

**MODELO PARA LA CREACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE
SALUD PARA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN EL MUNICIPIO DE
CHÍA – CUNDINAMARCA**

**María del Pilar Gordillo Puentes
Claudia Carolina Rodríguez Guerrero
Edilson Humberto Romero Murcia**

**Fundación Universitaria del Área Andina
Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte
Posgrados en Salud
Especialización Auditoría en Salud
Bogotá, 2022**

**MODELO PARA LA CREACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE
SALUD PARA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN EL MUNICIPIO DE
CHÍA – CUNDINAMARCA**

Autores:

**María del Pilar Gordillo Puentes
Claudia Carolina Rodríguez Guerrero
Edilson Humberto Romero Murcia**

Proyecto de Grado

Director:

Nidia Carolina Naranjo Palomino

**Fundación Universitaria del Área Andina
Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte
Posgrados en Salud
Especialización Auditoría en Salud**

Bogotá, 2022

Nota de Aceptación

Firma presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Bogotá D. C., 2022

AGRADECIMIENTOS

A Dios Padre por darnos la fortaleza y la sabiduría necesarias para lograr los objetivos propuestos y poder hacer realidad nuestras metas.

A nuestras familias por inculcarnos valores como la perseverancia y la constancia, sus consejos, por ser apoyo incondicional y el motor que nos impulsó para seguir en el camino.

A los docentes por su compañía y por estar prestos a resolver inquietudes durante el proceso formativo.

A nuestros compañeros y amigos que nos animaron para concluir nuestros estudios.

Contenido

	pág.
Lista de Tablas.....	8
Lista de Ilustraciones	10
Lista de Gráficas.....	11
Lista de Anexos	13
INTRODUCCIÓN.....	14
1. JUSTIFICACIÓN.....	16
2. OBJETIVOS.....	20
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3. MARCO REFERENCIAL	21
3.1 MARCO LEGAL.....	22
3.1.1 Marco Legal para creación de Instituciones Prestadoras de Salud	22
3.1.2 Marco Legal para prestación de servicios de atención domiciliaria en Colombia... 28	28
3.2 MARCO CONCEPTUAL	33
3.2.1 Creación de empresas.....	33
3.2.2 Tipos de empresas en Colombia.....	34
3.2.3 Creación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia.....	36
3.2.4 Programa de Hospitalización Domiciliaria	38
4. DISEÑO METODOLÓGICO	56
5. ESTUDIO DE MERCADO	71
5.1 INVESTIGACIÓN DE MERCADOS.....	71
5.1.1 Análisis del sector	71
5.1.2 Análisis del mercado	72
5.1.3 Análisis de la competencia.....	82
5.2 Estrategias de Mercado.....	85
5.2.1 Concepto del servicio.....	86
5.2.2 Estrategias de distribución	89

5.2.3 Estrategias de precio.....	90
5.2.4 Estrategias de promoción	92
5.2.5 Estrategias de comunicación	93
5.2.6 Estrategias de servicio.....	94
5.2.7 Presupuesto de la mezcla de mercadeo	95
6. ESTUDIO TÉCNICO	98
6.1 NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS	99
6.1.1 Capacidad instalada requerida	99
6.1.2 Localización	102
6.1.3 Activos Fijos requeridos: Maquinaria, Equipo, Muebles y Enseres	111
6.1.4 Requerimientos de personal: Mano de Obra, Administración y Ventas	120
6.1.5 Otros Costos de Producción y Gastos de Administración y Ventas	121
6.1.6 Plan de producción (Ventas anuales por producto y/o servicio).....	128
6.2.1 Maquinaria y equipo.....	131
6.2.2 Muebles y enseres	131
7. ESTUDIO ADMINISTRATIVO	134
7.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA.....	134
7.1.1 Misión	134
7.1.2 Visión.....	134
7.1.3 Valores corporativos	134
7.1.4 Objetivos corporativos	135
7.1.5 Imagen corporativa	136
7.2 ESTRATEGIA ORGANIZACIONAL	137
7.2.1 Análisis DOFA.....	137
7.2.2 Estructura organizacional.....	141
7.2.3 Relación de cargos y número de empleados	143
7.3 ASPECTOS LEGALES.....	157
7.3.1 Constitución de la empresa	157
7.3.2 Clasificación CIU.....	160
7.3.3 Entidades reguladoras	161
7.4 GASTOS ADMINISTRATIVOS	162

7.4.1 Gastos de personal (mensual y anual)	162
7.4.2 Gastos de puesta en marcha	163
7.4.3 Gastos anuales de administración	164
8. ESTUDIO FINANCIERO	166
8.1 INGRESOS	166
8.1.1 Fuentes de financiación	166
8.1.2 Estructura de capital requerido	167
8.1.3 Balance general proyectado a 5 años	170
8.1.4 Estado de pérdidas y ganancias (P&G) proyectado a 5 años	171
8.1.5 Flujo de caja proyectado mínimo 3 años	172
8.2 EGRESOS	173
8.2.1 Capital de trabajo	173
9. RENTABILIDAD	174
9.1 MARGEN OPERACIONAL DE UTILIDAD	174
9.2 MARGEN BRUTO DE UTILIDAD	175
9.3 MARGEN NETO DE UTILIDAD	176
10. RESUMEN EJECUTIVO	177
10.1 CONCEPTO DEL NEGOCIO	177
10.2 POTENCIAL DEL MERCADO EN CIFRAS	178
10.3 VENTAJAS COMPETITIVAS Y PROPUESTA DE VALOR	178
10.4 RESUMEN DE LAS INVERSIONES	178
10.5 PROYECCIONES DE VENTAS Y RENTABILIDAD	179
10.6 CONCLUSIONES FINANCIERAS Y EVALUACIÓN DE VIABILIDAD)	180
11. CONCLUSIONES	181
12. BIBLIOGRAFÍA	185
ANEXOS	193

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Número de pacientes atendidos en el programa de atención domiciliaria por las diferentes EPS en Bogotá durante el periodo enero 2015 a noviembre de 2016.....	47
Tabla 2. Requisitos de personal de acuerdo con la condición médica del paciente	50
Tabla 3. Requerimientos de dotación según condición médica del paciente	52
Tabla 4. Requerimientos de medicamentos, dispositivos médicos e insumos según condición médica del paciente	53
Tabla 5. Requerimientos de procesos prioritarios según condición médica del paciente	54
Tabla 23. Impacto de la salud sobre la calidad de vida	73
Tabla 24. Metas propuestas para el sector salud en Colombia a 2019	74
Tabla 25. Principales empresas competidoras.....	83
Tabla 26. Tarifas por evento para usuarios particulares.....	91
Tabla 27. Tarifas suministro de material médico, medicamentos y alquiler de equipos por evento para particulares	92
Tabla 28. Costos estrategias de mercado.....	97
Tabla 29. Capacidad instalada requerida.....	99
Tabla 30. Distribución poblacional en el municipio de Chía	107
Tabla 31. Actividad económica de la población de Chía	109
Tabla 32. Equipos, insumos e instrumentos médicos básicos requeridos	111
Tabla 33. Equipos médicos, insumos médicos y documentos indispensables para la atención hospitalaria a domicilio	117
Tabla 34. Materiales farmacológicos indispensables en la visita domiciliaria.....	118
Tabla 35. Materiales necesarios para la visita domiciliaria.....	119
Tabla 36. Equipos necesarios para uso del personal de terapias	119
Tabla 37. Perfiles profesionales estructura organizacional	120
Tabla 38. Costos de constitución.....	122
Tabla 39. Presupuesto de costos operativos por servicios públicos	122
Tabla 40. Costos operativos de personal	123
Tabla 41. Relación de costos de equipos e insumos médicos	124

Tabla 42. Costo muebles y enseres.....	125
Tabla 43. Costos de insumos para oficina	126
Tabla 44. Relación de costos de elementos de aseo, limpieza y desinfección	127
Tabla 45. Costos totales de producción u operación	128
Tabla 46. Tarifas proyectadas por visita de atención domiciliaria.....	129
Tabla 47. Tarifas para suministro de material médico, medicamentos y alquiler de equipos	130
Tabla 48. Maquinaria y equipo.....	131
Tabla 49. Muebles y enseres.....	131
Tabla 50. Inversión en activos fijos.....	132
Tabla 51. Proyección de producción a 5 años	133
Tabla 52. Matriz FODA	140
Tabla 53. Códigos de clasificación CIU.....	160
Tabla 54. Conformación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.....	162
Tabla 55. Gasto mensual y anual personal	162
Tabla 56. Gastos para puesta en marcha.....	164
Tabla 57. Gastos anuales de administración.....	165
Tabla 58. Plan de amortización de crédito a 5 años (60 meses).....	168
Tabla 59. Balance general proyectado a 5 años.....	170
Tabla 60. Estado de pérdidas y ganancias (P & G) proyectado a 5 años	171
Tabla 61. Flujo de caja proyectado mínimo 3 años	172
Tabla 62. Capital de trabajo.....	173
Tabla 63. Proyección de ventas por 5 años	179
Tabla 64. Valores de utilidad neta proyectados para 5 años	179
Tabla 65. Costo activos fijos proyectados a 5 años	180
Tabla 66. Rentabilidad proyectada 5 años.....	180

Lista de Ilustraciones

	Pág.
Ilustración 1. Prototipo Plano diseño planta física	101
Ilustración 2. Ubicación geográfica del departamento de Cundinamarca	103
Ilustración 3. Ubicación geográfica del municipio de Chía	105

Lista de Gráficas

	Pág.
Gráfica 1. IPS habilitadas para prestación de servicios de atención domiciliaria en Bogotá D. C., a noviembre de 2016.....	46
Gráfica 2. Distribución de IPS con programas de atención domiciliaria por localidad en Bogotá D. C. a noviembre de 2016	46
Gráfica 3. Género	58
Gráfica 4. Rango de edad de la población	58
Gráfica 5. Nivel de ingresos	59
Gráfica 6. Estrato socioeconómico.....	60
Gráfica 7. Régimen de Sistema de Seguridad Social en Salud	61
Gráfica 8. Padecimiento enfermedades	61
Gráfica 9. Tipo de enfermedad que padece	62
Gráfica 10. Asistencia al servicio de urgencias.....	63
Gráfica 11. Hospitalización posterior a la consulta por urgencias	63
Gráfica 12. Duración de la hospitalización	64
Gráfica 13. Conocimiento de la existencia del servicio de Hospitalización Domiciliaria	65
Gráfica 14. Disposición para utilizar el servicio de hospitalización domiciliaria	66
Gráfica 15. Rango de precios del costo del servicio de hospitalización domiciliaria	66
Gráfica 16. Preferencia en la forma de pago	67
Gráfica 17. Beneficios de la atención hospitalaria a domicilio	68
Gráfica 18. Factores determinantes para elección de una IPS de atención hospitalaria a domicilio.....	69
Gráfica 19. Conocimiento de alguna IPS que preste el servicio de atención hospitalaria a domicilio en el municipio.....	70
Gráfica 20. Determinantes sociales de la salud según la Organización Mundial de la Salud..	72
Gráfica 21. Cobertura total Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, municipio de Chía, periodo 2016-2019	76
Gráfica 22. Cobertura aseguramiento régimen contributivo 2016 - 2019.....	76

Gráfica 23. Cobertura aseguramiento régimen subsidiado 2016-2019	77
Gráfica 24. Comportamiento tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón. Municipio de Chía, periodo 2016-2019.....	79
Gráfica 25. Crecimiento poblacional en Chía durante los últimos 50 años	106
Gráfica 26. Pirámide poblacional por rango de edades y sexo.....	107
Gráfica 27. Estado civil de los habitantes del municipio de Chía	108
Gráfica 28. Representación gráfica de las actividades económicas desarrolladas por la población de Chía	109
Gráfica 29. Cobertura total Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Municipio de Chía, periodo 2016 - 2019.....	110
Gráfica 30. Valores corporativos.....	135
Gráfica 31. Estructura organizacional	142

Lista de Anexos

pág.

Anexo 1. Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca	194
Anexo 2. Acuerdo 19 de diciembre 29 de 2010 Unidad de Pago por Capitación	196

INTRODUCCIÓN

Por disposición de la Ley 1122 de 2007 del Congreso de la República, se reglamenta la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, cuyo propósito es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimización del uso de los recursos, promoción de los enfoques de atención centrada en el usuario para lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadora de Salud. La política sugiere que las IPS tanto públicas como privadas tienen la posibilidad de desarrollar diferentes modelos de prestación de servicios en el marco del sistema de salud vigente (Ministerio de Protección Social, 2005). Bajo este parámetro, surge el modelo de Hospitalización Domiciliaria en Colombia, como una extensión de cuidados médicos en el hogar dirigido a aquellos pacientes que no requieren permanencia en el hospital, pero requieren cuidados especializados hasta completar su recuperación y del mismo modo el programa de Atención Médica en el Domicilio incluido en el POS para atención de pacientes crónicos.

Los cuidados en salud de un ser humano deben estar dirigidos en todo momento a buscar el bienestar del paciente, por tal motivo surge la idea de proponer la creación de una institución prestadora de servicios de atención hospitalaria en domicilio, cuyo fin principal sea el acompañamiento de los usuarios en su proceso de recuperación garantizando su bienestar durante todo el tiempo que le conlleve, brindándole todos y cada uno de los cuidados en salud ordenados por criterio médico y los que se requieran en el seno de su hogar y acompañado de su familia. Teniendo además en consideración que la cobertura hospitalaria es insuficiente, la prestación de este tipo de servicios contribuye a reducir la sobreocupación y un costo/beneficio favorable tanto para el paciente como para los servicios de salud, al poderse brindar una atención más ágil, tratamientos oportunos y a menor costo. Sin desconocer tampoco el beneficio que conlleva por la disminución de riesgos en la estancia hospitalaria por infecciones nosocomiales.

Como parte del servicio de atención a domicilio, el paciente puede ser atendido de manera integral por un equipo multidisciplinario, que, durante el proceso de su tratamiento, llevará un seguimiento continuo de su estado de salud. El modelo incluye la intervención de un equipo de profesionales de acuerdo con los requerimientos de atención del paciente, como

por ejemplo: médicos, enfermeras, psicólogo, trabajo social, terapia física, terapia ocupacional, terapia respiratoria, terapia del lenguaje y/o bacteriología.

El presente proyecto constituye un modelo para crear una nueva Institución Prestadora de Salud para Atención Hospitalaria a Domicilio para pacientes adscritos a una EPS o de forma particular, para lo cual se realiza un estudio de mercado con el objetivo de analizar de la oferta y la demanda y un estudio técnico para identificar los insumos y activos necesarios para poner en marcha este tipo de instituciones y al mismo tiempo un estudio financiero que contempla la proyección de la inversión y la rentabilidad a 5 años.

Por tanto, el objetivo del presente ejercicio es describir una idea de negocio para la creación de una Institución Prestadora de Salud para Hospitalización Domiciliaria como apoyo a las aseguradoras, Empresas Prestadoras de Servicios de Salud y servicios complementarios para la atención del paciente adulto, en el municipio de Chía – Cundinamarca, que incluya actividades de atención primaria en salud, hospitalización de baja complejidad en el domicilio y fomento de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para el efecto, se planea la implementación de un plan de negocio que evalúe tanto los pros como los contras del proyecto, tanto de la localización como del proceso operativo, acompañado del respectivo análisis de los servicios de salud que se pretenden ofertar, caso puntual servicios de atención domiciliaria en salud.

Es importante resaltar que al servicio de hospitalización a domicilio se señalan como ventajas principales la efectividad y la reducción de costos. Desde el punto de vista de la efectividad, de acuerdo con O’Cathain (1994), citado por Fuente y colaboradores (1997), “se le ha atribuido una mayor satisfacción, participación e implicación del paciente y su familia en los cuidados, mejor evolución de algunos procesos, mayor humanización de la asistencia y la disminución de algunas complicaciones hospitalarias”. Por su parte, Raffy (1997), citado por Cotta y otros (2001), afirma que, al permitir un uso más adecuado y racional de los recursos, tiende a disminuir el gasto en salud. Respecto a los costos, Deschamps (1988), citado por Fuente y colaboradores (1997), señala que la inversión para crear camas en HD es menor que para crear camas hospitalarias mediante la ampliación de un hospital o la construcción de un hospital nuevo.

1. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo surge a partir de tres principios básicos que deben ser tenidos en cuenta en la atención primaria en salud: calidad, calidez y satisfacción. Por tanto, el propósito es describir una idea de negocio para la creación de una Institución Prestadora de Salud de Hospitalización Domiciliaria como apoyo a las aseguradoras, Empresas Prestadoras de Servicios de Salud y servicios complementarios para la atención de adultos mayores, en el municipio de Chía – Cundinamarca, con el fin de satisfacer las necesidades básicas del paciente que debe continuar su tratamiento hospitalizado en casa, con una oferta de servicios que garantice no solo costos accesibles sino que le garantice mejor calidad de vida. Para tal fin se identificarán los procesos para implementación de Programas de Atención Hospitalaria en Domicilio según la normatividad colombiana y los tipos de servicios con mayor demanda para evaluar los pros y los contras de la creación de un PHD.

Por otro lado, un hecho que no se puede desconocer, en relación a que los indicadores demográficos a nivel mundial señalan el incremento progresivo del envejecimiento, por lo cual los gobiernos han tenido que tomar medidas para la atención domiciliaria de los adultos mayores y Chía no es ajena a esta situación, dado que la demanda de consulta para la atención de pacientes con patologías crónicas o afecciones propias de la vejez es cada vez más creciente, requiriéndose el concurso de profesionales capacitados para atenderlos. De ahí la necesidad de contar con alternativas adecuadas para grupos específicos no solo de adultos mayores sino de personas que presenten algún tipo de discapacidad o condición física que demande de asistencia y prestación de servicios de salud, donde la atención domiciliaria cobra relevancia al permitir que la persona pueda continuar su tratamiento sin salir de su hogar, que de acuerdo con Gamboa (2009), “es el lugar donde transcurre la vida de una persona, y está íntimamente unido a ella”. No existe un lugar donde una persona se sienta más cómodo y a gusto que el hogar, ya que hace parte de su intimidad por ser su hábitat.

En este orden de ideas, el hogar y la familia siempre serán el mejor escenario para el ser humano, es su lugar favorito, donde se siente seguro y cómodo, es allí donde recibe todo el

calor y el amor de las personas con las que normalmente comparte y convive. Es así, que se creó el Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD), con el fin de dar continuidad a tratamientos previamente establecidos en una institución de salud, para los pacientes que cumplan con los criterios establecidos para inclusión en este servicio, de una manera oportuna, eficiente y eficaz en su domicilio, “es decir cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja” (Minardi et al., 2000). Para que un paciente pueda ser incluido en este tipo de programa debe contar con una condición estable de salud, tener un diagnóstico confirmado, sufrir un proceso agudo por enfermedad crónica (Cardiopatías, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), o ser un paciente postquirúrgico con o sin complicaciones.

El propósito del Programa de Hospitalización Domiciliaria, es brindar desde la comodidad de su domicilio, bajo el calor y cuidado de su familia, los servicios de salud requeridos y necesarios para su mejoría, confort, elevar el nivel de salud y mejoría de su calidad de vida. De esta manera se disminuye el tiempo de estancia hospitalaria, lo cual es directamente proporcional con la disminución de infecciones nosocomiales, disminución de la aparición de *delirium* asociada a la hospitalización institucional y se libera la ocupación de camas hospitalarias.

La Hospitalización en domicilio se enfoca en el bienestar del paciente y su familia, minimizando el estrés de ambas partes, por medio de servicios brindados por un grupo de profesionales con el entrenamiento y la disponibilidad requeridos para trasladar a la casa del paciente los servicios asistenciales prestados en una institución de salud. Siendo así, el servicio se enfoca en dar continuidad y completar tratamientos establecidos, así mismo a pacientes remitidos por programas de asistencia especial salud tal como promoción, protección y/o que, debido por sus condiciones precarias de salud requiera de seguimiento y asistencia en su domicilio.

Este proyecto se realiza con el fin de proveer estos servicios a pacientes con los criterios de inclusión mencionados, con domicilio en Chía (Cundinamarca), brindando atención óptima y oportuna al paciente en su hogar, facilitando la participación activa del grupo familiar para agilizar en la medida de lo posible su recuperación o estabilización, con

profesionales formados adecuadamente y comprometidos con la misión de asistencia y cuidado. (Toquero de la Torre & Zarco Rodríguez, 2005). Cabe resaltar que las causas más frecuentes de consulta en los servicios de salud de la población del municipio, es por enfermedades no transmisibles en los diferentes grupos etarios. Los niños menores de 11 años, principalmente consultan por condiciones orales, mientras que en los adultos las consultas más frecuentes son por enfermedades cardiovasculares y músculo esqueléticas. La primera causa de mortalidad corresponde a enfermedades de vías respiratorias, enfermedades del sistema nervioso, la diabetes mellitus; en segundo lugar, las enfermedades del sistema circulatorio como las isquemias del corazón, enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares.

Por otra parte, con relación al aseguramiento en salud para la población, según el Departamento Nacional de Estadísticas – DANE (2020), “en los últimos años se ha logrado mantener una cobertura de afiliación por encima del 90%”. Tanto la afiliación al Régimen Contributivo con un 85.58%, como al Régimen Subsidiado con un 10.09%, han apalancado el crecimiento en la cobertura total de afiliación al Sistema General de Salud en el Municipio (Alcaldía Municipal de Chía, 2020). En este sentido, la Dirección de Salud Pública realiza acciones contantes de promoción de la salud a través un contrato con el Hospital San Antonio de Chía y gestión de riesgo de salud como parte del Plan Decenal de Salud Pública para el seguimiento a Instituciones Prestadoras de Salud - IPS y la implementación de protocolos y Rutas Integrales de Atención en Salud (Alcaldía Municipal de Chía, 2020). Dentro de las intervenciones prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública para el municipio, se centra en las siguientes dimensiones: programas de salud nutricional y alimentaria; saneamiento ambiental, vida sana y condiciones no transmisibles; convivencia social y salud mental; seguridad alimentaria y nutricional; sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; vida saludable y enfermedades transmisibles; salud pública en emergencias y desastres; salud y ámbito laboral; gestión diferencial en poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria (Ministerio de Salud, 2013).

La Atención Primaria en Salud, incluye la implementación de modelos integrales cuyo propósito es el acompañamiento durante el proceso de recuperación del paciente. En el caso del Programa de Hospitalización Domiciliaria, constituye una alternativa eficaz en el cuidado de

pacientes que pueden completar su tratamiento rodeado de su familia y en el calor de su hogar; adicionalmente su principal beneficio se centra en la disminución de riesgos de adquirir infecciones intrahospitalarias.

Respecto a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPBS), los costos médicos por paciente hospitalizado disminuyen considerablemente, si lo vemos desde la óptica de la pertinencia. Pero no solo trae beneficios a las EAPBS y/o IPS, el incorporar un paciente al programa de PHD permite su pronta reintegración al entorno familiar, evitar desplazamientos a los familiares, dar tranquilidad y apoyo más personalizado.

Conforme el incremento de la migración al municipio de Chía, en busca de una mejor calidad de vida, por su cercanía con la capital Bogotá, se percibe que existe de un mercado potencial insatisfecho que seguirá aumentando significativamente, requiriendo servicios domiciliarios. Por lo anterior, surge la idea de desarrollar un negocio enfocado en suplir dichas necesidades, estructurada con base en un plan de negocios innovador desde el punto de vista de emprendimiento.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir un modelo de negocio para la creación de una Institución Prestadora de Salud de hospitalización domiciliaria como apoyo a las aseguradoras, Empresas Prestadoras de Servicios de Salud y servicios complementarios para la atención de adultos mayores, en el municipio de Chía – Cundinamarca.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el proceso de implementación del Programa de Atención Hospitalaria en Domicilio por parte de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) según la normatividad colombiana.

Caracterizar los tipos de servicios de salud con mayor demanda por parte de la población en el municipio de Chía – Cundinamarca.

Identificar los requerimientos de infraestructura, tecnológicos, científicos y de personal necesarios para la creación de una IPS de hospitalización domiciliaria.

Calcular el presupuesto de inversión, gastos y flujo de caja que demanda la creación de una IPS de hospitalización domiciliaria sea viable.

3. MARCO REFERENCIAL

En la medida que la esperanza de vida para la población mundial se ha ido incrementando y cada vez el rango de edad es mayor para los adultos, hace imperativo que los sistemas de salud diseñen nuevas estrategias y políticas públicas de atención en salud que fomenten estilos de vida saludables para contrarrestar factores de riesgo como el sedentarismo, el estrés, la mala nutrición, el consumo de tabaco y alcohol. Del mismo modo, la aparición de comorbilidades genera mayor exigencia de atención por especialistas, saturación de los servicios de urgencias, déficit por falta de camas y el incremento de los costos por atención intrahospitalaria, haciendo que la sobredemanda pueda ser insatisfecha por incapacidad de los sistemas hospitalarios.

De acuerdo con lo anterior, cabe señalar que enfermedades no transmisibles y crónicas como los eventos cardiovasculares y cerebrovasculares, padecimientos degenerativos y osteoarticulares se encuentran entre las complicaciones que más generan atención en salud por ser la mayor causa de muerte a nivel mundial y constituyen no solo un factor de riesgo sino un impacto sobre la economía de los países porque exigen altos costos para la generación de modelos de prevención, control y atención hospitalaria.

Las circunstancias antes descritas, plantean la necesidad de una transformación e innovación en la oferta de servicios de salud, cuyo eje central sea mayor eficacia y eficiencia en la prestación de los mismos a la comunidad, pero que al mismo tiempo promuevan la utilización eficiente de los recursos. En este orden de ideas, Minardi et al (2000), señalan que “la Hospitalización Domiciliaria (HD) rompe con el esquema clásico de atención hospitalaria tradicional, que abarca ingreso, urgencia y consulta externa”. Es decir, esta modalidad de atención consiste ofrecer cuidados médicos y/o de enfermería al paciente en su domicilio de la misma manera como si estuviera atendido en un hospital.

3.1 MARCO LEGAL

La administración del sistema de salud en Colombia está controlado y administrado por el Estado, como quedó establecido el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia (1991) “*la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado*”, a través del Sistema General de Seguridad Social, que a su vez fija las normas y procedimientos para la adecuada prestación de servicios de salud, la creación de empresas prestadoras y comercializadoras de este tipo de servicios y garantizar que se cumplan tanto las leyes como lo estipulado por la Constitución.

3.1.1 Marco Legal para creación de Instituciones Prestadoras de Salud

3.1.1.1 Constitución Política de 1991

En la Constitución Política se establecen las leyes fundamentales que definen la estructura y organización de un Estado, así como los deberes y derechos de los ciudadanos. En Colombia se encuentra vigente la Constitución de 1991, cuyo propósito esencial es el respeto por los derechos fundamentales de los ciudadanos: a la vida, la libertad, la igualdad, la paz, el trabajo y a la familia. En lo que se refiere específicamente a la salud, el artículo 49 de la Constitución Nacional, establece la garantía de acceso a servicios de salud en los niveles de promoción, protección y recuperación para todos los ciudadanos. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (Constitución Política de Colombia, 1991, p. 43).

3.1.1.2 Ley 10 de 1990

La Ley 10 de 1990 parte de la idea de la esencia social y comunitaria de la Salud Pública, por tanto, considera que la dirección debía estar a cargo de una autoridad elegida por la comunidad. La Ley 10 reorganiza el Sistema Nacional de Salud, específicamente en lo referente al servicio público de salud. El artículo 1° establece como un servicio público la

prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas (Congreso de Colombia, 1990, p.1). Para el efecto, define que el Estado debe ofrecer de forma gratuita la prestación de asistencia pública en salud, como un derecho para las personas y fija los niveles de atención en salud y los grados de complejidad, en materia de prestación de servicios de salud, especialmente en los servicios de urgencias de acuerdo a las necesidades de la población y la cobertura.

3.1.1.3 Ley 100 de 1993

Mediante la ley 100 de 1993 del Congreso de la República, se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, cuyo fin primordial es agrupar y organizar las entidades e instituciones prestadoras de servicios de salud, estableciendo las normas y procedimientos que regulen y garanticen el cumplimiento de los planes y programas desarrollados por el Estado que buscan proporcionar cobertura integral y acceso a los servicios de salud para los habitantes del territorio nacional, para brindar calidad de vida tanto individual como colectivamente (Congreso de Colombia, 1993, p.1).

3.1.1.4 Resolución 5261 de 1994

La resolución del Ministerio de Salud establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Específicamente el artículo 33 señala “El paciente crónico que sufre un proceso patológico incurable, previo concepto médico y para mejorar su calidad de vida, podrá ser tratado en forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del núcleo familiar” (Ministerio de Salud, 1994, p.1). Se establecen las primeras 9 patologías crónicas sujetas de atención domiciliaria con la participación activa del núcleo familiar para mejorar la calidad de vida del paciente en proceso patológico incurable: manejo del dolor y cuidado paliativo, diabetes tipo 2 y 3, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial primaria, cáncer de próstata, cáncer de colon y recto, cáncer de mama, distrofia muscular y evento cerebrovascular.

3.1.1.5 Ley 1011 de 2006

Debido a la competitividad entre las diferentes Entidades Prestadoras de Servicios de Salud, fue indispensable establecer normas que permitan controlar los diferentes procesos y garantizar la calidad de los servicios de salud. La Ley 1011 de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Calidad de la Atención de Salud – SOGCS, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Prestadores de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, Empresas de Medicina Prepagada y Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de salud (Ministerio de Protección Social, 2006, p.1).

La ley es precisa al señalar las características y componentes del sistema, las entidades responsables del funcionamiento, el Sistema único de Habilitación y habilitación de prestadores de servicios de salud y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB. Del mismo modo, enfocada en la mejora de la calidad de servicios de salud establece programas de auditoría, inspección, vigilancia y control que fija sanciones para quienes no cumplan con los parámetros establecidos.

3.1.1.6 Ley 1122 de 2007

A raíz de algunas inconformidades con la Ley 100 de 1993 se hizo necesario realizar algunos ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el ánimo de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios, por tanto, han surgido diversos proyectos de Ley, entre ellos la Ley 1122 de 2007, que realiza algunos ajustes en aspectos como la dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y especialmente la mejora de calidad en la prestación de servicios de salud, a través de fortalecer los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud (Congreso de la República, 2007, p.1). Dichos ajustes pretenden beneficiar a la población en general a través de una atención en salud de una forma segura e integral.

3.1.1.7 Ley 1438 de 2011

Su propósito es el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante el establecimiento de un modelo de prestación de un servicio de salud pública como parte de la estrategia Atención Primaria en Salud que articula las acciones del Estado, las instituciones y la sociedad para mejorar la salud y la creación de ambientes sanos y saludables, con servicios de calidad, incluyentes y equitativos, para la población en general (Congreso de la República, 2011, p. 1). El eje central es la protección de la salud y el bienestar de los usuarios, a través de acciones de salud pública enfocadas en promoción, prevención y promoción, unificando el Plan de Beneficios para todos los residentes y garantizando el aseguramiento universal, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, así como preservar la sostenibilidad financiera del Sistema. La ley fija además que, de acuerdo a los cambios en el perfil epidemiológico y la carga de enfermedades de la población, la disponibilidad de recursos, equilibrio y nuevos medicamentos, el plan de beneficios deberá actualizarse íntegramente una vez cada dos años.

3.1.1.8 Acuerdo 029 de 2011

La Comisión de Regulación en Salud – CRES, deroga el artículo 28 de 2011 y a través del Acuerdo 029 de 2011 define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud para los regímenes contributivo y subsidiado, el cual deberá ser aplicado por las Empresas Promotoras de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud a los afiliados. El nuevo POS entra en vigencia a partir del primero de enero de 2012. En el artículo 6 define la atención domiciliaria como la atención extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud desde su domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos y/o auxiliares del área de la salud y la participación de su familia (Comisión de Regulación en Salud, 2011, p.1).

3.1.1.9 Resolución 5521 de 2013

Mediante esta resolución se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud POS, cuyos principios rectores son la integralidad, territorialidad,

complementariedad, transparencia, competencia, corresponsabilidad y calidad. El Plan de beneficios contiene los servicios a que tiene derecho el usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia – SGSSS, con el propósito de proteger y prevenir la salud y curar las enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su núcleo familiar, así como el reconocimiento por licencia de maternidad y la cobertura en caso de hospitalización. Específicamente en el artículo 8, numeral 6 se menciona la atención domiciliaria, que define como servicios extrahospitalarios de salud, en el domicilio o residencia del paciente. La atención incluye apoyo profesional, de auxiliares de enfermería, como las enfermeras a domicilio, profesionales en rehabilitación y con el acompañamiento de la familia. Es una alternativa a la atención hospitalaria institucional según el art. 29 de la misma resolución 5521, con responsabilidades de las EPS de garantizar que las condiciones en el domicilio sean las adecuadas, inclusive en el art. 124 agrega el traslado en ambulancia del paciente remitido (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p.4).

El artículo 29 de la resolución define atención domiciliaria como una alternativa a la atención hospitalaria institucional en el caso que el profesional de la salud considere pertinente para el paciente continuar su tratamiento en el domicilio. El párrafo del artículo 29 aclara que por ser una continuidad al proceso de tratamiento intrahospitalario por recomendación médica, las EPS son responsables de garantizar la calidad del servicio y verificar las condiciones adecuadas del domicilio del paciente y la financiación corre a cargo de la Unidad de Pago por Capitación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p.11).

3.1.1.10 Decreto 351 de 2014

El decreto 351 de 2014 establece los procedimientos, procesos, actividades y/o estándares que se deben adoptar y realizar para la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades, para que cumplan con las normas de bioseguridad, gestión integral, precaución, prevención y comunicación del riesgo (Presidencia de la República, 2014, p.1).

3.1.1.11 Resolución 5592 de 2015

El Ministerio de Salud y Protección Social expide la resolución 5592 de 2015, para actualizar integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para cumplir con lo establecido en la Ley 1438 de 2011, sobre la actualización del Plan de Beneficios de manera integral una vez cada dos años. Dicho Plan de Beneficios debe ser garantizado por las Entidades Promotoras de Salud – EPS a sus afiliados en el territorio nacional según las condiciones señaladas por las normas de calidad vigentes (Ministerio de Salud, 2015, p.1).

3.1.1.12 Resolución 429 de 2016

El gobierno colombiano promulgó la resolución 429 de 2016 para establecer la política de Atención Integral en Salud, cuya finalidad es generar las mejores condiciones de salud para la población residente en Colombia, atendiendo a lo establecido por la Constitución Política en relación al derecho fundamental a la salud. Esta política genera un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano. El principal objetivo está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p.2).

3.1.1.13 Resolución 3202 de 2016

Mediante la resolución 3202 de 2016 se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, como parte de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS. El objetivo de las rutas es la regulación de las condiciones necesarias para asegurar atención en salud integral para las

personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del SGSSS y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud a efectos de contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad. Para el efecto se definen tres rutas integrales: 1) Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, 2) Ruta integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo y 3) Ruta Integral de Atención en Salud para Eventos Específicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p.3)

3.1.2 Marco Legal para prestación de servicios de atención domiciliaria en Colombia

3.1.2.1 Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud

Mediante la resolución 13437 de 1991 se dictan normas para la constitución de comités de ética hospitalaria y se adopta el decálogo de los Derechos de los Pacientes. El Ministerio de Salud toma en consideración que como ente rector del Sistema de Salud debe desarrollar políticas y proyectos para mejorar la calidad del servicio de salud y humanizar la atención en salud de los pacientes. Establece derechos de los pacientes tales como:

- Elegir libremente al médico, los profesionales de la salud y las instituciones que le presten la atención en salud.
- Contar con una comunicación clara con el médico de acuerdo con su condición psicológica y cultural para recibir la información necesaria en cuanto a su estado de salud, los procedimientos y tratamientos a los que debe someterse.
- Recibir un trato digno y respetuoso de sus costumbres, creencias y opiniones personales.
- La información de su historia clínica debe ser tratada con confidencialidad y se debe contar con la autorización del paciente para dar a conocer esa información.
- Recibir la mejor asistencia médica durante todo el proceso de enfermedad, respetando en todo momento los deseos del paciente en caso de enfermedad irreversible.
- Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por servicios obtenidos tanto de parte de los profesionales de salud como por las instituciones sanitarias; así como también en

caso de emergencia recibir los servicios necesarios sin condicionarlos al pago de honorarios.

- Respetar la voluntad del paciente en torno a la aceptación o no en relación con la donación de sus órganos para ser trasplantados a otros enfermos.
- Derecho a morir dignamente y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

La resolución dicta las normas para conformar en las entidades prestadoras del servicio de salud tanto públicas como privadas, comités de ética hospitalaria que deben estar integrados por un representante del equipo médico, un representante del personal de enfermería y dos delegados de los comités de participación comunitaria del área de influencia. Los comités tienen como función principal vigilar y hacer cumplir los derechos de los pacientes (Ministerio de Salud, 1991, p.1).

3.1.2.2 Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud mediante la resolución 1995 de 1999, dispone que la Historia Clínica se constituye en un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, donde se debe registrar de forma cronológica el estado de salud del paciente, las actuaciones y procedimientos realizados por los diferentes profesionales de la salud que intervengan en la atención al paciente. Al ser un documento privado, para que un tercero pueda conocerlo, debe existir autorización previa de parte del paciente o de sus familiares en los casos previstos por la ley (Ministerio de Salud, 1999, p.2).

3.1.2.3 Ley 1122 de 2007, Art. 1, 22 y 33 Congreso de la República

Por medio de la Ley 1122 de 2007 el Congreso de la República realiza algunos ajustes al Sistema de Seguridad Social en Salud con miras a dar prioridad a la prestación de servicios a los usuarios, a través del fortalecimiento en los programas de salud pública, vigilancia, control y organización para la prestación de servicios de salud.

El artículo 22 de la ley fija el subsidio a la cotización dirigido a las personas que teniendo el derecho al régimen subsidiado que haya cotizado al régimen contributivo dos años dentro de los últimos cuatro años, tendrán prioridad en cualquier programa de subsidio a la cotización que implemente el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Congreso de la República, 2007, p.9).

El artículo 33 hace referencia al Plan Nacional de Salud Pública y dispone que el Plan debe quedar expresado cada cuatrienio en el Plan de Desarrollo y tendrá como objetivo la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar (Congreso de la República, 2007, p.12).

3.1.2.4 Ley 1384 del 19 de abril de 2010, Congreso de Colombia

El Congreso de Colombia, mediante la Ley 1384 de 2010 establece las acciones que se deben ejercer para el control integral del cáncer en la población colombiana. Con lo anterior, El Estado y específicamente el Sistema General de Seguridad Social en Salud, buscan garantizar las condiciones de vida de pacientes oncológicos y reducir la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, a través de la prestación de los servicios requeridos en prevención, detección, tratamiento integral, rehabilitación y cuidados paliativos (Congreso de Colombia, 2010, p.1).

3.1.2.5 Ley 1438 de 2011, Ministerio de Salud

A través de esta ley se pretende fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud por medio de un modelo de prestación del servicio público en salud. El Estado, las instituciones y la sociedad coordinan la estrategia de Atención Primaria en Salud para garantizar la mejora en la calidad de atención en salud incluyente y equitativa y la creación de ambientes sanos y saludables. Incluye disposiciones que establecen la unificación de los planes de beneficios en la prestación de servicios de salud para todos los ciudadanos en cualquier lugar del país, afianzado por medio de sostenibilidad financiera (Ministerio de Salud, 2011, p.1).

3.1.2.6 Resolución 2003 de 2014, Ministerio de Salud

Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud (Ministerio de Salud, 2014, p.1). Esta resolución está dirigida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes, los servicios de transporte especial de pacientes, las entidades con objeto social diferente a prestación de servicios de salud y entidades departamentales y distritales de salud.

En cuanto a las condiciones para habilitarse como prestador de servicios de salud la resolución señala que debe contar con capacidad técnico – administrativa, suficiencia patrimonial y financiera y capacidad tecnológica y científica. Adicionalmente debe contar con inscripción y habilitación de acuerdo con los términos establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud. Para el caso de una Institución Prestadora de Salud se debe cumplir con requisitos como la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), Certificado de Existencia y Representación Legal, documentos de identidad de representantes legales, certificación que demuestre la suficiencia patrimonial y financiera, RUT, NIT y demás documentales legales (Ministerio de Salud, 2014, p.2).

3.1.2.7 Resolución 5592 de 2015, Art. 8, 27, 68 y 82 Ministerio de Salud

La resolución 5592 de 2015 actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

Específicamente el artículo 27 se refiere a la atención domiciliaria, considerada como una alternativa a la atención hospitalaria institucional, aplicable a los casos en que el profesional tratante considere pertinente para continuar el tratamiento del paciente, servicio que debe ser cubierto por las EPS (Ministerio de Salud, 2015, p.14).

El artículo 68 hace alusión a la atención paliativa. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre los cuidados paliativos prestado de manera ambulatoria, domiciliaria o intrahospitalaria de pacientes en estado terminal y pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles que impacten directamente sobre su calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, el Plan de Beneficios y el criterios del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 26 del presente acto administrativo (Ministerio de Salud, 2015, p.25).

De otro lado, la resolución en el artículo 82 habla de la atención para recuperación de la salud, haciendo énfasis en que el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los servicios y tecnologías requeridos para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación en cualquier contingencia de salud, cuya atención se preste en cualquiera de las modalidades: ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, que haya sido ordenada por el profesional tratante (Ministerio de Salud, 2015, p.27).

3.1.2.8 Resolución 6408 de 2016, Ministerio de Salud y Protección Social

La resolución 6408 modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y establece las coberturas de los servicios y tecnologías en salud que deberán ser garantizadas por las Entidades Promotoras de Salud – EPS a los afiliados al SGSSS en el territorio nacional en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente (Ministerio de Salud, 2016, pp.12, 22,25).

3.1.2.9 Resolución 3512 de 2019

La Resolución determina cuáles son los servicios y tecnologías de salud que pueden ser financiados con recursos de la UPC, para que sean garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces. Dichos servicios y

tecnologías son recursos indispensables para cumplir con el concepto de atención integral en salud en cualquiera que sea el nivel de atención: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, como garantía del derecho fundamental a la salud y el acceso a los servicios de salud (Ministerio de Salud, 2019, p.2).

3.2 MARCO CONCEPTUAL

3.2.1 Creación de empresas

La creación de empresas en Colombia puede darse en dos tipos de sectores: público y privado complementada por actividades emprendedoras. En el ámbito público está orientada por la gestión pública a través de fondos cuyos recursos se destinan a apoyar las unidades productivas. En relación al sector privado se enmarca en lineamientos, planes y programas que conducen a promover e impulsar el emprendimiento en el marco de la productividad, competitividad, innovación y sostenibilidad empresarial. El propósito es fomentar el surgimiento de empresas nuevas en diversas líneas de negocio. A través del emprendimiento y la creación de empresas cuya visión sea generar beneficios con responsabilidad social se contribuye ampliamente al crecimiento económico del país.

El fomento de la actividad emprendedora en Colombia está regulado por leyes y normas y específicamente el artículo 333 de la Constitución Política de Colombia, establece la libertad económica y considera la empresa como base para el desarrollo. La Constitución garantiza la libertad de elección de la actividad económica y la iniciativa privada. Por tanto, el Estado, por mandato de la ley, impide que se obstruya o se restrinja la libertad económica y ejerce controles sobre cualquier abuso que personas o empresas hagan de su posición dominante en el mercado nacional (Constitución Política de Colombia, 1991, p.195).

La creación de una empresa conlleva un proceso y generalmente puede surgir a partir de una necesidad, poner en práctica una experiencia adquirida como empleado, la idea de una oportunidad de negocio o seguimiento del funcionamiento de una idea de negocio. Es importante identificar las diferentes formas en que la empresa puede crear valor y competir en

el mercado, es decir, que hay que definir el tipo de negocio que va a desarrollar la empresa, no a partir del producto o servicio que se ofrece, sino a partir de la necesidad del cliente que cubre el producto o servicio (Cámara de Comercio de Bogotá, 2009, p.6).

3.2.2 Tipos de empresas en Colombia

Partiendo de la idea de que las empresas deben orientar sus acciones hacia el cumplimiento de sus objetivos, se hace necesario realizar un análisis de sus fortalezas, debilidad, oportunidades y amenazas para implementar estrategias que orienten sus acciones de una manera organizada. En Colombia existen diversas formas jurídicas para creación de empresas, reguladas por el Código de Comercio Colombiano, según sea su conformación societaria, tamaño, actividad, origen de capital, tamaño y forma jurídica.

3.2.2.1 Según la forma jurídica

3.2.2.1.1 Empresas individuales

- **Empresa natural o comerciante**

Persona que labora habitual y profesionalmente en una actividad determinada que la ley considera como mercantil, por tanto, debe responder por las obligaciones que se derivan del desarrollo de su negocio y todas sus responsabilidades. Es así que debe inscribirse en la Cámara de Comercio para obtener su Registro Mercantil y el Registro Único Tributario.

- **Empresa unipersonal**

Este tipo de empresa se crea con un documento privado ante la Cámara de Comercio o Notaría. El documento de constitución debe presentar el nombre, documento de identidad, domicilio del empresario, razón social de la empresa, domicilio de la empresa, las actividades desarrolladas, el monto de capital, la forma de administración de los bienes y el porcentaje de sustracción para el capital de la empresa.

3.2.2.1.1 Sociedades comerciales

- **Sociedades por Acciones simplificadas S. A. S.**

Este tipo de empresas de duración indefinida y objeto social indeterminado pueden constituirse por una o varias personas. Se constituye por un documento privado registrado en la Cámara de Comercio, donde los accionistas solo responderán por el monto que hayan aportado y se verán ordenados de acuerdo con sus responsabilidades laborales y fiscales.

- **Sociedad Limitada (Ltda).**

La forma de constitución es por medio de escritura pública con dos socios como mínimo y 25 socios como máximo, responsables según el número de acciones de que dispongan. Sin embargo, adquiere compromiso de forma solidaria e ilimitada.

- **Sociedad Colectiva**

Este tipo de sociedad está compuesta por dos o más socios que son solidarios, limitados y subsidiarios con sus obligaciones. La administración puede recaer en cualquiera de los socios o delegada a un tercero. La ley no determina el monto mínimo o máximo de capital que se puede aportar para su constitución, pero sí hace énfasis en que la razón social puede corresponder al nombre de uno de los socios y añadir el término “y compañía”, y hermanos o “e hijos” (García, 2016, p.4).

- **Sociedad Anónima (S. A.)**

Esta forma jurídica es común en grandes y medianas empresas. Se constituye a través de escritura pública por un número de socios que puede estar entre cinco o más, que son responsables de acuerdo al monto de sus contribuciones. Al momento de su constitución debe quedar claro el capital suscrito que no debe ser menor del 50% del capital y pagado no menos del 33% del capital suscrito.

- **Sociedad en Comandita Simple (S. en C.)**

Tipo de empresa constituida por escritura pública por uno o varios gestores o socios comanditarios o capitalistas. Los gestores son solidarios, de manera ilimitada según las operaciones y son los administradores de la empresa, mientras que la responsabilidad de los capitalistas va de acuerdo al monto de sus aportes.

- **Sociedad Comandita por Acciones (S. C. A.)**

Empresa constituida mediante escritura pública por uno o más socios gestores y cinco socios capitalistas como mínimo. La responsabilidad y obligaciones de los socios es la igual que en la Sociedad Comandita Simple y el capital se figura en acciones del mismo valor.

3.2.3 Creación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia

Con el fin de corregir las innumerables falencias observadas por muchos años en la seguridad social en Colombia, tras el surgimiento de la reforma constitucional y la transformación del Estado de Derecho en Estado Social de Derecho, entró en vigencia la Ley 100 de 1993. Los principales inconvenientes que mostraba el servicio de salud era la falta de solidaridad, que se reflejaba en una atención excluyente, donde los servicios se prestaban de acuerdo con la condición económica del paciente; cobertura insuficiente, distribución de recursos inequitativa y falta de eficiencia organizacional.

Siendo así se consagró en la reforma constitucional de 1991, la seguridad social como un derecho irrenunciable, se acordó incluir el servicio de salud público bajo la dirección del Estado y se adoptó un paquete de servicios de salud de acceso gratuito para garantizar los servicios a poblaciones de bajos recursos. Del mismo modo se propició la organización del sector privado para la prestación de servicios de salud integrales donde exista una libre competencia, que enfatice en la prevención y promoción de cuidados de salud, a los cuales pueden acceder los usuarios por medio de afiliación y pago de una contribución mensual como trabajador dependiente o independiente.

A partir de ese momento, el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha sido objeto de modificaciones de acuerdo con las necesidades evidenciadas en el transcurso de su ejecución, con miras al cumplimiento de su objetivo como es la prestación incluyente, equitativa y de calidad. De tal forma que el Ministerio de Protección Social es el ente competente designado para regular la prestación de los servicios de salud públicos y privados, por tanto, determina los requisitos que deben cumplir los prestadores de estos servicios para ser habilitados y diseñar un sistema de clasificación de las IPS asociada al sistema tarifario, acorde al tipo y calidad de servicio que ofrezcan, para dar posibilidad a los usuarios de escoger donde puede ser atendido.

La creación de nuevas empresas en el sector de la salud contribuye en mayor cobertura y al mismo tiempo la competencia favorece al mejoramiento de la calidad de los servicios ofertados y mayor compromiso de los profesionales de la salud, puesto que se ven enfrentados a un nuevo reto que les impone adquirir formación en administración de empresas para hacer que estas instituciones sean sostenibles y rentables. Para el efecto deben aprovechar algunos criterios que permiten estructurar la creación de una empresa, aplicable a una IPS.

En primer lugar, realizar un análisis del sector que incluye identificar alternativas y riesgos, normatividad legal, seguimiento de la competencia y perfil del usuario. En segundo lugar, análisis del entorno interno y externo, tales como factores demográficos, socioeconómicos, relación oferta – demanda e identificación de estrategias de comercialización y promoción para mejor aceptación por parte de los clientes. En tercer lugar, un estudio técnico que contempla establecer las necesidades de recursos logísticos, técnicos y humanos para iniciar labores; así como también los requerimientos de recursos financieros, infraestructura, insumos, distribución y capacidad instalada. Por último y no menos importante es efectuar un estudio que incluya la microlocalización y la macrolocalización para determinar el lugar más adecuado para ubicar la institución.

3.2.4 Programa de Hospitalización Domiciliaria

3.2.4.1 Antecedentes

Con el propósito de hacer historia sobre en qué momento surgió la modalidad de Hospitalización Domiciliaria, vale mencionar que en el juramento hipocrático aparece la siguiente frase “En toda casa que yo visite iré solo para beneficio del enfermo, permaneciendo libre de toda injusticia intencional, de toda acción mala y en particular de relaciones sexuales con mujeres u hombres, sean ellos libres o esclavos...”(Hipócrates, citado por Bustamante 2006, p.1). Posteriormente, revisando la historia de la medicina, en la Edad Media y el Renacimiento existen testimonios que mencionan el uso del modelo de hospitalización domiciliaria para pacientes de un alto nivel social, mientras que los pobres e indigentes eran atendidos en monasterios e instituciones de caridad. La modalidad de hospitalización domiciliaria consiste en la prestación de servicios de salud de parte de cuidadores formales o informales en el hogar del paciente con el fin de promover, restablecer el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte (Organización Mundial de la Salud – OMS, 2008).

Empero, el primer programa de hospitalización domiciliaria formal fue inaugurado en el Bronx, Nueva York, Estados Unidos por el Montefiore Hospital, como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente, con el propósito de “descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación” (Minardi et al, 2000, p.2). Este modelo de hospitalización fue reproducido en otros países como Francia, donde se creó la primera unidad de hospitalización domiciliaria de Europa, en el Hospital Tenon de París y el Sante Service, una ONG donde se prestaba servicios de cuidados paliativos a pacientes con enfermedades crónicas y en fase terminal (Bustamante, 2006, p.2). Otros países de Europa como el Reino Unido, Alemania, Suecia e Italia desarrollaron más adelante el programa adaptándolo a sus respectivos sistemas de salud en cuanto a procedimientos y estructuras. Igualmente, Canadá implementó estos servicios orientados específicamente a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente y posteriormente en el año 1987 realizó una experiencia piloto que denominó *Hôpital extra-*

mural para administrar y controlar los antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos (Minardi et al, 2000, p.2).

No obstante estos antecedentes, puede decirse que fue en los años 80 cuando este modelo de hospitalización tuvo su furor en Europa, donde un gran número de sobrevivientes de la segunda guerra mundial que perdieron su familia, al quedar solos y enfermos en su vejez, al no poderse valer por sí mismos terminaban congestionando los hospitales; entonces, como respuesta a este problema aparecen hogares asistidos, hospicios o unidades de cuidados intermedios atendidos por enfermeras y los servicios de hospitalización en casa. Del mismo modo, por la misma época en Estados Unidos, se crean modelos de atención institucionalizados con alta tecnología que resultan bastante costosos, lo que lleva a buscar modelos más eficientes, de calidad y que satisfagan al usuario, por lo tanto, aparece el *Home Care*, un programa que hasta la fecha ha dado buen resultado tanto en reportes de ventas, empleabilidad y cobertura (Bustamante, 2006, p.2).

Por su parte, la Hospitalización Domiciliaria se implementó en América Latina en los años 90, específicamente en el sistema de atención privado de salud en Argentina y en Colombia la iniciativa fue realizada en el año 1993 por la Fundación Santa Fe con el programa “*Home Care*” (Cuidados en el Hogar), en Bogotá y seguidamente se fue desarrollando en otras ciudades del país.

3.2.4.2 Características

La Hospitalización Domiciliaria es definida por Minardi et al (2000), como una “alternativa asistencial que consiste en un modelo organizativo que dispensa cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario en calidad y cantidad cuando ya no se precisa de infraestructura hospitalaria”. Por su lado, Temes (2012), precisa que “esta actividad se hace con recursos del hospital, sean estos recursos humanos, materiales sanitarios y fármacos; la familia o cuidador del paciente se hace cargo de la alimentación, el aseo, confort y cuidados generales”. Es decir que este modelo de hospitalización es una opción para el paciente de recibir cuidados hospitalarios, tratamientos y todo tipo de atención en salud, en su propia casa y acompañado por su familia, sin tener que permanecer internado en un hospital, de parte de profesionales que le brindan un seguimiento activo y controlado por un tiempo determinado.

En este orden de ideas, la Hospitalización Domiciliaria aparece como una alternativa a la hospitalización convencional de pacientes con padecimientos agudos, para cuya logística los hospitales han debido organizar equipos de trabajo y dispositivos para atención primaria. Es importante precisar que esta modalidad de atención está concebida para el tratamiento de pacientes en condiciones severas de una enfermedad que habitualmente requeriría hospitalización, tal es el caso de una neumonía, infecciones urinarias o insuficiencia cardíaca. El paciente puede ingresar al programa justo al ser dado de alta para continuar el tratamiento o remitido directamente desde el servicio de urgencia para ser atendido sin que tenga que internarse en el hospital.

La hospitalización a domicilio representa una alternativa a la hospitalización hospitalaria cuyo principal beneficio para el paciente es poder recibir cuidados, atención y cualquier tipo de tratamiento o terapia en su propia casa en las mejores con la misma calidad como si fuera atendido en un centro hospitalario, de parte de profesionales de la salud. Es una modalidad utilizada para pacientes que no requieren permanencia hospitalaria, pero sí una continuidad en su tratamiento de forma frecuente durante un tiempo limitado o ilimitado. Entre las principales ventajas, el programa favorece el bienestar y calidad de vida tanto del usuario como de su familia, disminuye el riesgo de contagios e infecciones hospitalarias, promueve el autocuidado y la participación de la familia en la evolución del paciente, evita traslados innecesarios al hospital, atención personalizada y mejor aprovechamiento de recursos e infraestructura en sedes hospitalarias.

Un programa de Hospitalización a Domicilio está conformado por médicos, enfermeras y terapeutas que prestan asistencia profesional y con los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para que cuenten con las mismas condiciones clínicas como si se encontrara ingresado en el hospital. Por sus condiciones, el equipo debe estar disponible 24 horas al día y todos los días del año. La mayor parte de los autores resaltan la necesidad de una mayor colaboración entre los servicios hospitalarios y extrahospitalarios -atención primaria, ambulatoria y domiciliaria y servicio social- para posibilitar una asistencia continua y eficaz (Glez, 1998, p.2; Cowen, 1998, y LoFaso, 2000). Por su parte Bermejo y colaboradores (1997),

señalan “la importancia de la Hospitalización Domiciliaria como puente entre el hospital y la atención primaria de salud, posibilitando el establecimiento de labores compartidas y permitiendo una interacción progresiva y real entre los dos principales niveles de atención”.

La rápida acogida de la implementación de programas de Hospitalización Domiciliaria se debe a que el hogar es el mejor lugar para que un paciente lleve a cabo su recuperación y se cuenta con el acompañamiento familiar, lo que repercute en el mejoramiento de su calidad de vida y permite disponer de camas hospitalarias para pacientes que ameritan internarse para recibir atención médica. En ese orden de ideas, la Hospitalización Domiciliaria no solo ofrece una mejor atención sino mayor satisfacción del paciente y de la familia durante el tiempo que transcurre en el tratamiento.

Para que un paciente pueda ser admitido en el Programa de Hospitalización Domiciliaria debe cumplir con algunos requisitos como, por ejemplo, pacientes dados de alta después de un periodo de hospitalización corto, que requieren seguimiento por un tiempo adicional pero no es necesario continuar internado, para luego ser dado de alta definitivamente. Es el caso de paciente que fueron intervenidos quirúrgicamente, postoperatorios de cirugía traumatológica, cirugías menores o tratamientos de úlceras cutáneas. Otro tipo de pacientes susceptibles de hacer uso de este tipo de servicio son los que sufren algún tipo de enfermedades infecciosas, quimioterapias, enfermedades neurológicas, pacientes con nutrición parenteral o ventilación mecánica. Los pacientes crónicos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatías, VIH, cirrosis hepática o enfermedades terminales corresponden a un grupo de usuarios que pueden ser remitidos a Hospitalización Domiciliaria por su condición médica.

La Hospitalización Domiciliaria constituye una estrategia innovadora como alternativa de atención sanitaria en el sector de la salud y como apoyo a los servicios hospitalarios para contribuir a mejorar la sobreocupación y el mejor aprovechamiento de los recursos. En razón a lo anterior, es importante que exista congruencia en el trabajo del equipo multidisciplinario de la salud, el sistema sanitario y los servicios sociales, para beneficio y recuperación del paciente.

3.2.4.3 Programa de Hospitalización Domiciliaria en Colombia

Los programas de hospitalización domiciliaria en Colombia surgen como una estrategia para la atención de los usuarios crónicos afiliados al Instituto Nacional de Seguros Sociales, como el resultado de fallos judiciales que obligaban a las empresas aseguradoras a garantizar la atención del enfermo en su hogar con prestación permanente de cuidados médicos, enfermería y rehabilitación (Sánchez et al., 2016, p.4). Esta modalidad de atención está descrita la Resolución 5261 de 1994, por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el artículo 8º de la Resolución se define como “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 a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin” (Ministerio de Salud, 1994, p.3). Posteriormente el Acuerdo 08 de 2009, define la atención domiciliaria como “atención extrahospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud desde el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud con participación de la familia” (Comisión de Regulación en Salud, 2009, p.3).

Se considera susceptible de PHD todo paciente cuyo estado de salud no justifica la estancia en una institución hospitalaria, pero que necesita una vigilancia activa con intervenciones frecuentes de profesionales en el área de la salud (médico general y especialista, enfermera, terapeuta, psicólogo, nutricionista, etc.), que garantice los cuidados, continuidad en los tratamientos prescritos, toma de laboratorios, toma de electrocardiograma. Si surge alguna complicación o empeora el cuadro del paciente se toma la determinación de remitir al paciente a la institución hospitalaria.

A pesar que el modelo de atención domiciliario ha resultado beneficioso para los sistemas de salud, por contribuir a descongestionar las instituciones hospitalarias, no se le ha brindado mayor divulgación. Su desarrollo se ha dado por parte de la creación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que realizan convenios específicos con aseguradoras del

Régimen Contributivo, Subsidiado y Sistemas de Medicina Prepagada para atención de pacientes crónicos y hospitalización domiciliaria (Sánchez et al., 2016, p.4).

Teniendo en cuenta que el objeto social de este tipo de instituciones se desarrolla en el área de la salud, su interés se proyecta en el bienestar del paciente y su familia, por lo cual debe contar con un portafolio de servicios de atención en salud domiciliaria que pretenda mejorar la calidad de vida de los usuarios durante la evolución de su enfermedad, mediante una atención profesional en la calidez de su hogar y con el beneficio de la reducción de costos por concepto de hospitalización mediante los servicios de:

- Hospitalización en el domicilio (auxiliar de enfermería de acompañamiento, medicina general, medicina especializada, apoyo terapéutico, nutrición y curaciones) combina diferentes servicios que garantizan una atención hospitalaria en postoperatorio de casos agudos.
- Servicio domiciliario asistencial (Medicina general, medicina especializada, apoyo terapéutico, nutrición y curaciones) para manejo de pacientes con patologías crónicas y terminales. Curación y manejo de heridas/ escaras
- Aplicación de medicamentos (auxiliar de enfermería para la administración de medicamentos y asistencia médica) asistencia y acompañamiento para pacientes adulto mayor con limitaciones que requieran ayuda y acompañamiento. Pacientes que después de ser valorados en consulta prioritaria pueden ser manejados de forma ambulatoria y así cumplir el tratamiento prescrito por el médico tratante.
- Consulta psiquiatría y psicología de enlace
- Orientación médica telefónica (24 horas)
- Manejo de terapia switch
- Control de glucometrías, toma de electrocardiograma y muestras de laboratorio
- Manejo de sonda y ostomías
- Cuidado paliativo con médicos especialista
- Soporte nutricional enteral
- Atención y entrenamiento a paciente crónico y familia (cuidadores)
- Suministro de oxígeno, bombas de infusión

Es evidente que, en Colombia, el servicio de atención hospitalaria a domicilio es una alternativa eficiente como apoyo a la crisis del sistema de salud por falta de infraestructura suficiente para cubrir adecuadamente la atención médica a las personas que demandan la prestación de servicios de salud. Es así que el crecimiento demográfico de la población adulta mayor que presentan enfermedades crónicas, el surgimiento de enfermedades huérfanas y tratamientos de enfermedades de alto costo aceleraron la implementación de programas de atención hospitalaria a domicilio como soporte asistencia de los diferentes centros hospitalarios.

Con el propósito de reducir los costos en los servicios de hospitalización, la implementación y estructuración de programas de servicios domiciliarios representa una herramienta importante. Permite garantizar cupo hospitalario para personas que ameritan estar hospitalizados y posibilita brindar atención en su propio domicilio a pacientes por parte de profesionales de la salud y rodeados de su núcleo familiar y de otros elementos que complementan un ambiente propicio para su recuperación y/o rehabilitación (Sánchez & Fuentes, 2016). En el mismo sentido, la implementación del modelo de atención hospitalaria a domicilio coadyuva en la rentabilidad hospitalaria, al reducir los tiempos de estancia en hospitales, la reducción de riesgos por infecciones nosocomiales, dado que al lograrse que un paciente pueda ser atendido en su propio domicilio se evitaría su permanencia en una unidad hospitalaria y el contacto con otros pacientes y exponerse innecesariamente.

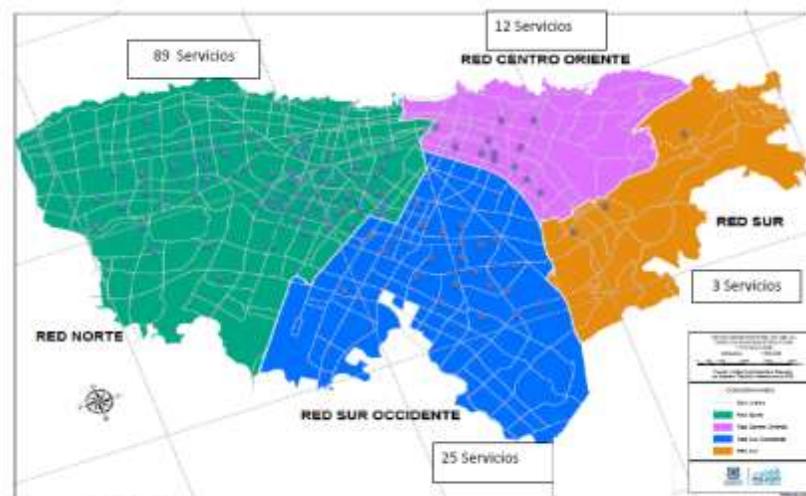
La atención domiciliaria en Colombia, como alternativa a la atención hospitalaria institucional, para pacientes cuyo médico tratante lo considere pertinente, está financiada con recursos de la UPC, bajo las normas de calidad vigentes. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, son responsables de verificar que el domicilio del paciente cuente con las condiciones necesarias, según lo dispuesto en las normas vigentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). El objetivo central de esta modalidad es brindar un servicio de acompañamiento integral óptimo en conjunción con los familiares hasta tanto se logre la recuperación o estabilización del paciente.

Según registros del Ministerio de Salud la modalidad extramural domiciliaria se presenta en mayor número en Valle del Cauca, Bogotá D. C., Santander y Atlántico. Del total nacional 184.234 servicios se encuentra que se presentan mayor número de servicios en la modalidad extramural domiciliaria 10.575, en la modalidad extramural combinada (unidad móvil, domiciliario y otras extramural) existen 3.398 y servicios que no presentan modalidad extramural se encuentran 154.324 en Colombia (Ministerio de Salud, s/f, p. 95). En relación con los servicios habilitados para atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador, los departamentos con mayor cobertura son Atlántico, Antioquia, Santander, Cesar y Valle del Cauca con un total de 11 a 18, de un total de 122 a nivel nacional; mientras que el menor número de servicios se encuentra en San Andrés y Providencia, Quindío y Cundinamarca.

3.2.4.3.1 Atención hospitalaria a domicilio en Bogotá

El Distrito Capital destinó una inversión superior a los 5 mil millones de pesos para poner en funcionamiento un programa de Atención Médica Domiciliaria denominado AMED, con el que pretende atender 1.500 pacientes mensuales en Bogotá, y que beneficiará a los usuarios de la red pública hospitalaria, con proyección a afiliados del régimen contributivo, a través de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud que conformaron equipos interdisciplinarios integrados por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas, regentes de farmacia, auxiliares administrativos y líderes de programa para dar cobertura a las 20 localidades del distrito (Secretaría de Salud, 2021). El proceso de inclusión al programa comienza con los médicos hospitalarios que deciden qué paciente puede concluir su recuperación en su hogar. Posteriormente la Trabajadora social se encarga de realizar la visita al domicilio del paciente para determinar si las condiciones de la vivienda son adecuadas al estado de salud del paciente. El programa está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. Según datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS a noviembre de 2016 existían en Bogotá 10 IPS públicas, 118 privadas y 1 mixta. En la Gráfica 1 se muestra la distribución de IPS con atención domiciliaria en Bogotá a noviembre de 2016.

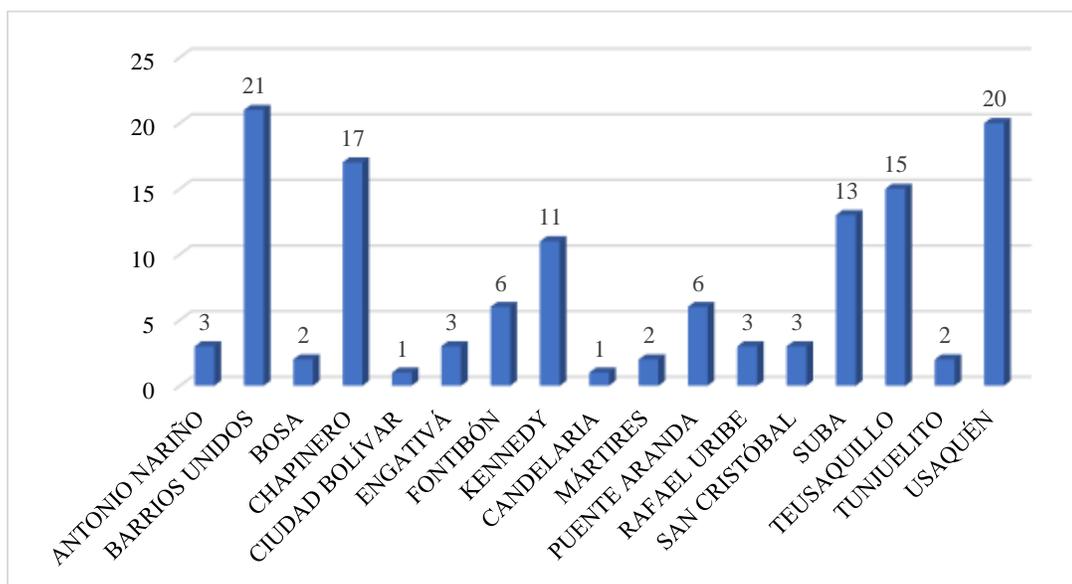
Gráfica 1. IPS habilitadas para prestación de servicios de atención domiciliaria en Bogotá D. C., a noviembre de 2016



Fuente: Secretaría de Salud (2016).

La distribución de IPS con servicio de atención domiciliaria por localidad en Bogotá D. C., a noviembre de 2016 refleja que la mayor concentración se encuentra en las localidades de Barrios Unidos (16%), Usaquén (16%) y Chapinero (13%). En la Gráfica 2 se muestra la distribución de IPS que cuentan con servicio de atención domiciliaria por localidades en Bogotá a noviembre de 2016.

Gráfica 2. Distribución de IPS con programas de atención domiciliaria por localidad en Bogotá D. C. a noviembre de 2016



Fuente: Secretaría de Salud (2016).

De otro lado, en la Tabla 1 se registra el número de pacientes atendidos por las diferentes EPS dentro de los programas de atención domiciliar en Bogotá en el periodo comprendido entre 2015 y 2015, según cifras presentadas en un informe de la Secretaría de Salud (2016).

Tabla 1. Número de pacientes atendidos en el programa de atención domiciliar por las diferentes EPS en Bogotá durante el periodo enero 2015 a noviembre de 2016.

EAPB	Total atenciones
Aliansalud	30.696
Cruz Blanca	1.498
Cafesalud	20.660
Salud Total	2.922
Famisanar	43.669
Sanitas	2.361
Sura	4.978
Compensar	251.061
Nueva EPS	334.198
Unicajas	522
Coomeva	Sin datos
Servicios Occidentales de Salud	Sin datos
Salud Vida	Sin datos
TOTAL	692.565

Fuente: Secretaría de Salud (2016)

Analizando la tabla anterior se puede observar que el mayor número de pacientes fue atendido por Nueva EPS con 334.198, seguido por Compensar con 251.061. En último lugar con 522 pacientes atendidos aparece Unicajas.

De acuerdo con información entregada por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) a la Secretaría de Salud para el periodo 2016, los principales motivos de consulta son:

- Eventos cerebro vasculares.

- Cuadros infecciosos que son sujetos a alta temprana para completar manejo en casa (Infecciones Respiratorias, Infecciones de Tejidos Blandos).
- Hipertensión Arterial.
- Enfermedades pulmonares crónicas de diversas etiologías.
- Parálisis cerebral.
- Secuelas de Hipoxia.
- Manejo de pacientes en post operatorios de todos los tipos.

3.2.4.3.2 Atención hospitalaria a domicilio en Chía

En el caso particular del municipio de Chía, la prestación de servicios de salud está a cargo de tres centros hospitalarios como son el Hospital de Chía, la Clínica de la Universidad de La Sabana y la Clínica Chía, a pesar de contar con buena capacidad instalada no es suficiente para atender la demanda de servicios de la población del municipio y aun no cuentan con el programa de hospitalización domiciliario, que debe ser suplido por particulares y hay muy pocas empresas dentro de este mercado en relación con la demanda, ya que la atención domiciliaria requiere de un cuidado individualizado, oportuno e inmediato que proporcione las mejores condiciones de calidad de vida al usuario.

Debido a las falencias encontradas en el municipio de Chía en relación a la prestación de servicios de hospitalización domiciliaria a domicilio, los habitantes se ven obligados a contratar los servicios con empresas que tienen su sede principalmente en Bogotá que, aunque hay mucha cercanía, dificulta un poco la oportunidad e inmediatez del servicio. No obstante, siendo mayor la demanda que la oferta de este tipo de servicio de salud, no se considera como competencia directa las empresas con sede en Bogotá, precisamente por la falta de inmediatez para atender a usuarios residentes en Chía.

En razón de lo anterior, se plantea la idea para un modelo de negocios que se enfoca principalmente en población adulta, usuarios de diferentes aseguradoras de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en Salud EAPB, Empresas de Medicina Prepagada y Empresas de Planes Complementarios en Salud, residentes o vecinos del municipio de Chía,

que por haber sido hospitalizados en clínicas y/u hospitales de la Sabana de Bogotá, por criterio médico deban ser remitidos a hospitalización domiciliaria para continuar siendo manejados por el programa de Paciente Hospitalizado en Domicilio (PHD) en cualquiera de las diferentes disciplinas que incluya dicho programa.

Por otra parte, el hecho de que se observe un alto incremento demográfico en el municipio ya sea por la migración desde otras ciudades o por el auge en la construcción y las características propias de la población, aunado a la evidencia de la ausencia de prestación de servicios de hospitalización a domicilio para cuidado de pacientes adultos y crónicos, surge la oportunidad de negocio para ofrecer cuidados médicos especializados y personalizados en el domicilio de los pacientes con cobertura las áreas rurales y urbanas del municipio de Chía. Vale decir que

3.2.4.4 Indicadores de calidad y estándares de habilitación para servicios de salud a domicilio

Partiendo de la idea de que la calidad de la atención en salud es una prioridad, es imprescindible para el programa de hospitalización domiciliaria en la medida que los cuidados que los profesionales de la salud brindan, intervienen de manera positiva en los resultados y procesos que atraviesa el paciente. El Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, Resolución 3100 de 2019, define condiciones en cuanto a talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, manejo de historia clínica y registros, procesos prioritarios e interdependencia.

3.2.4.4.1 Talento humano

Respecto al talento humano determina que debe contar con títulos de educación superior o certificado de aptitud ocupacional, constancia de formación en manejo del dolor y cuidado paliativo, para atención de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles. La cantidad de personal es establecida por la institución de acuerdo con sus

necesidades. En la Tabla 2 se relacionan los requerimientos de personal de acuerdo con la condición médica del paciente.

Tabla 2. Requisitos de personal de acuerdo con la condición médica del paciente

Paciente crónico con ventilador	Paciente crónico sin ventilador complejidad baja	Paciente agudo	Rehabilitación	Consulta externa
<p>Profesionales en medicina, nutrición, psicología y terapias.</p> <p>Profesional de enfermería y auxiliar de enfermería.</p> <p>Personal auxiliar de enfermería con formación en soporte vital básico.</p>	<p>Complejidad baja Profesionales en medicina, nutrición, psicología y terapia Profesional de enfermería y auxiliar de enfermería</p> <p>Complejidad media Profesional en medicina según la oferta y necesidad del paciente y profesionales de la salud.</p> <p>De igual forma que con pacientes de baja complejidad más otro tipo de profesionales según las necesidades del paciente.</p>	<p>Profesionales en medicina y enfermería, auxiliares de enfermería</p>	<p>Profesionales de la salud titulados de acuerdo a los programas académicos del Ministerio de Educación en el área de rehabilitación según las necesidades del paciente.</p>	<p>Profesional de la salud con título autorizado por el MEN. Para medicina alternativa y terapias alternativas y complementarias, profesional de la salud certificado con título de especialista en el ámbito de su disciplina</p>

Fuente: Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria (2020).

3.2.4.4.2 Infraestructura

Los requisitos de habilitación para la infraestructura de la sede de la institución contemplan lo siguiente:

- Concepto sanitario.
- Señalización y planos con indicaciones de rutas de evacuación, salidas de emergencia y puntos de encuentro visibles.
- En el caso de contar con farmacia, debe contar con planta eléctrica y cadena de frío.
- Suministro de servicios de energía eléctrica, agua, alcantarillado y sistemas de comunicaciones.
- Escaleras o rampas uniformes con material antideslizante, pasamanos en ambos lados y protecciones laterales hacia espacios libres.
- Área para almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos.
- Área para archivo de historias clínicas y registros.
- Área de aseo, limpieza y desinfección para las unidades móviles.

El domicilio del paciente también debe cumplir las siguientes condiciones:

- Contar con servicios públicos domiciliarios: energía eléctrica, acueducto, alcantarillado y sistema de comunicaciones.
- Unidad sanitaria o baño.

3.2.4.4.3 Dotación

- Relación de equipos biomédicos requeridos para la prestación de servicios de salud que incluya nombre del equipo biomédico, marca, modelo, serie, registro sanitario para dispositivos médicos o permiso de comercialización para equipos biomédicos de tecnología controlada y clasificación por riesgo, cuando el equipo lo requiera.
- Programa de capacitación en el uso de dispositivos médicos.
- Garantía de las condiciones técnicas de calidad de los equipos biomédicos, mediante programa de mantenimiento preventivo que incluya recomendaciones establecidas por el fabricante o el protocolo de mantenimiento.

- Sistema de telecomunicaciones de doble vía y conectividad.

En la Tabla 3 se relaciona la dotación que requiere una IPS de atención domiciliaria según la condición médica del paciente.

Tabla 3. Requerimientos de dotación según condición médica del paciente

Paciente crónico con ventilador	Paciente crónico sin ventilador complejidad baja	Paciente agudo	Rehabilitación	Consulta externa
Disponibilidad de un ventilador mecánico de respaldo. En el domicilio se debe contar con un resucitador pulmonar manual, succión y ventilador mecánico con especificaciones técnicas para uso domiciliario.	El domicilio debe contar con nevera, para los medicamentos que requieran de cadena de frío. En la sede debe existir equipos biomédicos como fonendoscopio, tensiómetro, equipo de órganos, oxímetro, glucómetro, termómetro, metro, atriles y bomba de infusión y silla de ruedas.	El domicilio debe contar con nevera, para los medicamentos que requieran de cadena de frío. En la sede debe existir equipos biomédicos como fonendoscopio, tensiómetro, equipo de órganos, oxímetro, glucómetro, termómetro, metro, atriles y bomba de infusión.	Dotación requerida para realizar los procedimientos de acuerdo con el estándar de procesos prioritarios.	Fonendoscopio para adulto o pediátrico según la oferta del servicio, tensiómetro, equipo de órganos de los sentidos, oxímetro, glucómetro, martillo de reflejos, termómetro, cinta métrica, báscula o pesa bebés.

Fuente: Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria (2020).

3.2.4.4.4 Medicamentos, dispositivos médicos e insumos

- Registro de todos los medicamentos, principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida, registro sanitario vigente o permiso cuando se autorice, expedido por el Invima.
- Información de los dispositivos médicos que contenga descripción, marca del dispositivo, serie, presentación comercial, registro sanitario vigente o permiso de

comercialización expedido por el Invima, clasificación por riesgo, vida útil, lote y fecha de vencimiento.

- Suficiencia de dispositivos médicos de acuerdo con la frecuencia de uso.
- Mantener las condiciones de almacenamiento, conservación, control fecha de vencimiento, uso y custodia de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos contenidos en los carros de paro.
- La unidad móvil debe contar con dispositivos médicos e insumos asistenciales según la patología del paciente o eventos de interés en salud pública cuando se requiera y medicamentos de acuerdo con inventario establecido por el prestador acorde a lo documentado en sus procesos prioritarios.

En la Tabla 4 se relacionan los requerimientos de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en una IPS de atención domiciliaria según la condición médica del paciente.

Tabla 4. Requerimientos de medicamentos, dispositivos médicos e insumos según condición médica del paciente

Paciente crónico con ventilador	Paciente crónico sin ventilador complejidad baja	Paciente agudo	Rehabilitación	Consulta externa
- Oxígeno medicinal portátil. - Dispositivos médicos e insumos según patología. - Medicamentos de acuerdo con inventario establecido para uso en casa.	- Oxígeno medicinal portátil. - Dispositivos médicos e insumos según patología. - Medicamentos de acuerdo con inventario establecido para uso en casa.	- Oxígeno medicinal - Dispositivos médicos e insumos según patología. - Medicamentos de acuerdo con inventario establecido para uso en casa.	Criterios aplicables a todos los servicios.	Criterios aplicables a todos los servicios.

Fuente: Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria (2020).

3.2.4.4.5 Procesos prioritarios

En la Tabla 5 se incluyen los requerimientos de procesos prioritarios que debe establecer una IPS de atención domiciliaria de acuerdo con la condición médica del paciente.

Tabla 5. Requerimientos de procesos prioritarios según condición médica del paciente

Paciente crónico con ventilador	Paciente crónico sin ventilador complejidad baja	Paciente agudo	Rehabilitación	Consulta externa
<ul style="list-style-type: none"> - Solicitud de interconsulta. - Control de líquidos. - Plan de cuidados de enfermería. - Administración de medicamentos. - Sujeción de pacientes. - Toma de muestras de laboratorio clínico. - Cateterismo vesical. - Preparación para la toma de imágenes diagnósticas. - Indicaciones de autocuidado de la salud. - Manejo nutrición enteral y parenteral. - Ingreso y egreso de pacientes. - Mecanismo de respuesta en caso de falla del ventilador. - Entrenamiento y capacitación al paciente, familia y cuidador que incluya manejo de asepsia y antisepsia, manejo de residuos, uso y almacenamiento de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitud de interconsulta. - Control de líquidos. - Plan de cuidados de enfermería. - Administración de medicamentos. - Sujeción de pacientes. - Toma de muestras de laboratorio clínico. - Cateterismo vesical. - Preparación para la toma de imágenes diagnósticas. - Indicaciones de autocuidado de la salud. - Manejo nutrición enteral y parenteral. - Ingreso y egreso de pacientes. - Mecanismo de respuesta en caso de falla del ventilador. - Entrenamiento y capacitación al paciente, familia y cuidador que incluya manejo de asepsia y antisepsia, manejo de residuos, uso y almacenamiento de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Criterios de ingreso y egreso del servicio. - Referencia y contra referencia que incluye el traslado del paciente. - Plan individualizado de atención según morbilidad. - Permanencia del talento humano en salud en el domicilio. - Manejo del dolor y cuidado paliativo cuando se requiera. - Atención de enfermería. - Revisión de equipos biomédicos. - Alimentación enteral. - Colocación de catéteres. - Manejo de medicamentos en casa. - Entrenamiento y capacitación al paciente, familia y cuidador que incluya manejo de asepsia y antisepsia, manejo de residuos, uso y almacenamiento de medicamentos. 	<p>Actividades de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria, terapia del lenguaje, entre otras.</p> <p>Procedimientos que incluyan las áreas o ambientes, equipos biomédicos y dispositivos médicos e insumos requeridos.</p>	<p>Procedimientos que se puedan realizar incluyendo aquellos que requieran anestesia local y no impliquen anestesia regional ni general.</p>

Fuente: Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria (2020).

3.2.4.4.6 Historia clínica y registros

- Toda atención por primera vez debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.

- Los medios electrónicos para la gestión de la historia clínica garantizan la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en esta y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.
- La historia clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar de espacios en blanco y sin utilizar siglas.
- La historia clínica y demás registros son conservados en archivo único garantizando la custodia y confidencialidad de los documentos o registros protegidos legalmente por reserva.
- Contar con el procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o su responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencia (Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria, 2020).

3.2.4.4.7 Interdependencia

En el caso de interdependencia con otras entidades de salud, debe existir un contrato o acuerdo escrito previo entre las dos partes donde se establezca que el servicio es un apoyo al servicio principal, estableciendo la calidad en la entrega de los productos y procedimientos de atención del servicio.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente proyecto que pretende presentar un modelo para la creación de una IPS para atención hospitalaria en domicilio en el municipio de Chía, tiene un enfoque descriptivo. Inicialmente se lleva a cabo una revisión documental del tipo artículos, proyectos, investigaciones, archivos de internet referentes al tema de investigación que aportaron información valiosa para realizar el estudio de mercado sobre oferta y demanda, la evaluación financiera, el estudio técnico y administrativo para plantear las estrategias de mercado que hagan viable la propuesta. Descriptivo se refiere a que como parte del proyecto se presentará una información concisa sobre el análisis de resultados de un sondeo general de posibles clientes potenciales que se realizó como ejercicio, con el objetivo de detectar las preferencias de los usuarios y el tipo de atención que se demanda en un programa de hospitalización domiciliaria. Ver anexo 1.

Como parte de la investigación de mercados se efectuará un análisis descriptivo del sector, el mercado y la competencia. El sector productivo que corresponde al proyecto es el terciario de la economía, por ubicarse en prestación de servicios. De igual manera pertenece al sector salud, del cual cabe mencionar que en Colombia está regido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, conformado por Entidades Promotoras de Salud públicas o privadas a las que los usuarios se afilian y reciben atención por medio de Instituciones Prestadoras de Salud – IPS. El Plan Obligatorio de Salud ofrece dos regímenes: subsidiado o contributivo. El análisis de mercado considera las preferencias de los usuarios de los servicios de salud, las características geográficas, socioeconómicas, demográficas y psicológicas del entorno planteado para establecer una IPS para servicios de atención hospitalaria en domicilio. Por último, el análisis de la competencia se hará un comparativo entre las empresas que prestan servicios similares a los que propone el proyecto, dentro del municipio y en Bogotá, como posibles competidores.

De otro lado, el estudio técnico que representa una guía para proponer diversos aspectos para la puesta en marcha de una IPS para atención hospitalaria en domicilio como son: localización y capacidad instalada requerida, identificación de los servicios proyectados, requerimiento de activos y personal, así como costos de producción, administración y proyección de ventas.

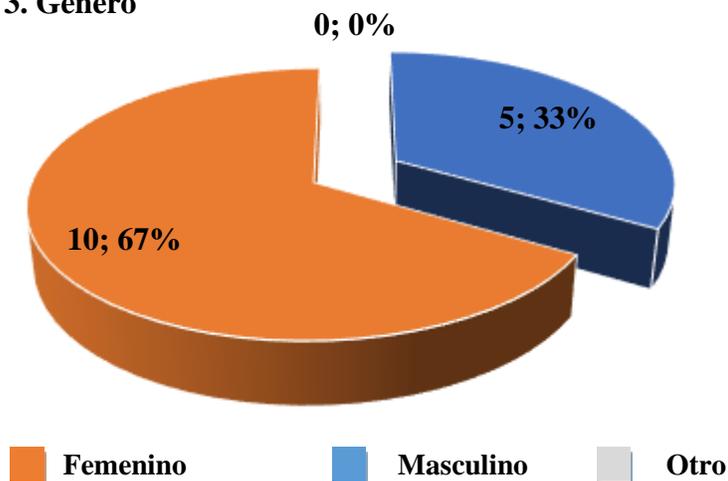
El estudio administrativo propone aspectos necesarios para establecer una organización empresarial. Se debe tener en cuenta aspectos como la misión, visión, valores corporativos, objetivos corporativos e imagen corporativa. Del mismo modo conviene establecer estrategias organizacionales que contribuyan a la viabilidad del proyecto como son el análisis DOFA, la estructura organización, la relación de cargos y el número de empleados. No se puede dejar de lado el aspecto legal, fundamental para el funcionamiento de la empresa como son constitución, clasificación de la actividad económica y entidades reguladoras.

En último término se presenta el estudio financiero que comprende una proyección de ingresos y egresos. Los ingresos atañen a las entradas económicas de la empresa tales como fuentes de financiación, estructura de capital requerido, balance general proyectado a 5 años, estado de pérdidas y ganancias proyectado a 5 años y flujo de caja proyectado a 3 años. Los egresos equivalen a las salidas económicas de la empresa sustentadas por el capital de trabajo. Con esta información se realizará un cotejo entre la inversión y los beneficios económicos para establecer la utilidad operacional, el margen bruto de utilidad y el margen neto de utilidad de la empresa.

El análisis y resultados de cada uno de estos estudios permitirá valorar la viabilidad para la creación de una Institución Prestadora de Salud para atención hospitalaria en domicilio en el municipio de Chía (Cundinamarca). Con el propósito de verificar a motu proprio las características de la población en cuanto a rango de edad, género, nivel socioeconómico, afiliación a salud y preferencias en relación con servicios de atención en salud, se realizó un sondeo con posibles clientes potenciales a un grupo de 15 personas con el propósito de verificar la viabilidad de creación de una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía – Cundinamarca. Ver Anexo 1. A continuación, los resultados:

Pregunta 1. ¿Cuál su género?

Gráfica 3. Género

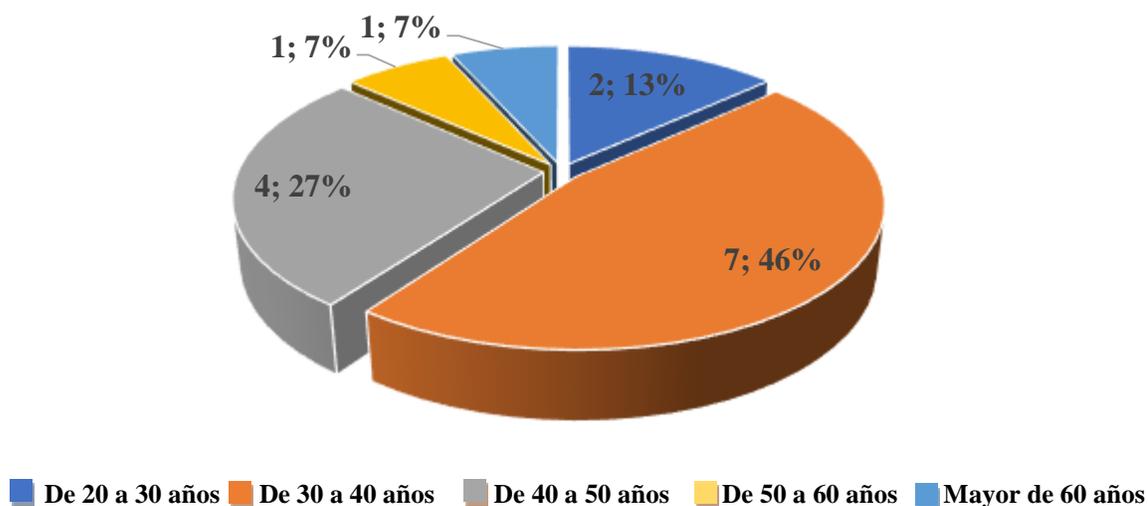


Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

En la Gráfica 3 se relaciona el género de las personas encuestadas. Del total de encuestados (15), 10 eran mujeres, correspondiente al 66% y 5 hombres para un 33%.

Pregunta 2. ¿En qué rango de edad se encuentra?

Gráfica 4. Rango de edad de la población

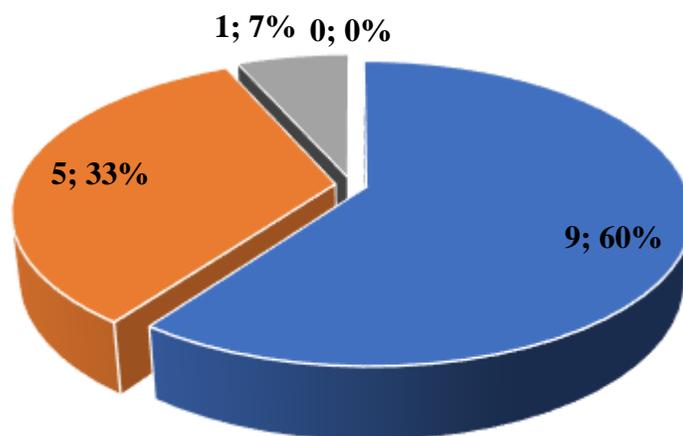


Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

En la Gráfica 4 se describe el rango de edad de las personas encuestadas, el cual está representado así: Entre 20 a 30 años, 2 personas (13%), de 30 a 40 años 7 personas (46%), de 40 a 50 años 4 personas (27%), de 50 a 60 años 1 persona (7%) y mayores de 60 años 1 persona (7%). Es decir que el mayor grupo encuestado corresponde al rango de 30 a 40 años.

Pregunta 3. ¿Cuál es su nivel de ingresos?

Gráfica 5. Nivel de ingresos



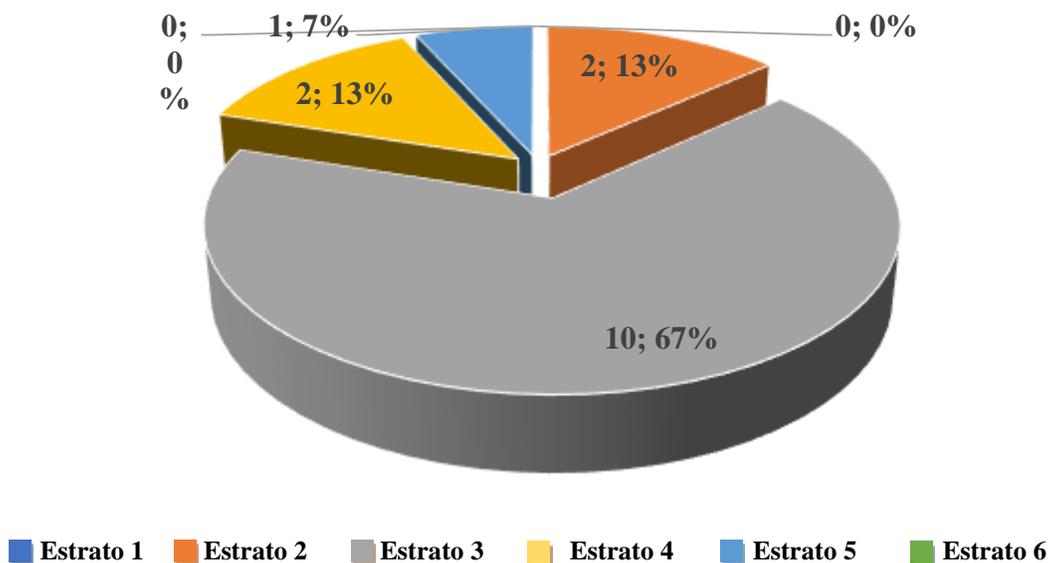
■ Un salario mínimo ■ Dos salarios mínimos ■ Tres salarios mínimos ■ Más de tres salarios mínimos

Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

En la Gráfica 5 se describe el nivel de ingresos de los encuestados. Se evidencia que del grupo encuestado 9 personas reciben como ingreso un salario mínimo (60%), 5 personas devengan dos salarios mínimos mensuales (33%), 1 persona recibe tres salarios mínimos mensuales (7%) y no se entrevistó a ninguno que recibiera más de tres salarios mínimos (0%). El mayor número de personas se encuentran en el nivel de ingresos de un salario mínimo y dos salarios mínimos. En la Gráfica 5 se representa el nivel de ingresos del grupo encuestado.

Pregunta 4. ¿En qué estrato socioeconómico está ubicado su domicilio?

Gráfica 6. Estrato socioeconómico

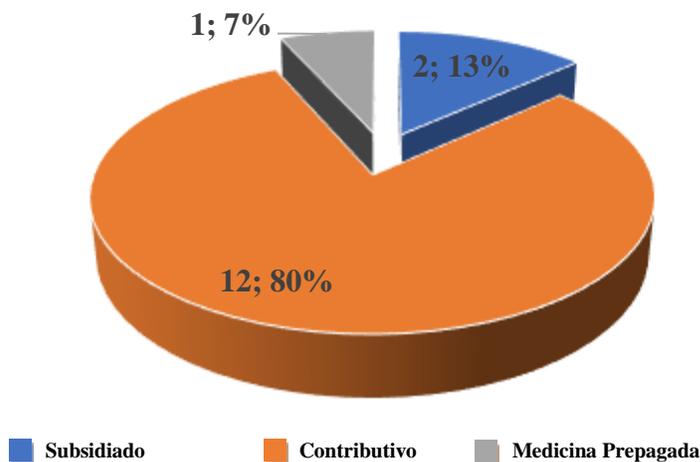


Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

En la Gráfica 6 se relaciona el estrato socioeconómico de los encuestados. Respecto al estrato socioeconómico, no se encontró ningún encuestado que correspondiera al estrato 1, ni al estrato 6. Los demás se discriminan así: Al estrato 2, 2 personas (13%), Estrato 3, 10 personas (67%), Estrato 4, 2 personas (13%), Estrato 5, 1 persona (7%). El mayor número de personas se encuentra en estrato 3, en estrato 2 y 4 en cada uno hay 2 personas y al estrato uno tan solo 1 persona. La Gráfica 6 muestra la distribución del grupo encuestado según su estrato socioeconómico.

Pregunta 5. ¿A cuál régimen del Sistema de Seguridad Social en Salud, pertenece?

Gráfica 7. Régimen de Sistema de Seguridad Social en Salud

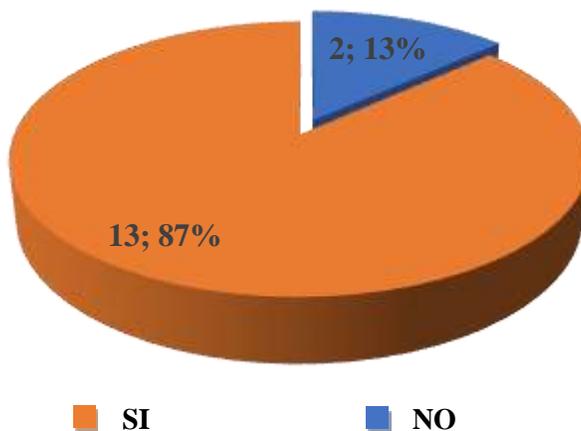


Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

La Gráfica 7 refleja las respuestas a la pregunta 5 que cuestiona sobre el régimen de seguridad social al cual pertenece cada encuestado. Se obtiene como resultado que el mayor número de personas (12) pertenece al régimen contributivo 80%, 2 personas pertenecen al régimen subsidiado (13%) y tan solo 1 dice tener medicina prepagada (7%).

Pregunta 6. ¿Padece usted de alguna enfermedad?

Gráfica 8. Padecimiento enfermedades

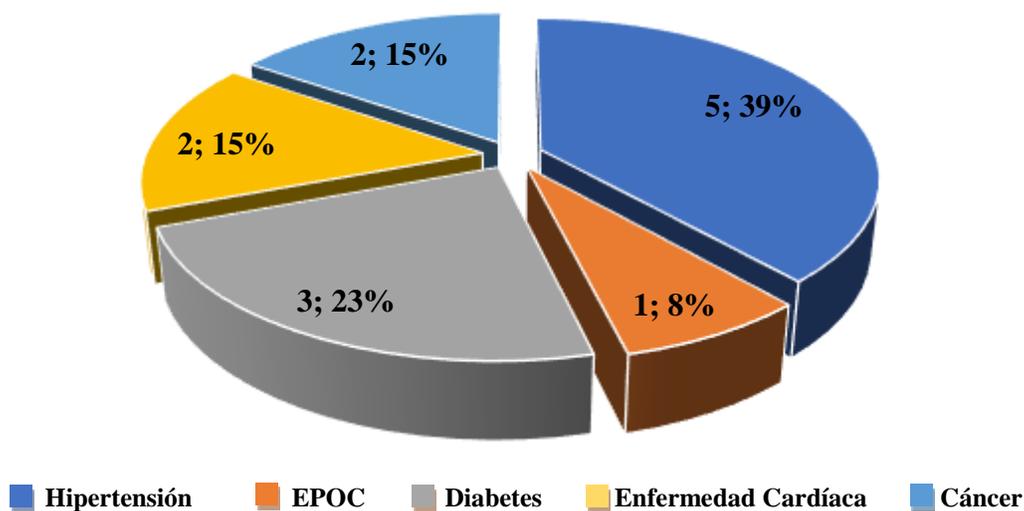


Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

En la Gráfica 8 aparecen las respuestas a pregunta 6 que cuestiona sobre si padece algún tipo de enfermedad, a lo cual los encuestados respondieron así: 13 personas responden afirmativamente (87%) y 2 respondieron negativamente (13%). Por tanto, el mayor número de personas tienen algún padecimiento de salud.

¿Cuál enfermedad?

Gráfica 9. Tipo de enfermedad que padece

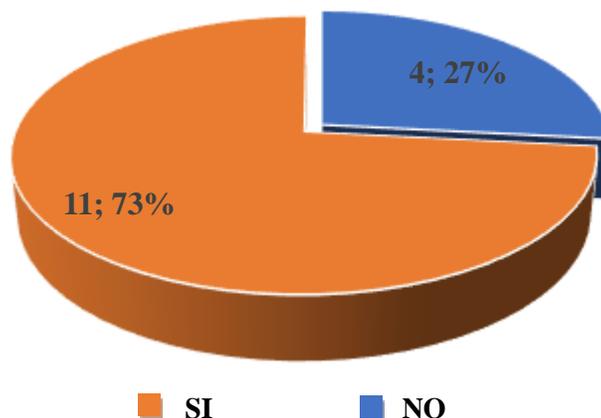


Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

En la misma pregunta 6 se interroga por cuál enfermedad. Por tanto, la Gráfica 9 refleja las respuestas, encontrando lo siguiente: 5 personas padecen hipertensión arterial (39%), 1 persona informa que padece EPOC (7%), 3 personas tienen diabetes (23%), 2 más dicen padecen enfermedad cardíaca (15%) y otros 2 padecen cáncer (15%). La enfermedad de más prevalencia es la hipertensión arterial.

Pregunta 7. ¿En el último año ha debido asistir al servicio de urgencias?

Gráfica 10. Asistencia al servicio de urgencias

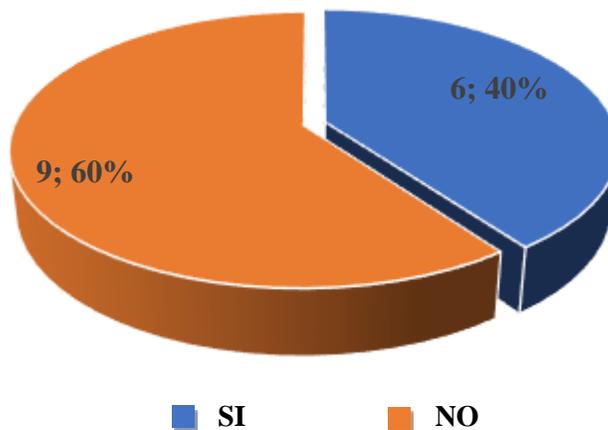


Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

La pregunta 7 indagaba si habían tenido que asistir al servicio de urgencias en el último año, en la Gráfica 10 se muestra la distribución del grupo según lo que respondieron. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: respondieron afirmativamente 11 personas (73%) y negativamente 4 personas (27%). Del grupo encuestado se percibe que el mayor número de personas ha debido consultar al servicio de urgencias por algún tipo de padecimiento.

Pregunta 8. ¿Posterior a la consulta por urgencias debió ser hospitalizado?

Gráfica 11. Hospitalización posterior a la consulta por urgencias

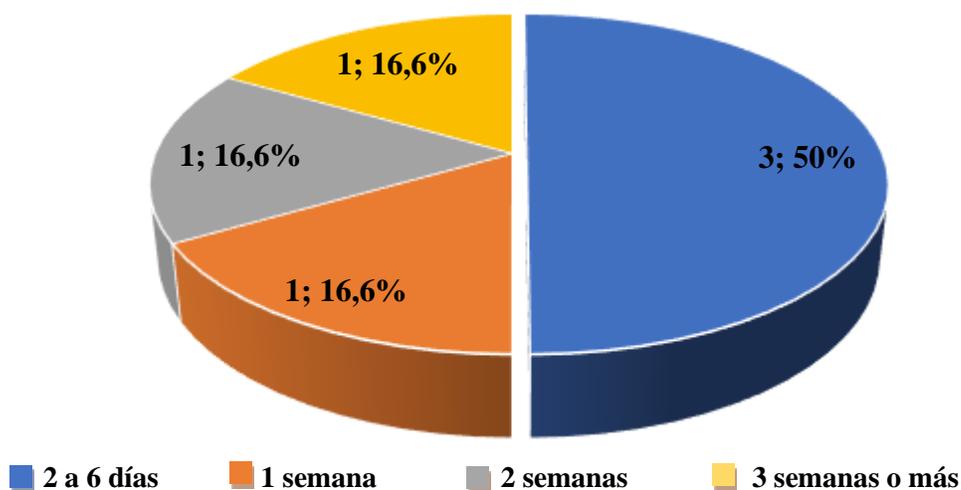


Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

Se preguntó si después de la consulta por urgencias debió ser hospitalizado. Las respuestas se resumen en la Gráfica 11, así: 6 personas terminaron hospitalizadas (40%) y 9 personas no debieron hospitalizarse (60%), pudieron regresar a su casa. Estos resultados indican que los padecimientos de las 6 personas eran de mayor complejidad y debieron ser hospitalizadas, las otras 9 pudieron regresar a su casa para recuperarse.

Pregunta 9. Si respondió sí a la pregunta anterior, ¿cuánto tiempo duró la hospitalización?

Gráfica 12. Duración de la hospitalización

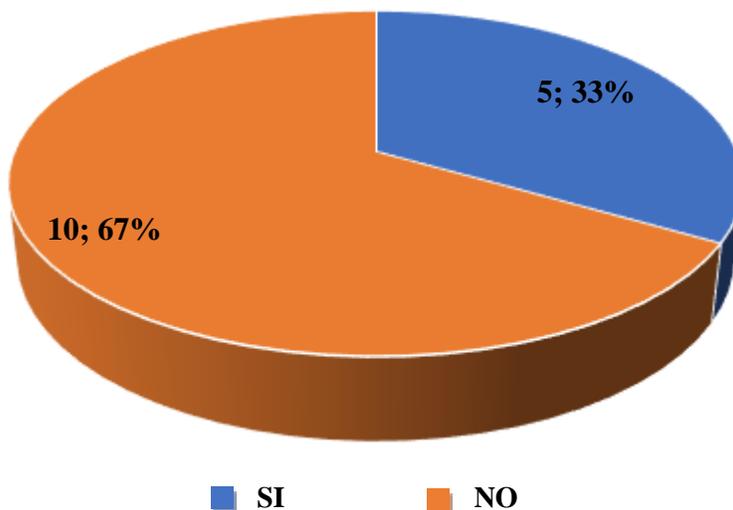


Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

A las personas que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior, se les indagó por cuánto tiempo duró la hospitalización. Las respuestas aparecen relacionadas en la Gráfica 12. Los encuestados respondieron así: Entre 2 a 6 días, 3 personas (50%), 1 persona estuvo hospitalizado por 1 semana (16,6%), 1 persona se hospitalizó por 2 semanas (16,6%) y una más estuvo hospitalizada por 3 semanas o más (16,6%).

Pregunta 10. ¿Conoce de la existencia del servicio de Hospitalización Domiciliaria?

Gráfica 13. Conocimiento de la existencia del servicio de Hospitalización Domiciliaria

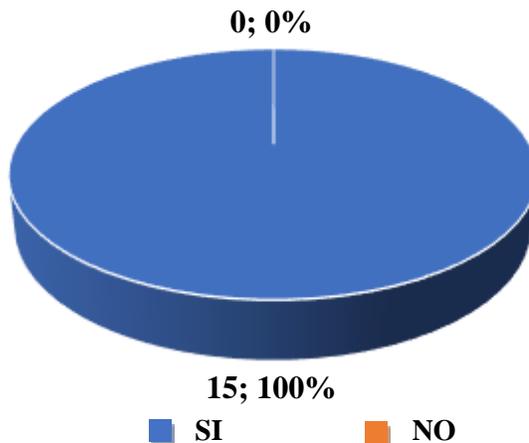


Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

En la pregunta 10 de la encuesta, se cuestionó si tenían conocimiento de la existencia del servicio de hospitalización domiciliaria. En la Gráfica 13 se relacionan las respuestas a la pregunta, cuyos resultados fueron los siguientes: 10 personas respondieron negativamente (67%) y 5 dijeron no tener conocimiento de la existencia (33%). Esto deja entrever que la mayoría de las personas no conocían de este tipo de servicio, por tanto, es posible que, por ser un modelo de servicio de salud nuevo, muchas personas no conocen de su existencia.

Pregunta 11. En el caso que requiriera hospitalización para algún tratamiento y el médico dictaminara que puede hacer uso del servicio de hospitalización en casa, ¿usted estaría de acuerdo en hacer uso de esta alternativa?

Gráfica 14. Disposición para utilizar el servicio de hospitalización domiciliaria

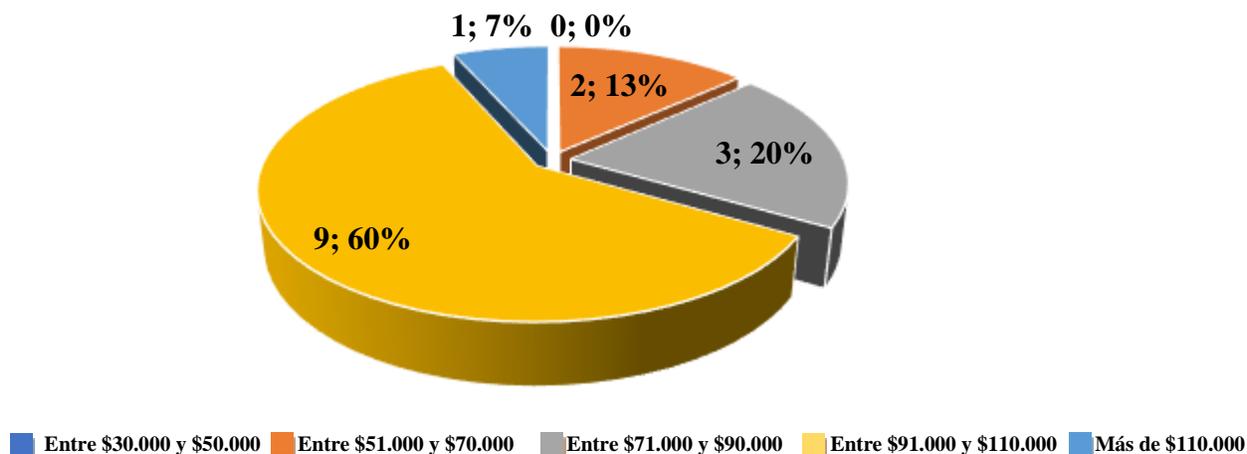


Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

Preguntados por su disposición para utilizar en algún momento el servicio de hospitalización en casa, la totalidad de encuestados (100%), mostraron una actitud positiva hacia el uso del servicio tanto para sí mismo como para algún familiar. En la Gráfica 14 se presentan las respuestas obtenidas a esta pregunta.

Pregunta 12. ¿En cuál de los siguientes rangos de precios cree usted que estaría el costo de este servicio?

Gráfica 15. Rango de precios del costo del servicio de hospitalización domiciliaria

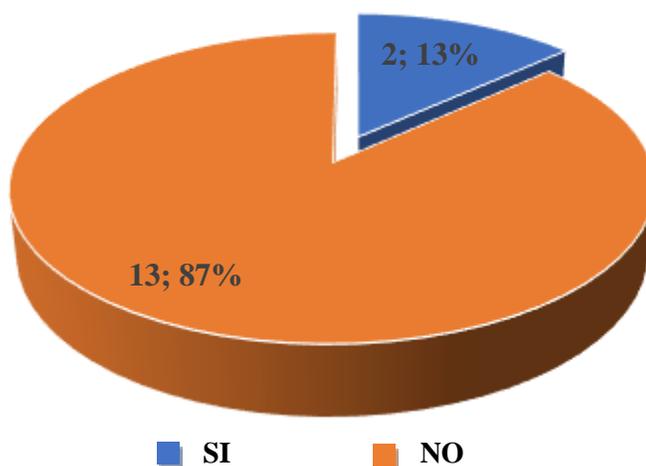


Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

En la pregunta 12 se cuestionó sobre cuál consideran que puede ser el rango de precios en el que se encuentra el servicio de hospitalización domiciliaria, los resultados fueron los siguientes: Entre \$30.000 y \$50.000 (0 personas, 0%), entre \$51.000 y \$70.000 (2 personas, 13%), entre \$71.000 y \$90.000 (3 personas, 20%), Entre \$91.000 y \$110.000 (9 personas, 60%) y más de \$110.000 (1 personas, 7%). Aparte de los precios señalados, se observa que la mayoría de personas está convencida que puede ser un servicio costoso. Estos resultados se presentan en la Gráfica 15.

Pregunta 13. Si le ofrecieran un plan de atención hospitalaria a domicilio, ¿de qué forma le gustaría que fuera su forma de pago?

Gráfica 16. Preferencia en la forma de pago

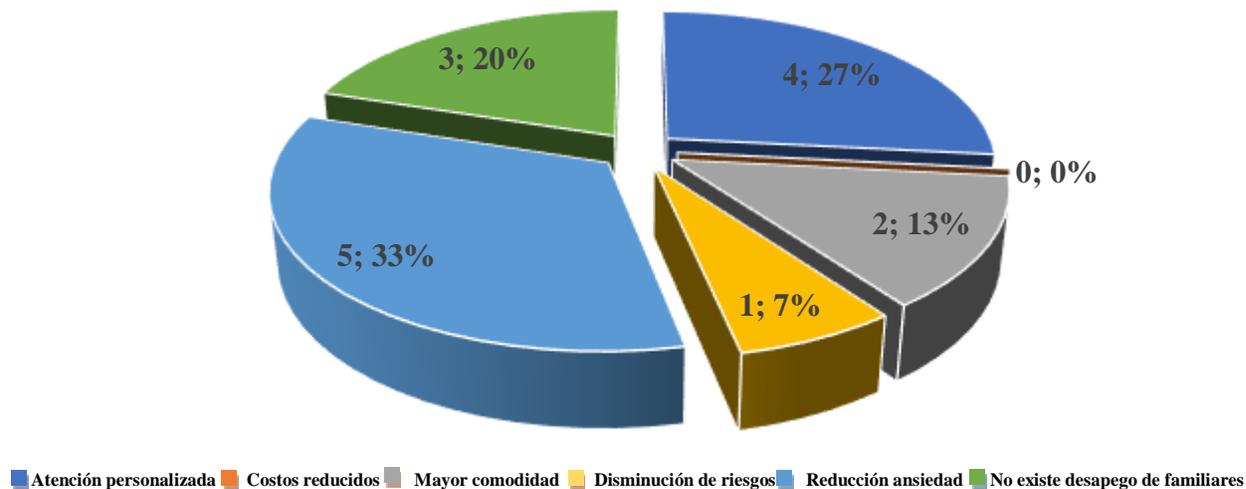


Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

Consultados sobre la preferencia en la forma de pago en el caso de recibir una oferta de servicio de hospitalización a domicilio, el mayor número de personas (13, 87%) respondieron que prefieren pagar por evento y 2 personas respondieron que mensualmente (13%). En la Gráfica 16 se describen los resultados.

Pregunta 14. ¿De los siguientes beneficios de la atención hospitalaria a domicilio, ¿cuál cree que es el más importantes?

Gráfica 17. Beneficios de la atención hospitalaria a domicilio

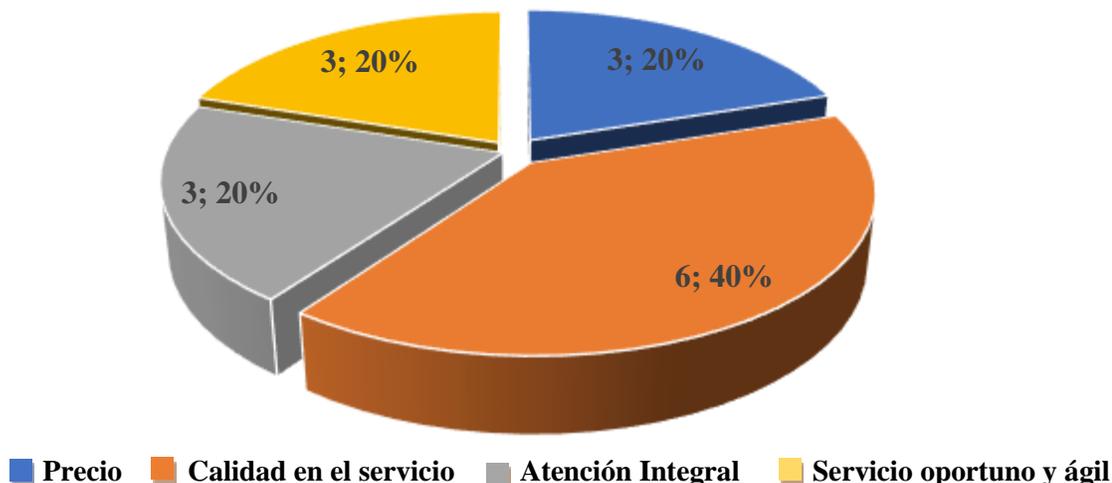


Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

La pregunta 14 de la encuesta hace referencia al tipo de beneficio relacionado con el servicio de atención hospitalaria a domicilio considera el más importante. En la Gráfica 17 se muestra la distribución de las respuestas. Los encuestados respondieron así acerca de los beneficios del servicio de hospitalización domiciliaria que el mayor beneficio es la reducción de la ansiedad (5 personas, 33%), atención personalizada (4 personas, 27%), no existe desapego de los familiares (3 personas, 20%), mayor comodidad para el paciente (2 personas, 13%), disminución de riesgos y complicaciones (1 personas, 7%) y ninguna persona considera que haya una disminución de costos.

Pregunta 15. ¿De los siguientes factores cuál cree sería determinante a la hora de elegir una IPS de atención hospitalaria?

Gráfica 18. Factores determinantes para elección de una IPS de atención hospitalaria a domicilio



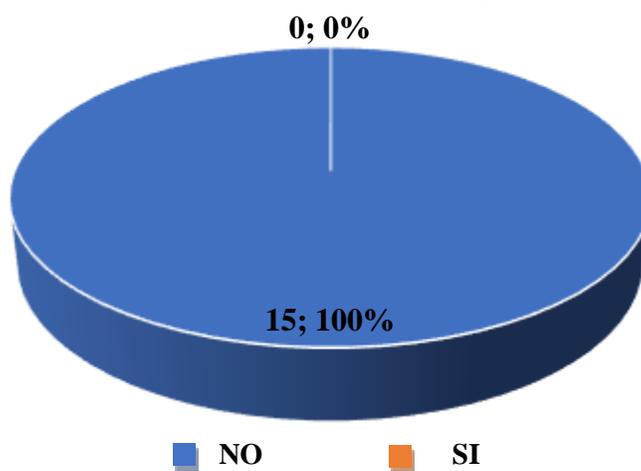
Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

En la pregunta 15 se interrogó por los factores que consideran determinantes a la hora de elegir una IPS de atención hospitalaria a domicilio. Las respuestas aparecen en la Gráfica 18, se muestra la distribución de resultados de esta pregunta. La calidad en la prestación del servicio según el 40% de los encuestados (6 personas) es el factor determinante, mientras que las opiniones para los factores de precio, atención integral y servicio oportuno y ágil están divididas, es decir, que cada uno de estos factores muestra un resultado del 20%.

Pregunta 16. ¿Conoce de alguna IPS que preste el servicio de atención hospitalaria a domicilio en su municipio?

La pregunta 16 consulta sobre si tienen conocimiento sobre servicios de atención hospitalaria a domicilio en su municipio. Las respuestas se discriminan en la Gráfica 19. El 100% de las personas encuestadas dicen desconocer la existencia de alguna IPS que preste los servicios de hospitalización domiciliaria con sede en el municipio de Chía.

Gráfica 19. Conocimiento de alguna IPS que preste el servicio de atención hospitalaria a domicilio en el municipio



Fuente: Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca (2021).

5. ESTUDIO DE MERCADO

En el estudio de mercado se recolecta, analiza e interpreta información útil para identificar las características del mercado. Las herramientas utilizadas para recopilar los datos pueden ser cuestionarios, encuestas, entrevistas y análisis estadístico. De acuerdo con los resultados obtenidos se puede determinar las tendencias, expectativas y necesidades de los clientes para asegurar el éxito del emprendimiento.

5.1 INVESTIGACIÓN DE MERCADOS

5.1.1 Análisis del sector

El municipio de Chía, de origen precolombino, hace parte del departamento de Cundinamarca, ubicado bastante cerca de la capital Bogotá. Fue la cuna del reino Chibcha de Cundinamarca y estuvo gobernado por caciques. En lengua chibcha, “Chía” significa luna, que constituía una divinidad para los muiscas. Por su clima frío, la agricultura predominante es cebada, trigo, papa y verduras. Chía limita al norte con Cajicá, por el oriente con Sopó, por el Sur con el Distrito Capital de Bogotá y por el Occidente con Tenjo y Tabio. El municipio está conformado por 8 veredas, que contienen 222 sectores rurales y dos centralidades urbanas. Alcaldía Municipal de Chía (2020).

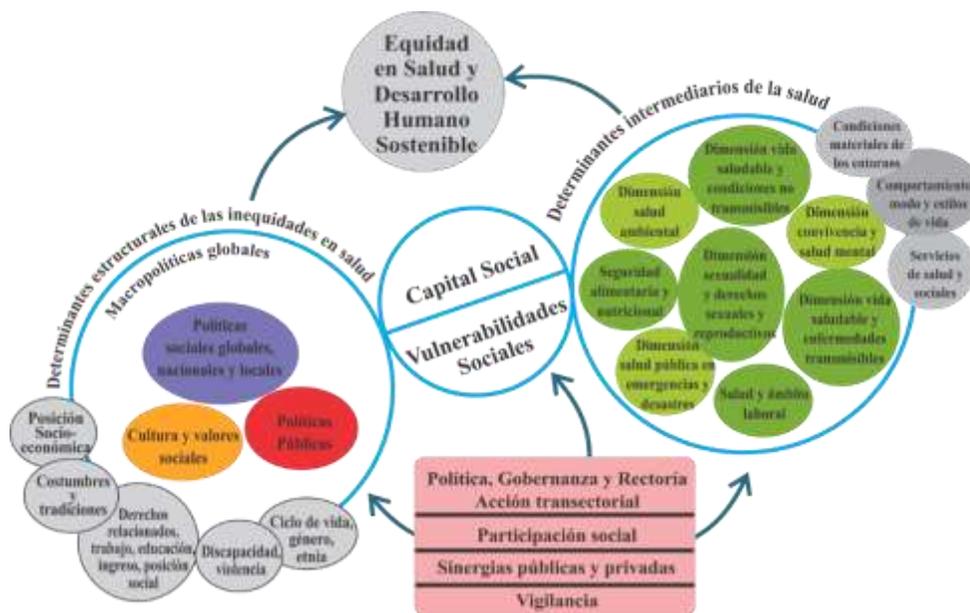
El municipio de Chía según datos del DANE, se ha convertido en el principal centro receptor de población migrante, alcanzando uno de los más altos índices de crecimiento poblacional, concentrándose mayormente en el perímetro urbano. Con relación a los rangos de edad que han mostrado mayor crecimiento, los grupos de 25 a 35 y de 50 a 60 años han crecido significativamente en relación a la población infantil y adolescentes, que ha disminuido considerablemente. La mayor representación en cuanto a género recae sobre las mujeres como eje fundamental de la familia, encontrándose hogares mayormente conformados por entre 3 y 4 miembros. Respecto a las actividades económicas de la población, los datos arrojados por el último censo, revelan que el 36,38% se encuentra trabajando, el 24,99%

personas entre los 18 y 29 años estudian, el 18,54% no realizan ninguna actividad que genere ingresos, el 10,72% realizan actividades en el hogar y el 7,1% están en búsqueda de trabajo. Específicamente en el área de la salud, se observa que la población cuenta con una cobertura superior al 90%.

5.1.2 Análisis del mercado

El estado de salud de la población, representa una de las variables que debe ser tenida en cuenta como parte del desarrollo de una sociedad, por lo tanto, es uno de los aspectos fundamentales de las políticas públicas gubernamentales. Por esta razón, la mayor parte de los países a nivel mundial ha optado por diseñar planes y programas de aseguramiento de servicios de salud para la población y el cubrimiento de riesgos que afecten la salud. La Gráfica 20 representa los determinantes sociales de la salud según la Organización Mundial de la Salud.

Gráfica 20. Determinantes sociales de la salud según la Organización Mundial de la Salud



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (s.f.), Plan Decenal de Salud Pública.

Existe una estrecha relación entre salud, bienestar y economía. Puede citarse, por ejemplo, que la prevención de enfermedades aumenta el tiempo de vida saludable de una persona y directamente se reducen pérdidas económicas al evitar discapacidades o pérdida de

personas en edad activa para laborar. Asimismo, para familias con gran número de hijos resulta más difícil cubrir adecuadamente educación y salud para cada uno de sus miembros. Igualmente, la aparición de enfermedades endémicas y epidémicas generan una gran afectación sobre la estabilidad económica de un país (Sachs, 2001). Sin lugar a dudas, sucesos imprevistos de salud, resultan catastróficos sobre las finanzas de un hogar.

Para los seres humanos contar con un buen estado de salud es sinónimo de bienestar y por ende representa calidad de vida. Una persona que posee un mejor estado de salud tiene una actitud positiva que se ve reflejada en poder desempeñar mejor su trabajo, obtener mejores ingresos y un mayor crecimiento económico (Sachs, 2001). Por tanto, puede decirse que los problemas de salud tienen un impacto negativo sobre la misma. La seguridad de contar con afiliación al sistema de salud significa bienestar para un hogar, al tener la tranquilidad de poder acceder al servicio médico para mantener unas condiciones de salud ideales y al mismo tiempo conseguir buena calidad de vida. Del mismo modo, según el tipo de afiliación con que cuente el núcleo familiar, es decir, contributivo o subsidiado, se genera un efecto más significativo sobre la calidad de vida del hogar. Por ende, para quienes pertenecen al régimen subsidiado no existe un efecto significativo sobre su bienestar. En la Tabla 23 se presentan datos relacionados con el impacto de la salud sobre la calidad de vida.

Tabla 6. Impacto de la salud sobre la calidad de vida

	Urbano		Rural	
	Total	Pobre	Total	Pobre
Estado subjetivo de salud	Si (+)***	Si(+)***	Si(+)***	Si(+)***
Afiliación				
Aseguradora del Gobierno (Sisben)	Si (+)***	Si (+)***	Si (+)**	-
Empresas Promotoras de Salud	Si (+)***	Si(+)***	Si(+)***	Si (+)
Administradoras del Régimen Subsidiado	Si (+)	No (-)	No (-)	Si (+)

***Significativo al 1%. **Significativo al 5% * Significativo al 10%

Fuente: Santa María et al (s.f.). Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación.

En Colombia, específicamente, se ha planteado la meta de lograr que la mayor parte de la población residente obtenga total cobertura por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por medio de cualquiera de los dos regímenes existentes como son: Régimen Contributivo o Régimen Subsidiado, con lo cual se busca disminuir la mortalidad materno – infantil, reducción de enfermedades transmisibles, mejorar la salud sexual y reproductiva y prevención de enfermedades crónicas. En la Tabla 24 se relacionan las metas propuestas para el sector salud a 2019.

Tabla 7. Metas propuestas para el sector salud en Colombia a 2019

Metas	Situación actual	2019
Aumentar la cobertura de vacunación a 95% (todas las vacunas) (1).	93%	95%
Reducir la mortalidad infantil (muertes de niños menores de un año por 1.000 nacidos vivos)	24,4	14
Reducir la mortalidad de la niñez en 56% (muertes de niños por 1.000 niños menores de cinco años) (2)	28	1654
Reducir la mortalidad materna en 70% (muertes maternas por 100.000 nacidos vivos). (3)	100,1	28,8
Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa a 78% (2)	64%	78%
Incrementar la prevalencia de uso de métodos de anticoncepción entre la población femenina no unida y sexualmente activa (de 15 a 19 años) a 69% (2)	49,6%	69%
Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo de 15% (2)	19,1%	<15%
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 4,5 por 100.000 mujeres (4)	10,9	4,5
Reducir desnutrición global de niños menores de 5 años a 4,5% (2)	6,7%	4,5%
Mantener prevalencia general de infección por VIH, por debajo de 1,2% (1)	<1,2%	<1,2%
Reducir en 85% las muertes por malaria. (5)	227	34
Reducir en 93% las muertes por dengue. (5)	229	17

Fuentes: (1) Ministerio de Protección Social e Instituto de Salud (2003), (2) Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2000), (3) DANE (1998), (4) Instituto Nacional de Cancerología (2003), Ministerio de Protección Social (1998).

En el departamento de Cundinamarca, el Plan Departamental de Salud se rige por los principios de equidad, universalidad, calidad, eficiencia y responsabilidad. La equidad se logra en el momento que la población alcance su potencial de salud sin dependan de su condición social. Universalidad se refiere a garantizar el derecho a la salud con calidad a toda la comunidad sin discriminación alguna en cualquier etapa de la vida. La calidad en salud significa proveer el acceso a servicios de salud individuales y colectivos equitativos y óptimos de manera tal que se logre la satisfacción del usuario. Un servicio de salud eficiente es el que utiliza los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado para garantizar el derecho a la salud de forma oportuna, con calidad y suficiencia. Por último, la responsabilidad garantiza el acceso individual y colectivo a la salud pública sea de calidad, eficiente, equitativo y oportuno (Gobernación de Cundinamarca, 2016, p.164).

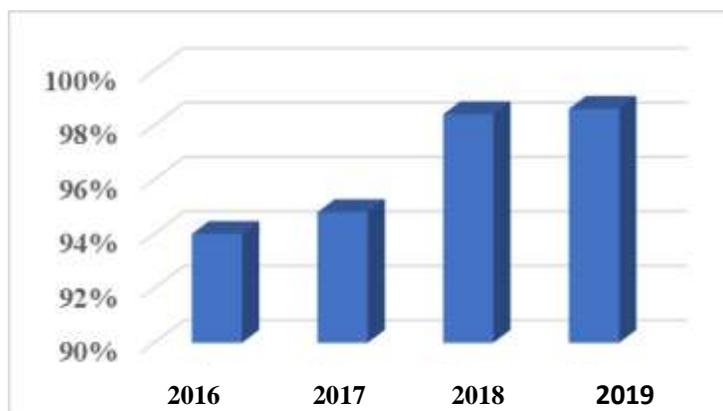
En el ámbito de los derechos humanos, adquiere lugar preponderante el derecho a la salud y es esencial a la persona; por esta misma razón no debe ser desconocido, ni se puede pedir a la persona que renuncia a él. El derecho a la salud hace referencia al bienestar físico, mental y social que se le debe brindar al individuo sin distinción de raza, religión, género, orientación sexual o política y a su condición económica o social, que le permita vivir dignamente y conseguir calidad de vida llevando una vida sana y segura. Derecho que debe ser garantizado por las políticas de salud del Estado, para lo cual debe disponer de los recursos necesarios.

Por su parte, en lo que atañe al municipio de Chía, el Plan Decenal de Salud Pública es la base para la planeación de la prestación de servicios de salud, bajo cuatro enfoques fundamentales: derechos, género, etnia y el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud. De igual forma como sucede a nivel nacional, el aseguramiento en salud depende del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, a través de los regímenes contributivo, al cual acceden quienes tienen capacidad para realizar aportes a seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes y subsidiado, para los ciudadanos desprotegidos que no cuentan con los recursos el Estado les financia dicho aseguramiento, a través del SISBEN.

La planeación estratégica de cobertura en salud para el municipio de Chía se centra en conseguir el mayor porcentaje de afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el 2019 se logró una cobertura de afiliación superior al 90%, con un crecimiento constante

desde 2016 a pesar del crecimiento poblacional anual (Alcaldía Municipal de Chía, 2020, p. 76). La Gráfica 21 muestra la cobertura total en seguridad social en salud en el municipio de Chía para el periodo 2016 – 2019.

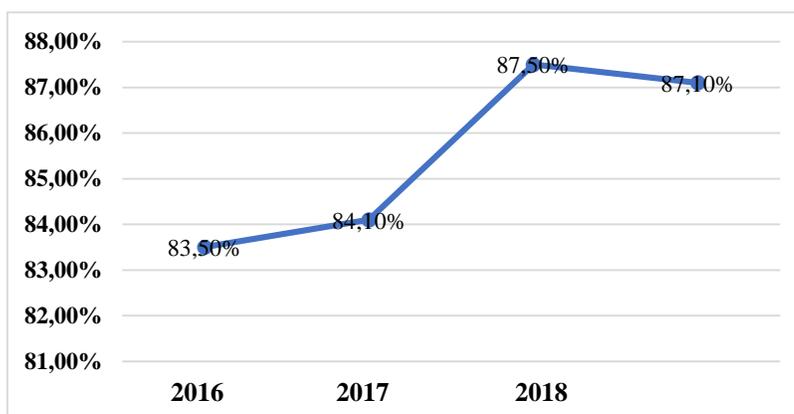
Gráfica 21. Cobertura total Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, municipio de Chía, periodo 2016-2019



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Corte a diciembre de 2019

Respecto a la afiliación a los dos tipos de regimenes, se observa que un 85,58% de la población se encuentra afiliado al régimen contributivo y el 10,09% en el régimen subsidiado, demostrando un crecimiento progresivo en materia de afiliación al sistema de salud durante el periodo 2016 – 2019. En la Gráfica 22 se observa la cobertura de aseguramiento al régimen contributivo durante el periodo 2016 – 2019.

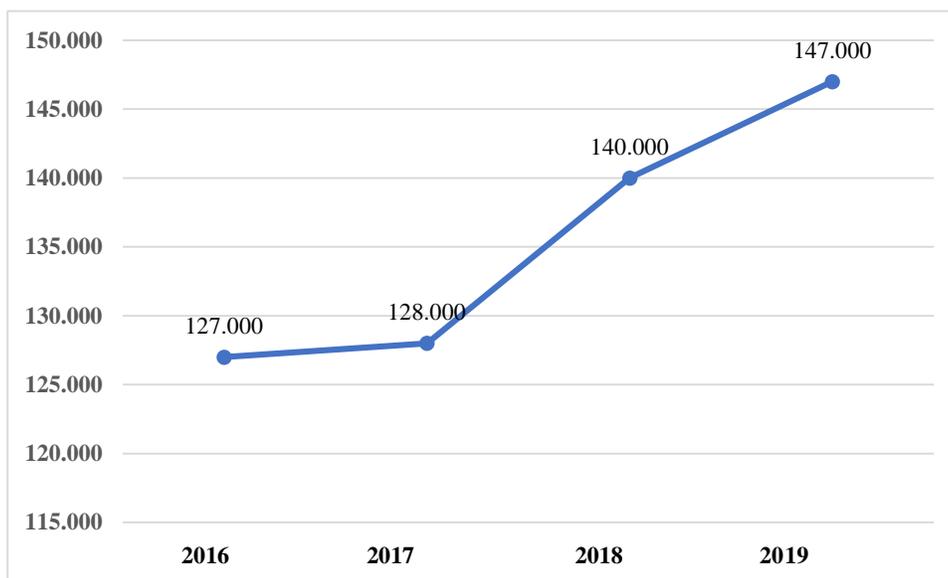
Gráfica 22. Cobertura aseguramiento régimen contributivo 2016 - 2019



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Corte a diciembre de 2019

En la Gráfica 23 se puede observar el comportamiento en la cobertura de aseguramiento al régimen subsidiado durante el periodo 2016 – 2019.

Gráfica 23. Cobertura aseguramiento régimen subsidiado 2016-2019



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Corte a diciembre de 2019

Los prestadores de servicios domiciliarios pertenecen al área de la salud y son vigilados por la Superintendencia de Salud de Colombia – Supersalud. La Supersalud ha categorizado dos grupos de atención en salud: prestadores de servicios de salud y empresas de ambulancias prepagadas. Los principales competidores de IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía, que propone el proyecto, pertenecen al grupo de prestadores de servicios de salud. Cabe aclarar que no existe una clasificación específica para quienes ofrecen servicios de atención domiciliaria.

La crisis hospitalaria debido a la falta de camas para hospitalización y la demanda insatisfecha en atención en salud por parte de las IPS o EPS, impone al sistema de salud implementar nuevas estrategias de atención al usuario. La atención domiciliaria representa una alternativa importante de tratamiento extrahospitalaria, que considerada como un nivel atención primaria permite atender pacientes susceptibles de recibir este tipo de cuidados para disminuir hospitalizaciones y reducción de costos

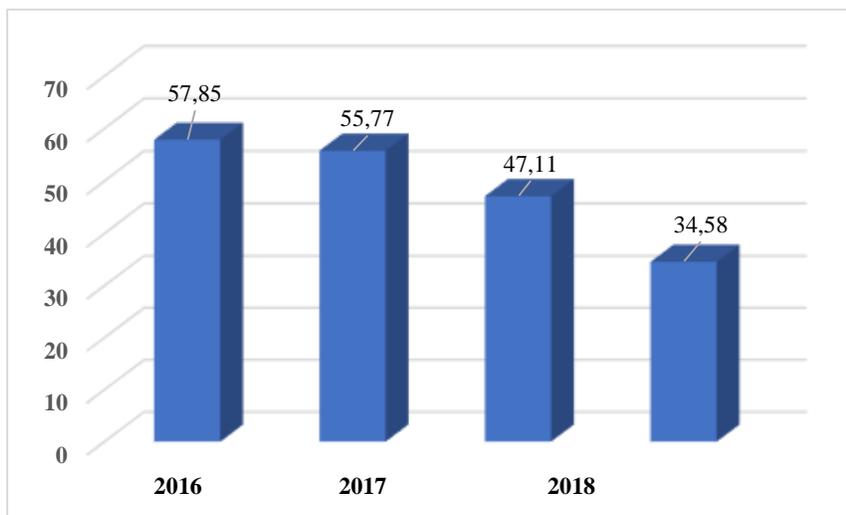
para el sistema, garantizando totalmente la calidad a través de los estándares que establezca la ley.

Considerando el comportamiento poblacional, donde la tasa de envejecimiento es cada vez mayor, es común en los adultos mayores padecer patologías crónicas y degenerativas, la necesidad de tratamientos para enfermedades como el cáncer y el VIH o enfermedades terminales, hacen que la atención hospitalaria a domicilio se convierta en una posibilidad de atención en salud, especialmente teniendo en cuenta que no solo racionalice los costos hospitalarios, sino que contribuye a disminuir los riesgos por contagios hospitalarios y mejor aún, el ambiente psicosocial que se genera en el hogar del paciente, promueve una mejoría más pronta y satisfactoria.

La primera causa de consulta en los servicios de salud son las condiciones no transmisibles para los diferentes grupos etarios, por ejemplo, en la primera infancia el 45,28% de las consultas y en adultos mayores el 81,5%. Cabe aclarar que la mayor parte de las consultas de menores de 11 años se deben a condiciones orales y para los adultos, las más frecuentes son por enfermedades cardiovasculares y musculoesqueléticas. Por otro lado, en lo que tiene que ver con las causas de morbilidad, las condiciones transmisibles y nutricionales derivadas de deficiencias nutricionales e infecciones respiratorias constituyen la segunda causa de morbilidad en la primera infancia y la infancia, mientras que para la adolescencia las condiciones mal clasificadas se encuentran en segundo lugar como causas de morbilidad (Alcaldía Municipal de Chía (2020, p.80).

Dentro de las primeras causas de mortalidad en el municipio de Chía puede mencionarse las enfermedades respiratorias con una tasa de 37,56 por cada 100.000 habitantes, enfermedades del sistema nervioso 12,39 x 100.000 hab., seguido por la diabetes mellitus con 12,32 x 100.000 hab. En segundo lugar, se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de 111,98 x 100.000 hab., dentro de las cuales las más frecuentes son las enfermedades isquémicas del corazón con 47,11 x 100.000 habitantes, seguida de las enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares. La gráfica 24 muestra el comportamiento de la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en el municipio de Chía.

Gráfica 24. Comportamiento tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón. Municipio de Chía, periodo 2016-2019



Fuente: DANE. Estadísticas vitales 2016-2019.

Respecto al crecimiento poblacional, Chía tuvo uno de los crecimientos más importantes para la época, al pasar de 20.602 habitantes en el año 1973 a 132.181 en el año 2018, sin pasar por alto que, dada la migración venezolana, que para agosto de 2019 era de 1.488.373 personas, aproximadamente el 10% de personas provenientes de Venezuela se han ubicado en el municipio. Puede afirmarse que la población de Chía se encuentra alrededor de los 150 mil habitantes, ubicándose entre los 50 municipios del país con más población, incluso por encima de capitales de departamento como Quibdó, Florencia y Tunja (Departamento Nacional de Estadística – DANE, Departamento de Planeación Nacional – DNP & Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, 2020, p.10).

Desde el punto de vista demográfico, la distribución de la población en relación con sexo muestra un leve predominio de población femenina con 68.734 mujeres y 63.447 hombres. En cuanto a la estructura por edades, es mayoritaria la población infantil y juvenil (0-19 años) y la población económicamente activa entre 20 y 59 años, mientras que es minoritaria la población dependiente o en proceso de envejecimiento, aunque una buena parte del grupo de 60 a 79

años continúan laboralmente activos a pesar de su jubilación (Departamento Nacional de Estadística – DANE, Departamento de Planeación Nacional – DNP & Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, 2020, p.10). La composición de hogares se caracteriza por que tienen entre 3 y 4 miembros y una tercera parte son hogares unifamiliares o de dos miembros; se encuentran hogares muy numerosos, que representan el 3,40% del total (Alcaldía Municipal de Chía, 2020, p. 114).

En cuanto a la economía del municipio de Chía, vale decir que gira en torno al comercio, la construcción, la industria manufacturera, actividades profesionales, científicas, técnicas y otros servicios. La actividad económica se concentra en el comercio al por menor, el expendio a la mesa de comidas preparadas y la construcción de edificios residenciales (Cámara de Comercio de Bogotá, 2016, p.51). Sin embargo, se conserva aún la vocación agrícola con predominio de cultivos de tierra fría como trigo, papa y cebada, sin desconocer que en su territorio plano existe la ganadería para producción lechera. Por la cercanía con Bogotá, muchas industrias y fábricas se han asentado en el municipio, razón por la cual es considerado un lugar estratégico para los planes de desarrollo departamental y nacional. Otro aspecto relevante en los últimos años está representado en los recorridos turísticos que buscan incrementar el sentido de pertenencia y generar apropiación hacia el patrimonio cultural e histórico municipal hacia los asistentes y lugareños.

En relación con el área de la salud, se evidencia que las causas más frecuentes de consulta en los servicios de salud, es por enfermedades no transmisibles en los diferentes grupos etarios. Los niños menores de 11 años, principalmente consultan por condiciones orales, mientras que en los adultos las consultas más frecuentes son por enfermedades cardiovasculares y músculo esqueléticas. La primera causa de mortalidad corresponde a enfermedades de vías respiratorias, enfermedades del sistema nervioso, la diabetes mellitus; en segundo lugar, las enfermedades del sistema circulatorio como las isquemias del corazón, enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares.

Cabe resaltar que la mortalidad prematura a causa de enfermedades crónicas no transmisibles ha decrecido en los últimos años. Entre las causas de morbilidad en la primera infancia y la infancia, se encuentran las enfermedades transmisibles y nutricionales, derivadas

principalmente de deficiencias nutricionales e infecciones respiratorias. De otro lado, se observa que el estado nutricional de las gestantes es adecuado, con lo cual se prevé que los niños nacidos vivos cuenten con un peso gestacional adecuado y preservado con la lactancia materna, que, según la información suministrada en el momento de la consulta, la media para el año 2018 era de 3.4 meses (Alcaldía Municipal de Chía, 2020, p.82). Las acciones de salud en este sentido están dirigidas a la promoción de la seguridad alimentaria en la primera infancia a través de la disponibilidad, acceso, consumo y aprovechamiento de los alimentos.

Por otra parte, con relación al aseguramiento en salud para la población, según el Departamento Nacional de Estadísticas – DANE (2020), “en los últimos años se ha logrado mantener una cobertura de afiliación por encima del 90%”. Tanto la afiliación al Régimen Contributivo con un 85.58%, como al Régimen Subsidiado con un 10.09%, han apalancado el crecimiento en la cobertura total de afiliación al Sistema General de Salud en el Municipio (Alcaldía Municipal de Chía, 2020, p.77). En este sentido, la Dirección de Salud Pública realiza acciones contantes de promoción de la salud a través un contrato con el Hospital San Antonio de Chía y gestión de riesgo de salud como parte del Plan Decenal de Salud Pública para el seguimiento a Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y la implementación de protocolos y Rutas Integrales de Atención en Salud (Alcaldía Municipal de Chía, 2020, p.78). Dentro de las intervenciones prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública para el municipio, se centra en las siguientes dimensiones: programas de salud nutricional y alimentaria; salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles; convivencia social y salud mental; seguridad alimentaria y nutricional; sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; vida saludable y enfermedades transmisibles; salud pública en emergencias y desastres; salud y ámbito laboral; gestión diferencial en poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

Los programas de hospitalización domiciliaria son una alternativa novedosa en los sistemas de atención en salud, sin embargo, en los últimos años viene utilizándose con mayor frecuencia y con muy buenos resultados al brindar servicios de salud más humanizados, personalizados, oportunos y eficientes a los usuarios, con un costo menor al de la hospitalización y sobre todo una mejor calidad de vida para el paciente y para la familia. Este

modelo de atención incluye diferentes clases de pacientes, desde procesos agudos, pacientes crónicos, en fase terminal y aquellos que puede continuar su recuperación en casa.

5.1.3 Análisis de la competencia

Tomando en cuenta que, de acuerdo con la normatividad colombiana, los usuarios pueden elegir libremente el plan de salud al cual afiliarse o en cuál institución desean recibir atención en salud, las razones que lo llevan a tomar una u otra decisión se centran en dónde le prestan un buen servicio y que estos servicios cumplan con los mejores estándares de calidad posibles. De ahí que los planes de mercado para competir en el sector deben estar orientados en ofrecer buena atención con profesionales altamente calificados, con tecnología de punta y la mejor cobertura en servicios para lograr la acogida por parte de clientes potenciales.

En el asunto propuesto, de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía, el grupo de competidores directos, está conformado por entidades que prestan solo el servicio domiciliario, empresas que prestan servicio de ambulancia, empresas que brindan servicio de enfermería, y Unidades de Cuidados Intermedios. En la Tabla 25 se mencionan las principales empresas competidoras con sede en Chía. Las entidades de servicios domiciliaria incluyen el traslado al hogar del paciente para su atención, así mismo la concurrencia del personal, servicios y tecnología para su recuperación o tratamiento. Los servicios van desde consulta médica y toma de exámenes hasta cuidados de hospitalización. Estas organizaciones pueden trabajar directamente con los pacientes sin contrato previo o ser contratados por Entidades Promotoras de Salud EPS, Medicina Prepagada o Seguros de Salud. En la Tabla 25 se relacionan las principales empresas competidoras en la prestación de servicios de atención hospitalaria a domicilio.

Tabla 8. Principales empresas competidoras

Empresa	Fecha creación	Ubicación	Tipo de servicio	Clientes
ADOM (SERVICIOS ADOM Y CÍA. LTDA.)	1978	Chía	Atención Médica Domiciliaria desde 1978, ya sea de urgencia o programada. Implementó la modalidad de Hospitalización en Casa, prestando servicios integrales de enfermería, terapias, nutrición, suministro de insumos y medicamentos y otros para la atención de pacientes crónicos, terminales y con patologías agudas.	Medplus Medicina Prepagada, Colmédica, Colpatria, Colsanitas, Compensar plan empresarial y complementario, Coomeva, Famisanar EPS, Sura seguro de salud, etc.
ENFETER S. A.	1988	Chía	Prestación de servicios extramurales de medicina, enfermería y apoyo terapéutico	Nueva EPS, Salud Total, Famisanar y Colmédica Medicina Prepagada.
FORJA	2008	Chía	Atención Médica Domiciliaria. Cuenta con servicio de Hospitalización en Casa, prestando servicios integrales de enfermería, terapias, nutrición, suministro de insumos y medicamentos y otros para la atención de pacientes crónicos, terminales y con patologías aguda	Medplus Medicina Prepagada, Colmédica, Colpatria, Colsanitas, Compensar plan empresarial y complementario, Coomeva.
PLANETA COLOMBIA		Chía	IPS de Atención Domiciliaria. Ofrece servicios de atención domiciliaria por enfermería en turnos de 8-12 y 24 horas. Manejo de paciente,	

Fuente: Los autores.

Por otro lado, existen empresas que prestan servicios de ambulancia, ya sea de emergencias o programados, ofrecen otro tipo de servicios domiciliarios como atención médica básica o de urgencias, soporte telefónico e incluso citas con especialistas. Operan bajo el sistema de prepago, es decir que las personas deben afiliarse previamente y pagar una mensualidad por el servicio.

Las sociedades que prestan este servicio son:

Emermédica (Emermédica S.A. Servicios De Ambulancia Prepagados): Compañía que presta de servicios de Atención Médica Prehospitalaria. El equipo profesional de Emermédica lo conforman médicos generales, auxiliares de enfermería, conductores con entrenamiento en emergencias, comunicadoras clínicas y despachadores. A nivel de vehículos cuenta con unidades móviles de cuidado intensivo, unidades básicas, carros y motos.

Emi (Empresa de Medicina Integral S.A. Servicio de Ambulancia Prepagada): Compañía que presta servicios de Atención Médica Prehospitalaria. Los afiliados cuentan con cobertura en cualquiera de los 5 países en que esta compañía tiene presencia; adicionalmente, a partir de una serie de convenios esta cobertura se amplía a 14 países de Latinoamérica y 100 ciudades.

Rescate & Emergencias Médicas S. A. S., es una empresa especializada en el traslado de pacientes en ambulancias asistenciales básicas y medicalizadas, ofreciendo una asistencia oportuna, profesional y humana. El servicio se presta en unidades móviles apropiadas y dotadas con el suficiente equipo técnico, médico y con personal altamente calificado y especializado para preservar continuamente el estado de salud del paciente y cumpliendo a cabalidad con los principios éticos de la atención integral al ser humano, observando los lineamientos del Sistema General de Seguridad Social colombiano. Creada en el año 2010, pensando en Chía y sus alrededores para suplir la necesidad de prestar a sus habitantes una mejor atención en salud con niveles óptimos de reacción, calidad, atención y servicio, con el objetivo principal alcanzar los más altos estándares de calidad, para llevar a sus clientes tranquilidad y seguridad en el traslado de pacientes en ambulancias de Transporte Asistencial Básico (TAB) y Transporte Asistencial Medicalizado (TAM).

Asimismo, existen empresas que brindan servicios de enfermería a domicilio, y otro tipo

de acompañamientos no sólo para enfermos sino incluso para personas de la tercera edad. Las empresas líderes son Nursing Services Ltda y Serproenf S. P. E.

Dada la importancia de la prestación de un servicio oportuno, seguro, continuo y accesible a todas las personas, cualquiera que sea su nivel socioeconómico para lograr la total satisfacción del usuario y su bienestar, resulta conveniente para mayor cobertura en el municipio de Chía, el establecimiento de nuevas instituciones prestadoras de salud que cuenten con el servicio de atención hospitalaria a domicilio.

5.2 Estrategias de Mercado

Las empresas, cualquiera que sea su actividad económica, deben plantear estrategias de mercado a partir del análisis de las necesidades de los clientes, localización, identificación de segmentos potenciales, que le permitan definir los objetivos a alcanzar y los instrumentos que debe utilizar para cumplirlos, tales como producto, precio, distribución y promoción. Del conocimiento y análisis de los diferentes elementos de mercado depende el éxito de la empresa.

En el caso específico del mercadeo de servicios de salud Beltrán y Rodríguez (2012) afirman que “se ve determinado por estrategias políticas, más que por estrategias internas de cada organización, que generan poco crecimiento y cumplimiento de necesidades en los usuarios de estos servicios”. Siendo así y considerando como factor clave en la toma de decisión a la hora de afiliarse o contratar un servicio de salud, la calidad del servicio ofertado, las empresas del sector salud como parte de sus planes de mercadeo, deben preocuparse por generar estrategias enfocadas en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, planes y tarifas accesibles, estrategias de comunicación y distribución para darse a conocer con posibles usuarios y mejor aún lograr un reconocimiento y posicionamiento de marca entre sus clientes actuales, para que ellos a partir de su satisfacción puedan recomendarlos con toda certeza.

No obstante, durante los últimos años, es lugar común la insatisfacción de los usuarios hacia el sistema de salud. La imposibilidad para obtener atención cuando se requiere, demora o negación en las autorizaciones, restricciones para acceder a los servicios, falta de resolución en problemas de salud, atención ineficaz, recurso humano insuficiente, percepción de inequidad en el servicio y prestación ineficiente del servicio solicitado, son algunas de las quejas de los usuarios del sistema de salud. Lo anterior indica que la atención en salud no cuenta con aceptación favorable en la población colombiana, por esta razón Peñaloza, Prieto y Rodríguez (2012) señalan que “el mercadeo se convierte en una herramienta que debe ir encaminada a la mejora continua de los servicios, la satisfacción del cliente y la obtención de mejores resultados en los programas y por ende en la salud de toda la población”.

5.2.1 Concepto del servicio

Los Programas de Hospitalización Domiciliaria prestan servicios tanto a instituciones hospitalarias, entidades y pacientes particulares, con el objetivo de acompañar al usuario durante el proceso de recuperación en su hogar y junto a su familia, por profesionales entrenados para asistirlos, de manera tal, como si estuviera en una clínica, con todos los equipos e insumos médicos necesarios a su disposición durante el tiempo que requiera su convalecencia. Los programas ofrecen todos los servicios de salud posibles que pueden ser prestados en la vivienda o lugar de residencia del paciente.

Son susceptibles de ser incluidos en este tipo de programa, aquellos pacientes que posterior a su valoración por parte del médico tratante y de un equipo asistencial sean considerados aptos y reciban autorización de la EPS a la que se encuentren afiliados. Estos servicios se pueden clasificar en básicos, es decir aquellos que necesariamente deben ser ofrecidos para ser considerados por los clientes en el momento de requerir el servicio, y complementarios, que hace referencia a los valores agregados que intentan dar las diferentes organizaciones.

Específicamente el Programa de Hospitalización Domiciliaria se dirige a los siguientes grupos de pacientes:

- Pacientes con discapacidades: asistencia médica interdisciplinaria durante el tiempo que se requiera con el objetivo de conseguir el entrenamiento del paciente para su readaptación y recuperación posterior al alta hospitalaria, en su domicilio.
- Pacientes agudos: Apoyo y seguimiento a los usuarios en sus tratamientos iniciados durante la hospitalización hasta recuperar sus capacidades y su retorno a las actividades cotidianas.
- Pacientes crónicos: Acompañamiento al paciente y su familia en enfermedades crónicas como el EPOC, artritis degenerativa, insuficiencia renal crónica, enfermedad hepática e insuficiencia cardiaca congestiva. Incluye capacitación a familiares o cuidadores.
- Pacientes terminales: Cuidados paliativos por parte de equipos de profesionales interdisciplinarios en la etapa final de vida a pacientes que padecen enfermedades como el cáncer, VIH y patologías degenerativas de corta supervivencia.

Los servicios de atención hospitalaria a domicilio requieren el desplazamiento de los diferentes profesionales de la institución al domicilio para prestar la atención que el paciente requiere, bien sea porque por su patología o discapacidad se les dificulta desplazarse a la IPS, o porque su situación de salud no amerita estar hospitalizado. Es el caso de pacientes crónicos, terminales, con procesos agudos o cuidados paliativos. Los servicios ofertados en la modalidad de atención hospitalaria a domicilio son los siguientes:

- Tratamiento y seguimiento por médico general, así como por médico especialista en los casos que lo requieran.
- Cuidados básicos de enfermería por parte de un(a) auxiliar de enfermería, administración de medicamentos, revisión de signos vitales, hidratación y capacitación a familiares o cuidadores para el manejo del paciente.
- Manejo por parte de enfermeras profesionales en el caso de manejo de colostomías, gastrostomías, retiro de catéter peridural, manejo y retiro de bombas de alimentación y de infusión, así como también para manejo de heridas de alta complejidad o escaras que requieran de un cuidado especializado.

- Asistencia al paciente y su familia durante el tiempo que sea necesario según el proceso de evolución de la enfermedad hasta su recuperación o en el caso de que sea irreversible hasta el final de su vida.
- Servicio de cuidados postquirúrgicos para realizar controles post operatorios después del egreso hospitalario. Se realiza valoración y registro de la evolución del paciente a partir del control de signos y síntomas, para reportar al médico tratante cualquier novedad y se orienta acerca del autocuidado tanto al paciente como a sus familiares. Asimismo, de ser necesario se aplican medicamentos según la frecuencia indicada: cada 4, 6, 8, 12 y 24 horas. Además, se presta el servicio de curaciones para controlar la cicatrización de las heridas para evitar infecciones.
- Asistencia de ventilación mecánica para los usuarios que por sus condiciones de salud requieren de este soporte para mejorar su calidad de vida y según la evolución lo permita, realizar el destete del ventilador.
- Alquiler de equipos hospitalarios para complementar el servicio asistencial, tales como ventiladores mecánicos, Cpap, Bpap, pulsioxímetros, aspiradores, nebulizadores, camas hospitalarias, sillas de ruedas necesarios para la recuperación del paciente.
- Suministro de oxígeno medicinal ya sea en concentradores o cilindros.
- Atención por terapia física con fisioterapeutas especializados para manejo del dolor, rehabilitación, lesiones deportivas y entrenamiento neuromuscular.
- Servicio de terapia respiratoria prestado por terapeutas respiratorias que, de acuerdo con lo ordenado por el médico tratante, realizan aspiración de secreciones, drenaje postural, nebulizaciones, control de equipos de ventilación, cuidado de traqueotomía, estimulación de patrones tusígenos.
- Atención por parte de fonoaudiólogos en terapia de lenguaje y deglución, para realizar diversos tratamientos en afasias, dislalias, o deficiencias del lenguaje.
- Atención por terapeuta ocupacional que contribuye en la reincorporación del paciente a su cotidianidad y su vida laboral.
- Apoyo psicológico y nutricional.
- Toma de muestras de laboratorio para control médico.

Dentro del grupo de competidores se han podido identificar los siguientes servicios básicos:

- Atención médica domiciliaria
- Enfermería profesional
- Auxiliares de enfermería
- Terapia respiratoria - física – ocupacional – lenguaje
- Antibioticoterapias
- Toma de muestras de laboratorio
- Curación e instalación de catéteres periféricos, centrales e implantables
- Manejo de sondas y ostomías
- Suministro de medicamentos
- Cuidados Postoperatorios
- Atención a pacientes que se encuentran en el servicio de urgencias y pueden cumplir su tratamiento en casa
- Hospitalización domiciliaria
- Entrenamiento a los pacientes y sus familias
- Traslado de urgencias a clínica u hospital

5.2.2 Estrategias de distribución

La principal estrategia de distribución es generar una imagen corporativa, que identifique a la empresa de las demás, es decir, un diferenciador. Para el efecto debe contar con un logotipo y un slogan para ser utilizados como identidad corporativa tanto en la fachada de su sede como en la papelería y medios publicitarios.

Con el propósito de ofertar los servicios y de llegar más directamente a los usuarios potenciales se considera la posibilidad de visitas a centros hospitalarios para promocionar con los pacientes que son dados de alta y que probablemente puedan requerir de servicios de atención hospitalaria en domicilio. Igualmente debe contactarse a las diferentes Empresas Prestadoras de Servicios de Salud para ofrecer convenios de prestación de servicios a sus afiliados.

Una instancia adicional que debe tenerse en cuenta es la promoción de servicios de la IPS a través de medios publicitarios y de comunicaciones tales como cuñas radiales, avisos publicitarios y uso de propaganda tipo volantes en el área de influencia, en este caso, Chía – Cundinamarca.

5.2.3 Estrategias de precio

Respecto a la forma de pago de los servicios de hospitalización domiciliaria existen tres opciones:

5.2.3.1 Remisiones por EPS

El mayor número de usuarios proviene de las remisiones por parte de diferentes Empresas Prestadoras de Servicios de Salud – EPS, de los usuarios dados de alta que requieren algún tipo de acompañamiento en su domicilio para continuar su recuperación o rehabilitación. Existe un contrato previo, con acuerdo de pago por medio de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, que de acuerdo con la Comisión de Regulación en Salud – CRES (2010), “es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado”. Este porcentaje es girado por el Ministerio de Salud a las EPS mensualmente. (Anexo 2).

5.2.3.2 Planes prepagos

Dirigidos principalmente a personas naturales, actúan como seguros donde el usuario paga una prima y puede o no utilizar los servicios dependiendo de la necesidad que tenga de ellos. Estos planes también se ofrecen a través de empresas que firman convenios y permiten la afiliación colectiva de sus empleados y las familias de estos.

5.2.3.3 Cobro por evento

Este tipo de cobros se dirige a personas naturales que no tienen un plan prepago y desean adquirir servicios eventuales de atención, es decir por una única vez. Esta modalidad también se emplea frecuentemente cuando se realizan contratos de outsourcing con EPS o IPS donde, aunque existe un contrato de prestación de servicios firmado con antelación, la forma de cobro se hace por evento o por hora, pues los servicios son demandados por el cliente de forma variable dependiendo de la clase y tipo de pacientes que atiendan en cada periodo de tiempo.

La fijación de precios por evento se dirige a usuarios que contratan de manera particular los diferentes servicios, se toma como parámetro una tarifa por visita y de acuerdo con el tipo de servicio o procedimiento que requiera el usuario. En la Tabla 26 se relacionan las tarifas de prestación del servicio de hospitalización a domicilio por evento usuarios particulares. En la Tabla 26 se presenta una relación de las tarifas presupuestadas por evento a usuarios particulares.

Tabla 9. Tarifas por evento para usuarios particulares

Especialidad	Tarifa por visita
Consulta Medicina General	\$ 80.000
Consulta Paramédico	\$50.000
Jefe de enfermería	\$30.000
Auxiliar de enfermería	\$15.000
Fisioterapia	\$40.000
Terapia del lenguaje	\$40.000
Terapia Ocupacional	\$40.000
Psicología	\$40.000
Laboratorio	\$30.000

Fuente: Los Autores.

En este apartado se incluyen tarifas para alquiler de equipos médicos, suministro de insumos médicos y medicamentos por eventos a particulares, las cuales se relacionan en la Tabla 27.

Tabla 10. Tarifas suministro de material médico, medicamentos y alquiler de equipos por evento para particulares

Descripción	Tarifa
Material médico quirúrgico básico	\$35.000
Dotación elementos básicos enfermería	\$30.000
Material de curación	\$30.000
Material médico quirúrgico especializado	Costo más 12%
Medicamentos	Costo más 10%
Alimentación enteral	Costo más 12%
Soporte ventilatorio incluido implementos	\$550.000
Alquiler ventilador mecánico	\$1.800.000
Alquiler concentrador	\$450.000
Alquiler bala de oxígeno por hora	\$15.000
Auxiliar de enfermería por 8 horas	\$80.000
Auxiliar de enfermería 12 horas	\$120.000
Auxiliar de enfermería 24 horas	\$240.000

Fuente: Los Autores.

El proyecto plantea la creación de una Institución Prestadora de Salud para atención hospitalaria en domicilio basada en el Modelo Integral de Atención en Salud, para satisfacer las necesidades de la población de Chía a través de un servicio eficiente, equitativo y de calidad a pacientes que deben seguir un tratamiento para su padecimiento bajo hospitalización en casa, con el apoyo de su núcleo familiar.

En el caso de los usuarios remitidos por EPS, existirá un contrato previo y el pago será cubierto por el sistema de salud, por tanto, será la EPS la encargada de hacer el pago a la IPS.

5.2.4 Estrategias de promoción

Las estrategias de promoción tienen por objetivo informar, persuadir y recordar al público objetivo los productos que maneja la empresa. **Influir**, se refiere a dar a conocer las características, ventajas y beneficios del producto. **Persuasión**, es conseguir que los potenciales clientes adquieran los productos o servicios. **Recordar**, es lograr que la marca esté siempre presente en la memoria de los clientes. Por tanto, la estrategia de promoción tiene el propósito de influir en la actitud y comportamiento del cliente o prospecto utilizando

herramientas como la publicidad, promoción de ventas, relaciones públicas, marketing directo y ventas personal. La estrategia debe tener objetivos específicos, mensurables, alcanzables, pertinentes, en un plazo determinado (Vega, 2019).

Las estrategias de promoción se centrarán en ofrecer un servicio de calidad cuyo fin principal es satisfacer los requerimientos de los usuarios, mejorando su calidad de vida y la de su entorno familiar. Como estrategia para promocionar el servicio se tendrá en cuenta el tipo de mercado al que va dirigido, es decir, si es para usuarios afiliados a EPS, usuarios particulares o contratos de planes para empresas.

En el caso de afiliados de EPS, la promoción del servicio se hará directamente con la EPS a través de reuniones de ventas directas, donde a través de catálogos de servicios se explicará detalladamente cada uno de los servicios. Para empresas se deben organizar reuniones de venta y programas de incentivos para dar a conocer los objetivos de la institución, los servicios y la infraestructura con la que se cuenta. Por último, para llegar a usuarios particulares se utiliza como herramienta promocional mensajes por correo electrónico, catálogos de productos, ofertas por internet y publicaciones de prensa.

5.2.5 Estrategias de comunicación

Las estrategias de comunicación es la forma en que los determinados objetivos de comunicación son traducidos en lenguaje inteligible para el público receptor, para que los pueda asimilar debidamente. Cualquier teoría de comunicación está condicionada por las propias teorías de la comunicación, la creatividad y la forma de entender ambos factores por parte de quien va a decodificar el mensaje (Cárdenas, 2019, p.18).

Como parte de las estrategias de comunicación debe considerarse la elaboración de un portafolio de servicios que puede ser entregado directamente a los usuarios potenciales, en las entidades hospitalarias o en las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud. Dicho portafolio contiene una información detallada tanto de los servicios que ofrece la IPS como los profesionales con que cuenta para cubrir su tratamiento.

Para dar a conocer la IPS, es recomendable publicitar los servicios en medios de comunicación y teniendo en cuenta el gran crecimiento que ha tenido en los últimos años las redes sociales y los servicios de internet, se recomienda crear una página web que pueda ser consultada por los usuarios en el momento que requieran un servicio en el área de la salud.

La presión de los usuarios por prestación de servicios de salud de calidad y eficientes, exigen esquemas más competitivos, donde el consumidor libremente pueda escoger entre una amplia lista de instituciones la que le ofrezca mejores condiciones según sus necesidades. Es ahí donde se hace imprescindible la implementación de estrategias de mercadeo, ya que según sea la capacidad de una organización para orientar los propósitos hacia la mejora de la calidad, gestión de talento humano y cuyas acciones se dirijan a satisfacer las expectativas del cliente basados en las “4 pes”: producto (buen servicio), promoción (excelente divulgación), precio (costos accesibles) y distribución (ubicación y acceso al cliente efectivo), podrá sobrevivir en el mercado del sector salud.

5.2.6 Estrategias de servicio

Teniendo en cuenta que en la IPS de atención hospitalaria en domicilio se planea prestar servicios de calidad, se contratará personal profesional altamente capacitado, pero lo más importante deben ser personas con don de gentes que ofrezcan el mejor trato al paciente, considerando que en su estado debe ser atendido con respeto, amabilidad y tolerancia para alcanzar su recuperación. Se contará con atención telefónica 24/7 para que tanto el paciente como su familia se sientan totalmente respaldados por el personal que integra la IPS y la atención en salud debe ser no solo de calidad, sino oportuna. Es de vital importancia la supervisión del personal para controlar que los pacientes bajo su cargo cuenten con la atención integral y los tratamientos requeridos sean totalmente efectivos, con la importancia que se merece cada uno de ellos.

Las estrategias de servicio representan una guía o referente para la planificación empresarial, para que las organizaciones se mantengan en la dinámica estratégica, en consonancia con los nuevos retos a los que las tecnologías y la propia globalización conllevan (González y Atencio, 2010, p.140). Es decir, que contribuyen en el diseño, desarrollo e

implementación de una gestión de servicios, para que una organización tenga total operacionalidad y rendimiento, lo cual exige liderazgo y capacidad organizativa.

Las organizaciones del sector salud deben tener conciencia de la importancia de adquirir reconocimiento de parte de sus usuarios, generar en ellos la confianza de que, como prestadores de servicios de salud, en el momento de presentarse algún evento que involucre su salud, estarán en las mejores manos y recibirán todos los cuidados necesarios con la debida oportunidad y calidad, con lo cual se conseguirá su satisfacción total. En este sentido, Beltrán y Rodríguez (2012), sostienen que “para ningún administrativo es ajeno el propósito de posicionarse en la mente de su cliente como la mejor opción, de allí que estrategias y esfuerzos organizacionales sean la preocupación permanente de los accionistas, los directivos y los líderes de la gerencia media”.

5.2.7 Presupuesto de la mezcla de mercadeo

Para que una organización pueda llevar a cabo un proceso de mercadeo es conveniente identificar claramente los instrumentos básicos para atender adecuadamente el mercado. En primer lugar, es importante estimular la demanda por el producto o servicio y, en segundo lugar, alcanzar la satisfacción de la demanda de manera pronta y eficaz. Estos dos elementos conforman lo que se llama mezcla de mercadeo. Por tanto, mezcla de mercado es la combinación correcta de instrumentos que contribuyan a estimular la demanda del producto o servicio y los instrumentos que propendan a la satisfacción pronta de la demanda.

Ofrecer productos o servicios adecuados, precios accesibles, utilizando una correcta estrategia comunicativa, que lleve un mensaje claro del producto o servicio, destaque sus bondades, con presencia y recordación de marca, son instrumentos que se puede utilizar para estimular la demanda. Los factores que estimulan la demanda están representados entonces por el producto o servicio en sí mismo, sus características, el precio, la marca, la presentación, el mensaje publicitario y la garantía post venta.

La satisfacción de la demanda se consigue a través de la selección de la mejor manera de acercarse al usuario y sabiendo suplirle la necesidad que tiene en ese momento oportuna y eficazmente. Los instrumentos de satisfacción de la demanda son: los canales, el almacenamiento o bodegaje, los inventarios de producto terminado y el medio de transporte utilizado. El éxito de un plan de mercado consiste precisamente en realizar una mezcla de mercadeo que combine correctamente instrumentos de estímulo de la demanda del producto o servicio y los instrumentos de satisfacción de la demanda oportunamente.

La práctica común de los mercadotecnicistas en cuanto a estrategias de mercado en las empresas consiste en combinar o mezclar cuatro variables del mercadeo denominadas ‘las cuatro pes’ para alcanzar las metas propuestas. Se denominan así por las iniciales en inglés de las variables *product*, *price*, *place* y *promotion*, que en español equivalen a producto, precio, distribución y promoción. Aunque existen otras variables de gran importancia en los planes de mercado para las empresas.

Producto es todo aquello que se puede ofrecer en un mercado para su uso o consumo, y que está pensado para satisfacer un deseo o una necesidad. Pueden ser tanto objetos físicos (bienes) como servicio, personas, lugares, organizaciones e ideas. El **precio** es el valor que una empresa fija para su producto y es la suma de dinero que un cliente paga a la empresa por ese producto en un intercambio para recibir beneficios de él. La **distribución** tiene que ver con la operación necesaria para hacer la entrega del producto al consumidor. La **promoción** hace referencia a dar a conocer todo lo relacionado con el producto que se ofrece, el precio, dónde se puede adquirir. En la Tabla 28 se relaciona los costos presupuestados para las estrategias de mercado propuestas.

Tabla 11. Costos estrategias de mercado

Concepto	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
Portafolio de productos	1000	\$1.500	\$1.500.000
Página web	1	\$4.500.000	\$4.500.000
Hosting o dominio por año	1	\$80.850	\$80.850
Cuña radial de 60 seg, pauta por mes	1 mes	\$4.733.224	\$ 4.733.224
Publicidad impresa (periódico, revistas) 1 mes	1 mes	\$2.000.000	\$2.000.000
Volantes	1000	\$120	\$120.000
Folletos	1000	\$480	\$480.000
Aviso fachada	1	\$350.000	\$350.000
TOTAL			\$13.764.074

Fuente: Los autores.

6. ESTUDIO TÉCNICO

El estudio técnico permite identificar los requerimientos básicos para conformar la infraestructura de la IPS, entre ellos la ubicación recomendada, las características de la planta física, el presupuesto necesario para la adquisición de equipos e insumos para la puesta en marcha y más importante aún el análisis del recurso humano y técnico con que se debe contar para la prestación del servicio proyectado.

Respecto a los requisitos de localización, resulta fundamental analizar factores como la macrolocalización, que tiene en cuenta variables tales como la ubicación: ciudad o municipio y la microlocalización que considera el sector específico de la ciudad o municipio, barrio y dirección exacta donde conviene instalar la sede de la IPS, para obtener los mejores resultados de mercado. Además, es preciso contemplar otros factores como el clima, vías de acceso, medios de comunicación y aspectos geográficos al momento de diseñar los servicios.

De otro lado, cabe señalar que de acuerdo con los servicios que se planea ofrecer y los parámetros establecidos en la normatividad colombiana, según el Sistema de Seguridad Social Integral para la creación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se debe verificar el tipo de planta física requerida, que permita el desarrollo operativo adecuado.

El cotejo de factores de índole económico estudia variables tales como los insumos y suministros indispensables para la operatividad, los costos fijos como el costo de arrendamiento mensual, los servicios públicos y el valor de la nómina. Y no menos importante que lo anterior, resulta el análisis del talento humano que se requiere contratar y los términos legales para el manejo de la contratación.

A continuación, se detalla cada uno de los factores relevantes para inicio de operación de una IPS de atención domiciliaria.

6.1 NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS

6.1.1 Capacidad instalada requerida

La principal característica que debe tener la sede de una Institución Prestadora de Salud de primer nivel, es la comodidad, considerando que los servicios prestados están relacionados con la salud. Teniendo en cuenta el tipo de actividad a desarrollar, es importante cumplir no solo con las reglamentaciones del uso de suelos impuestas por las unidades catastrales, sino los indicadores propuestos por la Secretaría de Salud y los diseños planteados en la Guía del Programa Médico Arquitectónico de la Dirección General de Calidad de Servicios. La guía constituye un instrumento para facilitar el cálculo teórico de áreas para una IPS. Permite la visualización y organización de las distintas áreas, servicios y dependencias de manera completa, contemplando la presencia de todos los ambientes necesarios (Ministerio de Protección Social, 2010). De acuerdo con lo anterior, la distribución de la planta debe cumplir con los siguientes requisitos: un área exclusiva y con circulación restringida, área de registro de pacientes que ingresan al servicio y servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.

En la Tabla 29 se registran las dependencias requeridas para la planta física de una IPS de primer nivel, según la Secretaría Distrital de Salud.

Tabla 12. Capacidad instalada requerida

Dependencia	Cantidad	Área requerida aproximada
Acceso	1	6
Recepción, control y facturación (3 puestos de trabajo)	1	12
Oficina Director	1	20
Área atención al usuario	1	15
Sala de espera	1	20
Baño mujeres y baño hombres	2	20
Archivo	1	6
Depósito medicamentos	1	6
Depósito equipos	1	6
Sala para personal	1	15
Baño mujeres y baño hombres para personal	2	20
Laboratorio	1	20
Cuarto de aseo	1	3
Depósito residuos	1	3
TOTAL		172

Fuente: Secretaría Distrital de Salud (2010)

- Área de acceso: área de ingreso del personal administrativo, médicos, enfermeras y usuarios que desean contratar servicios o realizar algún trámite relacionado con servicios prestado a título personal o para un familiar.
- Recepción, control y facturación: Dependencia que se encarga de tramitar el acceso a los servicios, facturación y recepción de pagos.
- Oficina de Dirección: área destinada para la persona que dirige la institución y coordina operativamente la prestación de servicios.
- Atención al usuario: En esta área se encuentran funcionarios que atienden los requerimientos de cada uno de los usuarios, tanto de forma presencial como telefónicamente para solucionar cualquier situación que se pueda presentar con pacientes.
- Sala de espera: Lugar destinado para que los asistentes puedan esperar su turno para ser atendidos.
- Baños: Se deben contar por lo menos dos baños para uso de las personas que asisten a la IPS, uno para mujeres y otro para hombres.
- Sala de archivo: En este lugar se almacenan de forma adecuada las historias clínicas, la documentación contable y administrativa.
- Sala para personal: Corresponde a un espacio de uso exclusivo para el personal de la salud que preste servicios en la IPS, destinado para su permanencia mientras deben salir a realizar atención a un paciente, por lo tanto, para hacer amena la espera debe estar dotada de un televisor, cocina, una cafetera, muebles confortables, lavamanos y elementos para desinfección.
- Baños para personal: Se debe contar con servicio exclusivo y privado de baño para hombres y mujeres que hacen parte del personal de la institución.

- Cuarto de aseo: Lugar destinado para guardar elementos e implementos de aseo: traperos, baldes, detergentes, escobas, etc. Adicionalmente debe tener una poceta para lavar traperos.
- Depósito para residuos: Lugar para almacenamiento temporal de residuos que deben ser eliminados en bolsas de colores de acuerdo con su disposición final. Debe ubicarse en un sitio que facilite la evacuación de los residuos.
- Laboratorio. Lugar destinado al análisis de muestras de laboratorio, debe contar con medidas de asepsia.

La Ilustración 1 muestra el prototipo de plano para el diseño de la planta física.

Ilustración 1. Prototipo Plano diseño planta física



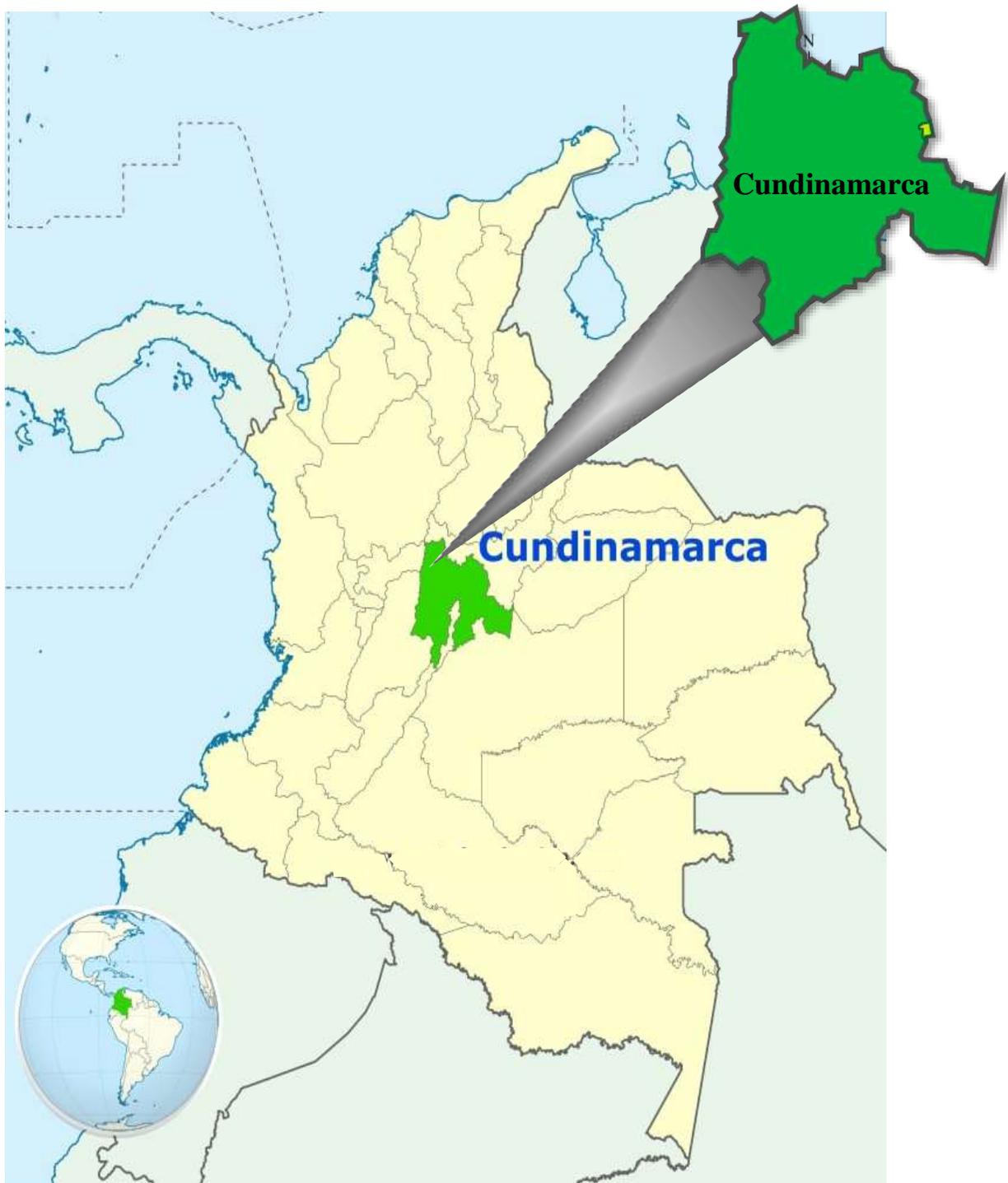
Fuente: Diseño propio con base en el Manual Guía para el diseño arquitectónico, Secretaría Distrital de Salud

6.1.2 Localización

El estudio propone localizar una Institución Prestadora de Salud para atención de hospitalización domiciliaria en el municipio de Chía -Cundinamarca. El departamento de Cundinamarca se localiza sobre la Cordillera Oriental y hace parte de la región Andina. Presenta un relieve variado de planicies, montañas, colinas, con alturas que van desde los 300 a los 3.500 msnm. El departamento tiene una extensión de 24.210 Km², incluidos los 1.605 Km² del Distrito Capital de Bogotá, que corresponde al 2,1% de la superficie total y ocupa el décimo cuarto puesto entre las divisiones administrativas departamentales de Colombia (Gobernación de Cundinamarca, 2015).

Geográficamente el departamento se ubica en el centro del país, limita con cinco departamentos: al Norte con Boyacá; al Oriente con Boyacá y Meta; por el Sur con Meta, Huila y Tolima y por el Occidente con Tolima y Caldas, separados por el río Magdalena. Administrativamente el departamento está conformado por 116 municipios agrupados en 15 provincias y el Distrito Capital de Bogotá. Las provincias se han constituido y delimitado con el fin de integrar el territorio por las características sociales, espaciales y de proximidad consideradas homogéneas, para fortalecer el desarrollo regional. En la Ilustración 2 se presenta la ubicación geográfica del departamento de Cundinamarca.

Ilustración 2. Ubicación geográfica del departamento de Cundinamarca



Fuente: todacolombia.com

En cuanto al desarrollo poblacional de Cundinamarca, según datos del último censo realizado por el DANE, tiene 2.919.060 habitantes, ubicándose en el cuarto lugar como entre los departamentos más poblados del país, después de Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca. Bogotá ocupa el primer lugar como la ciudad más poblada del país, con 7,4 millones de personas, es decir, contiene 2,5 veces la población de Cundinamarca. Tener en cuenta esta magnitud es importante para entender las relaciones de interdependencia entre el departamento y la ciudad capital, en términos de servicios, ocupación, movilidad y equipamientos, entre otras (Gobernación de Cundinamarca, 2020, p.47).

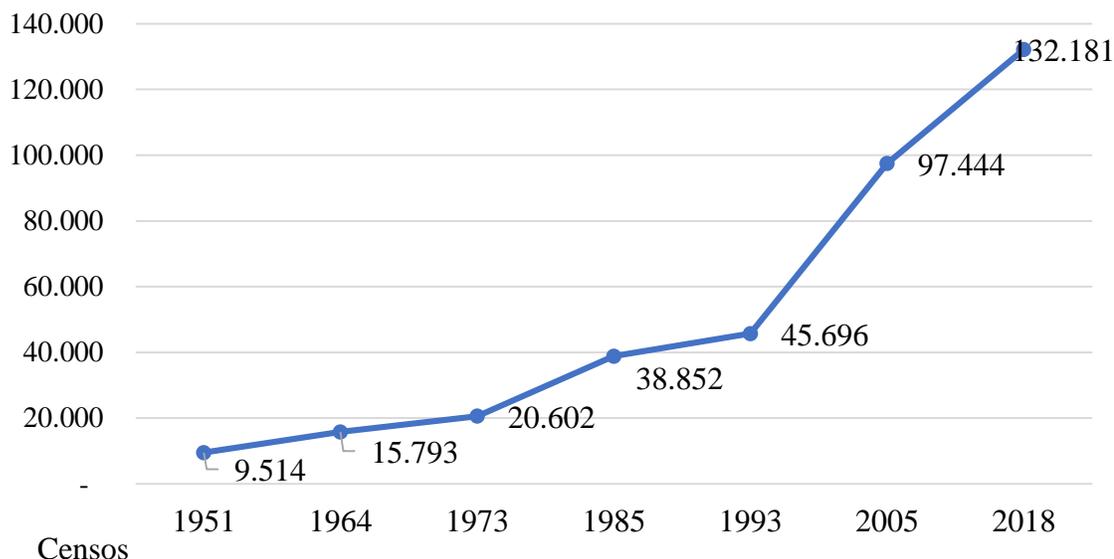
Respecto a la distribución de la población en el departamento puede decirse que de los 116 municipios que lo conforman, la mayor concentración poblacional se observa principalmente en 7 municipios: Soacha, Facatativá, Fusagasugá, Zipaquirá, Chía, Mosquera y Madrid, que cuentan con el 50% del total de la población departamental. La tendencia demográfica presenta un crecimiento acelerado superior a todos los departamentos del país y de manera concentrada en los municipios cercanos al centro del departamento, debido al gran número de personas que migran hacia la región en busca de mejores condiciones de vida, ya sea para tener acceso laboral, a servicios de salud o educación.

En relación a la economía, el departamento se ubica como la quinta economía del país, después de Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y Santander. Según cifras suministradas por el DANE, Cundinamarca ocupó el primer puesto en agricultura, ganadería y caza, con el 14,1% del total nacional; fue tercera en suministro de energía, gas, vapor y aire con un 10,78% del total; tuvo el quinto puesto nacional en actividades de comercio, con el 5,1% del total país; fue cuarta en actividades profesionales y científicas, con el 4,79% del total nacional; también fue cuarta en industria, con el 10,9% del total; ocupó el quinto puesto en actividades de construcción y en actividades de información y comunicaciones, con el 6,29% y el 4,97% del total nacional, respectivamente (Gobernación de Cundinamarca, 2020, p.50).

Por su parte, el municipio de Chía hace parte de uno de los 116 municipios que conforman el departamento de Cundinamarca. Cuenta con una extensión total de 80,44 Km², de los cuales 74,45 Km² corresponden al suelo rural y 6,3 Km² al suelo urbano. Comparado con los otros municipios del departamento es uno de los más pequeños en extensión (Alcaldía

censo realizado en el 2005. La gráfica 25 representa el crecimiento poblacional en Chía durante los últimos 50 años.

Gráfica 25. Crecimiento poblacional en Chía durante los últimos 50 años



Fuente: Alcaldía Municipal de Chía (2020).

Cabe señalar, además, que aparte de la migración de población colombiana hacia el departamento de Cundinamarca, también debido a la crisis social que se ha presentado en los últimos años en Venezuela y por su cercanía con Colombia se ha evidenciado fuerte migración al país y especialmente a Cundinamarca, registrándose aproximadamente 85.059 venezolanos y específicamente en Chía por ser un municipio tan cercano a la capital del país, se encuentra gran número de migrantes.

Ahora bien, vale la pena valorar la distribución geográfica de la población para poder establecer cuál es la mejor opción para la microlocalización del proyecto. A este respecto, verificando cifras del censo del DANE (2018), “se estima que la mayor parte de la población se concentra en el perímetro urbano con un 78% aproximadamente”. En la Tabla 30 se

observa un comparativo de la distribución población en el municipio de Chía para los años 2005 y 2018.

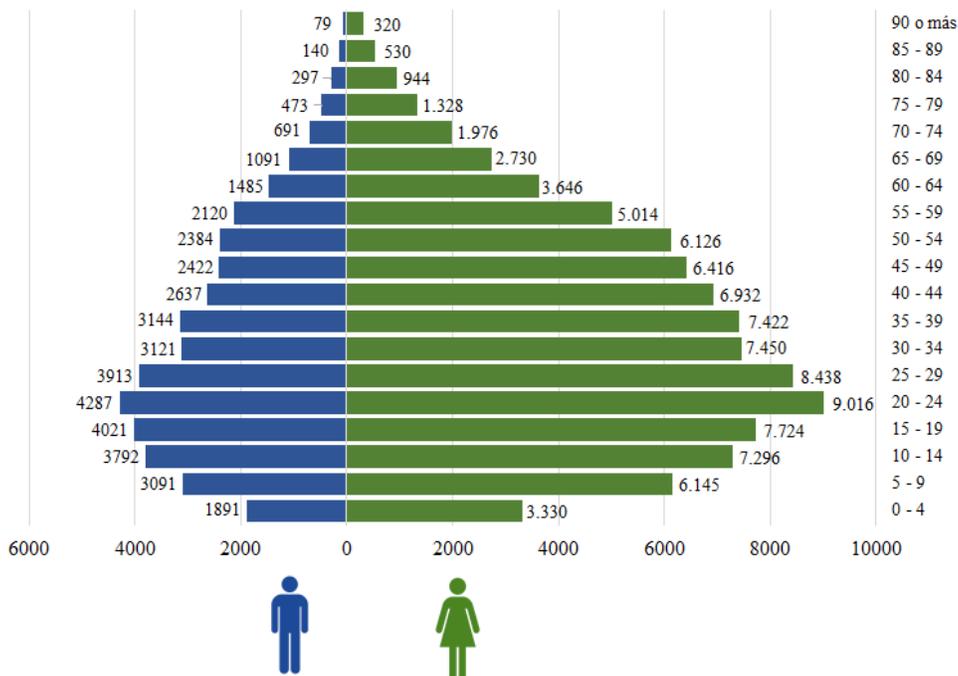
Tabla 13. Distribución poblacional en el municipio de Chía

Año	Departamento	Municipio	Total	Cabecera	%	Resto	%
2005	Cundinamarca	Chía	97.907	73.852	75,43	24.055	24,56
2018	Cundinamarca	Chía	132.181	105.509	79,82	26.672	20,17

Fuente: DANE (2020)

En lo que tiene que ver con estructura poblacional por rango de edades y sexo, se evidencia que el 46% de la población se encuentra entre los 6 y 30 años y se registra una natalidad baja. Las diferencias importantes entre la proporción de hombres y mujeres se presentan en los grupos etarios de 41 a 45, de 56 a 60, de 76 a 95, donde las mujeres siempre superan a los hombres en más de 13%. Es una población económicamente activa, donde el 70% se encuentra en edad laboralmente activa (Alcaldía Municipal de Chía, 2020, p.27). La gráfica 26 representa la pirámide poblacional por grupo de edades y sexo del municipio de Chía, según datos del Sisbén III a noviembre de 2019.

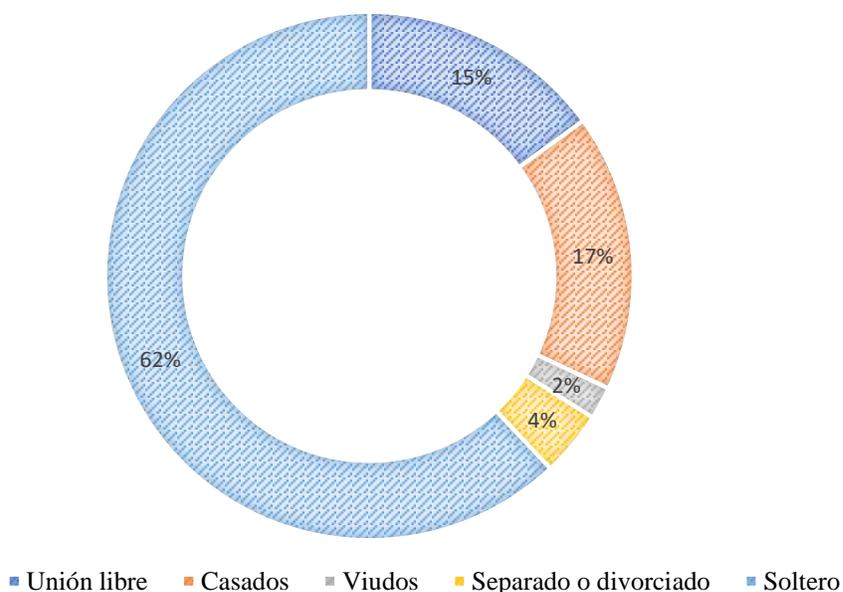
Gráfica 26. Pirámide poblacional por rango de edades y sexo



Fuente: Base de datos certificada SISBEN III corte a noviembre 2019

En cuanto a la conformación de los hogares en el municipio, se caracterizan por tener entre 3 y 4 miembros y una tercera parte son hogares unifamiliares o de dos miembros; aunque se encuentran algunos hogares muy numerosos que representan el 3,40% del total. De otra parte, se observa la condición de las familias casadas es del 17%, en unión libre es del 15%, separados el 4%, personas que han enviudado el 2% y se encuentra un 62% de personas solteras (Alcaldía Municipal de Chía, 2020, p.27). En la gráfica 27 se representa el estado civil de los habitantes del municipio de Chía, de acuerdo con la base de datos del SISBEN III, en el año 2019.

Gráfica 27. Estado civil de los habitantes del municipio de Chía



Fuente: Base de datos certificada SISBEN III corte a noviembre 2019

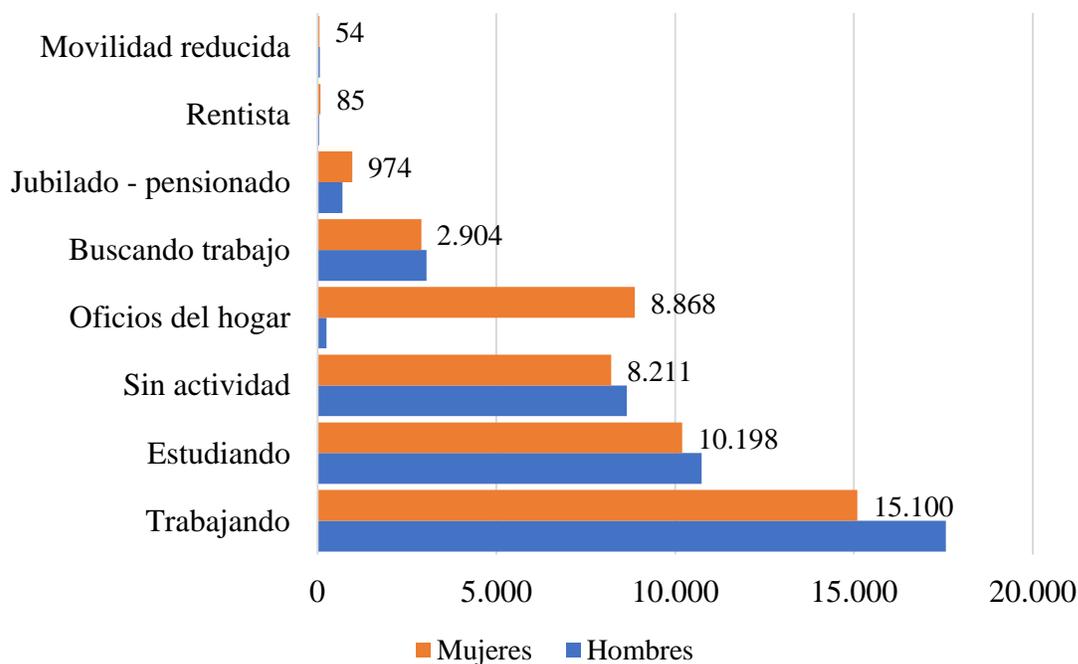
La actividad económica de la población está representada así: personas en busca de trabajo 6,81%, actividades del hogar el 10,43%, 10.394 personas entre los 18 y 29 años son estudiantes, 1.672 personas están jubiladas y 122 se encuentran con movilidad reducida. Buena parte de las viviendas han sido adaptadas para desarrollar actividades comerciales la misma familia o en algunos casos para colocar en renta el local. En la Tabla 31 se presenta una relación de las actividades económicas de la población de Chía y en la Gráfica 28 se representan las actividades económicas desarrolladas por los pobladores del municipio de Chía según el género.

Tabla 14. Actividad económica de la población de Chía

Actividad Económica	Hombres	Mujeres
Trabajando	17.574	15.100
Estudiando	10.740	10.198
Sin actividad	8.647	8.211
Oficios del hogar	252	8.868
Buscando trabajo	3.052	2.904
Jubilado - pensionado	698	974
Rentista	48	85
Movilidad reducida	68	54

Fuente: Base de datos certificada SISBEN III corte a noviembre 2019

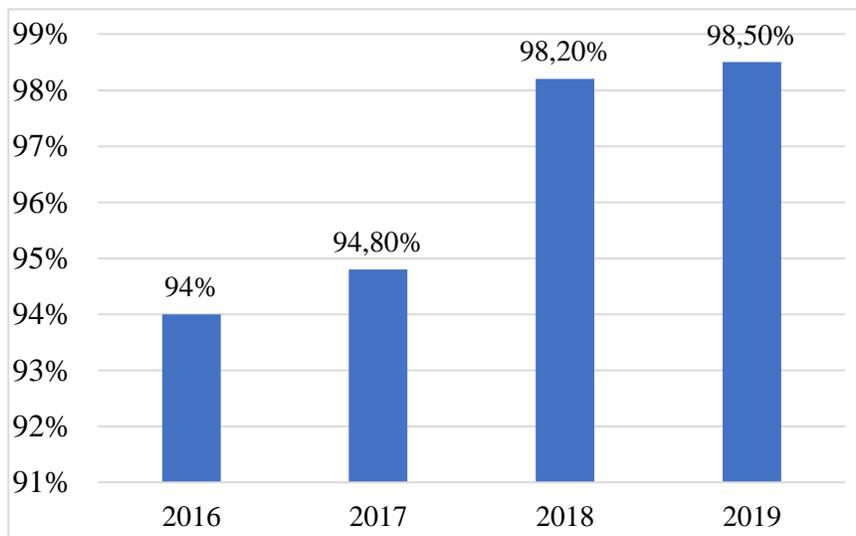
Gráfica 28. Representación gráfica de las actividades económicas desarrolladas por la población de Chía



Fuente: Base de datos certificada SISBEN III corte a noviembre 2019

Respecto a la cobertura de afiliación se evidencia que el 90% de la población cuenta con cobertura de seguridad social en salud, con un crecimiento constante desde el año 2016, según datos del DANE. Lo anterior se puede observar en la Gráfica 29.

Gráfica 29. Cobertura total Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Municipio de Chía, periodo 2016 - 2019



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) Corte diciembre de 2019

Tomando en cuenta que la mayor parte de la población se encuentra en la zona urbana del municipio, resulta la mejor opción ubicar la IPS en esta zona. Para la toma de decisión deben considerarse algunas ventajas que posee el municipio, tales como:

- Chía ofrece para los municipios aledaños, para Bogotá y para el propio municipio innumerables bienes y servicios, tal es el caso de comercio, empleo, servicios, gastronomía, educación, cultura, salud y turismo.
- La ubicación de Chía en la frontera con la ciudad capital permite un rápido desplazamiento desde y hacia Bogotá, por lo tanto, se facilita el desarrollo de los sectores de servicios, comercio, vivienda y turismo.
- La localización del municipio en el centro del departamento de Cundinamarca, permite la movilización no solo a Bogotá, sino a otros departamentos como Santander, Antioquia y los departamentos de la Costa Atlántica.

- El desarrollo productivo y comercial del municipio hace que cuente con la capacidad de producir bienes y prestar servicios de mediana y alta especialización tanto para la población del municipio como para la población de los municipios aledaños e incluso de la misma capital Bogotá.

6.1.3 Activos Fijos requeridos: Maquinaria, Equipo, Muebles y Enseres

De acuerdo con los servicios ofrecidos por la IPS, se requiere la inversión en equipos, insumos e instrumentos médicos que aseguren la prestación de un servicio de excelente calidad y la competitividad. A continuación, en la Tabla 32 se describen los equipos, insumos e instrumentos médicos básicos necesarios para el funcionamiento de una IPS de atención hospitalaria a domicilio.

Tabla 15. Equipos, insumos e instrumentos médicos básicos requeridos

Equipo Médico	Descripción		Precio unitario
Fonendoscopio o estetoscopio	Se utiliza para auscultar los sonidos cardíacos y respiratorios, aunque también permite escuchar sonidos intestinales o soplos por flujos sanguíneos en arterias y venas. Es uno de los instrumentos principales por ofrecer una gran capacidad diagnóstica ante diversas patologías.		\$370.000
Tensiómetros	Monitor de presión arterial, que se utiliza para medir la fuerza que ejerce el flujo sanguíneo en las paredes de las arterias y detecta dos tipos de presiones: sistólica y diastólica.		\$85.000
Oxímetro o pulsioxímetro	Consiste en un dedal y un aparato que grafica la saturación de oxígeno en sangre, punciones arteriales y el análisis de gases sanguíneos.		\$70.000

Nebulizadores	<p>Equipo médico utilizado para personas que padecen asma u otras afecciones respiratorias, permite administrar medicamentos directa y rápidamente a los pulmones. Convierte el medicamento líquido en un vapor muy fino que una persona puede inhalar a través de una mascarilla facial o boquilla.</p>		\$185.300
Dispositivos para administración de oxígeno – oxigenoterapia de alto flujo	<p>Se utilizan para administrar, regular y suplementar el oxígeno con el objetivo de incrementar la oxigenación arterial del paciente. El dispositivo mezcla el oxígeno y el aire manteniendo una concentración fija de oxígeno para su aporte al paciente.</p>		<p>Concentrador \$3.790.000</p> <p>Bala portátil \$800.000</p> <p>Cánula alto flujo \$230.000</p>
Ventiladores mecánicos	<p>Máquinas que toman aire y oxígeno de fuentes presurizadas y los acondiciona, regulan la presión y el volumen del aire insuflado; miden la presión y el volumen del aire exhalado de espiración.</p>		\$94.600.000
Carro rojo o carro de paro	<p>Recurso esencial para la atención de los pacientes que necesitan soporte. Contiene medicamentos y materiales médicos para atención de emergencias médicas. Es fundamental mantenerlo completo para garantizar la atención de emergencia y de reanimación.</p>		\$2.300.000
Desfibrilador	<p>Dispositivo médico que aplica un choque eléctrico al corazón para establecer un ritmo cardíaco más normal, en pacientes que se encuentran sufriendo una fibrilación ventricular o algún otro ritmo que requiera una descarga eléctrica.</p>		\$23.800.000
Máquinas CPAP y BIPAP	<p>La máquina CPAP proporciona un nivel de presión para la vía respiratoria superior durante toda la noche. Los dos niveles de BiPAP proporcionan dos niveles de presión durante toda la noche. El ajuste automático proporciona una presión variable durante la noche en función</p>		\$2.000.000

	de sus necesidades y la fase del sueño.		
Barra trapecio y grúa	Elemento auxiliar del que dispone el personal sanitario para movilizar a enfermos dependientes con la mayor seguridad y menor riesgo de lesiones para él y para sus cuidadores.		\$1.800.000
Catéteres de succión cerrada	Dispositivo medico desechable que se utiliza para realizar aspiración de las secreciones bronquiales en los pacientes que tienen vía aérea artificial y se encuentran con soporte ventilatorio mecánico, minimizando el riesgo de infección y por desconexión del ventilador y garantizando la entrega de los parámetros programados. Permite la administración de medicamentos por vía inhalada (IDM)		\$74.000
Equipo de succión	Dispositivo ideal para ser utilizado en pacientes adultos y pediátricos, apto para clínicas, hospitales, consultorios y servicios domiciliarios. El equipo, permite realizar succión, irrigación y aspiración de secreciones en la vía aérea. Incluye un motor libre de lubricación (aceite) y alta presión de vacío. El succionador garantiza protección sobre el flujo para controlar los líquidos aspirados y control regulable de aspiración.		\$1.400.000
Sonda de alimentación	Se utiliza para proporcionar nutrición a pacientes que no pueden alimentarse por vía oral. La alimentación por sonda de alimentación se denomina alimentación enteral o alimentación por sonda. Puede ser temporal s o de por vida en el caso de una discapacidad crónica.		\$185.000

Camas hospitalarias	Son un equipo médico destinado para el descanso de los pacientes durante un tiempo determinado, ya sea al estar hospitalizados o durante visitas por chequeos médicos.		\$3.990.000
Colchones de alivio de presión	Son superficies especiales de apoyo, diseñadas para el manejo de la presión en pacientes que presentan úlceras por presión o presentan riesgo de padecerlas.		\$300.000
Silla de ruedas	Las sillas de ruedas forman parte de los dispositivos físicos de aplicación que posibilitan o mejoran la realización de actividades del aparato locomotor mermadas por deficiencias, discapacidades o minusvalías de tipo parcial o total. Son vehículos individuales que favorecen el traslado de personas que han perdido, de forma permanente, total o parcialmente, la capacidad de desplazarse.		\$430.000
Muletas	Apoyo para el cuerpo humano diseñado con el propósito de asistir al caminar cuando una de las extremidades inferiores requiere soporte adicional durante el desplazamiento, comúnmente cuando el ser humano sufre algún tipo de incapacidad para caminar. Existen dos tipos: las axilares y las de antebrazo.		\$78.000
Caminador o andador	Accesorio que permite a las personas con dificultades para caminar, poder desplazarse y moverse sin la ayuda de un tercero. Ayudan a recuperar la independencia en la marcha y ofrecen un mejor apoyo y estabilidad que un bastón. Indispensable para la autonomía de la persona.		\$140.000

Asientos para bañera	Sirven de apoyo a quienes no pueden ducharse de pie o sin asistencia de alguien. Son útiles no solo para personas con alguna discapacidad, sino también para personas mayores o personas con problemas de movilidad puntuales, ya que contribuyen a que el aseo sea más práctico y más seguro.		\$365.000
Palanganas	Recipiente que se utiliza para el aseo personal del paciente. Método tradicional con el uso de agua y jabón y/o solución de gluconato de clorhexidina o mediante paños humedecidos con un producto limpiador, que contribuye a reducir infecciones.		\$75.000
Jeringas	Instrumento para introducir líquidos en conductos, cavidades o tejidos orgánicos o extraerlos del cuerpo, en especial para poner inyecciones. Posee una cánula donde se introduce una aguja hueca que se clava en la parte del cuerpo en la que se quiere introducir o de la que se quiere extraer un líquido.		\$37.000
Solución salina o suero fisiológico	Tiene como principio el cloruro de sodio o sal. Su uso está enfocado en combatir los estados de deshidratación por pérdidas salinas, además de ser el vehículo para administrar y rebajar los medicamentos y electrolitos.		\$3.500
Orinales Pisingo hospitalario	Conocido en los hospitales como cuña se usa para la evacuación de los pacientes encamados de las deposiciones intestinales y la orina. Tiene forma de cuña para la mejor colocación bajo las piernas del paciente.		\$70.000

Equipo de órganos y sentidos	Indispensable para realizar consulta médica y revisión general. El kit incluye un otoscopio y un oftalmoscopio para examinar oídos y ojos respectivamente.		\$520.000
Martillo de reflejos	Martillo con la cabeza de percusión de goma, de distintas formas, utilizado en la exploración neurológica para obtener los reflejos osteotendinosos o clinicomusculares mediante la percusión sobre el tendón.		\$25.000
Glucómetro	Instrumento de medida que se utiliza para obtener la concentración de glucosa en sangre, de forma instantánea, en el domicilio del enfermo diabético, sin necesidad de tener que ir a un centro especializado		\$95.000
Batas	Son el uniforme imprescindible para médicos y personal sanitario. Como todos sabemos las batas médicas han sido utilizadas durante años e inmediatamente relacionábamos, especialmente, la bata blanca con el profesional sanitario		Desde \$35.000
Gorros	Diseñados para cubrir el cabello del profesional de la salud, previniendo la contaminación del área quirúrgica con la caída del cabello.		\$11.000
Caja de Guantes sanitarios	Son productos sanitarios de un solo uso utilizados como barrera bidireccional entre el personal sanitario y el entorno con el que éste toma contacto a través de sus manos. Proporcionan protección al paciente y al cuidador o profesional sanitario, al evitar el contacto con agentes infecciosos.		\$50.000
Vendas	Una venda es un producto en forma de tira que adaptándose a una región del cuerpo cumplen funciones de protección, compresión, sujeción o inmovilización.		\$43.100

Caja Tapabocas	Producto para protección de las vías respiratorias que cubre la boca, nariz y barbilla. Dispositivo médico que proporciona una barrera para minimizar la transmisión directa de agentes infecciosos entre el personal médico y el paciente.		Quirúrgico: \$15.000 Hospitalario: \$77.000
----------------	---	---	--

La importancia de la atención hospitalaria a domicilio radica en garantizar al paciente una atención continuada, óptima y de calidad y dar apoyo a las familias y/o cuidadores principales por medio de un trabajo interdisciplinar con equipos conformados por médicos, enfermeros y terapeutas. Para poder realizar convenientemente su trabajo, este equipo en su desplazamiento se provee tanto de equipos e insumos para realizar sus procedimientos, como de algunos documentos que debe diligenciar para llevar los controles necesarios. En la tabla 33 se relacionan equipos, insumos, y documentos indispensables con que cuenta el personal sanitario al momento de su traslado para realizar la visita domiciliaria.

Tabla 16. Equipos médicos, insumos médicos y documentos indispensables para la atención hospitalaria a domicilio

Equipos de diagnóstico	Insumos médicos	Documentos
Depresores	Agujas desechables im, iv, sc	Hoja de remisión
Esfigmomanómetro	Apósitos transparentes	Hoja de asistencia
Fonendoscopio	Cánula de Guedel	Parte de ambulancias
Linterna con recambio de pilas	Catéter mariposa	Talonario de recetas convencional
Lubricante urológico	Esparadrappo antialérgico y tela	Talonario de recetas estupefacientes
Pulsioxímetro	Gasas estériles y no estériles	Consejos prácticos para pacientes
Termómetro	Gasa vaselinada	
	Guantes	
	Hoja de bisturí	
	Infusores	
	Jeringas Luer-lock (cargar infusor)	
	Jeringas de 2, 5, 10 y 20 ml	
	Palomillas No. 21 y 23G	
	Pinza/mosquito	
	Povidona yodada	
	Tapón de membrana	
	Tijeras	
	Tiras de aproximación	
	Sonda rectal	
	Vendas	

Fuente: Santamarta y colaboradores (2014)

En la tabla 34 se relacionan los materiales farmacológicos que lleva el personal sanitario al realizar la visita domiciliaria.

Tabla 17. Materiales farmacológicos indispensables en la visita domiciliaria

Fármacos	Vía de administración	Presentación
Adrenalina 1 mg/ml	Subcutánea, intramuscular	Ampollas, jeringas
Butilescopolamina 20 mg/ml	Subcutánea, intramuscular	Ampollas
Cloruro mórfico 10mg/1ml y 20 mg/1ml	Subcutánea	Ampollas
Dexametasona 4 mg/1,5 ml y 4 mg/ml	Subcutánea, intramuscular	Ampollas
Diazepam 5 y 10 mg	Oral, rectal	Comprimidos y microenema
Furosemida 20 mg/2ml	Subcutánea, intramuscular	Ampollas
Haloperidol 5 mg/ml	Subcutánea, intramuscular	Ampollas
Ketorolaco 10 mg/ml, 30 mg/ml	Subcutánea, intramuscular	Ampollas
Laurilsulfao sódico y otros	rectal	Microenema
Levomepromazina 25 mg/ml	Subcutánea, intramuscular	Ampollas
Metoclopramida 10 mg/2ml	Subcutánea, intramuscular	Ampollas
Midazolam 15mg/3ml	Subcutánea, intramuscular	Ampollas
Morfina de liberación rápida 10 y 20 mg	Vía oral	Comprimidos
Naloxona 0,4 mg/ml	Subcutánea	Ampollas
Tramadol	Subcutánea, intramuscular	Ampollas

Fuente: Santamarta y colaboradores (2014)

En la tabla 35 se relacionan los materiales necesarios para realizar la visita domiciliaria.

Tabla 18. Materiales necesarios para la visita domiciliaria

Diagnóstico	Material de curación	Fármacos y vía de administración
Cinta métrica	Abbocath	Anéستesicos locales (Subcutáneo, intramuscular)
Adaptador linterna oftalmoscopio y otoscopio	Apósitos hidrocoloides para cura de úlceras	Antibióticos de uso tópico (tópico)
Glucómetro	Apósitos hidrocelulares, alginato, antimicrobiano e hidrogel carbón	Atropina 1 mg/ml (subcutáneo, intramuscular)
	Bolsa de orina y colostomía	Clonazepam 1m/ml (subcutáneo, intramuscular)
	Compresor	Clorpromazina 25 mg/5 ml (subcutáneo, intramuscular)
	Espongostan ® y Epixtasol ®	Dexclorfeniramina 5 mg/ml (subcutáneo, intramuscular)
	Nitrato de plata en barras	Lorazepam 1 y 5 mg (oral y sublingual)
	Metronidazol en gel	6-metilprednisolona 8, 20, 40 mg (subcutáneo, intramuscular)
	Paño estéril	Metamizol magnésico 2 g/5 ml (intramuscular, oral)
	Set de sondaje vesical	Paracetamol 500, 650 y 1.000 mg (oral)
	Sistema de suero	
	Suero fisiológico de 10 y 100 ml	

Fuente: Santamarta y colaboradores (2014)

En la tabla 36 se relacionan los equipos necesarios para el uso del personal de terapias, de los cuales se debe contar con un equipo por cada terapeuta.

Tabla 19. Equipos necesarios para uso del personal de terapias

TERAPIA RESPIRATORIA	TERAPIA DEL LENGUAJE	TERAPIA OCUPACIONAL
Máscara para oxígeno con extensión	Ejercitador facial boca	Tablero de clavijas
Incentivo respiratorio de 3 balones	Lenguaje alfa + 5NSTAGAOE	Montessori
Compresor de nebulización	Lenguaje de signos	Apilarlo PEG Game with Boar
Máscara de traqueostomía		PEG Board set
Cánulas nasales para oxígeno		
Cánula nasal para oxígeno		
Elementos de oxigenoterapia de alto y bajo flujo		
Ventilación no invasiva CPAC-BIPAP		
Un equipo por cada terapeuta respiratoria	Un libro por cada fisioterapeuta, un ejercitador por cada terapeuta del lenguaje	Un equipo por cada terapeuta

Fuente: Los autores

6.1.4 Requerimientos de personal: Mano de Obra, Administración y Ventas

El requerimiento de personal debe ser acorde con los servicios a ofrecer y el número de pacientes para atender. Es indispensable que el personal cuente con experiencia de trabajo en hospitales para que estén en capacidad de ofrecer la mejor atención y los mismos cuidados de un paciente que se encuentre hospitalizado. La estructura organizacional se divide en cuatro áreas funcionales: área administrativa, área comercial, área financiera y área asistencial, de la cual está a cargo el personal de salud que se encarga de la prestación del servicio de atención médica domiciliaria, conformado por médico, jefe de enfermería, auxiliar de enfermería, y terapeutas. En la Tabla 37, se relacionan los perfiles profesionales de acuerdo a la estructura organizacional.

Tabla 20. Perfiles profesionales estructura organizacional

Área administrativa	Área Asistencial	Área comercial	Área financiera
Coordinador administrativo	Coordinador Área Asistencial	Coordinador Área Rehabilitación	Coordinador Área Comercial Contador
Secretaria	Médico General	Fisioterapeuta	Mercadeo Jefe de Facturación
Recursos humanos	Paramédico	Terapeuta Respiratoria	Jefe de Compras Jefe de Cartera
Atención al usuario	Jefe de Enfermería	Terapeuta del Lenguaje	
Historia clínica y archivo	Auxiliar de Enfermería	Terapeuta Ocupacional	
Servicios generales	Trabajador Social		
Conductores	Psicólogo		
	Regente de Farmacia		
	Bacterióloga		

Fuente: Los Autores.

Respecto a la mano de obra representa las personas que aportan su esfuerzo en el proceso productivo y a cambio reciben un pago o remuneración por su trabajo. La mano de obra se clasifica en directa e indirecta. En el caso de una IPS, la mano de obra directa corresponde a las personas responsables de prestar los servicios a los usuarios, es decir, todos los

profesionales del área de la salud y la mano de obra indirecta recae en el personal administrativo, comercial y de servicios generales.

6.1.5 Otros Costos de Producción y Gastos de Administración y Ventas

Los costos corresponden a la variable económica que representa la inversión necesaria para producir un bien o servicio y a partir de ahí es posible establecer el precio al que se debe facturar, para que exista una utilidad.

Los costos de acuerdo con la relación entre los factores de producción y los productos se clasifican de la siguiente manera:

- Costos Directos: Existe relación directa con las actividades de producción, la mano de obra directa y los materiales directos.
- Costos Indirectos: Costos que tienen consecuencias sobre la producción, deben ser repartidos equitativamente entre todos los bienes producidos.

Los costos de acuerdo con su comportamiento se clasifican así:

- Costos fijos: Costos en que incurre una empresa más allá de la producción obtenida, como arrendamientos, impuestos, depreciación, seguros, materiales de oficina, gastos de administración, transporte y mano de obra indirecta.
- Costos variables: Costos que varían de acuerdo con la producción, como por ejemplo materia prima directa, insumos directos, embalaje, combustible, costos de distribución, comisiones de ventas.
- Costo semivariable: Costos que pueden variar progresivamente según la producción, tienen una parte fija y otra variable, como es el caso de los servicios públicos.

Por otra parte, los gastos se refieren a los pagos que una empresa debe realizar para el funcionamiento, pero no se relacionan directamente con la producción ni con las ganancias.

Ahora bien, los costos de producción corresponden a la sumatoria de los costos de materia prima, mano de obra directa, costos indirectos de fabricación y contratos por servicios, lo que equivale a todos los gastos necesarios para producir un bien o servicio. En el caso de las IPS, por ser una empresa prestadora de servicios, están representados en los costos por suministros, mano de obra (sueldos de los trabajadores para ofrecer el servicio), costos indirectos,

elementos que intervienen indirectamente en la prestación del servicio, tales como: depreciación, energía, agua, teléfono, arrendamientos, mantenimiento, reparaciones, etc. (Gómez y Mulato, 2015, p.48).

Los primeros costos en que incurre cualquier empresa a partir de su constitución son los llamados costos de constitución, que se describen en la tabla 38.

Tabla 21. Costos de constitución

Descripción	Valor (\$)
Registro mercantil Cámara de Comercio	816.000
Registro establecimiento de comercio	196.000
Registro de libros contables	45.000
Compra libros	112.700
Formulario de registro	6.200
Impuesto de registro	860.000
Certificado de existencia y representación	5.900
Inspección técnica y certificado de bomberos	67.000
Concepto uso de suelo	9.100
TOTAL	2.117.900

Fuente: Los Autores

Otro aspecto para considerar como parte de los costos de producción u operación son los servicios públicos, que se presupuestan en la Tabla 39, así:

Tabla 22. Presupuesto de costos operativos por servicios públicos

Servicio público	Costo/mes	Valor año
Energía eléctrica	3.250.000	39.000.000
Acueducto y alcantarillado	3.250.000	39.000.000
Servicio de aseo	1.867.000	22.404.000
Servicio de gas	1.200.000	14.400.000
Servicio televisión, telefonía fija e internet	950.000	11.400.000
Telefonía celular empresarial	1.050.000	12.600.000
TOTAL	11.567.000	138.804.000

Fuente: Los Autores

Como institución prestadora de servicios de salud, el personal representa un elemento primordial, además que la mano de obra representa el costo directo básico para el funcionamiento, por tanto, en la Tabla 40, se registran los costos por nómina presupuestados.

Tabla 23. Costos operativos de personal

	No. Personas	Salario	Total
Director administrativo	1	5.926.287	5.926.287
Secretaria	1	1.500.000	1.500.000
Financiero	1	3.000.000	3.000.000
Atención al usuario	3	1.014.980	3.044.940
Recursos humanos	1	2.000.000	2.000.000
Historia clínica y archivo	2	1.014.980	2.029.960
Servicios generales	1	1.014.980	1.014.980
Conductores	4	1.014.980	4.059.920
Coordinador Área Asistencial	1	3.000.000	3.000.000
Médico General	3	4.000.000	12.000.000
Paramédico	4	1.332.370	5.329.480
Jefe de Enfermería	3	2.500.000	7.500.000
Auxiliar de Enfermería	4	1.200.000	4.800.000
Trabajador Social	1	1.275.000	1.275.000
Fisioterapeuta	2	2.005.333	4.010.666
Terapeuta Respiratoria	2	2.161.126	4.322.252
Terapeuta del Lenguaje	1	1.800.000	1.800.000
Terapeuta Ocupacional	2	1.865.333	3.730.666
Psicólogo	1	1.700.000	1.700.000
Regente de Farmacia	1	1.350.000	1.350.000
Bacterióloga	1	1.967.881	1.967.881
Coordinador Área Comercial	1	3.000.000	3.000.000
Mercadeo	1	3.627.948	3.627.948
Jefe de Compras	1	2.200.000	2.200.000
Jefe de Facturación	1	2.939.000	2.939.000
Contador	1	2.100.240	2.100.240
Cartera	1	1.750.000	1.750.000
TOTAL		58.260.438	90.979.220

Fuente: Los Autores

Se presupuesta la adquisición de equipos e insumos médicos necesarios para la puesta en marcha de acuerdo con los servicios de salud ofertados, los cuales se relacionan en la tabla 41.

Tabla 24. Relación de costos de equipos e insumos médicos

Equipos e insumos médicos	Cantidad	Precio unitario	Total
Fonendoscopio o estetoscopio	6	\$ 370.000	\$ 2.220.000
Tensiómetros	6	\$ 85.000	\$ 510.000
Oxímetro o pulsioxímetro	6	\$ 70.000	\$ 420.000
Nebulizadores	3	\$ 185.300	\$ 555.900
Concentradores de oxígeno	2	\$ 3.790.000	\$ 7.580.000
Bala de oxígeno portátil	3	\$ 800.000	\$ 2.400.000
Cánula de oxígeno alto flujo	4	\$ 230.000	\$ 920.000
Cánula de oxígeno bajo flujo	6	\$ 7.000	\$ 42.000
Ventiladores mecánicos	1	\$ 94.600.000	\$ 94.600.000
Carro rojo o carro de paro	1	\$ 2.300.000	\$ 2.300.000
Desfibrilador	1	\$ 23.800.000	\$ 23.800.000
Máquinas CPAP y BIPAP	2	\$ 2.000.000	\$ 4.000.000
Barra trapecio y grúa	2	\$ 1.800.000	\$ 3.600.000
Catéteres de succión cerrada	4	\$ 74.000	\$ 296.000
Equipo de succión	1	\$ 1.400.000	\$ 1.400.000
Sonda de alimentación	2	\$ 185.000	\$ 370.000
Camas hospitalarias	2	\$ 3.990.000	\$ 7.980.000
Colchones de alivio de presión	2	\$ 300.000	\$ 600.000
Silla de ruedas	3	\$ 430.000	\$ 1.290.000
Muletas	3	\$ 78.000	\$ 234.000
Caminador o andador	3	\$ 140.000	\$ 420.000
Asientos para bañera	2	\$ 365.000	\$ 730.000
Palanganas	2	\$ 75.000	\$ 150.000
Jeringas surtidas	100	\$ 37.000	\$ 3.700.000
Solución salina o suero fisiológico	100	\$ 3.500	\$ 350.000
Orinales Pisingo hospitalario	3	\$ 70.000	\$ 210.000
Equipo de órganos y sentidos	6	\$ 520.000	\$ 3.120.000
Martillo de reflejos	6	\$ 25.000	\$ 150.000
Glucómetro	6	\$ 95.000	\$ 570.000
Batas quirúrgicas desechables	50	\$ 3.900	\$ 195.000
Batas de tela	12	\$ 35.000	\$ 420.000
Gorros quirúrgicos desechables	50	\$ 1.900	\$ 95.000
Gorros quirúrgicos tela antifluído	20	\$ 11.000	\$ 220.000
Caja de Guantes sanitarios	100	\$ 50.000	\$ 5.000.000
Vendas	30	\$ 43.100	\$ 1.293.000
Caja Tapabocas N 95	3	\$ 77.000	\$ 231.000
Caja Tapabocas quirúrgico	5	\$ 15.000	75000
TOTAL			\$ 172.046.900

Fuente: Los Autores

Los costos de muebles y enseres de la infraestructura se muestran en la Tabla 42.

Tabla 25. Costo muebles y enseres

Activos fijos	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Computadores	12	\$ 1.500.000	\$ 18.000.000
Impresoras	4	\$ 599.000	\$ 2.396.000
Software	1	\$ 240.000	\$ 240.000
Software contable	1	\$ 660.000	\$ 660.000
Fotocopiadora	1	\$ 2.400.000	\$ 2.400.000
Equipo de laboratorio	1	\$ 25.000.000	\$ 25.000.000
Puestos de trabajo	12	\$ 1.500.000	\$ 18.000.000
Sillas de escritorio	20	\$ 1.278.400	\$ 25.568.000
Tándem	3	\$ 790.000	\$ 2.370.000
Archivadores metálicos	10	\$ 800.000	\$ 8.000.000
Estantes para medicamentos	5	\$ 1.650.000	\$ 8.250.000
PBX	1	\$ 1.100.000	\$ 1.100.000
Estufa	1	\$ 550.000	\$ 550.000
Teléfonos	7	\$ 177.000	\$ 1.239.000
Papeleras	7	\$ 80.000	\$ 560.000
Cafetera	1	\$ 365.000	\$ 365.000
TOTAL			\$ 114.698.000

Fuente: Los Autores.

La puesta en funcionamiento precisa la compra de insumos de oficina, que se relacionan en la Tabla 43.

Tabla 26. Costos de insumos para oficina

Insumos oficina	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Resma papel tamaño carta	2	11.500	23.000
Resmas papel tamaño oficio	2	13.000	26.000
Perforadora 2 huecos	5	60.000	300.000
Cosedora de escritorio	5	25.000	125.000
Cosedora industrial	2	70.000	140.000
Perforadora 3 huecos	1	160.000	160.000
Carpetas legajadoras cartón x 50	1	115.000	115.000
Bandas de caucho caja x 300 ud	1	12.000	12.000
Tijeras	5	6.000	30.000
Caja de clips x 100 und	5	1.000	5.000
Caja clips mariposa x 50 ud	5	3.500	17.500
Tinta para sellos	5	14.000	70.000
Sellos para personal administrativo	3	35.000	105.000
Marcadores	5	4.500	22.500
Folderes tamaño carta	10	7.500	75.000
Caja lápiz negro x 12 und	2	11.000	22.000
Caja lápiz rojo x 12 und	2	11.400	22.800
Separadores tamaño carta x 5 und	10	3.500	35.000
Sacaganchos	5	2.700	13.500
Sobres de manila tamaño carta	100	178	17.800
Caja de esfero negro x 12 und	5	6.500	32.500
TOTAL			1.369.600

Fuente: Los Autores

Del mismo modo, es necesario adquirir elementos de aseo, limpieza y desinfección, cuyos costos se relacionan en la Tabla 44.

Tabla 27. Relación de costos de elementos de aseo, limpieza y desinfección

Insumo Aseo	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Recipientes punto ecológico x 3	4	175.000	700.000
Contenedores residuos peligrosos	2	280.000	560.000
Contenedor verde	2	386.000	772.000
Señales de prevención piso húmedo	3	22.000	66.000
Baldes exprimidores agua limpia	2	220.000	440.000
Recogedores verticales de piso	2	90.000	180.000
Trapeadores profesionales	2	45.000	90.000
Repuestos trapeadores	2	35.000	70.000
Escobas profesionales	3	30.000	90.000
Mopa para brillar pisos	2	48.000	96.000
Limpiavidrios	1	25.000	25.000
Desinfectante Cloruro de benzalconio al 1% galón	2	40.000	80.000
Jabón quirúrgico gluconato de clorhexidina 4% galón	1	105.900	105.900
Glutaraldehido al 2% galón	1	32.000	32.000
Ambientadores	5	40.000	200.000
Dispensadores para jabón	4	25.600	102.400
Dispensadores para gel	6	23.500	141.000
Gel antibacterial	2	30.000	60.000
Bolsas para basura rojas paquete x 100 und	2	10.000	20.000
Bolsa verde para basura paquete x 100 und	2	15.000	30.000
Bolsa gris para basura paquete x 100 und	2	20.000	40.000
Liquido limpiavidrios Litro	1	65.000	65.000
Guantes para limpieza	6	9.000	54.000
Tapabocas industrial paquete x 100 und	1	25.000	25.000
TOTAL			4.044.300

Fuente: Los Autores

En resumen, existe una serie de costos directos e indirectos que se requiere para la puesta en funcionamiento de una IPS, tales como gastos de constitución e inscripción, nómina de personal, arrendamientos, servicios públicos, equipos e insumos médicos, elementos de aseo, publicidad y

promoción, cuyos costos totales se relacionan en la Tabla 45. Los costos de equipos, muebles y enseres para dotar la infraestructura se relacionarán más adelante.

Tabla 28. Costos totales de producción u operación

Rubro	Costo/mes	Total
Arrendamiento	12.000.000	144.000.000
Insumos de oficina	1.369.600	16.435.200
Utensilios de limpieza y aseo	4.044.300	48.531.600
Servicios públicos	11.567.000	138.804.000
Nómina	90.979.220	1.091.750.640
Publicidad y promoción	1.500.000	18.000.000
TOTAL		1.457.521.440

Fuente: Los Autores

6.1.6 Plan de producción (Ventas anuales por producto y/o servicio)

El servicio de atención hospitalaria en el domicilio representa para el usuario una reducción de costos de hospitalización y la posibilidad de ser atendido en su propio domicilio, en compañía de su núcleo familiar, en un ambiente propicio para su recuperación, con el apoyo de profesionales y auxiliares en el área de la salud, así como también una reducción de tiempo en la estancia dentro del hospital, lo cual contribuye a la reducción de riesgos por contagios y el control de enfermedades nosocomiales. Del mismo modo, la posibilidad de que el paciente pueda ser atendido a domicilio, contribuye a un mejor uso del recurso hospitalario porque se genera mayor disponibilidad de camas para otros usuarios que sí requiera de hospitalización y reduce tanto el uso de servicios médicos como los costos por asistencia médica.

Como parte de la estrategia de ventas, existen tres tipos de contratación con el cliente:

- Planes prepago: El usuario contrata a través del pago de una mensualidad que le permite utilizar el servicio en el momento que lo necesite para sí mismo o para algún miembro del grupo familiar. Igualmente, este tipo de planes puede ser tomado por una empresa para beneficio de sus empleados y su familia.

- Cobro por evento: Los usuarios que no tengan la posibilidad de adquirir un plan prepago, pero que en algún momento presente un evento de salud, puede contratar el servicio que requiera.
- Contrato por prestación de servicios con EPS: Contratación directa con diferentes EPS, para prestar servicios de salud a sus pacientes, para lo cual se firman convenios con cobro por UPC, tarifas fijadas por la CRES, giradas por el Ministerio de Salud mensualmente.

Para la fijación de precios de visita domiciliaria, se toma como parámetro una tarifa por visita y de acuerdo con el tipo de servicio o procedimiento que requiera el usuario. El tiempo estimado por visita se contempla entre 30 y 60 minutos. En la Tabla 46 se presenta una tabla de tarifas proyectadas por visita de atención domiciliaria.

Tabla 29. Tarifas proyectadas por visita de atención domiciliaria

Especialidad	Tarifa por visita
Consulta Medicina General	\$ 80.000
Consulta Paramédico	\$50.000
Jefe de enfermería	\$30.000
Auxiliar de enfermería	\$15.000
Fisioterapia	\$40.000
Terapia del lenguaje	\$40.000
Terapia Ocupacional	\$40.000
Psicología	\$40.000
Laboratorio	\$30.000

Fuente: Los Autores.

Adicionalmente se fijan precios para alquiler de equipos médicos y suministro de material médico y medicamentos, relacionadas en la Tabla 47.

Tabla 30. Tarifas para suministro de material médico, medicamentos y alquiler de equipos

Descripción	Tarifa
Material médico quirúrgico básico	\$35.000
Dotación elementos básicos enfermería	\$30.000
Material de curación	\$30.000
Material médico quirúrgico especializado	Costo más 12%
Medicamentos	Costo más 10%
Alimentación enteral	Costo más 12%
Soporte ventilatorio incluido implementos	\$550.000
Alquiler ventilador mecánico	\$1.800.000
Alquiler concentrador	\$450.000
Alquiler bala de oxígeno por hora	\$15.000
Auxiliar de enfermería por 8 horas	\$80.000
Auxiliar de enfermería 12 horas	\$120.000
Auxiliar de enfermería 24 horas	\$240.000

Fuente: Los Autores.

Teniendo en cuenta que es un tipo de servicio por demanda, se debe considerar un trabajo 24/7, es decir, se trabajará de lunes a domingo, con atención 24 horas al día, para prestar el servicio a los pacientes en las horas pactadas y estar atentos para cualquier evento o emergencia que se pueda presentar, durante los 365 días del año.

Como parte del cálculo de proyección anual, previa firma de convenios con EPS para prestación de servicios de atención hospitalaria a domicilio, se inicia con un 30% de la capacidad total instalada, el cual se deberá incrementar progresivamente entre el 5% y 7% por cada mes de labores, esperando lograr que al finalizar el año se cubra entre un 80 y 90% de la capacidad instalada.

6.2 INFRAESTRUCTURA

6.2.1 Maquinaria y equipo

A continuación, en la Tabla 48 se describe la maquinaria y equipo básico que requiere la infraestructura de la IPS.

Tabla 31. Maquinaria y equipo

Maquinaria y equipo	Cantidad
Computadores	12
Impresoras	4
Software	1
Software contable	1
Fotocopiadora	1
Equipo de laboratorio	1

Fuente: Los Autores

6.2.2 Muebles y enseres

Los muebles y enseres básicos para la puesta en marcha de una IPS de atención hospitalaria a domicilio se relacionan en la Tabla 49.

Tabla 32. Muebles y enseres

Descripción	Cantidad
Puestos de trabajo	12
Sillas de escritorio	20
Tándem	3
Archivadores metálicos	10
Estantes para medicamentos	5
PBX	1
Estufa	1
Teléfonos	7
Papeleras	7
Cafetera	1
Pocillos desechables cartón	100

Fuente: Los Autores

6.2.3 Inversión en activos fijos

A continuación, en la Tabla 50, se relaciona el costo total de la inversión en activos fijos.

Tabla 33. Inversión en activos fijos

Activos fijos	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Computadores	12	\$ 1.500.000	\$ 18.000.000
Impresoras	4	\$ 599.000	\$ 2.396.000
Software	1	\$ 240.000	\$ 240.000
Software contable	1	\$ 660.000	\$ 660.000
Fotocopiadora	1	\$ 2.400.000	\$ 2.400.000
Equipo de laboratorio	1	\$ 25.000.000	\$ 25.000.000
Puestos de trabajo	12	\$ 1.500.000	\$ 18.000.000
Sillas de escritorio	20	\$ 1.278.400	\$ 25.568.000
Tándem	3	\$ 790.000	\$ 2.370.000
Archivadores metálicos	10	\$ 800.000	\$ 8.000.000
Estantes para medicamentos	5	\$ 1.650.000	\$ 8.250.000
PBX	1	\$ 1.100.000	\$ 1.100.000
Estufa	1	\$ 550.000	\$ 550.000
Teléfonos	7	\$ 177.000	\$ 1.239.000
Papeleras	7	\$ 80.000	\$ 560.000
Cafetera	1	\$ 365.000	\$ 365.000
TOTAL			\$ 114.698.000

Fuente: Los Autores.

La Tabla 51 muestra la proyección de producción a 5 años para la IPS de atención hospitalaria a domicilio propuesta.

Tabla 34. Proyección de producción a 5 años

COSTOS Y GASTOS FIJOS	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Gastos de constitución, registro de libros	2.117.900	529.475	529.475	529.475	529.475	529.475
Mano de obra directa	1.091.750.640	1.200.925.704	1.321.018.274	1.453.120.102	1.598.432.112	1.758.275.323
Arrendamiento	144.000.000	158.400.000	174.240.000	191.664.000	210.830.400	231.913.440
Costos operativos	64.486.800	70.935.480	78.029.028	85.831.931	94.415.124	103.856.636
Seguro vehículos	28.800.000	31.680.000	34.848.000	38.332.800	42.166.080	46.382.688
Seguro local	7.500.000	8.250.000	9.075.000	9.982.500	10.980.750	12.078.825
Depreciación activos fijos (vehículos) 5 años	22.400.000	22.400.000	22.400.000	22.400.000	22.400.000	24.640.000
Depreciación muebles y equipos de oficina 5 años	22.939.600	22.939.600	22.939.600	22.939.600	22.939.600	25.233.560
Depreciación de equipos médicos a 5 años	34.409.380	34.409.380	34.409.380	34.409.380	34.409.380	37.850.318
TOTAL COSTOS Y GASTOS FIJOS	1.418.406.341	1.550.469.639	1.697.488.757	1.859.209.788	2.037.102.921	2.240.760.265
COSTOS Y GASTOS VARIABLES						
Servicios públicos	138.804.000	152.684.400	167.952.840	184.748.124	203.222.936	223.545.230
Insumos médicos	60.750.000	66.825.000	73.507.500	80.858.250	88.944.075	97.838.483
Gasto combustible	1.800.000	1.980.000	2.178.000	2.395.800	2.635.380	2.898.918
Mantenimiento vehículo	16.400.000	18.040.000	19.844.000	21.828.400	24.011.240	26.412.364
Gastos de mantenimiento general	5.500.000	6050000	6655000	7320500	8.052.550	8.857.805
Publicidad y mercadeo	18.000.000	19800000	21780000	23958000	26.353.800	28.989.180
TOTAL COSTOS Y GASTOS VARIABLES	241.254.000	265.379.400	291.917.340	321.109.074	353.219.981	388.541.980

Fuente: Los Autores.

7. ESTUDIO ADMINISTRATIVO

7.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

7.1.1 Misión

Empresa dedicada a la proporción de programas de atención hospitalaria a domicilio de manera oportuna e íntegra, a usuarios que requieran cuidados por su condición de salud, con carácter ético y humanitario y los más altos estándares de calidad, eficacia y eficiencia de parte de profesionales comprometidos y con vocación de servicio, para conseguir la satisfacción total del usuario y su familia.

7.1.2 Visión

Ser reconocidos como una institución líder en el mercado de servicios de atención hospitalaria a domicilio, reconocida por la calidad de servicio, el buen desempeño y el carácter humanitario de los profesionales que la representan, como garantía de calidad en atención y de satisfacción de los usuarios.

7.1.3 Valores corporativos

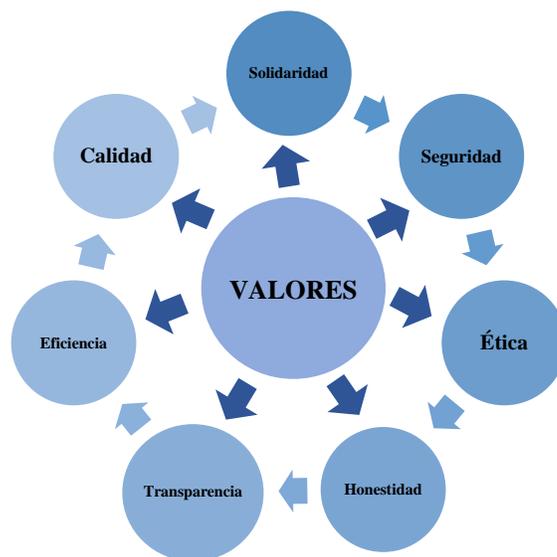
Los valores que sustentarán la institución son los siguientes:

- **Ética:** Valor fundamental en torno al cual deben girar todas las acciones de la institución, por tanto, el personal adscrito a la organización debe asumir con el mayor compromiso las actividades encomendadas.
- **Solidaridad:** Desde la institución se debe promover la práctica de la solidaridad hacia las demás personas, reconociendo que no se puede ser ajeno al dolor del otro, entonces se debe estar capacitado para comprenderlo y hacerlo como propio, aceptando que las demandas de los demás deben acatarse con el mayor respeto.
- **Transparencia:** La totalidad del personal, cualquiera que sea su labor desempeñada, debe realizar sus actividades con la mayor transparencia y estar dispuesto ante cualquier revisión propuesta.

- **Honestidad:** Las actividades del personal dentro y fuera de la institución se realizarán en un marco de total honestidad, respetando y acatando las normas y políticas establecidas, que generen reconocimiento por ser competidores leales y con principios éticos.
- **Eficiencia:** Las acciones administrativas propenderán por el mejor aprovechamiento de los recursos con miras al cumplimiento de los objetivos y metas propuestas de una manera oportuna.
- **Calidad:** El diseño de los procesos deben estar encaminados al mejoramiento continuo y el lograr la satisfacción total de los usuarios.
- **Seguridad:** Las actividades y procedimientos realizadas por la institución están encaminadas a minimizar los posibles riesgos y la no exposición de los pacientes a eventos innecesarios al momento de recibir atención médica.

En la Gráfica 30 se representan los valores corporativos.

Gráfica 30. Valores corporativos



Fuente: Los Autores

7.1.4 Objetivos corporativos

Con el propósito de dar cumplimiento a la misión y visión corporativa, la institución debe enfocar sus esfuerzos al logro de los siguientes objetivos:

- Mejoramiento continuo y permanente tanto de procesos como de equipos que redunden en la satisfacción de los usuarios respecto de la calidad de los servicios prestados.
- Mantener en todo momento los mejores estándares de calidad, mejorando continuamente la eficiencia, eficacia y efectividad tanto de procesos como de servicios.
- Brindar una atención de calidad, profesional, responsable y oportuna a los usuarios con el propósito de mejorar su calidad de vida.
- Fortalecer constante del personal y la infraestructura, para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos.
- Lograr los resultados financieros propuestos para conseguir la sostenibilidad y crecimiento empresarial permanente.
- Mantener un sistema de información actualizado que soporte la sistematización y automatización de los procesos que permitan análisis eficientes y eficaces.
- Ampliar continuamente la cobertura de servicios, que promuevan nuevas contrataciones en proyectos que generen valor, para asegurar el crecimiento sostenible de la institución.
- Aumentar los niveles de rentabilidad y conservar un flujo de caja favorable.

7.1.5 Imagen corporativa

La imagen corporativa representa su identidad visual, a partir del uso armónico del nombre, símbolos y colores distintivos. El correcto uso de estos elementos resulta fundamental para conseguir efectos de recordación en el público general. Esta imagen corporativa se utiliza en las diferentes piezas comunicativas o publicitarias de una organización. De acuerdo con Licona (2006), “el objetivo de las imágenes en el medio organizacional es quedarse en la mente de las personas que las ven ya que éstas emiten mensajes con información acerca de las empresas que llegan a ejercer influencia en el receptor”. Por tanto, el manejo que una organización de a su imagen corporativa y cómo sea percibida externamente, influirá directamente en las decisiones del receptor para adquirir o no sus productos o servicios.

Los elementos a tener en cuenta al momento de crear la imagen corporativa para una organización son: misión, visión y el tipo de negocio a que se dedica la empresa. Todos estos

elementos son los parámetros que direccionan el tipo de letra, los símbolos y los colores que se aplicarán al diseño de la identidad corporativa.

En el caso de instituciones del sector salud, el factor más importante que se debe considerar al momento de diseñar la imagen corporativa es transmitir confianza, así como también reflejar las normas de conducta, valores y actitudes que representan la organización.

7.2 ESTRATEGIA ORGANIZACIONAL

7.2.1 Análisis DOFA

El objetivo del análisis DOFA es identificar los puntos fuertes de una organización para dar el mejor aprovechamiento en el mercado, pero al mismo tiempo reconocer los puntos débiles para reducir o eliminar las amenazas que se puedan interponer en el crecimiento favorable de la organización. Las amenazas y oportunidades resultan de un análisis externo de aspectos no controlables que marca el desarrollo de una empresa, mientras que las fortalezas y debilidades resultan de un análisis interno que resaltan aspectos controlables frente a la competencia.

7.2.1.1 Debilidades

- Para una institución nueva, la falta de posicionamiento en el mercado constituye una debilidad, al tener que competir con grandes organizaciones con años de trayectoria y con renombre.
- La creación de una institución prestadora de salud requiere una inversión alta de capital para iniciar operación, por tanto, no contar con un amplio capital representa una debilidad.
- Se requiere invertir en equipos insumos médicos altamente especializados para garantizar atención de calidad, así como también en muebles e infraestructura que por sus especificaciones tienen altos costos.
- Conseguir conformar un equipo multidisciplinario que esté capacitado para desempeñar sus funciones con los mejores estándares de calidad, puede resultar oneroso en el momento de iniciar operación.

- Dependencia económica de la contratación por parte de las EPS, por posibles demoras en los pagos.
- Presunción de que los servicios domiciliarios son de menor calidad que los hospitalarios.
- Desconocimiento por parte de los usuarios de la efectividad de este sistema de atención en salud.

7.2.1.2 Oportunidades

- Déficit de camas hospitalarias.
- Facilidad en acceso a tratamiento que no pueden ser asumidos por los altos costos de hospitalización.
- Cobertura para pacientes que padecen enfermedades crónicas, terminales o con incapacidades físicas o síquicas que deben ser atendidos en su domicilio.
- Generación de mayores posibilidades de atención en salud.
- Posibilidad de recibir atención médica en el seno de su hogar.
- Afianzamiento de lazos familiares al permitir que las familias participen en el cuidado del paciente.

7.2.1.3 Fortalezas

- Seguimiento periódico y continuo de los indicadores de calidad en los diferentes procesos disminuyen los posibles errores y eventos fortuitos.
- Cada profesional de la salud es responsable por el desarrollo de sus actividades, generando un compromiso con su paciente y con la institución.
- El principio de mejoramiento continuo promueve procesos de atención de la más alta calidad y profesionalismo.
- Proceso de selección de personal para identificar el personal idóneo para conformar el mejor equipo multidisciplinario que permita lograr no solo un excelente trabajo sino cumplir con el mejoramiento continuo.
- Compromiso de servicio de todo el personal.

- Capacitación continua del personal para conseguir calidad en el servicio.
- Costos accesibles para la población en general.
- Mayor alcance a servicios de salud que generan un valor agregado.
- Vinculación de las familias comprometiéndolas en el tratamiento del paciente.
- Contribuye a mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de las familias.
- Reducción de ingresos a hospitalización en el caso de pacientes con patologías recurrentes.
- Asistencia personalizada.
- Permite educar tanto al paciente como a la familia en hábitos saludables y de autocuidado.

7.2.1.4 Amenazas

- Falta de compromiso de la familia para empoderarse del cuidado del paciente dependiente.
- Falta de control en la demanda de servicio y el suministro de medicamentos.
- Aparición de nuevos competidores en el área de atención hospitalaria a domicilio.
- Falta de entendimiento del método de autocuidado de parte del paciente y sus familiares.
- Competencia desleal.
- Imposibilidad de contratación de los servicios de parte de las EPS.
- Demora o incumplimiento en los pagos por parte de las EPS.
- Dificultades para habilitación de los servicios de parte de las instituciones responsables.
- Falta de equipos de diagnóstico y suministros en el país.
- Cambios en la regulación y legislación sobre la prestación de servicios de salud que afecten el acceso de usuarios.
- Creación de unidades de prestación de servicios de atención hospitalaria a domicilio directamente en las EPS u hospitales, minimizando la contratación externa con IPS privadas.

A continuación, en la Tabla 52 se presenta la Matriz FODA.

Tabla 35. Matriz FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento periódico y continuo de los indicadores de calidad en los diferentes procesos disminuyen los posibles errores y eventos fortuitos. • Cada profesional de la salud es responsable por el desarrollo de sus actividades, generando un compromiso con su paciente y con la institución. • El principio de mejoramiento continuo promueve procesos de atención de la más alta calidad y profesionalismo. • Proceso de selección de personal para identificar el personal idóneo para conformar el mejor equipo multidisciplinario que permita lograr no solo un excelente trabajo sino cumplir con el mejoramiento continuo. • Compromiso de servicio de todo el personal. • Capacitación continua del personal para conseguir calidad en el servicio. • Costos accesibles para la población en general. • Mayor alcance a servicios de salud que generan un valor agregado. • Vinculación de las familias comprometiéndolas en el tratamiento del paciente. • Contribuye a mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de las familias. • Reducción de ingresos a hospitalización en el caso de pacientes con patologías recurrentes. • Asistencia personalizada. • Permite educar tanto al paciente como a la familia en hábitos saludables y de autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de camas hospitalarias. • Facilidad en acceso a tratamiento que no pueden ser asumidos por los altos costos de hospitalización. • Cobertura para pacientes que padecen enfermedades crónicas, terminales o con incapacidades físicas o síquicas que deben ser atendidos en su domicilio. • Generación de mayores posibilidades de atención en salud. • Posibilidad de recibir atención médica en el seno de su hogar. • Afianzamiento de lazos familiares al permitir que las familias participen en el cuidado del paciente.

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Para una institución nueva, la falta de posicionamiento en el mercado constituye una debilidad, al tener que competir con grandes organizaciones con años de trayectoria y con renombre. • La creación de una institución prestadora de salud requiere una inversión alta de capital para iniciar operación, por tanto, no contar con un amplio capital representa una debilidad. • Se requiere invertir en equipos insumos médicos altamente especializados para garantizar atención de calidad, así como también en muebles e infraestructura que por sus especificaciones tienen altos costos. • Conseguir conformar un equipo multidisciplinario que esté capacitado para desempeñar sus funciones con los mejores estándares de calidad, puede resultar oneroso en el momento de iniciar operación. • Dependencia económica de la contratación por parte de las EPS, por posibles demoras en los pagos. • Presunción de que los servicios domiciliarios son de menor calidad que los hospitalarios. • Desconocimiento por parte de los usuarios de la efectividad de este sistema de atención en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de compromiso de la familia para empoderarse del cuidado del paciente dependiente. • Falta de control en la demanda de servicio y el suministro de medicamentos. • Aparición de nuevos competidores en el área de atención hospitalaria a domicilio. • Falta de entendimiento del método de autocuidado de parte del paciente y sus familiares. • Competencia desleal. • Imposibilidad de contratación de los servicios de parte de las EPS. • Demora o incumplimiento en los pagos por parte de las EPS. • Dificultades para habilitación de los servicios de parte de las instituciones responsables. • Falta de equipos de diagnóstico y suministros en el país. • Cambios en la regulación y legislación sobre la prestación de servicios de salud que afecten el acceso de usuarios. • Creación de unidades de prestación de servicios de atención hospitalaria a domicilio directamente en las EPS u hospitales, minimizando la contratación externa con IPS privadas.

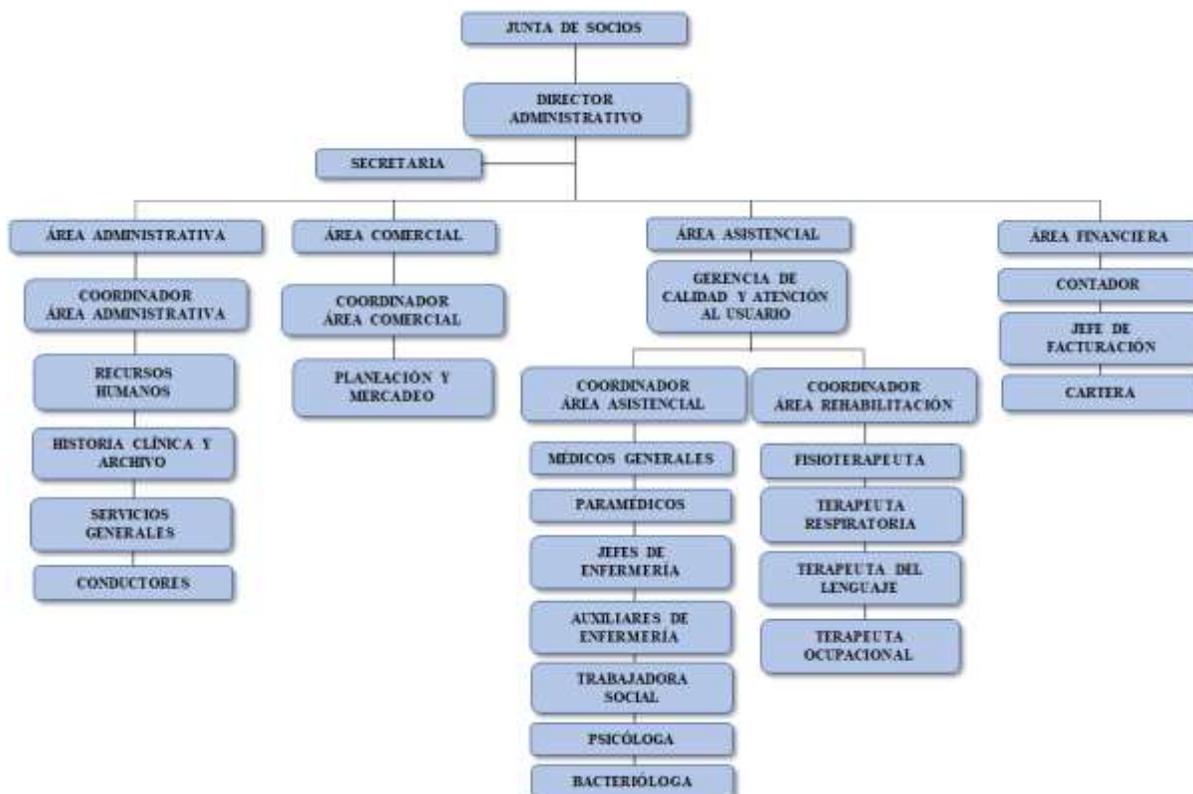
Fuente: Los Autores.

7.2.2 Estructura organizacional

La estructura organizacional está encabezada por la Junta de Socios, de la cual depende el direccionamiento estratégico y la toma de decisiones. Por su parte el Director Administrativo y los Coordinadores del Área Asistencial, Comercial, Asistencial y Financiera, son los encargados de poner en práctica las decisiones y estrategias emanadas de la Junta y llevar a

cabo los proyectos siguiendo los principios del mejoramiento continuo y control de calidad de los servicios en las actividades de atención de personal y usuarios según lo requieran. El área administrativa está compuesta por recursos humanos, atención al usuario, historia clínica y archivo, servicios generales y conductores. El área asistencial cuenta con el concurso de Trabajadora Social, Psicóloga, Bacterióloga, los médicos generales, paramédicos, jefes de enfermería, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas del lenguaje, terapeutas respiratorias, terapeutas ocupacionales y regente de farmacia. El área comercial cuenta con un jefe de mercadeo y en el área financiera, se encuentra el contador, el jefe de cartera y el facturador. Estos son los cargos requeridos para cumplir con el propósito de prestar servicios de atención hospitalaria a domicilio.

Gráfica 31. Estructura organizacional



Fuente: Los Autores.

7.2.3 Relación de cargos y número de empleados

7.2.3.1 Junta de Socios

Las funciones de la Junta de socios son las siguientes:

- Toma de decisiones.
- Reformar los estatutos cuando sea conveniente.
- Aprobar el presupuesto anual.
- Crear los cargos requeridos para el funcionamiento de la institución, definir el tipo de contratación y remuneración.
- Diseñar y aprobar los reglamentos y manual de funciones, procesos y procedimientos.
- Aprobación de contratos.

7.2.3.2 Director Administrativo (1)

- Representación legal de la institución.
- Diseñar la planeación estratégica.
- Garantizar el cumplimiento de las políticas y normas de la institución.
- Llevar a cabo la contratación de personal.
- Realizar contratos con proveedores.
- Ejecutar las decisiones de la Junta de Socios.
- Preparar un informe de gestión mensual para ponerlo en conocimiento de la Junta Directiva.

7.2.3.3 Coordinador Área Asistencial (1)

- Coordinar y evaluar la actividad de los diferentes servicios y unidades que hacen parte del Área Asistencial.

- Garantizar el cumplimiento de los objetivos asistenciales, establecidos por la Dirección Administrativa y la Junta de Socios.
- Fomentar la puesta en marcha del modelo de atención hospitalaria a domicilio.
- Evaluar constantemente la calidad de la atención prestada por el área a su cargo y promover el mejoramiento continuo.
- Hacer seguimiento a las historias clínicas y exámenes paraclínicos de los pacientes.

7.2.3.4 Coordinador Área Comercial (1)

- Planear y gestionar las funciones comerciales para conseguir el posicionamiento de la organización.
- Gestionar la captación de clientes.
- Hacer seguimiento a las afiliaciones y contrataciones.
- Realizar estadísticas que permitan verificar el movimiento comercial de la institución.
- Seguimiento de objetivos y resultados comerciales de la organización.
- Elaborar informes y propuestas de mejoramiento comercial.
- Gestionar contactos para la consecución de nuevos usuarios.
- Preparar y presentar informes mensuales sobre las ventas de servicios al Director Administrativo.

7.2.3.5 Asistente Financiero (1)

- Elaborar un plan financiero acorde con los principios institucionales y teniendo en cuenta el perfil de los usuarios.
- Realizar pronósticos económicos que conduzcan a la institución por el mejor escenario de crecimiento.

- Contribuir a la búsqueda de soluciones de tipo financiero.
- Realizar auditorías.
- Evaluar oportunidades y riesgos potenciales en la contratación.
- Establecer objetivos y metas económicas.

7.2.3.6 Secretaria (1)

- Gestionar la agenda de Director Administrativo y Coordinadores.
- Efectuar la convocatoria para las diferentes reuniones.
- Administrar el archivo de la correspondencia de acuerdo con las normas vigentes.
- Enviar correspondencia y comunicaciones, así como llamadas telefónicas.

7.2.3.7 Contador (1)

- Preparar y presentar informes contables y financieros requeridos por el Asistente Financiero y el Director.
- Liquidar los diferentes impuestos.
- Preparar y presentar las declaraciones tributarias.
- Preparar, firmar y presentar los estados financieros de la empresa (balance general, estado de resultados y estado de flujos de efectivo).
- Efectuar las notas a los estados financieros cuando sea conveniente.
- Asesorar a la Dirección en temas contables, financieros y fiscales.
- Preparar y presentar informes mensuales sobre el comportamiento contable y financiero de la empresa.

7.2.3.8 Encargado de recursos humanos (1)

- Coordinar y motivar a las personas que forman parte de la institución para alcanzar las metas propuestas.
- Proponer estrategias para lograr una conexión entre los objetivos de la institución con los objetivos personales de cada uno de los trabajadores.
- Plantear como parte de la gestión de recursos, estrategias de capacitación.
- Demostrar la mejor aptitud de servicio hacia los pacientes y el personal que conforma la organización.

7.2.3.9 Atención al usuario (3)

- Gestionar la participación social.
- Gestionar las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.
- Informar y orientar a los usuarios acerca de los diferentes servicios ofrecidos por la institución.
- Realizar medición sobre la satisfacción de los usuarios en la prestación de los diferentes servicios.
- Atender con eficiencia y eficacia los requerimientos de los usuarios.

7.2.3.10 Historia clínica y archivo (2)

- Ejecutar labores de manejo de archivo de las historias clínicas como apoyo en la prestación oportuna y eficiente de los servicios de salud.
- Preparar y entregar las historias clínicas al personal responsable de la atención al usuario.
- Recibir, verificar y archivar diariamente las historias clínicas de los pacientes siguiendo los procedimientos establecidos.
- Enumera y rotular las historias clínicas de conformidad con los parámetros establecidos por la organización.

- Entregar el resumen de historia clínica al usuario que la solicite.
- Gestionar la entrega de historias clínicas solicitadas por el personal responsable de tramitar glosas.
- Mantener actualizado el archivo, procurando que las historias clínicas se encuentren organizadas y conservadas para ser ubicadas fácilmente.
- Recuperar las historias clínicas que han sido solicitadas por las diferentes dependencias y que no fueron regresadas oportunamente al archivo.
- Guardar la debida reserva y discreción de la información que se le ha confiado.

7.2.3.11 Jefe de Planeación y Mercadeo (2)

- Planificar y coordinar estrategias de mercadeo.
- Evaluar y desarrollar estrategias y planes de mercadeo.
- Investigar la demanda de productos y servicios de la institución.
- Realizar estudio de mercados, que permitan ajustar los planes de mercadeo.
- Desarrollar y gestionar campañas publicitarias.
- Crear conciencia de marca y de posicionamiento.
- Desarrollar estrategias de precios con el objetivo de maximizar los beneficios y la participación en el mercado, manteniendo siempre la satisfacción del cliente.
- Supervisar la estrategia de mercadeo en los diferentes medios comunicativos.

7.2.3.12 Facturación (1)

- Ejecutar labores relacionadas con la facturación de cuentas de los pacientes, cuentas de cobro y documentos necesarios con la atención y egreso de los pacientes hospitalizados en casa.
- Tener amplio conocimiento de los contratos de la institución.
- Corregir posibles inconsistencias presentadas en la facturación y soportes.
- Archivar y clasificar la documentación relacionada con cuentas y contratos.

- Estar disponible para entregar la información y valores sobre servicios prestados a los usuarios que lo soliciten.
- Coordinar con las diferentes áreas que intervienen en el proceso de facturación, el diligenciamiento oportuno de la documentación.
- Conocer en su totalidad las tarifas de servicios para realizar el proceso de facturación.
- Liquidar y elaborar las facturas.

7.2.3.13 Jefe de cartera (1)

- Gestionar el cobro de cuentas a favor de la entidad.
- Administrar y controlar la cartera de clientes para garantizar una oportuna y adecuada captación de recursos y obtener resultados de rentabilidad, volumen y crecimiento financiero.
- Planificar estrategias para gestión del cobro de cartera.
- Planificar estrategias relacionadas con el mantenimiento de la cartera.
- Revisar permanentemente la cartera vencida e informar al área financiera

7.2.3.14 Servicios generales (1)

- Mantener baños en perfectas condiciones de aseo y limpieza y con la dotación necesaria.
- Asear las oficinas y áreas comunes antes del ingreso de los funcionarios y velar que se mantengan aseadas.
- Clasificar la basura en bolsas separadas de acuerdo si son desechos orgánicos, papeles y materiales sólidos.
- Limpiar constantemente muebles, enseres, ventanas, vidrios, paredes y accesorios dentro de las instalaciones de la institución.
- Prestar el servicio de cafetería a los funcionarios en sus oficinas y atender al personal durante las reuniones que se lleven a cabo dentro de las instalaciones de la institución.
- Responder por el inventario y buen uso de bienes muebles e inmuebles a su cargo.

7.2.3.15 Conductores (4)

- Conducir el vehículo que le sea asignado y velar por su cuidado y buen mantenimiento.
- Informar a quien corresponda sobre cualquier falla que observe en el funcionamiento del vehículo.
- Transportar personal, suministros, equipos o materiales a los sitios encomendados.
- Responder por las herramientas y equipos a su cargo y mantenerlos en óptimo estado.
- Colaborar en el cargue y descargue del vehículo y traslado de elementos.
- Realizar en el caso fortuito operaciones mecánicas sencillas de mantenimiento del automotor a su cargo y solicitar ejecución de aquellas complicadas
- Llevar registro diario de actividades e información de conformidad con el modelo que adopte la institución.
- Trasladar pacientes, cuando se le requiera.
- Actualizar la hoja de vida de los vehículos en cuanto a referencia, daño y mantenimiento en general.
- Dar uso adecuado del vehículo asignado de acuerdo a las actividades propias del cargo y de la empresa.

7.2.3.16 Trabajador Social (1)

- Asesorar a los usuarios sobre las diversas opciones o políticas diseñadas por la institución para orientar la toma de buenas decisiones.
- Afrontar situaciones de emergencia que requieran la intervención y atención inmediata.
- Recibir y atender los trámites de quejas y reclamos de los usuarios con el propósito de tomar los correctivos posibles para garantizar el mejoramiento del servicio.
- Realizar encuestas con los usuarios para medir el grado de satisfacción.
- Apoyar a los pacientes antes, durante y después de su hospitalización domiciliaria.
- Gestionar y agilizar con prontitud las solicitudes de historia clínicas para colaborar a los usuarios.
- Atender las sugerencias halladas en los buzones acerca de los diferentes servicios ofrecidos por la institución.

- Brindar información veraz, oportuna y de calidad sobre la forma de acceder a los servicios de salud, garantizando el tratamiento o servicio al paciente sin contratiempos.
- Contribuir y orientar en la solución de problemas y/o situaciones económicas y sociofamiliares que afecten la salud de los pacientes.

7.2.3.17 Psicólogo (1)

- Formular, diseñar, organizar, ejecutar y controlar planes y programas relacionados con el área de su competencia.
- Implementar procedimientos e instrumentos requeridos para mejorar la prestación de servicios a su cargo.
- Brindar al usuario un espacio psicoterapéutico para dar atención a sus necesidades básicas y elaborar historias clínicas y órdenes que se requieran según las asignaciones en los diferentes servicios.
- Mantener una comunicación continua con todo el personal de salud de los diferentes servicios y el área administrativa.
- Realizar psicoterapias, valoraciones psicológicas e interconsultas al paciente y su grupo familiar.
- Mantener un contacto permanente con los pacientes asignados y proporcionar información al paciente y su familia de manera permanente sobre el curso de su padecimiento y los tratamientos que se realicen.
- Contribuir con el trabajo interdisciplinario y dar apoyo al equipo de salud en los casos asistenciales y en programas de promoción, prevención y rehabilitación de pacientes, en los cuales se requiera su intervención, con el fin de ofrecer atención integral.

7.2.3.18 Bacteriólogo (1)

- Recibir y recolectar las muestras que se van a analizar de acuerdo con los exámenes solicitados y preparar el material necesario para la realización de los trabajos de laboratorio y montar pruebas requeridas.
- Dar instrucciones específicas a los auxiliares de enfermería sobre la forma como deben recolectar las muestras y las condiciones con que se debe presentar el examen.

- Hacer el mantenimiento y asepsia de los aparatos, elementos y demás equipos de laboratorio y propender por las conservaciones de los equipos, materiales y útiles a su cargo.
- Llevar registros y archivos de los trabajos realizados.
- Entregar los resultados de las ayudas diagnósticas de laboratorio clínico al usuario y/o al servicio encargado de su distribución.
- Revisar el material y los reactivos para los análisis solicitando a quien corresponda la remisión oportuna de los mismos.
- Recolectar todo el material que va a ser desechado y seguir los procesos de desinfección, descarte o lavado reglamentado y realizar el manejo de desechos según instrucciones de saneamiento ambiental.
- Cumplir estrictamente las normas sobre seguridad industrial y prevención de accidentes.

7.2.3.19 Médicos generales (3)

- Atender la consulta de pacientes asignados en los diferentes servicios y elaborar las historias clínicas respectivas.
- Acoger las normas, guías y protocolos de atención e instructivos de trabajo, que defina y establezca la institución para la atención de hospitalización domiciliaria según necesidades de las distintas áreas asistenciales.
- Participar en la elaboración y desarrollo de programas de promoción y prevención de salud a la comunidad.
- Ordenar exámenes de laboratorio, consulta de especialistas, etc., ciñéndose a las normas establecidas sobre el particular.
- Elaborar la hoja de consulta diaria y rendir los informes y estadísticas que el jefe le solicite.
- Diligenciar de manera completa y con letra legible, los registros de las historias clínicas.
- Conocer y aplicar los criterios de referencia y contrarreferencia según los niveles de atención.
- Asegurar el cuidado y custodia de las historias clínicas, que se encuentren bajo su responsabilidad.

- Participar conjuntamente con el personal de salud, como parte del equipo multidisciplinario, en la planeación, programación, organización y evaluación de actividades que se lleven a cabo en los diferentes programas establecidos como prioritarios.
- Dar el manejo indicado y adecuado para todo el equipo, instrumental, material, etc., que se requieran para la asistencia y cuidar de aquellos elementos que se le hayan asignado bajo su responsabilidad.

7.2.3.20 Paramédicos (4)

- Cumplir las normas, procedimientos y funciones establecidas por el Ministerio y la Institución.
- Ejecutar el plan de atención médica y de enfermería derivada del diagnóstico, tratamiento y evaluación del paciente.
- Apoyo en ingreso, egreso y traslado del usuario al programa de hospitalización domiciliaria y a su domicilio.
- Colaborar en técnicas médicas y de enfermería.
- Mantener registros pertinentes, derivados de la gestión clínica directa y los derivados de la gestión administrativa.
- Registrar el cumplimiento de los cuidados de enfermería en forma oportuna, clara y veraz, de acuerdo a lo planificado por médico y enfermera.
- Realizar entrega de recetas y retiro de medicamentos desde la farmacia, según indicación médica, disponiéndolos adecuadamente para su traslado al domicilio del usuario.
- Preparación de insumos necesarios para los procedimientos programados y los que puedan necesitarse en el domicilio del usuario.
- Apoyar a la familia y educar en términos de aseo y confort del usuario.
- Mantener informada a las jefaturas de novedades ocurridas en la evolución de los pacientes.
- Mantener el cuidado durante el uso de los equipos, materiales e insumos e informar oportunamente del deterioro y falencias.
- Cumplir los protocolos de calidad y seguridad del paciente.

7.2.3.21 Jefes de Enfermería (3)

- Seleccionar el equipo de salud para llevar a cabo la atención de los pacientes.
- Recepcionar las cuentas de cobro presentadas por el equipo de salud junto con los soportes correspondientes.
- Actualizar diariamente el archivo de autorizaciones de las EPS, con las cuentas de cobro recibidas y hacer seguimiento a los servicios que puedan tener demora para agilizar la facturación.
- Consolidar los soportes por las atenciones prestadas en el servicio para ser facturadas a los responsables del pago.
- Elaborar informes para presentar en los comités de historias clínicas y auditoría médica de la institución.

7.2.3.22 Auxiliares de Enfermería (4)

- Indicar a los familiares los cuidados que debe tener el paciente.
- Realizar curaciones periódicas para evitar que las heridas se infecten.
- Realizar curación de úlceras en el caso que sea necesario.
- Ayudar al paciente en su higiene diaria.
- Administrar tanto los medicamentos necesarios como las vacunas pertinentes.
- Hacer controles de glucemia y si es el caso proporcionar el tratamiento necesario.
- Ayudar al paciente a realizar los ejercicios terapéuticos que haya recomendado el médico.
- Suministrar la alimentación recomendada.
- Vigilar la evolución del paciente y estar alerta ante cualquier situación de deterioro de la salud para avisar a la familia y a su médico.
- Ayudar al paciente en todas sus tareas diarias con el fin de que consiga mayor autonomía.
- Tomar signos vitales para hacer seguimiento de la salud del paciente.
- Realizar toma de muestras de laboratorio.

7.2.3.23 Fisioterapeuta (2)

- Asistir profesionalmente a los pacientes que ingresan al servicio.
- Organizar las consultas por fecha y hora de los pacientes que se encuentran en tratamiento.
- Manejar en forma expresa y exclusiva los equipos del servicio.
- Diligenciar adecuada y oportunamente los registros en el servicio.
- Crear y mantener programas asistenciales en el servicio de rehabilitación física.
- Resolver las inquietudes de quienes la soliciten al servicio, tanto personal como telefónicamente.
- Elaborar informes de gestión relacionando las dificultades y proyecciones del servicio.
- Revisar las historias clínicas de los pacientes al iniciar el tratamiento y realizar las evoluciones diarias de cada uno de los usuarios atendidos.
- Responder a las interconsultas de los diferentes servicios de hospitalización e iniciar un tratamiento individual con los pacientes que le asignen.

7.2.3.24 Terapeuta Respiratoria (2)

- Desarrollar las actividades a su cargo, conforme a lo definido en el manual de procesos y procedimientos de la institución.
- Apoyar en la evaluación e implementación de procedimientos que afecten el cumplimiento de los objetivos o procesos con el fin de ajustar y garantizar el flujo exitoso del mismo.
- Dar uso racional y eficiente a los activos fijos y devolutivos asignados para fines exclusivamente laborales, que se encuentran bajo su responsabilidad.
- Reportar condiciones adversas encontradas durante la atención del paciente.
- Participar en la formulación, diseño, organización, ejecución y control de planes y programas del área de su competencia.
- Proponer e implementar los procedimientos e instrumentos requeridos para mejorar la prestación de los servicios de su cargo.
- Proyectar, desarrollar y recomendar las acciones que deban adoptarse para el logro de los objetivos y las metas propuestas.
- Ejecutar actividades asistenciales en pacientes con patologías pulmonares (evaluar signos vitales, evaluar cardiovascular, evaluar estado hemodinámico).

- Verificar diagnóstico y antecedentes del paciente, definir tipo de atención, clasificar la condición del paciente: crónico o agudo.
- Acceder al sistema para revisar las historias clínicas de los pacientes al iniciar el tratamiento, riesgos, intensidad de terapias.
- Iniciar tratamiento de acuerdo a protocolo de manejo.
- Brindar educación al paciente y a su familia sobre cuidados y tratamiento a seguir.

7.2.3.25 Terapeuta del Lenguaje (1)

- Establecer el tipo de trastornos relacionados en los pacientes asignados, en sus funciones auditiva, visual, cognitiva, de aprendizaje, respiración, deglución y voz.
- Reeducar las funciones del lenguaje en el caso de que se presenten trastornos de articulación, fonación, habla o de lenguaje oral sea cual sea su origen.
- Reeducción de trastornos del lenguaje escrito y discalculias.
- Reeducción en sistemas alternativos o aumentativos de la comunicación.
- Reeducción en patologías otorrino-laringológicas por trastornos velo-palatinos, oro-faciales, articulación y habla.
- Reeducción y conservación de la voz, habla, lenguaje, desmutización y aprendizaje de la lectura labial, comprendidos en el caso de los implantados cocleares o de otros dispositivos de rehabilitación o de suplencia de la sordera.
- Reeducción de trastornos de la deglución (disfagia, apraxia y dispraxia bucolinguo-facial).
- Reeducción de trastornos de voz de origen orgánico o funcional, pudiendo justificar el aprendizaje de la voz oro-esofágica o traqueo-faríngea y de la utilización de toda prótesis fonatoria.
- Reeducción de patologías neurológicas: disartrias, disfagias, funciones del lenguaje oral y escrito relacionadas con lesiones cerebrales localizadas (afasias, alexia, agnosia, agrafia, acalculia).
- Mantenimiento y adaptación de las funciones comunicativas en las lesiones degenerativas o el envejecimiento cerebral.

7.2.3.26 *Terapeuta Ocupacional (2)*

- Planear, ejecutar y verificar los procesos del área de terapia ocupacional.
- Diagnosticar y plantear tratamiento y rehabilitación de la disfunción ocupacional que presente el paciente.
- Efectuar coordinación interinstitucional que asegure la ejecución de los programas a su cargo.
- Participar en la revisión de las guías de manejo manteniéndolas actualizadas de acuerdo con los avances y el desarrollo del plan de salud y sus programas.
- Realizar actividades de planeación, ejecución y verificación de los planes de desarrollo institucional.
- Gestionar mensualmente los requerimientos de insumos y equipos necesarios para el buen desarrollo de sus actividades.
- Asegurar el uso adecuado de materiales, equipos, herramientas y suministros asignados.
- Mantener buenas relaciones interpersonales con el equipo interdisciplinario de tratamiento y demás miembros de la institución.
- Diseñar y ejecutar semanalmente la agenda de trabajo.
- Guardar la debida reserva y discreción de la información que se le ha confiado.

7.2.3.27 *Regente de farmacia (1)*

- Recibir, verificar y diligenciar las órdenes médicas por paciente en el perfil farmacoterapéutico.
- Dispensar y entregar los medicamentos de cada paciente a la auxiliar de enfermería verificando el nombre, concentración, forma farmacéutica y cantidad.
- Despachar y distribuir material médico quirúrgico por paciente verificando la descripción y cantidad.
- Recibir devoluciones de medicamentos verificando la integridad del empaque primario y la cadena de frío.
- Registrar a través del sistema en la cuenta de cada paciente los medicamentos y material médico quirúrgico dispensado y las devoluciones recibidas.
- Recibir, verificar y dispensar requerimientos de medicamentos por paciente para 24 horas.

- Dispensar, verificar y entregar medicamentos y material médico quirúrgico por stock a los diferentes servicios.
- Recibir y dispensar medicamentos de control oficial verificando que cada fórmula contenga la información de fecha, nombre del paciente, número de identificación, nombre del medicamento, concentración, cantidad, dosificación, firma y sello del médico tratante, sin tachones ni enmendaduras.
- Participar en la revisión de los diferentes procesos e instructivos de la farmacia.
- Realizar inventario físico de medicamentos y material médico quirúrgico, de acuerdo con la periodicidad establecida.
- Clasificar y ordenar las existencias de los medicamentos y material médico quirúrgico, vigilar las fechas de vencimiento, garantizar la integridad del empaque primario, garantizar la correcta identificación de cada unidad suelta, esto incluye fecha de vencimiento y lote.
- Responder por el inventario físico de medicamentos y material médico quirúrgico asignado a la farmacia.

7.3 ASPECTOS LEGALES

7.3.1 Constitución de la empresa

De acuerdo con la normatividad colombiana, las instituciones prestadoras de salud – IPS, pueden ser entidades oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias, cuyo propósito es prestar servicios de salud especializada en un nivel específico de complejidad. Cada institución puede acogerse a cualquiera de las modalidades de contratación existentes en el país, según sus necesidades, capacidades y limitantes.

Las condiciones mínimas necesarias para que una IPS pueda operar dentro del territorio colombiano, están reglamentadas por el Sistema de Seguridad Social, las cuales son de cumplimiento obligatorio para garantizar una oferta de servicios de la más alta calidad a los usuarios. Considerando que están de por medio la vida y la salud están de por medio en la prestación del servicio, resulta ético el aseguramiento de la calidad.

De otra parte, como toda empresa que busca operar legalmente en Colombia, las IPS deben cumplir requisitos legales tales como la constitución como empresa e inscripción en la Cámara de Comercio, registro de libros de contabilidad y registro ante la DIAN para obtener el Número de Identificación Tributaria – NIT. La constitución hace referencia a una serie de requisitos legales que dan vida jurídica a la empresa y la habilitan para llevar a cabo actividades de tipo comercial bajo el marco de la ley.

Del mismo modo la institución debe gestionar el procedimiento de acreditación y licenciamiento con el Ministerio de Salud por el cual se verifica que cumple con los requisitos establecidos por la ley para poder prestar los servicios de salud. Los requisitos legales son definidos por el decreto 1918 de 1994 del Ministerio de Salud y también establece el nivel de complejidad, la naturaleza ambulatoria u hospitalaria y los servicios específicos.

Específicamente los requisitos para obtención de la licencia se exponen en el artículo 2°. En relación con el recurso humano asistencial, dispone que debe suministrarse información del personal que se ocupa del cuidado de los pacientes independientemente del tipo de vinculación laboral, tal como nombre, documento de identidad, profesión, cargo, tarjeta profesional o equivalente, especialidad y tiempo contratado. Asimismo, la institución debe contar con estatutos o normas que establezcan los principios que la rigen y un reglamento interno de trabajo en el caso de las entidades privadas o un manual de funciones en el caso de las entidades públicas. Además de lo anteriormente citado, debe disponer de registros contables y/o presupuestos aprobados por la Junta Directa o Junta de Socios, estados financieros de prueba o definitivos y un mecanismo de facturación por cada paciente.

En el caso de una IPS privada puede estar constituida mediante un documento privado por una Junta de Socios, personas naturales, para desarrollar como actividad principal servicios de salud. El documento privado debe contener la siguiente información:

- Nombres, documento de identidad y lugar de residencia.
- Razón social de la empresa, seguido de la abreviatura que corresponda según el tipo de sociedad: Limitada (Ltda.), Sociedad Anónima (S. A.), Sociedad Anónima Simplificada (S.A.S.).

- Domicilio de la empresa.
- Término de duración.
- Definición de la actividad económica.
- Capital autorizado, suscrito y pagado, así como cantidad y tipo de acciones, y las condiciones en que serán pagadas por los socios.
- Manera en que será administrada la sociedad, facultades asignadas al administrador y la persona que será designada como representante legal.

Ahora bien, existe una serie de pasos para realizar la constitución de una empresa, que son aplicables a la constitución de una IPS y son los siguientes:

- Elaborar un acta de constitución.
- Elaboración del documento privado de constitución y autenticar firmas de los socios en una Notaría.
- Tramitar la matrícula en el registro mercantil ante la Cámara de Comercio que corresponda según el municipio de creación.
- Inscribir actas, libros y documentos en la Cámara de Comercio.
- Inscripción ante la DIAN para asignación del Registro Único Tributario – RUT y el Número de Identificación Tributaria – NIT.
- Inscripción patronal y afiliación de trabajadores en el Ministerio de Protección Social.
- Elaboración de contratos de trabajo de acuerdo a la modalidad de contratación para cada uno de los trabajadores.
- Afiliación de los empleados a la seguridad social.
- Disponer los libros contables de acuerdo con la normatividad vigente para llevar la contabilidad.
- Tener en regla las obligaciones tributarias.

Adicional a los trámites de constitución, la Ley 100 de 1993 determina los parámetros que se deben cumplir para crear una IPS de primer nivel, las pautas para conformar el sistema de acreditación, el sistema de recaudo por cuotas moderadoras y la garantía de atención a los

usuarios. Entre los estándares de calidad que debe cumplir una institución prestadora de salud fijados por el decreto 1011, se encuentra la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Propone como componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud: el Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

7.3.2 Clasificación CIU

A una Institución Prestadora de Salud de atención hospitalaria a domicilio por el tipo de servicios que ofrece, puede obtener una clasificación CIU como sigue:

Tabla 36. Códigos de clasificación CIU

Código CIU	Descripción
8512	Actividades de la práctica médica, sin internación (excepto actividades de promoción que realicen.
8514	Actividades de apoyo diagnóstico (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General de Seguridad Social en Salud.)
8515	Actividades de apoyo terapéutico (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones
8519	Otras actividades de atención de la salud humana (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General de Seguridad Social en Salud.)
8531	Actividades de atención residencial medicalizada de tipo general (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Fuente: DIAN (2020)

7.3.3 Entidades reguladoras

Partiendo de la importancia de la vida y la salud de los seres humanos, en Colombia la prestación de servicios de salud se encuentra altamente regulada. En la Ley 100 de 1993 se designan tres organismos específicos que tienen como función llevar a cabo el proceso de regulación: el Ministerio de Salud, ente encargado de definir las políticas y expedición de normas generales; la Superintendencia Nacional de Salud, cuya función es la inspección, vigilancia y control y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, organismo responsable de dirigir de manera permanente el sistema. De acuerdo con González (1994), “el Consejo aparece con poderes amplios en materia de regulación, y como una especie de agencia legislativa que tiene la facultad para definir la estructura y forma de funcionamiento de la seguridad social en salud”.

A su vez el Consejo está integrado por representantes del Gobierno, representantes de los agentes aseguradores, de los prestadores de servicios, de los profesionales de la salud, de los empleadores, de los empleados y de los usuarios del sector rural con derecho a voz y voto en la toma de decisiones. El mayor peso en la composición es el de representantes del gobierno con un 43%, seguido por los representantes empresariales con un 36% y por último los representantes de los usuarios con un 21% que constituye la minoría (Velandia y colaboradores, 2002). En la Tabla 54 se muestra la conformación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Tabla 37. Conformación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Representantes del Gobierno	Representantes de empresa	Representantes de usuarios
1) Ministro de Salud, presidente 2) Ministro de Trabajo y Seguridad Social o su delegado 3) Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado 4) Representante departamentos 5) Representante municipios 6) Representante legal del ISS	1) Representante de la pequeña y mediana empresa 2) Representante de gran empresa 3) Representante de EPS 4) Representante de IPS 5) Representante de profesionales de la salud (asociación de mayoría)	1) Representante de los trabajadores. 2) Representante pensionados. 3) Representante asociaciones de usuarios de servicios de salud del sector rural.
Asesores permanentes		Invitados permanentes
Academia Nacional de Medicina Federación Médica Colombiana Asociación Colombiana de Facultades de Medicina Asociación Colombiana de Hospitales Facultades de Salud Pública		Viceministro de salud* Superintendente de Salud** Delegado del Departamento Nacional de Planeación* Representante de Cajas de Compensación Familiar *** Representante de Empresas Solidarias de Salud***
Ley 100 de 1993, artículo 171 ** Acuerdo 001 de 1994 del CNSSS.		* A partir de 1996, Acuerdo 031 del CNSSS. *** A partir de 1998, Acuerdo 097 del CNSSS.
Nota: A partir del Decreto 181 de 2000, los invitados pierden su calidad de permanentes, pasando a ser convocados cuando el CNSSS lo requiera.		

Fuente: Velandia y colaboradores (2002).

7.4 GASTOS ADMINISTRATIVOS

7.4.1 Gastos de personal (mensual y anual)

En la Tabla 55 se relacionan los gastos mensuales y anuales por nómina de personal.

Tabla 38. Gasto mensual y anual personal

	No. Personas	Salario individual	Salario mensual	Salario total anual
Director administrativo	1	5.926.287	5.926.287	71.115.444
Secretaria	1	1.500.000	1.500.000	18.000.000
Financiero	1	3.000.000	3.000.000	36.000.000
Atención al usuario	3	1.014.980	3.044.940	36.539.280
Recursos humanos	1	2.000.000	2.000.000	24.000.000
Historia clínica y archivo	2	1.014.980	2.029.960	24.359.520
Servicios generales	1	1.014.980	1.014.980	12.179.760
Conductores	4	1.014.980	4.059.920	48.719.040
Coordinador Área Asistencial	1	3.000.000	3.000.000	36.000.000
Médico General	3	4.000.000	12.000.000	144.000.000

Paramédico	4	1.332.370	5.329.480	63.953.760
Jefe de Enfermería	3	2.500.000	7.500.000	90.000.000
Auxiliar de Enfermería	4	1.200.000	4.800.000	57.600.000
Trabajador Social	1	1.275.000	1.275.000	15.300.000
Fisioterapeuta	2	2.005.333	4.010.666	48.127.992
Terapeuta Respiratoria	2	2.161.126	4.322.252	51.867.024
Terapeuta del Lenguaje	1	1.800.000	1.800.000	21.600.000
Terapeuta Ocupacional	2	1.865.333	3.730.666	44.767.992
Psicólogo	1	1.700.000	1.700.000	20.400.000
Regente de Farmacia	1	1.350.000	1.350.000	16.200.000
Bacteriólogo	1	1.967.881	1.967.881	23.614.572
Coordinador Área Comercial	1	3.000.000	3.000.000	36.000.000
Mercadeo	1	3.627.948	3.627.948	43.535.376
Jefe de Compras	1	2.200.000	2.200.000	26.400.000
Jefe de Facturación	1	2.939.000	2.939.000	35.268.000
Contador	1	2.100.240	2.100.240	25.202.880
Cartera	1	1.750.000	1.750.000	21.000.000
TOTAL	46	58.260.438	90.979.220	1.091.750.640

Fuente: Los Autores.

De acuerdo con la propuesta, se plantea contratar 46 personas para integrar la nómina de personal para cubrir los servicios de hospitalización domiciliaria con médicos generales, paramédicos, enfermeros(as) jefe, auxiliares de enfermería, psicólogo(a), bacteriólogo(a), fisioterapeutas, terapeutas respiratorias, terapeuta del lenguaje, terapeutas ocupacionales. Aparte de los servicios asistenciales se requiere personal administrativo y encargados del área comercial y financiera.

El valor de la nómina mensual se estima en la suma de \$90.979.220 para un total anual de \$1.091.750.640. La dinámica de contratación es por prestación de servicios.

7.4.2 Gastos de puesta en marcha

En relación con los gastos para la puesta en marcha, como se indicó anteriormente, lo primero que hay que hacer es el registro mercantil, la compra y registro de libros contables en la Cámara de Comercio, solicitar el concepto del uso de suelo y la inspección técnica con bomberos. Para iniciar labores se requiere de una infraestructura, es decir un local para establecer la sede, el cual puede comprarse o tomarse en arrendamiento. En el caso propuesto se toma un local en arrendamiento por un valor mensual de \$12.000.000. De igual forma es

necesario dotar la infraestructura con muebles, enseres y vehículos para traslado de personal, que según la propuesta corresponde a la suma de \$114.698.000. Resulta fundamental la compra de equipos e insumos médicos que según la propuesta tienen un costo de \$172.046.900, así como también insumos de oficina para el desarrollo de las operaciones diarias por valor \$1.369.000 al mes. Importante la publicidad para promocionar y divulgación de los servicios que ofrece la institución, que inicialmente tienen un costo promedio de \$1.500.000. La Tabla 56 relaciona los gastos para puesta en marcha.

Tabla 39. Gastos para puesta en marcha

Descripción	Valor (\$)
Registro mercantil Cámara de Comercio	816.000
Registro establecimiento de comercio	196.000
Registro de libros contables	45.000
Compra libros	112.700
Formulario de registro	6.200
Impuesto de registro	860.000
Certificado de existencia y representación	5.900
Inspección técnica y certificado de bomberos	67.000
Concepto uso de suelo	9.100
Arrendamiento	12.000.000
Amoblamiento	114.698.000
Equipos e insumos médicos	172.046.900
Insumos oficina	1.369.600
Elementos de aseo y limpieza	4.044.300
Publicidad y mercadeo	1.500.000
TOTAL	\$307.776.700

Fuente: Los Autores.

7.4.3 Gastos anuales de administración

Los gastos de administración están representados en el arrendamiento, el pago de servicios públicos (energía eléctrica, acueducto y alcantarillado, aseo, gas, telefonía, internet y televisión), nómina de personal, gastos de publicidad, compra de insumos para oficina, elementos de aseo, insumos médicos, combustible para vehículos. Se estima un presupuesto mensual para mantenimiento vehículos y mantenimiento general para prever los casos fortuitos en los que se puede presentar una falla mecánica de los 4 vehículos o algún daño en la

infraestructura que deba repararse. En la Tabla 57, se muestran los valores correspondientes para cada uno de los rubros por gastos administrativos.

Tabla 40. Gastos anuales de administración

Descripción	Valor (\$)
Arrendamiento	144.000.000
Servicios públicos	138.804.000
Nómina	1.091.750.640
Publicidad	18.000.000
Insumos oficina	16.435.200
Elementos de aseo	48.531.600
Insumos médicos	142.812.000
Combustible vehículos	1.800.000
Mantenimiento vehículos	16.400.000
Mantenimiento general	5.500.000
Servicio de vigilancia	90.000.000
TOTAL	1.624.033.440

Fuente: Los Autores

8. ESTUDIO FINANCIERO

8.1 INGRESOS

8.1.1 Fuentes de financiación

La inversión inicial para la puesta en marcha de una institución prestadora de servicios de salud para atención hospitalaria a domicilio resulta bastante alta (\$709.000.000), teniendo en cuenta que por el tipo de servicio se requiere invertir en equipos médicos que por su complejidad tienen un alto costo, adicionalmente se necesita contratar personal profesional y calificado para cumplir con los estándares de calidad de servicio. Como cualquier empresa debe asumir también unos costos fijos como son los gastos de constitución y adecuación de la infraestructura que serán las instalaciones donde funcionará la institución.

Por las razones mencionadas, para amortiguar la inversión inicial es conveniente considerar las fuentes de financiamiento, cuyo objetivo es conseguir la liquidez necesaria para enfrentar las actividades de la empresa en el corto plazo, debido a que debe contemplarse que, al inicio de operaciones de cualquier empresa, hay que esperar por lo menos tres meses para que se pueda empezar a percibir alguna rentabilidad.

Durante los últimos tiempos en Colombia se está incentivando el emprendimiento, por tanto, se han generado varias opciones de financiamiento tanto de entidades del Estado como entidades financieras privadas para emprendedores, cuyo objetivo principal es apoyar nuevas ideas y proyectos productivos. Se puede citar, por ejemplo:

- El Plan Semilla Bancolombia, que tiene a disposición un fondo creado para apoyar a los emprendedores a cumplir sus objetivos y poner en marchas sus proyectos.
- El SENA, del Estado creó el Fondo Emprender Sena, cuyo objetivo es transformar ideas innovadoras y modelos de negocio en empresas colombianas sólidas y sostenibles. Este

proyecto no solo ofrece capital, sino que brindan asesoría gratuita como apoyo para una debida planificación financiera.

- Bancoldex es un banco de desarrollo que ofrece diversas líneas de crédito y garantías para apoyar proyectos productivos a los colombianos. Principalmente fomenta exportaciones y apoya la productividad y sostenibilidad de Mipymes.
- Innpulsa, como institución del Estado apoya iniciativas de negocio para crecer rápidamente, de forma rentable y sostenida. Ayuda a los emprendedores jóvenes con ideas innovadoras y rentables.
- Existen otros bancos nacionales que han ideado programas de financiamiento para emprendimientos como Banco Caja Social, Bancamía, Bancomeva y ProCredit.

BANCOLDLEX
 PROMUEVE EL DESARROLLO EMPRESARIAL



Bancolombia



8.1.2 Estructura de capital requerido

Se pueden considerar dos tipos de fuentes de financiación: financiación interna y externa. La financiación interna puede provenir de activos de la misma empresa o por capital destinado a inversiones. Las fuentes de financiación externa provienen de agentes externos a la empresa como créditos bancarios, grupos de inversionistas o créditos estatales. La totalidad de los recursos requerida por la inversión del proyecto se clasifica contablemente como el Activo total inicial y puede ser íntegramente financiados con recursos propios provenientes de los promotores. Alternativamente, puede ser financiado en parte por recursos propios y en parte con recursos financieros provenientes de los créditos del sistema bancario. El aporte de los socios se computa como “Capital” de la empresa y los recursos crediticios como “Pasivos” de ahí se define: Activo = Pasivo + Capital (Carmona, 2010).

En el caso hipotético de que el grupo de socios esté integrado por tres personas y que cada socio haga un aporte de \$100.000.000, se contará con un capital de \$300.000.000 como aporte

de socios. Esto quiere decir que habría que conseguir una financiación en entidades bancarias por valor de \$409.000.000.

Si el crédito se difiere a 5 años, el plan de amortización quedaría como se presenta en la Tabla 58.

Tabla 41. Plan de amortización de crédito a 5 años (60 meses).

Valor del crédito	\$ 409.000.000,00
Tasa de interés mensual	1%
Plazo del crédito en meses	60
Cuota mensual a pagar	\$8.466.367,03
Intereses totales a pagar	98.982.022,01
Total capital más intereses	\$ 507.982.022,01

# Cuota	Pago de intereses	Abono a capital	Saldo del crédito
1	\$3.026.600,00	\$5.439.767,03	\$403.560.232,97
2	\$2.986.345,72	\$5.480.021,31	\$398.080.211,66
3	\$2.945.793,57	\$5.520.573,47	\$392.559.638,19
4	\$2.904.941,32	\$5.561.425,71	\$386.998.212,48
5	\$2.863.786,77	\$5.602.580,26	\$381.395.632,22
6	\$2.822.327,68	\$5.644.039,36	\$375.751.592,86
7	\$2.780.561,79	\$5.685.805,25	\$370.065.787,62
8	\$2.738.486,83	\$5.727.880,21	\$364.337.907,41
9	\$2.696.100,51	\$5.770.266,52	\$358.567.640,89
10	\$2.653.400,54	\$5.812.966,49	\$352.754.674,40
11	\$2.610.384,59	\$5.855.982,44	\$346.898.691,96
12	\$2.567.050,32	\$5.899.316,71	\$340.999.375,25
13	\$2.523.395,38	\$5.942.971,66	\$335.056.403,59
14	\$2.479.417,39	\$5.986.949,65	\$329.069.453,94
15	\$2.435.113,96	\$6.031.253,07	\$323.038.200,87
16	\$2.390.482,69	\$6.075.884,35	\$316.962.316,52
17	\$2.345.521,14	\$6.120.845,89	\$310.841.470,63
18	\$2.300.226,88	\$6.166.140,15	\$304.675.330,48
19	\$2.254.597,45	\$6.211.769,59	\$298.463.560,89
20	\$2.208.630,35	\$6.257.736,68	\$292.205.824,21
21	\$2.162.323,10	\$6.304.043,93	\$285.901.780,28
22	\$2.115.673,17	\$6.350.693,86	\$279.551.086,42
23	\$2.068.678,04	\$6.397.688,99	\$273.153.397,42

24	\$2.021.335,14	\$6.445.031,89	\$266.708.365,53
25	\$1.973.641,90	\$6.492.725,13	\$260.215.640,40
26	\$1.925.595,74	\$6.540.771,29	\$253.674.869,11
27	\$1.877.194,03	\$6.589.173,00	\$247.085.696,10
28	\$1.828.434,15	\$6.637.932,88	\$240.447.763,22
29	\$1.779.313,45	\$6.687.053,59	\$233.760.709,64
30	\$1.729.829,25	\$6.736.537,78	\$227.024.171,85
31	\$1.679.978,87	\$6.786.388,16	\$220.237.783,69
32	\$1.629.759,60	\$6.836.607,43	\$213.401.176,26
33	\$1.579.168,70	\$6.887.198,33	\$206.513.977,93
34	\$1.528.203,44	\$6.938.163,60	\$199.575.814,33
35	\$1.476.861,03	\$6.989.506,01	\$192.586.308,33
36	\$1.425.138,68	\$7.041.228,35	\$185.545.079,97
37	\$1.373.033,59	\$7.093.333,44	\$178.451.746,53
38	\$1.320.542,92	\$7.145.824,11	\$171.305.922,42
39	\$1.267.663,83	\$7.198.703,21	\$164.107.219,22
40	\$1.214.393,42	\$7.251.973,61	\$156.855.245,60
41	\$1.160.728,82	\$7.305.638,22	\$149.549.607,39
42	\$1.106.667,09	\$7.359.699,94	\$142.189.907,45
43	\$1.052.205,32	\$7.414.161,72	\$134.775.745,73
44	\$997.340,52	\$7.469.026,52	\$127.306.719,22
45	\$942.069,72	\$7.524.297,31	\$119.782.421,90
46	\$886.389,92	\$7.579.977,11	\$112.202.444,79
47	\$830.298,09	\$7.636.068,94	\$104.566.375,85
48	\$773.791,18	\$7.692.575,85	\$96.873.800,00
49	\$716.866,12	\$7.749.500,91	\$89.124.299,09
50	\$659.519,81	\$7.806.847,22	\$81.317.451,87
51	\$601.749,14	\$7.864.617,89	\$73.452.833,98
52	\$543.550,97	\$7.922.816,06	\$65.530.017,91
53	\$484.922,13	\$7.981.444,90	\$57.548.573,01
54	\$425.859,44	\$8.040.507,59	\$49.508.065,42
55	\$366.359,68	\$8.100.007,35	\$41.408.058,07
56	\$306.419,63	\$8.159.947,40	\$33.248.110,67
57	\$246.036,02	\$8.220.331,01	\$25.027.779,65
58	\$185.205,57	\$8.281.161,46	\$16.746.618,19
59	\$123.924,97	\$8.342.442,06	\$8.404.176,13
60	\$62.190,90	\$8.404.176,13	\$0,00

Fuente: Cálculo de los Autores.

8.1.3 Balance general proyectado a 5 años

Tabla 42. Balance general proyectado a 5 años

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD XXX						
BALANCE GENERAL PROYECTADO A 31 DE DICIEMBRE POR 5 AÑOS						
	Inversión	Operacional				
Año	0	1	2	3	4	5
ACTIVOS						
Activos Corrientes						
Efectivo	25.300,00	770.868,00	106.635,00	1.790.000,00	1.200.000,00	5.000.000,00
Banco	300.000.000,00	112.041.409,95	157.917.565,93	223.207.894,48	159.790.051,33	231.347.049,59
Cuentas por cobrar		71.701.000,00	69.173.456,00	75.342.164,00	80.000.000,00	87.843.000,00
Suministros	60.750.000,00	75.406.342,00	77.694.784,87	360.246.975,10	531.167.292,15	773.007.926,25
TOTAL ACTIVOS CORRIENTES	360.775.300,00	259.919.619,95	304.892.441,80	660.587.033,58	772.157.343,48	1.097.197.975,84
Activos Fijos						
No depreciables						
Depreciables						
Edificios				245.000.000,00	258.000.000,00	285.000.000,00
Equipo de cómputo y comunicaciones	25.135.000	20.108.000,00	15.081.000,00	10.054.000,00	5.027.000,00	0,00
Depreciación equipo de cómputo y com.		5.027.000,00	5.027.000,00	5.027.000,00	5.027.000,00	5.027.000
Software (Activo intangible)	880.000	880.000,00	880.000,00	1.200.000,00	1.600.000,00	1.700.000
Muebles y enseres	65.052.600	52.042.080,00	39.031.560,00	26.021.040,00	13.010.520,00	0,00
Depreciación muebles y enseres		13.010.520,00	13.010.520,00	13.010.520,00	13.010.520,00	13.010.520
Implementos de aseo	4.044.300	48.531.600,00	51.928.812,00	57.121.693,20	64.547.513,32	74.229.640
Vehículos	114.698.000	91.758.400,00	68.818.800,00	45.879.200,00	22.939.600,00	0,00
Depreciación vehículos		22.939.600,00	22.939.600,00	22.939.600,00	22.939.600,00	22.939.600
Equipo de laboratorio	25.000.000	20.000.000,00	15.000.000,00	10.000.000,00	5.000.000,00	0,00
Depreciación equipo de laboratorio		5.000.000,00	5.000.000,00	5.000.000,00	5.000.000,00	5.000.000
Equipo paraclínico	111.296.900	89.037.520,00	66.778.140,00	44.518.760,00	22.259.380,00	0,00
Depreciación equipo paraclínico		22.259.380,00	22.259.380,00	22.259.380,00	22.259.380,00	22.259.380
TOTAL ACTIVOS FIJOS	346.106.800	390.594.100,00	325.754.812,00	508.031.193,20	460.620.513,32	429.166.140
Activos diferidos						
Adecuación física	0,00	0,00	0,00	0,00	63.000.000,00	170.000.000,00
Gastos preoperativos	2.117.900,00	2.117.900,00	1.694.320,00	1.270.740,00	508.296,00	0,00
TOTAL ACTIVOS DIFERIDOS	2.117.900,00	2.117.900,00	1.694.320,00	1.270.740,00	63.508.296,00	170.000.000,00
TOTAL ACTIVOS	709.000.000	652.631.619,95	632.341.573,80	1.169.888.966,78	1.296.286.152,80	1.696.364.116,15
PASIVO						
Pasivo Corriente						
Cuentas por pagar	409.000.000,00	340.999.375,25	266.708.365,53	185.545.079,97	96.873.800,00	0,00
Impuesto sobre la renta		3.276.688,65	18.488.227,68	192.772.925,86	253.355.592,34	393.342.004,55
Impuesto de Industria y Comercio		491.503	2.773.234	28.915.939	38.003.339	59.001.301
TOTAL PASIVO	409.000.000,00	344.767.567,19	287.969.827,36	407.233.944,72	388.232.731,19	452.343.305,23
PATRIMONIO						
Capital	300.000.000	300.000.000,00	300.000.000,00	300.000.000,00	300.000.000,00	300.000.000,00
Utilidad del ejercicio	0	7.864.052,76	44.371.746,44	462.655.022,07	608.053.421,61	944.020.810,92
TOTAL PATRIMONIO	300.000.000	307.864.052,76	344.371.746,44	762.655.022,07	908.053.421,61	1.244.020.810,92
TOTAL PASIVO MÁS PATRIMONIO	709.000.000	652.631.619,95	632.341.573,80	1.169.888.966,78	1.296.286.152,80	1.696.364.116,15

En la Tabla 59 se presenta el Balance General Proyectado, donde se puede observar que existe una correlación entre los asientos contables, la disminución año a año del crédito adquirido como

capital de trabajo para iniciar operaciones consiguiendo una reducción en el pasivo que en el año 1 representó un 43% del activo total y pasó al 37% en el año 5, que aunque la variación aparentemente no es muy grande, se representa en un incremento en el patrimonio debido a que en el año 3 de labores se adquirió un predio por valor de \$245.000.000, que en el año 5 tuvo un incremento por valorización a \$285.000.000. La compra de este predio representa para la institución no solo un crecimiento en el patrimonio, sino la posibilidad de trasladar la sede a un sitio propio y un ahorro en pagos por arrendamiento.

8.1.4 Estado de pérdidas y ganancias (P&G) proyectado a 5 años

En la Tabla 60 se presenta el Estado de pérdidas y ganancias proyectado a 5 años para la IPS de atención hospitalaria a domicilio.

Tabla 43. Estado de pérdidas y ganancias (P & G) proyectado a 5 años

**INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD XXX
ESTADO DE PÉRDIDAS Y GANANCIAS PROYECTADO A 5 AÑOS**

DESCRIPCIÓN	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
VENTAS	1.842.600.000	2.026.860.000	2.849.534.000	3.245.768.000	4.042.600.000
(COSTOS DIRECTOS)	1.418.406.341	1.517.694.785	1.631.167.292	1.773.007.926	1.985.768.877
UTILIDAD BRUTA	424.193.659	509.165.215	1.218.366.708	1.472.760.074	2.056.831.123
(COSTOS INDIRECTOS)	241.254.000	265.379.400	277.442.100	289.504.800	313.630.200
UTILIDAD OPERATIVA	182.939.659	243.785.815	940.924.608	1.183.255.274	1.743.200.923
(DEPRECIACIÓN)	68.236.500	68.236.500	68.236.500	68.236.500	68.236.500
(GASTOS FINANCIEROS)	101.596.404	101.596.404	101.596.404	101.596.404	101.596.404
UTILIDAD ANTES IMPUESTOS	13.106.755	73.952.911	771.091.703	1.013.422.369	1.573.368.018
(IMPUESTO INDUSTRIA Y COMERCIO)	1.966.013	11.092.937	115.663.756	152.013.355	236.005.203
(IMPUESTO DE RENTA)	3.276.689	18.488.228	192.772.926	253.355.592	393.342.005
UTILIDAD NETA	7.864.053	44.371.746	462.655.022	608.053.422	944.020.811

Fuente: Los Autores

De acuerdo con el Estado de pérdidas y ganancias proyectado, es posible afirmar que en el primer año la utilidad neta con relación a las ventas (servicios) produjo un margen de utilidad neta de 0,42% que apenas alcanza a cubrir el punto de equilibrio, que a partir del segundo año se incrementa progresivamente hasta alcanzar un margen de utilidad neta en el quinto año del 23,35%. De esta manera es factible decir que el proyecto al generar mayor rendimiento empieza a ser más eficiente. Por último, se encuentra una utilidad acumulada de \$944.020.811 en el quinto año de operación del proyecto.

8.1.5 Flujo de caja proyectado mínimo 3 años

La Tabla 61 presenta el flujo de caja proyectado a 3 años.

Tabla 44. Flujo de caja proyectado mínimo 3 años

FLUJO DE CAJA PROYECTADO				
CONCEPTO	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3
INGRESOS				
Caja inicial	0,00	316.611.200,00	158.024.200,93	224.997.894,48
Ingresos	0,00	1.842.600.000,00	2.026.860.000,00	2.849.534.000,00
Préstamo	409.000.000,00	0,00	0,00	0,00
Aporte de capital	300.000.000,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL INGRESOS	709.000.000,00	2.159.211.200,00	2.184.884.200,93	3.074.531.894,48
EGRESOS				
Costo de venta	0,00	728.570.212,39	663.978.740,44	796.774.488,53
Gastos de funcionamiento	0,00	138.804.000,00	138.804.000,00	333.505.483,36
Gastos de personal	0,00	1.091.750.640,00	1.091.750.640,00	1.200.925.704,00
Amortización de préstamo	0,00	8.466.367,03	8.466.367,03	8.466.367,03
Compra de activos fijos	390.270.900,00	0,00	0,00	245.000.000,00
Gastos de iniciación y montaje	2.117.900,00	0,00	0,00	0,00
Pago de intereses	0,00	33.595.779,65	27.305.394,68	20.433.118,85
Pagos de impuestos	0,00	0,00	29.581.164,29	308.436.681,38
TOTAL EGRESOS	392.388.800,00	2.001.186.999,07	1.959.886.306,45	2.913.541.843,15
SALDO FINAL EN CAJA	316.611.200,00	158.024.200,93	224.997.894,48	160.990.051,33

Fuente: Los Autores

Analizando el flujo de caja proyectado, se puede observar que de la inversión inicial se recuperó una parte que fue reinvertida en el año 3 por un valor de \$245.000.000 en un lote para construir una sede propia, que a futuro representará un ahorro en costo por arrendamiento.

8.2 EGRESOS

8.2.1 Capital de trabajo

En la Tabla 62 se muestran los rubros en los cuales se invirtió el capital de trabajo por valor de \$522.322.920, del total de capital inicial \$709.000.000, representado en \$300.000.000 de aporte de socios y \$409.000.000 del crédito solicitado a una entidad financiera.

Tabla 45. Capital de trabajo

Rubro	Valor
Costo de inscripción y registro	2.117.900
Arrendamiento	12.000.000
Insumos de oficina	1.369.600
Utensilios de limpieza y aseo	4.044.300
Servicios públicos	11.567.000
Nómina	90.979.220
Publicidad y promoción	1.500.000
Muebles y enseres	114.698.000
Equipos e insumos médicos	172.046.900
Vehículos	112.000.000
TOTAL	522.322.920

Fuente: Los Autores

9. RENTABILIDAD

9.1 MARGEN OPERACIONAL DE UTILIDAD

El margen operacional de utilidad es definido por Ross y colaboradores (2010) precisando que “El margen operacional de utilidad evalúa el rendimiento de los ingresos operacionales, indica si el negocio es lucrativo independiente de la forma en la cual se ha financiado”. Es decir que, relaciona las ventas y la utilidad operacional.

El margen operacional de utilidad se calcula dividiendo el ingreso operativo o utilidad bruta menos gastos operativos por las ventas totales. Los gastos de operación corresponden a los costos tales como gastos administrativos generales y otros costos no incluidos en otras clasificaciones. Generalmente el aumento en el margen operacional de utilidad es considerado positivo, pero lo que se debe conseguir es un margen sólido y consistente. La fórmula para calcular este margen es la siguiente:

$$\text{Margen operacional de utilidad} = \frac{\text{Utilidad operativa}}{\text{Ventas totales}}$$

Para el caso del modelo propuesto, el margen operacional de utilidad para el primer año sería como sigue:

$$\text{Margen operacional año 1} = \frac{\text{Utilidad operativa}}{\text{Ventas totales}} = \frac{182.939.659}{1.842.600.000} = 9,93\%$$

Y para el quinto año:

$$\text{Margen operacional año 5} = \frac{\text{Utilidad operativa}}{\text{Ventas totales}} = \frac{1.743.200.922,60}{4.042.600.000,00} = 43\%$$

Se observa entonces un crecimiento en el margen operacional de utilidad del primero al quinto año, al pasar de 9,93% en el primer año al 43% en el quinto año proyectados.

9.2 MARGEN BRUTO DE UTILIDAD

El margen bruto de utilidad es la relación entre la utilidad bruta (ingresos operacionales menos costos y gastos de operación) y los ingresos operacionales. Este indicador permite saber qué porcentaje de la utilidad se debe a los ingresos operacionales, es decir por la actividad específica de la empresa (Zúñiga, 2016). Del mismo modo indica el porcentaje de ingresos disponible para los gastos de operación y la disponibilidad de financiación de la compañía, determinando la capacidad de generar caja para la empresa. La fórmula para calcular este índice es la siguiente:

$$\text{Margen bruto de utilidad} = \frac{\text{Utilidad bruta}}{\text{Ingresos operacionales}}$$

El cálculo del margen bruto de utilidad para el modelo proyectado es el siguiente:

$$\text{Margen bruto año 1} = \frac{424.193.659}{1.842.600.000} = 23,02\%$$

$$\text{Margen bruto año 5} = \frac{2.056.831.122,60}{4.042.600.000,00} = 50,88\%$$

El cálculo de este indicador permite observar que el margen bruto para el año 1 es de 23,02% pasando al 50,88% en la proyección para el año 5, representando una oportunidad puesto que hay un mayor porcentaje disponible para gastos de operación y mayor capacidad de generación de caja para la institución, que le permite mayor disponibilidad de financiación.

9.3 MARGEN NETO DE UTILIDAD

El margen neto de utilidad es la relación entre utilidad neta y ventas totales o ingresos operacionales totales). Se calcula dividiendo el ingreso neto, o el resultado final de una empresa, por las ventas netas. Mide la capacidad de una empresa para traducir las ventas en ganancias para los accionistas, puesto que es la primera fuente de rentabilidad en los negocios y de ella depende la rentabilidad sobre los activos y sobre el patrimonio. Para hallar el margen neto de utilidad se utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{Margen Neto de Utilidad} = \frac{\text{Ingreso neto o resultado final}}{\text{Ventas totales}}$$

El cálculo del margen neto de utilidad para el modelo proyectado refleja lo siguiente:

$$\text{Margen Neto de Utilidad año 1} = \frac{7.864.052,76}{1.842.600.000,00} = 0,43\%$$

$$\text{Margen Neto de Utilidad año 5} = \frac{944.020.810,92}{4.042.600.000,00} = 23\%$$

El margen neto de utilidad del año 1 es del 0,43% incrementándose en el año 5 al 23%. Esto representa una mayor rentabilidad para los socios.

10. RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo de la presente propuesta es describir una idea de negocio para la creación de una Institución Prestadora de Salud de Hospitalización Domiciliaria, como apoyo a las aseguradoras, Empresas Prestadora de Servicios de Salud y servicios complementarios para la atención de adultos mayores, en el municipio de Chía – Cundinamarca, considerando los beneficios que representa este tipo de servicio no solo en la reducción de sobreocupación hospitalaria sino en ahorro por costos hospitalarios y poder disfrutar de la comodidad del hogar y la compañía de la familia durante el proceso de recuperación o tratamiento para el paciente.

10.1 CONCEPTO DEL NEGOCIO

La Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS, propuesta como modelo de negocio, corresponde a una IPS de primer nivel que prestará servicios de atención hospitalaria a domicilio. La atención en el domicilio del usuario resulta una alternativa para el paciente por su condición de salud no requiere permanecer en el hospital y puede recibir los cuidados necesarios en su casa con el acompañamiento de la familia. La proyección de servicios como parte de la actividad económica del modelo, incluye atención médica, hospitalización en casa, servicios de enfermería, terapias (fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional y terapia del lenguaje) y clínica de heridas para adultos mayores crónicos o remitidos a hospitalización domiciliaria.

De otra parte, el nicho del mercado corresponde aproximadamente a 145.658 habitantes que según datos del DANE es la población estimada del municipio de Chía, que por su cercanía con la capital del país en los últimos años ha tenido un gran crecimiento poblacional. La distancia entre Chía y Bogotá es de tan solo 20,8 kilómetros, aproximadamente 26 minutos en automóvil, factor que da la viabilidad de que el nicho sea aún mayor, por la posibilidad de poder atender usuarios en Bogotá y esta misma situación se presenta con otros municipios cercanos como Cota a 6,7 Km, Cajicá a 8,3 Km, Tabio a 9,3 Km, Sopó a 13,8 Km, Tocancipá

a 19,7 Km, La Calera a 17,4, entre otros, ampliando el panorama para mayor cobertura de servicios.

10.2 POTENCIAL DEL MERCADO EN CIFRAS

De acuerdo con los cálculos realizados para el modelo propuesto, se observa que la IPS podría obtener ingresos operacionales de alrededor \$13.106.754,60 que proyectados a 5 años ascienden a \$1.573.368.018,20 que no solo permiten cubrir los gastos operacionales, sino que permiten la sostenibilidad del negocio generando un margen de utilidad sólido y estable.

10.3 VENTAJAS COMPETITIVAS Y PROPUESTA DE VALOR

Para garantizar por los estándares de calidad en el servicio propuestos por el Ministerio de Salud en Colombia, se contará con profesionales altamente capacitados, equipos médicos de última tecnología, atención personalizada al cliente y establecimiento de un modelo de gestión administrativa que permitan alcanzar el liderazgo en el sector.

Partiendo de la base de que la actividad económica está relacionada con prestación de servicios de salud, donde la seguridad y satisfacción es primordial, resulta fundamental en la competitividad el recurso humano, por tanto, la incorporación del personal debe hacerse con sumo cuidado y es necesario hacer énfasis en el desarrollo de sus actividades en el trabajo en equipo de las diferentes disciplinas, dado que la recuperación del paciente depende de la congruencia del equipo multidisciplinario, para asegurar la oportunidad e inmediatez del servicio.

10.4 RESUMEN DE LAS INVERSIONES

La inversión inicial propuesta asciende a la suma de \$709.000.000, discriminados en \$300.000.000 como aporte de socios, que presumiendo que sean 3 socios, equivaldría a un aporte personal por socio de \$100.000.000. Los \$409.000.000 restantes están representados

en un préstamo adquirido con una entidad financiera a 5 años, con una tasa de amortización mensual del 1%, que corresponde a una cuota mensual de \$8.466.367,03.

Para establecer el valor de la inversión inicial se consideraron rubros como la nómina, el valor del arrendamiento, pago de servicios, inversión en equipos médicos e insumos, muebles y enseres, gastos de constitución y registro y compra de vehículos para transporte del personal a las diferentes visitas domiciliarias. Del mismo modo, se estimó un remanente teniendo en cuenta que posterior a la puesta en marcha, los primeros meses puede no recibirse lo necesario para cubrir los gastos y es importante tener una base para sustentar las necesidades.

10.5 PROYECCIONES DE VENTAS Y RENTABILIDAD

La proyección de ventas se realizó considerando el incremento de usuarios, contratación directa con EPS, servicios y tecnología para mayor cobertura del área de influencia. En la Tabla 63 se muestran las proyecciones de ventas para 5 años, con relación al modelo propuesto.

Tabla 46. Proyección de ventas por 5 años

DESCRIPCIÓN	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
VENTAS	1.842.600.000	2.026.860.000	2.849.534.000	3.245.768.000	4.042.600.000

Fuente: Los Autores.

Para el cálculo de la rentabilidad se divide el valor de la utilidad neta del ejercicio por los activos totales y se multiplica por 100. Para el modelo propuesto se hace la operación con cada uno de los 5 años proyectados para estimar el comportamiento de la rentabilidad año a año y entre el primero y quinto año. Los valores de utilidad neta se representan en la Tabla 64.

Tabla 47. Valores de utilidad neta proyectados para 5 años

DESCRIPCIÓN	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
UTILIDAD NETA	7.864.052,76	44.371.746,44	462.655.022,07	608.053.421,61	944.020.810,92

Fuente: Los Autores.

Los costos por activos fijos proyectados a 5 años se representan en la Tabla 65.

Tabla 48. Costo activos fijos proyectados a 5 años

DESCRIPCIÓN	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
ACTIVOS FIJOS	341.182.500	272.946.000	449.709.500	394.473.000	353.236.500

Fuente: Los Autores.

$$Rentabilidad = \frac{Utilidad\ neta}{Activos\ fijos} * 100$$

La rentabilidad proyectada a 5 años aparece en la Tabla 66.

Tabla 49. Rentabilidad proyectada 5 años

DESCRIPCIÓN	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
ACTIVOS FIJOS	2,30	16,26	102,88	154,14	267,25

Fuente: Los Autores.

Haciendo un análisis de rentabilidad puede decirse que la rentabilidad en el año uno que fue de 2,30 no fue la mejor, pero la proyectada para el segundo año al ser del 16,26 resulta muy favorable y a partir del tercer año se incrementa por encima del 100%, demostrando la viabilidad del modelo propuesto.

10.6 CONCLUSIONES FINANCIERAS Y EVALUACIÓN DE VIABILIDAD

Haciendo un análisis de rentabilidad puede decirse que la rentabilidad en el año uno que fue de 2,30 no fue la mejor, pero la proyectada para el segundo año al ser del 16,26 resulta muy favorable y a partir del tercer año se incrementa por encima del 100%, demostrando la viabilidad del modelo propuesto.

11. CONCLUSIONES

Con el nacimiento de la Constitución del 91, Colombia se establece como un Estado social de derecho, donde se debe garantizar la vida, el trabajo, la justicia, la igualdad, la libertad y la paz en igualdad de condiciones a todos los ciudadanos. En tal sentido se creó el Sistema Integral de Seguridad Social, integrado por instituciones que ofrecen planes de salud, a los cuales los ciudadanos se afilian, ya sea por el régimen contributivo o régimen subsidiado. No obstante, a pesar que con la Ley 100 de 1993 se buscaba facilitar que un mayor número de personas tuvieran acceso al sistema de salud, el Sistema afronta una crisis debido a la imposibilidad de cobertura, ya que existe una queja constante en los usuarios porque en el momento que necesitan recibir atención médica, no la reciben oportunamente o el servicio es de mala calidad. Los servicios de hospitalización son los que en mayor medida presentan el déficit de cobertura, ya sea por falta de centros médicos o porque la demanda es mayor que la oferta y el número de camas no alcanza a cubrir la demanda de atención por parte de los usuarios.

Por las razones anteriores, se generó la necesidad de crear los servicios de atención médica domiciliaria, cuya una de las principales ventajas es que permite liberar capacidad instalada en los hospitales, dando la posibilidad de atender a un mayor número de personas. Esta modalidad de atención está a cargo de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de tipo privado o público, que prestan asistencia integral a los usuarios en su hogar con el apoyo de la familia. Los programas de atención a domicilio representan una alternativa eficaz en el caso de pacientes crónicos o con discapacidades a quienes se les dificulta moverse a un centro médico o para pacientes que por su condición médica requieren seguimiento, pero no necesariamente deben permanecer internados. La permanencia en el hogar resulta un beneficio en el proceso de tratamiento, al brindar mejor calidad de vida por la tranquilidad que le representa no estar alejado de su familia y permanecer en su medio ambiente.

El modelo de Hospitalización Domiciliaria en Colombia, surge como una opción de cuidados médicos en el hogar para aquellos pacientes que no requieren permanecer en la institución hospitalaria, pero requieren de cuidados especializados ya sea para completar su recuperación o como parte del tratamiento de su padecimiento, por lo cual hace parte del Plan Obligatorio de Salud, en consonancia con el artículo 49 de la Constitución Nacional de 1991 que establece la garantía a todas las personas del acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. En ese orden de ideas, por medio de la Ley 100 de 1993 crea el Sistema de Seguridad Social Integral, que fija las normas y procedimientos para regular y garantizar el cumplimiento tanto de planes como de programas desarrollados por el Estado para proporcionar cobertura integral y el acceso a los servicios de salud para los habitantes del territorio nacional. La Resolución 1446 de 2005 define el sistema de información para la calidad y adopta indicadores para monitorizar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. La Resolución 2003 de 2014, define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios mediante el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. En el artículo 3 menciona como condiciones que deben contar con capacidad técnico-administrativa, suficiencia patrimonial y financiera y capacidad tecnológica y científica. Los prestadores de servicios domiciliarios se sitúan en el sector salud y son vigilados por la Superintendencia de Salud de Colombia – Supersalud.

La primera causa de consulta en los servicios de salud son las condiciones no transmisibles para los diferentes grupos etarios, por ejemplo, en la primera infancia el 45,28% de las consultas y en adultos mayores el 81,5%. Cabe aclarar que la mayor parte de las consultas de menores de 11 años se deben a condiciones orales y para los adultos, las más frecuentes son por enfermedades cardiovasculares y musculoesqueléticas. Por otro lado, en lo que tiene que ver con las causas de morbilidad, las condiciones transmisibles y nutricionales derivadas de deficiencias nutricionales e infecciones respiratorias constituyen la segunda causa de morbilidad en la primera infancia y la infancia, mientras que para la adolescencia las

condiciones mal clasificadas se encuentran en segundo lugar como causas de morbilidad. De acuerdo con cifras de la Alcaldía Municipal de Chía (2020). En el municipio de Chía existen pocas instituciones que presten el servicio de hospitalización a domicilio, de ahí surge la idea para la propuesta de crear una IPS que preste servicios de hospitalización y atención domiciliaria por parte de médicos y enfermeras, con servicios adicionales de rehabilitación con fisioterapeutas, terapeutas respiratorios, del lenguaje y ocupacional, con el acompañamiento de psicólogos y trabajadores sociales, dado que se pretende una atención integral en salud.

Respecto a los requerimientos para el establecimiento de una IPS de atención hospitalaria a domicilio, inicialmente se requiere de una infraestructura para la sede institucional que debe cumplir con requisitos establecidos por la Secretaría de Salud, tales como suministro de servicios públicos de luz, agua, alcantarillado y sistema de comunicaciones; áreas específicas para almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos, archivo de historias clínicas, así como para elementos de aseo y limpieza; escaleras y rampas, rutas de evacuación, salidas de emergencia y puntos de encuentro que cumplan con las normas de construcción y concepto sanitario. Del mismo modo, existen requisitos que se deben cumplir en el domicilio del paciente para la prestación del servicio, tales como contar con servicios públicos domiciliarios y unidad sanitaria o baño. Por otra parte, es necesario disponer de dotación de equipos, dispositivos e insumos médicos que cuenten con condiciones técnicas de calidad según sean los servicios que se prestarán, así como también medicamentos para el suministro al paciente según su condición de salud. Por último, el principal requerimiento es contar con un grupo de talento humano altamente capacitado, con títulos de educación superior o certificado de aptitud ocupacional, constancia de formación en manejo del dolor y cuidado paliativo, para atención de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles. La cantidad de personal se establece de acuerdo con los servicios que se pretende ofrecer.

Realizados los cálculos de costos de inversión, gastos y flujo de caja que demanda la creación de una IPS de atención domiciliaria para que sea viable, se encuentra que la inversión inicial para la puesta en marcha de acuerdo a la propuesta es de \$709.000.000, ya que por el tipo de servicios que se proyecta ofrecer es necesario invertir en equipos médicos que por su

complejidad tienen un alto costo, además para garantizar la calidad en la prestación del servicio se requiere contratar profesionales calificados. Adicionalmente se debe asumir unos costos fijos de constitución y adecuación de infraestructura en la sede donde funcionará la institución. Considerando al alto costo que se requiere para la inversión inicial, es probable el uso de fuentes de financiamiento para conseguir la liquidez necesaria para el desarrollo de las actividades de la empresa a corto plazo, debido a que hay que dar un tiempo prudencial para que se produzca el retorno de la inversión. De otra parte, los costos fijos están representados en el pago de arrendamiento, pago de servicio, nómina de personal, pago impuestos, compras de insumos y medicamentos y en el caso de hacer uso de financiación para la inversión inicial hay que asumir el pago mensual de la cuota del crédito bancario. Para el caso de esta propuesta y analizando el Estado de pérdidas y ganancias proyectado, se observa que en el primer año la utilidad neta con relación a las ventas (servicios) produjo un margen de utilidad neta de 0,42% que apenas alcanza a cubrir el punto de equilibrio, que a partir del segundo año se incrementa progresivamente hasta alcanzar un margen de utilidad neta en el quinto año del 23,35%. De esta manera es factible decir que el proyecto al generar mayor rendimiento empieza a ser más eficiente. Por último, se encuentra una utilidad acumulada de \$944.020.811 en el quinto año de operación del proyecto.

Por último, haciendo un análisis del estudio financiero proyectado se puede entrever que la propuesta es viable dado que los ingresos proyectados según la demanda, permiten cubrir los costos operacionales y los gastos necesarios para operar en el mercado, para finalmente después de tres años poder obtener ganancias e incluso hacer nuevas inversiones.

12. BIBLIOGRAFÍA

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Corte a diciembre de 2019

Alcaldía Municipal de Chía (2020). Diagnóstico municipio de Chía. Plan de Desarrollo 2020 – 2023. Chía, Cundinamarca.

Asociación Nacional de Empresarios de Colombia – ANDI (2021). Balance 2020 y perspectivas 2021. Recuperado en:
http://www.andi.com.co/Uploads/Balance%202020%20y%20perspectivas%202021_637471684751039075.pdf

Beltrán, A. y Rodríguez W. (2012). “El mercadeo de servicio en las instituciones de salud un enfoque desde la gestión de organizaciones”. Artículo de reflexión basado en trabajo de Investigación para obtener el grado de magister en Gestión de Organizaciones de la Universidad Militar Nueva Granada.

Bermejo, G.; Angulo K; Agorria, A.; Barruetabeña, M.; Arrate, A. (1997) Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. Atención primaria.

Bustamante, N. (2006). La hospitalización domiciliaria Descripción y análisis del modelo de atención. Recuperado de: URL: www.elhospital.com.

Cámara de Comercio de Bogotá (2009). Conoce los pasos para crear empresa. Paso a paso del proceso empresarial y legal.

Cárdenas, A. (2019). Estrategias de comunicación y marketing para el posicionamiento de la marca de la empresa “Proelectric”, Pontificia Universidad del Ecuador, Quito.

Carmona, C. y Otros (2010). Plan de Negocios: Empresa de servicios de salud. Proyecto de inversión. Instituto Politécnico Nacional. Escuela de Comercio y Administración.

Recuperado en:

<https://tesis.ipn.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/7433/CP2010%20C363c.pdf?sequence=1>

Comisión de Regulación en Salud – CRES (2009). Acuerdo 08 de 2009. Recuperado en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/acuerdo-08-de-2009.pdf>

Comisión de Regulación en Salud (2011). Acuerdo número 029 de 2011. Colombia.

Congreso de la República (1990). Ley 10 de 1990. Recuperado en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf

Congreso de la República (1993). Ley 100 de 1993. Recuperado en:

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Congreso de la República (2007). Ley 1122 de 2007. Recuperado en:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22600>

Congreso de Colombia (2010). Ley 1384 de 2010. Recuperado en:

<https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2019/10/Cancer-Atencion-Integral-Ley-1384-2010.pdf>

Congreso de la República (2011). Ley 1438 de 2011. Recuperado en:

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

Constitución Política de Colombia (1991). Recuperado en:

<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>

- Cotta, J.; Suárez, M.; Llopis, A.; Mitre, R., Real, E.; Días, J. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Revista Panamericana de Salud Pública* 10(1).
- Cowen, M.; Dusseau, D., Guisinger, C.; Zodet, M. y Shyr, C. (1998). Ajuste de casemix de datos de reclamos de atención administrada usando la clasificación clínica para el método de investigación de políticas de salud. *Med Care*.
- Deschamps DL, Tilquin C, Trudel R, Chevalier S, Poirier L. (1988). Un programme public innovant: l'hospitalisation à domicile. Montréal: Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé. Montréal: Université de Montréal.
- Departamento Nacional de Estadísticas - DANE, Departamento Nacional de Planeación - DNP & Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA (2020). Triaje Poblacional departamento de Cundinamarca 2020, p10, Recuperado de: <https://terridata.dnp.gov.co/unfpatriage.html>.
- Departamento Nacional de Estadísticas – DANE (2020). Estadísticas vitales 2016 – 2019.
- Departamento Nacional de Estadísticas – DANE (2020). Proyección población. http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/ProyeccionMunicipios2005_2020.xls
- Departamento Nacional de Planeación (2019). Base Certificada SISBEN, Chía – Cundinamarca, noviembre 2019.
- Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN (2020). Resolución número 000114 del 21 de diciembre de 2020. Recuperado en: <https://www.dian.gov.co/normatividad/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%20000114%20de%2021-12-2020.pdf>

- Fuente, D.; Moreno, S.; Rodríguez, C.; López, M. (2001). Cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. *Rev. Española de Salud Pública*.
- Fuente, D.; Ridao, M.; Peiro, S. y Marchan, C. (1997). Hospitalización convencional. Una evaluación económica. *109: 207-211*
- García, S. (2016). Clasificación de las empresas en Colombia. SENA.
- Gamboa, G. (2009). Atención domiciliaria de la persona anciana: una perspectiva bioética. Chía (Colombia). Universidad de la Sabana.
- Glez, M. (1998). Hospitalización a domicilio. España: Hoechst Marion Roussel.
- Gobernación de Cundinamarca (2015). Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud.
- Gobernación de Cundinamarca (2016). Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.
- Gobernación de Cundinamarca (2020). Plan Departamental de Desarrollo 2020 – 2024. Cundinamarca ¡Región que progresa! Recuperado en:
http://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/37b90ffc-f445-462b-8faa-8a16f4427fe8/PLAN+DE+DESARROLLO+PLIEGOS1_compressed.pdf?MOD=AJPERES&CVID=njCfayi
- Gómez, A. y Mulato, M. (2015). Propuesta metodológica para adaptar un sistema de costos ABC en la IPS de primer nivel de complejidad, Quilisalud E. S. E. sede centro, Santander de Quilichao, Cauca. Universidad del Valle.
- González, V. (1994). La reglamentación del sistema general de seguridad social en salud. Integralidad y contradicciones con la ley 100 de 1993 y sus principios. Santafé de Bogotá, FESCOL.

- González, B. & Atencio, E. (2010). Estrategias de servicio: elementos para el éxito empresarial. *Multiciencias*, 10(2), 139 – 145. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/pdf/904/90415607005.pdf>
- Licon, M. (2006). “Elementos básicos para crear el plan de imagen corporativa”. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.
- LoFaso, V. (2000) The doctor-patient relationship in the home. *Clin Geriatr Med*.
- Minardi Mitre Cotta, R., María Morales, M., Llopis González, A., Cotta Filho, J., Real, E., & Días Ricós, J. (2000). *La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas*. www.scielosp.org. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2001.v10n1/45-55/>
- Ministerio de Salud (1991). Resolución número 13431 de 1991. Colombia. Recuperado en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf
- Ministerio de Salud (1994). Resolución número 5261 de 1994. Colombia. Recuperado en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf
- Ministerio de Salud (1999). Resolución número 1595 de 1999. Colombia. Recuperado en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf
- Ministerio de Salud (2013). Resolución 5521 de 2013. Recuperado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2006). Ley 1011 de 2006. Recuperado en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2011). Ley 1438 de 2011. Recuperado en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). ABC del Plan Decenal de Salud 2012-2021.

La salud en Colombia la construyes tú. Recuperado de:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Resolución 2003 de 2014. Recuperado de:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Resolución 5592 de 2015. Recuperado en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205592%20de%202015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Resolución 6408 de 2016. Recuperado en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206408%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Resolución 429 de 2016. Recuperado en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Resolución 3202 de 2016. Recuperado en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2019). Resolución 3512 de 2019. Recuperado en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2019). Programa de reorganización, rediseño y modernización de la red de prestación de servicios de salud. Estudio de Desarrollo y

Reordenamiento Físico – Funcional de Instituciones Prestadoras de Servicios. Guías Metodológicas. Programa Médico Arquitectónico. Instructivo de uso e Instrumento Guía. Recuperado en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/guias-programa-medico-arquitectonico-red-prestadores%20servicios-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2019). Resolución 3512 de 2019. Recuperado en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud (s/f). Caracterización Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) – IPS. Recuperado en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/caracterizacion-registro-especial-prestadores-reps.pdf>

O’Cathain A. (1994). Evaluation of a hospital at home scheme for the early discharge of patients with fractures neck of femur. *J Public Health Med* 16: 205-210.

Organización Mundial de la Salud – OMS (2008). 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones. Ginebra.

Peñaloza, B., Prieto, C. & Rodríguez I. (2012). “Mercadeo en Salud”. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública, Bogotá.

Presidencia de la República (2014). Decreto 351 de 2014. Recuperado en:

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=56755

Raffy-Pian N. La hospitalización a domicilio: un lugar marginal dentro de los sistemas sanitarios. *Rev Gerontol* 1997;7:5–9.

Ross, S.; Westerfield, R.; Jaffe, J. (2010). Finanzas corporativas. Novena edición. University of Pennsylvania. Revisión técnica: México.

- Sachs, J. (2001). *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico*. Ginebra: World Health Organization (WHO).
- Sánchez M, Fuentes G. (2016). Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario. *Rev CES Salud Pública.*; 7 (2).
- Santa María, M.; García, F.; Rozo, S.; Uribe, M. (s.f.) *Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación*. Recuperado en: http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion_MauricioSantamaria_cap1_final.pdf
- Santamarta, N.; Menni, B.; Álvarez, P. y Ramos, D. (2014). Técnicas importantes en el domicilio: el maletín domiciliario, la vía subcutánea y la paracentesis evacuadora. Recuperado en: https://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=1280&id=08Pasoapaso.pdf
- Secretaría de Salud (2021). Atención Médica Domiciliaria. Recuperado en: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Atencion-Medica-Domiciliaria.aspx>
- Toquero de la Torre, F., & Zarco Rodríguez, F. (2005). *Guía de práctica clínica en atención domiciliaria*. www.cgcom.es. Recuperado de: https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf
- Vega, D. (2019). La estrategia de promoción como herramienta de marketing. Recuperado en: <https://clickbalance.com/blog/contabilidad-y-administracion/la-estrategia-de-promocion-como-herramienta-de-marketing/>
- Velandia, D.; Restrepo, J. y Rodríguez, S. (2002). Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: Conformación, funcionamiento y responsabilidades. Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas.

Zúñiga, A. (2016). La crisis financiera del sistema de salud en Colombia: un acercamiento desde las E. P. S.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en el municipio de Chía - Cundinamarca

El presente instrumento corresponde a la etapa de diagnóstico de la investigación que lleva por título **Viabilidad para la creación de una Institución Prestadora de Salud para Hospitalización Domiciliaria en el municipio de Chía – Cundinamarca.**

Su objetivo es conocer su opinión frente a la creación de una IPS para Hospitalización Domiciliaria para la atención de población adulta mayor que requiere de tratamientos médicos y/o de enfermería posterior a su dada de alta hospitalaria.

Se solicita su colaboración diligenciando esta encuesta, ya que será de gran aporte para formulación de una estrategia para atención hospitalaria en domicilio cuyo propósito es brindar desde la comodidad del domicilio, bajo el calor y apoyo de la familia, los servicios de salud requeridos y necesarios para el restablecimiento de la salud y mejora de la calidad de vida.

¿Acepta participar con su opinión en la encuesta de tipo investigativo? SI NO

Nombre Completo: _____

Marque con una X la respuesta que considere cumple con su condición y opinión respecto al tema.

1. **Género:** Masculino Femenino Otro _____

2. Edad:

De 20 a 30 años De 30 a 40 años
 De 40 a 50 años De 50 a 60 años
 Mayor de 60 años

3. De las siguientes opciones, ¿en cuál se ubica su nivel de ingresos?

Un salario mínimo Dos salarios mínimos
 Tres salarios mínimos Más de tres salarios mínimos

4. ¿En qué estrato socioeconómico está ubicado su domicilio?

Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6

5. ¿A cuál régimen del Sistema de Seguridad Social en Salud, pertenece?

Subsidiado Contributivo Medicina Prepagada

6. ¿Padece usted de alguna enfermedad?

SI NO ¿Cuál? _____

7. ¿En el último año ha debido asistir al servicio de urgencias?

SI NO

8. ¿Posterior a la consulta por urgencias debió ser hospitalizado?

SI NO

9. Si respondió sí a la pregunta anterior, ¿cuánto tiempo duró la hospitalización?

2 a 6 días 1 semana
 2 semanas 3 semanas o más

10. ¿Conoce de la existencia del servicio de Hospitalización Domiciliaria?

SI NO

11. En el caso que requiriera hospitalización para algún tratamiento y el médico dictaminara que puede hacer uso del servicio de hospitalización en casa, ¿usted estaría de acuerdo en hacer uso de esta alternativa?

SI NO

12. ¿En cuál de los siguientes rangos de precios cree usted que estaría el costo de este servicio?

Entre \$30.000 y \$50.000 Entre \$51.000 y \$70.000
 Entre \$71.000 y \$90.000 Entre \$91.000 y \$110.000
 Más de \$110.000

13. Si le ofrecieran un plan de atención hospitalaria a domicilio, ¿de qué forma le gustaría que fuera su forma de pago?

Mensualmente Al hacer uso del servicio (por evento)

14. ¿De los siguientes beneficios de la atención hospitalaria a domicilio, ¿cuál cree que es el más importantes?

Atención personalizada Costos reducidos
 Mayor comodidad para el paciente Disminución de riesgos y complicaciones
 Reducción ansiedad No existe desapego de los familiares

15. ¿De los siguientes factores cuál cree sería determinante a la hora de elegir una IPS de atención hospitalaria?

Precio Calidad en la prestación de servicios
 Atención integral Servicio oportuno y ágil

16. ¿Conoce de alguna IPS que preste el servicio de atención hospitalaria a domicilio en su municipio?

SI NO Cuál? _____

Anexo 2. Acuerdo 19 de diciembre 29 de 2010 Unidad de Pago por Capitación

ACUERDO 19 DE 2010
(diciembre 29)

Diario Oficial No. 47.939 de 31 de diciembre de 2010

COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD

<NOTA DE VIGENCIA: Acuerdo derogado por el Acuerdo 23 de 2011>

Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2011.

Resumen de Notas de Vigencia

LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD,

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las que le confiere el numeral 3 del artículo 7o de la Ley 1122 de 2007, y

CONSIDERANDO:

Que corresponde a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que se realizaron estudios técnicos para determinar la suficiencia de la UPC para la financiación del Plan Obligatorio de Salud y la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que tales estudios evidencian inconsistencias en la información que reportaron las EPS sobre frecuencias de uso y gasto médico, especialmente en lo referente a medicamentos, que afectan la confiabilidad de las cifras y, por lo tanto, no permiten tomar una decisión definitiva con base en ellos.

Que se hace necesario que dichas inconsistencias sean resueltas, por lo que se recomendará al Ministerio de la Protección Social que adelante las acciones pertinentes.

Que en consecuencia, de manera transitoria, la Comisión de Regulación en Salud (CRES), ante la imposibilidad de alcanzar una decisión con fundamento en los estudios técnicos, decide aplicar lo previsto en el numeral 3 del artículo 7o de la Ley 1122 de 2007 y fijar el incremento en el valor de la UPC con base en la inflación causada para el sector salud con corte a noviembre de 2010, certificada por el DANE, equivalente al 4.25%. Porcentaje este que se ajustará a la variación anual del índice general de precios al consumidor con corte al 31 de diciembre de 2010 certificada por el DANE, en el evento en que a 31 de marzo de 2011 no

hayan sido absueltas las inconsistencias y se puedan revisar los estudios técnicos nuevamente permitiendo fijar una UPC definitiva para ese año.

Que de conformidad con los factores de ponderación de la estructura diferencial vigentes durante el año 2010 y la población por grupo etario y zonas geográficas que se compensó durante el año 2009 se generó un gasto de la Subcuenta de Compensación del Fosyga que se estima en un 9,3948% superior a la UPC promedio vigente durante el 2010 y que alcanza un monto promedio por persona de \$50.291,22.

Que esta decisión consulta, para el Régimen Contributivo, el equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo; y, para el Régimen Subsidiado, el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Que en mérito de lo expuesto,

ACUERDA:

ARTÍCULO 1o. <Acuerdo derogado por el Acuerdo 23 de 2011> Fijar el valor promedio ponderado de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Régimen Contributivo (UPC-C) para el año 2011, en la suma anual de quinientos cinco mil seiscientos veintisiete pesos con veinte centavos moneda corriente (\$505.627,20), que corresponden a un valor diario de mil cuatrocientos cuatro pesos con cincuenta y dos centavos moneda corriente (\$1.404,52).

PARÁGRAFO. <Ver prórroga en Notas de Vigencia> Si a 31 de marzo de 2011 no se cuenta con estudios técnicos basados en información consistente y confiable que permita fijar una UPC definitiva para el año 2011, se ajustará su valor con base en la variación anual del índice general de precios al consumidor con corte a 31 de diciembre de 2010, certificada por el DANE, el cual comenzará a regir a partir del 1o de abril de 2011.

Notas de Vigencia

ARTÍCULO 2o. <Acuerdo derogado por el Acuerdo 23 de 2011> Los ponderadores del Régimen Contributivo serán los siguientes:

Grupo de edad	Estructura de costo	Valor año
menores de un año	3,0000	1.516.881,60
1-4 años	0,9633	487.070,68
5-14 años	0,3365	170.143,55
15-18 años hombres	0,3207	162.154,64
15-18 años mujeres	0,5068	256.251,86
19-44 años hombres	0,5707	288.561,44
19-44 años mujeres	1,0588	535.358,08
45-49 años	1,0473	529.543,37
50-54 años	1,3358	675.416,81
55-59 años	1,6329	825.638,65
60-64 años	2,1015	1.062.575,56
65-69 años	2,6141	1.321.760,06

70-74 años	3,1369	1.586.101,96
75 años y mayores	3,9419	1.993.131,86

A la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo (UPC-C) se le reconocerá una prima adicional del 10% en los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la región de Urabá, dando como resultado un valor promedio de Unidad de Pago por Capitación (UPC-C) anual de quinientos cincuenta y seis mil ciento ochenta y nueve pesos con veinte centavos moneda corriente (\$556.189,20) que corresponde a un valor diario de mil quinientos cuarenta y cuatro pesos con noventa y siete centavos moneda corriente (\$1.544,97). Se exceptúan de este incremento las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia, en las cuales se aplicará la Unidad de Pago por Capitación (UPC-C) del resto del país.

La estructura de costo por grupo etario de la UPC diferencial por zona geográfica especial es la siguiente:

Grupo de edad	Estructura de costo	Valor año
menores de un año	3,0000	1.668.569,76
1-4 años	0,9633	535.777,75
5-14 años	0,3365	187.157,91
15-18 años hombres	0,3207	178.370,11
15-18 años mujeres	0,5068	281.877,05
19-44 años hombres	0,5707	317.417,59
19-44 años mujeres	1,0588	588.893,89
45-49 años	1,0473	582.497,70
50-54 años	1,3358	742.958,50
55-59 años	1,6329	908.202,52
60-64 años	2,1015	1.168.833,12
65-69 años	2,6141	1.453.936,07
70-74 años	3,1369	1.744.712,16
75 años y mayores	3,9419	2.192.445,05

A la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo (UPC-C), se le reconocerá una prima adicional del 6% en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y a los municipios de Soacha, Bello, Itagüí, Envigado, Sabaneta y Soledad, conurbados con las ciudades de Bogotá, Medellín y Barranquilla, respectivamente dando como resultado un valor promedio de Unidad de Pago por Capitación (UPC) anual de quinientos treinta y cinco mil novecientos sesenta y cuatro pesos con cuarenta centavos moneda corriente (\$535.964,40),

que corresponde a un valor diario de mil cuatrocientos ochenta y ocho pesos con setenta y nueve centavos moneda corriente (\$1.488,79). La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) diferencial por zona geográfica de las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla, y a los municipios de Soacha, Bello, Itagüí, Envigado, Sabaneta y Soledad, es la siguiente:

Grupo de edad	Estructura de costo	Valor año
menores de un año	3,0000	1.607.894,50
1-4 años	0,9633	516.294,92
5-14 años	0,3365	180.352,17
15-18 años hombres	0,3207	171.883,92
15-18 años mujeres	0,5068	271.626,98
19-44 años hombres	0,5707	305.875,13
19-44 años mujeres	1,0588	567.479,56
45-49 años	1,0473	561.315,97
50-54 años	1,3358	715.941,82
55-59 años	1,6329	875.176,97
60-64 años	2,1015	1.126.330,09
65-69 años	2,6141	1.401.065,67
70-74 años	3,1369	1.681.268,08
75 años y mayores	3,9419	2.112.719,77

ARTÍCULO 3o. <Acuerdo derogado por el Acuerdo 23 de 2011> Fijar para cada EPS la provisión para garantizar el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general a todos sus afiliados cotizantes en el 0.25% del Ingreso Base de Cotización, valor que incluye lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5o del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999.

ARTÍCULO 4o. <Acuerdo derogado por el Acuerdo 23 de 2011> Las licencias de maternidad y paternidad se pagarán con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta de Compensación. Se incluirá en este valor lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5o del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999.

ARTÍCULO 5o. <Acuerdo derogado por el Acuerdo 23 de 2011> Establecer el 0.40% del Ingreso Base de Cotización para la Subcuenta de Promoción y Prevención del Fondo de Solidaridad y Garantía.

ARTÍCULO 6o. <Acuerdo derogado por el Acuerdo 23 de 2011> Fijar el valor que se reconoce a las entidades promotoras de salud para el desarrollo de actividades de Promoción y Prevención, durante el año 2011 en la suma anual de diecinueve mil ochocientos sesenta y cuatro pesos con ochenta centavos moneda corriente (\$19.864,80) para el Régimen Contributivo.

ARTÍCULO 7o. <Acuerdo derogado por el Acuerdo 23 de 2011> Fijar el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) para el año 2011, que corresponde al esquema de subsidios plenos, en la suma anual de trescientos dos mil cuarenta pesos moneda corriente (\$302.040,00) equivalente a un valor diario de ochocientos treinta y nueve pesos moneda corriente (\$839,00).

ARTÍCULO 8o. <Acuerdo derogado por el Acuerdo 23 de 2011> Fijar el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) para el año 2011, que corresponde al esquema de subsidios parciales, para las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, en el equivalente al 42% del valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) del esquema de subsidios plenos, que corresponda a estas ciudades, a partir de la definida en el artículo 5o del presente acuerdo. Para los demás municipios en el equivalente al 39,5% del valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) del esquema de subsidios plenos que aplique a estos a partir de la definida en el artículo 5o, teniendo en cuenta en cada caso, las primas diferenciales por zona geográfica definidas para el régimen subsidiado.

PARÁGRAFO. La UPC-S parcial aplica para las personas mayores de dieciocho años.

ARTÍCULO 9o. <Acuerdo derogado por el Acuerdo 23 de 2011> Reconocer para el año 2011, una prima adicional del 11,47% a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) de los Departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y de la región de Urabá. Se exceptúan de este valor las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia, en las cuales se aplicará la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) del esquema de subsidios plenos fijada en el artículo 5o del presente acuerdo.

El valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) más la prima adicional que se reconoce por dispersión geográfica, por cada afiliado a las entidades promotoras de salud del Régimen Subsidiado (EPS-S) tendrá un valor anual de trescientos treinta y seis mil seiscientos ochenta y dos pesos con ochenta centavos moneda corriente (\$336.682,80) para el año 2011 que corresponde a un valor diario de novecientos treinta y cinco pesos con veintitrés centavos moneda corriente (\$935,23).

ARTÍCULO 10. <Acuerdo derogado por el Acuerdo 23 de 2011> Fijar la prima diferencial en el 7,5% del valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) de los subsidios plenos, para las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla y los

municipios conurbados de Soacha, Bello, Itagüí, Envigado, Sabaneta y Soledad, lo que corresponde a un valor anual de la UPC-S de trescientos veinticuatro mil seiscientos noventa y cuatro pesos con ochenta centavos moneda corriente (\$324.694,80) para el año 2011 que corresponde a un valor diario de novecientos un mil pesos con noventa y tres centavos moneda corriente (\$901,93).

ARTÍCULO 11. <Acuerdo derogado por el Acuerdo 23 de 2011> Para efectos de continuar la experiencia de la prueba piloto de unificación de Planes de Beneficio, en los Distritos de Barranquilla y Cartagena, se fija el valor único por afiliado de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) en la suma de trescientos noventa y seis mil quinientos sesenta y cinco pesos con veinte centavos moneda corriente (\$396.565,20) con independencia del grupo etario del afiliado.

PARÁGRAFO. En concordancia con las evaluaciones de riesgo, en la ejecución de la prueba piloto se reconocerá adicionalmente a Barranquilla D.E.I.P. la prima diferencial del 7.5% del subsidio pleno, lo que corresponde a un valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) de cuatrocientos veintiséis mil trescientos ocho pesos con cuarenta centavos moneda corriente (\$426.308,40).

ARTÍCULO 12. <Acuerdo derogado por el Acuerdo 23 de 2011> Para la consolidación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) recomienda:

1. A las EPS, que el valor del incremento incluyendo el efecto real de los ponderadores de riesgo, se refleje en modificaciones e incrementos a los contratos con sus respectivas redes de prestadores de servicios de salud.

2. Al Ministerio de la Protección Social que adelante las acciones pertinentes respecto de las inconsistencias encontradas en la información reportada por las entidades promotoras de salud (EPS).

ARTÍCULO 13. <Acuerdo derogado por el Acuerdo 23 de 2011> El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y surte efectos a partir del 1o de enero de 2011.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 29 de diciembre de 2010.

El presidente de la Comisión de Regulación en Salud,

MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA.

El Comisionado Experto Vocero,

GUSTAVO ADOLFO BRAVO DÍAZ

