

**ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LA OFERTA Y LA DEMANDA DE
CAMAS EN LA UCI ADULTO DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL
CARIBE DE CARTAGENA, EN EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE DE 2012**

**LAURA CASTAÑO BARRIOS
INDY DARENDY VELLOJÍN GÓMEZ**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESPECIALIZACIÓN DE GERENCIA EN SALUD
COHORTE XXII
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. y C.
2015**

**ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LA OFERTA Y LA DEMANDA DE
CAMAS EN LA UCI ADULTO DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL
CARIBE DE CARTAGENA, EN EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE DE 2012**

**LAURA CASTAÑO BARRIOS
INDY DARENDY VELLOJÍN GÓMEZ**

FABIO ANTONIO DUITAMA VERGARA
Docente Asesor

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESPECIALIZACIÓN DE GERENCIA EN SALUD
COHORTE XXII
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. y C.
2015
AGRADECIMIENTOS**

A Dios por darnos la vida, por la oportunidad de realizar estos estudios, avanzar y adquirir los conocimientos que son el motivo de la existencia y de la profesión.

A nuestras familias, por el apoyo y soporte diario recibido, por confiar en nuestras capacidades y, especialmente, por acompañarnos en esta nueva aventura de conocimientos.

A todos nuestros docentes, en especial a la Dra. Mónica de la Valle, por el acopio de conocimientos ofrecidos, don de gentes y anhelos de formación académica para un futuro mejor en nuestro desempeño profesional.

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Cartagena de Indias D. T. y C. Junio de 2015

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
3.1 OBJETIVO GENERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4. DELIMITACIÓN	16
4.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL	16
4.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL	16
5. MARCO TEÓRICO	17
5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	17
5.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	18
5.3 MARCO INSTITUCIONAL	22
5.4 MARCO CONCEPTUAL	25
5.5 MARCO LEGAL	32
5.6 GLOSARIO DE TÉRMINOS	36

5.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
6. DISEÑO METODOLÓGICO	39
6.1 TIPO Y ENFOQUE DEL ESTUDIO	39
6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	39
6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	40
6.4 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN	40
6.5 PLAN DE RECOLECCIÓN, TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	41
7. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	42
7.1 CRONOGRAMA	42
7.2 PRESUPUESTO	43
7.3 RECURSOS	43
8. DEDUCCIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS EN LAS UCI ADULTO DE LA CIUDAD DE CARTAGENA EN EL AÑO 2012 POR UNIDADES PRESTADORAS DE SERVICIO Y ÁREAS GEOGRÁFICAS DETERMINADAS.	44
9. DETERMINACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE SERVICIOS DE SALUD ACEPTADAS Y NEGADAS OCURRIDAS EN LA UCI ADULTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE DURANTE EL AÑO 2012.	48
10. PERFIL DE MORBILIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UCI ADULTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE EN EL AÑO 2012.	50

11. DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO POR LA NO PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SOBRE LA POBLACIÓN, LOS EMPLEADOS O DIRECTIVOS, LA IMAGEN INSTITUCIONAL Y SU SITUACIÓN FINANCIERA.	55
CONCLUSIONES	61
BIBLIOGRAFIA	63

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Operacionalización de Variables	38
Cuadro 2. Técnicas, Instrumentos y Fuentes de Información	40
Cuadro 3. Cronograma de Actividades	42
Cuadro 4. Presupuesto	43

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Demanda Potencial de Camas en UCI's	45
Tabla 2. Número de Camas en las UCI a 2012	47
Tabla 3. Solicitud de Camas en las UCI a 2012	49
Tabla 4. Perfil de Morbilidad en Cartagena en Primer Trimestre 2012	51
Tabla 5. Perfil de Morbilidad en Cartagena en Segundo Trimestre 2012	52
Tabla 6. Perfil de Morbilidad en Cartagena en Tercer Trimestre 2012	53
Tabla 7. Perfil de Morbilidad en Cartagena en Cuarto Trimestre 2012	54
Tabla 8. Tarifas de la UCI del Hospital Universitario del Caribe	57
Tabla 9. Capacidad Instalada de la UCI del H. U. C.	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Flujo de Recursos en el Sistema General en Salud

59

INTRODUCCIÓN

La situación actual de los Hospitales, Clínicas, Centros de Salud denominadas EPS's, que son entidades donde la población se afilia, y las IPS's o instituciones donde les prestan los servicios a los afiliados, según sea su estructura de servicios y administrativa, lo cual hace que sea difícil comprender quién cobra, quién paga y a quién quejarse porque sus interrelaciones, aspectos legales a cumplir, y el manejo dentro del Sistema General de Salud colombiano es bastante complejo y, muchas veces, depende de los políticos de turno el que tengan mayor o menor cantidad de problemas y, de acuerdo con esto sean o no eficientes.

Por esto, al desmontar el gobierno nacional el sistema que se manejaba con el Instituto de Seguros Sociales - ISS, se creó lo que se ha denominado el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSSS, con el ánimo de llevar mayor cobertura en salud a la población menos favorecida y, para lo que se crearon dos regímenes: el contributivo y el subsidiado, cada uno con su Plan Obligatorio de Salud – POS.

Sin embargo, aún existen muchas falencias en los servicios que se brindan en cada régimen (contributivo o asociado) y por eso la percepción general es de desorden generalizado, falta de una atención eficiente y eficaz para los pacientes y sus familiares. Esto se ha querido corregir y el Ministerio de la Protección Social ha presentado proyectos para eliminar las fallas y corregir lo necesario para hacer de este un sistema que ayude al bienestar general de los colombianos pues, de acuerdo con la Constitución Nacional, la salud es un derecho de cada ciudadano.

Fue por lo anterior que se ha querido desarrollar el presente proyecto, como un mínimo aporte para con la Universidad de Cartagena, en el sentido de mostrar las falencias en la oferta y demanda de camas en las UCI's, pero enfocados, específicamente, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Cartagena.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Hospital Universitario del Caribe de Cartagena es una Empresa Social del Estado – ESE cuyo funcionamiento está fundamentado en una fuerte alianza con la Universidad de Cartagena y la interrelación con proveedores externos de servicios como es la Unidad de Cuidados Intensivos - UCI Adulto, que nació hace cinco (5) años mediante un convenio con la Outsourcing Gestión U.C.I del Caribe la cual, desde entonces y hasta la fecha, cuenta con diez (10) camas y personal asistencial calificado que por ser un centro de salud de referencia para el Departamento de Bolívar, presenta gran demanda de servicios pero que es atendida sólo en un 50%; por esto, como medida de contingencia, se abrió otra unidad a corta estancia del Hospital donde se encuentran en servicio ocho (8) camas más que tampoco han sido la solución pues aún son insuficientes para cubrir la demanda, pero si han servido para disminuir la tasa de mortalidad en pacientes que esperan ser trasladados a la UCI Adulto, a pesar de no estar habilitadas por el Ministerio de Salud.

En este punto, es bueno enfatizar que la empresa de Outsourcing Gestión UCI del Caribe no ha podido instalar más camas en la UCI Adulto por problemas de logística y de recursos económicos. Esto, a pesar de que en el Hospital se abrió la Unidad de Cuidados Intermedios Adulto con diez (10) camas, lo que ha hecho que se mejore un poco la atención.

Así mismo, en un estudio realizado en el año 2010 por el DADIS, se demostró que en la ciudad de Cartagena existe en una oferta de 119 camas para UCI Adultos, de las cuales 107 son privadas y doce (12) son públicas; sin embargo el problema es que la totalidad de estas camas están esta la ciudad, lo que genera importantes inequidades sociales en la prestación de este servicio crítico en el Departamento de Bolívar. Por otra parte, con dichas camas generan una oferta de 2,298 estancias anuales pero la población potencialmente usuaria es de 1'155,282 personas que, con una tasa de ingresos hospitalarios de 1.93 por cada 1000 y una estancia media de 18.9 días, puede generar 2,226 ingresos al año y 42,065 estancias potenciales. Por lo tanto, en el documento ya mencionado áreas se determinó que se requieren 157 camas para las diferentes UCI's de los corregimientos, municipios y ciudades del departamento, con lo cual se observa que la oferta existente de camas es insuficiente porque faltan treinta y ocho (38) camas en el departamento, para pasar de 119 a 157. En adición, la demanda en la

red prestadora está distribuida y cada sub red tiene definido el número de camas por el DADIS pero, en su mayoría, no existen y esto se debe solucionar.¹

Ante a lo anterior y como datos adicionales de interés, se pudo establecer que el costo semanal de atención por paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto del Hospital asciende a la suma de dieciocho millones novecientos cincuenta y cuatro mil treinta y tres pesos (18.954.033) de los cuales solo el 30%, es decir \$ 5.686.209,9 (Cinco millones seiscientos ochenta y seis mil doscientos nueve) pesos corresponden a la ganancia neta del Hospital Universitario del Caribe.

En estas condiciones y ante los problemas de la salud en Colombia, la situación de la UCI del Hospital no escapa de la crucial realidad del país pues, a pesar de tener una capacidad instalada adecuada gracias a la cual se admiten más de la mitad de las solicitudes para atención en UCI (59,5%), todavía existe un alto índice de solicitudes no resueltas por negación al servicio de UCI Adulto del 40,5 %. Esto obedece a diferentes factores, entre los cuales se destaca el insuficiente número de camas disponibles para prestar dicho servicio; pero lo más grave es el impacto negativo que causa esta problemática a los aspectos financieros y de gestión de la institución, puesto que la ganancia neta no es representativa comparada con la carga de responsabilidades que acarrea mantener este servicio, a pesar de que el responsable directo es la empresa Gestión U.C.I del Caribe, una entidad ajena a la institución pero que goza del prestigio y la indudable reputación del Hospital Universitario del Caribe.

Atendiendo a los datos históricos que maneja la UCI Adulto y que fue posible obtener, el monto anual que dejó de recibir la institución Gestión U.C.I del Caribe por la no prestación de servicios durante el año 2012, que corresponden a 240 solicitudes no atendidas, ascienden a la suma de \$ 4.548'967.920 (Cuatro mil quinientos cuarenta y ocho millones novecientos sesenta y siete mil novecientos veinte) pesos de los cuales \$1.364'690.376 (Mil trescientos sesenta y cuatro millones seiscientos noventa mil trescientos setenta y seis mil pesos) son la utilidad del Hospital Universitario del Caribe; esto teniendo en cuenta que la estancia promedio por paciente debidamente atendido en la UCI Adulto es de siete (7) días; pero, aquí vale la pena mencionar que de acuerdo a la gravedad del paciente esta cifra se puede triplicar hasta llegar a \$13.646'903.760 anuales (Trece mil seiscientos cuarenta y seis millones novecientos tres mil setecientos sesenta) pesos por cada paciente debidamente atendido en la UCI.

¹ DADIS. Evaluación de la suficiencia de la red prestadora de servicios de salud en el Departamento de Bolívar y Distrito de Cartagena de Indias. 2010. 2-40p.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Está basado en la siguiente pregunta:

¿Bajo qué condiciones se debe analizar la oferta y demanda de servicios de salud en la Unidad de Cuidados Intensivos - UCI Adultos, de la ESE Hospital del Caribe de Cartagena, teniendo en cuenta que existen aspectos legales, asistenciales, administrativos y de calidad que se deben cumplir?,

2. JUSTIFICACIÓN

Se puede decir que, para la población en general, esta investigación es importante porque se realiza con el fin de determinar qué tanta demanda de servicios se atienden en la UCI Adulto de la ESE Hospital Universitario del Caribe ya que es un hospital de referencia para el departamento de Bolívar. Además, porque se busca Identificar qué tipo de impacto se presenta en la atención en salud departamental, en los empleados y en lo financiero institucional por la prestación o no de los servicios de UCI Adulto y, además, analizar si la ciudad cuenta con el número de camas para UCI Adulto acordes con la demanda de servicios, en especial porque Cartagena es la capital del departamento de Bolívar y el municipio con mayor demanda de servicio por ser un centro de referencia.

Además, el presente proyecto se justifica porque al considerar los resultados obtenidos en estudios previos y en un bosquejo general, se ha podido visualizar que los pacientes tienen problemas para la asignación de camas en la UCI Adulto del Hospital Universitario del Caribe porque durante el año 2012 se recibieron 758 solicitudes, de las cuales solo hubo capacidad para atender 396 pacientes que fueron ubicados en camas individuales. De los 362 restantes, solo fueron atendidos 190 pacientes en camas de las unidades externas, los últimos 172 pacientes no tuvieron cabida en ninguna de las unidades y tuvieron que ser atendidos en camas ubicadas en los pasillos del área de trauma y/o de urgencia de la institución. Por otro lado, durante el año 2013 la situación continuó pues se pudo constatar que mensualmente la UCI Adulto de la ESE Hospital Universitario del Caribe, recibió mensualmente de 100 a 110 solicitudes de cama y de éstas solo se satisfizo entre 40 a 45 solicitudes en la UCI propiamente dicha, con la novedad de que veinte (20) de estas solicitudes fueron atendidas en el áreas de urgencia y el resto de pacientes fueron atendidos en los pasillos de la institución en condiciones que no son las ideales, especialmente teniendo en cuenta que se trata de personas que tienen su vida en riesgo inminente, lo cual hace de esta problemática una situación alarmante y preocupante.

Así mismo, el presente proyecto se realiza con el fin de determinar si existe o no el total cubrimiento de la demanda de servicios en la UCI Adulto así como en ir pensando en las posibles soluciones si existe el problema de no atender la demanda y, de esta manera, obtener como beneficio de esta investigación una visión clara de las falencias que presenta el servicio de UCI Adulto de la ESE y por lo tanto tener debidamente identificados los puntos que se deben fortalecer para, así, atender la demanda de servicios, contar con el número de camas requeridas y eliminar el déficit económico que causa esta problemática, en especial por el hecho de ser una institución emblemática en la prestación de los servicios a nivel departamental y distrital. Además de esto, los directamente beneficiados serán los usuarios ya que al necesitar el servicio de salud de la UCI, la realidad es que no arriesgan su vida, ya que pueden ser admitidos debido a que su capacidad es suficiente; esto quiere decir que en la medida de que los resultados de la investigación sean puntuales y acertados y las propuestas planteadas para mejorar la problemática sean llevadas a cabo, se podría salvar la vida de muchas personas y la cantidad y calidad del servicio también mejoraría.

Se considera que, como estudiantes de especialización en Gerencia de la Salud, el presente proyecto da la oportunidad de poner en práctica lo aprendido durante el curso, ser conscientes de las necesidades de los pacientes, cómo atenderlos, cómo solucionar los problemas que se presenten, sean estos de tipo administrativo o asistencial, y ser parte de una comunidad dedicada a resguardar la salud de los pacientes

Finalmente, se espera que las Empresas Sociales del Estado ó EPS's se puedan apropiar de lo aquí planteado y sacar conclusiones válidas para manejar la oferta y demanda de su propia Unidad de Cuidados Intensivos Adulto

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el comportamiento de la oferta y la demanda de camas de la UCI Adulto en la Empresa Social del Estado - ESE Hospital Universitario del Caribe de Cartagena en el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2012

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Deducir el número de camas en las UCI Adulto de la ciudad de Cartagena en el año 2012 por unidades prestadoras de servicio y por áreas geográficas determinadas.
- Determinar las solicitudes de servicios de salud aceptadas y negadas en la UCI Adultos del Hospital Universitario del Caribe durante el año 2012.
- Establecer el perfil de morbilidad de los pacientes atendidos en la UCI Adulto del Hospital Universitario del Caribe en el año 2012.
- Describir el impacto por la no prestación del servicio sobre la población, los empleados o directivos, la imagen institucional y su situación financiera.

4. DELIMITACIONES

4.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

El presente proyecto se desarrolló en las instalaciones del Hospital Universitario del Caribe, específicamente en la Unidad de Cuidados Intensivos – UCI Adultos, localizado en el barrio Zaragocilla, en la Calle 29 N. 50-50, de la ciudad de Cartagena

4.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL

El período de tiempo utilizado para el desarrollo de este trabajo estuvo comprendido entre los meses de Octubre del año 2014 a Junio del 2015.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Las ESE ó Empresas Sociales del Estado fueron establecidas a partir de la implantación de la Ley 100 de 1993 del Ministerio de la Protección Social en cuyo articulado determinó transformar todos los Hospitales Públicos en Empresas Sociales del Estado, dándole una mayor importancia al régimen jurídico que soporta a dichas Empresas, así como a su origen y a su fundamento, consistentes en la descentralización por servicios, tema planteado por el derecho público.

Así mismo, es de conocimiento público que el llamado Régimen de Salud Pública estaba regido por la Ley 10 de 1990 que regulaba el “Sistema Nacional de Salud”, pero con el tiempo se determinó que este sistema presentaba grandes deficiencias en la atención al usuario debidas al escaso personal médico con que contaban los hospitales, la escasa cantidad de médicos especializados en atender los casos más graves y complejos relacionados con la salud, a la poca atención y mal trato que recibían los usuarios, sin dejar de lado el pobre abastecimiento de medicamentos, y las altas tarifas, entre otras causas.²

En adición, según la fuente consultada, “con la expedición del artículo 194 de la Ley 100 de 1993 se pretendió dar un vuelco total al sistema que regía hasta entonces, llamándolo desde ese momento el Sistema General de Seguridad Social en Salud”; y que “Por tal razón cambió la denominación de hospitales públicos por la de Empresas Sociales del Estado”, es decir, que los hospitales se convirtieron en empresas (entidades oficiales) que ofrecen un servicio óptimo y con grandes beneficios para los usuarios, buscando prestar servicios en condiciones humanas, equitativas y seguras, atendiendo a dos grandes principios establecidos para regir a estas empresas, con el fin de cumplir su objetivo, que son:

- ✓ EFICIENCIA³ : que es la utilización óptima de los recursos técnicos, humanos, administrativos y financieros, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población.
- ✓ CALIDAD: que consiste en brindar atención eficiente, oportuna, especializada, respetuosa y humanizada a los usuarios del servicio, utilizando los procedimientos adecuados.

² MANTILLA Adriana. Empresas Sociales del Estado. Universidad Sergio Arboleda

³ MANTILLA Adriana. Empresas Sociales del Estado. Universidad Sergio Arboleda

A pesar de lo anterior, y según el autor, “todas las empresas en el afán de evadir, parcial o totalmente, la legislación sobre el trabajo empiezan a utilizar la figura de Outsourcing para evadir el cumplimiento de normas mínimas de protección, tanto físicas como estructurales y de otra índole”⁴ Esto, porque el Outsourcing es un tipo de contratación que se puede encuadrar dentro de los servicios informáticos, pero, sin lugar a dudas, la complejidad que presenta debido a las diferentes aristas que posee, hace de ésta su principal característica ya que un contrato de Outsourcing responde, en general, a toda una tendencia vinculada a la reorganización de las grandes organizaciones a nivel mundial (procesos de reingeniería organizacional), entendiéndose que las mismas deben concentrar sus esfuerzos en el “business”, como el objeto de la organización o sea en el corazón de la misma y, así, obtener una mayor competitividad. Para ello, esta figura hace necesario encomendar a un tercero las tareas periféricas, como pueden ser el manejo de stock, transporte, almacenaje, procesamiento de datos, etc.⁵

5.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Entre los trabajos encontrados en Internet están:

1. la investigación denominada **EVALUACIÓN DE LA SUFICIENCIA DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL BOLÍVAR Y DISTRITO DE CARTAGENA DE INDIAS**, realizado por los señores David Scott Jervis Jálabe, MD, MsC; Julio Mario Orozco Africano, MD, MsC y Nelson Alvis Guzmán, MD, MsC, PhD., en Enero de 2011, y cuyo problema de investigación consistió en “Evaluar la suficiencia de la red prestadora de servicios de salud existente en el departamento de Bolívar, frente a la necesidad de servicios de la población”. Ya que según los investigadores “A la fecha de presentación de este estudio no existe en este departamento una evaluación similar de la suficiencia de la red prestadora de servicios”.⁶

Los objetivos de investigación fueron:

Objetivo General

Determinar la suficiencia de la oferta de servicios de salud de la red prestadora, pública y privada, en el departamento de Bolívar, de acuerdo con la necesidad existente por grupos de riesgo.

⁴ Murgas Torraza Rolando. Ventajas y desventajas de la subcontratación, Febrero 2006. 45p.

⁵ Análisis de un contrato complejo: Outsourcing, Ponencia presentada al II Congreso Mundial de Derecho Informático. España. Setiembre 2002. 37p.

⁶ David Scott Jervis; Julio M Orozco; Nelson Alvis; análisis de suficiencia de la red prestadora de servicios de Bolívar y Cartagena de Indias, frente a la demanda potencial de servicios estimada a partir de indicadores demográficos, epidemiológicos y de frecuencia de uso de servicios de salud 2010 p 48 – 49.

Objetivos Específicos

- ✓ Evaluar la demanda potencial de servicios de salud o necesidad de servicios a partir del análisis demográfico y el levantamiento de indicadores de frecuencia de uso de servicios
- ✓ Evaluar la red prestadora de servicios del Departamento de Bolívar y los servicios que ofertan en sus portafolios para determinar la suficiencia de: camas hospitalarias, salas de cuidados intensivos de adultos, pediátricos y neonatales, quirófanos, salas de parto, laboratorios clínicos.
- ✓ Determinar el faltante o exceso de servicios existente en el departamento y recomendar a las Direcciones Departamental y Distrital de Salud los ajustes a la red prestadora de servicios que deben incluirse en el Plan Bienal de Inversiones.

Esta investigación presentó las siguientes consideraciones preliminares:

La dinámica del aseguramiento, al aproximarse a la cobertura universal en salud, está concentrando en el proceso de contratación de los servicios de salud y la integración de las redes de servicios de salud en las EPS's; las direcciones de salud tienen cada vez una mayor responsabilidad en garantizar que el proceso de gestión del riesgo en salud sea efectivo y eficaz mediante la proyección de planes bienales objetivos y técnicamente diseñados de acuerdo a las necesidades reales de la población.

El seguimiento de las matrices de suficiencia de la Redes de servicios debe comenzar desde las EPS's en los procesos de interventoría de los contratos del régimen subsidiado que son una responsabilidad de los entes territoriales. La realidad muestra que no existe ninguna gestión para lograr medianamente un equilibrio entre la demanda potencial de servicios y el fortalecimiento de la oferta habilitada.

La relación ponderada encontrada en la actual oferta de servicios de salud habilitada señala una proporción del 82% para la red privada del Departamento de Bolívar, pero la diferencia marcada de la oferta pública es un claro indicador de la falta de gestión y planeación de la infraestructura sanitaria de la región y el reto que enfrenta la dirección departamental para buscar un equilibrio que asegure la atención futura.

Así pues, el análisis del gran déficit de camas y servicios en el Departamento del Bolívar puede ayudar a entender un poco más las posibles causas de los problemas de mortalidad en algunas franjas de la población asociadas a la organización de los servicios de salud.

Al comparar los determinantes de la salud (Informe Lalonde) frente a los resultados deficitarios en la oferta de servicios de salud habilitados, se

encontró que existe un gran riesgo, que debe enfrentar el Departamento para disminuir el proceso de morbi-mortalidad de la población. Po esto, de acuerdo con la Secretaria Departamental de Salud de Bolívar, se debe iniciar la proyección de la Red a partir de la demanda actual de servicios de salud teniendo en consideración lo que será la demanda futura en relación con la transición demográfica para los próximos diez años, este estudio seria la plataforma para el diseño del plan bienal.⁷

Las conclusiones tienen que ver con:

Interpretación de los Resultados

Es muy importante tener en cuenta, en la interpretación de los datos presentados, que una cosa es el déficit observado en cuanto a las unidades de servicios (es decir el número de ambulancias, de camas, de salas de parto) y otra es el déficit de las atenciones en sí, es decir el número de traslados, de partos o de estancias que se dejan potencialmente sin cobertura.

Entonces, al analizar el número de atenciones que potencialmente faltan para satisfacer la demanda de la población, se puede magnificar el riesgo y ver la urgencia de replantear las redes de servicios y la necesidad de definir políticas de planeación y habilitación de servicios o un análisis de suficiencia de la red prestadora de servicios de salud del Departamento de Bolívar y del Distrito de Cartagena de Indias mediante un plan de contingencia que permita gradualmente aproximarse a un equilibrio racional entre oferta y demanda potencial.

Dentro de los desequilibrios por servicios, de mayor significancia, que se encontraron en el departamento se tiene que **faltan**:

- 17 camas para cuidado mental agudo
- 74 Consultorios médicos
- 174 camas para hospitalización en pediatría
- 12 camas para cuidados intermedios mental
- 160 camas para cuidados farmacodependientes
- 291 camas para psiquiatría
- 21 camas para UC Intermedios Pediátricos
- 38 camas para UCI Adultos
- 16 camas para UCI Pediátrica
- 6 camas para la Unidad de Quemados Adultos
- 29 camas para la Unidad de Quemados Pediátrica

⁷LALONDE Marc. Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses. Universidad de Toronto. Cap. 5. 1974.

Con relación a las Sub-redes de mayor déficit integral de servicios, se encontró:

- Sub-red 2, El Carmen de Bolívar, tiene un gran déficit de servicios con relación a la Sub-red 3 (Magangué)
- Subred 3, Magangué, tiene un déficit de servicios más o menos controlable a mediano plazo
- Subred 1 Cartagena de Indias, tiene un aceptable nivel de cobertura

La Subred 2, es la de mayor vulnerabilidad en cuanto a la oferta sanitaria habilitada, porque El Carmen de Bolívar es el municipio de mayor impacto dado su alto nivel de desequilibrio y riesgo.

Entonces, al construir indicadores integrales que ponderen los niveles de suficiencia por servicios habilitados se encontró que los municipios de mayor déficit y riesgo son: Talaigua Nuevo, El Peñón, Altos del Rosario y Pinillos, para los servicios que deben prestarse en el mismo municipio.

- 2. OFERTA Y DEMANDA DE CAMAS EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO PARA ADULTO. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LITERATURA**, realizada por los estudiantes **Caridad Herrera Erazo y Juan Ernesto Rojano Rodríguez** de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, en cuyo resumen, dado por los autores, se explica que “en los años recientes varias de las principales EPS en Colombia han sido objeto de intervención por parte del Estado, lo que puede estar generando una situación de prevención que desestimularía a los inversionistas a invertir en el negocio de la salud. La situación se refleja en las Instituciones Prestadoras de Salud (en adelante IPS) del país y se traduce, entre otros síntomas, en un déficit en la oferta de camas para la atención de pacientes adultos en Unidades de Cuidado Intensivo (en adelante UCI)”.⁸

Por ello, acorde con los autores, “el presente trabajo se propuso responder la pregunta que existe en torno a las variables que inciden en la oferta y demanda de camas en unidades de cuidado intensivo para adulto. El método empleado fue la revisión sistemática de la literatura publicada, en relación con el tema tanto a nivel nacional como internacional, a fin de obtener información actualizada, desarrollada por autores desde diferentes perspectivas profesionales. El ejercicio permitió explorar el punto de vista, tanto de profesionales de ciencias de la salud, como de economistas, administradores, abogados y, en general de diferentes profesiones con el propósito de ver el problema desde diferentes ángulos. Posteriormente, se definió una estrategia

⁸ HERRERA Caridad y ROJANO, Juan Ernesto. Oferta y demanda de camas en unidades de cuidados intensivos para adulto. Una revisión sistemática. Universidad Javeriana. Bogotá, 2009.

de búsqueda, unos criterios de inclusión y de exclusión de publicaciones y unos criterios de calidad de los artículos revisados. Finalmente se identificaron los trabajos que superaron los criterios establecidos en el proceso de selección, y se procedió a construir una descripción de cada uno de ellos”.

Para esto, los autores indican que “se consideraron artículos obtenidos de bases de datos reconocidas en el área de la salud, publicadas en español entre enero de 2008 y diciembre 2012, los cuales se sometieron a criterios de selección y de calidad, que permitió seleccionar y tener en cuenta los que mejor aporte pudieran ofrecer para los propósitos del presente trabajo”.

Según los autores “la revisión realizada permitió establecer que existen diferentes variables que inciden en el equilibrio que debe existir entre la demanda y la oferta de camas en las UCI; la mayoría de esas variables tienen vigencia en Colombia y deben ser consideradas de manera simultánea al momento de intentar dar solución al problema planteado; lo anterior teniendo en cuenta que si se solucionan solo algunas de esas variables y se desconoce la importancia de otras, es muy probable que el problema no se solucione realmente o que al menos no se resuelva de manera duradera”.

Además, los autores explican que “el trabajo se presenta organizado en cinco capítulos, en el primero se presenta el contexto de la investigación, incluyendo el planteamiento del problema y la formulación del problema de investigación, la justificación de su realización, así como la definición de los objetivos y del propósito. En el segundo, se desarrolla el marco teórico precisando el alcance de los términos unidad de cuidados intensivos, oferta, demanda, disponibilidad y déficit. La metodología es el tema del tercer capítulo y en él se define el tipo de estudio, la estrategia de búsqueda y la evaluación de calidad de los artículos revisados. Los resultados de este proceso de revisión de literatura se presentan en los dos últimos capítulos que describen el proceso de selección, la determinación de las variables que inciden en la oferta y demanda de camas de UCI, la interpretación de esas variables en el contexto colombiano; finalmente, se presentan una serie de recomendaciones y las conclusiones del estudio”.

5.3 MARCO INSTITUCIONAL

El Hospital Universitario del Caribe de Cartagena es una Empresa Social del Estado – ESE que se encuentra ubicada en el barrio Zaragocilla en la Calle 29 N. 50-50, es una institución pública descentralizada, prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad, dotada de personería jurídica, patrimonio

propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en la Ley 100 de 1993 y por el derecho privado en materia de contratación. Su estructura orgánica contempla tres áreas fundamentales, una de ellas de dirección integrada por la Junta Directiva y la Gerencia. La Empresa se concibe dentro de la red de prestadores de servicios de salud del Departamento de Bolívar como la cúspide de la referencia de pacientes. Nuestro funcionamiento está fundamentado en una fuerte alianza con la Universidad de Cartagena y la interrelación con proveedores externos de servicios.⁹

5.3.1 Aspectos Estratégicos. Dentro de estos están incluidos la Misión, la Visión y los Principios Corporativos, así:

MISIÓN

Mejorar la calidad de vida de la población usuaria del Caribe y Latinoamérica, mediante la oferta de servicios en salud de mediana y alta complejidad, generando asistencia humanizada y ética, en un ambiente de coordinación administrativa, técnica, académica e investigativa; basado en la transparencia administrativa, la calidad de los procesos, el uso de tecnología apropiada y la excelente formación profesional y moral de un talento humano comprometido e involucrado en el desarrollo continuo de los servicios y la sostenibilidad institucional; integrando la participación pública y privada, para dignificar la vida, aliviar el sufrimiento y generar confianza gubernamental.

VISIÓN

En año 2020 la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe será la institución hospitalaria que, dentro de una organización autónoma y empresarial, ha potencializado la especialización operativa y estratégica de los servicios asistenciales en salud de mediana y alta complejidad en el Caribe y Latinoamérica, consagrada como entidad líder en cobertura, rentabilidad institucional y social, ha construido el escenario ideal para la generación de servicios especializados asistenciales e investigativos para la población usuaria y la formación del talento humano del sector, mediante procesos de óptima calidad, centrados en la excelencia de la atención, la innovación tecnológica, el respeto a la dignidad humana, la cultura de la calidad, la actividad docente e investigativa permanente y la concertación Inter-estamentaria e Inter-institucional.

⁹ Hospital Universitario del Caribe. Página Web. Disponible en : www.hcaribe.gov.co

PRINCIPIOS CORPORATIVOS: comprenden los siguientes:

- Calidad
- Ética
- Investigación
- Transparencia
- Liderazgo
- Eficacia

5.3.2 Servicios. Entre estos están:

a) Servicio de Urgencias, que consisten en los servicios de:

- Especialistas presenciales las 24 horas del día
- Dos salas de Cirugía
- Consulta de Urgencias
- Reanimación Cardiopulmonar
- Traumatología y Ortopedia
- Cuidados Intermedios Pediátricos
- Observaciones en Urgencias

b) Consulta Externa Especializada, consiste en prestar los servicios de:

- Anestesia
- Cirugía General
- Cirugía Plástica
- Neurocirugía
- Urología
- Otorrinolaringología
- Ortopedia
- Fisiatría
- Oftalmología
- Optometría
- Ginecología
- Ortóptica
- Medicina Interna
- Cardiología
- Neurología
- Nefrología
- Reumatología
- Dermatología
- Hematología
- Gastroenterología
- Infectología
- Nutrición
- Estomatología
- Cirugía Maxilofacial
- Endocrinología
- Oncología
- Infectología
- Cirugía Vasculat
- Cirugía de Tórax
- Fisioterapia
- Hematología
- Neurología
- Neumología
- Ginecología Laparoscópica
- A pacientes con VIH
- Procedimientos Ambulatorios
- Imagenología
- Laboratorio
- Servicio de Atención al Usuario
- Trabajo Social
- Citas Médicas (telefónicas y directas)

5.4 MARCO CONCEPTUAL

5.4.1 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Es el servicio destinado a la hospitalización de pacientes en estado crítico, que exige monitoreo continuo, asistencia médica y de enfermería permanente y utilización de equipos altamente especializados; se relaciona básicamente con los servicios de apoyo, diagnóstico y tratamientos quirúrgicos, obstétricos, de cocina y de lavandería. Este servicio debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos: a) Contar con un área exclusiva y con circulación restringida, b) Contar con un área de registro de los pacientes que ingresan al servicio, c) Disponer de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, d) Disponibilidad del servicio las 24 horas del día. La diferencia entre el cuidado intensivo e intermedio es el requerimiento de equipos.¹⁰

Dichos pacientes críticamente enfermos requieren ser admitidos a una unidad de criterios de admisión siempre que su condición sea potencialmente reversible y por tanto se beneficien de los cuidados provistos por esta sala¹¹

El concepto de agrupar a los enfermos críticos, según criterios específicos de admisión, en un solo lugar dotado con mayores recursos que otras salas dentro de un hospital es relativamente reciente. A mediados del siglo XIX la enfermera Florence Nightingale, durante la guerra de Crimea, agrupó a los enfermos críticos que requerían cirugía para que fueran atendidos por enfermeras especializadas. Sin embargo, la primera unidad de cuidados intensivos como tal, se estableció en el Hospital Municipal de Copenhague solo en 1953 por iniciativa del anestesiólogo danés Bjørn Ibsen. La atención especializada del paciente crítico en Colombia se inició en los años sesenta (8 de abril de 1969) cuando se abrió la primera unidad de cuidado intensivo en el hospital San Juan de Dios en Bogotá con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad Nacional de Colombia. Para los años setenta Bogotá y otras ciudades principales de Colombia contaban ya con unidades de cuidado intensivo en diversos centros asistenciales.¹²

La unidad de cuidado intensivo es una planta diseñada específicamente con equipos sofisticados y costosos y cuenta con personal entrenado altamente calificado. Eso hace de la UCI un recurso escaso y costoso que obliga a utilizarlo racionalmente. Para ello es necesario establecer una serie de criterios para

¹⁰ Secretaría Distrital de Salud. Manual guía para el desarrollo arquitectónico de unidades de cuidados intensivos adulto.

¹¹ HERRERA Ángela María y GARCÍA Alberto Federico. Criterios de admisión y alta para la Unidad de Cuidados Intensivos. Bogotá. 29-30p.

¹² Op. Cit. HERRERA. 29 y 30p.

seleccionar a los pacientes que deben beneficiarse de la atención provista en estas salas. Tal estandarización hace que se pueda optimizar este recurso privilegiado para atender a quienes tienen mayores probabilidades de responder satisfactoriamente a los tratamientos que brinda la UCI e impedir que se abuse del servicio.¹³

Por otra parte, el Anexo Técnico de la Resolución 1043 de 2006 establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, donde presenta diferentes requisitos que deben ser cumplidos por parte de las IPS en cuanto a recurso humano, instalaciones físicas, dotación y mantenimiento, medicamentos y dispositivos médicos – gestión de medicamentos y dispositivos, procesos prioritarios asistenciales, historia clínica y registros asistenciales, interdependencia de servicios, referencia y contrarreferencia de pacientes y seguimiento a riesgos en la prestación de servicios; en esta resolución se establecen requisitos en relación con la operación de las UCI y de las demás áreas y servicios de una IPS.¹⁴

5.4.2 DEMANDA. De acuerdo con Sanabria “el concepto de demanda por servicios de salud guarda una relación principal con el concepto de demanda de bienes y servicios en general, es decir la disposición a pagar que tiene la persona por un determinado bien. El problema está en que esta disposición es relativa a personas que tienen los recursos (ingresos o disponible para ello) quedando, como en todo mercado, algunas porciones o sectores de población excluidos”.¹⁵

Igualmente, el autor indica que “la intervención del Estado para desarrollar la salud, dentro de su función de procurar el bienestar de la población, busca que toda la población logre o intente convertirse en demanda por servicios de salud. Ello supone características en el comportamiento de las personas para obtener servicios de salud, actuando como determinantes de la demanda que pueden ser muy importantes para el análisis de la misma. La demanda de las personas por estos servicios procede de su demanda fundamental por salud, por lo que se podría esperar que los shocks producidos en la salud de la personas deberían causar que su demanda por servicios de salud cambie”.¹⁶

¹³ Op. Cit. Herrera 32p

¹⁴ Ministerio de Salud.

¹⁵ SANABRIA Montañez César. La demanda por servicios de salud, una aproximación teórica. UNMSM. Perú. 2002. 151p.

¹⁶ Op. Cit. SANABRIA

En adición, el mismo autor considera que “la demanda de servicios de salud es irregular e impredecible pues los cuidados médicos sólo brindan satisfacción ante una enfermedad, que es una desviación del estado normal de las personas. De esta manera la demanda por servicios médicos se asocia con la probabilidad relativamente alta de disminuir la integridad personal debido al riesgo de muerte o de incapacidad parcial o total para desarrollar la capacidad de generar ingresos”.¹⁷

De acuerdo con Velásquez, “el paciente como consumidor de servicios de salud tiene dificultades para evaluar el servicio recibido lo que hace que se establezca una relación de confianza entre el paciente en la que se genera “*asimetría de información*” dado que el volumen de información con que cuentan los proveedores y los consumidores no es el mismo. El tratamiento que recibe el consumidor no es demandado directamente por él y en lugar de eso la decisión es tomada por el médico que el paciente selecciona. Existe la hipótesis de la “*capacidad de inducir*” que afirma que los médicos producen demanda por sus propios servicios”.¹⁸

5.4.3 Oferta y Demanda. El mismo Velásquez explica que “la tesis de la oferta y demanda inducida (en inglés SID: supply-induced demand) consiste en que los proveedores del cuidado de la salud tienen y usan su conocimiento para influenciar en la demanda a favor de sus propios intereses, por lo que algunos manifiestan preocupación que la SID genere fallas del mercado”.¹⁹

Así mismo, Ortún, plantea el concepto de demanda inducida que proporciona una justificación teórica para intervenir en el mercado. En este modelo se considera que los consumidores pagan más de lo necesario e inclusive renuncian a otros bienes y servicios, transfiriéndoles a los médicos una renta en su condición de monopolio, la que está por encima de la necesaria a fin de mantenerles en el mercado. En este contexto la oferta y la demanda dejan de ser independientes, por lo que se incumple una de las condiciones esenciales para que el mercado actúe como un mecanismo eficiente de asignación de recursos. Así mismo la soberanía del consumidor deja de ser la justificación de las pautas de utilización.²⁰

¹⁷ OP. Cit. SANABRIA

¹⁸ VELÁZQUEZ Pinto, Mario Daniel. Macroeconomía del Desarrollo /Análisis de la protección ante el desempleo en América latina , Publicación de las Naciones Unidas ISSN 1680-8843 LC/L.3877 Copyright Naciones Unidas, julio de 2014

¹⁹ Op. Cit. VELÁSQUEZ

²⁰ ORTÚN Vicente. La economía en sanidad y medicina, instrumentos y limitaciones. Escola Universitaria de Trebal Social y de la LLar de LLibre. Barcelona. 1990

5.4.4 Relación de Agencia. Para Folland, Goodman y Stano la relación de agencia se forma cuando “un principal, en este caso el paciente, delega una decisión a otra parte, es decir al agente. En la relación médico-paciente, el paciente (principal) delega autoridad en el médico (agente), quien en muchos casos es también su proveedor de los servicios recomendados. Esta situación se da por el hecho de que el principal reconoce que está relativamente desinformado acerca de las decisiones más apropiadas y considera que esa deficiencia se resuelve mejor teniendo un agente informado”.²¹

El agente perfecto es el concepto analizado por Culyer (1989), rol que le corresponde al médico, quien elegiría en la forma en que el paciente mismo hubiera elegido si tuviera la información que el médico tiene. De esta manera, cuando se presenta algún conflicto, ese agente perfecto se enfoca en las preferencias del paciente en lugar de hacerlo en él mismo. Se necesita que se desarrollen varias relaciones para mitigar los problemas causados por la información asimétrica entre paciente y proveedor; esas relaciones incluyen a la organización encargada del mantenimiento de la salud, las licencias, las acreditaciones y los códigos de ética, las que limitan la habilidad que los proveedores tienen para desviarse de sus responsabilidades de agencia.

De acuerdo con Benito y Sánchez (2010), el primer modelo de demanda de salud fue formalizado en 1972 por Michael Grossman y los aspectos sobresalientes de ese modelo se resumen en cuatro puntos: 1) lo que el consumidor desea no es la asistencia sanitaria en sí, sino una mejora en su estado de salud, por lo cual la demanda de asistencia sanitaria es una demanda derivada de un *input* intermedio que sirve para producir salud; 2) el consumidor no puede adquirir en el mercado salud y en cambio debe producir la salud, utilizando como *inputs* intermedios la asistencia sanitaria y su propio tiempo y esfuerzo; 3) la salud no se agota o deprecia instantáneamente y en ese sentido puede ser tratada como un bien de capital; y 4) la salud tiene una naturaleza dual en la medida en que puede ser tratada como un bien de consumo y como un bien de inversión. Como bien de consumo la salud es deseada por sí misma dado que incrementa el bienestar por vía directa haciendo que las personas se sientan bien; como bien de inversión, la salud es deseada por aumentar el número de días saludables de los que dispone una persona produciendo ingresos potenciales (u ocio).

5.4.5 Análisis del Mercado. Su objetivo principal es determinar: la existencia real de clientes para los productos o servicios que van a producirse, la disposición de los clientes para pagar el precio establecido, la determinación de la cantidad

²¹ FOLLAND Sherman, GOODMAN Allen C. y STANO Miron. The economics of health and health care. Seventh Edition.

demandada, la aceptación de las formas de pago, la validez de los mecanismos de mercadeo y venta previstos, la identificación de los canales de distribución que se van a usar, la identificación de las ventajas y desventajas competitivas, el entorno económico y social del sector económico en el cual se va a actuar, los comportamientos del consumidor, los mecanismos de promoción, los planes estratégicos y las tácticas de mercadeo, con el propósito de elaborar una proyección válida de ventas.²²

Igualmente, para el mismo autor, este análisis es el punto de partida de todo proyecto y, por ello, es necesario dedicar un gran esfuerzo para poder elaborar un análisis de mercado muy bien estructurado. En cada combinación plan de negocio-empresario existirán metodologías de investigación de mercados más aplicables y de mayor validez. Encuestas de todos los estilos, paneles de consumidores, información secundaria, observación directa, panel de expertos, etc., son todos métodos válidos para la realización del análisis de mercado.

Y, además, el análisis de mercado debe concentrarse en investigar aquellos aspectos sobre los cuales el empresario tiene dudas, y debe proveer elementos que faciliten la toma de decisiones, la formulación de metas y de estrategias. Los componentes básicos del análisis de mercado son:

- Análisis del sector
- Análisis del mercado propiamente dicho
- Plan de mercadeo²³

5.4.6 Análisis del sector y de la compañía. Se trata de conocer muy bien qué está pasando y qué se espera que pase en el sector económico al cual se vaya a entrar. Deben estudiarse los siguientes aspectos:

- Diagnóstico de la estructura actual y de las perspectivas del sector en el cual se va a entrar. Posibilidades de crecimiento.
- Estado del sector, en términos de productos, mercados, clientes, empresas nuevas, tecnología, administración, desarrollo, etc.
- Tendencias sociales o culturales que afectan al sector positiva o negativamente.
- Barreras especiales de ingreso o salida de negocios en el sector.
- Rivalidades existentes entre los competidores.
- Poder de negociación de clientes y de proveedores.
- Amenaza de ingreso de nuevos productos o de sustitutos.

²² VELÁSQUEZ Pinto, Mario Daniel. MACROECONOMIA DEL DESARROLLO / ANALISIS DE LA PROTECCION ANTE EL DESEMPLEO EN AMERICA LATINA. Publicación de las Naciones Unidas ISSN 1680-8843 LC/L.3877 Copyright © Naciones Unidas, julio de 2014

²³ Op. Cit. VELÁSQUEZ

- Amenaza de ingreso de nuevos negocios.²⁴

5.4.7 Análisis del mercado propiamente dicho. Producto/servicio. Como lo explica el autor, “se trata de conocer en detalle las características del producto/servicio en relación con los productos/servicios que existen en el mercado. En este sentido deben analizarse los siguientes factores:

- Descripción de tallada del producto o servicio que se va a vender (especificaciones)
- Aplicación del producto o servicio
- Productos o servicios competidores
- Fortalezas y debilidades de su producto o servicio frente a los productos competidores.
- Patentes o condiciones de secreto industrial referente a su producto o servicio.
- Productos o servicios posibles como complemento o derivados del actual.
- Solución a sus debilidades y formas de aprovechar sus fortalezas.
- Factores para destacar del producto/servicio.
- Cuidados especiales con el producto/servicio”.²⁵

5.4.8 Los Clientes. Este punto consiste en identificar cuáles son y dónde están los clientes del producto/servicio y conocer su competencia. En este sentido deben analizarse:

- Tipos de compradores potenciales, segmentados por actividad, edad, sector, nivel, ubicación, ingresos, etc.
- Características básicas de esos clientes (mayoristas, minoristas, productores, consumidores directos)
- Localización geográfica de esos clientes.
- Bases de decisión de compra de los clientes (precios, calidad, servicio, amistad, política, religión, forma de pago, etc.)
- Opiniones de clientes que han mostrado interés en su producto o servicio.
- Opiniones de clientes que no han mostrado interés en su producto o servicio.
- Formas posibles de evitar la falta de interés.²⁶

5.4.9 La Oferta. Según Miller y Meiners “En economía, se define la oferta como aquella cantidad de bienes o servicios que los productores están dispuestos a vender a los distintos precios del mercado. Hay que diferenciar la oferta del término de una cantidad ofrecida, que hace referencia a la cantidad que los productores están dispuestos a vender a un determinado precio”. Existe, además una Ley de la Oferta que puede enunciarse como “existe una relación directa o

²⁴ Ernst & Young, Los 10 principales riesgos de negocios. Mancera, S.C. 2011

²⁵ LEROY MILLER, Roger; MEINERS, Roger E. Microeconomía. McGraw Hill. Tercera edición. 34p.

²⁶ Op. Cit. LEROY. 37p.

positiva entre la cantidad ofrecida de un bien y su precio, permaneciendo otros factores constantes.²⁷

Para estos autores, “Cuando se habla de una relación directa o positiva, entre la cantidad ofrecida y el precio, simplemente se quiere decir que cuando el precio del bien aumenta, la cantidad ofrecida del mismo igualmente se incrementa (es más rentable producirlo); mientras que cuando el precio del bien cae, la cantidad ofrecida del mismo también disminuye (es menos rentable producirlo)”.²⁸

5.4.10 La Demanda. “está definida como la cantidad y calidad de bienes y servicios que pueden ser adquiridos en los diferentes precios del mercado por un consumidor (demanda individual) o por el conjunto de consumidores (demanda total o de mercado), en un momento determinado. La demanda es una función matemática. Donde:

- Qdp = es la cantidad demandada del bien o servicio.
- P = precio del bien o servicio.
- I = ingreso del consumidor.
- G = gustos y preferencias.
- N = números de consumidores.
- Ps = precios de bienes sustitutivos.
- Pc = precio de bienes complementarios”.²⁹

Según esta fuente, “existe una demanda que siempre es exógena en los modelos ya que no está determinada por ninguna circunstancia estudiada (endógena) en el modelo, tal es el caso de productos que son consumidos indiferentemente a ciertos factores económicos como lo son las vacunas que necesariamente tienen que comprar los Estados por determinadas leyes o condiciones sociales”.³⁰

Según la misma fuente, “La demanda puede ser expresada gráficamente por medio de la curva de la demanda. La pendiente de la curva determina cómo aumenta o disminuye la demanda ante una disminución o un aumento del precio. Este concepto se denomina la elasticidad de la curva de demanda. En relación con la elasticidad, la demanda se divide en tres tipos:

- Elástica, cuando la elasticidad de la demanda es mayor que 1, la variación de la cantidad demandada es porcentualmente superior a la del precio.
- Inelástica, cuando la elasticidad de la demanda es menor que 1, la variación de la cantidad demandada es porcentualmente inferior a la del precio.

²⁷ Op. Cit. LEROY. 39p.

²⁸ Op. Cit. 34p.

²⁹ LEÓN MENDOZA, J. Economía aplicada. Talleres gráficos de solvima Graf S.A.C. marzo 2010

³⁰ LEÓN MENDOZA, J. Economía aplicada. Talleres gráficos de solvima Graf S.A.C. marzo 2010

- Elasticidad unitaria, cuando la elasticidad de la demanda es 1, la variación de la cantidad demandada es porcentualmente igual a la del precio”.³¹

Atendiendo al libro Microeconomía de Miller y Meiners, “la ley de la demanda puede enunciarse, en sus formas más sencillas, de la siguiente manera:

- Cuanto mayor sea el precio, menor será la cantidad demandada. En la medida en que el precio sea más alto, se demandará una menor cantidad de un bien o servicio, con otros factores constantes.

O visto de otra forma:

- Cuanto menor sea el precio, mayor la cantidad demandada. En la medida que el precio sea más bajo, se demandará una mayor cantidad de un bien o servicio, con otros factores constantes”.³²

5.5 MARCO LEGAL

Los siguientes son los aspectos legales que se deben tener en cuenta para el desarrollo del presente proyecto:

- **CONSTITUCION POLÍTICA DE COLOMBIA.** La Constitución Política de Colombia, en el capítulo 2, De los Derechos Sociales, Económicos y Sociales, en su Artículo 49, trata sobre el derecho a la salud y su acceso a toda la población, de la responsabilidad del Estado frente a su prestación y de la vigilancia a los prestadores de los servicios de salud para que garanticen adecuadamente sus servicios de acuerdo a los niveles de atención, así:³³
 - ✓ **Artículo 49.** “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

³¹ LEÓN MENDOZA, J. Economía aplicada. Talleres gráficos de solvima Graf S.A.C. marzo 2010

³² MILLER, Roger. Microeconomía. Tercera edición. McGraw Hill. 1996

³³ CONSTITUCION PÓLITICA República de Colombia. Ley 100 de 1993

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.”

- ✓ **Artículo 152.** Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.
- ✓ **Artículo 165.** Atención Básica. El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.
La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.
- **Ley 100 de 1993.** En cuyo preámbulo se explica que “La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”.³⁴ Por esto, se tienen en cuenta los siguientes artículos:
 - ✓ **Artículo 182 ley 100, Artículo 16 ley 1122** Calidad y financiación. En el artículo 182 de la ley 100 se establece que “Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el plan de salud obligatorio para cada afiliado, el Sistema general de seguridad social en salud reconocerá a cada entidad promotora de salud un valor per cápita, que se denominará unidad de pago por capitación, UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo nacional de seguridad social en salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud”. Hay que puntualizar que el artículo incluye dos elementos de discusión: la relación entre la calidad y un pago o

³⁴ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

reconocimiento económico a las EPS por cada uno de sus afiliados, el cual a su vez está íntimamente ligado a una connotación de la calidad, descrita como "condiciones medias".

- ✓ **Artículos 184 y 193 ley 100 Calidad e incentivos.** Un tema adicional descrito en la Ley 100, y relacionado con la calidad, es el de los incentivos (relacionados en los artículos 184 y 193, por ejemplo). Normalmente, se relacionan los incentivos con el dinero, cosa que si bien es importante, es solo parcialmente cierta. Estos se describen más en función de los resultados que espera obtener (calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud, control de costos, aumento de productividad, asignación de recursos utilizando criterios de costo-eficiencia, racionalización del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, ampliación del conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promoción de un servicio de mayor calidad al usuario) que de la forma como estos se organizan.
- ✓ **Artículo 199 ley 100 Calidad e información a usuarios.** “El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente” y en su párrafo: “El Ministerio de Salud solicitará la información que estime necesaria con el objeto de establecer sistemas homogéneos de registro y análisis que permitan periódicamente la evaluación de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario”
- **Resolución 412 de Febrero 25 de 2000.** 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.
- **Resolución 3384 de Diciembre 29 de 2000,** por la cual se modifica parcialmente la Resolución 412 del 2000, donde define lo siguiente:
Para el cumplimiento de los servicios definidos en la Resolución 412 de 2000, es necesario que las administradoras de los Regímenes Contributivo y Subsidiado cuenten con una red de prestadores que garanticen el acceso de la población afiliada.
Es preciso tener un desarrollo adecuado del Sistema Integral de Información en Salud, que garantice la implementación y el registro de las actividades cumplidas por las administradoras tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado.

- **Decreto 1011 del 2006**, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Decreto 1011 de abril 3 de 2006**, este decreto, que deroga al 2309, no cambia radicalmente la estructura del Sistema obligatorio de garantía de calidad y mantiene intactos sus componentes y la gran mayoría de sus herramientas y métodos, ya que la idea no era modificar el contenido, sino mejorar la comprensión de su antecesor³⁵.
Actualmente, las exigencias y la lucha por la calidad en la prestación de los servicios de salud han ido evolucionando de manera tal, que los clientes demandan que esta se corresponda no solo con el desarrollo científico-técnico alcanzado por la medicina contemporánea, sino con y a la par del progreso experimentado por el país y las relaciones humanas. Las personas esperan ser atendidas con determinadas especificidades y particularidades propias del nivel educativo, cultural y profesional, que requieren la mejor utilización cualitativa de las estructuras de salud, recursos y medios; pero también una mayor comunicación, método clínico, dedicación y entrega del recurso humano adiestrado para estos fines.
Por otra parte y debido a la diversidad-masividad de las estructuras de salud para nuestra población, dichos clientes están en condiciones de comparar el servicio recibido en una unidad u otra y decidir en cuál de ellas desean ser asistidos. De ahí que cuando quedan satisfechos, retornan a la institución si deben acudir nuevamente en busca de ayuda médica, pues al ver cumplidas sus expectativas, responden adecuadamente ante lo que han recibido y se convierten en el "juez supremo de la calidad" del servicio que se ofrece.
- **Resolución 1043 del 3 Abril de 2006**: “Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”. Deroga la Resolución 1439 de 2002.
- **Anexo Técnico de la Res. 1043 de 2006**: Manual Único de Estándares y de Verificación.
- **Resolución 2680 de 2007**: Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

³⁵ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. 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. En: Diario Oficial, 2006.

- **Resolución 3763 de 2007:** por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones 1043 de 2006.
- **Norma ISO 9001 Versión 2008,** Que conforma el Sistema de Gestión de la Calidad, entendiéndolo esta como la manera de manejar las empresas teniendo como base la calidad, considerando los procesos que se deben controlar, las responsabilidades y autoridad que se deben asignar, los recursos que se deben suministrar y los procedimientos que se deben aplicar para lograr los objetivos y satisfacer las necesidades de los clientes y usuarios.
- **Norma ISO 9001 Versión 2001,** Trata sobre los indicadores de gestión elaborados por el Ministerio de Salud, como mecanismos de control para el mejoramiento continuo, de tal manera que se pueda dar cumplimiento a las metas, manteniendo la calidad de los servicios que se ofrecen y mejoras en el nivel de salud de los usuarios.
- **Decreto 536 de 2004,** en el cual se establece que las Empresas Sociales del Estado de las entidades territoriales, podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros o convenios con entidades públicas o privadas, o a través de operadores externos. Con relación al régimen de contratación de las Empresas Sociales del Estado, existe un concepto del Consejo de Estado² que de manera clara muestra el alcance de la aplicación de las normas del derecho civil y las condiciones que se generan cuando se hace uso de las cláusulas excepcionales del estatuto de contratación pública.

5.6 GLOSARIO DE TÉRMINOS

Análisis: Observación de un objeto en sus características, separando sus componentes e identificando tanto su dinámica particular, como las relaciones de correspondencia que guardan entre sí.³⁶

Análisis de datos: Es el procedimiento práctico que permite confirmar las relaciones establecidas en la hipótesis, así como sus propias características.

Dato: Producto del registro de una respuesta.³⁷

Entrevista: Preguntas en forma oral que hace el investigador a un sujeto para obtener información, las cuales anota el investigador.³⁸

³⁶ RAE. Academia de la Lengua Española

³⁷ Op. Cit. RAE

³⁸ Op. Cit. RAE

Fuente: Documento u obras que sirven de apoyo para la elaboración de una obra.³⁹

Método: Conjunto de procedimientos sistémicos para lograr el desarrollo de una ciencia o parte de ella. Manera determinada de procedimientos para ordenar la actividad a fin de lograr un objetivo.⁴⁰

Muestra: Es una reducida parte de un todo, de la cual nos servimos para describir las principales características de aquél. Parte representativa de la población que se investiga.⁴¹

Objetivo: En investigación es el enunciado claro y preciso de lo que se persigue.⁴²

Objetivo General: Son los resultados globales que se pretenden alcanzar en una investigación.⁴³

Objetivos Específicos: Son los que concretan respuestas a propósitos precisos inherentes al problema formulado o a las dificultades identificadas para ser solucionadas. Indican lo que se pretende realizar en cada una de las etapas de la investigación.⁴⁴

Operacionalización de variables: Es un proceso lógico que requiere de pasos como definición nominal de las variables a medir, definición real (enumeración de sus dimensiones), definición operacional (selección de los indicadores), identificación de los elementos estructurales de la hipótesis y definición de los conceptos de la hipótesis.⁴⁵

Outsourcing: es un tipo de contrato que consiste en delegar a largo plazo o más procesos no críticos para un negocio, a un proveedor más especializado para conseguir una mayor efectividad que permita orientar los mejores esfuerzos de una compañía a las necesidades para el cumplimiento de una misión.⁴⁶

Variable: Aspecto o dimensión de un fenómeno que tiene como característica la capacidad de asumir distintos valores. Símbolo al cual se le asignan valores o números.⁴⁷

³⁹ Op. Cit. RAE

⁴⁰ Op. Cit. RAE

⁴¹ Op. Cit. RAE

⁴² Op. Cit. RAE

⁴³ Op. Cit. RAE

⁴⁴ Op. Cit. RAE

⁴⁵ Op. Cit. RAE

⁴⁶ Flores Ramírez G., Outsourcing, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Diciembre 2011.

⁴⁷ Op. Cit. RAE

5.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables aquí incluidas están referidas a todo lo concerniente al Mercado, la oferta y la demanda:

Cuadro 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	TIPO	INDICADOR
UCI	Es el servicio destinado a la hospitalización de pacientes en estado crítico, que exige monitoreo continuo, asistencia médica y de enfermería permanente y utilización de equipos altamente especializados.	Servicios de: APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS OBSTÉTRICOS	Neonatal	Servicios ofertados/Servicios ofertados
			Pediátrica	Servicios ofertados/Servicios ofertados
			Adulto Coronaria	Servicios ofertados/Servicios ofertados
			Adulto Quirúrgica	Servicios ofertados/Servicios ofertados
MERCADO	En el más amplio de los sentidos, un mercado no es necesariamente un lugar, sino, por el contrario, una institución a través de la cual operan las fuerzas determinantes de los precios. Es dentro de los mercados donde operan la oferta y la demanda ⁴⁸	OFERTA	Bienes	Bienes consumidos/Bienes ofertados
			Servicios	Servicios ofertados/Servicios ofertados
		DEMANDA	Bienes	Bienes demandados/Bienes consumidos
			Servicios	Servicios demandados/Servicios consumidos

Fuente: las autoras

⁴⁸ LEROY MILLER, Roger; MEINERS, Roger E. Microeconomía. McGraw Hill. Tercera Edición

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Para efectos del presente proyecto, se considera que esta investigación tiene un alcance descriptivo y un enfoque de tipo mixto (es decir, es tanto cualitativo como cuantitativo) por cuanto en el proyecto se va a hacer un análisis de la oferta y demanda de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario del Caribe. Así mismo, se aclara que la investigación es un estudio de alcance descriptivo porque en éstos se presentan las siguientes características:

- “Los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con lo que tienen que ver. Aunque, desde luego, 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 cómo se relacionan las variables medidas. Así como los estudios exploratorios se interesan fundamentalmente en descubrir, los descriptivos se centran en medir con la mayor precisión posible. En esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de especificar quién o quiénes tienen que incluirse en la medición. La investigación descriptiva, en comparación con la naturaleza poco estructurada de los estudios exploratorios, requiere considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder. La descripción puede ser más o menos profunda, pero en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito”.⁴⁹
- Por otra parte, se considera que en cuanto al enfoque es una investigación que utilizará datos estadísticos, provenientes de las entrevistas, y datos cualitativos, es decir, la percepción de las personas.
- Además, es una investigación de tipo transversal porque en este tipo de investigación se hace un estudio estadístico y demográfico, utilizado en ciencias sociales y ciencias de la salud (por ejemplo un estudio epidemiológico). Es un tipo de estudio observacional y descriptivo, que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Según las características de la investigación, no se estimó necesario hacer encuestas a los pacientes o usuarios pero, en su lugar, se utilizó la base de datos de referencia y contra-referencia de la institución y, además, se realizó una entrevista estructurada dirigida a los directivos de la entidad y a las personas que

⁴⁹ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos, BAPTISTA LUCIO Pilar. Metodología de la Investigación. McGraw Hill. Quinta edición. México. 2009

hacen parte del personal asistencial. Esto con el fin de obtener la información requerida de primera mano en cuanto a la forma en que se realiza la gestión y el manejo de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto.

La población estuvo conformada por la totalidad de los directivos de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario del Caribe que, como ya se indicó, está compuesto por:

- Cinco (5) médicos intensivistas especializados
- Cuatro (4) Jefas de enfermeras
- Diez (10) enfermeras

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Para la presente investigación se incluyó al personal directivo y asistencial porque son los directos responsables tanto de la gestión general como de la operación de asistencia de los usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos de la ESE Hospital Universitario del Caribe y son quienes conocen los aspectos de calidad que se deben cumplir

En el mismo sentido, se excluyeron los pacientes puesto que nada tienen que ver con el manejo o gestión de la UCI Adulto, pero sin desconocer que son los directos afectados.

6.4 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Entre las técnica de información, se incluyen solamente la observación directa y el análisis de la información disponible. En cuanto al instrumento de información, se toma como primaria la entrevista y como secundaria la información disponible en la institución y en Internet.

Cuadro 2. Técnicas, instrumentos y fuentes de información

TÉCNICAS	INSTRUMENTOS	FUENTES
Revisión Bibliográfica	Ficha bibliográfica. Archivos, Documentos, etc.	Secundarias
Observación Directa	Guías o Instrumentos de Observación	Primarias
Entrevista Estructurada	Formato de Entrevista	Primarias
Solicitud de Información	Carta de solicitud	Secundarias

Fuente: las autoras

5.5 PLAN DE RECOLECCIÓN, TABULACIÓN, ANÁLISIS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INFORMACIÓN

Para este plan se utilizó el tiempo libre y de estudio de las dos participantes, quienes recolectaron la información que existía en las bases de datos de reconocida validez y, en forma directa, realizando las entrevistas (cuyas preguntas fueron analizadas y definidas en el formato de entrevista) para, luego, organizar, tabular y graficar los datos y, así, sacar las conclusiones y realizar las recomendaciones a que hubo lugar.

7. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

7.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El siguiente cuadro es el compendio de las actividades que se llevaron a cabo para el desarrollo del presente proyecto

Cuadro 3. Cronograma de actividades

DESCRIPCIÓN	MESES												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Búsqueda de Información	■	■											
Análisis de la información	■	■											
Realización de la Propuesta		■											
Desarrollo del Anteproyecto		■	■	■									
Entrega de Anteproyecto				■	■	■							
Desarrollo del Proyecto						■							
Desarrollo Objetivos del Proyecto						■	■	■					
Correcciones al Proyecto								■	■				
Presentación de mejoras Proyecto										■	■	■	
Calificación por Jurados											■		
Correcciones finales												■	
Preparación y sustentación												■	

Fuente: las autoras

7.2 PRESUPUESTO

Se han estimado los siguientes gastos que estarán a cargo de los investigadores por partes iguales

Cuadro 4. Presupuesto

PRESUPUESTO DE GASTOS			
DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNITARIO	VALOR
1. INVESTIGADORES			
1.1 Gasto de Investigadores Principales	2	\$ 800.000	\$ 1'600.000
1.2 Transportes urbanos	2	\$ 200.000	\$ 400.000
SUBTOTAL			\$ 2'000.000
3. RECURSOS			
3.1 Textos	5	\$ 135.000	\$ 675.000
3.2 Normas NTC	3	\$ 250.000	\$ 750.000
3.3 Revistas indexadas	3	\$ 40.000	\$ 120.000
3.4 Otros			
SUBTOTAL			\$ 1'545.000
4. ÚTILES Y PAPELERÍA			
4.1 Carpetas	6	\$ 2.000	\$ 12.000
4.2 Resmas de papel	1	\$ 12.000	\$ 12.000
4.3 Bolígrafos	6	\$ 2.000	\$ 12.000
4.4 Fotocopias	150	\$ 200	\$ 30.000
4.5 Anillados	2	\$ 15.000	\$ 30.000
4.6 CD's	2	\$ 2.500	\$ 5.000
SUBTOTAL			\$ 101.000
SUMAN			\$ 3'646.000
IMPREVISTOS 10%			365.000
TOTAL PRESUPUESTO			\$ 4'011.000

Fuente: las autoras

7.3 RECURSOS

7.3.1 Recursos Económicos. Se contó con la suma planteada en el Presupuesto anterior, que fue aportada en partes iguales por las participantes.

7.3.2 Recursos Humanos. Todo el desarrollo del presente trabajo fue llevado a cabo por las dos participantes de acuerdo a un plan detallado de las necesidades.

8. DEDUCCIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS EN LAS UCI ADULTO DE LA CIUDAD DE CARTAGENA EN EL AÑO 2012 POR UNIDADES PRESTADORAS DE SERVICIO Y ÁREAS GEOGRÁFICAS DETERMINADAS.

8.1 DEDUCCIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS DE LAS UCI ADULTO DE CARTAGENA

En el año 2011, el Departamento de Bolívar contaba con 1'979,781 habitantes, de los cuales los hombres representaban el 49,99% y las mujeres el 50,01%. Del total de las mujeres, el 45,58% se encontraba en edad fértil (15 a 49 años), es decir 451,306. Por otro lado, la población objeto, que se muestra en la Tabla 1., presenta un total de 1'155.282 de potenciales pacientes

Ahora bien, con el fin de deducir el número de camas de las UCI Adulto de la ciudad de Cartagena, se toman algunos datos importantes del estudio realizado por el Departamento Administrativo Distrital de Salud - DADIS, en el cual la entidad presenta la información referente a: al Nodo de Red Prestadora, los municipios y la población objeto, Igualmente presenta la información referente a las UCI's en cuanto a: la tasa de frecuencia de uso, la tasa de ingresos por 1000 habitantes, la demanda potencial para las UCI's, la estancia media, los pacientes estimados a ingresar y las camas realmente requeridas y, así mismo, definió una tasa de ingresos hospitalarios de 86,69 personas por cada 1,000 adultos y una estancia media de 18,9 días, lo que da como resultado una demanda potencial de 42.065 estancias de UCI Adultos al año y 157 camas.⁵⁰ (Ver Tabla 1.)

Así mismo, el estudio permitió saber que en el año 2011, la ciudad de Cartagena contaba con una población objeto de 590.867 personas, una demanda potencial de 21.514 pacientes de los cuales 1.138 corresponden a demanda de UCI, para lo que son requeridas 70 camas para acoger a estos pacientes.

Por otro lado, es importante destacar que en el estudio se determinó que la estancia promedio de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos es de siete (7) días, con un costo por atención de dos millones setecientos siete mil setecientos diecinueve pesos (\$2.707.719) y, teniendo en cuenta que la tarifa con la que se contrata es la tarifa ISS 2001 + 10%,⁵¹ de los cuales el 70 % pertenece a la empresa de Outsourcing Gestión U.C.I del Caribe y el 30% restante corresponde a la utilidad del hospital Universitario del Caribe.

⁵⁰ DADIS. Análisis de Suficiencia de la capacidad instalada de la red prestadora de servicios de salud del departamento de Bolívar y el Distrito de Cartagena de Indias. 2011

⁵¹ ACUERDO 256 DE 2001. Consejo Directivo Instituto De Seguros Sociales. 2001

Tabla 1. Demanda potencial de camas UCI Adulto – Bolívar 2010

Nodo red prestadora	Municipio	Población objeto	Tasa frecuencia de uso	Tasa de ingresos por 1000	Demanda potencial UCI adult	Estancia a media	Ingresos estimados uci adulto	Camas realmente requeridas UCI
Sub red 1	Arjona	37,339	0.036411	1.93	1,360	18.90	72	5
Sub red 1	Arroyohondo	5,104	0.036411	1.93	186	18.90	10	1
Sub red 1	Calamar	12,009	0.036411	1.93	437	18.90	23	2
Sub red 1	Cartagena	590,867	0.036411	1.93	21,514	18.90	1,138	70
Sub red 1	Clemencia	6,280	0.036411	1.93	229	18.90	12	1
Sub red 1	Mahates	13,954	0.036411	1.93	508	18.90	27	2
Sub red 1	Marialabaja	24,296	0.036411	1.93	885	18.90	47	3
Sub red 1	San Cristóbal	4,008	0.036411	1.93	146	18.90	8	1
Sub red 1	San Estanislao	8,869	0.036411	1.93	323	18.90	17	2
Sub red 1	Santa Catalina	6,793	0.036411	1.93	247	18.90	13	1
Sub red 1	Santa Rosa	11,044	0.036411	1.93	402	18.90	21	2
Sub red 1	Soplaviento	5,103	0.036411	1.93	186	18.90	10	1
Sub red 1	Turbaco	41,164	0.036411	1.93	1,499	18.90	79	5
Sub red 1	Turbana	7,768	0.036411	1.93	283	18.90	15	1
Sub red 1	Villanueva	10,543	0.036411	1.93	384	18.90	20	2
Subtotal Sub red1		785,411		28.90	28,588		1,513	99
Sub red 2	Córdoba	6,549	0.036411	1.93	238	18.90	13	1
Sub red 2	Carmen de Bolívar	37,365	0.036411	1.93	1,360	18.90	72	5
Sub red 2	El Guamo	4,758	0.036411	1.93	173	18.90	9	1
Sub red 2	San Jacinto	12,649	0.036411	1.93	461	18.90	24	2
Sub red 2	San Juan Nepomuceno	19,519	0.036411	1.93	711	18.90	38	3
Sub red 2	Zambrano	6,079	0.036411	1.93	221	18.90	12	1
Total Sub red 2		86,919		11.56	3,165		167	13
Sub red 3	Achí	12,081	0.036411	1.93	440	18.90	23	2
Sub red 3	Altos del Rosario	6,874	0.036411	1.93	250	18.90	13	1
Sub red 3	Barranco de Loba	7,990	0.036411	1.93	291	18.90	15	1
Sub red 3	El Peñón	4,382	0.036411	1.93	160	18.90	8	1
Sub red 3	Magangué	70,007	0.036411	1.93	2,549	18.90	135	9
Sub red 3	Montecristo	10,152	0.036411	1.93	370	18.90	20	2
Sub red 3	Pinillos	11,702	0.036411	1.93	426	18.90	23	2
Sub red 3	Regidor	4,904	0.036411	1.93	179	18.90	9	1
Sub red 3	Río Viejo	9,010	0.036411	1.93	328	18.90	17	2
Sub red 3	San Jacinto del cauca	6,441	0.036411	1.93	235	18.90	12	1
Sub red 3	San Martín de Loba	7,854	0.036411	1.93	286	18.90	15	1
Sub red 3	Tiquisio	9,562	0.036411	1.93	348	18.90	18	2
Total sub red 3		160,959		23.12	5,861		310	25
Sub red 4	Cicuco	6,228	0.036411	1.93	227	18.90	12	1
Sub red 4	Hatillo de Loba	5,769	0.036411	1.93	210	18.90	11	1
Sub red 4	Margarita	5,140	0.036411	1.93	187	18.90	10	1
Sub red 4	Mompox	22,962	0.036411	1.93	836	18.90	44	3
Sub red 4	San Fernando	7,193	0.036411	1.93	262	18.90	14	1

Continuación Tabla 1.

Nodo red prestadora	Municipio	Población objeto	Tasa frecuencia de uso	Tasa de ingresos por 1000	Demanda potencial UCI adult	Estancia media	Ingresos estimados uci adulto	Camas realmente requeridas UCI
Sub red 4	Talaigua Nuevo	5,924	0.036411	1.93	216	18.90	11	1
Total sub red 4		53,206		11.56	1,937		103	8
Sub red 5	Arenal	8,641	0.036411	1.93	315	18.90	17	2
Sub red 5	Cantagallo	4,799	0.036411	1.93	175	18.90	9	1
Sub red 5	Morales	10,376	0.036411	1.93	378	18.90	20	2
Sub red 5	San Pablo	16,591	0.036411	1.93	604	18.90	32	2
Sub red 5	Santa Rosa del Sur	18,915	0.036411	1.93	689	18.90	36	3
Sub red 5	Simití	9,735	0.036411	1.93	354	18.90	19	2
Total sub red 5		69,507		11.56	2,514		133	12
Total Gral		1'155,282		86,69	42,065	18.90	2,226	157

Fuente: DADIS

En la tabla anterior es que define el número de camas para cada sub red. Así mismo, cada sub red tiene definidas las camas que deben tener las UCI's de cada municipio, corregimiento, pueblo o ciudad del Departamento de Bolívar. Esto permite visualizar la perspectiva de que existe una ventaja porque a medida que se realizan los censos de población, se puede realizar una tabla dinámica que permita ir actualizando estos datos en todo sentido, porque si hay cambios en la población a atender, puede haber cambios en la distribución política del departamento.

8.2 UNIDADES PRESTADORAS DE SERVICIO Y ÁREAS GEOGRÁFICAS DETERMINADAS.⁵²

La Tabla 2., permite mostrar con claridad las unidades prestadoras de servicio y las áreas geográficas donde están ubicadas, por lo que en la Tabla 2., se presentan los datos con el fin de que sean un compendio de la información anterior con el fin de de indicar lo que cada localidad de la ciudad de Cartagena tenía, en cuanto a población, UCI's y número de camas. (Ver Tabla 2.)

⁵² Base de datos DADIS Cartagena

Tabla 2. Número de camas de UCI adulto en Cartagena en el año 2012 por unidades prestadoras de servicio y áreas geográficas.

LOCALIDAD	POBLACION ADULTA	NUMERO DE UCI EN EL AÑO 2012	NUMERO DE CAMAS UCI ADULTO AÑO 2012
LOCALIDAD HISTÓRICA Y CARIBE NORTE	167.293 según proyección censo 2005	6	46
LOCALIDAD LA VIRGEN Y TURÍSTICA	150.134 según proyección de censo 2005	9	61
LOCALIDAD INDUSTRIAL DE LA BAHÍA	111.529 según proyección de censo 2005	12	90
TOTAL	428.956 según proyección censo 2005	24	197

Fuente: DADIS

9. DETERMINACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE SERVICIOS DE SALUD ACEPTADAS Y NEGADAS EN LA UCI ADULTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE DURANTE EL AÑO 2012

9.1 SOLICITUDES Y NEGACIONES DEL SERVICIO DE UCI EN EL AÑO 2012.⁵³

Para hacer el análisis sobre las solicitudes y negaciones de camas se buscó información que diera luces sobre las causas de la presentación de estos actos y se encontró que “dado que las unidades de cuidados intensivos e intermedios son las salas de elección para la monitoria y tratamiento de pacientes con grados ascendentes de gravedad en su enfermedad, es preciso establecer criterios científica y éticamente orientados que permitan identificar y determinar la condición crítica – y su grado de severidad – de los pacientes a fin de decidir quiénes requieren admisión y seguimiento en una UCI o en una UCIN (UCI Neonatal)”.⁵⁴

En el mismo sentido, se conoció que para establecer qué pacientes presentan un estado crítico que amerite su ingreso a una UCI es necesario:

1. Definir su patología en términos de gravedad y reversibilidad
2. Definir qué tipo de tratamiento requiere: monitoreo estricto y/o invasivo o tratamiento especial.⁵⁵

Así mismo, “Al hablar de la gravedad de la enfermedad se hace referencia al riesgo inminente o potencial que entraña para la vida. Tal es el contexto de una disfunción órgano-específica o sistémica grave, de una patología aguda o crónica descompensada que conlleva inestabilidad fisiológica y ocasiona el deterioro rápidamente progresivo de las funciones vitales. La gravedad que define al tipo de pacientes candidatos a una UCI se mueve en un espectro marcado por dos extremos de poblaciones de enfermos clásicamente definidas por Griner en 1972, en su estudio sobre el manejo del edema agudo de pulmón, que conserva vigencia hasta los presentes días.”⁵⁶

⁵³ Archivos de los libros de referencia y contra referencia de la UCI adulto del H.U.C

⁵⁴ HERRERA Ángela María y GARCÍA Alberto Federico. Criterios de admisión y alta para la Unidad de Cuidados Intensivos. Bogotá. 31p

⁵⁵ Op. Cit. Herrera. 31p

⁵⁶ Op. Cit. Herrera 31p

Una vez conocido lo anterior, se procedió a solicitar la información sobre las solicitudes aprobadas y las negadas de servicios en la UCI Adulto del Hospital del Caribe cuyos montos se presentan en la Tabla 3 que sigue, donde se indica que las solicitudes de servicio no resueltas, fueron hechas a 250 pacientes.

Tabla 3. Solicitud de camas en UCI del Hospital - 2012

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE			
SOLICITUDES DE CAMAS EN UCI DURANTE EL AÑO 2012			
MES	SOLICITUDES	GESTIONADAS	REPORTADAS
ENERO	58	28 (48.3%)	10 (17.2%)
FEBRERO	35	25 (71.4%)	3 (0.9%)
MARZO	44	14 (31.8%)	15 (34.1%)
ABRIL	46	34 (73.9%)	10 (21.7%)
MAYO	44	28 (63.6%)	20 (45.5%)
JUNIO	50	30 (60.0%)	14 (28.0%)
JULIO	64	34 (53.1%)	10 (15.6%)
AGOSTO	50	30 (60.0%)	14 (28.0%)
SEPTIEMBRE	58	28 (48.3%)	10 (17.2%)
OCTUBRE	46	34 (73.9%)	10 (21.7%)
NOVIEMBRE	64	34 (53.1%)	10 (15.6%)
DICIEMBRE	35	25 (71.4%)	4 (11.4%)
TOTAL	594	344 (57.9%)	130 (21.9%)

TOTAL NO RESUELTAS: 250 (40.5%)
--

Fuente: Base de datos de referencia y contra referencia del H.U del C

Ahora bien, al indagar sobre las causas que originan la no atención de los pacientes, tal como se muestra en la información anterior, se encontró que no se llevan registros que indiquen si el contexto correspondió a una disfunción órgano-específica o el sistémica grave de una patología aguda o crónica descompensada que conllevara a una inestabilidad fisiológica u ocasionar el deterioro rápidamente progresivo de las funciones vitales, entre otros aspectos.

10. ESTABLECIMIENTO DEL PERFIL DE MORBILIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UCI ADULTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE EN EL AÑO 2012.

Para efectos de establecer el perfil de morbilidad de los pacientes, se hizo necesario conocer los aspectos más importantes de este tema y para eso se definió que “el término morbilidad es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.”⁵⁷

Así mismo, se conoció que “la morbilidad es un dato demográfico y sanitario que cumple la función de informar la proporción de personas que sufren una enfermedad en un espacio y tiempo acotados. Esto es así a modo de poder analizar de mejor modo la evolución de tal enfermedad en condiciones particulares ya que al delimitarla, los efectos y fenómenos producidos son más fácilmente observables. La morbilidad es especialmente utilizada por la epidemiología, la disciplina de la medicina que se especializa en el análisis y estudio del avance de diferentes epidemias en diferentes tipos de población.”⁵⁸

En adición, se supo que “de acuerdo a los resultados obtenidos a partir de la investigación basada en la morbilidad, los especialistas pueden saber el poder o el efecto que una enfermedad tiene en una población, al mismo tiempo que se pueden analizar las causas de tal situación y buscar las posibles soluciones para el futuro (soluciones que pueden ir desde vacunas o remedios específicos hasta cambios en el acceso a las condiciones de vida esenciales para el ser humano)”.⁵⁹

Entonces, según la fuente “hay dos tipos de tasas de morbilidad que se utilizan para diagnosticar diferentes situaciones. Una de ellas es la prevalencia, aquella que muestra cómo la enfermedad que afecta a una población se mantiene en el tiempo, mientras la otra es la incidencia, aquella que estipula el crecimiento de esa enfermedad en un período acotado y específico de tiempo. Esta segunda tasa tiene que ver con la noción de crecimiento o aparición abrupta de la enfermedad.”⁶⁰

⁵⁷ RADA, G. Indicadores en Salud. Universidad Católica de Chile. 2007

⁵⁸ RADA, G. Indicadores en Salud. Universidad Católica de Chile. 2007

⁵⁹ RADA, G. Indicadores en Salud. Universidad Católica de Chile. 2007

⁶⁰ Op. Cit. RADA, G.

Con base en lo anterior, la información obtenida sobre morbilidad en los archivos de referencia y contra-referencia del Hospital Universitario del Caribe durante los cuatro (4) trimestres del 2012, se muestra en las tablas que siguen.

Tabla 4. Perfil de morbilidad de los pacientes atendidos en la UCI Adulto del HUC en el primer trimestre del año 2012.

PATOLOGIA	PRIMER TRIMESTRE DE 2012		
	# EVENTOS	ESPECIALIDAD	PORCENTAJE (%)
Shock: séptico (12), Cardiogénico(10) Hipovolémico (5) SIRS (3)	30	Medicina Interna Infectología Cardiología	48.3
Insuficiencia respiratoria aguda: EPOC (6) Neumonía(4)	10	Neumología Medicina interna	14.9
Insuficiencia respiratoria crónica	10	Neumología Medicina interna	14.9
Síndrome de defunción orgánica múltiple SDOM	7	Medicina interna Infectología	11.2
Infecciones	6	Medicina interna Infectología	8.9
Afecciones neurológicas	4	Medicina interna neurología	6

Fuente: libros de referencia y contra referencia de la UCI adulto del H.U.C

En la tabla 4., se observa que durante el primer trimestre del año, la prevalencia de las afecciones crónicas (Shock séptico, Cardiogénico, Hipovolémico y SIRS) fue la mayor causa de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto, determinando así la necesidad de contar con un médico internista permanente para trabajar haciendo interconsultas con especialistas en Infectología, neumología y neurología.

Se considera que las interconsultas son muy importantes porque ayudan a solucionar los problemas de los treinta y siete (37) pacientes restantes (seis (6) con EPOC, cuatro (4) con Neumonía, diez (10) con Insuficiencia respiratoria crónica, siete (7) con Síndrome de defunción orgánica múltiple, seis (6) con Infecciones y cuatro (4) con Afecciones neurológicas.

La información que sigue, corresponde al segundo trimestre del año 2012 y se presenta en la Tabla 5., así:

Tabla 5. Perfil de morbilidad de los pacientes atendidos en el HUC en el segundo trimestre del año 2012.

PATOLOGIA	SEGUNDO TRIMESTRE DE 2012		
	# DE EVENTOS	ESPECIALIDAD	PORCENTAJE (%)
Shock: Séptico (10) Cardiogénico(10) Hipovolémico (5) SIRS (3)	28	Cardiología Medicina interna Infectología	30.4
Politraumatismo	16	Neurocirugía Medicina interna Cx general Ortopedia	17.3
Afecciones neurológicas	12	Neurología Medicina interna	13.0
Insuficiencia respiratoria aguda: EPOC(6) Neumonía(4)	10	Neurocirugía Neurología Medicina interna	10.8
Enfermedad Infecciosa	9	Infectología Medicina interna	9.7
Síndrome de defunción orgánica múltiple SDOM	8	Medicina interna	8.6
Insuficiencia respiratoria crónica	5	Neumología Medicina interna	5.4
Insuficiencia renal crónica	4	Medicina interna Reumatología Infectología	4.3

Fuente: libros de referencia y contra referencia de la UCI adulto del H.U.C

En la Tabla anterior se observa que no hay mucha diferencia entre los datos del segundo semestre con los del primer trimestre puesto que sigue la prevalencia de las complicaciones de enfermedades crónicas (que corresponden a un 30.4% a lo cual se suman los politraumatismos cuyo porcentaje (17.3%) hace que ocupe el segundo puesto de patologías que ingresan a la UCI Adulto del H.U.C., esto hace que aparezcan especialidades quirúrgicas como: ortopedia, cirugía general y neurocirugía para el tratamiento de los pacientes con problemas de este tipo.

La anterior apreciación se hace porque es necesario tener en cuenta que en el primer trimestre se atendieron sesenta y un (61) pacientes y en este trimestre se atendieron noventa y dos (92) y aparecieron nuevas patologías.

Continuando con el análisis, la Tabla 6., sirve para mostrar la similitud entre los datos del primero y segundo trimestre con los datos correspondientes al tercer trimestre del 2012 pues en ella se puede observar que tanto el Shock Séptico (con 10 casos) como el Cardiogénico (con 10 casos), el Hipovolémico (con 3 casos) y

las SIRS (con 2 casos), son afecciones crónicas y continúan siendo la principal causa de ingreso a UCI en el H.U del C, sin perder de vista el politraumatismo que sigue siendo un porcentaje alto de ingreso a la misma. Adicionalmente, el número de pacientes del este trimestre es igual al del segundo trimestre: 92 pacientes.

Tabla 6. Perfil de morbilidad de los pacientes atendidos en el HUC en el tercer trimestre del año 2012.

PATOLOGIA	TERCER TRIMESTRE DE 2012		
	# DE EVENTOS	ESPECIALIDAD	PORCENTAJE (%)
Shock: Séptico (10) Cardiogénico(10) Hipovolémico (3) SIRS (2)	25	Cardiología Medicina interna Infectología	27.1
Insuficiencia respiratoria aguda: EPOC(6) Neumonía(4)	17	Neumología Medicina interna	18.4
Síndrome de defunción orgánica múltiple SDOM	15	Medicina interna	16.3
Politraumatismos	12	Neurocirugía Cirugía general Ortopedia Medicina interna	13.0
Enfermedad Infecciosa	9	Infectología Medicina interna	9.7
Afecciones neurológicas	7	Medicina interna Neurología	7.6
Insuficiencia respiratoria crónica	4	Medicina interna Neumología	4.3
Insuficiencia renal crónica	3	Medicina interna Nefrología	3.2

Fuente: libros de referencia y contra referencia de la UCI adulto del H.U.C

Por último, al igual que en los tres trimestres anteriores, la Tabla 7., correspondiente al cuarto trimestre, permite observar que continúan apareciendo, tanto el Shock Séptico como Cardiogénico, Hipovolémico, las SIRS y el politraumatismo, como las patologías que afectan en mayor porcentaje a los pacientes atendidos en UCI Adulto del Hospital Universitario del Caribe, pero mostrando a los accidentes de tránsito como una de las nuevas patologías críticas en Cartagena.

Tabla 7. Perfil de morbilidad de los pacientes atendidos en el HUC en el cuarto trimestre del año 2012.

PATOLOGIA	CUARTO TRIMESTRE DE 2012		
	#DE EVENTOS	ESPECIALIDAD	PORCENTAJE (%)
Shock: Séptico (12) Cardiogénico(12) Hipovolémico (3) SIRS (2)	29	Neumología Cx de tórax Medicina interna	31.1
Politraumatismos	18	Cx general Neurocirugía Ortopedia Medicina interna	19.3
Insuficiencia respiratoria aguda: EPOC(6)	13	Neumología Medicina interna	14.1
Insuficiencia respiratoria crónica	12	Medicina interna Neumología	12.9
Enfermedad Infecciosa	10	Infectología Medicina interna	10.7
Insuficiencia renal crónica	6	Medicina interna Nefrología	6.4
Síndrome de defunción orgánica múltiple SDOM	3	Medicina interna	3.2
Alteraciones neurológicas	2	Medicina interna Reumatología Infectología	2.1

Fuente: libros de referencia y contra referencia de la UCI adulto del H.U.C

Como conclusión se puede decir que la cantidad de pacientes que son atendidos durante cada trimestre en la UCI Adulto de H. U. C. pueden llegar a ser más de trescientos (300) y que las patologías que presentan son similares, pero con algunas variaciones de un trimestre a otro. (Ver Tablas 4, 5, 6 y 7).

11. DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO POR LA NO PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOBRE LAS FINANZAS, LA POBLACIÓN, LOS EMPLEADOS, SUS DIRECTIVOS Y LA IMAGEN INSTITUCIONAL

11.1 IMPACTO FINANCIERO

Lo primero que hay de indicar es que en Colombia y en la mayoría de los países del mundo, toda la información de tipo financiero se considera confidencial y de uso limitado, sin importar el tipo de entidad, institución o empresa. Por esto ha sido imposible entrar a analizar datos reales y confiables sobre cómo se maneja este aspecto tanto en el Hospital Universitario del Caribe como en la UCI misma y en la empresa Gestión U. C. I. del Caribe ya que no aparecen publicados datos de este tipo ni son dados a conocer. Se supone que solo los conocen y manejan quienes pertenecen a la Junta Directiva.

Entonces, es bueno aclarar que, debido a lo anterior, la información que aquí se incluye corresponde a aspectos que se manejan diariamente y son conocidos en la ciudad y el Departamento de Bolívar o son de tipo legal y de obligatorio cumplimiento. Ante esto, aquí se tratan aspectos relevantes que afectan el desempeño financiero de cualquier empresa, en especial de las Empresas Sociales del Estado - ESE's colombianas para las que existe una complicada red de manejo de los ingresos y egresos definida por el Estado y que regula la relación entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano que se evidencia a través de contratos para la prestación de servicios.⁶¹

11.1.1 Formas de Contratación. En primer lugar, en el año 2000 emergió la figura del outsourcing o tercerización, basada en la creación de empresas que se encargan de suplir algunas de las funciones de otras, ofreciendo servicios a través de diferentes formas de contratación no laborales. Así, como sucede en el Hospital Universitario del Caribe y la empresa de outsourcing Gestión U.C.I del Caribe, se presta por su intermedio un servicio temporal, que requiere el pago de administración, y por el cual pueden vincularse trabajadores laborales y otros en misión, empleados por seis meses o máximo un año.⁶²

Por otro lado, en el Artículo 194 de la Ley 100 de 1993 establece que “Naturaleza. La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las

⁶¹ ANDRADE, Juan David. Formas de contratación en el sistema de salud en el marco de las relaciones entre prestadores y aseguradores.

⁶² Op. Cit. Andrade

entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo”.⁶³ Aspecto que cumple la ESE Hospital Universitario del Caribe.

Igualmente, en el Decreto 4747 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones, su Artículo 2. Campo de aplicación estipula que el presente decreto aplica a los prestadores de servicios de salud ya toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente decreto, deberán cumplir con los términos aquí establecidos.⁶⁴

11.1.2 Tarifas. Atendiendo a que esta es otra fuente de impactos negativos en los aspectos financieros de las EPS's, se aclara que existen dos tipos de tarifas, así:

11.1.2.1 Las Tarifas ISS: fueron definidas en el Acuerdo 256 del 2001 del Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales y contempla todos aquellos tratamientos, intervenciones, hospitalizaciones, etc., que pueda requerir el paciente, dando los valores en Unidades de Valor Real – UVR, cuya conversión a pesos se da cada año de acuerdo a como el gobierno defina el valor de dicha unidad. Por esto y en el 2012, los derechos a la Sala de Unidad de Cuidados Intensivos que son pagados a las I.P.S ascienden a la suma de \$ 2.370.654 (dos millones trescientos setenta mil seiscientos cincuenta y cuatro mil) pesos, más el 10% (es decir \$ 237,065) para un total de \$ 2.707.719 (Dos millones seiscientos siete mil setecientos diecinueve) pesos. Teniendo en cuenta que el costo fijo es constante, la ganancia neta que genera una sala de U.C.I es de \$ 2.050.419 (Dos millones cincuenta mil cuatrocientos diecinueve) pesos por día.⁶⁵

11.1.2.2 las Tarifas SOAT: corresponden a los valores oficiales que cada EPS debe reconocer por los servicios asistenciales ofrecidos cuando ocurren accidentes de tránsito. En el presente año, los seguros mediante la contratación por medio de la tarifa SOAT cancelaron a las instituciones prestadoras - IPS's, por

⁶³ CONGRESO DE LA REPÚBLICA

⁶⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

⁶⁵ INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES. Manual Tarifario ISS.

los servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos, la suma de \$ 939.000 (novecientos treinta y nueve mil) pesos diarios. Esto quiere decir que si el Hospital Universitario llegare a tener este tipo de contratación con dicho manual tarifario y tuviera ocupadas las diez (10) camas, recibiría la suma de \$ 9'390.000 (nueve millones trescientos noventa mil) pesos diarios, de los cuales el 70%, \$ 6'573.000 (seis millones quinientos setenta y tres mil) pesos, serían para cubrir costos fijos y el restante 30%, \$ 2'817.000 (Dos millones ochocientos diecisiete mil) pesos serían la utilidad para el Hospital Universitario del Caribe.

Tabla 8. Tarifas de la UCI Adulto del H.U.C. - Costos de Cama UCI por día.

Tarifa SOAT (2012)	Tarifa ISS (2001 + 10%)
\$ 939.000 / día	UVR 542.960 / día + 10% (54.296)
	Total : UVR 597.256

Fuente: las autoras con base en el Manual de Tarifas

11.1.3 Capacidad Instalada en la UCI Adulto

Como se ha dicho anteriormente, la UCI Adulto del Hospital Universitario del Caribe cuenta con diez (10) camas para atender igual número de pacientes pero, como la ESTANCIA de cada uno varía de acuerdo al tipo de enfermedad, a su recuperación, al tratamiento y a su respuesta a los medicamentos, se considera que la estancia promedio es de siete (7) días y, por eso, la UCI tiene una capacidad de atender 43 pacientes al mes ó 514 pacientes al año. (Ver Tabla

Tabla 9. Capacidad instalada de la UCI Adulto del Hospital Universitario del Caribe.

Capacidad instalada de la UCI del H.U.C	Capacidad instalada al mes	Capacidad instalada al año
10 camas	300 camas	3600 camas
Teniendo presente que la estancia promedio es de 7 días, se tiene		
10 camas	43 pacientes	514 pacientes

Fuente: las autoras

Una vez conocido lo anterior, se buscó información oficial que permitiera tener una visión sobre los problemas que aquejan, financieramente, al sistema general en salud colombiano, encontrando que “hoy en día el sistema está atravesando una de las mayores crisis financieras de toda su historia a causa, según el Gobierno nacional, de la insuficiencia de recursos que se manejan. Lo anterior ha llevado a desarrollar diferentes acciones como el Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009 (declarado inexecutable por la Corte Constitucional) y las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, las cuales se concentraban en la búsqueda de nuevos recursos financieros para el sector”.⁶⁶

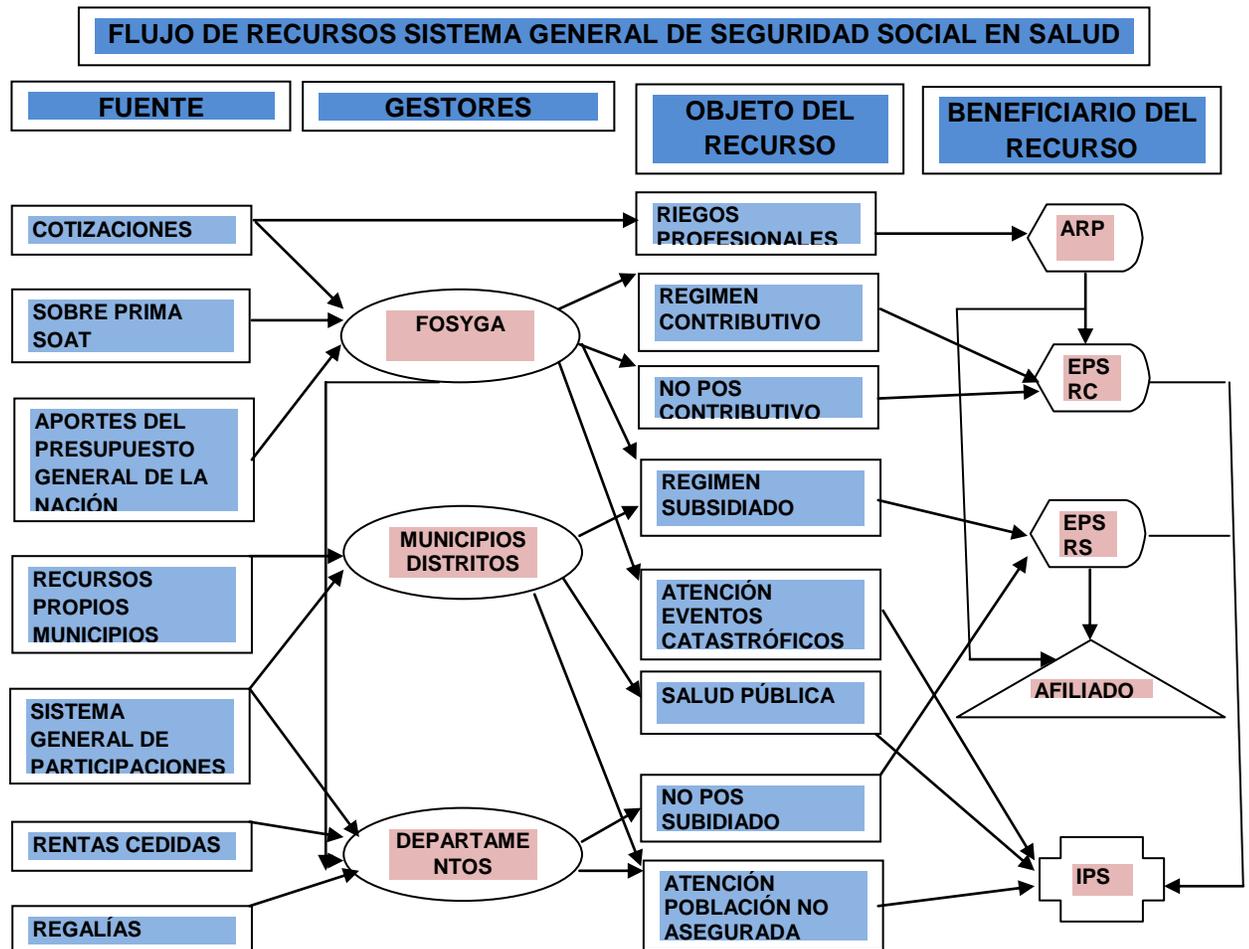
Aparte de lo anterior, el mismo documento indica que “dentro de las características del sistema general de seguridad social definidas por la Ley 100 de 1993 que afectan el flujo de los recursos, se destacan las siguientes:

- a) La cobertura a todos los habitantes del país, los cuales deberán estar afiliados al sistema, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.
- b) El recaudo de las cotizaciones como responsabilidad del Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantía), quien delegará esta función en las EPS.
- c) El reconocimiento a la EPS de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), por cada persona afiliada, cotizante o beneficiaria. La UPC será establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (hoy función asumida por la comisión reguladora CRES).
- d) La existencia del régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fosyga y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad, con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas.
- e) La creación del Fondo de Solidaridad y Garantía cuyo objeto es garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del sistema, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en la Ley.
- f) La financiación al subsidio a la demanda por parte de las entidades territoriales, con cargo a los fondos seccionales y locales de salud.
- g) La celebración de convenios por parte de las entidades territoriales con las EPS para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado.

⁶⁶ PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá. 2012. 9p.

Como parte de la demostración sobre las dificultades que se presentan en el flujo de fondos del sistema general de seguridad social en salud, se presenta el siguiente esquema:

Figura 1. Flujo de recursos en el sistema general de seguridad social en salud



Fuente: Procuraduría General de la Nación

Ante lo anterior y según estudio de la Universidad Nacional en Bogotá, algo tan sencillo como proporcionar la información exacta para la elaboración de las facturas de cobro tiene en serios aprietos a casi todos los hospitales públicos del país.

11.2 IMPACTO ENTRE LA POBLACIÓN

Este impacto es negativo puesto que existe un problema estructural en los hospitales públicos del país que consiste en suministrar servicios por anticipado y recaudar los pagos correspondientes aproximadamente 180 días después por lo que, como se sabe, la mayoría de estas instituciones pueden enfrentar el cese parcial o total de los servicios puesto que, a raíz del retraso en el recaudo de las cuentas por cobrar, hay incumplimiento de todo tipo con proveedores, acreedores, contratistas y empleados, lo que ocasiona que disminuya la calidad de los servicios.

En adición, y como queja general entre los usuarios, se presentan fallas: a) en la asignación de citas médicas de todo tipo pues muchas veces se debe esperar más de dos (2) meses para ser atendidos, con lo cual la persona se siente desprotegida, maltratada y abusada puesto que la enfermedad, la mayoría de las veces, no da espera; b) en la entrega de las medicinas de alto costo pues se debe esperar a que autoricen la entrega, y eso demora varios días; c) en la entrega de los resultados de los exámenes, entre otros aspectos.

11.3 IMPACTO ENTRE LOS EMPLEADOS Y DIRECTIVOS

El impacto entre los empleados consiste en que sus esfuerzos se deben redoblar para tratar de dar un servicio eficiente y oportuno a los usuarios y, por eso, se presentan incapacidades que, de no ser controladas, pueden hacer que el Hospital no funcione adecuadamente.

Así mismo, la no prestación de los servicios afecta a los Directivos porque son más las cantidades de quejas y reclamos que deben tramitar, dar respuesta y solucionar. Eso, sin olvidar que la planeación y control de sus actividades se hace más dispendiosa y deben dedicar más tiempo a investigar por qué sucede la no prestación de los servicios. Igual caso puede suceder si se disparan las solicitudes de servicio y se quiere cumplir con las metas y objetivos estratégicos institucionales.

11.4 IMPACTO EN LA IMAGEN

De por sí, la imagen de los hospitales en Colombia está deteriorada pues lo que se escucha o lee en los medios de comunicación es que ninguno cumple a cabalidad con la atención efectiva y oportuna de los pacientes y que siempre se debe perder mucho tiempo para que atiendan a alguien, aún en casos de urgencia manifiesta.

CONCLUSIONES

Lo que inicialmente se concluye es que el Ministerio de la Seguridad Social, las entidades que apoyan el desarrollo de programas de salud, como el Departamento Administrativo Distrital de Salud Pública cuyo objetivo principal es “informar, motivar, orientar y promover en los prestadores de servicios de salud, la implementación de la cultura del mejoramiento continuo de la calidad, basada en estándares de acreditación y enfocada a la satisfacción de los usuarios. Asegurar que todos los prestadores de servicios de salud del Distrito de Cartagena cumplan con las condiciones mínimas establecidas por la Ley, para la prestación de servicios y gestionar el correcto manejo de la información de habilitación de los prestadores de servicios de salud del Distrito de Cartagena”⁶⁷, y el resto de entidades asociadas, tienen muy bien establecidas investigaciones que ayudan a tener claridad sobre las problemáticas existentes, pero también cuentan con guías, protocolos y leyes dirigidas a que se preste un servicio eficiente y eficaz.

La segunda conclusión es que queda claro que las camas disponibles en las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos Adulto del Departamento de Bolívar sólo cubren parcialmente la demanda de éstas y se siguen quedando pacientes sin ser atendidos en dichas Unidades. Lo más grave es que la población de Cartagena y su zona de influencia sigue creciendo, y por lo tanto la demanda de camas para cuidados intensivos es mayor y esto hace que crezca la demanda de servicios en las UCI Adulto de la ciudad de Cartagena. En estas condiciones, una vez determinada la necesidad de camas para dichas UCI's, pues hay un déficit de 38 camas, se hace necesario que el Estado o las Secretarías de Salud asuman el problema y replanteen las redes de servicios y se definan las políticas de planeación y habilitación de servicios, o un estructurado plan de contingencia que permita aproximarse a un equilibrio racional entre la oferta y la demanda potencial con la oferta y demanda real

Como tercera conclusión se puede decir que entre de las ventajas que obtiene el Hospital Universitario por la tercerización de los servicios de cuidados intensivos con la empresa Gestión U.C.I del Caribe, se encuentran: a) la reducción de costos fijos y variables porque se bajan los de selección de personal; b) por la reducción del personal administrativo para la nómina; por menores costos en papelería, uniformes, seguridad social, etc. Esto ayuda a que disminuyan los costos fijos y aumente la flexibilidad de la organización.⁶⁸

⁶⁷ DADIS. Disponible en www.dadiscartagena.gov.co

⁶⁸ WERTHER William B. Jr. DAVIS, Keith Administración de personal y recursos humanos Tercera Edición. University Of Miami. McGraw Hill. MEXICO. 1992

Derivada de la anterior, la cuarta conclusión consiste en que no se puede desconocer que el outsourcing o externalización de los servicios también trae consigo desventajas que afectan negativamente la situación económica del hospital, ya que solo puede recibir el 30% de las utilidades reportadas por la empresa Gestión U.C.I del Caribe con lo cual el Hospital Universitario de Cartagena puede perder ingresos que recibiría si maneja directamente el hospital y, así obviar el estancamiento en lo referente a la innovación ya que la empresa del outsourcing no ha cumplido con el estándar definido que permitía cubrir las demandas de servicios y, por supuesto, deja ver que las actividades de mercadeo y marketing no son suficientes.

Además, como quinta conclusión, es necesario reconocer la existencia de aspectos negativos que afectan directamente al Hospital Universitario del Caribe como es: a) la pérdida de contacto con las nuevas tecnologías que ofrecen oportunidades para modernizar diferentes áreas; b) el alza en las tarifas incrementan la dificultad de implementar aquellas actividades que fueron un éxito para que vuelvan a representar una ventaja competitiva para el Hospital Universitario del Caribe; c) en el caso que las funciones de Gestión U.C.I del Caribe, empresa que está a cargo de la prestación de servicio por outsourcing, no sean llevadas a cabo de manera satisfactoria, resultaría muy costoso a la ESE Hospital Universitario del Caribe hacer un cambio de empresa y, además, ésta no tiene control sobre la eficiencia del servicio y los beneficios son reducidos.

Como última conclusión, se estima que con este trabajo se pudo determinar que Cartagena es una ciudad que no se ha quedado atrás del resto del país en cuanto a la situación del sector salud porque, a pesar de haber camas disponibles al sumar las camas existentes en la ciudad, aparentemente hay un déficit de camas en los hospitales que son referentes (como lo es el Hospital Universitario del Caribe) ya que es un hospital departamental al cual remiten pacientes desde los diferentes municipios del departamento de Bolívar y debe solucionar cualquier caso de atención en salud que se presente. De ahí su importancia y la necesidad de fortalecerlo, en especial su Unidad de Cuidados Intensivos donde sólo se cuenta con diez (10) camas para una demanda creciente

BIBLIOGRAFÍA

American College of Critical Care, Society of Critical Care Medicine. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage”.

Crit Care Med 1999; 27:633-8.

Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar la investigación en seres humanos. Revista Médica de Chile 1967; (95): 281-282.

Aumentan Demandas por Eventos Adversos en Atención Médica en Colombia: Costos y pérdidas son incalculables y más alto es el sufrimiento cuando hay fallas en la atención. En El Tiempo, 18 marzo de 2012

Camargo R. Asociación colombiana de medicina crítica y cuidado intensivo, AMCI. Breve reseña histórica.

Departamento Administrativo Distrital de Salud – DADIS, Perfil Epidemiológico. 2013

David Scott Jervis; Julio M Orozco; Nelson Alvis; análisis de suficiencia de la red prestadora de servicios de Bolívar y Cartagena de Indias, frente a la demanda potencial de servicios estimada a partir de indicadores demográficos, epidemiológicos y de frecuencia de uso de servicios de salud 2010 p 48 – 49.

Ernst & Young, Los 10 principales riesgos de negocios. Mancera, S.C. 2011

Evaluación de la suficiencia de la red prestadora de servicios de salud en el departamento de Bolívar y el Distrito de CARTAGENA DE INDIAS, David Scott

Jervis Jálabe, MD, MsC; Julio Mario Orozco Africano, MD, MsC y Nelson Alvis Guzmán, MD, MsC, PhD, Enero de 2011

Flores Ramírez G., Outsourcing, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Diciembre 2011

FOLLAND Sherman, GOODMAN Allen C. y STANO Miron. The economics of health and health care. Prentice Hall. Seventh Edition. 2010.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos, BAPTISTA LUCIO Pilar. Metodología de la Investigación. McGraw Hill. Quinta edición. México. 2009

J. Ruiz Moreno A; M.C. Martín Delgado. “Ciento cincuenta años de atención al enfermo crítico”, Revista Jano 23-29, Junio 2006. nº 1.614.

Lalonde Marc, Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses, 1974.

LEÓN MENDOZA, J. Economía aplicada. Talleres gráficos de solvima Graf S.A.C. marzo 2010.

LEROY MILLER, Roger; MEINERS, Roger E. Microeconomía. Tercera edición. 34p.

MANTILLA Adriana. Empresas Sociales del Estado. Universidad Sergio Arboleda

Murgas Torraza Rolando; Ventajas y desventajas de la subcontratación, 26 febrero 2006

P. G. Berthelsen; M. Cronqvist. "The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953". *Acta Anaesthesiol Scand* 2003; 47: 1190—1195.

Ponencia "Análisis de un contrato complejo: Outsourcing". Presentada al II Congreso Mundial de Derecho Informático. España. Setiembre 2002.

Rodríguez C. Calidad de la atención en salud y Ley 100 de seguridad social. Universidad El Bosque. Bioética y Justicia sanitaria. Bogotá D. C. 2002. p. 147-182.

Secretaría Distrital de Salud. Manual guía para el diseño arquitectónico de unidades de cuidados intensivos e intermedios. Bogotá, DC, 2010.