ESTUDIO PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD DIRIGIDOS A LA POBLACION DE ARBELAEZ CUNDINAMARCA Y SU ZONA DE INFLUENCIA

MARLENY OSORIO MARTINEZ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

GERENCIA EN INSTITUCIONES DE SALUD

BOGOTA

2010

ESTUDIO PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD DIRIGIDOS A LA POBLACION DE ARBELAEZ CUNDINAMARCA Y SU ZONA DE INFLUENCIA

MARLENY OSORIO MARTINEZ

Trabajo presentado como requisito para optar al título de Especialista en Gerencia de Instituciones de Salud.

ASESOR:

JESUS JAIMES OSMA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

GERENCIA EN INSTITUCIONES DE SALUD

BOGOTA

2010

DEDICATORIA

A mi familia que me brindó ánimo y apoyo para superar los obstáculos y momentos difíciles presentados, especialmente a mi esposo e hijo, ya que sin el apoyo incondicional de estas dos personas hubiera sido imposible culminar esta meta en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios que me permitió culminar otra etapa de mi vida.

A mi familia

A los docentes por compartir sus conocimientos.

CONTENIDO

Pág

1.	MARCO REFERENCIAL	8
1.1	Marco Teórico	8
1.2	Morbilidad	10
1.3	Mortalidad	19
1.4	Evolución Histórica de la Calidad En Colombia	20
2.	MARCO METODOLOGÌCO.	26
2.1	Planteamiento del problema	26
2.2	Formulación del problema	27
2.3	Objetivo general	27
2.4	Objetivos específicos	27
2.5	Justificación	28
2.6	Tipo de estudio	29
2.7	Población	29
2.8	Muestra	29
2.9	Variables	30
2.10	Fuentes de información	32
2.11	Marco Legal.	32
3.	RESULTADOS	35
3.1	Estudio de Mercados	35
3.1.1	Estudio Técnico.	35
3.1.2	Estudio Organizacional y Administrativo.	35
3.1.3	Estudio Financiero.	35
3.2.	Tabulación y análisis de la encuesta	36
3.3	Demanda	44
3.3.1	Nivel de Ingresos	44
3.3.2	Nivel de Gasto	44
3.3.3	Tasa de Crecimiento:	44
3.3.4	Precios	44
3.3.5	Población	45
3.4	Estudio Administrativo	45
3.5	Estudio Técnico	47
3.5.1	Tamaño	47
3.5.2	Localización	47
3.5.3	Capacidad instalada	47
3.5.4	Servicios	48
3.6	Estudio Económico y Financiero	49
3.6.1	Estudio Financiero	49
3.6.2	Ingreso por Ventas	49

3.7 Indicadores Financieros 51
3.7.1 Margen Bruto 51
3.7.2 Margen Neto 51
3.7.3 Margen Operacional 51
4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS 53
5. CONCLUSIONES 54
6. IMPACTO SOCIOECONOMICO 55
BIBLIOGRAFÍA 56
ANEXOS 57

LISTA DE FIGURAS

Pág

Figura 1.	Lugar de residencia.	36
Figura 2.	Nivel Socioeconómico	37
Figura 3.	Régimen de salud	37
Figura 4.	A qué EPS se encuentra vinculado	38
Figura 5.	Lugar a donde acude para obtener servicios de urgencia	38
Figura 6.	Lugar a donde acude para obtener servicios de salud (consulta)	39
Figura 7.	¿Se ha tenido que trasladar a otros municipios (Girardot, Bogotá; Fusagasugá) para obtener Exámenes de laboratorio?	39
Figura 8.	¿Cuanto le ha costado el traslado?.	40
Figura 9.	¿Con que frecuencia utiliza el servicio de exámenes de laboratorio?	40
Figura 10.	¿Se ha tenido que desplazar a otro municipio para obtener atención de salud?	41
Figura 11.	¿Cual servicio utiliza con mayor frecuencia?	41
Figura 12.	¿Le gustaría contar con un Centro médico con servicios especializados en Arbelaéz Cund.?	42
Figura 13.	¿Que tan interesado estaría de asistir a un centro médico en Arbeláez Cund.?	42
Figura 14.	¿Le gustaría recibir atención en su casa?	43
Figura 15.	¿Cancelaría particularmente por un servicio prestado de inmediato?	43
Figura 16.	¿Cancelaría el valor de una atención que no sea urgencia?	44
Figura 17.	Organigrama.	46

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 MARCO TEÓRICO

Los primitivos habitantes de esta región fueron los Sutagaos. El sitio inicialmente se denomina Hato de Fusagasugá. En 1870 se establecieron numerosos pobladores procedentes de Guasca, entre ellos Vicente Rodríguez, quien cedió área para fundar pueblo e hizo la primera casa, por lo cual se le considera principal fundador. El Municipio se creó por Decreto No.32 de 16 de enero de 1886 del Gobernador del Distrito Federal General Jaime Córdoba con el nombre de Arbeláez.

Por Decreto No. 53 de la misma fecha. Se hizo la división territorial de Cundinamarca y Arbeláez quedó como Distrito Integrado del Departamento de Bogotá. Por Decreto 130 de 3 de marzo de 1886 se dispuso su funcionamiento a partir del 1 de abril siguiente y se dieron sus límites. Su primer Alcalde fue Ramón Rodríguez con suplencia de Gregorio Wilches nombrados por Decreto No. 124 de 2 de marzo de 1886.

Las coordenas geográficas del municipio respecto al meridiano de Greenwich son: Latitud: 4º 17' y longitud 74º 26', pertenece al Departamento de Cundinamarca, se ubica al Sudoeste de Bogotá, Región del Sumapáz. Limita al Norte con Fusagasugá del que se encuentra separado por los ríos Guavio y Cuja y con el municipio de Pasca y el Distrito Capital, al Oriente con Pasca y el Distrito Capital, por el Sur con los municipios de San Bernardo y Pandi y el Departamento del Tolima y al Occidente con Pandi del que se encuentra separado por el río Negro y Sumapáz.

Arbeláez es reconocida como la CIUDAD TRANQUILA Y ACOGEDORA DE COLOMBIA, gracias a la calidez de su gente y el ambiente pacífico de los mismos, esta a una distancia de 82 kilómetros de la capital del país, la mayor influencia, económica, social, política y cultural la recibe del municipio de Fusagasugá el cual es cabecera provincial y esta distanciado por 11 kilómetros de su zona urbana.

El municipio esta dividido por un casco urbano, en el cual habitan aproximadamente 3700 personas y diez veredas (Santa Bárbara, El Salitre, Hato Viejo, San Miguel, San Luis, Santa Rosa, San Patricio, San Antonio, San José y San Roque) en las cuales viven alrededor de 20734 personas.

En cuanto al sector agropecuario se puede afirmar que es el principal generador de los ingresos de los arbelaenses, habida cuenta que toda la dinámica social del

municipio se desarrolla en el sector rural, basta observar como la mayoría de las viviendas y familias están ubicadas en esta zona[1].

En lo que tiene que ver con el área de la salud, la Constitución Nacional en su Artículo 44 y 48, establece como derecho fundamental la Salud y Seguridad Social, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de Eficiencia, Universalidad y Solidaridad, Garantizando a todos los habitantes el derecho irrenunciable a ella.

La salud tiene relación intima e integral con el desarrollo, con la razón de ser del municipio colombiano, es elemento fundamental en la elevación de los estándares de vida y productividad. Hoy la acción del municipio en la salud es más que la mera prestación de servicios médicos y asistenciales, pues una población sana, más que aquella sin enfermar, es la que goza de condiciones de vida favorables para su desarrollo personal y social.[2]

Es por ello, que cuando se habla de salud se hace alusión a todos los componentes, factores y condiciones en las cuales vive y se desarrolla la comunidad de un municipio. La salud en el ámbito local es un tema que además de relacionarse con la buena calidad de los servicios de salud, está ligado a la de la educación, vivienda, medio ambiente, el empleo, la seguridad, la recreación y el bienestar etc. Implica la injerencia de todos los sectores involucrados en la vida local.

Sistema de seguridad social de salud en Arbeláez - Componentes Institucionales: El Sistema de Seguridad Social en Salud cuenta con varios actores, con diferentes roles. Un coordinador del Plan de Atención Básica PAB, las Entidades Prestadoras de Salud Subsidiada “EPS´S”, en Arbeláez se cuenta con tres (Colsubsidio, Convida y Ecoopsos) y una Empresa Social del Estado Hospital San Antonio, dedicada a la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención, la cual cuenta con una buena infraestructura física.

En la ESE Hospital San Antonio se atienden actividades de primer nivel como: Urgencias, cirugía de primer nivel, primeros auxilios, parto de bajo riesgo, consulta medica, odontología y otras atenciones de segundo nivel como: electrocardiogramas, terapia física y respiratoria y algunas cirugías, se prestan los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad incluidas en el POS.

Aseguramiento: El Sistema de Seguridad Social está compuesto por el régimen contributivo, en el cual los individuos empleados y con recursos aportan un

---

[1] Según datos suministrados por Planeación Municipal la mayoría de la población en Arbeláez esta ubicada en la zona rural en un porcentaje aproximado del 85.2 %.

[2] MINISTERIO DE SALUD. El componente de salud en el programa de gobierno. 1998 pg. 24

porcentaje de sus ingresos y a cambio reciben una afiliación para ellos y sus familias; por el régimen subsidiado en el que las personas sin recursos reciben una afiliación gracias a los aportes de la Nación, del Departamento, de los Municipios y de una contribución de los afiliados del contributivo.

Población afiliada al régimen contributivo, subsidiado y Vinculados.

Régimen	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa
Contributivo	ND	
Subsidiado	6460	52.1%
Vinculados	6338	41%
Sisbenizados	12.798	100%

Fuente: Sisben

Régimen subsidiado: La población con derecho a afiliación subsidiada son las personas de bajos recursos. En cada Municipio a estos se les aplica una herramienta de identificación (el SISBEN) y si califican, se afilian a una EPS´S. El Municipio entrega a las EPS´S los recursos para la afiliación de estas personas. Las EPS´S se responsabilizan por la entrega de los servicios incluidos en el plan de atenciones, para lo cual contratan con prestadores de servicios de salud.

1.2 MORBILIDAD

Los datos de morbilidad presentados corresponde a los suministrados en el Perfil Epidemiológico entregado en la Alcaldía Municipal, teniendo como fuente la E.S.E Hospital San Antonio de Arbeláez, para lo cual presenta la Morbilidad por Consulta Externa y Urgencias por grupos etáreos, ya que es la parte que nos interesa en este estudio. Las cuales se ven reflejadas en las principales causas de morbi-mortalidad

- Hipertensión arterial
- Gastritis no especificada
- Rino faringitis aguda (niños)
- Infección de vías urinarias
- Enfermedad parasitaria
- Bronquitis aguda
- Diarrea y gastroenteritis (niños)
- Amigdalitis aguda
- Diabetes mellitas
- Dermatitis
- Enfermedades respiratorias (niños).

TABLA No.1

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA 2008

Grupo Etáreo: De 0 a 1

POBLACION: 90

PERIODO: 01-01-2008 Y 01-12-2008

	CIE 10	Descripción Diagnostico Ingreso	Total	%	Tasa por cien
1	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	58	9%	64,4
2	Q659	DEFORMIDAD CONGENITA DE LA CADERA. NO ESPECIFICADA	54	9%	60,0
3	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	30	5%	33,3
4	J039	AMIGDALITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	12	2%	13,3
5	J180	BRONCONEUMONIA. NO ESPECIFICADA	10	2%	11,1
6	J029	FARINGITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	9	1%	10,0
7	J219	BRONQUIOLITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	8	1%	8,9
8	L309	DERMATITIS. NO ESPECIFICADA	7	1%	7,8
9	R509	FIEBRE. NO ESPECIFICADA	6	1%	6,7
10	H669	OTITIS MEDIA. NO ESPECIFICADA	5	1%	5,6
RESTO DE CAUSAS			415	68%	461,1
TOTAL			614	100%	682,2

Fuente. Perfil Epidemiológico 2009

TABLA No.2

MORBILIDAD URGENCIAS 2008

Grupo Etéreo: De 0 a 1

POBLACION: 90

PERIODO: 01-01-2008 Y 01-12-2008

	CIE 10	Descripción Diagnostico Ingreso	Total	%	Tasa por cien
1	J180	BRONCONEUMONIA. NO ESPECIFICADA	6	12%	6,7
2	R501	FIEBRE PERSISTENTE	5	10%	5,6
3	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	4	8%	4,4
4	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	4	8%	4,4
5	R11X	NAUSEA Y VOMITO	4	8%	4,4
6	J219	BRONQUIOLITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	4	8%	4,4
7	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	4	8%	4,4
8	J209	BRONQUITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	4	8%	4,4
9	R509	FIEBRE. NO ESPECIFICADA	2	4%	2,2
10	R568	OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	2	4%	2,2
RESTO DE CAUSAS			12	24%	13,3
TOTAL			51	100%	56,7

Fuente. Perfil Epidemiológico 2009

En el servicio de Consulta Externa, el mayor impacto se encuentro relacionado con la Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común),deformidad congénita de cadera, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, seguido de la infecciones de vías respiratorias altas y bajas, descendiendo con la dermatitis, fiebre no especificada, y otitis media. Presentándose una tasa por cien de 682,2

En el servicio de Urgencias la morbilidad se presento con las bronconeumonía en primer lugar, seguido de las fiebre, diarrea y gastroenteritis con presunto origen infecciosos, la infecciones de vías urinarias, la infecciones de vías respiratorias altas y bajas, y un diagnostico de impacto convulsiones .presentando una tasa por cien de 56,7.

La morbilidad que se presenta en este grupo, indica la importancia de reforzar los programas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad especificas para este grupo con el apoyo de un trabajo interdisciplinario, con los formatos AIEPI, ya que el impacto de las enfermedades diarreicas y las infecciones de vías respiratorias se presenta en los tres servicios de atención, de igual manera apoyo en la deformidad congénita de cadera, Infección de Vías urinarias y las convulsiones en este grupo etáreo, que representan un alto grado de alarma, el apoyo y la educación en el curso de preparación para la maternidad.

TABLA No.3

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA 2008
Grupo Etáreo: De 1 a 4
POBLACION: 622
PERIODO: 01-01-2008 Y 01-12-2008

	CIE 10	Descripción Diagnostico Ingreso	Total	%	Tasa por cien
1	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	257	12%	41,3
2	B829	PARASITOSIS INTESTINAL. SIN OTRA ESPECIFICACION	103	5%	16,6
3	J039	AMIGDALITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	61	3%	9,8
4	Q659	DEFORMIDAD CONGENITA DE LA CADERA. NO ESPECIFICADA	55	3%	8,8
5	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	54	3%	8,7
6	M214	PIE PLANO [PES PLANUS] (ADQUIRIDO)	50	2%	8,0
7	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	42	2%	6,8
8	J029	FARINGITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	30	1%	4,8
9	H669	OTITIS MEDIA. NO ESPECIFICADA	24	1%	3,9
10	B89X	ENFERMEDAD PARASITARIA. NO ESPECIFICADA	21	1%	3,4
RESTO DE CAUSAS			1399	67%	224,9
TOTAL			2096	100%	337,0

Fuente. Perfil Epidemiológico 2009

TABLA No.4

MORBILIDAD URGENCIAS 2008

Grupo Etáreo: De 1 a 4

POBLACION: 622

PERIODO: 01-01-2008 Y 01-12-2008

	CIE 10	Descripción Diagnostico Ingreso	Total	%	Tasa por cien
1	J180	BRONCONEUMONIA. NO ESPECIFICADA	12	7%	1,9
2	R509	FIEBRE. NO ESPECIFICADA	10	6%	1,6
3	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	9	5%	1,4
4	R11X	NAUSEA Y VOMITO	9	5%	1,4
5	S018	HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA	8	5%	1,3
6	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	7	4%	1,1
7	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	6	4%	1,0
8	J219	BRONQUIOLITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	6	4%	1,0
9	E86X	DEPLECION DEL VOLUMEN	5	3%	0,8
10	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	5	3%	0,8
RESTO DE CAUSAS			93	55%	15,0
TOTAL			170	100%	27,3

Fuente. Perfil Epidemiológico 2009

En este grupo etáreo se observa que las Enfermedades de las Vías Respiratorias ocupan un lugar importante al igual las Enfermedades Digestivas, presentándose en los tres servicio s de atención, la deformidad congénita de cadera se presenta con una tasa alta de morbilidad en el grupo de edad, de igual forma el diagnostico de urgencias las heridas en la cabeza.

Diagnósticos para fortalecer la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los padres y madres del municipio, fortaleciendo el tema de cuidados del lactante, y prevención de accidentes en el hogar, fichas de AIEPI, asistencia al control de crecimiento y desarrollo.

TABLA No.5

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA 2008

Grupo Etáreo: De 5 a 14

POBLACION: 2176

PERIODO: 01-01-2008 Y 01-12-2008

	CIE 10	Descripción Diagnostico Ingreso	Total	%	Tasa por mil
1	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	272	9%	125
2	B829	PARASITOSIS INTESTINAL. SIN OTRA ESPECIFICACION	179	6%	82,3
3	J039	AMIGDALITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	77	2%	35,4

4	Q659	DEFORMIDAD CONGENITA DE LA CADERA. NO ESPECIFICADA	76	2%	34,9
5	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	60	2%	27,6
6	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	56	2%	25,7
7	B89X	ENFERMEDAD PARASITARIA. NO ESPECIFICADA	50	2%	23,0
8	J029	FARINGITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	38	1%	17,5
9	R51X	CEFALEA	38	1%	17,5
10	R509	FIEBRE. NO ESPECIFICADA	30	1%	13,8
RESTO DE CAUSAS			2207	72%	1014,2
TOTAL			3083	100%	1416,8

Fuente. Perfil Epidemiológico 2009

TABLA No.6

MORBILIDAD URGENCIAS 2008
Grupo Etáreo: De 5 a 14
POBLACION: 2176
PERIODO: 01-01-2008 Y 01-12-2008

	CIE 10	**Descripción Diagnostico Ingreso**	**Total**	**%**	**Tasa por mil**
1	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	31	9%	14,2
2	J459	ASMA. NO ESPECIFICADA	19	6%	8,7
3	S099	TRAUMATISMO DE LA CABEZA. NO ESPECIFICADO	17	5%	7,8
4	R509	FIEBRE. NO ESPECIFICADA	15	4%	6,9
5	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	10	3%	4,6
6	J180	BRONCONEUMONIA. NO ESPECIFICADA	9	3%	4,1
7	S529	FRACTURA DEL ANTEBRAZO. PARTE NO ESPECIFICADA	9	3%	4,1
8	T149	TRAUMATISMO. NO ESPECIFICADO	9	3%	4,1
9	E86X	DEPLECION DEL VOLUMEN	8	2%	3,7
10	G409	EPILEPSIA. TIPO NO ESPECIFICADO	7	2%	3,2
RESTO DE CAUSAS			202	60%	92,8
TOTAL			336	100%	154,4

Fuente. Perfil Epidemiológico 2009

Siguen siendo las más frecuentes causas de consulta Y hospitalización las Enfermedades Respiratorias de vías altas y bajas, seguido de las enfermedades Gastrointestinales, Infecciones de Vías Urinarias, los Traumatismos y Fracturas son nuevos eventos que se empiezan a presentar en este grupo etáreo.

Las infecciones respiratorias en este grupo, las parasitosis siguen ocupando los primeros lugares, los niños y niñas exploran una nueva etapa el colegio, recibiendo alimentos y siendo autónomos en sus cuidados higiénicos, aquí

aparecen aunque no en los primeros lugares pero si con un gran impacto los traumatismos de la cabeza, celulitis, infecciones de vías urinarias y fracturas de antebrazo.

Es que desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad se debe apoyara el programa de escuelas saludables en los temas de auto cuidado e higiene, ofrecer agua potable en las escuelas urbanas y rurales del municipio, y educación a padres de familia y docentes.

TABLA No.7

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA 2008
Grupo Etáreo: De 15 a 44
POBLACION: 4899
PERIODO: 01-01-2008 Y 01-12-2008

	CIE 10	**Descripción Diagnostico Ingreso**	**Total**	**%**	**Tasa por mil**
1	N760	VAGINITIS AGUDA	277	3%	56,5
2	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	253	3%	51,6
3	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	199	2%	40,6
4	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	181	2%	36,9
5	K297	GASTRITIS. NO ESPECIFICADA	152	2%	31,0
6	R51X	CEFALEA	143	2%	29,2
7	G409	EPILEPSIA. TIPO NO ESPECIFICADO	108	1%	22,0
8	N912	AMENORREA. SIN OTRA ESPECIFICACION	98	1%	20,0
9	J039	AMIGDALITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	97	1%	19,8
10	N939	HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL. NO ESPECIFICADA	93	1%	19,0
RESTO DE CAUSAS			7292	82%	1488,5
TOTAL			8893	100%	1815,3

Fuente. Perfil Epidemiológico 2009

TABLA No.8

MORBILIDAD URGENCIAS 2008
Grupo Etáreo: De 15 a 44
POBLACION: 4899
PERIODO: 01-01-2008 Y 01-12-2008

	CIE 10	**Descripción Diagnostico Ingreso**	**Total**	**%**	**Tasa por mil**
1	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	79	9%	16,1
2	T149	TRAUMATISMO. NO ESPECIFICADO	36	4%	7,3
3	O200	AMENAZA DE ABORTO	34	4%	6,9

4	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	22	2%	4,5
5	J459	ASMA. NO ESPECIFICADA	21	2%	4,3
6	S099	TRAUMATISMO DE LA CABEZA. NO ESPECIFICADO	20	2%	4,1
7	S018	HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA	18	2%	3,7
8	P018	FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OTRAS COMPLICACIONES MATERNAS DEL EMBARAZO	15	2%	3,1
9	T009	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES. NO ESPECIFICADOS	15	2%	3,1
10	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	14	2%	2,9
RESTO DE CAUSAS			607	69%	123,9
TOTAL			881	100%	179,8

Fuente. Perfil Epidemiológico 2009

En este grupo de edad se encontró que el primer lugar del motivo de consulta las patologías están relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva, por tanto esta etapa productiva y este grupo comprende la edad fértil de la mujer. Aquí el riesgo de enfermar de un individuo está determinado por su micro ambiente, además el individuo se encuentra en proceso de formación de una familia, donde se observa las alteraciones del sistema reproductivo. En donde se observo que la mujer es la persona que mas asiste al servicio de salud en donde sus diagnósticos están fuertemente ligados con las la Enfermedades del Embarazo en el primer, segundo y tercer trimestre.

TABLA No.9

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA 2008
Grupo Etáreo: De 45 a 59
POBLACION: 1760
PERIODO: 01-01-2008 Y 01-12-2008

	CIE 10	**Descripción Diagnostico Ingreso**	**Total**	**%**	**Tasa por mil**
1	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	595	14%	338,1
2	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	161	4%	91,5
3	K297	GASTRITIS. NO ESPECIFICADA	156	4%	88,6
4	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	107	2%	60,8
5	H110	PTERIGION	82	2%	46,6
6	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	73	2%	41,5
7	R51X	CEFALEA	71	2%	40,3
8	N760	VAGINITIS AGUDA	69	2%	39,2
9	E149	DIABETES MELLITUS. NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	63	1%	35,8
10	N939	HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL. NO ESPECIFICADA	58	1%	33,0
RESTO DE CAUSAS			2952	67%	1677,3
TOTAL			4387	100%	2492,6

Fuente. Perfil Epidemiológico 2009

TABLA No.10

MORBILIDAD URGENCIAS 2008

Grupo Etáreo: De 45 a 59

POBLACION: 1760

PERIODO: 01-01-2008 Y 01-12-2008

	CIE 10	Descripción Diagnostico Ingreso	Total	%	Tasa por mil
1	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	26	10%	14,8
2	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	24	9%	13,6
3	T149	TRAUMATISMO. NO ESPECIFICADO	12	5%	6,8
4	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	9	4%	5,1
5	S018	HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA	9	4%	5,1
6	J459	ASMA. NO ESPECIFICADA	8	3%	4,5
7	R072	DOLOR PRECORDIAL	8	3%	4,5
8	R074	DOLOR EN EL PECHO. NO ESPECIFICADO	8	3%	4,5
9	E86X	DEPLECION DEL VOLUMEN	7	3%	4,0
10	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	5	2%	2,8
RESTO DE CAUSAS			140	55%	79,5
TOTAL			256	100%	145,5

Fuente. Perfil Epidemiológico 2009

En el servicio de consultas externa presenta en primer lugar las enfermedades crónicas; hipertensión arterial, gastritis, diabetes, venas varicosas seguido las vaginitis.

En el servicio de urgencias los dolores abdominales la hipertensión arterial, traumatismos, infecciones de vías urinarias, dolor precordial y en el pecho, la diarrea y gastroenteritis.

Las enfermedades crónicas, la de mayor incidencia es la hipertensión arterial, disminuyen las relacionadas con la salud sexual y reproductiva y las infecciosas respiratorias.

En este grupo la morbilidad es muy diversa, pero con un alto grado de impacto las enfermedades crónicas como lo es hipertensión arterial y la diabetes por lo cual hay que apoyar los programas de enfermedades crónicas en el área hospitalaria y extramural.

TABLA No.11

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA 2008

Grupo Etáreo: Mas de 60

POBLACION: 1646

PERIODO: 01-01-2008 Y 01-12-2008

	CIE 10	Descripción Diagnostico Ingreso	Total	%	Tasa por mil
1	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	3045	42%	184,9
2	J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA. NO ESPECIFICADA	272	4%	165,2
3	E149	DIABETES MELLITUS. NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	158	2%	96,0
4	M190	ARTROSIS PRIMARIA DE OTRAS ARTICULACIONES	140	2%	85,1
5	K297	GASTRITIS. NO ESPECIFICADA	138	2%	83,8
6	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	138	2%	83,8
7	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	125	2%	75,9
8	M199	ARTROSIS. NO ESPECIFICADA	85	1%	51,6
9	H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	77	1%	46,8
10	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	62	1%	37,7
RESTO DE CAUSAS			3031	42%	1841,4
TOTAL			7271	100%	4417,4

Fuente. Perfil Epidemiológico 2009

TABLA No.12

MORBILIDAD URGENCIAS 2008

Grupo Etáreo: Mas de 60

POBLACION: 1646

PERIODO: 01-01-2008 Y 01-12-2008

	CIE 10	Descripción Diagnostico Ingreso	Total	%	Tasa por mil
1	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	62	9%	37,7
2	J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA. NO ESPECIFICADA	39	6%	23,7
3	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	36	5%	21,9
4	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	34	5%	20,7
5	J180	BRONCONEUMONIA. NO ESPECIFICADA	28	4%	17,0
6	E86X	DEPLECION DEL VOLUMEN	26	4%	15,8
7	I500	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	22	3%	13,4
8	I64X	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO. NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	19	3%	11,5
9	J189	NEUMONIA. NO ESPECIFICADA	18	3%	10,9
10	R55X	SINCOPE Y COLAPSO	15	2%	9,1
RESTO DE CAUSAS			394	57%	239,4
TOTAL			693	100%	421,0

Fuente. Perfil Epidemiológico 2009

En el grupo etáreo mayores de 60 años se observa que las Enfermedades Crónicas como lo son: Hipertensión Arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Diabetes Mellitus, las Enfermedades Isquémicas del Corazón, siguen ocupando los primeros lugares de morbilidad en el municipio, que son las de mayor frecuencia, estas derivadas del estilo de vida propia de la población, en donde el manejo debe ser no de agregar años a la vida sino de facilitar calidad de vida.

1.3 MORTALIDAD

En el municipio de Arbeláez se presento para el año 2008 una tasa de mortalidad de 3.57 por mil habitantes siendo las principales causas: infarto agudo de miocardio, Cáncer broncogenico, de próstata, colon, cérvix, carcinomatosas generalizada, Paro respiratorio, Shock séptico, Insuficiencia cardiaca, síndrome anémico, Anemia crónica, Tumor de pulmón, Bronco aspiración, Desnutrición crónica.

TABLA No.13

MORTALIDAD GENERAL
POBLACION TOTAL
11193

NO.	CAUSA DIRECTA DE MUERTE	Nº	%	TASA POR 1000
1	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	10	25%	0,89
2	CANCER BRONCOGENICO, DE PROSTATA, COLON, CERVIX, CARCINOMATOSIS GENERALIZADA	6	15%	0,54
3	PARO RESPIRATORIO	3	8%	0,27
4	SHOCK SEPTICO	3	8%	0,27
5	INSUFICIENCIA CARDIACA	2	5%	0,18
6	SINDROME ANEMICO	2	5%	0,18
7	ANEMIA CRONICA	1	3%	0,09
8	TUMOR DE PULMON	1	3%	0,09
9	BRONCOASPIRACION	1	3%	0,09
10	*DESNUTRICION CRONICA*	1	3%	0,09
	OTRAS CAUSAS	10	25%	0,89
	TOTAL	40	100%	3,57

Fuente Comité de Estadísticas vitales 2009

Al realizar el análisis de la mortalidad del municipio no se presento ninguna muerte fetal, el 98% la manera de la muerte fue natural.

TABLA 14.

MUERTE FETAL		**%**
SI	0	0%
NO	40	100%
TOTAL	40	100%

Fuente Comité de Estadísticas vitales 2009

En cuanto a lugar de residencia el 70% del municipio de Arbeláez 13% San Bernardo, 8% Pandi, 5% Venecia, 3% aposento y Bogotá. En el SGSSS el 75% se encontraba en régimen subsidiado, 20% contributivo, 3% vinculado y 3% sin afiliación.

TABLA No.15

LUGAR DE RESIDENCIA	**NO.**	**%**
ARBELAEZ	28	70%
SAN BERNARDO	5	13%
PANDI	3	8%
VENCECIA	2	5%
APOSENTO	1	3%
BOGOTA	1	3%
TOTAL	**40**	**1**

Fuente Comité de Estadísticas vitales 2009

TABLA No.16

SGSSS		**%**
VINCULADO	1	3%
CONTRIBUTIVO	8	20%
SUBSIDIADO	30	75%
SIN AFILIACION	1	3%
TOTAL	**40**	**100%**

Fuente Comité de Estadísticas vitales 2009

1.4 Evolución Histórica de los Programas de Calidad En Colombia. FRANCISCO RAÚL RESTREPO

El tema de la calidad de los servicios de salud ha ganado vigencia, e incluso, ha venido a ser uno de los temas más comunes generado a raíz de la ley 100, y se ha convertido en tema ordinario de conversación entre los profesionales y

responsables de la prestación de los servicios de salud, se han creado especializaciones en el área, se programan eventos etc. La tendencia normal que uno observa en la gente cuando se toca el tema de la calidad en el país, es plantear que en Colombia poca experiencia se tiene en el tema de la calidad de los servicios de salud, y que más bien se está empezando.

El trabajo en calidad en realidad se ha venido abordando en el país desde ya hace bastantes años, y como en todos los proceso históricos se ha tratado de un movimiento colectivo con avances y retrocesos.

PRIMEROS ANTECEDENTES EN EL PAÍS

Con el Modelo de Evaluación para el Sistema nacional de Salud (MOESS[3]) y el PRIDES apareció en el país las primeras metodologías para abordar la evaluación de los sistemas de salud con un enfoque sistemático y fundamentalmente basados en la cuantificación de aspectos específicos del cuidado, en algunos casos, incluso comparándolos contra estándares, en el primero, se entendía calidad como "el cumplimiento de unos criterios y características, que de antemano se formulan, y deben tener los servicios que se prestan, en términos de oportunidad, accesibilidad, continuidad y precisión.

Consecuente con la etapa de desarrollo del país, era la época de desarrollo y establecimiento de nuestro Sistema Nacional de Salud, tanto en el MOESS como en el PRIDES, el enfoque aún tenía un importante componente estructuralista, y el componente de calidad aun no se definía con precisión suficiente para ser evaluado en términos que identificaran claramente áreas susceptibles de desatar eficientemente procesos de mejora, no obstante constituyó un avance sustancial para la época.

EL DESARROLLO DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN EL SEGURO SOCIAL

Simultáneamente, en el interior del Seguro Social se iniciaba otra experiencia que a la postre tendría continuidad en el tiempo, de la cual diremos que sus inicios fueron tempranos, pues en el mundo los trabajos en el área de calidad de servicios de salud apenas estaban empezando a trascender los centros iniciales en los cuales se habían desarrollado y estaban naciendo algunas de las nuevas experiencias que ahora conocemos como punto de referencia, y en América Latina, apenas si se hablaba del tema.

Hacia comienzos de los 90s se diseñan estudios en relación con Trazadores, Continuidad de Tratamientos Odontológicos, Revisión de la Atención Odontológica

[3] Porras, J.A, Gómez, C.A., Modelo de Evaluación para el Sistema Nacional de Salud; Marco de Referencia Teórico y Metodológico, Ministerio de Salud, Santafé de Bogotá, 1978

en Boca del Paciente y se realiza un primer Estudio Acerca de Colas y Esperas Prolongadas en Centros de Atención Básica de la ciudad de Medellín[4], en el cual se combinaban elementos de investigación de la satisfacción de los usuarios con análisis de la eficiencia de los sistemas de asignación de citas desde el punto de vista de la teoría estadística de colas, y el cual estudio, evidenció otro importante foco de problemas y/o oportunidades de mejora en el sistema de prestación de servicios.

En los aspectos de la capacitación y de búsqueda del conocimiento existente, desde 1983 se inició la realización anual de Talleres Nacionales, de los cuales se han realizado 11 hasta la fecha de escribir esta relación y se creó una publicación que se denominó "Temas de Calidad" en la cual se reprodujeron algunos textos de la literatura internacional y también de algunos nacionales en el área.

Hacia el final de esta segunda etapa se publica la segunda edición del documento básico "Garantía de Calidad de los Servicios de Salud en el ISS"[5] en el cual se observa una mayor madurez de los conceptos con relación a la primera edición, se definen como cualidades de la atención la oportunidad, continuidad, suficiencia e integridad, racionalidad lógico-científica y satisfacción del consumidor y proveedor; establece una diferenciación de la Función de la Evaluación de la Calidad y la de Garantía de Calidad, lo cual a la postre favorecerá el enfoque descriptivo y contemplativo que de cierta manera caracteriza esta etapa. Igualmente identifica las metodologías básicas a través de las cuales espera desarrollar la calidad en el ISS.

Quizá la debilidad más importante en esta etapa fue el hecho de haberse mantenido el programa de calidad ligado preponderantemente a las instancias administrativas, de hecho, las evaluaciones eran realizadas por los funcionarios de las oficinas de evaluación de calidad, con algún poco apoyo de personal de trabajo social de los centros de atención para los estudios de satisfacción de usuarios, lo cual incidió directamente en la percepción por parte de los profesionales responsables de la prestación del servicio del sistema como algo fundamentalmente administrativo y no necesariamente de utilidad para sus intereses asistenciales.

Esta etapa representó un importante avance en el conocimiento de las técnicas básicas que se manejaban en ese momento en el mundo, y su adaptación a las condiciones específicas de nuestro país, incluyendo métodos tan novedosos para el medio sanitario de la época como los trazadores y los equipos de mejora entre otros, sentando bases sólidas para potenciales desarrollos posteriores, sin embargo la disociación conceptual de los aspectos relativos a la "evaluación" y la "garantía" de la calidad llevaron a las Oficinas de Evaluación Nacional y

[4] Restrepo P., F.R., Ramírez O., A., Velazquez, E., Acerca de Colas y Esperas prolongadas, Seguro Social, Medellín, 1990
[5] Oficina Nacional de Evaluación de Calidad, Garantía de Calidad de los Servicios de Salud en el ISS, Seguro Social, Bogotá, 1989

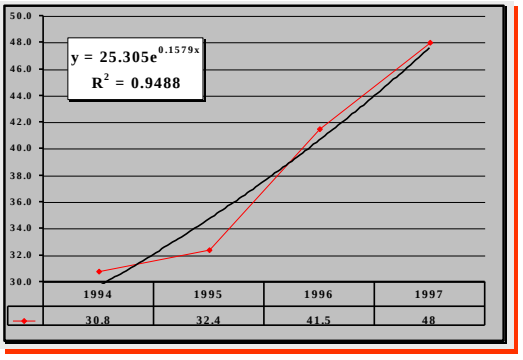
Seccional a asumir un papel fundamentalmente evaluador y asesor, lo cual puede explicar en buena proporción el relativamente bajo impacto en el mejoramiento de los servicios.

El gobierno nacional expide el decreto 2148/93 y en el Congreso de la República se aprueba la Ley 100/93, y el Seguro Social se divide en una Empresa Promotora de Salud (EPS) aseguradora, y una IPS, prestadora de servicios de salud, consecuencialmente, la Oficina "asesora", pasa a convertirse en Gerencia Nacional dependiente de la Vicepresidencia de EPS con funciones mas activas e intervencionistas. En las seccionales tipo "A" las oficinas pasan a convertirse en Departamentos y se crean en las restantes los Grupos Funcionales de Calidad, dependientes en todos ellos desde el punto de vista administrativo de las gerencias seccionales y del técnico de la Gerencia nacional de Calidad de Servicios de Salud, el grupo de profesionales dedicados directamente a labores de calidad crece en el país de unos 15 funcionarios a mas de 200.

En el año 1991 se inicia la experiencia de acreditación en el interior del Seguro Social, para ese año, en las Seccionales Antioquia y Cundinamarca se diseñan y aplican instrumentos evaluativos y en el Nivel Nacional primer manual de acreditación de laboratorios clínicos, en 1993 el Hospitalario y Hemodiálisis en el 94. Quizás el aporte más importante de estas primeras acciones de acreditación, fue el hecho de servir como cabeza de puente para la introducción de la cultura de la evaluación en las instituciones prestadoras de Servicios que componían la red de servicios del Seguro Social en ese momento, teniendo que vencer importantes resistencias en estas, lo cual sobrepasó con creces las dificultades que presentaban los instrumentos utilizados, los cuales eran fundamentalmente estructuralistas y con importantes deficiencias metodológicas en su construcción, las cuales se superaron parcialmente en las posteriores versiones de los Manuales de Acreditación de Salud Mental y de Hospitales, e incluso se llegó a implementar un Manual para Médicos Adscritos[6] que proponía un enfoque por funciones, incorporando algunas reglas de agregación y de calificación, con el propósito de mejorar su énfasis hacia los resultados, su capacidad de discriminar riesgos para la calidad e incrementar su reproductibilidad. A partir de la circular 096 de la vicepresidencia de EPS, el resultado de la acreditación fue convertido en criterio para contratar o no los servicios de las instituciones a contrato del Seguro Social, lo cual le dio un importante desarrollo a esta metodología, pero también pudo ser el factor de mayor importancia en la crisis que sobrevino al sistema de calidad en los años siguientes, puesto que se difuminó su carácter de herramienta de mejoramiento, y empezó a ser percibido por los contratistas como una barrera para su acceso al contrato, involucrando al sistema de acreditación en el juego de las presiones de todo tipo típicas de esta situación.

[6] Restrepo P., F.F., Manual de Acreditación de Médicos Adscritos Oferentes de Servicios Médicos Ambulatorios", Seguro Social, Santafé de Bogotá, 1996

En 1992 se expidió el Acuerdo 554 que reglamentó los Comités Ad Hoc y en 1993 y siguientes se desarrollan estudios que se denominaron "monitorías": en las áreas de Clínicas Médicas, Quirúrgicas, Obstétricas, Urgencias, Anestesia e Incapacidades, las cuales deberían desarrollarse a intervalos regulares (generalmente trimestrales), lo cual ayudó a llevar la idea de la evaluación de la calidad hasta los clínicos, sin embargo, igual que en el caso de los instrumentos de acreditación con bajo valor predictivo e impacto debido a problemas metodológicos en su elaboración: p.e. el instrumento de anestesia contenía 176 ítems que debían ser registrados por el anestesiólogo en cada anestesia que administraba, lo cual generaba extensas listas de verificación, cuyo procesamiento era difícil y no permitía concentrarse en los aspectos claves del cuidado, la otra debilidad consistía en su enfoque evaluativo centrado en la organización administrativa por departamentos, lo que dejaba importantes vacíos en la cadena de prestación de servicios, que incidían en los resultados pero que no eran registrados por el instrumento, y su tercera gran debilidad consistía en que el énfasis dado al diseño de la evaluación no se dio igualmente al diseño de los mecanismos para cambiar el comportamiento e intervenir los factores detectados, lo cual disminuyó de forma importante su capacidad de obtener impacto, a la vez que la retroalimentación escrita pasaba de informes prolijos y mamotréticos[7] a agregados de informes de los diferentes estudios ilustrados con numerosos cuadros[8] de resultados, pero no se logró llegar a herramientas de tipo cuadros de mando, cartas de reporte, o similares, sin llegar a constituirse una herramienta gerencial fácilmente utilizable para la orientación de la gestión.



Gráfica No. 1: Impacto del Programa Consultador Crónico en el Uso Adecuado de la Consulta Médica General entre 1994 y 1997

En 1994 se incorpora al sistema de garantía de calidad del ISS el programa "Monitoría del Paciente Consultador Crónico"[9], el cual se había desarrollado originalmente en el Centro de Atención Básica de campo Valdés en Medellín durante el año precedente y que se había mostrado bastante eficiente para mejorar la actuación de los médicos que laboraban en la consulta médica general; este estudio introducía algunas técnicas novedosas para el desarrollo de ese momento de la garantía de calidad en el instituto: la concepción del médico general como "gatekeeper" y por lo tanto importante eslabón en la racionalización de la cadena de atención, los conceptos del "solving problem" para la evaluación de la toma decisiones en el proceso clínico de atención del paciente, la

[7] Oficina Nacional de Evaluación de Calidad, Informe de Resultados de los Estudios Ambulatorios 1991, Seguro Social, Santafé de Bogotá, 1992

[8] Gerencia Nacional de Calidad de Servicios de Salud, calidad de los Servicios de Salud Resultados 1995, Seguro Social, Santafé de Bogotá, 1996

[9] Restrepo, F.R., et al, Manual del Médico Analista, Seguro Social, Medellín, 1993

reevaluación de los análisis realizados por el médico que auditaba la historia clínica mediante la utilización del “muestreo de aceptación” utilizado en el control de calidad industrial como herramienta para garantizar la reproductibilidad del análisis, y la introducción de mecanismos para mejorar la capacidad de producir cambios en las decisiones clínicas de los prestadores: 1) cambio de la evaluación externa por personal de la Oficina de Evaluación a la Evaluación interna por médicos del mismo Centro de Atención, seleccionados conforme a un perfil que identificara los potenciales líderes en el interior del grupo médico y 2) la utilización regular de reuniones de retroalimentación, bajo la forma de presentación de casos clínicos y realizadas mediante la metodología de los grupos operativos del sicoanálisis (Retomar-Elaborar-Reordenar). Elementos estos que durante los cuatro años de su aplicación le permitieron obtener un claro impacto en la mejora del Uso No Adecuado de la Consulta Médica general (ver gráfica 1); no obstante, el programa se desarrolló y coexistió con los otros proyectos arriba descrito, pero ninguno de sus elementos metodológicos fue introducido en ninguno de ellos.

Entre 1995 y 1996 se desarrollan Talleres de implantación del “Modelo Operacional” en calidad en la totalidad de Centros de Atención y clínicas y en 1996 y se organizan equipos de mejoramiento continuo en odontología. También durante esos años se empieza a conocer en el exterior la experiencia desarrollada, presentándose en algunos foros internacionales.

El balance de esta etapa es contradictorio se consiguió marcado impacto en acreditación y Consultador Crónico, Laboratorios Clínicos y Servicios de Alimentación, se difundió de manera importante el concepto de la evaluación de la calidad en la organización, incluso se logra difusión en el exterior del Instituto de Seguros Sociales y algún grado de reconocimiento Nacional e Internacional. Pero no se logró superar la organización centralizada y el enfoque de control y en algunos casos punitivos, y el aislamiento de la búsqueda de los desarrollos metodológicos internacionales, hicieron que el sistema cometiera errores metodológicos ya superados en otras experiencias, todo lo cual minimizó su capacidad de obtener resultados aun más sustanciales

2. MARCO METODOLOGÌCO.

Teniendo en cuenta que el municipio de Arbeláez (Cundinamarca), solo cuenta con una entidad prestadora de servicios de salud como es la ESE Hospital San Antonio que es una institución de Primer Nivel, la cual brinda atención al área de influencia como son los municipios de Pandi, Venecia, Cabrera y San Bernardo que atiende a sus usuarios de lunes a viernes y sábados medio día, contribuyendo a promover y preservar la salud con los programas preventivos prioritarios, en la parte profesional es responsabilidad social contribuir a prevenir, diagnosticar y dar tratamiento a la población afectada por las alteraciones de salud y que no alcanzan a ser atendidos en la ESE, es por esto que se hace necesaria la creación de un centro de atención integral que preste servicios de promoción, prevención diagnostico, pronostico y tratamiento, ofreciendo servicios en horarios descubiertos como son los fines de semana, donde las personas pueden aprovecha el tiempo para acudir a servicios, dando cobertura a las necesidades en forma adecuada y oportuna en el marco de la misión y visión las cuales se centran principalmente en la solución de la problemática de la población afectada, procurando el bienestar para las personas que no tienen acceso a estos servicios por razones como las largas distancias, atención en un único día por la ESE interfiriendo con las labores diarias y la falta de centros prestadores en esta zona.

El valor agregado en el establecimiento de esta índole se materializa en la contribución a la ejecución de los programas y proyectos del gobierno nacional en salud pública para la población desatendida a nivel local y regional, tratando las patologías propias de esta región como son los hipertensos, diabéticos, que por sus características físicas y topográficas son diferentes a las que se puedan presentar en conglomerados como Bogotá y otros centros urbanos del país.

Además se ofrecerá servicio en el municipio de Arbeláez los fines de semana, beneficiando de esta manera las personas del campo que encuentran en este día el único día a la semana que no utilizan para la producción en los campos y que por lo general aprovechan para realizar todos los asuntos pendientes en la cabecera del municipio. Es por esto y revisando los servicios que más demandan tienen en el único lugar de atención que se ha pensado en ofrecer los servicios de Medicina interna, Medicina general, odontología, laboratorio clínico y enfermería.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El municipio de Arbeláez Cundinamarca se caracteriza por poseer una de los mejores climas del departamento, convirtiéndose en el principal atractivo de la ciudad, lo que ha permitido que muchos profesionales en el área de la salud hayan

determinado fijar sus residencias en este municipio y que aunque se han retirado de los trabajos en la grandes ciudades, tienen la voluntad de continuar brindando sus servicios de una manera más serena, además de contar con una relativa facilidad de acceso para los habitante de municipios cercanos como son Pandi, Venecia, Cabrera y San Bernardo.

Es por esto que se ha pensado en poner en marcha una institución que ofrezca servicios de salud en áreas especificas como los son medicina interna, medicina general, odontología, laboratorio clínico y enfermería; todo esto teniendo en cuenta que en el municipio solo se cuenta con el Hospital San Antonio, el cual ofrece estas especialidades únicamente un día a la semana y todos se prestan un día diferente, dificultando el acceso a los servicios.

Es por ello que se ha pensado en crear un centro médico que ofrezca estas especialidades incluso los fines de semana, lo cual facilitará el acceso y procurará satisfacer las necesidades insatisfechas de los habitantes de Arbeláez y la zona de influencia.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo poner en marcha un centro de atención integral de servicios de salud dirigidos a la población de Arbeláez Cundinamarca y su zona de influencia?

2.3 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un estudio de mercado y valorar los resultados financieros en la creación de un centro de atención integral de servicios de salud dirigidos a la población de Arbeláez Cundinamarca y su zona de influencia.

2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar la cobertura en diferentes áreas de la salud, dirigida a toda la población independientemente de su afiliación o vinculación; con el apoyo de las Empresas Prestadoras de Servicios Subsidiados (EPS`S) y por medio del Plan de Atención (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia que es un paquete de actividades que está orientado a la colectividad para garantizar las condiciones necesarias de la población y que según ley 100 dictada para todo el profesional de salud.

- Contribuir con la prestación de nuevos servicios a fortalecer los programas de promoción y prevención para la comunidad en general.

- Ampliar e implementar los servicios de salud cumpliendo con todos los estándares de calidad y habilitación exigidos por la Ley, que permita generar beneficios a los habitantes, y que de igual forma genere empleo.

- Conocer los impactos sociales y económicos del estudio en la población y la región.

2.5 JUSTIFICACION

La salud del ser humano más que una necesidad es el motor de vida del hombre, por tal motivo este investiga y analiza cualquier anomalía que presente su ser; en el transcurso del tiempo el hombre ha tenido nuevos trastornos y alteraciones en su salud.

Desde luego los avances en la forma de cura van de la mano con la creación de nuevas empresas, que velan por la salud y la seguridad social, brindando cómodos servicios de prevención, atención y solución de enfermedades que puede tener la persona.

El proyecto de crear un centro de atención integral de servicios de salud dirigidos a la población de Arbeláez Cundinamarca y su zona de influencia, surgió con la idea de utilizar la gran potencialidad de profesionales que llegan al municipio debido a lo privilegiado que es el clima de que se goza en el municipio y viendo la necesidad de ofrecer estos servicios incluso los días en el que hay gran desplazamiento de población tanto de las veredas como de otros municipios aledaños, como son los fines de semana.

Con la creación de este centro de atención integral se busca que los ciudadanos encuentren otra alternativa para recibir tratamientos de salud sin afectar los días laborales en el campo y aprovechando la visita que realizan al municipio que generalmente lo realizan en compañía de la familia, es por este motivo que ofrecemos diversas áreas de atención para poder cubrir las principales necesidades de la zona, el cual va a contar con personal especializado y capacitado que guiará a las personas en el aprovechamiento adecuado de los servicios.

Con la creación de este centro se contribuye a generar empleos en la región y de esta manera aumentar el nivel de vida de los mismos. Con la puesta en marcha se generan beneficios económicos que redundan en la población en general.

El proyecto es innovador en la medida que ofrece la prestación de servicios que aún no se satisfacen plenamente para la población haciendo uso de la

competitividad y el desarrollo tecnológico presente en la zona, tomando como punto de partida los conocimientos adquiridos de la autora y las asesorías de personas especialistas en el tema.

El proyecto favorecerá socialmente a la comunidad en el sentido del mejoramiento de las condiciones de vida, al generar nuevos empleos, de igual manera contribuye con la salud de la población.

La ubicación y los diferentes servicios que se prestarán contarán con estándares de calidad avalados por la normatividad vigente y cumpliendo con los estándares de habilitación exigidos.

2.6 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de investigación es descriptivo puesto que se pretende profundizar SOBRE LA VIABILIDAD DE PRESTAR SERVICIOS DE SALUD, mediante la creación de un centro de atención integral de servicios de salud dirigidos a la población de Arbeláez Cundinamarca y su zona de influencia.

Este tipo de estrategia descriptiva será necesaria para obtener información precisa por medio de fuentes secundarias como redes electrónicas, bases de datos que hay en Internet, para comparar e implantar en el proyecto.

De campo. Por medio de esta estrategia se entrará en contacto directo con la población, mediante la formulación de preguntas por medio de encuestas, entrevistas para conocer la opinión acerca de la creación de un centro de atención integral de servicios de salud.

2.7 POBLACIÓN

La población objeto de estudio lo constituyen personas mayores de edad, por un lado la población del municipio de Arbeláez, que por diversas causas no pueden acceder a los servicios en la ESE y todas las personas de la región que por diferentes causas no han podido obtener los servicios requeridos como son la población de los municipios de San Bernardo, Venecia, Cabrera y Pandi.

2.8 MUESTRA

El muestreo que se realizó fue de 150 encuestas a personas mayores de edad, con las cuales se podrá determinar la factibilidad del proyecto y así determinar la conveniencia o no de desarrollarlo en un futuro inmediato. Este muestreo se realizo a población de los municipios así;

Arbeláez	50 encuestas
San Bernardo	40 encuestas
Venecia	20 encuestas
Cabrera	20 encuestas
Pandi	20 encuestas

2.9 VARIABLES

TABLA No. 17 Variables.

DEMOGRÁFICA: Trata de las características sociales de la población y de su desarrollo a través del tiempo. Los datos demográficos se refieren, entre otros, al análisis de la población por edades, situación familiar, grupos étnicos, actividades económicas y estado civil;			
VARIABLE	***DEFINICIÓN***	***MEDICIÓN***	***CATEGORÍA***
EDAD	*Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.*	***Numérica***	----------
GENERO	*Se denominan género a lo que parece diferenciar la identidad femenino de masculino.*	***Nominal***	Femenino Masculino
ESTRATO	*Cada una de las divisiones de la sociedad, según criterios de prestigio social o nivel económico*	***Ordinal***	1 2 3 4
LUGAR DE RESIDENCIA	*Lugar en que se vive habitualmente.*	***Nominal***	Arbeláez San Bernardo Venecia Cabrera Pandi
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	*Garantizar los derechos irrenunciables de la persona para obtener optima calidad de vida acorde con la dignidad humana.*	***Nominal***	Subsidiado Contributivo Población especial

ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	*Entidad por medio de la cual recibe la prestación de servicios y a la cual se encuentra afiliado el ciudadano para recibir los beneficios establecidos en la Ley 100.*	***Nominal***	Colsubsidio Compensar Convida Coomeva Ecoopsos Famisanar Saludcoop Vinculado
ACEPTABILIDAD DEL PROGRAMA: *Se denomina como es aceptado el programa por las personas que se van a beneficiar del mismo.*			
FRECUENCIA	*Repetición de una actividad dentro de un tiempo específico*	***Nominal***	*Semanal* *Cada 15 días* *Mensual* *Trimestral* *2 veces al año* *Anual* *Ocasional*
INGRESOS	*Incremento del patrimonio neto de una persona o grupo de personas durante un ejercicio contable.*	***Numeral***	*$*
ACEPTACION	*Hace referencia o efecto de aceptar. Aprobar, dar por bueno o recibir algo de forma voluntaria y sin oposición.*	***Nominal***	*Muy interesado* *Algo interesado* *Indiferente* *No le interesa*
OTRAS: *Factores que intervienen en la toma de decisiones en el momento de poner en marcha el proyecto*			
PAGO DEL SERVICIO	*Disponibilidad de cancelar la prestación del servicio particularmente*	***Nominal***	*Si* *No*
LUGAR A QUE ACUDE	*Lugar a que se dirige cuando se requiere el servicio*	***Numeral***	*Droguería* *Hospital* *Centro de Salud* *Medico particular*

2.10 FUENTES DE INFORMACIÓN

Encuestas: la encuesta será necesaria para conocer la aceptación de este servicio por parte de los que van a ser los consumidores y a la vez si será viable o no la creación del **CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN ARBELÁEZ CUND**.

Fuentes primarias encuestas, entrevistas, charlas con la comunidad.

2.11 MARCO LEGAL.

- Constitución política de Colombia de 1991. Enmarcados en un contexto de un estado social de derecho y con ello la incursión del régimen subsidiado de salud en la constitución de 1.991. Se definió la seguridad social como un servicio público permanente y un derecho colectivo universal e irrenunciable para todos los ciudadanos.

- Ley 100 de 1993. Establece el Sistema de Seguridad Social Integral. El objetivo es el bienestar individual y la integración de la comunidad, proporcionando protección ante los riesgos en la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional.

- Ley 60 de 1993. Dicta las normas orgánicas sobre la distribución de competencias, reglamenta la naturaleza y distribución del Situado Fiscal, establece los requisitos para la descentralización en salud y educación. Orienta la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación para la asignación de dichos recursos.

- Ley 80 de 1993. Establece los principios que rigen los contratos de las entidades estatales, la definición de entidades, servidores y servicios públicos; determina los derechos y deberes de las entidades estatales y de los contratistas.

- Ley 715 de 2001. Establece la naturaleza del sistema general de participaciones, en el título III habla del sector salud de las competencias de la nación y territoriales en el sector salud, aquí se formulan las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación.

- Ley 872 de 2002. Por el cual se crea el sistema de gestión de calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otros prestadores de servicios (sector salud),

y garantizar en cada una de sus actuaciones la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

- Decreto 4110 de 2004. En el cual se adopta la norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000:2004, la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme el artículo 2 de la ley 872 de 2003.

- Ley 23 de 1981. Declaración de principios que constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica, habla de los principios, relación médico paciente, médico-colegas, historia clínica, prescripción médica y secreto profesional.

- Resolución 5261 de 1994. Se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en donde se definen los términos consulta médica general, especializada, atención por urgencias, etc. y las exclusiones del plan obligatorio de salud; también determina la disponibilidad del servicio y acceso a los niveles de complejidad.
- Resolución 412. Se establecen actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de Promoción y Prevención y la atención de enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

- Resolución 3784 de 2000. Determina la responsabilidad en el cumplimiento de las guías y normas de atención de la resolución 412. Garantizar el acceso de la población afiliada, con oportunidad y calidad en actividades de Promoción y Prevención.

- Decreto 2676 del 2000. Reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares, donde establece definiciones, clasificación de los residuos hospitalarios. Define los entes controladores, las obligaciones del generador y la gestión integral en todos los procesos de manejo de residuos hospitalarios.

- Resolución 3374 de 2000. Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores y las entidades administradoras sobre los servicios de salud. Habla de los RIPS como soporte sobre la prestación individual de servicios de salud que deben acompañar las facturas de venta.

- Resolución 3260 de 2004. Por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se determinan las reglas para el pago en los contratos por conjunto integral de atención, pago por evento u otras modalidades diferentes a la capitación, aquí se

define el trámite para la presentación y cobro de las facturas de igual manera los pagos por capitación en los regímenes contributivo y subsidiado.

- Decreto 1011 de 2006. Establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, sus características: Oportunidad, Accesibilidad, Seguridad, Continuidad, pertinencia y de igual forma los componentes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

- Resolución 1043 de 2006. Determina las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar servicios e implementar el mejoramiento de la calidad de atención en cuanto a Capacidad tecnológica y científica, Suficiencia Patrimonial y Financiera y Capacidad técnico-administrativa

- Resolución 1445 de 2006. Por la cual se adoptan las funciones de la entidad acreditadora y los requisitos para el proceso de acreditación:

- Resolución 1446 de 2006. Por la cual se realizará el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

- Normas para crear una IPS. Por el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Anexo 3.

3. RESULTADOS

3.1 ESTUDIO DE MERCADOS

Uno de los factores más críticos en el estudio de proyectos es la determinación de su mercado, tanto por el hecho de que aquí se define la cuantía de su demanda e ingresos de operación, como por los costos e inversiones implícitos.

Sin embargo, el estudio de mercado es más que el análisis y la determinación de la oferta y demanda o de los precios del proyecto. Muchos costos de operación pueden preverse simulando la situación futura y especificando las políticas y procedimientos que se utilizarán como estrategia comercial.

Metodológicamente, son cuatro los aspectos que deben estudiarse:

El consumidor, la demanda del mercado y del proyecto. Actual y proyectado.
La competencia y las ofertas del mercado y del proyecto. Actual y proyectado.
Comercialización del proyecto.
Los proveedores, la disponibilidad y el precio de los materiales actuales y proyectados.

3.1.1 Estudio Técnico. En el estudio de la viabilidad financiera de un proyecto, el estudio técnico tiene por objeto proveer información para cuantificar el monto de las inversiones y de los costos de operación pertinentes a esta área. Por tanto, uno de los resultados de este estudio será definir la función de producción que optimice la utilización de los recursos disponibles en la producción del bien o servicio del proyecto.

3.1.2 Estudio Organizacional y Administrativo. Para cada proyecto es posible definir una estructura organizativa que más se adapte a los requerimientos de su posterior operación. Conocer esta estructura es fundamental para definir las necesidades de personal calificado para la gestión y, por tanto, estimar con mayor precisión los costos indirectos de la mano de obra.

Los sistemas y procedimientos que definen a cada proyecto en particular determinan también la inversión en estructura física. La simulación de su funcionamiento permitirá precisar las necesidades de espacio físico para oficinas, pasillos, estacionamientos, vías de acceso, etc.

3.1.3 Estudio Financiero. La última etapa del análisis de la viabilidad financiera de un proyecto es el estudio financiero. Los objetivos de esta etapa son ordenar y

sistematizar la información de carácter monetario que proporcionaron las etapas anteriores, elaborar los cuadros analíticos y antecedentes adicionales para la evaluación del proyecto, evaluar los antecedentes para determinar su rentabilidad.

Las inversiones del proyecto pueden clasificarse, según corresponda, en terrenos, obras físicas, equipamiento de fábrica y oficinas, capacitación de trabajo, puesta en marcha y otros.

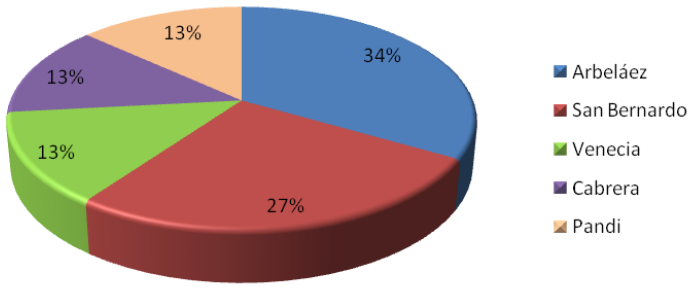
Finalmente, el estudio de factibilidad financiera no solo consiste en determinar si el proyecto es o no rentable: debe servir para discernir entre alternativas de acción para poder estar en condiciones de recomendar la aprobación o rechazo del proyecto en virtud de una operación en el grado óptimo de su potencialidad

3.2. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA ENCUESTA

De esta forma se obtendrá la información del mercado objeto de estudio de los clientes potenciales del **CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD**, para lo cual utilizaremos un muestreo aleatorio simple, el que es utilizado cuando la población objeto de estudio no es mayor a 100.000 unidades.

La encuesta fue dirigida a los habitantes de los municipios de Arbeláez, San Bernardo, Pandi, Venecia y Cabrera, población mayor de edad, que con su opinión nos ayudará a establecer la aceptación con que contara el proyecto.

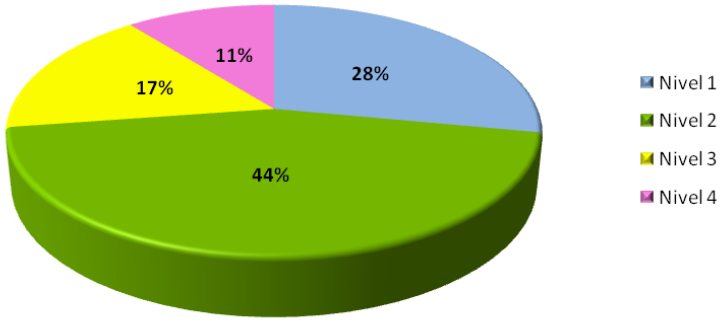
Figura 1. Lugar de residencia.



Fuente: El Autor

El 34% de los encuestados son residentes en el municipio de Arbeláez, el mayor número de encuestas se aplico en este lugar ya que es allí donde se desarrollará el proyecto, el 27% se aplicaron en San Bernardo ya que es el municipio más cercano y a quienes beneficiaria el proyecto, mientras los otros municipio Pandi, Venecia, y Cabrera se aplicó el 13% a cada uno ya que son lugares más retirados y ellos tienen la alternativa de utilizar otra carretera que los desemboca en Fusagasugá. Otro factor que se tuvo en cuenta es el número poblacional de los municipios.

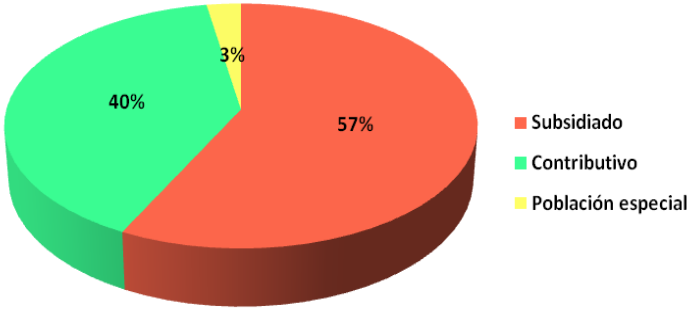
Figura 2. Nivel Socioeconómico



Fuente: El Autor

La mayor cantidad de encuestados pertenece al estrato nivel 1 con un 44%, seguido por el 28% del estrato nivel 2, lo que nos deja ver que son personas de bajos recursos y que se debe tener en cuenta al momento de ofertar servicios de salud.

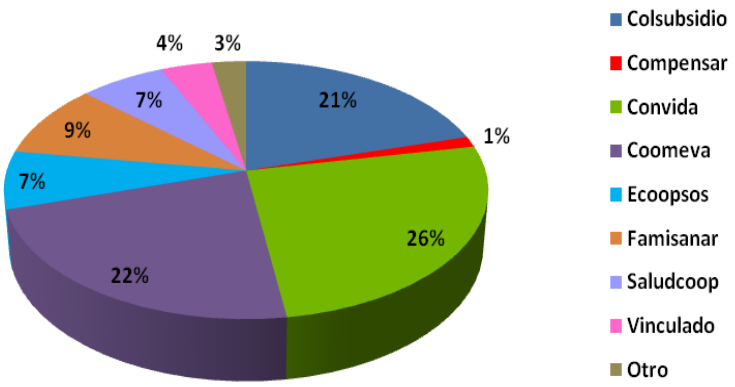
Figura 3. Régimen de salud



Fuente: El Autor

El 57% de las personas pertenecen al régimen subsidiado, el 40% al régimen contributivo y solamente un 3% corresponde al régimen especial que son las fuerzas militares, magisterio, etc.

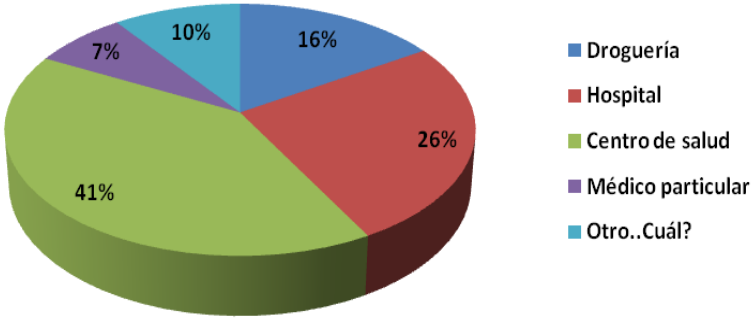
Figura 4. ¿A qué EPS se encuentra vinculado?



Fuente: El Autor

El 26% de las personas objeto de este estudio se encuentran afiliadas a Convida y el 21% a Colsubsidio que son EPS´S, y el 22% están afiliadas a Coomeva, entidad del régimen contributivo; lo que nos permite establecer que debemos buscar una contratación con estas entidades, ya que son las que más representación tienen en la región.

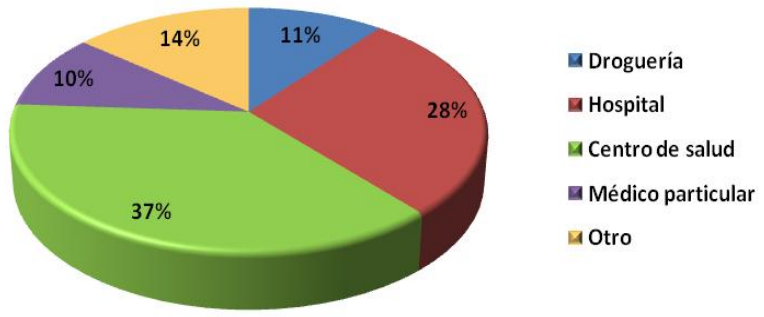
Figura 5. Lugar a donde acude para obtener servicios de urgencia



Fuente: El Autor

El 41% acude al Centro de Salud, esto debido a que en los municipios de Pandi, San Bernardo, Venecia y Cabrera no se cuenta con Hospital sino con Centro de Salud, sin embargo el 26% prefieren viajar hasta Arbeláez a solicitar el servicio, mientras el 16% acuden a la droguería a solicitar servicios.

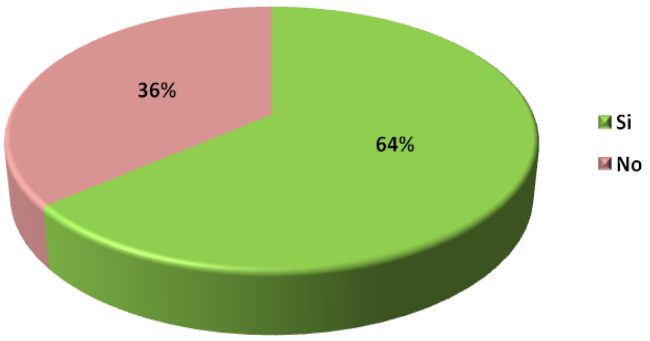
Figura 6. Lugar a donde acude para obtener servicios de salud (consulta)



Fuente: El Autor

El 37% se dirige al Centro de Salud en el momento de solicitar el servicio de consulta y el 28% solicita sus citas en el Hospital y el 14% acude a la IPS de su entidad que se encuentra en Fusagasugá.

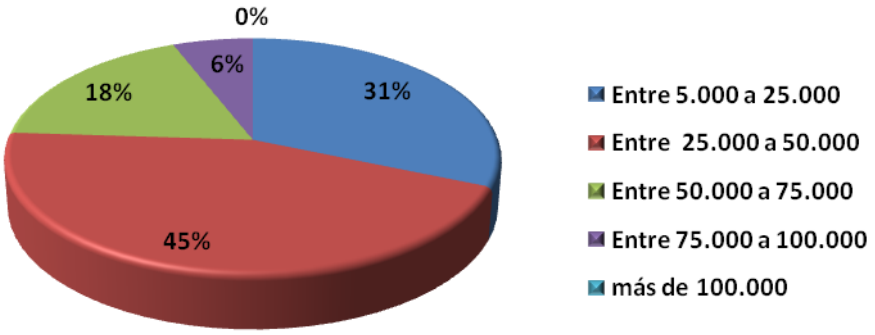
Figura 7. ¿Se ha tenido que trasladar a otros municipios (Girardot, Bogotá; Fusagasugá) para obtener exámenes de laboratorio?



Fuente: El Autor

El 64% de los encuestados ha tenido que desplazarse de su lugar de residencia para obtener los exámenes de laboratorio requeridos, mientras el 36% no lo ha tenido que hacer.

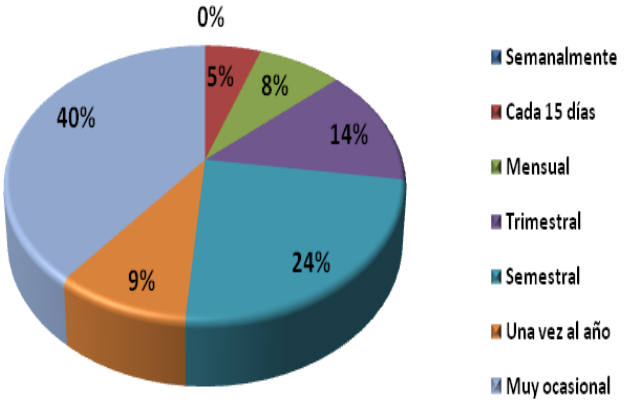
Figura 8. ¿Cuanto le ha costado el traslado?.



Fuente: El Autor

El 45% de los encuestados ha tenido que gastar entre 25000 a 50000 para acceder a los servicios requeridos y el 31% ha gastado entre 5000 a 25000 pesos, dato que puede ser utilizado en el momento de ofrecer los servicios ya que los costos se disminuirían, lo que se puede convertir en una gran fortaleza para nuestra institución.

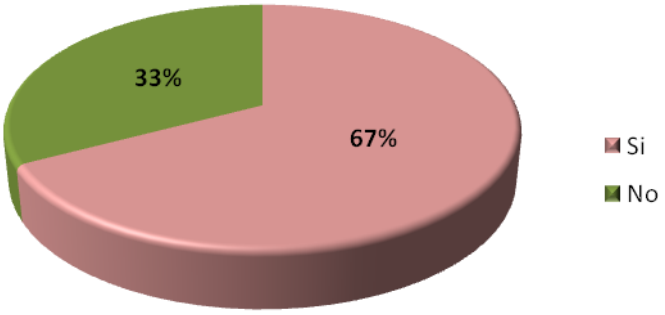
Figura 9. ¿Con que frecuencia utiliza el servicio de exámenes de laboratorio?



Fuente: El Autor

El 40 % de los encuestados utiliza el servicio de laboratorio ocasionalmente, el 24% semestral y el 14% trimestral, por lo que debemos de crear una estrategia y ofrecer paquetes a enfermos que deben realizar exámenes de control para que acudan a recibir nuestros servicios.

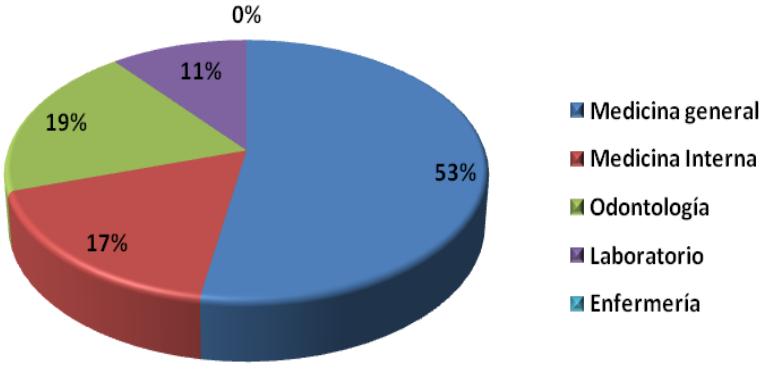
Figura 10. ¿Se ha tenido que desplazar a otro municipio para obtener atención de salud?



Fuente: El Autor

El 67 % de los encuestados contestaron que han tenido que desplazarse a un municipio diferente al de su vivienda para poder acceder a los servicios de salud, mientras el 33% no ha tenido que desplazarse para lograrlos.

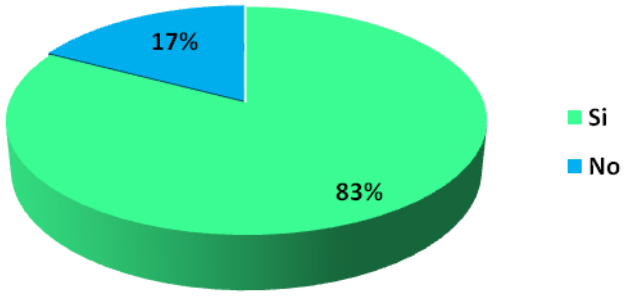
Figura 11. ¿Cual servicio utiliza con mayor frecuencia?



Fuente: El Autor

El 53% de los encuestados acude con mayor frecuencia a solicitar el servicio de medicina general, el 19% el servicio de odontología, el 17% medicina interna y un 11% los servicios de laboratorio. Con estas cifras y luego de revisar el perfil epidemiológico se puede afirmar que se debe buscar que las personas acudan más al médico internista, atrayéndolos con programas especiales.

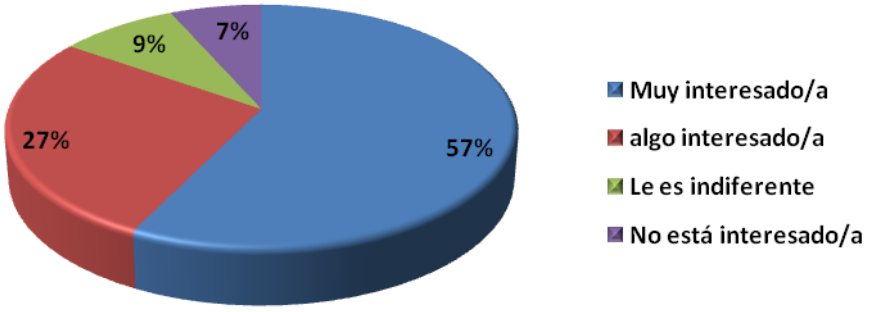
Figura 12. ¿Le gustaría contar con un Centro médico con servicios especializados en Arbelaéz Cund?.



Fuente: El Autor

El 83% de los encuestados respondió positivamente puesto que la propuesta es interesante ya que únicamente cuentan con el Hospital o los centros de salud en los municipios diferentes a Arbeláez, sin embargo el 17% no se interesó ya que no se sienten favorecidos, este valor correspondió a personas de los municipios más retirados.

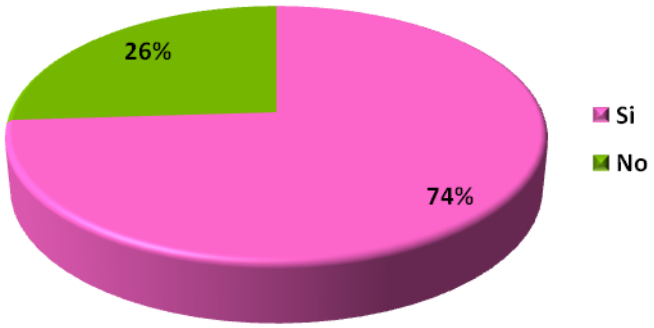
Figura 7. ¿Que tan interesado estaría de asistir a un centro médico en Arbeláez Cund?.



Fuente: El Autor

El 57% de los encuestados se encuentran muy interesados y el 27% algo le interesa, es importante referenciar que en Arbeláez toda la población objeto de estudio mostró interés, así como la comunidad de San Bernardo.

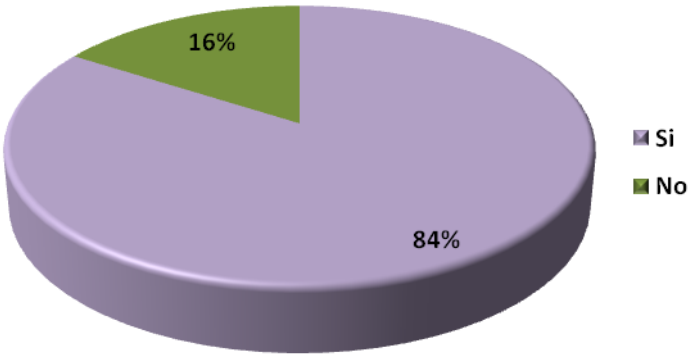
Figura 14. ¿Le gustaría recibir atención en su casa?



Fuente: El Autor

El 74% de los encuestados respondió afirmativamente por recibir atención en las casas, mientras el 26% manifestó su negación, pero de acuerdo a las otras preguntas del estudio se podría decir que las personas no aceptan la propuestas es más por pensar en el costo que este servicio genera.

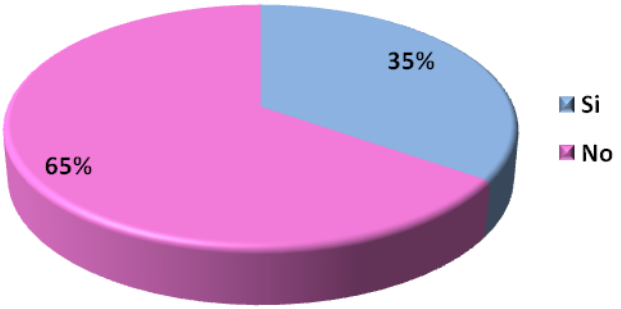
Figura 15. ¿Cancelaría particularmente por un servicio prestado de inmediato?



Fuente: El Autor

El 84% de los encuestados pagarían por un servicio inmediato, mientras el 16% manifiesta no cancelarlo, esto puede ser debido a que pertenecen a un estrato bajo y no cuentan con los recursos para cubrir dicho beneficio.

Figura 16. ¿Cancelaría el valor de una atención que no sea urgencia?



Fuente: El Autor

El 65% de los encuestados están dispuestos a cancelar un servicio que no sea urgencias, mientras el 35% no lo realizarían.

3.3 DEMANDA

3.3.1 Nivel de Ingresos. El nivel socioeconómico de la población a quienes ofreceríamos servicios de salud está básicamente en los estratos 1 y 2, por esto es importante realizar estrategias de contratación que nos permitan realizar convenios para ofrecer servicios a los afiliados a las entidades subsidiadas. De igual forma se debe realizar contratación con las EPS contributivas que tienen su IPS en la ciudad de Fusagasugá para ofrecerles servicios a estas personas y que la aseguradora se encargue de cubrir los gastos en salud que demande el paciente.

3.3.2 Nivel de Gasto. Los usuarios siempre van a querer cancelar lo mínimo del valor del servicio, pero debemos vender la prontitud con que van a ser atendidos y que los profesionales que laboraran ofrezcan confianza y credibilidad a los pacientes, ya que en el hospital y centros y puestos generalmente los profesionales tienen un alto nivel de rotación.

3.3.3 Tasa de Crecimiento. Este crecimiento depende directamente del mercadeo que realicemos de la institución y la contratación que se logre para la misma.

3.3.4 Precios. Los precios de los servicios serán de acuerdo a las tarifas que están establecidas, buscando ofrecer paquetes de servicios y programas especiales y teniendo como referencia la competencia.

3.3.5 Población. Los servicios estarán dirigidos a la población de cualquier edad que sufran de alteraciones en la salud o que simplemente quieran controlar alguna sintomatología.

3.4 ESTUDIO ADMINISTRATIVO

Misión:

Somos una Institución Prestadora de Servicios, con un equipo humano calificado y con alto compromiso social, que de manera permanente brinda bienestar a sus usuarios con atención oportuna y eficaz.

Visión:

Para el año 2013, seremos una Institución Prestadora de Servicios reconocida en el contexto Regional, desarrollando estándares de Calidad que satisfagan las necesidades de nuestros clientes.

Principios

- Solidaridad: Compromiso para superar situaciones o condiciones de fragilidad, indefensión o riesgo de las personas, a partir del reconocimiento de la igualdad en la dignidad humana

- Integralidad: El centro médico dispondrá de los medios y recursos, en forma articulada, para responder mediante la participación activa a las necesidades de calidad de vida y salud de las personas

- Amabilidad: Nos comprometemos a superar las expectativas de nuestros clientes, ofreciendo un servicio cálido y humano, que garantice el buen trato y evidencie nuestro interés hacia sus necesidades

- Ética: Fomentar y fortalecer en los funcionarios, los principios y valores éticos y morales, buscando afianzar un compromiso efectivo de todos y cada uno, con el fin de mantener unas excelentes relaciones generando un clima organizacional que permitan el desarrollo integral.

- Excelencia: Buscar siempre ser los mejores, en cuanto a recurso humano, procesos, tecnología y estructura, con enfoque hacia el servicio.

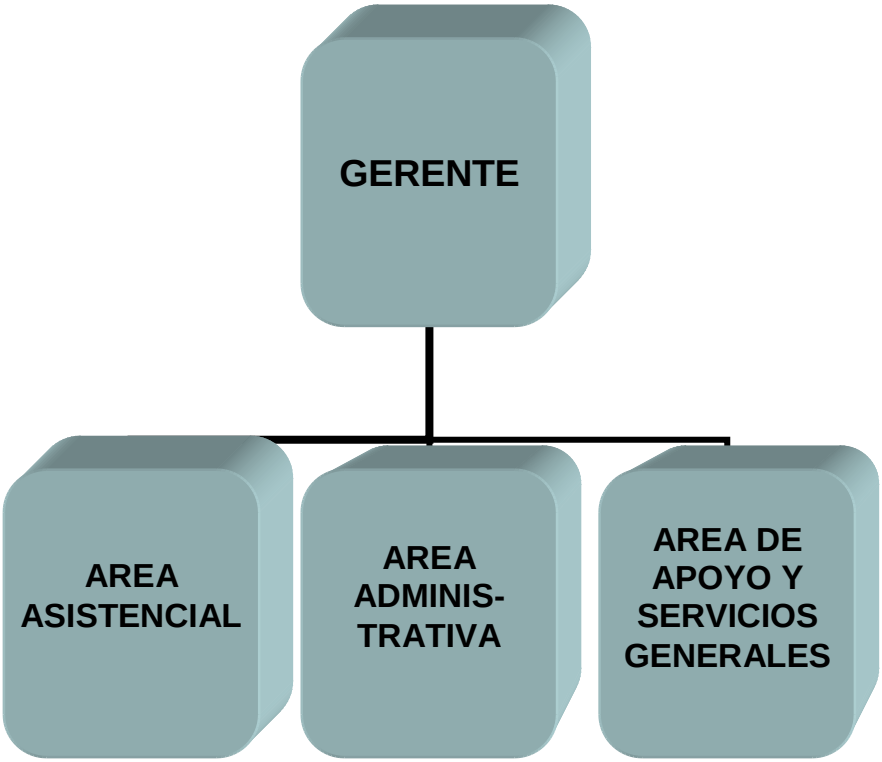
Valores

- Honestidad: La pulcritud en las actuaciones, sinceridad en las relaciones, claridad en las decisiones y extremo celo y probidad en lo que nos confían es el compromiso de cada funcionario.

- Tolerancia: Reconoceremos y respetaremos las maneras de ser, las opiniones y prácticas de los demás, así sean diferentes a las nuestras.

- Respeto: Nuestros clientes merecen un Trato digno, fortaleciendo las capacidades individuales como pilar para una convivencia sana y pacífica en ejercicio del compromiso con la sociedad.

Figura 17. Organigrama.



El Centro Médico de atención Integral contará con profesionales en la áreas de medicina general, medicina interna, odontología y laboratorio clínico, profesionales que se han vinculado al municipio y que residen actualmente en este municipio, los cuales laborarán en el centro médico y su compensación mensual se realizará

de acuerdo a la atenciones que realicen, se efectuará un convenio en el cual ellos tendrán un porcentaje sobre el valor facturado en cada servicio así:

TABLA 18. RECURSO HUMANO ESPECIALIZADO

CONCEPTO	CONVENIO
CONSULTA GENERAL	40%
MEDICINA INTERNA	40%
LABORATORIO	60%
ODONTOLOGIA	60%

Fuente: El Autor

En los valores pactados de laboratorio clínico y odontología, el valor incluye los materiales utilizados en cada consulta, mientras consulta general y medicina interna los gastos de insumos son asumidos por el centro médico.

Además de los profesionales antes mencionados se contará con el siguiente recurso humano:

TABLA 19 . RECURSO HUMANO

RECURSO HUMANO	MES	AÑO
Auxiliar de Enfermería	$ 750.000	$ 9.000.000,00
Recepcionista	$ 650.000	$ 7.800.000,00
Servicios Generales	$ 550.000	$ 6.600.000,00
		$ 23.400.000,00

Fuente: El Autor

3.5 ESTUDIO TÉCNICO

3.5.1 Tamaño. El tamaño del Centro Médico debe ser una construcción que permita ofrecer comodidad para ofrecer los mejores servicios a todas las personas que requieran de nuestros servicios

3.5.2 Localización. Estará localizado en el centro del Municipio, en la carrera 7ª., que es la vía principal, sobre la cual se realiza el ingreso y egreso al municipio, en la carrera 7ª. No.6-18.

3.5.3 Capacidad instalada. Para dar cumplimiento a nuestra misión, contaremos con una infraestructura estratégicamente ubicada dentro del sector urbano.

Brindamos nuestros servicios en:

- Dos consultorios Médicos
- Un consultorio de odontología,
- Un salón adecuado para prestar los servicios de laboratorio.
- Dos baños de servicio al público.

• Sala de espera para los usuarios.

3.5.4 Servicios:

MÉDICINA GENERAL E INTERNA: Prestada por médicos egresados de Universidades reconocidas con amplia trayectoria y alto sentido social; expresados en su calidad humana y de servicio, dispuestos a brindar sus mejores cualidades personales y académicas por el mejoramiento de la población, atendiendo necesidades del usuario según sus requerimientos.

ODONTOLOGIA: Se integra el dinamismo y la espontaneidad dentro de su servicio brindando promoción de la salud, prevención de la enfermedad y tratamiento adecuado de acuerdo a su especialidad.

LABORATORIO CLINICO: Se brindará la toma y procesamiento de muestras de laboratorio correspondiente al primer nivel de complejidad, complementándose con algunas de segundo nivel, las cuales son manejadas por profesional con la confidencialidad, respeto y responsabilidad necesarios para un servicio integral.

CONSULTA DOMICILIARIA: El personal de la institución ofrece a la comunidad sus servicios integrales de primer nivel de atención en salud, en la puerta de su casa, con la misma calidad y oportunidad que dentro de nuestras instalaciones.

TABLA 20. MAQUINARIA Y EQUIPO

DESCRIPCIÓN	VIDA UTIL	CANTIDAD	COSTO	TOTAL
Balanza y tallimetro	10	3	$ 60.000	$ 180.000
Camilla	10	3	$ 200.000	$ 600.000
Escalerilla	10	3	$ 40.000	$ 120.000
Equipo de órganos	10	3	$ 450.000	$ 1.350.000
Escritorio silla	10	5	$ 300.000	$ 1.500.000
Fonendoscopio	5	4	$ 80.000	$ 320.000
Linterna y termómetro	5	2	$ 70.000	$ 140.000
Mesón fijo para laboratorio	10	1	$ 350.000	$ 350.000
Mesa auxiliar	10	5	$ 100.000	$ 500.000
Caneca pedal	10	10	$ 40.000	$ 400.000
Silla de Ruedas	10	1	$ 340.000	$ 340.000
Silla para pacientes	10	10	$ 40.000	$ 400.000
Sillas sala de espera	10	4	$ 230.000	$ 920.000
Tensiómetro	10	3	$ 140.000	$ 420.000
TOTAL				**$ 7.540.000**

Fuente: El Autor

3.6 ESTUDIO ECONÓMICO Y FINANCIERO

3.6.1 Estudio Financiero. El estudio de factibilidad financiera no solo consiste en determinar si el proyecto es o no rentable: debe servir para discernir entre alternativas de acción para poder estar en condiciones de recomendar la aprobación o rechazo del proyecto en virtud de una operación en el grado óptimo de su potencialidad real. Se debe contar con personal calificado como médicos, fisiatras, ortopedistas, terapeutas y enfermeras e igualmente lo conformarán los equipos y materiales para ofrecer el tratamiento correspondiente.

3.6.2 Ingreso por Ventas

TABLA 20. INGRESOS

Periodo	Consulta General	Medicina Interna	Laboratorio	Odontología	Total
Diario	$ 225.000	$ 200.000	$ 225.000	$ 120.000	$ 770.000
Mensual	$ 5.625.000	$ 4.000.000	$ 5.625.000	$ 2.400.000	$ 17.650.000
Anual	$ 67.500.000	$ 48.000.000	$ 67.500.000	$ 28.800.000	$ 211.800.000

Fuente: El Autor

TABLA 21. DETALLE INGRESOS

CONCEPTO	Tarifa Consulta	No. Consultas diarias	Ingresos diarios	Ingresos mensuales	Ingresos anuales
CONSULTA GENERAL					
Tarifa Consulta	$12.500	18	$225.000	$5.625.000	$67.500.000
MEDICINA INTERNA					
Tarifa Consulta	$20.000	10	$200.000	$4.000.000	$48.000.000
LABORATORIO					
Tarifa Promedio Servicios	$15.000	15	$225.000	$5.625.000	$67.500.000
ODONTOLOGIA					
Tarifa Promedio Servicios	$12.000	10	$120.000	$2.400.000	$28.800.000
TOTAL			$770.000	$17.650.000	$211.800.000

Fuente: El Autor

El número de consulta se ha tomado teniendo en cuenta un nivel de bajo como se puede observar en el cuadro anterior, se debe tener en cuenta que de acuerdo a los estándares de calidad la consulta general es de veinte minutos por paciente y

la atención de especialista treinta minutos, igualmente para la atención de odontología.

TABLA 22. GASTOS

ITEM	MENSUAL	ANUAL
Arrendamiento	$ 500.000	$ 6.000.000
Luz	$ 120.000	$ 1.440.000
Agua	$ 60.000	$ 720.000
Teléfono	$ 50.000	$ 600.000
Impuestos	$ 150.000	$ 1.800.000
Salarios	$ 1.950.000	$ 23.400.000
Depreciación		$ 1.035.000
TOTAL		**$ 34.995.000**

Fuente: El Autor

TABLA 23. COSTOS

Activos fijos	
Equipos y materiales	*7.540.000*
Adecuaciones	*5.000.000*
Depreciación	
Activos fijos v. útil 10 años	*473.000*
Activos fijos v. útil 5 años	*562.000*

Fuente: El Autor

De acuerdo a los anteriores cálculos se proyecto anual el siguiente estado de pérdidas y ganancias

CENTRO ATENCION INTEGRAL SERVICIOS DE SALUD

ESTADO ANUAL DE PERDIDAS Y GANANCIAS		
INGRESOS		
Venta de servicios	*$ 211.800.000*	
INGRESOS NETOS		**$ 211.800.000**
COSTO SERVICIOS		**$ 115.530.000**
UTILIDAD BRUTA		**$ 96.270.000**

EGRESOS				
GASTOS ADMINISTRATIVOS			**$**	**49.195.000**
Nómina	*$*	*23.400.000*		
Arriendo	*$*	*6.000.000*		
Servicios públicos	*$*	*2.760.000*		
Seguridad	*$*	*6.000.000*		
Depreciación	*$*	*1.035.000*		
GASTOS DE OPERACION			**$**	**10.000.000**
Insumos y otros	*$*	*10.000.000*		
OTROS GASTOS			**$**	**6.000.000**
Papelería	*$*	*1.000.000*		
Gastos puesta en marcha proyecto*	*$*	*4.000.000*		
Publicidad	*$*	*1.000.000*		
UTILIDAD OPERACIONAL			**$**	**41.075.000**
PROVISION IMPUESTOS			**$**	**150.000**
UTILIDAD NETA ANUAL			**$**	**40.925.000**

Fuente: El Autor

3.7 INDICADORES FINANCIEROS

3.7.1 Margen Bruto. Indica el porcentaje de utilidad bruta que queda después de descontar de las ventas lo correspondiente al costo de las mismas.

3.7.2 Margen Neto. Reporta el porcentaje de utilidad neta final que queda después de descontar de las ventas lo correspondiente a su costo y todos los gastos operacionales, incluidos los impuestos. Muestras las utilidades después de impuestos por cada peso vendido.

3.7.3 Margen Operacional. Mide el porcentaje de utilidad operacional que queda después de descontar a las ventas su costo y los gastos operacionales. Este indicador es de gran importancia ya que registra si el negocio es en sí mismo

rentable o no, independientemente de la forma como se ha financiado y sin tener en cuenta otro tipo de ingresos diferentes a la actividad principal del negocio.

TABLA 23. INDICADORES FINANCIEROS

INDICADORES FINANCIEROS	
MARGEN BRUTO (Utilidad Bruta / Ventas)	45%
MARGEN NETO (Utilidad Neta / Ventas)	19%
MARGEN OPERACIONAL (Utilidad Operacional / Ventas)	19%

Fuente: El Autor

4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con el Centro de atención integral se fortalecerá la prestación de servicios de salud en el municipio de Arbeláez y la zona de influencia, ya que los usuarios que accedan a nuestros servicios no tendrán que desplazarse a otro municipio para obtener servicios con calidad y oportunidad, generando empleo a la comunidad, ya que se benefician indirectamente muchas personas, como es el comercio del municipio contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los habitantes del municipio.

Como se pudo observar al aplicar la encuesta, el proyecto cuenta con aceptación por parte de las personas del municipio y área de influencia, garantizando la viabilidad del proyecto, no sin olvidar el mercadeo que se debe realizar para que todos los ciudadanos acudan a solicitar los servicios de salud que se ofrecen, por esto es importante realizar una contratación con EPS Y EPS´S, que garanticen el acceso de todas las personas sin importar su nivel de ingresos, ya que estas entidades asumirán los costos de la atención en salud.

5. CONCLUSIONES

En el municipio de Arbeláez no existe un centro médico que ofrezca servicios especializados inclusive los fines de semana, permitiendo mayor acceso a los diferentes programas, lo que permite mejorar las condiciones de vida y satisfacer las necesidades de la población.

El **CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD** gozará de gran aceptación debido a que no se cuenta con otra institución de las mismas características que brinde una atención integral a la comunidad.

De acuerdo a los análisis se puede afirmar que es rentable la puesta en marcha del proyecto.

Con este programa se aprovechará eficientemente el tiempo y recurso de los usuarios, evitando que los mismos incurran en desplazamientos a otros municipios elevando los gastos y afectando la economía.

El **CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD** será líder en servicios con calidad en la región, ya que contará con excelentes profesionales, los cuales garantizaran su permanencia en la institución evitando así la alta rotación de profesionales del área de la salud.

Finalmente se concluye que la creación del Centro de Atención Integral es factible, viable y sostenible en el tiempo en el Municipio de Arbeláez Cund.

6. IMPACTO SOCIOECONOMICO

- Fortalecimiento en la atención de salud a la comunidad.
- Aprovechamiento del recurso humano calificado con que se cuenta en el municipio.
- Mejora en la oportunidad y calidad en la atención de la salud.
- Disminución en gastos de desplazamiento de los usuarios, al evitarse el traslado a otros municipios.
- Indirectamente se beneficiaran otros sectores de la economía del municipio, gracias a que se atenderá mayor número de usuarios de otros municipios, los cuales contribuirán al comercio local.
- Se realizará generación de empleo, lo cual ayuda a mejorar la calidad de vida de los habitantes del municipio.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaldía de Arbeláez, Perfil epidemiológico 2009.
- Altman, Nathaniel. Balneotherapy - Healing with Water junio 17.htm.
- Gerencia Nacional de Calidad de Servicios de Salud, calidad de los Servicios de Salud Resultados 1995, Seguro Social, Santafé de Bogotá, 1996
- Oficina Nacional de Evaluación de Calidad, Garantía de Calidad de los Servicios de Salud en el ISS, Seguro Social, Bogotá, 1989
- Oficina Nacional de Evaluación de Calidad, Informe de Resultados de los Estudios Ambulatorios 1991, Seguro Social, Santafé de Bogotá, 1992
- Porras, J.A, Gómez, C.A., Modelo de Evaluación para el Sistema Nacional de Salud; Marco de Referencia Teórico y Metodológico, Ministerio de Salud, Santafé de Bogotá, 1978
-
- Restrepo P., F.R., Ramírez O., A., Velázquez, E., Acerca de Colas y Esperas prolongadas, Seguro Social, Medellín, 1990
- Restrepo P., F.F., Manual de Acreditación de Médicos Adscritos Oferentes de Servicios Médicos Ambulatorios", Seguro Social, Santafé de Bogotá, 1996
- Restrepo, F.R., et al, Manual del Médico Analista, Seguro Social, Medellín, 1993

INTERNET:

- http://www.care2.com. Tomado de Healing Spriings, The Ultimate Guide to Taking the Waters, por Nathaniel Altman. 2001. ANEXOS
- http//www.minproteccionsocial.gov.co

Anexo 1. Encuesta

ESTUDIO CENTRO MEDICO

Cuestionario #			

Fecha	MM	DD	AAAA

Buenos días/tardes, mi nombre es _____ En este momento nos encontramos realizando un estudio sobre temas de salud y me gustaría saber si usted es tan amable y me puede colaborar con una encuesta. Muchas gracias.

INFORMACION GENERAL

Información de Contacto

Nombre:	Edad:

Teléfono :																					

1. ¿Cuál es su lugar de residencia?

REGISTRO DE CUOTAS

Arbeláez	1	CONTINUAR
San Bernardo	2	
Venecia	3	
Cabrera	4	
Pandi	5	
Otro	6	TERMINAR

2. ¿En qué nivel socioeconómico se encuentra Usted?

Nivel 1	1
Nivel 2	2
Nivel 3	3
Nivel 4	4
NS/NR	99

3. ¿A que régimen de salud se encuentra afiliado? (leer las alternativas explicando cada una)

Subsidiado	1
Contributivo	2
Población especial (Desplazados o regimenes especiales fuerzas militares, magisterio etc.)	3
NS/NR	99

4. ¿A que EPS se encuentra Vinculado?

Colsubsidio	1
Compensar	2
Convida	3
Coomeva	4
Ecoopsos	5
Famisanar	6
Saludcoop	7
Vinculado	8
Otro Cuál?	9
NS/NR	99

5. Cuando necesita servicios médicos de urgencia, generalmente a ¿qué lugar/es acude?

Droguería	1
Hospital	2
Centro de salud	3
Médico particular	4
Otro..Cuál?	5

6. Cuando necesita servicio médico (consulta no de urgencia) generalmente a ¿qué lugar/es acude?

Droguería	1
Hospital	2
Centro de salud	3
Médico particular	4
Otro..Cuál?	5

7. ¿Ha tenido que desplazarse a otro municipio (Girardot, Bogota, Fusagasugá) para obtener exámenes de laboratorio?

Si	1
No	2

8. Cuando se ha desplazado a otro municipio, el traslado le ha costado…

Entre 5.000 a 25.000	1
Entre 25.000 a 50.000	2
Entre 50.000 a 75.000	3
Entre 75.000 a 100.000	4
más de 100.000	5

9. ¿Con que frecuencia utiliza usted el servicio de exámenes de laboratorio?

Cada semana/semanalmente	1
2 veces al mes/cada 15 días	2
Cada mes/mensual	3
Cada tres meses/trimestral	4
Cada 6 meses/dos veces al año	5
Una vez al año	6
Muy ocasional	7
Otro. Cuál?	8

10. ¿Alguna vez se ha tenido que desplazar a otro municipio para obtener servicios de atención de salud?

Si	1
No	2

11. ¿Cuál o cuales servicios de salud o especialidad utiliza con mayor frecuencia?

Medicina general	1
Medicina Interna	2
Odontología	3
Laboratorio	4
Enfermería	5
Otro..Cuál?	8

12. ¿Le gustaría encontrar un centro médico con servicios especializados en el municipio de Arbeláez?

Si	1
No	2

13. ¿Qué tan interesado/a estaría usted en asistir a un centro médico en ARBELAEZ donde va a encontrar los servicios de medicina general, medicina interna, odontología, laboratorio clínico y enfermería, inclusive los fines de semana? Usted diría que estaría muy interesado/a, algo interesado/a, le es indiferente o no está interesado/a…

Muy interesado/a	algo interesado/a	Le es indiferente	No está interesado/a

14. ¿Le gustaría que le brindara atención en su casa?

Si	1
No	2

15. ¿Estaría dispuesto a cancelar particularmente por un servicio que se preste de manera inmediata?

Si	1
No	2

16. Estaría dispuesto a reconocer el pago en una atención que no sea urgencia? pagaría particularmente?

Si	1
No	2

17. Género (Registrar, no preguntar).

Masculino	1
Femenino	2

Anexo 2. MATRIZ DE PRIORIZACION DE FACTORES DE RIESGO

PATOLOGÍAS	Magnitud del problema 0 a 10		Gravedad del daño 0 a 10					Efectividad Medidas De Control 0 A 10	Impacto económico 0 a 10	Percepción comunidad 0 a 10	Total	FACTORES DE RIESGO
	Morbilidad 0 A 5	Mortalidad 0 A 5	Letalidad 0 A 2	Incapacidad 0 A 2	Secuelas 0 A 2	Potencial Difusión 0 A 2	Necesidad De Atención Urgente 0 A 2					
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	5	0	0	1	1	2	2	7	7	8	33	• Ambientales (Contaminación ambiental dentro o fuera del hogar, Tabaquismo pasivo, Cambios bruscos de temperatura, Contacto con personas enfermas de IRA, Contaminación atmosférica) • Individuales (Edad: Niños menores de 5 años, Bajo peso al nacimiento, Ausencia de Lactancia Materna, Desnutrición, Infecciones previas, Esquema incompleto de vacunación, Carencia de vitamina A) • Socioeconómico (Ingreso familiar, Educación de los padres, Lugar de residencia, Factores de riesgo del comportamiento)
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	5	0	0	2	1	2	2	8	9	8	37	Higiene personal deficiente (lavado de manos), Desnutrición, Ausencia o prácticas inapropiadas de lactancia materna, Peso bajo al nacimiento, Esquema de vacunación incompleto, Falta de capacitación de la madre para la higiene familiar, Deficiencia de vitamina A, manejo y tratamiento del agua inadecuados.

INFECCION DE VIAS URINARIA	4	0	0	1	2	1	2	9	9	5	33	Vida sexual activa, Embarazo, Enfermedad de transmisión sexual, Factores genéticos, Hipertensión, Insuficiencia renal .
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	4	4	2	2	2	2	2	10	9	6	43	Factores Hereditarios, Sexo Masculino, Diabetes, Envejecimiento, Hipertensión Arterial, Fumar, Niveles de colesterol malsanos.
ENFERMEDADES CRONICAS	3	4	4	4	4	0	2	8	6	5	40	Estilos de vida alimenticios, inadecuados, sedentarismo, falta de conocimiento, edad,
ENFERMEDADES EN EL PRIMER, SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO	4,5	0	0	2	2	2	2	7	10	7	36,5	Edad <20, Edad > 35, Nivel escolar bajo, Tabaquismo, Obesidad, Bajo peso, Nulípara, Hija de madre eclámptica, Diabetes Mellitus, Nefropatías, Hipertensión crónica, Cardiopatías.
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	4	0	0	1,5	2	0,5	2	7	10	3	30	Las relaciones sexuales con varias parejas y sin ninguna protección, Uso incorrecto del condón, Mala información con relación a los riesgos, El tener relaciones esporádicas con una persona infectadas, La falta de higiene personal, El consumo de alcohol o drogas que impiden la toma de decisiones adecuada y responsable.
ALCOHOLISMO Y DROGADICCION	5	0	0	1	2	2	2	7	10	2	31	Familiares, Sociales, Psicológicas, Psiquiátricas (Trastornos Perturbadores de Conducta, Trastornos de Personalidad, Depresión, Ansiedad), Biológicas, Hereditarias.
VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	5	0	0	2	2	2	2	7	10	2	32	Vigilancia de la salud pública y epidemiológica de los eventos, los factores de riesgo y los factores protectores asociados con la calidad del aire, la calidad del agua, la calidad de los alimentos, el manejo de los residuos sólidos, la calidad de los entornos, el uso y manejo de productos químicos, entre otros.

Fuente: Perfil Epidemiológico Municipio de Arbeláez 2009

Anexo 3. NORMATIVIDAD

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de las facultades legales, en especial las conferidas en el numeral 11 artículo 189 de la Constitución Política de Colombia, el literal F del artículo 1 de la ley 10 de 1990 y los artículos 153 numeral 5 ,154 literales a y c, 170, 185 y 232 de la ley 100 de 1993.

DECRETA

ARTICULO 1. Definiciones: Son prestadores de servicios:
Institución Prestadora de Servicios: Es todo establecimiento organizado para la prestación de los servicios de salud
Grupo de práctica profesional: Es el grupo de profesionales del área de la salud que se puede constituir como persona jurídica independiente o conformarse mediante acuerdos contractuales, para prestar servicios de salud a los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud.
Profesional independiente: Es la persona natural con título de educación superior en el área de la salud registrado, que presta los servicios en forma directa a los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud. **ARTICULO 2. De las modalidades de prestación de servicios:** Los prestadores de servicios de salud pueden prestar servicios de salud bajo dos modalidades: hospitalaria y ambulatoria; esta última podrá ser intramural o extramural. Los prestadores de servicios de salud pueden establecer distintas combinaciones en la prestación de los servicios. **ARTICULO 3. De la complejidad de los servicios:** Los servicios de los prestadores de servicios de salud se continuaran clasificando en grados de complejidad de acuerdo con la tecnología y el personal responsable de cada actividad, intervención o procedimiento de salud. Los grados de complejidad son bajo, mediano y alto, en este último se incluyen los niveles tres y cuatro previstos en la resolución 5261 de agosto 5 de 1994. **PARAGRAFO:** Los prestadores pueden prestar uno o más servicios de distinto grado de complejidad y/o modalidad, para lo cual deben cumplir los requisitos esenciales de prestación de servicios establecidos en las normas sobre garantía de calidad. La clasificación de los establecimientos dependerá de la complejidad predominante de sus servicios. **ARTICULO 4. Del diseño de los servicios:** Los prestadores de servicios de salud deben tener en cuenta en el diseño de sus servicios la diversidad étnica y cultural de la población, y pueden incorporar los diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos de medicina alopática y alternativa. Los procedimientos de las terapias alternativas solo pueden ser ejercidos por personal médico. Los prestadores de servicios de salud concertaran con las comunidades indígenas la prestación de los servicios, teniendo en cuenta el respeto por sus tradiciones.

Los prestadores de servicios de salud deben considerar en el diseño médico arquitectónico las necesidades específicas de la población a la cual están dirigidos sus servicios, en particular aquellas que tiendan a facilitar el acceso de las personas con discapacidad. **PARAGRAFO:** En ningún caso las adecuaciones a que hace referencia este artículo pueden ir en desmedro de la calidad o la responsabilidad de los prestadores de servicios de salud en la prestación de sus servicios. **ARTICULO 5. De la calidad del servicio:** Los prestadores de servicios de salud deben cumplir con los requisitos sanitarios y de funcionamiento vigentes, en especial aquellos contemplados en la Ley 9 de 1979, el decreto 2240 de 1996, la resolución 4445 de 1996 y las demás normas que los modifiquen o los adicionen. Igualmente deben cumplir y desarrollar las normas sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, con el fin de lograr el mejoramiento continuo de esta, en particular lo señalado en el decreto 2174 de 1996 y las normas que lo reglamenten, modifiquen o adicionen. **ARTICULO 6. Del registro de las instituciones prestadoras de servicios de salud:** Las Direcciones Territoriales de Salud son las encargadas de llevar el Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para lo cual deben verificar que el objeto social cumpla con los fines del Registro Especial de Instituciones prestadoras de servicios de que trata el artículo 1 literal f de la Ley 10 de 1990. **ARTICULO 7. De la clasificación según tamaño y complejidad.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuyo patrimonio exceda de 200 salarios mínimos legales mensuales vigentes y que presten los servicios de urgencias, hospitalización o cirugía en cualquier grado de complejidad deben constituirse como persona jurídica con objeto social exclusivo relacionado con la prestación de servicios de salud. Los grupos de práctica profesional que para la prestación de los servicios que van a ofrecer requieran de una infraestructura propia deben constituirse como IPS. **ARTICULO 8. Del Recurso Humano:** El personal responsable de la prestación directa de servicios de salud debe contar con el Título profesional, universitario, de especialista, tecnólogo, técnico o auxiliar en el área de la salud, que los acredite como tales. Los prestadores de servicios de salud deben tener un archivo en el cual reposen la historia laboral y los contratos laborales con las certificaciones antes mencionadas.

Los prestadores de servicios de salud deben contar con el recurso humano necesario en cantidad e idoneidad acorde con los servicios que van a ofrecer, de tal manera que puedan prestarlos oportuna y eficazmente. **ARTICULO 9. De la seguridad personal del usuario:** Todo prestador de servicios de salud debe garantizar el cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes sobre seguridad personal de los usuarios. **ARTICULO 10. De la contratación.** Los prestadores de servicios de salud pueden ofrecer sus servicios a través de contratos con las EPS, las ARS y las que se asimilen de acuerdo con lo establecido en el decreto 2174 de 1996 artículo 1 parágrafo 1, prestándolos de manera autónoma, contratando o asociándose con otras IPS, Grupos de Práctica Profesional o Profesionales Independientes. Sin perjuicio de la responsabilidad que le corresponde a la respectiva entidad promotora de salud, en el régimen contributivo o subsidiado, por razón de la prestación de los servicios de salud a los

usuarios, los correspondientes prestadores de servicios de salud y aquellos terceros que intervengan en la prestación de tales servicios, concurrirán a responder por los perjuicios que ocasionen a los usuarios en los términos establecidos por la ley. **ARTICULO 11. De La Vigilancia.** Las Instituciones prestadoras de servicios de salud, además de la vigilancia que tienen de acuerdo a su naturaleza, para su constitución y funcionamiento serán vigilados y controlados por las Direcciones de Salud Departamentales, Distritales y Municipales sin perjuicio de la vigilancia que ejerza la Superintendencia Nacional de Salud. Las Direcciones Territoriales de Salud debe n establecer un plan de visitas y supervisión de los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción a fin de garantizar el cumplimiento de los requisitos que se establecen en el presente decreto y los fijados por el Ministerio de Salud conforme a sus competencias. **ARTICULO 12. Transitorio:** Los prestadores de servicios de salud que presten servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que se encuentren funcionando a la fecha de publicación del presente decreto, tendrán un plazo de seis meses contados a partir de dicha fecha para registrar o actualizar su registro ante la dirección de salud correspondiente. **PARAGRAFO :** Los prestadores de servicios de salud que no cumplan con los requisitos o no hayan adelantado los trámites pertinentes dentro del plazo establecido no podrán contratar sus servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. **ARTICULO 13. De las sanciones:** Todo prestador de servicios de salud que incumpla los requisitos establecidos en el presente decreto y las demás normas, incurrirá en las sanciones contempladas en las normas vigentes. **ARTICULO 14.** Este decreto rige a partir de la fecha de publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

MARIA TERESA FORERO DE SAADE
Ministra de Salud