

**CAPACIDAD INSTALADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO
DE RIONEGRO 2014**

ANDRÉS FELIPE RAMÍREZ RIVILLAS

**ASESOR
JORGE JULIAN OSORIO GOMEZ**

**FACULTAD DE MEDICINA
OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
SITUACIÓN DE SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
MEDELLIN
2015**

**CAPACIDAD INSTALADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO
DE RIONEGRO 2014**

ANDRÉS FELIPE RAMÍREZ RIVILLAS

**ASESOR
JORGE JULIAN OSORIO GOMEZ**

FACULTAD DE MEDICINA

**OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
SITUACIÓN DE SALUD**

MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

**UNIVERSIDAD CES
MEDELLIN
2015**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2. JUSTIFICACIÓN.....	10
3. MARCO TEÓRICO	11
3.1 Estadísticas Sanitarias Mundiales	13
3.1.1 Organización Mundial de la Salud - Estadísticas Sanitarias Mundiales	13
3.1.2 Sistemas Sanitarios de la Unión Europea.....	14
3.1.3 Sistema Sanitario de España.....	17
3.1.4 Capacidad Instalada en Perú y Chile	19
3.1.5 Mortalidad	21
3.1.6 Panorama general.....	22
3.2 La Capacidad Instalada en Colombia.....	23
3.2.1 Estado de la Capacidad Instalada en Salud Colombia	23
3.2.2 Prestadores de Servicios de Salud y Recursos Físicos	24
3.2.3 Recurso Humano	26
3.2.4 IPS Públicas.....	27
3.2.5 Principales dificultades en la atención de salud	31
3.3 Demanda en salud en el municipio de Rionegro	34
3.3.1 Morbilidad.....	34
4 OBJETIVOS.....	37
5 METODOLOGÍA	38
6 RESULTADOS	40
6.1 Capacidad Instala en Salud . Rionegro, Antioquia	40
6.1.1 Recurso Humano	40
6.1.2 Recursos Físicos.....	42
6.1.2.1 Hospitales	42
6.1.2.2 Capacidad Instalada	42
6.1.2.3 Camas por habitantes.....	43
6.1.3 Recursos Físicos Por Sector.....	44
6.1.3.1 Hospitales	44
6.1.3.2 Capacidad instalada hospitalaria por sector	44
6.1.3.3 Camas por cada 1.000 habitantes	45
6.2 Comparación	48
6.2.1 Diferencias y Capacidad Instalada.....	48
6.2.2 Capacidad Instalada en Colombia vs Sistemas de Salud Internacionales 49	
6.2.3 Capacidad Instalada Rionegro - Antioquia Vs Sistemas de Salud Internacionales.....	51
6.2.4 Capacidad Instalada Rionegro - Antioquia Vs Colombia.....	54
6.2.5 Municipio Vs departamento y país por servicio	55
7 DISCUSIÓN.....	56
8 CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFIA	65

LISTA DE GRAFICOS

Gráfica 1. Participación de la mujer en las profesiones relacionadas con los servicios de salud, por regiones de la OMS	14
Gráfica 2. Número de médicos en ejercicio por cada mil habitantes	15
Gráfica 3. Número de enfermeros en ejercicio por cada mil habitantes	16
Gráfica 4. Camas por cada mil habitantes.....	17
Gráfica 5. Indicadores Sanitarios en la Unión Europea . España 2013.....	18
Gráfica 6. Numero de hospitales por instituciones Perú: 1996 y 2004 / 2005	19
Gráfica 7. Camas hospitalarias en funcionamiento por instituciones Perú: 1996 y 2004/2005	20
Gráfica 8. Número de camas por cada 1.000 habitantes Chile y OEDC 2000-2009	21
Gráfica 9. Principales causas de defunción 2000 - 2012.....	22
Gráfica 10. Camas por 1.000 habitantes Colombia, 2005 - 2011	30
Gráfica 11. Ambulancias por 1.000 habitantes. Colombia, 2005-2011.....	31
Gráfica 12. Numero de enfermeros con atención directa a pacientes por camas censables. Rionegro 2014.....	42
Gráfica 13. Porcentaje de capacidad instalada por unidad funcional en las IPS Rionegro 2014.....	43
Gráfica 14. Capacidad instalada por cada 1.000 habitantes en los servicio de las IPS que operan en Rionegro 2014.....	44
Gráfica 15. Porcentaje de capacidad instalada por unidad funcional en IPS públicas y privadas. Rionegro 2014	45
Gráfica 16. Capacidad instalada por cada 1.000 habitantes en los servicio de las IPS públicas y privadas que operan en Rionegro 2014.....	46
Gráfica 17. Comparación número de camas por cada 10.000 habitantes del Oriente Antioqueño versus habitantes del municipio de Rionegro 2014.	47
Gráfica 18. Número de camas por cada 100.000 habitantes en diferentes sistemas de Salud. Rionegro 2014.....	49
Gráfica 19. Número de profesionales de la salud por cada 100.000 habitantes en diferentes sistemas de Salud. Rionegro 2014	50
Gráfica 20. Comparativo camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes. Rionegro 2014.....	51
Gráfica 21. Número de camas por cada 100.000 habitantes. Rionegro 2014.....	52
Gráfica 22. Profesionales de la Salud por cada 100.000 habitantes Rionegro 2014	53

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de prestadores registrados Colombia 2004	24
Tabla 2. Distribución de prestadores en áreas geográficas a Bogotá DC, Antioquia, Atlántico, Santander y Valle del Cauca 2004	24
Tabla 3. Distribución porcentual de servicios declarados por los prestadores Colombia 2004	25
Tabla 4. Razón de camas por servicio por cada mil habitantes Colombia 2004 ...	25
Tabla 5. Distribución porcentual de los servicios declarados por profesionales independientes Colombia 2004	26
Tabla 6. Distribución de médicos generales por municipio según tamaño de la población Colombia año 2000.	27
Tabla 7. Camas de cuidado intensivo . UCI por cada mil habitantes 2005.....	32
Tabla 8. Indicadores de resultado INC. 2012 - 2013	33
Tabla 9. Primeras causas de morbilidad en el municipio de Rionegro año 2013. .	35
Tabla 10 Primeras causas de mortalidad ajustadas, municipio de Rionegro 2012.	36
Tabla 11. Número de especialistas por cada 1.000 habitantes. Rionegro 2014....	40
Tabla 12. Comparación del número de camas por cada 1.000 en los diferentes servicios de las instituciones a nivel nacional, departamental y municipal Rionegro 2014	55

LISTA DE IMÁGENES

Imagen 1. Mapas temáticos.	29
---------------------------------	----

RESUMEN

El análisis del estado de la capacidad instalada en salud en el ámbito nacional e internacional permite tener una mirada de otras regiones para poder realizar un comparativo a nivel local, por ejemplo se puede observar África que tiene una elevada carga de enfermedad, un déficit en su recurso físico y humano dejando evidenciar una inequidad con respecto a otros continentes. Rionegro si bien cuenta con una amplia capacidad instalada física y humana no deja de ser preocupante, pues es receptor de población de otros municipios, además que la capacidad instalada con que cuenta en el sector público es mínima comparada con otros sistemas de salud mundiales.

A nivel mundial no se tienen estándares mínimos establecidos del número de camas, ni de profesionales de la salud necesarios por habitantes, pero la Organización Mundial de la Salud manifiesta que para dar cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y garantizar una amplia cobertura de servicios de salud a la población, se requiere contar mínimo con 25 profesionales de la salud por cada 100.000 habitantes, a nivel nacional no se cuenta con este número de profesionales, mientras que Rionegro si cuenta con esta disponibilidad profesional.

Palabras claves: Capacidad instalada, atención en salud, estructuras de salud, sistemas territoriales de salud.

ABSTRACT

The analysis of state of the installed capacity in health systems at national and international level permits having an overlook of other regions in order to conduct a comparative at local level; for example, having Africa with a high burden of disease, a deficit in its physical and human resources leaving demonstrate an inequity with respect to other continents. Rionegro, although has an extensive installed physical and human capacity, continues to be a concern as it is receptor of the population from other municipalities, in addition, to the installed capacity of the public sector is low when compared with other systems of global health.

At Global level, there are not minimum standards set the number of beds in hospitals, neither of the health professionals needed per inhabitant; but the World Health Organization states that to accomplish the goals for the Millennium Development and ensure wide coverage of health services for the population, it is required to have at least 25 health professionals per 100.000 inhabitants, which nationwide is not available, while Rionegro, this number of professionals is available.

Key words: Installed capacity, Health Care, health structures, health systems.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con la Ley 100 de 1993 se introdujo un nuevo esquema de seguridad social en Colombia que tiene como principales objetivos: i) asegurar la cobertura universal mediante un sistema de seguro social para todos los colombianos, ii) ofrecer a la población el acceso equitativo a un paquete básico de servicios de salud, iii) mejorar la eficiencia del sector promoviendo una mejor utilización de los recursos y reorientándolos hacia la atención preventiva y primaria, especialmente en las áreas rurales y pobres, y iv) garantizar que los servicios cumplan con unos estándares básicos de calidad⁽¹⁾.

Son varios los factores que determinan el problema de la oferta de recurso humano en el sector salud que tiene Colombia: el contexto socioeconómico y político, del que depende el modelo de formulación de políticas y toma de decisiones del Estado Colombiano, y en particular de los sectores sanitarios y educativos responsables de garantizar la oferta de recurso humano en salud; otros factores son las políticas que condicionan y determinan el modelo de prestación de servicios y el modelo de formación con los que se pretende mejorar la calidad de vida de las comunidades en las diferentes localidades y regiones del país⁽¹⁾.

La planificación de la oferta del recurso humano en salud es un proceso complejo pero no es una herramienta mágica para resolver los problemas actuales y futuros. La no planificación en muchas ocasiones provoca, aplaza, o genera inconvenientes, lo que conlleva al desempleo, poblaciones desprotegidas, fuga de cerebros, frustración de trabajadores sobre calificados, subempleo, hospitales saturados, sobre-especializaciones, problemas graves de ética profesional, huelgas frecuentes, entre otros defectos⁽¹⁾.

Aunque Rionegro cuenta con una amplia red de servicios de salud, cada vez es más notoria la dificultad que enfrentan los pacientes para la atención por algunas patologías y la baja disponibilidad de camas hospitalarias, de acuerdo al nivel de complejidad y el servicio requerido, lo que hace que los pacientes deban ser remitidos a municipios distantes, o que permanezcan en espera por un tiempo prolongado.

Además, la información sobre prestadores y prestación de servicios de salud es fragmentada y no responde a las necesidades nacionales, departamentales, ni municipales. Y el componente de prestación de servicios de salud se encuentra en

desarrollo, lo que dificulta la planeación y la gestión de los prestadores de servicios de salud⁽²⁾.

La disponibilidad de información, a veces poco adecuada para este tipo de estudios no le disminuye importancia, por lo contrario, permite llegar a otro tipo de conclusiones respecto a la orientación de los sistemas de información y la contextualización de la información manejada o lograda por la vía de la investigación.

La fragmentación de los servicios de salud es una causa importante del bajo desempeño de estos mismos y, por lo tanto, del disminuido rendimiento general de los sistemas de salud. Las dificultades de acceso y pobre calidad técnica de los servicios, el uso irracional e ineficiente de los recursos, la baja satisfacción de los usuarios, de la mano de otros factores, son las consecuencias que genera la fragmentación por sí misma o en conjunto⁽³⁾.

El propio municipio no conoce suficientemente la oferta de recursos humanos y físicos en salud con que cuenta, y para poder hacer el diseño es necesario conocerla adecuadamente, además esto permitiría la formulación y ejecución de políticas ajustadas a los requerimientos de calidad, oportunidad, eficacia y eficiencia del sector salud, y fortalecer la capacidad de planeación de la oferta del recurso humano en salud.

Para la realización de un estudio donde se evidencia la capacidad instalada de servicios de salud en el municipio de Rionegro es necesario ahondar en conocer los recursos físicos, tecnológicos y humanos de las IPS, además de indagar la capacidad resolutive para la prestación de servicios.

2. JUSTIFICACIÓN

La iniciativa de OPS/OMS sobre Sistemas Integrados de Servicios de Salud, desarrollada en el marco de la renovación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en las Américas, aborda el problema de la fragmentación de los servicios de salud y busca dar respuesta a la necesidad de avanzar hacia la producción y entrega de cuidados a la salud integral para todos los habitantes de la Región, en cumplimiento además, de diversos compromisos y mandatos internacionales⁽³⁾.

Apoyar a los formuladores de políticas, a los gestores y a los prestadores de servicios de salud en el desarrollo e implementación de Sistemas Integrados de Servicios de Salud es el objetivo de esta sección en la que se dispone no solo del documento base de la iniciativa sino que además se podrán encontrar experiencias, instrumentos e información de apoyo en este proceso⁽³⁾.

Con el fin de orientar la prestación de servicios a la población del Municipio de acuerdo a la iniciativa de la OPS/OMS y del Ministerio de Salud y Protección social se hacía necesario conocer la capacidad instalada de cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud del Municipio. De igual forma, era necesario conocer las deficiencias y carencias de servicios que se tiene con el fin de orientar estrategias para el mejoramiento y la apertura de nuevos servicios que se requieran o ampliación de los ya existentes.

Para conocer las deficiencias y carencias de servicios de salud que se tienen en el Municipio y así poder establecer estrategias que orienten la prestación de servicios de salud de acuerdo a lo planteado por la OPS/OMS, se hacía necesario realizar un estudio donde se observe la disponibilidad de los servicios de salud que se prestan en el Municipio ya que no se cuenta con éste.

3. MARCO TEÓRICO

Redes de servicios de salud

Por red se entiende que es un sistema en el cual cada uno de los puntos, es decir las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), de manera conjunta y ordenada proporcionan atenciones en salud a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de satisfacer las necesidades de los mismos y dar soluciones a las dificultades de salud que presentan. Dentro de la red pueden haber varias IPS que cuenten con la misma disponibilidad, lo que da la opción a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a los usuarios de elegir aquellas IPS para contratar, o en las que se obtengan mayores beneficios como: fácil acceso, oportunidad, eficiencia, eficacia, entre otros.

Los **Servicios en Salud** se prestan en las diferentes áreas de las instituciones, algunos son proporcionados por personal profesional de diferentes especialidades y otros se garantizan con equipos de alta o baja tecnología. Las instituciones son calificadas en un nivel de 1 a 3, de acuerdo a su capacidad instalada y la complejidad de los servicios que prestan.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto, para las redes de salud integradas, la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida⁽³⁾.

Las IPS están conformadas con el fin de prestar servicios a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tienen como principio la prestación de servicios de calidad y eficiencia que ayuden con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La **capacidad instalada** se refiere a la disponibilidad de infraestructura necesaria para producir determinados bienes o servicios. Su magnitud es una función directa de la cantidad de producción que puede suministrarse⁽⁴⁾.

En todo sistema de producción o de prestación de servicios se requiere de una dotación de recursos físicos, humanos, tecnológicos, bienes raíces, máquinas y equipos, para poder procesar la materia prima e insumos relacionados hasta transformarla en un producto determinado o servicios prestados. Esa cantidad de infraestructura constituye la capacidad instalada⁽⁴⁾.

Con el fin de conocer las tendencias de los valores y variaciones significativas, las empresas cuentan con personal calificado, analistas y técnicos los cuales se encargan de realizar de manera periódica mediciones a los diferentes procesos mediante indicadores, comparando los resultados de los mismos con los estándares que se tengan, permitiendo conocer el nivel actual, y deberá ser comparado con otras mediciones realizadas meses o años atrás, guiando con esto la toma de decisiones.

Los indicadores y los estándares cumplen diferentes funciones como se pueden observar.

Indicador	Estándar
Muestra tendencias y desviaciones de una actividad sujeta a influencias internas y externas con respecto a una unidad de medida convencional	Rango de valores aceptables que se pretenden obtener al aplicar un indicador
Adquieren importancia cuando se les compara con otros de la misma naturaleza, correspondiente a periodos anteriores y con indicadores preestablecidos que se consideren adecuados	Están íntimamente ligados con la evolución de los resultados
Instrumento que permite cuantificar las relaciones entre dos o más variables, de un mismo o diferentes fenómenos	Mide un resultado, lo compara con una norma de referencia, y evalúa al responsable correspondiente
Permite el control y seguimiento del grado de avance del cumplimiento de las metas programadas	Son instrumentos de medida sobre la actuación de los responsables de las operaciones
Detectan desviaciones, identifican causas y nos sirven como referencia para una eficaz toma de decisiones	Punto de referencia para saber si el nivel de desempeño es mejor, igual o peor que el nivel ideal u óptimo

Para el indicador proporción del personal de enfermería con relación a las camas censables tiene un estándar entre el 1 y 3%, para el caso número de camas según número de habitantes no se cuenta con un estándar establecido y en el municipio

no se han realizado estudios que contengan información al respecto con la que se pueda comparar⁽⁵⁾.

3.1 Estadísticas Sanitarias Mundiales

3.1.1 Organización Mundial de la Salud - Estadísticas Sanitarias Mundiales

Los datos sobre los recursos físicos y humanos disponibles para los sistemas de salud son esenciales para que los gobiernos puedan determinar la mejor manera de satisfacer las necesidades relacionadas con la salud de la población.

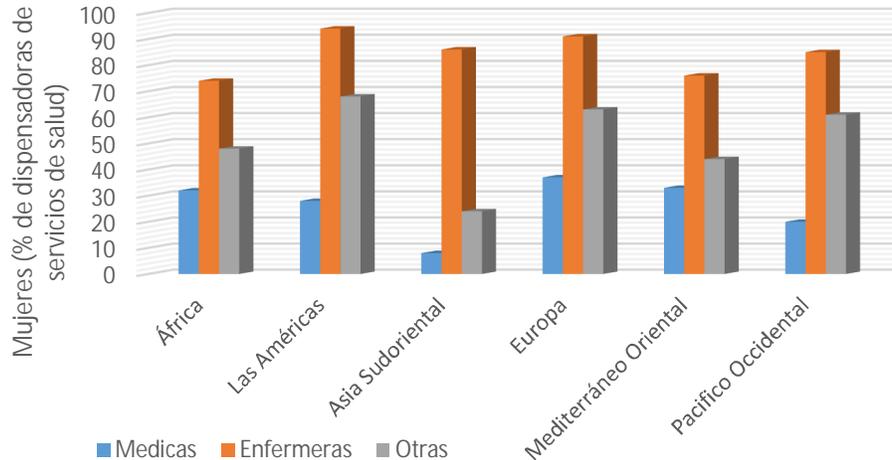
La información publicada por la Organización Mundial de la Salud . OMS en el año 2009 muestra que a nivel mundial se cuenta con 13 médicos por cada 10.000 habitantes, con variaciones entre países. África sólo cuenta con 2 médicos por cada 10.000 habitantes, frente a 32 de Europa. A nivel mundial hay 28 enfermeros por cada 10.000 habitantes, mientras que Europa cuenta con 79 enfermeros por cada 10.000 habitantes, en África hay 11 enfermeros por cada 10.000 habitantes⁽⁶⁾.

Según la OMS no hay un estándar mundial que permita evaluar la cantidad suficiente requerida de personal sanitario por número de habitantes, pero estima que los países que cuentan con menos de 23 profesionales de atención en salud por cada 10.000 habitantes, entre médicos, enfermeros y parteras, probablemente no alcancen las coberturas adecuadas para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. De igual forma no hay una escala mundial para evaluar el número de camas hospitalarias en relación al total de la población, las cuales indican la disponibilidad de servicios hospitalarios⁽⁶⁾.

En Europa cuentan con 63 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes, y por su parte África cuenta con 10 por cada 10.000 habitantes, es necesario aclarar que la información disponible en los sistemas de algunos países hace referencia solo a camas del sector público⁽⁶⁾.

En el año 2006 la OMS también realizó un perfil de los trabajadores sanitarios, que son las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud. En el estudio se muestra la participación de profesionales relacionados con los servicios de salud por sexo y por regiones, y se evidencia que el número de médicos es superior en el sexo masculino, pero de manera contraria se cuenta con un mayor número de enfermeras.

Gráfica 1. Participación de la mujer en las profesiones relacionadas con los servicios de salud, por regiones de la OMS



Tomado de: Informe Sobre la Salud en el Mundo - Colaboremos por la salud 2006.⁽⁷⁾

3.1.2 Sistemas Sanitarios de la Unión Europea

La Unión Europea . UE está compuesta por 28 de los 46 países del continente Europeo, esta unión busca que entre los países haya una integración y gobernanza en común, sin embargo en los sistemas de Salud se encuentran grandes diferencias.

En el año 2013 se realizaron las caracterizaciones e indicadores de salud de los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea, con el fin de mostrar el panorama de la salud y de los servicios sanitarios, según una selección de indicadores considerados relevantes.

La información sobre los modelos y características de los Sistemas Sanitarios en los países de la UE proceden de los Sistemas de Salud en Transición (HIT por sus siglas en inglés) que elabora el Observatorio Europeo de Salud de la OMS (Observatory on Health Systems and Policies), de diversos documentos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD) y de la Comisión Europea⁽⁸⁾.

Los indicadores de salud y servicios utilizados corresponden a los datos disponibles en el año 2013, lo que supone que para la mayoría de ellos, el año de

referencia será el 2011 /2012 o, en su defecto, el año más cercano disponible comparable a nivel internacional.

Con el fin de tener una perspectiva de evolución temporal para una selección de indicadores, se han utilizado datos de los años 2001 . o, en su defecto, el siguiente y el año más reciente disponible.

El número de médicos con que cuenta la Unión Europea es de 3.5 por cada mil habitantes, mientras el número de médicos con que cuentan los países que la conforman varía. De los 28 integrantes de la UE ninguno tiene menos de dos camas por cada 1.000 habitantes y 10 se encuentran por encima del número de médicos de la UE. Los países que cuentan con un mayor número de médicos son: Grecia con 6.1, Australia con 4.9, Portugal con 4.1, Alemania con 4, Suecia con 3.9, Italia con 3.9, España con 3.8 médicos por cada mil habitantes, de manera contraria los países de Eslovenia, Rumania y Polonia cuentan con 2.5, 2.4 y 2.2 médicos por cada mil habitantes respectivamente⁽⁸⁾.

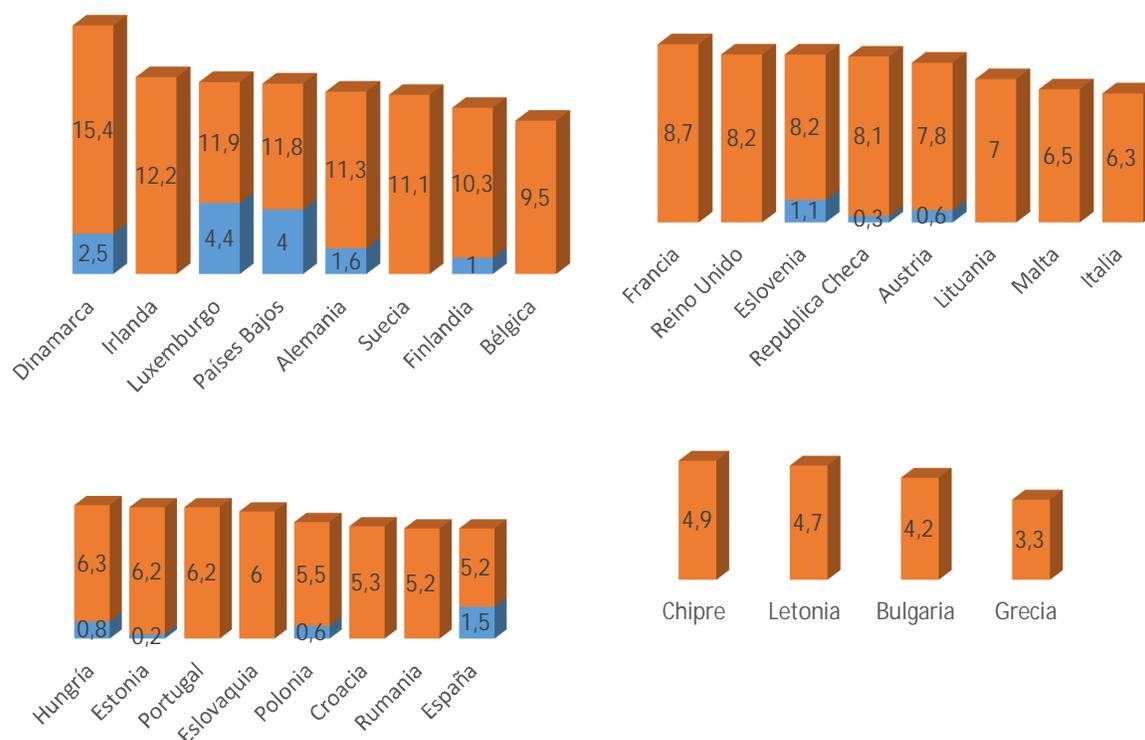
Gráfica 2. Número de médicos en ejercicio por cada mil habitantes



Tomado de: Unión Europea. UE⁽⁸⁾

El número de enfermeros en ejercicio por cada mil habitantes en la UE es de 8.2, de los países individualmente 9 cuentan con un número superior de enfermeros, entre ellos Dinamarca con 15.4, Irlanda 12.2, Luxemburgo con 11.9, Países Bajos con 11.8, Alemania con 11.3 y Suecia con 11.1, mientras los países que cuentan con un menor número de enfermeros son Grecia 3.3, Bulgaria 4.2, Letonia 4.7, Chipre 4.9 y España 5.2⁽⁸⁾.

Gráfica 3. Número de enfermeros en ejercicio por cada mil habitantes



Tomado de: Unión Europea. UE⁽⁸⁾

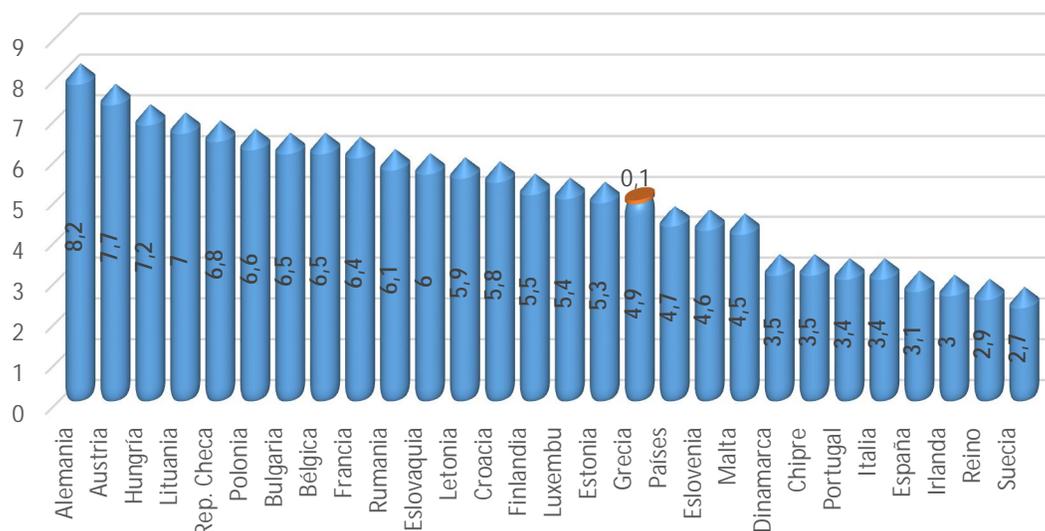
Se puede observar que en Grecia se cuenta con 1.8 médicos por cada enfermero, mientras Irlanda de manera contraria cuenta con 4.5 enfermeros por cada médico. España, a pesar de encontrarse en extremos opuestos en las tablas anteriormente ilustradas, no tiene mucha la diferencia entre el número de médicos y el número de enfermeros pues cuenta con 1.3 enfermeros por cada médico⁽⁸⁾.

La Unión Europea cuenta con 5.2 camas por cada mil habitantes. De los 28 países 16 cuentan con un número superior de camas comparado con el total de la UE, entre estos está Alemania con 8.2, Austria con 7.7, Hungría con 7.2 y Lituania con 7; mientras de manera contraria el menor número de camas por cada 1.000 se

presenta en España con 3.1, Irlanda con 3, Reino Unido con 2.9 y Suecia con 2.7⁽⁸⁾.

La capacidad humana tiene un comportamiento similar al número de camas instaladas en los diferentes países.

Gráfica 4. Camas por cada mil habitantes



Tomado de: Unión Europea. UE⁽⁸⁾

Disminución número de camas	Alemania	Austria	Hungría	Lituania	Rep. Checa	Bulgaria	Bélgica	Francia	Rumania	Eslovaquia	Letonia	Croacia	Finlandia	Estonia	Eslovenia	Malta	Dinamarca	Chipre	Portugal	Italia	España	Irlanda	Reino Unido	Suecia
	0,8	0,2	0,7	1,3	1	0,7	1,2	1,7	1,6	1,7	2,3	0,2	2	1,4	0,6	3,1	0,7	0,9	0,3	1,2	0,5	2,9	1,1	0,6

3.1.3 Sistema Sanitario de España

España en el estudio realizado durante el año 2013 a los sistemas sanitarios de los países que conforman la UE, muestra que cuenta con un buen número de médicos por cada 1.000 habitantes ubicándose entre los países con mayor recurso humano, pero de manera contraria está en los últimos lugares en cuanto al número de enfermeros y número de camas instaladas por cada mil habitantes, causando controversia por ocupar estos lugares⁽⁸⁾.

Durante el 2010 España evidenció que dentro de su capacidad instalada cuenta con 2.914 Centros de Salud, 10.202 consultorios locales, 319 hospitales públicos y

485 privados. Los hospitales cuentan con un total de 160.981 camas instaladas, 106.500 son públicas y 54.481 son privadas⁽⁹⁾.

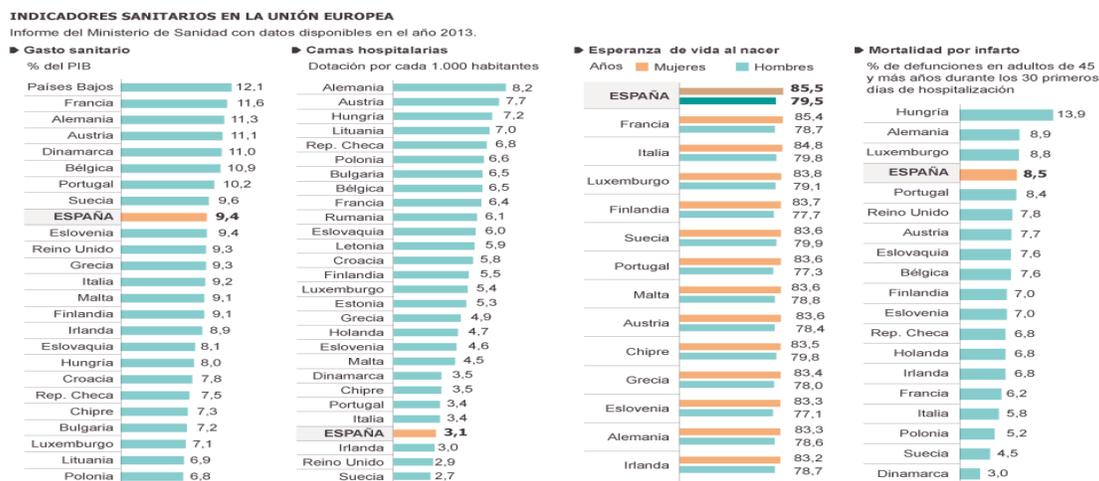
En cuanto a la distribución de las camas hospitalarias instaladas, 131.445 son utilizadas en hospitales dedicados a patologías agudas, 16.171 camas se encuentran instaladas para la atención en hospitales psiquiátricos y 13.365 están dedicadas a la atención geriátrica y larga estancia⁽⁹⁾.

Los centros asistenciales públicos dedicados a la atención primaria de salud cuentan con 34.126 médicos, de los cuales 27.911 son médicos de familia, 6.215 pediatras y 27.433 enfermeros. La tasa de médicos de primer nivel por cada 10.000 habitantes es de 7.5⁽⁹⁾.

En los hospitales y centros especializados del Sistema Nacional de Salud se cuentan 69.742 médicos. La tasa de médicos que trabajan en los hospitales y centros especializados públicos es de 15.5 por cada 10.000 habitantes, en los hospitales públicos también trabajan 116.058 enfermeros, con una tasa de 25.9 por cada 10.000 habitantes⁽⁹⁾.

Para el año 2013 España tiene uno de los indicadores de dotación de camas por habitante más bajo de la Unión Europea - UE. Con 3,1 por 1.000 habitantes está por debajo de la media (5,2), esto es atribuido, según el gobierno Español, al incremento de la atención ambulatoria⁽¹⁰⁾. (Ver Gráfica 5)

Gráfica 5. Indicadores Sanitarios en la Unión Europea . España 2013



Tomado de: El país⁽¹⁰⁾

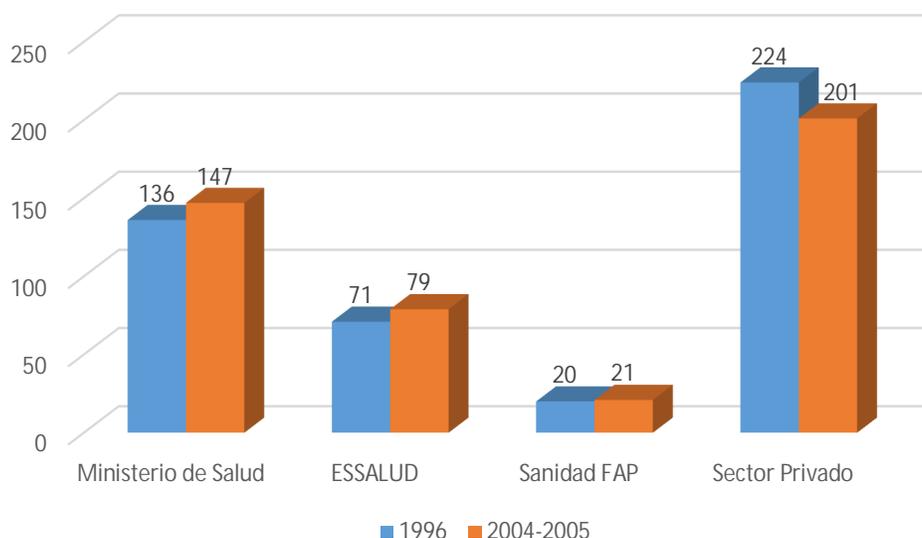
3.1.4 Capacidad Instalada en Perú y Chile

Perú, Chile y Colombia se encuentran ubicados en Latinoamérica, demográficamente las poblaciones son diferentes, pero en el contexto del funcionamiento en Salud su comportamiento es muy similar, los sistemas de salud están basados en el aseguramiento y cuentan con prestadores de servicios públicos y privados, sin embargo estos modelos fueron implementados en diferentes épocas.

Durante el año 2005 en Perú se realizó el tercer censo de infraestructura en salud, donde se evidenció que el país contaba con 448 establecimientos en el sector salud, de los cuales el Ministerio de Salud del Perú - Minsa contaba con el 32.8%, el Seguro Social de Salud del Perú - Essalud contaba con 17.6, por otra parte el 4,7 pertenecían a Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, y el 44.9% al sector privado⁽¹¹⁾.

Comparando los resultados encontrados con el censo realizado en el año 1996 por el Ministerio de Salud del Perú, se observa que el número de instituciones de salud del sector público es mayor, de manera contraria se puntualiza una disminución en el número de instituciones del sector privado.

Gráfica 6. Numero de hospitales por instituciones Perú: 1996 y 2004 / 2005



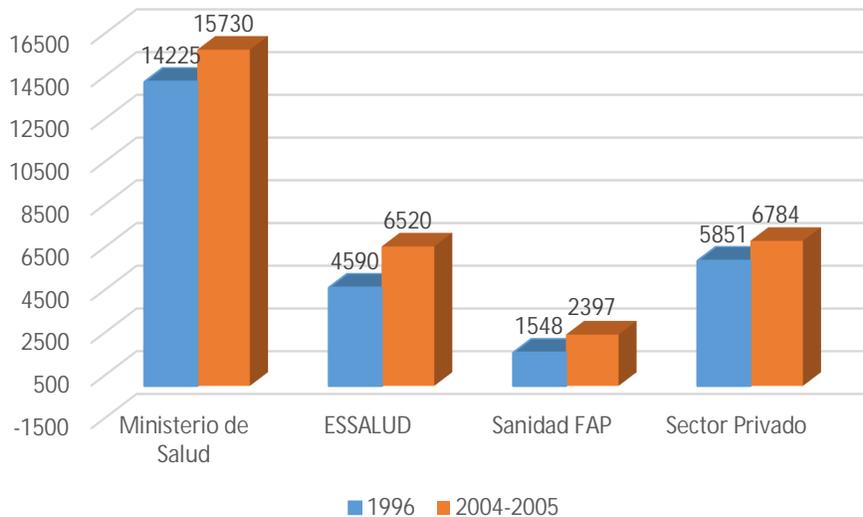
Tomado de: Ministerio de Salud Perú⁽¹¹⁾

El número de camas hospitalarias para el año 2005 eran 31.431, estas incrementaron el 19.9% con respecto al número con que se contaba durante 1996, y el mayor crecimiento se dio en el sector público⁽¹¹⁾.

La distribución de las camas instaladas en funcionamiento por instituciones, según su naturaleza (sector público o privado), en un 50% corresponden al Minsa, 20.7% corresponden a Essalud, mientras que a Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales corresponden el 7.6%, y el 21.6% son del sector privado⁽¹¹⁾.

La oferta de camas hospitalarias para el año 2005 fue de 1.12 por cada mil habitantes. Se evidencia un incremento, pues en el año 1996 el indicador fue de 1.08 por cada mil habitantes⁽¹¹⁾.

Gráfica 7. Camas hospitalarias en funcionamiento por instituciones Perú: 1996 y 2004/2005



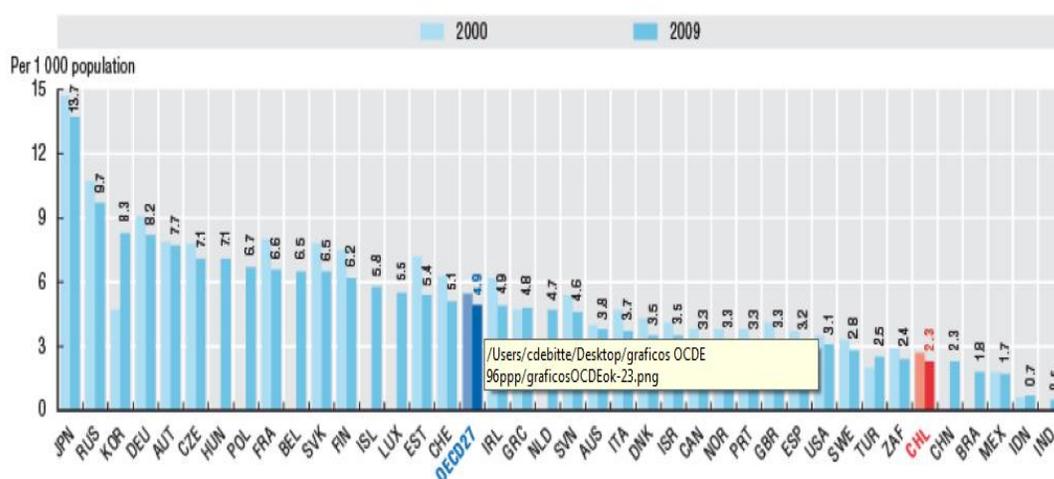
Tomado de: Ministerio de Salud Perú⁽¹¹⁾

En el Panorama de Salud e Informe sobre Chile y Comparado con los Países Miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico-OEDC⁹ realizado por el Ministerio de Salud de Chile durante el año 2011, se evidencia que para el año 2009 el país contaba con un médico y 0.5 enfermeros por cada 1.000 habitantes y en total los 34 países de la OECD tenían 3.1 médicos y 2.8 enfermeros por cada mil habitantes⁽¹²⁾.

De acuerdo a lo anterior se evidencia que Chile por cada médico contaba con 0.5 enfermeros, mientras la OEDC por cada médico contaba 0.9 enfermeros durante el mismo año⁽¹²⁾.

En cuanto al número de camas con que cuenta el país por cada mil habitantes se evidencia una disminución de estas entre los años 2000 . 2009. Para el año 2009 se contaba con 2.3 camas por cada mil habitantes, sin embargo en el 2000 se contaba aproximadamente con 2.8 camas por cada mil habitantes⁽¹²⁾.

Gráfica 8. Número de camas por cada 1.000 habitantes Chile y OEDC 2000-2009



Tomado de: Ministerio de Salud Chile⁽¹²⁾

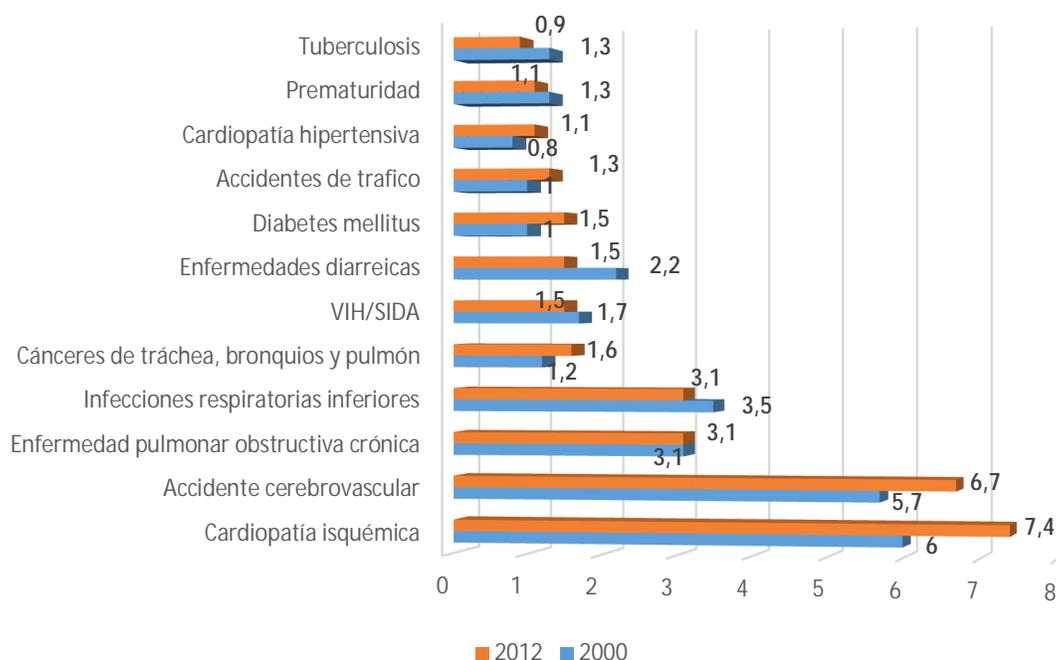
3.1.5 Mortalidad

Las causas principales de mortalidad en el mundo que se presentaron en los años 2000 y 2012, fueron la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica⁽¹³⁾.

El número de defunciones debidas al VIH presentó una leve reducción, de 1,7 millones (3,2%) en 2000, a 1,5 millones (2,7%) en 2012. Por su parte, la diarrea pasó de estar entre las cinco principales causas de defunción a ser la séptima causa, estando aún entre las 10 primeras, y en 2012 se presentaron 1,5 millones de personas fallecidas por ésta⁽¹³⁾.

El número de muertes causadas por las enfermedades crónicas presentó aumentos en todo el mundo. El cáncer pulmonar (junto con el de la tráquea y el de los bronquios) causó 1,6 millones de defunciones (2,9%) en 2012, en comparación con 1,2 millones (2,2%) en 2000. De modo parecido, la diabetes sacarina causó 1,5 millones de defunciones (2,7%) en 2012, en comparación con 1,0 millones (1,9%) en 2000⁽¹³⁾.

Gráfica 9. Principales causas de defunción 2000 - 2012



Tomado de: Organización Mundial de Salud⁽¹³⁾

En 2012, las enfermedades no transmisibles causaron más de 68% de las muertes en el mundo, lo que representó un aumento por comparación con el 60% registrado en el año 2000. Las cuatro entidades nosológicas principales de este grupo son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neumopatías crónicas. Las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y relacionadas con la nutrición causaron en conjunto una 23% de las muertes en el mundo, y los traumatismos, un 9%⁽¹³⁾.

3.1.6 Panorama general

Según la OMS a nivel mundial hay un déficit en el número de trabajadores de asistencia sanitaria, por lo que se hace necesario contar con 4.3 millones de trabajadores más para que la asistencia sanitaria sea accesible para todos⁽¹⁴⁾.

Entre las regiones y los países se presentan grandes diferencias, en África se enfrenta una gran crisis. Este continente soporta el 24% de la carga de enfermedad del mundo y cuenta solo con el 3% de los profesionales en Salud a nivel mundial, allí se invierte menos del 1% de los recursos globales destinados para Salud. En comparación, América con solo el 10% de la carga de la enfermedad del mundo cuenta con el 37% de los profesionales en Salud y con una inversión de más del 50% de los recursos globales destinados⁽¹⁴⁾.

En los países más pobres la carencia de recurso humano muestra una crisis sanitaria, a pesar de no existir estándares de la cantidad mínima de profesionales de salud con que se debe contar. Según la Asociación Médicos del Mundo varios estudios muestran que los trabajadores profesionales de la salud deben ser mínimo 2.5 por cada 1.000 habitantes⁽¹⁴⁾.

Si se contara con un personal sanitario de 2.5 por cada mil habitantes se permitiría tener coberturas en partos y vacunas superiores al 80%. En África hay 0.8 trabajadores de la salud por cada mil habitantes, mientras que en Europa se llega a 10 profesionales por cada 1.000 personas⁽¹⁴⁾.

El déficit de trabajadores de la salud cualificados es uno de los principales obstáculos para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud (ODM). El personal sanitario es un componente central de cualquier sistema sanitario y de la capacidad de cualquier estado de garantizar el derecho universal de la salud. Desempeñan un papel vital en garantizar una gestión adecuada de los elementos que componen un sistema sanitario: desde medicinas e instalaciones a presupuestos y programas de asistencia sanitaria⁽¹⁴⁾.

3.2 La Capacidad Instalada en Colombia

3.2.1 Estado de la Capacidad Instalada en Salud Colombia

En el año 2005 el Ministerio de la Protección Social, conforme a la responsabilidad asignada por la normatividad y la problemática detectada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud . SGSSS, consideró de vital importancia crear la política nacional de prestación de servicios de Salud. Los objetivos de la política son garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de la prestación de los servicios.

Para la elaboración de la política nacional de prestación de servicios de salud el Ministerio de la Protección Social puso en contexto la política y levantó un diagnóstico de los diferentes sectores, en el que encontró, entre otros, los siguientes resultados.

3.2.2 Prestadores de Servicios de Salud y Recursos Físicos

Colombia para el año 2004 contaba con 54.952 prestadores de servicios de salud en el territorio nacional, los cuales son el 25.24% IPS públicas y privadas, y el 74.97% son profesionales de la salud independientes. Las IPS son de carácter público el 32.3% y privadas el 67.7%⁽²⁾.

Tabla 1. Distribución de prestadores registrados Colombia 2004

Tipo de Prestador	Cantidad	
Instituciones prestadoras de servicios de salud (con sus respectivos puntos de atención o sedes)	13.840 (25.24%)	
	4.466 (32.3%)	Privadas 9.374 (67.7%)
Profesionales de la salud independientes	41.112 (74.97%)	
Total	54.952 (100%)	

Tomado de: Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud⁽²⁾

El 36.1% de los prestadores de salud se encuentran ubicados en 5 grandes departamentos del país, de acuerdo a su número de habitantes Bogotá D.C, Antioquia, Atlántico, Santander y Valle del Cauca, para lo cual se contaba con 17.88 prestadores por municipio⁽²⁾.

Tabla 2. Distribución de prestadores en áreas geográficas a Bogotá DC, Antioquia, Atlántico, Santander y Valle del Cauca 2004

Tipo de prestador	Número prestadores	Número de prestadores por municipio
Total IPS	6.685	6.02
IPS Pública	3.064	2.76
IPS Privada	3.621	3.26
Profesional Independiente	13.232	11.91
Total prestadores	19.869	17.88

Tomado de: Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud⁽²⁾

De igual manera, se encuentra que en los principales departamentos del país de acuerdo a su concentración de población se tienen el 48,08% (19.619 servicios) de toda la oferta de los servicios que se tienen a nivel nacional.

Tabla 3. Distribución porcentual de servicios declarados por los prestadores Colombia 2004

Servicio Declarado por los Prestadores	Número de Servicios	% Sobre el total
Odontología y afines	7.696	18.86
Medicina General	7.097	17.39
Servicio quirúrgico	6.135	15.03
Terapias físicas y afines	4.566	11.19
Enfermería	4.372	10.71
Medicina interna y subespecializada	3.176	7.78
Psicología y Psiquiatría	2.329	5.71
Servicio de urgencias	2.087	5.11
Pediatría	1.131	2.77
Servicio de vacunación	963	2.36
Anestesia y dolor	917	2.25
Unidad de cuidado intensivo neonatal y pediátrico	184	0.45
Unidad de cuidado intensivo adultos	156	0.38

Tomado de: Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud⁽²⁾

El número de camas con que se contaba a nivel nacional para el año de esta política eran 52.475, la razón del número de camas, se sitúa en 1,14 camas hospitalarias por cada mil habitantes, las cuales al distribirse por servicios muestra una mayor concentración en el servicio general adulto, y el servicio con menos camas lo tiene cuidado intermedio pediátrico⁽²⁾.

Tabla 4. Razón de camas por servicio por cada mil habitantes Colombia 2004

Servicio Declarado	Total Camas	Número de camas por cada mil habitantes
Servicio general adulto	25.406	0.55
Pediatría	9.318	0.20
Obstetricia	7.652	0.17
Psiquiatría	3.696	0.08
Cuidado intermedio neonatal	1.514	0.03
Fármaco dependencia	1.418	0.03
Cuidado intensivo adulto	1.180	0.03

Cuidado intensivo neonatal	811	0.02
Cuidado intermedio adulto	696	0.02
Cuidado intensivo pediátrico	379	0.01
Unidad de quemados	251	0.01
Cuidado intermedio pediátrico	154	0.003

Tomado de: Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud⁽²⁾

En el 2004 se contaba con 41.112 profesionales prestadores de servicios de salud independientes registrados, de los cuales solo declararon 23.571 servicios en el territorio nacional. Odontología fue el servicio más declarado, representando el 54.87% del total⁽²⁾.

Tabla 5. Distribución porcentual de los servicios declarados por profesionales independientes Colombia 2004

Servicio Declarado	Número de servicios	% de Distribución
Odontología	12.934	54.87
Medicina general	5.106	21.66
Fisioterapia	1.657	7.03
Psicología	1.528	6.48
Terapia respiratoria	1.056	4.48
Fonoaudiología	600	2.55
Terapia del lenguaje	291	1.23
Terapia ocupacional	280	1.19
Enfermería	119	0.50

Tomado de: Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud⁽²⁾

3.2.3 Recurso Humano

Según la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - Ascofame en el año 2000 el país contaba con 43.166 médicos, existiendo de esta manera una tasa de 10,36 médicos por cada diez mil habitantes⁽²⁾.

Para el año 2000, la tasa colombiana es superior a la encontrada para México (5,41), Costa Rica (9,71), Bolivia (4,81) y Chile (4,60); e inferior a la de Panamá (11,90), Cuba (37,04), Venezuela (15,38), Ecuador (10,41), Perú (10,31), Brasil (14,93) y Argentina (30,30). Igualmente es inferior al promedio obtenido del análisis de estos países, que es 12,89⁽²⁾.

De acuerdo al total de médicos registrados en la base de datos de Ascofame, el 57.26% son médicos generales, y el 42,74% restante son médicos especialistas, lo que muestra una relación de 1,33 médicos generales por cada médico especialista. La tasa nacional de médicos generales por 10 mil habitantes es de 5,93, y la de especialistas de 4,43⁽²⁾.

La concentración de médicos generales en los municipios de más de 500 mil habitantes es 23 veces mayor que en los de menos de 20.000 habitantes⁽²⁾.

Tabla 6. Distribución de médicos generales por municipio según tamaño de la población Colombia año 2000.

Población por municipio	Total habitantes	% hab sobre total nacional	Total médicos	% med sobre total nacional	% Tasa x 10mil hab
Menor de 20.000	6.712.282	16.1	292	1.3	0.44
Entre 20.001 y 50.000	8.245.903	19.8	945	4.2	1.15
Entre 50.001 y 100.000	4.455.680	10.7	1.381	6.2	3.10
Entre 100.001 y 250.000	3.632.345	8.7	1.922	8.6	5.29
Entre 250.001 y 500.000	5.018.696	12.0	3.642	16.3	7.26
500.001 en adelante	13.593.546	32.6	14.168	63.4	10.42

Tomado de: Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud⁽²⁾

En el año 2004 la razón de enfermeros profesionales por cada 1.000 habitantes era de 0,56, la razón de odontólogos por cada 1.000 habitantes era de 0,62, y la razón de personal de enfermería no universitario por cada 1.000 habitantes era de 2,39⁽²⁾.

3.2.4 IPS Públicas

Con corte al 31 de diciembre de 2004, 1.008 IPS públicas realizaron un reporte de información, las IPS reportadas se distribuían así: el 84,3% corresponden a primer nivel, el 13,4% a segundo nivel y el 2,3% a tercer nivel de atención⁽²⁾.

Del total de IPS, el 68,5% son de carácter municipal (690) concentradas principalmente en el primer nivel (98%), el 28,5% son de carácter departamental, el 2,7% de carácter distrital y sólo el 0,4% de carácter nacional⁽²⁾.

Del total de IPS reportadas, el 78% están conformadas como Empresas Sociales del Estado (ESE), las demás están organizadas como IPS autónomas con posibilidad de ser transformadas en ESE⁽²⁾.

La concentración de los consultorios de consulta externa y de urgencias en 70.8% se encuentran en los hospitales y puestos de salud de primer nivel, con un promedio de 5,8 consultorios de consulta externa y 1,4 consultorios de urgencias por cada IPS. El segundo nivel representa el 21,3% de consultorios del total del país, con un promedio de 11,8 de consulta externa y 2,7 de urgencias por institución. El 7,94% corresponde a hospitales de tercer nivel de atención, con promedios de 24,8 consultorios de consulta externa y 5 de urgencias por entidad⁽²⁾.

Con respecto a las salas de parto, se presentan una distribución de 1,5 mesas por hospital de primer nivel y en ellos se encuentran concentradas el 82,8% de las mesas del país, en el segundo nivel, cada hospital tiene 1,6 mesas en promedio y representan el 13,7% a nivel nacional y en el tercer nivel tiene en promedio 2,4 mesas, las cuales son el 3,61% del total de mesas de partos del país⁽²⁾.

El 47,6% de las salas de cirugía se encuentran en primer nivel de atención, lo que indica un promedio de 1,3 salas por cada institución que presta este servicio, el segundo nivel tiene una concentración de 33,86% dentro del total de salas de cirugía, con promedio de 2,4 salas por hospital y el 18,6% corresponde a los hospitales de tercer nivel de atención, con un promedio de 6,4 salas por IPS⁽²⁾.

En cuanto a la distribución de las camas en las instituciones públicas, el 43% de se encuentran ubicadas en IPS de primer nivel; el segundo nivel concentra el 36%; el tercer nivel, cuentan con el 21% de las camas de las IPS públicas del país⁽²⁾.

En el año 2007 se realizó el observatorio del desempeño hospitalario por parte del gobierno mexicano, en el cual se encontró que entre los países Americanos se registran grandes diferencias, en Cuba se dispone de la mayor cantidad de camas censables, 4,9 por cada mil habitantes, en Canadá cuentan con 3.6; entre otros países. Mientras que en los países latinoamericanos se ve una gran brecha en el número de camas por cada mil habitantes, se encuentra que Chile cuenta con 2.4; Colombia 1.2; Perú 1.1, y la República de El Salvador, 0.9 camas censables⁽¹⁵⁾.

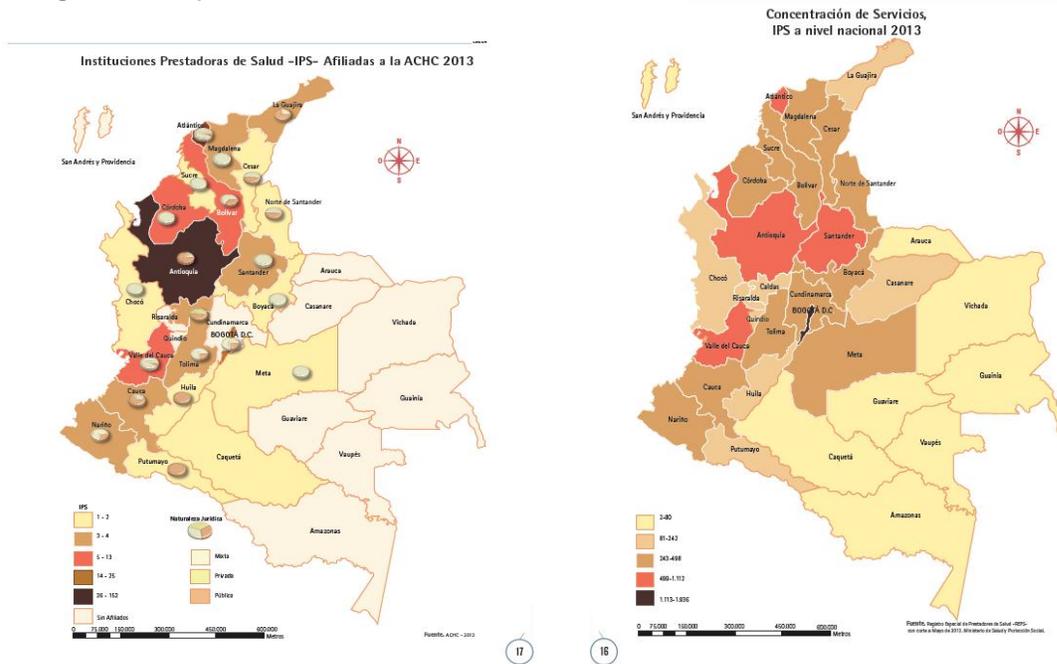
La reforma en Salud, Ley 1438 de 2011, toma la calidad del servicio como un componente esencial que es imposible dejar de lado y hace un abordaje de los indicadores de prestación del servicio de la salud en Colombia que se encuentran muy por debajo en comparación con América. Por ejemplo, entre 2000 y 2009 hubo 14 médicos por cada 100 mil habitantes, frente a 23 en América. De igual forma, el sistema de salud contó con 10 camas por cada 10 mil personas, mientras

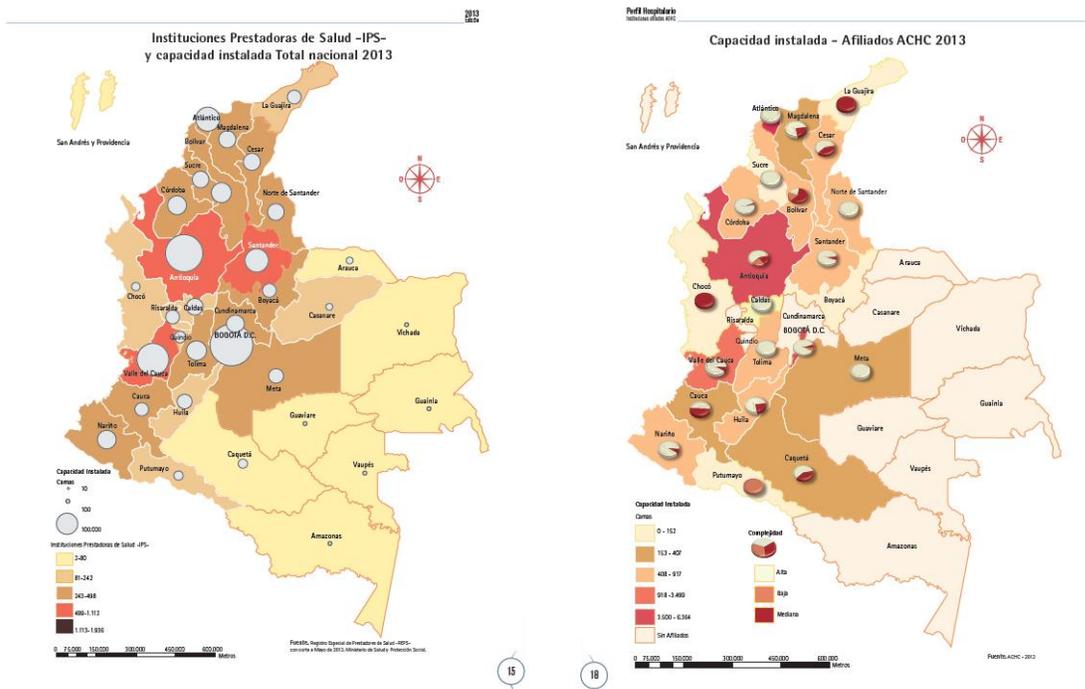
en América el promedio fue de 23. Estos indicadores evidencian que existe recurso humano limitado, al igual que una capacidad instalada deficiente⁽¹⁶⁾. Por más que la producción en hospitales haya aumentado ligeramente en los últimos años, en los resultados encontrados en diferentes estudios y diagnósticos se observa que todavía existe un amplio campo en el que se puede mejorar para beneficio de la población.

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas con corte a diciembre de 2012 realizó una caracterización de sus hospitales y clínicas afiliadas con el fin de entender el mercado, analizar el contexto, planificar sus actuaciones y conducir mejor las instituciones, entre los resultados se encontró que entre los departamentos se evidencia la misma situación que entre los países de América, grandes brechas, por ejemplo: mientras departamentos como Vaupés, Caquetá, Arauca entre otros cuentan con entre 2 y 80 servicios, los departamentos de Valle del Cauca, Antioquia, Santander y Atlántico cuentan con entre 299 y 1112 servicios cada uno⁽¹⁷⁾.

De igual manera a lo mencionado anteriormente se evidencian grandes diferencias en la concentración de IPS y la capacidad instalada de éstas en cada departamento, contando con una mayor concentración en departamentos como Antioquia, Valle del Cauca, entre otros, y menor concentración en departamentos como Chocó, Cesar entre otros.

Imagen 1. Mapas temáticos.

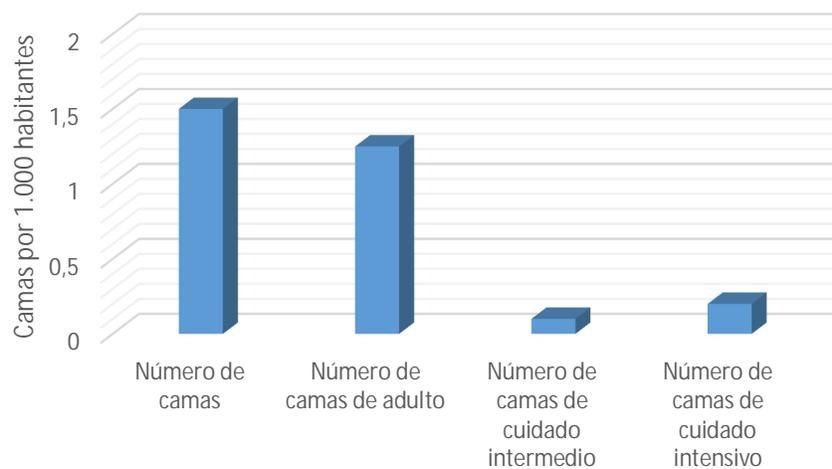




Tomado de: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas⁽¹⁷⁾

Continuando con el mismo enfoque, en el Análisis de Situación en Salud %ASIS+ realizado en el 2013 se encontró que Colombia contaba con una tasa de 1.53 camas por cada mil habitantes, 1.31 de camas de adultos, 0.11 de cuidado intermedio y 0.14 de cuidado intensivo⁽¹⁸⁾.

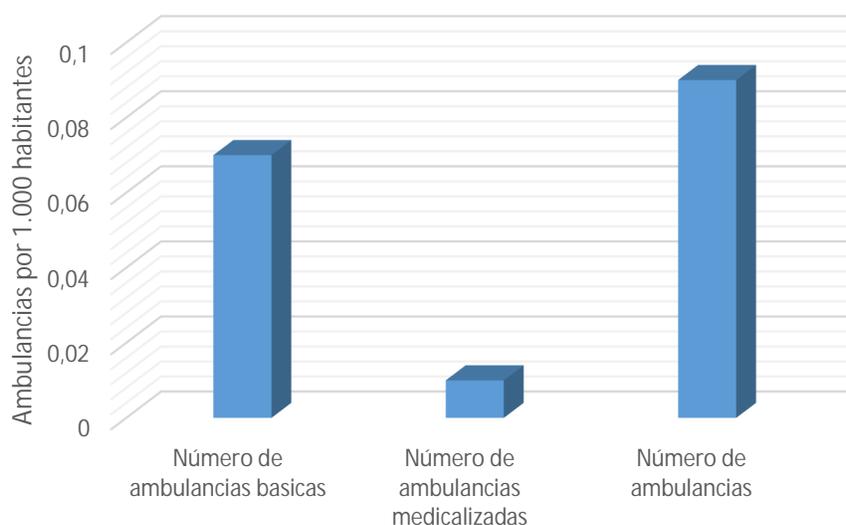
Gráfica 10. Camas por 1.000 habitantes Colombia, 2005 - 2011



Tomado de: Análisis de situación de Salud 2013⁽¹⁸⁾

La tasa de ambulancias era de 0.09 por cada 1.000 habitantes, 0.07 ambulancias básicas, y 0.02 medicalizadas⁽¹⁸⁾.

Gráfica 11. Ambulancias por 1.000 habitantes. Colombia, 2005-2011



Tomado de: Análisis de situación de Salud 2013⁽¹⁸⁾

El recurso humano de salud con el que contaba el país por cada 1.000 habitantes para el año 2011 era de 0.61 enfermeros profesionales y 1.46 médicos generales⁽¹⁸⁾.

3.2.5 Principales dificultades en la atención de salud

Dentro de las principales dificultades que se presentan para la atención en salud en Latinoamérica se han resaltado diversos temas asociados a la precariedad institucional de la salud pública, y a la falta de equidad y eficiencia de los actuales sistemas de salud de los países.

El limitado acceso a los servicios de salud fue considerado, de forma mayoritaria, como el principal problema que afecta a países como Colombia, Bolivia, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana. La limitada cobertura de los servicios forma parte de las manifestaciones de la falta de equidad⁽¹⁹⁾.

En segundo lugar de orden de importancia, Chile, Colombia y Perú señalan la baja calidad y la ineficiencia de los servicios, tema que para otros países como Costa Rica y Ecuador es prioritario⁽¹⁹⁾.

Se han atribuido los principales problemas de atención de salud a varias causas: el primero de los cuales se relaciona con condiciones económicas, pobreza, desigualdad, baja calidad de vida y exclusión social. Al respecto un grupo de países señala tendencias de carácter general: pobreza (Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Perú), desempleo (Argentina), y malas condiciones ambientales y de saneamiento básico (El Salvador, Paraguay)⁽¹⁹⁾.

El déficit de presupuesto aparece como la primera causa asociada a los problemas de atención en Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua y Perú⁽¹⁹⁾.

Otros déficits específicos identificados corresponden a las condiciones socio-demográficas que caracterizan a la población de la región, como su alta dispersión geográfica, especialmente en las zonas rurales, que se traduce en inaccesibilidad de los servicios de salud (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Perú). Estos aspectos pueden ser considerados como **“barreras geográficas”**, que agudizan dos de los principales problemas en la atención de salud, que son el bajo acceso a los servicios pertinentes y la limitada capacidad de resolución de las instituciones⁽¹⁹⁾.

Los gastos porcentuales del Producto Interno Bruto para la salud en América Latina, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud - OPS, oscilan entre 6.2% y 9.4%, mientras que en Canadá y Estados Unidos, es el 13%, lo que refleja las dificultades que se tienen en la región para tener recursos suficientes, que permitan entregar los servicios que necesita la población, en especial, los servicios de alto costo⁽²⁰⁾.

Tabla 7. Camas de cuidado intensivo . UCI por cada mil habitantes 2005

Latinoamérica**	Camas UCI 1.000 habitantes	Otros países*	Camas UCI 1.000 habitantes
Argentina	0.29	Australia	3.6
Bolivia	0.035	Alemania	6.6
Brasil	0.079	Bélgica	4.0
Chile	0.027	Canadá	3.2
Colombia	0.03	España	3.1
Ecuador	0.03	Estados Unidos	2.8

México	1	Francia	3.8
Perú	0.018	Portugal	3.1
Uruguay	0.23	Reino Unido	3.7
Venezuela	0.03	Suiza	3.4

Tomado de: Desarrollo del cuidado intensivo⁽²⁰⁾

La Organización Mundial de la Salud recomienda que se cuente con entre 4 y 4.75 camas en cuidados intensivos por 1000 habitantes para hospitales de agudos en poblaciones de más de 100.000 habitantes; entre 3 y 4 camas en cuidados intensivos por 1000 habitantes en poblaciones de 25.000-100.000 habitantes y entre 2.5 y 3 camas por cada 1.000 habitantes en poblaciones de menos de 25.000 habitantes⁽²⁰⁾.

La aproximación de la cantidad de camas hospitalarias y de cuidado crítico para la región podría ser de 2.5 a 3 camas por cada 1000 habitantes, y de éstas entre el 4 al 10% deben ser de cuidado intensivo⁽²⁰⁾.

El Programa de ajuste y modernización de las IPS muestra que 31 entidades territoriales, cuentan con un diseño de red de prestación de servicios de salud aprobado por el Ministerio de la Protección Social. Dichos diseños son el producto del desarrollo de estudios de la organización de la red desde el punto de vista de la demanda de servicios, incluyendo perfil epidemiológico, nivel de aseguramiento y frecuencia de uso de servicios, contrastado con la capacidad instalada, el recurso humano y las condiciones financieras de cada entidad territorial⁽²⁾.

A pesar de realizarse programas de modernización y ajuste en las IPS se observa que la oportunidad para el acceso a diferentes servicios de salud requeridos por la población no ha mostrado mejoras, de manera contraria se observa que los tiempos de espera para las atenciones requeridas han incrementado notoriamente entre un año y otro.

Tabla 8. Indicadores de resultado INC. 2012 - 2013

Descripción	Máximo Aceptable	Unidad de medida	2011	2012	2013
			Total	Total	Diciembre
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada medicina interna	30 Días	Días	5.2	4.46	7.44
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada ginecología	15 Días	Días	8.5	4.48	8.26
Oportunidad de la asignación de citas	5 Días	Días	2.1	1.97	7.56

en la consulta médica especializada pediatría					
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada cirugía general	20 Días	Días	5.8	3.38	6.56
Proporción de cancelación de cirugía programada	12%	%	5.8	5.06	5.68
Oportunidad en la atención en consulta de urgencias	30	Minutos	42.6	38.82	45.5
Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	10	Días	0.7	0.58	1.72
Oportunidad en la realización de cirugía programada	15	Días	20.6	14.69	18.14

Tomado de: Análisis de situación de Salud 2013⁽¹⁸⁾

En el abordaje que se hace con la reforma a la salud, mediante la Ley 1438 del año 2011, se proyecta a Colombia para el año 2032 como líder mundial en el programa de turismo en salud, generando cantidades superiores a los 6 mil millones de dólares, basados en precio competitivo, calidad e innovación en la prestación de los servicios de salud.

3.3 Demanda en salud en el municipio de Rionegro

3.3.1 Morbilidad

Las causas de morbilidad por consulta externa en el año 2013, no presentan mucha variación comparadas con los años anteriores, en primera causa se observan personas en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias especificadas con un 4.08%, seguido de Hipertensión esencial con un 3.78%. El 67.76% de las consultas fueron en mujeres, mientras que en los hombres solo el 32.24%, y un 20.19% fueron de 0 a 14 años, para el caso de hipertensión esencial el 61.03% fueron en mujeres y el 38.97% en hombres y un 1.45% de las atención con 144 casos se presentaron en la edad de 0 a 14 años, el 57.75% se presentó en el rango de 15 a 64 años y un 40.79% de 65 y más años⁽²¹⁾.

La situación observada es diferente a la reportada para el Valle de Aburra, ya que en primera causa está la hipertensión esencial, con un 8.84%, seguido de la caries de la dentina con un 1.84%, de igual manera se observa una diferencia con lo reportado para el Oriente con relación a lo presentado en el municipio de Rionegro, en el mismo año la primera causa es la hipertensión esencial con un 11.08%, seguido de otros dolores abdominales y los no especificados con un 2.18%⁽²¹⁾.

Tabla 9. Primeras causas de morbilidad en el municipio de Rionegro año 2013.

Causas	Femenino	Masculino	Total	%
Z768 - Persona en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias especificadas	7,238	3,444	10,682	4.08
I10x - Hipertensión esencial (primaria)	6,050	3,863	9,913	3.78
R688 - Otros síntomas y signos generales especificados	4,106	3,120	7,226	2.76
Z012 - Examen odontológico	3,172	2,400	5,572	2.13
J00x - Rinofaringitis aguda (resfriado común)	2,853	2,245	5,098	1.95
K021 - Caries de la dentina	2,694	2,242	4,936	1.88
K051 - Gingivitis crónica	2,573	2,146	4,719	1.80
R104 - Otros dolores abdominales y los no especificados	2,626	1,340	3,966	1.51
M545 - Lumbago no especificado	1,974	1,661	3,635	1.39
A09x - Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1,704	1,633	3,337	1.27
R51x . Cefalea	2,102	823	2,925	1.12
Z300 - Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción	2,643	173	2,816	1.07
N390 - Infección de vías urinarias, sitio no especificado	2,133	657	2,790	1.06
Z000 - Examen médico general	1,537	1,016	2,553	0.97
Z001 - Control de salud de rutina del niño	1,302	1,124	2,426	0.93
Otras causas	163,392	98,620	262,012	100.00

Fuente: CUBO RIPS-Ministerio de Salud⁽²¹⁾.

Mortalidad

La tasa de mortalidad perinatal evidenció un aumento del 22.22% para el año 2014, mientras que en el 2013 presentó una disminución del 21.73%. El 50.1% de los casos fueron hombres, el 45.45% mujeres y un 4.54% de sexo indeterminado⁽²¹⁾.

Las causas básicas de muerte identificadas fueron: feto y recién nacido afectados por: corioamnionitis, por embarazo ectópico, enfermedades renales y de las vías urinarias de la madre, oligohidramnios, otras complicaciones maternas del embarazo, otras formas de desprendimiento y de hemorragia placentarios, malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otra parte, terminación del embarazo afectando el feto y recién nacido.

La tasa de mortalidad por accidentes de tránsito presentó una disminución del 8.69% para el año 2014 comparado con el año 2013. El 9.52% de las muertes se presentaron en menores de 18 años, el 47.61% de las muertes se dieron de 18 a 28 años, el 90.47% se presentaron en hombres y un 9.53% en mujeres, el 29% fueron peatones, el 43% conductores de moto, el 10% parrillero de moto, el 14% en calidad de ciclista y el 5% pasajero de vehículo⁽²¹⁾.

La mortalidad por homicidios también aumentó del 32.35% para el año 2014 comparado con el año 2013. El 77.77% de los casos(35) fueron por arma de fuego, el 6.66% fueron por arma blanca, y 4.44% fueron otros accidentes (asfixia mecánica y traumas craneoencefálicos), el 13.33% de los casos se presentaron en menores de edad, con un rango de 13 a 17 años, el 44.44% de los casos se presentaron en el rango de 18 a 29 años⁽²¹⁾.

La tasa de mortalidad por suicidios ha venido presentado un aumento en los últimos cuatro años, para el 2014 se dio un aumento del 8.3% comparado con el 2013. El 77% de las muertes se presentaron en hombres y el 23% en mujeres. El 7.7% de las muertes, se presentaron en menores de edad, el 61.5% en personas residentes de la zona urbana y un 38.4% de la zona rural⁽²¹⁾.

Tabla 10 Primeras causas de mortalidad ajustadas, municipio de Rionegro 2012.

Orden	Código	Causa	Masculino	Femenino	Total	Tasa * 100.000 habitantes
Rionegro 2012			265	166	431	
1	101	Agresiones (homicidios) y secuelas	53	7	60	52.5
2	51	Enfermedades isquémicas del corazón	28	27	55	48.1
3	90	Accidentes de transporte de motor y secuelas	35	6	41	35.9
4	60	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	21	9	30	26.2
5	55	Enfermedades cerebrovasculares	5	16	21	18.4
6	13	Tumor maligno del estomago	9	5	14	12.2
7	41	Diabetes mellitus	2	11	13	11.4
8	50	Enfermedades hipertensivas	7	6	13	11.4
9	20	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	6	2	8	7.0
10	88	Las demás malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	4	4	8	7.0

Fuente: SISPRO⁽²¹⁾.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Analizar la capacidad instalada de la Red de Servicios en Salud y establecer si se cumple con los estándares establecidos, para garantizar los servicios de Salud a los habitantes del municipio de Rionegro.

4.2 Objetivos Específicos

- Conocer la capacidad instalada con que cuentan las instituciones prestadoras de servicios de salud en el municipio de Rionegro.
- Comparar los resultados de la capacidad instalada encontrada en el municipio con las condiciones internacionales y nacionales.
- Analizar las condiciones de la capacidad instalada de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud, respecto a la situación encontrada a nivel nacional e internacional.
- Determinar si la Red de Servicios en Salud cumple con los diferentes estándares establecidos.

5 METODOLOGÍA

Con el fin de conocer la capacidad instalada de la red de servicios en salud de Rionegro e identificar si se cumple con los estándares establecidos, para la garantía de los servicios de una manera oportuna y con calidad a los habitantes del municipio, se realizó una evaluación de las condiciones de la capacidad instalada en los sistemas de salud internacionales, nacionales y locales.

Lo anterior evaluando inicialmente las condiciones y la estructura de la capacidad instalada de diferentes sistemas de salud internacionales y del colombiano. Posteriormente se recolectaron los datos de la capacidad instalada con que cuentan las diferentes entidades que prestan servicios de salud en el municipio, y se generó la información requerida para la comparación y evaluación de la suficiencia de la capacidad instalada para la garantía de los servicios en salud a la población del municipio de Rionegro.

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, con información recolectada en las IPS que se encuentran prestando servicios de Salud en el municipio de Rionegro y un análisis detallado que permitió determinar si se cumple con los estándares establecidos de los servicios de salud de la Red de acuerdo al número de habitantes, para ello se requirió la elaboración de un formato que permitiera capturar la información la cual posteriormente fue procesada y analizada.

Unidades de análisis:

Para el presente estudio se tuvieron en cuenta varias unidades de análisis con el fin de abarcar aspectos importantes que permitieran desarrollar en su totalidad los objetivos propuestos:

- Revisión de información bibliográfica de diferentes sistemas de salud.
- Características del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Análisis de información recolectada en las diferentes IPS

Fuentes de información

Para el estudio se utilizaron la recolección de información de la capacidad instalada en las IPS según instrumento previamente elaborado como fuente primaria. Luego se realizó una revisión de fuente secundaria como artículos afines a la investigación que permitieron comparar e identificar los estándares óptimos para la garantía de la prestación de servicios a los habitantes del Municipio de Rionegro.

Técnicas, métodos y procedimientos de recolección de información:

Las técnicas y métodos que se utilizaron para recolectar la información necesaria en este estudio fueron varias, entre ellas se encuentra la recolección de la información de las IPS, seguido de verificación bibliográfica y búsquedas en los sistemas de información nacional relacionados con el tema y un posterior análisis de la información recolectada y procesada.

6 RESULTADOS

6.1 Capacidad Instala en Salud Ë Rionegro, Antioquia

La amplia red de servicios de salud con que cuenta el municipio de Rionegro lo han convertido en receptor de la población del Oriente Antioqueño y otras regiones, lo que ha generado que la población del municipio en algunas ocasiones tenga dificultades para acceder a los servicios que requiere y deba desplazarse a IPS de Medellín.

6.1.1 Recurso Humano

El número de especialistas con los que cuentan las IPS en Rionegro no alcanzan a ser uno por cada mil habitantes. El servicio que cuenta con un mayor número de especialistas es pediatría con 0.4 por cada 1.000 menores de 15 años, en algunos otros casos como son: cardiología pediátrica, cirujano de cabeza y cuello, neumología pediátrica, entre otros, no se cuenta con especialistas. (Ver tabla 11)

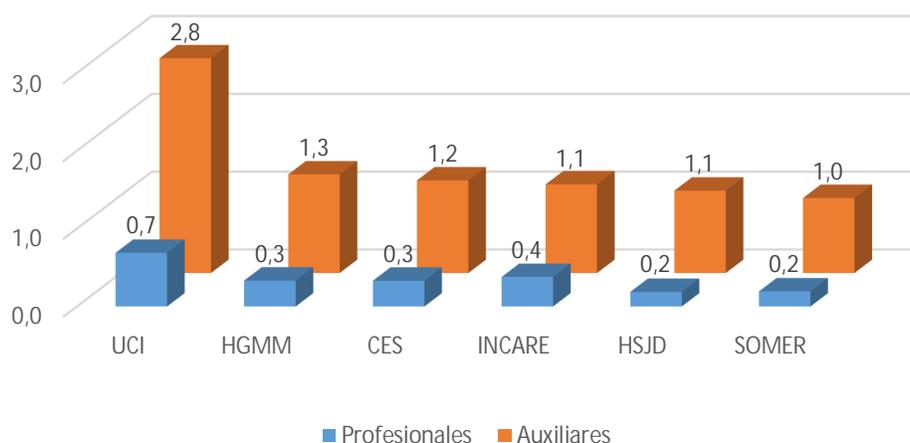
Tabla 11. Número de especialistas por cada 1.000 habitantes. Rionegro 2014

Especialistas con que se cuenta	Número de especialistas por 1.000 habitantes
Anestesia	0.10
Cardiología	0.02
Cirugía cardiovascular	0.01
Cirugía general	0.14
Cirugía neurológica	0.02
Cirugía pediátrica	0.07
Dermatología	0.11
Dolor y cuidados paliativos	0.03
Endocrinología	0.09

Estomatología	0.01
Gastroenterología	0.02
Ginecobstetricia	0.08
Hematología	0.01
Infectología	0.01
Medicina física y del deporte	0.08
Medicina física y rehabilitación	0.03
Medicina interna	0.15
Nefrología	0.02
Neumología	0.02
Neurología	0.08
Nutrición y dietética	0.10
Oftalmología	0.04
Oncología clínica	0.01
Optometría	0.02
Ortodoncia	0.01
Ortopedia y/o traumatología	0.15
Otorrinolaringología	0.03
Patología	0.01
Pediatría	0.43
Periodoncia	0.01
Psicología	0.01
Psiquiatría	0.03
Reumatología	0.01
Toxicología	0.01
Urología	0.03
Cirugía de mano	0.08
Cirugía de mama y tumores tejidos blandos	0.01
Cirugía dermatológica	0.01
Cirugía de tórax	0.01
Cirugía plástica y estética	0.08
Cirugía vascular	0.01
Cirugía oncológica	0.01
Dermatología oncológica	0.08
Electrofisiología, marcapasos y arritmias cardíaca	0.01
Ginecología oncológica	0.01
Nefrología pediátrica	0.03
Neurocirugía	0.09
Neuropediatría	0.03
Odontopediatría	0.03

Las IPS del municipio cuentan con 1.13 auxiliares de enfermería y 0.26 enfermeros profesionales con atención directa a los pacientes por cada cama censable que se tiene en el municipio, en todas las IPS de manera general se cuenta con más de una enfermera con atención directa por cada cama censable que tienen, de las IPS que tienen presencia en el municipio una cuenta con más 3 enfermeros con atención directa por cada cama censable, las demás tienen entre 1 y 1.7 enfermeros con atención directa por cada cama censable. (Ver gráfico 12)

Gráfica 12. Numero de enfermeros con atención directa a pacientes por camas censables. Rionegro 2014



6.1.2 Recursos Físicos

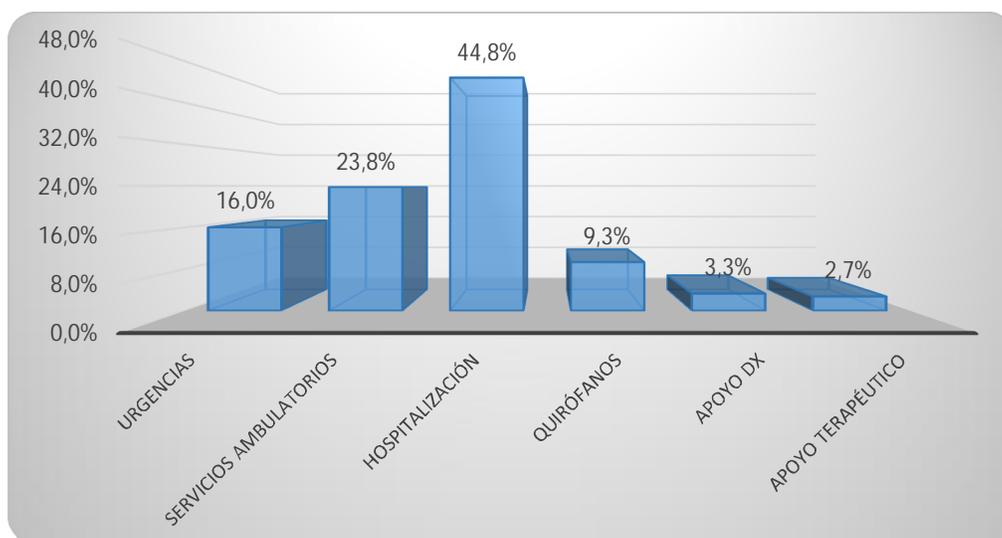
6.1.2.1 Hospitales

Para el año 2014 el municipio de Rionegro cuenta con 6 instituciones prestadoras de servicios de salud, dos públicas de carácter municipal (ESE Hospital San Juan de Dios, ESE Hospital Gilberto Mejía Mejía) y cuatro privadas (Clínica SOMER, SOMER Incare, SERVIUCIS y Centros Especializados San Vicente Fundación). Prestan servicios de Salud desde el nivel I hasta el nivel IV de complejidad, una de ellas presta servicios de nivel I de complejidad, dos prestan servicio de II y III nivel de complejidad, y tres prestan servicios de III y IV nivel de complejidad; en términos generales, el municipio cuenta con 5.1 hospitales por cada 100.000 habitantes.

6.1.2.2 Capacidad Instalada

Las instituciones disponen de un total de 8.9 consultorios en sus instalaciones por cada 1.000 habitantes los cuales se distribuyen de la siguiente manera: 44.8% corresponden al servicio de hospitalización; 23.8% servicios ambulatorios; 16% de urgencias; 9.3% de quirófanos; 3.3% de apoyo diagnóstico y 2.7% apoyo terapéutico. (Ver gráfica 13)

Gráfica 13. Porcentaje de capacidad instalada por unidad funcional en las IPS Rionegro 2014.



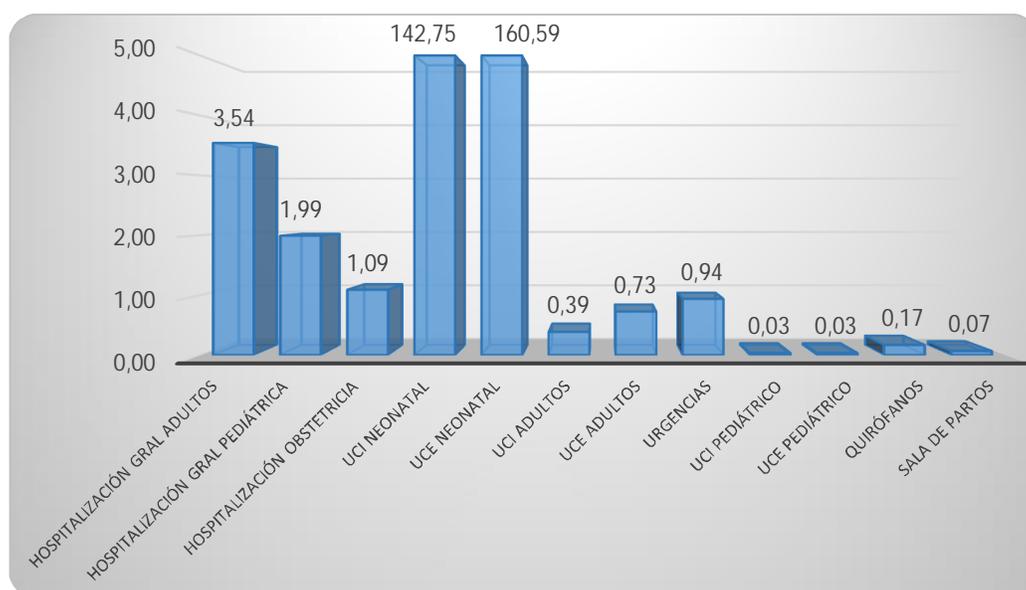
6.1.2.3 Camas por habitantes

En 2014, las instituciones de salud del municipio disponen de 665 camas de las cuales el 46.9% son de hospitalización adultos, el 16.7% a camas en el servicio de urgencias, 9.6% al servicio de UCE adultos, 9% hospitalización general pediátrica, 7.2% a camas en el servicio de obstetricia, UCI adultos 5.1%, 2.7% en el servicio de UCE neonatal, 2.4% en el servicio de UCI neonatal y con 0.2% los servicios de UCI y UCE pediátrico.

Para este año, el municipio dispone de 5.6 camas por cada 1.000 habitantes en las instituciones de salud, distribuidas de la siguiente manera: por cada 1.000 nacidos vivos se cuenta con 160.6 camas en UCE neonatal, por cada 1.000 nacidos vivos se cuenta con 142.7 camas en UCI neonatal, 3.54 camas en el servicio de hospitalización general adultos por cada 1.000 habitantes, 1.99 camas en el servicios de hospitalización pediátrica por cada 1.000 menores de 15 años, en el servicio de hospitalización obstétrica se cuenta con 1.1 camas por cada 1.000 mujeres entre 10 y 59 años, en el servicio de urgencias se cuenta con 0.94

camas por cada 1.000 habitantes, 0.73 camas en el servicio de UCE adultos por cada 1.000 habitantes, 0.39 camas por cada 1.000 habitantes en el servicio de UCI adultos, en los servicios de UCI y UCE pediátricos se cuenta con 0.03 camas por cada 1.000 menores de 15 años. Cabe anotar que además de los anteriores resultados se cuenta con 0.07 salas de parto por cada 1.000 mujeres en edad gestacional (10-59 años) y con 0.17 quirófanos por cada 1.000 habitantes. (Ver gráfica 14).

Gráfica 14. Capacidad instalada por cada 1.000 habitantes en los servicio de las IPS que operan en Rionegro 2014.



6.1.3 Recursos Físicos Por Sector

6.1.3.1 Hospitales

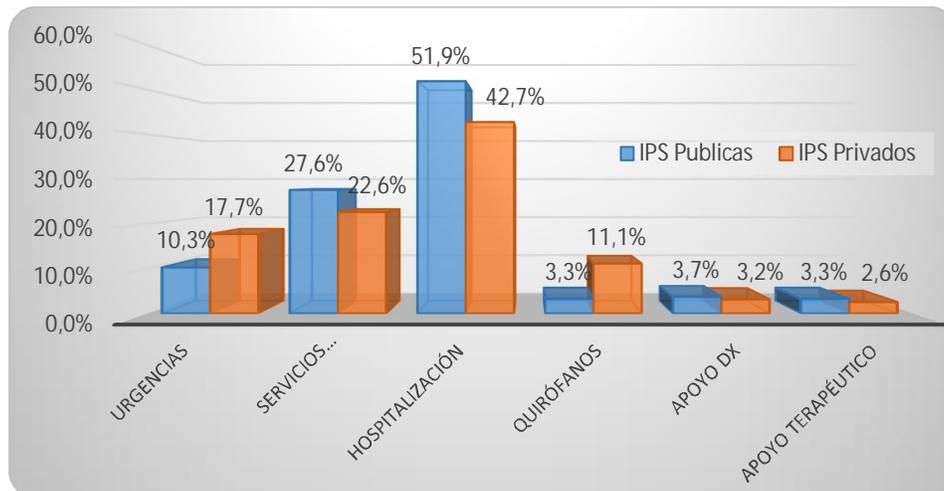
Para el año 2014 el municipio de Rionegro cuenta con 2 hospitales públicos de carácter municipal (ESE Hospital San Juan de Dios, ESE Hospital Gilberto Mejía Mejía). En términos generales, el sector público cuenta con 1.7 hospitales por cada 100.000 habitantes. El sector privado cuenta con 4 instituciones (Clínica SOMER, SOMER Incare, Serviucis y Centros Especializados San Vicente Fundación), en términos generales las IPS privadas cuentan con 3.4 hospitales por cada 100.000 habitantes.

6.1.3.2 Capacidad instalada hospitalaria por sector

Las instituciones públicas disponen de 2.1 consultorios en sus instalaciones por cada 1.000 habitantes los cuales se distribuyen de la siguiente manera: 51.9% corresponden al servicio de hospitalización; 27.6% servicios ambulatorios; 10.3% de urgencias; 3.7% de apoyo diagnóstico; 3.3% de quirófanos y con igual valor para apoyo terapéutico.

Las IPS privadas disponen de 6.9 consultorios en sus instalaciones por cada 1.000 habitantes los cuales se distribuyen de la siguiente manera: 42.7% corresponden al servicio de hospitalización; 22.6% servicios ambulatorios; 17.7% de urgencias; 11.1% de quirófanos; 3.2% apoyo diagnóstico y 2.6% apoyo terapéutico. (Ver gráfica 15)

Gráfica 15. Porcentaje de capacidad instalada por unidad funcional en IPS públicas y privadas. Rionegro 2014



6.1.3.3 Camas por cada 1.000 habitantes

En 2014, las instituciones públicas de salud disponen de 170 camas, de las cuales el 47.6% son de hospitalización adultos, el 25.9% a camas en el servicio de urgencias, 14.7% a camas en el servicio de obstetricia, 9.4% hospitalización general pediátrica y 2.4% en el servicio de UCE neonatal.

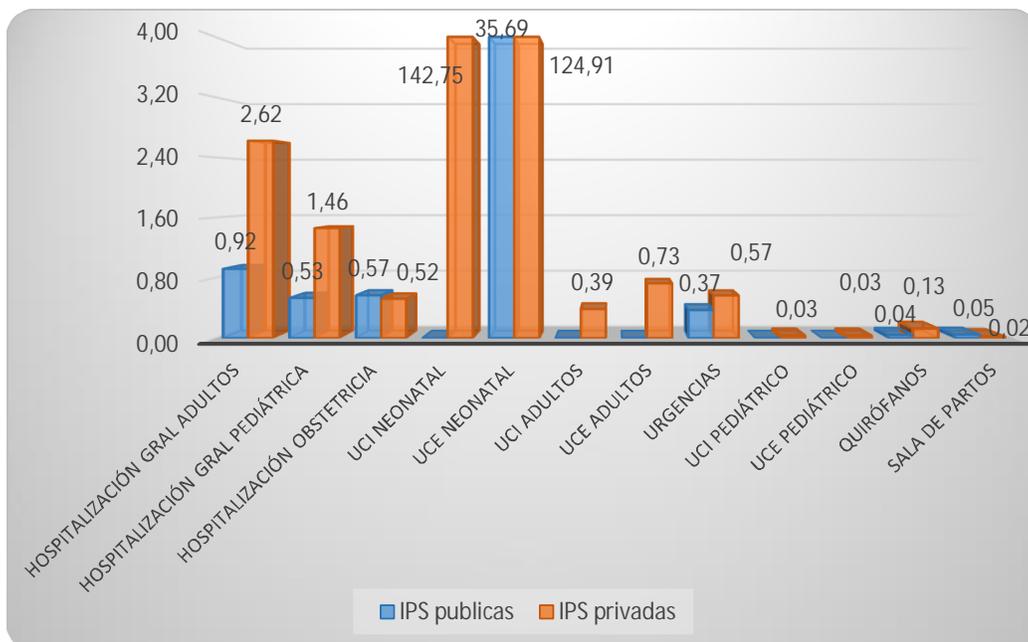
Para este año, el municipio dispone de 1.4 camas por cada 1.000 habitantes en las instituciones públicas de salud las cuales se distribuyen de la siguiente manera: por cada 1.000 nacidos vivos se cuenta con 35.7 camas en UCE neonatal, 0.9 camas en el servicio de hospitalización general adultos por cada 1.000 habitantes, en el servicio de hospitalización obstétrica se cuenta con 0.57

camas por cada 1.000 mujeres, 0.53 camas en el servicios de hospitalización pediátrica por cada 1.000 menores de 15 años, en el servicio de urgencias se cuenta con 0.37 por cada 1.000 habitantes. Cabe anotar que además de los anteriores resultados se cuenta con 0.05 salas de parto por cada 1.000 mujeres en edad gestacional (10-59 años) y con 0.04 quirófanos por cada 1.000 habitantes.

Las IPS privadas disponen de 495 camas de las cuales el 46.7% son de hospitalización adultos, el 12.9% de las camas se encuentran en el servicios de UCE Adultos, el 13.5% a camas en el servicio de urgencias, 8.9% hospitalización general pediátrica, 6.9% en el servicio de UCI adultos, 4.6% a camas en el servicio de obstetricia, 3.2% en el servicio de UCI neonatal, 2.8% en el servicio de UCE neonatal y el 0.2% en los servicios de UCI y UCE pediátrico.

Las IPS disponen de 4.1 camas por cada 1.000 habitantes en las instituciones públicas de salud, distribuidas de la siguiente manera: por cada 1.000 nacidos vivos se cuenta con 142.7 camas en UCI neonatal y 124.9 camas en el servicio de UCE neonatal, 2.62 camas en el servicio de hospitalización general adultos por cada 1.000 habitantes, 1.46 camas en el servicio de hospitalización pediátrica por cada 1.000 menores de 15 años, en UCE adultos se cuenta con 0.73 camas por cada 1.000 habitantes, en el servicio de hospitalización obstétrica se cuenta con 0.52 camas por cada 1.000 mujeres con edad entre 10 y 59 años, en el servicio de urgencias se cuenta con 0.57 camas por cada 1.000 habitantes, se cuenta con 0.39 camas en el servicio de UCI adultos por cada 1.000 habitantes, en los servicios de UCI y UCE pediátrico se cuenta con 0.2 camas por cada 1.000 habitantes menores de 15 años. Cabe anotar que además de los anteriores resultados, se cuenta con 0.02 salas de parto por cada 1.000 mujeres en edad gestacional (10-59 años) y con 0.13 quirófanos por cada 1.000 habitantes. (Ver gráfica 16)

Gráfica 16. Capacidad instalada por cada 1.000 habitantes en los servicio de las IPS públicas y privadas que operan en Rionegro 2014.

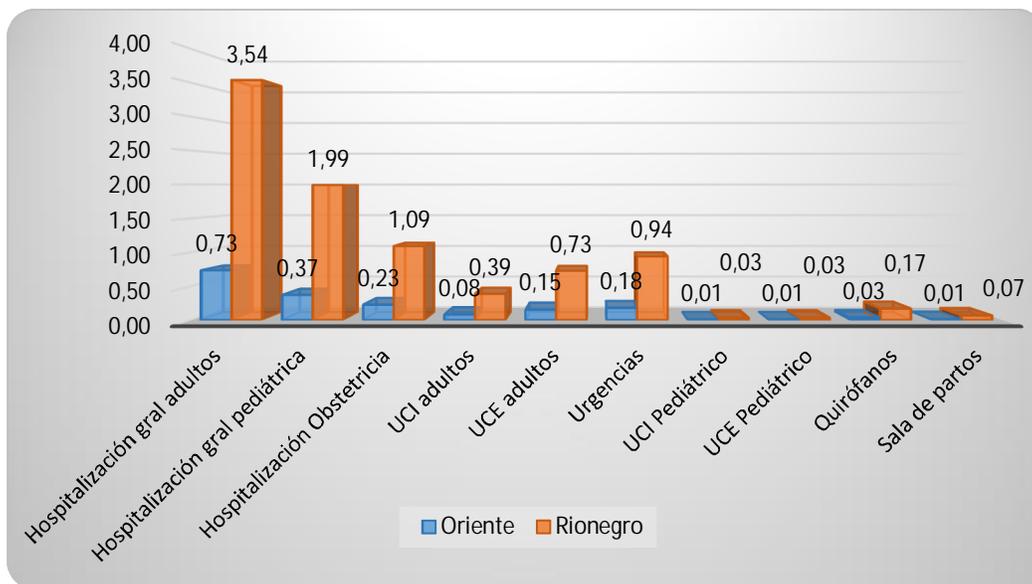


Además es importante mencionar que las IPS públicas del municipio no cuentan con servicios de UCI neonatal, UCI adultos, UCE adultos, UCI pediátrico, ni UCE pediátrico.

Rionegro es receptor de usuarios de diferentes municipios del Oriente Antioqueño y otros de diferentes regiones del país, esto dada la disponibilidad de red hospitalaria con que cuenta en los diferentes niveles de complejidad, por esta razón se procede a realizar el análisis del número de camas por cada mil habitantes que se tiene en las IPS de II, III y IV nivel de complejidad tomando como referencia la población de los municipios del Oriente Antioqueño de acuerdo a las proyecciones DANE para el año 2014, observándose una disminución altamente significativa en los resultados, tanto que en ninguno de los servicios el número de camas por cada 1.000 habitantes alcanza a ser 1. (Ver gráfica 17).

De manera general el municipio de Rionegro cuenta con una disponibilidad de 5.3 camas por cada 10.000 habitantes en las IPS de II, III y IV nivel de complejidad, mientras que calculando la razón del número de camas por cada 10.000 habitantes con el total de la población del Oriente Antioqueño es 1.1.

Gráfica 17. Comparación número de camas por cada 10.000 habitantes del Oriente Antioqueño versus habitantes del municipio de Rionegro 2014.



6.2 Comparación

6.2.1 Diferencias y Capacidad Instalada

Las camas hospitalarias se refiere a la cantidad de camas disponibles para internaciones en hospitales públicos, privados, generales y especializados, y centros de rehabilitación. En la mayoría de los casos se incluyen tanto las camas para atención de pacientes agudos como las camas para atención de enfermos crónicos⁽²²⁾.

La disponibilidad de camas hospitalarias en los sistemas de salud del mundo varía considerablemente, en parte debido a la manera de conceptualizar lo que es una cama hospitalaria.

De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2007 la Federación Rusa dispone de 9.7 camas por 1,000 habitantes; Austria 7.7; Francia 7.5; Bélgica 5.3; Italia 4; Dinamarca 3.8, y España 3.5 camas⁽¹⁵⁾.

En el año 2012 en América, se registran casos como los de Cuba, que dispone de la mayor cantidad de camas censables por cada 1.000 habitantes con 5.3, mientras que Argentina cuenta con 4.7; Estados Unidos con 2.9; Uruguay con 2.5;

Brasil con 2.3; Chile con 2.1; Ecuador con 1.6; Perú con 1.5; Colombia con 1.5; Paraguay 1.3; Bolivia con 1.1, y Venezuela con 0.9 camas censables⁽²²⁾.

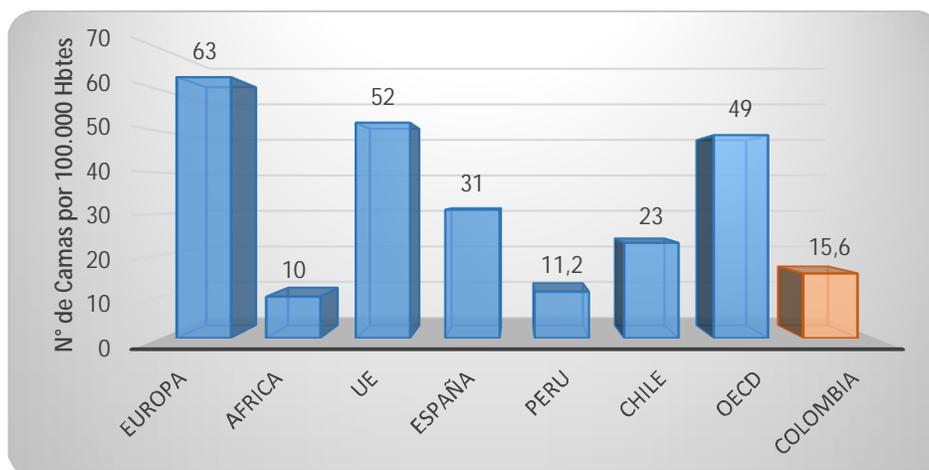
6.2.2 Capacidad Instalada en Colombia vs Sistemas de Salud Internacionales

Entre los países, regiones y organizaciones a nivel mundial se encuentran grandes diferencias acerca de la capacidad instalada tanto física como humana en los Sistemas de Salud, Colombia no es ajena al respecto y de igual manera presenta grandes diferencias en su capacidad instalada.

En cuando al número de camas por cada 100.000 habitantes solo se encuentra por encima de regiones como África, y países como Perú, de manera contraria se encuentra en Latinoamérica por debajo de la capacidad instalada de Chile y de regiones como Europa, organizaciones como la UE y la OECD y de países como España que es uno de los países que cuenta con un menor número de camas en la UE.

Las diferencias que se presentan con Perú y África son poco significativas, mientras que las que se tienen con respecto a los demás países y grupos si son bastante significativas, siendo la de Chile la menos amplia. Mientras Colombia cuenta con 1 cama instalada, Chile cuenta con 1.5 camas instaladas, otras diferencias alcanzan a ser más amplias, Europa cuenta con 4 camas, en los demás países y organizaciones el número de camas son superiores a las de Chile e inferiores a las de Europa.

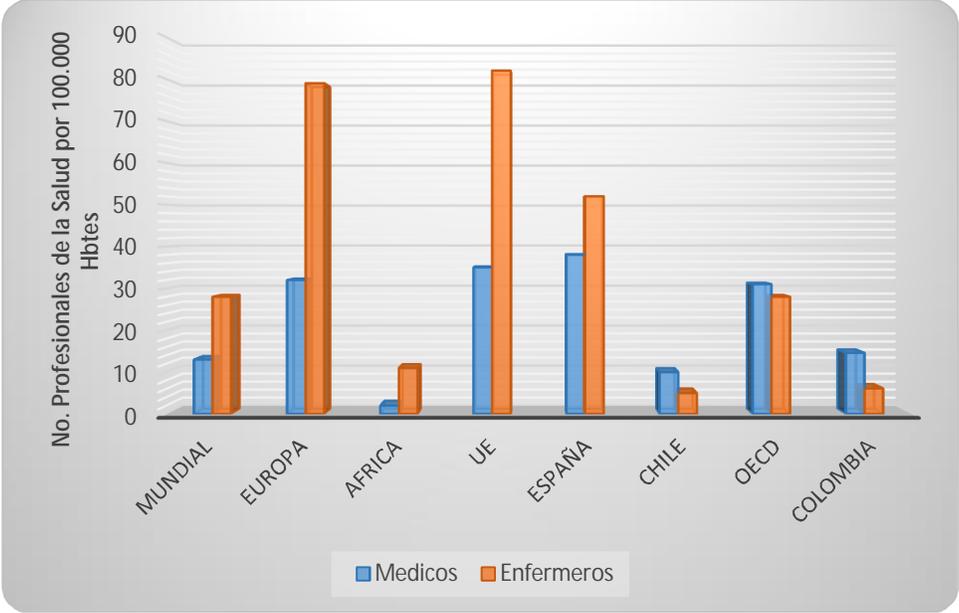
Gráfica 18. Número de camas por cada 100.000 habitantes en diferentes sistemas de Salud. Rionegro 2014



Si bien Chile cuenta con un mayor número de camas instaladas que Colombia, el recurso humano no tiene el mismo comportamiento. Colombia supera la región del África y el país de Chile en el número de médicos, además supera el número de médicos que se tienen a nivel mundial sin ser una diferencia significativa. Por cada médico que hay en Chile, en Colombia hay 1.5 médicos, y con respecto a la región de África por cada médico que ellos tienen Colombia cuenta con 7.3 y por cada médico que se tiene a nivel mundial en Colombia se cuenta con 1.1. Respecto a las demás organizaciones, países y regiones el número de médicos en el país es inferior, en promedio ellos cuentan con 2.3 médicos por cada médico que hay en Colombia. (Ver gráfica 19)

Teniendo en cuenta que Colombia es el segundo país que cuenta con un menor número de enfermeros después de Chile, la relación médico - enfermeros en Colombia tiene un comportamiento diferente al presentado en Europa, África, la UE y España, en estos lugares se cuenta con más enfermeros que médicos, mientras en la OECD, Chile y Colombia se cuenta con más médicos que enfermeros.

Gráfica 19. Número de profesionales de la salud por cada 100.000 habitantes en diferentes sistemas de Salud. Rionegro 2014



Para lo anterior cabe aclarar que para el país de Perú no se obtuvo información acerca del recurso humano en salud con que cuenta, por lo que no fue mencionado en ninguno de los comparativos realizados.

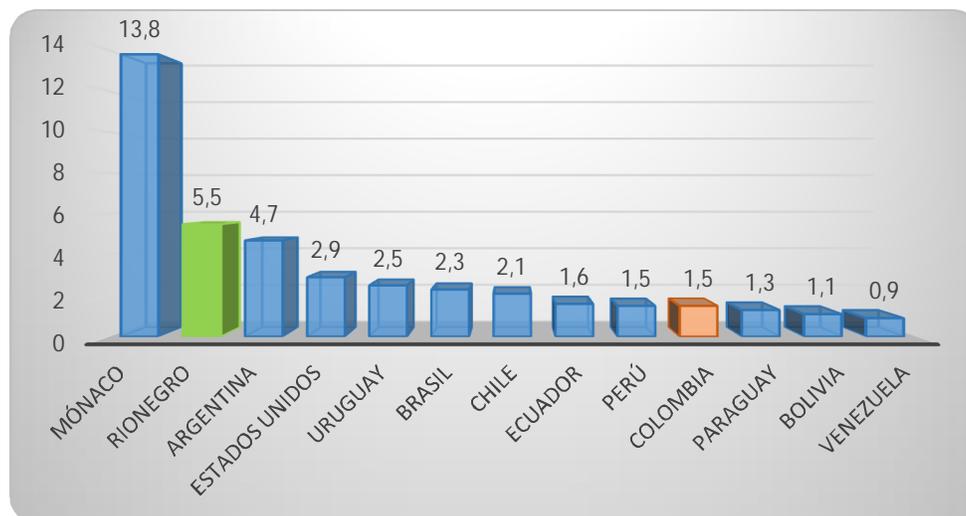
Si bien la bibliografía es clara en que no existen estándares en cuanto al número mínimo de personal de salud con que se debe contar por cada 100.000 habitantes, si se observan apreciaciones de la OMS en las cuales se menciona que para alcanzar amplias coberturas en la prestación de servicios a la población y cumplir con los objetivos del milenio, se debe contar con 25 profesionales de la salud por cada 100.000 habitantes. Al respecto se observa que Colombia no cuenta con este número de profesionales entre médicos y enfermeros, en total se alcanza a tener 20 profesionales de la salud por cada 100.000 habitantes.

Si bien Colombia no alcanza el umbral del cual habla la OMS, también se encuentra muy por debajo de la OECD y la UE las cuales cuentan con 59 y 117 profesionales de la salud por cada 100.000 habitantes respectivamente, la región de Europa cuenta con 111 profesionales de la salud por cada 100.000 habitantes, España cuenta con 90 profesionales de la salud por cada 100.000 habitantes. Chile y la región de África, al igual que Colombia, no alcanzan dicho umbral puesto que Chile cuenta con 15 y África cuenta con 13 profesionales de la Salud por cada 100.000 habitantes.

6.2.3 Capacidad Instalada Rionegro - Antioquia Vs Sistemas de Salud Internacionales

Para este año en Rionegro se dispone de 5.6 camas por cada 10.000 habitantes, de las cuales 1.4 se encuentran en instituciones públicas y 4.2 en instituciones privadas, con estas cifras el municipio se sitúa por encima de todos los países Americanos (Ver gráfica 20)

Gráfica 20. Comparativo camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes. Rionegro 2014



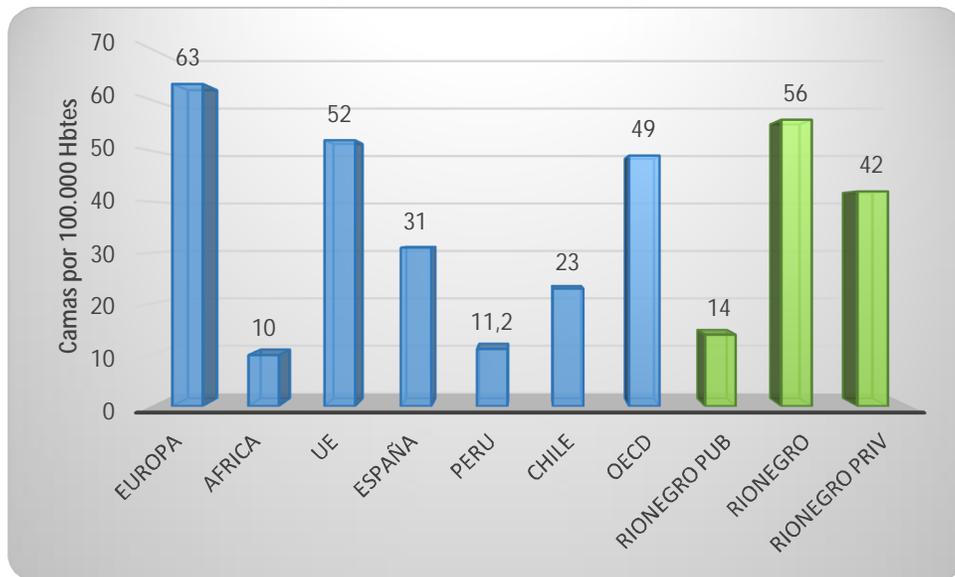
Rionegro cuenta de manera general con una buena capacidad instalada en cuanto al número de camas y el recurso humano médico por cada 100.000 habitantes.

En cuanto al número de camas por cada 100.000 habitantes se observa que el municipio cuenta con 56, estando únicamente por debajo del número de camas instaladas en la región de Europa donde ascienden a 63 por cada 100.000 habitantes. Con respecto a las organizaciones, regiones y países se tienen diferencias en algunos casos significativas, las diferencias más amplias se dan con África, Perú y Chile donde por cada cama con que ellos cuentan Rionegro tiene 5.6, 5 y 2.4 camas respectivamente. Con la UE, la OECD y España las diferencias no son tan notorias siendo mayor aun el número de camas en el municipio.

Lo expuesto en capítulos anteriores aclaraba que los datos tomados de los sistemas de Salud internacionales para el cálculo de la capacidad instalada, tanto en recurso humano como físico, en la mayoría solo corresponden a información de instituciones públicas.

De acuerdo a lo anterior encontramos que el número de camas instaladas del sector público de Rionegro es bajo con relación a los sistemas de salud internacionales, el municipio se cuenta con 14 camas instaladas por cada 100.000 habitantes teniendo el tercer menor número de camas después de África y Perú, para los demás casos por cada cama instalada con que cuenta el municipio Europa tiene 4.5, la UE 3.7, España 2.2, Chile 1.6 y la OECD 3.5.

Gráfica 21. Número de camas por cada 100.000 habitantes. Rionegro 2014

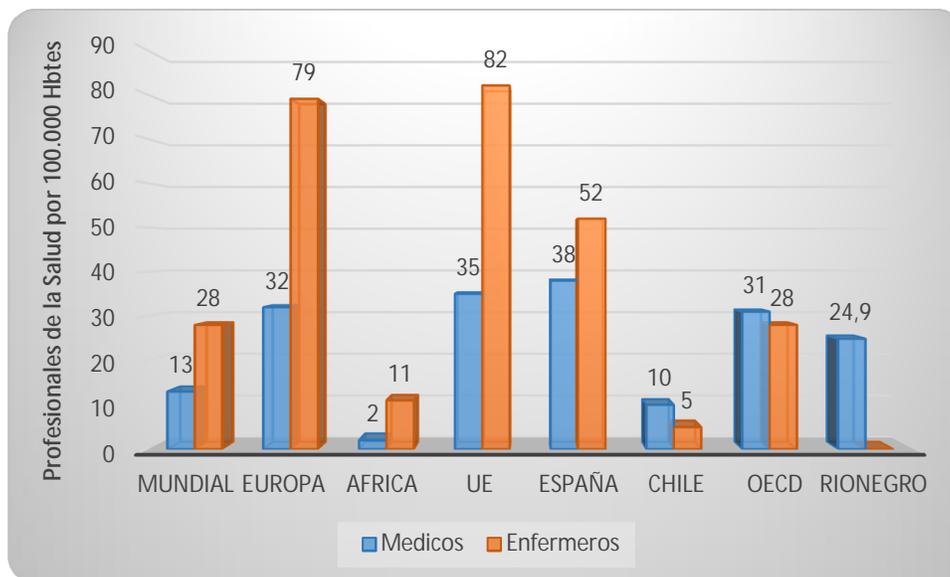


Para el caso de la capacidad instalada del recurso humano es de aclarar que no se tiene el número exacto del personal médico en Rionegro, ya que estos rotan de manera permanente por las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio y de otros municipios lo que puede generar un sub-registro en la información.

De igual manera con la información registrada que se tiene se observa que el municipio cuenta con 24.9 médicos por cada 100.000 habitantes, siendo este número de médicos superior a los que se tienen a nivel mundial, con los que se cuentan en África y los que tiene Chile, pero son inferiores al número de médicos con que cuentan en Europa, la UE, España y la OECD.

Mientras en el municipio se cuenta con un médico, en Europa cuentan con 1.2, en la UE con 1.4, España 1.5 y la OECD con 1.2, sin observarse diferencias altamente significativas. De manera contraria mientras Rionegro cuenta con un médico, a nivel mundial se cuenta con 0.5, en África con 0.08 y en Chile 0.4.

Gráfica 22. Profesionales de la Salud por cada 100.000 habitantes Rionegro 2014



De acuerdo a lo mencionado por la OMS, en cuanto al número de profesionales con que se deben contar por cada 100.000 habitantes con el fin de garantizar una alta cobertura en el acceso a los servicios para la población y el cumplimiento de los objetivos del milenio, de acuerdo a la información con que se cuenta Rionegro cumple con este requisito, aclarando que no se cuentan con estándares mínimos de capacidad instalada física, ni humana.

6.2.4 Capacidad Instalada Rionegro - Antioquia Vs Colombia

De manera general la capacidad instalada en el número de camas con que cuenta el municipio es significativamente superior a la que se tiene a nivel nacional, el municipio cuenta con 3.6 camas por cada cama que se tiene a nivel nacional. En la comparación realizada en el párrafo anterior, en el cual se ve una amplia diferencia a nivel municipal, se están tomando el número de camas en el sector público y privado.

La variación de la capacidad instalada total municipal con relación a la capacidad instalada del municipio de Rionegro en el sector público es notoria, lo que muestra que el comportamiento municipio . país es muy similar en cuanto al número de camas, en cuanto al recurso humano se observa que hay un mayor número de profesionales de la salud en el municipio.

A nivel nacional se cuenta con 1.1 camas por cada cama instalada que se tiene en el municipio, sin ser ésta una diferencia amplia se observa una diferencia notoria con los resultados anteriormente expresados. El recurso humano con que se cuenta muestra de manera contraria que por cada médico que se tiene a nivel nacional el municipio cuenta con un 1.7 médicos.

6.2.5 Municipio Vs departamento y país por servicio

Se encontró que el municipio cuenta con un número superior de camas por cada 1.000 habitantes en siete de los servicios, comparado al número de camas por la misma cantidad de habitantes con los que cuenta el departamento. De UCI pediátricos se encontró que el departamento y el municipio cuentan con el mismo número de camas por cada 1.000 habitantes.

Con relación a las diferencias entre el municipio y el total nacional se tiene que en seis de los casos el municipio cuenta con más camas por cada 1.000 habitantes. En el caso de UCE pediátrico se observa una igualdad en el número de camas por cada 1.000 habitantes, y en el caso de UCI pediátrico se tiene que es superior el número de camas por cada 1.000 habitantes a nivel nacional con relación a las camas con que cuenta el municipio. (Ver tabla 12)

Tabla 12. Comparación del número de camas por cada 1.000 en los diferentes servicios de las instituciones a nivel nacional, departamental y municipal Rionegro 2014

Camas por servicio	Antioquia	Colombia	Rionegro	Diferencia	
Camas por 1.000 habitantes	1.32	1.45	5.5	↑	↑
Camas Pediátricas	0.80	0.82	1.99	↑	↑
Camas Adultos	0.90	0.98	3.54	↑	↑
Camas Obstetricia	0.51	0.52	1.09	↑	↑
UCE pediátrico	0.02	0.03	0.03	↑	—
UCI pediátrico	0.03	0.05	0.03	—	↓
UCE adultos	0.06	0.05	0.73	↑	↑
UCI adultos	0.08	0.09	0.39	↑	↑

Fuente: DANE-Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas⁽²³⁾

7 DISCUSIÓN

La capacidad instalada se refiere a la disponibilidad de infraestructura necesaria para producir determinados bienes o servicios. Su magnitud es una función directa de la cantidad de producción que puede suministrarse.

En todo sistema de producción o de prestación de servicios se requiere de una dotación de recurso físico, humano, tecnológico, etc. Para poder procesar la materia prima e insumos relacionados hasta transformarla en servicios prestados⁽⁴⁾.

La amplia red de servicios de salud con que cuenta el municipio de Rionegro lo ha convertido en receptor de la población del Oriente Antioqueño y otras regiones, lo que ha generado que la población del municipio en algunas ocasiones tenga dificultades para acceder a los servicios que requiere y deba desplazarse a IPS del área metropolitana.

En el municipio de Rionegro no se conocen estudios previos acerca de la capacidad instalada de servicios de salud, por lo que no se pudieron comparar los resultados, e identificar los cambios que se hayan presentado en el transcurrir del tiempo, para la garantía de la atención a la población de una manera oportuna y con calidad.

Este estudio sirvió para conocer el estado real de la capacidad instalada en servicios de salud con que cuenta Rionegro, para la garantía de los servicios de salud que requiera la población, y permitió tener otra visión para la toma de decisiones de acuerdo a los hallazgos obtenidos.

De acuerdo al Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, la salud es un servicio público a cargo del Estado, quien garantiza, organiza, dirige y reglamenta la prestación de servicios de salud a los habitantes⁽²⁴⁾.

Los servicios de salud se organizan de forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La descentralización convirtió los hospitales públicos en entidades autónomas patrimonial y administrativamente, dirigidas por gerentes con mayor estabilidad y mejor formación gerencial e incentivados hacia un mejor desempeño.

Los niveles de atención clasifican la responsabilidad de la atención en salud de la siguiente manera: en el primer nivel de atención, en el marco de la atención primaria se puede resolver un 80% de los problemas en salud de la población, de este nivel de atención son responsables Médico general, personal auxiliar, paramédico y otros profesionales de la salud no especializados; en el segundo

nivel de atención se da la atención ambulatoria especializada definida como atención brindada por un profesional de la medicina, especialista en una o más de las disciplinas de esta ciencia; en el tercer nivel la atención es brindada por supraespecialistas (cardiólogo, neumólogo, reumatólogo, otorrinolaringólogo, oftalmólogo) y ayudas diagnósticas superespecializados; en el cuarto nivel son tratadas las enfermedades consideradas catastróficas, alta complejidad o alto costo⁽²⁵⁾.

La participación comunitaria es la tarea en que los diversos sectores, las organizaciones formales e informales y la comunidad en general, participan activamente tomando decisiones, asumiendo responsabilidades específicas y fomentando la creación de nuevos vínculos de colaboración en favor de su salud y de unas condiciones de vida digna.

En este orden de ideas el municipio cuenta con 2 hospitales públicos municipales, uno que presta servicios de primer nivel y otro de segundo nivel. Y en el sector privado hay 4 instituciones, que prestan servicios de segundo, tercero y cuarto nivel. Tanto las instituciones públicas como privadas atienden a la población del municipio, del Oriente Antioqueño y de otras regiones.

En la capacidad instalada en los diferentes centros de salud referenciados se cuenta con un buen número de camas, consultorios y enfermeros asistenciales, con los cuales se garantiza la prestación de servicios de salud requeridos por la población, siendo la capacidad instalada superior en las instituciones privadas.

Al clasificar las camas y los consultorios por servicio se encontraron diferencias entre las instituciones de Rionegro, en algunos es mínima la capacidad instalada ocasionando demoras y colapsos en la prestación de servicios, además de generar un desplazamiento de la población a puntos de atención por fuera del municipio.

A pesar de que no se cuenta con estándares establecidos del número de camas necesarias por número de habitantes, ni se conocen estudios previos realizados en el municipio con los cuales se puedan comparar los resultados encontrados, se realizó una comparación de la capacidad instalada municipal con la nacional y con algunos países.

Con este comparativo se encontró que la capacidad instalada del municipio es buena si se tiene como punto de referencia solo su población, pero se considera

baja al momento de tener en cuenta que es un municipio de referencia para la población del Oriente Antioqueño, lo que genera una disminución a una quinta parte en la capacidad instalada física por número de habitantes.

En el comparativo realizado de la capacidad instalada del municipio con la de otros sistemas de salud del mundo, los cuales varían considerablemente y pueden ser utilizados como punto de referencia, se encontró que hay países que cuentan con una mayor disponibilidad de camas por número de habitantes, siendo estos en su mayoría Europeos. Respecto a países africanos y latinos como el caso de Bolivia, Paraguay y Venezuela se observó que la capacidad instalada del municipio es superior.

En los resultados de la capacidad instalada de camas por habitantes con que cuenta el municipio respecto a la cifra de los países Europeos se observa una diferencia así: el municipio tiene una cama por cada 1.2 camas que se tienen en Europa, en la gran mayoría de los casos. Hasta este punto se puede decir que la capacidad instalada es buena para la población que tiene el municipio, pero también debemos observar que por ser un municipio receptor de población del Oriente Antioqueño, que demanda servicio en la red municipal, se ve afectado y disminuye la capacidad instalada a una quinta parte, pasando de contar con 56 camas por cada 100.000 habitantes a tener 11 camas por la misma cantidad de población.

De esta manera la diferencia entre la capacidad instalada municipal e internacional se amplía, quedando que por cada cama que tiene el municipio Europa cuenta con 5.7; se puede deducir así que el número de camas por habitantes es insuficiente con relación a la que se tiene en Europa.

Colombia cuenta con 15 camas por cada 100.000 habitantes¹², comparado con otros sistemas de salud encontramos que solo supera los países africanos y a Perú, pues cuenta en promedio con 1.56 camas por cada cama que los mencionados tienen. Respecto a países como Chile, Colombia se encuentra por debajo de la capacidad instalada, ellos tienen 1.4 camas por cada una que tiene el país.

Las cifras colombianas también se encuentran por debajo de España, contando con 0.5 camas por cada cama con que cuenta el país Europeo, que es el de menor capacidad instalada en Europa. Y según la organización para la cooperación y el desarrollo económico (OECD), la Unión Europea (UE), la

diferencia en cuanto al número de camas por cada 100.000 habitantes es amplia contando con una cuarta parte de la capacidad instalada de estas organizaciones.

Referente a la capacidad instalada con que se cuenta a nivel nacional por habitantes con respecto a la capacidad instalada municipal, el municipio cuenta con un número mayor de camas por habitantes, por lo que se convierte en referencia para la población del Oriente Antioqueño y de otras regiones, donde no se cuenta con una red de servicios suficiente para la población, generando de esta manera que la disponibilidad disminuya y sea insuficiente para la garantía de servicios oportunos y con calidad a la población que lo requiera.

También se observa que el municipio cuenta con un número mayor de camas por habitantes que las que tiene el departamento, el cual cuenta con una capacidad instalada aun inferior a la que se tiene a nivel nacional. Como se mencionó anteriormente la poca capacidad instalada del departamento genera un desplazamiento desde regiones donde esta no es suficiente para garantizar la prestación de los servicios a la población o no contar con los servicios requeridos por la misma, esto dado que la disponibilidad física y los servicios de especialistas se encuentran concentrados en el área metropolitana y en los municipios de referencia de cada una de las regiones del departamento, como es el caso de Rionegro en el Oriente Antioqueño.

En cuanto al personal de enfermería el municipio se encuentra entre los estándares establecidos, donde el número de enfermeros que presten servicios de salud deben ser proporcionales al número de camas hospitalarias, entre 1 y 3 por cada cama censable³. Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) del municipio tienen en promedio 1.6 enfermeros por cama hospitalaria; por un lado la IPS que cuenta con menos enfermeros tiene 1.1, y al contrario la demás tiene 3.4, cumpliendo en todos los casos con los estándares establecidos.

Pasando ya a los totales, el número de enfermeros (7,8) que tiene el municipio por cada 1.000 habitantes es superior al número de enfermeros con los que contaba México (2.6) para el año 2012; sin embargo, este número sigue siendo inferior al promedio de la OCDE (8.8)⁽²⁶⁾.

Se observó que el número de enfermeros con que cuenta la UE (8.2) es similar al del municipio⁽⁸⁾. Es de anotar que en algunos de los países miembros se observa un número superior de enfermeros por cada 1.000 habitantes, como son Dinamarca, Irlanda, entre otros que tienen entre 13 y 15 enfermeros por cada 1.000 habitantes, pero también hay países que cuentan con un número inferior al

promedio de la UE y al número de enfermeros con que cuenta el municipio, como es el caso de España que cuenta con 5.2 enfermeros por cada mil habitantes⁽⁸⁾.

El número de camas por habitantes, el número de médicos o enfermeros, el número de aparatos tecnológicos y el número de hospitales son datos e indicadores que en realidad muestran la situación en cuanto a capacidad instalada de determinada población, estos estudios generan muchas necesidades y amplios cuestionamientos en cuanto si el estado de salud de la población realmente depende de los recursos físicos, humanos o tecnológicos para garantizar la prestación de servicios a la población.

Los números hacen evidente que el municipio cuenta con una capacidad superior a la de algunos países potencia de Europa en cuanto a número de camas y enfermeros asistenciales, lo que permitió analizar que estos necesitan incrementar su capacidad, ya que sus sistemas son claramente deficitarios y están por debajo también de la media de la UE; sin embargo si se hace un análisis de la situación de salud de la población de estos países comparada con la situación de salud de los habitantes de Rionegro, también vamos a encontrar diferencias en el perfil epidemiológico poblacional como es el caso de España que tiene una esperanza de vida de 82.5 años, y otros países como Reino unido, Suecia, Italia, Portugal y Dinamarca con un rango de vida en los 80 años, mientras en Rionegro es de 74.4 años, a pesar de contar con un número superior de camas y enfermeros asistenciales.

Los servicios demandados en las IPS del municipio están divididos así: según la complejidad de las primeras diez causas de consulta por parte de la población, se observa que un 70% de las enfermedades no son infectocontagiosas y pueden ser tratadas en una institución de primer nivel de atención, además se puede indicar que aún se continua cumpliendo con lo establecido en la resolución 5261 de 1994 y el CONPES 3204, donde se expresa que el primer nivel de atención puede resolver un 80% de los problemas de salud de la población⁽²⁷⁾⁽²⁵⁾.

Además se observa que 7 de las 10 primeras causas de muerte que se presentan en el municipio también se encuentran ubicadas entre las primeras causas de mortalidad a nivel mundial. Las enfermedades no transmisibles causaron más de 68% de las muertes en el mundo durante el año 2012⁽¹³⁾, mientras que en el municipio las enfermedades no transmisibles causaron el 90% de las muertes.

Determinar cuántas personas mueren cada año y por qué han fallecido es uno de los medios más importantes, como también lo es identificar de qué manera las distintas enfermedades y traumatismos afectan a las condiciones de vida de la

población, disponer de esas cifras ayuda a evaluar la eficacia del sistema de salud de las autoridades sanitarias locales, regionales y nacionales, además de identificar si sus medidas de salud pública están correctamente direccionadas.

Cabe anotar que países como España, Reino unido, Suecia, Italia, Portugal y Dinamarca cuentan con un sistema de salud diferente al colombiano, lo que hace plantear e instaurar nuevamente la inquietud, si solo la capacidad instalada es un factor influyente en el estado de salud de la población.

Los tipos de sistemas de salud que tienen el municipio, los países de la UE y Norteamérica generan diferencias en cuanto a la capacidad instalada física, tecnológica y humana, ya que en algunos casos el acceso a los servicios de salud depende de la capacidad individual de pago (los sistemas de libre mercado), en otros los sistemas nacionales de salud son los que dan un razonamiento mediante listas de espera y tienen una puerta de entrada dada por la atención primaria; para el caso del municipio de Rionegro y a nivel nacional se cuenta con un sistema de seguridad social al cual se accede de manera subsidiada y por medio de vinculación laboral.

Se puede considerar que dados los diferentes sistemas de salud que hay entre países, las capacidades instaladas con que cuentan no deberían ser comparadas, pues el modo de operar, el perfil de salud de la población y las necesidades de los mismos son diferentes, lo que genera insuficiencias que se deben suplir de acuerdo a las características de cada población. Estas diferencias son el reflejo de las características asumidas por cada uno de los sistemas.

Tras observar los datos, indicadores y el perfil epidemiológico de la población del municipio no se pudo determinar la existencia de un déficit en el número de camas, de enfermeros o de médicos, que genere una preocupación en cuanto a la garantía de servicios a la población oportunos y de calidad. Lo anterior no quiere decir que no deba existir una preocupación por el sistema de salud, por el contrario se debe generar un estudio, análisis y debates detallados en esos aspectos, donde se tome el número de camas, de médicos y de enfermeros con que cuenta el municipio por habitantes, pero también variables que midan resultados relacionados con el desempeño en la prestación de servicios del sistema de salud.

Si bien a nivel nacional se evidencia una falencia en los sistemas de información con que se cuenta, la calidad del dato y la oportunidad del mismo, también se observa que se ha avanzado en la solución de estos inconvenientes, y además se

debe tener en cuenta que para lo anterior se tienen sistemas de información desarrollados o que se van desarrollando según las necesidades, con la capacidad para medir resultados en salud cada vez mayores, tanto en tecnología como metodológicamente; poco a poco se debe ir avanzando a aspectos que de manera coyuntural puedan verse relacionados, y que midan la calidad y la capacidad del sistema⁽⁸⁾.

Si bien es importante conocer los datos de la capacidad instalada, también será necesario conocer los servicios que se prestan en el municipio y las actividades para lo que es requerida la capacidad instalada física, humana y tecnológica.

Los resultados encontrados contribuyen a identificar la necesidad de buscar opciones que permitan garantizar servicios oportunos y de calidad a la población de Rionegro y de los municipios aledaños, se puede plantear que se deben planificar los recursos con base en la población usuaria, conociendo las frecuencias e intensidades de uso, y tratando de corregir las posibles deficiencias de acceso, ya que no se tienen estándares de referencia para los indicadores de disponibilidad.

8 CONCLUSIONES

Con la información recolectada y tabulada de las diferentes IPS públicas y privadas del municipio, de acuerdo a la necesidad creada para la elaboración del presente trabajo, se evidenciaron diferentes resultados.

Con la información, los resultados y el comparativo realizado se pudo determinar que la capacidad instalada es suficiente para la población del municipio, teniendo como base la capacidad con que cuentan otros países, pero además se evidenció la disminución sustancial de la capacidad en la red de servicios cuando se cuenta con la población del Oriente Antioqueño, lo que genera una insuficiencia en la misma, terminando así con una serie de cuestionamientos que se recomienda sean tenidos en cuenta en otros estudios a realizar.

- El municipio en su capacidad instalada cuenta con un buen número de camas por habitantes, estando por encima de la capacidad instalada nacional y departamental, incluso por encima de algunos países latinoamericanos y africanos.
- El número de enfermeros asistenciales por número de camas cumple con el estándar establecido. Y en referencia al número de enfermeros por número de habitantes cuenta con un número semejante al de la OCDE, por encima de países europeos como España.
- Pese a no contar con estándares establecidos en cuanto al número de camas que se deben tener por número de habitantes, se observa que la capacidad instalada física y humana es suficiente para la garantía de los servicios a la población del municipio.
- Si bien la capacidad instalada física y humana es suficiente para la garantía de los servicios de salud a la población del municipio, es importante tener como referencia la población de los municipios del Oriente Antioqueño y de otras regiones que demandan servicios en la red municipal, haciendo que tanto el número de camas y de enfermeros por habitantes disminuyan de manera notoria y que estos indicadores se encuentren por debajo de las medias internacionales; además en algunos casos por debajo de las medias nacionales, teniendo una insuficiencia en la capacidad instalada de los servicios de salud del municipio para la garantía de los servicios de salud a la población que los demande.
- Los resultados encontrados son importantes para el municipio ya que no se conocía la disponibilidad de la capacidad instalada con la que cuenta en la

red de servicios pública y privada para la garantía de servicios a la población, ni cuál era la situación de esta con referencia a otras tanto nacionales como internacionales; y aunque se realizó un comparativo con la capacidad instalada de otros países es importante tener en cuenta para futuros estudios que se realicen aspectos como el sistema de salud con que se cuenta, el perfil epidemiológico y las necesidades de la población, entre otras variables que sean influyentes para determinar si es o no suficiente la red de servicios y el estado de la capacidad instalada con que se cuenta.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud - Colombia. Ley número 100 de 1993 [Internet]. Ministerio de Salud; 1993 [cited 2014 Nov 13]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%20100%20DE%201993.pdf>
2. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud [Internet]. Arte Laer Publicidad Ltda; 2005 [cited 2014 Feb 4]. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud [Internet]. [cited 2014 Apr 2]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4305%3A-redes-integradas-de-servicios-de-salud&catid=3184%3Ahssintegrated-networks-&Itemid=3553&lang=es
4. Mejía Cañas Carlos Alberto. El concepto de la capacidad instalada [Internet]. Planning Consultores Gerenciales; 2013 [cited 2015 Feb 27]. Available from: <http://www.planning.com.co/bd/archivos/Julio2013.pdf>
5. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Indicadores Básicos del Estado de Salud de la Población. Fichas técnicas definiciones, interpretación, cálculo y aplicaciones. 01/10 [cited 2014 Oct 18]; Available from: <http://files.sld.cu/dne/files/2010/03/indicadores-basicos-para-el-analisis-del-estado-de-salud.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009. Organización Mundial de la Salud. 2009;95. 105.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2006;1. 16.
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los sistemas sanitarios en los países de la UE características e indicadores de salud en el siglo XXI [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [cited 2014 Oct 18]. Available from: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist_san.UE.XXI.pdf
9. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Sistema de Salud de España 2010 [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [cited 2014 Sep 22]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>
10. Sevillano Elena G. España, a la cola de Europa en camas de hospital por habitante | Sociedad | EL PAÍS. El País [Internet]. Madrid; 2014 May 9 [cited 2014 Oct 17]; Available from:

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/05/actualidad/1409944368_861108.html

11. Ministerio de Salud - Perú. Diagnostico Fisico Funcional de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento de los Hospitales e Institutos del Ministerio de Salud. Una realidad ue debemos cambiar [Internet]. Ministerio de Salud; 2006 [cited 2014 Aug 10]. Available from: http://www.minsa.gob.pe/portal/Comisiones/Hospitales/archivos/Diagnostico_CPH.pdf
12. Ministerio de Salud - Chile. Panorama de Salud 2011. Informe sobre Chile y comparación con países miembros [Internet]. Ministerio de Salud; 2011 [cited 2014 Apr 10]. Available from: http://web.minsal.cl/portal/docs/page/minsalcl/g_general/elementos/oecdchl2011.pdf
13. Organización Mundial de la Salud. Las 10 causas principales de defunción en el mundo [Internet]. WHO. [cited 2015 May 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
14. Ravina Teresa S. Examinar la contratación de personal sanitario de países en desarrollo, necesario para no debilitar sus sistemas de salud [Internet]. Medicos del Mundo. [cited 2014 Sep 30]. Available from: <http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle/id.990>
15. Secretaría de Salud de Mexico. Observatorio Desempeño Hospitalario 2006. 2007 [cited 2014 Jul 28];1. Available from: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/odh/ODH_2006.pdf
16. Delima Marsh. La nueva reforma al sistema de salud de Colombia [Internet]. Delima Marsh; 2011 [cited 2014 Apr 10]. Available from: https://lacbeta.marsh.com/Portals/58/Separata%20Oct_2011.pdf
17. Asociación Colombiana de Hospitales y Clinicas. Perfil Hospitalario Instituciones afiliadas ACHC. 2013;13. 9.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de Salud. Colombia, 2013 [Internet]. Imprenta Nacional de Colombia; 2014 [cited 2014 Jul 10]. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf>
19. NU. CEPAL. División de Desarrollo Social. Políticas y programas de salud en América Latina: problemas y propuestas | Publicación | Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Políticas Sociales. 2005;18. 24.

20. Rodríguez Celis, Rubiano S. Desarrollo del cuidado intensivo en Latinoamérica. 2007 Mar;97. 100.
21. Secretaria de Salud - Municipio de Rionegro. Salud Vital. Rionegro Ant: Secretaria de Salud;
22. El Banco Mundial. Camas hospitalarias (por cada 1.000 personas) [Internet]. [cited 2014 Sep 17]. Available from: http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS?order=wbapi_data_value_2012+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=desc
23. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Sistema de seguimiento y evaluación de sector de la protección social 9. Cuadros indicadores de prestación - Acceso [Internet]. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas; 2010 [cited 2014 Sep 16]. Available from: http://www.achc.org.co/documentos/investigacion/estadisticas_sector/externas/ESTADISTICAS%20MINPROTECCION/9.CUADROS%20INDICADORES%20PRESTACION%20-ACCESO.xlsx
24. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia, 1991 [Internet]. 1991 [cited 2015 May 20]. Available from: http://www.unesco.org/culture/natlaws/media/pdf/colombia/colombia_constitucion_politica_1991_spa_orof.pdf
25. Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 1994 [Internet]. 1994 [cited 2015 May 22]. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%205261%20DE%201994.pdf>
26. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Estadísticas de las OCDE sobre la Salud 2014 México en comparación [Internet]. 2014 [cited 2015 Feb 26]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>
27. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 3204 [Internet]. 2002 [cited 2015 Apr 6]. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%20B3micos/3204.pdf>
28. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Perfil Hospitalario Instituciones afiliadas ACHC. 2013;13. 9.
29. Rodríguez Celis, Rubiano S. Desarrollo del cuidado intensivo en Latinoamérica. 2007 Mar;97. 100.

30. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de actividades 2012-2013 [Internet]. Bogotá, D.C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [citado 2014 May 9] p. 194. 5. Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/INFORME%20AL%20CONGRESO%202012-2013.pdf>

31. Castro Castro Clara, Chaverri Molina Sonia, Mejías Vargas Liliana. La capacidad resolutive para la atención integral: un abordaje desde el nivel local. *Revciencadmfinanc.segursoc.* 2009 Ene;7(1):45. 53.

32. Consejería de Sanidad España. Plan de ordenación de recursos humanos del servicio Madrileño de Salud [Internet]. [citado 2014 Dic 10]. Recuperado a partir de: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPlanOrdenacionRRHH_26+DE+MARZO.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352813141033&ssbinary=true

33. Garzón Blanco Paola Andrea, Gómez Saavedra Eduardo. Sistema de información sobre las condiciones competitivas del sector salud en Colombia [Internet] [Mercadeo de Servicios de Salud]. [Chía, Colombia]: Universidad de la Sabana; 2009 [citado 2014 Oct 22]. Recuperado a partir de: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/1721/121571.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

34. Instituto Nacional de Estadística de España. La Salud de los Españoles. Hemos duplicado nuestra esperanza de vida en menos de cien años [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; [citado 2014 Oct 15]. Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0205.pdf>

35. JointCommission International. Estándares para la acreditación de Hospitales de la JointCommission International. 2010 [citado 2015 Feb 19];4. Recuperado a partir de: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/calidad/JCI%204aEdicionEstandaresHospitales2011.pdf>

36. Jurado Burbano Lorena, Velásquez Pantoja Yudy. Análisis de suficiencia de red de servicios de baja complejidad en el departamento de Nariño de la EPS-I MALIAMAS [Internet]. [Medellín]: Universidad CES; 2009 [citado 2014 Abr 15]. Recuperado a partir de: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/599/1/Analisis_suficiencia.pdf

37. Ministerio de la Protección Social. Informe de actividades 2009-2010 Cuatrenio 2006-2010. Ministerio de la Protección Social. 2010;1(400):38. 41.
38. Ministerio de la Protección Social. Monitoreo al Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]. Ministerio de la Protección Social; 2010 [citado 2014 Sep 26]. Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20SA LUD.pdf>
39. Morales Eraso Natalia. Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción [Internet]. Universidad del Rosario; 2011 [citado 2014 Dic 4]. Recuperado a partir de: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/ab/abe56836-f233-459d-bc20-f5f29bf89ed3.pdf
40. Naciones Unidas. Situación y perspectivas de la economía mundial 2014 [Internet]. Naciones Unidas; 2014 [citado 2014 Feb 12]. Recuperado a partir de: http://www.un.org/en/development/desa/policy/wesp/wesp_current/2014wesp_es_sp.pdf
41. NU. CEPAL. División de Estadísticas. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2012 = Statistical yearbook of Latin America and the Caribbean 2012. 2012 Dic;58. 62.
42. Organización Mundial de la Salud WHO. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005. 2005;91. 3.
43. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en México. Indicadores Básicos [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2010 [citado 2010 Oct 15]. Recuperado a partir de: <http://www1.paho.org/mex/dmdocuments/indicadoresMEX2010.pdf>
44. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. 2010 May 28 [citado 2010 Oct 10];4. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250
45. Parra Cardona Rafael Fernando, Meek Palomino Alexia, Marín Martínez Carlos Arturo, Sáenz Tobón Yolanda, Restrepo Velarde Mónica. Guía practica para la constitución de IPS del primer nivel de atención en Salud [Internet]. [citado 2014 Feb 4]. Recuperado a partir de: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/viewFile/880/568>
46. Revista Semana. La lección cubana frente al ébola. 2014 Oct 25 [citado 2014 Oct 28]; Recuperado a partir de: <http://servicesold.semana.com//mundo/articulo/la->

[leccion-cubana-frente-al-ebola/406974-3](#)

47. Sánchez Guzmán Mariano. Indicadores de Gestión hospitalaria. Rev instNalEnfResp Mex. 06/20005;18(2):132. 41.
48. Sarmiento Gómez Alfredo, Castellanos Aranguren Wilma, Nieto Rocha Angélica Cecilia, Alonso Malaver Carlos Eduardo, Pérez García Carlos Andrés. Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]. Departamento Nacional de Planeación; 2005 [citado 2014 Feb 4]. Recuperado a partir de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/298.pdf>
49. Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia. Análisis de Situación de Salud Antioquia 2010 [Internet]. Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia; 2012 [citado 2014 Mar 10]. Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Analisis-de-Situacion-Salud-Antioquia-2010.pdf>
50. Viloria de la Hoz Joaquín. Salud pública y situación hospitalaria en Cartagena [Internet]. Banco de la República; 2005 [citado 2014 Abr 8]. Recuperado a partir de: <http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/DTSER-65-%28VE%29.pdf>