

**MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA DEL LABORATORIO
CLÍNICO DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE SALUD DE LA PLATA HUILA.**

*Lina Marcela Quintero Rodríguez
Arledy Vargas
Elia Johanna Casnó*

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA –UNAD–

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

PROGRAMA ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

LA PLATA HUILA

2003

**MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA DEL LABORATORIO
CLÍNICO DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE SALUD DE LA PLATA HUILA.**

Lina Marcela Quintero Rodríguez
Arledy Vargas
Elia Johanna Casnó

Especialista

Alejandro Atehortúa Marulanda
Asesor Proyecto

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA –UNAD–

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

PROGRAMA ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

LA PLATA HUILA

2003

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

La Plata, Abril de 2003



Dedicatoria

*"Cuando más duro se continúa la superación,
más alegría se siente en el corazón".*

Que hermoso es soñar despierto, pero más aún cuando el sacrificio, la perseverancia y el amor, son los ingredientes básicos en toda proyección.

Con gran alegría dedico este triunfo a:

Mi madre y familia quienes desinteresadamente me ofrecieron su apoyo y colaboración para que este sueño se hiciera realidad.

Mi esposo Nelson Tierradentro, quien siempre estuvo presto a llenar el vacío de mi ausencia en el hogar, dejando atrás el egoísmo y compartiendo así todos mis esfuerzos, sacrificios y desvelos por mi deseo de superación.

Mis hijos Nelson Felipe y Paula Marcela quienes siempre observaron de cerca mis preocupaciones y afanes por querer ver hecho este sueño realidad.

Lina Marcela



Dedicatoria

Desde pequeña escuché que "al lado de un gran hombre, siempre hay una gran mujer", pero nunca pensé que ello me fuera a motivar y hoy que veo con gran satisfacción mi sueño hecho realidad, no me queda más que agradecer.

A Dios quien me dio la sabiduría, paciencia y deseo de superación.

A Jaime Eduardo, mi esposo, quien siempre estuvo a mi lado animándome, motivándome y compartiendo sus conocimientos sin egoísmo, pero feliz de hacerlo, con la seguridad de saber que algún día yo podría hacer este sueño realidad.

A mi Madre quien con orgullo veía que el superarme implica sacrificio, pero que cuando se quiere, se puede ir lejos.

A mis hijos Andrés Mauricio y Adriana Marcela, quienes compartieron conmigo mis angustias, nerviosismo, preocupaciones y al privarlos por algún tiempo del cariño en el hogar, comprenderán más tarde, que cuando se va en pos de un sacrificio, no importa la edad.

Arledy



Dedicatoria

*Un día deseé ser Administradora de Empresas y hoy los soy.
Hoy puedo ver mi sueño realidad. Gracias a Dios, mi motor
principal en este caminar.*

*A mis padres por infundirme desde pequeña el deseo de superación el
cual hoy es motivo de orgullo para ellos y para mí.*

*A mi esposo Aldemar Castillo, quien en mis momentos de enfermedad
fue el que me ofreció su ayuda para no trunca mi deseo de superación.*

*A mi hijo Daniel Ricardo, a quien le dedico este triunfo por ser lo
más grande en mi vida.*

*A mis amigos por motivarme e impulsarme a no desfallecer aún cuando
se presentan obstáculos y a ratos se piensa en renunciar.*

*A mis compañeras Arledy, Lina Marcela y Fineth, quienes me
colaboraron cuando estuve con incapacidad médica y me tendieron sus
manos.*

A ellos mil gracias.

Elia Johanna

AGRADECIMIENTOS

Se dice que detrás de las personas sabias, hay también discípulos deseosos de aprender, sea este el preámbulo para reconocer con gran orgullo y sinceridad a todas aquellas personas que en una u otra forma contribuyeron para que este proyecto se pudiera realizar.

A la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, quien en nombre de sus directivos, un día nos brindó la oportunidad de superarnos y que hoy con gran orgullo podemos decir “Sí pudimos”.

A nuestro profesor HUMBERTO VARGAS ANGEL, por su asesoría, apoyo y valiosos aportes en el transcurso del ciclo profesional.

Al Especialista ALEJANDRO ATEHORTÚA, quien gracias a sus conocimientos y experiencia, creyó en nosotras e hizo que la parte teórica fuera la base fundamental para unirla a la investigativa y poder realizar un trabajo de gran interés y proyección a la comunidad plateña.

Al Doctor JAIME EDUARDO ARIAS ILIAN, nuestro asesor externo, quién desde un principio, nos colaboró desinteresadamente para que este proyecto llegará a feliz término.

A los Tutores quienes siempre estuvieron cerca de nosotras para orientarnos, exigirnos y hoy poder de estos frutos disfrutar.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	14
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. ALCANCES Y LIMITACIONES	21
4. OBJETIVOS	23
4.1 GENERAL	23
4.2 ESPECÍFICOS	23
5. MARCO REFERENCIAL	24
5.1 MARCO CONTEXTUAL	24
5.1.1 Departamento del Huila	24
5.1.2 Municipio de La Plata	24
5.1.3 Instituto Municipal de La Plata	27
5.1.3.1 Historia	27
5.1.3.2 Descripción general de la organización	29
5.1.3.2.1 Misión	29
5.1.3.2.2 Visión	29
5.1.3.2.3 Estructura orgánica	30
5.1.3.2.4 Laboratorio Clínico	32

5.2	MARCO LEGAL	34
5.2.1	LEY 10 DE Enero 10 de 1990	35
5.2.2	Constitución Política de Colombia de 1991	36
5.2.3	Ley 100 de 23 de Diciembre de 1993	37
5.2.4	Ley 60 de agosto 12 de 1993	37
5.3	MARCO TEÓRICO	38
6.	METODOLOGÍA	47
6.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	47
6.2	POBLACIÓN	47
6.3	MUESTRA	49
6.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	51
7.	TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	51
8.	PROPUESTA	64
9.	CONCLUSIONES	71
10.	RECOMENDACIONES	72
	BIBLIOGRAFIA	73
	ANEXOS	76

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla No. 1. Está usted satisfecho con el mecanismo utilizado para acceder al servicio de Laboratorio Clínico del Instituto Municipal de Salud?	52
Tabla No. 2 Tuvo dificultades para obtener el servicio de Laboratorio Clínico?	53
Tabla No. 3 Tipos de dificultades para obtener el servicio de Laboratorio Clínico	54
Tabla No. 4 Cuanto tiempo tuvo que esperar para acceder a este servicio ?	56
Tabla No. 5 Cuanto tiempo se demora la entrega de resultados?	58
Tabla No. 6 En cuanto al trato recibido por el personal del laboratorio clínico del Instituto Municipal de Salud, lo calificaría de:	59

Tabla No. 7 Cómo califica Usted el servicio de laboratorio clínico 61

Tabla No 8 Estimativo mensual de flujo de recursos por servicios en
el laboratorio clínico 67

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico No. 1. Está usted satisfecho con el mecanismo utilizado para acceder al servicio de Laboratorio Clínico del Instituto Municipal de Salud?	52
Gráfico No. 2. Tuvo dificultades para obtener el servicio de Laboratorio Clínico?	53
Gráfico No. 3 Tipos de dificultades para obtener el servicio de Laboratorio Clínico	55
Gráfico No. 4 Cuanto tiempo tuvo que esperar para acceder a este servicio ?	57
Gráfico No. 5 ¿Cuánto tiempo se demora la entrega de resultados?	58
Gráfico No. 6 En cuanto al trato recibido por el personal del laboratorio clínico del Instituto Municipal de Salud, lo calificaría de:	60
Gráfico No. 7 ¿Cómo califica Usted el servicio de laboratorio clínico?	61

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1: Encuesta usuarios	77
ANEXO 2: Entrevista	78
ANEXO 3: Productividad Laboratorio Clínico	80
ANEXO 4: Estimativos de costos de la propuesta	91

INTRODUCCIÓN

A partir del surgimiento de la ley 10 de 1990 y la ley 100 de 1993, el panorama del sector salud a nivel nacional cambió radicalmente, conllevando al proceso de descentralización política y administrativa y al desarrollo de Empresas Sociales del Estado, Direcciones Locales de Salud, Instituciones Públicas de carácter descentralizado, Institutos Municipales de Salud, Asociaciones de profesionales o grupos de trabajo, para responder a los nuevos lineamientos del mercado.

En el presente trabajo se hace una descripción del proceso de atención del laboratorio clínico del Instituto Municipal de Salud de La Plata y, mediante el análisis de sus situaciones problemáticas, se desarrolló una propuesta de mejoramiento, planteando una estrategia que le permita mantenerse en el mercado con un desarrollo positivo, para sobrevivir y lograr el éxito empresarial. Con tal fin, se realizaron visitas a la institución para obtener la información necesaria que permitió cumplir nuestros propósitos para contribuir al mejoramiento del servicio del Instituto Municipal de Salud.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Instituto Municipal de Salud a partir del mes de marzo del año 2000 asumió la responsabilidad de crear su propio Laboratorio Clínico para brindar un servicio adecuado, oportuno y de calidad a la población del municipio de La Plata.

En sus inicios el laboratorio contó con una infraestructura física adecuada y con un personal de servicios que posteriormente, con el incremento de la demanda fue insuficiente, pues requiriéndose de dos profesionales, sólo se nombró una bacterióloga en servicio social obligatorio y una auxiliar de laboratorio clínico. Además una vez finalizado el año rural de esta profesional, no se nombró su reemplazo con la debida prontitud.

Al no disponer de los equipos necesarios para su funcionamiento, el Instituto realizó un contrato de arrendamiento con opción de compra cuya finalización ocurrió el 31 de octubre de 2001, generando una situación anómala, que se resume en la siguiente problemática:

- Un déficit de infraestructura técnica por la deficiencia en equipos; obligando a contratar servicios con laboratorios particulares

mediante la modalidad de evento, generando altos costos a la institución por falta de voluntad política en la Administración Municipal para remediar oportunamente la situación.

- El represamiento de exámenes por imposición de un número tope diario
- El retraso en el nombramiento de una bacterióloga en servicio social obligatorio
- La insatisfacción de los usuarios y el posible incumplimiento de los contratos pactados con las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)

Lo anterior se traduce en ineficiencia y baja calidad en la prestación de servicio de Laboratorio Clínico en el Instituto Municipal de Salud.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿El servicio de laboratorio clínico del primer nivel de atención que presta el Instituto Municipal de Salud en el municipio de La Plata, es ineficiente debido a la carencia de equipos, falta de personal, infraestructura física no acorde con los requisitos legales, y

represamiento de las atenciones, factores que son determinantes para la disminución de la calidad del servicio, afectando enormemente a los usuarios y generando su insatisfacción?

2. JUSTIFICACIÓN

En toda sociedad, tanto global como individualmente, el fomento y conservación de la salud son fundamentales para el desarrollo humano; pues la salud contribuye a mejorar la calidad de vida y los procesos productivos.

“Se ha demostrado que los servicios de salud (su consumo, su demanda, su oferta, aplicación y efectividad) influyen en el fenómeno salud”¹ , ya que ésta tiene un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad; por esto “la salud no puede afrontarse en forma aislada sino dentro de la sociedad global de la cual forma parte”²

Los servicios de salud están orientados a satisfacer la demanda efectiva que la población hace de dichos servicios; razón por la cual deben planificarse y organizarse de tal manera que garanticen atención oportuna con cobertura y calidad adecuadas.³

¹ MINISTERIO DE SALUD. Colombia Sana.1994. p.p. 55-57

² PATIÑO RESTREPO, José Félix. Educación Médica en el año 2000. En Revista Nueva Frontera. Febrero 1993. p.p 52 -54.

³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La garantía de calidad. Acreditación de Hospitales para América latina y El Caribe. 1992. p.p. 72-78

“La atención primaria forma parte integrante del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, de la familia y de la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas; y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.⁴

El nivel primario se responsabiliza del nivel total de la cobertura territorial y poblacional, dirigiéndose a ejecutar la solución de las necesidades básicas de salud de las comunidades. Sus servicios técnicos deben estar de acuerdo a la complejidad tecnológica de la red de servicios; son una puerta de entrada al sistema. La responsabilidad de la prestación del nivel básico primario del servicio recae sobre el municipio, las áreas metropolitanas y distritos.⁵

En la prestación de servicios de primer nivel de atención en salud es fundamental contar con un laboratorio clínico que realice los exámenes correspondientes y que brinde un servicio adecuado, oportuno, de calidad, eficaz, eficiente y efectivo.

⁴ DECLARACIÓN DE ALMA -ATA. Título IV. 1978.

⁵ MINISTERIO DE SALUD. Boletín informativo. Programa de Consolidación, descentralización y participación social en salud. 1991.

El impacto de un servicio en estas condiciones en la comunidad plateña sería muy notorio como desarrollo del proceso de descentralización de la salud iniciado a partir de 1998 con la creación del Instituto Municipal de Salud, siendo ésta institución un Instituto descentralizado del orden municipal de carácter especial que presta servicios de salud y que además tiene las funciones de Dirección Local de Salud, debe cumplir contratos con las diferentes ARS en el municipio para la atención de sus afiliados.

Por los factores anteriormente enunciados, se considera de imperiosa necesidad, para el bienestar de la comunidad del municipio de La Plata, realizar una investigación sobre esta problemática y plantear una propuesta que contribuya al mejoramiento de la prestación de servicios del Instituto Municipal de Salud, especialmente el que realiza el laboratorio clínico, el cual presenta déficit de funcionamiento y en consecuencia, en la calidad de los servicios que se prestan a los usuarios.

De esta manera se pretende garantizar el sostenimiento de la entidad en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, regido por la ley 100 de 1993 que obliga a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) a ser eficientes, rentables y autosuficientes, plantear una estrategia que permita al Laboratorio Clínico, prestar un servicio

de la más alta calidad a los usuarios, con una rentabilidad económica y social sostenible, brindando servicios de calidad con eficiencia, oportunidad y calidez humana.

3. ALCANCES Y LIMITACIONES

El desarrollo de éste trabajo permitió recomendar al Instituto Municipal de Salud una propuesta de mejoramiento de la calidad y eficiencia en el servicio del laboratorio clínico, identificando las necesidades de infraestructura física, recurso humano y equipos, en aras de que ésta sección del Instituto Municipal de Salud sea exitosa y genere impacto social positivo.

Permitió describir el proceso de atención y determinar el grado de satisfacción del usuario con el servicio del laboratorio clínico, encontrando inconformismo en la comunidad al aplicar la encuesta a diferentes estratos socioeconómicos.

Se logró conocer al Instituto Municipal de Salud, mediante la colaboración de sus funcionarios, al obtener valiosa información de orden financiero, administrativo y estadístico.

En el proceso de recolección de la información mediante la aplicación de la encuesta, las visitas y las entrevistas se contó con el más alto grado de colaboración, sin encontrar limitaciones mayores.

La implementación de la estrategia de mejoramiento podrá encontrar limitaciones en la asignación de los recursos económicos necesarios para tal fin, en el logro de una adecuada negociación con las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) para la contratación del servicio del laboratorio clínico, y en la receptividad del nivel directivo para implementar los cambios que sean necesarios.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Proponer una estrategia para mejorar la calidad y eficiencia en la Prestación del servicio del laboratorio clínico del Instituto Municipal de Salud de La Plata Huila.

4.2 ESPECÍFICOS

- Describir el proceso de atención para la prestación del servicio de Laboratorio Clínico.
- Cuantificar la rentabilidad económica del Laboratorio Clínico.
- Diagnosticar las necesidades de personal profesional y auxiliar para la prestación del servicio de Laboratorio.
- Identificar las necesidades de equipos para la prestación de un servicio con calidad en el Laboratorio Clínico.
- Determinar el grado de satisfacción del usuario en relación con el servicio prestado por el laboratorio clínico del municipio de La Plata Huila.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO CONTEXTUAL

5.1.1 Departamento del Huila. El Departamento del Huila tiene una extensión de 19.890 kilómetros cuadrados y una población aproximada de 850.000 habitantes. Se encuentra enmarcado en las Cordilleras Oriental y Central, alimentado por las aguas del río Magdalena que lo atraviesa de sur a norte. Cuenta con 37 municipios y limita al Norte con los departamentos de Tolima y Cundinamarca, al Sur con el de Cauca, al Este con el departamento de Meta y al Occidente con los departamentos del Cauca y Tolima.

Por sus características topográficas posee variedad de climas desde el páramo, en la zona montañosa del Nevado del Huila y la Sierra Nevada de los Coconucos, donde la temperatura está por debajo de los cero grados centígrados, hasta los Valles de Neiva, Aipe y Villavieja, con una temperatura promedio de 26 grados centígrados, pasando por climas fríos en los municipios de Isnos y San Agustín, cuya temperatura oscila entre los 18 y 19 grados centígrados, esta variedad de clima facilita la diversidad de la producción agrícola y ganadera.

La principal actividad económica del departamento es la ganadería, concentrada en la parte norte con ganado bovino de gran calidad, aunque fundamentalmente el 60% de la tierra aprovechada se dedica a pastos. También se cultiva arroz en forma mecanizada contribuyendo con el 42% de la producción agrícola total, además de los cultivos de sorgo, yuca, plátano, cacao, soya, algodón, frijol y maíz. La agricultura se desarrolla en especial al Sur del departamento. Hay minas de hierro y alguna industria (alimentaria, destilerías), ésta última en la capital del Departamento.

5.1.2 Municipio de La Plata. Es la cuarta ciudad del departamento del Huila, el municipio de La Plata se encuentra sobre las estribaciones de la cordillera central; sus alturas más pronunciadas son el Volcán de Puracé con una altura de 4.546 metros sobre el nivel del mar y Los Coconucos con 4.544 metros de altura.

El municipio de La Plata está ubicado en el suroccidente del Huila, en el Valle del río La Plata, conocido como el Valle de los Cambis. Limita por el Norte con el municipio de Paicol, por el Sur con el municipio de Popayán, por el oriente con El Pital y La Argentina, y por el Occidente con los municipios de Belalcázar e Inzá.⁶

⁶ SÁNCHEZ VALENCIA, Bolívar. Memorias del Huila. Tomo 1. 1987. p.p 13- 39.

El río La Plata es afluente del río Páez, el cual desemboca al río Magdalena.

A nivel urbano, el municipio de La Plata se encuentra a los 1050 metros sobre el nivel del mar con una temperatura promedio de 23 grados centígrados, una población total de cuarenta y nueve mil (49.000) habitantes, distribuidos en dieciocho mil (18.000) en el área urbana y treinta y un mil (31.000) en el área rural.⁷

La Plata tiene una extensión aproximada de ciento veintisiete mil hectáreas (127.100), distribuidas en ciento cincuenta (150) hectáreas en el área urbana, y ciento veintiséis mil novecientos cincuenta hectáreas (126.950) en el área rural.

La actividad económica del municipio depende primordialmente del sector agropecuario, siendo la ganadería y el café los renglones más importantes; seguidos del comercio y la prestación de servicios.

El municipio de La Plata constituye el eje vial del sur occidente del departamento del Huila ya que comunica por dos vías con el departamento del Cauca, y por otras dos vías con el departamento del

⁷ INSTITUTO MUNICIPAL DE SALUD. Oficina de Aseguramiento. Base de datos de afiliados y vinculados. 2002.

Huila, una de ellas hacía la capital Neiva y otra hacia Garzón por la ruta El Pital - El Agrado - Garzón.

5.1.3 Instituto Municipal de La Plata Huila

5.1.3.1 Historia. El Instituto Municipal de Salud de La Plata Huila fue creado mediante Acuerdo número 025 de septiembre de 1997 del Concejo Municipal, declarándola como una entidad descentralizada, de carácter especial, con autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, encargada de dirigir el Sistema Local de Salud y de prestar los servicios de salud del primer nivel de atención.

A partir de la Ley 10 de 1990 se inició el proceso de descentralización político-administrativa en el país, y posteriormente con la promulgación de la Ley 100 el 23 de Diciembre de 1993, se puso verdaderamente en marcha la asunción de responsabilidades en el nivel local.

El gobierno departamental certificó al municipio de La Plata para asumir las responsabilidades en el primer nivel de atención del sector salud, el 30 de diciembre de 1997 mediante el Decreto Ordenanza número 01624.

La red de servicios del Instituto Municipal de Salud está conformada por los Centros de Salud urbanos Divino Niño, San Rafael y Camilo Torres, en éste último funciona el Laboratorio Clínico; el Centro de Salud rural Belén, y cinco Puestos de Salud rurales: San Vicente, Villalosada, Gallego, Monserrate y San Andrés; dos equipos extramurales multidisciplinarios; una red rural de 17 promotoras de salud y la Sección de Saneamiento Ambiental.

La prestación de servicios de primer nivel incluye consulta médica general, consulta odontológica, consulta de psicología, consulta de enfermería, laboratorio clínico, rayos X en odontología, farmacia, brigadas de salud, actividades de promoción y prevención, saneamiento básico, inmunizaciones, diseño y ejecución del PAB (Plan de Atención Básica).

En la parte administrativa existe una Junta Directiva la cual está conformada por seis miembros: dos del sector político administrativo, que corresponden al Alcalde y el Secretario de Hacienda; dos representantes de la comunidad, uno por la Asociación de Usuarios del Instituto Municipal de Salud, otro por los gremios de la producción. Los otros dos representan el sector científico: uno por los profesionales pertenecientes a la institución, y el último por parte de

los profesionales de la salud que no laboran con el Instituto y que pertenecen a su área de influencia o sea al municipio.

5.1.3.2 Descripción General de la Organización

5.1.3.2.1 Misión. “Dirigir el Sistema Local de Salud en el Municipio de La Plata y ofrecer a la población en general servicios de actividades de promoción y prevención, tratamiento y rehabilitación liderando procesos de manera integral, equitativa, humanista, solidaria y universal, manteniendo el liderazgo en accesibilidad, calidad y oportunidad, contando con un talento humano idóneo, recursos físicos, tecnológicos y financieros orientados al bienestar del individuo, la familia y la comunidad.”

Además el desempeño de las funciones de Dirección Local de Salud a nivel municipal en concordancia con el Acuerdo 025 de Septiembre de 1997 del Concejo Municipal y según los desarrollos del proceso de descentralización en cuanto compete a asumir estas últimas funciones.

5.1.3.2.2 Visión. Ser en cinco años la Institución preferida por los pacientes y la mejor alternativa en la prestación de los servicios del Primer Nivel de complejidad en salud integral, aplicando técnicas de

gestión gerencial, mejoramiento continuo, buscando rentabilidad social y económica en forma permanente, contando con el mejor equipo humano, orgulloso de pertenecer a la Institución.

5.1.3.2.3 Estructura orgánica. La administración está en cabeza de la Junta Directiva y sus actos se denominan Acuerdos. El Director maneja tres secciones: Dirección Local de Salud, Área de atención o de servicios y Área administrativa. Recibe asesoría y apoyo técnico de los diferentes Comités, 13 en total, conformados por diferentes miembros de la institución, de manera acorde con sus funciones y presididos por el Director, y que en su orden son:

- COVE: Comité de Vigilancia Epidemiológica
- Comité VIH-SIDA
- COMACAP: Comité Multidisciplinario Asesor y Coordinador de Atención Primaria en Salud.
- Comité de Hechos Vitales
- Comité de Emergencias y Desastres
- Comité de Historias Clínicas
- Comité Técnico-Científico
- Comité de Calidad
- Comité de Control Interno
- Comité de Control Interno Disciplinario

- Comisión de Personal
- Comité de Bienestar Social e Incentivos
- Comité de Compras y Suministros

El Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), cuenta con una oficina para atender las inquietudes, quejas y reclamos de los usuarios, brindando información precisa acerca de los diferentes servicios, su correcta utilización, los derechos y deberes de los pacientes.

Tomando como base la cultura de autocontrol a nivel de cada uno de los funcionarios, el control sobre los procederes de los funcionarios públicos se ejerce a través del Director, el Jefe de Personal, el Comité de Control Interno Disciplinario y en caso necesario por la Personería, la Contraloría Departamental y la Procuraduría aplicando los lineamientos de la ley 200 de 1995 o Código Disciplinario Único, reemplazado a partir de mayo de 2002 por la Ley 734 de febrero 5 de 2002.

Entre las funciones de Dirección del Sistema Local de Salud, se incluye verificar los pagos a las ARS; la cancelación a las IPS por las ARS; como también el cumplimiento de requerimientos contractuales por parte de las ARS; realizar interventoría a los contratos de

administración del Régimen Subsidiado; garantizar el aseguramiento de la población pobre y vulnerable; sancionar el uso fraudulento de carnés en el Régimen Subsidiado, como también vigilar que no se presenten dobles afiliaciones en una misma ARS; multiplicidad de afiliación en diferentes ARS; la evasión y la elusión en el Régimen Contributivo.

5.1.3.2.4 Laboratorio Clínico. Este servicio funciona en el Centro de Salud Camilo Torres, ubicado en el barrio del cual toma su nombre, en el municipio de La Plata Huila. Cuenta con una moderna infraestructura física, diseñada por la Secretaría Departamental de Salud, con el cumplimiento de todos los requisitos mínimos esenciales, obra que fue cofinanciada por el Plante, Secretaría Departamental de Salud, Alcaldía Municipal e Instituto Municipal de Salud.

Esta sección realiza exámenes del nivel I de complejidad, que corresponde al orden municipal (Ministerio de Salud. Mapipos. 1994) y cuenta con áreas especiales para practicar la toma de muestras a pacientes; procesamiento y resultados de análisis de sangre, orina, materia fecal, líquidos corporales, suero, pruebas inmunológicas, estudios hematológicos, de química sanguínea y caracterización físico

química de los fluidos; almacenamiento de reactivos; refrigeración y facturación de los servicios.

Los exámenes que realiza el laboratorio clínico son: hemograma, velocidad de sedimentación globular, parcial de orina, urocultivo, coproanálisis, serología para sífilis, serología para VIH-Sida, prueba de embarazo, hemoclasificación, frotis de flujo vaginal directo y Gram, baciloscopia de Koch, baciloscopia de Hansen, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos, bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa alcalina, título ASTO, nitrógeno ureico, creatinina, úrea, glicemia basal, Test de O'Sullivan, glicemia pre y postprandial, ácido úrico.

La planta de personal depende jerárquicamente de la Dirección del Instituto Municipal de Salud, en cuyo Plan de Cargos figuran una bacterióloga en Servicio Social Obligatorio y una auxiliar de laboratorio. Debido a la carencia de equipos, en diferentes períodos durante los últimos dos años, la primera ha sido sustituida por dos bacteriólogas particulares, contratadas por la modalidad de evento, fenómeno que consiste en facturar independientemente al Instituto a una tarifa preestablecida, para su cancelación, cada uno de los exámenes que se realizan, tomando únicamente las muestras en el Laboratorio del Instituto y analizándolas en los equipos particulares pertenecientes a las dos profesionales mencionadas.

La facturación es realizada por una estudiante en adiestramiento, en convenio con el SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje), durante dos horas diarias en la mañana.

El servicio de laboratorio se presta de lunes a viernes en el horario de 7 de la mañana a 12 del día y de 2 a 5 de la tarde, los sábados de 7a 11 de la mañana, las muestras se recolectan en las primeras horas del día y se reportan los resultados a las cuatro de la tarde.

Se atiende de manera personalizada a cada uno de los usuarios demandantes del servicio, los cuales se distribuyen entre afiliados al régimen subsidiado, vinculados o personal identificado como pobre pero sin carnetizar, y particulares.

5.2 MARCO LEGAL

El anterior sistema de salud que imperaba en el país desde 1973 denominado el Sistema Nacional de Salud y que establecía la atención municipal, departamental y nacional para los hospitales públicos o de caridad empezó a ser modificado a partir del 10 de enero de 1990 con la promulgación de la ley 10.

5.2.1 Ley 10 de Enero 10 de 1990. Establece la reorganización del Sistema Nacional de Salud y la descentralización político administrativa del sector. A partir de éste momento se consagra que la prestación de los servicios de salud a todo nivel es un servicio público a cargo del Estado, que debe ser gratuito en los servicios básicos a todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas para el efecto establecido en la ley.

Se considera entonces que con la promulgación de esta ley se da vía libre al proceso de descentralización a través del cual los municipios asumen la responsabilidad del sector salud, transfiriéndose parte de la planta de personal de los niveles dos o departamentales, hacia los niveles uno o municipales, creando además las direcciones locales de salud; ésta Ley entonces organiza el sistema por niveles de atención: el Nivel I, que es el más básico y responsabilidad del nivel municipal; el Nivel II, intermedio y responsabilidad del nivel departamental, el Nivel III, superior, más especializado, de carácter universitario, corresponde a los departamentos también en sus capitales, y el Nivel IV, superespecializado, con unos pocos hospitales de este tipo en el país, como el Instituto Nacional de Cancerología generalmente

ubicados en la Capital de la República o en las tres ciudades principales del país.

Los municipios entonces asumen la responsabilidad del sector salud, la dirección del sistema, la inspección vigilancia y control a través de las Secretarías Locales o Municipales de Salud y entra en vigencia la Constitución Política de 1991.

5.2.2 Constitución Política de Colombia de 1991. Establece que la seguridad social es un servicio público en su **Artículo 48**, donde refiere que además es de carácter obligatorio y que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad garantizando entonces a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

También define la Constitución Nacional en el **artículo 49** que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado garantizando a todas las personas el acceso a todos los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; éste mismo artículo establece además que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada por niveles de

atención, con participación de la comunidad y con servicios básicos gratuitos, tal como lo dijo en el año anterior la Ley 10.

5.2.3 Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Con el advenimiento de esta Ley se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual determina dos tipos de regímenes: el contributivo, para aquellas personas con capacidad de pago, y el subsidiado, para aquellas personas que no tienen capacidad de pago y que se encuentran en pobreza absoluta principalmente para los niveles uno, dos y tres del SISBEN que es el Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios de los Programas Sociales del Estado. La finalidad de la ley 100 es tratar de brindar seguridad social a todo el pueblo colombiano, y principalmente a la población más pobre y vulnerable a través del régimen subsidiado, consagra también lo pertinente a pensiones y riesgos profesionales. En el desarrollo del sistema de salud progresivamente se ha ido aumentando la cobertura en el régimen subsidiado hasta llegar en la actualidad a 9.500.000 personas y en el régimen contributivo hasta tener 13.500.000 afiliados en las diferentes EPS o Empresas Promotoras de Salud.

5.2.4 Ley 60 de agosto 12 de 1993. Establece las diferentes competencias del Estado en los niveles descentralizados municipal y departamental y las transferencias de recursos a estas entidades por

parte del Estado provenientes de los Ingresos Corrientes de la Nación ICN, rentas cedidas departamentales, situado fiscal para educación, situado fiscal para salud dividido en situado fiscal de oferta, para financiar la atención a vinculados, y situado fiscal de demanda, para garantizar carnés en el régimen subsidiado a través del pago de la UPC o Unidad de Pago por Capitación, transferencias del FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) a las EPS, que se reconocen a través de la subcuenta de compensación.

5.3 MARCO TEÓRICO

Con los fundamentos enunciados en el marco legal, la puesta en marcha del Sistema General de Seguridad Social en Salud ha establecido la transformación de los que anteriormente se conocían como hospitales de caridad hacia lo que hoy se conoce como ESE's o Empresas Sociales del Estado, pasando de un esquema de entidades ineficientes a las cuales se le inyectaban recursos pero nunca rendían cuentas, ni facturaban, ni tenían contabilidad, ni siquiera se sabía a ciencia cierta a quién pertenecían, pues muchos de los hospitales eran de entidades sin ánimo de lucro o de beneficencia, de órdenes religiosas, o sencillamente eran donaciones de personajes benefactores, altruistas o filántropos, a ser en la actualidad entidades obligadas a tener rendimientos sociales y financieros, con un

esquema gerencial de manejo mediante el cual, se vayan desarrollando progresivamente; ya que si bien está establecido que son entidades sin ánimo de lucro, no son entidades con ánimo de quiebra. De tal manera la atención de los pacientes en cierta forma pasó a ser privatizada y a través de la ley 100 se generaron intermediarios privados que administran los dineros que el Estado destina para la atención en salud de la población pobre y vulnerable: las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y Empresas Promotoras de Salud (EPS), para los regímenes subsidiado y contributivo respectivamente.

En este orden, el decreto 1874 de 1996 estableció la creación de las diferentes Empresas Sociales del Estado, sus requisitos, sus juntas directivas. Y el cómo conformar cada una de ellas: poniéndose en marcha el Sistema General de Seguridad Social en Salud y consecuentemente con la aplicación del SISBEN en todo el país a partir del año 1995; la creación de Empresas Sociales del Estado a partir del año 1996; y la certificación de los municipios por los departamentos como descentralizados en el sector salud, a partir del año 1997 y 1998; proceso que aún a estas alturas del año 2002 no ha culminado en todos los departamentos del país. Sin embargo, el departamento del Huila fue el primero en certificarse totalmente en

todo el país; por lo tanto fue el primer departamento que asumió directamente la salud en lo local a nivel nacional.

Se generó entonces una tendencia hacia lo gerencial, a mejorar la capacidad de gestión, creando una nueva cultura en el sector salud organizado con una visión diferente hacia la búsqueda de la eficacia, que significa el logro de las metas que ha trazado una determinada estrategia gerencial; de la eficiencia administrativa, que no es otra cosa que el cumplimiento de las metas trazadas con la utilización del mínimo de recursos posible; de la efectividad, para generar un impacto social determinado por la aplicación de esas diferentes políticas.⁸

Para referirse a la utilización de los servicios de salud es importante conocer algunos conceptos que intervienen el proceso salud- enfermedad determinados por la **disponibilidad** de recursos en las diferentes instituciones, que consiste en la existencia física de los diferentes recursos necesarios para la atención de los pacientes, éstos recursos se clasifican en: técnicos, humanos, financieros, de infraestructura o físicos y de información.⁹

⁸ MARCH, James Capítulo IV: La Transformación de las Instituciones Políticas. En El Redescubrimiento de las Instituciones. México D.F.: Fondo de Cultura Económica. 1997. p.p. 85 -93.

⁹ DONABEDIAN, Avedis. Aspects of medical care administration. Harvard University Press. 1973. p.p. 788 -804.

Otro aspecto es la **accesibilidad** que se enuncia como la posibilidad de acceder al servicio de salud, entendiéndose acceder como la posibilidad de ingresar a él. El concepto de accesibilidad implica un proceso que se inicia desde el momento en que el paciente necesita atención, posteriormente del deseo de ser atendido y aparte de querer ser atendido llegar al momento de la **búsqueda** de atención, o sea salir de su casa e ir a un sitio determinado para ser atendido, y es sólo en ése momento cuando se **inicia** el proceso de atención, éstas últimas dos fases (búsqueda e inicio de atención) constituyen el **dominio estrecho**; cuando se contempla además la fase de **continuación** de la atención, se define el **dominio intermedio**. Frenk define el **dominio amplio** de la accesibilidad como “la sumatoria de los dominios estrecho e intermedio, con la fase previa en que el paciente siente el **deseo** de ser atendido”.¹⁰

¹⁰ FRENK, Julio. El Concepto y la medición de accesibilidad. Salud Pública de México. 1985. p.p 223-234.

DOMINIOS DEL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD

Necesidad de atención	Deseo de atención	Búsqueda de atención	Inicio de la atención	Continuación de la atención
		DOMINIO ESTRECHO		
	DOMINIO INTERMEDIO			
	DOMINIO AMPLIO			

Fuente: Frenk, Julio. El concepto y la medición de la accesibilidad. En WHITE, Kerr L. OPS/OMS. Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Publicación científica número 534. 1992 : 930.

Con esa visión gerencial se considera bastante importante en el mundo contemporáneo la teoría de Fred Davis en cuanto a la administración estratégica. Este autor consagra la administración estratégica como el arte y ciencia de formular, implementar y evaluar las decisiones interfuncionales que permiten a la organización alcanzar sus objetivos, implicando que se integre lo administrativo, la mercadotecnia, las finanzas y la contabilidad, la producción y las operaciones, la investigación y el desarrollo y los sistemas computarizados de información para obtener entonces el éxito de la organización, permitiendo que ésta sea proactiva en lugar de ser reactiva en la formulación de su futuro; que el personal sea capacitado; que no tenga resistencia al cambio y que en la

formulación, implementación y evaluación de las estrategias sean entendidas como acciones que permitan a la organización lograr sus metas.¹¹

El presente trabajo está orientado a mejorar el servicio del laboratorio clínico mediante una estrategia gerencial que le permita ser eficiente y prestar un servicio de calidad. Para lograr éstos objetivos es necesario comprender las tendencias modernas que orientan la Gerencia de Servicios de Salud.

El análisis organizacional lleva a la formulación de una serie de estrategias orientadas al éxito empresarial que deben ser continuamente evaluadas a medida que se implementan para que retroalimenten y poder así sobre la marcha tomar cada vez correctivos para garantizar los resultados.

El modelo de administración estratégica puede usarse de manera efectiva tanto en el sector privado como en organizaciones gubernamentales o entidades sin ánimo de lucro, en empresas pequeñas o de gran tamaño.

¹¹ DAVID, Fred R. Conceptos de Administración Estratégica. Quinta edición. México. 1997. p.p 172-182.

Michael Porter define las estrategias de manera genérica como las herramientas que permiten a las organizaciones obtener una ventaja competitiva por tres motivos: **Liderazgo en costos**, ya que gira en torno a la producción de costos estándar a precios unitarios muy bajos para consumidores que son sensibles a los precios. **Por diferenciación**, buscando la ejecución de productos y servicios que se consideran únicos en la industria y están dirigidos a consumidores que son relativamente insensibles a los precios. **El enfoque**, que significa obtener productos y servicios que satisfacen las necesidades de grupos pequeños de consumidores.¹²

Otro aspecto de la administración estratégica muy importante es el desarrollo de la misión y para ello Peter Druker, pregunta entonces, cuál es nuestro negocio, cuál es nuestra misión. Una misión es una declaración duradera del propósito de una organización, que lo diferencia de otras empresas similares; es su razón de ser. El tener un enunciado de la misión resulta esencial para establecer objetivos y formular estrategias debidamente. La declaración de la misión visualiza la organización a largo plazo en términos de lo que quiere ser y a quién quiere servir. Es la base de las prioridades, estrategias, planes y asignaciones del trabajo. La misión es el punto de partida

¹² PORTER, Michael. Material fotocopiado y en medio magnético. Especialización en Gerencia en Servicios de Salud. Universidad Cooperativa de Colombia. 1997. p.p. 86-90

para diseñar los puestos gerenciales y sobre todo para diseñar las estructuras administrativas.¹³

La misión establece cuál es nuestro negocio; la visión establece qué queremos ser. Por lo anterior Karl Albrecht, con su teoría de la última gerencia del servicio o gerencia enfocada al cliente para brindar valor agregado, define que el éxito empresarial se alcanza con la conjunción de estrategias y buen desempeño. La estrategia entendida como hacer las cosas correctas, y el desempeño entendido como hacer las cosas bien; con la conjunción de producto, calidad y servicio se genera entonces valor agregado para el cliente y propone entonces el triángulo del servicio, en cuyos vértices se encuentran las estrategias, los sistemas, la gente, y en el centro el cliente, todos entrelazados por líneas. ¹⁴

¹³ DRUCKER, Peter. Administración Estratégica. 1998. p.p 88-94.

¹⁴ ALBRETCH, Karl. Gerencia del Servicio. Material de trabajo Simposios Internacionales. 1998.

EL TRIANGULO DEL SERVICIO



Esta teoría de Karl Albrecht, trata de conjugar lo que es el mundo del cliente con el mundo de la organización; trata de que la organización entienda al cliente para que el cliente participe de la organización y entonces, a través del liderazgo, se habla de la gestión del servicio que no es más que un enfoque organizacional integral, que hace de la calidad en el servicio, percibida por el cliente, la principal fuerza motriz en la operación del negocio; entendiendo como servicio todo trabajo que hace una persona para el beneficio de otra y entendiendo la calidad como una medida o grado en el cual una cosa o una experiencia satisface una necesidad, resuelve un problema y agrega un valor para alguien.

6. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se plantea una investigación de tipo descriptivo, que caracteriza el proceso de atención en el Laboratorio Clínico del Instituto Municipal de Salud de La Plata Huila, en aspectos concernientes a la facturación, al proceso de atención, a la rentabilidad, al recurso humano, al recurso tecnológico y a la calidad percibida por el cliente, determinados según las posibilidades de accesibilidad que se tienen a este servicio, tanto para pacientes del área urbana como del área rural, para demostrar que el servicio prestado es ineficiente; describiendo cada una de las situaciones problemáticas planteadas, para tratar fundamentalmente de orientar la investigación a describir las causales que han determinado la ineficiencia y el entorpecimiento en la calidad de la prestación del servicio de Laboratorio Clínico.

6.2 POBLACIÓN.

La población objeto del presente estudio, corresponde a la población usuaria del laboratorio clínico que proviene del área urbana y rural del municipio de La Plata, afiliada a las diferentes ARS que contratan

con el Instituto Municipal de Salud, y la perteneciente a la población vinculada, o sea aquella que no tiene seguridad social en salud y que es atendida con dineros provenientes del situado fiscal de oferta mediante la presentación de la ficha del sisben.

Durante visita preliminar al laboratorio se revisó el volumen de pacientes atendidos durante el último año, obteniendo un promedio de seiscientas (600) personas mensuales.

6.3 MUESTRA.

Tomando como referencia la población objeto, cuantificada en seiscientos (600) usuarios mensuales en el laboratorio clínico, cifra determinante para el tamaño de la muestra ¹⁵ se aplicó la siguiente formula estadística. ^{16 17 18}

$$n = \frac{N.Z + P.Q}{2} + \frac{N.e + P.Q.Z}{2}$$

¹⁵ COLIMON, Kahl-Martin. Fundamentos de Epidemiología. Medellín 1978. p.p. 51-52, 203-217, 269-275, 307, 332, 380-381, 390, 490-491

¹⁶ CASTILLO GARZÓN, Patricia. Métodos Cuantitativos I en Administración. Unisur. Bogotá. 1992. p.p. 166-173

¹⁷ ROWN TREE, Derek. Introducción a la Estadística. Un enfoque no matemático. Traducción de CHIAPPE, Clemencia y VASCO MONTOYA, Eloisa. S.F. Módulo CINDE. 1995. p.p. 125 – 128.

¹⁸ ARIAS ILIÁN, Jaime Eduardo y CASADIEGO PATIÑO, Jesús Alberto. Factores que inciden en la utilización de los servicios de salud y su relación con el proceso salud- enfermedad en tres grupos poblacionales del Departamento del Huila. Tesis de grado Maestría en Educación y Desarrollo Comunitario. CINDE – Universidad Surcolombiana. 1996. p.75.

Dónde: n: tamaño de la muestra
 N: número promedio de pacientes
 Z: 1,96 (para una confiabilidad del 95%)
 P: 0,5
 Q: 0,5
 e: error (Error = 0.05)

Desarrollando la ecuación con N = 600, y aplicando las constantes de la fórmula se obtiene como resultado que:

$$n = 147.69 \quad +/- : 148$$

Para efectos prácticos, ésta cifra equivale aproximadamente a la cuarta parte del promedio de pacientes mensuales (25%), y se aproxima la cifra al valor de ciento cincuenta (150), para realizar entonces una encuesta a uno de cada cuatro usuarios durante un mes de servicio, lo que equivale aproximadamente a seis (6) encuestas diarias.

Se procedió posteriormente a tabular y procesar la información para el análisis de los datos recogidos y poder entonces orientar la investigación hacia el planteamiento de una estrategia que redunde

en el mejoramiento de la calidad del servicio y la eficiencia del Laboratorio Clínico del Instituto Municipal de Salud.

6.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Para la recolección de la información se utilizaron entrevistas personalizadas con los miembros directivos del Instituto Municipal de Salud (Junta Directiva, Director y Jefe Administrativo) y con el personal Asistencial del Centro de Salud Camilo Torres donde funciona el Laboratorio Clínico. Además se aplicó una encuesta para medir objetivamente la calidad de este servicio tal como lo percibe directamente el usuario.

Según el tamaño de la muestra y el volumen de usuarios por mes, se aplico una encuesta a uno de cada cuatro usuarios durante un mes de servicio, lo que equivale a seis (6) encuestas diarias.

7. TABULACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Se determinó mediante visita al Instituto Municipal de Salud, en su Centro de Salud Camilo Torres y el Laboratorio Clínico, y por entrevista al personal que allí labora, que el proceso de atención para la prestación del servicio de laboratorio, consiste en la demanda espontánea por parte de los usuarios, con las respectivas órdenes suscritas por el personal profesional de los diferentes centros de atención, debiendo esperar su respectivo turno para la asignación por orden de llegada de los cupos para el día. A las seis y treinta de la mañana el portero reparte las fichas en orden de llegada, para veinte pacientes, quedando sin ser atendidos los que sobrepasen ésta cifra, por lo que los pacientes deben madrugar hasta con cinco horas de anterioridad al reparto de los cupos.

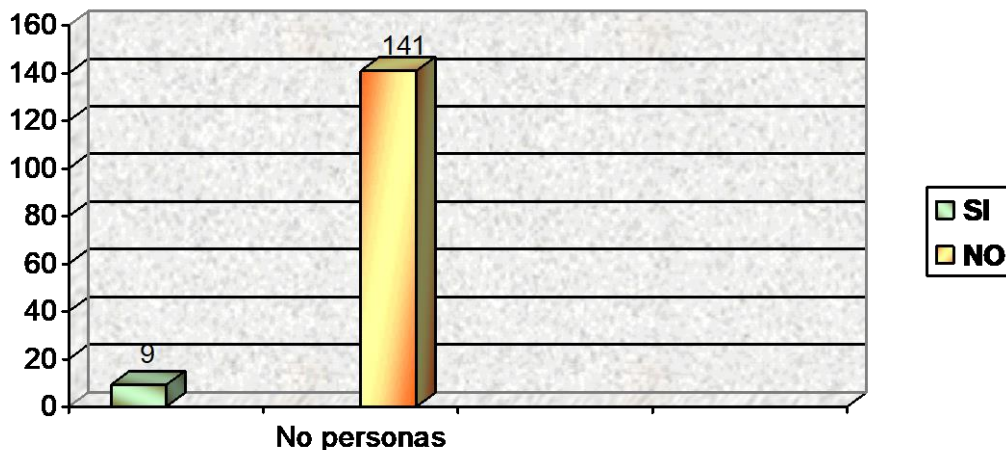
Mediante entrevistas personalizadas con el Director, la Jefe Administrativa y los miembros de la Junta Directiva, se pudo determinar la necesidad de cumplir con una serie de requisitos legales de infraestructura exigidos por el Decreto 027 de 2002 que reglamenta el parágrafo del artículo 44 de la Ley 715 de 2001, y la Resolución 001439 de 2002 que establece el sistema de habilitación y

acreditación de servicios para las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de todo el país.

Tabla No. 1. ¿Está usted satisfecho con el mecanismo utilizado para acceder al servicio de Laboratorio Clínico del Instituto Municipal de Salud?

Satisfacción	Número de personas	Porcentaje
SÍ	9	6
NO	141	94
TOTAL	150	100

Gráfico 1. ¿Está usted satisfecho con el mecanismo utilizado para acceder al servicio de Laboratorio Clínico del Instituto Municipal de Salud?



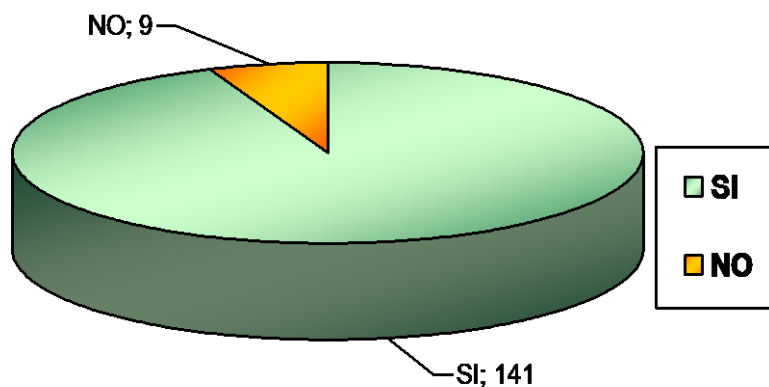
Respecto de la satisfacción o no con el mecanismo utilizado para acceder al servicio de laboratorio clínico, se encontró que nueve (9) personas, correspondientes al seis por ciento (6%) declararon estar satisfechas; y ciento cuarenta y una personas (141), correspondientes al noventa y cuatro por ciento (94%) manifestaron su insatisfacción.

Esto significa que casi la totalidad de los usuarios del laboratorio clínico se encuentran insatisfechos con el sistema de asignación de citas utilizado por el Instituto Municipal de Salud.

TABLA No. 2. ¿Tuvo dificultades para obtener el servicio de Laboratorio Clínico?

DIFICULTAD	NUMERO DE PERSONAS	PORCENTAJE
SI	141	94
NO	9	6
TOTAL	150	100

Gráfico No. 2. ¿Tuvo dificultades para obtener el servicio de Laboratorio Clínico?



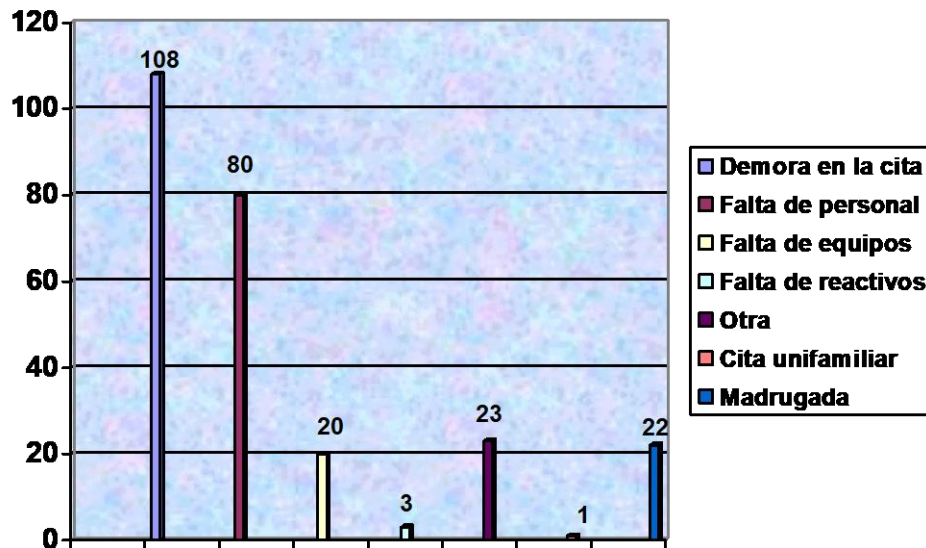
En esta pregunta se dividió en dos secciones, en la primera de ellas ciento cuarenta y un personas (141), correspondientes al noventa y cuatro por ciento (94%), respondieron que sí habían tenido dificultades para obtener el servicio de Laboratorio Clínico; mientras que nueve personas (9), equivalentes al seis por ciento (6%), manifestaron lo contrario.

Lo que significa que la gran mayoría de los usuarios afrontan dificultades para obtener el servicio del laboratorio clínico

Tabla No. 3. Tipos de dificultades para obtener el servicio de Laboratorio Clínico

DIFICULTAD ENCONTRADA	PERSONAS	PORCENTAJES
Demora en la cita	108	72
Falta de personal	80	53
Falta de equipos	20	13
Falta de reactivos	3	2
Otra	23	15
- Una persona por flia	1	1
-Madrugar mucho	22	15

Gráfico No. 3. Tipos de dificultades para obtener el servicio de Laboratorio Clínico



La última sección de la segunda pregunta referente al tipo de dificultad encontrada, y aplicada sólo a aquellos que respondieron afirmativamente la primera sección, brindó la posibilidad de responder por una o varias opciones, por lo que su sumatoria no corresponde al ciento por ciento, pero sí permitió identificar los principales problemas.

En las opciones: A, referente a la demora en la cita respondieron afirmativamente ciento ocho personas (108) correspondientes al setenta y dos por ciento (72%). El ordinal B, relacionado con la falta de personal, fue respondido por ochenta personas (80) equivalentes al

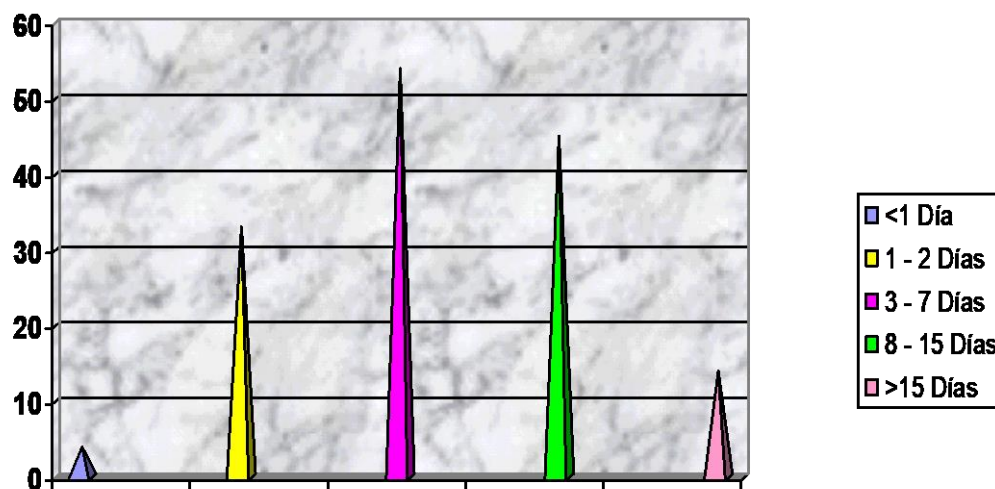
cincuenta y tres por ciento (53%). En el C, concerniente a la falta de equipos opinaron veinte personas (20) correspondientes al trece por ciento (13%). En el ordinal D, se manifestaron sobre la falta de reactivos tres personas, equivalentes al dos por ciento (2%) . En el E, referente a otra dificultad para obtener el servicio, del total de usuarios, una persona (1) respondió que solo dan una ficha por familia, y representa el cero punto seis por ciento (0.6%); y veintidós personas (22) correspondientes al quince por ciento (15%) que deben madrugar mucho.

Lo que significa que la población identifica como principales obstáculos para acceder al servicio a demora en la asignación de la cita, que obliga a madrugar demasiado, por la falta de personal y la carencia de equipos.

Tabla No. 4. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para acceder a este servicio?

TIEMPO DE ESPERA	PERSONAS	PORCENTAJE
menos de un día	4	3
uno y dos días	33	22
tres y siete días	54	36
ocho y quince días	45	30
más de quince días	14	9
TOTAL	150	100

Gráfico No. 4. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para acceder a este servicio?



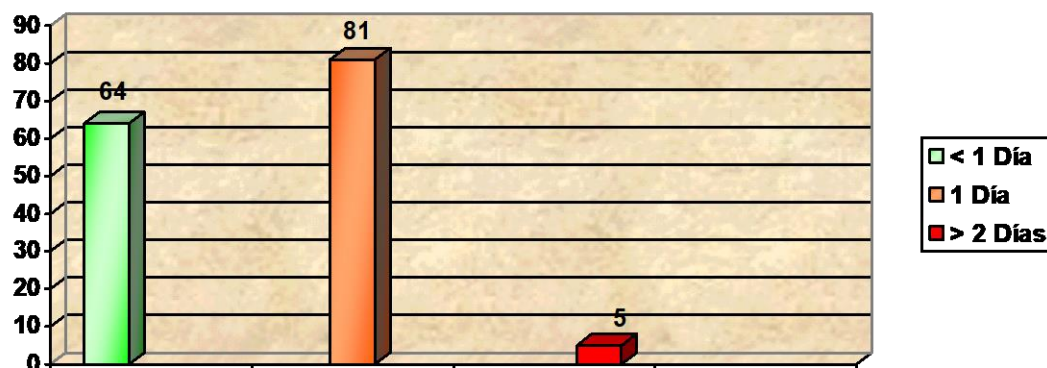
Referente al tiempo que el usuario debió esperar para acceder al servicio de laboratorio clínico, se encontró que cuatro personas (4) correspondientes al tres por ciento (3%), demoraron menos de un día; treinta y tres personas (33) equivalentes al veintidós por ciento (22%), entre uno y dos días; cincuenta y cuatro usuarios (54) correspondientes al treinta y seis por ciento (36%), demoraron entre tres y siete días; cuarenta y cinco personas (45) o sea el treinta por ciento (30%), entre ocho y quince días; y catorce personas (14) correspondientes al nueve por ciento (9%), demoraron más de quince días.

Significando que la inmensa mayoría correspondiente a las dos terceras partes de la población tardan entre tres y quince días para acceder al servicio, situación que se correlaciona con la principal dificultad identificada con la pregunta dos y que fue la demora en la cita.

Tabla No. 5. ¿Cuánto tiempo se demora la entrega de resultados?

ENTREGA RESULTADOS	PERSONAS	PORCENTAJE
El mismo día	64	43
El día siguiente	81	54
Más de dos días	5	3
TOTAL	150	100

Gráfico No. 5. ¿Cuánto tiempo se demora la entrega de resultados?

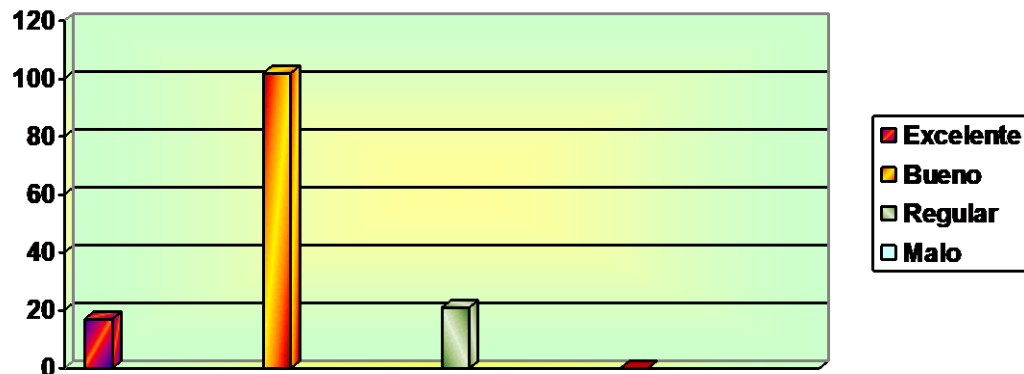


Sobre el tiempo que se demora la entrega de resultados, sesenta y cuatro personas (64) correspondientes al cuarenta y tres por ciento (43%) respondieron que la entrega la hacen el mismo día; ochenta y un usuarios (81) equivalentes al cincuenta y cuatro por ciento (54%) mencionaron como tiempo de entrega, el día siguiente; y cinco personas (5) o sea el nueve por ciento (9%) refirieron más de dos días. Significando entonces que casi la totalidad (97%) recibieron la entrega oportuna de los resultados durante el mismo día o el día siguiente. Ratificando que esta no es una situación que genere dificultad sino que por el contrario refleja un desempeño excelente.

Tabla No. 6. En cuanto al trato recibido por el personal del laboratorio clínico del Instituto Municipal de Salud, lo califica de:

TRATO RECIBIDO	PERSONAS	PORCENTAJE
Excelente	17	11
Bueno	102	68
Regular	31	21
Malo	0	0
TOTAL	150	100

Gráfico No. 6. En cuanto al trato recibido por el personal del laboratorio clínico del Instituto Municipal de Salud, lo califica de:



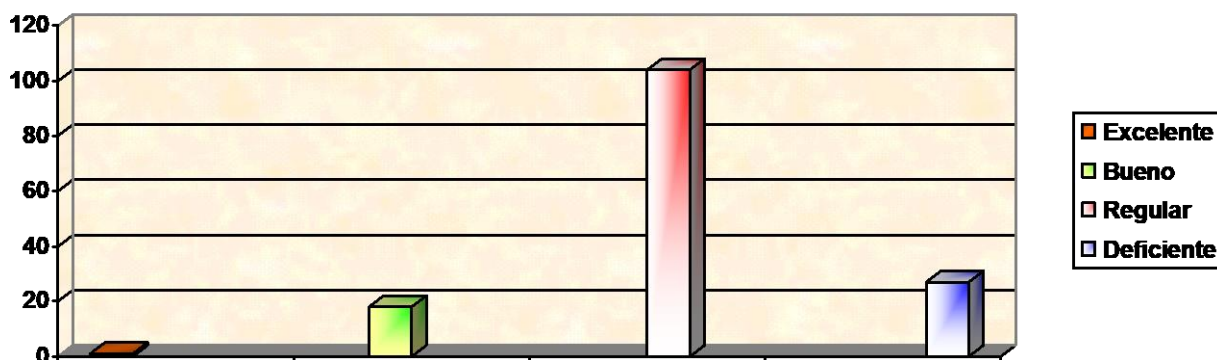
En esta pregunta se investigó la calidad del trato recibido por parte del personal del Laboratorio Clínico, encontrando que diecisiete personas (17) correspondientes al diez por ciento (10%), respondieron que es excelente; ciento dos personas (102) o sea el sesenta y ocho por ciento (68%), manifestaron que es bueno; treinta y un personas (31) equivalentes al veintiuno por ciento (21%), refirieron que es regular; ninguna persona dijo que fuera malo.

Significando que el buen trato al usuario es una de las fortalezas del laboratorio clínico, pues cuatro de cada cinco usuarios lo refiere como bueno o excelente.

Tabla No. 7. Usted califica el servicio del laboratorio clínico como:

CALIFICACIÓN	PERSONAS	PORCENTAJE
Excelente	1	1
Bueno	18	12
Regular	104	69
Deficiente	27	18
TOTAL	150	100

Gráfico No. 7. Usted califica el servicio del laboratorio clínico como:



Al responder ésta pregunta en cuanto a la calificación que se le da al servicio que presta el laboratorio clínico, una persona (1) correspondiente al uno por ciento (1%) respondió que es excelente; dieciocho personas (18) o sea el doce por ciento (12%), manifestaron que es bueno; ciento cuatro personas (104), equivalentes al sesenta y nueve por ciento (69%), manifestaron que el servicio es regular; y

veintisiete personas (27) equivalentes al dieciocho por ciento (18%), respondieron que el servicio es deficiente.

Reflejando que la gran mayoría (87%) de los usuarios califican como regular y deficiente el servicio, constituyendo una gran debilidad, influenciada principalmente por factores inherentes a la obstrucción del acceso al servicio, y la carencia de personal y equipos.

La crisis detectada en la prestación del servicio involucra la insatisfacción con el mecanismo utilizado para acceder al Laboratorio Clínico, las demoras en la asignación de citas; la falta de personal, equipos y reactivos. Éstas dificultades involucran básicamente los criterios de accesibilidad en su dominio más estrecho según los postulados de Julio Frenk,¹⁹ afectando a su vez el dominio intermedio porque se altera la continuación de la atención, cuando el usuario requiere presentar exámenes de laboratorio al médico tratante; deteriorando el concepto global del servicio, el cual fue calificado como regular y deficiente por la mayoría de los usuarios. Sin embargo, a pesar de lo anterior, se identificó como fortaleza la oportunidad en la entrega de resultados y el trato brindado al usuario por el personal.

¹⁹ *Ibíd.*

En las instalaciones actuales hay limitaciones de espacio involucrando, en un mismo local, la facturación, la toma de muestras y su procesamiento; éstas requieren ser ampliadas para brindar mayor comodidad y privacidad al usuario, y permitir la optimización de los reportes de exámenes, garantizando un medio ambiente con una temperatura estable que permita el óptimo funcionamiento de los equipos y el mejor aprovechamiento de los reactivos.

8. PROPUESTA

Con base en los resultados de la información obtenida a través de la encuesta (Anexo No. A) aplicada a los usuarios, y de las entrevistas (Anexo No. B), se considera vital, para mejorar la calidad y eficiencia del laboratorio clínico del Instituto Municipal de Salud, realizar modificaciones en su infraestructura física; destinar los recursos económicos necesarios para la adquisición de equipos y ampliar el volumen de recurso humano.

La estrategia gerencial a implementar, busca mejorar la calidad y eficiencia del servicio de Laboratorio Clínico, tomando como referente teórico los enunciados de Michael Porter²⁰ en cuanto al Liderazgo en costos; que significa la producción de bienes y servicios a costos de producción unitaria baja; y liderazgo por enfoque, que significa la obtención de productos y servicios para satisfacer las necesidades de grupos pequeños de usuarios.

Esta propuesta tiene en cuenta además, la teoría de la Última Gerencia del Servicio formulada por Karl Albrecht,²¹ en la cual el

²⁰ *Ibíd.*

²¹ *Ibíd.*

cliente o usuario es el centro alrededor del cual confluyen los demás elementos de la organización, como son: las estrategias, los sistemas y el recurso humano; haciendo del usuario un ser participativo, y de la calidad la principal fuerza motriz en la operación del negocio. Los postulados de Peter Drucker²² y Fred David,²³ referentes a la Gerencia Estratégica, también deben tenerse en cuenta para el desarrollo de la plataforma estratégica de la institución, y particularmente, en el desarrollo de la misión previamente formulada y ya referida atrás, principalmente en cuanto hace referencia a: “... manteniendo el liderazgo en accesibilidad, calidad y oportunidad, contando con un talento humano idóneo, recursos físicos, tecnológicos y financieros, orientados al bienestar del individuo, la familia y la comunidad”.

Los aspectos económicos de la propuesta referidos a los costos para la institución, pueden ser asumidos en su totalidad con los recursos obtenidos de la productividad del Laboratorio Clínico, la cual fue calculada deduciendo los gastos del total de la facturación promedio mensual, obteniendo los siguientes datos según información suministrada por la oficina de estadística del Instituto Municipal de Salud, por el personal del laboratorio y por el Acuerdo 005 de 2002 de la Junta Directiva, que establece el plan de cargos y asignaciones civiles para la vigencia 2002:

²² *Ibíd.*

²³ *Ibíd.*

Promedio mensual de venta de servicios Catorce millones ochenta y un mil setecientos noventa pesos (\$14.081.790.00). (Anexo C)

Promedio mensual de gastos:

- Personal: \$2.147.866.00 (Dos millones ciento cuarenta y siete mil ochocientos sesenta y seis pesos).

- Materiales y reactivos: \$3.500.000.00 (Tres millones quinientos mil pesos)

- Total: \$5.647.866.00 (Cinco millones seiscientos cuarenta y siete mil ochocientos sesenta y seis pesos).

Promedio mensual de utilidades: \$8.433.924.00 (Ocho millones cuatrocientos treinta y tres mil novecientos veinticuatro pesos).

Tabla No. 8. ESTIMATIVO MENSUAL DE FLUJO DE RECURSOS POR SERVICIOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE SALUD

ESTIMATIVO MENSUAL DE FLUJO DE RECURSOS POR SERVICIOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE SALUD		
FACTURACIÓN PROMEDIO		\$14.081.790.00
COSTO PROMEDIO	PERSONAL	\$2.147.866.00
	MATERIALES Y REACTIVOS	\$3.500.000.00
	COSTO TOTAL	\$5.647.866.00
UTILIDAD PROMEDIO		\$8.433.924.00

La propuesta contempla de manera global y articulada, las diferentes teorías mencionadas, para lograr un desarrollo organizacional integral, dirigido al mejoramiento de la calidad y eficiencia en la prestación del servicio.

Se requiere realizar adecuaciones locativas en el Laboratorio Clínico destinadas al área de recepción y toma de muestras en sangre y otras secreciones, incluyendo las genitales; destinar un área independiente para la sección de bacteriología y cultivos, que independice el área de hematología y química sanguínea; instalar aire acondicionado que

garantice temperatura estable para optimizar la estabilidad de los reactivos y la calidad de los resultados, con un valor estimado de \$6.000.000.00 (Seis millones de pesos). De lo contrario, el laboratorio clínico no podrá certificar el cumplimiento de requisitos mínimos esenciales, ni podrá ser habilitado en el Registro Especial de IPS, siendo entonces irremediablemente clausurado por la Secretaría Departamental de Salud al incumplir lo ordenado por el Decreto 027 de 2002 y la Resolución 001439 de 2002.

Para lograr la eficiencia y mejorar la productividad, garantizando la permanencia en el mercado y la supervivencia de la empresa, es indispensable que el Instituto Municipal de Salud adquiera la totalidad de equipos faltantes para el óptimo funcionamiento del laboratorio, y que según entrevista con la bacterióloga, son: agitador para tubos de cuadros hemáticos, microcentrifuga, contador para glóbulos blancos, cámara de Neubauer, pipeta para glóbulos blancos y agitador de pipetas; con un costo aproximado de \$4.750.000.00 (Cuatro millones setecientos cincuenta mil pesos).

Debe modificarse temporalmente, el mecanismo y el horario para asignar las citas, mientras se implementa la propuesta y se optimiza la oferta de servicios, para absorber la totalidad de la demanda.

Se sugiere como alternativa, la asignación de citas previas, citas telefónicas, la cita personalizada con horario extendido, aparte del horario habitual; dado que el mejoramiento de la oferta de servicios, permitirá satisfacer la demanda, evitar el represamiento de citas y mejorar el nivel de satisfacción del usuario. Para ello se requiere la contratación de una bacterióloga de medio tiempo (cuatro horas) para laborar de 7-12 de la mañana, horario en el cual hay mayor congestión y afluencia de público; además de una auxiliar de facturación, para laborar dos horas diarias de 7-9 de la mañana.

Los costos de estos contratos de prestación de servicios, respectivamente son: \$730.071.00 (setecientos treinta mil setenta y un pesos) y \$171.966.00 (ciento setenta y un mil novecientos sesenta y seis pesos), para un total de \$902.037.00 (novecientos dos mil treinta y siete pesos) mensuales, y \$10.824.444.00 (diez millones ochocientos veinticuatro mil cuatrocientos cuarenta y cuatro pesos) anuales.

El valor total aproximado de la propuesta es de \$21.574.444.00 (Veintiún millones quinientos setenta y cuatro mil cuatrocientos cuarenta y cuatro pesos. Ver Anexo D.

Debe suspenderse definitivamente la contratación por evento con laboratorios particulares, por resultar muy onerosa para la institución; pues la facturación mensual, incluso llegó a superar los \$20.000.000.00 (veinte millones de pesos mensuales), sin generar ningún tipo de utilidad.

Debe garantizarse el nombramiento oportuno de la Bacterióloga en Servicio Social Obligatorio.

La Dirección del Instituto Municipal de Salud debe propender por obtener los mejores precios del mercado, accediendo incluso a economías de escala, para la compra de equipos, materiales y reactivos.

Igualmente la Dirección debe velar por la mejor contratación por capitación posible con las ARS; donde se optimice el porcentaje de la UPC asignado al servicio de Laboratorio Clínico; y se ejerza un control adecuado sobre el proceso administrativo, el volumen de solicitudes de exámenes, su pertinencia al primer nivel y la patología del paciente.

La implementación global de esta estrategia permitirá incrementar la venta de servicios logrando contratación con nuevas entidades y

atrayendo el segmento del mercado particular; lo que redundará en un incremento de las utilidades, calidad y eficiencia, generando una alta rentabilidad económica y social.

9. CONCLUSIONES

En las condiciones actuales, el Laboratorio Clínico del Instituto Municipal de Salud es ineficiente por tener una infraestructura física inadecuada, recurso humano insuficiente y carencia parcial de equipos.

Los usuarios en su mayoría se mostraron insatisfechos con el mecanismo utilizado para acceder al servicio de Laboratorio Clínico, por demoras en la asignación de citas, falta de personal, equipos y reactivos, y horario inadecuado para asignar las citas del día.

La mayoría de los usuarios reconocieron que el personal del laboratorio les brinda un buen trato y que la entrega de resultados es oportuna.

Se determinó que el Laboratorio Clínico es un servicio que genera una alta rentabilidad económica para la institución.

10. RECOMENDACIONES

Implementar a la mayor brevedad posible la propuesta planteada en este estudio para lograr prestar un servicio eficiente y de calidad, contando con la rentabilidad económica que genera el Laboratorio Clínico.

Modificar temporalmente, el mecanismo y el horario para asignar las citas, mientras se implementa la propuesta y se optimiza la oferta de servicios para absorber la totalidad de la demanda.

Propender por obtener los mejores precios en la compra de equipos e insumos para el laboratorio.

Optimizar la contratación por capitación con las ARS para mejorar los ingresos del Instituto y ejercer un control adecuado sobre el servicio de laboratorio para contener costos.

Gestionar el nombramiento oportuno de la Bacterióloga en Servicio Social Obligatorio y suspender definitivamente la contratación por evento con laboratorios particulares.

BIBLIOGRAFÍA

ALBRETCH, Karl. Gerencia del Servicio. Material de trabajo Simposios Internacionales. 1998.

ARIAS ILIÁN, Jaime Eduardo y CASADIEGO PATIÑO, Jesús Alberto. Factores que inciden en la utilización de los servicios de salud y su relación con el proceso salud-enfermedad en tres grupos poblacionales del Departamento del Huila. Tesis de grado Maestría en Educación y Desarrollo Comunitario. CINDE – Universidad Surcolombiana. 1996.

CASTILLO GARZÓN, Patricia. Métodos Cuantitativos I en Administración. Unisur. Bogotá. 1992.

COLIMON, Kahl-Martin. Fundamentos de Epidemiología. Medellín 1978.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991. Artículos 48-49

DAVID, Fred R. Conceptos de Administración Estratégica. Quinta edición. México. 1997.

DECLARACIÓN DE ALMA –ATA. Título IV. 1978.

DECRETO 027 de 2002. Reglamenta el parágrafo del artículo 44 de la ley 715 de 2001.

DONABEDIAN, Avedis. Aspects of medical care administration. Harvard University Press. 1973.

DRUCKER, Peter. Administración Estratégica. 1998.

EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT. Calidad Total. Granada: Universidad de Granada. España. 1998.

FOX, J.David. Métodos y Técnicas de Encuesta. En: El proceso de investigación en la educación. Pamplona 1981 EUNSA.

FRENK, Julio. El Concepto y la medición de accesibilidad. Salud Pública de México. 1985.

GUIOT, Jean y BEAUFILS, Alain. Diseño de la Organización: del Cargo a la Megaestructura. Santafé de Bogotá. D.C.: Edit. Legis. 1992.

INSTITUTO MUNICIPAL DE SALUD. Oficina de Aseguramiento. Base de datos de afiliados y vinculados. 2002.

JURAN, Joseph. Juran's Quality Handbook. New York. McGraw Hill. 1998.

LEY 10 de 1990. Descentralización de la Salud.

LEY 100 de 1993. Reforma a la Seguridad Social.

LEY 60 de 1993. Competencias y recursos para la salud y la educación.

LEY 715 de 2001. Sistema General de Participaciones.

MARCH, James y OLSEN, Johan. Capítulo IV: La Transformación de las Instituciones Políticas. En: El Redescubrimiento de las Instituciones. México D.F.: Fondo de Cultura Económica. 1997.

MATUS, Carlos. Sobre las Teorías de las Macroorganizaciones. En: Cárdenas, Jorge Hernán y Zambrano, William. Gobernabilidad y Reforma del Estado. Santafé de Bogotá, D.C.: Consejería Presidencial para la Modernización del Estado y Asociación Colombiana para la Modernización del Estado. Biblioteca Jurídica Diké. 1994.

MINISTERIO DE SALUD. Boletín informativo. Programa de Consolidación, descentralización y participación social en salud. 1991.

MINISTERIO DE SALUD. Colombia Sana. 1994.

MINISTERIO DE SALUD. MAPIPOS. Manual de Acciones, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud. 1994.
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La garantía de calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y El Caribe. 1992.

PATIÑO RESTREPO, José Félix. Educación Médica en el año 2000. En Revista Nueva Frontera. Febrero 1993.

PAYETTE, Adrien. La eficacia de los Gestores y las Organizaciones. Québec: Press de l'Université du Québec. 1990.

PORTER, Michael. Material fotocopiado y en medio magnético. Especialización en Gerencia en Servicios de Salud. Universidad Cooperativa de Colombia. 1997.

RESOLUCIÓN 001439 de 2002. Sistema de habilitación y acreditación de requisitos mínimos esenciales para las IPS.

ROWN TREE, Derek. Introducción a la Estadística. Un enfoque no matemático. Traducción de CHIAPPE, Clemencia y VASCO MONTOYA, Eloisa. S.F. Módulo CINDE. 1995.

SÁNCHEZ VALENCIA, Bolívar. Memorias del Huila. Tomo 1. 1987.

ANEXOS

ANEXO A.

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA –UNAD-
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

Encuesta a Usuarios del Instituto Municipal de Salud

Objetivo: Mejoramiento de la calidad y eficiencia del laboratorio Clínico del Instituto Municipal de Salud de La Plata Huila

Nombre: _____ Sexo: ____

Edad: _____ Fecha: _____

1. Esta usted satisfecho con el mecanismo utilizado para acceder al servicio del Laboratorio clínico del Instituto Municipal de Salud ?

SI_____ NO_____

2. Tuvo dificultades para obtener el servicio del laboratorio clínico ?

SI_____ NO_____

En caso afirmativo seleccione una o varias opciones

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| a. Demora en la cita | d. Falta de reactivos |
| b. Falta de personal | e. Otra. |
| c. Falta de equipos | Cual?_____ |

3. Cuanto tiempo tuvo que esperar para acceder a este servicio?

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| a. Menos de un día | d. Entre ocho y quince días |
| b. Entre uno y dos días | e. Más de quince días |
| c. Entre tres y siete días | |

4. Cuanto tiempo se demora la entrega de resultados?

- a. El mismo día b. El día siguiente c. Más de dos días

5. En cuanto al trato recibido por el personal del laboratorio clínico del Instituto Municipal de Salud, lo calificaría de :

- a. Excelente b. Bueno c. Regular d. Malo

6. Usted califica el servicio de laboratorio clínico como

Excelente___ Bueno___ Regular___ Deficiente___

ENCUESTADOR_____

ANEXO B.

ENTREVISTA Director y Jefe Administrativo

1. Costo mensual de personal
2. Costo promedio mensual en reactivo
3. Tipo de contratación
4. Monto de contratación según porcentaje de la UPC
5. Empresas con las cuales se tiene contratado el servicio
6. Valor anual asignado en el Sistema General de Participaciones, según Ley 715
7. Presupuesto de la institución
8. Ejecución presupuestal

ENTREVISTA Personal Laboratorio Clínico

1. Productividad promedio mensual
2. Número de citas asignadas por día
3. Limitaciones de carácter técnico
4. Necesidades de infraestructura física tecnológica
5. Necesidades de recurso humano
6. Promedio número de pacientes devueltos diariamente
7. Promedio tiempo asignación de citas

ENTREVISTA Miembro Junta Directiva

1. Contratación con personal extrainstitucional
2. Grado de desarrollo del Laboratorio Clínico
3. Implementación de políticas del Sistema General de Seguridad Social en Salud
4. Nivel de satisfacción con el servicio expresado por el representante de la Asociación de Usuarios
5. Necesidades sentidas por el representante de los profesionales de la institución
6. Limitaciones para la prestación adecuada del servicio en el laboratorio clínico
7. Influencia de factores entorpecedores de la gestión (politiquería, burocracia, clientelismo)

ANEXO C. *Productividad del Laboratorio Clínico*

Anexo D. Estimativo de costo de la propuesta

ESTIMATIVO DE COSTOS DE LA PROPUESTA		
1. ADECUACIONES LOCATIVAS		VALOR
AREA DE RECEPCIÓN		\$1.000.000.00
AREA DE TOMA DE MUESTRAS		1.500.000.00
AREA DE BACTERIOLOGÍA Y CULTIVOS		1.500.000.00
AIRE ACONDICIONADO		2.000.000.00
SUBTOTAL		\$6.000.000.00
2. EQUIPOS	NÚMERO	VALOR
AGITADOR PARA TUBOS DE CUADROS HEMÁTICOS	1	\$500.000.00
MICROCENTRÍFUGA	1	3.000.000.00
CONTADOR PARA GLÓBULOS BLANCOS	1	500.000.00
CAMARA DE NEUBAUER	1	150.000.00
PIPETA PARA GLÓBULOS BLANCOS	10	100.000.00
AGITADOR DE PIPETAS	1	500.000.00
SUBTOTAL		\$4.750.000.00
3. PERSONAL		VALOR ANUAL
BACTERIÓLOGA DE MEDIO TIEMPO		\$8.760.852.00
AUXILIAR DE FACTURACIÓN DOS HORAS		2.063.592.00
SUBTOTAL		\$10.824.444.00
TOTAL		\$21.574.444.00