

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD TÉCNICA Y
ECONÓMICO PARA LA TOMA EN
OPERACIÓN DE LA ESE HOSPITAL “ANA
MARÍA RODRÍGUEZ” DE SAN
ESTANISLAO DE KOTSKA (ARENAL) EN
EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR
(COLOMBIA).



DAVID SCOTT JERVIS
JULIO MARIO OROZCO AFRICANO
FÁNIKA OLIVARES CERPA

Título: Estudio de factibilidad técnica y viabilidad financiera
para la toma en operación de una ESE en el Departamento de Bolívar, Colombia.

Cartagena de Indias, noviembre de 2011. ©

Estudio contratado por:

Autores: David Scott Jervis Jálabe, Julio Orozco Africano y Fánika Olivares Cerpa

Citar: Jervis DS, Orozco-Africano JM, Olivares-Cerpa F
ISBN: (En trámite)

Contenido

1	PRESENTACIÓN.....	7
2	INTRODUCCIÓN.....	8
3	MARCO CONCEPTUAL	10
3.1	Tendencias internacionales en materia de hospitales públicos.....	10
3.1.1	Evolución histórica de los hospitales.....	10
3.1.2	Visión regional de Latinoamérica	11
3.1.3	Consensos internacionales en materia de gestión hospitalaria.....	15
3.1.4	La crisis hospitalaria en Colombia	16
3.2	Conceptos generales sobre Empresas Sociales del Estado.....	22
3.2.1	Naturaleza	22
3.2.2	Régimen jurídico.....	22
3.2.3	Régimen de contratación	23
3.3	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DEPARTAMENTO	32
3.3.1	Municipios Del Departamento De Bolívar.....	32
3.3.2	Población del departamento de Bolívar 2010	33
3.3.3	Datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud para Bolívar 2005	36
3.4	Perfil epidemiológico por municipio	39
3.4.1	Personas enfermas y causas de enfermedad 2010	39
3.4.2	Demanda potencial de servicios de mediana y alta complejidad 2010	39

3.4.3	Uso de métodos anticonceptivos 2010.....	39
3.4.4	Mujeres actualmente embarazadas.....	40
3.4.5	Mortalidad neonatal, postneonatal e infantil 2010	40
3.4.6	Casos de SIDA 2010.....	40
3.4.7	Riesgos cardiovasculares 2010.....	41
3.4.8	Insuficiencia renal 2010.....	41
3.4.9	Perfil nutricional 2010	41
3.4.10	Morbilidad atendida 2010.....	42
3.4.11	Mortalidad	43
3.5	Consumo de servicios 2010.....	44
3.5.1	Programa de prevención del Ca de cérvix 2010.....	44
3.5.2	Programa ampliado de inmunizaciones 2010	44
3.5.3	Programa de planificación familiar 2010.....	44
3.5.4	Programa de promoción de la salud 2010.....	45
3.5.5	Estudios de imágenes diagnósticas de primer nivel 2010	45
3.5.6	Exámenes de laboratorio clínico 2010.....	45
3.5.7	Transporte básico de pacientes 2010.....	45
3.5.8	Atención ambulatoria de primer nivel 2010	46
3.5.9	Programa de atención del joven 2010	46
3.5.10	Programa de atención del adulto 2010.....	46
3.5.11	Programa de control prenatal bajo riesgo 2010	46
3.5.12	Programa de control prenatal alto riesgo 2010.....	47

3.5.13	Atención del parto vaginal 2010	47
3.5.14	Programa de crecimiento y desarrollo 2010.....	47
3.5.15	Programa de prevención en salud oral 2010.....	48
3.6	Red prestadora de servicios.....	49
3.6.1	Desarrollo regional	49
3.6.2	Interacción entre la Red de Servicios	51
4	METODOLOGÍA.....	54
4.1	Objetivos del estudio	54
4.1.1	Objetivo general.....	54
4.1.2	Objetivos específicos	54
	Metodología del estudio.....	54
4.2	Fuentes de información.....	55
4.3	Resultados esperados	56
4.4	Productos entregables	56
5	CONTENIDOS DE LOS PRODUCTOS.....	57
5.1	Estudio de factibilidad de mercado.....	57
5.2	Estudio de factibilidad jurídica.....	57
5.3	Estudio organizacional.....	57
5.4	Estudio de factibilidad financiera.....	57
6	ESTUDIO DE FACTIBILIDAD DE MERCADO	59
6.1	Introducción.....	59
6.2	Caracterización del mercado del aseguramiento	60
6.2.1	Régimen contributivo nacional.....	60

6.2.2	Caracterización por período de cotización	62
6.2.3	Régimen contributivo en el Departamento y el municipio de San Estanislao	65
6.2.4	Régimen Subsidiado Nacional.....	66
6.2.5	Población pobre no asegurada.....	72
6.3	Resultado de la evaluación del mercado	72
6.4	Competidores potenciales	73
6.5	CARACTERIZACIÓN DEL MERCADO DE LOS PRESTADORES.....	73
6.6	Red de servicios del departamento de Bolívar	73
6.7	Articulación de instituciones- Subred I	74
6.8	Sistema de referencia y contrarreferencia	74
6.8.1	Red vial del departamento	74
6.8.2	Flujos de usuarios entre los diferentes nodos de la red	76
6.9	Indicadores de frecuencia de uso de servicios y demanda potencial de los servicios de baja y mediana complejidad.....	77
7	ESTUDIO DE FACTIBILIDAD TÉCNICA.....	79
7.1	Portafolio de servicios y capacidad instalada.....	79
7.1.1	Dotación necesaria.....	79
8	ESTUDIO ORGANIZACIONAL.....	85
8.1	Estructura Organizacional.....	85
8.2	Áreas de Gestión	85
8.3	Unidades funcionales	86
8.4	Estructura de procesos recomendado para la operación	87

8.5	Estructura salarial y nómina recomendada	88
8.5.1	Nómina administrativa.....	88
8.5.2	Nómina asistencial	89
9	CAPACIDAD INSTALADA Y PRODUCTIVA DEL PROYECTO.....	91
9.1	Capacidad instalada	91
9.2	Capacidad productiva	91
10	ESTUDIO DE FACTIBILIDAD FINANCIERA	93
10.1	Ingresos potenciales	94
10.2	Egresos	94
10.2.1	Gastos de funcionamiento	94
10.2.2	Gastos de Personal.....	95
10.3	Estado de resultados proyectado.....	96
10.4	Balance General	99
10.5	Inversión requerida.....	99
10.6	Retorno de inversión.....	100
11	BIBLIOGRAFÍA	102

1 PRESENTACIÓN

El presente estudio tiene por objetivo determinar la viabilidad técnica y financiera para la operación de la ESE Hospital “Ana María Rodríguez”, que presta servicios de baja complejidad en el municipio de San Estanislao de Kotska (Arenal), departamento de Bolívar y consta de cuatro componentes: estudio de mercado, viabilidad técnica, estructura organizacional y viabilidad económica.

El estudio de mercado pretende determinar qué servicios serían los más recomendables por su impacto social y por su rentabilidad, pues permite identificar la demanda potencial de servicio no satisfecha con la red existente en el municipio.

El estudio de viabilidad técnica permite determinar la capacidad instalada que se requiere, identificar el portafolio de servicios recomendable con las áreas precisas para su funcionamiento, así como la dotación requerida y el recurso humano necesario.

El estudio de estructura organizacional permite identificar las áreas funcionales, las dependencias y la estructura de procesos y subprocesos para implementar el proyecto dentro de una cultura de gestión de la calidad.

Por último, el estudio económico determina el valor de la inversión a partir de los montos previamente calculados para adecuación de la infraestructura física, dotación y capital de trabajo necesario. Este componente permite además a los inversionista evaluar el nivel de riesgo de la inversión y determinar el retorno de la misma.

El estudio sirve para atraer más inversionistas al proyecto y solicitar créditos a entidades financieras, pero más que todo, sirve de carta de navegación para su implementación, pues constituye una excelente herramienta para levantar, a partir de éste, los proyectos técnicos de planos arquitectónicos, hidráulicos, eléctricos, de gases medicinales, planeación de compras para la dotación, contratación de recurso humano administrativo y asistencial, determinación de curvas salariales, desarrollo de un sistema de información, desarrollo de un sistema de calidad y desarrollar el plan general de negocios de la ESE.

DAVID SCOTT JERVIS JÁLABE

2 INTRODUCCIÓN

Para nadie es un secreto que la atención en los hospitales públicos de Colombia se encuentra en una grave crisis debido a múltiples factores. Esta situación ha sido aprovechada por muchos para vender la idea de que lo público no es eficiente mientras lo privado sí funciona.

La crisis hospitalaria en Colombia no es un fenómeno reciente y obedece a múltiples factores tanto internos como externos en lo relacionado con su gestión.

Entre los factores relacionados con la gestión misma de los hospitales encontramos en primer lugar los asociados a su recurso humano. Fenómenos como la desmotivación por la falta de oportunidad en los pagos o bajos salarios, la falta de pertenencia por la alta inestabilidad, tercerización y gran rotación del personal son el terreno principal para abonar la gran cantidad de otros problemas que de éstos se deriva.

Otras situaciones que se derivan de la falta de capacidad técnica de su recurso humano, son las relacionadas con la ausencia de instrumentos técnicos de gestión tales como: plan de desarrollo institucional, plan de gestión gerencial, manual de contratación, manual de cargos y funciones por competencias, manual de calidad, programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, etc.

Pero las condiciones políticas y económicas del entorno propician, muchas veces unas circunstancias hostiles que dificultan la gestión en los hospitales públicos. Nos referimos a temas como la intromisión política, los intereses creados en el mercado del aseguramiento que tienden a favorecer lo privado y no lo público, la falta de celeridad en los flujos de recursos, la desconfianza de proveedores al no ver satisfechas sus expectativas en cuanto a pedidos y oportunidad en los pagos, para mencionar solo algunos.

Es por eso que un estudio de viabilidad técnica y financiera de una empresa social del estado, debe abordar el tema desde las ópticas externa e interna y eso es precisamente lo que intentamos hacer en este estudio.

En primer lugar determinamos la viabilidad técnica y después la financiera. Para el primer abordaje identificamos los instrumentos de gestión que ha de tener una empresa social del estado para contar con herramientas de gestión hospitalaria y luego realizamos un diagnóstico de la ESE Hospital Local “Ana María Rodríguez” de San Estanislao a la luz del deber ser.

Para determinar la viabilidad financiera es necesario responder a cuestiones como las siguientes: ¿Cuántos servicios es capaz de vender el hospital? ¿Cuál es su capacidad instalada total? ¿Cuál es su capacidad productiva real? ¿Cuál es su mercado potencial? ¿Cuánto de sus servicios están dispuestos a comprar las aseguradoras del mercado?

3 MARCO CONCEPTUAL

3.1 TENDENCIAS INTERNACIONALES EN MATERIA DE HOSPITALES PÚBLICOS

3.1.1 Evolución histórica de los hospitales

Con la intención de brindar un panorama de lo que ha sido la evolución de los hospitales en el mundo, quiero hacer un breve recorrido por lo que ha sido la historia del desarrollo de este tipo de institución.

El Siglo XIX se caracterizó por una etapa de beneficencia, en la que los hospitales se encontraban en poder de órdenes religiosas y fundaciones. Durante esta etapa los hospitales se caracterizaban por el espíritu caritativo hasta el punto de poder considerarse literalmente como “almacenes de enfermos” y se denominaban sanatorios.

Esta condición de los hospitales existió hasta mediados Siglo XX, cuando el Estado asigna presupuestos públicos a dichas instituciones con la intención de garantizar las atenciones sanitarias a los pobres y a trabajadores menos remunerados. Esta asignación de presupuesto públicos le concedía al estado la posibilidad de intervenir en las decisiones en cuanto a recurso humano y calidad de la atención.

En la segunda mitad del siglo XIX se desarrolla la Seguridad Social y aparecen otros recursos de financiación de los hospitales a través de las cotizaciones obreras, aportes patronales y del Estado. Los trabajadores, ahora mejor remunerados, comenzaban a ver la salud como un derecho y a exigir calidad en la asistencia sanitaria. Esto llevó a un ejercicio más liberal de la medicina aunque todavía distaba mucho de ser corporativa.

En las décadas de los cincuenta a setenta del siglo XX aparece el hospital Privado. Grupos de mayor solvencia acuden al mercado privado de seguros y se desarrolla el concepto de clínicas.

En las décadas de los ochenta y noventa sobrevienen las reformas de los sistemas de salud. Aparece una nueva concepción de gerencia pública y la Salud

Administrada (Managed care). Los hospitales se convierten en empresas altamente sofisticadas que compiten de manera autónoma en los mercados en salud.

A fines de los noventa y principios Siglo XXI se genera una nueva ola de reformas que critica severamente de las anteriores transformaciones neoliberales que dejaron la suerte de los hospitales a las fuerzas del mercado y se replantea la necesidad de que las transformaciones privilegien la equidad con eficiencia social.

Hoy, existe consenso en que los hospitales se integren en redes de asistencia social que optimicen la utilización de recursos y potencialicen la calidad en la atención. Se retoma el concepto de “Funciones Esenciales de Salud Pública” y se reaviva el interés por el rol de rectoría del Estado para corregir las imperfecciones del mercado de la salud.

3.1.2 Visión regional de Latinoamérica

Los países de Latinoamérica y del Caribe han previsto la atención en salud en sus constituciones un servicio público o de una función del Estado. Cada país ha legislado de acuerdo con sus propias características y necesidades y han producido sistemas nacionales de salud o sistemas de seguridad social.

A fin de entregar los servicios de salud los países de la región han desarrollado una red completa de hospitales públicos y centros de salud, para la cual los gobiernos han realizado inversiones importantes en infraestructura hospitalaria y en los recursos humanos requeridos para la prestación de servicios de salud.

Los hospitales de la región están organizados de manera piramidal y están clasificados de acuerdo con la complejidad de los servicios que prestan. Adicionalmente, existe un gran número de hospitales de bajo nivel de complejidad que, además de proveer servicios personales, en conjunto con las instituciones de atención primaria en salud, prestan servicios de salud pública; aparte de esto, hay un menor número de hospitales o de instituciones prestadoras de alta complejidad.

También en la región, en respuesta al proceso de descentralización, los hospitales han sido delimitados dentro de un área de influencia geográfica. Por esta razón, no es raro encontrar instituciones de salud para municipios, departamentos, distritos o nación.

En cuanto al número de instituciones de salud en la región y su capacidad de atención, la tendencia en las últimas décadas ha sido el decrecimiento en el número de camas por cada mil habitantes. Por ejemplo, México ha disminuido el número de camas de 2,2 camas por cada mil habitantes en 1964 a 1,2 en 1996; Costa Rica, para el mismo periodo, de 4,5 a 1,9; Argentina, de 6,0 a 3,3; Uruguay, de 6,4 a 4,4; Chile, de 4,3 a 2,7, y Colombia, de 2,7 a 1,5. Es interesante que Cuba ha mantenido un promedio de 5,1 camas por cada mil habitantes.

Como se observa en la siguiente Tabla, la proporción de camas en el sector público, en conjunto, es mayor que en el privado; sin embargo, cuando se compara el número de hospitales es mayor el volumen en el sector privado.

Tabla 1. Proporción de camas y hospitales por sector.

<i>Sector de afiliación</i>	<i>Hospitales</i>		<i>Camas</i>	
	Nº	%	Nº	%
Público (no seguridad social)	6.498	39,2	494.710	45,1
Público (seguridad social)	876	5,2	83.356	7,6
Privado	7.783	47,0	383.353	34,8
Filantrópico	1.284	7,8	124.923	11,4
Militar	125	0,8	11.623	1,1
TOTAL	16.566	100,0	1'097.965	100,0

Fuente: Pan American Health Organization, Hospital Directories for Latin America and the Caribbean, Washington, 1997.

Las tendencia de futuro de los hospitales viene determinada por: los nuevos avances tecnológicos, un aumento de la actividad ambulatoria, un gran desarrollo de la Cirugía Ambulatoria, la potenciación de alternativas a la hospitalización tradicional, los nuevos retos en la gestión hospitalaria: la divergencia entre el nivel de responsabilidad y el nivel de toma de decisiones, el abordaje de nuevos problemas éticos, la información y papel activo de los pacientes, la eclosión en tecnologías de información y comunicación, la necesidad de la evaluación de la calidad y de las nuevas tecnologías, y una mayor atención a la opinión y expectativas de los usuarios. Conviene tener en cuenta a la hora de realizar una reflexión estratégica sobre este tipo de organizaciones.

Veamos en qué consisten estas tendencias en Europa:

1. Nuevos avances tecnológicos, que afectan a los instrumentos diagnósticos, cuya tendencia general es hacia más información obtenida a partir de técnicas menos agresivas y de tratamiento.
2. Aumento de la actividad ambulatoria. Irá ganando en importancia toda la actividad que se realiza con los pacientes ambulatorios, por eso los hospitales se planifican como distintas áreas de diagnóstico y tratamiento, que pueden ser usadas indistintamente por pacientes ingresados o ambulatorios.
3. Gran desarrollo de la Cirugía Ambulatoria. Se dice que hasta un 60-70% de las operaciones que se hacen actualmente podrían hacerse en forma de cirugía sin ingreso, ello está determinado por los cambios recientes en cuanto a procedimientos diagnósticos no invasivos, en la endoscopia fibro-óptica y en las técnicas anestésicas. Algunas especialidades son especialmente favorables al desarrollo de estas técnicas: Oftalmología, ORL, Cirugía General, Urología y Ginecología, determinadas intervenciones de Cirugía Ortopédica, etc.
4. La potenciación de alternativas a la hospitalización tradicional, tales como la hospitalización de día, la de domicilio, la de cinco días y la de fin de semana. Los nuevos retos en la gestión hospitalaria: la divergencia entre el nivel de responsabilidad y el nivel de toma de decisiones. Esta divergencia crea conflictos causados por el hecho de que en los hospitales el poder técnico (el núcleo operacional profesionalmente autónomo) sistemáticamente limita las estrategias definidas por el poder legal (la Dirección). Esto puede ser juzgado como una debilidad de la gestión hospitalaria, pero también una fuerza al mismo tiempo, ya que crea la

posibilidad de descentralización para transferir al nivel operacional, tanto el poder técnico derivado de la capacidad de toma de decisiones, como una cierta gestión de los recursos y del presupuesto, que actualmente se llevan de una manera muy centralizada.

5. El abordaje de nuevos problemas éticos. Una atención sanitaria cada vez más compleja irá presentando crecientes problemas en su ejercicio. Los hospitales como institución y los profesionales individuales cada vez se enfrentarán más a problemas del tipo de los siguientes: consentimiento informado, rechazo al tratamiento, respeto a la intimidad, resucitación de pacientes no viables, intervenciones con escasas probabilidades de éxito, etc.
6. Información y papel activo de los pacientes. El modelo de autonomía del paciente, del que deriva el “consentimiento informado” ha introducido una idea básica en la relación médico - paciente: “la idea de que la toma de decisiones debe llevarse a cabo cooperativamente entre el médico y el paciente, concediendo en caso de conflicto un mayor peso a la decisión del paciente”.
7. La eclosión en tecnologías de información y comunicación. La necesidad de la evaluación de la calidad y de las nuevas tecnologías. La evaluación de la calidad es cada vez más un método de medir la actividad de los hospitales. Se requiere la evaluación objetiva de la utilidad de los procedimientos diagnósticos y de las terapias.
8. La mayor atención a la opinión y expectativas de los usuarios. Se hace necesario ocuparse cada vez más de las necesidades de los usuarios y el grado de satisfacción de los mismos

3.1.3 Consensos internacionales en materia de gestión hospitalaria

Después de largos debates y foros internacionales auspiciados por la OMS y la OPS, se han generado algunos consensos internacionales en materia de gestión hospitalaria:

1. Enfocar la atención de enfermos agudos y críticos
2. Contener crecimiento de camas o reducir las mismas
3. Basar el desempeño hospitalario en las mejores evidencias científicas
4. Realizar una gestión financiera sostenible.
5. Enfatizar los cuidados especializados ambulatorios y extra hospitalarios.
6. Propiciar la integración de redes hospitalarias.
7. Propiciar el trabajo hospitalario en equipo.
8. Adoptar guías pautadas (protocolos) de atención médica.
9. Incentivar la contención de costos hospitalarios, mediante protocolos de atención y centros de costos.
10. Procurar la integración horizontal y vertical de servicios.
11. Fortalecer los sistemas de información para la gestión hospitalaria.
12. Procurar de manera prudente el uso de nuevas tecnologías para reducir la estancia hospitalaria: ingreso domiciliario, cirugía ambulatoria y de mínimo acceso, cuidados post egreso, rehabilitación en el hogar y comunitaria (hospital sin paredes)
13. Establecer unidades diagnósticas y terapéuticas extra hospitalarias: diálisis, oncología, cardiovasculares, endocrinológicas, unidades obstétricas, para manejo ambulatorio de pacientes.
14. Estimular la rendición de cuentas y la gestión social de los servicios.
15. Exigir para el ejercicio de la gerencia hospitalaria como mínimo estudios de especialidad, maestría u otros estudios de postgrados como requisito para liderar estas instituciones.

16. Procurar la integración de la docencia, la asistencia y la investigación.

3.1.4 La crisis hospitalaria en Colombia

La crisis hospitalaria pública en Colombia no es un fenómeno sencillo; se trata de un problema multicausal que viene exacerbándose con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Entre las múltiples causas podemos identificar: el crecimiento desmesurado de las plantas de personal, las nóminas paralelas, los despilfarros, actos de ineficiencia administrativa y franca corrupción, falta de una política pública hospitalaria, convenciones colectivas que desangran el presupuesto, modalidad de contratación de servicios que incentivan la ineficiencia, transformación de subsidios de oferta en subsidio a la demanda, régimen de transición prolongado en la seguridad social, la proliferación de IPS privadas, la falta de universalidad en el aseguramiento y otros más.

Es importante aclarar que la crisis no se le puede imputar en su totalidad a la expedición de la ley 100 de 1993. Partiendo de la década de los setenta, podemos observar cómo se construyen hospitales de tercer nivel bien dotados con recursos del Fondo Nacional Hospitalario. Estas enormes construcciones requerían de una buena medida de recursos tan sólo para el mantenimiento de la infraestructura física, por lo que el gobierno expide la medida obligatoria de destinar cada año por lo menos el 5% de los presupuestos hospitalarios para su mantenimiento. Tal medida no fue aplicada de manera juiciosa por lo que los hospitales se empezaron a deteriorar ante la indolente mirada de las clases dirigentes.

A este fenómeno debemos añadirle las negociaciones irresponsables de convenciones colectivas que otorgaron beneficios insostenibles a los trabajadores hasta llegar a la alarmante cifra de 27,9 salarios al año por cada trabajador.

Por otro lado, no debemos subestimar el problema de corrupción por parte de usuarios, trabajadores y directivos de hospitales que conllevó a la merma paulatina de los equipos médicos, los suministros y dotación hospitalaria y hasta la misma comida de los pacientes.

A este fenómeno debemos sumar la “politiquería” que conduce a burocratización innecesaria desde las mismas Direcciones Seccionales de Salud. Para la muestra

baste un botón: el tristemente célebre Hospital Universitario de Cartagena, que fue el primero de los Hospitales Universitarios en cerrarse, llegó a tener 800 trabajadores de planta y 200 supernumerarios, cuando bien pudo haber funcionado con unos 500 empleados.

El incremento de 18.632 empleados en el Sector Salud oficial del país entre 1994 y 1997, contribuyó a originar, junto con la nivelación salarial iniciada en 1995, el déficit sostenido de los hospitales públicos del país.

La nómina oficial de los departamentos ascendió de 86.693 funcionarios en 1994 a 105.235 en 1997. En tiempos completos el incremento fué de 84.504 en 1994 a 102.325, es decir 17.821 tiempos completos equivalentes, según reveló el "Censo del Recurso Humano y Dinámica Salarial del Sector Salud Oficial", publicado por el Ministerio de Salud y difundido en la XXVII edición de Salud Colombia.

La publicación, entre cuyos autores figura la exministra de salud, Maria Teresa Forero de Saade, revelaba igualmente que el salario básico promedio de los funcionarios del sector ascendió en el periodo 1994-1997 de 223.418 pesos a 546.166. En pesos constantes de 1997, el aumento va de 397.957 a 546.166 pesos, es decir significa el 37.24% en términos reales, (48,5% menciona el estudio) sin contar las prestaciones ni la prima de productividad implantada, como tampoco la nivelación de 1998.

Es necesario precisar, sin embargo, que la conversión en de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado y el énfasis y desarrollo de los sistemas administrativos y de facturación, generó necesariamente un incremento de la planta de personal de las instituciones a partir de 1995. Igualmente la bonanza de recursos de 1993 a 1995 había generado incrementos de personal.

Sin duda, la descentralización y autonomía para los nombramientos, sin mayores responsabilidades en un comienzo, y los intereses clientelistas, que han operado y siguen operando sobre las instituciones de salud, fueron igualmente las causas del crecimiento exagerado de las nóminas.

Otro de los factores agravantes de la crisis ha sido la proliferación no planificada de IPS del sector privado, algunas de las cuales creadas en viviendas no edificadas para ser hospitales, que con improvisadas remodelaciones y la complicidad de los

organismos de inspección, vigilancia y control han sido habilitadas para funcionar y competir con al red pública. Este crecimiento en el número de IPS no ha obedecido a la iniciativa planificada del Estado sino al interés particular de hacer empresa. Sencillamente, las deficiencias de la red pública ha sido interpretada por el sector privado como oportunidades de creación de negocios que satisfagan la demanda de servicios.

Por otro lado, la integración vertical, es decir la posibilidad de que los aseguradores cuenten con IPS propias, ha generado un fenómeno de sobre oferta de servicios en algunas ciudades y carencia en otras, así como la pérdida de oportunidades de acceso al mercado por parte de los hospitales públicos.

Todos estos problemas ya existían antes de la expedición de la Ley 100 de 1993; sin embargo, con el cambio de modelo de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda, esta crisis latente se hizo evidente. La velocidad de transformación de recursos de oferta a demanda superó la de los hospitales para realizar los ajustes institucionales necesarios para subsistir a expensas de la facturación de servicios, lo que llevó a una mengua progresiva de recursos durante el régimen de transición de la ley y a la consecuente parálisis de muchos servicios.

La disminución en pesos constantes de la Rentas Cedidas comenzó a partir de 1996, por el mal comportamiento de loterías y licoreras departamentales. La reducción del Situado Fiscal comenzó en 1997, pero ha sido especialmente dramática la reducción de la disponibilidad de estos recursos para la prestación de servicios.

Tres conceptos específicos del gasto que deben extraerse previamente del Sistema General de Participaciones de oferta son responsables de esta reducción. El concepto principal lo constituye el Sistema General de Participaciones sin situación de fondos para prestaciones y aportes patronales, que para 1999 ya representaba el 37% del total del rubro que entonces se denominaba Situado Fiscal. Esta obligación, que ha sustraído tan importante porcentaje de recursos antes dedicados a los pacientes no fue debidamente estimado.

En segundo lugar se encuentra la transformación de recursos de oferta a la demanda, que absorbe para 1999 el 16% del Situado Fiscal. Este porcentaje, muy inferior al del mandato legal inicial, pero ajustado a la reglamentación expedida

posteriormente, ha podido ser compensado por la venta de servicios a las EPS y ARS, aunque no por igual en los distintos niveles de complejidad.

En tercer lugar se cuentan los recursos para Promoción y Prevención, que por Ley deben representar el 10% del Situado Fiscal, los cuales sólo alcanzaban un 4% en 1996 y superan el 8% a partir de 1998.

La Ley 100 de 1993 destinó nuevos recursos al financiamiento del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud. El primero de ellos el 1% que aportan todos los cotizantes del Régimen Contributivo, el único que se está cumpliendo a cabalidad. El segundo, los recursos que el Gobierno debía girar a la Cuenta de Solidaridad, en igual cuantía al aportado por los trabajadores, para el financiamiento del Régimen Subsidiado, que se vienen esfumando progresivamente, sin importar las presiones en sentido contrario, de los sindicatos en el Plan Nacional de Desarrollo, o de la Corte Constitucional.

En la práctica se vienen acercando a cero, pues aún si por orden de la Corte se deben incorporar al presupuesto, siempre queda el recurso de aplazar el compromiso o, cumplirlo nominalmente, incluyendo tales dineros en el presupuesto, pero retirándolos posteriormente como recursos no ejecutados.

El tercer aporte contemplado en la Ley, derivado de la riqueza petrolera de Cusiana y Cupiagua ha sido burlado en su totalidad, a pesar de que se atraviesa por una bonanza en el precio internacional del crudo.

Si bien la transición de recursos de la oferta a la demanda, es decir la reducción de un porcentaje del Sistema General de Participaciones y las rentas cedidas que pasaron a financiar el Régimen Subsidiado han podido ser compensadas globalmente por las ventas de los hospitales a las Administradoras del Régimen Subsidiado y por mayores ventas a las EPS del Régimen Contributivo, existen grandes diferencias entre las instituciones y por regiones.

Resultó poco menos que absurda la decisión plasmada en la ley 344 de 1996 de aplicar a rajatabla porcentajes de reducción de los presupuestos de oferta que financian los hospitales en todos los departamentos, sin contemplar la muy diferencial e inequitativa cobertura del Régimen Subsidiado en el país, sin

considerar igualmente las inequidades previas en la disponibilidad de recursos de oferta frente a la población con necesidades básicas insatisfechas.

Aunque el proceso de transformación aplicado sin criterio alguno fue finalmente detenido por la Ley del Plan de Desarrollo, dejó sensibles heridas especialmente en los hospitales de la Costa Atlántica y los departamentos con altos niveles de pobreza y baja cobertura del Régimen Subsidiado. También generó excesos presupuestales y de gasto en algunas regiones, especialmente en instituciones del primer nivel, verdadero doble pago por la atención a la población pobre que después es difícilmente reducible.

Esta situación se ve agravada por la Ley 715 de 2001, que exige en su artículo 51 que se contraten como mínimo un 40 o 50% de los recursos del Régimen Subsidiado de Salud. Este artículo ha sido interpretado por la mayoría como una obligación de contratar con la red de primer nivel de atención lo que ha generado grandes ingresos a los hospitales de baja complejidad y dejado exangües a los de mediana y alta complejidad.

Sin duda, pese a los esfuerzos desarrollados desde el Ministerio de la Protección Social, a través del Programa de Mejoramiento y el truncado Programa de Sistemas Municipales de Salud, el grado de desarrollo administrativo de muchas instituciones hospitalarias sigue dejando mucho que desear.

Constituyen aún verdaderas islas o excepciones las instituciones con buen manejo gerencial y alto desarrollo administrativo. Las razones tienen que ver con muchos aspectos, desde la inercia de viejas entidades públicas, que simplemente gastaban los recursos enviados por la nación, pasando por el componente político de los nombramientos, a pesar de la mejoría en la estabilidad de los gerentes, hasta la constitución de Juntas Directivas sin capacidad real de supervisar y asesorar a la gerencia. También con el bajísimo nivel de exigencia y formación de los gerentes en muchos de los actuales postgrados de administración y gerencia hospitalaria.

El modelo único de dirección y administración de las Empresas Sociales del Estado, así como el modelo único de gestión, implantados desde el nivel nacional no sirven para estimular a las regiones. La competencia de modelos de gestión hospitalaria, como se da entre regiones de otros países, podría generar alternativas y desarrollos válidos, con colaboración de las universidades, de los gremios, de las

empresa privada o de los mismos trabajadores organizados, esquemas capaces de superar las dificultades del modelo actual, impuesto por la normatividad central. Los departamentos y distritos deberían ser progresivamente liberados para reestructurar totalmente estas instituciones, según sus circunstancias y posibilidades.

No se requieren muchas explicaciones para comprender que el atraso en los pagos de cientos de miles de millones a los hospitales por parte de las Empresas Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado, agrava la situación de las instituciones, incorporando al déficit presupuestal un serio problema de liquidez. Las cuentas de cobrar que equivalen al 20% del presupuesto anual de la institución u ocho meses de venta de servicios en promedio, de acuerdo con la evaluación realizada por la Superintendencia Nacional de Salud, sin duda afectan el funcionamiento de las instituciones.

Aunque aún puedan citarse otras causas menos importantes, es necesario señalar que llevados los hospitales a complicadas situaciones de déficit (400.000 millones según señalaban los Ministros de Salud y Hacienda, además de grave situación de iliquidez (aprox 300.000 millones en cuentas a más de 90 días), las posibilidades de operar de los hospitales se vuelven realmente difíciles.

Ante la disminución de recursos, se ven afectados los rubros de suministros y servicios generales, dada el inelástico comportamiento de los gastos de personal. Entre 1996 y 1997 se redujeron del 27 al 24% en promedio y la crisis siguió profundizándose. Algunos hospitales, en peor situación, han visto cerrarse definitivamente las puertas de los proveedores, por lo cual todos los principios de eficiencia en los servicios y todas las posibilidades de aumentar los ingresos por venta de servicios se van a pique.

Cuando los hospitales llegan a este punto de crisis, la situación se torna irreversible con las medidas normales, deviene el cierre progresivo de los servicios de la institución, hasta llegar al no pago de salarios y, entonces, deben entrar en juego medidas de emergencia.

Llevados progresivamente a situaciones más profundas de crisis, los hospitales públicos perderán progresivamente la capacidad de competir (de la que partieron) con las instituciones privadas, frente a los usuarios y a las Empresas Promotoras de

Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado, lo que significará la imposibilidad de subsistir a mediano plazo.

Señalados estos puntos, cabe concluir que el problema de los hospitales públicos es, en última instancia, el problema del Sistema y debe ser abordado desde esta compleja perspectiva, de modo que el hecho de recortar el gasto de personal o el de conseguir partidas presupuestales, pueden servir para solucionar la crisis inmediata, pero no se constituyen en la verdadera solución, definitiva y de largo plazo, para las Empresas Sociales del Estado.

3.2 CONCEPTOS GENERALES SOBRE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

3.2.1 Naturaleza

El artículo 194 de la Ley 100 de 1993 reza: "Naturaleza. La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo."

3.2.2 Régimen jurídico

El artículo 195 de la Ley 100 de 1993 reza: "Régimen jurídico. Las Empresas Sociales de Salud se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. El nombre deberá mencionar siempre la expresión "Empresa Social del Estado"
2. El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.
3. La junta o consejo directivo estará integrada de la misma forma dispuesta en el artículo 19 de la ley 10 de 1990

4. El director o representante legal será designado según lo dispone el artículo 192 de la presente ley.
5. Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales, conforme a las reglas del capítulo IV de la ley 10 de 1990.
6. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.
7. El régimen presupuestal será el que se prevea, en función de su especialidad, en la ley orgánica de presupuesto, de forma que se adopte un régimen de presupuestación con base en el sistema de reembolso contra prestación de servicios, en los términos previstos en la presente ley.
8. Por tratarse de una entidad pública podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.
9. Para efectos de tributos nacionales, se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

La ley 489 de 1998, en su artículo 83 establece: Las empresas sociales del Estado, creadas por la Nación o por las entidades territoriales para la prestación en forma directa de servicios de salud se sujetan al régimen previsto en la Ley 100 de 1993, la Ley 344 de 1996 y en la presente ley en los aspectos no regulados por dichas leyes y a las normas que las complementen, sustituyan o adicionen.

3.2.3 Régimen de contratación

Como hemos visto en el artículo 195 de la ley 100 de 1993, en su numeral 6º establece el régimen privado como aquel aplicable a las Empresas Sociales del Estado. El decreto 1876 de 1994, en su artículo 16, ratifica el régimen jurídico de los contratos afirmando que se aplicarán las normas del Derecho Privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas sobre la materia y que podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.

El decreto 536 de 2004¹ establece que las Empresas Sociales del Estado de las entidades territoriales, podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros o convenios con entidades públicas o privadas, o **a través de operadores externos**.

Con relación al régimen de contratación de las Empresas Sociales del Estado, existe un concepto del Consejo de Estado² que de manera clara muestra el alcance de la aplicación de las normas del derecho civil y las condiciones que se generan cuando se hace uso de las cláusulas excepcionales del estatuto de contratación pública.

Conforme al artículo 194 de la ley 100 de 1993³ la prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las empresas sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos⁴. En lo pertinente, estas entidades también son reguladas por la ley 344 de 1996.

Del régimen jurídico a que están sometidas, se destaca lo dispuesto en el artículo 195 de la ley 100 de 1993 :

" 2. El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.

"6. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública."⁵ (Se destaca)

¹ Aunque fue declarada la nulidad del Decreto 536 de 2004 por el Honorable Consejo de Estado Sala Contencioso Administrativa de fecha 19 de agosto de 2010, en la reciente Ley 1438 de 2011, que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se declara de manera taxativa la viabilidad jurídica de la tercerización por parte de las empresas sociales del estado.

² Radicación 1263 de 2000 Consejo de Estado - Sala de Consulta y Servicio Civil, Fecha de Expedición: 06/04/2000; Fecha de Entrada en Vigencia: 06/04/2000

³ Los artículos 194 a 197 fueron declarados exequibles en sentencia C-408/94.

⁴ En forma anti técnica el artículo 83 de la ley 489 de 1998 expresa que estas empresas son creadas por la nación y por las entidades territoriales. Las crean la ley, las asambleas o los concejos.

⁵ El decreto 1298/94 - declarado inexecutable mediante sentencia C- 255 de 1995 - contenía el Estatuto orgánico del Sistema general de seguridad social. El decreto 1876 que reglamentó los artículos 96, 97 y 98 del mismo, relacionados con las empresas sociales del Estado, como consecuencia de tal declaratoria decayó.

Teniendo en cuenta que el estatuto general de contratación de la administración pública, ley 80 de 1993 , se publicó el 28 de octubre del mismo año en el Diario oficial N° 41.094, no era posible que previera dentro de las entidades estatales sujetas a su reglamentación a las empresas sociales del Estado, creadas por la ley 100. Sin embargo, y a pesar de no existir duda acerca de su naturaleza pública, ellas no están sujetas en el cumplimiento del objeto a tal estatuto, pues el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100, publicada el 23 de diciembre de 1993 - Diario Oficial N° 41.148 -, únicamente remitió al mismo para efectos de la aplicación discrecional de las cláusulas exorbitantes.

En principio, por ser las empresas sociales del estado entidades estatales y constituir la ley 80 un estatuto denominado "general de contratación de la administración pública", pudiera concluirse que su aplicación es universal para toda clase de entes públicos; sin embargo, tal apreciación no se compeadece con la potestad del legislador para establecer excepciones a tal régimen, como lo hizo en el caso de estas empresas.⁶

El carácter excepcional de la regulación, se refleja inequívocamente en la locución "discrecionalmente", ya que mientras los demás contratos estatales deben, de manera general, contener tales cláusulas⁷, en los sometidos al régimen de las empresas sociales sólo se pactarán cuando así estas lo dispongan. Además, si con dicha expresión al Estado se le otorga la facultad para pactar o imponer las referidas cláusulas, sin distinguir su razón, es porque a él se reserva el privilegio de incluirlas cuando lo estime conveniente, esto es, cuando las reglas de derecho privado no le otorguen la garantía para la prestación del servicio público correspondiente.

Por lo demás, dicha discrecionalidad encuentra su fundamento en la multiplicidad de objetos contractuales que pueden incidir o no en la prestación del servicio público, circunstancia que la administración deberá tener presente al momento de determinar si incluye o no las cláusulas excepcionales.

⁶ Por ejemplo: La ley 226 de 1995, excluye del estatuto contractual los procesos de enajenación de la propiedad accionaria (art. 2°); según la ley 142 de 1994, las entidades estatales que presten los servicios públicos a los que se refiere la ley y que tengan por objeto su prestación "se regirán por el parágrafo 1° del artículo 31 de la ley 80 de 1993 y por la presente ley, salvo en lo que la presente ley disponga otra cosa".

⁷ Parágrafo del art. 14 de la ley 80/93 señala los contratos en los cuales se prescinde de la utilización de las cláusulas excepcionales.

De esta manera, al disponer la ley 100 de 1993 en el numeral 6° del artículo 195, la utilización discrecional de las cláusulas excepcionales, excluyó la aplicación general y común de las normas de la ley 80. El régimen de derecho privado de la contratación propio de las demás entidades estatales, aparece consagrado en el artículo 13 de la ley 80, conforme al cual "los contratos que celebren las entidades a que se refiere el artículo 2° del presente estatuto se regirán por las disposiciones comerciales y civiles pertinentes".

En consecuencia, por voluntad del legislador, ni los principios de la contratación estatal, ni normas distintas a las que regulan las cláusulas exorbitantes, deben aplicarse obligatoriamente por las empresas sociales del Estado. Es forzoso concluir entonces, que el régimen de contratación de estas empresas es de derecho privado, con aplicación excepcional de las cláusulas mencionadas.

La Sala reitera esta posición doctrinaria vertida en la Consulta N° 1.127, del 20 de agosto de 1998, según la cual :

"Por regla general, en materia de contratación las Empresas Sociales del Estado se rigen por las normas ordinarias de derecho comercial o civil. En el caso de que discrecionalmente, dichas empresas hayan incluido en el contrato cláusulas excepcionales, éstas se regirán por las disposiciones de la ley 80 de 1993. Salvo en este aspecto, los contratos seguirán regulados por el derecho privado". (Resalta la Sala)

Sin embargo, estima pertinente aclarar que cuando tales empresas, hipotéticamente tuvieran que celebrar los contratos a que se refiere el artículo 32 de la ley 80, no es pertinente dar aplicación a disposiciones distintas a las de derecho privado.⁸

Con todo, que el estatuto contractual no se aplique sino en punto a las cláusulas excepcionales, conforme al numeral 6° del artículo 195 de la ley 100, no significa que los administradores y encargados de la contratación en las empresas en cuestión, puedan hacer caso omiso de los preceptos de los artículo 209 de la Constitución, 2° y 3° del C.C.A.

Disponen tales normas:

⁸ Los artículos 13 y 31 de la ley 80/93 hacen obligatoria la aplicación de la ley 80/93, para las demás entidades estatales. con algunas excepciones.

"Artículo. 209. La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones".

"Artículo 2°. Los funcionarios públicos tendrán en cuenta que la actuación administrativa tiene por objeto el cumplimiento de los cometidos estatales como lo señalan las leyes, la adecuada prestación de los servicios públicos y la efectividad de los derechos e intereses de los administrados, reconocidos por la ley".

"Artículo 3°. Las actuaciones administrativas se desarrollarán con arreglo a los principios de economía, celeridad, eficacia, imparcialidad, publicidad y contradicción y, en general, conforme a las normas de esta parte primera."

Este último precepto regula el alcance y contenido de cada uno de los principios mencionados; a estos y a las demás disposiciones deberán los administradores de las empresas sociales del Estado ajustar su actividad contractual.

En igual forma y en desarrollo de los mismos preceptos, los principios universales - asociados al interés general -, contenidos en la ley 80 de 1993 y relacionados con los fines de la contratación estatal (art. 3°), con los derechos y deberes de las entidades estatales y de los contratistas (arts .4° y 5°), la capacidad (6°), así no estuvieran vertidos en mandatos legales, deben presidir la contratación en las empresas mencionadas, pues son postulados que tocan con la moralidad, la continuidad y prestación eficiente de los servicios públicos, y con la garantía de los derechos de los administrados-usuarios.

Del mismo modo, la responsabilidad de los administradores de las empresas sociales del Estado, se regirá directamente por las previsiones del artículo 90 de la Constitución, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 80, que recoge parcialmente los alcances del precepto constitucional.⁹

⁹ Según el art. 50 las entidades responden de las actuaciones, abstenciones, hechos u omisiones antijurídicos que les sean imputables y que causen perjuicios a sus contratistas. En sentencia C-333/96 se declaró constitucionalidad de éste precepto, a condición de entender que "el artículo 50 de la Ley 80 de 1993 no constituye el fundamento único de la responsabilidad patrimonial del Estado en el campo contractual, por lo cual el artículo 90 de la Constitución es directamente aplicable en esta campo"

Sin que haya lugar a recurrir al ordinal 8° del artículo 24 de la ley 80, es evidente que, en los procesos de contratación de estas empresas, no se podrá actuar con desviación de poder y que las competencias se ejercerán "exclusivamente para los fines previstos en la ley", pues ello emana de los principios contenidos en los artículos 121 y 209 constitucionales y 2° y 3° del C.C.A.

3.2.3.1 Régimen de inhabilidades e incompatibilidades

En punto al régimen de inhabilidades e incompatibilidades y por estar interesada en ello la moralidad pública, como lo previene el artículo 42 del Código Único Disciplinario - "se entienden incorporadas a este Código las incompatibilidades e inhabilidades previstas en la Constitución y la ley"¹⁰, a los servidores de estas empresas que celebren contratos, habrá lugar a aplicarles, en los casos concretos, las causales que resulten pertinentes, así como las otras incompatibilidades previstas en el artículo 44 ibídem, en lo que fuere menester.

3.2.3.2 Alcance de las cláusulas exorbitantes

Si bien los contratos están sometidos al derecho privado por disposición legal, la facultad discrecional de pactar las cláusulas exorbitantes dota, a los administradores de las empresas sociales del Estado, de herramientas especiales para garantizar determinados fines, obviamente dentro de la órbita del interés general que mueve a la administración al contratar.

En efecto, la interpretación, la modificación y la terminación unilaterales (arts. 15 a 17 de la ley 80/93), así como la caducidad del contrato (art. 18 ibídem), permiten al contratante estatal hacer derivar efectos precisos al contrato, en procura de la protección de los intereses públicos.¹¹

Pactadas algunas de las cláusulas exorbitantes, la administración - de no lograr acuerdo para dirimir las discrepancias surgidas en la ejecución del contrato y que pueden conducir a la paralización o afectación grave del servicio -, puede interpretar mediante acto motivado las estipulaciones o cláusulas objeto de la diferencia, o modificar el contrato, suprimiendo o adicionando obras, trabajos, suministros o servicios; o disponer la terminación anticipada del contrato, en los eventos señalados en el artículo 17 de la ley 80.

¹⁰ Declarado exequible, salvo la locución "y los reglamentos administrativos" en Sentencia C-448 /98.

¹¹ También son exorbitantes las cláusulas de sometimiento a las leyes nacionales y de reversión. La Consulta radicada bajo el N° 1.127 , se refiere en general ellas.

Es una rica gama de potestades especiales, que tienen por virtud sustraer del régimen común de la contratación entre particulares a los contratos celebrados por las empresas sociales del Estado y le permiten un manejo adecuado de las circunstancias en que se desenvuelve la ejecución de los mismos.

Ahora bien, que no sea aplicable la ley 80 sino en las condiciones anotadas, no implica que sus representantes o quienes tengan las funciones de adelantar los procedimientos de contratación, puedan abstenerse de realizar los estudios y evaluaciones necesarios y de tomar todas las medidas indispensables para asegurar los intereses del Estado, los que siempre están presentes en la actividad de los entes públicos, por el sólo hecho de tener ellos ésta naturaleza, indisolublemente asociada al interés general, máxime cuando de por medio está la prestación directa de los servicios públicos de salud por la Nación y las entidades territoriales.

Lo anterior significa que el régimen de contratación de derecho privado no restringe el alcance del principio de prevalencia del interés general - que hace parte de aquellos que dan fundamento filosófico y político a la República -, ni el de los fines del Estado, como tampoco del principio de responsabilidad por omisión o extralimitación en el ejercicio de funciones por parte de los agentes de la administración contratante.

Si no se estipulan cláusulas exorbitantes, procede la aplicación de las normas de derecho privado, contenidas en los códigos civil y comercial, o de las contenidas en disposiciones especiales.

Al respecto, el Consejo de Estado ha conceptuado:

a) Sólo cuando las empresas sociales del Estado han pactado las cláusulas excepcionales o exorbitantes, a las que alude el numeral 6° del artículo 185 de la ley 100 de 1993, pueden ellas modificar unilateralmente las condiciones del contrato. Si contrariando esta limitación lo hacen, se someten a las reglas generales que regulan la ejecución y cumplimiento de los contratos.

b) Por fuera de las contingencias o riesgos inherentes a todo contrato, la igualdad o equivalencia de éste podría verse alterada por causas no imputables a quien resulte afectado. Esas causas pueden provenir de su modificación unilateral; o de aquellas

que hacen aplicable la teoría de la imprevisión, reconocida por el Código de Comercio (art. 868), o de actuaciones de órganos del Estado en ejercicio de sus funciones. Será el juez competente - ordinario o árbitros - el encargado de resolver el asunto conforme a lo que se pruebe.

c) Si se prueba que la imposibilidad de cumplir el objeto del contrato se produce por razones exógenas, no previsibles con anterioridad a su celebración, y por tanto extraordinarias, de no existir acuerdo entre las partes para dirimir la controversia, corresponderá al juez establecer si existió concurrencia de culpas y el grado de responsabilidad que cabe a cada una de ellas. Siempre existirá la posibilidad, mediante el procedimiento de la conciliación, de compensar los gastos o de reconocer aquellos que resulten a favor de una de las partes, de conformidad con la ley.

d) Si existe acuerdo entre las partes podrán conciliarse las diferencias, asumiendo cada una de ellas los costos provenientes de una imprevisión que eventualmente puede ser compartida. De lo contrario será el juez competente quien decida el grado de culpa y la indemnización que corresponda.

e) La conciliación es procedente en la etapa prearbitral, como también lo es en la arbitral, con la consecuencia del pago de los honorarios en este caso. La conciliación fijará las circunstancias que dieron origen a las diferencias y el alcance de la materia conciliada.

La materia de la conciliación puede referirse a los gastos causados y pagados por ambas partes, así como a las compensaciones que ordena la ley o que voluntariamente se acuerden, conforme a lo probado.

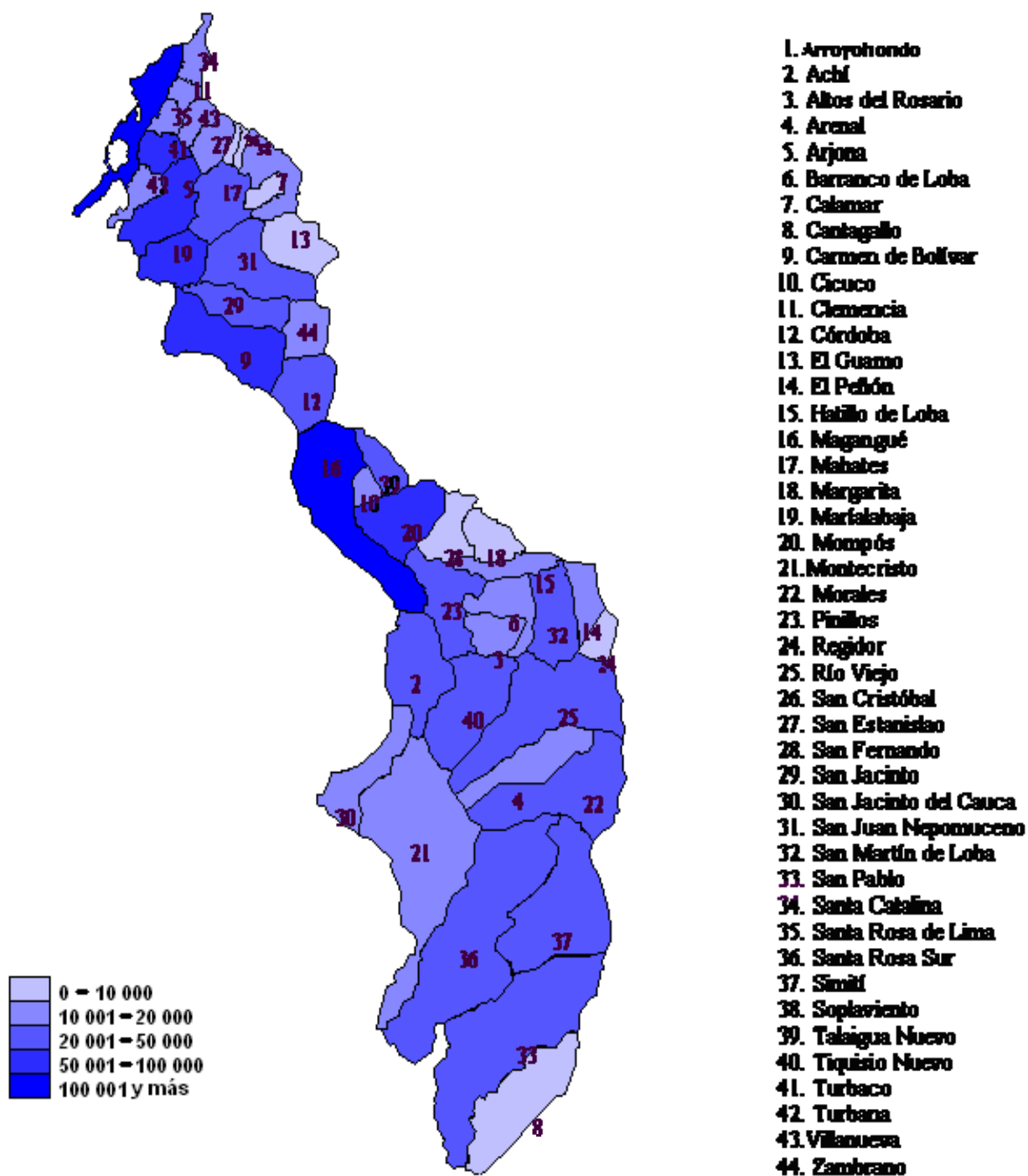
f) La responsabilidad patrimonial personal y las causales de exoneración de los agentes del Estado que intervinieron en el proceso de contratación se encuentran consagradas en la ley y la decisión al respecto corresponderá al tribunal de arbitramento, el que tendrá en cuenta la eventual conciliación realizada.

g) Como quiera que la cláusula compromisoria deroga la jurisdicción ordinaria competente y permite al tribunal de arbitramento asumir la jurisdicción arbitral, corresponde a ésta no solo interpretar sino fijar la competencia que le otorga dicha cláusula. En desarrollo de esa competencia y en virtud de la eventual conciliación,

corresponde al tribunal precisar y dar alcance a su competencia cuando se escinde la pretensión principal que dio origen al tribunal con la pretensión que surge del llamamiento en garantía.

3.3 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DEPARTAMENTO

3.3.1 Municipios Del Departamento De Bolívar



3.3.2 Población del departamento de Bolívar 2010

3.3.2.1 Población general por área

Tabla 2. Población del departamento de Bolívar 2010

Código municipio	Municipio	TOTAL	ÁREA URBANA	ÁREA RURAL
13001	Cartagena	923.219	876.334	46.885
13006	Achí	20.585	3.547	17.038
13030	Altos del Rosario	11.982	6.247	5.735
13042	Arenal	16.338	4.297	12.041
13052	Arjona	63.736	50.080	13.656
13062	Arroyohondo	9.091	5.639	3.452
13074	Barranco de Loba	15.835	5.259	10.576
13140	Calamar	21.394	11.758	9.636
13160	Cantagallo	8.206	3.542	4.664
13188	Cicuco	11.075	7.045	4.030
13212	Córdoba	12.823	3.378	9.445
13222	Clemencia	11.900	9.332	2.568
13244	El Carmen de Bolívar	69.714	52.638	17.076
13248	El Guamo	7.770	4.203	3.567
13268	El Peñón	8.231	3.063	5.168
13300	Hatillo de Loba	11.544	2.984	8.560
13430	Magangué	121.727	81.721	40.006
13433	Mahates	23.667	8.955	14.712
13440	Margarita	9.449	1.659	7.790
13442	María La Baja	45.949	18.656	27.293
13458	Montecristo	18.101	8.283	9.818
13468	Mompós	42.133	23.548	18.585
13473	Morales	19.230	5.173	14.057
13549	Pinillos	23.322	2.479	20.843
13580	Regidor	9.265	3.447	5.818
13600	Río Viejo	21.631	6.754	14.877
13620	San Cristóbal	6.566	5.095	1.471
13647	San Estanislao	15.530	11.183	4.347
13650	San Fernando	13.154	2.790	10.364
13654	San Jacinto	21.474	19.939	1.535
13655	San Jacinto del Cauca	11.601	2.949	8.652
13657	San Juan Nepomuceno	32.660	24.660	8.000
13667	San Martín de Loba	14.960	6.259	8.701
13670	San Pablo	28.668	23.518	5.150
13673	Santa Catalina	12.332	4.423	7.909
13683	Santa Rosa	19.393	12.921	6.472
13688	Santa Rosa del Sur	36.209	16.396	19.813
13744	Simití	19.034	7.618	11.416
13760	Soplaviento	8.314	8.039	275
13780	Talaigua Nuevo	11.148	5.050	6.098
13810	Tiquisio	19.597	4.867	14.730
13836	Turbaco	65.576	60.288	5.288
13838	Turbaná	13.862	12.534	1.328
13873	SAN ESTANISLAO	18.153	16.413	1.740
13894	Zambrano	11.168	9.999	1.169

Fuente: DANE

Población Bolívar por grupos etarios 2010

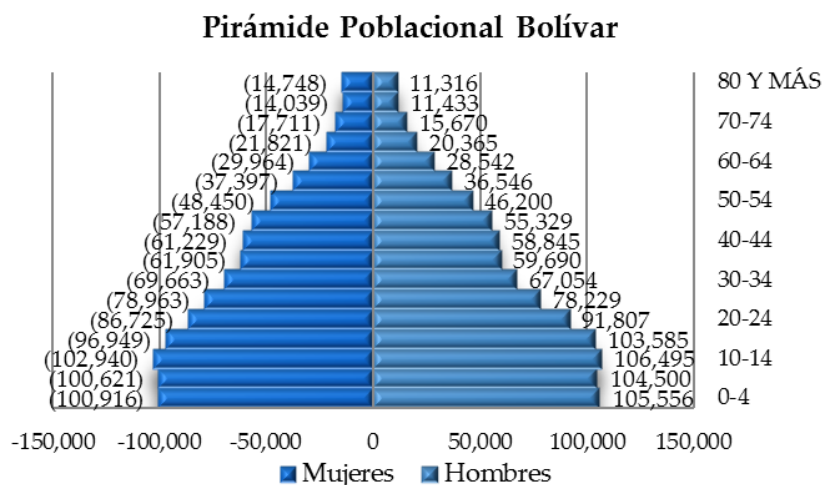
Tabla 3. Población del departamento de Bolívar por grupos etarios 2010.

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	1,979,781	989,732	990,049
0-4	206,586	105,538	101,048
5-9	206,380	105,051	101,329
10-14	210,323	107,088	103,235
15-19	198,570	102,767	95,803
20-24	175,631	89,914	85,717
25-29	154,697	76,551	78,146
30-34	134,463	65,923	68,540
35-39	121,184	59,497	61,687
40-44	120,434	59,021	61,413
45-49	110,248	54,232	56,016
50-54	91,063	44,476	46,587
55-59	70,912	35,168	35,744
60-64	56,198	27,384	28,814
65-69	40,444	19,568	20,876
70-74	33,596	15,807	17,789
75-79	23,787	10,745	13,042
80 Y MÁS	25,265	11,002	14,263

Fuente: DANE

3.3.2.2 Pirámide poblacional de Bolívar 2010

Ilustración 1. Pirámide poblacional del departamento de Bolívar 2010



Fuente: DANE

3.3.3 Datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud para Bolívar 2005

INDICADORES	REGIÓN ATLÁNTICA	
	Bolívar	Región
INDICADORES DE POBLACIÓN DANE 1		
Población total (miles)	2.231,16	9.937,70
Población urbana (porcentaje) 2	69,39	71,12
Crecimiento natural (porcentaje)	20,66	n.d.
Nacimientos (por 1,000 habitantes)	25,54	n.d.
Defunciones (por 1,000 habitantes)	4,88	n.d.
Esperanza de vida al nacer (años): Total	73,83	n.d.
Hombres	71,07	n.d.
Mujeres	76,59	n.d.
Población menor de 15 años (%)	33,62	33,21
Población de 65 años y más (%)	4,51	4,52
ENDS-2005: POBLACIÓN MUESTRA SIN PONDERAR		
Hogares	1.173	9.130,00
Población total (de-facto)	5.492	41.689,00
Mujeres en Edad Fértil (MEF) de 13 a 49 años	1.451	11.261,00
Mujeres en Edad Fértil (MEF) de 15 a 49 años***	1.337	10.414,00
Mujeres de 18 a 69 años (para citología vaginal)	1.379	10.753,00
Niños nacidos en los últimos 5 años	497	4.273,00
Niños vivos de 12 a 23 meses	111	851,00
POBREZA Y JEFATURA DE HOGARES		
NBI: Hogares pobres con una o más NBI (%) 3	67,10	70,40
Índice de riqueza: quintiles más bajo, bajo y medio 4	72,70	74,90
Hogares en niveles 1 y 2 del SISBEN (%) 5	80,10	76,80
Estratos para cobro de energía "SE", 1 y 2: 6	83,30	80,00
Hogares con jefe mujer (%)	29,92	28,00
EDUCACIÓN Y TRABAJO DE LAS MUJERES		
Niñas asisten a la escuela primaria (Tasa bruta)	101,60	95,90
Niñas asisten a la escuela secundaria (Tasa bruta)	85,30	88,50
Índice de paridad de género en primaria 7	0,98	0,97
Índice de paridad de género en secundaria 7	1,04	1,06
MEF analfabetas (%)	4,60	5,50
MEF con secundaria y más	75,70	72,50
MEF que trabajan actualmente (%)	42,90	45,00
NUPCIALIDAD Y OTROS DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD		
Porcentaje de mujeres actualmente unidas	51	53,00
Porcentaje de mujeres unidas alguna vez	68	69,00
Solteras que nunca han tenido relaciones sexuales	20,30	18,80
Para mujeres 25-49 años:		
Edad mediana a la primera relación sexual	18,90	18,70
Edad mediana a la primera unión	21,40	20,90
Edad mediana al primer nacimiento	20	22,00
FECUNDIDAD		
Tasa de fecundidad total (global) 8	2,60	2,70
Tasa general de fecundid. (nacimientos x mil MEF)	91	95,00

INDICADORES	REGIÓN ATLÁNTICA	
	Bolívar	Región
Promedio de hijos nacidos vivos de mujeres 40-49	3,30	3,30
Tasa de fecundidad de 15-19 años (Nac. X mil adol.)	90	88,00
Mujeres 15-19 años han estado embarazadas (%)	20	19,00
Tasa de fecundidad de 40-44 años	14,00	17,00
PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS		
Porcentaje de mujeres actualmente unidas:		
Que no desea tener más hijos (incluye esterilizadas)	67,20	67,70
Número medio ideal de hijos para las MEF	2,50	2,50
Tasa de fecundidad deseada 9	1,90	1,90
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
Mujeres en unión que están usando métodos:	74,30	70,40
Esterilización femenina	37,10	34,00
Dispositivo Intrauterino (DIU)	3,30	4,40
Píldora	12,10	10,00
Condón	4,70	4,90
Inyecciones	6,30	5,00
Métodos vaginales	0,10	0,30
Retiro	3,90	4,70
Ritmo o abstinencia periódica	3,50	4,00
Otros métodos	3,30	3,10
No en unión con vida sexual activa usan método. (%)	72	72,00
MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ 10		
Tasa de mortalidad infantil (por mil) 11	16	23,00
Tasa de mortalidad de < 5 años (por mil) 12	24	29,00
ATENCIÓN MATERNA		
Porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron 13:		
Atención médica o de enfermera en el embarazo	93,80	89,90
Atención médica o en inst. salud durante el parto	92,80	88,30
VACUNACIÓN 10, 14		
Niños 12 a 23 meses de edad con carné de vac. (%)	75	73,60
Niños 12 a 23 meses de edad que han recibido (%)		
BCG	96,00	94,00
DPT (las tres dosis)	79,00	75,00
Polio (las tres dosis)	70,00	64,00
Sarampión	80,00	76,00
Todas las vacunas 15	57,00	51,00
PREVALENCIA ENFERMEDADES EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (dos semanas antes de la encuesta)		
Porcentaje de niños con diarrea 16	20,00	16,00
Porcentaje de niños enfermos con IRA 17	9	12,00
LACTANCIA Y DESNUTRICIÓN INFANTIL		
Duración media de la lactancia (en meses) 18	14	14,00
Desnutrición crónica en N<5 años (%) 19	13,50	13,60
Desnutrición global N<5 años (%) 20	9,90	9,60

INDICADORES	REGIÓN ATLÁNTICA	
	Bolívar	Región
Desnutrición aguda N<5 años (%) 21	1,10	1,20
NUTRICIÓN DE LAS MADRES DE MENORES DE 5 AÑOS		
Porcentaje de madres con talla menor de 145 cms.	1,40	1,70
ÍMC menor de 18.5 (kg/m ²) (delgadas) 22	10,70	9,60
ÍMC mayor o igual a 25 (kg/m ²) (obesas) 22	33	36,20
NUTRICIÓN DE NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS DE AMBOS SEXOS		
Niños 5-9 años con baja talla para la edad (%)	12,70	15,20
Niños 5-9 años con bajo peso para la edad (%)	9,10	8,90
Niños con exceso de peso para la talla (%)	2,40	3,50
Jóvenes 10-17 años con baja talla para la edad (%)	14,30	16,70
Jóvenes 10-17 años con bajo peso para la edad (%)	9,70	9,80
Adultos de 18-64 años con delgadez (%)	7,70	6,60
Adultos de 18-64 años normales (%)	54,60	52,60
Adultos de 18-64 años con sobrepeso (%)	25,90	28,50
Adultos de 18-64 años con obesidad (%)	11,80	12,30
VIH-SIDA Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)		
Sabe que el condón evita contagio del SIDA (%)	78,90	75,50
Mujeres en unión se creen en riesgo de infecc. (%)	18,10	18,00
Mujeres que se han hecho la prueba del SIDA (%)	13,30	17,40
Mujeres no han oído acerca de ITS (%)	13,50	17,20
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		
Mujeres unidas alguna vez que han sufrido violencia por parte del cónyuge:		
Violencia verbal	24,00	22,00
Violencia psicológica	28,00	31,40
Violencia física (Incluye violación)	32,00	32,00
Violencia fís. resultó en lesión física o psicológica	77	83,00
Violación de otra persona diferente al cónyuge	4	4,00
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		
Mujeres y hombres afiliada(o)s al SGSSS, por institución (%):		
ISS	4,00	4,50
EPS diferentes al ISS	19,00	20,00
ARS	34,00	32,00
Otros sistemas y NS	4,00	3,50
No afiliadas	39,00	40,00
CITOLOGÍA VAGINAL Y MAMOGRAFÍA		
Mujeres de 18-69 años se han hecho C.V. (%)	79	79,00
Última C.V. resultó anormal (%)	11,00	11,00
Mujeres 18-69 años se han hecho mamografía (%)	13	12,00
Última mamografía resultó anormal (%)	8	13,00

3.4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO POR MUNICIPIO

3.4.1 Personas enfermas y causas de enfermedad 2010

Tabla 4. Personas enfermas y causa de enfermedad en San Estanislao

MUNICIPIO	% PERSONAS ENFERMAS EN EL ÚLTIMO MES (p=0,05)	PERSONAS ENFERMAS EL ÚLTIMO MES	PERSONAS ENFERMAS EN EL AÑO	Nº PERSONAS ENFERMAS X ENF. GENERAL	Nº PERSONAS ENFERMAS POR ACCIDENTE	Nº PERSONAS CON PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS
SAN ESTANISLAO	12,18	1.078	12.936	11.267	686	1.035

Cálculos de los autores a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010)

3.4.2 Demanda potencial de servicios de mediana y alta complejidad 2010

Tabla 5. Demanda potencial de servicios de mediana y alta complejidad 2010 en San Estanislao (Bolívar).

MUNICIPIO	Nº INGRESOS HOSPITALARIOS AL AÑO	TOTAL ESTANCIAS HOSPITALARIAS AL AÑO	TOTAL ESTANCIAS POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	TOTAL INGRESOS POR CIRUGÍA	TOTAL ESTANCIAS POR CIRUGÍA	TOTAL ESTANCIAS POR ENFERMEDAD	TOTAL INGRESOS POR TRAUMA O ACCIDENTE	TOTAL ESTANCIAS POR ACCIDENTE O TRAUMA
SAN ESTANISLAO	504	2.371	621	111	522	972	54	256

Cálculos de los autores a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud

3.4.3 Uso de métodos anticonceptivos 2010

Tabla 6. Uso de anticonceptivos 2010 en el área de influencia de la ESE

MUNICIPIO	Nº ADOLESCENTES ACTUALMENTE EMBARAZADAS	MUJERES QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	MUJERES CON DIU (14%)	MUJERES QUE USAN PÍLDORA	MUJERES QUE SE ESTERILIZAN	OTROS MÉTODOS	Nº MEF CON ESTERILIZACIÓN FEMENINA	Nº MEF QUE USAN PÍLDORA	Nº MEF CON DIU
SAN ESTANISLAO	18	1.506	211	181	632	467	998	325	89

Cálculos de los autores a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud

Las mujeres que usan métodos anticonceptivos son el 56% de las MEF. De estas, el 14% utilizan DIU, 12,1% utilizan píldora, 37,2% se esterilizan y el 31% utilizan otros métodos

3.4.4 Mujeres actualmente embarazadas

Tabla 7. Mujeres actualmente embarazadas 2010, área de influencia de la ESE

MUNICIPIO	MEF ACTUALMENTE EMBARAZADAS	Nº ADOLESCENTES ACTUALMENTE EMBARAZADAS
SAN ESTANISLAO	137	18

Cálculos de los autores a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud

Las mujeres actualmente embarazadas representan el 5,1% de las MEF y el 4,3% de las adolescentes

3.4.5 Mortalidad neonatal, postneonatal e infantil 2010

Tabla 8. Mortalidad neonatal, postneonatal e infantil 2010 en el área de influencia de la ESE

MUNICIPIO	MUERTES NEONATALES	MUERTES INFANTILES	MUERTES POSTNEONATALES	MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS
SAN ESTANISLAO	3	4	1	6

Fuente:: ENDS 2005

MORTALIDAD NEONATAL (X 1000 NV)	11
MORTALIDAD INFANTIL (X 1000 NV)	16
MORTALIDAD POSTNEONATAL (X 1000 NV)	5
MORTALIDAD DE LA NIÑEZ (X 1000 menores de 5 años)	24

3.4.6 Casos de SIDA 2010

Tabla 9. Casos de VIH SIDA, 2010, en el área de influencia de la ESE

MUNICIPIO	TOTAL CASOS SIDA
SAN ESTANISLAO	3

Tasa de prevalencia 21,5 por 100.000 hab.

Fuente: Observatorio Nacional de VIH/SIDA, 2010

3.4.7 Riesgos cardiovasculares 2010

Tabla 10. Riesgos cardiovasculares, 2010, en el área de influencia de la ESE

MUNICIPIO	HIPERTENSOS ¹²	HIPERTENSOS NO TRATADOS ¹³	IPERTENSOS TRATADOS	DIABÉTICOS	DIABÉTICOS DISLIPIDÉMICOS	DIABÉTICOS HIPERTENSOS ALTO RIESGO ¹⁴	ACV O IAM EN DIABÉTICOS HIPERTENSOS DISLIPIDÉMICOS	IRC A 5 AÑOS ¹⁵
SAN ESTANISLAO	1.770	832	938	633	406	348	7	5

3.4.8 Insuficiencia renal 2010

Tabla 11. Insuficiencia renal, 2010, en el área de influencia de la ESE

MUNICIPIO	Prevalencia IRC x 10.000 hab	Pacientes con IRC
SAN ESTANISLAO	2,88	5

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010

3.4.9 Perfil nutricional 2010

Tabla 12. Perfil nutricional, 2010, en el área de influencia de la ESE

MUNICIPIO	< 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN	NIÑOS DE 5-9 AÑOS CON DESNUTRICIÓN	Nº MEF CON SOBREPESO IMC 25-29,9	Nº MEF OBESAS II IMC 30-39,9	Nº MEF OBESAS GRADO III IMC >= 40	Nº TOTAL MEF SOBREPESO U OBESAS	POBLACIÓN 18-64 AÑOS OBESIDAD GRADO I	POBLACIÓN 18-64 AÑOS OBESIDAD GRADO II	POBLACIÓN 18-64 AÑOS OBESIDAD GRADO III
SAN ESTANISLAO	91	116	621	293	13	928	1.830	737	40

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

% DESNUTRICIÓN GLOBAL < 5 AÑOS 9,9%

% DESNUTRICIÓN GLOBAL NIÑOS 5-9 AÑOS 12,7%

% MEF CON SOBREPESO IMC 25-29,9 10,9%

¹² Calculados a partir de la tasa de prevalencia global para la zona (20%, Departamento de Bolívar)

¹³ Calculados a partir del promedio nacional (47%)

¹⁴ Según escala de riesgo de Framingham, Cálculo a partir del promedio nacional.

¹⁵ Calculados a partir del promedio nacional (15% de pacientes diabéticos)

% MEF OBESAS GRADO III IMC \geq 40	0,5%
% TOTAL MEF SOBREPESO U OBESAS	34,5%
POBLACIÓN 18-64 AÑOS OBESIDAD GRADO I	32,3%
POBLACIÓN 18-64 AÑOS OBESIDAD GRADO II	13%
POBLACIÓN 18-64 AÑOS OBESIDAD GRADO III	0,7%

3.4.10 Morbilidad atendida 2010

Tabla 13. Morbilidad 2010 en SAN ESTANISLAO

ITEM	DIAGNÓSTICO	PREVALENCIA X 1.000 Hbs	NºCASOS
1	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	16,42	2.981
2	INFECCION URINARIA	10,12	1.838
3	HIPERTENSION ARTERIAL	6,63	1.204
4	ENFERMEDAD AC	4,16	755
5	PARASITOSIS INTESTINAL	4,04	734
6	DIARREA	3,30	600
7	DERMATITIS	2,95	535
8	ASMA	2,45	444
9	VAGINITIS Y VULVOVAGINITIS	2,05	373
10	OTITIS MEDIA	1,94	352
11	ANEMIA	1,89	344
12	DISLIPIDEMIA	1,89	343
13	FARINGITIS	1,60	291
14	ARTRITIS	1,55	282
15	DERMATOMICOSIS	1,55	281
16	ABSCESO Y CELULITIS	1,22	222
17	ESCABIOSIS	0,94	170
18	AMIGDALITIS AGUDA	0,83	150
19	NEUMONIA	0,72	131
20	EPILEPSIA	0,59	108
21	CONJUNTIVITIS	0,53	97
22	SINUSITIS	0,49	89
23	ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA	0,47	86
24	CANDIDIASIS ORAL	0,38	68
25	COLITIS	0,35	64
26	DIABETES	0,35	63
27	EPOC	0,29	53
28	CALCULO RENAL	0,25	46
29	CATARATA	0,22	41
30	CISTITIS AGUDA	0,19	34
31	PTERIGION	0,18	32
32	MIOPIA	0,14	25
33	DESNUTRICION	0,12	22
34	AMENAZA DE ABORTO	0,10	19
35	COLELITIASIS	0,08	15

ITEM	DIAGNÓSTICO	PREVALENCIA X 1.000 Hbs	NºCASOS
36	BRONQUITIS	0,07	12
37	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	0,07	12
38	SINDROME NEFROTICO	0,07	12
39	AMENAZA DE PARTO PREMATURO	0,04	7
40	OTITIS EXTERNA	0,02	3
	Total general		12.936

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.4.11 Mortalidad

Tabla 14. Mortalidad 2010 en SAN ESTANISLAO

Áreas y grupos de edad (años)	Sexo															
	Total				Hombre				Mujer				No Informa			
	Certificado de defunción				Certificado de defunción				Certificado de defunción				Certificado de defunción			
	Total	SI	NO	No Informa	Total	SI	NO	No Informa	Total	SI	NO	No Informa	Total	SI	NO	No Informa
Total	33	23	10	-	18	10	8	-	15	13	2	-	-	-	-	-
0 a 4	11	8	3	-	5	3	2	-	6	5	1	-	-	-	-	-
5 a 9	2	1	1	-	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-
10 a 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 a 24	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 a 29	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 a 34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 a 39	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
40 a 44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45 a 49	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50 a 54	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
55 a 59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60 a 64	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65 a 69	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70 a 74	3	2	1	-	1	1	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-
75 a 79	3	3	-	-	1	1	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-
80 a 84	5	3	2	-	4	2	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-
85 a 89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
90 a 94	2	1	1	-	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-
95 a 99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
100 a 104	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
105 a 110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
111 a 115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Dane

3.5 CONSUMO DE SERVICIOS 2010

3.5.1 Programa de prevención del Ca de cérvix 2010

Tabla 15. Programa de prevención del Ca de Cérvix 2010

MUNICIPIO	Citología Cervicouterina
SAN ESTANISLAO	423

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.5.2 Programa ampliado de inmunizaciones 2010

Tabla 16. Programa ampliado de inmunizaciones 2010 en el área de influencia de la ESE

MUNICIPIO	Aplicación de BCG	Aplicación de antihepatitis B.	Aplicación de DPT	Aplicación de antipolio	Aplicación conjugada contra H influenza	Aplicación de Td o TT	Aplicación Triple Viral
SAN ESTANISLAO	228	616	616	616	616	3.953	228

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.5.3 Programa de planificación familiar 2010

Tabla 17. Programa de planificación familiar 2010 en el área de influencia de la ESE.

MUNICIPIO	Consulta de planificación familiar	Consulta de control de planificación familiar	Suministro de anovulatorios	Consulta de planificación familiar hombres	Consulta de control de planificación familiar hombres
SAN ESTANISLAO	1.431	1.431	2.168	11	11

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.5.4 Programa de promoción de la salud 2010

Tabla 18. Programa de promoción de la salud 2010 en el área de influencia de la ESE.

MUNICIPIO	Educación en salud integral en los niños, niñas y adolescentes.	Educación salud sexual y reproductiva.	Educación salud en la tercera edad.	convivencia pacífica con énfasis en el ámbito intrafamiliar.	Desestimular la exposición al tabaco, al alcohol y a las sustancias psicoactivas.	Promover las condiciones sanitarias del ambiente intradomiciliario.	Deberes y derechos en el SGSSS.	Charla comunitaria riesgos cardiovasculares	Charla comunitaria riesgos obstétricos
SAN ESTANISLAO	114	114	33	114	159	114	114	132	67

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.5.5 Estudios de imágenes diagnósticas de primer nivel 2010

Tabla 19. Estudios imagenológicos 2010

MUNICIPIO	Estudio radiológico de primer nivel de complejidad
SAN ESTANISLAO	888

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.5.6 Exámenes de laboratorio clínico 2010

MUNICIPIO	Exámenes de laboratorio clínico de baja complejidad
SAN ESTANISLAO	11.998

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.5.7 Transporte básico de pacientes 2010

Tabla 20. Transporte básico de pacientes en el área de influencia de la ESE

MUNICIPIO	Transporte de Pacientes
SAN ESTANISLAO	157

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.5.8 Atención ambulatoria de primer nivel 2010

Tabla 21. Atención ambulatoria de nivel 1 2010 en el área de influencia de la ESE

MUNICIPIO	Consulta de Urgencias Nivel 1	Procedimientos Menores Nivel 1	Consulta de Medicina General	Atención Odontológica de Primer Nivel
SAN ESTANISLAO	617	171	12.936	1.294

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.5.9 Programa de atención del joven 2010

Tabla 22. Programa de atención del joven 2010, en el área de influencia de la ESE

MUNICIPIO	Consulta de primera vez por Médico. Programa Alteraciones del Joven	Examen de hemoglobina. Programa Alteraciones del Joven
SAN ESTANISLAO	505	505

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.5.10 Programa de atención del adulto 2010

Tabla 23. Programa de atención del adulto 2010, en el área de influencia de la ESE

MUNICIPIO	Consulta médica. Programa Atención del Adulto	Parcial de orina. Programa Atención del Adulto	Creatinina. Programa Atención del Adulto	Glicemia basal. Programa Atención del Adulto	Perfil lipídico. Programa Atención del Adulto
SAN ESTANISLAO	183	183	183	183	183

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.5.11 Programa de control prenatal bajo riesgo 2010

Tabla 24. Programa de control prenatal bajo riesgo 2010

MUNICIPIO	Consulta prenatal de primera vez por médico gestante de bajo riesgo	Serología VDRL - RPR gestante de bajo riesgo	Consulta de control prenatal por médico gestante de bajo riesgo	Consulta de control prenatal por enfermera gestante de bajo riesgo	Hemograma completo gestante de bajo riesgo	Hemoclasificación gestante de bajo riesgo	Uroanálisis gestante de bajo riesgo	Glicemia gestante de bajo riesgo	Ecografía obstétrica gestante de bajo riesgo	Suministro de multivitamínicos gestante	Consulta odontológica general de la gestante	Aplicación de Td o TT
SAN ESTANISLAO	121	125	751	376	125	125	125	125	125	3.182	424	424

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.5.12 Programa de control prenatal alto riesgo 2010

Tabla 25. Programa de control prenatal de alto riesgo 2010 ESE HRB

MUNICIPIO	Consulta prenatal de primera vez por médico gestante de alto riesgo	Consulta prenatal de control por médico gestante de alto riesgo	Consulta de control por enfermería Gestante de alto riesgo
SAN ESTANISLAO	100	1.003	602

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.5.13 Atención del parto vaginal 2010

Tabla 26. Atención del parto vaginal normal 2010

MUNICIPIO	Atención del parto vaginal institucional
SAN ESTANISLAO	136

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.5.14 Programa de crecimiento y desarrollo 2010

Tabla 27. Programa de crecimiento y desarrollo 2010

MUNICIPIO	Consulta médica Crecimiento y Desarrollo	Consulta de control por enfermería Crecimiento y Desarrollo
CLEMENCIA	1.050	2.834
EL GUAMO	1.073	2.897
REGIDOR	847	2.287
SAN CRISTOBAL	509	1.374
SAN ESTANISLAO	1.336	3.608
	4.815	13.000

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.5.15 Programa de prevención en salud oral 2010

Tabla 28. Programa de prevención en salud oral 2010

MUNICIPIO	Control de Placa Bacteriana	Aplicación de flúor tópico	Aplicación de sellantes	Detartraje supragingival
CLEMENCIA	7.720	4.160	2.318	1.185
EL GUAMO	7.899	4.260	2.373	1.212
REGIDOR	6.225	3.356	1.870	955
SAN CRISTOBAL	3.745	2.020	1.125	575
SAN ESTANISLAO	9.835	5.304	2.956	1.509
	35.424	19.100	10.641	5.436

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, 2010

3.6 RED PRESTADORA DE SERVICIOS

3.6.1 Desarrollo regional

El Departamento de Bolívar se encuentra dividido, en un Distrito Turístico y Cultural, correspondiente a Cartagena de Indias y 44 municipios, 271 corregimientos y 91 caseríos localizados en seis subregiones. Con el fin de organizar zonas con similitud en el grado de desarrollo económico y social se organizó el departamento por zonas de desarrollo económico y social (Zodes) mediante Ordenanza 012 del 17 de mayo del 2001, así:

ZODES DIQUE: Lo conforman el distrito de Cartagena y los municipios de Arjona, Calamar, Clemencia, Mahates, San Cristóbal, San Estanislao de K, Santa Catalina, Santa Rosa de Lima, Soplaviento, Turbaco, Turbana, **SAN ESTANISLAO**, Arroyo Hondo. El principal accidente geográfico lo constituye el Canal del Dique. Los pisos térmicos son cálidos y la fertilidad de los suelos es moderada, con susceptibilidad a la erosión. Estos suelos, sin embargo, están sub-utilizados en la actividad pecuaria, en detrimento de las explotaciones agrícolas. Entre los factores que limitan el crecimiento y desarrollo de las actividades agrícolas se destaca la cercanía a Cartagena, por lo que prevalece el empleo industrial y manufacturero.

ZODES MONTES DE MARÍA: Lo conforman los municipios de El Carmen de Bolívar, María la Baja, San Juan Nepomuceno, San Jacinto, Córdoba, Zambrano, El Guamo. El clima es tropical y la humedad relativa es alta. Las principales actividades económicas son la ganadería y agricultura. Su principal polo de desarrollo es El Carmen de Bolívar. En esta Subregión el mercadeo de sus productos está organizado. Hay organizaciones que ofrecen asistencia técnica y créditos. Entre los factores que limitan el crecimiento y desarrollo de las actividades agrícolas está la extensión reducida de áreas de explotación, carencia de tecnología, falta de implementación de un sistema que garantice el recurso de agua en los intensos veranos. La actividad ganadera está limitada por la ausencia de investigaciones genéticas y la adopción de tecnologías que optimice los niveles productivos. La pesca es artesanal y el acceso al crédito es nulo.

ZODES MOJANA: Lo conforman los municipios de: Achí, Magangué, Montecristo, Pinillos, San Jacinto del Cauca, Tiquisio. La red hidrográfica está conformada por los ríos Magdalena, Cauca y sus afluentes, entre los cuales se destaca el río San Jorge. Como accidente geográfico se destaca la Serranía de San Lucas. Se encuentran, así mismo, vestigios de bosques primarios. Su principal polo de desarrollo es Magangué, la cual, además, es la segunda ciudad del departamento.

La actividad económica más importante es la ganadería. Le siguen la pesca, la cual es indiscriminada y sin control estatal, y la agrícola, que ha sido desplazada por la explotación pecuaria. La actividad comercial gira en torno al municipio de Magangué. Hay entidades públicas y otras del sector privado que ofrecen asesoría técnica. Existen, además, en estas regiones, centros de acopio dirigidos por particulares e intermediarios locales.

ZODES DEPRESIÓN MOMPOSINA: Lo conforman los municipios de: Cicuco, Margarita, Mompo, San Fernando, Talaigua Nuevo, Hatillo de Loba. Presenta una basta red hidrográfica que confluye al río Magdalena. Hay planicies inundables con un clima subhúmedo. Su principal polo de desarrollo es Mompos.

A pesar de que en esta Subregión no se encuentran las mejores tierras para la explotación ganadera, ésta actividad es más rentable que la agrícola, debido a factores como la inexistencia de asistencia técnica, los riesgos que ofrece por las frecuentes inundaciones, la carencia de vías de comunicación que facilite la salida de los productos, ausencia de organizaciones de productores ó cooperativas que permitan conocer el movimiento del mercado y la falta de infraestructura de apoyo que permita optimizar las áreas de producción. No obstante la importancia de la ganadería, ésta no ha sido explotada adecuadamente por la ausencia de investigación en el manejo de pastos, en genética y en la adopción de técnicas para optimizar la producción. Otra actividad en esta subregión es la pesca. Sin embargo, se desarrolla artesanalmente por lo que no cuenta con estímulos de crédito.

ZODES LOBA: Conformada por los municipios de Rioviejo, Regidor, El Peñón, Barranco de Loba, San Martín de Loba y Altos del Rosario.

ZODES MAGDALENA MEDIO: Lo conforman los municipios de: Arenal, Cantagallo, Morales, San Pablo, Santa Rosa Sur, Simití. Lo bañan afluentes y sub-afluentes del río Magdalena, formándose las ciénagas de Cantagallo y Simití. Como principal accidente geográfico está la Serranía de San Lucas con una altura de 2.500 m sobre el nivel del mar. La vegetación es tropical, hidrofílica hacia las zonas inundables. Se encuentran vestigios de bosques primarios, el ambiente climático es húmedo. Un gran porcentaje del suelo es bosque. Su explotación indiscriminada ha causado una importante erosión y afecta el ecosistema. Le siguen en importancia, la explotación ganadera y, en una mínima proporción, la actividad agrícola.

Esta diversidad de zonas geográficas se refleja en los potenciales de desarrollo económico que caracterizan a cada una de las mencionadas subregiones. El potencial turístico en la Subregión Litoral Caribe, la diversidad en la capacidad de producción agrícola, pecuaria y pesquera. Los nuevos desarrollos auríferos y el rico potencial maderero de los bosques del sur, constituyen la base de la riqueza deficientemente explotada del Departamento de Bolívar.

La distancia entre las cabeceras municipales y la capital oscila entre 21 y 620 kilómetros y entre 20 y 700 minutos aproximadamente, existiendo zonas de difícil acceso, por graves problemas de orden público.

3.6.2 Interacción entre la Red de Servicios

La mayor parte de la actividad económica y social del departamento, se encuentra concentrada en la ciudad de Cartagena, lo que ha generado que casi el 80% de la capacidad instalada de servicios de salud se haya concentrado en dicha ciudad. Esto hace aún más importante las relaciones e interacciones entre las diferentes entidades de atención en salud del departamento. Dichas interacciones están condicionadas por los siguientes factores:

Conciencia: Se refiere al reconocimiento de otras organizaciones y al reconocimiento por parte de los representantes organizacionales, de que sus organizaciones son interdependientes con otras en su campo. Se han planteado

diferentes niveles de conciencia sobre la interdependencia, aspecto que no es ajeno a la red de servicios de salud, pues el conocimiento de los objetivos, servicios y recursos de los otros prestadores permite la identificación de fuentes alternativas de servicios y recursos haciendo una operación más eficiente y eficaz, promoviendo un mayor número de interacciones organizacionales. Un paso mayor de esta conciencia incluye "lazos interpersonales" entre el personal de las diferentes organizaciones lo que mejora la calidad de la interacción.

Este aspecto se hace crítico para el proceso de remisión de pacientes conjuntamente con la nota de remisión, ya que en la medida que se reconoce desde el remitente las necesidades y limitaciones de la entidad receptora se procede de manera consecuente ofreciéndose un servicio de mejor calidad para el usuario, transfiriendo un paciente informado con una nota suficiente y pertinente según el caso.

Dependencia localizada: Es de importancia en aquellos casos de pacientes procedentes de otros departamentos que demandan servicios de salud en las entidades públicas del Departamento y no se hace un reconocimiento financiero a dichas atenciones. En forma similar se da entre municipios de Bolívar cuando se demanda atención en salud por una persona procedente de un ente territorial diferente al que lo atiende. Las dificultades en el adecuado intercambio o flujo de información y pacientes surgen por los recursos financieros que deben ser obtenidos.

Acceso Geográfico: La existencia de buenos sistemas de comunicación permite una fácil y oportuna transferencia de información, pero no así de usuarios, pues se carece de un sistema integrado de atención prehospitalaria que enlace de modo permanente el ámbito comunitario con el prestador y la Red.

Bases de interacción: Se hace referencia a la presencia o no de acuerdos formales que establecen una interacción entre en los diferentes prestadores (contratos, convenios) y a la obligatoriedad de las relaciones establecidas por medio de actos administrativos. La formalización de las interacciones entre las IPS está determinada por la frecuencia e importancia de las interacciones, por ello es que no existen acuerdos para el intercambio de recurso humano o tecnológico entre IPS, pero sí para la transferencia de pacientes entre niveles de complejidad. La

expedición de la norma de referencia y contrarreferencia ha permitido una mejora parcial en el flujo de pacientes ya que la existencia de desacuerdos sobre la pertinencia y modo de transferencia de las remisiones desmejoran la calidad de información que se transfiere.

Una última manera de formalizar las interacciones entre las IPS es la presencia del Centro Regulador de Urgencias, el cual, para el paciente urgente, pretende coordinar o controlar las interacciones organizacionales, aspecto particularmente crítico en condiciones de emergencia o desastre. No existe un intermediario de la relación de carácter ambulatoria del paciente no urgente, lo que se refleja en un alto grado de desconocimiento de las interacciones surgidas a partir de este tipo de remisión.

4 METODOLOGÍA

4.1 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

4.1.1 Objetivo general

Realizar un estudio técnico de viabilidad para la toma en operación de la ESE Hospital Local “Ana María Rodríguez” de San Estanislao, para la prestación de servicios de baja complejidad para la población del Municipio.

4.1.2 Objetivos específicos

- Realizar un análisis de la capacidad instalada de la ESE frente a la demanda potencial de servicios en el primer nivel de atención.
- Realizar un estudio de mercado de los servicios de salud en el Municipio de San Estanislao de Kotska.
- Definir el portafolio de servicios de la ESE frente a la demanda no satisfecha de servicios de salud de baja complejidad de la población del municipio.
- Definir la capacidad instalada requerida para la operación de la ESE en términos de eficiencia.
- Estimar la inversión requerida para la remodelación y dotación de la ESE
- Estimar el capital de trabajo requerido para la operación eficiente de la ESE
- Estimar la viabilidad financiera y el retorno de la inversión del proyecto

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Para la realización de este estudio se desarrollarán las siguientes etapas:

1. Análisis demográfico
2. Análisis del consumo histórico de servicios
3. Estimación de la demanda potencial de servicios del municipio
4. Análisis de la capacidad instalada de la ESE
5. Análisis de la suficiencia de la ESE
6. Análisis de mercado del aseguramiento
7. Definición del portafolio de servicios de salud de la ESE
8. Dimensionamiento del proyecto de ESE de primer nivel

9. Estimación de la inversión en remodelación y dotación
10. Estimación del capital de trabajo para la operación eficiente de la ESE

4.2 FUENTES DE INFORMACIÓN

Para el desarrollo del estudio se tomó información de las siguientes fuentes:

1. Proyecciones de población 2011 realizadas por el DANE a partir del Censo 2005
2. Registro individuales de prestación de servicios (RIPS) 2010 para el municipio de San Estanislao del Ministerio de la Protección Social
3. Indicadores de frecuencia de uso de servicios estimados a partir de los RIPS 2010
4. Registro único de prestadores de servicios del Ministerio de la Protección Social para el departamento de Bolívar y el municipio de San Estanislao.
5. Indicadores epidemiológicos del municipio de San Estanislao tomados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 y la Encuesta Nacional de Salud 2007.
6. Estructura de población afiliada al régimen contributivo, régimen subsidiado y regímenes exceptuados según información de la BDUA del FOSYGA e informe del Ministerio de la Protección Social 2010 presentado al Congreso de la República.
7. Manual de tarifas del Decreto 2423 de 1996 (Tarifas SOAT)
8. Manual de Estándares de Habilitación de IPS de la Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección Social
9. Estándares de construcción de IPS tomados del Título IV de la Ley 9 de 1979 y la Resolución 4445 de 1996.
10. Manual de tarifas y precios de la Construcción CONSTRUDATA 2010
11. Código Único de Procedimientos en Salud CUPS

4.3 RESULTADOS ESPERADOS

Del presente estudio se esperan los siguientes resultados:

1. Caracterización de la población del departamento para 2011, según sexo y grupos quinquenales.
2. Estimación de los indicadores de frecuencia de uso de los servicios de salud del departamento para el régimen contributivo, subsidiado y de los dos regímenes consolidados.
3. Estimación de la demanda potencial de servicios del departamento
4. Caracterización de la capacidad instalada de la red prestadora de servicios del salud del departamento
5. Evaluación de la suficiencia de la red prestadora de servicios de salud frente a la demanda potencial de servicios de tercer nivel de atención
6. Análisis de mercado del aseguramiento
7. Definición del portafolio de servicios de salud de la ESE
8. Estimación de la inversión en terreno, diseño, edificaciones, construcción y dotación
9. Estimación del capital de trabajo para la puesta en marcha de la ESE
10. Estimación de la capacidad productiva de la ESE a operar
11. Estimación del tiempo de retorno de la inversión realizada

4.4 PRODUCTOS ENTREGABLES

Los entregables del estudio son:

1. Estudio de factibilidad de mercado
2. Estudio de factibilidad técnica
3. Estudio de estructura organizacional
4. Estudio de factibilidad financiera

5 CONTENIDOS DE LOS PRODUCTOS

5.1 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD DE MERCADO

Este estudio caracterizará el mercado del aseguramiento del departamento en los regímenes: contributivo, subsidiado y exceptuados, así como de la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda.

Permitirá identificar los nichos de mercado de la ESE y los posibles compradores de servicios así como el tamaño del mercado para cada eventual comprador de servicios.

Además estimará la demanda potencial de servicios de salud de mediana y alta complejidad así como los posibles competidores de la ESE y a partir del análisis de la suficiencia de la red prestadora de servicios de salud habilitada en el departamento, permitirá definir qué servicios deberá ofrecer la ESE y en qué proporciones deberá habilitarlos.

5.2 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD JURÍDICA

Este producto definirá el marco normativo vigente en cuanto a la construcción, dotación, habilitación y operación de la ESE Hospital Local “Ana María Rodríguez” de San Estanislao para la prestación de servicios de baja complejidad.

5.3 ESTUDIO ORGANIZACIONAL

Este componente definirá los siguientes elementos del proyecto:

- Estructura organizacional de la ESE
- Mapa de procesos recomendado para la operación
- Plan de cargos del nivel directivo, administrativo y asistencial
- Estructura salarial y de honorarios recomendado

5.4 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD FINANCIERA

Este componente estima la inversión requerida, los costos de operación, los ingresos potenciales y el retorno de la inversión, mediante los siguientes elementos:

1. Estimación de la inversión requerida en los siguientes ítems:

1.1. Adecuación de la infraestructura física

- 1.2. Dotación biomédica
- 1.3. Dotación industrial
- 1.4. Dotación de oficinas
- 1.5. Otras dotaciones
2. Estimación de los costos de operación
 - 2.1. Gastos de recurso humano administrativo
 - 2.2. Gastos generales
 - 2.3. Costos de operación
 - 2.3.1. Personal asistencial
 - 2.3.2. Insumos médico-quirúrgicos
 - 2.3.3. Medicamentos
3. Estimación del capital de trabajo
4. Proyección de los estados financieros en tres escenarios (pesimista, factible y optimista)

Estimación de la tasa interna de retorno (TIR), valor neto actual (VNA) y análisis de conveniencia de la inversión.

6 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD DE MERCADO

6.1 INTRODUCCIÓN

Para poder abordar un proyecto de esta magnitud es necesario consolidar la mayor información posible sobre el mercado potencial, el segmento de mercado más viable, los posibles compradores y competidores, de modo que se minimice el riesgo de las inversiones realizadas. A mayor información menor riesgo.

Es necesario preguntarse cuál es el **tamaño del mercado**, cuáles son sus **segmentos** y cómo participa cada segmento dentro del total del mercado, para poder diseñar una adecuada política de marketing de los servicios que se venderán, probablemente abordando un mercado de prueba, para estimar las ventas totales.

Es normal que todo inversionista se pregunte ¿cuánto serán nuestras ventas?, ¿serán suficientes para cubrir en poco tiempo el retorno de la inversión? Para responder estas preguntas se pueden aplicar varias pruebas, como el test de concepto, el test de producto, el test de mercado, encuestas a los potenciales compradores o simplemente evaluando si satisface las **necesidades del mercado**.

No es objeto de este estudio aplicar dichas pruebas porque pensamos que son objeto de un estudio específico posterior, cuando se elabore el plan de negocios del proyecto. No obstante, en los primeros capítulos se identificó la **demandas potencial de servicios** y la **capacidad instalada de la oferta existente** de prestadores (competidores), por lo que consideramos que existe evidencia suficiente de la carencia de ciertos servicios en el municipio, los cuales van a ser ofertados por este proyecto.

Es importante además caracterizar la tendencia del mercado para identificar si se trata de un mercado en expansión, en decadencia o estancado y cuáles son sus causas de crecimiento, decadencia o estancamiento y si se identifica un mercado en expansión, identificar el crecimiento potencial.

La caracterización del mercado permite identificar **cómo están siendo atendidas sus necesidades**, si por monopolios, oligopolios o si por el contrario no hay empresas líderes. Permite además diagnosticar si las necesidades están siendo

cubiertas o no y qué mecanismos utiliza el mercado para satisfacer las demandas no cubiertas.

Es menester, además identificar si existen **barreras de acceso al mercado**, tanto para compradores como para vendedores de servicios.

Por último, se pretende identificar los **factores críticos de éxito** para abordar el mercado y las razones que hay para aceptar los servicios que se piensan ofrecer. Para lograrlo, es necesario identificar las variables más influyentes de las que depende la demanda de los servicios ofertados.

Estos factores críticos de éxito permiten diseñar la **estrategia de marketing** en la que se identifican las garantías que se ofrecen, las formas de contratación, las tarifas, las facilidades de pago y los mecanismos de negociación con los eventuales compradores.

Este estudio caracterizará el mercado del aseguramiento del municipio en los regímenes: contributivo, subsidiado y la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda.

Permitirá identificar los nichos de mercado de la ESE y los posibles compradores de servicios así como el tamaño del mercado para cada eventual comprador de servicios.

Además estimará la demanda potencial de servicios de salud de baja complejidad así como los posibles competidores de la ESE y a partir del análisis de la suficiencia de la red prestadora de servicios de salud habilitada en el departamento, permitirá definir qué servicios deberá abrir la ESE y en qué proporciones deberá habilitarlos.

6.2 CARACTERIZACIÓN DEL MERCADO DEL ASEGURAMIENTO

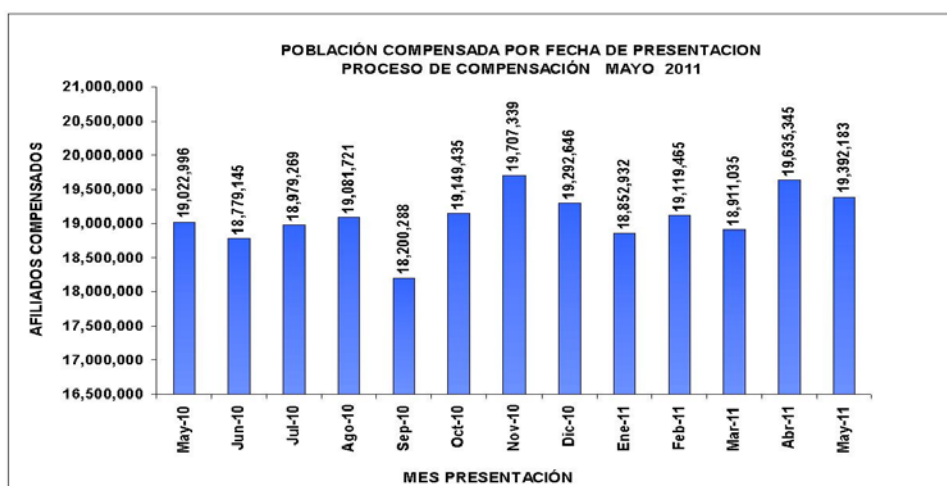
A continuación veamos la manera como está estructurado el mercado del aseguramiento tanto a nivel nacional como departamental.

6.2.1 Régimen contributivo nacional

Para el mes de mayo 2011 se compensaron un total de 19.392.183 afiliados sin adicionales, de los cuales 9.336.415 son Cotizantes y 10.055.768 son Beneficiarios.

El promedio mensual de afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, para los procesos de Mayo 2010 a Mayo 2011 es de 20.676.983 Afiliados.

Gráfico 1. Comportamiento de la población compensada en el régimen contributivo



Fuente: FOSYGA

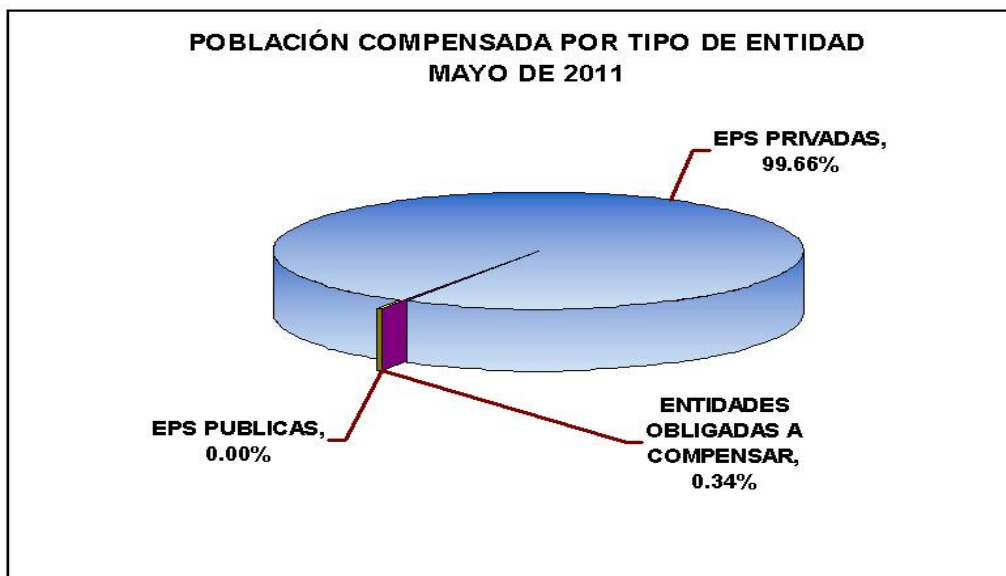
La población Afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud que fue compensada durante el mes, se distribuyó de acuerdo al tipo de entidad promotora de salud o entidades obligadas a compensar, así:

Las Entidades Promotoras de Salud Públicas para el mes de mayo 2011 no compensaron.

Las Entidades Adaptadas reportaron 65.066 afiliados compensados. La entidad que reportó mayor número de afiliados compensados fue el Fondo Pasivo Social de los Ferrocarriles Nacionales con 51.801 afiliados de los cuales 31.222 son cotizantes y 20.579 son Beneficiarios.

Las Entidades Promotoras de Salud privadas reportaron para este periodo de presentación 19.327.117 afiliados compensados de los cuales 9.298.329 son Cotizantes y 10.028.788 son Beneficiarios.

Gráfico 2. Población compensada en el régimen contributivo por tipo de entidad



Fuente: FOSYGA. Los datos no incluyen adicionales

6.2.2 Caracterización por período de cotización

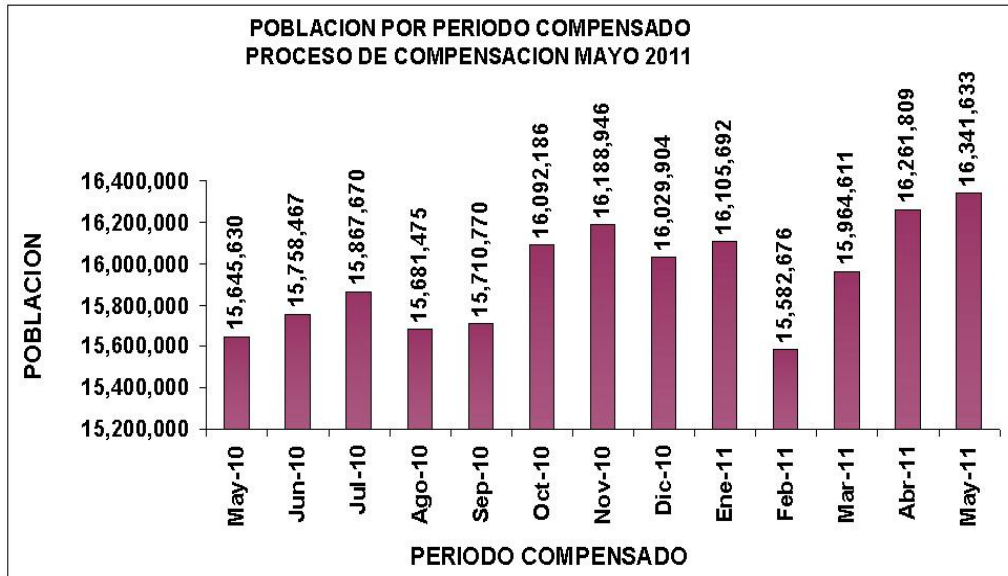
Del total de registros presentados en el mes de mayo 2011, 16.341.633 afiliados corresponden al periodo compensado de mayo 2011, de los cuales 8.027.250 son cotizantes y 8.314.383 beneficiarios (Gráfico 3).

La población Afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud que fue compensada durante el mes se distribuyó de acuerdo al tipo de entidad promotora de salud o entidades obligadas a compensar, como se puede observar en el gráfico 4.

Al observar la distribución de afiliados por departamento encontramos una gran concentración en unos pocos departamentos. El 55% de los afiliados están concentrados en Bogotá, Antioquia y Valle.

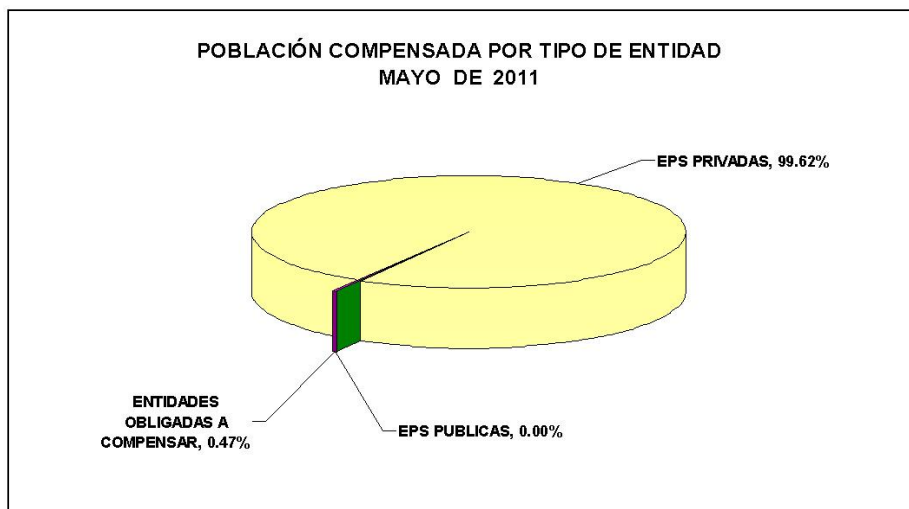
Al observar la distribución de afiliados por departamento encontramos una gran concentración en unos pocos departamentos. El 55% de los afiliados están concentrados en Bogotá, Antioquia y Valle.

Gráfico 3. Población afiliada al régimen contributivo por período compensado



Fuente: FOSYGA. Los datos no incluyen adicionales

Gráfico 4 Población compensada en el régimen contributivo por tipo de entidad



Fuente: FOSYGA. Los datos no incluyen adicionales

Tabla 29. Total afiliados al régimen contributivo por departamento

DEPARTAMENTO	COTIZANTES	BENEFICIARIOS	ADICIONALES	TOTAL AFILIADOS	% del Total
AMAZONAS	5.503	6.238	4	11.745	0,06%
ANTIOQUIA	1.538.123	1.580.463	8.054	3.126.640	16,27%
ARAUCA	17.421	16.665	10	34.096	0,18%
ATLANTICO	442.805	605.877	1.115	1.049.797	5,46%
BOGOTA D.C.	2.717.093	2.510.580	6.792	5.234.465	27,23%
BOLIVAR	252.798	331.369	572	584.739	3,04%
BOYACA	179.842	220.276	108	400.226	2,08%
CALDAS	194.633	195.196	344	390.173	2,03%
CAQUETA	29.063	36.153	21	65.237	0,34%
CASANARE	58.403	57.874	9	116.286	0,60%
CAUCA	113.113	134.225	202	247.540	1,29%
CESAR	113.823	171.562	170	285.555	1,49%
CHOCO	21.704	21.955	17	43.676	0,23%
CORDOBA	119.386	188.700	170	308.256	1,60%
CUNDINAMARCA	447.800	504.034	859	952.693	4,96%
GUAINIA	1.819	1.442	-	3.261	0,02%
GUAVIARE	5.329	5.892	3	11.224	0,06%
HUILA	127.140	154.630	142	281.912	1,47%
LA GUAJIRA	53.811	88.641	97	142.549	0,74%
MAGDALENA	138.232	222.956	357	361.545	1,88%
META	162.171	198.682	103	360.956	1,88%
NARINO	114.646	125.802	97	240.545	1,25%
NORTE DE SANTANDER	180.504	233.125	194	413.823	2,15%
PUTUMAYO	19.553	19.390	7	38.950	0,20%
QUINDIO	105.528	114.200	231	219.959	1,14%
RISARALDA	221.932	239.513	579	462.024	2,40%
SAN ANDRES	16.638	14.487	19	31.144	0,16%
SANTANDER	448.719	502.674	842	952.235	4,95%
SUCRE	61.047	91.927	59	153.033	0,80%
TOLIMA	194.324	235.555	309	430.188	2,24%
VALLE	1.078.816	1.176.113	4.182	2.259.111	11,75%
VAUPES	1.352	1.166	-	2.518	0,01%
VICHADA	3.223	2.215	-	5.438	0,03%
Total general	9.186.294	10.009.577	25.668	19.221.539	100,00%

Fuente: FOSYGA

Veamos ahora el promedio de afiliados a mayo de 2011 desagregado por Entidad Administradora de Planes de Beneficio (EAPB)

Se observa que las 10 primeras EPS cuentan con el 88% de los afiliados del país, estando el mercado concentrado en las cuatro primeras, que tienen más del 50% del total.

La tendencia de este mercado es a concentrarse hasta constituirse en un oligopolio, según lo expresó recientemente el ministro de la protección social ante los medios, de modo que la intención del gobierno nacional es que queden unas 10 EPS en todo el país, para que el estado pueda controlarlas mejor.

Tabla 30. Afiliados promedio al régimen contributivo por EAPB a mayo de 2011

EAPB	COTIZANTES	BENEFICIARIOS	ADICIONALES	TOTAL AFILIADOS	%
Saludcoop EPS	1.706.850	2.212.231	1.653	3.920.734	20,41%
Coomeva EPS	1.329.433	1.633.565	3.127	2.966.125	15,44%
Nueva EPS	1.252.716	1.046.532	1.487	2.300.736	11,97%
SaludTotal EPS	763.997	915.037	837	1.679.871	8,74%
Famisanar Ltda EPS	692.662	712.144	1.452	1.406.258	7,32%
Susalud EPS	695.556	660.124	5.970	1.361.650	7,09%
Sanitas EPS	513.899	411.936	2.757	928.592	4,83%
Servicio Occidental de Salud SOS SA EPS	368.484	435.832	1.237	805.553	4,19%
Cafesalud EPS	354.698	407.134	548	762.380	3,97%
Compensar EPS	393.333	348.001	1.859	743.193	3,87%
Cruz Blanca EPS	270.968	325.995	184	597.147	3,11%
Colmédica EPS	178.031	165.804	247	344.082	1,79%
Comfenalco Antioquia EPS	171.121	171.966	798	343.885	1,79%
Comfenalco Valle EPS	146.460	158.458	798	305.716	1,59%
Humana Vivir EPS	88.603	96.618	28	185.249	0,96%
Solsalud SA EPS	79.266	85.367	0	164.633	0,86%
Saludvida SA EPS	41.662	47.390	-	89.053	0,46%
Redsalud EPS	30.398	46.777	-	77.176	0,40%
Servicios Médicos Coplatria SA EPS	37.488	31.200	424	69.112	0,36%
Fondo de Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Col	31.001	20.654	1.684	53.339	0,28%
Golden Cross EPS	13.886	28.664	-	42.549	0,22%
Multimédica EPS SA	11.612	29.553	-	41.165	0,21%
Saludcolombia EPS	4.962	9.334	9	14.304	0,07%
EPM Departamento Médico EAS	5.661	6.206	76	11.943	0,06%
Total general	9.182.747	10.006.526	25.172	19.214.446	100,00 %

Fuente: FOSYGA

6.2.3 Régimen contributivo en el Departamento y el municipio de San Estanislao

Veamos ahora la composición del mercado del régimen contributivo en el departamento de Bolívar, según EPS.

Tabla 31. Afiliados al régimen contributivo en el Departamento de Bolívar por EAPB a mayo de 2011

COD EPS	COTIZANTES	BENEFICIARIOS	ADICIONALES	TOTAL AFILIADOS	% PARTICIPACIÓN
Coomeva EPS	168	247	-	415	50,06%
Nueva EPS	99	79	-	178	21,47%
SaludVida SA EPS	42	25	-	67	8,08%
Humanavivir EPS	21	12	-	33	3,98%
RedSalud EPS	8	25	-	33	3,98%
Golden Cross EPS	9	22	-	31	3,74%
Susalud EPS	14	9	-	23	2,77%
Saludcolombia EPS	5	14	-	19	2,29%
Solsalud SA EPS	9	3	-	12	1,45%
Colmédica EPS	2	7	-	9	1,09%
EPM Departamento Médico	3	3	-	6	0,72%
Famisanar Ltda EPS	1	1	-	2	0,24%
Comfenalco Valle EPS	-	1	-	1	0,12%
Total general	381	448	-	829	100,00%

Fuente: Ministerio de la Protección Social, BDUA

En el municipio de San Estanislao, esta distribución es la que sigue:

Tabla 32. Distribución de afiliados al régimen contributivo por EPS en el municipio de San Estanislao

EPS	COTIZANTE	BENEFICIARIO	ADICIONAL	TOTAL AFILIADOS	% PARTIC.
La Nueva EPS S.A.	69	60	0	129	33,25%
E.P.S. Famisanar LTDA.	43	63	0	106	27,32%
Coomeva E.P.S. S.A.	42	48	0	90	23,20%
Humana Vivir S.A. E.P.S.	8	14	0	22	5,67%
RED SALUD ATENCION HUMANA EPS S.A.	7	12	0	19	4,90%
SALUDVIDA S.A. E.P.S	12	6	0	18	4,64%
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	3	0	0	3	0,77%
Salud Total S.A. E.P.S.	0	1	0	1	0,26%
Total	184	204	0	388	100,0%

Fuente: Ministerio de la Protección Social, BDUA

Como se puede observar, las principales EPS del régimen contributivo con presencia en el municipio son la Nueva EPS, Famisanar y Coomeva.

6.2.4 Régimen Subsidiado Nacional

Existen 48 EPSS en el país con un total de 22.150.795 afiliados. Caprecom es la EPSS con más afiliados, con más de 3 millones de afiliados cuenta con el 13,63% del total. Podemos observar que el mercado se encuentra concentrado pues las primeras 5 tienen 38% del total de los afiliados del régimen subsidiado y las primeras 10 tienen el 61% (Tabla 33).

La distribución por departamento muestra una fuerte concentración en los departamentos de Antioquia (10,55%) y Valle (8,05%), en tanto que el departamento de Bolívar se encuentra el 5,84% encuentra el 5,84% (

Tabla 34)

La distribución por EPS de nuestro departamento muestra la preponderación de Mutual SER SER (18,4% de participación), seguida de Comfamiliar Cartagena (10.57%) y Coosalud (9,65%) (9,65%) (

Tabla 35).

Tabla 33. Afiliados al régimen subsidiado por EPS-S

EPS-S	Afiliados	% Partic.
Caprecom EPS	3.019.791	13,63%
Cooperativa de Salud Comunitaria-COMPARTA	1.443.729	6,52%
Asociación Mutua Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	1.333.769	6,02%
Asociación Mutua La Esperanza ASMET SALUD	1.325.239	5,98%
Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. COOSALUD E.S.S.	1.270.927	5,74%
Cafesalud E.P.S. S.A.	1.256.094	5,67%
SOLSALUD E.P.S. S.A	1.166.567	5,27%
Asociación Mutua SER Empresa Solidaria de Salud ESS	923.502	4,17%
Empresa Mutua para el Desarrollo Integral DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS	877.853	3,96%
SALUDVIDA S.A. E.P.S	837.404	3,78%
Asociación Mutua Barrios Unidos de Quibdó E.S.S.	693.741	3,13%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA	584.705	2,64%
Entidad Cooperativa Sol.de Salud del Norte de Soacha ECOOPSOS	544.789	2,46%
Salud Total S.A. E.P.S.	455.586	2,06%
Humana Vivir S.A. E.P.S.	453.351	2,05%
Caja de Compensación Familiar del Huila "COMFAMILIAR"	450.642	2,03%
EPS Programa Comfenalco Antioquia	438.882	1,98%
SELVASALUD S.A. E.P.S	420.566	1,90%
E.P.S. CONDOR S.A.	374.950	1,69%
CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	371.993	1,68%
EPS CONVIDA	370.466	1,67%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	344.226	1,55%
Asociación Indígena del Cauca	335.791	1,52%
COLSUBSIDIO	259.484	1,17%
MALLAMAS	227.460	1,03%
Asociación Indígena del Cesar y la Guajira DUSAKAWI	214.234	0,97%
MANEXKA EPSI	213.226	0,96%
Caja de Compensación Familiar de Cartagena "COMFAMILIAR CARTAGENA"	208.390	0,94%
Caja de Compensación Familiar del Norte de Santander "COMFANORTE"	193.978	0,88%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	161.594	0,73%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO DE TOLIMA COMFENALCO	157.508	0,71%
CAPRESOCA EPS	137.528	0,62%
Caja de Compensación Familiar de Nariño "COMFAMILIAR NARIÑO"	127.648	0,58%
Caja de Compensación Familiar C.C.F. del Oriente Colombiano "COMFAORIENTE"	122.673	0,55%
Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY	109.002	0,49%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA CAFABA	106.559	0,48%
ANASWAYUU	105.973	0,48%
Caja de Compensación Familiar de la Guajira	100.487	0,45%
Caja de Compensación Familiar de Sucre	99.923	0,45%
Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca COMFACUNDI	94.413	0,43%
PIJAOS SALUD EPSI	65.827	0,30%
Caja de Compensación Familiar del Chocó COMFACHOCO	59.024	0,27%
Caja de Compensación Familiar de Fenalco Seccional de Santander	46.138	0,21%
Caja Santandereana de Subsidio Familiar "CAJASAN"	36.025	0,16%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFAMILIAR CAMACOLCOMFAMILIAR CAMACOL	4.464	0,02%
CALISALUD E.P.S	3.081	0,01%
Caja de Compensación Familiar de Fenalco "COMFENALCO QUINDIO"	1.566	0,01%
Caja de Compensación Familiar del Caquetá - COMFACA	27	0,00%
Total	22.150.795	100,00%

Fuente: Ministerio de la Protección Social, BDUA

Tabla 34. Afiliados al régimen subsidiado por Departamento

DEPARTAMENTO	AFILIADOS ACT.	% PARTIC.
AMAZONAS	47.258	0,21%
ANTIOQUIA	2.337.642	10,55%
ARAUCA	179.791	0,81%
ATLANTICO	1.227.069	5,54%
BOGOTA D.C.	1.321.759	5,97%
BOLIVAR	1.294.411	5,84%
BOYACA	712.055	3,21%
CALDAS	467.301	2,11%
CAQUETA	274.371	1,24%
CASANARE	205.393	0,93%
CAUCA	940.267	4,24%
CESAR	783.305	3,54%
CHOCO	366.719	1,66%
CORDOBA	1.231.416	5,56%
CUNDINAMARCA	948.747	4,28%
GUAINIA	38.217	0,17%
GUAVIARE	66.292	0,30%
HUILA	723.384	3,27%
INPEC	72.056	0,33%
LA GUAJIRA	591.870	2,67%
MAGDALENA	885.914	4,00%
META	364.271	1,64%
NARINO	1.122.821	5,07%
NORTE DE SANTANDER	812.690	3,67%
PUTUMAYO	251.331	1,13%
QUINDIO	257.847	1,16%
RISARALDA	357.777	1,62%
SAN ANDRES	22.612	0,10%
SANTANDER	901.169	4,07%
SUCRE	755.514	3,41%
TOLIMA	744.503	3,36%
VALLE	1.784.246	8,05%
VAUPES	19.557	0,09%
VICHADA	41.220	0,19%
Total	22.150.795	100,00%

Fuente: Ministerio de la Protección Social, BDUA

Tabla 35. Afiliados al régimen subsidiado en el departamento de Bolívar, 2011

EPS	Afiliados	% Part.
Asociación Mutual SER Empresa Solidaria de Salud ESS	412.609	18,40%
Caja de Compensación Familiar de Cartagena "COMFAMILIAR CARTAGENA"	237.072	10,57%
Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. COOSALUD E.S.S.	216.539	9,65%
Coomeva E.P.S. S.A.	201.354	8,98%
Salud Total S.A. E.P.S.	183.146	8,17%
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S.	143.847	6,41%
SOLSALUD E.P.S. S.A	122.010	5,44%
E.P.S. Saludcoop	118.473	5,28%
La Nueva EPS S.A.	100.951	4,50%
Empresa Mutual para el Desarrollo Integral DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS	94.957	4,23%
Caprecom EPS	90.452	4,03%
Cooperativa de Salud Comunitaria-COMPARTA	74.971	3,34%
SALUDVIDA S.A .E.P.S	54.846	2,45%
CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	51.335	2,29%
Humana Vivir S.A. E.P.S.	26.378	1,18%
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	22.051	0,98%
Cafesalud E.P.S. S.A.	21.913	0,98%
ALIANSA SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	13.547	0,60%
RED SALUD ATENCION HUMANA EPS S.A.	11.785	0,53%
E.P.S. Sanitas S.A.	11.612	0,52%
E.P.S. Famisanar LTDA.	8.064	0,36%
Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nales	7.663	0,34%
GOLDEN GROUP S.A. EPS	7.453	0,33%
Multimedicas Salud con Calidad EPS S.A.	3.965	0,18%
Asociación Mutual La Esperanza ASMET SALUD	1.780	0,08%
SALUDCOLOMBIA EPS S.A.	1.467	0,07%
Instituto de Seguros Sociales EPS	1.450	0,06%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA CAFABA	491	0,02%
Salud Colpatria E.P.S.	265	0,01%
EPS Servicio Occidental de Salud S.A. - EPS S.O.S. S.A.	127	0,01%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	106	0,00%
EPS Programa Comfenalco Antioquia	32	0,00%
Comfenalco Valle E.P.S.	26	0,00%
COMFAMILIARES EN SALUD UT	10	0,00%
Entidad Cooperativa Sol.de Salud del Norte de Soacha ECOOPSOS	9	0,00%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA	7	0,00%
Empresas Publicas de Medellin-Departamento Medico	5	0,00%
Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca COMFACUNDI	5	0,00%
SELVASALUD S.A. E.P.S	4	0,00%
Cruz Blanca EPS S.A.	4	0,00%
Caja de Compensación Familiar del Huila "COMFAMILIAR"	2	0,00%
Caja Santandereana de Subsidio Familiar "CAJASAN"	2	0,00%
PIJAOS SALUD EPSI	1	0,00%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFAMILIAR CAMACOLCOMFAMILIAR CAMACOL	1	0,00%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO DE TOLIMA COMFENALCO	1	0,00%
CAPRESOCA EPS	1	0,00%
E.P.S. CONDOR S.A.	1	0,00%
Total general	2.242.790	100,00%

Fuente: Ministerio de la Protección, BDU A

La distribución de los afiliados al régimen subsidiado en los municipios del Departamento, se puede observar en la tabla siguiente:

Tabla 36. Distribución de afiliados al régimen subsidiado por municipio en el departamento de Bolívar

DEPARTAMEN	MUNICIPIO	AFILIADOS	% PARTIC
BOLIVAR	CARTAGENA	415.698	22,32%
BOLIVAR	MAGANGUE	118.421	6,36%
BOLIVAR	EL CARMEN DE BOLIVAR	64.608	3,47%
BOLIVAR	MOMPOS	46.481	2,50%
BOLIVAR	MARIA LA BAJA	43.410	2,33%
BOLIVAR	ARJONA	43.392	2,33%
BOLIVAR	TURBACO	36.746	1,97%
BOLIVAR	SAN JUAN NEPOMUCENO	30.619	1,64%
BOLIVAR	ACHI	25.257	1,36%
BOLIVAR	SANTA ROSA DEL SUR	24.271	1,30%
BOLIVAR	PINILLOS	22.369	1,20%
BOLIVAR	SAN JACINTO	21.975	1,18%
BOLIVAR	SAN PABLO	21.929	1,18%
BOLIVAR	CALAMAR	20.665	1,11%
BOLIVAR	MAHATES	20.067	1,08%
BOLIVAR	TIQUISIO	19.675	1,06%
BOLIVAR	VILLANUEVA	18.655	1,00%
BOLIVAR	CORDOBA	16.010	0,86%
BOLIVAR	SIMITI	15.786	0,85%
BOLIVAR	MORALES	15.328	0,82%
BOLIVAR	BARRANCO DE LOBA	15.080	0,81%
BOLIVAR	SAN ESTANISLAO	14.849	0,80%
BOLIVAR	SAN MARTIN DE LOBA	14.564	0,78%
BOLIVAR	SANTA ROSA	13.671	0,73%
BOLIVAR	RIO VIEJO	13.169	0,71%
BOLIVAR	TALAIGUA NUEVO	11.920	0,64%
BOLIVAR	SANTA CATALINA	11.473	0,62%
BOLIVAR	SAN JACINTO DEL CAUCA	11.181	0,60%
BOLIVAR	CLEMENCIA	10.749	0,58%
BOLIVAR	CICUCO	10.634	0,57%
BOLIVAR	MONTECRISTO	10.611	0,57%
BOLIVAR	TURBANA	10.420	0,56%
BOLIVAR	SAN FERNANDO	10.138	0,54%
BOLIVAR	HATILLO DE LOBA	9.928	0,53%
BOLIVAR	MARGARITA	9.196	0,49%
BOLIVAR	ALTOS DEL ROSARIO	9.116	0,49%
BOLIVAR	ZAMBRANO	9.089	0,49%
BOLIVAR	EL PEÑON	8.371	0,45%
BOLIVAR	SOPLAVIENTO	7.632	0,41%
BOLIVAR	EL GUAMO	7.492	0,40%
BOLIVAR	ARENAL	6.957	0,37%
BOLIVAR	CANTAGALLO	6.706	0,36%
BOLIVAR	SAN CRISTOBAL	5.780	0,31%
BOLIVAR	ARROYOHONDO	5.760	0,31%
BOLIVAR	REGIDOR	5.590	0,30%
BOLIVAR	NOROSI	2.973	0,16%

Y en el municipio de San Estanislao, por EPS-S:

Tabla 37. Distribución de afiliados al régimen subsidiado por EPS-S en el municipio.

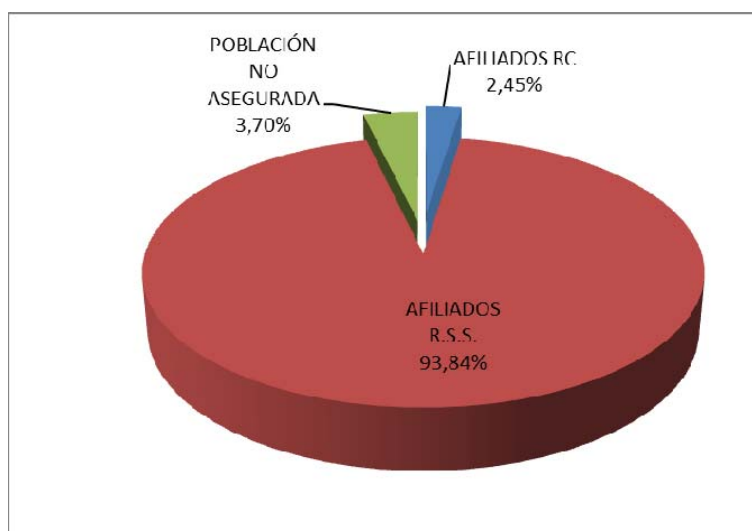
EPS	COTIZANTE	% PARTIC
SALUDVIDA S.A .E.P.S	4.045	27,24%
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S.	3.189	21,48%
Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. COOSALUD E.S.S.	2.756	18,56%
Caja de Compensación Familiar de Cartagena "COMFAMILIAR CARTAGENA"	2.550	17,17%
Cooperativa de Salud Comunitaria-COMPARTA	2.271	15,29%
Caprecom EPS	30	0,20%
Humana Vivir S.A. E.P.S.	8	0,05%
Total	14.849	100,00%

Fuente: Ministerio de la Protección, BDUA

6.2.5 Población pobre no asegurada

Encontramos en San Estanislao solamente 568 personas sin seguridad social lo que deja un déficit personas sin asegurar de tan sólo el 3,7% (**Ilustración 2**).

Ilustración 2. Distribución del aseguramiento en salud en el municipio de San Estanislao



Fuente: Ministerio de la Protección Social, BDUA y cálculos de los autores

6.3 RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL MERCADO

Como puede verse, la ESE Hospital Local "Ana María Rodríguez" de San Estanislao tiene su mercado ubicado en el municipio de San Estanislao. Los ingresos actuales proceden en un 83% de venta de servicios al régimen subsidiado, 12% por venta de servicios a los entes territoriales, 0,6% de ventas al régimen contributivo y 3,7% por atenciones a particulares.

6.4 COMPETIDORES POTENCIALES

Puesto que se trata de una Empresa Social del Estado, que prácticamente no hay oferta de atención del nivel 1 en el municipio (tan sólo hay otra IPS, el Centro de Salud de las Piedras) y la existencia de la obligación normativa de contratar al menos el 60% de la UPC-S dedicada a salud (92% de la UPC-S plena) con las ESE, la ESE Hospital Local “Ana María Rodríguez” de San Estanislao prácticamente no tiene competencia para el régimen subsidiado, que representa más del 80% del mercado potencial de la misma.

6.5 CARACTERIZACIÓN DEL MERCADO DE LOS PRESTADORES

6.6 RED DE SERVICIOS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR

La Secretaria de Salud de Bolívar, realizó una concertación de los portafolios de servicios y tipificación de las instituciones dentro de la Red, con los Alcaldes municipales y Gerentes de las ESE, tanto de baja complejidad como la mediana y alta.

El municipio de San Estanislao quedó dentro de la Subred I, clasificado como 1b (Tabla 38) es decir como una ESE Municipal con servicios completos. Por esta razón sólo nos referiremos aquí a esta subred.

Tabla 38. Clasificación de IPS de la subred I de Bolívar 2010

Municipio	Tipo Entidad	Clasificación
Arjona	ESE Municipal	1c
Arroyohondo	ESE Municipal	1a
Calamar	ESE Municipal	1c
Clemencia	ESE Regional	1a
Mahates	ESE Municipal	1c
Maria La Baja	ESE Municipal	1c
San Cristóbal	ESE Regional	1a
San Estanislao	ESE Municipal	1b
Santa Catalina	IPS Municipal	1b
Santa Rosa De Lima	ESE Municipal	1b
Soplaviento	ESE Municipal	1b
Turbaco	ESE Municipal	1c
Turbana	ESE Municipal	1b
SAN ESTANISLAO	ESE Regional	1b
Cartagena	ESE Hospital San Pablo – ESE Cartagena de Indias	1c
	ESE Departamental- Maternidad Rafael Calvo	2
	ESE Departamental - Hospital Universitario del Caribe	3

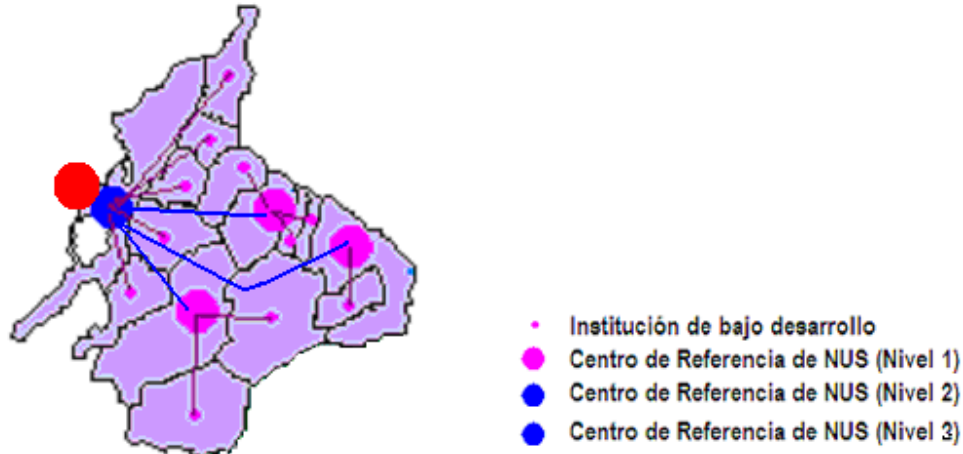
Al quedar de camino al centro de referencia principal (Cartagena) para los municipios de San Cristóbal y Soplaviento y menor distancia del municipio de Santa Rosa de Lima (aunque en vía contraria), existe un mercado potencial para servicios de nivel 2, tanto intermedios como finales que pudieran ofertarse en el corto y mediano plazo.

6.7 ARTICULACIÓN DE INSTITUCIONES- SUBRED I

Dentro del funcionamiento en red que se propone, en el Distrito de Cartagena se ubican, además de la ESE de primer nivel de atención Cartagena de Indias, las siguientes Empresas Sociales del Estado de mayor complejidad:

1. Hospital Universitario del Caribe que maneja actividades, procedimientos e intervenciones de 2º, 3º, 4º nivel.
2. Hospital Maternidad Rafael Calvo, cuyo portafolio se orienta a los servicios de Ginecología, Obstetricia y Neonatología.

Ilustración 3. Subred I Bolívar



6.8 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

6.8.1 Red vial del departamento

El sistema vial del departamento de Bolívar tiene una red de 2.840 kilómetros de carreteras, de los cuales 534 (18.8%) corresponden a carreteras nacionales y conforman la red primaria, 1.061 kilómetros (37.4%) corresponden a carreteras

departamentales, constituyéndose en las vías secundarias. Por último, 1.243 kilómetros (43.8%) corresponden al trazado de caminos vecinales.

Esta infraestructura presenta dos características: un bajo índice de cobertura porcentual, que equivale a sólo 144.4 metros de vía por kilómetro cuadrado de territorio y una deficiente cobertura geográfica que impide que extensas zonas del territorio departamental puedan acceder con facilidad a los centros de consumo y distribución para sus productos. En resumen, puede afirmarse que el departamento de Bolívar muestra, en términos de infraestructura vial, una malla incompleta tanto en su enlace dentro del departamento como en su integración con el resto de la Costa Atlántica y del país.

Tabla 39. Distancias entre Cartagena y las demás cabeceras municipales

Nombre Municipio	Distancia a_ Capital Depto. en km	Distancia a Capital Depto. en tiempo
Cartagena (DT y C)	0	0
Turbaco	21	20 Minutos
Santa Rosa	24	25 Minutos
Turbana	29	40 Minutos
Arjona	32	45 Minutos
SAN ESTANISLAO	35	35 Minutos
Clemencia	36	35 Minutos
Santa Catalina	45	45 Minutos
Soplaviento	53	1 Hora 15 Minutos
Mahates	71	1 Hora
Maria La Baja	72	1 Hora
El Guamo	94	1 Hora 50 Minutos
San Juan Nepomuceno	94	1 Hora 30 Minutos
San Cristóbal	95	1 Hora 30 Minutos
San Jacinto del Cauca	98	6 Horas 30 Minutos
Arroyohondo	100	1 Hora 30 Minutos
Calamar	115	1 Hora 15 Minutos
San Jacinto	109	1 Hora 45 Minutos
El Carmen de Bolívar	126	2 Horas
Zambrano	168	2 Horas 30 Minutos
Córdoba	195	2 Horas 50 Minutos
Magangue	239	3 Horas 30 Minutos
Mompox	248	4 Horas
Talaigua Nuevo	257	3 Horas 45 Minutos
San Estanislao de Kotska	264	1 Hora
San Fernando	264	4 Horas 30 Minutos
Margarita	273	4 Horas 45 Minutos
Pinillos	319	4 Horas 45 Minutos
Achí	328	7 Horas

Nombre Municipio	Distancia a Capital Depto. en km	Distancia a Capital Depto. en tiempo
Cicuco	340	3 Horas 30 Minutos
Hatillo de Loba	360	5 Horas
El Peñón	365	6 Horas
Tiquisio (Puerto Rico)	370	6 Horas 30 Minutos
Barranco de Loba	390	5 Horas
San Martín de Loba	390	5 Horas 10 Minutos
Altos del Rosario	420	5 Horas 20 Minutos
Montecristo	450	8 Horas 30 Minutos
Arenal	450	8 Horas 40 Minutos
Morales	464	8 Horas 30 Minutos
Río Viejo	494	8 Horas 15 Minutos
Regidor	504	8 Horas 20 Minutos
Simití	518	9 Horas 30 Minutos
Santa Rosa del Sur	548	10 Horas 15 minutos
San Pablo	593	12 Horas 15 Minutos
Cantagallo	620	12 Horas

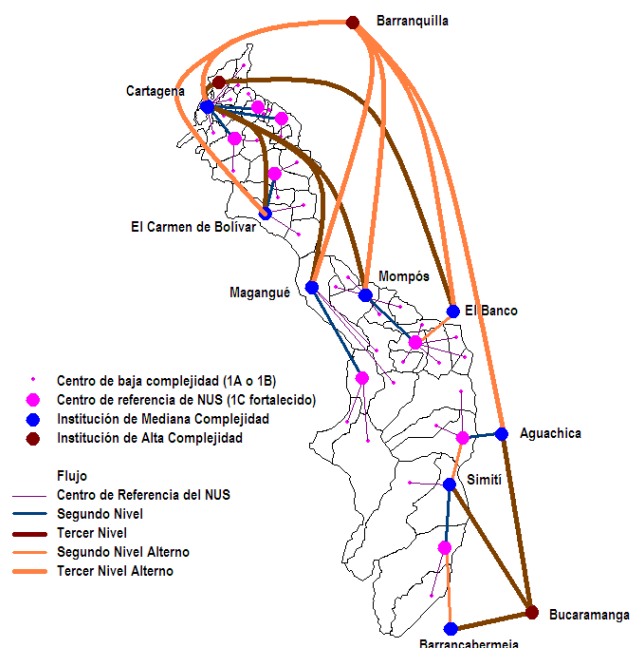
Fuente: Ministerio de Salud Dirección General de Desarrollo de Servicios Mapa de Salud

Como consecuencia de las deficiencias de la infraestructura vial anteriormente mencionadas, y dadas las condiciones hidrográficas del departamento, el transporte fluvial se convierte en la más importante forma de transporte. Las principales arterias fluviales, son los ríos Magdalena y Cauca y el Canal del Dique, los cuales comunican a Cartagena con las demás subregiones. Entre los puertos se destacan: Calamar, Magangué, Bodega Central, Cantagallo y San Pablo.

6.8.2 Flujos de usuarios entre los diferentes nodos de la red

El flujo, intercambio o interacción entre las unidades familiares con los prestadores, entre los prestadores entre sí y las demás organizaciones que interactúan dentro de la red de servicios de salud es lo que da lugar a la conformación de una red.

Ilustración 4. Flujos de usuarios entre las instituciones de la red de servicios



6.9 INDICADORES DE FRECUENCIA DE USO DE SERVICIOS Y DEMANDA POTENCIAL DE LOS SERVICIOS DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

Se analizaron un total de 60,704 RIPS correspondientes a las atenciones de 1,784 personas durante 2010, validados por el Ministerio de la Protección Social.

El resultado permitió establecer valores de frecuencia de uso de los servicios actualmente prestados por la ESE o con el potencial de prestarlos en un futuro inmediato, valores que aplicados a la población afiliada al Régimen Subsidiado en la región permiten predecir el número de servicios que demandará dicha población en el lapso de un año. El resultado se puede consultar en la Tabla 40.

Tabla 40. Frecuencias de uso y predicción de demanda de servicios

SERVICIO		POBLACIÓN	TOTAL ACTV.	FCIA.
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL				
890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	11.224	12.187	1,0858
TOTAL CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL			12.187	
URGENCIAS				
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MÉDICO GENERAL	11.224	4.967	0,4426
890602	ATENCIÓN DIARIA EN SALA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS	11.224	254	0,0226
TOTAL URGENCIAS			5.221	
HOSPITALIZACIÓN				
S11104	HABITACIÓN DE CUATRO Ó MAS CAMAS (INSTITUCIONES DE NIVEL 1)	11.224	110	0,0098
TOTAL HOSPITALIZACIÓN NIVEL 1			110	
ATENCIÓN DEL PARTO				

SERVICIO		POBLACIÓN	TOTAL ACTV.	FCIA.
735300	ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL NORMAL	5.051	202	0,0400
906916	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR	5.051	202	0,0400
993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA (SRP) + o (MMR)	5.051	202	0,0400
890301	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL +	5.051	203	0,0401
TOTAL ATENCIÓN DEL PARTO			808	
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO				
904903	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] NEONATAL	5.051	202	0,0400
992901	INYECCIÓN DE VITAMINA K	5.051	202	0,0400
902212	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO Y FACTOR Rh+	5.051	202	0,0400
890301	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL +	5.051	202	0,0400
TOTAL ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO			808	
LABORARIO CLÍNICO				
90XXX1	EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO (AMBULATORIOS)	11.224	14.273	1,2717
90XXX2	EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO (URGENCIAS)	11.224	3.974	0,3541
TOTAL PROGRAMA			18.247	
IMAGINOLOGÍA BÁSICA				
87XXX1	IMAGINOLOGÍA BÁSICA (AMBULATORIA)	11.224	607	0,0541
87XXX2	IMAGINOLOGÍA BÁSICA (URGENCIAS)	11.224	166	0,0148
881431	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL §	11.224	112	0,0100
TOTAL IMAGINOLOGÍA BÁSICA			773	
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS				
9XXXX1	MEDICAMENTOS DE URGENCIAS	11.224	4.967	0,4426
9XXXX2	MEDICAMENTOS DE AMBULATORIOS	11.224	12.187	1,0858
TOTAL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS			17.154	
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS				
81XXX1	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE NIVEL 1	11.224	177	0,0157
TOTAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS			177	
TRASLADO DE PACIENTES				
S32308	TRASLADO INTERMUNICIPAL DE PACIENTES (VIAJE REDONDO)	11.224	216	0,0193
TOTAL TRASLADO DE PACIENTES			216	
ODONTOLOGÍA NIVEL 1				
23XXX1	PERIODONCIA Y ENDODONCIA	11.224	8.566	0,7632
23XXX2	OPERATORIA DENTAL	11.224	8.566	0,7632
TOTAL ODONTOLOGÍA NIVEL 1			17.132	
TOTAL ACTIVIDADES			60.704	

Fuente: Cálculo de los autores sobre RIPS 201, Ministerio de la Protección Social

7 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD TÉCNICA

Este estudio definirá el portafolio de servicios de la ESE, las adecuaciones de las áreas requeridas para la habilitación de los servicios y la dotación necesaria para la operación y puesta en marcha y las recomendaciones para la dotación de cada área de la ESE.

7.1 PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y CAPACIDAD INSTALADA

A continuación veremos la capacidad instalada de la ESE Hospital Local “Ana María Rodríguez” de San Estanislao

SERVICIO	HORAS DIA	RENDIMIENTO X HORA	CAPACIDAD INSTALADA	DIAS AL MES	CAPACIDAD INSTALADA MES	CAPACIDAD INSTALADA AÑO
CONSULTA URGENCIA	24	3	72	30	2.160	25.920
OBSERVACIÓN URGENCIA	168	1	168	30	5.040	60.480
PROCEDIMIENTOS	24	3	72	30	2.160	25.920
MUESTRA PROCESADA	24	3	72	30	2.160	25.920
CONSULTA ODONTOLÓGICA	4	3	12	22	264	3.168
PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO	2	2	4	22	88	1.056
ACTIVIDAD DE P Y P	2	4	8	22	176	2.112
TRASLADO DE PACIENTES	24	0	8	30	240	2.880
CONSULTA MEDICINA GENERAL	40	4	160	22	3.520	42.240
CONSULTA DE P Y P	16	6	96	22	2.112	25.344
PLACA LEÍDA	24	3	72	30	2.160	25.920
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	8	3	24	22	528	6.336
SESIÓN DE FISIOTERAPIA	8	1	8	30	240	2.880
RECETA ENTREGADA	8	8	64	30	1.920	23.040
MEDICINA INTERNA	8	3	24	22	528	6.336
PEDIATRIA	8	3	24	22	528	6.336
CAMA HOSPITALARIA GENERAL ADULTOS	24	0,04	1	30	30	360
CAMA HOSPITALARIA GENERAL PEDIATRICA	24	0,04	1	30	30	360
CAMA HOSPITALARIA OBSTETRICA	24	0,04	1	30	30	360
CAMA HOSPITALARIA OBSTETRICA	24	0,04	1	30	30	360

7.1.1 Dotación necesaria

Se construyó una tabla maestra a partir de la dotación requerida en la Resolución 1043 de 2006 por cada área de servicio. La dotación se clasificó por área, por unidad funcional, por área de servicio y tipo de dotación.

El resultado final de este proceso, que arrojó un total de \$709 millones, se puede ver en la

Tabla 41, la discriminación por unidad funcional en la Tabla 42, la discriminación por tipo de dotación en la

Tabla 43 y la discriminación por área en la Tabla 44.

Tabla 41. Dotación por área funcional

Area Funcional	Vlr Dotación
ÁREA DE LOGÍSTICA	\$ 205.830.000,00
ÁREA DE SERVICIOS	\$ 502.998.971,00
Total general	\$ 708.828.971,00

Los costos totales de dotación ascienden a unos 3,170 millones de pesos. Veamos ahora el detalle por unidad funcional.

Tabla 42. Dotación por Unidad Funcional

Area / Und Funcional	Vlr Dotacion	%
ÁREA DE LOGÍSTICA	\$ 205.830.000	29,04%
Servicios generales	\$ 116.335.000	16,41%
Gerencia	\$ 54.556.000	7,70%
Subgerencia administrativa y financiera	\$ 29.176.000	4,12%
Subgerencia científica	\$ 5.763.000	0,81%
ÁREA DE SERVICIOS	\$ 502.998.971	70,96%
Imagenología	\$ 131.606.000	18,57%
Laboratorio clínico	\$ 127.784.388	18,03%
Rehabilitación	\$ 74.496.083	10,51%
Hospitalización adultos	\$ 60.558.000	8,54%
Urgencia	\$ 50.378.500	7,11%
Hospitalización pediátrica	\$ 24.828.000	3,50%
Consulta externa	\$ 17.988.000	2,54%
Consulta ambulatoria de odontología	\$ 10.480.000	1,48%
Servicios generales	\$ 4.880.000	0,69%
Total general	\$ 708.828.971	100,00%

Cálculo de los autores

Casi el 71% de los costos de dotación corresponden a la dotación del área de prestación de servicios.

La dotación biomédica corresponde al 58% de los costos y si adicionamos la dotación industrial llega al 72%, en consecuencia, es imperativo un excelente plan de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos e industriales para preservar en buen estado la inversión.

Tabla 43. Costos de dotación por el tipo.

Tipo de Dotación	Costo	Suma de TOTAL
BIOMÉDICA	414.293.583	58,45%
INDUSTRIAL	98.456.388	13,89%
DOTACIÓN OFICINA	93.440.000	13,18%
SISTEMAS	49.310.000	6,96%
COMUNICACIONES	18.720.000	2,64%
ASEO	12.515.000	1,77%
DECORACIÓN	10.065.000	1,42%
COCINA	6.579.000	0,93%
LENCERÍA	5.450.000	0,77%
Total general	708.828.971	100,00%

Tabla 44. Dotación por área de servicio

Areas / Dotación	Total Inv.
Consulta ambulatoria de odontología	\$ 10.480.000
Consultorios	\$ 10.480.000
Consulta externa	\$ 17.988.000
Área de circulación	\$ 1.320.000
Baño sala de espera	\$ 88.000
Consultorios	\$ 7.230.000
Cuarto de aseo	\$ 780.000
Cuarto de materiales limpios	\$ 460.000
Cuarto de procedimientos de enfermería limpios y sucios	\$ 2.195.000
Cuarto de stock de medicamentos	\$ 1.515.000
Sala de espera consulta externa	\$ 4.400.000
Gerencia	\$ 54.556.000
Asistente de gerencia	\$ 7.388.000
Asistente de sistemas	\$ 3.763.000
Baño gerencia	\$ 225.000
Baño sala de juntas	\$ 210.000
Baños gerencia	\$ 88.000
Cocineta sala de juntas	\$ 3.405.000

Areas / Dotación	Total Inv.
Oficina de gerencia	\$ 7.139.000
Oficina jurídica	\$ 3.248.000
Sala de juntas	\$ 19.160.000
Sala de servidores	\$ 9.930.000
Hospitalización adultos	\$ 60.558.000
Áreas de circulación	\$ 510.000
Cuarto de aseo	\$ 720.000
Cuarto de materiales limpios	\$ 758.000
Cuarto de materiales sucios	\$ 180.000
Estación de enfermería Hospitalización 1	\$ 3.500.000
Estación de enfermería Hospitalización 2	\$ 2.650.000
Sala de procedimientos de enfermería limpios y sucios	\$ 3.722.000
Salas de 4 camas de hospitalización general (incluye 1 baño)	\$ 48.518.000
Hospitalización pediátrica	\$ 24.828.000
Áreas de circulación	\$ 510.000
Baños pacientes y familiares	\$ 59.000
Sala de hospitalización pediátrica	\$ 24.259.000
Imagenología	\$ 131.606.000
Almacén	\$ 295.000
Baños imagenología	\$ 176.000
Consola de reporte	\$ 3.185.000
Cuarto de aseo	\$ 780.000
Cuarto de materiales limpios	\$ 1.914.000
Cuarto de materiales sucios	\$ 180.000
Cuarto oscuro	\$ 9.076.000
Cubículo asistente clínico	\$ 5.050.000
Ecografía	\$ 58.250.000
Rayos X	\$ 52.700.000
Laboratorio clínico	\$ 127.784.388
Área de circulación	\$ 1.170.000
Baño sala de espera	\$ 44.000
Cuarto de aseo	\$ 780.000
Cuarto de materiales limpios	\$ 460.000
Cuarto de stock de reactivos	\$ 3.315.000
Laboratorio clínico	\$ 122.015.388
Rehabilitación	\$ 74.496.083
Área de terapia física y fisioterapia	\$ 36.971.583
Consultorio de nutrición	\$ 2.765.500
Consultorio de psicología	\$ 2.100.000
Consultorio de terapia del lenguaje y fonoaudiología	\$ 13.520.000

Areas / Dotación	Total Inv.
Cuarto de almacenamiento de equipos	\$ 295.000
Cuarto de aseo	\$ 780.000
Cuarto de materiales limpios	\$ 1.914.000
Cuarto de materiales sucios	\$ 180.000
Cubículo de terapia respiratoria	\$ 15.970.000
Servicios generales	\$ 121.215.000
Accesos peatonales, personal, pacientes y usuarios	\$ 375.000
Almacén	\$ 5.450.000
Archivo de historias clínicas	\$ 3.738.000
Área de camillas y sillas de rueda	\$ 4.880.000
Baño comedor	\$ 104.000
Baño comedor personal asistencial	\$ 104.000
Baño Estar de enfermería	\$ 89.000
Baño estar médico	\$ 89.000
Comedor	\$ 5.610.000
Cuarto de aseo	\$ 1.560.000
Cuarto de máquinas	\$ 1.150.000
Depósito de cadáver	\$ 1.200.000
Desechos hospitalarios	\$ 1.582.000
Estar de enfermería	\$ 13.832.000
Estar médico	\$ 13.832.000
Jardines	\$ 2.505.000
Lavandería	\$ 15.730.000
Oficina compras y almacén (incluye un baño)	\$ 3.938.000
Parqueadero de ambulancias con techo	\$ 270.000
Parqueadero personal del hospital	\$ 270.000
Parqueadero proveedores	\$ 270.000
Parqueadero usuarios	\$ 270.000
Portería	\$ 670.000
Recepción de proveedores	\$ 4.651.000
Recepción de usuarios	\$ 4.651.000
Restaurante y cafetería	\$ 28.530.000
Taller de mantenimiento	\$ 5.630.000
Tanques de almacenamiento de agua y estación de bombeo	\$ 235.000
Subgerencia administrativa y financiera	\$ 29.176.000
Áreas de circulación	\$ 905.000
Asistente de contabilidad	\$ 3.074.000
Asistente de pagaduría	\$ 3.074.000
Asistente de Subgerencia administrativa	\$ 3.074.000
Auditorio	\$ 13.755.000

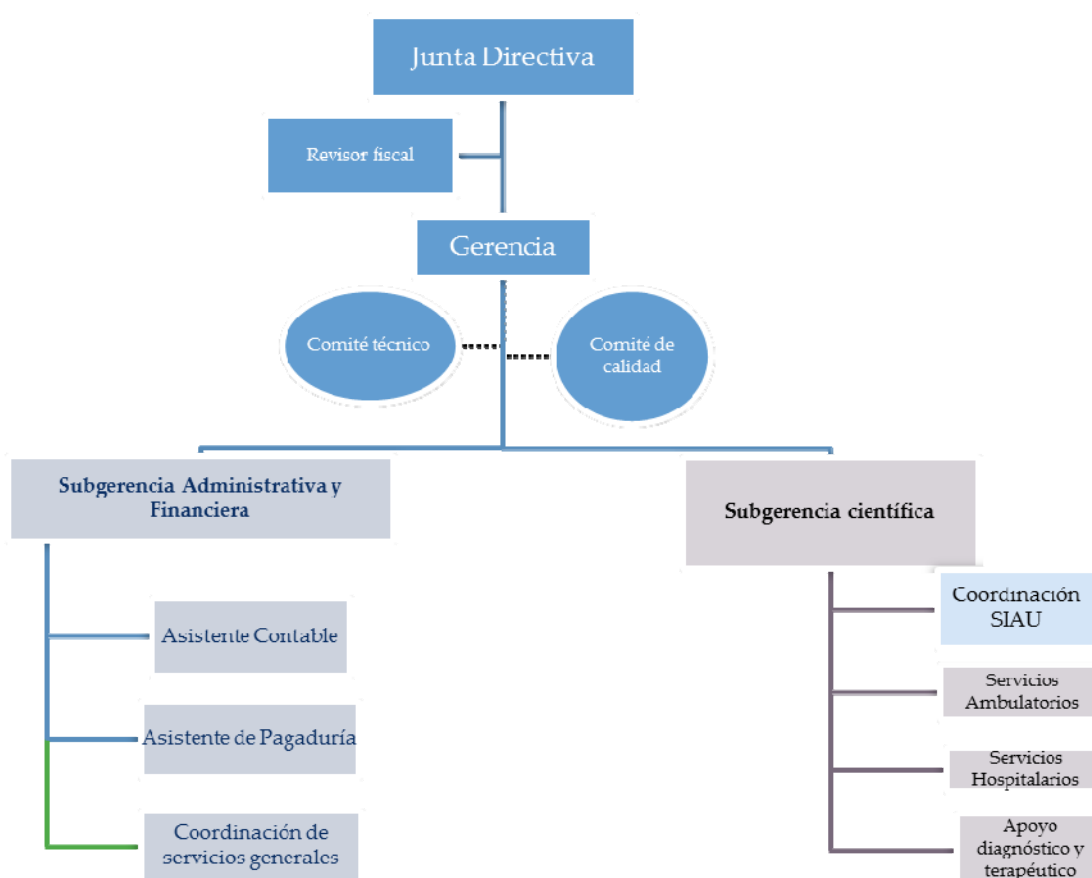
Áreas / Dotación	Total Inv.
Baño subgerencia administrativa	\$ 254.000
Batería de baños área administrativa	\$ 218.000
Batería de baños para el auditorio	\$ 218.000
Subgerente administrativo	\$ 4.604.000
Subgerencia científica	\$ 5.763.000
Áreas de circulación	\$ 905.000
Baño subgerencia científica	\$ 254.000
Subgerencia científica	\$ 4.604.000
Urgencia	\$ 50.378.500
Áreas de circulación	\$ 720.000
Baño sala de observación	\$ 79.000
Consultorio de urgencias	\$ 3.460.500
Cuarto de aseo	\$ 780.000
Cuarto de materiales limpios	\$ 529.000
Cuarto de materiales sucios	\$ 240.000
Cuarto de procedimientos de enfermería limpios y sucios	\$ 1.995.000
Estación de enfermería de urgencia	\$ 3.500.000
Oficina de admisiones y atención al usuario (incluye 1 baño)	\$ 8.475.000
Oficina de facturación (incluye 1 baño)	\$ 2.795.000
Portería de urgencia	\$ 4.880.000
Sala de espera de urgencias	\$ 3.785.000
Sala de observación de 4 camas pediátricas	\$ 11.085.000
Sala de procedimientos de urgencias	\$ 6.180.000
Sala de yesos	\$ 1.875.000
Total general	\$ 708.828.971

Cálculo de los autores

8 ESTUDIO ORGANIZACIONAL

Para efectos de estimar los gastos de funcionamiento se requiere definir una estructura organizacional y un plan de cargos de la entidad.

8.1 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



8.2 ÁREAS DE GESTIÓN

La estructura organizacional propuesta cuenta con las tres áreas de gestión:

1. Dirección
2. De servicios
3. De logística

8.3 UNIDADES FUNCIONALES

Las áreas de gestión cuentan con las siguientes unidades funcionales

Área de dirección

1. Junta Directiva
 - a. Revisoría fiscal
2. Gerencia
 - a. Oficina jurídica
 - b. Unidad de auditoría
 - c. Unidad de planeación
 - d. Unidad de información e investigación

Área de logística

1. Subgerencia administrativa y financiera
 - a. Coordinación de recursos humanos, físicos y servicios generales
 - b. Coordinación de tesorería
 - c. Coordinación de contabilidad

Área de servicios

1. Subgerencia científica
 - a. Coordinación del SIAU
 - b. Coordinación de Servicios Ambulatorios
 - c. Coordinación de Servicios Hospitalarios
 - d. Coordinación de apoyo diagnóstico y terapéutico

8.4 ESTRUCTURA DE PROCESOS RECOMENDADO PARA LA OPERACIÓN

Los siguientes son los macroprocesos por área de gestión:

Área de gestión	Macroprocesos
Dirección	Gestión de dirección
Logística	Gestión administrativa Gestión financiera
Servicios	Gestión de atención a usuarios Gestión clínica

Los siguientes son los procesos por unidad funcional:

Área funcional	Unidad funcional	Procesos	
Dirección	Junta directiva	Gestión de dirección	
	Revisoría fiscal	Gestión de control	
	Gerencia	Gestión gerencial	
	Oficina jurídica	Gestión jurídica	
	Unidad de planeación		Gestión de planeación
			Gestión de docencia servicios
	Unidad de información e investigación		Gestión de la información
			Gestión de investigación
Unidad de calidad-Comité de calidad	Gestión de la calidad		
Comité técnico	Gestión de evaluación		
Logística	Subgerencia administrativa y financiera	Gestión administrativa y financiera	
	Coordinación de recursos humanos, físicos y servicios generales	Gestión de recurso humano	
		Gestión de recursos físicos	
		Gestión de servicios generales	
	Coordinación de tesorería	Gestión de tesorería	
Coordinación de contabilidad	Gestión de contabilidad		
Servicios	Subgerencia científica	Gestión clínica	
	Coordinación de SIAU	Gestión de admisiones	
		Gestión de información y atención a usuarios	
		Gestión de participación social	
	Coordinación de Servicios Ambulatorios	Gestión de la atención de urgencia	
		Gestión de la atención de consulta externa	
	Coordinación de Hospitalización	Gestión de la atención de hospitalización	
	Coordinación de Apoyo diagnóstico y terapéutico	Gestión de laboratorio clínico	
		Gestión de imaginología	
		Gestión de atención de rehabilitación	
Gestión de atención quirúrgica			
	Gestión de atención oncológica		

8.5 ESTRUCTURA SALARIAL Y NÓMINA RECOMENDADA

8.5.1 Nómina administrativa

Se propone que todo el personal sea vinculado en nómina con la siguiente estructura salarial:

Tabla 45. Estructura salarial del personal administrativo

NIVEL DE FORMACIÓN	UNIDADES de SMLMV	BÁSICO 2010	SEG. SOCIAL + PRESTAC.	COSTO TOTAL MES
Auxiliar	1	\$ 535.600	\$ 351.664	\$ 887.264
Técnico	1,5	\$ 803.400	\$ 495.695	\$ 1.299.095
Tecnólogo	2	\$ 1.071.200	\$ 576.127	\$ 1.647.327
Profesional universitario 2	3	\$ 1.606.800	\$ 864.191	\$ 2.470.991
Profesional universitario 1	4	\$ 2.142.400	\$ 1.152.254	\$ 3.294.654
Profesional especializado 2	6	\$ 3.213.600	\$ 1.728.381	\$ 4.941.981
Profesional especializado 1	8	\$ 4.284.800	\$ 2.304.508	\$ 6.589.308
Profesional especializado (representante legal)	12	\$ 6.427.200	\$ 3.456.762	\$ 9.883.962

Cálculos de los autores

Con esta estructura salarial similar a la del mercado laboral local en el departamento de Bolívar, podríamos determinar el plan de cargos y la nómina administrativa, así:

Tabla 46. Plan de Cargos y Nómina Administrativa

Area / Cargo	Salario Basico	Prestaciones+SS	Salario+Prestaciones	Total Nom Mes	Total Nom Año
<input checked="" type="checkbox"/> Dirección	\$ 10.712.000	\$ 5.761.271	\$ 16.473.271	\$ 16.473.271	\$ 197.679.248
<input checked="" type="checkbox"/> Gerencia	\$ 7.498.400	\$ 4.032.889	\$ 11.531.289	\$ 11.531.289	\$ 138.375.474
Asistente de gerencia	\$ 1.071.200	\$ 576.127	\$ 1.647.327	\$ 1.647.327	\$ 19.767.925
Gerente	\$ 6.427.200	\$ 3.456.762	\$ 9.883.962	\$ 9.883.962	\$ 118.607.549
<input checked="" type="checkbox"/> Oficina jurídica	\$ 3.213.600	\$ 1.728.381	\$ 4.941.981	\$ 4.941.981	\$ 59.303.774
Asesor jurídico	\$ 3.213.600	\$ 1.728.381	\$ 4.941.981	\$ 4.941.981	\$ 59.303.774
<input checked="" type="checkbox"/> Logística	\$ 9.105.200	\$ 5.087.880	\$ 14.193.080	\$ 21.291.188	\$ 255.494.260
<input checked="" type="checkbox"/> Subgerencia administrativa y financiera	\$ 9.105.200	\$ 5.087.880	\$ 14.193.080	\$ 21.291.188	\$ 255.494.260
Asistente administrativo	\$ 1.071.200	\$ 576.127	\$ 1.647.327	\$ 1.647.327	\$ 19.767.925
Asistente contable	\$ 1.071.200	\$ 576.127	\$ 1.647.327	\$ 1.647.327	\$ 19.767.925
Asistente de pagaduría	\$ 1.071.200	\$ 576.127	\$ 1.647.327	\$ 1.647.327	\$ 19.767.925
Auxiliar de servicios generales	\$ 535.600	\$ 351.664	\$ 887.264	\$ 887.264	\$ 10.647.162
Camillero	\$ 535.600	\$ 351.664	\$ 887.264	\$ 7.098.108	\$ 85.177.299
Mensajero	\$ 535.600	\$ 351.664	\$ 887.264	\$ 1.774.527	\$ 21.294.325
Subgerente administrativo y financiero	\$ 4.284.800	\$ 2.304.508	\$ 6.589.308	\$ 6.589.308	\$ 79.071.699
<input checked="" type="checkbox"/> Servicios	\$ 6.427.200	\$ 3.456.762	\$ 9.883.962	\$ 9.883.962	\$ 118.607.549
<input checked="" type="checkbox"/> Subgerencia científica	\$ 6.427.200	\$ 3.456.762	\$ 9.883.962	\$ 9.883.962	\$ 118.607.549
Coordinador del SIAU	\$ 2.142.400	\$ 1.152.254	\$ 3.294.654	\$ 3.294.654	\$ 39.535.850
Subgerente científico	\$ 4.284.800	\$ 2.304.508	\$ 6.589.308	\$ 6.589.308	\$ 79.071.699
Total general	\$ 26.244.400	\$ 14.305.913	\$ 40.550.313	\$ 47.648.421	\$ 571.781.057

Cálculo de los autores

Los costos mensuales de la nómina administrativa ascienden a \$ 47,648,421 y los costos anuales a \$ 571,781,057.

8.5.2 Nómina asistencial

Para estimar la nómina asistencial se elaboró una tabla maestra con base en las áreas asistenciales y los horarios de atención de cada servicio y a partir de la resolución 1043 de 2006 se definió el recurso humano exigido por la norma.

Tabla 47. Plan de cargos asistencial global (Cálculos de los autores)

SERVICIO	CARGO	Horas día	DíasXSem	Horas/Sem	Horas/Mes	Tiempos completos
Urgencia	Médico general	32	7	224	960	5,00
Urgencia	Auxiliar de enfermería	64	7	448	1921	10,01
Urgencia	Enfermera Lic.	32	7	224	960	5,00
Hospitalización	Médico general	32	7	224	960	5,00
Hospitalización	Enfermera Lic.	32	7	224	960	5,00
Hospitalización	Auxiliar de enfermería	96	7	672	2882	15,01
Consulta externa	Enfermera Lic.	12	5,5	66	283	1,47
Rehabilitación	Fisioterapeuta	8	5,5	44	188	0,98
Rehabilitación	Fonoaudiólogo	4	5,5	22	94	0,49
Rehabilitación	Nutricionista	4	5,5	22	94	0,49
Laboratorio clínico	Bacteriólogo	32	7	224	960	5,00
Laboratorio clínico	Auxiliar de Laboratorio	32	7	224	960	5,00
Farmacia	Químico farmaceuta	8	7	56	240	1,25
Farmacia	Auxiliar de farmacia	32	7	224	960	5,00
Total				2.898	12.422	64,70

Para estimar los costos de la nómina asistencial se asignó a cada nivel de formación un salario básico expresado en unidades de SMLMV según los promedios del mercado (

Tabla 48). Se estimaron los costos de la seguridad social y prestaciones sociales y luego se calculó el costo por hora (Tabla 49).

Tabla 48. Tabla 49. Nómina asistencial por servicio (Cálculos de los autores)

Servicio/Area/Cargo	Horas-Mes	TC	Costo-Mes	Costo-Año
[-] Consulta externa	283	1,5	\$ 3.884.946	\$ 46.619.356
[-] Consulta externa	283	1,5	\$ 3.884.946	\$ 46.619.356
Enfermera Lic.	283	1,5	\$ 3.884.946	\$ 46.619.356
[-] Farmacia	1.200	6,3	\$ 11.025.626	\$ 132.307.511
[-] Farmacia	1.200	6,3	\$ 11.025.626	\$ 132.307.511
Auxiliar de farmacia	960	5,0	\$ 7.730.972	\$ 92.771.662
Químico farmaceuta	240	1,3	\$ 3.294.654	\$ 39.535.850
[-] Hospitalización	4.802	25,0	\$ 60.273.881	\$ 723.286.567
[-] Salas de 4 camas de hospitalización general (incluye 1 baño)	4.802	25,0	\$ 60.273.881	\$ 723.286.567
Auxiliar de enfermería	2.882	15,0	\$ 23.209.022	\$ 278.508.259
Enfermera Lic.	960	5,0	\$ 13.178.617	\$ 158.143.398
Médico general	960	5,0	\$ 23.886.242	\$ 286.634.910
[-] Laboratorio clínico	1.920	10,0	\$ 20.909.588	\$ 250.915.060
[-] Laboratorio clínico	1.920	10,0	\$ 20.909.588	\$ 250.915.060
Auxiliar de Laboratorio	960	5,0	\$ 7.730.972	\$ 92.771.662
Bacteriólogo	960	5,0	\$ 13.178.617	\$ 158.143.398
[-] Rehabilitación	376	2,0	\$ 5.161.625	\$ 61.939.498
[-] Rehabilitación	376	2,0	\$ 5.161.625	\$ 61.939.498
Fisioterapeuta	188	1,0	\$ 2.580.812	\$ 30.969.749
Fonoaudiólogo	94	0,5	\$ 1.290.406	\$ 15.484.874
Nutricionista	94	0,5	\$ 1.290.406	\$ 15.484.874
[-] Urgencia	3.841	20,0	\$ 52.534.856	\$ 630.418.268
[-] Consultorio de urgencia de adultos	2.881	15,0	\$ 39.356.239	\$ 472.274.870
Auxiliar de enfermería	1.921	10,0	\$ 15.469.997	\$ 185.639.960
Médico general	960	5,0	\$ 23.886.242	\$ 286.634.910
[-] Sala de observación de 20 camas adultos	960	5,0	\$ 13.178.617	\$ 158.143.398
Enfermera Lic.	960	5,0	\$ 13.178.617	\$ 158.143.398
Total general	12.422	64,7	\$ 153.790.522	\$ 1.845.486.260

9 CAPACIDAD INSTALADA Y PRODUCTIVA DEL PROYECTO

A partir del portafolio de servicios, los horarios de atención propuestos, las áreas asistenciales, la dotación y el recurso humano, se estimó la capacidad instalada y posteriormente la capacidad productiva a precios del mercado.

9.1 CAPACIDAD INSTALADA

Veamos la capacidad instalada que se estimó para cada servicio del proyecto:

Tabla 50. Capacidad instalada y productiva de la ESE Hospital Local “Ana María Rodríguez” de San Estanislao

TIPO DE SERVICIOS	SERVICIO	HORAS DIA	REND. X HORA	CAP. INST.	DIAS AL MES	CAP. INST. / MES	CAP. INST. / AÑO	COSTO UNITARIO	CAP. PROD. / MES	TOTAL CAP. PROD.
URGENCIA	CONSULTA URGENCIA	24	3,0	72	30	2.160	25.920	\$ 33.800	\$ 73.008.000	\$ 876.096.000
URGENCIA	OBSERVACIÓN URGENCIA	168	1,0	168	30	5.040	60.480	\$ 38.800	\$ 195.552.000	\$ 2.346.624.000
URGENCIA	PROCEDIMIENTOS	24	3,0	72	30	2.160	25.920	\$ 39.000	\$ 84.240.000	\$ 1.010.880.000
LABORATORIO	MUESTRA PROCESADA	24	3,0	72	30	2.160	25.920	\$ 14.000	\$ 30.240.000	\$ 362.880.000
ODONTOLOGÍA	CONSULTA ODONTOLOGÍA	4	3,0	12	22	264	3.168	\$ 14.100	\$ 3.722.400	\$ 44.668.800
ODONTOLOGÍA	PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO	2	2,0	4	22	88	1.056	\$ 30.000	\$ 2.640.000	\$ 31.680.000
ODONTOLOGÍA	ACTIVIDAD DE P Y P	2	4,0	8	22	176	2.112	\$ 8.000	\$ 1.408.000	\$ 16.896.000
TRANSPORTE DE PACIENTES	TRASLADO DE PACIENTES	24	0,3	8	30	240	2.880	\$ 252.800	\$ 60.672.000	\$ 728.064.000
CONSULTA AMBULATORIA	CONSULTA MEDICINA GENERAL	40	4,0	160	22	3.520	42.240	\$ 20.600	\$ 72.512.000	\$ 870.144.000
CONSULTA AMBULATORIA	CONSULTA DE P Y P	16	6,0	96	22	2.112	25.344	\$ 14.900	\$ 31.468.800	\$ 377.625.600
RAYOS X	PLACA LEÍDA	24	3,0	72	30	2.160	25.920	\$ 14.000	\$ 30.240.000	\$ 362.880.000
CONSULTA AMBULATORIA	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	8	3,0	24	22	528	6.336	\$ 23.200	\$ 12.249.600	\$ 146.995.200
FISIOTERAPIA	SESIÓN DE FISIOTERAPIA	8	1,0	8	30	240	2.880	\$ 11.000	\$ 2.640.000	\$ 31.680.000
SERVICIO FARMACÉUTICO	RECETA ENTREGADA	8	8,0	64	30	1.920	23.040	\$ 15.900	\$ 30.528.000	\$ 366.336.000
CONSULTA AMBULATORIA	MEDICINA INTERNA	8	3,0	24	22	528	6.336	\$ 23.200	\$ 12.249.600	\$ 146.995.200
CONSULTA AMBULATORIA	PEDIATRÍA	8	3,0	24	22	528	6.336	\$ 23.200	\$ 12.249.600	\$ 146.995.200
HOSPITALIZACIÓN	CAMA HOSPITALARIA GENERAL ADULTOS	24	0,0	1	30	30	360	\$ 81.900	\$ 2.457.000	\$ 29.484.000
HOSPITALIZACIÓN	CAMA HOSPITALARIA GENERAL PEDIATRICA	24	0,0	1	30	30	360	\$ 81.900	\$ 2.457.000	\$ 29.484.000
HOSPITALIZACIÓN	CAMA HOSPITALARIA OBSTETRICA	24	0,0	1	30	30	360	\$ 81.900	\$ 2.457.000	\$ 29.484.000
HOSPITALIZACIÓN	CAMA HOSPITALARIA OBSTETRICA	24	0,0	1	30	30	360	\$ 81.900	\$ 2.457.000	\$ 29.484.000

Fuente: Cálculos de los autores

9.2 CAPACIDAD PRODUCTIVA

Para estimar la capacidad productiva se añadió a la tabla de capacidad instalada total un campo de costo unitario y se procedió a calcular para cada servicio la capacidad total de facturación mensual y luego se estimó en tres escenarios de ocupación del servicio, uno pesimista del 75%, uno ideal del 85% y uno optimista

del 90%. Los costos se estimaron de las tarifas SOAT vigente menos el 20%, pues son las más utilizadas en el mercado.

Para estimar los costos unitarios de servicios que abarcan muchos ítems en el manual tarifario se utilizaron medidas estadísticas de resumen como la media, la mediana o la mediana del cuartil de tarifas en el que se acumula la mayor demanda, como en los casos de ecografías, estudios de rayos X y laboratorio clínico. Veamos los resultados en las siguientes tablas:

Tabla 51. Capacidad productiva de la ESE “Ana María Rodríguez” de San Estanislao

TIPO DE SERVICIOS	SERVICIO	CAP. INST. / MES	CAP. INST. / AÑO	COSTO UNITARIO	TOTAL CAP. PROD.	90% INDICE OCUPACIONAL	85% INDICE OCUPACIONAL	75% INDICE OCUPACIONAL
URGENCIA	CONSULTA URGENCIA	2.160	25.920	\$ 33.800	\$ 876.096.000	\$ 788.486.400	\$ 744.681.600	\$ 613.267.200
URGENCIA	OBSERVACIÓN URGENCIA	5.040	60.480	\$ 38.800	\$ 2.346.624.000	\$ 2.111.961.600	\$ 1.994.630.400	\$ 1.642.636.800
URGENCIA	PROCEDIMIENTOS	2.160	25.920	\$ 39.000	\$ 1.010.880.000	\$ 909.792.000	\$ 859.248.000	\$ 707.616.000
LABORATORIO	MUESTRA PROCESADA	2.160	25.920	\$ 14.000	\$ 362.880.000	\$ 326.592.000	\$ 308.448.000	\$ 254.016.000
ODONTOLOGÍA	CONSULTA ODONTOLOGÍA	264	3.168	\$ 14.100	\$ 44.668.800	\$ 40.201.920	\$ 37.968.480	\$ 31.268.160
ODONTOLOGÍA	PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO	88	1.056	\$ 30.000	\$ 31.680.000	\$ 28.512.000	\$ 26.928.000	\$ 22.176.000
ODONTOLOGÍA	ACTIVIDAD DE P Y P	176	2.112	\$ 8.000	\$ 16.896.000	\$ 15.206.400	\$ 14.361.600	\$ 11.827.200
TRANSPORTE DE PACIENTES	TRASLADO DE PACIENTES	240	2.880	\$ 252.800	\$ 728.064.000	\$ 655.257.600	\$ 618.854.400	\$ 509.644.800
CONSULTA AMBULATORIA	CONSULTA MEDICINA GENERAL	3.520	42.240	\$ 20.600	\$ 870.144.000	\$ 783.129.600	\$ 739.622.400	\$ 609.100.800
CONSULTA AMBULATORIA	CONSULTA DE P Y P	2.112	25.344	\$ 14.900	\$ 377.625.600	\$ 339.863.040	\$ 320.981.760	\$ 264.337.920
RAYOS X	PLACA LEÍDA	2.160	25.920	\$ 14.000	\$ 362.880.000	\$ 326.592.000	\$ 308.448.000	\$ 254.016.000
CONSULTA AMBULATORIA	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	528	6.336	\$ 23.200	\$ 146.995.200	\$ 132.295.680	\$ 124.945.920	\$ 102.896.640
FISIOTERAPIA	SESIÓN DE FISIOTERAPIA	240	2.880	\$ 11.000	\$ 31.680.000	\$ 28.512.000	\$ 26.928.000	\$ 22.176.000
SERVICIO FARMACÉUTICO	RECETA ENTREGADA	1.920	23.040	\$ 15.900	\$ 366.336.000	\$ 329.702.400	\$ 311.385.600	\$ 256.435.200
CONSULTA AMBULATORIA	MEDICINA INTERNA	528	6.336	\$ 23.200	\$ 146.995.200	\$ 132.295.680	\$ 124.945.920	\$ 102.896.640
CONSULTA AMBULATORIA	PEDIATRIA	528	6.336	\$ 23.200	\$ 146.995.200	\$ 132.295.680	\$ 124.945.920	\$ 102.896.640
HOSPITALIZACIÓN	CAMA HOSPITALARIA GENERAL ADULTOS	30	360	\$ 81.900	\$ 29.484.000	\$ 26.535.600	\$ 25.061.400	\$ 20.638.800
HOSPITALIZACIÓN	CAMA HOSPITALARIA GENERAL PEDIATRICA	30	360	\$ 81.900	\$ 29.484.000	\$ 26.535.600	\$ 25.061.400	\$ 20.638.800
HOSPITALIZACIÓN	CAMA HOSPITALARIA OBSTETRICA	30	360	\$ 81.900	\$ 29.484.000	\$ 26.535.600	\$ 25.061.400	\$ 20.638.800
HOSPITALIZACIÓN	CAMA HOSPITALARIA OBSTETRICA	30	360	\$ 81.900	\$ 29.484.000	\$ 26.535.600	\$ 25.061.400	\$ 20.638.800

Fuente: Cálculos de los autores

Esta es la capacidad productiva total si facturara la totalidad de su capacidad instalada por evento a tarifas SOAT vigente menos el 20% (42.450 millones). Como la contratación se hace por capitación los ingresos actuales representan sólo el 17,37% de la capacidad instalada real, pero supera en 18,06 puntos, la demanda potencial máxima de servicios por la población asegurada del municipio, calculada a partir de las frecuencias de uso actuales.

10 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD FINANCIERA

Este componente estima la inversión requerida, los costos de operación, los ingresos potenciales y el retorno de la inversión, mediante los siguientes elementos:

1. Estimación de la inversión requerida en los siguientes ítems:
 - 1.1. Diseños y estudios previos
 - 1.2. Remodelación
 - 1.3. Dotación biomédica
 - 1.4. Dotación industrial
 - 1.5. Dotación de oficinas
 - 1.6. Otras dotaciones
2. Estimación de los costos de operación
 - 2.1. Gastos de recurso humano administrativo
 - 2.2. Gastos generales
 - 2.3. Costos de operación
 - 2.3.1. Personal asistencial
 - 2.3.2. Insumos médico-quirúrgicos
 - 2.3.3. Medicamentos
3. Estimación del capital de trabajo
4. Proyección de los estados financieros en tres escenarios (pesimista, factible y optimista)

Estimación de la TIR, VPN y análisis de conveniencia de la inversión.

10.1 INGRESOS POTENCIALES

Si las EPS-S contrataran el 44,66% de la UPC-S total con la ESE Hospital Local “Ana María Rodríguez” de San Estanislao, sólo el régimen subsidiado de salud reportaría ingresos por más de \$1.347 millones anuales (Tabla 52).

Tabla 52. Escenarios de productividad anual y mensual de la ESE “Ana María Rodríguez” de San Estanislao

Servicio	Escenarios de productividad anual				Escenarios de productividad mensual			
	Capitado	75%	85%	90%	Capitado	75%	85%	90%
ACTIVIDADES DE P Y P	311.888.920	311.888.920	311.888.920	311.888.920	25.990.743	25.990.743	25.990.743	25.990.743
CONSULTA MEDICINA GENERAL	208.868.782	208.868.782	208.868.782	208.868.782	17.405.732	17.405.732	17.405.732	17.405.732
LABORATORIO	221.416.990	221.416.990	221.416.990	221.416.990	18.451.416	18.451.416	18.451.416	18.451.416
ODONTOLOGÍA	267.934.754	267.934.754	267.934.754	267.934.754	22.327.896	22.327.896	22.327.896	22.327.896
TRANSPORTE DE PACIENTES	92.704.441	92.704.441	92.704.441	92.704.441	7.725.370	7.725.370	7.725.370	7.725.370
URGENCIA	147.961.333	147.961.333	147.961.333	147.961.333	12.330.111	12.330.111	12.330.111	12.330.111
RAYOS X	20.574.710	20.574.710	20.574.710	20.574.710	1.714.559	1.714.559	1.714.559	1.714.559
TERAPIAS	101.376.000	76.032.000	86.169.600	91.238.400	8.448.000	6.336.000	7.180.800	7.603.200
TOTAL	1.372.725.931	1.347.381.931	1.357.519.531	1.362.588.331	114.393.828	112.281.828	113.126.628	113.549.028

10.2 EGRESOS

10.2.1 Gastos de funcionamiento

Tabla 53. Gastos de funcionamiento mensual promedio.

DETALLE DEL COSTO	PROMEDIO MENSUAL 2011	75%	85%	90%
		ESCENARIO 1	ESCENARIO 2	ESCENARIO 3
SERVICIOS GENERALES	5.311.100,00	4.816.400,00	5.014.280,00	5.113.220,00
Vigilancia	1.514.300,00	1.514.300,00	1.514.300,00	1.514.300,00
Aseo	251.400,00	188.550,00	213.690,00	226.260,00
Residuos Hospitalarios	121.400,00	91.050,00	103.190,00	109.260,00
Mantenimiento Eq. Biomedicos	1.265.600,00	1.265.600,00	1.265.600,00	1.265.600,00
Mantenimiento General	1.384.600,00	1.038.450,00	1.176.910,00	1.246.140,00
Aires Acondicionados	221.400,00	166.050,00	188.190,00	199.260,00
Fumigaciones	128.600,00	128.600,00	128.600,00	128.600,00
Mensajería	28.600,00	28.600,00	28.600,00	28.600,00
Sistema de Información	395.200,00	395.200,00	395.200,00	395.200,00
SERVICIOS PUBLICOS	3.199.900,00	2.571.350,00	2.822.770,00	2.948.480,00
Energía Eléctrica	1.657.100,00	1.242.825,00	1.408.535,00	1.491.390,00
Acueducto y Alcantarillado	857.100,00	642.825,00	728.535,00	771.390,00
Teléfono	571.400,00	571.400,00	571.400,00	571.400,00
Internet	114.300,00	114.300,00	114.300,00	114.300,00
PROVEEDORES DE MATERIALES E INSUMOS	19.118.399,42	14.338.799,57	16.250.639,51	17.206.559,48
INSUMOS DE LABORATORIO	6.576.221,00	4.932.165,75	5.589.787,85	5.918.598,90
Reactivos e insumos de laboratorio	6.576.221,00	4.932.165,75	5.589.787,85	5.918.598,90
MEDICAMENTOS	11.604.278,42	8.703.208,82	9.863.636,66	10.443.850,58
Medicamentos de urgencia	2.557.649,31	1.918.236,99	2.174.001,92	2.301.884,38
Medicamentos ambulatorios y de hospitalización	9.046.629,11	6.784.971,83	7.689.634,74	8.141.966,20
INSUMOS DE IMAGENOLÓGIA	937.900,00	703.425,00	797.215,00	844.110,00
Rayos X	937.900,00	703.425,00	797.215,00	844.110,00
PROVEEDORES ADMINISTRATIVOS	3.484.100,00	2.613.075,00	2.961.485,00	3.135.690,00
Papelaría e insumos de oficina	900.000,00	675.000,00	765.000,00	810.000,00
Servicios Generales	354.300,00	265.725,00	301.155,00	318.870,00
Viáticos y Gastos de Viajes	238.300,00	178.725,00	202.555,00	214.470,00
Impresos Publicaciones, Suscripciones	142.900,00	107.175,00	121.465,00	128.610,00
Comunicaciones y Transporte	48.600,00	36.450,00	41.310,00	43.740,00
Combustibles y Lubricantes	1.514.300,00	1.135.725,00	1.287.155,00	1.362.870,00
Imprevistos	285.700,00	214.275,00	242.845,00	257.130,00
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO MES	31.113.499,42	24.339.624,57	27.049.174,51	28.403.949,48

Cálculos de los autores

Para estimar los gastos de funcionamiento se utilizó el registro histórico de los hospitales de San Estanislao, San Cristóbal, Clemencia, Regidor y Villanueva. Se proyectaron los gastos de funcionamiento de manera proporcional según la capacidad instalada disponible y los diversos escenarios de índice ocupacional.

10.2.2 Gastos de Personal

Los gastos consolidados de personal ascienden a \$1,628 millones anuales, y se describen a continuación:

Tabla 54. Gastos de personal

RECURSO HUMANO	Nómina mensual	Nómina anual	%
Administrativo	\$ 47.648.421	\$ 571.781.057	35,1%
Asistencial	\$ 88.058.750	\$ 1.056.705.000	64,9%
Total gastos de personal	\$ 135.707.171	\$ 1.628.486.057	100,0%

Los gastos administrativos corresponden al 35% de la nómina y 65% la nómina asistencial, lo que no se considera idóneo en el sector salud, en especial para el nivel de atención, en el que la relación debería ser 25/75.

Sin embargo, el estudio cuidadoso de las estructuras salariales administrativas y asistenciales revelan que cualquier ajuste en este sentido o bien aumentaría los gastos globales de personal o generaría salarios poco competitivos en el área administrativa.

En conclusión, al consolidar todos los gastos, tanto de personal como de funcionamiento, la ESE necesita para su operación normal **\$136 millones** de flujo de caja mensual.

10.3 ESTADO DE RESULTADOS PROYECTADO

En el escenario ideal (uso del 90% de la capacidad de venta), el ejercicio arroja una pérdida neta de -\$41,010,209 antes de impuestos (más de \$718 millones/año). Los resultados se hacen aún más negativos al usar una porcentaje menor de capacidad instalada.

ESTADO DE RESULTADOS MENSUAL PROYECTADO

	ESCENARIOS SEGÚN ÍNDICE OCUPACIONAL		
	75%	85%	90%
TOTAL INGRESOS	\$ 129,441,828	\$ 132,574,628	\$ 134,141,028
Ingresos operacionales	\$ 112,281,828	\$ 113,126,628	\$ 113,549,028
SERVICIOS FINALES	\$ 85,779,853	\$ 85,779,853	\$ 85,779,853
URGENCIA	\$ 12,330,111	\$ 12,330,111	\$ 12,330,111
CONSULTA EXTERNA	\$ 17,405,732	\$ 17,405,732	\$ 17,405,732
PYP	\$ 25,990,743	\$ 25,990,743	\$ 25,990,743
ODONTOLOGÍA	\$ 22,327,896	\$ 22,327,896	\$ 22,327,896
TRANSPORTE DE PACIENTES	\$ 7,725,370	\$ 7,725,370	\$ 7,725,370
SUBTOTAL APOYO DIAGNÓSTICO	\$ 20,165,975	\$ 20,165,975	\$ 20,165,975
IMAGENOLOGÍA	\$ 1,714,559	\$ 1,714,559	\$ 1,714,559
LABORATORIO CLÍNICO	\$ 18,451,416	\$ 18,451,416	\$ 18,451,416
SUBTOTAL APOYO TERAPÉUTICO	\$ 6,336,000	\$ 7,180,800	\$ 7,603,200
REHABILITACIÓN	\$ 6,336,000	\$ 7,180,800	\$ 7,603,200
Ingresos no operacionales	\$ 17,160,000	\$ 19,448,000	\$ 20,592,000
Cafetería y restaurante	\$ 17,160,000	\$ 19,448,000	\$ 20,592,000
TOTAL EGRESOS	\$ 170,510,547	\$ 173,604,340	\$ 175,151,237
Gastos de personal	\$ 123,795,066	\$ 123,795,066	\$ 123,795,066
ADMINISTRATIVO	\$ 35,736,316	\$ 35,736,316.05	\$ 35,736,316.05
ASISTENCIAL	\$ 88,058,750	\$ 88,058,750.00	\$ 88,058,750.00
Gastos de funcionamiento	\$ 24,339,625	\$ 27,049,175	\$ 28,403,949
Costos de operación	\$ 14,338,800	\$ 16,250,640	\$ 17,206,559
INSUMOS DE LABORATORIO	\$ 4,932,166	\$ 5,589,788	\$ 5,918,599
MEDICAMENTOS	\$ 8,703,209	\$ 9,863,637	\$ 10,443,851
INSUMOS DE IMAGENOLOGÍA	\$ 703,425	\$ 797,215	\$ 844,110
Gastos generales	\$ 10,000,825	\$ 10,798,535	\$ 11,197,390
SERVICIOS GENERALES	\$ 4,816,400	\$ 5,014,280	\$ 5,113,220
SERVICIOS PUBLICOS	\$ 2,571,350	\$ 2,822,770	\$ 2,948,480
PROVEEDORES ADMINISTRATIVOS	\$ 2,613,075	\$ 2,961,485	\$ 3,135,690
Otros gastos	\$ 22,375,856	\$ 22,760,099	\$ 22,952,221
Glosas de facturación	\$ 8,982,546	\$ 9,050,130	\$ 9,083,922
Provisiones de cuentas de difícil recaudo	\$ 12,944,183	\$ 13,257,463	\$ 13,414,103
Gastos financieros	\$ 449,127	\$ 452,507	\$ 454,196
RESULTADO (Antes de impuestos)	\$ (41,068,719)	\$ (41,029,712)	\$ (41,010,209)

ESTADO DE RESULTADOS ANUAL PROYECTADO

	ESCENARIOS SEGÚN ÍNDICE OCUPACIONAL					
	75%		85%		90%	
TOTAL INGRESOS	\$	1,553,301,931	\$	1,590,895,531	\$	1,383,180,331
Ingresos operacionales	\$	1,347,381,931	\$	1,357,519,531	\$	1,362,588,331
SERVICIOS FINALES	\$	1,029,358,231	\$	1,029,358,231	\$	1,029,358,231
URGENCIA	\$	147,961,333	\$	147,961,333	\$	147,961,333
CONSULTA EXTERNA	\$	208,868,782	\$	208,868,782	\$	208,868,782
PYP	\$	311,888,920	\$	311,888,920	\$	311,888,920
ODONTOLOGÍA	\$	267,934,754	\$	267,934,754	\$	267,934,754
TRANSPORTE DE PACIENTES	\$	92,704,441	\$	92,704,441	\$	92,704,441
SUBTOTAL APOYO DIAGNÓSTICO	\$	241,991,700	\$	241,991,700	\$	241,991,700
IMAGENOLOGÍA	\$	20,574,710	\$	20,574,710	\$	20,574,710
LABORATORIO CLÍNICO	\$	221,416,990	\$	221,416,990	\$	221,416,990
SUBTOTAL APOYO TERAPÉUTICO	\$	76,032,000	\$	86,169,600	\$	91,238,400
REHABILITACIÓN	\$	76,032,000	\$	86,169,600	\$	91,238,400
Ingresos no operacionales	\$	205,920,000	\$	233,376,000	\$	20,592,000
Cafetería y restaurante	\$	205,920,000	\$	233,376,000	\$	20,592,000
TOTAL EGRESOS	\$	2,046,126,563	\$	2,083,252,080	\$	2,101,814,839
Gastos de personal	\$	1,485,540,793	\$	1,485,540,793	\$	1,485,540,793
ADMINISTRATIVO	\$	428,835,793	\$	428,835,793	\$	428,835,793
ASISTENCIAL	\$	1,056,705,000	\$	1,056,705,000	\$	1,056,705,000
Gastos de funcionamiento	\$	292,075,495	\$	324,590,094	\$	340,847,394
Costos de operación	\$	172,065,595	\$	195,007,674	\$	206,478,714
INSUMOS DE LABORATORIO	\$	59,185,989	\$	67,077,454	\$	71,023,187
MEDICAMENTOS	\$	104,438,506	\$	118,363,640	\$	125,326,207
INSUMOS DE IMAGENOLOGÍA	\$	8,441,100	\$	9,566,580	\$	10,129,320
Gastos generales	\$	120,009,900	\$	129,582,420	\$	134,368,680
SERVICIOS GENERALES	\$	57,796,800	\$	60,171,360	\$	61,358,640
SERVICIOS PUBLICOS	\$	30,856,200	\$	33,873,240	\$	35,381,760
PROVEEDORES ADMINISTRATIVOS	\$	31,356,900	\$	35,537,820	\$	37,628,280
Otros gastos	\$	268,510,275	\$	273,121,194	\$	275,426,653
Glosas de facturación	\$	107,790,554	\$	108,601,562	\$	109,007,066
Provisiones de cuentas de difícil recaudo	\$	155,330,193	\$	159,089,553	\$	160,969,233
Gastos financieros	\$	5,389,528	\$	5,430,078	\$	5,450,353
RESULTADO (Antes de impuestos)	\$	(492,824,632)	\$	(492,356,549)	\$	(718,634,508)

Siendo realistas y conservadores, según el comportamiento del mercado, se estimaron glosas por el 8% y una provisión de cuentas de difícil recaudo según el pasivo de más de 360 días (ver tabla de flujo de caja en el anexo).

10.4 BALANCE GENERAL

BALANCE GENERAL			
TOTAL ACTIVOS			\$ 1.444.360.612
ACTIVOS CORRIENTES		\$ 511.531.641	
Caja	\$	-	
Bancos	\$	511.531.641	
Cuentas por cobrar	\$	-	
Inventarios	\$	-	
ACTIVOS FIJOS		\$ 932.828.971	
Dotación	\$	708.828.971	
Adecuaciones locativas	\$	224.000.000	
PASIVOS			\$ 64.655.061
Crédito bancario	\$	64.655.061	
PATRIMONIO			\$ 1.379.705.550

10.5 INVERSIÓN REQUERIDA

La inversión total asciende a **\$ \$ 1.444.360.612**, de los cuales \$224,000,000 se usarían en adecuaciones locativas, valor que fue calculado con base en el estimado de realizado en el Plan Bienal de Inversiones.

La dotación se estimó en un capítulo anterior y se acerca a los 3.200 millones.

Tabla 55. Inversiones requeridas

TERRENOS	\$	-
ADECUACION LOCATIVAS	\$	224.000.000
DOTACIÓN	\$	708.828.971
CAPITAL DE TRABAJO PRIMER AÑO	\$	511.531.641
TOTAL	\$	1.444.360.612

El capital de trabajo corresponde a tres (3) meses de gastos de personal y costos de operación y gastos de funcionamiento. Se requieren tres (3) meses por que la operación debe ser apalancada durante este tiempo sin que la empresa reciba ningún ingreso.

10.6 RETORNO DE INVERSIÓN

Para el retorno de la inversión se proyectó el flujo de caja libre a 15 años. Los ingresos se indexaron con un incremento del 3% anual y los gastos de igual modo.

La inversión de \$1,444 millones se realiza en el primer año.

Los dividendos se estiman de restar a la utilidad el monto de las cuentas por cobrar al terminar el año, pues no son susceptibles de repartir los valores no recaudados y en vista del comportamiento del sector salud es mejor no estimar retorno de la inversión sobre utilidades brutas sino sobre flujo efectivo de caja.

Tabla 56. Retorno de inversión del proyecto

INVERSIÓN	\$	(932.828.971)
AÑO 0	\$	(506.651.150)
AÑO 1	\$	(438.953.854)
AÑO 2	\$	(280.344.455)
AÑO 3	\$	(255.317.716)
AÑO 4	\$	(401.597.177)
AÑO 5	\$	(380.930.671)
AÑO 6	\$	(390.341.238)
AÑO 7	\$	(403.216.196)
AÑO 8	\$	(415.312.682)
AÑO 9	\$	(427.772.063)
AÑO 10	\$	(440.605.225)
AÑO 11	\$	(453.823.381)
AÑO 12	\$	(467.438.083)
AÑO 13	\$	(481.461.225)
AÑO 14	\$	(495.905.062)
AÑO 15	\$	(510.782.214)
TIR		#¡NUM!
VNA		(\$ 2.595.603.377,78)

Como se puede observar, en ningún año el estado de resultados da positivo, por lo que no se puede calcular TIR y la VNA da negativa con un perdida estimada en casi \$2,500 millones a valor presente.

11 CONCLUSIONES

La contundencia de estos resultados nos permite recomendar NO realizar la inversión en las condiciones dadas para el proyecto cuya viabilidad económica se analizó en este estudio.

12 BIBLIOGRAFÍA

1. Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993.
2. Congreso de la República de Colombia, Ley 489 de 1998
3. Congreso de la República de Colombia, Decreto 1876 de 1994
4. Congreso de la República de Colombia, Decreto 536 de 2004
5. Congreso de la República de Colombia, Ley 715 de 2001
6. Congreso de la República de Colombia, Ley 1122 de 2007
7. Presidencia de la República de Colombia, Decreto Ley 254 de 2000
8. Presidencia de la República de Colombia, Decreto 414 de 2001
9. Presidencia de la República de Colombia, Decreto 226 de 2004
10. Presidencia de la República de Colombia, Decreto 2160 de 2004
11. Congreso de la República de Colombia, Ley 1105 de 2006
12. Congreso de la República de Colombia, Ley 1438 de 2011
13. Defensoría del Pueblo, Informe Especial Hospital Universitario de Cartagena, Resolución Defensorial N° 020, 8 de abril de 2002
14. Código Contencioso Administrativo de Colombia
15. Pan American Health Organization, Hospital Directories for Latin America and the Caribbean, Washington, 1997.
16. Mazenett Granados, E. Estudio de red hospitalaria para el departamento de Bolívar. Secretaría Departamental de Salud de Bolívar, 2002.
17. Orozco A, Julio. Análisis de la reapertura de la ESE Hospital Universitario del Caribe, eumed.net. 2006.
18. Orozco A, Julio. Por qué reformar la reforma, eumed.net. 2006.

19. Orozco A, Julio. Evaluación de la aplicación de políticas públicas en salud en la ciudad de Cartagena, eumed.net. 2006
20. El Universal, 27 de julio de 2005, "Dos años después sigue cerrado el Hospital Universitario de Cartagena", por Cecilia Caballero.
21. Betancur Jaramillo, Carlos. Derecho Procesal Administrativo. Cuarta Edición. Medellín : Señal Editora,1998
22. Enneccerus-Lehmann. Derecho Civil : De las obligaciones. Novena Edición. Valencia Zea, Arturo y Ortiz Monsalve, Alvaro. Santafé de Bogotá : Temis, 1999.
23. Profamilia, Ministerio de la Protección Social. Resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y salud, 2005.
24. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007.