero del 2016.
- 2- Estaciones de lectura para los radiólogos:** los médicos radiólogos no tienen las estaciones de trabajo para poder realizar la lectura y diagnósticos de los pacientes, por lo tanto, no tienen el insumo más importante para realizar sus actividades.
- 3- Almacenamiento imágenes diagnósticas:** es necesario crecer en infraestructura para el almacenamiento de las imágenes diagnósticas, dado que, actualmente se está llegando al tope, por este motivo se deben adquirir unos servidores y discos para cubrir esta necesidad. Se hizo el estudio previo y se pidió la autorización del presupuesto que se haría con recursos de estampilla del rubro de ADQUISICIÓN Y DESARROLLO DE TECNOLOGÍA INFORMÁTICA, luego de tener esto debidamente diligenciado y firmado por los responsables, se hará el proceso de contratación. Este proyecto tiene un valor de \$200.000.000

- 4- Impresoras multifuncionales:** la mayoría de máquinas se puedan arreglar con un buen soporte técnico, que no ha sido óptimo porque el contratista exige pago para normalizar las funciones. Esto hace que se entorpezcan las actividades en la ejecución de estos servicios. Al contratista se le adeudan facturas del contrato 2014 por valor de \$165.886.629 y del contrato 2015 facturas ya vencidas por valor de \$152.025.193 para el total de una cartera vencida de \$317.911.822.
- 5- Insumos para soporte técnico:** se requieren de unos insumos para poder brindar un adecuado soporte técnico, estos dispositivos son esenciales para poder brindar un soporte y mantenimiento adecuado a los equipos con los que actualmente cuenta la institución. En el momento hay servicios sin poder ejecutar sus actividades diarias porque los equipos de cómputo con los que trabajan presentan algún daño en sus dispositivos.
- 6- Insumos para la red de datos:** para poder realizar los trabajos de expansión o puntos de red nuevos de trabajo se necesitan los implementos de red relacionados. En áreas nuevas como la de ginecología esta subgerencia realizará las instalaciones de los puntos de red, igualmente de realizar el correcto soporte para todas las áreas del Hospital en cuanto a red se refiere y los mantenimientos en centros de cableados. Estos insumos se requieren cada año para poder brindar un servicio adecuado a las áreas solicitantes, en el año 2015 no se ha adquirido nada de lo mencionado en esta orden.
- 7- Almacenamiento general:** para evitar un colapso debido al crecimiento diario que viene presentando el Hospital a nivel informático es necesario ampliar el almacenamiento de los servidores (Informe Área de sistemas HUV, 2015).

El no cumplimiento en algunas actividades, es precisamente por no contar con los insumos para poder dar solución a las necesidades de los usuarios.

#### ID usuarios

La llave de acceso al sistema de salud y en este caso el acceso a los servicios del HUV es la identidad, bien sea a través del establecimiento de un

lector de código de imágenes presente en la cédula de ciudadanía o de un lector biométrico de huella, lo que permitiría iniciar un proceso sin tropiezos. El HUV no cuenta con ninguno de los dos sistemas y en los puntos de ingreso hay que digitar el número de cédula sin que se haya generado una cultura sobre el valor de la información por lo que usualmente se generan errores que originan glosas: cédulas inexistentes.

El análisis del *software* de apoyo permite concluir que hay deficiencias en la trazabilidad del paciente:

#### Atención por personal asistencial

- El paciente es atendido por personal asistencial, luego se clasifica como paciente nuevo o antiguo.
- Captura de datos de identificación en Servinte.
- Al número de identificación parametrización del *software* presenta debilidades de control, recibe la cantidad de caracteres que el asistente desee colocar sin verificar que puede digitar mal el documento. Se entiende que las cédulas pueden tener diferentes cantidades de caracteres, pero se puede crear una parametrización por fechas de expedición de cédulas para poder digitar exactamente los datos y no tener problemas en facturación final. Esto hace que un paciente sea creado varias veces o que su identificación no sea la correcta.
- Se guarda la información del paciente nuevo y se confirma al usuario ingresado en el sistema.

#### En módulo de admisiones

- Pueden ser los pacientes ingresados por clasificación pendiente, por lo general trabajan con el más antiguo, es decir, el que llegó primero al hospital, para ver su número de historial clínico y revisar sus datos.

#### Atención inicial de urgencias

- En la pestaña pendiente de ingreso se empieza el diligenciamiento de datos del paciente si es por anexo 2 se llenan los respectivos datos igualmente para el anexo 3.
- Todos estos datos están en carpeta compartida y tienen centro de control de backup.

- Se hace un seguimiento al hablar con la EPS y el médico define si necesita de hospitalización, se incluyen las notas médicas y en el sistema se hace el traslado de urgencias a hospitalización para hacer seguimiento del paciente. Los errores más frecuentes están en la cédula, la EPS y a veces el código de los procesos o de las patologías observadas.

### **Sistemas de E-health**

El sistema de información *Servinte Clinical Suite* adquirido para la Administración de la información administrativa y clínica del Hospital Universitario

del Valle no ha sido afinado y ajustado a las reglas del negocio por lo que trabaja deficientemente en algunos de los procesos de los módulos como admisión, almacén, facturación, entre otros, que debería hacerlos de una forma integral y eficiente para la obtención de información veraz y oportuna.

El diligenciamiento de datos es incompleto. En campos que deberían ser obligatorios el sistema permite enviar o avanzar con la documentación con espacios vacíos, generando controles deficientes y causante de glosas.