

1-1-2005

Estudio de factibilidad para la creación de una empresa prestadora de servicios de salud domiciliarios en la ciudad de Bogotá D.C

Sandra Milena Guarín Galán
Universidad de La Salle, Bogotá

Hector Camilo Figueroa Nieto
Universidad de La Salle, Bogotá

Follow this and additional works at: https://ciencia.lasalle.edu.co/administracion_de_empresas

Citación recomendada

Guarín Galán, S. M., & Figueroa Nieto, H. C. (2005). Estudio de factibilidad para la creación de una empresa prestadora de servicios de salud domiciliarios en la ciudad de Bogotá D.C. Retrieved from https://ciencia.lasalle.edu.co/administracion_de_empresas/703

This Trabajo de grado - Pregrado is brought to you for free and open access by the Facultad de Economía, Empresa y Desarrollo Sostenible - FEEDS at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Administración de Empresas by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

**ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE UNA EMPRESA
PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS
EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C.**

**SANDRA MILENA GUARIN GALAN
HECTOR CAMILO FIGUEROA NIETO**

Trabajo de grado para optar el titulo de Administrador de Empresas

**Director
Dr. Rafael Guillermo Avila**

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
BOGOTA D.C.
2005**

**ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE UNA EMPRESA
PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS
EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C.**

**SANDRA MILENA GUARIN GALAN
HECTOR CAMILO FIGUEROA NIETO**

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
BOGOTA D.C.**

2005

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá D. C. Junio de 2005

DEDICATORIA

Queremos dedicar el presente trabajo a todas las personas que durante estos años de estudio, nos sirvieron como apoyo constante día tras día, a nuestras familias en especial a nuestros padres, a nuestros docentes, al director de tesis, a nuestros compañeros y amigos.

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias, quienes fueron el apoyo constante durante nuestra carrera, para hacer realidad nuestro proyecto de vida.

A Rafael Guillermo Avila, Director de tesis por su colaboración, orientación y continuo apoyo en la elaboración del presente trabajo.

Al Doctor Fernando Osorio, por su orientación, y colaboración en el presente trabajo.

RESUMEN

En el presente trabajo se analiza un problema de carácter social como lo es la falta de atención médica eficiente en los centros de atención de urgencias de Bogotá, debido esencialmente al represamiento en las salas de urgencias y alas de espera, por pacientes que no requieren de una valoración inmediata.

Este problema se puede solucionar, aplicando un sistema de atención domiciliaria en salud, con lo cual se pretende no solo descongestionar los centros de urgencias, sino disminuir costos operacionales en las EPS, entidades de medicina prepagada, aseguradoras y empresas en general, además de mejorar la calidad de vida de los pacientes y acelerar su recuperación en un medio tan cálido y efectivo como lo es su propio hogar.

Con base en la experiencia internacional, se demostrara que la modalidad de medicina domiciliaria, disminuye notablemente los costos de operación, al reducir sustancialmente las infecciones producidas por agentes patógenos, propios de un ambiente hospitalario. De igual manera, se expondrán algunos casos ocurridos recientemente en Bogotá en donde los agentes patógenos han cobrado la vida de pacientes que ingresaron al centro asistencial para practicarles procedimientos ambulatorios y que después de ciertas infecciones fallecieron en el centro asistencial.

Se ilustrara el mecanismo de operación de la empresa y se demostrara que su constitución es viable de acuerdo a los factores anteriormente descritos.

CONTENIDO.

INTRODUCCION

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
 2. OBJETIVOS
 - 2.1. OBJETIVO GENERAL
 - 2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS
 3. JUSTIFICACION
 - 3.1. ECONOMICA
 - 3.2. CIENTIFICA
 - 3.3. ACADEMICA
 4. MARCO TEORICO
 - 4.1. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA
 - 4.2. ANTECEDENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD A DOMICILIO
 - 4.3. EXPERIENCIA INTERNACIONAL
 - 4.4. EXPERIENCIA NACIONAL
 - 4.5. LA TELEMEDICINA
 5. MARCO LEGAL
 6. MARCO CONCEPTUAL
 7. EL PLAN DE NEGOCIO
 - 7.1. ANALISIS DEL MERCADO
 - 7.1.1. Análisis del Sector
 - 7.1.2. Descripción de los Servicios
 - 7.1.3. Clientes y Tamaño del mercado
 - 7.1.4. Competencia
 - 7.2. ANALISIS TECNICO
 - 7.2.1. Instalaciones
 - 7.2.2. Recurso Humano
 - 7.3. ANALISIS ADMINISTRATIVO
 - 7.4. ANALISIS ECONOMICO
 - 7.5. PRESUPUESTO PARA INICIAR EL PROYECTO.
 - 7.6. ESTADISTICAS
 - 7.7. EL MODELO DE EMPRESA.
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION

El desarrollo independiente de la atención al enfermo en la comunidad comenzó en el siglo XIX después de la revolución industrial y ha continuado hasta nuestros días.¹

La Visita Domiciliaria es sin duda uno de los temas de "moda" en el mundo de la atención médica, especialmente para aquellos pacientes que conllevan las probabilidades de padecer enfermedades crónicas, invalidez y en definitiva, la falta de autonomía para moverse.

La atención domiciliaria es el servicio que se realiza en el domicilio de la persona, con la finalidad de detectar, valorar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del paciente y su familia, potenciando su autonomía, reduciendo las crisis por descompensaciones y en general mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Desde hace más de treinta años, la visita domiciliaria ha sido parte importante del equipo de salud mediante la cual se ha creado un vínculo personal que facilita las actividades de fomento, promoción y prevención para la salud familiar, a través de ella se proyecta e inicia la acción hacia la familia y comunidad.²

¹ Kark, S., Kark, E., Abramson, J., Gofin, J. 1994. atención Primaria Orientada a la Comunidad. Doyma. Barcelona. España.

² Castillo, T. 1995. la Visita Domiciliaria. Opinión de los Residentes. Médico de Familia. 4: 10- 14.

En los distintos países desarrollados durante las últimas décadas se han producido cambios en los planteamientos de la atención domiciliaria, tanto en los niveles sanitarios como en los sociales, estos cambios tienen en común una serie de factores propios de nuestra sociedad actual, tales como el envejecimiento, la interacción del anciano en su medio natural, la potenciación del autocuidado y el incremento de las actividades preventivas entre otras. Por otra parte, se favorece la disminución de los costos de la institucionalización al brindar atención domiciliaria a los pacientes que así lo requieran.

La visita domiciliaria es considerada como una actividad de los servicios de salud, porque permite la extensión de cobertura y facilita el enlace multisectorial entre la familia y los núcleos humanos e institucionales, cuyas acciones conjuntas se orientan a la elevación de la calidad de vida.³

Los cambios demográficos y epidemiológicos de nuestra sociedad permiten predecir que la importancia de la visita domiciliaria irá en aumento, sobre todo aquellas programadas que se ofertan al paciente en edad avanzada, enfermos crónicos, pacientes en etapa terminal, o con dependencia física y/o psíquica o simplemente en la detección de riesgos psico-sociales y a su vez permite conocer los recursos de la familia que potencialmente pueden desempeñar roles favorables en el proceso asistencial.

Los programas de visitas domiciliarias deben sustentarse en una infraestructura de recursos humanos, materiales y financieros, que garanticen su funcionamiento acorde con las políticas y estrategias trazadas previamente.

³ Lesende, I., Sacristán, B., Angulo, J. 1995. Abordaje domiciliario de pacientes descompensados con enfermedad terminal. Atención Primaria. 16:576.

La atención domiciliaria es una necesidad sentida y vivida por amplios sectores de la comunidad, en la medida en que tiene como objetivo responder a la problemática que representa mantener una persona enferma o incapacitada en su domicilio, con todas las connotaciones de tipo asistencial u organizativas que ello lleva consigo; tanto para el usuario y su familia, como para el equipo de atención de salud.⁴

La atención domiciliaria forma parte de los principios básicos de los equipos de atención primaria y es uno de los programas prioritarios de salud y bienestar social. Garantiza la continuidad de la asistencia y el desarrollo de actividades preventivas que permitan mantener el nivel de salud y la calidad de vida de los usuarios.

Un análisis riguroso de la realidad que aparece en torno a la atención domiciliaria nos obliga a tener en cuenta factores condicionantes:

- Envejecimiento progresivo de la población.
- Aumento de la esperanza de vida de la población.
- Un cambio de hábitos de frecuentación de las estructuras de atención de salud.
- Importante déficit de camas hospitalarias.
- Un replanteamiento en las estrategias de atención de los enfermos crónicos institucionalizados. Para nuestra ciudad es de vital importancia, contar con un sistema que supla las falencias de la precaria disponibilidad actual hospitalaria y del creciente ingreso al sistema de seguridad social por parte de la población Bogotana.

⁴ Quevedo, L. Mendoza, V. 1997. S/A. Hacia una Medicina Más Humana. Editorial Panamericana. Bogotá. Colombia.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Uno de los inconvenientes más frecuentes en los centros de atención de urgencias o consulta externa, es la congestión de pacientes y el represamiento y demora en la prestación de servicios, lo que degrada la atención médica e impide la valoración de urgencias a pacientes que por su patología, requieren de una atención inmediata. Esta situación la vemos continuamente en instituciones de primero, segundo y tercer nivel de atención, pues es evidente que en todos los sectores de la sociedad, es imprescindible la atención médica, para mejorar la calidad de vida de la población en general.

Este es uno de los problemas más frecuentes en el sector salud al momento de solicitar los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización; en la mayoría de los casos es debido al represamiento de pacientes en las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS y centros hospitalarios, que no dan abasto con el volumen de pacientes que manejan, y para lo cual resultaría sustancialmente costoso aumentar su fuerza laboral; hecho que se traduce de un aumento o ampliación de sus instalaciones y soporte técnico -científico.

Por consiguiente, la atención domiciliaria, se perfila como una de las soluciones más viables en cuanto a la disminución de traslado de pacientes a los centros asistenciales y como mecanismo para reducir costos operativos en las EPS, las empresas particulares y minimizar los efectos reales del ausentismo laboral.

Así mismo, los hospitales y clínicas, están buscando la manera de reducir costos fijos y variables causados por el aumento de la demanda de los servicios de salud, sin afectar la eficiencia y la calidad en el servicio.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar la factibilidad que tendría la creación y puesta en marcha de una empresa prestadora de servicios de salud a domicilio en la ciudad de Bogotá D.C. en el periodo de 2005.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Determinar los diferentes factores que inciden en la prestación de servicios de salud en la ciudad de Bogotá.
- Analizar el sector salud en Bogotá y determinar los factores que inciden en los costos hospitalarios.
- Determinar la incidencia de las infecciones nosocomiales, en la estancia y costos hospitalarios.

3. JUSTIFICACION.

3.1. ECONOMICA.

Los costos hospitalarios.

Entre las oportunidades y obligaciones del ser humano no hay ninguna que sea mayor que la del médico. Para cuidar a los que sufren se necesita destreza técnica, conocimientos científicos y comprensión humana. Aquel que utilice estos atributos con valor, humildad y con prudencia, proporcionará un servicio único a sus congéneres y forjará un carácter firme y constante en sí mismo.⁵

El concepto de costos fijos y variables, tienen implicaciones importantes para controlar los gastos del cuidado de la salud. Los costos variables relativamente bajos encontrados en este estudio, llaman la atención sobre considerar la necesidad de mayores informes en las diferencias de costos, entre hospitales y la ventaja de conocer la información de costos y su estructura para establecer una política apropiada de contención y planeación de los costos en hospitales y clínicas.

El ambiente actual del cuidado de la salud en Colombia presenta varios escenarios novedosos y cambios en relación con las fuerzas del mercado y las reformas estatales. Estas precisiones demandan un cuidado de la salud que sea:

⁵ HARRISON, Medicina interna Tomo I P. 34 Ediciones científicas. 9 Ed. México 2002

costo efectivo sin comprometer y además mejorar la calidad de la atención. Es decir que los costos generados, sean fijos o variables, y los controles que se apliquen a estos, no afecten la calidad en la atención. Una desventaja competitiva para cualquier institución es desconocer la estructura de sus costos.

La mayoría de los programas para reducir costos se han enfocado a restringir el acceso de los pacientes a los servicios médicos y reducir el uso de pruebas y tratamientos costosos. Infortunadamente, estas medidas no han dado los resultados esperados. Existe la hipótesis de que hay factores adicionales al consumo de los recursos de salud que contribuyen a la escalada de costos.

Los hospitales compran, arriendan o presupuestan edificios, equipos, mano de obra, farmacias y suministros médicos para convertirlos en servicios para el cuidado de los pacientes. El costo total de los servicios médicos incluye gastos hospitalarios y los costos de la operación. Los costos hospitalarios pueden ser catalogados en dos tipos: Fijos y variables. Los costos fijos son los que no dependen del volumen y no son recuperados ni compensados por el hospital a corto plazo, si no se presta un servicio en particular. Los elementos del costo fijo incluye entre otros el edificio, equipos y algunos costos de mano de obra como salarios. Por ejemplo: Una tomografía computarizada se considera una prueba costosa y una fuente significativa de ahorro en los gastos si no se realiza. Sin embargo, debido a que el equipo ya ha sido comprado o alquilado al igual que el espacio y el técnico recibe un salario que se debe pagar independiente de si alguna persona se realiza o no el examen. Si el radiólogo que interpreta la prueba también recibe un salario, el costo adicional para el hospital al hacer la prueba es mínimo: el precio de la película radiográfica, papel y contraste. Por tanto, los costos fijos no cambian a corto plazo con los cambios en el rendimiento.

Los costos variables son aquellos que cambian con el rendimiento y que pueden ser ahorrados por el hospital si un servicio no se presta. Por ejemplo, los medicamentos y suministros desechables.

Desde el punto de vista médico y del paciente, el costo se ha definido tradicionalmente como dolor, sufrimiento, muerte o pérdida de la productividad y beneficio en la exactitud diagnóstica, reducir el sufrimiento a la cura.

La tendencia de los hospitales nacionales es de reducir costos. Un factor que contribuye a aumentar los costos por día en la estancia hospitalaria. ¿Qué proporción de la consulta u hospitalización corresponde a pacientes con enfermedad no severa o no grave y con qué frecuencia las consultas de urgencia no son verdaderas urgencias? En este caso más del 50% de los casos atendidos en urgencias no lo eran⁶; si se derivan estos pacientes a la consulta externa implica nuevas inversiones, mayores gastos fijos y si paralelamente no se realiza una adaptación acorde con la infraestructura se constituye en otra de las razones para el aumento de los gastos del cuidado de la salud. En el caso de urgencias también se elevarían los gastos fijos, incidiendo en los costos de su atención, haciéndose mayores por paciente en especial cuando se usa el personal mínimo de contratación para la atención 24 horas y la ocupación no es completa.

Los administradores de los hospitales enfrentan dos desafíos distintos; por un lado la eficacia técnica; es la reducción de costos por unidad de servicios médicos individuales, y por el otro, la eficiencia económica; es maximizar los reembolsos relacionados con los gastos para los servicios proporcionados. Estas metas podrían estar en conflicto con la política de salud que induce a los hospitales a

⁶ Secretaria distrital de Salud. Informe estadístico del Triage en los hospitales de 1,2y 3 nivel de atención. Bogotá Noviembre de 2002.

restringir servicios a los pacientes considerando que la optimización de la eficacia técnica requiere el uso máximo de los recursos de costo fijo.

La mayoría de las soluciones propuestas para controlar los gastos de la salud, como la regulación del precio, capacitación y la administración del cuidado médico, no se dirigen hacia la eficiencia técnica desde la perspectiva del hospital. Se hace necesario desarrollar métodos específicos de reducción de costos fijos como variables para proporcionar el cuidado de la salud sin que este afecte la calidad del servicio a los pacientes. Aun los ahorros pequeños por paciente representan grandes ahorros. El concepto de costos fijos y variables tiene importantes implicaciones para controlar los gastos del cuidado de la salud.

Se debe contemplar el desarrollo de nuevos productos o servicios, ya sea recurriendo a las alianzas, adquisición, compra o inversión. Se requiere también una alta disciplina médica para comprometerse a disminuir el uso innecesario de recursos y reducir los costos.

El cuidado domiciliario es una alternativa convencional para determinado tipo de pacientes que requieran una atención continuada y que hasta hace muy poco se desarrollaban en hospitales; considerándose que con un equipo interdisciplinario bien estructurado y organizado se puede realizar en casa, mejorando el confort de la misma, al encontrarse en su medio natural (su hogar), su familia, repercutiendo psicológicamente en su mejor restablecimiento.⁷

⁷ Arias. L. 1997. Medicina Familiar en la práctica. Editorial Castor. Universidad del Valle. Ministerio de Salud. Colombia.

Las principales EPS que operan en la ciudad de Bogotá son: Compensar, Colmena, Salud total, Saludcoop, Famisanar, Cafesalud; entidades de medicina prepagada como: Colpatria, Colsanitas, Colmena, Coomeva, Susalud, Seguros Bolivar; Entidades gubernamentales como: Policía nacional, Ejercito nacional, Armada nacional, Fuerza Aérea Colombiana, Banco de la republica, Registraduría Nacional, Procuraduría General de la Nación. Y entidades privadas como: Avianca, Bavaria, Servientrega, Cadenas; hoteleras como: Forte Travelodge, Sheraton.

Las EPS, ARS, y Prepagadas, trabajan con centros de salud adscritos a los cuales los pacientes se remiten para solicitar citas medicas, exámenes médicos y otros procedimientos, los cuales sin requerir de una infraestructura hospitalaria, se pueden prestar en el domicilio o sitio de trabajo.

Análisis de costos por paciente en un hospital.

Estudio realizado en 1999 en la Clínica Occidente de Tulúa (Valle), institución de nivel II-III con 120 camas. En ese año se atendieron cerca de 13,000 pacientes en el servicio de urgencias, 5,000 pacientes fueron admitidos para cuidado hospitalario y se realizaron cerca de 3,500 cirugías.

Los costos se determinaron por servicios y se tuvo en cuenta el informe anual de gastos. Todos los costos fueron definidos como fijos y variables. Los costos fijos incluyen capital, salarios de empleados, beneficios, mantenimiento y depreciación del edificio y equipos, parte de los servicios públicos como agua, energía y teléfono, gastos generales y administrativos. Los costos variables incluyen las cuotas por prestación de servicio de los médicos a pagar por eventos, el suministro a los trabajadores de la salud como guantes, insumos para el cuidado del paciente, papelería, alimentación, lavandería, esterilización, películas

radiográficas, reactivos de laboratorio, vidriería, medicamentos, catéteres intravenosos, etc.

Los costos fijos fueron caracterizados por cada centro de servicio o apoyo. Los centros de servicio son definidos como los proveedores de cuidado de la salud que directamente cuidan del paciente, como médicos, enfermeras o secciones como radiología, laboratorios que proporcionan diagnóstico u otros servicios cuantificables para cada paciente de manera individual.

Los costos de los centros de apoyo fueron de dos tipos: el primer tipo corresponde a gastos no salariales por el hospital para productos externos (p.ej., suministro de limpiadores, aseo, equipos, o aseguradoras) estos contribuyen a la función del hospital y a sus empleados. El segundo tipo de costo del centro de apoyo son los sueldos de los empleados en los departamentos como mantenimiento, servicios generales, administración, nómina, etc.; ellos realizan actividades o funciones para toda la institución y organización.

El total de los costos fijos de los servicios médicos incluye los salarios de los empleados que trabajan en esos centros de servicio y que proporcionan cuidado médico además de todos los costos de los centros de apoyo distribuidos. Para la definición total de los costos de los servicios médicos, los costos de todos los centros de apoyo fueron distribuidos completamente a los centros de servicio. Para asignar qué tanto gasto de energía puede ser atribuido al costo de la radiografía de tórax o qué tanto de los implementos de aseo se asignan al laboratorio, se usaron diferentes métodos de distribución para asignar los costos de los centros de apoyo con más exactitud y evitar la sobrestimación de los costos de los servicios médicos.

La base de la distribución de cada centro de apoyo fue la observación directa, mediciones y concertación con los jefes de cada servicio. P.e., los costos de aseo se distribuyeron a cada servicio y centro de apoyo basado en los metros cuadrados de cada centro; los costos de la nómina se distribuyeron a cada servicio y centro de apoyo basados en un estudio de tiempos y movimientos o el número total de empleados en el servicio u horas contratadas, para evitar incidencias desproporcionadas en el consumo de servicios de apoyo por departamento específico. P.e., la sección de emergencia que opera las 24 horas por día requiere más atención de quehaceres domésticos y administrativos que las áreas menos activas.

Resultados

El Cuadro 1 muestra la estructura de costos fijos y variables de la clínica después de la distribución a los costos de los centros de apoyo, a los centros de servicio y la oscilación de los costos de la atención por estancia, procedimientos o pruebas.

Cuadro 1

Costos fijos y variables. Clínica Occidente de Tuluá

| Centro de servicio | Costos fijos (%) | Costos variables (%) | Costo total (\$USD) |
|----------------------------|------------------|----------------------|---------------------|
| Hospitalización (estancia) | 69-75 | 25-31 | 106-145 |
| Unidad Cuidado Intensivo | 76-89 | 11-24 | 453-534 |
| Urgencias | 74-86 | 14-26 | 29-33 |
| Cirugía | 22-43 | 28-41 | 168-327 |

| Imagenología | | | |
|------------------|-------|-------|--------|
| Rx con contraste | 12-13 | 87-88 | 46-52 |
| Rx sin contraste | 71-86 | 14-29 | 5-8 |
| TAC | 61-96 | 4-39 | 65-101 |
| Cardiología | 98-99 | 1-2 | 15-18 |
| Laboratorio | 41-68 | 36-62 | 1.4-7 |

Fuente. Gobernación del Valle del Cauca. Secretaria departamental de salud. "Costos de la salud en el departamento del valle del cauca 1999"

El Cuadro 2 muestra el porcentaje que representan los gastos administrativos del total de los costos por servicios clínicos después de la distribución de los costos de los servicios de apoyo.

Cuadro 2

Porcentaje de los gastos administrativos. Clínica Occidente de Tuluá

| Centro de servicio | Costos administrativos (%) |
|---------------------------|-----------------------------------|
| Estancia hospitalaria | 30-40 |
| UCI | 38-45 |
| Urgencias | 26-31 |
| Cirugía | 22-43 |
| Imagenología | |
| Rx con contraste | 1-6 |
| Rx sin contraste | 1-6 |

| | |
|-------------|-----|
| TAC | 1-6 |
| Cardiología | 1-2 |
| Laboratorio | 2-7 |

Fuente. Gobernación del Valle del Cauca. Secretaría departamental de salud. "Costos de la salud en el departamento del valle del cauca 1999"

El gasto total para 1999 fue US\$3'267,163 dólares. En general, 21% fue para servicio de apoyo y 79% para los centros de servicio. El total de mano de obra fue US\$1'454,530 dólares (44.5%) incluyendo los beneficios para los empleados y en vacaciones, horas extras y costo de los empleados de reemplazos o temporales; 23% correspondieron a gastos administrativos y 32.3% a insumos.

La mayoría de los costos de la clínica están relacionados con las áreas de tratamiento de pacientes como cirugía (30.2%), salas de hospitalización (23.7%), emergencias (15.4%) y cuidados intensivos (9.7%); otros gastos totales fueron los servicios auxiliares de radiología (12.2%), laboratorio (4.2%) y otros servicios de apoyo (4.6%) como lavandería, central de esterilización y servicio de alimentos. En general los gastos fijos corresponden a 67.7% y los variables a 32.3%.

Comentarios

En la actualidad la supervivencia de las clínicas y hospitales requiere que se tomen medidas drásticas y se adopten cambios en las estrategias de negocios para competir en un ambiente tan dinámico. Algunos recurren a reducir la prestación de sus servicios o las hospitalizaciones, mientras otros se expanden, innovan o modifican sus estrategias financieras, queriendo todos de alguna forma favorecer los costos. Para esto es fundamental conocer la estructura de los costos para establecer respuestas adaptativas más seguras.

En este estudio encontramos que 68% de los costos de la clínica son por mano de obra, equipo, edificio y mantenimiento que representan costos fijos a corto plazo para la institución. Esta baja proporción de los costos variables tiene implicaciones significativas. Desde la perspectiva de la clínica, el rendimiento disminuido sin un ajuste organizacional lleva a la ineficiencia técnica. El costo por paciente tratado está elevado porque menos pacientes comparten los costos operativos. Se considera que este factor contribuye a la incapacidad del sistema médico para ahorrar dinero al reducir el uso del hospital. A menos que el consumo sea reducido y permita a los hospitales disminuir personal, espacio o evitar gastos importantes, la restricción del servicio tiene influencia mínima a largo plazo en la porción fija del costo total.

Costo de la infección hospitalaria en América latina.

Fuente: organización panamericana de la salud. "Los costos de la salud en América Latina". Quinto informe 2002.

En respuesta a la amenaza para la salud pública planteada por la creciente resistencia de ciertos agentes infecciosos a los fármacos antimicrobianos, la Unidad de Enfermedades Transmisibles de la Organización Panamericana de la

Salud (OPS), a partir de mediados del decenio de 1990, ha asignado recursos significativos a cooperar con los países de la Región de las Américas en el fortalecimiento de la infraestructura epidemiológica y de detección microbiológica. El objeto de estas acciones ha sido desarrollar métodos para contener la diseminación de las infecciones resistentes a los antimicrobianos y hacer el seguimiento epidemiológico del problema. También se consideró imprescindible observar las tendencias predominantes de la resistencia a los antimicrobianos entre los microorganismos causantes de infecciones tanto en la comunidad como en el ámbito hospitalario. Con ese fin, se han elaborado y puesto en práctica programas de adiestramiento a corto y largo plazo y se han diseñado y aplicado procedimientos estandarizados para mejorar los procesos de garantía de la calidad y evaluación del desempeño en relación con las pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos de los agentes patógenos bajo vigilancia. En esos programas de capacitación participa tanto el personal de los laboratorios nacionales de referencia como el de los centros centinela de la red nacional de laboratorios de cada país.

Las infecciones nosocomiales son causa importante de morbi/mortalidad en pacientes hospitalizados y constituyen una carga social y económica significativa para el paciente y el sistema de salud. Muchas de esas infecciones son causadas por microorganismos resistentes a varios antimicrobianos. Por ello y con el fin de complementar la información generada por el seguimiento epidemiológico ya mencionado y para desarrollar acciones locales de contención de la resistencia en el ámbito nosocomial, la OPS convocó un Grupo de Expertos para elaborar un protocolo de investigación que pudiera aplicarse en diversos hospitales de la Región. Este protocolo serviría para determinar los costos de la infección nosocomial, incluidos los relacionados con la prescripción y el consumo de fármacos antimicrobianos.

Los trabajos presentados en esta publicación son el resultado de la aplicación de ese protocolo en hospitales de nueve países de la Región (Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y Perú).

Los costos de la infección hospitalaria en esta muestra de hospitales de la Región cuantificados por este protocolo fueron variables, dependiendo, entre otros factores, de la incidencia de las infecciones intrahospitalarias seleccionadas para el estudio, y la disponibilidad y el costo local de la atención. No obstante, todos los estudios demostraron que la prevención de la infección nosocomial redundó en el mejoramiento de la atención médica y en una reducción significativa de sus costos. Por ejemplo, en un hospital de Guatemala, el costo de un caso de neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica generó un costo en exceso de US\$ 1.758 por caso o 2,5 veces el costo de la atención de un paciente sin esa infección. Si ese costo individual se multiplica por los 116 casos de la misma infección notificados durante el año del estudio, el costo en exceso sólo por este tipo de infección llega a US\$ 203.928, aproximadamente 160 veces el salario mínimo anual en Guatemala en 2002. La inversión realizada para prevenir la infección nosocomial debería reducir estos costos, además de generar beneficios para la salud y bienestar del paciente y disminuir las repercusiones económicas de dichas infecciones para el individuo y la sociedad.⁸

Para suplementar las actividades de vigilancia de la resistencia a los antibióticos y como una forma de contribuir a contener sus repercusiones sociales, sanitarias y económicas, la Organización Panamericana de la Salud ha elaborado e impreso un Modelo de guía clínica y formulario para el tratamiento de las enfermedades infecciosas. Esta Guía está a disposición de los países, donde debe adaptarse a la situación nacional e institucional para conducir a un uso más racional de los medicamentos antimicrobianos.

⁸ Organización Panamericana de la salud. “Los costos de la salud en América latina” Quinto informe 2002. Capítulo 4 costos en centro América El salvador y Guatemala.

3.2. CIENTIFICA.

infecciones intra hospitalarias

Las infecciones hospitalarias son muy graves, representando la causa del 60% de las demandas por mala praxis en Estados Unidos.⁹ Debido a que los gérmenes son más resistentes y virulentos en un medio hospitalario, además de que los pacientes son personas con las defensas muy bajas. Las causas del contagio de estas por un paciente internado o muchas veces por un tratamiento ambulatorio (Ej. de quien se acerca al hospital con dolor de rodilla y producto de varias infiltraciones es contagiado por estas infecciones) se da por el mal uso de antibiótico, dado que los gérmenes reaccionan y hacen resistencia al mismo, sumado a las bajas defensas del paciente, a cirugías invasivas donde penetran gérmenes hospitalarios, la falta de higiene del lugar de internación (llámese Hospital, clínica, centro de salud, etc.) y la correcta eliminación de residuos (patogénicos)

La limpieza de un Hospital se diferencia (o se debería diferenciar) de la que se realiza en otros centros en dos aspectos fundamentales: Las frecuencias de limpieza deben ser mayores y las tareas deben realizarse con mas minuciosidad, lo que se hace para evitar que los enfermos sufran contagio de infecciones, erradicando de esta manera cualquier foco de infección creando un ambiente estético agradable para los pacientes del centro, con lo que se sentirán a gusto y mejorará su estado de salud y bienestar. La limpieza sigue siendo la mejor garantía de lucha contra la proliferación de gérmenes y bacterias.

⁹ Steven E.Mayer “La praxis medica en Estados Unidos” Universidad de california, San Diego. EE.UU. 2001

Las fuentes de contaminación y los mecanismos de transmisión son varios. Uno de los mayores problemas de la contratación de un servicio en general es que la elección del proveedor del servicio se hace en gran parte a ciegas. La venta se hace antes de la producción, en la confianza del cumplimiento del pliego de condiciones técnicas y económicas.

Se debe respetar las indicaciones de los proveedores de productos de limpieza, con el fin de que no pierdan propiedades limpiadoras y desinfectantes.

Cuando los gérmenes peligrosos han sido localizados, debemos prestar especial atención en destruirlos en su totalidad y no diseminarlos por el hospital. Transportártandolos de un lugar a otro.

La desinfección a través de la limpieza de una superficie tiene como finalidad el combatir las infecciones aerobias y concretamente las que tienen su origen en el polvo.

Las superficies con las que los pacientes están en contacto pueden convertirse en verdaderos focos de microorganismos patógenos. Una limpieza frecuente (al menos una vez al día) y desinfección de las superficies es esencial para reducir la diseminación de dichos gérmenes. La importancia práctica de la descontaminación de las superficies debe ser examinada en relación directa con su proximidad al paciente. Las mesillas, timbres, el cuarto de baño son superficies que requieren una atención especial. En un hospital se habla mucho de desinfección, pero no se tiene una idea muy clara de lo que esto significa. Es necesario saber que antes de aplicar un programa de desinfección se debe haber limpiado adecuadamente las distintas zonas y que esta debe ser: Metódica: Con un plan elaborado previamente.

Las infecciones están producidas por los microorganismos unicelulares. Algunos de ellos son necesarios para la vida (bacterias que producen la fermentación, por ejemplo), y otros producen las temidas enfermedades.

Tipos de microorganismos:

Bacterias: Hay diferentes formas de bacterias, las más peligrosas son las Esporuladas, es decir, las ácido-resistentes. Todas ellas se reproducen cada 15 o 20 minutos por sistema binario, por lo que una sola bacteria es capaz de producir millones de ellas en un solo día.

Virus: Son microorganismos que necesitan introducirse en una célula viva para reproducirse.

Hongos: Son microorganismos que se desarrollan en lugares húmedos.

Todos estos microorganismos son microscópicos y necesitan alimentos de base, proteínas, carbohidratos, fósforo, hierro, etc. que encuentran en la materia orgánica (suciedad) o en un ser vivo. Una de sus características más relevantes es su extrema rapidez de multiplicación. Incluso aislado, un germen tiene la posibilidad de emigrar hacia un medio más favorable, que con el calor, humedad y nutrientes, prolifera en el lugar donde se encuentra antes de extenderse, hay gérmenes como la Pseudomona, que puede desarrollarse hasta en el agua del grifo, ya que sus necesidades nutricionales son muy pequeñas. La limpieza limita el crecimiento microbiano, pero no elimina el riesgo de una infección, sin embargo, sí es indispensable antes de proceder a la desinfección. Una infección se puede transmitir por contagio directo (contacto entre personas), o por contacto indirecto (por el aire, ropa, objetos, material de limpieza, etc.). La función fundamental de la limpieza es la de romper los mecanismos de transmisión con el fin de reducir el riesgo de infecciones.

Contagio en los hospitales

En la mayoría de los hospitales se cometen errores o negligencias que pueden llevar a un enfermo a sufrir enfermedades derivadas de contagios, incluso en los mismos quirófanos, lugares de un hospital donde creemos que existe más asepsia o desinfección.

Muchas personas, más de lo que podríamos creer, adquieren enfermedades en los hospitales distintas a las que ingresaron inicialmente. La infección más típica que puede contagiarse dentro de un hospital es la neumonía, enfermedad grave producida por bacterias y que tiene un difícil tratamiento.

Los médicos aducen que esto ocurre porque a la mayoría de pacientes se les tiene que someter a una serie de procesos agresivos como la colocación de catéteres o de sondas, entrando en el organismo del enfermo y abriendo así vías de entrada para todo tipo de bacterias, que además encuentran un campo de acción fácil puesto que el enfermo se encuentra en ese momento bajo de defensas y su sistema inmunológico no responde normalmente. Los antibióticos son los aliados de los médicos en estos casos, aunque en algunas ocasiones no actúen favorablemente debido al abuso que se ha hecho de ellos.

La "culpa" de este uso indiscriminado de antibióticos se debe en gran parte a los médicos de cabecera de las distintas áreas de salud, que al principio los recetaban para cualquier tipo de infección, fuera de pequeña o gran importancia, la solución era única para todo. La gente se acostumbró a utilizarlos para aliviar cualquier dolencia, resfriados, lumbalgias y a conseguirlos sin necesidad de receta médica en la farmacia. Esto trae como consecuencia que muchas cepas de bacterias se han hecho inmunes al efecto de determinados antibióticos por el uso indiscriminado que se ha hecho de ellos.

Produce escalofríos la cifra de estos medicamentos que se recetan anualmente en un país como España, más de 80 millones de cajas. Y en esta cifra no se incluyen aquellos que se dispensan sin receta en farmacias. Hay que aconsejar a la gente que no utilice antibióticos si no es estrictamente necesario y por consejo de su médico, ya que al contrario de lo que se piensa, pueden tener un efecto totalmente negativo.

En resumen, hay que evitar por todos los medios que además de las infecciones que podemos sufrir cada día por agresiones del medio, tengamos que soportar enfermedades derivadas de los lugares en los que debería haber una asepsia total, como son los hospitales. Y por parte de algunos medios sanitarios se ha propuesto una medida de prevención fomentando las hospitalizaciones en el propio domicilio del enfermo. Esto consiste en que cuando un paciente ya se encuentra estabilizado en el hospital, debería trasladarse a su domicilio particular para seguir desde allí el tratamiento correspondiente. De esta forma, se evitaría el riesgo grave de contraer nuevas enfermedades que nada tiene que ver con la que les llevó al quirófano de un hospital.

Aunque realmente innovadora es una medida que está en estudio, pero que no ha tenido demasiados seguidores en el ámbito de las autoridades sanitarias, ya que supondría una revolución en el mundo de los hospitales, y es algo que debe afrontarse con cierta tranquilidad.

Caso práctico.

Infectados pacientes en la clínica reina Sofía en Bogotá.

Fuente. Diario el Tiempo. Marzo 19 de 2004

“CLÍNICA REINA SOFÍA controló brote infeccioso en la Unidad de Cuidados Intensivos”

Hace una semana cinco personas se contagiaron con un microorganismo que afecta a pacientes con defensas muy bajas.

Según el médico Hernando Altaona, director científico de la clínica, la bacteria que se encontró es conocida como *Acinetobacter Baumannii*.

Y si bien se trata de un microorganismo muy resistente de origen intrahospitalario, no es tan fuerte como el hallado a finales del 2003 en la Clínica Misael Pastrana de la capital, que dejó un saldo de cuatro muertos.

"No se ha registrado ningún fallecimiento y tan solo uno de los dos pacientes que continúan infectados presenta complicaciones", dijo Altaona.

Infectólogos consultados por El tiempo manifestaron que es común encontrar la *Acineatobacter* en los hospitales y que solo puede llegar a ser grave si se registra con alta frecuencia y si desencadena en los pacientes que la padecen enfermedades adicionales como la neumonía, la sepsis o una meningitis.

Agregaron que el desarrollo de dicha bacteria depende de factores como el grado de desinfección que haya en las unidades de cuidados intensivos, en las esterilizaciones de los instrumentos y en los cuidados higiénicos tanto del lugar como de su personal.

"Para controlarla, basta con la utilización de *medicamentos de alto costo*", dijo uno de los expertos consultados.

Proceso de desinfección

Según registros de la REINA SOFÍA, el primer caso se presentó el 26 de Febrero, y el último el pasado 14 de Marzo (2004). Los últimos afectados por la bacteria fueron una mujer a quien se le practicó una cesárea tras complicarse su parto por una eclampsia¹⁰ severa (tensión alta e inflamación), y un hombre maduro que, luego de una cirugía, presentó infección en el área del colon.

La Clínica también dijo que aunque son ciertas las versiones de que actualmente se realiza una desinfección en su UCI (Unidad de cuidados intensivos), se trata de un procedimiento normal que se realiza semestralmente.

Altaona también manifestó que la UCI no ha sido declarada en cuarentena y que por haberse contrarrestado efectivamente el brote, tampoco se dio aviso a la Secretaría de Salud del Distrito.

¹⁰ Forma más grave de toxemia del embarazo caracterizada por convulsiones, hipertensión, y edemas.

La posición de la Clínica se consultó a propósito de versiones surgidas por personal de la misma institución y familiares de pacientes que manifestaron su preocupación por el tema.

Atención integral del paciente infectado en su domicilio.

Esta situación se repite en muchas de las Unidades de Hospitalización a Domicilio, tal y como se desprende de los resultados de la encuesta realizada por el doctor Goenaga sobre "Tratamiento antibiótico parenteral en domicilio". Es a esta práctica, la antibioterapia parenteral en domicilio, a la que se dedicarán las siguientes líneas ya que se considera entra de lleno en lo que consideramos debe ser el cometido de la HaD. (Hospitalización a Domicilio)

Una atención intensa, especializada, de corta duración y no subsidiaria de ser prestada por dispositivos asistenciales menos costosos en igualdad de eficacia y seguridad. La administración de antibióticos por vía parenteral a pacientes fuera del hospital es una práctica asistencial en aumento. Los países en los que se realiza asiduamente presentan diferencias en la adscripción funcional del recurso sanitario encargado de llevarla a cabo (hospitales de agudos, Atención Primaria, contratación de compañías especializadas). En el medio Colombiano, algunas unidades de HaD han demostrado la eficacia y seguridad de la antibioterapia parenteral domiciliaria en una amplia variedad de indicaciones.

El coste de un determinado tratamiento antibiótico comprende más componentes que el mero precio de adquisición del preparado. Aspectos como la vía de administración y sus costes asociados, efectos secundarios, toxicidad o la pertinencia de realizar controles analíticos y en especial la necesidad de hospitalización tiene gran repercusión en el coste global del tratamiento. Con base

a ello la administración de antibióticos intravenosos fuera del hospital puede suponer un ahorro tanto en estancias hospitalarias como en dinero.

Además de las consideraciones generales en cuanto a espectro antimicrobiano, a la hora de elegir unos antibióticos para ser administrado parenteralmente en domicilio se preferirá aquellos con:

- Vida media larga y/o efecto postantibiótico que permita su administración preferentemente en una única dosis diaria.
- Posibilidad de infusión intravenosa rápida por gravedad sin toxicidad local lo que permite tiempos cortos de administración
- Sin efectos adversos graves asociados a la infusión, que permita en su caso la autoadministración.

De los antibióticos actualmente disponibles, ceftriaxona y levofloxacino como antibioterapia empírica de amplio espectro y teicoplanina en las infecciones por cocos grampositivos parecen especialmente indicados para ser administrados parenteralmente en el domicilio. Los antibióticos que permiten su administración en dos dosis diarias también son buenos candidatos si cumplen los otros requisitos. La administración con una mayor periodicidad diaria suele exigir la utilización de bombas de infusión programables o la autoadministración por el paciente o familiares de alguna de las dosis. A pesar de que la antibioterapia parenteral domiciliaria es el procedimiento tradicionalmente asociado a la Hospitalización a Domicilio, no debemos olvidar que el tema de la mesa redonda es más amplio. El desarrollo de antibióticos con excelente biodisponibilidad por vía oral puede no exigir como criterio de ingreso la necesidad de antibioterapia parenteral. Las Unidades de HaD no deben limitarse a ser meros servicios de dispensación y administración parenteral de antibióticos a domicilio. Sus competencias en la atención al paciente infectado deberían contemplar entre otras las siguientes funciones:

- Elaboración de criterios propios de ingreso para determinadas infecciones con elevada incidencia (infecciones del tracto urinario, neumonía)
- Contemplar tanto el ingreso directo desde el Servicio de Urgencias como la posibilidad de completar tratamientos ya iniciados en la planta de hospitalización convencional.
- Control evolutivo clínico y analítico de la eficacia y tolerancia del tratamiento antibiótico prescrito.
- Permitir el acceso a pruebas de imagen (radiografía, ecografía) tanto de forma protocolizada o ante evoluciones desfavorables, en condiciones de igualdad al resto de servicios hospitalarios.
- Participación en ensayos clínicos hospitalarios con nuevos antibióticos, en especial con aquellos que se adecuen a las características ideales para su administración en domicilio.
- Coordinación con los profesionales de Atención Primaria para una transferencia precoz de cuidados, asegurando su continuidad.
- Disponibilidad de una consulta externa para realizar el seguimiento tras el alta en los casos en los que se estime oportuno.
- Presencia en la Comisión de Infecciones del hospital para hacer valer las singularidades de la prestación de asistencia al paciente infectado en domicilio.
- Relación fluida con el Servicio de Microbiología para acceso en todo momento a su cartera de servicios.

Sólo si las Unidades son capaces de asumir estas funciones se estaría en condiciones de cumplir, como reza el enunciado, la atención integral al paciente infectado en su domicilio.

Costos adicionales derivados por infecciones nosocomiales en América latina.

Fuente: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

Análisis en Bolivia.

El Hospital Universitario Japonés es un hospital de referencia de segundo nivel para los Distritos de Salud II, III y V de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, cubriendo allí una población de alrededor de 560.000 habitantes. Asimismo, constituye el sistema local de atención de salud del área este de la ciudad y es un hospital de referencia del tercer nivel para la ciudad y el departamento de Santa Cruz. En su calidad de hospital general de segundo nivel, cuenta con cuatro departamentos básicos: medicina, cirugía, ginecoobstetricia y pediatría. Como hospital de tercer nivel tiene servicios en múltiples especialidades, tales como neurocirugía, traumatología, cardiología, cirugía cardiovascular, urología, neonatología, oftalmología. Además tiene dos unidades de terapia intensiva: una, de adultos y otra, pediátrica.

Cuenta con 186 camas, con un porcentaje de ocupación de 92% en el año 1999 y 98% en el año 2000. En el 2000 hubo 9.139 ingresos, excluidos los de la unidad de terapia intensiva pediátrica, ya que no se dispone de información para la misma.

A través de vigilancia pasiva, en el año 2000 se detectó una incidencia global de infección nosocomial de 1,02% (93 pacientes) en el total de ingresos de ese año: 41 casos de neumonía (44% del total de casos de infección), con una tasa acumulada de 15,1 por cada 1.000 días de ventilador; 18 casos de bacteriemia asociada a catéter venoso central y periférico (19,4%); 17 casos de infección

urinaria (18,3%); 7 casos de herida operatoria (7,5%), y 10 casos de otros tipos de infección.

Cálculo de costos

Se consideraron solamente los costos directos: días de estancia en la unidad de terapia intensiva y en otros servicios del hospital, antimicrobianos recetados, cultivos y reintervenciones. El costo por día de estancia en el hospital se calculó a partir del costo de funcionamiento del hospital por año y el número de camas, y el costo de terapia intensiva se estimó en cuatro veces el de internación en una cama común. El costo para los cultivos y antibiogramas fue el promedio de todos los cultivos aplicados a los casos y controles.

Los resultados de estos cálculos de costo son: costo diario promedio de una cama En los servicios del hospital, \$70; estimación del costo por día de estancia en la unidad de terapia intensiva, \$280; costo promedio por cultivo realizado, \$15. Los costos de antimicrobianos se calcularon con base en unidades de presentación farmacológica, traducido a dosis diarias definidas (DDD), utilizando como registro la dosis médica. Solo se consideraron los antibióticos administrados desde que se presentó la infección. Se aplicó el precio de expendio de los antimicrobianos en la farmacia del hospital.

(Todos los costos se presentan en dólares de los Estados Unidos de América (US\$)).

Infección de herida operatoria

Se revisaron 854 expedientes, correspondientes al total de pacientes que ingresaron a la sala de quirófano del Hospital San Gabriel en el período desde enero 1999 hasta diciembre 2000. Se encontró un total de 55 casos de infección nosocomial, pero solo 10 pudieron ser analizados.

Los criterios de pareo fueron el diagnóstico de internación, procedimiento quirúrgico, sexo, edad y número de diagnósticos. Todos los controles tenían el mismo diagnóstico de internación y procedimiento quirúrgico del caso.

El costo adicional de cada caso de infección de herida operatoria fue de \$259 por caso, incluidos los costos en hospitalización, antibióticos y cultivos. Estos costos se deben, casi en su totalidad, a días de hospitalización y uso de antibióticos. El número de cultivos también fue mayor entre los casos, sin embargo la poca solicitud de estos determina que no tienen gran impacto en el costo de la infección. No hubo reintervenciones en casos ni controles.

A pesar de que la frecuencia de infección de herida operatoria en el hospital es baja (1% aproximadamente), su costo es alto, debido a la gran cantidad de antibióticos que se tienen que utilizar y el elevado costo de los mismos, y también por la mayor estancia del paciente en el hospital.

En el Hospital Universitario Japonés se estudiaron 20 casos de bacteriemia nosocomial asociada a catéter venoso central en niños. Cada caso tuvo un costo adicional de \$5.566 por caso; este monto se vio engrosado principalmente por la permanencia adicional en la unidad de terapia intensiva, que contribuyó \$3.890 (70%) al promedio de costo adicional debido a cada caso de este tipo de infección. En ese mismo hospital se estudiaron 20 casos de bacteriemia asociada a catéter venoso periférico en recién nacidos. Para este tipo de infección se obtuvo un costo promedio adicional de \$4.378 por caso; como en el grupo anterior, este monto se ve engrosado principalmente por los días de permanencia en la unidad de terapia intensiva. Este componente aportó un promedio de \$4.312 (98%) a ese costo adicional. Además se estudiaron 23 casos de neumonía asociada a ventilación mecánica en el adulto. Para este tipo de infección se calculó un costo adicional de \$8.109 por caso y los días adicionales de estancia en terapia intensiva representaron \$6.748 (83%) de ese costo.

Si se conociera el total de casos de las infecciones estudiadas que ocurre anualmente, podría estimarse el monto total en exceso que se gasta en el Hospital Universitario Japonés para esas tres infecciones nosocomiales en un año. Sin embargo, no se pudo inferir con certeza las tasas de infección para el período y tampoco se conoce el número real de casos de infección.

Análisis en Ecuador

Del 5% al 10% de los pacientes admitidos a hospitales de cuidado agudo en los países desarrollados adquieren una infección nosocomial, lo que aumenta la morbimortalidad hospitalaria y los costos de hospitalización de los pacientes infectados. En los países en desarrollo son incipientes los programas de control de infecciones intrahospitalarias que incluyen la vigilancia epidemiológica de estas. Según la Organización Panamericana de la Salud, solo el 5% de los hospitales llevan estos programas y se les asigna baja prioridad, debido a las graves restricciones presupuestarias de las instituciones y porque es difícil lograr el compromiso del personal de salud en proporcionar una atención de calidad.

Diversos informes internacionales indican que los costos de estas infecciones varían según el tipo de infección y según el hospital y el país. En los Estados Unidos de América se informa un exceso de costos de \$560 por cada infección del tracto urinario y entre \$3.000 y \$40.000 por cada infección del torrente sanguíneo. Un estudio realizado en España, sobre la infección del sistema nervioso central asociada a procedimiento neuroquirúrgico, encontró un incremento de costos por estancia hospitalaria de 285 Euros por paciente con infección postoperatoria.

En Ecuador existen pocos estudios de prevalencia de infecciones intrahospitalarias y ninguno de ellos aborda el exceso de costos que se atribuye a estas. Un estudio realizado en 1997, en cinco servicios del Hospital General de las

Fuerzas Armadas No. 1, de Quito, encontró una incidencia de 9% de los egresos hospitalarios. Los casos de infección se distribuyeron de la siguiente forma según el servicio: neurocirugía, 30,9%; unidad de cuidados intensivos, 27,9%; cirugía general, 5,0%; neurología, 2,3%; medicina interna, 1,3% y otros servicios, 32,6%. El objetivo del estudio actual fue conocer el exceso de costos atribuible a los tres tipos de infección de más alta incidencia en este mismo hospital.

Materiales y método

El Hospital General de las Fuerzas Armadas, de Quito, Ecuador, es un hospital de tercer nivel, docente y de referencia nacional, que presta atención básicamente a población militar y sus dependientes; solo un 10% del total de egresos corresponde a población civil no relacionada con las fuerzas armadas. Cuenta con 388 camas y en el año 2000 tuvo 10.264 egresos, con un promedio de estancia de 5,6 días y un porcentaje de ocupación de 50,9%.

El estudio realizado fue retrospectivo, de casos y controles, con base en la metodología planteada en el Protocolo para determinar el costo de las infecciones intra hospitalarias diseñado por un grupo de investigadores latinoamericanos en una reunión auspiciada por la OPS. Los tipos de infección seleccionados fueron los de mayor incidencia en el hospital: la infección del tracto urinario asociada al uso de catéter vesical en los servicios de neurología y neurocirugía, infección del torrente sanguíneo

Asociada al uso de catéter venoso central en adultos, e infección del sistema nervioso central asociada a procedimiento quirúrgico.

El período de estudio fue inicialmente programado para julio a diciembre del año 2000, pero fue necesario ampliarlo, ya que no se obtuvo el mínimo de diez casos de cada tipo de infección, con sus respectivos controles, según lo requiere el protocolo. A partir de la revisión de los registros de microbiología se identificó este

número mínimo de casos de infección del tracto urinario, con sus respectivos controles, para el período de junio a diciembre del 2000, y de enero a diciembre de ese año para infección del torrente sanguíneo e infección del sistema nervioso central. La selección de casos se hizo sobre la base de los registros de microbiología y posterior revisión de las historias clínicas, exigiéndose para el estudio la evidencia de microorganismos patógenos en las infecciones correspondientes.

Las definiciones de caso utilizadas fueron: para infección del tracto urinario, cultivo positivo con 10,5 colonias por ml de orina, con signos y síntomas de infección urinaria, en pacientes de los servicios de neurocirugía y neurología que usaron catéter vesical. Para infección del torrente sanguíneo se exigió hemocultivo y cultivo semicuantitativo de punta de catéter central positivos, con aislamiento del mismo germen, en pacientes adultos con cuadro clínico compatible. Para infección del sistema nervioso central posquirúrgica se consideraron casos aquellos pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico en cráneo o columna quienes desarrollaron meningitis, con cultivo de LCR (líquido cefalorraquídeo) positivo o evidencia de infección de herida quirúrgica.

La selección de controles se realizó sobre la base de lo establecido en el protocolo: un control por caso y pareo por procedimiento, diagnóstico principal de ingreso, número de diagnósticos (± 1), edad (± 10 años para adultos y ± 6 meses para pacientes pediátricos), sexo, servicio y hospitalización durante el período de estudio. El procedimiento y el diagnóstico principal fueron criterios obligatorios de selección, y por ello fue necesario ampliar el período de estudio.

Los indicadores de costo directo utilizados fueron: días de estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo y en los otros servicios del hospital, reintervenciones, uso de antimicrobianos (en dosis diarias definidas, DDD) y número de cultivos. Se calculó el costo atribuible a cada una de las infecciones estudiadas, estableciendo el exceso de costos mediante comparación entre el promedio para los casos y el

promedio para los controles. Los costos utilizados fueron proporcionados por el Departamento de Costos del hospital; son las tarifas fijadas por la aseguradora de las Fuerzas Armadas y representan lo que paga el paciente por los servicios. Los pacientes incluidos en el estudio fueron militares o dependientes y por esa razón la aseguradora cubrió la totalidad de sus gastos. Las tarifas en el segundo semestre del año 2000 fueron: por cada día cama en los servicios del hospital, US\$12.68; un día de cama en la Unidad de Cuidado Intensivo, US\$55,08; cultivo microbiológico (excepto hemocultivo), US\$13,84; hemocultivo, US\$24,96; intervención quirúrgica del sistema nervioso central, US\$2.455.

Aquellos pacientes neuroquirúrgicos o neurológicos que adquirieron una infección del tracto urinario necesitaron, en promedio, el doble de la estadía hospitalaria requerida por los controles en la Unidad de Cuidado Intensivo y fuera de ella, y el triple de la cantidad (DDD) de antibióticos.

Los pacientes con infección del torrente sanguíneo asociada al uso de catéter venoso central requirieron, en promedio, casi el doble de permanencia en cama hospitalaria (excluida la permanencia en UCI), y además un promedio de 4,2 días en UCI, mientras que los controles no fueron manejados en UCI, excepto un caso que por su patología de base permaneció en esa unidad por dos días. Además, los casos necesitaron más del doble de la cantidad de antimicrobianos (DDD) requerida por los controles

Los casos de infección del sistema nervioso central asociada a procedimiento quirúrgico requirieron, en promedio 33,5 días de estancia (excluidos los días en UCI), o sea, casi 2,5 veces la cantidad de días requeridos por los controles. Asimismo, los casos usaron 8,2 veces la cantidad de antimicrobianos (DDD) usada por los controles (70,2 y 8,6 DDD, respectivamente) y en promedio se les hizo 6,6 veces la cantidad de cultivos (4,0 y 0,6 respectivamente).

El exceso de estancia hospitalaria (excluida la estancia en la unidad de cuidado intensivo) fue de 14,8 días por caso de infección del tracto urinario, 9,9 días por caso de infección del torrente sanguíneo y 19,8 días por caso de infección del sistema nervioso central. Para la unidad de cuidado intensivo el exceso de estancia fue de 0,6, 4,0 y 1,2 días, respectivamente, para estos tres tipos de infección. El mayor exceso en cuanto al uso de antimicrobianos (DDD) se observó en los casos de infección del sistema nervioso central (61,6), seguido por la infección del torrente sanguíneo y, finalmente, la infección del tracto urinario. El exceso de cultivos fue de 1,4, 2,8 y 3,4 para infección del tracto urinario, infección del torrente sanguíneo e infección del sistema nervioso central, respectivamente. Los pacientes con infección del sistema nervioso central fueron reintervenidos, en promedio, una vez

Discusión

En los sistemas de salud actuales se observa una preocupación permanente por el mejoramiento de la atención de salud y el aumento en la eficiencia de los hospitales que disponen de un sistema de vigilancia efectivo para el control de infecciones nosocomiales, y el aumento en la rentabilidad mediante actividades de prevención. Las infecciones nosocomiales están asociadas a un incremento de la morbilidad y mortalidad hospitalaria, y el riesgo de adquirirlas varía de un hospital a otro e incluso entre los diferentes servicios de un mismo hospital.

Durante el período de estudio (enero a diciembre de 2000) se presentaron 21 casos de infección del sistema nervioso central asociada a procedimiento quirúrgico; sin embargo, debido a dificultades en obtener controles que cumplieran los criterios de pareo, solo se cumplió con el mínimo que estipula el protocolo, o sea, 10 casos. De los tres tipos de infección estudiados, el mayor exceso de días de estancia correspondió a la infección del sistema nervioso central, con 19,8 días, seguido de infección del tracto urinario e infección del torrente sanguíneo, con 14,8 y 9,9 días respectivamente.

Según la literatura médica, las infecciones neuroquirúrgicas varían desde infecciones superficiales de herida quirúrgica hasta meningitis, meningoencefalitis y abscesos. Entre los 10 casos de infección del sistema nervioso central incluidos en el estudio, tres tenían infección de herida operatoria y siete tenían infección asociada al sistema de derivación ventrículo-peritoneal.

Las infecciones del torrente sanguíneo dieron origen al mayor exceso en el promedio de permanencia en la unidad de cuidado intensivo (4,0 días), lo cual se asoció con la severidad del cuadro clínico, produciéndose el fallecimiento en dos casos. En comparación, un estudio chileno encontró sobreestadía de 12,9 días en pacientes con infección del tracto urinario, una cantidad menor que los 14,8 días que se obtuvo en este estudio, lo que podría deberse a que nuestros pacientes tenían patología de base neurológica. El exceso de días de hospitalización en pacientes con infección del torrente sanguíneo se ha estimado previamente en 7 a 21 días, lo cual coincide con los hallazgos del presente estudio.¹¹ Es posible que la estadía en la unidad de cuidado intensivo debido a infección del sistema nervioso central haya sido subestimada en este estudio, al igual que sus costos, ya que tres de los diez casos incluidos tuvieron infección de herida quirúrgica.

El mayor exceso observado en cuanto al uso de antimicrobianos (DDD) correspondió a la infección del sistema nervioso central, seguido por infección del torrente sanguíneo y, finalmente, infección del tracto urinario. El exceso en el número de cultivos fue de 3,4, 2,8 y 1,4, respectivamente, para estas infecciones.

En los casos de infección del tracto urinario, la estadía hospitalaria, incluidos los días en la unidad de cuidado intensivo, representó el 41% del exceso total de costos y el uso de antimicrobianos, el 55%. Para infección del torrente sanguíneo, la estadía hospitalaria representó 57% del exceso, correspondiendo dos terceras

¹¹ Organización Panamericana de la Salud OPS, Costos de la salud y estancia hospitalaria en América Latina. Manejo y costes de los antibióticos. Abril de 2002

partes de este costo a la permanencia en la unidad de cuidados intensivos; 31% del exceso correspondió al uso de antimicrobianos. En comparación, para infección del sistema nervioso central los costos por estadía hospitalaria fueron apenas el 8% del total, siendo los mayores rubros los correspondientes a reintervenciones (61%) y al uso de antimicrobianos (30%).

La literatura mundial menciona que la **estancia hospitalaria representa entre el 50% y el 90% del costo global de las infecciones nosocomiales**. Es probable que el costo por día cama que la aseguradora de las fuerzas armadas reconoce (\$55,08 en la unidad de cuidados intensivos y \$12,68 en otros servicios del hospital) haya dado origen a una subestimación de la proporción real de los costos de estancia hospitalaria en relación con el total de costos en exceso.

Los costos directos asociados con las infecciones nosocomiales aumentan por elevación del número de días de estancia hospitalaria, cantidad de antimicrobianos y reintervenciones. Durante el período de enero a diciembre del año 2000 se presentaron 17 casos de infección del torrente sanguíneo y 21 de infección del sistema nervioso central asociada a procedimiento quirúrgico; en el período de junio a diciembre de ese año se detectaron 23 casos de infección del tracto urinario y por tanto se calcula que habría aproximadamente 39 casos en un año. Con base en los resultados obtenidos del costo por caso y el total de casos anuales por tipo de infección, se estima que el costo anual atribuible a las infecciones del tracto urinario ascendería a \$20.904, para infección del torrente sanguíneo sería de \$10.234 y para infección del sistema nervioso central, de \$84.945. Con el exceso de costo atribuido a estos tres tipos de infección y de acuerdo con las remuneraciones del año 2000 se podría pagar por 26 años a la enfermera y al médico del Comité de Infectología.

Los costos calculados representan solo una parte del costo real de las tres infecciones intrahospitalarias estudiadas, puesto que se tomaron en cuenta

únicamente cuatro indicadores de los costos directos y no fueron considerados los costos indirectos.

La prevención de las infecciones intrahospitalarias es de gran importancia, puesto que tienen consecuencias graves en la salud de los pacientes y además elevan considerablemente los costos de hospitalización en las instituciones de salud. Por ello, en el año 2001 nuestro hospital dio gran importancia al control de estas infecciones y se asignó un médico y una enfermera, de forma permanente, al Comité de Infectología.

Este comité tendrá la responsabilidad de llevar la vigilancia de las infecciones nosocomiales y la capacitación y educación del personal de salud en normas de prevención, con miras a reducir la incidencia de estas infecciones.

3.3. ACADEMICA.

Uno de los principales objetivos de la FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS de la UNIVERSIDAD DE LA SALLE, es educar jóvenes con espíritu innovador para la creación de empresas. En procura de implementar y aplicar todos los conocimientos adquiridos en estos años de estudio, se optó por desarrollar un proyecto de creación de empresas que no solamente tienen una connotación económica en el sentido que existe un fin lucrativo para los socios, sino que también presenta un sentido social, si tenemos en cuenta que se generarán varios puestos de trabajo.

El administrador de empresas es un profesional preparado en todas las áreas, como contabilidad, psicología, humanidades, economía, administración, estadística, etc. Para la creación de una empresa de este tipo, es necesario contar con profesionales innovadores, constantes, dedicados y capaces, sin miedo a enfrentar retos o situaciones nuevas, como lo es el campo de la medicina.

La Universidad De La Salle, ante todo forma jóvenes responsables, con unos valores Éticos y Morales de excelente nivel, los cuales se aprovecharan para el buen manejo y desarrollo de la compañía.

4. MARCO TEORICO.

Los costos por estancia hospitalaria son el principal problema que afrontan actualmente las EPS, IPS, y empresas de medicina prepagada, sin tener en cuenta los problemas económicos y productivos que trae para las empresas públicas y privadas el ausentismo laboral generados por la inasistencia a su trabajo de personas que requieren de un tiempo considerable para solicitar citas médicas y procedimientos que bien podrían ser tratados no solamente en su domicilio sino en el mismo sitio de trabajo.

Solo si se compara el costo que genera no solo para la EPS sino para el paciente y su familia, acceder a una cama en una IPS y los procedimientos simples que esto conlleva, haciendo énfasis en una atención médica de excelente calidad, oportuna y eficaz, se puede observar que la mayor parte de sus ingresos son utilizados para cubrir gastos administrativos y operativos.

Continuamente se puede ver en los hospitales, gran volumen de pacientes solicitando consultas médicas y valoraciones, por patologías generalmente de carácter epidémico tal es el caso de las virosis (gripas), bronquitis, malestar general, cefaleas y migrañas. Dichas patologías se pueden no solamente valorar sino manejar en el domicilio del paciente o su sitio de trabajo; basta un diagnóstico acertado y una formulación eficaz para que se de tratamiento definitivo al paciente

sin salir de su hogar o sitio de trabajo, descartando y eliminando todos los problemas y consecuencias que el traslado conlleva.

De esta manera se reducirá sustancialmente el volumen de pacientes en los hospitales, dando mayor oportunidad a personas que según su sintomatología requieren de una atención inmediata. Es el caso de dolores abdominales que se pueden traducir en apendicitis, dolores torácicos que se pueden traducir en infartos, etc.

Se pretende que los pacientes remitidos a los centros asistenciales sean aquellos que en realidad ameritan un tratamiento exclusivamente intra hospitalario, y continua observación médica. La hospitalización en casa pretende llevar al domicilio, a los profesionales de la salud para prestar la atención necesaria a pacientes que necesitan continua atención y observación médica o paramédica, para superar su enfermedad; tal es el caso de pacientes terminales o aquellos que su tratamiento puede durar varios días sin llegar a requerir la infraestructura que un centro hospitalario puede ofrecer. Con esto no solo se pretende reducir costos sino mejorar la calidad de vida del paciente, y su familia al tener la posibilidad de contar con atención médica en su propia casa, descartando la posibilidad de contraer infecciones causadas por agentes patógenos propios de una institución hospitalaria, al igual que instruir a la familia sobre los cuidados generales del paciente para que ellos mismos puedan ayudar en su recuperación definitiva.

4.1. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA.

La persona está influida por el medio en que se desenvuelve; las respuestas a esta influencia son múltiples en la vida cotidiana. Durante la estancia de una

persona en el hospital se alteran sus condiciones de vida habituales y su estado de salud. Y se producen respuestas de la misma manera en que se desarrollan fuera del medio hospitalario.

El estudio de los factores que intervienen en la aparición de secuelas en este tipo de enfermos; está estructurada conforme a tres ejes:

- ✓ Eje Físico: Abarca los diagnósticos que condicionan la dependencia del enfermo.
- ✓ Eje de autoprotección: Abarca los diagnósticos que condicionan la capacidad del enfermo para protegerse.
- ✓ Eje de evolución: Incluye los diagnósticos que condicionan la evolución de la enfermedad desde el punto de vista que el enfermo tiene de ella y de su persona.

La definición de larga estancia hospitalaria varía de unos autores a otros, encontrándose en la bibliografía desde 3 a 7 días. Parece lógico pues escribir las secuelas de larga estancia hospitalaria cuando las respuestas del individuo aparecen a partir de las 72 horas del ingreso. Habitualmente, se asocian las secuelas de una enfermedad al nivel de la calidad de vida de una persona, comparándolo con el nivel de calidad de vida previa a la enfermedad.

En términos generales se considera que la calidad de vida depende de la situación funcional, del grado de comodidad y del nivel de autoestima de la persona alterando:

- ✓ Funciones fisiológicas
- ✓ Actividades diarias.

- ✓ Medidas terapéuticas a las que le enfermo se hallaba sometido
- ✓ Actividades propias de la edad.
- ✓ Percepción subjetiva de la enfermedad.

La estancia en un hospital, no deja de ser un período anecdótico en la vida de una persona. Cuando un enfermo ingresa en un hospital, deja en manos del personal que le atiende y del marco institucional que le rodea, su persona. Sin quererlo el paciente se despoja de su intimidad, de sus seres significativos, de sus costumbres, su entorno, etc. En un estado de confusión, enfermedad y desconocimiento del medio, la persona se encuentra más vulnerable a los riesgos del entorno, ya sean físicos o psicológicos.

Durante la estancia hospitalaria, se alteran patrones que condicionan la aparición de secuelas, la calidad de vida y la mortalidad, dentro de los cuales encontramos:

- ✓ Dolor
- ✓ Deterioro de la movilidad física
- ✓ Desequilibrio nutricional
- ✓ Intolerancia a la actividad
- ✓ Deterioro de la respiración espontánea
- ✓ Déficit de autocuidado
- ✓ Deterioro de la eliminación.
- ✓ Deterioro de la integridad cutánea.
- ✓ Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- ✓ Confusión crónica
- ✓ Protección inefectiva.

- ✓ Deterioro del patrón de sueño.
- ✓ Desesperanza.
- ✓ Deterioro de la comunicación verbal

Así pues, la idea es constituir una empresa prestadora de servicios de salud domiciliarios no solamente para brindar atención a pacientes particulares, sino para ayudar a solucionar el problema de la congestión en los hospitales, sin olvidar la calidad de vida de las personas.

Los cuatro servicios básicos que se pueden prestar en el domicilio del paciente son: Consulta médica, Terapia física, Terapia respiratoria, Hospitalización domiciliaria.

A través de los tiempos la acción de cuidar siempre ha sido dinámica, hecho que permitió el nacimiento del cuidado de enfermería como una organización. Las organizaciones han existido toda la vida desde que el hombre empieza a asociarse con otros para satisfacer sus necesidades básicas y defenderse de los múltiples agentes del medio.

Cada momento histórico ha dejado huellas que de una u otra manera han influido en el grado de desarrollo, en las formas de división del trabajo, en los procesos y la manera como ellas han sido conducidas, las influencias pasadas y la visión del futuro son en últimas, los pilares que determinan el dinamismo de las organizaciones para poder responder a las exigencias del medio político, económico y social y aportar una cuota de bienestar a la humanidad.¹²

La gerencia del cuidado surge de este poder intangible que posee el hombre y lo hace único, trascendente y autónomo para decidir el logro de sus fines personales

¹² Conceptualización de los cuidados de enfermería Universidad Nacional de Colombia 1997

² Dimensiones del cuidado, Grupo de cuidados Universidad Nacional de Colombia 1997

y sociales que las diversas teorías administrativas, enfoques gerenciales o de los métodos para abordarlas.¹³

El conocimiento gerencial ha evolucionado tanto en su concepción (empírica, positiva, axiomática, hipotético – deductiva, dialéctica, estructural, funcionalista, sistemática), como en su instrumentación, conservando siempre los principios de servicio, unidad, precisión, compromiso, justicia, equidad, armonía, creatividad, flexibilidad e integridad entre otros. Dichos elementos hacen referencia al proceso gerencial que implica planear, organizar, dirigir y controlar los objetivos de las organizaciones; el grupo de individuos que participan; la estructura interna formal o informal, los recursos humanos, los recursos físicos, tecnológicos y financieros; las variables externas del contexto y los resultados de la producción de bienes y servicios.

El gerente debe ser un profesional con formación muy variada. Además de la administración, debe conocer aspectos básicos de: Matemáticas, Derecho, Psicología, Estadística, etc.; Necesita tratar personas de distintas clases, disciplinas y niveles de conocimientos dentro y fuera de la organización; necesita ver más lejos y en forma más amplia que los demás. Debe ser un agente de cambio y transformación en su empresa que lo conduzca a nuevos y mejores rumbos, implementar nuevos procesos, nuevas estrategias y nuevas tecnologías; debe ser el educador que modifica y orienta el comportamiento de las personas y la cultura organizacional.¹⁴

Brota entonces la pregunta. ¿Qué se quiere ofrecer? un servicio de asistencia domiciliaria o un programa de atención domiciliaria. La asistencia domiciliaria es el conjunto de actividades que tienen como objetivo la prestación de tratamientos puntuales con una orientación exclusivamente asistencial reparadora, sin que en ella exista un contexto de trabajo en equipo. En contraposición estaría el programa de atención domiciliaria, que además de los contenidos asistenciales reparadores,

incluye elementos de promoción, protección, rehabilitación de la salud y que surgen en un contexto de trabajo en equipo y de programación de las actividades. El hecho de hablar de planificación previa no quiere decir que no surjan demandas espontáneas de atención, hecho íntimamente ligado al carácter dinámico de la salud.

En el mediano y largo plazo, solamente sobrevivirán aquellas empresas de salud que logren transmitir a sus afiliados la imagen y la percepción real de que se encuentran en manos de quien realmente quiere su bienestar. Por eso la implantación de mecanismos de atención domiciliaria es importante, en el contexto de entender que el negocio en la seguridad social es ante todo y primordialmente el buen manejo del paciente.

La atención domiciliaria a distintos tipos de pacientes es hoy una actividad asistencial en pleno auge en el mundo. Importantes aspectos son los que han contribuido a la expansión de este tipo de programas, entre los que se puede citar la necesidad de una atención más personalizada y humanizada; el comprobado axioma de que el mejor lugar terapéutico es el hogar; la búsqueda de alternativas para la atención, distintas a la “institucionalización”, y el uso adecuado de los escasos recursos económicos y de infraestructura de las entidades del sector salud.¹⁵

El cuidado domiciliario ofrece a las aseguradoras y a los prestadores de servicios de salud, herramientas costo-efectivas de mercadeo social y de racionalización del gasto, al controlar estancias innecesarias.

Los programas de atención domiciliaria se perfilan como el modelo de atención del siglo XXI, por brindar simultáneamente mejor calidad de atención a los pacientes,

¹⁴ Series temáticas Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Grupo de gerencia y gestión. 1997

¹⁵ National Association for Home Care (Asociación Médica Americana de Atención Domiciliaria)

con una reducción de costos para todos los actores del sistema de seguridad social en salud.

Desde la década de los ochenta, países como Suiza, Francia, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos y España realizan labores extrahospitalarias con gran acierto; hoy ese tipo de programas se aplican en prácticamente en todo el mundo. Sin embargo, en Colombia es una disciplina que apenas comienza, pero que toma fuerza dada la realidad de nuestro entorno; lamentablemente especialistas de centros hospitalarios de gran trayectoria en nuestra ciudad, han hecho gala de gran resistencia a este sistema por desconocimiento o por desconfianza al gran compromiso existente en cada uno de los programas con los que cuenta nuestra ciudad.

Objetivos más destacables

- Proporcionar cuidados de medicina y enfermería a las personas que por su situación sanitaria no pueden desplazarse a su centro de atención.
- Ofrecer a las personas que reúnen los criterios de inclusión, la posibilidad de contar con los cuidados de un grupo multidisciplinario en casa.
- Ayudar a las personas enfermas y a sus familiares a vivir mejor su enfermedad, cuidando, informando y utilizando al máximo los recursos médico - sociales del medio.
- Educar al paciente y a su familia para fomentar así la máxima auto responsabilidad en materia de salud.

El hecho de proporcionar atención a los usuarios en su domicilio representa múltiples ventajas ante la perspectiva de su institucionalización. Entre estas ventajas podemos enunciar:

- Mantener al usuario en su medio más cercano y habitual; el medio familiar.
- Se facilita la inclusión de actividades orientadas a favorecer la inserción y la rehabilitación del usuario en su medio habitual.

Beneficiarios

Los criterios de inclusión definen las condiciones necesarias para que un usuario pueda ser incluido en el programa ya que no todos los usuarios pueden ser atendidos en su domicilio sea por su estado de salud, por las características de su entorno sociofamiliar, por su ubicación geográfica que limita el desplazamiento del equipo de atención de salud.

- Pacientes con enfermedades terminales.
- Oxigenodependientes.
- Discapacitados.
- Pacientes posquirúrgicos que ameriten cuidados por médico y/o enfermería.
- Pacientes con limitación sensoriales.
- Pacientes con enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.

Vale la pena anotar que estos pacientes se benefician de las actividades del grupo multidisciplinario conformado por:

- Médicos generales.
- Enfermera jefe.
- Enfermeras auxiliares.
- Terapeuta respiratoria.
- Terapeuta física.
- Psicóloga(o).

Los objetivos específicos pretenden brindar una atención óptima al paciente en su medio habitual, obteniendo una participación activa de su grupo familiar para agilizar su recuperación, siendo necesario elegir un grupo de profesionales idóneo comprometidos con la misión de servir.

Fortalezas

- Sectorización. Asignación de una zona específica por médico.
- Manejo integral del paciente. El grupo multidisciplinario recibe el paciente desde la fuente de origen y lo acompaña en su evolución.
- Implementación de técnicas de autocuidado.
- Fortalecimiento de conductas de auto administración de medicamentos y de Oxigenoterapia.

Es de vital importancia tener en cuenta los logros fundamentales de la atención domiciliaria “Home Care” y que permiten evitar hospitalizaciones médico-quirúrgicas prolongadas:

Liberación de camas hospitalarias

Reducción de costos

Humanización de la atención

Desarrollo de tecnología blanda

Creación de oportunidades de empresa.

Urgencias, cuestión de vida o muerte

Caracol Noticias

5/8/2004 22:29

Un fuerte dolor de estómago, de muela y hasta el guayabo son casos frecuentes que deben atender los médicos en los servicios de urgencias hospitalarias.

El paciente que llega al centro médico se ve sometido a un “triage” o especie de filtro, con el que los especialistas definen si el problema es realmente una urgencia.

Aunque nadie se queda sin atención, el tiempo que debe esperar el paciente depende de la gravedad del caso. Por ejemplo, el esposo de Ana Elvira Méndez fue atendido al instante porque “venía remitido, lo trajeron en ambulancia, luego a la camilla”, recordó la señora.

Lucelida Zapara, por el contrario, tuvo que esperar tres horas para ser atendida. Según Gloria Amparo, la mamá de la paciente, el argumento de los médicos fue “que no era un urgencia, pero ella tenía en ese momento 40 de fiebre”.

Rubén Darío Quintero, jefe de Urgencias de la Clínica La Paz, aclaró que una urgencia es, por ejemplo, “un infarto, una quemadura severa, un trauma craneoencefálico, un paciente convulsionando”.

Es decir, cuando el problema representa una situación de vida o muerte. También cuando los pacientes son niños o ancianos.

Cuando no es una urgencia real se castiga. “Por una orden del Consejo Nacional de Seguridad y Salud y cuando el médico considera que no es una urgencia vital, sino que es falsa, la urgencia se debe pagar”, explicó Quintero.

Piénselo dos veces antes de acudir a un servicio de urgencias hospitalarias por diarrea, fiebre, dolor de cabeza, problemas que se puedan solucionar en casa.

También absténgase si amaneció enguayabado el lunes, ya que muchos acuden a este servicio “para justificar el no haber ido al trabajo, tienen síntomas que se alcanzan a reconocer y este es un modo de engañar al médico y justificar una incapacidad”, puntualizó el médico Quintero.

Recuerde que el verdadero motivo para buscar la ayuda de los especialistas en los servicios de urgencia debe ser cuando su vida esté en peligro. Considere si su malestar puede ser atendido en una consulta normal y no se exponga a pagar la multa.

4.2. ANTECEDENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD A DOMICILIO. (HOSPITALIZACION DOMICILIARIA HD)

La primera Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) la introdujo el Dr. Bluestone en N.Y. (USA), en 1.947, haciendo así una extensión de su hospital, siendo dos los motivos que le llevaron a ello: descongestionar su hospital y crear un ambiente psicológico más favorable.

Más tarde, en 1.960, se introdujo en Canadá. En 1.987 se realiza una experiencia piloto con 3 Hospitales en Montreal: puesta de antibióticos a domicilio. En Europa,

la primera experiencia fue en el Hospital de Tenon en París, en 1.951. Desde 1.996, la Oficina Europea de la OMS, coordina el “From Hospital to Home Health Care”. (Del hospital al cuidado domiciliario) En 1.983 el Senado Español aprobó una moción en la que se reconoce la necesidad de crear las UHD’s en la Seguridad Social. Las UHD’s vienen mencionadas por primera vez en el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social de 1985 haciéndolas depender de las Direcciones de Enfermería; vuelven a mencionarse en la Ley General de Sanidad dentro de la Asistencia Especializada y por último en la reforma del Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales por el Instituto Nacional de la Salud donde se reasignan a la Dirección Médica.

Atender un paciente en su domicilio no es una situación excepcional en la historia de la medicina. De hecho, hasta el siglo pasado una gran parte de los actos médicos se desarrollaban en el domicilio del paciente. El hospital era para los pobres, los moribundos o los enajenados.

En los últimos cien años el hospital ha desempeñado un papel crucial en el desarrollo de la medicina. Pero la prevención. Los cuidados a largo plazo o la misma continuidad asistencial del paciente en la comunidad requiere otros dispositivos asistenciales. Además, los recursos para tender las demandas sanitarias crecientes no serán ilimitados. La atención domiciliaria es una alternativa que puede dar respuesta a algunas necesidades asistenciales y mejorar el uso eficiente de recursos escasos.

Uno de los objetivos de la atención primaria en salud es acercar los servicios sanitarios a la población. Esto es aplicable tanto a estructuras físicas, de forma que las policlínicas sean accesibles a la población adscrita que atienden como a los servicios que desde ellos se prestan. Además de la atención en consultorio, las consultas domiciliarias son componentes importantes de la atención de

pacientes ambulatorios. De este modo, la organización de las políticas debe facilitar la provisión de servicios a todos los individuos asignados. Tanto en el propio centro como en el domicilio del usuario en aquellos casos en que este por diversos motivos, no se pueda desplazar.

Las visitas domiciliarias posibilitan atender a pacientes demasiado delicados para concurrir al consultorio, así como conocer las condiciones de vida del paciente, lo cual puede facilitar el manejo de sus problemas individuales y/o familiares lo cual no se facilita con el desplazamiento al consultorio.

El objetivo primordial de este tipo de atención es prevenir y detectar problemas, así como fomentar el autocuidado en el entorno en que el individuo se desenvuelve.

Se trata de una atención ofrecida en la casa del propio paciente, con una intensidad variable en el número de visitas, pero mantenidas a lo largo del tiempo. Los protagonistas naturales de la mayor parte de la atención domiciliaria a largo plazo son los equipos de atención primaria.

La atención domiciliaria sin objetivos específicos obtiene pocos beneficios. Es imprescindible definir exactamente los objetivos de la intervención que pretende desarrollarse en el domicilio.

En Israel existen los servicios geriátricos comunitarios, los mismos están basados en un equipo de salud primario compuesto por el médico, enfermera y visitadora social entre sus actividades está el cuidado del paciente geriátrico en la clínica o en la casa del paciente.

En muchos países de Europa, la atención domiciliaria es una parte integrada dentro de la atención social sanitaria. Según el museo Vasco de la historia de la medicina y la ciencia, El tiempo dedicado como media a cada atención domiciliaria en España es de 33,26 minutos y de 42 minutos en el Reino Unido.

En los Estados Unidos el 1977 los médicos de familia realizaron alrededor de 13 millones de visitas a domicilio, representando 4 visitas por semana por cada médico.¹⁶

En España, según los criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores se considera como mínimas las cifras de cobertura de una visita domiciliaria por año; al 5% de las personas entre 75 y 79 años; al 10% de las personas de 80 a 84 años y al 20% de las personas de mas de 85 años.¹⁷

Entre las utilidades de la visita domiciliaria están.

- Proveer de cuidados de salud integral al paciente, al cuidador y la familia.
- Llegar a aquellos pacientes que por varios factores no pueden llegar a la consulta médica.
- Observar las relaciones intra-familiares en el escenario natural.
- Establecer mejor comunicación con la familia.
- Involucrar a la familia en las decisiones de diagnóstico y tratamiento.
- Obtener información adicional en el escenario del hogar para el mejor manejo y diagnóstico.
- Controlar el cumplimiento y progreso de un tratamiento indicado.

¹⁶ Organización Mundial de la salud. “Los cambios en la medicina y la ciencia” boletín N°4 Abril de 2003

¹⁷ Revista Enfermería Clínica. N°32 Agosto de 2001. España.

- Descubrir factores que dificulten el cumplimiento de las citas médicas.
- Determinar la condición del paciente para lograr un adecuado tratamiento.

La hospitalización domiciliaria (HD) es un recurso sanitario específico, que permite tratar en su propio domicilio a un grupo seleccionado de pacientes, poniendo a su disposición una infraestructura sin la cual los enfermos permanecerían hospitalizados. Se trata pues, de una extensión del hospital al domicilio del paciente.

Estamos asistiendo a un gran desarrollo de los programas de HD ya que son numerosos los pacientes que se benefician de programas de HD en la actualidad, ampliándose cada vez más los procesos subsidiarios de recibir atención domiciliaria. Existen experiencia en diálisis peritoneal, nutrición parenteral, oncología, SIDA y otras enfermedades infecciosas: que requieran tratamiento intravenoso y en enfermedades respiratorias crónicas. Este aumento se debe principalmente a:

Aumento progresivo de la población de edad avanzada, con dificultad para acceder al hospital, elevado coste del tratamiento y de la cama hospitalaria en los centros altamente tecnificados, posibilidad de evitar complicaciones propias del hospital, *fundamentalmente las infecciones nosocomiales*, inadecuación del hospital para tratar los problemas no agudos, la mejoría actual de la calidad de la vivienda en cuanto a las comunicaciones que favorece el tratamiento en el propio domicilio del paciente, posibilidad de que el paciente pueda elegir donde quiere tratarse la tendencia actual a considerar un error que un paciente deba permanecer en el hospital sólo para recibir medicación intravenosa, si por lo demás se encuentra estable, lo que se consideraba hasta muy recientemente un motivo ineludible para permanecer ingresado en el hospital. La implantación de programas de hospitalización a domicilio debe constituir tres objetivos esenciales de la política y estrategia de las administraciones sanitarias: a) contener el gasto

sanitario merced a la mejoría en la relación coste-eficacia que ofrece frente a la hospitalización tradicional, especialmente si se inscribe dentro del proceso de una reforma asistencial de los hospitales y en patología de alta frecuencia y coste, b) mejorar la calidad de vida y confort asistencial del enfermo manteniéndolo en su entorno familiar, c) acortar el tiempo de espera de pacientes pendientes de ingreso hospitalario.

Los principios fundamentales que debe tener en cuenta cualquier programa de HD, pueden resumirse en:

- 1) La HD no es un sustituto del hospital, sino más bien un complemento a la atención prestada en el mismo.
- 2) Especificidad: los resultados obtenidos con los programas de HD son mejores cuando más concreto es el problema a tratar. Por ello, la selección de candidatos debe ser muy meticulosa, centrándonos en la cantidad y complejidad de cuidados a administrar, más que en la patología en sí misma.
- 3) Información adecuada de pacientes y familiares.
- 4) Valoración de las necesidades sociales que influyan en el mantenimiento del paciente en su casa.
- 5) En los modelos de HD, la familia debe asumir una parte de la actividad que en el hospital realizan los profesionales. En ello radica en gran parte el menor coste derivado de la HD.
- 6) Los objetivos han de ser concretos y cuantificables, para poder valorar así los resultados conseguidos.
- 7) Permitir que la oferta asistencial complementaria sirviera para reducir algún aspecto de la demanda.

La justificación de la necesidad de programas de HD especializados en este tipo de pacientes, viene dada por la utilización en el domicilio de equipos sofisticados y de manejo complejo que precisa un grupo de profesionales con experiencia. Es lógicamente más rentable reunir a un grupo de profesionales con experiencia en el

manejo de estos equipos que formar a todos los médicos de Atención Primaria en aspectos tan especializados.

Además, muchos de los pacientes con enfermedades respiratorias hacen una vida cama-sillón por lo que la única alternativa para recibir atención médica especializada es el ingreso hospitalario, con el consiguiente colapso del hospital sobre todo en los meses invernales, donde las reagudizaciones cobran un gran protagonismo. En este contexto, la implantación de un programa de HD especializada incorpora un nuevo recurso sanitario de indudable valor, complementario a los recursos clásicos.

Los objetivos que deben perseguir un programa de HD para pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, han sido definidos por la American Thoracic Society y pueden resumirse en:

- 1) Mejorar la calidad de vida permitiendo la estancia en casa.
- 2) Prevenir o minimizar las complicaciones que requieren hospitalización.
- 3) Detectar cambios físicos o psíquicos que requieran cambios terapéuticos en el propio domicilio del paciente.
- 4) Capacidad para transferir al paciente al hospital en las reagudizaciones.
- 5) Promover una actitud positiva e independiente Los programas dirigidos a pacientes respiratorios crónicos graves han perseguido, fundamentalmente, demostrar la reducción de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias, y así reducir los costes de la atención sanitaria.

4.3. EXPERIENCIA INTERNACIONAL

Los especialistas en Medicina Interna que se han reunido en unas jornadas celebradas en Sevilla en junio de 2001 consideran que la hospitalización a domicilio es una buena opción a la atención tradicional que se presta en el hospital. Los requisitos son el establecimiento de equipos cualificados y dotados de recursos necesarios.

“Las nuevas fórmulas asistenciales sobre las que hemos apostado este año (2001) en su desarrollo se centran en la atención domiciliaria, porque cada vez más la frontera entre el hospital y el domicilio es menor y hay muchas fórmulas que permiten ya un mayor confort del enfermo y menos coste para la sanidad pública, como la medicación intravenosa con fármacos complejos, y con máquinas en el propio domicilio”, ha señalado a DM Pedro Conthe, secretario general de la Sociedad Española de Medicina Interna, que ha participado en la II Reunión de Jefes de Servicio y Unidad de Medicina Interna, celebrada en Sevilla. La mayor parte de los pacientes pueden ser tratados en sus hogares con una mayor calidad de vida y calidad humana, pero sin renunciar a todas las posibilidades que ofrece la medicina hospitalaria tradicional.

En muchas ocasiones, la atención domiciliaria es llevada por médicos de atención primaria, derivándose en una atención primaria domiciliaria. “Estamos hablando de enfermos graves que sólo deben ser atendidos por especialistas con una sólida formación clínica”.

Las características de los pacientes susceptibles de ser hospitalizados en su domicilio están siendo definidas ya en protocolos de actuación. Según el portavoz

de la sociedad, se basan en “un diagnóstico perfecto, sin dudas, que tenga una fase hospitalaria rápida donde se le hayan hecho todas las pruebas, y sólo si tuviera alguna complicación sería remitido nuevamente al hospital”.

Los objetivos de la hospitalización domiciliaria ya han sido muchas veces enunciados pero en esta reunión se ha recordado que el principal de todos es el de disminuir los costes que generan los ingresos, “razón suficiente para que todos los gerentes se planteen abordar el tema, sin olvidar la calidad asistencial tan demandada hoy en día por cualquier política sanitaria”, ha indicado el especialista.

Durante la última década, la medicina domiciliaria, a tenido gran acogida tanto en Europa como en Latinoamérica, lo que ha permitido realizar numerosos planes y programas de atención, desarrollados con gran éxito y acogida dentro de la comunidad médica. El estudio y análisis de casos específicos en países como España y Argentina, nos permitirán tener un mayor criterio al momento de tomar decisiones.

Análisis de casos específicos en España, ver anexo 1

Análisis de casos específicos en Argentina, ver anexo 2

4.4. EXPERIENCIA NACIONAL

Programa de Atención Domiciliaria (PADO) Comfenalco

La IPS de la Subdirección de Salud de Comfenalco Antioquia brindará atención médica y/o de enfermería a usuarios que tengan imposibilidad, física o mental, de desplazarse a las diferentes IPS. para la consulta, o a quienes estén en fase postoperatoria inmediata o requieran una estrecha supervisión por el médico o el personal de enfermería y que tengan imposibilidad de desplazarse a los diferentes Unidades de Atención de la IPS Comfenalco.

En su estructura esta dividido técnicamente en dos servicios:

Servicio de Asistencia Domiciliaria:

Orientado a brindar una atención integral en el lugar de residencia a aquellos pacientes que presentan un grado importante de disfuncionalidad que no les permite asistir a la consulta ambulatoria, pero que su patología no requiere una estrecha vigilancia y control y una alta tecnología.

Servicio de Hospitalización Domiciliaria:

cuyo objetivo es brindar una atención integral a aquellos pacientes que requieren una estrecha supervisión por el médico o el personal de enfermería, brindando todos los recursos humanos y tecnológicos, al alcance del programa, para dar un soporte en iguales condiciones a las institucionales y lograr la recuperación de la salud del paciente en su entorno familiar.

Requisitos Cita previa.

- Tarjeta de servicios de la EPS de Comfenalco.
- Documento de identidad.
- Presentar imposibilidad física y/o mental para desplazarse a la consulta médica general programada.
- Ser paciente post-quirúrgico, en tratamiento por enfermedad aguda o crónica o en estado terminal.
- Remisión por médico especialista o general.
- Orden de servicio del Programa de la Mano de la EPS COMFENALCO.
- Dinero para cancelar la cuota moderadora o copago, según tipo de afiliación.

Procedimiento para la Asistencia Domiciliaria:

Para ingresar al programa presentar remisión del médico general o especialista en la oficina del Programa de Atención Domiciliaria. Para citas posteriores, solicitar personalmente cita en la oficina del Programa de Atención Domiciliaria.

Cancelar el valor de la cuota moderadora o copago correspondiente.

Procedimiento para Hospitalización Domiciliaria:

- Presentar remisión y órdenes de tratamiento del médico general o especialista en la oficina del Programa de Atención Domiciliaria.
- Solicitar orden de servicio en el punto de gestión del Programa de la Mano de la EPS COMFENALCO en la Sede Administrativa y de Servicios COMFENALCO Palacé.
- Cancelar el valor de la cuota moderadora o copago correspondiente.

PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA "P.H.D." CLINICA COLSANITAS S.A.

Fuente: "Revista Seguridad social al día" Febrero de 2002

"El Programa de Hospitalización Domiciliaria PHD, nace en el año de 1995 con el objetivo de ampliar el portafolio de servicios de salud de nuestros afiliados; proporcionando al paciente todo lo que requiera para su recuperación en su domicilio trasladando a su hogar personal médico y equipo especializado que garantiza una adecuada atención medica, aprovechando los beneficios que para el paciente le produce el cuidado en su propia casa. En 1997 una vez aprendimos sobre la prestación del servicio y de las necesidades del usuario, iniciamos un crecimiento progresivo respondiendo a estas expectativas; actualmente cuenta con un equipo multidisciplinario compuesto por una Gerencia de Clinicentros ¹⁸reportando a la presidencia de Clínica Colsanitas S.A., Dirección Médica PHD, 5 Médicos Familiares, 5 Enfermeras Profesionales, Terapeutas, Respiratorias, Físicas, Lenguaje y Ocupacionales, 35 auxiliares de enfermería, y Especialistas adscritos en todas las disciplinas. A la fecha se han manejado 2958 pacientes con diversas patologías, con un promedio de estancia de 6 días, un índice de satisfacción del 97%, un porcentaje de complicaciones del 3% que han ocasionado traslado a nuestra Institución de referencia, el índice de mortalidad del 5% que corresponde exclusivamente a pacientes terminales, el 60% de los pacientes atendidos han sido adultos y el 40% pediátricos de los cuales el 24% corresponden a fototerapia. El PHD es a la fecha el programa de mayor cubrimiento y éxito en Colombia con presencia en las principales ciudades del país.

¹⁸ Centros de atención inmediata de Urgencias y Hospitalización de Colsánitas EPS.

La Alcaldía Mayor presenta un nuevo modelo de atención primaria en salud.

Fuente: Caracol Noticias, Abril 18 de 2004

Con el fin de universalizar la atención en salud y generar un acercamiento directo y efectivo a las familias y comunidades de Bogotá, la Administración Distrital presentó hoy el programa "bandera" de este cuatrienio denominado "Salud a su Hogar" cuya materialización es la figura del médico familiar.

Con este nuevo modelo de atención en salud, el Distrito espera fortalecer la capacidad de respuesta en atención primaria de los servicios, hacer un seguimiento continuo a las familias sobre promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, e impedir la imposición de barreras de acceso a los servicios por parte de los aseguradores y prestadores.

Para ello contará con equipos básicos de salud conformados por médicos generales, enfermeras y promotores de salud entrenados en salud familiar y comunitaria. Los equipos básicos de salud serán apoyados por otros técnicos y profesionales como higienistas orales, nutricionistas, trabajadores sociales, sicólogos y médicos de las especialidades generales, entre otros.

Actualmente está en proceso de capacitación por el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Toronto del Canadá el primer contingente de 80 funcionarios que conformarán los primeros 24 equipos básicos de salud.

Dentro de las actividades que realizarán los profesionales, técnicos y promotores de la salud en las localidades, con énfasis en las que fueron declaradas en emergencia social, se cuentan las de promoción de la salud, educación en salud, prevención primaria, detección temprana de enfermedades, consejería en salud, seguimiento de tratamientos y de enfermedades crónicas y de alto costo, promoción y control del aseguramiento.

Para las actividades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación los profesionales estarán articulados con la red pública de hospitales de I, II y III nivel para remitir a las familias y personas asignadas bajo su responsabilidad, cuando sea estrictamente necesario, a los 144 puntos de servicio con 1.932 camas hospitalarias distribuidas en las 20 localidades de Bogotá.

Salud a su Hogar espera incrementar la capacidad para resolver el 85% de las necesidades de salud de la población pobre en los próximos cuatro años mediante el fortalecimiento de la atención primaria y la articulación de los diferentes servicios y actores del sistema de salud y de protección social.

Como parte de la estrategia de aplicación de este nuevo modelo, la Secretaría Distrital de Salud espera crear una EPS o ARS pública o de capital mixto cuyos servicios serán exclusivamente destinados para atender a la población pobre no asegurada de la ciudad calculada en un millón y medio de habitantes.

RESOLUCION 2351 DE 1998

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

Por la cual se incorpora el Programa de Atención Domiciliaria a los Centros de Atención Ambulatoria y Clínicas.

De acuerdo con el Decreto 1938 de 1994, la EPS deben garantizar una atención integral a los afiliados, la cual contempla prevención terciaria con actividades orientadas a reducir, minimizar el sufrimiento, la duración, la incapacidad y las secuelas de la enfermedad y promover la adaptación a condiciones irremediables;

Que en el artículo 8º. de la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud, se contempla la atención domiciliaria con participación del equipo médico,

paramédico y la familia; Que el paciente con patología crónica y o terminal no puede acceder con facilidad a los servicios de salud, por las limitaciones generadas por su patología de base, llevando que su recuperación sea lenta o tórpida al no recibir atención oportuna; Que el Programa de Atención domiciliaria se ha venido desarrollando por en las Seccionales con el fin de dar atención a los pacientes con patología terminal o crónica.

ARTICULO 1o. Incorporar el programa de atención domiciliaria de las Seccionales, a todos los centros de atención ambulatoria y clínicas.

ARTICULO 2o. El Programa de Atención Domiciliaria se incorporará dentro del portafolio de servicios de los Centros de Atención Ambulatoria y Clínicas descentralizadas de los que se habla en el artículo 1°. de la presente resolución.

ARTICULO 3o. El Gerente EPS, de Salud Seccional o quien haga sus veces, definirá con el Jefe del Departamento de Atención Ambulatoria en los treinta (30) días siguientes a la vigencia de la presente resolución, las áreas de influencia a cubrir por cada uno de los Programas de Atención Domiciliaria (PAD), en los casos en que se tenga más de una sede.

ARTICULO 4o. Los Coordinadores Seccionales o quienes ejerzan funciones equivalentes se encargarán de:

Supervisar la ejecución del programa de los diferentes CAA

Coordinar las acciones necesarias tendientes a garantizar la adecuada prestación del servicio

Asesorar a los gerentes de los Centros de Atención Ambulatoria

Consolidar mensualmente la información estadística

Rendir información al Departamento Nacional de Rehabilitación y Atención Domiciliaria mensualmente de acuerdo a los instrumentos establecidos o cuando esta sea requerida

Programar semanalmente los vehículos tanto propios como contratados de acuerdo con la agenda suministrada por el Gerente de Centros de Atención Ambulatoria

Velar por la adecuada utilización del Talento Humano

Participar en la elaboración y control del presupuesto

Velar porque los recursos humanos y financieros sean administrados con criterio de eficiencia y productividad.

ARTICULO 5o. Los Gerentes de los Centros de Atención Ambulatoria y Clínicas que tengan a su cargo el Programa, desarrollarán entre otras las siguientes funciones:

Responder por la adecuada ejecución del programa

Ejecutar las normas técnico administrativas definidas por el nivel nacional para la prestación de los servicios del Programa de Atención Domiciliaria

Participar en la elaboración y control del presupuesto del programa

Administrar los recursos humanos y financieros con criterio de eficiencia y efectividad

Incluir dentro del plan de compras los insumos y elementos requeridos para el funcionamiento del programa, los cuales deberán ser asumidos por el Centro de Atención Ambulatoria (CAA) y clínica respectiva

Ejecutar el rubro de presupuesto definido como contratación civil, programa de atención domiciliaria, única y exclusivamente en la contratación de cada uno de los profesionales vinculados al Instituto mediante esa denominación, conforme con las delegaciones previstas.

Asignar para la ejecución de las actividades de prestación directa del servicio al personal contratado para tal fin.

Programar dentro de las agendas de trabajo de los profesionales de los Centros de Atención Ambulatoria el desplazamiento y consulta domiciliaria para la atención de los pacientes inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria. Estas agendas deben ser flexibles de acuerdo con número de pacientes/mes e integrarse con las diferentes actividades de los Centros de atención de acuerdo con la disciplina del profesional.

Garantizar que los vehículos propios o contratados para el Programa de Atención Domiciliaria, se usarán exclusivamente en el desarrollo de las actividades del programa.

Garantizar que los equipos e inmuebles que están en el inventario del Programa de Atención Domiciliaria, continúen bajo la responsabilidad del mismo.

Elaborar e informar mensualmente las estadísticas propias del Programa e informarlas al nivel seccional.

Asignar el área locativa necesaria para el buen desempeño del programa.

ARTICULO 6o. Las actividades realizadas por el Programa de Atención domiciliaria se facturarán de acuerdo con el Manual de Contenidos y tarifas del ISS vigente al momento de la Prestación de los servicios.

ARTICULO 7o. En aquellas ciudades donde el Instituto cuente con recurso propio para la prestación del servicio y se pueda asumir con este el programa, en ningún caso podrá contratarse la prestación del servicio con una IPS diferente al ISS.

ARTICULO 8o. El Programa de Atención Domiciliaria además se regirá por el Manual de Normas Técnico Administrativas el cual será elaborado por la Vicepresidencia de IPS en un plazo máximo de sesenta (60) días. En el contenido del Manual, se especificará la operatividad del programa, el manejo de los recursos humanos, técnicos y administrativos.

ARTICULO 9o. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

4.5. LA TELEMEDICINA.

La telemedicina no es un tipo de servicio sino una modalidad de prestación del servicio a distancia, con la cual se puede hacer promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación con profesionales de la salud.

Sólo se podrá dar en aquellas situaciones en que por limitaciones de oferta o acceso no se pueda brindar el servicio completo de forma presencial por parte del especialista o como complemento de la asistencia del médico tratante.

Para ofrecer este servicio, es necesario que la institución remitora, es decir la que presta el servicio, tenga la tecnología de comunicaciones para transmitir datos y enviar información a una institución de mayor complejidad con recursos asistenciales especializados, que pueda suministrar una información o diagnóstico oportuno y seguro.

Adicionalmente, las Instituciones deben adoptar las medidas de seguridad necesarias durante la transferencia y el almacenamiento de datos para evitar el acceso no autorizado, y la pérdida, deformación o deterioro de la información.

Esta medida hace parte del proceso que se adelanta con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, establecidos en el Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y contenida en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

Uso del teléfono en la medicina

Alexander Graham Bell, un escocés nacionalizado estadounidense, nunca imaginó que su descubrimiento adquiriría con el paso de los años la importancia que tiene en la actualidad. Este aparato, que permite sostener una conversación entre personas situadas en lugares distantes entre sí, permite establecer comunicación para solucionar muchas dudas que pueden tener los padres en el cuidado y la salud de los niños sin tener que acudir al consultorio, con las consecuentes ventajas y desventajas que ello conlleva.

En Colombia, la primera llamada telefónica se hizo en Santa fé de Bogotá, el 17 de octubre de 1878. Hoy, 126 años después de que Graham presentara su descubrimiento, nadie podría imaginarse el mundo actual sin el teléfono. Este sirve para muchas cosas, entre otras, para mantener comunicación entre el médico y el paciente.

El primer reporte que se tiene del uso del teléfono para uso clínico fue en el año 1897, desde entonces, se ha constituido en parte importante de la práctica médica.

Los médicos proveen hasta un 25% del cuidado clínico a través del teléfono y su uso aumenta cada día debido a las grandes distancias que deben recorrer los pacientes para llegar hasta el consultorio médico o por el poco tiempo disponible los pacientes para ir al médico.

El teléfono es solo una forma más de comunicación entre el médico y el paciente, su uso es más frecuente en la práctica privada y éste se hace mayor mientras más confianza se tenga con los padres o acudientes.

En Medellín, en el año 1983 la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana desarrolló un programa de prevención y educación sobre enfermedad diarreica aguda durante siete días continuos, utilizando para tal fin cinco líneas telefónicas por las cuales se comunicaban los padres de familia solicitando información y evaluación del paciente según el caso. Este programa evitó las defunciones por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) durante esa semana y promovió el uso de las salas de rehidratación oral en todo el Valle de Aburrá.

El médico puede y debe aprovechar el uso del teléfono para conocer la evolución de la enfermedad de su paciente, lo que le permite hacer una continua autoevaluación de sus de sus diagnósticos y terapéuticas. Esto a su vez ayuda a seleccionar a los pacientes que requieran una consulta para revisión.

- a. El médico, por su quehacer asistencial y por el nuevo modelo de salud en Colombia, dedica cada vez menos tiempo a dar orientación preventiva de las enfermedades y a dar las indicaciones necesarias para la recuperación de la salud. Si se invierten unos pocos minutos en explicar adecuadamente el diagnóstico y la fórmula con las indicaciones claras se evitarán muchas llamadas e interrupciones innecesarias en el trabajo diario.

5. MARCO LEGAL.

CODIGO DE COMERCIO

TITULO V

DE LAS SOCIEDADES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

ARTICULO 353. <RESPONSABILIDAD DE LOS SOCIOS EN LA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA>. En las compañías de responsabilidad limitada los socios responderán hasta el monto de sus aportes.

En los estatutos podrá estipularse para todos o algunos de los socios una mayor responsabilidad o prestaciones accesorias o garantías suplementarias, expresándose su naturaleza, cuantía, duración y modalidades.

ARTICULO 354. <CAPITAL SOCIAL EN LA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA>. El capital social se pagará íntegramente al constituirse la compañía, así como al solemnizarse cualquier aumento del mismo. El capital estará dividido en cuotas de igual valor, cesibles en las condiciones previstas en la ley o en los estatutos.

Los socios responderán solidariamente por el valor atribuido a los aportes en especie.

ARTICULO 356. <NUMERO MAXIMO DE SOCIOS EN LA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA>. Los socios no excederán de veinticinco. Será

nula de pleno derecho la sociedad que se constituya con un número mayor. Si durante su existencia excediere dicho límite, dentro de los dos meses siguientes a la ocurrencia de tal hecho podrá transformarse en otro tipo de sociedad o reducir el número de sus socios. Cuando la reducción implique disminución del capital social, deberá obtenerse permiso previo de la Superintendencia, so pena de quedar disuelta la compañía al vencerse el referido término.

ARTICULO 357. <RAZON SOCIAL DE LA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA>. La sociedad girará bajo una denominación o razón social, en ambos casos seguida de la palabra "limitada" o de su abreviatura "Ltda", que de no aparecer en los estatutos, hará responsables a los asociados solidarios e ilimitadamente frente a terceros.

EL MINISTERIO DE SALUD

En uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por la ley 100 de 1993 y el decreto 1292 de 1994.

CONSIDERANDO.

Que se hace necesario expedir los manuales de actividades, intervenciones y procedimientos con el fin de que sea utilizado en el sistema de seguridad social en salud, para garantizar el acceso a los contenidos específicos del plan Obligatorio de Salud, la calidad de los servicios y el uso racional de los mismos.

Que el consejo nacional de seguridad social en salud mediante el acuerdo N°008 de 1994 estableció el Plan Obligatorio de salud y ordenó al ministerio de Salud la expedición del manual con miras a unificar criterios en la prestación de servicios de salud dentro de la seguridad social en salud, como garantía de acceso, calidad y eficiencia.

RESUELVE

LIBRO 1

MANUAL DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS

CAPITULO 1

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1. CENTRO DE ATENCIÓN: El plan de beneficios DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Se presentará en todos los municipios de la república de Colombia, por todas aquellas instituciones y personas de carácter público, privado o de economía mixta, catalogados y

autorizados para desempeñarse como instituciones prestadoras de servicios de salud IPS¹⁹ El Plan Obligatorio de Salud responsabilidad de las Entidades promotoras de Salud se prestará en aquellas IPS con las que cada EPS establezca convenios de prestación de servicios de salud, o sin convenio en cualquier IPS en los casos especiales que considera el presente reglamento.

ARTICULO 2. DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO Y ACCESO A LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD. En todo caso los servicios de salud que se presten en cada municipio estarán sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las instituciones prestadoras de servicios de salud autorizadas para ello. Cuando las condiciones de salud al usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios asistenciales que establezca la EPS.

ARTICULO 3. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS POR MUNICIPIO Y ZONA DE RESIDENCIA: Todo paciente deberá utilizar los servicios con los que se cuente en su municipio o zona de residencia, salvo en los casos de urgencia comprobada o de remisión debidamente autorizada por la EPS. Toda persona y su familia al momento de la filiación a la EPS. Deberá adscribirse para la atención ambulatoria en alguna de las IPS más cercana a su sitio de residencia dentro de las opciones que ofrezca la EPS, para que de esta manera se pueda beneficiar a todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad. El usuario podrá solicitar cambio de adscripción a la IPS, como máximo una vez por año.

ARTICULO 5. CONSULTA MEDICA GENERAL O PARAMEDICA. Es aquella realizada por un médico general o por personal paramédico y se considera como la puerta de entrada obligatoria del afiliado a los diferentes niveles de complejidad

¹⁹ Resolución 5261 del 5 de Agosto de 1994. (Plan Obligatorio de Salud POS)

definidos para el sistema de seguridad social en salud. Se establece que de acuerdo con las frecuencias nacionales, un usuario consulta normalmente al médico general en promedio dos (02) veces por año; a partir de la tercera consulta se establecerá el cobro de cuotas moderadoras de acuerdo con el reglamento respectivo, salvo cuando se trate de casos de urgencia o para inscritos en programas con guías de atención integral. Las entidades promotoras de salud podrán permitir la utilización de medicinas alternativas siempre y cuando estas se encuentren autorizadas para su ejercicio y cuando medie previa solicitud del paciente.

ARTICULO 7. CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA. Es aquella realizada por un médico especialista en algunas de las ramas de la medicina autorizadas para su ejercicio en Colombia, quien recibe al paciente por remisión de un médico general o ínter consulta especializada, o directamente en casos de urgencias por lo que la patología que se presenta el paciente requiere evaluación especializada, interacción o cirugía que el médico general no este en condiciones de realizar. Una vez el paciente haya sido evaluado o tratado por el médico especialista continuará siendo manejado por el medico general remitente.

ARTICULO 8. ASISTENCIA DOMICILIARIA: Es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo con las guías de atención integral establecidas para tal fin.

ARTICULO 9: URGENCIA. Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere la protección inmediata críticas presentes o futuras.

ARTICULO 10. ATENCIÓN DE URGENCIAS: La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos y privados, que presten servicios de consulta de urgencia, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aun sin convenio o autorización de la EPS. Respectivamente o aún en el caso de personas no afiliados al sistema.

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la EPS o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La IPS que presta el servicio, recibirá de la EPS el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el SOAT.

En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.

ARTICULO 11. INTERNACION: Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria. Salvo en los casos de urgencia, para utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico.

LEY 100 DE 1993

TITULO II

CAPITULO I

DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

ARTICULO 177. DEFINICION. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.

ARTICULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.

Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.
3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.
4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios

o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO II

DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

ARTICULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de

servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

**LEY 50 DE 1990
(Diciembre 28)**

Diario oficial N° 39.618 del 1 de Enero de 1991

**Por el cual se introducen reformas al
Código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones**

ARTICULO 165. TRABAJO POR TURNOS. Cuando la naturaleza de la labor no exija actividad continuada y se lleve a cabo por turnos de trabajadores, la duración de la jornada puede ampliarse en más de ocho (8) horas, o en más de cuarenta y ocho (48) semanales, siempre que el promedio de las horas de trabajo calculado para un período que no exceda de tres (3) semanas, no pase de ocho (8) horas diarias ni de cuarenta y ocho (48) a la semana. Esta ampliación no constituye trabajo suplementario o de horas extras.

ARTICULO 167. DISTRIBUCION DE LAS HORAS DE TRABAJO. Las horas de trabajo durante cada jornada deben distribuirse al menos en dos secciones, con un intermedio de descanso que se adapte racionalmente a la naturaleza del trabajo y a las necesidades de los trabajadores. El tiempo de este descanso no se computa en la jornada.

ARTICULO 170. SALARIO EN CASO DE TURNOS. Cuando el trabajo por equipos implique la rotación sucesiva de turnos diurnos y nocturnos, las partes pueden estipular salarios uniformes para el trabajo diurno y nocturno, siempre que estos salarios comparados con los de actividades idénticas o similares en horas diurnas compensen los recargos legales.

LEY 269 DE 1996
EL CONGRESO DE COLOMBIA,
DECRETA:

ARTICULO 3o. CONCURRENCIA DE HORARIOS. Prohíbese la concurrencia de horarios, con excepción de las actividades de carácter docente asistencial que se realicen en las mismas instituciones en las cuales se encuentre vinculado el profesional de la salud, y que por la naturaleza de sus funciones, ejerza la docencia y la prestación directa de servicios de salud.

ARTICULO 5o. ADECUACION JORNADA LABORAL. Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán adecuar la relación laboral de los trabajadores oficiales y empleados públicos del sector, modificando las jornadas a las establecidas en la presente Ley, mediante el traslado horizontal a un cargo de igual grado, nivel y remuneración acorde con la jornada establecida, pudiendo disminuir o aumentar la intensidad horaria según el caso, siempre que las circunstancias del servicio lo permitan. Lo anterior no implica disolución del vínculo laboral, pérdida de antigüedad, ni cualquier otro derecho adquirido por el funcionario.

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
DECRETO N° 2309 DE 2002

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

ARTÍCULO 1. CAMPO DE APLICACION. Las disposiciones del presente Decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

A los Prestadores de Servicios de Salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el Artículo 279 de la Ley 100 de 1.993, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud de que trata este Decreto.

PARÁGRAFO. Se exceptúa de la aplicación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

ARTÍCULO 2. DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Defínanse como Prestadores de Servicios de Salud a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Se consideran, para los efectos del presente Decreto como Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud a los Grupos de Práctica Profesional que cuentan con infraestructura.

PARÁGRAFO. No se aplicarán las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para prestación de servicios de salud, a las Unidades de Biomedicina Reproductiva y todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, de conformidad con lo señalado por el Artículo 245 de la Ley 100 de 1.993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que éstas organizaciones prestan.

ARTÍCULO 3. DE LA ATENCION DE SALUD. La Atención de Salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

ARTÍCULO 4. DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD. La Calidad de la Atención de Salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

ARTÍCULO 6. CARACTERISTICAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Para efectos de evaluar y

mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrá las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

ARTÍCULO 10. CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Son requisitos básicos de estructura y proceso que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el

marco de la prestación del servicio de salud. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales serán los Requisitos Esenciales que establezca el Ministerio de Salud.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán someter a consideración del Ministerio de Salud, propuestas para la aplicación en sus correspondientes jurisdicciones de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 14. FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales presentarán el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes para efectos de su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el presente Decreto.

El Ministerio de Salud establecerá las características de este formulario mediante acto administrativo.

ARTÍCULO 15. AUTOEVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACION. De manera previa a la presentación del Formulario de Inscripción de que trata el Artículo 14 del presente Decreto, los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el

cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales deberán realizar los ajustes necesarios.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud o un definido como tal se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación dentro de los términos establecidos en el acto administrativo que fije los estándares, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

ARTÍCULO 16. INSCRIPCION EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Es el procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal, luego de efectuar la autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, radica el Formulario de Inscripción de que trata el Artículo 14 del presente Decreto y los soportes que para el efecto establezca el Ministerio de Salud, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud efectuará el trámite de inscripción de manera inmediata, previa revisión del diligenciamiento del Formulario de Inscripción. La revisión detallada de los soportes entregados será posterior, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 24 del presente Decreto.

A partir de la radicación de la inscripción en la Entidad Departamental o Distrital de Salud, el Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal se considera habilitado para ofrecer y prestar los servicios declarados.

PARÁGRAFO 1. Cuando un Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal preste sus servicios a través de dos o más sedes, deberá diligenciar un sólo

Formulario de Inscripción, en el que se determinen las condiciones de capacidad tecnológica y científica de cada uno de los establecimientos existentes. El Formulario de Inscripción se presentará en cada una de las jurisdicciones Departamentales o Distritales de Salud en las cuales presta los servicios.

PARÁGRAFO 2. El Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal deberá declarar en el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud los servicios que se presten en forma permanente. La inobservancia de esta disposición se considera equivalente a la prestación de servicios no declarados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y, dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en el Artículo 577 de la Ley 9 de 1.979, el Artículo 49 de la Ley 10 de 1.990 y el Artículo 5 del Decreto 1259 de 1.994.

Para el caso de los servicios prestados en forma esporádica, el Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal deberá informar de esta situación a la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, la cual realizará visitas con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones establecidas para dichos servicios, ordenando su suspensión si los mismos no cumplen con los estándares establecidos, de conformidad con el Artículo 576 del Ley 9 de 1.979.

ARTÍCULO 17. TÉRMINO DE VIGENCIA DE LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. La inscripción de cada Prestador o el definido como tal en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tendrá un término de vigencia de tres (3) años, contados a partir de la fecha de su radicación ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

ARTÍCULO 18. REVOCATORIA DE LA HABILITACIÓN. La Entidad Departamental o Distrital de Salud podrá revocar la habilitación obtenida mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso y el principio de la doble instancia.

ARTÍCULO 19. OBLIGACIONES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS DEFINIDOS COMO TALES RESPECTO DE LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales son responsables por la veracidad de la información contenida en el Formulario de Inscripción y estarán obligados a mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia; a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a renovar la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando éste pierda su vigencia, conforme a lo dispuesto en el Artículo 17 del presente Decreto y a presentar las novedades correspondientes, en los casos previstos en el siguiente Artículo.

ARTÍCULO 20. REPORTE DE NOVEDADES. Con el propósito de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el Ministerio de Salud establecerá el Formulario de Reporte de Novedades, a través del cual se efectuará la actualización del dicho registro por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud en su respectiva jurisdicción.

Se consideran novedades en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud las siguientes:

1. Cierre o apertura de servicios.
2. Cambio de representante legal o de domicilio.
3. Disolución o liquidación de la entidad.

Este formulario no reemplaza al Formulario de Inscripción contemplado en el Artículo 14 del presente Decreto.

ARTÍCULO 21. ADMINISTRACION DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. De conformidad con las disposiciones consagradas en este Decreto y de acuerdo con las pautas que imparta el Ministerio de Salud, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus respectivas jurisdicciones, serán responsables por la administración de la base de datos que contenga el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 22. CENSO DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS DEFINIDOS COMO TALES. En ejercicio de las funciones de vigilancia, inspección y control y de conformidad con las pautas que expida el Ministerio de Salud, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y actualizar de manera permanente un Censo de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de verificar que la información contenida en el Registro Especial de

Prestadores de Servicios de Salud, responda a la realidad garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación.

PARÁGRAFO. Dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud remitirán, a la Dirección General de Desarrollo de la Prestación de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, o a la dependencia que haga sus veces, la información correspondiente a las novedades presentadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud durante el mes inmediatamente anterior. La información remitida debe incluir las sanciones impuestas de conformidad con las normas legales vigentes, procesos de investigación en curso y archivados y medidas de seguridad impuestas y levantadas, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 576 de la Ley 9 de 1.979.

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales de Salud, remitir trimestralmente a los municipios de su jurisdicción la información relacionada con el estado de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales de sus correspondientes áreas de influencia, de conformidad con las pautas que para tal efecto imparta el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 23. CONSOLIDACION DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Corresponde al Ministerio de Salud conformar y mantener actualizada, para el ámbito nacional, la base de datos correspondiente al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, consolidada a partir de los reportes que envíen las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de conformidad con el procedimiento que para el efecto se establezca.

ARTÍCULO 24. VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a

los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los Artículos 11 y 12 del presente Decreto.

En lo relativo a las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los Requisitos Esenciales establecidos por el Ministerio de Salud, se realizará conforme al Plan de Visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 26 del presente Decreto.

ARTÍCULO 25. DE LOS EQUIPOS DE VERIFICACION. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo humano, de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos contenidos en el Manual de Procedimientos para la Habilitación que expedirá el Ministerio de Salud para tal efecto.

Todos los verificadores deberán haber recibido la capacitación y el entrenamiento técnico necesarios por parte del Ministerio de Salud o de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud capacitadas por el Ministerio de Salud, en los términos que se definan en el Manual de Procedimientos para la Habilitación que expida el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 26. PLAN DE VISITAS. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los

Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales de su jurisdicción cumplan con las condiciones de habilitación tecnológicas y científicas, que les son exigibles. De tales visitas se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso.

Para todos estos efectos, se aplicarán los procedimientos e indicaciones que se establecen en el Manual de Procedimientos para la Habilitación que expida el Ministerio de Salud.

PARÁGRAFO. Las visitas de verificación podrán ser realizadas mediante contratación externa, acompañadas por un funcionario capacitado de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en este Artículo.

ARTÍCULO 27. DE LOS PLANES DE CUMPLIMIENTO. A partir de la vigencia del presente Decreto, cesarán los Planes de Cumplimiento establecidos para los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, que se encuentren en curso para completar los Requisitos Esenciales y no habrá lugar al establecimiento de nuevos planes.

ARTÍCULO 28. CERTIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACION. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal, enviará en un plazo de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la “Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación”, en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal que existe verificación de conformidad de las condiciones.

ARTÍCULO 29. INFORMACION A LOS USUARIOS. Con el propósito de que los usuarios de los servicios de salud se encuentren informados sobre el cumplimiento de las condiciones de habilitación, los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales fijarán en lugares visibles para los usuarios, copia del Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud debidamente radicado ante la autoridad competente y de la Certificación del Cumplimiento de tales condiciones, a partir del momento en que el Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal haya recibido este documento.

6. MARCO CONCEPTUAL.

Ambulatorio. Describe a todo paciente que no se haya confinado en la cama o a cualquier servicio de salud para personas no hospitalizadas.

Bacterias. Cualquier microorganismo unicelular de clase Esquizomicetos. El genero presenta variedades morfológicas y sus componentes pueden ser esféricos, alargados, espirales, etc.

Cefalea. Dolor de cabeza debido a múltiples causas; denominado también cefalalgia.

Costo. Es un gasto, erogación o desembolso en dinero o especie, acciones de capital o servicios, hecho a cambio de recibir un activo.

Costos Fijos. Costo en el corto plazo permanece constante cuando la cantidad producida se incrementa o disminuye dentro de ciertos rangos de producción.

Costos variables. Son los costos directamente proporcionales al volumen de los servicios efectuados durante un período.

Desinfección: Operación que tiene como fin la destrucción de infecciones aeróbicas.

Efectividad. Concepto que involucra la eficiencia y la eficacia, alcanzando los resultados programados a través del buen uso de los recursos involucrados.

Eficacia. Capacidad para determinar los objetivos adecuados "Hacer lo indicado"
La eficacia es el beneficio o utilidad de una tecnología para los pacientes de una determinada población bajo condiciones de uso ideales.

Eficiencia. Capacidad para reducir al mínimo los recursos usados para alcanzar los objetivos de la organización. "hacer las cosas bien".

Epidémico: Que afecta a un número significativo de personas al mismo tiempo, y se transmite rápidamente en un segmento demográfico humano.

Esporulación. Tipo de reproducción que se produce en las plantas y animales inferiores como en los hongos, las algas y los protozoos.

Esterilización. Proceso para eliminar toda vida microbiana.

Estrategia. Esquema que contiene la determinación de los objetivos o propósitos de largo plazo de la empresa y los cursos de acción a seguir. Es la manera de organizar los recursos.

Farmacología. Estudio de la preparación, propiedades, aplicaciones y acciones de los fármacos.

Foco de Infección. Lugar o medio donde se origina una infección bacteriana.

Geriátrico. (Geriatría) Especialidad médica que estudia la fisiología del envejecimiento, así como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a los ancianos.

Hipótesis. Postulado que no ha sido comprobado.

Hospitalismo. Es el paso de una infección de una persona a otra. También conocido como Contagio. Es un problema muy grave en los hospitales.

Hospitalización: Ingreso de una persona en el hospital, con el propósito de someterlo a pruebas diagnósticas o medidas terapéuticas.

Hospitalización Domiciliaria: Provisión de servicios o equipos al paciente en el hogar, con el propósito de restaurar y mantener su máximo nivel de bienestar, función y salud.

Infección. Es la introducción de un microorganismo patógeno en el cuerpo de un sujeto predispuesto, provocando una enfermedad.

Intravenoso. Relativo al interior de las venas, como por ejemplo u trombo, una inyección, infusión o un catéter.

Microorganismos. Animales unicelulares microscópicos, de alta velocidad de reproducción, algunos de ellos causantes de enfermedades (virus, Hongos, Protozoos), que se alimentan de principios básicos que se encuentran en el hombre o en la suciedad.

Misión. Propósito, finalidad que persigue en forma permanente o semipermanente una organización, un área o un departamento. Razón de ser de una organización.

Nosocomial. Infección. Infección adquirida durante hospitalización, a menudo causada por *Candida albicans*, *Escherichia Coli*, Virus de la hepatitis, Virus herpes Zóster, *Pseudomonas* o *Staphylococcus*.

Paciente: Individuo receptor de un servicio sanitario.

Paciente terminal. Individuo cuya vida se acerca a su fin, generalmente caracterizado por una etapa final que le causa la muerte.

Patógeno. Cualquier microorganismo capaz de producir una enfermedad.

Patología. Estudio de las características, causas y efectos de la enfermedad, tales como se reflejan en la estructura y función del organismo.

Polvo. Toda partícula sólida de pequeño tamaño que se encuentra en cualquier superficie o en suspensión en la atmósfera. Su origen es orgánico o inorgánico y es el causante directo de enfermedades tan importantes como el Asma o las

alergias respiratorias. En un medio hospitalario, el polvo aloja y sirve de vehículo a bacterias, con lo que se puede convertir en foco de infección.

Planeación. Proceso de establecer objetivos y cursos de acción adecuados antes de iniciar la acción.

Pseudomonas. Género de bacterias que incluye especies que viven libres en el agua y en el suelo y algunos patógenos oportunistas que se pueden aislar en quemaduras, heridas o infecciones del tracto urinario. Son resistentes a los desinfectantes y antibióticos.

Salud. Situación de bienestar físico, mental y social con ausencia de enfermedad y otras circunstancias anormales.

Suciedad. Materia de naturaleza orgánica o inorgánica donde pueden reproducirse microorganismos causantes de enfermedades.

Terapia respiratoria. Como objetivo primordial se tiene la administración de técnicas y medicamentos prescritos para promover una buena oxigenación por medio de la respiración espontánea, asistida o controlada

Triage. Clasificación de pacientes según la gravedad y prioridad, en las cuales el número de víctimas es mayor al número de auxiliares. Se clasifica de acuerdo a las lesiones o sintomatología.

Urgencia. Situación en la que la sintomatología del paciente presume una patología cuya incidencia pueda poner en riesgo la vida del mismo.

Virus. Microorganismo diminuto, mucho más pequeño que una bacteria, que, al no poseer una actividad metabólica independiente, solo puede reproducirse dentro de una célula vegetal o animal.

7. EL PLAN DE NEGOCIO

Medical Express Ltda., se establecerá en la ciudad de Bogotá D.C., con el propósito de prestar los servicios de salud a domicilio en el perímetro urbano.

Los creadores del proyecto: está conformado por Hector Camilo Figueroa Nieto, egresado de la Universidad de la Salle de la facultad de Administración de empresas, con experiencia de 5 años en manejo de personal y dirección operativa de empresas del sector salud, en Bogotá, específicamente en la prestación de servicios de ambulancias, y Sandra Milena Guarín Galán, igualmente egresada de la universidad de La Salle, con experiencia en manejo de personal, ventas y comercio internacional.

Medical Express Ltda, necesita de una inversión de \$15'000.000 los cuales serán aportados por los dos socios y un socio intelectual que desempeñe las funciones de director científico, en el área de salud.

7.1. ANALISIS DEL MERCADO

En primera instancia, se debe tener en claro que servicios se van a ofrecer y a quienes.

Los servicios que Medical Express, ofrece son:

- ✓ Consulta medica domiciliaria
- ✓ Terapia física Domiciliaria.

- ✓ Terapia respiratoria Domiciliaria
- ✓ Hospitalización Domiciliaria.

Los servicios serán ofrecidos principalmente a: las EPS, Entidades de medicina prepagada, y empresas particulares que operan en la ciudad.

A DONDE QUEREMOS INGRESAR.

| | | |
|-----------------------------|------------------|--------------|
| MERCADO PRODUCTO | EXISTENTE | NUEVO |
| EXISTENTE | | |
| NUEVO | MedEx | |

Teniendo en cuenta que el mercado está dado por la gran cantidad de pacientes que demandan los servicios médicos, y la poca o ninguna oferta de servicios domiciliarios, catalogamos nuestro servicio como nuevo en un mercado existente.

7.1.1. Análisis del sector.

Para Medical Express Ltda., es de vital importancia analizar el sector salud en la ciudad de Bogotá D.C., ya que es allí donde la empresa va a penetrar y se va a mantener; Por ello, es imprescindible darle un vistazo a la situación actual de la

salud en la ciudad, en donde se tendrá una idea más clara de lo que esta pasando actualmente con los Bogotanos, en cuanto al tema de afiliaciones, camas hospitalarias y otros indicadores importantes para entrar a operar.

Camas hospitalarias en las instituciones prestadoras de servicios de salud prioritarias, públicas y privadas según nivel de complejidad, 1995-2002

| Camas disponibles | No. de camas | | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| <i>Instituciones públicas y privadas de la red no adscrita (alto nivel de complejidad)</i> | | | | | | | | |
| Total instituciones públicas no adscritas (alto nivel de complejidad) | 2.354 | 2.356 | 2.359 | 2.081 | 2.174 | 2.202 | 2.243 | 2.126 |
| Total instituciones privadas (alto nivel de complejidad) | 4.499 | 4.474 | 4.730 | 4.795 | 4.622 | 4.127 | 3.838 | 3.797 |
| Total instituciones privadas y públicas no adscritas de alto nivel de complejidad | 6.853 | 6.830 | 7.089 | 6.876 | 6.796 | 6.329 | 6.081 | 5.923 |
| <i>Instituciones públicas adscritas de alto, mediano y bajo nivel de complejidad</i> | | | | | | | | |
| Empresas sociales del estado de alto nivel de complejidad | 746 | 957 | 1.024 | 1.122 | 1.090 | 1.077 | 1.065 | 1.021 |
| Empresas sociales del estado de bajo nivel de complejidad | 195 | 215 | 282 | 325 | 303 | 190 | 238 | 237 |
| Empresas sociales del estado de mediano nivel de complejidad | 381 | 397 | 364 | 483 | 475 | 605 | 667 | 674 |
| Total camas en las empresas sociales del estado adscritas de alto, mediano y bajo nivel de complejidad | 1.322 | 1.569 | 1.670 | 1.930 | 1.868 | 1.872 | 1.970 | 1.932 |

Fuente: SDS. Encuesta de infraestructura y automatización a prestadores. Dirección de desarrollo de servicios - 2001.

Camas de observación de urgencias, Red Adscrita y no adscrita. Bogotá 1998-2002

| Red | Camas observación de urgencias 1998 - 2002 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--------------|--|------|------|------|------------|------------|
| Adscrita | Empresas sociales del estado | 223 | 217 | 206 | 194 | 214 |
| No adscrita | Públicas y privadas | ND | ND | ND | 573 | 590 |
| Total | | | | | 767 | 804 |

ND: no disponible

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Encuesta de red adscrita y no adscrita. Dirección de Desarrollo de Servicios.

Camas hospitalarias y de observación de urgencias en IPS de alto nivel de complejidad de la red no adscrita, por localidad y zona 2001 - 2002

| Localidades | Camas 2001 | | Camas 2002 | |
|---------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|
| | Hospitalización | Observación / recuperación | Hospitalización | Observación / recuperación |
| Chapinero | 1.304 | 82 | 1.280 | 76 |
| Barrios Unidos | 67 | 0 | 59 | 0 |
| Teusaquillo | 1.018 | 96 | 993 | 131 |
| Suba | 245 | 16 | 241 | 23 |
| Usaquén | 746 | 57 | 727 | 93 |
| Red Norte | 3.380 | 251 | 3.300 | 323 |
| Santafé | 66 | 0 | 70 | 0 |
| Los Mártires | 1.115 | 237 | 1.064 | 179 |
| Antonio Nariño | 0 | 4 | 0 | 4 |
| San Cristóbal | 901 | 40 | 886 | 49 |
| Red Centro oriente | 2.082 | 281 | 2.020 | 232 |
| Kennedy | 140 | 41 | 132 | 35 |
| Red Sur occidente | 140 | 41 | 132 | 35 |
| Rafael Uribe Uribe | 479 | 0 | 471 | 0 |
| Red Sur | 479 | 0 | 471 | 0 |
| Total | 6.081 | 573 | 5.923 | 590 |

Fuente: Encuesta de infraestructura y dotación a prestadores de la red no adscrita. SDS. DDSS. 2002.

Camas disponibles en las unidades de cuidados intensivos según tipo de las instituciones prestadoras de servicios de salud prioritarias, Bogotá, 1998 - 2002

| Instituciones | Unidad de cuidados intensivos | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---------------------|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Adscritas | Adulto | 31 | 31 | 41 | 40 | 32 |
| | Pediátrico | 9 | 11 | 21 | 13 | 13 |
| | Neonatos | 20 | 25 | 21 | 32 | 33 |
| | Quemados | ND | ND | 3 | 3 | 3 |
| | Total | 60 | 67 | 86 | 88 | 81 |
| No adscritas | Adulto | 283 | 251 | 262 | 262 | 268 |
| | Pediátrico | 60 | 60 | 70 | 70 | 114 |
| | Neonatos | 151 | 154 | 151 | 151 | 197 |
| | Quemados | ND | 24 | 24 | 24 | 13 |
| | Otros | ND | 37 | 37 | 37 | 99 |
| | Total | 494 | 526 | 544 | 544 | 691 |
| Total | Adulto | 314 | 282 | 303 | 302 | 300 |
| | Pediátrico | 69 | 71 | 91 | 83 | 127 |
| | Neonatos | 171 | 179 | 172 | 183 | 230 |
| | Quemados | ND | 24 | 27 | 27 | 16 |
| | Otros | ND | 37 | 37 | 37 | 99 |
| | Total | 554 | 593 | 630 | 632 | 772 |

ND: no disponible

Fuente: Encuesta de infraestructura y dotación a prestadores de la red no adscrita. SDS. DDSS. 2002.

Total camas hospitalarias en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Bogotá, 1995-2002

| Año | Instituciones públicas adscritas | Instituciones públicas no adscritas | Privadas | Total |
|------|----------------------------------|-------------------------------------|----------|-------|
| 1995 | 1.322 | 2.354 | 4.499 | 8.175 |
| 1996 | 1.569 | 2.356 | 4.474 | 8.399 |
| 1997 | 1.670 | 2.359 | 4.730 | 8.759 |
| 1998 | 1.930 | 2.081 | 4.795 | 8.806 |
| 1999 | 1.868 | 2.174 | 4.622 | 8.664 |
| 2000 | 1.872 | 2.202 | 4.127 | 8.201 |
| 2001 | 1.970 | 2.243 | 3.838 | 8.051 |
| 2002 | 1.932 | 2.126 | 3.797 | 7.855 |

Fuente: Encuesta de infraestructura y dotación a prestadores SDS-Desarrollo de servicios-2001. Reporte IPS.
Observación: el total de camas hospitalarias de Bogotá no incluye las camas de las instituciones de la red no adscrita de mediano y bajo nivel de complejidad.

INDICADORES HOSPITALARIOS PARA EL TOTAL DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

BOGOTA 1998 – 2003

FUENTE: Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

| INDICADOR | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| NUMERO DE CAMAS DISPONIBLES | 1.569,0 | 1.669,8 | 1.930,0 | 1.868,0 | 1.872,0 | 1.970,0 |
| NUMERO DE EGRESOS | 103.638,0 | 115.004,0 | 130.420,0 | 148.702,0 | 156.326,0 | 174.908,0 |
| NUMERO DE CONSULTA EXTERNA | 1.478.858,0 | 1.485.390,0 | 1.708.712,0 | 2.246.308,0 | 2.174.852,0 | 2.127.182,0 |
| NUMERO DE CONSULTA URGENCIAS | 759.514,0 | 869.392,0 | 958.154,0 | 832.383,0 | 834.494,0 | 893.025,9 |
| NUMERO DE CIRUGIAS | 30.239,0 | 34.401,0 | 44.191,0 | 62.064,0 | 70.365,0 | 72.766,0 |

| | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| GIRO CAMA (Egr / Camas) | 66,05 | 68,87 | 67,58 | 79,60 | 83,51 | 88,79 |
| PORCENTAJE OCUPACIONAL (DEE / DCD) | 76,12% | 78,59% | 82,00% | 83,62% | 86,88% | 88,01% |
| PROMEDIO DIA ESTANCIA (DEE / Egr) | 4,12 | 4,10 | 4,04 | 3,88 | 3,94 | 3,53 |
| TOTAL DE PARTOS | 38.462,0 | 36.606,0 | 40.616,0 | 46.001,0 | 45.064,0 | 47.075,0 |
| PARTOS VAGINALES | 33.779,0 | 31.229,0 | 33.796,0 | 36.870,0 | 35.382,0 | 36.490,0 |
| CESAREAS | 4.683,0 | 5.377,0 | 6.820,0 | 9.131,0 | 9.682,0 | 10.585,0 |
| DIA CAMA OCUPADA | 465.921,7 | 504.873,0 | 569.276,3 | 573.987,0 | 589.314,0 | 556.937,0 |
| DIA CAMA DISPONIBLE | 560.640,1 | 599.362,0 | 642.561,3 | 689.261,0 | 709.750,0 | 701.816,0 |
| DIA ESTANCIA DE EGRESOS | 426.747,4 | 471.026,8 | 526.880,2 | 576.359,0 | 616.651,0 | 617.653,0 |

Análisis de la población en Colombia.

EVOLUCION DE LA POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS

| Año | Población 60 años * | % Población Total |
|----------|---------------------|-------------------|
| 1938 | 425.320 | 5.3 |
| 1951 | 570.999 | 5.4 |
| 1964 | 855.310 | 5.1 |
| 1970 | 1'040.000 | 5.0 |
| 1973 | 1'025.182 | 5.1 |
| 1985 | 1'640.692 | 6.1 |
| 1993 | 2'016.334 | 6.2 |
| 2000 (*) | 2'600.000 | 6.9 |
| 2005 (*) | 3'100.000 | 7.2 |
| 2010 (*) | 3'700.000 | 8.7 |

FUENTE : Datos CCRP, Encuesta CAPs 1986-89. (*) Proyecciones DANE - DNP.

En Colombia la esperanza de vida en los años 50 era de 50 años, pero hacia 1973 era de 61.6 años y en 1985 aumentó a 67.2 años con la expectativa que hacia el año 1995 estuviera en 69.3 años y después del 2000 supere los 70 años. Mientras que la esperanza de vida de los países desarrollados por lo general supera los 72 años e incluso llega a los 79 años (EEUU).

En el ámbito urbano se ha encontrado que la tercera edad usa en forma más intensa los servicios de salud y acude más, en un 23% de los casos, mientras que el conjunto de la población lo hace en el 12%. Se trata no solo de la consulta externa y la cirugía en donde la relación viejos/toda la población es de 2 a 1, sino incluso en la hospitalización en donde dicha relación es de 3 a 1. Adicionalmente es de observar que la población pobre demanda menos servicios con solo el 17% mientras los estratos medios altos lo hacen a razón del 25 %, quizás mas por efecto del poder de compra y del aseguramiento que del estado de salud. Todo lo

anterior con el agravante que la cobertura de algún sistema de seguro de salud es menor en la población anciana 42% que en el conjunto de la población urbana 45%.²⁰

7.1.2. Descripción de los servicios.

Medical express Ltda, ofrecerá servicios de consulta medica domiciliaria, terapia física y respiratoria a domicilio, hospitalización domiciliaria y servicio derivados de la hospitalización como nutricionista y sicología en casa. La descripción detallada de los servicios que ofrece Medical Express Ltda, la encontramos en el anexo N° 3 donde esta el portafolio de servicios de la compañía.

7.1.3. Clientes y tamaño del mercado.

Medical Express Ltda. Trabajará como proveedor de servicios de salud domiciliarios de EPS, IPS, Entidades de medicina prepagada, aseguradoras, y entidades públicas y privadas en la ciudad de Bogotá D.C., para lo cual es indispensable analizar la situación y posición el mercado de cada una de estas empresas.

EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD EPS.

- ✓ COMPENSAR
- ✓ SALUDCOOP
- ✓ FAMISANAR
 - Cafam
 - Colsubsidio
- ✓ SALUD TOTAL

²⁰ Simposio Internacional Envejecimiento Competente, Retiro y Seguridad Social Caja Colombiana de Subsidio Familiar COLSUBSIDIO, Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantía PROTECCION S.A.

- ✓ COLMENA
- ✓ CAFESALUD

ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGADA.

- ✓ SALUD COLPATRIA
- ✓ COLSANITAS
- ✓ SUSALUD
- ✓ COOMEVA
- ✓ COLMENA

ASEGURADORAS

- ✓ SEGUROS BOLIVAR
- ✓ ARP COLPATRIA
- ✓ SEGUROS FENIX
- ✓ ANDI ASISTENCIA
- ✓ ASSIST CARD

EMPRESAS PARTICULARES Y ESTATALES.

- ✓ FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA Ejercito Nacional
- ✓ FUERZA AEREA COLOMBIANA
- ✓ POLICIA NACIONAL
- ✓ ARMADA NACIONAL
- ✓ FISCALIA GENERAL
- ✓ PROCURADURIA GENERAL
- ✓ BANCO DE LA REPUBLICA

Estos clientes potenciales, recibirán un portafolio de servicios de la compañía, donde encontrarán detalladamente la misión, visión, objetivos y cada uno de los servicios que la compañía presta, así como las tarifas y condiciones comerciales.

Cotizantes y afiliados EPS privadas.

Fuente: Ministerio de protección social. Consolidado a Junio de 2004

| | COTIZANTES | AFILIADOS |
|-------------------------|-------------------|------------------|
| E.P.S. Saludcoop | 591.022 | 1'648.523 |
| Coomeva E.P.S. | 284.752 | 743,130 |
| Susalud E.P.S. | 235.683 | 567,250 |
| E.P.S. Famisanar Ltda. | 195.011 | 504,952 |
| Salud Total S.A. E.P.S. | 127.801 | 350,000 |
| Compensar E.P.S. | 141.006 | 327,238 |
| Cruz Blanca E.P.S. | 132.525 | 314,339 |
| Cafesalud E.P.S. S.A. | 117.418 | 307,229 |
| E.P.S. Unimec | 82.087 | 245,532 |
| Salud Colmena E.P.S. | 92.583 | 241,670 |

| | | |
|-----------------------|--------|---------|
| E.P.S. Sanitas | 97.542 | 230,459 |
| E.P.S. S-O-S | 76.479 | 204,086 |
| Colseguros E.P.S. | 53.339 | 143,977 |
| Humana Vivir S.A. | 38.046 | 105,964 |
| E.P.S. S.M. Colpatria | 22.378 | 52,250 |

Observamos en el cuadro anterior, las principales EPS privadas que operan en Bogotá; de esta manera podemos ofrecer nuestro portafolio de servicios a las más representativas, en relación con el número de cotizantes y personas afiliadas.

Principales proveedores de servicios de ambulancias en las principales EPS que operan en Bogotá.

| EPS | PROVEEDOR |
|-------------|---|
| SALUDCOOP | AEROAMBULANCIAS ABC AMBULANCIAS LINE AIR AMBULANCIAS |
| FAMISANAR | TRAS MEDICA AMBULANCIAS COLSUBSIDIO AMBULANCIAS LTDA. |
| SALUD TOTAL | AMBULANCIAS T.A.M. AMBULANCIAS A.S.M. |
| COMPENSAR | TRAS MEDICA AMBULANCIAS LTDA. ABC AMBULANCIAS |

| | |
|----------------|--|
| CRUZ BLANCA | TRAS MEDICA AMBULANCIAS LTDA. |
| E.P.S. SANITAS | SUMA EMERGENCIAS TRAS MEDICA AMBULANCIAS LTDA. |

7.1.4. Competencia.

En Bogotá existen 3 empresas que prestan los servicios de médico domiciliario, como objeto social, sin embargo existen empresas de Ambulancias las cuales debido a la similitud de los servicios y el campo de acción idéntico, han ofrecido los servicios de médico domiciliario, a sus clientes principales como EPS, aseguradoras y Empresas particulares.

Actualmente en Bogotá no existe una empresa que ofrezca el paquete integral de servicios domiciliarios como lo pretende hacer Medical Express Ltda. Emermédica S.A. es una empresa que lleva más de 10 años en el mercado, cuyo servicio principal es el transporte de pacientes en ambulancias y la atención médica domiciliaria. Esta empresa funciona con el mecanismo de medicina prepagada, ya que los afiliados pagan una cuota mensual fija, para poder acceder a los servicios al momento que lo requieran. Por su naturaleza y los servicios que presta, Emermédica S.A., no es un competidor directo para Medical Express Ltda, pues no presta los servicios de hospitalización domiciliarios, y tampoco trabaja con EPS ni entidades de medicina prepagada, salvo en casos aislados como lo hace desde hace mas de 6 años, con Seguros Bolívar y Salud Colpatria.

Salud A su casa, es una empresa que lleva 11 años en el mercado, y siempre ha prestado los servicios de médico domiciliario y enfermería. Trabajando desde hace 7 años con Salud Colpatria, Assist Card, Famisanar y Compensar , Salud A Su Casa, podría ser la competencia más grande para Medical Express Ltda.

Fortalezas y debilidades de nuestros servicios, frente a la competencia.

Medical Express Ltda. Ofrecerá servicios similares a los de la competencia en cuanto a consulta domiciliaria y orientación telefónica de urgencias; la diferencia fundamental y la que hace de Medical Express Ltda. Una empresa única en su tipo, es el ofrecimiento de un programa integral de salud a pacientes en su domicilio dentro de los cuales encontramos:

- Terapia física domiciliaria
- Terapia respiratoria domiciliaria
- Hospitalización domiciliaria.
- Servicios de enfermería a domicilio.

Dentro del programa de hospitalización domiciliaria se ofrecen servicios como:

- Psicología y trabajo social en el domicilio para el paciente y su familia.
- Servicio de nutricionista a domicilio.
- Toma de muestras para exámenes de laboratorio.

Medical Express Ltda. Pretende llevar los servicios del hospital, al domicilio del paciente, para reducir el traslado de ellos a las instituciones. Actualmente las empresas que ofrecen servicios similares, son compañías creadas principalmente para prestar servicios de transporte de pacientes hacia y desde los hospitales; prestan los servicios de ambulancia en las complejidades básica y medicalizada en la ciudad de Bogotá, así mismo como trasportes fuera de la ciudad.

Una de las fortalezas más destacables para Medical Express Ltda, es la intención de entrar en una mercado existente con un producto o servicio nuevo. En este caso, el mercado es el sector salud y los servicios son los que anteriormente se describieron y que detalladamente están expuestos en el portafolio de servicio de la compañía.

La debilidad más importante para Medical Express Ltda, es le cambio de actitud que debe crear en sus clientes potenciales; es decir en las EPS, aseguradoras y demás instituciones con las cuales quiera crear vínculos comerciales como proveedor, ya que como es bien conocido, la atención domiciliaria aunque ha tenido gran acogida a nivel mundial, en Colombia no se tienen muchas referencias sobre este tipo de servicios; para lo cual el equipo de la compañía deberá exponer de forma detalla y convincente los objetivos de la empresa, así como los beneficios que trae tanto para ellos como para los pacientes, el acceder a este tipo de medicina.

Otro inconveniente, es el que enfrentan todas las empresas nuevas en cualquier mercado, y es la posibilidad de penetrar y crear un nombre para acceder a clientes y establecer relaciones comerciales, al igual que financieras con entidades bancarias al momento en que la empresa requiera un crédito para mejorar su infraestructura técnico-científica.

Estrategia de Venta.

Se presentará el portafolio de servicios de la compañía, seguido de una propuesta económica, a los clientes potenciales descritos anteriormente, como los son EPS, Empresas de medicina prepagada, Aseguradoras y entidades gubernamentales, con el fin de prestar los servicios ofrecidos por Medical Express Ltda, a todos sus afiliados.

El portafolio de servicios describirá detalladamente los servicios ofrecidos por la empresa, además de los objetivos, justificación, misión, visión de la compañía, etc. Otra estrategia de ventas es coordinar una reunión con los jefes de contratación para exponer personalmente los servicios, las ventajas y desventajas que traería tanto para la familia y para la EPS, el implementar este tipo de servicios.

La información contenida en el presente proyecto, será además, la base para justificar la implementación de los servicios de salud a domicilio en las principales EPS, y aseguradoras en la ciudad de Bogotá.

Análisis DOFA

DEBILIDADES DE MEDICAL EXPRESS LTDA.

- Es una empresa nueva, la cual tiene que luchar por penetrar en el mercado, y aunque no hay competencia sustancial, deberá trabajar mucho para conseguir convenios comerciales con EPS's, aseguradoras, etc.
- Al ser un servicio que no es común en el ámbito de la salud en Colombia, se tiene que sensibilizar a la población y a las EPS, sobre las ventajas y beneficios que trae este tipo de servicios.
- Sus fundadores son bastante jóvenes lo cual, pudiera representar para algunas personas, inexperiencia o falta de compromiso.
- No se cuenta con el presupuesto total para comenzar con el proyecto, por lo cual se requiere un préstamo con una entidad financiera.
- El tipo de empresa es nuevo, por lo cual se debe tener especial cuidado en la forma de ofrecer y garantizar los servicios a los clientes.

OPORTUNIDADES.

- El mercado actualmente, está demandando servicios eficaces para solucionar los problemas de congestión hospitalaria; uno de ellos es la medicina domiciliaria. Si MEDICAL EXPRESS sabe aprovechar este factor, es una gran oportunidad para penetrar con mayor facilidad.
- Al no existir una empresa que preste los mismos servicios de medicina domiciliaria en Bogotá, con las mismas características de MEDICAL EXPRESS LTDA, se puede crear una gran imagen como pioneros en este tipo de servicios.
- Las ventajas y facilidades para PYMES que actualmente se están manejando en el país, pueden ayudar en determinado momento que en que la empresa desee expandirse.
- Se puede expandir la empresa y abrir nuevos mercados en las principales ciudades de Colombia, si el servicio es aceptado y demandado ampliamente en Bogotá.

FORTALEZAS.

- El nivel de formación de los socios pioneros y la idea de constituir la empresa con un socio intelectual profesional de la salud, hace de MEDICAL EXPRESS LTDA, una empresa con conocimientos técnicos suficientes para ofrecer sus servicios.
- Los servicios ofrecidos por MEDICAL EXPRESS LTDA. Están siendo demandados actualmente por pacientes de EPS y particulares en la ciudad de Bogotá.
- Es una empresa única en Bogotá por lo cual no le resulta difícil posicionarse en el mercado durante algún tiempo.

- Los costos de operación relativamente bajos y los costos fijos, hacen de Medical Express Ltda., una empresa que no requiere mucho capital y el retorno de la inversión se efectúa en un tiempo relativamente corto.
- La mayoría de los costos de la empresa son variables, es decir son directamente proporcionales con los servicios que se prestan.

AMENAZAS.

- El sector de la salud en Colombia, ha experimentado cambios sustanciales durante los últimos 11 años, los cuales han afectado en gran medida a los profesionales de la salud ya algunas IPS del país.
- La entrada al mercado de competidores fuertes con mayor capital y capacidad que MEDICAL EXPRESS LTDA, cuando los servicios de medicina domiciliaria se conviertan en esenciales como ha sucedido en la mayoría de países donde se a aplicado este sistema.
- La duración y el éxito de Medical Express Ltda., depende en gran medida de la sensibilización y la labor fundamental que los socios desempeñen al “vender” la idea y los servicios a las principales EPS y empresas de Bogotá.
- Debido al sistema de contratación, la rotación de personal en la empresa puede ser muy elevada, poniendo en peligro la calidad en la prestación de los servicios.

7.2. ANALISIS TECNICO.

Para la puesta en marcha de la empresa es necesario contar tanto con los recursos técnicos, científicos y financieros, propios de una empresa de esta naturaleza.

7.2.1. Instalaciones

Antes de comenzar a analizar los factores que inciden en la correcta prestación de los servicios, es necesario algo básico para cualquier empresa y es el establecimiento comercial u oficinas donde se llevara a cabo el proceso administrativo.

Para Medical Express Ltda, es necesario contar con unas instalaciones desde donde se coordinen los servicios solicitados por los clientes; las oficinas de la empresa no tienen requerimiento especial en cuanto a ubicación en la ciudad, ya que en ellas no permanecerá el personal de salud que trabajará con la empresa, salvo el personal administrativo; sin embargo, se escogerá un sector central en la ciudad para tomar en arriendo y cuya área no sea inferior a los 70mts. Las instalaciones podrán ser un apartamento, casa o local comercial, para lo cual la junta de socios presupuesta gastos mensuales por \$550.000.

En las instalaciones de la empresa funcionará la parte administrativa como la gerencia, contabilidad, dirección operativa, archivo y además, se instalará la

central telefónica desde donde se coordinarán los servicios y se recibirán las llamadas de los clientes y los pacientes. La central telefónica deberá estar compuesta como mínimo de 2 líneas telefónicas convencionales y un celular.

7.2.2. Recurso humano.

Para el correcto desarrollo del objeto social, Medical Express Ltda, necesita a parte de los socios, un director científico, profesional en el área de la salud como mínimo con estudios en enfermería superior (Jefe de enfermería) o un médico general quien apoyará en las decisiones operativas que estén ligadas a la salud de los pacientes. El director científico hará parte de la sociedad como mecanismo de reducción de costos en el momento de la creación de la empresa y el desarrollo de la misma durante el primer año; Debido a que los honorarios de un profesional en salud son sustancialmente elevados, el director científico aportará sus conocimientos para el correcto funcionamiento de la empresa y en la toma de decisiones relacionadas con áreas de la salud. Sin embargo, se tiene pronosticado que el socio intelectual no tenga mas del 25% de participación en la sociedad. El director científico no hará aportes económicos pero como todo empleado, tendrá deberes y derechos dentro de la sociedad.

Así, pues las partes de la sociedad quedarán dividida en tres partes; el 75% para Sandra Guarín y Camilo Figueroa en partes iguales, y el 25% restante para el director científico, quien esta por definirse entre tres opcionados; Dos médicos y un Jefe de enfermería.

El personal que requiere Medical Express Ltda en las instalaciones, está conformado por un radio operador, o recepcionista quien deberá tener estudios básico en enfermería (Auxiliar de enfermería) y una secretaria quien desempeñara las funciones básicas de Sistemas, nomina, liquidación de aportes, etc.

En la parte operativa, es decir el equipo conformado por médicos, enfermeros, paramédicos, nutricionistas, psicólogos, la contratación se hará inicialmente por prestación de servicios y formarán parte de los costos variables de la compañía; es decir que la carga prestacional y la nomina de la empresa en un 80% será directamente proporcional a los servicios prestados. La modalidad de contratación más común en el sector salud, es la efectuada mediante turnos, de 6,12 o 24 horas o también la disponibilidad ofrecida por el profesional a las empresas con quien trabaja.

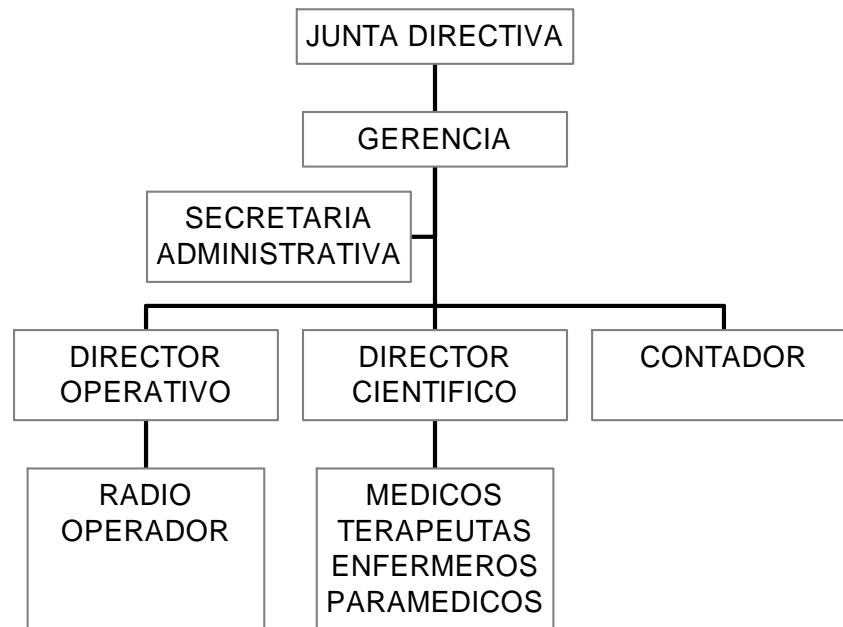
Inicialmente se hará un estudio del personal requerido para la atención de pacientes en su domicilio, teniendo en cuenta los requisitos sugeridos por el Director Científico y la junta administrativa, para tener una base de datos amplia, de personal idóneo para el manejo de pacientes en casa.

7.3. ANALISIS ADMINISTRATIVO.

Medical Express Ltda se constituirá según el régimen de sociedad de responsabilidad limitada. La empresa estará conformada por tres socios: Camilo Figueroa Nieto, con participación del 37,5%; Sandra Milena Guarín, con participación del 37,5%, y un socio intelectual con participación del 25%.

El director científico de la compañía, será quien tome las decisiones en cuanto a la parte médica, y El Gerente y director operativo tomarán las decisiones financieras de la empresa.

Organigrama de Medical Express Ltda.



7.4. ANLISIS ECONÓMICO.

Inversión en Activos fijos.

| Descripción | Cantidad | Valor unitario | Valor Total |
|------------------------|----------|----------------|-------------|
| Computador | 1 | 1350000 | 1350000 |
| Escritorios | 3 | 220000 | 660000 |
| Sillas para escritorio | 3 | 65000 | 135000 |
| Impresora | 1 | 280000 | 280000 |
| Archivadores | 2 | 350000 | 700000 |
| Teléfonos | 2 | 45000 | 90000 |

| | | | |
|----------------------------|---|--------|-----------|
| Extintores | 2 | 90000 | 180000 |
| Licencia sistema operativo | 1 | 600000 | 600000 |
| Sala de recepsion | 1 | 450000 | 450000 |
| Fax | 1 | 250000 | 250000 |
| Accesorios para oficina | 1 | 750000 | 550000 |
| Celular | 1 | 180000 | 180000 |
| Sillas auxiliares | 3 | 80000 | 240000 |
| Total Activos Fijos | | | 5'665.000 |

Fuente: Los autores del proyecto.

Gastos de constitución.

Se estima que Medical Express Ltda, incurra en gastos de escrituración, Cámara de Comercio, registro mercantil, y demás gastos legales para constituir la empresa un total de \$450.000.

Presupuesto para gastos de personal.

Medical Express Ltda, tendrá en la nómina a un total de 5 personas: Los 3 socios, la Secretaria Administrativa y el Radio Operador de base. Los dos socios capitalistas tendrán un salario inicial de \$850.000; el Socio intelectual tendrá un salario mensual inicial de \$600.000; La secretaria administrativa \$380.000 y el radio operador de base \$450.000. Es decir que el costo mensual de la nómina de Medical Express Ltda es de \$ 3'130.000

Los gastos de personal, generados por las terapeutas, médicos domiciliarios, enfermeros, nutricionistas y sicólogos, son costos variables ya que la contratación y el pago se hará mediante la modalidad de prestación de servicios; en el momento en que al empresa comience a operar.

Para los gastos de personal requeridos por un paciente hospitalizado en su domicilio durante un mes podemos observar el siguiente cuadro:

Paciente con posts operatorio "EPOC" enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

| Profesional | Sesiones al mes | Costo unitario | Costo total |
|------------------------|-----------------|----------------|----------------|
| Médico | 4 | 25.000 | 100.000 |
| Enfermera | 30* | 15.000 | 450.000 |
| Terapeuta Física | 10 | 12.000 | 120.000 |
| Terapeuta respiratoria | 15 | 12.000 | 180.000 |
| Sicóloga | 3 | 20.000 | 60.000 |
| Nutricionista | 2 | 20.000 | 40.000 |
| COSTO TOTAL | | | 950.000 |

* Turno de 6 horas diarias, durante 30 días.

El costo de personal para atender este paciente para Medical Express Ltda. Es de \$950.000 mensuales. Los profesionales que participan en la atención de los pacientes, son contratados mediante un contrato de prestación de servicios y su pago se efectúa de acuerdo con los turnos que hayan realizado en el mes; de esta forma la gran mayoría de los gastos de personal, es directamente proporcional a los servicios prestados.

Analisis de gastos de personal involucrados por contrato laboral

| | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 |
|------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Salario Básico | 3.130.000 | 3.130.000 | 3.130.000 | 3.130.000 | 3.130.000 | 3.130.000 |
| Subsidio de transporte | 124.800 | 124.800 | 124.800 | 124.800 | 124.800 | 124.800 |
| Prima | | | | | | 1.565.000 |
| Vacaciones | | | | | | |
| Caja de compensación familiar (4%) | 125.200 | 125.200 | 125.200 | 125.200 | 125.200 | 125.200 |
| ICBF (3%) | 93.900 | 93.900 | 93.900 | 93.900 | 93.900 | 93.900 |
| SENA (2%) | 62.600 | 62.600 | 62.600 | 62.600 | 62.600 | 62.600 |
| Pensiones (13.5%) | 320.825 | 320.825 | 320.825 | 320.825 | 320.825 | 320.825 |
| Salud (8%) | 250.400 | 250.400 | 250.400 | 250.400 | 250.400 | 250.400 |
| ARP (100%) | 16.276 | 16.276 | 16.276 | 16.276 | 16.276 | 16.276 |
| Cesantías | | | | | | |
| Interés de cesantías | | | | | | |
| Total mano de obra mensual | 4.124.001 | 4.124.001 | 4.124.001 | 4.124.001 | 4.124.001 | 5.689.001 |

Fuente: Los autores de proyecto

| | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
|------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Salario Básico | 3.130.000 | 3.130.000 | 3.130.000 | 3.130.000 | 3.130.000 | 3.130.000 |
| Subsidio de transporte | 124.800 | 124.800 | 124.800 | 124.800 | 124.800 | 124.800 |
| Prima | | | | | | 1.565.000 |
| Vacaciones | | | | | | 1.565.000 |
| Caja de compensación familiar (4%) | 125.200 | 125.200 | 125.200 | 125.200 | 125.200 | 125.200 |
| ICBF (3%) | 93.900 | 93.900 | 93.900 | 93.900 | 93.900 | 93.900 |
| SENA (2%) | 62.600 | 62.600 | 62.600 | 62.600 | 62.600 | 62.600 |
| Pensiones (13.5%) | 320.825 | 320.825 | 320.825 | 320.825 | 320.825 | 320.825 |
| Salud (8%) | 250.400 | 250.400 | 250.400 | 250.400 | 250.400 | 250.400 |
| ARP (100%) | 16.276 | 16.276 | 16.276 | 16.276 | 16.276 | 16.276 |
| Cesantías | | | | | | |
| Interés de cesantías | | | | | | |
| Total mano de obra mensual | 4.124.001 | 4.124.001 | 4.124.001 | 4.124.001 | 4.124.001 | 7.254.001 |

Fuente: Los autores del proyecto

Los Rubros Cesantías e Intereses de cesantías, se pagarán a comienzo del año siguiente.

| | 2005 | 2006 | 2007 |
|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Salario Básico | 37.560.000 | 41.316.000 | 45.447.600 |
| Subsidio de transporte | 1.497.600 | 1.647.360 | 1.812.096 |
| Prima | 1.565.000 | 1.721.500 | 1.893.650 |
| Vacaciones | 1.565.000 | 1.721.500 | 1.893.650 |
| Caja (4%) | 1.502.400 | 1.652.640 | 1.817.904 |
| ICBF (3%) | 1.126.800 | 1.239.480 | 1.363.428 |
| SENA (2%) | 751.200 | 826.320 | 908.952 |
| Pensiones (13.5%) | 3.849.900 | 4.234.890 | 4.658.379 |
| Salud (8%) | 3.004.800 | 3.305.280 | 3.635.808 |
| ARP (100%) | 195.312 | 214.843 | 236.328 |
| Cesantías | 3.128.748 | 3.441.623 | 3.785.785 |
| Interés de cesantías | 375.450 | 412.995 | 454.295 |
| Total mano de obra | 56.122.210 | 61.734.431 | 67.907.874 |

Fuente: Los autores del proyecto

7.5. PRESUPUESTO REQUERIDO PARA EL PROYECTO.

Teniendo en cuenta que la empresa comenzará a recibir el pago de sus servicios aproximadamente a los 60 días después de ponerse en marcha, ya que se trabajará con las Eps, IPS, y empresas privadas, las cuales efectúan el pago después de radicada la respectiva factura aproximadamente a los 20 o 25 días.

De esta manera, en el presupuesto para comenzar con el proyecto, se calculan gastos de constitución y gastos de operación de 3 meses, relacionados de la siguiente manera:

| | |
|-----------------------------|------------|
| INVERSION EN ACTIVOS FIJOS. | 5'665.000 |
| GASTOS DE CONSTITUCION. | 450.000 |
| NOMINA DE 2 MESES. | 12'372.000 |
| ARRIENDOS | 1'200.000 |
| SERVICIOS PUBLICOS. | 480.000 |
| CAJA MENOR | 1'500.000 |
| TOTAL. | 21'667.000 |

Fuente: Los autores del proyecto

El monto requerido para iniciar el proyecto es de \$8'415.000 compuesto por los activos fijos, gastos de constitución, dos meses de arriendo, y el dinero disponible en caja menor. El restante del dinero se conseguirá de la siguiente manera; un crédito con entidad bancaria por valor de \$8'000.000 y el restante de \$5'252.000 será aportado por los socios a los 30 días de iniciar operaciones; de esta manera, podemos garantizar un correcto funcionamiento de la empresa durante los primeros dos meses, para luego comenzar con un buen flujo de caja para cancelar los créditos, los aportes de los socios y recuperar la inversión.

En el presupuesto de salarios, únicamente esta incluido el valor de la nómina de los empleados de base, ya que como se expreso anteriormente el personal operativo como médicos, enfermeras, paramédicos, se contratará por prestación de servicios y se remunerará por turnos o por las horas trabajadas durante el mes; de esta manera se garantiza que los costos generados por estos empleados, será directamente proporcional a los servicios prestados por la compañía.

PRONOSTICO DE VENTAS

El siguiente cuadro nos muestra la cantidad de servicios que la empresa prestara, vista desde tres escenarios diferentes, uno optimista, otro pesimista y finalmente el realista. Los servicios que se observan en el cuadro son los mas relevantes y los más importantes de la empresa, para el primer trimestre.

| | OPTIMISTA | PESIMISTA | REALISTA |
|---------------------------------|-----------|-----------|----------|
| Consultas medicas domiciliarias | 18 | 5 | 12 |
| Terapias Físicas | 12 | 3 | 7 |
| Terapias Respiratorias. | 12 | 3 | 7 |
| Pacientes Hospitalizados (mes) | 10 | 2 | 6 |

Ingresos por prestación de servicios.

| | OPTIMISTA | PESIMISTA | REALISTA |
|--|------------------|------------------|-----------------|
| Consultas medicas domiciliarias | 15'120.000 | 4'200.000 | 10'080.000 |
| Terapias Físicas | 2'880.000 | 720.000 | 1'680.000 |
| Terapias Respiratorias. | 2'880.000 | 720.000 | 1'680.000 |
| Pacientes Hospitalizados (mes) | 9'500.000 | 1'900.000 | 5'700.000 |
| TOTAL. | 30'380.000 | 7'540.000 | 19'140.000 |

Los ingresos mensuales en el escenario realista es de \$19'140.000 con los cuales se pretenden cubrir los gastos de nomina y otros gastos fijos como arriendo, servicios públicos. El saldo se destinara para pagar las cuentas de cobro de los médicos, enfermeros, terapeutas y demás personal requerido para atender los pacientes.

7.8. ESTADÍSTICAS.

Para obtener resultados confiables para la toma de decisiones, la estadística constituye un factor determinante; Los conceptos básicos manejados en la estadística son:

- Población.
- Muestra
- Parámetro
- Estadístico
- Error muestral
- Nivel de confianza
- Varianza poblacional
- Inferencia estadística

Población: No es más que aquel conjunto de individuos o elementos que le podemos observar, medir una característica o atributo.

Muestra: Es la parte de la población, objeto del estudio.

Parámetro : Son las medidas o datos que se obtienen sobre la distribución de probabilidades de la población, tales como la media, la varianza, la proporción, etc.

Estadístico. Los datos o medidas que se obtienen sobre una muestra y por lo tanto una estimación de los parámetros.

Error Muestral, de estimación o standard. Es la diferencia entre un estadístico y su parámetro correspondiente. Es una medida de la variabilidad de las

estimaciones de muestras repetidas en torno al valor de la población, da una noción clara de hasta dónde y con qué probabilidad una estimación basada en una muestra se aleja del valor que se hubiera obtenido por medio de un censo completo. Siempre se comete un error, pero la naturaleza de la investigación indicará hasta qué medida podemos cometerlo (los resultados se someten a error muestral e intervalos de confianza que varían muestra a muestra. Varía según se calcule al principio o al final. Un estadístico será más preciso en cuanto y tanto su error es más pequeño. Se puede decir que es la desviación de la distribución muestral de un estadístico y su fiabilidad.

Nivel de Confianza. Probabilidad de que la estimación efectuada se ajuste a la realidad. Cualquier información que queremos recoger está distribuida según una ley de probabilidad (Gauss o Student), así llamamos nivel de confianza a la probabilidad de que el intervalo construido en torno a un estadístico capte el verdadero valor del parámetro.

Varianza Poblacional. Cuando una población es más homogénea la varianza es menor y el número de entrevistas necesarias para construir un modelo reducido del universo, o de la población, será más pequeño. Generalmente es un valor desconocido y hay que estimarlo a partir de datos de estudios previos.

Cálculo del tamaño de la muestra de base

El tamaño adecuado de la muestra para una encuesta relativa a la población está determinado en gran medida por tres factores: 1-) prevalencia estimada de la variable considerada 2-) nivel deseado de fiabilidad; y 3-) margen de error aceptable.

Si la población es finita, es decir conocemos el total de la población y deseásemos saber cuántos del total tendremos que estudiar la respuesta sería

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

donde:

- N = Total de la población
- $Z^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

¿A cuántas personas tendría que estudiar de una población de 5'987.199²¹ que son los afiliados a las principales EPS y aseguradoras de Bogotá?

Seguridad = 95%; Precisión = 3%; proporción esperada = asumamos que puede ser próxima al 5% ; si no tuviese ninguna idea de dicha proporción utilizaríamos el valor $p = 0.5$ (50%) que maximiza el tamaño muestral.

$$n = \frac{5'987.199 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.03^2 \times (5'987.198 - 1) + 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95} = 202$$

²¹ Total de afiliados al sistema de seguridad social en Bogotá; Fuente Ministerio de protección social.

Para el estudio, se tomó una muestra de 202 personas para realizar las encuestas.

A continuación se observa el modelo de la encuesta que se realiza a la muestra seleccionada.

NOMBRE _____ ENCUESTA N° _____

EDAD _____ SEXO _____ FECHA _____

1-) ¿ ESTA USTED AFILIADO A UN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD?

A-) SI _____ B-) NO _____

2-) ¿EN QUÉ CONDICION ESTA USTED AFILIADO?

A-) COMO COTIZANTE _____ B-) COMO BENEFICIARIO _____

3-) ¿A QUÉ SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL ESTÁ AFILIADO?

A-) EPS _____ B-) SISBEN _____ C-) MEDICINA PREPAGADA _____

4-) ¿CON QUE FRECUENCIA HACE USO DE SU SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL?

A-) CADA MES _____ B-) CADA 2 MESES _____

C-) CADA TRES MESES _____

5-)¿DE CUANTO TIEMPO TIENE QUE DISPONER PARA IR AL MEDICO?

A-) 20 A 30 MIN _____ B-) 30 A 60 MIN _____

C-) 60 A 90 MIN _____ D-) MAS DE 90 MIN. _____

6-) ¿LE GUSTARIA RECIBIR ESA MISMA ATENCION EN SU CASA O SITIO DE TRABAJO?

A-) SI _____ B-)NO _____

7-) SI PARA CCEDER A ESTE SERVICIO USTED TUVIERA QUE CANCELAR UNA CUOTA MODERADORA. ¿CUÁNTO ESTARIA DISOUESTO A PAGAR?

- A-) \$5.000 _____ B-) \$10.000 a \$20.000 _____
 C-) \$20.000 a \$30.000 _____ D-) Más de \$30.000 _____

8-) CUÁL ES EL PROBLEMA MÁS FRECUENTE QUE SE PRESENTA A LA HORA DE IR AL MEDICO?

- A-) TIEMPO _____ B-) CALIDAD EN LA ATENCION _____

9-) CÓMO CALIFICA LA ATENCION EN SU SISTEMA DE SUGURIDAD?

- A-) DEFICIENTE _____
 B-) REGULAR _____
 C-) ACEPTABLE _____
 D-) BUENO _____
 E-) EXCELENTE _____

TABULACION.

Luego de realizar las encuestas, los resultados obtenidos se analizarán de acuerdo con las siguientes gráficas.

¿EN QUE CONDICION ESTA AFILIADO?

A-) Como Cotizante: 62 B-) Como Beneficiario: 140



En la pregunta anterior, se observa que el 69% de los encuestados son beneficiarios y el 31% son los cotizantes o trabajadores que están afiliados a la EPS por parte de la empresa. Según el boletín emitido por el ministerio de protección social, por cada cotizante, hay 3 beneficiarios en el sistema de seguridad social en Colombia. Si se analiza el resultado de la encuesta, se deduce que el 31% de los encuestados son personas que cumplen con un horario de trabajo en días hábiles y no cuentan con el tiempo suficiente para asistir al médico a controles o a tratar su enfermedad; no obstante, el servicio de medicina domiciliaria será prestado tanto a cotizantes como beneficiarios.

¿A qué sistema de seguridad social está afiliado?

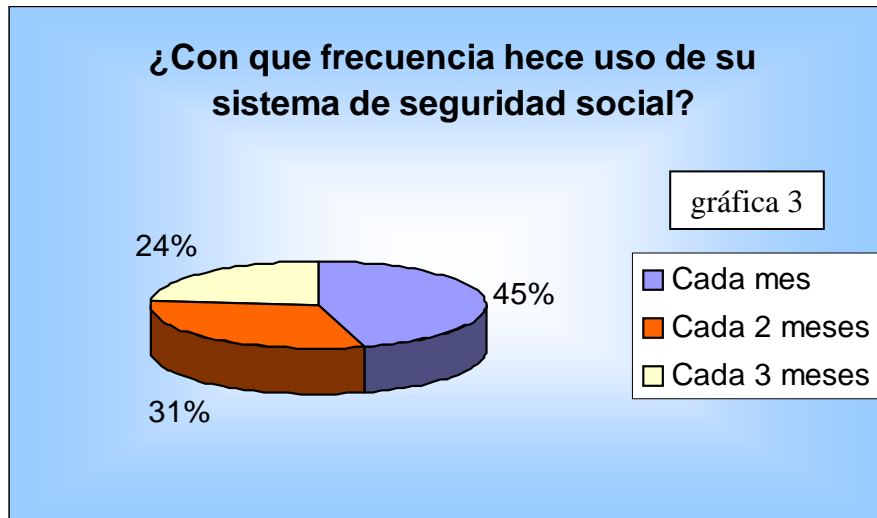
A-) EPS: 118 B-) SISBEN: 27 C-)Prepagada: 57



Se observa que más de la mitad de los encuestados están afiliados a EPS, y cerca de la tercera parte está afiliada a entidades de medicina prepagada, los cuales serán los clientes potenciales; una mínima parte (13%) está afiliado a una administradora de régimen subsidiado ARS, la cual para el proyecto, no interesa por ahora, debido al reducido número de afiliados ya su escaso presupuesto para este tipo de servicios.

¿Con qué frecuencia hace uso de su sistema de seguridad social?

A-) Cada mes: 92 B-) Cada dos meses: 62 C-) Cada tres meses: 48

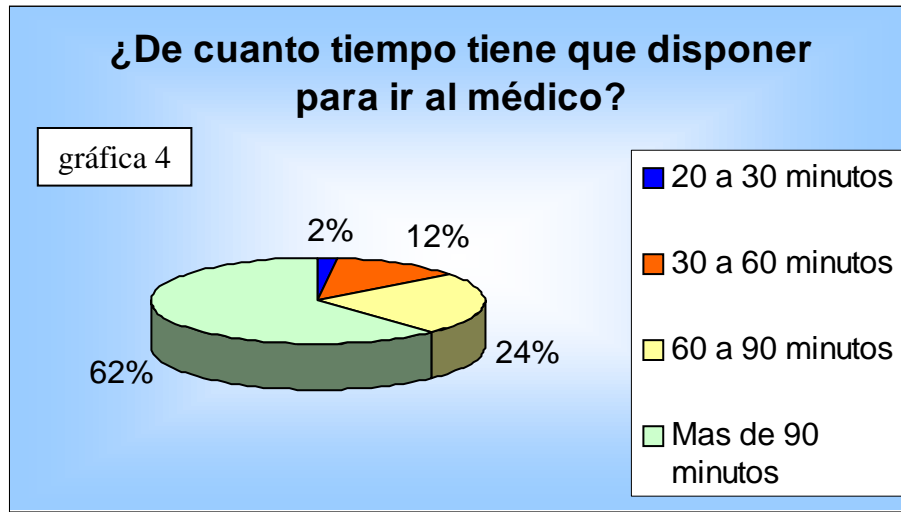


Cerca de la mitad de los encuestados, asiste al médico por lo menos una vez al mes, seguido del 31% cada dos meses y la minoría con el 24%, hace uso de los servicios de su sistema de seguridad social cada tres meses. Casi el 80% de los encuestados hace uso de su seguro médico, por lo menos una vez cada 45 días.

¿De cuanto tiempo tiene que disponer para ir al médico?

A-) De 20 a 30 min.: 4 B-) De 30 a 60 min.: 25 C-) De 60 a 90min: 48

C-) Más de 90 min.: 125



Los encuestados, dejaron en claro, que en Bogotá un paciente requiere de por lo menos una hora y media para poder asistir al médico. Según la encuesta, más del 60% de los encuestados, manifestaron que requieren de más de 90 minutos para hacer sus diligencias con su médico. Se puede analizar que el tiempo es un factor negativo para los usuarios a la hora de solicitar servicios médicos, pues cerca del 90% de los encuestados, dejaron en claro que es imposible asistir al médico si no se cuenta con una hora y media de su tiempo para tal fin.

¿Le gustaría recibir este mismo servicio en su casa o sitio de trabajo?

A-) Si: 183 B-) No: 19

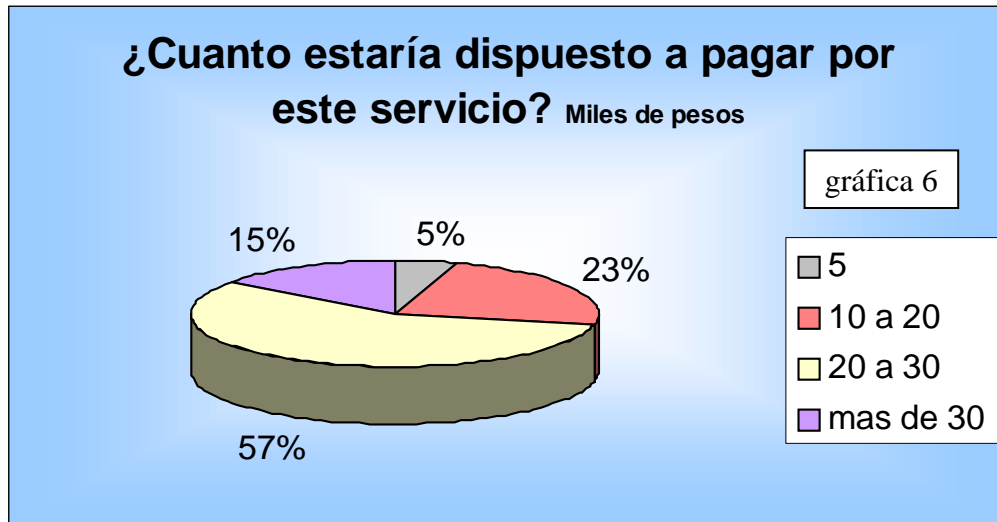


Los resultados a la pregunta son claros: más del 90% de los encuestados le gustaría recibir este servicio sin movilizarse de su sitio de trabajo o de su casa. Existen sin embargo, pacientes que prefieren el método tradicional de asistir al consultorio del médico y en la grafica 4, se observa que una misma proporción respondió que para ir al médico tan solo necesitaba una hora o menos. Sin embargo las personas que requieren de más de una hora y media, demostró claramente su deseo de recibir este servicio a domicilio.

¿Cuánto estaría dispuesto a pagar por este servicio?

A-) \$5.000: 10 B-) \$10.000 a \$20.000: 47 C-) \$20.000 a \$30.000: 115

D-) Más de \$30.000: 30

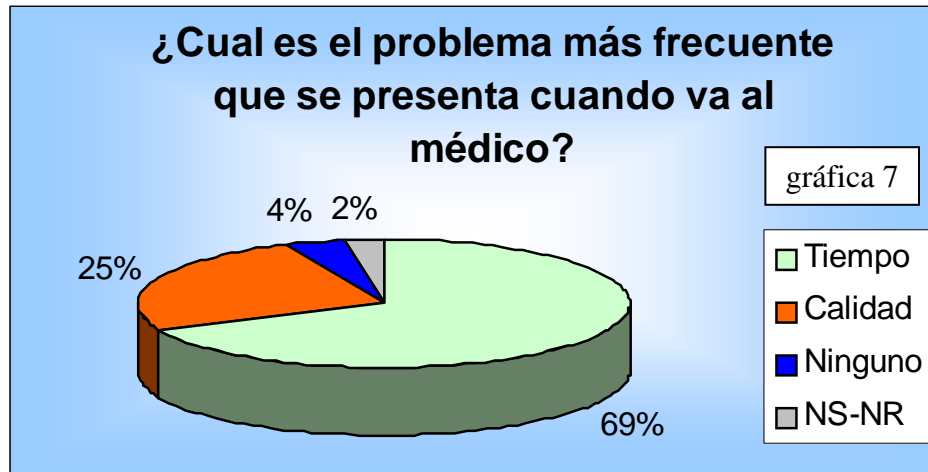


Esta pregunta y sus resultados permite ilustrar con claridad, cuanto se puede cobrar a los pacientes como cuota moderadora o copago, por los servicios principalmente de consulta médica a domicilio. A la pregunta de ¿Cuánto estaría dispuesto a pagar por el servicio? El 57% de los encuestados manifestó poder pagar de \$20.000 a \$30.000. El 15% más de \$30.000 y el 23% de \$10.000 a \$20.000. Con estos datos podemos determinar que una cuota moderadora razonable para el servicio de consulta médica a domicilio. Podría ser de \$22.000 aproximadamente. Esta cuota moderadora la cancela el paciente al momento de recibir la atención, y el excedente se le cobra a la EPS o prepagada mediante cuenta de cobro cada 15 o 30 días.

¿Cuál es el problema más frecuente que se presenta cuando va al médico?

A-) Falta de tiempo: 138 B-) Calidad en la atención: 51 C-) Ninguno: 8

D-) No sabe o No responde: 5

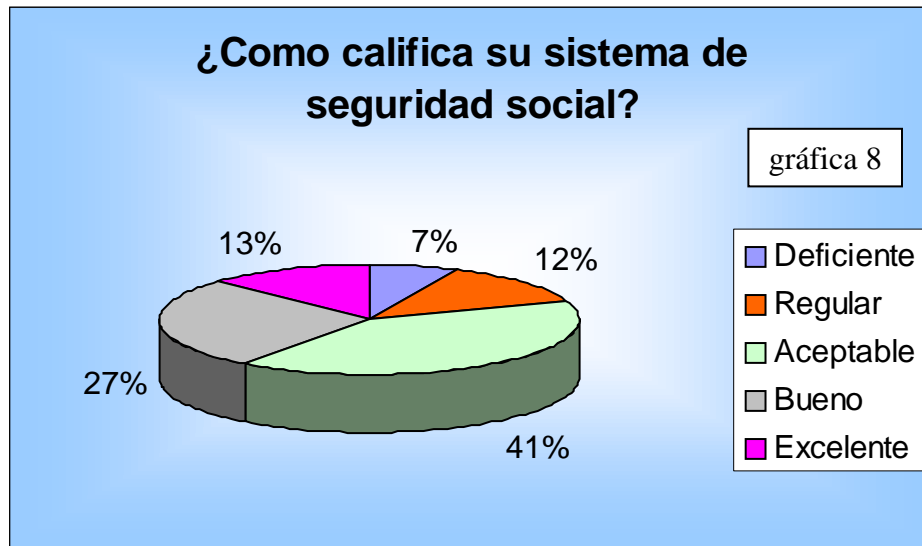


Se observa que las dos terceras partes de los encuestados, coincidió en afirmar, que el tiempo es el mayor inconveniente que se presenta cuando van al médico, seguido del 25% quienes afirman que la calidad en la atención es deficiente. De esta manera podemos ofrecer un servicio que satisfaga las necesidades de los pacientes, conjuntamente ofreciendo los servicio a domicilio que no le quitan tiempo al paciente y ofreciendo una calidad en la atención excepcional.

¿Cómo califica su sistema de seguridad social?

A: Deficiente: 14 B-)Regular: 25 C-)Aceptable: 82 D-)Bueno: 55

D-) Excelente: 26



Al analizar esta gráfica, Se puede deducir que la gran mayoría de los pacientes, consideran que su sistema de seguridad social es aceptable y pasa la prueba; Sin embargo, se observa que el 41% de los encuestados afirma que su sistema de seguridad social es apenas aceptable, comparado con un 13% que lo califica como excelente; Los servicios de Medical Express Ltda., ayudaran a que la imagen de las EPS y entidades de medicina prepagada, mejore, por ofrecer servicio de excelente calidad.

7.7. EL MODELO DE EMPRESA.

Medical express Ltda. Se instalará en la ciudad de Bogotá D.C., en donde tomará en arriendo un inmueble donde funcionaran sus oficinas y su central telefónica. Inicialmente la empresa funcionará desde las 07+00 AM hasta las 09+00 PM; durante el primer trimestre se analizará la posibilidad de extender el servicio 24 horas, de acuerdo al número de pacientes atendidos y qué cantidad de pacientes solicitan este servicio después de las 09+00 PM.

En el sitio donde funcionen las oficinas, se tomarán los servicios y se coordinarán para prestarlos de la manera más eficiente. De igual manera, en sus instalaciones estarán ubicadas las oficinas administrativas en donde los socios ejercerán su función directiva.

Luego de constituida la empresa, se presentará el portafolio de servicios a todas las EPS, IPS, entidades de medicina prepagada, empresas públicas y privadas, y demás entidades, con las cuales se puedan establecer vínculos comerciales. Luego de establecer los convenios con dichas instituciones, la empresa deberá estar en capacidad para atender el primer mes un promedio de diez (10) consultas domiciliarias al día, y manejar 7 pacientes mediante hospitalización domiciliaria.

El proceso de convocatoria a los puestos, se hará mediante un diario de circulación local, mediante el cual se soliciten las hojas de vida de médicos, auxiliares de enfermería, enfermeros jefes, fisioterapeutas y radio operadores, con experiencia en manejo de pacientes crónicos. Después de realizadas las entrevistas y la selección de personal, se comienza a estructurar la base de datos del personal de la empresa, para contar con ellos inmediatamente después de que alguna entidad nos solicite los servicios ofrecidos.

Para el manejo de pacientes hospitalizados en su domicilio, la junta médica conformada por el Director Científico, su asistente y los dos socios de la compañía analizarán el factor riesgo-beneficio de manejar este paciente en su domicilio, y a continuación se harán todos los requerimientos técnicos y de personal para el correcto manejo del paciente. Cuando se efectúe el cronograma de actividades para el paciente, se remitirán a la base de datos de los aspirantes analizados anteriormente para hacer la contratación por prestación de servicios.

De igual manera, para los requerimientos técnicos y la infraestructura para atender los pacientes, se establecerán convenios con empresas como Ingemedical, dedicada a la venta y alquiler de equipos terapéuticos, oxígeno, muebles hospitalarios, incubadoras, etc. Para contar con una disponibilidad inmediata y así poder garantizar el servicio en un tiempo no mayor a 12 horas después de solicitado el manejo domiciliario.

Como es deber y obligación de Medical Express Ltda., cada paciente atendido tendrá su historia clínica, en la cual se radicará copia adjunta a la factura y cuenta de cobro a las entidades con las cuales tenemos vínculos comerciales y las que nos han solicitado el servicio. Generalmente el pago se efectúa de 20 a 30 días después de radicada la factura y cuenta de cobro; aunque de acuerdo con las condiciones comerciales acordadas por las partes este tiempo puede aumentar o disminuir si es el caso, ofreciendo un descuento por pronto pago del 5%, 7% o 10%.

Con esta modalidad de contratación, Medical Express pretende contratar el personal únicamente cuando lo requiera. Es decir, cuando una entidad nos solicite los servicios. El personal de nómina es el único que trabaja todos los días en la empresa. De lunes a viernes de 7:00 AM a 5:00PM. El turno de radio operador se dividirá en dos jornadas de 7:00 AM a 2:00PM, y de 2:00PM a 9:00PM.

El sabado se trabajara la parte administrativa de 8 am a 1 pm y el radio operador laborara hasta las 9 am, Los Domingos y festivos, solamente trabaja el radio operador de 8 am a 8 pm.

El medio de contratación de los medicos domiciliarios es muy variado; debido a la forma de trabajar de todos los medicos en Bogota, es decir por turnos, solo cuentan con tiempos libres partidos en la semana de 6 u 8 horas, y esporádicamente algunos dias descansan 12 o 24 horas. De acuerdo con ello, se programara una planilla de turnos en donde se especifique cuales medicos estan de turno, cuales estan disponibles y en dado caso cual estara de base. Todo esto, analizando los factores mencionados como disponibilidad, tiempo libre y pico y placa para poder movilizarse.

CONCLUSIONES.

- La atención domiciliaria es una modalidad de prestación de servicio que ha tenido gran aceptación en el mundo de la medicina y a tomado auge en los últimos 10 años.
- En los casos analizados, la atención domiciliaria ha representado una disminución significativa de los costos para los hospitales en la medida en que reduce el riesgo de contagio producidos por agentes patógenos.
- El proyecto de atención domiciliaria en Bogotá es viable, teniendo en cuenta que actualmente no existen empresas dedicadas a la prestación de este tipo de servicios, y además enfatizando que la población demanda este tipo de medicina.
- De acuerdo con la experiencia internacional, concluimos que no existe mejor ambiente de recuperación para una persona enferma, que su propio hogar.
- El envejecimiento progresivo de la población, hace que cada día aumente el número de personas que demandan los servicios de salud en Colombia.
- Existe un riesgo alto de contagio por agente patógenos en los hospitales, siendo causantes de costos adicionales; principalmente por el manejo obligado de antibióticos de alto costo en estos casos.

BIBLIOGRAFIA

- OCEANO MOSBY, Diccionario de medicina 1999
- SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD,
- INTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Normas colombianas para la presentación de trabajos de investigación, quinta actualización. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2003. 126p.
- KOONTZ, HAROLD. Curso de administración moderna. Mexico: Mc graw hill, 1970. 367p.
- REYES 11, AGUSTIN. ADMINISTRACION MODERNA. Mexico: Limusa sa, 1997. 477p.
- ----- ADMINISTRACION DE EMPRESAS TEORIA Y PRACTICA. Mexico: limusa sa, 1999. 254p
- UNIVERSIDAD DE LA SALLE. Marco doctrinal. Bogota: Editorial la salle.
- VARELA V RODRIGO. Innovacion Empresarial. Arte y ciencia en la creación de empresas. Segunda edición. Bogotá D.C.: Pearosn Educación de Colombia Ltda. 2001. 400p.
- MEYER DONNA. Client Teaching Guides for home health care. USA: AN ASPEN publication, 2004. 122p
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Estudio de la salud en América Latina y el caribe. México. Bernan Press. 122p.
- RICCI TERESA. Historia de la enfermería. Argentina: El ateneo, 2004. 287p

ANEXO 1.

ANTECEDENTES EN ESPAÑA.

Fuente: Corporació Sanitària Parc Taulí. Servicio: Atención Integral Domiciliaria.

Revista: Enfermería Clínica (Valencia, España)

"La atención domiciliaria debe estar en manos de profesionales con la misma formación científica que cualquier médico que lleve una planta de hospital".

En España, una de las primeras experiencias en HD fue en el hospital Santa Cruz y San Pablo, en Barcelona. La experiencia del hospital de Bellvitge, que desde 1994 desarrolla un proyecto de HD para pacientes con oxigenoterapia domiciliaria, pone de manifiesto una reducción del número de visitas a urgencias en los pacientes con control domiciliario, con resultados económicos favorables, en el sentido de dinero ahorrado por estancias. Por último, citaremos que en el Hospital de la Paz se ha realizado un estudio prospectivo, randomizado de pacientes con enfermedad obstructiva crónica reagudizada con buenos resultados, pendiente por ahora de publicación.

CASO 1

PREGUNTA CLÍNICA

¿La hospitalización domiciliaria mejora la efectividad de la hospitalización habitual?

ANTECEDENTES

Los ensayos clínicos publicados respecto a la evaluación de la efectividad eficiencia de la hospitalización a domicilio son pocos y los resultados de los mismos son contradictorios. En 1997 se publicó una revisión sistemática de solo cinco ensayos clínicos de los que difícilmente se podían extraer conclusiones debido al pequeño número de pacientes estudiados. Desde entonces se han realizado nuevos estudios que han animado el debate.

POBLACIÓN ESTUDIADA Y ÁMBITO DEL ESTUDIO

199 pacientes que desde Noviembre de 1995 a Mayo de 1997 remitidos para su hospitalización domiciliaria y que presentaban enfermedades agudas.

Participaron tres hospitales de Leicester y los equipos de hospitalización domiciliaria.

DISEÑO DEL ESTUDIO Y VALIDEZ

Ensayo clínico aleatorio en el que el paciente era remitido por el médico de atención primaria, se valoraba su situación por los equipos de hospitalización domiciliaria y si estos consideraban que el paciente podía ser tratado en su casa, se procedía a la asignación aleatoria. Al grupo hospitalario fueron asignados 97 pacientes y 102 al grupo de tratamiento domiciliario. Seis pacientes del grupo de hospitalización domiciliaria rechazaron participar en el estudio y 23 de los 97 del grupo hospitalario.

EFFECTOS MÁS IMPORTANTES MEDIDOS

Mortalidad y cambios en el estado de salud (Índice de Barthel, Sickness Impact Profile 68, EuroQol, Philadelphia Geriatric Morale Scale). Estos test se realizaron al inicio del estudio, a las dos semanas y a los tres meses de la asignación aleatoria.

Como medidas de proceso se valoraron los servicios prestados, análisis de las derivaciones, duración de la estancia y días totales cuidados necesitados.

RESULTADOS PRINCIPALES

El grupo de hospitalización domiciliaria y de grupo de atención hospitalaria no presentaron diferencias significativas en el estado de salud (puntuación media de 29 y 30 a las 2 semanas y de 24 y 26 a los 3 meses respectivamente en el

perfil de impacto de la enfermedad o Sickness Impact profile. Tampoco se observaron diferencias en los índices de dependencia (I. de Barthel 15 y 14 a las 2 semanas respectivamente y de 16 en ambos grupos a los 3 meses). A los 3 meses de seguimiento 26 (25%) de los pacientes hospitalizados a domicilio murieron comparado con 30 (31%) del grupo hospitalario (riesgo relativo 0,82 con IC 95% de 0,52-1,28).

El grupo de hospitalización domiciliaria requirió menos días de que el grupo hospitalario, su estancia inicial media fue de 8 días frente 14,5 días del grupo hospitalario ($p=0,026$); el total de días de cuidado durante los 3 meses fue de 9 días frente a 16 días ($p=0,031$)

RECOMENDACIONES EN LA PRÁCTICA

Conclusión

La hospitalización domiciliaria es igual de efectiva que la hospitalización habitual si los pacientes presentan el mismo tipo de problemas de salud. La hospitalización domiciliaria tiene una estancia media más corta no aumentando las readmisiones.

Comentario

Los resultados de este artículo vienen a corroborar lo que ya ha publicado en otras revisiones que revisan la eficacia y los costes de hospitalización domiciliaria y el ingreso hospitalario habitual. La conclusión de que los métodos son eficaces, ha sido publicada en otros estudios de autores anglosajones. Sin embargo, respecto a la aplicación práctica de las conclusiones de este trabajo en nuestro medio es preciso realizar las siguientes

Consideraciones:

En primer lugar, los médicos de atención primaria ingleses son agentes de sus pacientes y por tanto son ellos los que deciden la derivación o no al hospital para ingreso hospitalario, cosa que no ocurre en nuestro país.

En segundo lugar, la atención domiciliaria, distinta al concepto de hospitalización a domicilio, está organizada con más recursos (enfermería domiciliaria). Estas condiciones hacen que si bien los resultados del estudio sirvan para apoyar que es más eficiente para el sistema sanitario este tipo de organización de la atención primaria no podamos decir lo mismo de la aplicabilidad del estudio en nuestro medio. Respecto a la metodología, conviene señalar el elevado número de personas que rechazaron participar en el estudio. Es posible que ello fuera debido, precisamente, al hecho de que no era el médico de atención primaria el que participaba en la decisión y por tanto los pacientes no quisieran participar en el mismo si no era “su” médico el que les orientaba en la decisión del ingreso.

Así pues como conclusión, es preciso comentar, que faltan en la literatura estudios con una casuística más amplia en cuanto al número de pacientes y duración del estudio.

CASO 2

HOSPITAL DE CRUCES. BARACALDO. VIZCAYA

INTRODUCCIÓN:

Se plantea al Servicio de Hospitalización a Domicilio, la necesidad, de realizar Educación Sanitaria en una paciente, con tratamiento I.V. (Intra Venoso) de Epoprostenol durante tiempo indefinido, por medio de la Bomba CADD 1,.

OBJETIVOS:

Enseñar autocuidados, manejo del reservorio y de la bomba de infusión ambulatoria a la paciente y a sus cuidadores informales, posibilitando el alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se elaboro un plan de cuidados basándose en sus necesidades y un procedimiento de preparación de la medicación, administración a través de reservorio, manejo y cuidados de la vía y manejo de la bomba de infusión. La

realización de los procedimientos fue de forma gradual y progresiva, se suministro por escrito y hubo en todo momento una supervisión y una evaluación por parte del equipo de enfermería.

RESULTADOS:

Preciso 1 visita diaria de enfermería durante 9 días. Durante 1 semana se alternaron visita diaria de enfermería y llamada telefónica y sé continuo con visitas de enfermería cada 48 horas. El último mes se realizaba 1 visita semanal de enfermería, para evaluar el procedimiento que realizaban en su totalidad el paciente y la familia.

Durante el 1º, mes se habían cumplido los objetivos de enseñanza de todos los Procedimientos.

CONCLUSIONES:

El paciente y la familia aplicaban los procedimientos sin dificultad, siendo capaces de detectar las posibles complicaciones de la vía o de la bomba de infusión continua, así como de preparar la medicación e infundirla.

La Hospitalización a Domicilio por medio de la Educación Sanitaria, tutela la integración del paciente en su medio, fomentando el autocuidado, aumentando sus conocimientos, apoyándole y resolviendo los problemas que surgen, para poder llevar una vida prácticamente normal fuera del ámbito hospitalario.

CASO 3

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE. VALENCIA.

INTRODUCCIÓN:

La hipertensión arterial (a partir de ahora HTA) es una de las enfermedades mas prevalentes en nuestra Unidad. La educación sanitaria a la familia, el enfermo y al cuidador principal se limita en la mayoría de los casos a la restricción de sodio.

OBJETIVOS:

Con la intención de minimizar la variabilidad en la educación sanitaria que ofrece enfermería a los enfermos hipertensos, a su familia y a su entorno mas próximo se repasan las fuentes de máxima evidencia disponible (Guía Clínica del manejo de la Hipertensión arterial editada cada dos años y que se considera referente, así como las opiniones del Comité de expertos de la OMS), asumiendo sus recomendaciones y ajustándolas al modo de funcionamiento interno de nuestra Unidad.

DISEÑO: REVISIÓN:

Se elabora un protocolo con los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES:

Los resultados del cambio del estilo de vida se asocian según los diferentes estudios con disminución de la hipertensión que van desde un 20 hasta un 54 %, siendo de un 51 % en el caso concreto de la pérdida de peso. La restricción de sodio se asocia a una disminución del 24%. Los cambios en el estilo de vida pueden obviar el tratamiento farmacológico en la mitad de los hipertensos y ayudan a controlar mejor la hipertensión en los tratados con fármacos.

CASO 4**UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO.****HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. VALENCIA.****INTRODUCCIÓN:**

Las manifestaciones clínicas y circunstancias sociales asociadas a la infección por el VIH son muy heterogéneas, y algunas de ellas podrían condicionar fuertemente la evolución del paciente seropositivo atendido en Hospitalización a Domicilio.

OBJETIVOS:

Analizar la evolución clínica de un grupo de pacientes VIH en Hospitalización a Domicilio, así como los factores que pudieran haberla influenciado, especialmente patologías asociadas, situación funcional y social, para identificar subgrupos de pacientes más vulnerables.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas y valoraciones sociales realizadas en 51 episodios ocurridos entre 1996-2000 correspondientes a 19 pacientes atendidos en la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Clínico de Valencia, pertenecientes al área de salud 04 de nuestra Comunidad. Se analizaron las patologías que motivaron el episodio, el estadio de su infección VIH, su situación funcional, los condicionantes sociales, la evolución y situación al alta, así como, en su caso, el motivo del reingreso en el Hospital.

RESULTADOS:

De los 51 episodios realizados, 34 finalizaron con alta por curación o mejoría, 9 con reingreso en Hospital de Agudos, 4 en Hospital de Media-Larga Estancia, 3 en éxitus, 1 en fuga. Un 79% de los paciente poseían CD4 menores de 200/mm³, y un 58% estadio C3 (SIDA). Los diagnósticos más frecuentemente asociados al VIH/SIDA fueron cirrosis hepática VHC+, toxoplasmosis cerebral, e infecciones de partes blandas, entre otros. La encefalopatía hepática en pacientes con cirrosis hepática fue la causa más frecuente de reingreso en Hospital de Agudos (45% de los reingresos), seguidas del síndrome febril.

Para la encefalopatía hepática, la dificultad en el control de síntomas y la claudicación familiar fueron las causas más frecuentes de reingreso, mientras que para el síndrome febril lo fue la necesidad de pruebas diagnósticas complejas. La afectación neurológica severa secundaria a infecciones oportunistas fue la causa más frecuente (50%) de ingreso en Hospital de Media-Larga Estancia. Los pacientes quirúrgicos con infecciones de partes blandas y sin manifestaciones de SIDA obtuvieron mejoría y continuaron sus cuidados por A. Primaria en su totalidad. La presencia de SIDA (estadio C3), al

igual que un Barthel indicando severo deterioro, no constituye por sí solos un factor que dificultara el control domiciliario (70% de las altas por curación o mejoría) pero hacían al paciente más dependiente y vulnerable. Los problemas sociales y la falta de apoyo en el domicilio se encontraron de una manera muy significativa en el 70% de los episodios que concluyeron con la institucionalización del enfermo. Sólo 3 episodios (6%) de los episodios concluyeron en éxitos en el domicilio, todos ellos en situación terminal por afectación irreversible de SNC o cáncer.

CONCLUSIONES:

La mayor parte de las patologías relacionadas con el VIH pueden ser atendidas con éxito en Hospitalización a Domicilio. Sin embargo, cirrosis hepática con episodios de encefalopatía, escaso apoyo social, y en menor medida, afectación neurológica estructural severa son los factores que más predisponen a la institucionalización del paciente.

CASO 5

FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE RECURSOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

UHD HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE.VALENCIA

OBJETIVOS:

- 1) Describir el perfil de pacientes atendidos en una UHD, y los resultados de la atención prestada
- 2) Identificar factores asociados a la utilización de recursos.
- 3) Construir modelos explicativos sobre los indicadores de utilización.

MATERIAL Y MÉTODO:

Cohorte retrospectiva compuesta por todos los pacientes dados de alta en la UHD del Hospital Universitario La Fe de Valencia bajo esquema asistencial de

descarga rápida de pacientes (Acute Care) desde el 01/01/1997 a 31/12/1997.
Instrumentalización: Estadística descriptiva, bivalente y multivalente.

Medida de resultados:

- 1) Duración de la estancia en HaD (Em).
- 2) Tasa de intervención general y específica de cada estamento
- 3) Consumo total de visitas por episodio atendido (V/P).

RESULTADOS:

La Em en la UHD fue de 11,0 días (IC95% 10,6-11,5), la frecuentación de visitas diaria por parte del equipo fue de 1,25 (IC95% 1,21-1,30), del médico 0,29 (IC95% 0,27-0,30), de la enfermera 0,88 (IC95% 0,84-0,91), el índice V/P fue de 12,6 (IC95% 12,10-13,10). El análisis bivalente y multivalente realizado mostraron como la pluripatología, la comorbilidad, el vivir sólo, la mayor duración de la estancia hospitalaria previa, la pérdida de autonomía para las ABVD y los diagnósticos que implicaron mayor carga de enfermedad se asociaron a mayor consumo de recursos (aunque no siempre con el mismo indicador). Las variables de tratamientos se asociaron en general al consumo de visitas, aunque esto era esperable ya que buena parte de ellas implican, en sí, una visita de algún profesional del equipo.

CONCLUSIONES:

Los resultados del estudio muestran que, tal como se había hipotetizado y en términos generales, la utilización de recursos en HaD se asoció a las características del paciente y del episodio que indicaban mayor gravedad. No obstante, los modelos realizados mostraron una baja capacidad para explicar el consumo de recursos, las explicaciones posibles incluyen tanto la posibilidad de que -dado el carácter retrospectivo del estudio- no se haya dispuesto de información sobre variables relevantes, como a la posibilidad de que la UHD estudiada utilice pautas muy protocolizadas de atención que no se relacionen con la gravedad de los pacientes y mientras no se trate de una situación excepcional.

CASO ESPECIFICO EN ESPAÑA: CLÍNICA INDISA

“Mejórese en su propio ambiente” es la propuesta que Clínica Indisa a hace sus pacientes.

Atención médica y Paramédica domiciliaria

Ponemos a su disposición los servicios de atención médica y paramédica domiciliaria. Estos permiten al paciente recuperarse con todas las comodidades, calidez y confort de su propio hogar, además de la tranquilidad de contar con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud que le brindarán todos los cuidados médicos necesarios para una pronta y exitosa recuperación.

Indisa Hogar en su casa, significa para usted y familia:

- ✓ Bajar el costo de la hospitalización.
- ✓ Una mejor recuperación al estar cerca de su familia y
- ✓ en la comodidad de su casa.
- ✓ Indisa Hogar le entrega:
- ✓ Atención permanente las 24 horas del día y los 365 días del año.
- ✓ Personal cálido y altamente calificado.
- ✓ Equipamiento con tecnología de vanguardia.

Entre sus principales servicios están:

- ✓ Hospitalización domiciliaria.
- ✓ Procedimientos de enfermería.
- ✓ Terapias especiales: quimioterapia, nutrición enteral y parenteral.
- ✓ Servicio de laboratorio clínico, kinesiología, nutrición.
- ✓ Banco de sangre, farmacia, entre otros.
- ✓ Arriendo de equipos clínicos.
- ✓ Venta de insumos y medicamento

QUÉ ES LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y LA INTRODUCCIÓN A SU GESTIÓN.

¿Qué es la Hospitalización Domiciliaria? (HD), (Hospital Home Care). Tener el hospital en la propia casa.

Se crea para ayudar a resolver problemas como:

- ✓ El progresivo envejecimiento poblacional y el aumento de los años de vida ha creado incremento de la demanda sanitaria.
- ✓ Congestión hospitalaria.
- ✓ Aumento de los costes sanitarios.
- ✓ Necesidades sanitarias cambiantes. (Avances científicos).

Es una forma de asistencia sanitaria que tiene como fin acortar, o en su caso evitar, la estancia de un paciente en el hospital, proporcionándole una asistencia de rango hospitalario en su propio domicilio por un equipo cualificado o Servicio de Hospitalización Domiciliaria.

La asistencia en casa, se confirma como seria alternativa al ingreso hospitalario. Como es conocido por todos, los hospitales son centros sanitarios que debido a sus instalaciones y equipamiento están destinados a resolver problemas urgentes y/o de carácter agudo tanto médico como quirúrgico. Hay veces que los enfermos ingresados en el hospital no se ajustan a este patrón de enfermo agudo, siendo ésta la carencia de un centro Socio-Sanitario.

La HD ha pasado de ser un experimento, a confirmarse como alternativa al ingreso hospitalario convencional, como ha ocurrido ya en Gran Bretaña, Francia (en 1985 había 32 UHD's, llevando más de 40 años de actividad), Alemania, Dinamarca, Bélgica, Estados Unidos, y ahora en España, tal y como afirma Rosa Ramón, directora médica de la ciudad sanitaria de Bellvitge. Y también lo acreditan los datos aportados en la reunión de Barcelona, sobre la HD, ya que todos coinciden y vienen a afirmar la

satisfacción de los pacientes y el ahorro que supone dicho ingreso para el hospital. Se destaca, por ejemplo, que en Bélgica, la HD está a disposición del 20% de los ancianos. En Alemania el pago es en efectivo a los asegurados que dispongan de este servicio.

DEFINICIÓN

Hay diferentes tipos de hospitalización domiciliaria, ya que hay diferentes definiciones para la misma, no existe una definición comúnmente aceptada.

Definición Francesa:

“La Hospitalización a Domicilio es una alternativa asistencial del Área de Salud, que consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados Médicos y de Enfermería, de rango Hospitalario, (tanto en calidad como en cantidad), a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja”.

Definición Española:

“Definimos como Hospitalización a Domicilio, a aquella actividad asistencial llevada a cabo con recursos, humanos y materiales, similares a los hospitalarios realizada en el propio domicilio del paciente”.

Otras definiciones:

“El conjunto de cuidados dispensados en el domicilio del paciente en número e intensidad comparables a los que hubieran sido proporcionados en el marco de la hospitalización tradicional.”

“Asistencia especializada en el domicilio del paciente cuyo fin es preservar la independencia.”

También debe estar dotado de personal que trabaje en hospital convencional y que conozca todos los mecanismos del mismo, para ofrecerle así los mismos cuidados y oportunidades que el resto de pacientes ingresados en el hospital, siendo ésta una de las características y diferencias entre la Hospitalización a Domicilio y la Atención Domiciliaria, debiéndose considerar como un servicio más de la hospitalización.

TIPOS DE PACIENTES

Geriátricos, Cuidados Paliativos pediátricos, Infeccionados VIH, Nutrición artificial, C.M.A., Programas de parto Eutócico. Son susceptibles de UHD aquellos pacientes cuyo estado no justifica la estancia en el hospital, pero que necesitan una vigilancia activa con intervenciones frecuentes de personal facultativo y sobre todo de enfermería especializado. Se le proporciona al paciente todos los cuidados, tratamiento, pruebas analíticas, ECG, citaciones, RX, etc., como si estuviese ingresado en el hospital. Si surgiese alguna complicación o empeoramiento no controlable en la situación del paciente, volvería al centro hospitalario.

Ya que se trata de la pronta reintegración del paciente a su entorno familiar, evitar desplazamientos familiares, dar tranquilidad y apoyo más personalizado y en el “lugar más terapéutico”, junto con una adecuada utilización de los recursos del hospital, para mejorar la calidad asistencial, reducir costes, incrementar la capacidad productiva, eficacia, y efectividad del hospital, evitando infecciones nosocomiales y aumentando la satisfacción paciente/familiar.

El Objetivo de la Hospitalización Domiciliaria es el entorno de la asistencia especializada y debido a que el objetivo de la sanidad es el paciente, hay que ofrecerle asistencia sanitaria de alta Calidad, junto con la Eficacia, Efectividad y Eficiencia de la asistencia hospitalaria, para obtener la satisfacción del paciente-cliente en su domicilio y/o entorno familiar, ya que el paciente estará contento si se siente seguro, protegido, y por tanto hay que informarle y tranquilizarle. En ese sentido, contamos con el Artº 40 de la Ley de Sanidad,

desarrollando programas de salud, y con nuestra constitución, así como asumir el programa de Sanidad y Consumo del 4 de Abril de 1.999 como planteamiento para su desarrollo y filosofía de actuación.

Hay que introducir la Gestión clínica en las área de la salud, siendo sus principales objetivos:

- ✓ Incrementar la Eficiencia y la Calidad de las prestaciones sanitarias dispensadas por las unidades asistenciales.
- ✓ Implicar a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos de la unidad asistencial que en la que se integren.
- ✓ Impulsar una nueva forma de trabajo enfocada hacia la gestión de los procesos, la autoevaluación y la mejora continua de los mismos.
- ✓ Potenciación de actividades que mejoren los resultados: Niveles de Salud, Eficiencia Clínica, uso de tecnologías, utilización de recursos humanos.
- ✓ Descentralizar la organización y el funcionamiento operativo de as unidades clínicas.
- ✓ Basar el núcleo del modelo organizativo en el flujo de información.
- ✓ Asumir, por parte del responsable clínico, de la gestión de todo el personal de su unidad.
- ✓ Enfocar la gestión económica del centro a la producción y línea de producto.

La HD se crea también con la finalidad de optimizar los recursos del hospital, y sincronizar con las distintas especialidades para tener más eficacia en los resultados, teniendo fundamentalmente dos OBJETIVOS:

Objetivo General:

Mejorar la calidad humana de la asistencia especializada.

Objetivos Específicos:

Estimular el bienestar de los pacientes de la Asistencia Especializada en su entorno familiar, evitando así el estrés de la estructura rígida del Hospital, recordemos, que no sólo para él, sino para todo su componente familiar. También fomentando la educación sanitaria del paciente y su autocuidado y del conjunto familiar, ya que el trato es más personalizado y directo.

OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS

Favorecer la comunicación entre los distintos niveles de atención sanitaria, al no estar fuertemente delimitados.

Respecto a la estancia media de los pacientes en la HD, se ven distintos criterios, según sus necesidades, ya que hay UHD que estiman la estancia media, como objetivo, 20 días, y otras que se marcan, los mismos días de media que su equivalente en el Hospital, con algún día de flexibilidad.

Beneficios para el paciente:

- ✓ Dar atención y calidad sanitaria igual al hospital, en el “lugar más terapéutico”.
- ✓ Obtener, lo antes posible el mayor grado de autonomía por parte del paciente, eliminando la dependencia hospitalaria.
- ✓ Eliminar riesgo nosocomial.
- ✓ Fomentar la Autonomía y la Independencia del paciente.
- ✓ Autoresponsabilización en el proceso de recuperación del paciente.
- ✓ Aumentar su comodidad y bienestar. (Entorno familiar y hogar).
- ✓ Acelerar la recuperación funcional.
- ✓ Mejorar la relación sanitario-paciente-familia
- ✓ Conservar la intimidad.
- ✓ Conseguir Educación Sanitaria.

Beneficios para los hospitales:

- ✓ Movilización de camas (liberar camas hospitalarias).

- ✓ Acortar la estancia media de los pacientes.
- ✓ Aumentar la Calidad Asistencial.
- ✓ Menor incidencia de infección nosocomial.
- ✓ Racionalizar los recursos.
- ✓ Mejorar la Eficiencia del hospital
- ✓ Disminuir la estancia media (EM) del Hospital
- ✓ Disminución de costos (costo por proceso más barato).
- ✓ Puente entre HOSPITAL/Equipo de Atención Primaria.

ANEXO 2

ANTECEDENTES EN ARGENTINA.

Fuente: Sociedad Iberoamericana de Información Científica Buenos Aires, Argentina
Boletín informativo N°18 de Asistencia en casa

Postulados

Internación domiciliaria: ¿porqué, cuando, como?

La internación domiciliaria de pacientes crónicos, geróntes, terminales, etc. supone un cambio importante no tan solo en el esquema sanitario sino en el concepto mismo de hospitalización. La aceptación de estos postulados nuevos tanto para los sanitarios como para los usuarios y sus familias requerirá de información minuciosa en el momento adecuado, sobre el funcionamiento de los sistemas de internación domiciliaria (SID).

Es importante establecer una metodología de trabajo y crear protocolos de actuación; es de crucial relevancia determinar el momento idóneo para incluir a un paciente bajo internación domiciliaria, ni muy temprano con un paciente en fase demasiado aguda, durante la cual necesita ser vigilado más de cerca y podría presentar complicaciones importantes en su domicilio, ni muy tarde, es decir cuando el enfermo ya puede ser controlado por su médico de cabecera.

Es difícil a veces encontrar aceptación debido a los ataques a estos criterios de reciente instalación en nuestro país aunque ya distan mas de 30 años desde su creación, aplicación y éxitos comprobados, es que se piensa que los SID son una competencia para los centros de internación y de la hospitalización misma y nada es mas lejano que esta posición y lo veremos más adelante; de todos modos nuestro mayor temor no es la reticencia, la oposición o el escepticismo, sino la falta de interés, la falta de visión, el estancamiento en sistemas que tarde o temprano quedan retrasados.

Son justamente los centros de internación convencionales tanto públicos como privados actuales los que deberán en forma inmediata absorber e implementar

esta metodología y sistemas complementarios llamados SID y no son estos sistemas los que imponen su inclusión social, sanitaria o técnica ya que no nacen como producto de mercado sino de un estudio sanitario, en definitiva es muy simple llegar a la conclusión lógica que si es un sistema que tiene tanto tiempo implementándose en Europa es cuestión de tiempo para su traslado al continente y no como plan piloto y eventual sino como parte de la política de estado adosada a un necesario cambio en el plan de salud.

La apuesta inmediata casi obligada, consiente de los internistas es lo que los marcará como pioneros o meros imitadores, son las entidades de cobertura social las que deben dar el visto bueno y servir y dejar de impedir de forma secundaria la aplicación de una internación domiciliaria, pues ¿de que sirve contar con un equipo interdisciplinario sin cobertura de medicamento, estudios complementarios, honorarios, etc.? Debe erradicarse el pensamiento de que la mayor comodidad que ofrece una internación domiciliaria es equivalente a mayor lujo y esto a mayor gasto, sino todo lo contrario y para ello debe actualizarse en las distintas publicaciones e informes de estudios sobre los logros de la internación domiciliaria, teniendo en cuenta condicionamientos o variables del tipo económico (relación costo-eficiencia) social (preocupación por la satisfacción de los usuarios) técnicos (disminución de la estancias medias como indicador de calidad; descentralización de la tecnología y aparición de nuevos sistemas información y comunicación) culturales (educación en cuidados domiciliarios a la familiares; la muerte como proceso natural y no como fracaso del sistema sanitario)

Tiempo atrás la temática de algunas obras sociales que impedían el sistema de internación domiciliaria era que el paciente que deseaba la inclusión en el sistema debía afrontar los costos, o bien que al estar o provenir de una unidad de internación convencional no tenía esta cobertura, en efecto esta postura firme no hacía deponer las actitudes sobre la necesidad de internación sino que se encarrilan hacia una mas prolongada y mas costosa internación y con satisfacción limitada.

La enfermería dentro de la hospitalización domiciliaria

La internación domiciliaria abre un horizonte de muchas esperanzas hacia nuevos y distintos campos en los cuales la enfermería toma un rol representativo y principal y debe ser la primera en tomar la posta de la capacitación y actualización que esta actividad requiere y para eso nosotros, los enfermeros, debemos darle base firme y dejar de darle ese sentido de inestabilidad, debemos decirle sí a la transformación de las flechas que indican la dirección del servicio y que como parte fundamental del SID sepamos dar respuestas ágiles y permanentes, sobre todo abandonar el viejo formato de inyectable de algunos servicios en donde se han encasillado cómodamente (y dejar de actuar como tal) haciendo tambalear la decisión de los internistas consientes de las ventajas del domicilio como lugar idóneo para tratamientos médicos pero que carecen de opciones serias para llevarlas a cabo.

Abandonar las características de inestabilidad implica también apoderarse de la ciencia y la técnica necesarias para convertir desde sus inicios en una actividad efectiva mas que competitiva, sin olvidar las bases humanísticas de nuestra naturaleza enfermera, más sobre las mismas, debemos darle un toque de dinamismo, creatividad y eficiencia, y aplicarlos al paciente en el domicilio.

Con las unidades de hospitalización domiciliaria (UHD), servicios de internación domiciliaria (SID), nace un nuevo papel de la enfermería experta en cuidados domiciliarios complejos, con una marcada formación y dominio clínico que visita a los enfermos en sus casas. Se han protocolizado las visitas de enfermería así como las visitas conjuntas con el médico especialista, con el fin de que el enfermo esté lo suficientemente controlado y cuidado en su propio entorno, con la misma intensidad y calidad que en el hospital, para mejorar su calidad de vida y la de sus cuidadores. Programa de cuidados domiciliarios

ASDOM. Empresa Argentina especializada en la prestación de este tipo de servicios.

GENERALIDADES.

ASISTENCIA A DOMICILIO:

Atención sanitaria para personas con problemas de salud crónicos, reagudizaciones leves y moderadas, o con necesidades de médicos especialistas, enfermería, rehabilitación, psicoterapia o neuroestimulación.

HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA:

Atención sanitaria especializada de alta complejidad para pacientes con procesos crónicos y reagudización grave o con procesos agudos o subagudos con necesidades asistenciales complejas.

AYUDA A DOMICILIO:

Este servicio esta organizado para la atención de las personas que tienen algún grado de discapacidad de cualquier causa, que les hace depender de otras personas para desempeñar las actividades de la vida diaria (baño, aseo personal, vestido, comidas,...).

También ofrece personal de compañía a domicilio o para cuando las personas tienen que desplazarse fuera de su domicilio y necesitan alguien que las acompañen, también cuando durante una hospitalización se desea personal de compañía y atención diurno y/o nocturno.

ASISTENCIA A DOMICILIO

Mediante este servicio ofrecemos visitas de personal sanitario a domicilio con distintos grados de complejidad. Desde la atención puntual a consultas o sesiones solicitadas por una única vez, como consultas medicas, controles de enfermería, inyectables, toma de constantes vitales, curas, masajes por

fisioterapia, etc. hasta la atención de problemas crónicos de forma permanente mediante los Equipos Multidisciplinarios, lo que permite un control de las complicaciones y la prevención de problemas futuros independientemente de la complejidad de la situación.

Además el servicio de Asistencia a Domicilio esta capacitado para atender la demanda de pacientes con problemática sanitaria especial como procesos oncológicos, pacientes con requerimientos complejos en procesos terminales, tratamiento del dolor, etc.

HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Se corresponde con la máxima complejidad del espectro asistencial que es posible prestar a domicilio. Se trata de un servicio sanitario que provee los cuidados y atención que el paciente recibiría si estuviera en el hospital, pero en su propia casa. Esta diseñado para prestar atención sanitaria especializada por Equipos Multidisciplinarios. Los usuarios de esta modalidad son pacientes con procesos crónicos reagudizados o procesos agudos que requieren acciones terapéuticas o diagnosticas y cuidados de ámbito hospitalario pero que cumplen los requisitos necesarios para recibir esa atención en su propio domicilio.

Bogotá D.C., Septiembre 01 de 2004

Señores:
UNIVERSIDAD DE LA SALLE
Atn. Dr. Rafael Guillermo Avila.
CONTRATACIÓN
Ciudad.

Respetados señores:

Con la presente nos permitimos ofrecer nuestra propuesta de **SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS** en el perímetro urbano de Bogotá D.C. y poblaciones vecinas, dirigida a la población por ustedes vinculada en sus diferentes programas aptos para nuestra modalidad de servicios.

Nos gustaría concretar una cita con ustedes, para aclarar cualquier duda que se presente y establecer algún tipo de negociación viable tanto para ustedes como para nosotros.

Cordialmente,

SANDRA MILENA GUARIN
GERENTE.

CAMILO FIGUEROA NIETO
DIRECTOR OPERATIVO.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS



MedEx

Medical Express Ltda.

Un médico cerca de usted.

INTRODUCCION.

Uno de los problemas más frecuentes en los centros de atención de urgencias o consulta externa, es la congestión de pacientes y el represamiento y demora en la prestación de servicios, lo que degrada la atención médica e impide la valoración de urgencias a pacientes que por su patología, requiere de una atención inmediata.

En este orden de ideas MEDIACAL EXPRESS LTDA. Se crea con el objetivo primordial de prestar los servicios de salud domiciliarios en la ciudad de Bogotá D.C., garantizando el manejo idóneo y profesional de cada uno de los pacientes atendidos, mejorando día a día el servicio, adquiriendo equipos con mayor tecnología y adecuando nuestros recursos humanos, técnicos y científicos, en pro de una atención domiciliaria de excelente calidad.

De esta forma,, la atención domiciliaria se perfila como una de las soluciones más viables en cuanto a la disminución de traslado de pacientes a los centros asistenciales y como mecanismo para reducir costos de operación en las EPS, las empresas particulares y minimizar los efectos reales del ausentismo laboral.





Lo que se pretende, es prestar los servicios de salud domiciliarios a los pacientes vinculados a (EPS, IPS, ETC), para disminuir el traslado de pacientes a las clínicas adscritas, descongestionando el centro de urgencias, disminuyendo notablemente los costos tanto para (EPS, IPS, ETC), como para los familiares, y mejorar la calidad de vida de los pacientes, dando atención definitiva al paciente en su domicilio.

OBJETIVOS.

Objetivo general

Prestar los servicios de salud domiciliarios con excelente calidad ya sea en su sitio de residencia, de trabajo u otro.

Objetivos específicos

-  *Ayudar en la descongestión de los centros de urgencias, al dar atención definitiva a pacientes en su propio domicilio.*
-  *Disminuir los costos por estancia hospitalaria para la EPS, como para los pacientes y los generados por el ausentismo laboral.*
-  *Dar confianza al paciente y familiares al ser atendidos por un profesional de la salud en su propio domicilio.*
-  *Mejorar la calidad de vida de los pacientes.*

SERVICIOS

ORIENTACION TELEFONICA DE URGENCIAS

Este servicio se ofrece desde el mismo instante en que el paciente solicita el servicio por teléfono; desde ese momento, el paciente es orientado por uno de nuestros profesionales, dando indicaciones que según la sintomatología, podrán mejorar el estado del paciente mientras llega el medico domiciliario.

Esta es una central telefónica que funciona desde las 07:00 hasta las 22:00 horas, todos los días del año.

En el momento en que se solicita el servicio, el radio operador se comunicará con la unidad más cercana al sitio, por medio de nuestro sistema de comunicación (radioteléfono, celular y buscapersonas) y se asigna el servicio.

CONSULTA MÉDICA DOMICILIARIA

La consulta se solicita a la central telefónica de urgencias ubicada en nuestra base, para que en ese momento, el radio operador ubique la unidad más cercana a la zona para que de esta forma se disminuya el tiempo de reacción.

El tiempo máximo para cubrir la consulta es de 60 – 90 minutos a partir del momento en que se recibe el servicio.

URGENCIA MEDICA MENOR

El médico contará con todos los equipos necesarios para el desarrollo de la atención y para estabilizar al paciente en el momento que lo requiera..

En algunas ocasiones, según la sintomatología del paciente y su diagnóstico, es necesario suministrar algún(os) medicamento(s), o realizar algún procedimiento como micronebulizaciones, suministro de líquidos intravenosos, etc. para dar tratamiento definitivo al paciente y así evitar el traslado a un centro asistencial, para lo cual la consulta médica se convertirá en lo que denominaremos URGENCIA MENOR, si después de éstos procedimientos el paciente no se logra estabilizar, el paciente deberá ser trasladado a una institución de mayor complejidad.

TERAPIA FISICA A DOMICILIO

Destinada a atender pacientes con lesiones agudas o crónicas que limitan su motricidad. Dentro de las enfermedades que pueden recibir éste procedimiento están:

Secuelas de accidente cerebro vascular.

Traumas articulares.

Postoperatorios ortopédicos.

El servicio se prestará con orden médica y se programa de lunes a viernes entre la 08:00 y 18:00 horas y sábado de 08:00 a 12:00.

TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO

Como objetivo primordial se tiene la administración de técnicas y medicamentos prescritos médicamente para promover una buena oxigenación por medio de la respiración espontánea, asistida o controlada, dirigida a pacientes cuya patología no le facilite desplazarse o que la relación riesgo/beneficio no le permita salir a conseguir éste servicio por sus posibles consecuencias. Algunas enfermedades que pueden recibir beneficios con éste procedimiento son:

Bronquiolitis.

Bronconeumonías.

Síndrome de hiperactividad bronquial.

Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica.

Siempre se prestará éste servicio como programado y con orden médica dentro de las 08:00 a 20:00 horas todos los días.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CASA

Este servicio lo ofrecemos para pacientes que según su patología representen un impedimento de motricidad y requiera realizar determinados procedimientos en su domicilio; para ello se programaran turnos de auxiliar

de enfermería temporal o permanente. Para los temporales, el auxiliar de enfermería realizara una visita domiciliaria para realizar procedimientos en su residencia tales como:

Curaciones

Cambio de sondas

Toma de muestras

Administración de medicamentos

Los cuidados permanentes requieren enfermería 24 horas, en donde coordinamos turnos de 12 horas, día y noche para el cuidado del paciente. Realizando procedimientos como limpieza del paciente, ejercicios de movilidad y rotación para evitar úlceras por decúbito, control permanente de líquidos endovenosos y/o medicamentos, entre otros.

CONSULTA MEDICA EMPRESARIAL

Bajo ésta modalidad se atienden los pacientes programados en su sitio de trabajo, con un cronograma establecido y en un lugar definido dentro de las instalaciones de la Empresa.

CUIDADOS DEL PACIENTE CRONICO Y/O TERMINAL CON TRATAMIENTO DEFINIDO. (HOSPITALIZACION DOMICILIARIA)

El objetivo principal de este servicio, es ofrecer un programa de salud integral domiciliario al paciente crónico y/o terminal en su hogar, que a juicio del personal médico, puedan continuar su tratamiento y manejo en su propio domicilio, con el cuidado permanente de personal de salud.

De igual manera se pretende, mejorar su estado anímico, y contribuir en la evolución del paciente, al ser tratado en su propio domicilio, capacitando a los familiares en el manejo de la patología.

El programa incluye, la prestación de servicio de nuestros profesionales como: Médico domiciliario, enfermera, auxiliar de enfermería, terapeuta física, terapeuta respiratoria, psicólogo y nutricionista.

Al momento de ingresar el paciente al programa, será valorado por el médico domiciliario, y es él, quien determinará la conducta a seguir, basándose además en las determinaciones de los médicos tratantes anteriormente.

Para el manejo de este tipo de pacientes, se han creado cuatro grupos diferentes, que de acuerdo a los requerimientos del paciente, se dará el manejo mas adecuado; los cuatro grupos principales son:

Pacientes post quirúrgicos

Pacientes con deficiencias neurológicas

Pacientes con patologías cardio-pulmonares. (EPOC, HTA, ICC)

Pacientes crónicos y/o terminales.

PROCESOS DE AUDITORIA DE SERVICIOS.

La auditoria de servicios al interior de la empresa se realiza desde el mismo momento en que se recibe el servicio. En ese momento la persona que toma todos los datos tiene como base, la hora de la persona que solicita el servicio, para que de esta forma se maneje el mismo tiempo y se pueda verificar el estricto cumplimiento que tenemos. Esta hora quedará consignada en la hoja de registro de llamadas el cual se maneja cada vez que nos solicitan un servicio.

Esta hora de recepción del servicio se compara con la hora registrada en la hoja de historia clínica que se maneja para cada paciente atendido; de esta forma podemos tener un control sobre los tiempos de reacción manejados por nosotros y de igual forma si se programa una visita, verificar el estricto cumplimiento, para que de esta forma se tomen los correctivos necesarios, en los casos en que se incurran demoras en la prestación de servicios.

Hemos visto como se realiza el control en la empresa haciendo énfasis en los tiempos de reacción y cumplimiento en el servicio. Pero es de vital importancia controlar además el trato con el paciente y sus familiares.

El estudio debe incluir la evaluación de la percepción del usuario, vistas a través de encuestas de satisfacción o del reporte y trámite de quejas, de la atención del servicio.

Para verificar que el personal encargado de la atención a los pacientes. (Personal médico, auxiliares, terapeutas) realicen un excelente servicio en cuanto al manejo y trato del paciente, la compañía realiza una serie de llamadas al azar a pacientes a los cuales se les ha prestado el servicio de diferentes empresas preguntándoles acerca del servicio, haciendo énfasis en

puntualidad, atención durante el servicio y trato del personal médico y paramédico.

Estas llamadas nos sirven para tomar correcciones necesarias en el caso en que se presenten fallas cuando algún paciente y/o familiar no halla quedado satisfecho con la prestación del servicio. Además de estas llamadas a los pacientes, también se realizan a las distintas empresas con las que trabajamos para indagar si se han presentado quejas respecto al servicio de atención domiciliaria..

En cuanto a los recursos técnicos que maneja la empresa para la prestación de servicios, se hace un seguimiento diario de los equipos y la dotación de cada una de las unidades mediante un registro de inventario y entrega de turno lo cual nos garantiza que cada unidad estará en óptimas condiciones para prestar con eficiencia y calidad los servicios asignados.

TARIFAS 2005

| PROCEDIMIENTO | DIURNO (06:00-18:00) | NOCTURNO O FEST |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| URGENCIA MENOR | | |
| CONSULTA DOMICILIARIA | | |
| TERAPIA FÍSICA Y RESPIRATORIA | | |
| CONSULTA MEDICA EMPRESARIAL | | |

PARA POBLACIONES CERCANAS A BOGOTA (A CONVENIR), SE COBRARA UN RECARGO DEL CINCUENTA POR CIENTO (50%) SOBRE EL VALOR DEL PROCEDIMIENTO.

OPCIONES DE FACTURACIÓN.

Ponemos a disposición de ustedes, dos opciones de facturación, que según su criterio se aplicarían para el eventual contrato firmado entre las partes:

Opción de facturación N° 1

En este tipo de facturación o cobro se cobraría un copago, al paciente, al momento de realizar el servicio, equivalente a un porcentaje del valor total del servicio, el cual sería estipulado por ustedes.

Por ejemplo para una consulta domiciliaria, cuyo valor diurno es de \$55.000, el paciente cancelaría al medico, un copago equivalente al 30% o 40% o según lo estimen conveniente, para lo cual Medical Express facturaría a UNISALLE el 70% o 60% restante.

Opción de facturación N° 2.

En esta opción de facturación Medical Express facturaría a UNISALLE, el valor total del servicio, sin cobrar copago alguno al paciente.

Por que el paciente es lo primero...



**MEDICAL
EXPRESS**

Ltda.