

**DETERMINACIÓN DE LA FAVORABILIDAD FINANCIERA EN LA ATENCIÓN
DE PARTOS VS CESÁREAS EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE
DIOS CARTAGENA EN EL AÑO 2010**

**PATRICIA SARA
EIMY VALCÁRCEL**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SALUD XVII
CARTAGENA DE INDIAS D.T. y C.
2013**

**DETERMINACIÓN DE LA FAVORABILIDAD FINANCIERA EN LA ATENCIÓN
DE PARTOS VS CESÁREAS EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE
DIOS CARTAGENA EN EL AÑO 2010**

**PATRICIA SARA
EIMY VALCÁRCEL**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título de
Especialista en Gerencia de la Salud**

**Asesor:
Dr. JULIO CESAR QUINTANA**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SALUD XVII
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.
2013**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Cartagena (Bolívar), Enero de 2013

DEDICATORIA

A Dios, Quien nos dio la fuerza y la sabiduría necesarias para afrontar este gran reto.

A nuestras familias, quienes nos han acompañado, apoyado y comprendido.

Las Autoras.

AGRADECIMIENTOS

Damos los más sinceros agradecimientos y reconocimientos:

A la Universidad de Cartagena, por la magnífica posibilidad de enriquecer nuestro quehacer profesional a través de la Especialización.

Al Dr., JULIO QUINTANA Director de la Investigación, quien nos brindó toda su colaboración y respaldo a través de la asesoría y nos orientó acertadamente con valiosos conocimientos vertidos al éxito de la labor investigativa.

A la Gerencia y Unidad de Obstetricia de la Clínica Universitaria San Juan de Dios (Cartagena), quienes suministraron información valiosa y colaboración para la realización del proyecto.

A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron para que este proyecto culminase satisfactoriamente.

Las Autoras.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. DELIMITACIÓN	18
3.1 ESPACIAL	
3.2 TEMPORAL	
4. OBJETIVOS	19
4.1 GENERAL	
4.2 ESPECÍFICOS	
5. MARCO REFERENCIAL	21
5.1 ANTECEDENTES	
5.2 MARCO TEÓRICO	28
5.3 MARCO INSTITUCIONAL	32
5.4 MARCO LEGAL	40
5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	42
6. DISEÑO METODOLÓGICO	43
6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	
6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	44
6.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
6.4 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO	45
CAPÍTULO I. LA PROBLEMÁTICA DE LA FAVORABILIDAD ECONÓMICA DEL PARTO VAGINAL FRENTE A LA CESÁREA ELECTIVA EN EL CONTEXTO DE LA IPS CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, DE LA CIUDAD DE CARTAGENA	46

CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DEL COSTO DE SERVICIO EN LA ATENCIÓN DE PARTOS VAGINALES Y DE CESÁREAS, COMO CRITERIO DE BASE PARA LA MEDICIÓN DE LA RENTABILIDAD	52
CAPÍTULO III. ANÁLISIS COMPARATIVO DE FAVORABILIDAD E IMPACTO ECONÓMICO EN EL COSTE DE SALUD DEL PARTO VAGINAL VS CESÁREA ELECTIVA EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS, CARTAGENA, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2010	67
CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO EN EL ÁREA GINECO-OBSTÉTRICA ATENDIENDO A LA FAVORABILIDAD ECONÓMICA Y FINANCIERA DE LOS PARTOS VAGINALES VS CESÁREAS	78
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN	94
CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES	98
BIBLIOGRAFÍA	99
ANEXOS	105

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Cesárea por solicitud materna (CSPM): La cesárea a demanda, o por petición materna, es la que se realiza, a requerimiento de la mujer, en embarazos con feto único y a término en ausencia de otras indicaciones médicas u obstétricas.

Costos fijos (CF): son aquellos que dentro de una determinada estructura de producción y para un periodo de tiempo fijado permanecen invariables respecto al volumen de producción (volumen producido). Ejemplo: amortización de la maquinaria, un alquiler, el seguro, vigilante nocturno entre otros

Costos variables (CV): es el equivalente monetario de los consumos de factores que varían en función del volumen producido o del tiempo de transformación. Ejemplo: consumo de agua, luz y/o teléfono, MP, MO (siempre que se pague en función de las horas trabajadas)

Calidad: es la idoneidad o la adecuación al uso, es decir, la bondad del producto definida por su valor, prestigio y utilidad. Calidad es el conjunto de propiedades o características de un producto o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas. Los costos de la no calidad consisten en el valor de los artículos defectuosos.

Favorabilidad económica: es la variable resultante de la valoración entre la rentabilidad, el impacto y el costo económico y financiero de la unidad de negocio, de tal manera que se generan condiciones de viabilidad y sostenibilidad.

Gastos: Se denomina gasto a la partida contable (de dinero) que cierta y directamente disminuye el beneficio o en su defecto aumenta la pérdida de los bolsillos, en el caso que esa pérdida de dinero haya salido de la cuenta personal de un individuo o bien de una empresa o compañía.

Parto: es el evento natural del alumbramiento del feto a término o con condiciones de viabilidad vital del mismo.

Rentabilidad: es un término general que mide la ganancia que puede obtenerse en una situación particular. Es el denominador común de todas las actividades productivas. Se hace necesario introducir algunos parámetros a fin de definir la rentabilidad. En general, el producto de las entradas de dinero por ventas totales (V) menos los costos totales de producción sin depreciación (C) dan como resultado el beneficio bruto (BB) de la compañía

INTRODUCCIÓN

La presente investigación hace énfasis en la favorabilidad económica del parto vaginal frente al parto por cesárea, acudiendo al análisis de impacto sobre el coste de salud, tomando como referencia la situación presentada en la Clínica Universitaria San Juan de Dios (Cartagena) durante el primer semestre de 2010, proyectando el estudio hacia una valoración de ambos procedimientos y que permita una redefinición propositiva de políticas institucionales en materia de atención gineco-obstétrica de calidad y con garantía hacia los mejores resultados económicos y de salud para la población que se atiende. Se supera, por tanto, la postura restrictiva del análisis financiero, aunque se sirve de él, para plantear un enfoque de sostenibilidad de los servicios obstétricos que incluya los elementos económicos, clínicos, éticos, sociales e institucionales acordes con la política de la IPS de promover el parto vaginal antes que la cesárea electiva, como indicador clave de calidad en los servicios materno-infantiles.

A efectos de desarrollo de la investigación, el documento está conformado por seis capítulos:

- 1) El problema de la favorabilidad económica del parto vaginal frente a la cesárea electiva;
- 2) Análisis económico del costo y la rentabilidad del parto vaginal y de la cesárea;
- 3) Análisis comparativo de favorabilidad e impacto económico en el coste de salud del parto vaginal vs cesárea electiva;
- 4) Propuesta de mejoramiento del área gineco-obstétrica de la IPS;
- 5) Conclusiones y
- 6) Recomendaciones.

El primer capítulo constituye el marco general de la investigación, en el cual se da cuenta del problema central de investigación; se determinan los objetivos del

estudio y justifican los parámetros disciplinares, metodológicos y de alcance del proceso en razón a su pertinencia, importancia y relevancia. Incluye también el marco de referencia conformado por los antecedentes históricos e investigativos, el marco conceptual-teórico, institucional y legal necesarios al objeto investigado, así como la operacionalización de variables. Posteriormente define los componentes metodológicos del estudio sobre favorabilidad e impacto económico del parto vaginal frente al parto por cesárea electiva.

El segundo capítulo presenta el estudio económico de costos del parto vaginal y de la cesárea, analizando los factores de composición del costeo y los indicadores de utilidad, rentabilidad y sostenibilidad comparativa de ambos procedimientos en el caso de la IPS Clínica Universitaria San Juan de Dios (Cartagena). Se recurrió, en este caso, a los métodos de rentabilidad económica y financiera definidos en términos de ratios analíticas del comportamiento de los costos de prestación de ambos servicios frente a su margen de utilidad en el corto y mediano plazo, y con afectación de los recursos propios de la entidad a su estado medio, tanto incluyendo las condiciones de financiación, como prescindiendo de ellas.

Hay que aclarar, sin embargo, que el análisis de rentabilidad no desbordó el estudio contable en beneficio de la toma de decisiones financieras en relación a la rentabilidad obtenida por uno u otro procedimiento analizado, toda vez que este no es el propósito de la investigación, sino un punto de referencia para el planteamiento posterior de alternativas en materia de servicios gineco-obstétricos de calidad que aseguren, vía referencia positiva de la oferta de atención al parto, la sostenibilidad de la inversión realizada por la IPS.

El capítulo tercero contiene el resultado del análisis comparativo de favorabilidad e impacto económico en el coste de salud del parto vaginal vs cesárea electiva en la Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena, tomando como referencia el primer semestre del año 2010. Para ello se construyen indicadores comparativos

de favorabilidad e impacto económico que, desde una consideración multidisciplinar y con referencia a investigaciones previas, permiten proyectar el peso de ambos procedimientos obstétricos sobre el sistema de salud y la calidad de vida en salud de la población femenina y perinatal. De esta forma, se alcanza una postura amplia e integrada que hace hincapié en la orientación de las políticas de salud materno-infantil hacia el mejor estado de relación entre la sostenibilidad de los servicios de atención obstétrica-perinatal y el costo/beneficio sobre el sistema de salud en el largo plazo.

De lo anterior se deriva que este capítulo permite valorar los factores de decisión económica por rentabilidad y costo social en salud materno-infantil, con atención a la perspectiva ética de la responsabilidad de los prestadores de salud en la elevación de los niveles de calidad de vida y desarrollo humano al plantear o dilucidar un juicio de valor para elegir entre parto vaginal (PV) o cesárea por solicitud materna (CPSM) o indicación clínica no justificada, conociendo las variables incidentes de riesgo asociado a disfunciones del piso pelviano (DPP), complicaciones y salud materna esperada.

En el cuarto capítulo se desarrolla la propuesta de mejoramiento del área gineco-obstétrica para la Clínica Universitaria San Juan de Dios (Cartagena), atendiendo a los resultados del análisis de favorabilidad e impacto económico del PV vs CSPM, incluyendo la referencia a las políticas de calidad en la atención y de sostenibilidad económico-financiera de la institución en los servicios materno-infantiles que presta en la actualidad. La propuesta contiene los aspectos técnicos, operativos, de desarrollo humano y proyección al mercado de la salud, que permiten dirigir los servicios perinatales hacia una revaloración del parto vaginal frente a la cesárea electiva o sin indicación clínica justificada, como lo propone la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El capítulo quinto corresponde a las conclusiones generales, en tanto hallazgos e inferencias esenciales que responden al problema y a los objetivos de investigación, brindando así claridad sobre la temática abordada y permitiendo valorar adecuadamente la favorabilidad e impacto de los procedimientos obstétricos considerados (parto natural o vaginal y parto por cesárea electiva o sin indicación clínica justificada).

Por último, el capítulo sexto contiene las recomendaciones derivadas del análisis de favorabilidad e impacto económico del parto vaginal frente a la cesárea electiva, orientando la acción investigativa posterior hacia nuevos horizontes disciplinares y transformaciones significativas en el campo de estudio de la gerencia en salud, para ofrecer un modelo de decisión aplicable a la institución prestadora en condiciones de sostenibilidad y garantía de la calidad en los servicios gineco-obstétricos y perinatales de su portafolio de servicios.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Clínica Universitaria San Juan de Dios es una institución de tercer y cuarto nivel de atención, que pertenece a la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, comunidad religiosa internacional que oferta servicios de salud con la más alta calidad, técnica, científica y humana bajo los principios y valores de acogida, respeto, solidaridad, hospitalidad y profesionalismo.

Se encuentra ubicada en la ciudad de Cartagena, barrio Bosque transversal 54 N° 30-111, cuenta con una infraestructura físico conformada por un edificio de 6 pisos y 3 bloques donde se prestan servicios de urgencias, consulta externa, cirugía y hospitalización; cuenta con 17 especialidades entre las que se encuentra ginecología, ubicada en el segundo piso, área que cuenta con una capacidad instalada con 37 camas, 4 salas de parto y presencia de ginecólogos las 24 horas del día.

En el área de ginecología de la Clínica Universitaria San Juan de Dios, se atienden mensualmente un promedio de 300 nacidos vivos de los cuales el 50% son por cesárea y 50% por vía vaginal. El promedio de partos versus cesárea en la ciudad de Cartagena es de 30% y 70% respectivamente, indicador que muestra un incremento de cesáreas en el tiempo generando a las instituciones prestadoras de servicios altos costos en la atención.

El parto vaginal a diferencia del parto por cesárea es un proceso natural que requiere para su atención menor cantidad de insumos, estancias hospitalarias y tiempo de incapacidad médica. De allí que se puede interpretar como un fenómeno contradictorio y problemático el aumento en el número de cesáreas por solicitud materna (CPSM) y la prescripción del procedimiento en casos no

justificados clínicamente, es decir, sin un criterio diagnóstico objetivo por parte del médico.

La práctica de la cesárea genera en los usuarios altos costos en salud reflejados en reingreso por infecciones post-operatorias, infecciones uterinas como endometritis, incapacidades por patologías asociadas como: síndrome adherencia, trastornocolónico , trastornos vesicales, dolor pélvico crónico, afecciones estéticas (ej. queloides), como también incremento en gastos de bolsillo, constituidos principalmente por asignaciones económicas imprevistas para la compra o adquisición de medicamentos e insumos, que en menor o mayor cuantía desestabilizan la economía del hogar.

Partiendo de las anteriores afirmaciones, se puede percibir como un problema notorio el incremento en la ocurrencia de este procedimiento gineco-obstétrico, por cuanto se estarían generando condiciones de desequilibrio en la prestación de servicios por atender a la búsqueda de la mayor rentabilidad posible de la inversión, en detrimento de la calidad integral de la atención del embarazo y el parto en la IPS.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de favorabilidad e impacto económico en el coste de salud del parto vaginal frente al parto por cesárea electiva (solicitud materna o con indicación no justificada por el obstetra), en la Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena, durante el primer semestre del año 2010?

2. JUSTIFICACIÓN

Para la OMS (2009), “La humanización del parto constituye una necesidad urgente y evidente. La atención del nacimiento es parte de la salud sexual reproductiva, que define las prácticas adecuadas para la regulación de la fertilidad sin riesgos y efectos secundarios desagradables o peligrosos”. La OMS (2009) considera al parto seguro como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo, hasta la finalización del nacimiento.

En la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, Conde-Aguádelo (2003), comenta que tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, sólo debe considerarse la posibilidad de realizar una cesárea programada luego de intentar sin éxito la versión cefálica externa: “La realización de cesáreas programadas para todos los fetos a término en presentación podálica exigiría grandes inversiones adicionales en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Además, en estos países, que cuentan con instalaciones deficientes para la administración de anestesia regional, transfusiones de sangre, condiciones de asepsia, etc., una política de cesárea para todos los fetos en presentación podálica aumentaría el riesgo en las mujeres y sus futuros embarazos a causa de la cicatriz uterina. Por lo tanto, en algunos lugares el riesgo de la cesárea puede superar al riesgo del parto vaginal”. Situación que se replica en Colombia y no es ajena a la ciudad de Cartagena.

Teniendo en cuenta los anteriores elementos de juicio, este trabajo de grado se constituye en una herramienta para la implementación de políticas tendientes a cumplir con los objetivos de la OMS en cuanto a condiciones de normalidad en prácticas quirúrgicas, por medio del cual se proporciona a la institución una forma de reducir costos y gastos financieros que incidan directamente en el incremento de la productividad.

Es igualmente válido afirmar que el estudio aquí abordado favorece e incentiva el emprendimiento y la gestión eficiente de los recursos financieros, técnicos y humanos al interior de la empresa de salud, toda vez que se proporcionan las bases de desarrollo de la calidad en la gestión, de mejoramiento continuo y de aplicación de las mejores prácticas en el desarrollo de la prestación de los servicios de salud. A este respecto, se puede añadir que mediante esta investigación se están aportando elementos de consolidación del modelo de gestión para la calidad, logrando constituirse en una alternativa certera de crecimiento y competitividad en el mercado de los servicios de salud materno-infantil en la ciudad de Cartagena.

Del mismo modo proporciona a la comunidad la generación de programas de beneficios sociales en la medida que se desarrollen directrices tendientes a disminuir la morbi-mortalidad en el parto.

En los investigadores permite que se afiance el desarrollo del manejo económico y financiero de las instituciones prestadoras de servicios de salud; así como la formación investigativa y el ejercicio profesional necesario para el desempeño con calidad en la gestión del sector salud, público y privado. Además de cumplir con los requisitos académicos necesarios para la obtención del título de Especialista en Gerencia en Salud.

3. DELIMITACIÓN

3.1 ESPACIAL

En el desarrollo del proyecto, se realizó una labor de investigación de campo en la Clínica Universitaria San Juan de Dios, ubicada en la Avenida el Bosque Transversal 54 No 30 - 111 de la ciudad de Cartagena de Indias D. T. y C., en el departamento de Bolívar.

3.2 TEMPORAL

La investigación abarcó un lapso de seis meses, comprendidos entre mayo y octubre del año 2011, el cual se consideró prudencial y pertinente para el desarrollo de las actividades de indagación, análisis y construcción del proyecto. Se trató de un estudio de tipo sincrónico, desarrollado a partir de las historias clínicas de pacientes con cesáreas y partos en el año 2010 en la Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Analizar los niveles de favorabilidad e impacto económico en el coste de salud del parto vaginal frente al parto por cesárea electiva, a partir de las estadísticas que se presentaron en la Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena, durante el primer semestre del año 2010, para la determinación de la sostenibilidad institucional en los servicios gineco-obstétricos y perinatales, así como del sistema de aseguramiento en salud a largo plazo.

4.2 ESPECÍFICOS

- ❖ Describir la problemática de la favorabilidad económica del parto vaginal frente a la cesárea electiva en el contexto de la IPS Clínica San Juan de Dios, de la ciudad de Cartagena.
- ❖ Analizar la estructura del costo de servicio en la atención de partos vaginales y de cesáreas, como criterio de base para la medición de la rentabilidad y el margen de favorabilidad económica y financiera de ambos procedimientos.
- ❖ Realizar un análisis comparativo de favorabilidad e impacto económico en el coste de salud del parto vaginal vs cesárea electiva en la Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena, durante el primer semestre del año 2010 con referencia a indicadores nacionales e internacionales de salud.

- ❖ Realizar una propuesta de mejoramiento para el área gineco-obstétrica de la IPS, atendiendo a las condiciones de favorabilidad económica de partos vaginales y
- ❖ cesáreas, así como a las políticas de calidad en la atención y de sostenibilidad en los servicios materno-infantiles.
- ❖ Determinar comparativamente los aspectos claves de atención y recomendación obstétrica-perinatal más favorables para el parto, en atención a los elementos económicos, clínicos, éticos, sociales e institucionales que se reflejan en la gestión de la calidad en salud.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 ANTECEDENTES Y ESTADO DEL ARTE

Para la comprensión de la temática que ocupa a esta investigación y el logro adecuado de los objetivos planteados, se debe, de manera perentoria, establecer los antecedentes históricos de la problemática objeto central del estudio: la relación comparativa entre favorabilidad del parto vaginal frente a la cesárea electiva, también conocida como cesárea por solicitud materna (CSPM).

De acuerdo con Vásquez Cabrera (2010), la operación cesárea es conocida desde la antigüedad. El rey romano Numa Pompilio dictó su Lex Regia (715-672 a.n.e.), en la que se autorizaba a realizar la operación cesárea a toda mujer muerta en los últimos meses del embarazo, con la intención de salvar al producto de la gestación. El término sección cesárea (sectiocaesarea) surgió en el siglo XVII y significa cortar (secare, caedere). Plinio Libio llamó a los nacidos por esta intervención coesones o coesares. Sin datos confirmados, es probable que la primera operación cesárea fuera realizada por el carnicero Jacob Nufer, de Ligerhausen (Suiza) en el año 1500, cuando extrajo del vientre de su mujer a un niño de 7 meses; la tradición, un tanto anecdótica, cuenta que ella vivió 72 años y que posteriormente parió 5 niños más, entre ellos 2 gemelos.

En relación con la evolución histórica del fenómeno de aumento de las cesáreas en América Latina, el mismo autor proporciona algunas cifras significativas: “En 1994 Chile mostró una incidencia de 37,2 %. En 1980 era de 27,7 %. En Brasil, reportes de 1986 muestran cifras nacionales de 32 % y en ciertas unidades superó el 70 %. Otro reporte brinda cifras del 76 % de cesáreas en clínicas privadas, con tasas de mortalidad materna de 1 a 2 x 1 000 cesáreas (Souza, 1994). En Argentina (1992), hospitales no públicos de 2 ciudades revelaron cifras de 35 y 32 %. Un hospital público mostró incrementos desde 8,9 % en 1979 a 17 % en

1992. En 1987, un hospital mexicano de la seguridad social mostró valores de 31,2 %. Reportes de Venezuela muestran valores de 44,8 % en el ámbito hospitalario (Faneite-Antique, 1986)”.

A pesar de existir claras diferencias entre países respecto de la frecuencia de las cesáreas, en los últimos años la atención de los nacimientos mediante este procedimiento ha aumentado en prácticamente todo el mundo y se prevé un crecimiento cada vez más importante.

Las cesáreas pueden clasificarse, desde el punto de vista clínico, como justificadas o injustificadas. En el primer caso se trata de un procedimiento obligado e imprescindible para resguardar la salud de la madre y del producto. Aun cuando hay bastante consenso entre los obstetras sobre la mayor parte de las causas justificadas, una fracción de éstas es todavía motivo de controversia. Sin embargo, el debate actual se centra principalmente en aquellas condiciones en las cuales no hay una razón clínica evidente que justifique realizar la operación cesárea y son ellas las que más contribuyen, en la actualidad, a elevar las cifras de cesáreas en todo el mundo.

El aumento en las cesáreas sin justificación clínica preocupa a las autoridades sanitarias y a los prestadores de servicios de salud de los diferentes países porque eleva los costos de la atención médica y expone a riesgos innecesarios a la madre y al producto.

Para el caso de Colombia, Rizo Gil (2009) analizó comparativamente los resultados de las encuestas de demografía y Salud realizadas por PROFAMILIA en Colombia durante 1995, 2000 y 2005, lo que según el autor, permite una visión limitada pero suficiente para tratar de entender algunas de las características del fenómeno de incremento histórico de las cesáreas en el país.

Los partos en Colombia atendidos por médico y/o enfermera y por instituciones de salud superaron en 2005 la cifra de 90% de cobertura. La cesárea viene en aumento creciente en el país desde finales del siglo anterior. Actualmente se calcula que entre 25% y 30% de los nacimientos se atienden mediante cesáreas, con extremos en Departamentos como San Andrés y Atlántico en donde 2/3 partes de los nacimientos ocurre mediante dicho procedimiento. La cesárea está mayormente extendida entre mujeres con altos ingresos y nivel educativo, residentes en medio urbano. Departamentos como Cauca y el Chocó muestran porcentajes de nacimientos por cesárea de 12-15%. Cifras de Bogotá, Medellín y Cali indican que el 30% de los partos ocurren por vía transabdominal. Casi todos los departamentos del país reportan porcentajes de atención del parto por cesárea superiores al 15%, que es la cifra recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En todos los departamentos del país, con excepción de los ubicados en el llamado “eje cafetero”, el porcentaje de nacimientos por cesárea muestra un aumento que oscila entre 2.9% y 17.5% en el período 1995-2005. El mayor incremento se observó en los Departamentos de Bolívar, Sucre y Córdoba, y el menor incremento en el Departamento del Valle y en Cali, su capital.

Al analizar el fenómeno por departamento (sólo disponible en la ENDS 2005), se hace notar que San Andrés Islas ocupó en ese año, el primer lugar con el 67% de cesáreas, seguido de Atlántico (41.5%), Sucre (37.2%) y Santander (33.8% y 33.1%), respectivamente. Los Departamentos de Cauca y Chocó mostraron cifras de cesáreas del 14.2% y 12.9%. En las grandes áreas metropolitanas (Bogotá, Medellín, Cali) los porcentajes de cesárea hacia el final del período 1995-2005, oscilaron alrededor de 30%.

Las bases conceptuales y metodológicas sobre rentabilidad financiera y favorabilidad económica de partos vaginales versus cesáreas en el país son

relativamente novedosas. En la actualidad muchas instituciones prestadoras de servicios de salud desconocen el costo de la prestación de su portafolio de servicios y la rentabilidad de su actividad económica, pero igualmente hay escasa o ninguna información sobre la favorabilidad y el impacto económico de los procedimientos gineco-obstétricos asociados al parto, ya sea vaginal o cesárea.

A continuación se hace mención a algunos documentos consultados como antecedentes investigativos:

- 1) Comparan los Niveles de Rentabilidad de la Cesárea por Solicitud Materna y del Parto Vaginal.** Xu, Ivy, DeLancey y col (2010). En el estudio, se consideró que la cesárea es la cirugía efectuada con mayor frecuencia en Estados Unidos. Este procedimiento se asocia con una mayor morbilidad respiratoria neonatal y puede vincularse a complicaciones en los próximos embarazos (rotura uterina, placenta previa, acretismo placentario). Se define la cesárea por solicitud materna (CPSM) como la preferencia de la embarazada por la realización de esta cirugía ante una gestación de feto único sin indicación médica u obstétrica. Se presume que el incremento de la tasa de cesáreas puede relacionarse con las CPSM, lo cual ha motivado debate y preocupación.

Las disfunciones del piso de la pelvis (DPP) constituyen una de las principales indicaciones de cesárea. Entre las DPP se mencionan la incontinencia urinaria o fecal y el prolapso de órganos pelvianos. Estas enfermedades se relacionan con repercusiones en la calidad de vida y en los costos para los sistemas de salud. Si bien se propuso que hay una asociación entre el parto vaginal y la aparición de DPP, sólo en 2 estudios de rentabilidad se consideró la modalidad de parto un criterio materno de valoración. Se observó que en las mujeres primigestas sin indicación médica u obstétrica de cesárea no se identificó la rentabilidad a lo largo de

la vida de la CPSM en confrontación con las DPP. Esta dicotomía resulta compleja e involucra factores maternos y neonatales con repercusiones inmediatas y a largo plazo. En este estudio, los autores presentan un modelo de evaluación de la rentabilidad comparada entre ambas situaciones a largo plazo. Los autores consideran que, tanto la calidad de vida de las mujeres vinculada a la experiencia del parto como las variables relacionadas con las DPP, deben analizarse en futuros ensayos; sin embargo, concluyen que en ausencia de una indicación médica u obstétrica, no se observaron diferencias significativas entre la CPSM y el trabajo de parto en cuanto a los costos y los AVAC (años de vida ajustados a la calidad) en las primigestas con un único embarazo durante su vida.

- 2) **Estudio de los costos directos de cesáreas y reembolso del Seguro Integral de Salud. El caso del Hospital de Apoyo Pomabamba, Ancash, Perú.** En la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad de Pomabamba (2009), realizaron un estudio analítico con el objetivo de determinar el costo directo de la cesárea y el porcentaje de reembolso realizado por el Seguro Integral de Salud (SIS), en el Hospital de Apoyo Pomabamba (HAP), en Ancash. Se encontró que la alta prevalencia de cesáreas actúa como un factor de presión sobre el financiamiento de los servicios de salud, en la medida en que genera recobros frecuentes y prolongados como consecuencia de una mayor demanda de atención médico institucional.

- 3) **¿Quiénes ganan y quiénes pierden con los partos por cesárea? Incentivos médicos y derechos reproductivos.** Arrieta y Oneto (2006). En esta investigación realizada en Perú, se asegura que el mayor poder de mercado de las EPS se traduce en una ventaja de negociación que empuja los costos médicos a la baja, de manera que las menores tarifas y el estancamiento en el número de pacientes se manifiesta en una caída en los

ingresos médicos. Cuando este escenario es acompañado de una escasa regulación y de una falta de transparencia en la información, se amplían los incentivos por parte de los doctores a compensar la caída de sus ingresos induciendo a los pacientes a demandar mayores tratamientos médicos. Esto es posible debido a la existencia de asimetrías de información propias de la relación médico-paciente.

En el caso particular de los partos, la reducción en los ingresos médicos puede ser compensada por un incremento de partos por cesáreas médicamente injustificados. Cabe resaltar que las cesáreas no solo generan más ingresos que los partos naturales, sino que también requieren menos tiempo y pueden acomodarse al horario del médico, de manera que este puede programar cesáreas en su horario laboral sin afectar feriados ni fines de semana. En el Perú, la creación de las EPS ha coincidido con el aumento en la tasa de cesáreas, que se ha acelerado con la posterior consolidación del sistema. El problema de las cesáreas inducidas por un profesional médico tiene doble consecuencia.

En primer lugar, los cálculos más conservadores reportan que anualmente más de 13 mil mujeres han visto afectados sus derechos reproductivos debido a cesáreas inducidas por el médico sin una justificación clínica. En segundo lugar, las cesáreas indebidas generan costos en exceso al sector privado que, según nuestras estimaciones más moderadas, son cercanos a 7 millones de dólares anuales. El costo en exceso es pagado principalmente por las empresas y por los hogares, lo que genera una desviación importante de recursos que podrían ser destinados a la inversión en salud o al aseguramiento con mayores coberturas.

4) Programa de Intervención Clínica y Económica de la Operación Cesárea en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Salinas et al (2002). En esta investigación se señaló que la administración eficiente de los recursos de salud, requiere de una adecuada gestión clínica y económica. A partir de la identificación de las prestaciones médicas más frecuentes, es posible confeccionar programas de prestación de servicios concordantes con las necesidades de la población. Ha sido el desarrollo de la medicina basada en evidencia, el que ha permitido sistematizar la información y construir guías de atención, que aseguren una atención de calidad acorde a la disponibilidad de recursos económicos. La implementación de programas de intervención, permitirá el uso más racional de los recursos médicos, ajustar la indicación de cesáreas, mejorar los estándares de atención y ofrecer mejores paquetes de prestaciones a las instituciones demandantes de servicios de salud, aumentando así la rentabilidad de la gestión.

Se estudió retrospectivamente, los 2126 nacimientos atendidos en el Servicio de Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante el año 2001. De un total de 861 casos correspondientes a cesáreas (40,49%), 282 (32,75%) fueron en primigestas, 268 (52,6%) presentaban antecedentes de cesárea y 526 (61,09%) fueron cesáreas electivas. El tiempo promedio de hospitalización fue de 3,81 días. Las causas más frecuentes fueron cicatriz de cesárea (52,6%), RPM (11,6%), DCP (11%), Podálica (10%) y falta de progreso del trabajo de parto (10%). Desde el punto de vista económico, el 93% del costo del paquete estuvo conformado por: honorarios médicos (47%), días cama (28%) y derecho a pabellón (16%), lo que implica que la reducción de costos debe fundamentarse en modificación de estos factores. Se observó una disminución significativa en el costo del paquete al reducir a 2 los días de hospitalización materna, así como al considerar sólo el uso de la anestesia espinal. En conclusión, es

imperativo establecer guías de atención que aseguren un número de cesáreas ajustado a las necesidades clínicas, optimizando los estándares de servicio. Además, debido a que un 61% de nuestras cesáreas fueron electivas, la implementación de estos cambios no representaría un menoscabo en la calidad de atención, por el contrario, significaría un importante ahorro de recursos destinados a esta intervención.

5.2 MARCO TEÓRICO

Conceptualmente, el trabajo estuvo encaminado a determinar la favorabilidad económica del parto vaginal frente a la cesárea electiva como forma prevaleciente de parto en los servicios gineco-obstétricos de la Clínica San Juan de Dios (Cartagena), mediante el análisis de la información cuantitativa y cualitativa que permita el análisis de aspectos como la rentabilidad financiera, el impacto sobre el coste de salud, la razón costo/beneficio, la conveniencia individual y social de la elección del procedimiento de parto y la perspectiva bioética a la contraposición parto natural-cesárea electiva (PN/CPSM).

En primer lugar, se consideró que la favorabilidad económica es un concepto complejo, integrado por los conceptos de rentabilidad y de sostenibilidad de la unidad de negocio. La sostenibilidad debe entenderse en el sentido de la permanencia de la unidad productiva en el mercado, propiciando condiciones de desarrollo social, económico, ambiental y de bienestar para la comunidad; es, por tanto, un término que se asocia con el impacto económico de una actividad específica y sus posibilidades para mantenerse y crecer.

Por su parte, Sánchez (2002) señala que la rentabilidad es una noción que se aplica a toda acción económica en la que se movilizan unos medios, materiales, humanos y financieros con el fin de obtener unos resultados. En sentido general se denomina rentabilidad a la medida del rendimiento que en un determinado

periodo de tiempo producen los capitales utilizados en el mismo. Esto supone la comparación entre la renta generada y los medios utilizados para obtenerla con el fin de permitir la elección entre alternativas o juzgar la eficiencia de las acciones realizadas, según que el análisis realizado sea a priori o a posteriori. Por tal la rentabilidad define productividad de la inversión, no margen de ganancia.

Autores como Cuervo y Rivero (1986) consideran que la importancia del análisis de la rentabilidad viene determinada porque, aun partiendo de la multiplicidad de objetivos a que se enfrenta una empresa, basados unos en la rentabilidad o beneficio, otros en el crecimiento, la estabilidad e incluso en el servicio a la colectividad, en todo análisis empresarial el centro de la discusión tiende a situarse en la polaridad entre rentabilidad y seguridad o solvencia como variables fundamentales de toda actividad económica. La base del análisis económico-financiero se encuentra en la cuantificación del binomio rentabilidad-riesgo, que se presenta desde una triple funcionalidad:

- Análisis de la rentabilidad.
- Análisis de la solvencia, entendida como la capacidad de la empresa para satisfacer sus obligaciones financieras (devolución de principal y gastos financieros), consecuencia del endeudamiento, a su vencimiento.
- Análisis de la estructura financiera de la empresa con la finalidad de comprobar su adecuación para mantener un desarrollo estable de la misma.

Es decir, los límites económicos de toda actividad empresarial son la rentabilidad y la seguridad, normalmente objetivos contrapuestos, ya que la rentabilidad, en cierto modo, es la retribución al riesgo y, consecuentemente, la inversión más segura no suele coincidir con la más rentable. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que, por otra parte, el fin de solvencia o estabilidad de la empresa está íntimamente ligado al de rentabilidad, en el sentido de que la rentabilidad es un condicionante decisivo de la solvencia, pues la obtención de rentabilidad es un requisito necesario para la continuidad de la empresa.

Otro de los elementos conceptuales a considerar dentro de la investigación está constituida por la gestión de calidad, entendiendo que ella representa la directriz principal del actual enfoque del SGSSS colombiano. Estrada y Vargas (2004), por ejemplo, recogen varias definiciones de Calidad:

- “Es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.” (M.IRoemer y C. Montoya Aguilar, OMS, 1988).
- “Proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica” (Dr. Avedis Donabedian, 1984).

Las anteriores dos definiciones enmarcan lo que para toda institución o entidad prestadora de servicios en salud significa la calidad, básicamente es identificar lo que el cliente o paciente pretende recibir como servicio básico y aparte identificar lo que requiere para exceder sus expectativas en el trato interpersonal.

La calidad de salud debe ir enfocada en el paciente. Debe lograr y mantener la satisfacción de las necesidades explícitas e implícitas de sus clientes, pacientes y/o usuarios, El sistema de atención en salud debe hacer honor al paciente como individuo, respetando sus decisiones, cultura, contexto social y familiar y su estructura de preferencias y necesidades específicas, teniendo como pilares fundamentales en la atención la individualidad, la información (definida como la

posibilidad de conocer el qué, entender por qué y comprender el para qué), respeto por la intimidad del paciente, sus valores culturales, etnia, valores sociales.

Esta definición de la calidad en la salud tiene implicaciones directas sobre la perspectiva bioética y de impacto social que se proyecta con esta investigación, en el sentido de que mostrar la favorabilidad económica, social y humana del parto vaginal (natural) frente a la cesárea electiva o clínicamente no justificada, atiende a la discusión respecto a los derechos de los pacientes, en especial la autonomía y el consentimiento informado, así como a la calidad de los servicios a que pueden acceder con seguridad para el paciente y beneficio para la sostenibilidad del sistema de aseguramiento en salud. Implica, por tanto, una reflexión acerca de si la rentabilidad financiera de un procedimiento puede armonizarse con el principio de mínimo perjuicio, y que en el caso de la cesárea se extiende a las posibles consecuencias sobre el binomio madre-niño y el costo social de los servicios de salud.

Además, se incluye conceptualmente el tema del mejoramiento continuo de la calidad (MCC) proyectado al ámbito de los servicios materno-infantiles de la Clínica San Juan de Dios, entendiendo que una propuesta de esta índole comprende la definición técnica, operativa, funcional y valorativa de las acciones emprendidas en el Área para aumentar la seguridad de los procedimientos gineco-obstétricos y aportar a la oferta de servicios con una mayor calidad.

5.3 MARCO INSTITUCIONAL

Por otra parte, se caracterizó también el marco institucional de la IPS objeto de investigación, resaltándose que la Clínica Universitaria San Juan de Dios de Cartagena entro en servicio el 19 de diciembre del año 2006, ofreciendo servicios hospitalarios de IV nivel de mediana y alta complejidad, dirigidos, principalmente a la comunidad de Bolívar y demás departamentos de la Costa Caribe.

La institución reemplazó a la antigua Clínica Henrique de La Vega, que pertenecía a la ESE José Prudencio Padilla del extinto Instituto de Seguro Social (ISS), que presentaba serias deficiencias de tipo administrativo y financiero, que incidía en la prestación de un servicio con garantías de calidad. La Clínica Henrique de la Vega era una institución prestadora de salud (IPS) perteneciente a la ESE José Prudencio Padilla del Seguro Social, del tercer nivel de atención, con una capacidad de 200 camas, 324 trabajadores de planta y cerca de 160 contratistas, y además contaba con una adecuada infraestructura física y tecnológica según el nivel de prestación de servicios.

El Decreto Ley 1750 de 2003 autorizó al Gobierno Nacional para que entregara a cooperativas de trabajadores el funcionamiento y la administración de clínicas y hospitales públicos. Fundamentado en este Decreto, el gobierno decidió entregar la Clínica Henrique de la Vega a una cooperativa de trabajadores y contratistas, lo que generó problemas administrativos y de gobernabilidad. Algunos trabajadores se opusieron a entrar a la cooperativa, con el agravante que el sindicato se oponía a esta propuesta de asociación laboral y los funcionarios de la Clínica se negaban a ser contratados por cooperativas que les ofrecían un 50% menos de lo que ganaban antes de la implementación del esquema.

Posteriormente, en virtud del Decreto 2505 de 2006 se suprimió la Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla y se ordenó su liquidación. Según la motivación

de la decisión liquidatoria, la Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla adelantó un proceso de reestructuración buscando la viabilidad de la entidad y la adecuada prestación de servicios de salud, para lo cual el Gobierno Nacional expidió los Decretos 775 y 776 de 2006, de modificación de la estructura y supresión de cargos de la planta de personal, respectivamente; sin embargo, se pudo evidenciar que la ESE aumentó el desequilibrio financiero y presentó deficiencias en la calidad y en la capacidad resolutive de los servicios de salud que ofrecía a los usuarios, generando un bajo nivel de competitividad de la institución, frente a las condiciones del mercado regional, haciendo inviable e insostenible su funcionamiento;

Así mismo, los informes de auditoría gubernamental con enfoque integral correspondientes a las vigencias fiscales de 2004 y 2005, señalaron que no ha fenecido la cuenta de la entidad para tales vigencias, y conceptuó que la gestión y resultados de la ESE José Prudencio Padilla en sus áreas, procesos y actividades auditadas es desfavorable, y no logró desarrollar su gestión de manera eficiente ni logró alcanzar sus objetivos y metas de manera eficaz. Así las cosas, la situación presentada en la Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla impedía cumplir los objetivos señalados en el acto de creación, y la evaluación de la gestión administrativa en los estudios efectuados aconsejaban la supresión de la entidad, hecho que finalmente se completó en 2007.

En la actualidad, la IPS goza de gran aceptación por la comunidad Cartagenera. Cuenta con el recurso humano, técnico y científico mejor calificado para ofrecer un óptimo servicio, Se encuentra bajo la dirección de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Ofrece variedad de programas complementarios como lo son: Paciente Seguro, Programa de extensión hospitalaria y atención domiciliaria.

La (CUSJDD) se encuentra localizada en la antigua carretera El Bosque, en la entrada a Mamonal, específicamente frente al barrio Los Corales. Su

nomenclatura corresponde al Transversal 54 No. 30 – 111. Cuenta además, con excelentes vías de acceso, tales como: la Avenida El Bosque y el Corredor vial de carga en las que se moviliza gran cantidad de transporte público, lo que facilita el desplazamiento de los usuarios.

Figura 1. Fachada Frontal Clínica Universitaria San Juan de Dios



La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios cuenta con un conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud que trabajan en forma articulada y conjunta para brindar atención oportuna, integral, continua, segura, suficiente, pertinente y digna, optimizando la utilización de los recursos disponibles para tal fin.

Figura 2. Imagen Institucional de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios



La Clínica Universitaria San Juan de Dios, consciente de su papel en la prestación de los servicios de salud en la costa atlántica se compromete a desarrollar una política de calidad de calidad basada en los siguientes valores:

- Trato Humanizado.
- Motivación por el Mejoramiento Continuo.
- Vocación por el Servicio al Enfermo.
- Fortalecimiento de proyectos de vida.
- Acogida a todo ser humano.

Principios:

- Respeto por la dignidad humana.
- Eficiencia.
- Universalidad.
- Unidad.
- Calidad.

La Institución, coherente con su filosofía centrada en la Calidad de la prestación de un servicio humanizado, define:

Misión: La Clínica Universitaria San Juan de Dios, Brinda Servicios de Salud con alta complejidad a la comunidad de la Costa Atlántica, con calidad basada en el desarrollo tecnológico e investigativo, un talento humano cualificado, humanizado y una atención integral; participando en el proceso de formación del futuro profesional de la salud, fundamentados en los principios de la iglesia católica y los valores de la orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Visión: La Clínica Universitaria San Juan de Dios, será para el 2010 una entidad líder en la prestación de servicios integrales en salud de alta complejidad a la comunidad de la costa atlántica, a través de un mejoramiento continuo representando en tecnología de vanguardia, permanente capacitación, del talento

humano y el reconocimiento en la actividad docente e investigativa, impregnados de los valores de orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

La Clínica Universitaria San Juan de Dios posee convenios con entidades prestadoras de salud que buscan brindar servicios de alta calidad buscando siempre el bienestar y la comodidad de los pacientes. Los convenios con los que cuenta actualmente son los siguientes:

Cuadro 1. Convenios de la Clínica San Juan de Dios Cartagena



<ul style="list-style-type: none"> • Colmédicas. • Goldem Group. • Comfamiliar EPS. • Multimédica. • Red Salud. • Clínica Las Peñitas. • Medicina Integral. • Mediservir. • La Equidad ARP. • Clínica General del Norte. • Bienestar IPS. • Universidad del Sinú. 	<ul style="list-style-type: none"> • ARP Positiva. • Ambuq. • Instituto de Cancerología de Sucre. • Caja de Previsión de la Univ. de Cartagena. • Sena. • Panamericana Medicina Prepagada. • Liberty Medicina Prepagada. • EPS Sanitas. • Centro Oncológico HUNG. • Cecam IPS. • Universidad Rafael Núñez.
---	---

Fuente: <http://www.sanjuandediosctg.com/convenios.htm>

Entre los servicios que la (CUSJDD) ofrece a todos sus usuarios están:

- Servicios Hospitalarios: Su principal objetivo es mejorar la atención del paciente enfermo hospitalizado o no, tanto en sus problemas físicos como en los aspectos psicológicos, de prevención y de rehabilitación. comprende los servicios de Habitación personal, Hospitalario General Adultos, Hospitalario General Pediátrico, Cuidado Intensivo Adultos, Cuidado Intermedio Pediátrico y Obstetricia.
- Servicios Quirúrgicos: La (CUSJDD) ofrece un equipo de Cirujanos certificados, quienes a su vez, cuentan con el apoyo Anestesiólogos, Enfermeras y Técnicos altamente calificados para satisfacer las necesidades quirúrgicas de todos sus usuarios, tales como: Cirugía Dermatológica, Cirugía de la Mano, Cirugía de Mama y Tumores Tejidos

Blandos, Cirugía de Tórax, Cirugía Gastrointestinal, Cirugía Ginecológica, Cirugía Maxilofacial, Cirugía General, Cirugía Neurona, Cirugía Pediatría, Cirugía Plástica y Estética, Cirugía Oftálmica, Cirugía Cardiovascular Hemodinámica, Cirugía Oncología, Cirugía Oral, Cirugía Ortopedia, Cirugía Otorrinolaringológica, Cirugía Urológica, Cirugía Vascular y Cirugía Laparoscopia.

La Clínica a su vez cuenta con 9 (Nueve) quirófanos en los cuales se prestan servicios, como: Cirugía Programada, Cirugía Ambulatoria y Cirugía de Urgencia, además de 8 (Ocho) quirófanos destinados para la realización de Cirugías de todos los niveles de complejidad.

- Consulta Externa: Es el área en la cual se imparte atención médica a los enfermos no internados y cuyo padecimiento les permite acudir al hospital. La atención médica en Consulta Externa puede ser de diversa índole pero principalmente consiste en el interrogatorio y examen que conducen al diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento. Esta dependencia cuenta con todas las especialidades básicas y la mayoría de las subespecialidades quirúrgicas, conformando una Unidad Quirúrgica Oncológica con Mastólogos, Cirujano Gastrointestinal de Tórax, Servicio de Cirugía Cardiovascular y Cirugía Plástica.
- Promoción y Prevención: Esta actividad se definen como el proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. En la (CUSJDD) se ofrecen dentro de este paquete los servicios gratuitos de Promoción en Salud y Vacunación.

- Urgencias y Transporte: Una Urgencia Médica es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. Según el Art. 9, Resolución 5261 de 1.994. Al acceder al servicio de urgencias de la (CUSJDD), cada persona será clasificada por un médico que atiende a los pacientes dependiendo de su estado de salud y No necesariamente por el orden de llegada. Las urgencias se clasifican de acuerdo al nivel de complejidad, esta clasificación se denomina “Triage”, a menor número mayor complejidad; esta clasificación es realizada por el médico o personal de enfermería especialista en “Triage”

Cuenta con Transporte Asistencial Básico (TAB); el cual es una unidad móvil destinada al transporte de pacientes cuyo estado real o potencial no precisan cuidado asistencial especializado durante el transporte. Y el Transporte Asistencial Medicalizado (TAM); que es unidad móvil destinada al traslado de pacientes cuyo estado potencial es de alto riesgo y requieren equipamiento, material y personal especializado durante el transporte. Las hay para adultos, neonatales y mixtas.

- Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica: Son aquellas actividades que deben ser desarrolladas para el control adecuado de los pacientes. La (CUSJDD) ofrece en el marco de este paquete, los servicios de: Cardiología no invasiva, Electrodiagnóstico, Endoscopia Digestiva, Laboratorio Citología Cérvico-Uterina, Laboratorio Clínico, Laboratorio de Histotecnología, Laboratorio de Patología, Medicina Física y Rehabilitación, Neumología - Fibrobroncoscopia, Neumología Laboratorio Función Pulmonar, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Servicio Farmacéutico,

Toma de Muestras Citológicas Cervico – Uterina, Toma de Muestras de Laboratorio Clínico y Procedimientos de Urología.

- Nuevos Servicios: Entre los nuevos Servicios que la (CUSJDD) cuenta para ofrecer actualmente para todos sus usuarios, están: Cirugía Bariática, Cirugía Cardiovascular, Hemodinámica y Oncológica Clínica.

5.4 MARCO LEGAL

Respecto a las bases legales de la investigación, se indicó que la gestión económica y financiera de toda empresa llámese (EPS) Empresa responsables del pago, (IPS) instituciones prestadoras de servicios de salud, (ARP) administradoras de riesgos profesionales, entre otras se encuentra respaldada legalmente por una serie de normas, leyes, Decretos y Resoluciones, las cuales se describen a continuación:

- 1) Ley 100 de 1993.** Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Establece una legislación nueva sobre Seguridad Social para Colombia, con énfasis en el Sistema General de Pensiones en el Libro Primero, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Libro Segundo, en el Sistema General de Riesgos Profesionales en el Libro Tercero y en Servicios Sociales Complementarios en el Libro Cuarto.

Los principios generales de la Ley, expresados en el Capítulo 1, Artículo 2, establecen el servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

- 2) **Resolución 5261 del 5 de Agosto de 1994.** Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de que sea utilizado por este último para garantizar, el acceso a los contenidos específicos del Plan Obligatorio de Salud, la calidad de los servicios y el uso racional de los mismos.

- 3) **Decreto 1011 de 2006.** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- 4) **Resolución Número 00412 DE 2000 (Febrero 25).** Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cuadro 2. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Fórmula
Favorabilidad económica	Condición positiva en una relación, proceso o prestación económica, en la que se demuestran la conveniencia para los agentes del mercado.	Rentabilidad	Rentabilidad económica	$RE = \frac{\text{Activo total a su estado medio}}{\text{Resultado antes de intereses e impuestos}}$
			Rentabilidad financiera	$RF = \frac{\text{Resultado neto}}{\text{Fondos propios a su estado medio}}$
		Sostenibilidad	Impacto económico institucional	$IE = \frac{\sum QI}{CT (1 + i)^{n-1}}$
		Viabilidad	Tasa de recuperación	$TR = \frac{P}{QI (1 - tmr)_n} + Vs_n$
Costo de salud por evento de parto	Es el costo medio destinado para la atención de la salud materno-infantil en el evento del parto.	Costos de atención	Costes del parto	$CP = CF + CV$
		Incidencia familiar del costo del parto	Nivel de incidencia del parto natural	$NIPN = \frac{\text{Costo de atención parto natural}}{\text{Presupuesto familiar para salud}} \times 100$
			Nivel de incidencia del parto por cesárea	$NIPCPSM = \frac{\text{Costo de atención parto cesárea}}{\text{Presupuesto familiar para salud}} \times 100$
Parto vaginal	Es el parto que sigue la vía natural.	Parto natural a término	Tasa de parto vaginal	$TPV = \frac{\text{Número de partos vaginales}}{\text{Total de partos}} \times 100$
Parto por cesárea	Es el parto que tiene lugar mediante una operación quirúrgica.	Cesárea por indicación gineco-obstétrica	Tasa de cesárea indicada	$TCI = \frac{\text{Número de cesáreas justificadas}}{\text{Total de partos por cesárea}} \times 100$
		Cesárea por solicitud materna	Tasa de cesárea electiva	$TCPSM = \frac{\text{Número de cesáreas electivas}}{\text{Total de partos por cesárea}} \times 100$
Mejoramiento Continuo de la Calidad en la atención al parto	Es el proceso de mejoramiento en el área gineco-obstétrica orientado a la seguridad y bienestar materno infantil en la atención del parto.	Gestión de MCC	Índice de mejoramiento continuo	$IMCC = \frac{\text{Acciones de MCC implementadas}}{\text{Acciones de MCC planeadas}}$

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

En cuanto a los elementos metodológicos, la investigación se inscribió en el paradigma positivista cuantitativo y su diseño es de tipo descriptivo. Es descriptiva porque busca especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Describir, es medir, esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de variables y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga, aunque pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y se manifiesta el fenómeno de interés, su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas.

El diseño de la investigación es no-experimental de corte descriptivo-analítico. El enfoque es analítico, lo que significa que se lleva a cabo el análisis detallado de los elementos problemáticos y la interacción que se produce entre ellos y su contexto, para llegar mediante un proceso de interpretación a la búsqueda del significado y la discusión sobre la problemática presentada. En esta investigación se elige trabajar con un esquema descriptivo de corte transversal sincrónico, debido a que las características del problema se evidencian y es más fácil captarlas en un plano de identificación y análisis de sus características en un momento determinado, que sería el momento actual, independientemente del tiempo en que se produjo el hecho investigado. Lo que interesa al estudio descriptivo sincrónico es la caracterización y medición de las variables en un tiempo específico.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de investigación estuvo constituido por todas las historias clínicas de pacientes con cesáreas y partos vaginales en el año 2010 en la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Se contabilizaron en total 3915.

La muestra correspondió al número de historias clínicas de pacientes con cesáreas y partos en el segundo semestre del año 2010 en la Clínica Universitaria San Juan de Dios de Cartagena durante el primer semestre del año 2010, que correspondió a 1.806 neonatos de los cuales un 32% fueron por cesáreas y 68% por parto natural. Las unidades de análisis fueron obtenidas por el método de muestreo aleatorio sistematizado.

Criterios de Inclusión: Pacientes con partos vaginales y cesáreas sin contraindicaciones atendidos en la Orden Hospitalaria San Juan de Dios en el año 2010.

Criterios de Exclusión: Pacientes con partos vaginales y cesáreas con contraindicaciones absolutas atendidos en la Orden Hospitalaria San Juan de Dios en el año 2010.

6.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Las fuentes de información fueron secundarias, ya que se basa en la obtención de consolidados de datos de las instituciones como el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y la Clínica Universitaria San Juan de Dios, así como la investigación preliminar en Internet para soportar la base conceptual del estudio y bibliotecas, donde se realizó la consulta de materiales impresos o textos especializados, en temas de ginecología y obstetricia, auditoria en el servicio,

particularmente en el sector salud, recortes de prensa, artículos virtuales entre otros.

6.4 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO

Metodológicamente, el trabajo estuvo encaminado a determinar la favorabilidad económica del parto vaginal frente a la cesárea electiva como forma prevaleciente de parto en los servicios gineco-obstétricos de la Clínica San Juan de Dios (Cartagena), mediante el análisis de la información cuantitativa y cualitativa que permita el análisis de aspectos como la rentabilidad financiera, el impacto sobre el coste de salud, la razón costo/beneficio, la conveniencia individual y social de la elección del procedimiento de parto y la perspectiva bioética a la contraposición parto natural-cesárea electiva (PN/CPSM).

En la Operacionalización de variables, se definieron y categorizaron las siguientes:

- 1) Favorabilidad económica
- 2) Costo de salud por evento de parto
- 3) Parto vaginal
- 4) Parto por cesárea
- 5) Mejoramiento continuo de la calidad en la atención al parto

CAPÍTULO I.
**LA PROBLEMÁTICA DE LA FAVORABILIDAD ECONÓMICA DEL PARTO
VAGINAL FRENTE A LA CESÁREA ELECTIVA EN EL CONTEXTO DE LA IPS
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, DE LA CIUDAD DE CARTAGENA**

De tiempo atrás se ha establecido una discusión multidisciplinaria acerca de la cesárea como alternativa de atención al parto. De un lado, las disciplinas médicas han zanjado la controversia por vía de comprobación al alcanzarse alto grado de seguridad en este tipo de procedimiento y demostrarse su viabilidad para asegurar la salud de la madre y el feto en condiciones que, de cualquier otra forma, pudieran resultar perjudiciales para ambos. Las estadísticas dan cuenta del incremento exponencial de las operaciones cesáreas, desde la baja probabilidad de éxito en sus inicios a la elevada frecuencia de éxito que se ha obtenido a la fecha, y se ha verificado su conveniencia en casos disfuncionales de la gestación, por lo que es aceptada su realización por indicación obstétrica.

Sin embargo, las últimas dos décadas han revelado el incremento de los índices de cesárea más allá de los estándares-país aceptables, establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que recomiendan una tasa del 15% del total de nacimientos. Los países latinoamericanos, en contraste, exhiben indicadores del 25% al 85% en la realización de cesáreas, lo cual prende las alarmas respecto a qué está elevando las cifras (OMS, 1999: 34). La explicación inicial da cuenta de un aumento debido al mejoramiento de los sistemas de diagnóstico prenatal, lo que hace más oportuno detectar anomalías durante la gestación que den lugar a la práctica del procedimiento.

No obstante, profundizando en el fenómeno, se observa que la principal variable de aumento corresponde a la cesárea por solicitud materna (CPSM), es decir, un mayor número de mujeres piden les practiquen la cesárea por diversos motivos: temor al dolor, evitar algunas disfunciones del piso pelviano (DPP), prevenir lesión

perineal, razones estéticas, entre otras. Serían, entonces, las CSPM las principales responsables del aumento en la tasa anual de cesáreas a nivel mundial y nacional, representando un factor de variación en los indicadores de salud maternal y perinatal que tiene implicaciones económicas sobre los sistemas de salud.

Por su parte, las disciplinas económicas han propuesto dos modelos de explicación al fenómeno de aumento de las cesáreas frente al parto vaginal, enfatizando en factores como el nivel de la rentabilidad obtenida con cada uno de ambos eventos para los aseguradores y prestadores de los servicios de salud o la presión ejercida sobre el sistema de aseguramiento. En primer lugar, el modelo financiero hace énfasis en el estudio de los costos y utilidades en la práctica de las CSPM, valorando la rentabilidad del procedimiento quirúrgico frente al parto vaginal.

En este caso, el aumento en las cifras de cesáreas que se practican anualmente se entendería como el resultado de niveles de rentabilidad buscada con el mayor empleo de la capacidad instalada de las clínicas y hospitales, como podría interpretarse a partir de las afirmaciones de Molina, Muñoz & Ramírez (2009), los cuales sugieren la existencia de dilemas en la atención en salud referentes a la oposición entre la obligación de garantizar el derecho a la salud y la exigencia de alcanzar la mayor rentabilidad financiera de las instituciones del sistema.

En segundo lugar, el modelo econométrico de tipo crítico, trata de demostrar el impacto del aumento de las cesáreas sobre la estabilidad de los sistemas de salud a través del tiempo; asumiendo que el incremento en el número de cesáreas electivas tiene un efecto positivo a corto y mediano plazo sobre el margen de utilidad de los agentes del sistema de aseguramiento: Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), pero que, a largo plazo, acarrea mayores costes sociales, dado que aumenta la presión del pasivo en

salud (mayores índices de morbilidad materno-infantil asociada al procedimiento, gastos de bolsillo repetitivos, reducción en la sostenibilidad del esquema de aseguramiento por desequilibrio oferta-demanda, replicación desmedida sobre los fondos públicos de garantía al sistema, entre otros). En esta perspectiva se analiza críticamente lo que favorece el aumento de las CSPM no como el resultado de apoyar la autonomía y consentimiento informado de la paciente gestante, sino un mecanismo de mercadeo de los servicios de salud que posteriormente tiene un costo social alto (Villamizar Gómez, 2011: 2).

El parto vaginal normal para enero del 2010 tiene un valor en la Clínica Universitaria San Juan de Dios de \$491794, en contraposición con una cesárea sin complicaciones la cual tiene un valor de \$696.800, este valor sin tener en cuenta la infraestructura necesaria para cada procedimiento. El parto vaginal necesita una sala de parto con un costo de adecuación de \$20.000.000 aproximadamente mientras que la cesárea necesita la adecuación de un quirófano que cuesta aproximadamente \$70.000.000 y para ser productivo necesita como mínimo tener un funcionamiento de 8 horas diarias con una rotación de pacientes de 2 horas. Es importante resaltar que las utilidades de estos procedimientos dependen de la entidad responsable del pago con que se negocia: EPS contributivas, como la que atiende a la Universidad de Cartagena genera una utilidad en el parto del 30% y en cesárea de 19%, FAMISANAR tiene utilidad en parto 11% y 15% en cesárea; mientras que las EPS subsidiadas como MUTUAL SER, en partos genera sobrecostos y la utilidad alcanza sólo el 2% y la cesárea tiene una utilidad del 4%.

Informes de publicaciones médicas como Pernoll M, Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstétricos. Editorial El Manual Moderno, México, 1993 Sexta edición. Capítulo 9: Curso y atención del trabajo de parto y parto normal. Página 227-251. Dan cuenta de un incremento acelerado de partos por cesáreas que al aumentar los costos de operatividad han disminuido la rentabilidad financiera de la atención

obstétrica, lo cual constituye una queja permanente de los administradores en salud, tanto EPS, como IPS. Esta disminución de la rentabilidad también se ve reflejada en los pagos de honorarios médicos tanto en cuantía como en oportunidad, La probabilidad que los siguientes partos sean por cesárea es muy alta lo cual establece un costo elevado de su futuro obstétrico.

Especialmente en atención a estos últimos aspectos, se ha propuesto que el aumento en las CPSM o aquellas sin procedencia clínica específica y claramente justificable, constituye un factor de presión negativa sobre la sostenibilidad del sistema de aseguramiento en salud, al incrementarse el coste futuro de la atención a trastornos materno-infantiles asociados con la práctica de la cesárea. Observar y determinar el signo de favorabilidad e impacto económico del parto vaginal frente a la cesárea electiva constituye el problema investigativo básico a resolver en el presente estudio, por lo cual se tomó como interrogante central de la investigación el siguiente:

Algunos autores, como Molina, Muñoz y Ramírez (2009) sustentan que el sector salud se caracteriza por generar grandes niveles de rentabilidad económica, pero contrario a esta afirmación, muchas instituciones prestadoras de servicios de salud se encuentran en una delicada situación financiera. La Ley 100 de 1993 en el sistema general de seguridad social en salud expone la necesidad del auto sostenimiento económico de los prestadores, considerándolo como un indicador básico de eficiencia en la gestión empresarial.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, al igual que otros tipos de empresas, parten de la multiplicidad de los objetivos basados en el beneficio, crecimiento, estabilidad y solvencia como variables fundamentales de la actividad económica; por ende se propone realizar una investigación sobre la favorabilidad económica de partos vs cesáreas electivas en la Clínica Universitaria San Juan de Dios, de Cartagena, en el primer semestre del año 2010, con el fin de

determinaran los costos, gastos e ingresos financieros de ambos procedimientos para la Institución, así como los riesgos para la paciente y el neonato, la pertinencia y consecuencias de la elección de la vía del parto y las repercusiones sobre la viabilidad de la atención en salud perinatal a largo plazo, para realizar una propuesta de mejoramiento del sistema de costos generados en el desarrollo de los procedimientos mencionados.

La OMS (2009) “establece que en condiciones de normalidad un sistema sanitario requiere cesáreas para atender entre un 10 y un 15% de los embarazos” pero, en Colombia la realización de cesáreas supera el 60% de los casos. Los departamentos con mayor incidencia en la práctica quirúrgica en el año 2009 son: Atlántico con un porcentaje de 68.9% de cesárea contra un 31% de parto y Cesar con un 62% cesárea y un 38% partos. Los departamentos que más se acercan a las condiciones de normalidad establecidas por la OMS son Tolima y Cundinamarca, quienes presentaron un porcentaje de 27.7% de cesáreas y 72,2 de partos (estadísticas vitales DANE 2009).

Entre el sector público y algunas clínicas privadas en el año 2009 fueron atendidos un total de 553.212 nacimientos de los cuales el 38.6% fueron por cesárea y el 59.6% por parto natural (estadísticas vitales DANE 2009), lo que revela el empleo de un criterio que, aún en los partos sin riesgo, se priorizan las prácticas quirúrgicas por sobre los tiempos naturales del proceso de maternidad, tenemos una situación en la que se busca optimizar, apurar todo, exigir velocidad a los profesionales y vemos también una cultura de la inmediatez que condiciona incluso a la propia familia con la idea de que el médico puede decidir sobre el cuerpo de la mujer al momento de dar a luz, además, que en este marco se emplean prácticas no avaladas por evidencia científica y se imponen intereses económicos por sobre las necesidades de la mujer y el niño. Tres de cada diez nacimientos son por cesárea, según las estadísticas vitales del DANE (2009).

En la ciudad de Cartagena en el año 2009 sobre un total de 14.241 nacimientos, el 51.2 % fueron por Cesárea y el 48,4% fueron por parto natural, el 0,32% no hay información.

En la Clínica Universitaria San Juan de Dios de Cartagena en el primer semestre del año 2010 nacieron 1806 neonatos de los cuales un 32% fueron por cesáreas y 68% por parto natural. Como lo evidencian las estadísticas las condiciones de normalidad del sistema sanitario establecidas por la OMS en lo que respecta a indicadores de atención obstétrica y salud perinatal no se están cumpliendo.

CAPÍTULO II.
**ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DEL COSTO DE SERVICIO EN LA ATENCIÓN
DE PARTOS VAGINALES Y DE CESÁREAS, COMO CRITERIO DE BASE
PARA LA MEDICIÓN DE LA RENTABILIDAD**

Dentro de este capítulo se analizan los costos y la rentabilidad del parto vaginal frente al de las cesáreas electivas, utilizando indicadores como

- Rentabilidad económica
- Rentabilidad financiera
- Impacto económico institucional
- Tasa de recuperación
- Costes del parto

Costo es todo desembolso, pasado, presente o futuro, que se involucra al proceso de producción y de prestación del servicio, cuyo valor queda incluido en los productos y en los servicios, contablemente se observa en los inventarios (desembolso capitalizable). Un *gasto* es todo desembolso o erogación relacionada con los departamentos de administración y ventas, básicamente se dan en el funcionamiento y la investigación como apoyo a la operación básica de la entidad y cuyo valor se consume en el periodo contable (desembolso no capitalizable).

De acuerdo con Martínez García (1996: 73-74), los costos se clasifican de la siguiente manera:

- 1) Según su identificación con un departamento o proceso.
 - Costos directos, son los que se identifican plenamente con una actividad, proceso o producto.
 - Costos indirectos, son los que, por su naturaleza o posibilidad de identificación no es posible asignarlo a un solo proceso, producto o departamento.

- 2) Según el momento en que se cargan o se comparan con los ingresos.
 - Costos del periodo, son los que se identifican con el lapso de tiempo y no con la producción.
 - Costos del producto, son los que se llevan contra los ingresos solo en el momento en que contribuyen a generar los ingresos en forma directa, en caso contrario quedan en los inventarios.

- 3) Según su comportamiento con el volumen de producción.
 - Costos fijos, son los que se comportan independiente del nivel o volumen de producción, y permanecen fijos en el corto plazo.
 - Costos variables, su comportamiento es directamente proporcional al volumen de producción.
 - Costos semivariantes o semifijos, se comportan en forma mixta teniendo parte fija y parte variable.

Para Sánchez (2002: 42), la *rentabilidad* es una noción que se aplica a toda acción económica en la que se movilizan unos medios, materiales, humanos y financieros con el fin de obtener unos resultados. En la literatura económica, aunque el término rentabilidad se utiliza de forma muy variada y son muchas las aproximaciones doctrinales que inciden en una u otra faceta de la misma, en sentido general se denomina rentabilidad a la medida del rendimiento que en un determinado periodo de tiempo producen los capitales utilizados en el mismo. Esto supone la comparación entre la renta generada y los medios utilizados para obtenerla con el fin de permitir la elección entre alternativas o juzgar la eficiencia de las acciones realizadas, según que el análisis realizado sea a priori o a posteriori.

La importancia del análisis de la rentabilidad viene determinada porque, aun partiendo de la multiplicidad de objetivos a que se enfrenta una empresa, basados

unos en la rentabilidad o beneficio, otros en el crecimiento, la estabilidad e incluso en el servicio a la colectividad, en todo análisis empresarial el centro de la discusión tiende a situarse en la polaridad entre rentabilidad y seguridad o solvencia como variables fundamentales de toda actividad económica. Así, para los profesores Cuervo y Rivero (1986), la base del análisis económico-financiero se encuentra en la cuantificación del binomio rentabilidad-riesgo, que se presenta desde una triple funcionalidad: 1) Análisis de la rentabilidad, 2) Análisis de la solvencia, entendida como la capacidad de la empresa para satisfacer sus obligaciones financieras (devolución de principal y gastos financieros, servicio de la deuda: abono capital e intereses), consecuencia del endeudamiento, a su vencimiento, y 3) Análisis de la estructura financiera de la empresa con la finalidad de comprobar su adecuación para mantener un desarrollo estable de la misma.

Es decir, los límites económicos de toda actividad empresarial son la rentabilidad y la seguridad, normalmente objetivos contrapuestos, ya que la rentabilidad, en cierto modo, es la retribución al riesgo y, consecuentemente, la inversión más segura no suele coincidir con la más rentable. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que, por otra parte, el fin de solvencia o estabilidad de la empresa está íntimamente ligado al de rentabilidad, en el sentido de que la rentabilidad, como principal inductor del valor de la empresa, es un condicionante decisivo de la solvencia, pues la obtención de rentabilidad es un requisito necesario para la continuidad de la empresa.

Aunque cualquier forma de entender los conceptos de resultado e inversión determinaría un indicador de rentabilidad, el estudio de la rentabilidad en la empresa lo podemos realizar en dos niveles, en función del tipo de resultado y de inversión relacionada con el mismo que se considere: Así, se tiene un primer nivel de análisis conocido como rentabilidad económica o del activo ($ROA = \text{UTILIDAD OPERACIONAL} / \text{ACTIVOS}$), en el que se relaciona un concepto de resultado conocido o previsto, antes de intereses, con la totalidad de los capitales

económicos empleados en su obtención, sin tener en cuenta la financiación u origen de los mismos, por lo que representa, desde una perspectiva económica, el rendimiento de la inversión de la empresa. Y un segundo nivel, la rentabilidad financiera, en el que se enfrenta un concepto de resultado conocido o previsto, después de intereses, con los fondos propios de la empresa, y que representa el rendimiento que corresponde a los mismos. La relación entre ambos tipos de rentabilidad vendrá definida por el concepto conocido como apalancamiento financiero, que, bajo el supuesto de una estructura financiera en la que existen capitales ajenos, actuará como amplificador de la rentabilidad financiera respecto a la económica siempre que esta última sea superior al coste medio de la deuda, y como reductor en caso contrario.

La rentabilidad económica o de la inversión es una medida, referida a un determinado periodo de tiempo, del rendimiento de los activos de una empresa con independencia de la financiación de los mismos. De aquí que, según la opinión más extendida, la rentabilidad económica sea considerada como una medida de la capacidad de los activos de una empresa para generar valor con independencia de cómo han sido financiados, lo que permite la comparación de la rentabilidad entre empresas sin que la diferencia en las distintas estructuras financieras, puesta de manifiesto en el pago de intereses, afecte al valor de la rentabilidad. La rentabilidad económica se erige así en indicador básico para juzgar la eficiencia en la gestión empresarial, pues es precisamente el comportamiento de los activos, con independencia de su financiación, el que determina con carácter general que cuenta la forma en que han sido financiados los activos permitirá determinar si una empresa no rentable lo es por problemas en el desarrollo de su actividad económica o por una deficiente política de financiación.

El origen de este concepto, también conocido como returnoninvestment (ROI) o returnonassets (ROA), si bien no siempre se utilizan como sinónimos ambos

términos, se sitúa en los primeros años del s. XX, cuando la Du Pont Company comenzó a utilizar un sistema triangular de ratios para evaluar sus resultados. En la cima del mismo se encontraba la rentabilidad económica o ROI y la base estaba compuesta por el margen sobre ventas y la rotación de los activos.5.2 Cálculo de la rentabilidad económica.

A la hora de definir un indicador de rentabilidad económica existen tantas posibilidades como conceptos de resultado y conceptos de inversión relacionados entre sí. Sin embargo, sin entrar en demasiados detalles analíticos, de forma genérica suele considerarse como concepto de resultado el Resultado antes de intereses e impuestos, y como concepto de inversión el Activo total a su estado medio. Activo total a su estado medio Resultado antes de intereses e impuestos.

$$RE = \frac{\textit{Activo total a su estado medio}}{\textit{Resultado antes de intereses e impuestos}}$$

El resultado antes de intereses e impuestos suele identificarse con el resultado del ejercicio prescindiendo de los gastos financieros que ocasiona la financiación ajena y del impuesto de sociedades. Al prescindir del gasto por impuesto de sociedades se pretende medir la eficiencia de los medios empleados con independencia del tipo de impuestos, que además pueden variar según el tipo de sociedad.

Por su parte, la rentabilidad financiera o de los fondos propios, denominada en la literatura anglosajona returnonequity (ROE), es una medida, referida a un determinado Periodo de tiempo, del rendimiento obtenido por esos capitales propios, generalmente con independencia de la distribución del resultado. La rentabilidad financiera puede considerarse así una medida de rentabilidad más cercana a los accionistas o propietarios que la rentabilidad económica, y de ahí

que teóricamente, y según la opinión más extendida, sea el indicador de rentabilidad que los directivos buscan maximizar en interés de los propietarios.

Además, una rentabilidad financiera insuficiente supone una limitación por dos vías en el acceso a nuevos fondos propios. Primero, porque ese bajo nivel de rentabilidad financiera es indicativo de los fondos generados internamente por la empresa; y segundo, porque puede restringir la financiación externa. En este sentido, la rentabilidad financiera debería estar en consonancia con lo que el inversor puede obtener en el mercado más una prima de riesgo como accionista. Sin embargo, esto admite ciertas matizaciones, puesto que la rentabilidad financiera sigue siendo una rentabilidad referida a la empresa y no al accionista, ya que aunque los fondos propios representen la participación de los socios en la empresa, en sentido estricto el cálculo de la rentabilidad del accionista debería realizarse incluyendo en numerador magnitudes tales como beneficio distribuible, dividendos, variación de las cotizaciones, etc., y en el denominador la inversión que corresponde a esa remuneración, lo que no es el caso de la rentabilidad financiera, que, por tanto, es una rentabilidad de la empresa.

La rentabilidad financiera es, por ello, un concepto de rentabilidad final que al contemplar la estructura financiera de la empresa (en el concepto de resultado y en el de inversión), viene determinada tanto por los factores incluidos en la rentabilidad económica como por la estructura financiera consecuencia de las decisiones de financiación.

A diferencia de la rentabilidad económica, en la rentabilidad financiera existen menos divergencias en cuanto a la expresión de cálculo de la misma. La más habitual es la siguiente:

$$RF = \frac{\textit{Resultado neto}}{\textit{Fondos propios a su estado medio}}$$

En definitiva, desde el punto de vista contable el estudio de la rentabilidad se realiza a dos niveles, según se considere o no la influencia de la estructura financiera de la empresa: rentabilidad económica y rentabilidad financiera, cuya relación viene definida por el apalancamiento financiero.

La rentabilidad económica es una medida, referida a un determinado periodo de tiempo, de la capacidad de los activos para generar valor con independencia de cómo han sido financiados, mientras que la rentabilidad financiera informa del rendimiento obtenido por los fondos propios y puede considerarse una medida de los logros de la empresa. El apalancamiento financiero, desde la óptica del análisis de la rentabilidad, hace referencia a la influencia que la utilización de deuda en la estructura financiera tiene sobre la rentabilidad de los fondos propios si se parte de una determinada rentabilidad económica.

El primer indicador a analizar lo constituyen los costos de atención del parto, para lo cual se consideran los factores de costo fijos y variables.

$$CP = CF + CV$$

1) Costos de Parto Normal

Los costos que se mantienen invariables en un procedimiento de parto vaginal sin complicaciones son los relacionados con los estudios de laboratorio clínico:

- SEROLOGIA (PRUEBA NO TREPONEMICA) VDRL EN SUERO
- HEMOCLASIFICACION FACTOR RH (FACTOR D) EN LAMINA
- HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES TSH NEONATAL
- HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO DIRECTA O GLOBULAR

Otros procedimientos:

- MONITORIA FETAL ANTEPARTO
- COSTO PAQUETE BÁSICO QUIRÚRGICO

Servicios profesionales:

- VALORACIÓN POR PEDIATRA A RECIÉN NACIDO
- MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA

Otros costos:

- COSTO EN SALAS DE CIRUGÍA
- APOORTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
- COSTO PROCEDIMIENTO CON HONORARIOS
- COSTO PROCEDIMIENTO SIN HONORARIOS

Lo anterior representa en dinero \$302.773 es decir el 61.5% del costo total del procedimiento.

Los costos que son variables en un procedimiento de parto natural o vaginal son los siguientes:

Costos preliminares:

- COSTOS SALAS
- ESTANCIA

Suministros cirugía:

- LIDOCAINA SIN EPINEFRINA SOL INY 2% X 50ML
- CROMADO 2/0 CT1
- GUANTES ESTÉRILES 6 1/2
- GASA DE CURACIÓN ESTÉRIL 3 X 3 SOB X 3

- EQUIPO DE MACRO
- SODIO CLORURO SOLUCIÓN INY 0,9% X 500 CC
- OXITOCINA DE 10 UI
- CATÉTER INTRAVENOSO N° 18

Suministros hospitalización:

- SODIO CLORURO SOLUCIÓN INYECTABLE 0,9% X 500 CC
- RINGER LACTATO SOLUCIÓN INYECTABLE X 500 CC
- JERINGA X 5 CC
- JERINGA X 1 CC CON AGUJA DE 25 X 5/8
- OXITOCINA SOLUCIÓN INY 10 UI /ML
- FITOMENADIONA (VITAMINA K1) 2MG ORAL/IM/IM
- ACETAMINOFÉN 500 MG TAB

Lo anterior corresponde a \$189.021 es decir el 38.5% del costo total del procedimiento.

2) Costos de Cesárea

Los costos que se mantienen invariables en un procedimiento quirúrgico de cesárea son los relacionados con los estudios de laboratorio:

- HEMOGRAMA IV MÉTODO AUTOMÁTICO
- SEROLOGÍA (PRUEBA NO TREPONEMICA) VDRL EN SUERO
- HEMOCLASIFICACIÓN FACTOR RH (FACTOR D) EN LAMINA
- HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES TSH NEONATAL
- HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO DIRECTA O GLOBULAR

Costos de servicios profesionales:

- VALORACIÓN POR PEDIATRA A RECIÉN NACIDO
- MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
- SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA
- MEDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA
- MEDICO AYUDANTE QUIRÚRGICO

Otros costos:

- COSTO EN SALAS DE CIRUGÍA
- APOORTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
- COSTO PROCEDIMIENTO CON HONORARIOS
- COSTO PROCEDIMIENTO SIN HONORARIOS
- COSTO PAQUETE BÁSICO QUIRÚRGICO

Lo anterior corresponde a %385.301 decir el 55.3 % del costo total del procedimiento.

Los costos variables en un procedimiento quirúrgico de cesáreas son los relacionados con los:

Costos preliminares:

- TIEMPO QUIRÚRGICO
- COSTOS SALAS
- TIEMPO DE SALA DE RECUPERACIÓN
- ESTANCIA
- ANESTESIA (RAQUÍDEA)

Suministros cirugía:

- CEFRADINA 1 G POLVO PARA RECONSTITUIR
- SONDA URETRAL NELATON NO. 14
- EQUIPO DE MACRO
- CROMADO 0 CT1
- CROMADO 1 CT1
- CROMADO 2/0 CT1
- CUCHILLA DE BISTURI Nº 20
- ELECTRODOS ADULTOS
- ETHILON 3/0 SC24
- COMPRESA ESTERIL 18 X 18 X PAQUETE
- GUANTES DESECHABLES " M " PAR
- GUANTES ESTÉRIL Nº 7
- GUANTES ESTÉRILES 6 1/2
- GUANTES ESTÉRILES 7 1/2
- GUANTES ESTÉRILES Nº 8
- LÁPIZ DE ELECROBISTURI
- MANILLA DE IDENTIFICACIÓN (NIÑO)
- VICRIL 1/0 CT1
- CLAN UMBILICAL
- CATÉTER INTRAVENOSO NO. 18

Suministros hospitalización:

- SODIO CLORURO SOLUCIÓN INYECTABLE 0,9% X 500 CC
- RINGER LACTATO SOLUCIÓN INYECTABLE X 500 CC
- DIPIRONA SÓDICA AMP 2,5 GR/5ML
- JERINGA X 5 CC
- METILERGOMETRINAMALEATO 0,2MG1ML
- OXITOCINA SOLUCIÓN INY 10 UI /ML

- FITOMENADIONA (VITAMINA K1) 2MG ORAL/IM/IM
- ACETAMINOFÉN 500 MG TAB
- METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML

Lo que corresponde a \$311.499, es decir el 44.7 % del costo total del procedimiento.

Los costos de partos y cesáreas se encuentran distribuidos de la siguiente manera.

Cuadro 3. Costos de partos naturales y por cesárea 2010

PROCEDIMIENTOS	COSTO	TARIFA DE VENTA A DIFERENTES EPS	COSTOS FIJOS	%	COSTOS VARIABLES	%	UTILIDAD
PARTOS	491.794,00	(480.000 - 699.214)	302.773,00	61,5	189.021,00	38,5	11% - 30% y (-2%)
CESÁREAS	696.800,00	(720.00 - 871.108)	385.301,00	55,3	311.499,00	44,7	3% - 20%

Fuente: Información de los centros de costo de la Clínica

Los partos vaginales son un procedimiento natural donde se presenta un menor riesgo de complicaciones por lo tanto los costos variables son más controlables que los costos variables de las cesáreas, incidiendo directamente en la utilidad que se genera de la venta de servicio institucional con un margen que varía el 8% al 10% por encima del margen de utilidad que genera una cesárea.

Es importante resaltar que en los partos se presenta casos específicos en los que la forma de contratación incide en el resultado económico del procedimiento por ejemplo la contratación con MUTUAL SER en la cual el procedimiento del parto se constituye en un bien peso muerto ya que no genera utilidad pero permite estrechar las relaciones contractuales y permitir el ingreso a la utilización de otro tipos de servicios.

Los costos fijos de las cesáreas aunque representan una contribución menor en relación a los costos fijos de los partos no influyen directamente en la utilidad del procedimiento ya que el comportamiento de los costos variables en este procedimiento genera un mayor porcentaje que inciden directamente en la utilidad generado un decrecimiento en los ingresos recibidos. Es importante resaltar que los costos variables de las cesáreas desde el punto de vista asistencial son más dinámicos que los costos variables de un parto natural por la misma complejidad del procedimiento quirúrgico ya que la paciente tiene mayor probabilidad de presentar incidentes, complicaciones y comorbilidades.

Para los efectos del análisis propuesto en esta investigación no se consideró necesario discriminar los costos de las complicaciones y comorbilidades de los partos vaginales y por cesárea, toda vez que ello desborda el objeto del estudio y debe ser materia de un proceso investigativo que profundice en los determinantes económicos del costeo de contingencias en el área Gineco-obstétrico. No obstante, partiendo de fuentes referenciales citadas por Lemus (2009; p. 58), se determina que para el caso de los partos vaginales, la cuantificación promedio de los costos por contingencias corresponde a un porcentaje entre el 60% y el 90% del valor total del procedimiento.

En el caso de los partos por cesárea que presentan complicaciones, los costos del tratamiento asociado a la comorbilidades pueden representar en promedio entre el 200% y el 400% del valor total del procedimiento (Lemus, 2009; p. 60). Como ya se anotó, estos datos sobre costos de las complicaciones en las modalidades de parto vaginal y por cesárea deberán ser sometidos a un estudio posterior que detalle las condiciones de rentabilidad de ambos procedimientos cuando se presentan alguna de las contingencias asociadas a ellos.

En lo que se refiere a la determinación de la rentabilidad económica y financiera del parto vaginal frente al parto por cesárea electiva, y para efectos del cálculo, se

toman como resultados netos los ingresos obtenidos por la Clínica en la atención de partos (naturales y por cesárea) durante el año 2010, ascendieron a un total de \$1.006.673.432; de los cuales \$603.923.032 correspondieron a parto vaginal y \$402.750.400 a partos por cesárea. El activo total en su estado medio corresponde a los valores de inversión que tienen respectivamente la sala de partos y el quirófano de la IPS: \$20.000.000 y \$70.000.000. Los fondos propios a su estado medio se consideran a partir del estado de resultados general del área de Gineco-obstetricia de la Clínica a 2010, el cual ascendió a la suma de \$1.289.620.150 (Clínica Universitaria San Juan de Dios, 2010; pp. 35-38).

RENTABILIDAD ECONÓMICA

- 1) Rentabilidad económica del parto vaginal:

$$RE = \frac{\textit{Activo total a su estado medio}}{\textit{Resultado antes de intereses e impuestos}}$$

$$RE = \frac{20.000.000}{603.923.032}$$

$$RE = 0,331 = 33\%$$

- 2) Rentabilidad económica del parto por cesárea:

$$RE = \frac{70.000.000}{402.750.400}$$

$$RE = 0,173 = 17,3\%$$

Como se puede observar, la rentabilidad económica respecto a los activos fijos totales asignados a la actividad productiva es mayor en el caso del parto vaginal, representando casi el doble que en el parto por cesárea.

RENTABILIDAD FINANCIERA

1) Rentabilidad financiera del parto vaginal:

$$RF = \frac{\textit{Resultado neto}}{\textit{Fondos propios a su estado medio}}$$

$$RF = \frac{603.923.032}{1.289.620.150}$$

$$RF = 0,468 = 46,8\%$$

2) Rentabilidad financiera del parto por cesárea:

$$RF = \frac{402.750.400}{1.289.620.150}$$

$$RF = 0,312 = 31,2\%$$

Se observa, en este caso, que el indicador de rentabilidad financiera respecto a los fondos propios también es mayor en el caso del parto vaginal, representando cerca de 15 puntos por encima que en el parto por cesárea. Se comprueba, en este caso, que las ventajas de la realización de partos naturales se reflejan positivamente en el comportamiento de los recursos financieros totales con los que cuenta la Clínica y por ende puede ser considerado como el procedimiento a recomendar en primera instancia, en contra de la cesárea electiva.

CAPÍTULO III.
**ANÁLISIS COMPARATIVO DE FAVORABILIDAD E IMPACTO ECONÓMICO EN
EL COSTE DE SALUD DEL PARTO VAGINAL VS CESÁREA ELECTIVA EN LA
CLÍNICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS, CARTAGENA, DURANTE EL
PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2010**

Para comprender la importancia de los estudios de favorabilidad e impacto económico en los costos de salud para la atención del parto, tanto a nivel institucional como de las familias de las pacientes, se propone un modelo analítico comparativo que reconoce la existencia de diferencias en las condiciones de sostenibilidad, viabilidad e incidencia en la ocurrencia de los partos, ya sean vaginales o por cesárea.

Como fundamento de este modelo de análisis comparativo, se incluyen los aportes del estudio adelantado por Duque M.; Gómez L. & Osorio J. (2009) sobre la utilidad que tienen los sistemas de costo en el desarrollo de las instituciones del sector salud. Señalan los autores que el gasto nacional en salud como proporción del PIB viene aumentando progresivamente, pasando del 6,2% en 1993 al 7,8% en 2003, tendiendo a estabilizarse en ese nivel durante los cuatro últimos años, y luego de haber alcanzado 9,6% en 1997. (Barón, 2007).

Este incremento se justifica en parte, en el cambio que sufrió el sistema de salud ya que se pasó de un modelo que brindaba subsidios a la oferta, en el cual se manejaba un esquema centralizado, basado en hospitales públicos donde se prestaba un servicio igual para todos y con tratamientos homogéneos, a un modelo que brinda subsidios a la demanda, el cual se basa en la descentralización, la autonomía y responsabilidad de los prestadores de servicios de salud, donde se llega a sectores de la población que se encontraban excluidos y se prestan servicios de carácter heterogéneo. Anteriormente, el servicio de salud era suministrado por el Estado, ahora contamos con un modelo de libre

competencia donde participan agentes públicos y privados en igualdad de condiciones y donde se le exige a los hospitales y clínicas autofinanciación y auto sostenibilidad. La salud pasó de ser un mercado de pocos competidores y clientes cautivos, a un mercado de operadores privados y clientes abiertos.

Los autores citados consideran que a partir de estos cambios se evidenciaron situaciones que afectan el manejo de los costos de salud y la sostenibilidad del sistema:

- El incremento en el número de usuarios en el sistema, pues se pasa de atender a las personas con capacidad de pago (cotizantes), a la atención de todo su grupo familiar (beneficiarios).
- Las Políticas estatales que plantean la cobertura universal en salud (la cual se esperaba obtener en el año 2009) y de la cual, gran parte se hace a través del régimen subsidiado.
- Algunas de las entidades que prestan servicios de salud tenían, y aún mantienen estructuras complejas, en las cuales los requerimientos de utilización de tecnología costosa, la alta proporción de personal de múltiples profesiones y oficios requerido para la operación, los altos costos de personal, la antigüedad del mismo y las cargas de las convenciones colectivas pactadas a través de los años, son algunos de los factores que representan los más altos costos de operación (Henao, 1999).
- El control sobre el consumo de recursos o la racionalización en su utilización no es una decisión que repose sobre la dirección de la entidad, pues el personal que presta los servicios (médicos, enfermeras, etc.) y que en la estructura jerárquica de estas entidades se encuentran en la base, son los que tienen el poder sobre esta decisión tan trascendental, pues como lo expresa Fresneda (1998), al ser los prescriptores se convierten en los principales generadores de costos y, en consecuencia, son las figuras que en gran medida pueden proceder a la racionalización o contención del

gasto hospitalario, la relevancia de este personal los convierte en la parte fundamental de la organización, rompiendo así con la lógica jerárquica.

- La estructura financiera de este tipo de entidades es compleja: costos fijos altos, capacidad ociosa (pues en ocasiones no se utiliza toda la capacidad instalada), niveles de rentabilidad relativamente bajos para el riesgo que involucra y altos requerimientos de liquidez que no son posibles de obtener, pues quien administra los recursos del sistema, que en el caso colombiano es el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA-, no gira oportunamente los recursos y reiteradamente incumple con los acuerdos de pago.
- El principal elemento del costo en este tipo de entidades –la mano de obra– hace que en muchas de ellas, este rubro alcance un 75% e incluso hasta un 80% de los costos totales.
- La falta de sistemas de información integrados, con procesamiento de información en tiempo real, hace que en muchas de estas entidades se presenten fenómenos como: dobles afiliaciones, reclamo de medicamentos en varios puntos de atención, atención de personas que no están afiliadas al sistema (suplantaciones), robo de medicamentos para ser vendidos en el mercado negro, entre otros.
- Los manuales tarifarios que rigen el sector y mediante los cuales se definen los valores máximos a cobrar en cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones, no fueron construidos teniendo como base estudios de costos rigurosos, lo que hace que muchas entidades del sector al aplicar dicha estructura tarifaria definida por ley, no alcancen ni siquiera a cubrir sus costos, por ende no generan rentabilidad y mucho menos pueden invertir sus excedentes en modernización de equipos, actualización de los sistemas de información, capacitación del personal y demás acciones necesarias para hacer más eficientes los procesos.

Comprender críticamente los anteriores aspectos es el primer paso en la valoración de la favorabilidad económica del parto vaginal frente al parto por

cesárea, tanto a nivel de las instituciones como de las mismas familias, ya que los costos que acarrearán ambos procedimientos se traducen en cargas sobre la financiación de los sistemas de salud, pero evidentemente el impacto de la cesárea electiva, con su mayor nivel de riesgo y demanda de servicios, procedimientos, insumos e incapacidad, sobre los gastos de salud, constituye la mayor preocupación considerando su acelerado aumento en el país.

De acuerdo con Rizo Gil (2009; p. 61), aproximadamente 30% de los 700.000 nacimientos/año que ocurren actualmente en Colombia (unos 210.000), se atienden por cesárea (DANE, Estadísticas Vitales 2005). Mientras la atención de un parto vaginal le cuesta al sistema de salud alrededor de \$ 600.000, (US\$300) el de una cesárea, le cuesta alrededor de \$1.500.000 (US\$ 750). Un cálculo aproximado para dar idea sobre cuánto le representaría al sistema de salud el costo de 100.000 cesáreas, posiblemente innecesarias, es decir por encima del 15% que recomienda la OMS, arroja una cifra considerable (unos 75 millones de dólares), y obliga a pensar en el impacto que tiene la incidencia de este problema sobre los costos en salud.

En el análisis y evaluación comparativa de sostenibilidad para la atención del parto, se consideraron dos posibilidades: 1) que el nivel de impacto institucional o de compromiso de recursos económicos variara en razón del tipo de parto atendido en razón de los costos totales que se debían asumir (hipótesis de trabajo) y 2) que el nivel de compromiso de los recursos económicos de la IPS en la atención del parto fuera indistinta para el parto vaginal (PV) y para el parto por cesárea electiva (CPSM), en atención a las características del sistema de aseguramiento (hipótesis nula).

Tomando como punto de partida el estudio de costos realizado en el capítulo anterior, se demostró evidentemente la validez de la primera hipótesis (H_1).

Corresponde en este aparte determinar el nivel de impacto o de compromiso económico institucional para cada una de las modalidades de parto estudiadas.

El impacto económico institucional del parto se puede definir como la relación existente entre el total de los ingresos por cada modalidad de parto y los costos totales de cada procedimiento, considerando el valor máximo de la rentabilidad obtenida en un período de tiempo determinado, 5 años para el presente estudio (Swisher&Bernadotti; 2000; p. 187). Este indicador se puede interpretar como el nivel de compromiso en la sostenibilidad de una línea de inversión sobre otra; es por tanto, una medida comparativa para el sustento de dos opciones económicas dependiendo de la rentabilidad observada en el tiempo. Es una ratio conveniente para medir si un proceso económico o financiero tiene menor, igual o mayor impacto sobre la provisión de ingresos, considerándolos constantes durante un período específico. Su fórmula, adaptada de Swisher y Bernadotti (2000; p. 190), es la siguiente:

$$IE = \frac{\sum QI}{CT (1 + i)^{n-1}}$$

Siendo

$\sum QI$ = los ingresos anuales obtenidos por el servicio

CT= los costos totales de cada servicio

i = la tasa de utilidad máxima obtenida por cada servicio

Calculando el nivel de impacto económico para el parto vaginal (PV) se tendría:

$$IEPV = \frac{603923032}{491794 (1 + 0,30)^4}$$

$$IEPV = \frac{603923032}{1404612,84}$$

$$IEPV = 429,95 = 430$$

Calculando el nivel de impacto económico para el parto por cesárea electiva (CPSM) se obtiene:

$$IECPSM = \frac{402750400}{696800 (1 + 0,20)^4}$$

$$IECPSM = \frac{402750400}{1444884,48}$$

$$IECPSM = 278,74 = 279$$

Interpretando el resultado, bajo los criterios de Swisher y Bernadotti (2000; p. 192), se observa que $IEPV > IECPSM$ ($430 > 279$), el impacto económico institucional de los partos vaginales es 1,5 veces superior al de los partos por cesárea y la IPS tendrá un mejor nivel de compromiso de sus recursos corrientes y menos dificultad para la sostenibilidad de la inversión realizada en el área Gineco-obstétrica en la atención integral al parto si incentiva este procedimiento.

Dentro de los análisis de favorabilidad económica en el campo de la salud se debe dar consideración, igualmente, a los factores extra institucionales que pueden generar cualquier tipo de presión sobre las variables de decisión en la atención a la población. Esto significa, en el caso de la atención Gineco-obstétrica del parto, que los criterios de decisión sobre la favorabilidad económica de una u otra modalidad de este: vaginal o por cesárea, están influenciados por los efectos que tienen sobre la sostenibilidad del gasto en salud.

En este sentido, Ruíz & Serna (2009; p. 5) consideran que las decisiones institucionales, estratégicas y operacionales, en la atención al parto deben considerar la incidencia familiar del costo de este acontecimiento, de tal manera que se puedan adelantar programas de mejoramiento de la calidad de la atención en salud que redunden en mayores beneficios institucionales (perspectiva de rentabilidad de la inversión) pero indudablemente también en la calidad de vida de la población obstétrica (perspectiva de satisfacción del usuario), al proveer de herramientas de prevención, promoción, atención oportuna y garantía de calidad independientemente de la modalidad del parto.

Para comprobar este supuesto, se propone la medición del nivel de incidencia del parto sobre la economía familiar, medida en relación con los gastos de bolsillo que acarrea la atención materno-infantil posparto. Para ello, se puede establecer un indicador comparativo de los costos de atención del parto en cada una de sus dos modalidades para enfrentarlo al presupuesto promedio mensual destinado por las unidades familiares para suplir las necesidades de salud y que corresponde a \$85.730, que al año representaría aproximadamente \$1.028.760. Este valor se calcula con base en la Encuesta Nacional de Hogares 2010 (DANE, 2010; p. 28) en el entendido que son destinaciones recurrentes para gastos médicos que afectan el ingreso familiar.

El nivel de incidencia del parto natural sobre la economía familiar se calculó de la siguiente forma:

$$NIPC = \frac{\text{Costo de atención parto natural}}{\text{Presupuesto familiar para salud}} \times 100$$

$$NIPN = \frac{491794}{1028760} \times 100$$

$$NIPN = 0.478 \times 100 = 48\%$$

El nivel de incidencia del parto por cesárea sobre la economía familiar se estableció así:

$$NIPCPSM = \frac{\text{Costo de atención parto cesárea}}{\text{Presupuesto familiar para salud}} \times 100$$

$$NIPCPSM = \frac{696800}{1028760} \times 100$$

$$NIPCPSM = 0.679 \times 100 = 68\%$$

Llevado estos cálculos al equivalente mensual del gasto de salud de una familia promedio, se obtiene que un parto natural signifique un exceso del 573,6% en el presupuesto; mientras que un parto por cesárea asciende a un exorbitante 1046% de compromiso en el presupuesto mensual de gastos familiares para salud. La decisión en este caso es obvia: se debe promover el parto natural en todos aquellos casos en que no exista contraindicación para ello, dado que los costos que supone una CSPM fácilmente desborda la capacidad de pago inmediata de la familia para atender los gastos generados y que, como se sabe, se incrementan con un período de recuperación postparto mucho más prolongado, al margen de cualquier complicación que incrementa onerosamente la demanda de recursos a la familia, independiente del tipo de aseguramiento que se posea.

Finalmente, se evaluó la viabilidad de la inversión económica hecha a los programas de atención del parto vaginal y de la cesárea electiva (CSPM). Recuérdese a este propósito que se trata de evaluar la favorabilidad económica del parto natural frente a las CPSM y no frente a aquellas de emergencia o con indicación clínica específica.

En este entendido, la viabilidad de la inversión se analizó a través del indicador conocido como *tasa de recuperación*, cuya expresión es:

$$TR = \frac{P}{QI(1 - tmr)_5} + Vs_5$$

Siendo:

P: la inversión en activo fijo

QI: el valor producto de la venta de servicios o ingresos

Tmr: una tasa de riesgo de la inversión

Vs: un valor bruto de salvamento.

Existen varias metodologías para el cálculo de una Tasa de Recuperación (TR), que indica el nivel al que se recuperan financieramente los valores invertidos en un período de tiempo con relación al riesgo y, junto con la TIR (tasa interna de retorno), muestra la viabilidad de inversión del capital. En este caso se acoge la propuesta de Alvera & Campo (2002), en la cual se establece en relación con los niveles de circulante producidos por cada operación o procedimiento, con adición de un valor de salvamento, o de desecho, producto del deterioro de la inversión en el activo fijo, lo que permite conocer el porcentaje con el que se producen los reintegros de la inversión al cabo de un período específico.

En cuanto al concepto de salvamento, en el caso de la cesárea lo constituye el valor depreciado acumulado del quirófano y en el del parto vaginal es el valor depreciado acumulado de la sala de parto (activos fijos) al cabo de 5 años, que para efectos de este cálculo se ha establecido en la suma de \$34.260.850 para el quirófano, equivalente a 0,489 (49%) de la inversión inicial y de \$13.956.050 para la sala de partos, equivalente a 0,697 (68%). Es de notar que el ritmo de depreciación del quirófano, debido a la complejidad tecnológica y operativa de

este es mayor al de la sala de partos, conforme lo sugieren Alvera & Campo (2002; p. 35).

Esta ratio tiene limitaciones para la definición de la tasa media de riesgo (*t_{mr}*), ya que es un valor estimado que indica un porcentaje muy voluble de compromiso en la recuperación financiera del capital inicial invertido a través de los rendimientos del mismo en una operación. No obstante, se asumió en esta investigación que los procedimientos de parto vaginal y parto por cesárea incluyen un componente de riesgo en su cubrimiento económico y este valor se definió en un porcentaje máximo del 30% constante a 5 años, para verificar el comportamiento de ambas variables (cesárea y parto vaginal) en iguales condiciones de incertidumbre.

Considerando los valores antedichos, la tasa de recuperación para los partos vaginales se calculó de la siguiente manera:

$$TR = \frac{20.000.000}{603.923.032 (1 - 0,30)_5} + 13.956.050_5$$

$$TR = \frac{20.000.000}{422746122.4} + 13.956.050$$

$$TR = 0,80 = 80\%$$

La tasa de recuperación de la inversión de la Clínica en la atención del parto vaginal (PV) hace viable financieramente este procedimiento en un 80%, lo cual es muy positivo porque supera claramente el nivel de riesgo.

Para los partos por cesárea se calculó de la siguiente manera la tasa de recuperación:

$$TR = \frac{70.000.000}{402.750.400 (1 - 0,30)_5} + 34.260.850_5$$

$$TR = \frac{70.000.000}{281.925.280} + 34.260.850$$

$$TR = 0,369 = 37\%$$

La tasa de recuperación de la inversión de la Clínica en la atención del parto por cesárea electiva (CPSM) hace viable financieramente este procedimiento en un 37%, lo cual es positivo porque supera el nivel de riesgo.

Ambas situaciones superan la tasa media de riesgo, lo que las hace viables. No obstante, el criterio de interpretación es que la tasa de recuperación financiera del parto natural o vaginal es más de dos veces la del parto por cesárea, es decir:

$$TRPV > TRCPSM$$

$$80\% > 37\%$$

Analizado críticamente estos resultados, es evidente que la favorabilidad para la inversión en programas de atención integral Gineco-obstétrica debe considerar la expresión de las ventajas del parto vaginal sobre la cesárea electiva, no sólo en el aspecto de mejor aprovechamiento y viabilidad de los recursos institucionales, sino en el de los logros en la salud materno-infantil y el bienestar de la familia.

CAPÍTULO IV.
PROPUESTA DE MEJORAMIENTO EN EL ÁREA GINECO-OBSTÉTRICA
ATENDIENDO A LA FAVORABILIDAD ECONÓMICA Y FINANCIERA DE LOS
PARTOS VAGINALES VS CESÁREAS

En el presente capítulo, se ofrecen los lineamientos generales y específicos para el mejoramiento del área Gineco-obstétrica (AGO) de la IPS Clínica San Juan de Dios (Cartagena), atendiendo a la favorabilidad económica y financiera de los partos vaginales vs cesáreas, de tal manera que desde la educación a la mujer gestante se fomente la práctica recomendable del parto natural frente al quirúrgico electivo. Igualmente, se especifican, siguiendo algunas orientaciones nacionales e internacionales, los elementos de gestión, organización y funcionamiento del AGO para brindar un servicio con altos estándares de calidad que garanticen la seguridad y el bienestar de la mujer, el recién nacido y su familia, sin sacrificar los indicadores económicos y financieros de favorabilidad para la Clínica.

Como primer aspecto a considerar, se acoge la guía del Ministerio de la Protección Social (MPS, 2010) sobre la atención al parto, y que en concepto del ente ministerial, debe incluir las áreas prioritarias para crear o fortalecer marcos jurídicos e institucionales para prestar servicios integrales de salud materna (p. 458) que especifica:

Acciones nacionales y municipales que promuevan: a) políticas y leyes que protejan los derechos humanos de la mujer, incluido el acceso a la salud, la nutrición, la planificación familiar y la educación; b) el compromiso financiero de asegurar los recursos humanos y materiales indispensables; c) la atención de las necesidades de la población en los sistemas de salud; d) la integración de la atención de salud reproductiva, e) el uso de indicadores de resultado (mortalidad) y de procesos para vigilar la adecuación de los servicios de salud materna.

Poner a disposición servicios de salud materna de calidad por medio de: a) la atención integrada de la salud reproductiva que incluya la atención prenatal y postnatal, la planificación familiar y el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual; b) la atención calificada del parto; c) redes de cuidados obstétricos de emergencia, d) acceso geográfico y cultural a la atención obstétrica.

Aumento de la demanda del público de servicios de alta calidad, asequibles y accesibles al facilitar: a) la promoción y educación en salud generalizadas; b) la capacidad y la participación de la comunidad en materia de salud de las gestantes) comités de mortalidad materna activos al nivel nacional, subnacional y municipal.

Construcción de alianzas con el fin de fomentar la salud materna a escala internacional, regional, nacional y local que: a) se dediquen a la coordinación, colaboración y cooperación, b) vigoricen el fortalecimiento de la capacidad y c) promuevan la sostenibilidad.

Asegurar el apoyo financiero y la sostenibilidad económica de la atención de salud materna mediante: a) la elaboración de una metodología para evaluar el impacto económico de la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe, b) la concepción de un modelo de cuentas nacionales de salud reproductiva con el fin de cuantificar las necesidades financieras e identificar los fondos disponibles para la salud reproductiva, c) el uso de estos datos para reanimar las negociaciones con los gobiernos sobre el financiamiento de un conjunto sostenible de servicios de salud reproductiva, d) la captación de recursos financieros públicos para sufragar las necesidades de salud reproductiva de las poblaciones más pobres.

De acuerdo con los lineamientos para la atención de la maternidad hospitalaria – MH (Ministerio de Sanidad y Política Social, España, 2009) Las mujeres deben tener la oportunidad de tomar decisiones informadas sobre el embarazo, parto, analgesia y anestesia, por lo que precisa una información adecuada y oportuna en el tiempo. Se debe facilitar material idóneo (audiovisual, escrito, etc.) durante el embarazo.

La mujer que va a dar a luz puede encontrarse en una situación de gran vulnerabilidad física y psíquica y tener dificultades para expresar sus deseos y necesidades. Por ello, los y las profesionales deben hacer un mayor esfuerzo para facilitar la expresión de estas necesidades y asegurarse de que las decisiones se adoptan con las garantías suficientes en cuanto a información y libertad de elección.

La información que debe facilitarse a las mujeres atendidas en la M.H. atenderá a los siguientes aspectos:

- Características generales de la maternidad.
- Derecho a conocer a los asistentes.
- Información detallada sobre el proceso del parto.
- Consentimiento informado, que, en los supuestos contemplados por la Ley, se recogerá por escrito.
- Instrucciones y recomendaciones.

La información facilitada en la MH debe incluir todos los aspectos que faciliten la participación activa de las mujeres y sus acompañantes en la atención del proceso del parto. La Estrategia de atención al parto normal recomienda:

- Asegurar y garantizar el acceso y comprensión de la información a las mujeres sobre el proceso fisiológico del parto y sobre el conocimiento disponible acerca de las diferentes prácticas clínicas avaladas científicamente en la atención al parto.

- Esta información debe ser: completa, considerando las razones, los beneficios, los riesgos y los resultados; adecuada a las necesidades de las mujeres; comprensible en relación con el lenguaje y con el momento en que se da la información; y disponible en el formato adecuado.
- Ofrecer a las mujeres información basada en la evidencia con la finalidad de permitirles tomar decisiones informadas de acuerdo con sus necesidades y expectativas.
- Respetar las decisiones que tome la mujer acerca de su parto (por ejemplo, del plan de parto y nacimiento elaborado durante el embarazo) dentro del marco de seguridad y calidad establecido por la evidencia científica.
- Garantizar el reconocimiento del derecho de la madre y el padre o tutor legal sobre cualquier decisión en relación con el RN.
- Facilitar y garantizar que las mujeres y asociaciones de mujeres participen en la evaluación de la atención al parto y nacimiento.
- Introducir mecanismos correctores de las barreras físicas, psíquicas, lingüísticas y culturales que dificultan la toma de decisiones informadas por parte de las mujeres.
- Facilitar a las embarazadas y sus parejas el conocimiento de la maternidad y de su personal antes del parto y de la existencia de grupos de apoyo madre-madre en el hospital.
- Desarrollar programas que estimulen a las mujeres a la toma de decisiones relativas al proceso del embarazo, parto y posparto.
- Investigar estrategias de divulgación efectivas que permitan a las mujeres acceder a información suficiente, relevante y acorde con sus valores y creencias.
- Establecer los mecanismos para garantizar que todas las usuarias hagan uso de su derecho a tomar decisiones informadas en pleno conocimiento de los riesgos y beneficios de su situación de salud.

- Dar a conocer experiencias positivas de parto no medicalizado (vídeos, testimonios de mujeres...).
- Establecer programas de educación sanitaria que propicien la activa participación de la comunidad en temas sanitarios. Fomentar las asociaciones de usuarias y promover su participación.
- Consignar explícitamente las preferencias de las mujeres durante el proceso de toma de decisión.
- Facilitar a las personas con dificultades de comunicación el acceso a la información y el ejercicio de su derecho a participar activamente.
- Comprometer a las y los profesionales y capacitar a la ciudadanía para promover un estado de opinión que favorezca la participación efectiva y la toma de decisiones informadas sobre la asistencia sanitaria.
- Elaborar un modelo de toma de decisiones y diseñar instrumentos que permitan la cuantificación de la participación de la población usuaria.

Cada unidad obstétrica deberá tener definido su programa funcional conforme a la estructura organizativa, de gestión y técnico-científica, basado en los estándares definidos en el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006. El programa funcional contemplará la identificación de los criterios de necesidad de las diferentes modalidades asistenciales comprendidas en la cartera de servicios de la unidad, incluyendo los siguientes aspectos:

- Análisis demográfico del entorno (con especial referencia a la población incluida en el área de captación de la unidad y los criterios de selección de sus usuarias).
- Estudio de la demanda teórica de cada una de las modalidades asistenciales de la MH. Para centros de nueva creación, deberá tenerse en cuenta la capacidad de penetración de la unidad en su entorno, una vez se encuentre ésta en pleno funcionamiento.

- Análisis de la infraestructura arquitectónica donde se desarrollarán las actividades de la MH (tanto para la definición de una nueva infraestructura como para la modificación de la ya existente).
- Análisis de la capacidad de producción, según escenarios de mayor o menor eficiencia.
- Estudio de necesidades de personal y de equipamiento, atendiendo a la demanda, a la actividad prevista y a la cartera de servicios del hospital en que se encuentre ubicada la MH.
- Definición de sus criterios de funcionamiento con referencias al manual de normas, y detallando los esquemas de circulación de pacientes, personal, familiares y materiales.
- Configuración del circuito asistencial-ordenación funcional (formas de acceso de las pacientes, valoración clínica de las gestantes, atención en paritorio/UTPR (Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación) y tránsito dentro de la MH, atención al RN, hospitalización convencional, alta, etc.) y las relaciones funcionales con las demás unidades de la IPS (interdependencia de servicios).
- Programa de espacios, de acuerdo con sus dimensiones y las peculiaridades de su organización.
- Estudio económico, en el que se reflejará tanto el importe de la inversión prevista en infraestructura y equipamiento como la estimación de los gastos corrientes de funcionamiento en personal, suministros y mantenimiento necesarios para realizar sus actividades, así como el impacto económico-sanitario de su funcionamiento en la institución de que dependa.

El programa funcional tendrá por objeto la configuración de un entorno específico, apropiado para las características de las usuarias que serán atendidas en la unidad y de la asistencia que éstas han de recibir en la misma, dotado de equipos e instalaciones adecuados a la naturaleza de su portafolio de servicios y que

permita la programación de sus actividades en la forma necesaria para optimizar la atención dispensada.

Las características estructurales de la unidad obstétrica vienen determinadas por su función asistencial (Ministerio de Sanidad y Política Social, España, 2009). Debe considerarse, por tanto, que se trata de una unidad que ofrece atención multidisciplinar a la parturienta, al RN y a la familia en el parto y en el nacimiento, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia para realizar esta actividad.

El proceso de atención al parto constituye, pues, el referente para el desarrollo de la estructura física de una MH, cualquiera que sea su tipología. Como se ha visto, este proceso abarca las siguientes fases:

- Acceso a la unidad.
- Valoración clínica de gestantes con sospecha de parto.
- Proceso de parto:
 - Dilatación.
 - Expulsivo.
 - Alumbramiento.
- Cesárea y otros procedimientos quirúrgicos, en su caso.
- Recuperación de la madre.
- Atención al RN.
- Alta de la unidad.

La atención a la parturienta y al RN según este esquema funcional requiere espacios apropiados para la recepción y valoración clínica de las gestantes que acudan a la MH con sospecha o pródromo de parto. El acceso a la MH puede ser programado o urgente. En el primero de los casos, la mujer acudirá para inducción del parto o cesárea programada; en el segundo, que es el más frecuente, llegará

por decisión propia, al reconocer signos de progreso de parto o derivada de otras unidades. Aunque la exploración de la mujer que acude con sospecha de parto puede realizarse en el Área de Urgencias, los hospitales tienden cada vez con mayor frecuencia a habilitar dentro de la MH los recursos que requieren estas usuarias, así como al resto de las urgencias obstétricas, de forma que, sin menoscabo de la prontitud con que, en la mayor parte de estos casos, debe prestarse la asistencia, se logre una atención integral del proceso del parto.

El proceso del parto, que comprende las fases de dilatación, expulsivo, alumbramiento y recuperación deberá llevarse a cabo siguiendo los protocolos y las guías generales de atención materno-infantil. Cuando exista indicación de ingreso para el parto, la mujer accederá al bloque obstétrico, cuya estructura física vendrá determinada por la tipología del proceso de atención al parto:

- En los secuenciales, existirán locales específicamente habilitados para las diferentes fases del parto: salas de dilatación, paritorios y salas de recuperación posparto.
- En los integrados, todo el proceso del parto tendrá lugar en el mismo espacio físico: las UTPR: Unidades de trabajo de parto, parto y recuperación (UTPR). Desde una perspectiva funcional, la UTPR supone una alternativa a la forma clásica de estructurar el proceso de parto, según la cual la asistencia a cada uno de sus períodos se realiza en lugares diferentes: sala de dilatación, paritorio y sala de recuperación.

La atención integral del parto a través de las denominadas UTPR, responde de una concepción orientada a la humanización del parto, que trata de centrar el proceso en las familias, dirigiéndolo a las necesidades de la mujer y el RN, según la idea de que el parto debe ser considerado más un acontecimiento normal que un acto médico-quirúrgico, y que, en la medida de lo posible, debe compatibilizar la presencia de la familia, con el acceso a la tecnología de apoyo en el momento que su utilización resulte indicada.

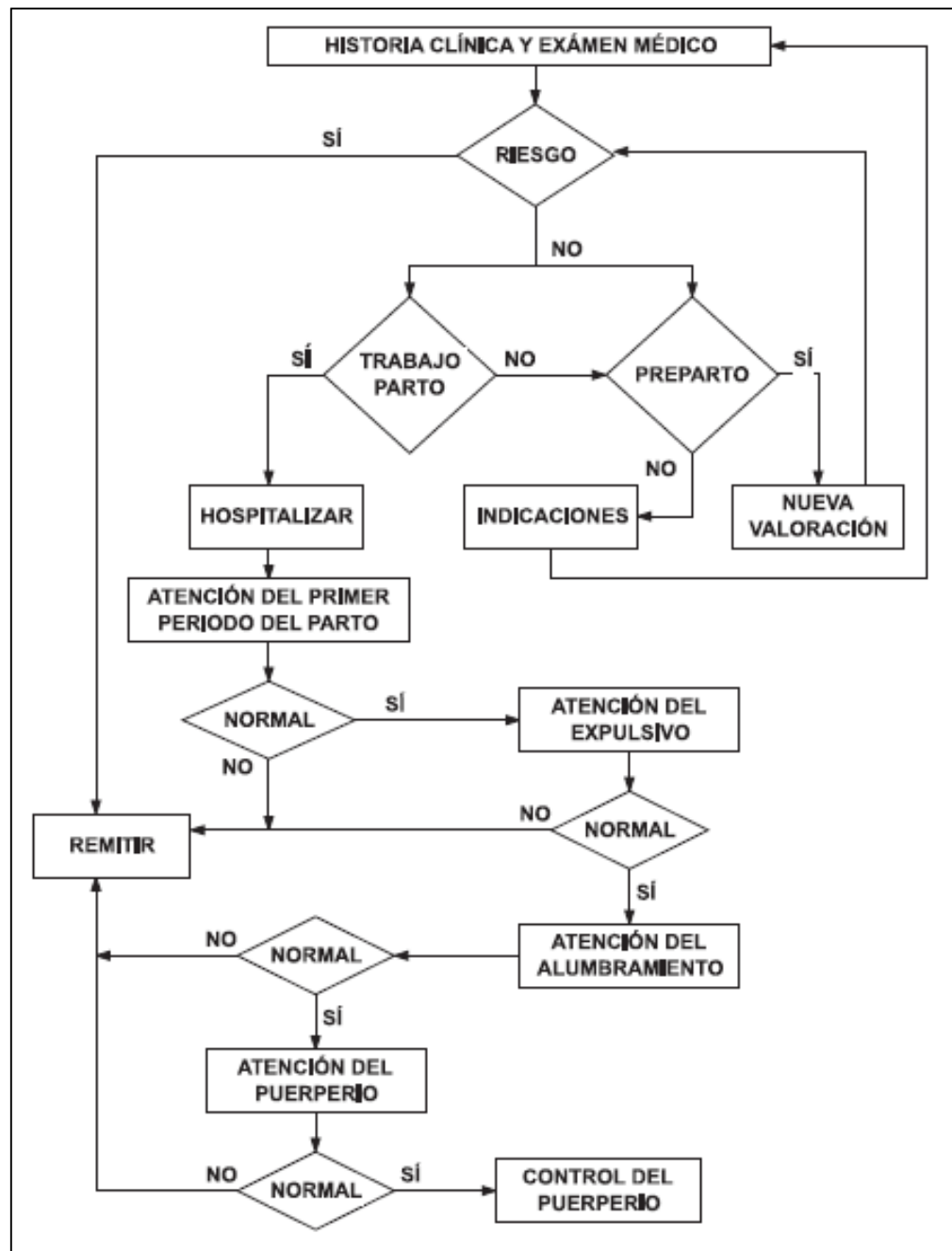
Las UTPR son los espacios habilitados en el bloque obstétrico para la asistencia a la parturienta a lo largo de todos los períodos del proceso de parto vaginal (dilatación, expulsivo, alumbramiento y recuperación), y al RN sano que no precisa ingreso en la unidad de neonatología. Deben estar ubicadas dentro del bloque obstétrico de forma que el acceso al área quirúrgica resulte sencillo a fin de que el traslado de la parturienta, en caso de complicación, sea lo más rápido posible. Además, deben contar con los medios necesarios para realizar procedimientos de reanimación de rutina, tanto de la madre como del RN.

Cualquiera sea el modelo organizativo adoptado, se considera, siguiendo a De La Cueva, Parra & Müller que es: “ideal (...) que todo el proceso del parto transcurra en un único espacio arquitectónico para no desconcentrar a la mujer, y evitar su traslado en un momento delicado a nivel hormonal y emocional como es el inicio del expulsivo”. Desde esta perspectiva, incluso en un bloque obstétrico de tipo secuencial, el expulsivo puede atenderse en las salas de dilatación, si el parto es normal, o, en caso de complicación, en un paritorio o quirófano, según se precise.

Los bloques obstétricos con UTPR ofrecen la posibilidad de que todo lo concerniente a la dilatación, parto y posparto se lleve a cabo en una misma sala, lo que comporta determinadas ventajas respecto del sistema tradicional: mayor aprovechamiento del espacio y de los recursos disponibles, eliminación de recorridos innecesarios, simplificación del procedimiento y, sobre todo, mejora de las condiciones ambientales de la parturienta.

Acogiendo el modelo de atención del parto propuesto por el MPS –Colombia (2010) y que está basado en investigaciones y consensos internacionales al respecto, el flujograma podría especificarse como sigue:

Figura 3. Flujograma integrado de atención al parto



Fuente: Ministerio de la Protección Social, 2010.

En lo que tiene que ver con la realización de cesáreas y otros procedimientos quirúrgicos, es necesario considerar que un número significativo de gestantes atendidas en la MH requieren intervención quirúrgica. La cesárea, ya sea programada o indicada de forma urgente durante el parto, es el procedimiento más frecuente, aunque también se realizan otros procedimientos mayores relacionados con el parto.

Por ello, la disponibilidad de un área quirúrgica es un componente esencial de los recursos necesarios para la atención obstétrica, que, en principio, puede estar integrado en la estructura física de la unidad o ubicarse dentro del bloque quirúrgico general, al que, una vez indicada la cirugía, la usuaria debería ser trasladada.

A este respecto, conviene considerar que, además de la frecuencia de los episodios quirúrgicos entre la casuística de la M.H., la mayor parte de ellos son urgentes, pueden presentarse en cualquier momento y, en no pocas ocasiones, requieren una actuación inmediata.

En todo caso, el diseño del área quirúrgica debe permitir la circulación u ordenación funcional que permita gestionar otros circuitos y procesos relacionados con la gestación, de tal forma que el circuito del parto normal no se vea contaminada con cualquier otro proceso.

Conde Fernández. (2009; p. 71) citando a Chevernak & McCullough (1996), considera que el momento de ofrecer o recomendar una cesárea es un problema ético que los obstetras encuentran asiduamente en su práctica clínica. Los principios éticos de beneficencia y autonomía, así como el concepto del médico como fiduciario del paciente le proveen de poderosas herramientas para afrontar estos retos.

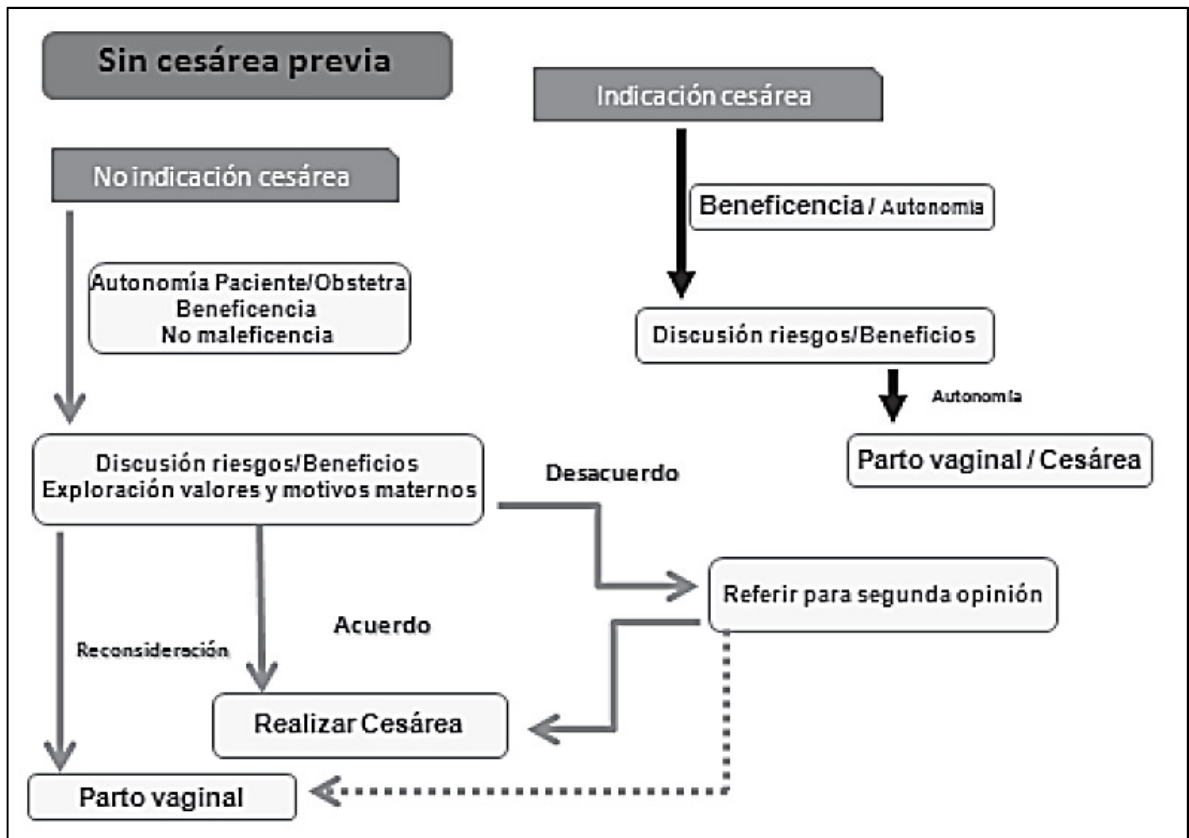
Para ayudar en la toma de decisiones cuando estos casos ocurren, Conde Fernández (2009) propone un algoritmo ético, basado en los principios éticos de respeto de autonomía y beneficencia, aplicable a dos casos:

- 1) Casos en que no existe un antecedente de cesárea previa y en los cuales se pueden encontrar dos situaciones opuestas:
 - Cesárea indicada: Existe una indicación clara de cesárea, casos como la presentación podálica del feto, ya sea en primíparas, donde la indicación de cesárea no muestra ninguna duda, o múltiparas, donde en la última década las recomendaciones de los distintos órganos colegiados recomiendan la práctica de cesárea para el nacimiento del feto, la recomendación para la realización de la cesárea estaría basada en el principio de beneficencia (materno y fetal), que prima sobre la autonomía de la paciente. Otros casos como fetos macrosómicos también se incluirían en esta categoría. En estos casos se debe explorar los riesgos/beneficios maternos y fetales que ambas vías del parto ofrecen y discutirlos con la paciente, ésta optará por la vía vaginal o la cesárea (autonomía). En caso de no estar de acuerdo con este proceder lo más recomendable es enviar a la paciente para una segunda opinión.
 - Cesárea no indicada: Donde no exista una indicación médica u obstétrica para la realización de la cesárea se estaría ante un caso de lo que se ha denominado en la literatura “cesárea a demanda” o “cesárea a petición materna”. Los principios éticos a considerar serían pues la autonomía tanto de la paciente como del obstetra, la beneficencia de éste hacia la madre y el feto y la no maleficencia. Se deberían discutir riesgos y beneficios de la cesárea y parto vaginal y explorar los valores y motivos que inducen a la madre a pedir una cesárea electiva. Si después de una discusión cuidadosa sobre éstos, la preferencia materna sigue siendo reafirmada con convicción

sobre sus valores previos (como en el caso de temor al parto) se trataría de una decisión autónoma sólida y por lo tanto debería tener lugar la cesárea. Si por el contrario los argumentos no tienen una fundamentación sólida entonces se debería dirigir a la paciente para una segunda opinión (caso de miedo al dolor del parto).

En la figura siguiente se especifica el algoritmo a aplicar en los casos sin cesárea previa:

Figura 4. Algoritmo de indicación sin cesárea previa



Fuente: Conde Fernández F. (2009), p. 72.

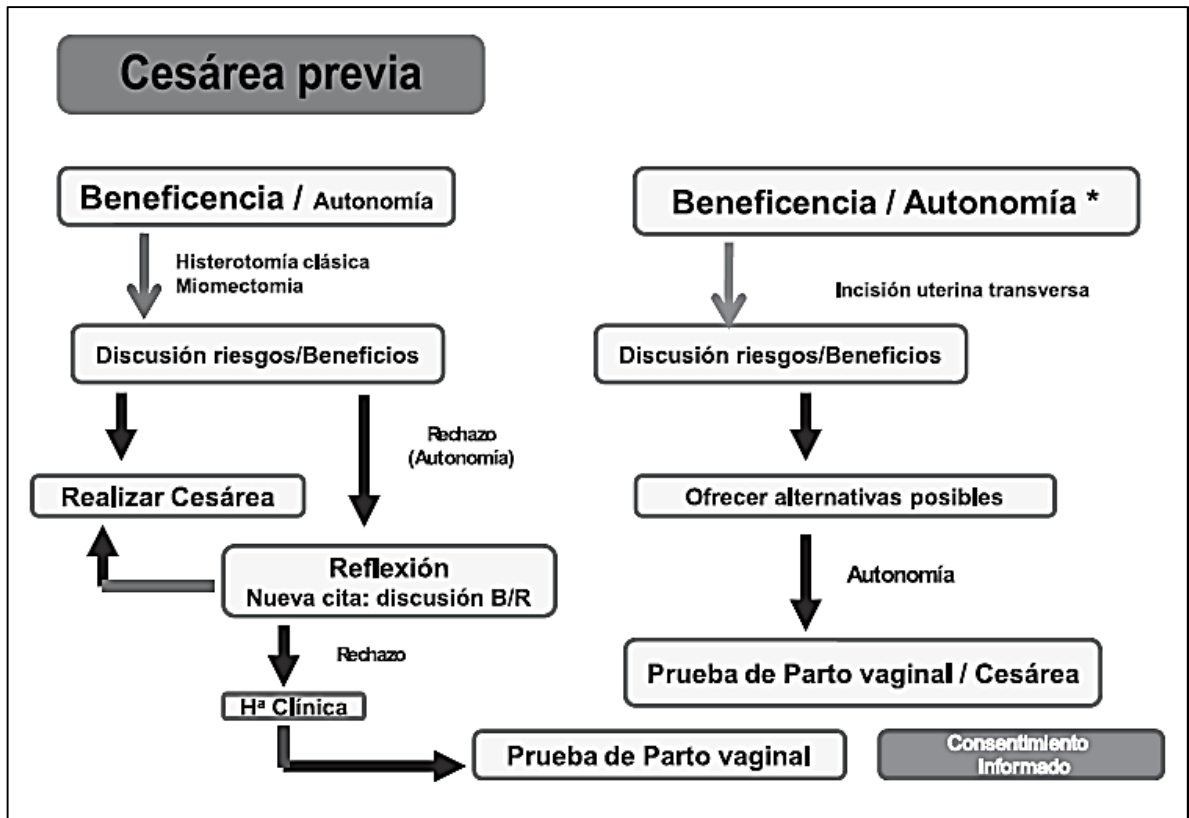
- 2) Casos en que existe un antecedente de cesárea previa: De acuerdo con el autor citado, los principios éticos en juego son la autonomía de la paciente y

la beneficencia. En función del peso relativo de cada uno se estaría ante dos situaciones distintas:

- Beneficencia con mayor peso que autonomía: Lo constituyen aquellos casos como una miomectomía previa o una histerotomía clásica donde lo aconsejable y benéfico sería la realización de una cesárea, ya que ésta evitaría el riesgo de rotura uterina (hasta un 12% en estos casos). Solamente se debería ofrecer la posibilidad de parto por cesárea. En caso de rechazo, donde la paciente ejerce su autonomía se le daría un tiempo de reflexión y nueva cita explicando nuevamente riesgos y beneficios y explorando valores y motivos de la decisión. Si ésta persistiese se reflejaría en la historia clínica y la paciente en virtud de su autonomía pasaría a una prueba de parto vaginal.
- Beneficencia y autonomía con igual peso específico: Como en la situación de una cesárea previa mediante histerotomía transversa baja. En estos casos existe controversia de si la cesárea representa una alternativa mejor al parto vaginal. Deberían explicarse los riesgos y beneficios a la paciente y ofrecer las alternativas posibles (cesárea/parto vaginal tras cesárea), estando ambas alternativas justificadas éticamente. El no ofrecer las alternativas posibles implicaría incurrir en un paternalismo injustificado (Conde Fernández, 2009; pp. 73-74).

En la figura siguiente se especifican los factores y el flujo de decisión en el algoritmo aplicable a los casos de indicación con cesárea previa:

Figura 5. Algoritmo de indicación con cesárea previa



Fuente: Conde Fernández F. (2009), p. 73.

Es menester observar que en ambas situaciones se busca ajustar los principios de beneficencia y autonomía en torno al consentimiento informado, brindando posibilidades de decisión ajustada a la satisfacción de la necesidad de salud de la paciente y su hijo, lo cual contribuye en última instancia a fundamentar y materializar el interés superior de la calidad de vida durante el parto y posteriormente a él. Finalmente, señala Conde Fernández (2009; p. 74) que:

En los últimos años a medida que la tasa de cesáreas se ha incrementado, ha surgido gran interés tanto público como profesional sobre el fenómeno de la mujer que elige el nacimiento de su hijo mediante cesárea electiva sin que exista ninguna indicación médica u obstétrica. Este tema ha provocado intensos debates y controversias al

introducir nuevos interrogantes sobre la naturaleza de la autonomía en el parto. Como hemos visto el debate se centra en un equilibrio entre aquellos que defienden la autonomía de la mujer en el proceso del parto y el principio de beneficencia que recomienda el bienestar tanto de la madre como del feto.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

El parto natural se identifica, de acuerdo con la OMS (2002) como aquel parto de comienzo espontáneo, de bajo riesgo, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 y las 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño o niña se encuentran en buenas condiciones.

Es evidente la tendencia hacia la mayor “medicalización” del parto y la oferta de la cesárea como procedimiento de elección. Es presumible que las mujeres también tienen su parte en el desplazamiento de las preferencias pues es claro que existe una brecha entre la atención del parto por cesárea que recibe la mujer educada y de altos ingresos frente a aquella perteneciente a sectores de bajos ingresos, residente en zona rural y con pocos años de educación a su haber.

La principal variable de aumento corresponde a la cesárea por solicitud materna (CPSM), es decir, un mayor número de mujeres piden les practiquen la cesárea por diversos motivos: temor al dolor, evitar algunas disfunciones del piso pelviano (DPP), prevenir lesión perineal, razones estéticas, entre otras. Serían, entonces, las CPSM las principales responsables del aumento en la tasa anual de cesáreas a nivel mundial y nacional, representando un factor de variación en los indicadores de salud maternal y perinatal que tiene implicaciones económicas sobre los sistemas de salud.

Desde las disciplinas económicas se sugiere que el aumento de las cesáreas frente al parto vaginal, se explicaría por el contraste en la rentabilidad de ambos eventos para los aseguradores y prestadores de los servicios de salud o la presión ejercida sobre el sistema de aseguramiento para obtener márgenes de utilidad

buscada con el mayor empleo de la capacidad instalada de las clínicas y hospitales.

En contraste, se ha logrado demostrar parcialmente el impacto del aumento de las cesáreas sobre la estabilidad de los sistemas de salud a través del tiempo; asumiendo que el incremento en el número de cesáreas electivas tiene un efecto positivo a corto y mediano plazo sobre el margen de utilidad de los agentes del sistema de aseguramiento: Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), pero que, a largo plazo, acarrea mayores costes sociales, dado que aumenta la presión del pasivo en salud: mayores índices de morbilidad materno-infantil asociada al procedimiento, gastos de bolsillo repetitivos, reducción en la sostenibilidad del esquema de aseguramiento por desequilibrio oferta-demanda, replicación desmedida sobre los fondos públicos de garantía al sistema, entre otros.

En todos los departamentos del país, con excepción de los ubicados en el llamado “eje cafetero”, el porcentaje de nacimientos por cesárea muestra un aumento que oscila entre 2.9% y 17.5% en el período 1995-2005. El mayor incremento se observó en los Departamentos de Bolívar, Sucre y Córdoba, y el menor incremento en el Departamento del Valle y en Cali, su capital.

En el caso de los partos por cesárea que presentan complicaciones, los costos del tratamiento asociado a la comorbilidades pueden representar en promedio entre el 200% y el 400% del valor total del procedimiento.

En el caso de la IPS San Juan de Dios (Cartagena), se encontró que los partos vaginales presentan una utilidad que varía entre el 8% y el 10% por encima del margen de utilidad que genera una cesárea.

Se encontró que la rentabilidad económica respecto a los activos fijos totales asignados a la actividad productiva es mayor en el caso del parto vaginal, representando casi el doble que en el parto por cesárea: 33% vs 17,3%.

En cuanto al indicador de rentabilidad financiera respecto a los fondos propios también es mayor en el caso del parto vaginal, representando cerca de 15 puntos porcentuales por encima que en el parto por cesárea: 46.8% vs 31.2%. Se comprueba, en este caso, que las ventajas de la realización de partos naturales se reflejan positivamente en el comportamiento de los recursos financieros totales con los que cuenta la Clínica y por ende puede ser considerado como el procedimiento a recomendar en primera instancia, en contra de la cesárea electiva.

Para evaluar la sostenibilidad económica se consideraron dos posibilidades: 1) que el nivel de impacto institucional o de compromiso de recursos económicos variara en razón del tipo de parto atendido en razón de los costos totales que se debían asumir (hipótesis de trabajo) y 2) que el nivel de compromiso de los recursos económicos de la IPS en la atención del parto fuera indistinta para el parto vaginal (PV) y para el parto por cesárea electiva (CPSM), en atención a las características del sistema de aseguramiento (hipótesis nula), y mediante el estudio de costos, se demostró evidentemente la validez de la primera hipótesis (H_1).

En cuanto al impacto económico institucional de ambos procedimientos, evaluado bajo los criterios de Swisher y Bernadotti (2000; p. 192) se encontró que $IEPV > IECPSM$ (430 > 279). El impacto económico institucional, de los partos vaginales es 1,5 veces superior al de los partos por cesárea y la IPS tendrá un mejor nivel de compromiso de sus recursos corrientes y menos dificultad para la sostenibilidad de la inversión realizada en el área Gineco-obstétrica en la atención integral al parto si incentiva este procedimiento.

Respecto al compromiso económico familiar que supone el parto natural frente al parto por cesárea electiva, se encontró que un parto natural significa un exceso del 573,6% en el presupuesto; mientras que un parto por cesárea asciende a un exorbitante 1046%. La decisión en este caso es obvia: se debe promover el parto natural en todos aquellos casos en que no exista contraindicación para ello, dado que los costos que supone una CSPM fácilmente desborda la capacidad de pago inmediata de la familia para atender los gastos generados y que, como se sabe, se incrementan con un período de recuperación postparto mucho más prolongado, al margen de cualquier complicación que incrementa onerosamente la demanda de recursos a la familia, independiente del tipo de aseguramiento que se posea.

Se encontró que la tasa de recuperación de la inversión (TR) para la Clínica San Juan de Dios (Cartagena) es positiva en ambos procedimientos: parto vaginal y parto por cesárea electiva. No obstante, las cifras obtenidas muestran que la tasa de recuperación financiera del parto natural o vaginal es más de dos veces la del parto por cesárea electiva: 80% vs 37%.

Finalmente, en cuanto a la valoración económica-financiera del parto vaginal frente a la cesárea electiva y sus repercusiones sociales, se determinó la favorabilidad del primer procedimiento sobre el segundo en razón a los estándares de bienestar, seguridad del paciente, nivel de riesgo y calidad de vida materno-infantil, propuestos bajo el esquema de atención integral del SGSSS.

CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES

- 1) Adelantar un proceso de educación interinstitucional para la mujer gestante que brinde alternativas de conocimiento y decisión informada respecto a las ventajas del parto vaginal frente a la cesárea electiva, en ausencia de indicaciones Ginecobstétricos específicas para la realización del procedimiento.

- 2) Implementar protocolos de atención ginecobstétricos que atiendan a los criterios, guías y estándares de calidad en salud perinatal para asegurar el bienestar del binomio madre-hijo en cualquier evento de parto (PV o CPSM).

- 3) Adelantar un estudio prospectivo que permita evaluar el rendimiento financiero de las inversiones destinadas al área ginecobstétricos en una perspectiva de proyección de los costos y de la rentabilidad obtenida con ambos procedimientos.

- 4) Diseñar y poner en marcha un programa integrado de atención al parto que incluya los componentes de financiamiento, técnico-científicos, humanos y funcionales para el mejoramiento continuo de la calidad en la unidad ginecobstétrica de la IPS, atendiendo a los resultados de favorabilidad económica y financiera de los PV frente a las CSPM.

BIBLIOGRAFÍA

Alvera F. & Campo T. (2002). Decisiones Financieras en las Instituciones de Salud. Madrid: OPE.

Arrieta A. y Onetto A. (2006). ¿Quiénes ganan y quiénes pierden con los partos por cesárea? Incentivos médicos y derechos reproductivos, Economía y Sociedad 66, CIES, diciembre 2007.

Belgrano. La cantidad de cesáreas en Argentina supera en un 70% lo que recomienda la OMS (martes 17 de agosto de 2010). Disponible en: www.eltribuno.com.ar

Bernstein, L.A. (1995): Análisis de estados financieros. Teoría, aplicación e interpretación, Ed. Irwin, Madrid.

Canales de la Fuente, R. & Canseco Lima, J. Cesárea o parto vaginal. Una perspectiva bioética. Ensayos y Opiniones Acta Médica Grupo Ángeles. Volumen 4, No. 4, octubre-diciembre 2006, 253.

Conde-Aguádelo A. Cesárea programada para parto en presentación podálica a término: Comentario de la BSR (última revisión: 8 de septiembre de 2003). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Conde - Agudelo A, Belizan JM, Diaz-Rossello JL. Epidemiology of fetal death in Latin America. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica 2000; 79:371-378.

Conde Fernández F. (2009). La cesárea. Una perspectiva bioética. Discurso leído en el acto de su recepción como Académico Correspondiente en Lanzarote el día 14 de diciembre de 2009. Lanzarote (España), Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote.

Cuervo, A. (1994): Análisis y planificación financiera de la empresa, Ed. Cívitas, Madrid.

Cuervo, A. y Rivero, P. (1986): "El análisis económico-financiero de la empresa", Revista Española de Financiación y Contabilidad, nº 49, pp.15-33.

De la Cueva P, Parra M, Müller A. (2008). Arquitectura integral de Maternidades. Material de apoyo a la estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. España.

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (2010). Informe de resultados de la Encuesta Nacional de Hogares 2010. Bogotá: DANE.

Duque M.; Gómez L. & Osorio J. (2009). Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones. Revista del Instituto Internacional de Costos nº 5, julio/diciembre 2009, pp. 495-525.

Estero Sánchez, F. (1998): Análisis contable de la rentabilidad empresarial, Centro de Estudios Financieros, Madrid.

Estrada, Mónica y Vargas, Paola. Diseño y estructura del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma ISO 9001:2000 para una Institución Prestadora de Servicios de Salud. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ingeniería, 2004, p. 28.

Falicoff S. & R. Argentina. (1992). Estrategia de reducción de costos. V congreso Internacional de Costos Productividad y Competitividad.

Gaile, Rayburn (1999). Contabilidad y Administración de Costos. Mc Graw Hill. Sexta edición. México.

González Pascual, J. (1995): Análisis de la empresa a través de su información económico-financiera, Ed. Pirámide, Madrid.

HofmeyrGJ, Hannah ME. Planned Caesarean section for term breech delivery (Cochrane Review). In: Cochrane database of systematic reviews, Issue 3, 2001. CD000166.

HofmeyrGJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term (Cochrane Review). In: Cochrane database of systematic reviews, Issue 2, 2001. CD000008

Lemus, J. A. (2009). Salud perinatal en los sistemas de salud de América Latina y el Caribe. México: OPS.

Martínez García, F.J. (1996): Análisis de estados contables: comentarios y ejercicios, Ed. Pirámide, Madrid.

Ministerio de la Protección Social, Colombia (2010). Guía de atención del parto. Guía 8. Bogotá.

Ministerio de Sanidad y Política Social, España (2009). Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación 2009. Disponible en: www.msps.es

Molina G.; Muñoz I. F. & Ramírez A. Ed. (2009). Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Medellín: Universidad de Antioquia – Colciencias.

Novak, G. S. Jones, H. Jones. Tratado de Ginecología. 8a.Edición española de 1971, traducción del original inglés de Williams and Wilkens, 1970. Editorial Interamericana, S. A., México, D. F.

Organización Mundial de la Salud (1999). Estadísticas vitales mundiales y oportunidades en el nuevo milenio. Ginebra-Suiza.

Parés, A. (1979): “Rentabilidad y endeudamiento en el análisis financiero y la planificación empresarial”, Moneda y Crédito, diciembre, nº 151, pp. 3-20.

Pernoll M, Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstétricos. Editorial El Manual Moderno, México, 1993 Sexta edición. Capítulo 9: Curso y atención del trabajo de parto y parto normal. Página 227-251.

Portal Institucional de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Disponible en: http://www.ordenhospitalaria.com.co/index.php?option=com_content&view=article&id=55:la-orden-hospitalaria-en-colombia-estrena-imagen&catid=3:noticias&Itemid=63

Rivero Torre, P. (1992): Análisis de balances y estados complementarios, Sexta edición, Ed. Pirámide, Madrid.

Rivero Torre, P. (Dirección y revisión) y BanegasOchovo, R. (Coordinación) (1998): Análisis por ratios de los estados contables financieros (análisis externo), Ed. Cívitas, Madrid.

Rizo Gil, Alberto (2009). Partos atendidos por cesárea: análisis de Los datos de las encuestas nacionales de demografía y salud en Colombia 1995-2005. Bogotá: Revista EAN 67. Septiembre-Diciembre 2009, p.59-74.

Ruíz, F. & Serna, C. (2009). Calidad de la atención obstétrica y gastos de bolsillo en salud. En: Revista de Salud CES No. 32, pp. 67-75. Medellín, 2010. Disponible en www.ces.edu.co

Sánchez Ballesta, Juan Pedro (2002). Análisis de Rentabilidad de la empresa, [en línea]. <<http://www.5campus.com/leccion/anarenta>> [26-02-2012]

Salinas, Hugo (2002) et al. Programa De Intervención Clínica Y Económica De La Operación Cesárea En El Hospital Clínico De La Universidad De Chile. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Gerencia de Operaciones. Hospital Clínico J. J. Aguirre, Universidad de Chile

Schwartz R., Duvergues C, Fescina R., Obstetricia, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 2001, Quinta edición Capítulo 11: El Parto Normal página 368-459.

Selling, T.I. & Stickney, C.P. (1990): "Disaggregating the rate of return on common shareholders' equity: a new approach", Accounting Horizons, December, pp. 9-17.

Shank y Govindajan.(1998). Gerencia Estratégica de Costos. La nueva herramienta para desarrollar ventaja competitiva .Editorial Norma .Colombia.

Swisher, W. & Bernadotti, L. G. (2000). Análisis económico en las empresas del sector salud. En: Enfrentando la crisis con una planificación adecuada. Universidad de Antioquia, Análisis económico nº 53, 2001, pp. 47-60.

Uranga Imaz Francisco A. Obstetricia Práctica-2a. Edición española, 1970. Editorial Intermédica, Buenos Aires, Argentina.

Urías Valiente, J. (1995): Análisis de estados financieros, Ed. McGraw-Hill, Madrid.

Vázquez Cabrera, Juan (2010). Cesárea: Análisis crítico y recomendaciones para disminuir su morbilidad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, p. 13.

Vergara S. Guillermo (2007). Atención Eficiente del Parto. 2 Edición. Capítulo 7.

Villamizar Gómez, Hernando (2011). Implicaciones del parto por Cesárea en Colombia y en la región. Sociedad Colombiana de Pediatría www.scp.com.co

Xu, Ivy, DeLancey & col. (2010). Pelvic Floor Consequences of Cesarean Delivery on Maternal Request in Women with a Single Birth: A Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Women's Health* 19(1):147-160, Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), Ene 2010. En español: Comparan los Niveles de Rentabilidad de la Cesárea por Solicitud Materna y del Parto Vaginal.

ANEXOS

ANEXO A.
SOLICITUD DE INFORMACIÓN A LAS DIRECTIVAS DE LA CLÍNICA

Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, Noviembre 01 del año 2010

A quien corresponda
Área: centro de Costos
O.H.S.D.

Asunto: solicitud de información para desarrollar trabajo de grado (Universidad de Cartagena Posgrado de Gerencia en Salud)

Cordial saludo

Por medio de la presente y con fines académicos solicito información de los costos, gastos e ingresos de cesáreas y partos en la institución

Atentamente:

PATRICIA SARA
Colaboradora de ginecología

EIMY VALCÁRCEL
Colaboradora de urgencias

ANEXO B. COSTOS DE LA CESÁREA

CLÍNICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS							
CESÁREA							
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRESENT	CAN/UTI	COS/UNI	CTOULT.COMPRA	COSTO	%
NOTA	COSTOS PRELIMINARES	SUBTOTAL					
	TIEMPO QUIRÚRGICO	60 MIN					
	COSTO SALAS	SUBTOTAL				161.648	23%
	TIEMPO DESALADERECUPERACIÓN	1 HORAS			6.508,00	6.508	4,03%
	ESTANCIA	1	1		155.140,00	155.140	95,97%
	ANESTESIA (RAQUÍDEA)		1			27.716	0
	SUMINISTROS CIRUGÍA	SUBTOTAL				86.491	12%
MC269	CEFRADINA 1G POLVOPARA RECONSTITUIR		1	1.695		1.695	1,96%
MQ01061	SONDA URETRAL NELATON NO.14		1	306		306	0,35%
MQ00487	EQUIPO DEMACRO		1	998		998	1,15%
MQ00439	CROMADO OCT1		1	5.444		5.444	6,29%
MQ00440	CROMADO 1CT1		2	5.008		10.016	11,58%
MQ00441	CROMADO 2/OCT1		1	5.518		5.518	6,38%
MQ00453	CUCHILLA DE BISTURIN#20		1	136		136	0,16%
MQ00476	ELECTRODOS ADULTOS		3	266		798	0,92%
MQ00523	ETHILON 3/OSC24		1	3.606		3.606	4,17%
MQ00409	COMPRESA ESTERIL 18X 18X PAQUETE		6	5.938		35.628	41,19%
MQ00585	GUANTES DESECHABLES "M" PAR		3	197		591	0,68%
MQ00586	GUANTE ESTÉRIL N°7		2	762		1.524	1,76%
MQ00587	GUANTE ESTÉRIL 6 1/2		1	754		754	0,87%
MQ00588	GUANTE ESTÉRIL 7 1/2		1	754		754	0,87%
MQ00589	GUANTE ESTÉRIL 8		1	703		703	0,81%
MQ00674	LÁPIZ DE ELECTROBISTURI		1	10.566		10.566	12,22%
UF1440001	MANILLA DE IDENTIFICACIÓN (NIÑO)		1	352		352	0,41%
MQ01523	VICRIL 1/OCT1		1	5.574		5.574	6,44%
MQ01546	CLAN UMBILICAL		1	348		348	0,40%
MQ00296	CATÉTER INTRA VENOSO NO. 18		1	1.180		1.180	1,36%
	SUMINISTROS HOSPITALIZACIÓN				SUBTOTAL	35.644	5,12%
MC728	SODIO CLORURO SOLUCIÓN INYECTABLE 0,9% X 500CC		3	1.082		3.246	9,11%
MC708	RINGER LACATATOSOLUCIÓN INYECTABLE X 500CC		3	1.082		3.246	9,11%
MC377	DIPIRONASÓDICA AMP 2,5GR/5ML		4	474		1.896	5,32%
MQ00642	JERINGAX 5CC		8	179		1.432	4,02%
MC582	METILERGOMETRINAMALEATO 0,2MG 1ML		3	3.945		11.835	33,20%
MC659	OXITOCINA SOLUCIÓN INY 10UI /ML		4	979		3.916	10,99%
MC426	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) 2MG ORAL/IM/IM		1	9.491		9.491	26,63%
MC106	ACETAMINOFÉN 500MG TAB		4	18		72	0,20%
MC590	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML		3	170		510	1,43%
	LABORATORIO CLÍNICO				MENOS 10%	56.613	8,12%

TARIFAISS2001		1,22		TOTAL	62.903		
902210	HEMOGRAMAIVMÉTODOAUTOMÁTICO	1	13.438	13.438,30	13.438	23,74%	
906916	SEROLOGÍA(PRUEBANOTREPONEMICA)VDRLENSUERO	1	5.344	5.343,60	5.344	9,44%	
911016	HEMOCLASIFICACIÓNFACTORRH(FACTORD)ENLAMINA	2	3.227	3.226,90	6.454	11,40%	
904903	HORMONAESTIMULANTEDELTIROIDESTSHNEONATAL	1	27.420	27.419,50	27.420	48,43%	
911018	HEMOCLASIFICACIÓNGRUPOABODIRECTAOGLOBULAR	2	5.124	5.124,00	10.248	18,10%	
	COSTO PAQUETE BÁSICO QUIRÚRGICO	1	45.000		45.000	6,46%	
	SERVICIOS PROFESIONALES				132.060	18,95%	
	SUBTOTAL						
	VALORACIÓN POR PEDIATRA RECÉNACIDO	20 MIN	20	0	32.000,00	10.560	8,00%
	MÉDICO ESPECIALISTA CIRUGÍA	45 MIN	1	1	33.000,00	33.000	24,99%
	SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA	30 MIN		1	33.000,00	16.500	
	MÉDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	60 MIN	1	53.000	53.000,00	53.000	40,13%
	MÉDICO AYUDANTE QUIRÚRGICO	45 MIN	1	19.000	19.000,00	19.000	14,39%
	OTROS COSTOS					151.628	21,76%
	SUBTOTAL						
	COSTO EN SALAS DE CIRUGÍA		1	151.628	151.628,00	151.628	100,00%
	APORTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO						0,00%
	COSTO PROCEDIMIENTO CON HONORARIOS					696.800	100,00%
	COSTO PROCEDIMIENTOS SIN HONORARIOS					663.800	
	MODIFICADO AGOSTO 2009						

LA ESTANCIA NO DEBE SER SUPERIOR A UN DÍA

SE INCLUYEN LAS SIGUIENTES VACUNAS:

VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B

442.895

VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOPOVIP)

VACUNACIÓN CONTRA LA TUBERCULOSIS (BCG)

ENCASO DE COMPLICACIÓN SEROMPEL PAQUETE

TOTAL COSTO DEL PROCEDIMIENTO SIN ESTANCIA

541.660

ANEXO C.
COSTOS DE PARTO VAGINAL

CLÍNICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS							
PARTO NORMAL							
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRESENT	CAN/UTI	COS/UNI	CTOULT.COMPRO	COSTO	%
NOTA	COSTOS PRELIMINARES				SUBTOTAL		0,00%
	COSTOS SALAS	SUBTOTAL				155.140	31,55%
	ESTANCIA		1	155.140	155.140	155.140	100,00%
	SUMINISTROS CIRUGÍA	SUBTOTAL				20.332	4,13%
MC547	LIDOCAINA SINEPINEFRINASOLINY2%X50ML		1	1.897		1.897	9,33%
MQ00441	CROMADO2/OCT1		2	5.518		11.036	54,28%
MQ00587	GUANTE ESTÉRILES 61/2		3	754		2.262	
MQ00565	GASA DE CURACIÓN ESTÉRIL 3X3 SOB X3		5	180		900	
MQ00487	EQUIPO DEMACRO		1	998		998	
MC728	SODIOCLORURO SOLUCIÓN INY 0,9%X500CC		1	1.082		1.082	
MC659	OXITOCINA DE 10UI		1	979		979	
MQ00296	CATÉTER INTRAVENOSO N°18		1	1.178		1.178	
	SUMINISTROS HOSPITALIZACIÓN				SUBTOTAL	13.549	2,76%
MC728	SODIOCLORURO SOLUCIÓN INYECTABLE 0,9%X500CC		1	1.082		1.082	7,99%
MC708	RINGER LACATATOSOLUCIÓN INYECTABLE X500CC		1	1.081		1.081	7,98%
MQ00642	JERINGA X5CC		2	179		358	2,64%
MQ00638	JERINGA X1CC CON AGUJA DE 25X5/8		3	174		522	3,85%
MC659	OXITOCINA SOLUCIÓN INY 10UI /ML		1	979		979	7,23%
MC426	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) 2MG ORAL/IM/IM		1	9.491		9.491	70,05%
MC106	ACETAMINOFÉN 500MG TAB		2	18		36	0,27%
	LABORATORIO CLÍNICO				SUBTOTAL	49.465	10,06%
	TARIFA ISS 2001		1,22	ISS 2001			
906916	SEROLOGÍA (PRUEBA NOTREPONÉMICA) VDRL EN SUERO		1	4.380	5.344	5.344	10,80%
911016	HEMOCLASIFICACIÓN FACTOR RH (FACTORD) EN LAMINA		2	2.645	3.227	6.454	13,05%
904903	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES SH NEONATAL		1	22.475	27.420	27.420	55,43%
911018	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABODIRECTA O GLOBULAR		2	4.200	5.124	10.248	20,72%
	OTROS PROCEDIMIENTOS				SUBTOTAL	7.680	1,56%
897011	MONITORIA FETAL ANTE PARTO		1	7.680	7.680	7.680	100,00%
	COSTO PAQUETE BÁSICO QUIRÚRGICO		1		45.000	45.000	9,15%
	SERVICIOS PROFESIONALES	SUBTOTAL				49.000	9,96%
	VALORACIÓN POR PEDIATRA A RECIÉN NACIDO	20MIN	0,5	32.000		16.000	32,65%
	MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA	30MIN	1	33.000		33.000	67,35%
	OTROS COSTOS	SUBTOTAL				151.628	30,83%
	COSTO EN SALAS DE CIRUGÍA		1	151.628		151.628	
	APORTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO						
	COSTO PROCEDIMIENTO CON HONORARIOS					491.794	
	COSTO PROCEDIMIENTOS SIN HONORARIOS					458.794	
	MODIFICADO MAYO 2009						

LA ESTANCIA NO DEBE SER SUPERIOR A UN DÍA
SE INCLUYEN LAS SIGUIENTES VACUNAS:
VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B

VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOPO VIP)
VACUNACIÓN CONTRA LA TUBERCULOSIS (BCG)

265.960

ENCASO DE COMPLICACIÓN SEROMPEL PAQUETE

TOTAL COSTO DEL PROCEDIMIENTO SIN ESTANCIA

336.654

ANEXO C. INDICADORES DEL PARTO SEGÚN EL OBSERVATORIO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

PROPORCIÓN DE CESÁREAS

ASPECTOS GENERALES

Nombre:	Proporción de cesáreas en la atención del parto
Código:	
Justificación:	<p>La cesárea se ha convertido en un procedimiento muy común (según la OMS, en 2007 Colombia fue el tercer país en el mundo con mayor proporción de cesáreas) y se asocia con aumento de los costos y los riesgos de complicaciones maternas y fetales, con relación al parto vaginal. La proporción de cesáreas no puede determinar el uso adecuado de los servicios, pero la variación de la proporción de realización de este procedimiento quirúrgico a través de las instituciones y las regiones sí puede lograrlo.</p> <p>Esta medida se utiliza para evaluar el número de cesáreas por cada 100 partos.</p>
Dominio:	Calidad Técnica

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador:	Total de cesáreas
Denominador:	Total de partos excluyendo: Presentación anormal (podálica o transversal), parto pretérmino, muerte fetal, gestación múltiple.
Unidad de medición:	Partos
Factor:	100
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador por el denominador y se multiplica por la constante

VARIABLES

	Numerador:	Denominador:
Origen de la información	Institución Prestadora de Salud (IPS)	Institución Prestadora de Salud (IPS)
Fuente primaria	RIPS	RIPS
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Trimestral	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control:	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo:	NO requiere ajuste por riesgo	<input type="checkbox"/>	Ajuste por sexo	<input type="checkbox"/>
	Ajuste por severidad	<input type="checkbox"/>	Comorbilidad	<input checked="" type="checkbox"/>
	Complejidad hospitalaria	<input checked="" type="checkbox"/>	IPS/EAPB	<input checked="" type="checkbox"/>
	Días de ventilación mecánica	<input type="checkbox"/>	Año de ocurrencia	<input type="checkbox"/>
	Mortalidad materna tardía(después de 42 días posparto)	<input type="checkbox"/>	Peso< 1500 gramos(muy bajo peso al nacer), > 1000 gramos(extremo de bajo peso al nacer)	<input type="checkbox"/>
	Clasificación ASA	<input type="checkbox"/>	Instrumentación del parto, paridad	<input type="checkbox"/>
	Número de cesáreas previas	<input checked="" type="checkbox"/>	Producto hemotransfundido	<input type="checkbox"/>
	Urgencia de la cirugía	<input type="checkbox"/>	Ajuste por servicio	<input type="checkbox"/>
	Consideraciones para el análisis:	<p>La recolección sistemática de datos, permitirá que cada institución pueda determinar al interior de sus servicios, los límites inferiores y superiores dentro de los cuales debe considerarse un comportamiento endémico de esta situación.</p> <p>La terminación del embarazo por cesárea está afectada por la co-morbilidad asociada de la paciente e incluso por el hecho de haber tenido cesáreas previas, por tanto debe ajustarse el indicador por estos factores de riesgo.</p>		
Umbrales				
Desempeño Superior:	Se determinará en el tiempo con base en la variabilidad del indicador.			
Desempeño aceptable:				
Desempeño mínimo:				
Referentes				
Nacionales:	Indicador de calidad en la atención del paciente propuesto por National Quality Measures Clearinghouse			
Internacionales:				
Bibliografía:	<p>AHRQ quality indicators. Guide to inpatient quality indicators: quality of care in hospitals - volume, mortality, and utilization [version 3.1]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2007 Mar 12, p. 91 p.</p> <p>AHRQ quality indicators. Inpatient quality indicators: technical specifications [version 3.2]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2008 Feb 29. p. 37</p>			

TASA DE TRAUMA OBSTÉTRICO EN PARTO POR CESÁREA

ASPECTOS GENERALES

Nombre:	Tasa de trauma obstétrico en parto por cesárea
Código:	
Justificación:	La cesárea es sin duda alguna una de las intervenciones quirúrgicas más importantes en la resolución de problemas obstétricos. Sin embargo, el aumento observado en su uso podría denotar un empleo, en ocasiones, no justificado médicamente, generando riesgo de trauma obstétrico (por ejemplo, ruptura de vejiga, o de uréteres, o de arteria uterina, o de ligamentos, entre otros)
Dominio:	Gerencia del Riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador:	Pacientes con trauma obstétrico durante una cesárea
Denominador:	Total de cesáreas
Unidad de medición:	Tasas por 1.000 cesáreas
Factor:	1000
Fórmula de cálculo:	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el Constante

VARIABLES

	Numerador:	Denominador:
Origen de la información	Institución Prestadora de Salud (IPS)	Institución Prestadora de Salud (IPS)
Fuente primaria	RIPS	RIPS
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Trimestral	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control:	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo:	NO requiere ajuste por riesgo	<input type="checkbox"/>	Ajuste por sexo	<input type="checkbox"/>
	Ajuste por severidad	<input type="checkbox"/>	Comorbilidad	<input type="checkbox"/>
	Complejidad hospitalaria	<input type="checkbox"/>	IPS/EAPB	<input checked="" type="checkbox"/>
	Días de ventilación mecánica	<input type="checkbox"/>	Año de ocurrencia	<input type="checkbox"/>
	Mortalidad materna tardía(después de 42 días posparto)	<input type="checkbox"/>	Peso< 1500 gramos(muy bajo peso al nacer), > 1000 gramos(extremo de bajo peso al nacer)	<input type="checkbox"/>
	Clasificación ASA	<input type="checkbox"/>	Instrumentación del parto, paridad	<input type="checkbox"/>
	Número de cesáreas previas	<input checked="" type="checkbox"/>	Producto hemotransfundido	<input type="checkbox"/>
	Urgencia de la cirugía	<input type="checkbox"/>	Ajuste por servicio	<input type="checkbox"/>
	Consideraciones para el análisis:	La recolección sistemática de datos, permitirá que cada institución pueda determinar al interior de sus servicios, los límites inferiores y superiores dentro de los cuales debe considerarse un comportamiento endémico de esta situación.		
Umbrales				
Desempeño Superior:	Se determinará en el tiempo con base en la variabilidad del indicador.			
Desempeño aceptable:				
Desempeño mínimo:				
Referentes				
Nacionales:	Indicador de seguridad del paciente propuesto por Agency for Healthcare and Research Quality.			
Internacionales:				
Bibliografía:	Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Agency for Healthcare and Research Quality.			

TASA DE TRAUMA OBSTÉTRICO EN PARTO VAGINAL

ASPECTOS GENERALES

Nombre:	Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal
Código:	
Justificación:	El desgarro vaginal ocurre en el período de expulsión, y no se esta exento de él con la episiotomía, ni disminuye el riesgo de desgarros graves, los desgarros grados III ó IV durante la atención del parto, pueden afectar al músculo o al tejido en el canal posterior generando seria complicaciones a las pacientes. Cuando se produce el desgarro, hay altas probabilidades de infección, y a menudo se prescriben antibióticos. Se requiere determinar la tasa de este evento.
Dominio:	Gerencia del Riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador:	Pacientes con desgarros grado III ó IV durante la atención del parto
Denominador:	Total de partos vaginales Casos excluidos: Recién nacido con peso igual o mayor a 4,000 gramos
Unidad de medición:	Tasas por 1.000 partos vaginales
Factor:	1000
Fórmula de cálculo:	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el Constante

VARIABLES

	Numerador:	Denominador:
Origen de la información	Institución Prestadora de Salud (IPS)	Institución Prestadora de Salud (IPS)
Fuente primaria	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Trimestral	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control:	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo:	NO requiere ajuste por riesgo	<input type="checkbox"/>	Ajuste por sexo	<input checked="" type="checkbox"/>
	Ajuste por severidad	<input type="checkbox"/>	Comorbilidad	<input type="checkbox"/>
	Complejidad hospitalaria	<input type="checkbox"/>	IPS/EAPB	<input type="checkbox"/>
	Días de ventilación mecánica	<input type="checkbox"/>	Año de ocurrencia	<input type="checkbox"/>
	Mortalidad materna tardía(después de 42 días posparto)	<input type="checkbox"/>	Peso< 1500 gramos(muy bajo peso al nacer), > 1000 gramos(extremo de bajo peso al nacer)	<input type="checkbox"/>
	Clasificación ASA	<input type="checkbox"/>	Instrumentación del parto, paridad	<input checked="" type="checkbox"/>
	Número de cesáreas previas	<input type="checkbox"/>	Producto hemotransfundido	<input type="checkbox"/>
	Urgencia de la cirugía	<input type="checkbox"/>	Ajuste por servicio	<input type="checkbox"/>
Consideraciones para el análisis:	La recolección sistemática de datos, permitirá que cada institución pueda determinar al interior de sus servicios, los límites inferiores y superiores dentro de los cuales debe considerarse un comportamiento endémico de esta situación.			
Umbrales				
Desempeño Superior:	Se determinará en el tiempo con base en la variabilidad del indicador.			
Desempeño aceptable:				
Desempeño mínimo:				
Referentes				
Nacionales:	Indicador de seguridad del paciente propuesto por Agency for Healthcare and Research Quality.			
Internacionales:				
Bibliografía:	Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Agency for Healthcare and Research Quality.			