

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE
“HOSPITALIZACIÓN EN CASA” SEGUNDO NIVEL, EN EL MUNICIPIO DEL VALLE DE
SAN DIEGO DE UBATÉ

RICARDO ARTURO GÓMEZ ROJAS

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
POSGRADO EN GESTIÓN PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL
CHIQUINQUIRÁ
2015

TABLA DE CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	4
1.1	JUSTIFICACIÓN	5
2	ASPECTOS GENERALES	6
2.1	DIAGNÓSTICO DEL ENTORNO	6
2.1.1	Estado del arte	6
2.1.2	Planteamiento del problema	8
2.1.3	Formulación del problema	9
2.2	OBJETIVOS	9
2.2.1	Objetivo general	9
2.2.2	Objetivos específicos	9
2.3	MARCO DE REFERENCIA	10
2.3.1	Marco teórico	10
2.3.2	Marco legal	12
2.3.3	Marco geográfico	14
2.4	DISEÑO METODOLÓGICO	15
2.4.1	Recolección de la información	15
2.4.2	Análisis de la información	17
2.4.3	Proceso metodológico	17
3	ESTUDIO DE MERCADOS	19
3.1	LOCALIZACIÓN	19
3.1.1	Análisis del Entorno (Macrolocalización)	19
3.1.2	Análisis Micro del entorno.	19
3.2	DEFINICIÓN DEL SERVICIO	22
3.3	LOS USUARIOS Y LOS PRESTADORES	22
3.4	SEGMENTO	23
3.5	ANÁLISIS DE LA DEMANDA	23
3.6	ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA	30
3.6.1	Competencia local (indirecta)	30
3.6.2	Competencia nacional	31
3.7	PLAN DE MERCADO	32
3.8	EL SERVICIO	32
3.9	RESULTADO DE LA INVESTIGACION DE MERCADO	33
3.10	LAS TARIFAS	34
3.11	DISTRIBUCIÓN	34
3.12	COMUNICACIÓN	34
4	ESTUDIO TÉCNICO	35
4.1	TAMAÑO	35
4.2	FLUJOGRAMA	36
4.2.1	Proceso de contacto con el usuario	37
4.2.2	Pacientes se reciben.	38
4.2.3	Proceso de prestación del servicio	38
4.3	REQUERIMIENTOS	38
4.3.1	Diseño de planta	38
4.3.2	Maquinaria y equipo	39
4.3.3	Gastos preoperativos	40

5	ESTUDIO LEGAL Y ADMINISTRATIVO	40
5.1	SOLUCIÓN EMPRESARIAL	40
5.1.1	Nombre o razón social	40
5.1.2	Tipo de empresa	40
5.1.3	Análisis legal de la unidad empresarial	41
5.2	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	41
5.2.1	Misión	41
5.2.2	Visión	41
5.2.3	Valores corporativos	42
5.2.4	Ventajas corporativas	42
5.3	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	42
5.3.1	Diseño organizacional	43
5.3.2	Tipo de contratación	43
5.3.3	Escala salarial	43
5.3.4	Contratación del personal	44
6	ESTUDIO FINANCIERO	48
6.1	PRESUPUESTO DE INVERSIONES Y FINANCIACIÓN	48
6.1.1	Activos fijos	48
6.1.2	Activos diferidos	48
6.1.3	Capital de trabajo	48
6.1.4	Financiación	49
6.1.5	Flujo de inversión	49
6.2	PRESUPUESTO DE COSTOS Y GASTOS	49
6.2.1	Presupuesto de costos	49
6.2.2	Presupuesto de gastos	50
6.3	PRESUPUESTO DE INGRESOS	50
6.4	ESTADOS FINANCIEROS	51
6.4.1	Estado de resultados	51
6.4.2	Flujo de caja	52
6.4.3	Flujo neto de caja	52
6.4.4	Balance general	53
6.5	EVALUACIÓN FINANCIERA	53
6.5.1	Punto de equilibrio	53
6.5.2	Valor presente neto	54
6.5.3	Tasa interna de retorno	55
7	CONCLUSIONES	56
8	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

1 INTRODUCCIÓN

La Hospitalización a Domicilio es una alternativa asistencial del Área de Salud, que consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados Médicos y de Enfermería, de rango Hospitalario, (tanto en calidad como en cantidad), a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja.(Mayor, Unidad hospitalización domiciliaria, 2003). Se desarrollara un estudio de factibilidad para el montaje de la Hospitalización Domiciliaria como una nueva forma de asistencia y atención hospitalaria, en el municipio de Ubaté al norte del departamento de Cundinamarca, se formula éste cuya información se constituye en un soporte a los indicadores del mismo y conducen a su identificación plena, mediante los siguientes elementos: eje problémico, estudios de mercado, técnico, administrativo y financiero apropiados, que posibilitan argumentar la realización futura del proyecto. Hospisan S.A sería una empresa que satisfaga las necesidades de los clientes a nivel de salud teniendo en cuenta la problemática de la región Ubatense que se presenta con bastante frecuencia en el Hospital el Salvador de Ubaté la cual es la falta de espacio para hospitalización y buena atención a los pacientes llevando al usuario las actividades preventivas, asistenciales y psicosociales que se realizan en la sede, en la medida que las necesidades del usuario lo ameriten y las circunstancias lo permitan.

En efecto, como estudio de factibilidad, se relaciona con los pasos iniciales para identificar la existencia de un mercado potencial del servicio que se planea ofrecer, así como con la idea de demostrar la viabilidad técnica y disponibilidad de los recursos humanos, materiales, administrativos y financieros, no sin reconocer las ventajas del mismo desde el punto de vista social, financiero, económico y de asignación de recursos requeridos para la prestación del servicio. Se establecen igualmente los elementos de soporte necesario al estudio financiero, para evidenciar las posibilidades de puesta en marcha del estudio. A ello se llega luego de realizar un diagnóstico de los principales aspectos que caracterizan el proyecto: oferta y demanda. Su contenido por lo tanto, se estructura teniendo en cuenta el planteamiento del problema, los aspectos metodológicos a seguir, los mecanismos para el desarrollo de los estudios respectivos de mercado, técnico-administrativo, financiero y su impacto. En síntesis, contiene los pasos y orientaciones generales para su explicación y análisis futuro, destacando los elementos de juicio suficientes para tomar decisiones sobre su ejecución.

1.1 JUSTIFICACIÓN

El programa de “Hospitalización en Casa” segundo nivel, en el municipio del Valle de San Diego de Ubaté ha sido creado para un fin propuesto de mejorar la calidad de los servicios de salud que actualmente se prestan, lo cual es importante no solo para la institución sino también para sus usuarios, a la hora de brindar una respuesta válida, eficiente, cálida y confiable a sus necesidades especiales de salud. Se realiza esta como una propuesta inicial para la puesta en marcha del modelo en este municipio, previendo que el programa de hospitalización domiciliaría incluirá actividades propias de los demás programas que presta la institución. Es decir, llevar a la casa del usuario las actividades preventivas, asistenciales y psicosociales que se realizan en la sede, en la medida que las necesidades del usuario lo ameriten y las circunstancias lo permitan. En síntesis la idea es que el programa de atención domiciliaria se convierta en un punto de acercamiento e interés común para los equipos de trabajo institucionales y sus pacientes en un ambiente extrahospitalario, siendo esta la importancia real del programa, cuyos antecedentes se exponen a continuación.

Esta propuesta mejoraría varios aspectos como lo son: mayor colaboración entre los servicios de atención para posibilitar asistencia continua y eficaz, modernización de los sistemas sanitarios, responsabilidad compartida, establecimiento y consolidación de servicios que responden adecuadamente a las necesidades del usuario, proporcionar un mejor lugar para el tratamiento del paciente en su propio hábitat contribuyendo a mejorar su calidad de vida, mayor satisfacción y participación del paciente, asistencia más humana, aumento de la disposición de camas, uso más adecuado de los recursos, disminución de los periodos de internalización en el hospital. Para esta localidad y su área de cubrimiento será de vital importancia contar con un sistema que supla las falencias de la precaria disponibilidad actual hospitalaria y del creciente ingreso al sistema de seguridad social por parte de la población.

Prestar atención médica y/o paramédica en el domicilio del paciente con la participación activa de su núcleo familiar de acuerdo con el diagnóstico, pronóstico y objetivos clínicos del equipo de salud tratante, busca mantener asistencialmente en el domicilio al mayor número de pacientes susceptibles de ello, es decir asistir adecuadamente en el domicilio a aquellos pacientes para los que necesitando de asistencia especializada su "Mejor Lugar Terapéutico" sea precisamente su propio lugar de residencia. Por lo tanto, la Implementación del Programa de “Hospitalización En Casa” Segundo Nivel, en el Municipio del Valle de San Diego de Ubaté, se convertirá no sólo en un propuesta social y de salud, sino una solución posible a uno de tantos problemas que en la actualidad enfrentan la comunidad local y regional, ya que se ha determinado que este tipo de programas se constituyen en una estrategia integral en salud que garantiza la integralidad y continuidad de los servicios de salud al paciente en su casa y que a la vez permite racionalizar costos para las entidades prestadoras del servicio.

2 ASPECTOS GENERALES

2.1 DIAGNÓSTICO DEL ENTORNO

2.1.1 Estado del arte

De acuerdo con el DANE, el incremento estimado para la población de Ubaté es del 0.65% anual¹; es de aclarar que estos datos no contemplan la población flotante que existe actualmente en el municipio a causa del desarrollo económico minero que tienen las localidades vecinas, siendo así atractivo para la abundante mano de obra no calificada que ha llegado de diferentes partes del país y que encuentran aquí un lugar ideal para establecer su residencia, además, debido a su condición de cabecera municipal y a la oferta de servicios públicos, financieros, educativos y económicos que han propiciado nuevas necesidades y saturado el sistema de salud.

Para la atención en salud de la población del municipio de Ubaté existen IPS de primer y segundo nivel distribuidas así:

Primer Nivel:

IPS CAFAM.
IPS Alba Gutiérrez.
IPS ISS.
IPS Clínica San Luis.
IPS Unidad Médica San Diego.
IPS Doctora Ledis Mejía.
IPS Médicos Asociados.
Centro Médico Doctor Salamanca.
Centro Médico Doctor Aldana.
Centro Médico Doctor Duarte.
Centro Médico Doctor Herrera.
Consultorios Odontológicos nueve (9)

Segundo Nivel:

E. S. E. HOSPITAL “EL SALVADOR”.

No existe en la localidad una IPS de tercer nivel; por lo tanto la remisión de los pacientes que requieren de estos servicios se realiza a la red de prestadores de servicios de Cundinamarca. Las camas disponibles para la población del municipio son 81, de las cuales 79 están en Hospital El Salvador y 2 en la Clínica San Luis. El recurso humano disponible se consolida en la siguiente tabla:

¹(DANE, UBATE. Censo 2005 , 2005)

Tabla 1. Recurso humano disponible para atender el sector salud en el municipio.

RECURSO HUMANO	NUMERO POR 1000 HABITANTES
Enfermeras	0.3
Auxiliares	2.2
Odontólogos	0.7
Bacteriólogos	0.2
Médicos generales	1.1
Médicos especialistas	1.4

Fuente: Documento Técnico PBOT 2000.

Los datos antes expuestos muestran la disponibilidad de recurso humano por cada 1.000 habitantes; si se tiene en cuenta la concepción integral de desarrollo el cual reconoce que tanto el capital físico como el capital humano son necesarios para alcanzar el desarrollo social, los dos capitales se deben complementar; por tal razón, las políticas públicas con fines sociales deben cumplir la función de igualar oportunidades y disminuir las desigualdades entre los individuos que conforman la sociedad. Por tal razón, la salud como componente del capital humano, deberá ocupar un lugar esencial en el diseño de las políticas sociales y tratarse con una perspectiva de mediano y largo plazo en el contexto municipal, a fin de satisfacer la demanda actual.

En cuanto al total de población afiliada al sistema general de seguridad social en salud y a las administradoras del régimen subsidiado hasta 2010, se tienen los siguientes datos: “El Municipio de Villa de San Diego de Ubaté, cuenta con 31.292 personas en nivel 1 y 2 de SISBEN, potenciales beneficiarios para ingresar al régimen subsidiado en salud... La población Sisbenizada a la fecha, frente al total de la población, corresponde a 83.50% y de estos el 67.03% se encuentra ya ubicado en el régimen subsidiado”². En la siguiente tabla se observa la distribución de régimen de afiliación en salud de Ubaté para el año 2010.

Tabla 2. Afiliación y Tipo de Vinculación de la población al régimen de salud.

AFILIACIÓN	Nº DE PERSONAS
Vinculados o Pobres no Vinculados	6.436
Régimen Especial	150
Régimen contributivo	9.898
EPS Subsidiadas	20.977
Resguardo Indígena	1
TOTAL	37.471

Fuente: Dirección Local de Salud, Aseguramiento, 2010.

La población del municipio de Villa de San Diego de Ubaté, que se encuentra asegurada en cuatro Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas, CAFAM con el 50.7 %, CONVIDA

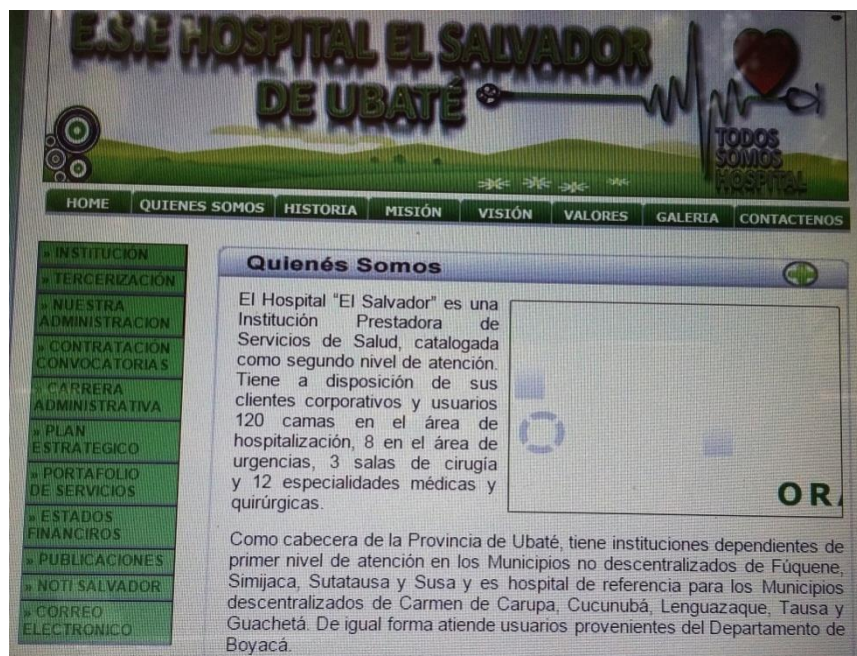
² SANTANA MALAVER, Carlos Humberto. Plan de Desarrollo del municipio de Ubaté 2012-2015. Creer en Ubaté Vale la pena. Alcaldía Municipal 2012. Página 45.

con el 22.8%, SOLSALUD con el 7.4% y COLSUBSIDIO con el 19.1%, para un total de 20.977 carnetizados.

2.1.2 Planteamiento del problema

Bien es sabido que en la actualidad se presentan con mayor frecuencia propuestas de cambio a la gestión y organización tradicionales de los servicios de salud tanto en el ámbito nacional como local; esto como búsqueda de mayor eficiencia y eficacia frente al incremento de la demanda y del déficit del gasto para cubrir el servicio. De igual manera, no se puede omitir que de cara a estas limitaciones surgen otras posibilidades que pueden contribuir a mejorar, como por ejemplo las innovaciones tecnológicas y aparición de nuevas formas de asistencia y atención hospitalaria, entre las que se cuenta la Hospitalización Domiciliaria.

Las razones por las cuales se perfila esta propuesta como opción importante, tiene que ver con la disponibilidad de atención en la zona de hospitalización, ya que la única entidad por el momento que presta este servicio de segundo nivel es el Hospital el Salvador de Ubaté, donde cuenta con 120 camas ante una población de 41.213 habitantes. (ver tabla 3) y a la vez se estaría teniendo en cuenta una mejoría más rápida para el paciente ya que se encuentra en su núcleo familiar.



Fuente: Pagina, E.S.E Hospital el Salvador de Ubaté.

Estos entre otros factores, lo que representan la importancia de la hospitalización domiciliaria, los cuales bien pueden ser tomados como referente importante para justificar

la realización de este estudio de factibilidad, en respuesta a la necesidad que se plantea en el municipio de Ubaté.

Por lo antes dicho se puede señalar que el proyecto tiene fundamento en cuanto se relaciona con los siguientes aspectos:

En el contexto social, su importancia radica en la posibilidad de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población, en cuanto a través de la hospitalización, cuyo objetivo sea mejorar los niveles de atención a pacientes en su propio hogar se estará avanzando al logro de satisfacer las necesidades de la población que en condición de usuarios del servicio de hospitalización tienen obstáculos para acceder a éste, o que por las condiciones mismas de su proceso de atención en salud, se le puede asistir en su entorno familiar, de manera que se puedan satisfacer plenamente sus exigencias y necesidades.

2.1.3 Formulación del problema

¿Cómo podríamos evaluar la factibilidad de implementar una empresa dedicada al servicio de “Hospitalización En Casa” Segundo Nivel, en el Municipio de la Ville de San Diego de Ubaté?

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo general

Desarrollar un estudio de factibilidad para la Implementación de una empresa de servicios de “Hospitalización En Casa” Segundo Nivel, en el Municipio del Valle de San Diego de Ubaté.

2.2.2 Objetivos específicos

- Recolectar información para dar cuenta del interés de la comunidad sobre el servicio de Hospitalización en casa.
- Investigar qué tipo de sociedad es conveniente para realizar este proyecto, teniendo en cuenta las ventajas, administrativas, comerciales y legales.
- Analizar los aspectos relacionados con el mercado (oferta y demanda) del servicio, la localización geográfica, la factibilidad técnica, viabilidad y conveniencia financiera, organización administrativa y técnicas necesarias al desarrollo del proyecto.

2.3 MARCO DE REFERENCIA

2.3.1 Marco teórico

Se precisa ahora abordar los componentes en los que se enmarca el tema de la hospitalización domiciliaria, no sin antes reconocer que en la actualidad se presentan cada vez con más frecuencias, propuestas alternativas a la gerencia y la organización tradicionales de los servicios de salud debido a la necesidad de que éstos funcionen con mayor eficiencia y eficacia. Es así como “el incremento de la demanda de servicios y del gasto para la salud, los cambios demográficos, sociales y de los patrones de morbilidad, y las constantes innovaciones en el campo de la tecnología, están estimulando la aparición y difusión de nuevas formas de asistencia y atención hospitalaria”³. Significa entonces que este tipo de atención en salud es un requerimiento que se debe satisfacer según sean las demandas de las comunidades humanas y en coherencia además con las alternativas que se buscan para favorecer a los pacientes que tienen la posibilidad de pasar su recuperación en casa, en un ambiente familiar propicio y por lo mismo, quizás más efectiva para su recuperación.

Cabe agregar que durante las dos últimas décadas se ha producido en el contexto universal un considerable desarrollo técnico en materia de salud que permite tratar en el domicilio, procesos que anteriormente requerían de un ingreso hospitalario. Además de este avance tecnológico, “la sobrecarga asistencial, la creciente presión por parte de la gerencia hospitalaria para reducir las estancias y el número de ingresos de los pacientes y el sistema de pago que la administración tiene concertado con los hospitales, constituyen importantes razones adicionales para el desarrollo de nuevos dispositivos asistenciales”⁴. Situación que ha incidido en la generación de modelos como el relacionado con la hospitalización en casa, el cual ha resultado una alternativa importante de asistencia en salud.

Para entender tales consideraciones es necesario determinar con exactitud a qué hace referencia esta actividad innovadora que da preferencia a la asistencia ambulatoria y favorece la transferencia del paciente del hospital a su entorno familiar. En efecto, se ha definido como “Una forma de asistencia sanitaria que tiene como fin acortar, o en su caso evitar, la estancia de un paciente en el hospital, proporcionándole una asistencia de rango hospitalario en su propio domicilio por un equipo cualificado o Servicio de Hospitalización Domiciliaria”⁵. De acuerdo con lo establecido en esta referencia se interpreta que es una acción que tiene que ver con la asistencia en casa para pacientes en los que se puede confirmar una alternativa seria al ingreso hospitalario.

³BRENES BOLAÑOS, Carlos (2009). Hospitalización a domicilio como alternativa asistencial cuando no se requiere de una infraestructura hospitalaria. Hospital San Rafael de Alajuela. Instituto Centroamericano De Administración Pública Área De Gerencia Social San José, Costa Rica

⁴MARRADE, R. M. (2004). Hospitalización domiciliaria, ¿una nueva modalidad asistencial?. Barcelona. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/>

⁵LÓPEZ PERONA, Francisco. (2003). Qué es la unidad de hospitalización domiciliaria y la introducción a su gestión. Murcia, España: Escuela Española de Gerencia Sociosanitaria. Disponible en: <https://www.google.com.co>

Significa entonces que, como bien es sabido, los hospitales son centros sanitarios que debido a sus instalaciones y equipamiento están destinados a resolver problemas urgentes y/o de carácter importante tanto médico como quirúrgico; pero hay veces que los enfermos ingresados allí no se ajustan a este patrón de enfermo agudo y por lo tanto pueden ser atendidos en otras instancias. Ante esta situación fue que surgió la alternativa al ingreso hospitalario convencional, en países como Gran Bretaña, Francia, Alemania, Dinamarca, Bélgica, Estados Unidos, España, y otros latinoamericanos que han adoptado esta modalidad.

Sus objetivos principales son mejorar la atención del paciente y lograr una utilización más efectiva de los recursos asignados. La hospitalización domiciliaria rompe con el esquema clásico de atención hospitalaria tradicional, que abarca el ingreso a hospitalización del servicio de urgencia o bien de la consulta externa, esquema que es muy tradicional. Hay que reconocer que aunque la modalidad lleva más de medio siglo y el contexto económico y social imponen el uso óptimo de recursos que se escasean, esta sigue siendo práctica poco difundida y con un desarrollo desigual en la mayor parte del mundo.

En relación con las bondades que se le asignan a esta alternativa de atención médica y sanitaria, numerosos autores han argumentado que:

La hospitalización domiciliaria, al permitir un uso más adecuado y racional de los recursos, tiende a disminuir el gasto en salud. La práctica de la atención en el domicilio aumenta la disponibilidad de camas y acorta los períodos de hospitalización en los centros médicos. Los costos de egresar camas en el hospital domiciliar son menores que las inversiones necesarias para crear camas hospitalarias, aparte que los costos de estancia son menores en la hospitalización⁶.

En la referencia antes planteada se ponen en evidencia las posibilidades y alternativas de este tipo de atención, en la que a pesar de estar en casa, el enfermo debe tener cuidados médicos y de enfermería en igual cantidad y calidad que en el hospital tradicional. En efecto, La hospitalización domiciliaria estaría indicada para aquellos pacientes que necesitan asistencia médica especializada sin ser ingresados en un hospital. El seguimiento intensivo suministrado a un paciente que requiere reposo o bien aislamiento, y sin que requiera alguna técnica que se deba de llevar a cabo en el hospital, en donde al menos deber ser visitado una vez por día por el médico y la enfermera.

Concretando, la hospitalización domiciliaria se define como aquella actividad asistencial llevada a cabo con recursos, humanos y materiales, similares a los hospitalarios y realizada en el propio domicilio del paciente haciendo válidos los derechos y deberes similares a los del resto del hospital.

⁶BRENES BOLAÑOS, Carlos (2009). Hospitalización a domicilio como alternativa asistencial cuando no se requiere de una infraestructura hospitalaria. Hospital San Rafael de Alajuela. Instituto Centroamericano De Administración Pública Área De Gerencia Social San José, Costa Rica. Página 37.

Las ventajas de la Hospitalización Domiciliaria están comúnmente asociadas a una mejor atención, participación y responsabilidad tanto del personal médico y paramédico como de la familia del paciente; se asegura además que es una alternativa de mayor rentabilidad de los recursos disponibles, así como se le asigna el incremento de la eficacia y efectividad mediante una asistencia más humanizada. Lo anterior se refleja en mejor calidad de vida, intimidad y bienestar para el paciente. Así mismo, se da aumento en rotación y disponibilidad de camas en el hospital, hay uso más eficiente de los recursos sanitarios y posibilidad de integrar y mejorar las relaciones entre los diversos niveles asistenciales; acortamiento de los períodos de internamiento⁷.

2.3.2 Marco legal

Constitución Política de Colombia: ARTICULO 49. Modificado. A.L. 2/09, art. 1º. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud. Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La medida está contenida en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002. El Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad, que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS y empresas de medicina prepagada que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación. Los estándares que se aplicarán evalúan procesos tales como respeto a los derechos de los pacientes, acceso al servicio, atención clínica y soporte administrativo y gerencial, en las instituciones que prestan servicios de salud y que quieran participar en el proceso de acreditación. Estas disposiciones están reglamentadas en la Resolución 1474 y en su anexo técnico.

⁷MITRE COTTA, Rosángela; MORALES SUÁREZ, María et. al. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Valencia, España. Revista Panamericana de Salud. Disponible en: <http://www.scielosp.org/>

Acuerdo N° 029 de 2011, Comisión De Regulación En Salud, (diciembre 28 de 2011), por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud”. La Comisión de Regulación en Salud en ejercicio de sus facultades legales, en especial las que le confieren el numeral 1 del Artículo 7° de la Ley 1122 de 2007, y en atención a lo ordenado por el Artículo 25° de la Ley 1438 de 2011 y la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, considerando: que mediante el Acuerdo 028 de 2011 la Comisión de Regulación en Salud definió, aclaró y actualizó integralmente el Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, y lo estipulado por la Honorable Corte Constitucional en la Orden Décimo Séptima de la Sentencia T-760 de 2008, en los términos y condiciones señaladas en dicha Sentencia. Que para la expedición del Acuerdo 28 de 2011 se surtió un proceso amplio e incluyente de participación ciudadana de conformidad con lo establecido en la Ley 1438 de 2010 y la orden Décimo Séptima de la Sentencia T-760 de 2008. Que el citado Acuerdo 028 de 2011 estableció que su entrada en vigencia se produciría a partir del 1° de enero de 2012. Dentro de sus disposiciones legales hace referencia a la Atención domiciliaria señalando: “atención extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud desde su domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos y/o auxiliares del área de la salud y la participación de su familia”.

Ley 1393 De 2010, (julio 12), por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996. Organiza el sistema de garantía de calidad en Colombia, define la calidad como el conjunto de características técnico científica, humana, financiera y material que debe tener la seguridad social bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios.

Decreto 1011 de 2006. Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, brinda parámetros para la prestación de servicios de salud con calidad. (Ministerio de Salud; 1993).

Resolución 1043 de 2006. Establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Los prestadores de servicios de salud deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente: capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad técnico-administrativa. (Ministerio de Protección Social; 2006).

2.3.3 Marco geográfico

El proyecto se habrá de desarrollar en el municipio conocido como el Valle de San Diego de Ubaté, es capital de la Provincia del mismo nombre, al norte del departamento de Cundinamarca; “representa el 6,2% del área total del departamento, y su localización está aproximadamente entre los 5°15′ y 5°23′ de Latitud Norte y los 73°45′ y 73°54′ de Longitud al Oeste de Greenwich” (García N., 2012:17).

La cabecera del municipio de Villa de San Diego de Ubaté “se encuentra localizada a una altura de 2.600 metros sobre el nivel del mar. El área municipal abarca 102 Km², en terreno montañoso y terreno plano, de clima frío en la mayoría de territorio. El Municipio cuenta con 98 Km² de área rural, que corresponde al 96 % del área total”. (P.B.O.T.; 2004: 3). Se encuentra a 95 kms, de Bogotá y a 50 kms. de Chiquinquirá en Boyacá. En la zona rural, la población se dedica principalmente a actividades agropecuarias, y en la zona urbana a labores de comercio y servicios básicamente.

El área urbana tiene una superficie de 326,65 hectáreas que corresponde al 3,21% del área municipal y el área rural es de 9.863,51 hectáreas que corresponde al 96,79% de área del municipio. De acuerdo a la geomorfología que presenta el municipio de Ubaté se presentan tres (3) áreas fisiográficas a saber:

- * Zona plana que corresponde al área de altitud de 2600 m.s.n.m y que abarca aproximadamente el 48% del área municipal dentro de los cuales está la zona urbana. Esta área es propicia para los cultivos con aprovechamiento intensivo, transitorio, permanente y semipermanente.

- * Zona ondulada a quebrada: comprende entre la curva de nivel de 2600 m.s.n.m y la curva de nivel de 3000 m.s.n.m y que abarca un área aproximada de 35%, es una zona con fuertes pendientes topográficas propicias para los cultivos semipermanentes y permanentes. Esta zona es susceptible actualmente, presenta altos grados de erosión por situación hídrica. Esta zona tiene limitaciones de uso ganadero y pastoreo.

- * Zona quebrada: comprende las curvas de nivel de 3000 m.s.n.m. en adelante hasta llegar a un tope de 3300 m.s.n.m. esta zona es propicia para suelos de conservación y protección por sus fuertes pendientes topográficas. Esta zona corresponde a la zona de subpáramo y páramo y es considerada por el Medio Ambiente Vivienda Desarrollo Territorial como zonas de protección y conservación.

Climatología. “En la zona plana de 2600 m.s.n.m. corresponde a clima frío que oscila entre 13° C y 14°C aproximadamente. En las zonas onduladas o quebradas se aproxima a climas de páramos promedio entre 9 a 11 °C, en términos promedios las precipitaciones son de 774 mm que hace referente a una buena humedad relativa” (Santana; 2012: 29).

Hidrografía. “El Municipio de Ubaté pertenece al área hidrográfica del Río Ubaté y Suta, tiene un área de influencia de 612m cuadrados, descarga sus aguas en la hoya del río Suarez

y a su vez en la laguna de Fúquene. Las aguas bajan de la zona de páramo de la vereda el Volcán, Soaga y Guatancuy, hacia la zona ondulada generando una red hídrica de caños, quebradas y ríos que irrigan de agua las zonas planas del municipio” (Santana; 2012: 30).

En cuanto a la organización territorial se han definido los límites del municipio a través del decreto No. 441 de 1.950 aun vigente, delimitándolo con los municipios de Cucunubá, Lenguazaque, Guachetá, Fúquene, Susa, Carmen de Carupa y Sutatausa. En relación con su división administrativa se encuentran el casco urbano y el área rural conformada por nueve veredas tal como se expone en la siguiente tabla.

2.4 DISEÑO METODOLÓGICO

2.4.1 Recolección de la información

La recolección de la información se realiza utilizando un proceso planeado paso a paso, para que de forma coherente se puedan obtener resultados que contribuyan favorablemente al logro de los objetivos propuestos. La búsqueda de la información se realiza con base en los elementos del problema a través de las siguientes actividades estrechamente relacionadas entre sí.

Selección de las Técnicas. Se elige en este caso la técnica de la Encuesta por sondeo y construcción de cuestionarios: El sondeo “es un procedimiento basado en entrevistas o encuestas aplicadas a muestras de individuos, para conocer rápida y aproximadamente la conducta futura o las intenciones de actuación de tales individuos⁸. Para su construcción se tuvo en cuenta la definición y operacionalización de los conceptos de la misma, el diseño del cuestionario y el diseño de la muestra cómo se expone a continuación.

El Universo. Parte importante del proceso a desarrollar y base fundamental del diseño metodológico del proyecto es la población o universo tomado como objeto de estudio, conformado por los usuarios ubicados en poblaciones como Ubaté, Cucunubá, Lenguazaque, Guachetá, Fúquene, Susa, Carmen de Carupa y Sutatausa, con quienes se trabajará la encuesta, siendo un total de 41.213 habitantes asentados en estas localidades.

En el cuadro siguiente se esquematiza la conformación poblacional que determina el universo de investigación, únicamente para el casco urbano.

Tabla 3. Datos de población para la conformación del universo.

POBLACIONES	NÚMERO DE HABITANTES
Ubaté	23.830
Cucunubá	1.268

⁸GALLARDO DE PARADA, Yolanda y MORENO GARZÓN, Adonay. (2008). Recolección de la información. Serie Aprender A Investigar, Módulo 3. Santafé de Bogotá: Instituto Colombiano Para El Fomento De La Educación Superior, ICFES - Subdirección General Técnica y de Fomento. Arfo Editores. Página 80.

Lenguazaque	2.195
Guachetá	3.703
Fúquene	248
Susa	5.477
Carmen de Carupa	1.995
Sutatausa	1.558
Tausa	939
TOTAL	41.213

Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial. Ubaté, 2010.

La Muestra. La representatividad de la población está en relación con las características sociales, económicas y culturales del universo seleccionado, del que se extrae la muestra, cuyo tamaño se estableció acogiendo la fórmula siguiente:

$$n = \frac{z^2 p * q * N}{(n-1) e^2 + Z^2 p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra.

z^2 = Desviación estándar a utilizar: el nivel para la investigación es del 95.5 puesto que se utilizan dos desviaciones estándar para obtener un nivel de confianza de más o menos el 95%

e^2 = margen de error: para el caso es del 5% aproximado.

p = 0.5%

q = 0.5%

$$n = \frac{2^2 (50)(50) 41.213}{(44.481 - 1) 5^2 + 2^2 (50) (50)}$$

$$n = 396$$

Selección de los Instrumentos. Los instrumentos para el desarrollo del proyecto se acogen a aquellas técnicas que tienen como propósito facilitar los procesos de investigación, discusión, toma de decisiones y estudio de situaciones en la búsqueda de soluciones al problema planteado, empleadas de acuerdo con las exigencias, necesidades y circunstancias que determinan la naturaleza del mismo. Se emplea en este caso el cuestionario porque, a través suyo se obtiene información de los sujetos de estudio; se aplica con el objetivo de obtener información cuantitativa y elementos de juicio para justificar la factibilidad de la implementación del programa de hospitalización domiciliaria en el municipio de Ubaté y aquellos circunvecinos. (Ver Anexo A). Mediante éste, se establece comunicación entre el proponente y los sujetos de estudio con el propósito de obtener respuestas a los interrogantes que surjan en torno a la viabilidad del proyecto. Con su aplicación se obtiene

además, información que permita el análisis cualitativo de las variables planteadas acerca de la demanda, gustos, preferencias, poder adquisitivo y capacidad de acceso al programa.

2.4.2 Análisis de la información

Aplicación de los Instrumentos. Se diseñó una encuesta de carácter predictivo cuyo objeto fundamental es hacer una estimación a futuro de la viabilidad del proyecto, según perspectivas de la comunidad seleccionada. (Ver Anexo A)

Codificación de la información obtenida. El análisis de la información sigue el método que presupone la preparación de un plan de tabulación y cuadros estadísticos que atendiendo a los objetivos de las encuestas y censos, permitan la presentación de datos cuantitativos y cualitativos de manera sistemática. Se aborda la temática metodológica en la que se apoya el desarrollo del proyecto, la cual facilita el procedimiento a seguir y el análisis de las diferentes variables contempladas en el estudio de factibilidad desarrollado a través de este documento. En los capítulos subsiguientes se profundizan las etapas pertinentes a los estudios de mercado, financiero y ambiental, a partir de los cuales se analizan resultados y acciones propuestas.

2.4.3 Proceso metodológico

Tipo De Estudio. Este es un estudio de factibilidad concebido desde la intención de relacionar y exponer información apropiada que justifique las posibilidades de su proyección. Se constituye en una propuesta que permite articular el conocimiento teórico con la actividad práctica y la producción de conocimientos en relación con la solución del problema planteado. Como estudio de factibilidad utiliza los métodos y técnicas pertinentes a un proyecto de esta naturaleza: la identificación de la idea parte del supuesto de que existen alternativas viables en términos económicos, sociales y técnicos, cuya implementación podría contribuir a solucionar el problema planteado en un escenario específico.

Teniendo en cuenta que es un proyecto privado, tiene como una de sus metas realizar un estudio de mercados para determinar la demanda que se proyecta, bajo unas condiciones determinadas en coherencia con la disposición de la comunidad para adquirir el producto y satisfacer sus necesidades. Incluye además el estudio de los aspectos técnicos para la determinación conveniente de tamaño, localización apropiada, el modelo tecnológico y administrativo acordes con el comportamiento del mercado y las condiciones financieras o estimación de las inversiones.

En cuanto a la organización, desarrolla lo pertinente al diseño administrativo para establecer estructuras, funciones, asignación de responsabilidades, definición de canales de comunicación. Igualmente importante es el aspecto relacionado con el marco legal e institucional del proyecto que regula los derechos y deberes en las relaciones entre los miembros del proyecto. Los aspectos financieros contemplan en forma detallada los elementos que participan en la formulación financiera del proyecto, acorde con la organización, manejo y modelo establecido. Igualmente, contempla la evaluación

económica, social y de impacto, teniendo en cuenta los efectos del proyecto en términos de cada una de las variables económica, social y de salud.

Es además un estudio exploratorio, en cuanto se ocupa de indagar a través de instrumentos y métodos de investigación, las condiciones requeridas al establecimiento de la información pertinente y acorde con cada uno de los temas a desarrollar; también es descriptivo en cuanto detalla las características de una situación. Como proceso de investigación contempla los elementos, conceptos teóricos y metodológicos que pueden ser aplicados al ámbito empresarial; considera un proceso de información y sugiere la sistematización y producción de conocimientos nuevos a partir de la identificación de la situación problemática en un contexto específico.

En síntesis, contiene el ordenamiento de las posibles alternativas de viabilidad al proyecto concebido, según los criterios elegidos para asegurar la optimización de los recursos económicos, técnicos y humanos empleados, así como los posibles efectos en el contexto geográfico y socioeconómico del municipio de Ubaté, desde la perspectiva de implementar el programa de hospitalización en casa segundo nivel en esta localidad.

Proceso Metodológico. Para determinar la viabilidad del presente proyecto el factor determinante es la investigación de mercados y los resultados que ésta arroja. Se realizan encuestas por muestreo a potenciales usuarios del servicio de hospitalización en casa, existentes en el municipio de Ubaté y otros circunvecinos que forman parte de la Provincia, así como a personal administrativo del Hospital “El Salvador”.

3 ESTUDIO DE MERCADOS

Teniendo en cuenta que este es un proyecto de inversión privada, cuya finalidad es establecer la factibilidad de crear una empresa prestadora de servicios, su estudio de mercado se orienta hacia la caracterización del servicio a ofrecer bajo las condiciones de precio y cantidad, según necesidades, intereses y requerimientos de la comunidad contemplada en este proyecto. Por consiguiente, el estudio de mercado establece las variables socioeconómicas que permiten determinar el ámbito del mercado hacia el cual se orienta el presente estudio de factibilidad, enfatizando en tres aspectos básicos: el servicio (identificación a través de sus características), el consumidor y el mercado (la demanda, la oferta, el precio, la comercialización), aspectos que se delimitan a continuación.

3.1 LOCALIZACIÓN

3.1.1 Análisis del Entorno (Macrolocalización)

El estudio de macrolocalización se determina por conveniencia para Ubaté, puesto que es un importante centro de comercio que agrupa a varios municipios de Cundinamarca y es considerado la capital lechera de Colombia, además es un mercado atractivo, en el cual se ubica fácilmente un buen número de consumidores y de distribuidores minoristas.

La conveniencia del Municipio de Ubaté también está soportada en la cercanía con los proveedores, que en su mayoría se ubican en la ciudad de Bogotá D.C, la cual se encuentra a menos de una hora de viaje por carretera pavimentada y aunque la población no es muy numerosa, el Municipio si es un importante centro donde confluyen las personas vinculadas a actividades generadoras de ingreso como son la agropecuaria, el comercio y la minería, lo que hace que sus ciudadanos gocen de una buena calidad de vida y por tanto un mercado atractivo para este tipo de establecimientos.

3.1.2 Análisis Micro del entorno.

Para determinar la micro localización se tienen en cuenta dos alternativas: un local ubicado frente al Hospital (Alternativa A); o un local ubicado en el centro del casco urbano (Alternativa B), los cuales fueron elegidos por el autor, de acuerdo a su experiencia de más de diez años en el sector salud y según la disponibilidad en el sector.

El método utilizado para la toma de decisión se basa en la cuantificación de factores. Para cuantificar los puntos se conformó un grupo de tres profesionales (1 Administrador de Empresas, 1 Economista y 1 Arquitecto⁹) quienes identificaron y calificaron los factores de valoración. La sumatoria del peso asignado a cada factor debe ser igual a 1; la importancia

⁹ Como Administrador participó el autor, como Economista el señor Hermes Castro y como Arquitecto el señor Helman Torres.

relativa se califica en una escala de 0 a 100 puntos, para finalmente ponderar el peso asignado y su importancia y así obtener la calificación de cada alternativa.

Los factores tenidos en cuenta son los siguientes: valor del canon; disponibilidad y costo de servicios públicos; actividades conexas en el sector; diseño y extensión del local; y reglamentación y políticas existentes, que son consideradas por el grupo como las principales limitantes para ejercer la actividad en un local determinado.

Tabla 4. Cuadro comparativo de alternativas de localización

Factor	Alternativa A	Alternativa B
Canon	700.000	1.200.000
Servicios públicos	Cuenta con todos los servicios públicos.	Cuenta con todos los servicios públicos. Posee línea telefónica
Actividades conexas	Cerca del hospital, Colsubsidio y varias EPS	Ubicado en el centro de la ciudad
Local	50 m2 en forma rectangular. Baño interno	55 m2 forma irregular. Baño interno
Reglamentación	Uso de suelo mixto	Uso de suelo residencial

Fuente: el autor

La microlocalización seleccionada para el proyecto es en el local ubicado cerca al hospital por la vía hacia Colsubsidio que obtuvo un total de 91 puntos sobre la localización en el local del centro que obtuvo 71 puntos.

Tabla 5. Definición de la microlocalización

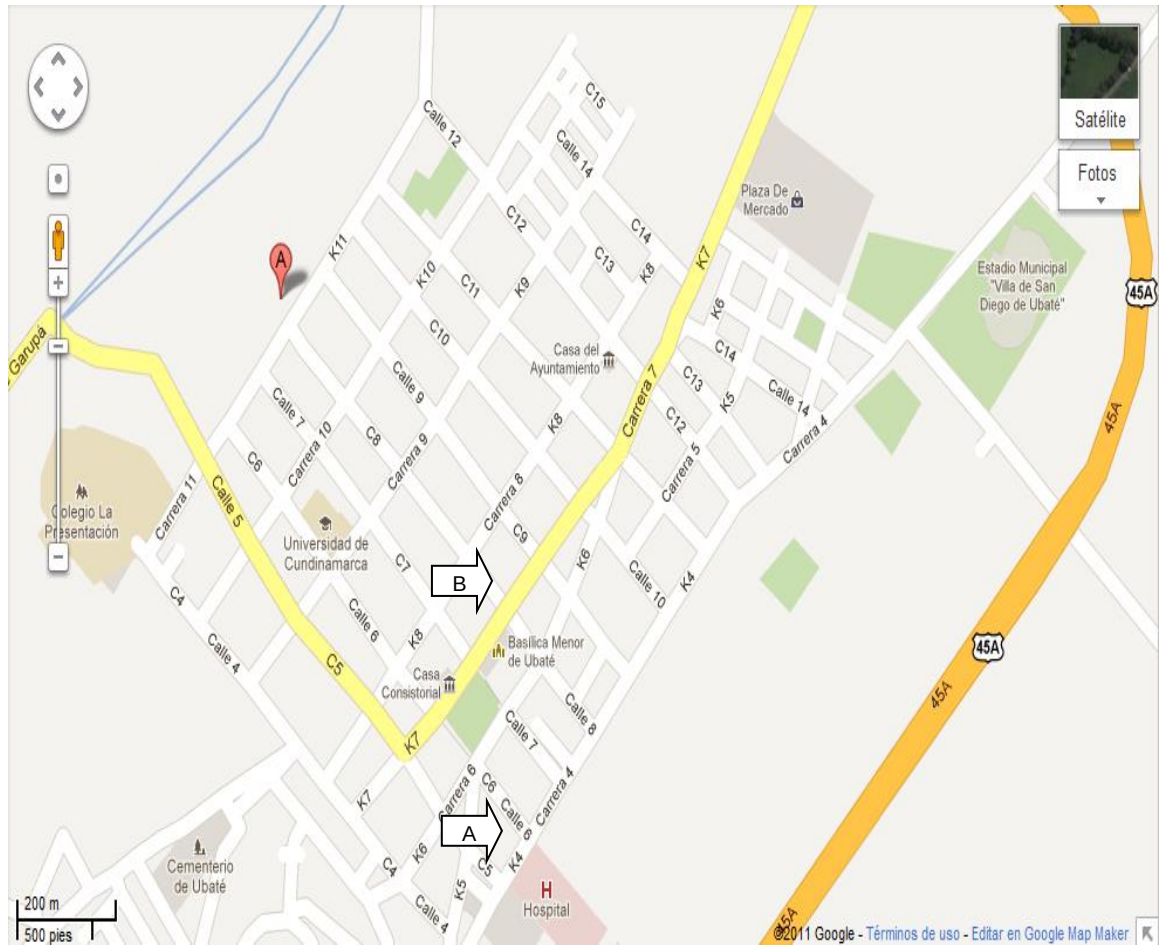
FACTOR	PESO ASIGNADO	ALTERNATIVA A		ALTERNATIVA B	
		CALIFICACIÓN ESC: 0-100	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN ESC: 0-100	CALIFICACIÓN PONDERADA
Canon	0,25	100	25	80	20
Servicios públicos	0,10	80	8	100	10
Actividades conexas	0,25	100	25	50	13
Local	.0,25	70	18	80	20
Reglamentación	0,15	100	15	50	8
Total	1,00		91,00		71,00

Fuente: el autor

Al revisar el mapa del casco urbano, se observa que la ubicación cercana al hospital es más conveniente debido a las actividades conexas con la droguería, además, está a pocos metros del parque principal y la basílica menor.

La siguiente ilustración muestra las dos opciones de ubicación para el proyecto de Hospitalización Domiciliaria.

Ilustración 1. Ubicación de las alternativas de localización A y B



Fuente: googlemaps.

3.2 DEFINICIÓN DEL SERVICIO

El servicio que se ofrece con este proyecto es el de hospitalización en casa, el cual comprende atención y cuidado de pacientes que por su complejidad no requieren servicios especializados ni hospitalización.

El servicio de hospitalización domiciliaria, segundo nivel se considerada como una alternativa asistencial del sector salud que consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja.

Se define el hospital domiciliario como “un servicio que proporciona tratamiento activo por parte de los profesionales de la asistencia sanitaria, en el hogar del paciente, para una enfermedad que de otro modo requeriría la atención del mismo en un hospital, siempre durante un período limitado”¹⁰.

3.3 LOS USUARIOS Y LOS PRESTADORES

Los usuarios son los pacientes que, aun cuando no necesitan toda la infraestructura hospitalaria para su tratamiento, requieren cuidados que superan en complejidad a los prestados por la atención primaria de salud. Asimismo, la Hospitalización Domiciliaria se realiza con pacientes que requieren cuidados médicos que no justifican su ingreso a un centro hospitalario.

El servicio es prestado por un equipo formado por:

- Personal de apoyo médico y de enfermería especializados, personal auxiliar; se consideran integradores de todos los procesos: monitoreo de pacientes, emergencias, asistencia las 24 horas. Médicos, personal de enfermería, terapeutas, trabajadores sociales y personal auxiliar deben estar dotados de los medios tecnológicos necesarios para acudir al domicilio del paciente para hacer diagnósticos y proveer tratamientos adecuados.
- Equipo logístico: transportes, comunicaciones, equipos especializados, equipos de oficina y consultoría.
- Equipo complementario: oxímetros, electrocardiógrafo, dopler fetal, succionadores, equipos de tracción ortopédica, monitor portátil guardián.

¹⁰SHEPPERD, S., ILIFFE, S. (2008) Hospital domiciliario versus atención hospitalaria estándar. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Página 2.

3.4 SEGMENTO

El segmento que abordará el programa de hospitalización domiciliaria, está representado por los hogares del Municipio de Ubaté y de aquellos circunvecinas en los cuales la ESE Hospital El Salvador tiene cobertura: Fúquene, Capellanía, Lenguazaque, Simijaca, Sutatausa, Susa, Carmen de Carupa, Cucunubá, Tausa y Guachetá. Para diferenciarlos, se tomarán los criterios de ubicación geográfica, estatus socioeconómico, estilos de vida, búsqueda de beneficios, tasa de uso y utilización del servicio.

El nicho de mercado que aspira tener el programa son todos aquellos hogares con afiliación al régimen contributivo e ingresos suficientes para suplir gastos relacionados con la salud y que requieren en determinado momento el servicio.

Según el Censo 2005, la proyección de población para el Municipio de Ubaté fue de 21.968 habitantes en el casco urbano para el 2010, de los cuales un 47,5% tenía afiliación al régimen contributivo para el mismo año:

CRITERIO	CARACTERÍSTICAS	MAGNITUD
Geográfico (DANE Censo)	Habitantes del municipio de Ubaté	21.968
	Habitantes de otros municipios	19.255
	Total	41.213
Edad (encuesta)	Población madura (mayor de 35 años)	63%
Clase social (DANE calidad de vida)	Media-alta (con afiliación al régimen contributivo del sistema de salud 2010)	47,5%
Estilo de vida	Orientado a la salud.	100%
Beneficios deseados	Servicio con calidad en el lugar donde se ubican sus hogares.	100%

Fuente: Adaptado por el autor del proyecto según datos tomados de Censo DANE 2005

El mercado meta para el proyecto se obtiene al multiplicar el número de habitantes existentes por cada uno de los porcentajes que representan las variables de segmentación, lo que significa que serían 12.333 personas establecidas en el municipio de Ubaté y alrededores, de clase social media-alta, que buscan cuidar la salud de toda la familia y expresan su aceptación y requerimiento del servicio en caso dado.

Al hallar el número de hogares (3,9 personas por hogar según el CENSO 2005) se obtienen 3.162 familias que son el nicho de mercado a atender, pues generalmente un único miembro de la familia paga el seguro médico para todos sus miembros.

3.5 ANÁLISIS DE LA DEMANDA

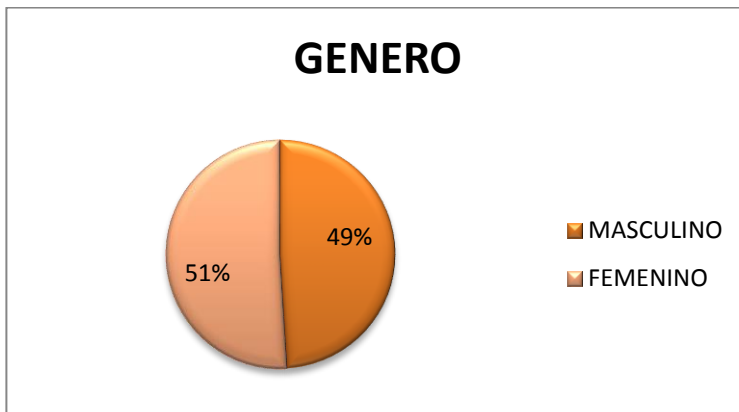
La demanda es el proceso a través del cual se determinan las condiciones que afectan el uso o utilización del servicio y por consiguiente se encamina al estudio de su comportamiento

actual y futuro en el área de influencia, teniendo en cuenta los niveles de pago de los consumidores.

Para el análisis se encuestaron 396 personas al azar, y se dividió la encuesta en dos partes, la primera que indagaba acerca de aspectos socioeconómicos y la segunda acerca de aspectos relacionados con el proyecto.

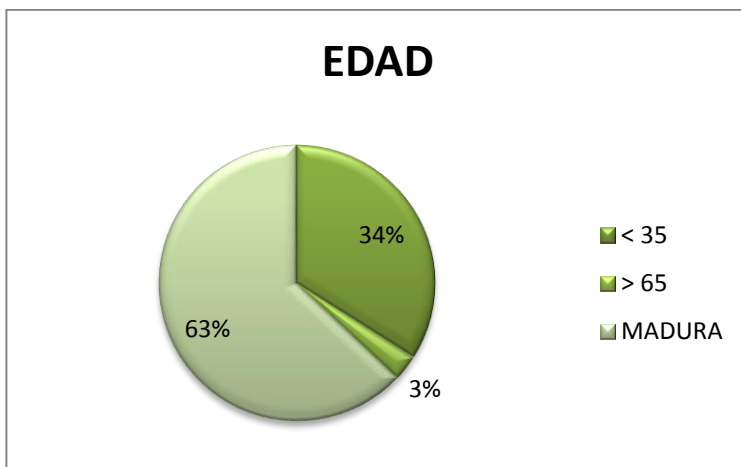
RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Gráfica 1. Genero de los habitantes de la Villa de San Diego de Ubaté.



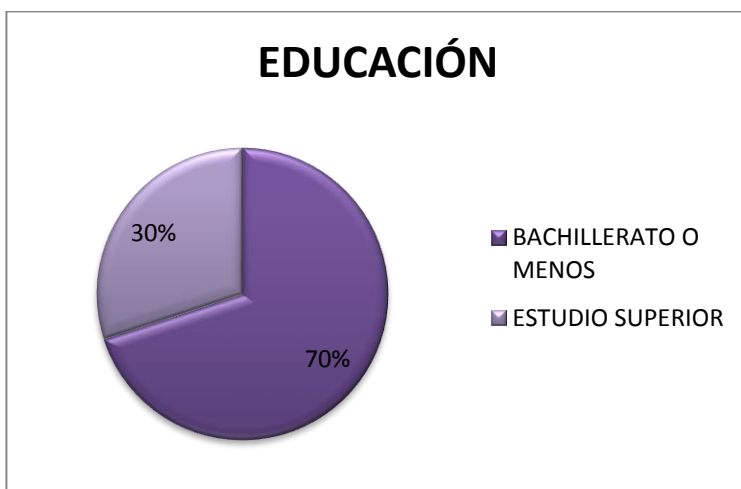
El 51% es del género femenino y el 49% masculino.

Gráfica 2. Edad de los habitantes de la Villa de San Diego de Ubaté.



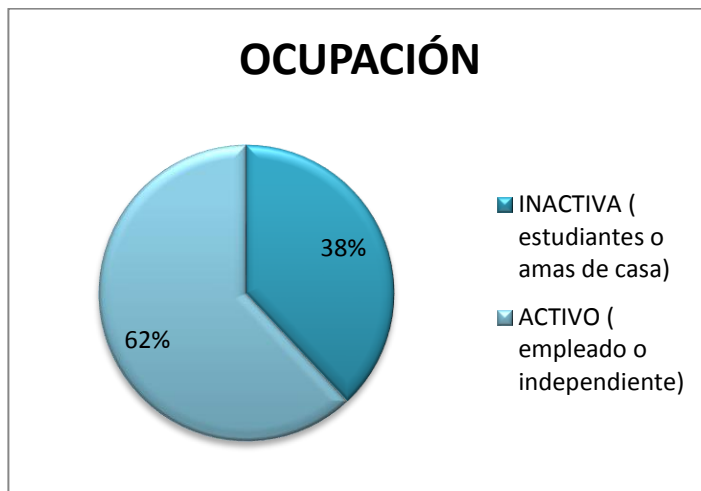
El 34% tiene menos de 35 años, el 3% más de 65 años, por lo que la población madura representa en 63% de los encuestados

Grafica 3 Educación de los habitantes de la Villa de San Diego de Ubaté.



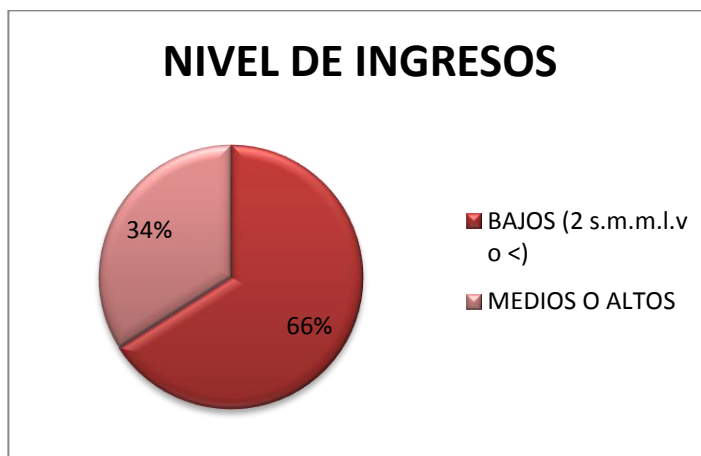
El 70% de la población tiene bachillerato o menor nivel educativo, el 30% restante tiene estudios superiores.

Grafica 4. Ocupación de los habitantes de la Villa de San Diego de Ubaté.



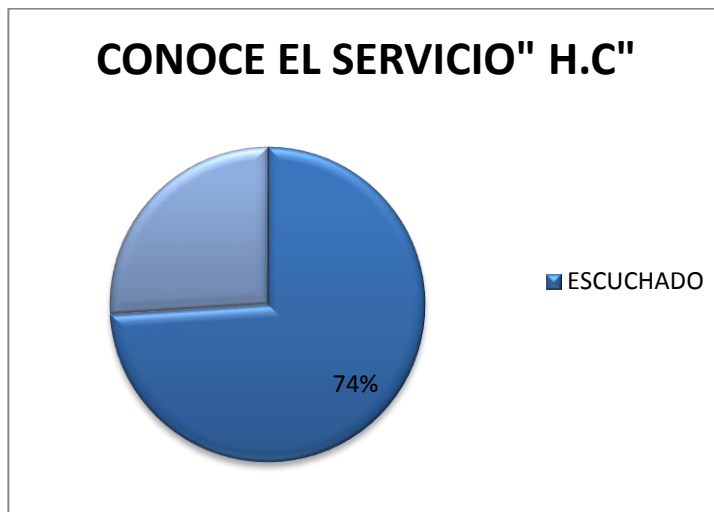
Un 38% es población inactiva (estudiantes o amas de casa), el 62% restante es activo (empleado o independiente).

Gráfica 5. Nivel de ingresos de los habitantes de la Villa de San Diego de Ubaté.



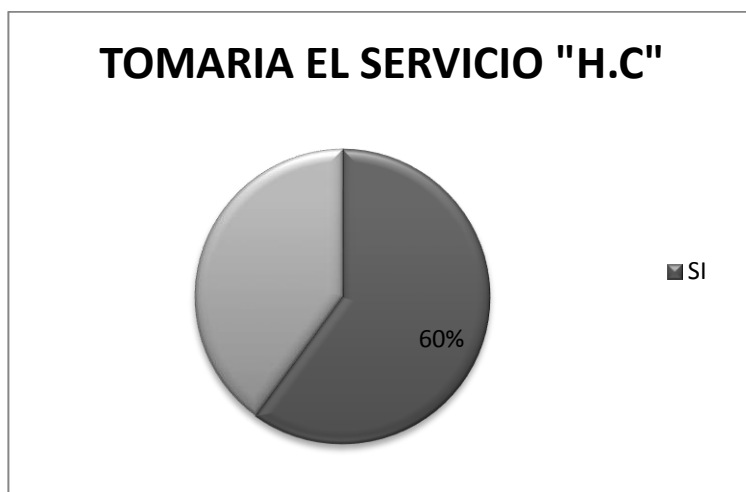
El 66% es de ingresos bajos (2 salarios o menos), el 34% restante tiene ingresos medios o altos.

Gráfica 6. Conoce el servicio de hospitalización en casa



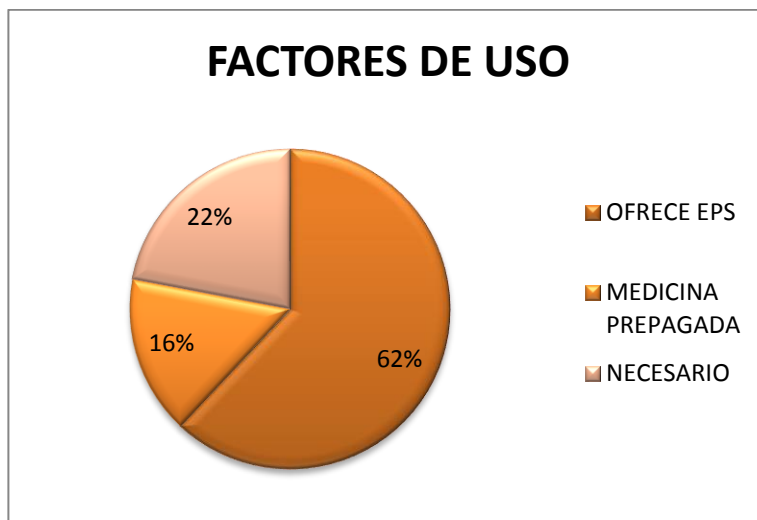
El 74% de los encuestados ha escuchado del servicio.

Gráfica 7. Tomaría el servicio de hospitalización en casa, reemplazando la hospitalización tradicional.



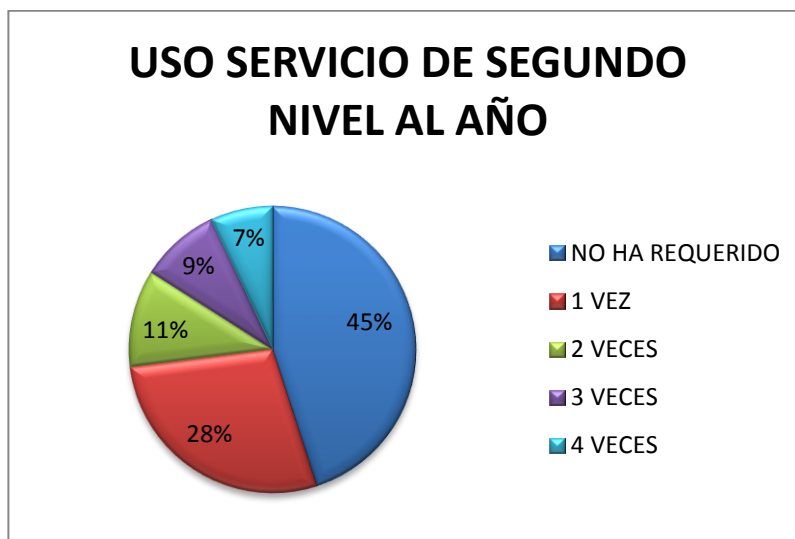
Un 60% afirma que tomaría este servicio si lo hubiera.

Grafica 8. Factores que determinan su uso



El 62% manifiesta que tomaría el servicio si lo ofrece la EPS, un 16% lo tomaría mediante un plan de medicina prepagada y otro 22% lo haría cuando fuera estrictamente necesario.

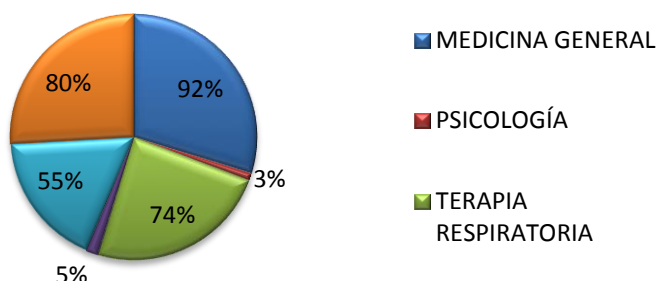
Gráfica 9. Veces al año que un miembro de la familia ha requerido servicios de segundo nivel durante el último año.



Un 45% no ha requerido el servicio de hospitalización en el último año, un 28% ha requerido una vez el servicio; un 11% dos veces; un 9% tres veces y un 7% cuatro veces. El promedio de servicios de nivel dos es de 1,05 servicios al año por hogar.

Gráfica 10. Servicios que ha utilizado en el último año, en el hogar

SERVICIOS UTILIZADOS EN EL ULTIMO AÑO



El 92% ha utilizado el servicio de medicina general.
 El 3% ha necesitado el servicio de psicología.
 El 74% ha utilizado el servicio de terapia respiratoria.
 El 5% ha hecho uso del servicio de fisioterapia
 El 55% utilizo el servicio de enfermera jefe
 El 80% hizo uso del servicio de enfermera auxiliar.

Con los resultados aquí reportados y el segmento se establece la demanda, la cual se ajusta a la siguiente formula.

$\text{Demanda} = \text{Nicho de mercado} * \text{Frecuencia de uso} * \text{Preferencia por el servicio.}$

El nicho de mercado con los hogares que pertenecen al segmento y que por ende tienen las mayores posibilidades de acceder al servicio de hospitalización domiciliaria.

La frecuencia de uso corresponde a las veces que el encuetado o los miembros de su familia hacen uso de algún servicio de los ofrecidos por el proyecto.

La preferencia es el porcentaje de encuestados que estarían dispuestos a hacer uso del servicio de hospitalización en casa.

$\text{Demanda} = 3.162 * 1,05 * 60\%$

$\text{Demanda} = 1.992 \text{ servicios al año.}$

La distribución por servicios prestados se asigna para aquellos con mayor potencial según los resultados de la encuesta para la pregunta de los servicios que había utilizado en el último año:

Tabla 6. Distribución de la demanda por tipo de servicio

Servicio	Porcentaje	Ponderado	Cantidad
Medicina general	92%	31%	618
Terapia respiratoria	74%	25%	498
Enfermera jefe	55%	18%	358
Enfermera auxiliar	80%	27%	538
Total	301%	100%	1.992

Fuente: el autor

La demanda futura tiene en cuenta la tasa de crecimiento poblacional del 1,8% anual y sigue la fórmula de crecimiento geométrico, la cual se utiliza para calcular el incremento de la población.

$$D1=1.992(1+1,8\%)^1=2.028$$

$$D2=1.992(1+1,8\%)^2=2.064$$

$$D3=1.992(1+1,8\%)^3=2.102$$

$$D4=1.992(1+1,8\%)^4=2.139$$

$$D5=1.992(1+1,8\%)^5=2.178$$

3.6 ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA

3.6.1 Competencia local (indirecta)

En el municipio la única competencia indirecta es el ESE Hospital El Salvador tiene habilitados los servicios de segundo nivel, por lo que sería la única competencia. Por tratarse de una entidad de segundo nivel, la ESE Hospital San Salvador de Ubaté cuenta con los siguientes servicios:

- Servicios especializados: urgencias, cirugía, pediatría, medicina interna, ginecología y obstetricia, odontología, farmacia, referencia y contrareferencia y ayudas diagnosticas (laboratorio clínico, imagenología, endoscopia, monitoría fetal y electrocardiografía).
- Consulta externa: medicina general, medicina interna, cirugía general, cirugía plástica, urología, pediatría, oftalmología, dermatología, ortopedia, nutrición, otorrinolaringología, electrocardiograma, gastroenterología, psicología, ginecología, trabajo social, terapia respiratoria, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, optometría, endoscopia, ecografía y rayos X.
- Servicios adicionales: la ESE cuenta con una unidad de información y un área de preconsulta de enfermería, donde se da orientación adecuada y consejería para los diferentes programas que se manejan tales como: crecimiento y desarrollo, infección

respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, hipertensión arterial, tuberculosis y lepra, enfermedades de transmisión sexual, cáncer de cervix uterino, cáncer de próstata, control prenatal, planificación familiar, lactancia materna, vacunación y programas de promoción y prevención.

Los servicios prestados durante el año 2013 fueron los siguientes:

Tabla 7. Servicios prestados por la ESE Hospital el Salvador

Servicio	Cantidad
Consulta externa	30.570
Hospitalización	2.088.422
Urgencias	270.334
Total	2.389.326

Fuente: ESE Hospital el Salvador

Los servicios apuntados en la tabla comprenden tanto servicios médicos como medicamentos, por lo que es difícil establecer cuales servicios realmente se prestan, sin embargo, dan una muestra de la alta demanda que tienen el centro de salud y el potencial que tendría el proyecto ya que no cubriría más del 0,1% de las necesidades totales.

3.6.2 Competencia nacional

En Colombia se empezó a implementar de manera sistemática con la aplicación de la Ley 100, en los últimos 16 años, hasta el punto de que “hoy casi todas las grandes aseguradoras tienen sus empresas filiales para la prestación del servicio domiciliario, y está en crecimiento constante” (Bohórquez; 2011, 2). Los ejemplos más importantes que se hallaron acerca de la implementación de este tipo de programas en el país son:

En Medellín, existen múltiples centros privados de atención post-hospitalización con equipo profesional y recursos tecnológicos, que ayudan a reducir la estancia hospitalaria, en pacientes con enfermedades crónicas, en estados comatosos prolongados, sin familia en la ciudad, pacientes con pérdida total de la autonomía, para personas pobres y también para aquellas con capacidad económica. (Bohórquez; 2011, 3).

En Bogotá, la Clínica Juan N. Corpas, ha desarrollado un programa novedoso y seguro, que está en capacidad de ofrecer a los usuarios un servicio de hospitalización domiciliaria, que no requiere infraestructura hospitalaria ni supervisión permanente del equipo de salud, gracias al cual, en las comodidades del hogar, pueden culminar el tratamiento indicado por el médico recibiendo los medicamentos requeridos con visita médica y de enfermería domiciliaria. (Clínica Juan N. Corpas; p. 28)

De acuerdo con la información otorgada por la Secretaría Distrital de Salud, actualmente son 11 las instituciones que prestan el servicio de hospitalización domiciliaria a pacientes de todos los estratos socioeconómicos en la ciudad de Bogotá:

- 1 Sociedad de Enfermeras Profesionales LTDA-SEP Ltda.
- 2 Enfeter S.A.
- 3 Home Salud Ltda.
- 4 Clínica Colsanitas S.A.
- 5 Grupo SaludCoop
- 6 Medicina Laboral E.U.
- 7 Innovar Salud Ltda.
- 8 Medicamentos Especializados S.A.
- 9 Habilitar Servicios Terapéuticos Ltda.
- 10 Corporación Hospitalaria Juan Ciudad
- 11 Cuidarte Tu Salud S.A. (Ministerio de la Protección Social, 2010).

Se halló igualmente que la Corporación IPS Tunja, tiene un protocolo que regula el servicio de hospitalización en casa y los procedimientos restringidos en el mismo.

3.7 PLAN DE MERCADO

3.8 EL SERVICIO

Con el programa de hospitalización en casa se busca poner al alcance de todos, una medicina de gran sentido social a un bajo costo, con uso racional de la tecnología y una alta eficiencia y eficacia, basando su atención en el siguiente aspecto:

Valoración.

Atención domiciliaria.

Los servicios que se ofrecerán son:

- a. Medicina general.
- b. Terapia respiratoria
- c. Enfermería jefe
- d. Enfermería auxiliar

Los servicios se distinguirán, tanto por la atención en casa, como por la calidez de los profesionales que atienden los pacientes. El mejor servicio está representando en la posibilidad de ser atendido por profesionales en la comodidad del hogar y con una mayor dedicación y cuidado al que se recibe en una institución hospitalaria.

- Medicina general: Un profesional en la salud dedicará como mínimo una hora de su tiempo para atender al paciente y en la cual no solo hará el diagnóstico o el tratamiento, sino que también entablara una relación de confianza en la cual puede recetar medicamentos que realmente ayudan a solucionar su problema sin la limitación

del Plan Obligatorio de Salud (POS). En la atención hospitalaria la dedicación del médico al paciente no supera los veinte minutos.

- Terapia respiratoria: de igual manera que con el servicio de medicina general, la terapia respiratoria no se limita a una sesión de 20 o máximo 30 minutos, sino que tiene una dedicación de una hora, en la cual el paciente recibe un tratamiento completo que implica menos sesiones y mayor efectividad del servicio.
- Enfermera auxiliar: los centros de salud ofrecen el servicio de enfermería auxiliar por periodos de 10 minutos y hasta cinco veces al día, tiempo que se dedica a verificar si el paciente recibe los medicamentos o tiene alguna inquietud o necesidad y atiende todos los pacientes posibles; por su parte el servicio de hospitalización en casa ofrece la posibilidad de recibirlo por las 24 horas, sin interrupciones y atención exclusiva para quien lo toma.
- Enfermería jefe: de manera similar a como se ofrece el servicio de enfermería auxiliar, en los centros de salud, la enfermería jefe es una atención esporádica para supervisar la aplicación de tratamientos o medicamentos, por ello el servicio de hospitalización en casa ofrece como valor agregado la posibilidad de recibir una visita por un término de una hora, donde la enfermera jefe dedicara toda su capacidad a atender todas las necesidades del paciente y supervisar los procedimientos de la enfermera auxiliar cuando sea necesario.

3.9 RESULTADO DE LA INVESTIGACION DE MERCADO

El servicio estará enfocado a:

- a. Brindar atención médica y/o paramédica en la residencia del paciente en forma integral de acuerdo a las necesidades del mismo, la pertinencia, la racionalidad y la suficiencia.
- b. Involucrar en el proceso de atención domiciliaria al paciente y la familia buscando su participación activa en el cuidado brindándoles entrenamiento para cuidar a su familiar, así como herramientas para identificar y notificar oportunamente los factores de riesgo o complicaciones al equipo de salud tratante.
- c. Establecer los objetivos del tratamiento domiciliario propuesto en términos de curación, rehabilitación o mantenimiento del estado de salud a corto o largo plazo.
- d. Mejorar la función y satisfacción de los pacientes, fomentando la educación sanitaria tanto del paciente como del conjunto familiar con el fin de optimizar los conocimientos, modificar hábitos y conductas negativas que ayuden a incrementar el nivel de salud y autocuidado a través de un trato más personalizado y directo.
- e. Brindar solución de vigilancia activa a determinados enfermos con problemas de movilidad y dificultades para acceder a los centros sanitarios.

f. Superar los sufrimientos e inconvenientes del paciente al tener que acudir a diario al hospital porque es el hospital el que acude a casa.

g. Ayudar a determinados enfermos que, por una u otra razón, tienen problemas de movilidad, sin poner en peligro su vida y su seguridad, y bajo un modelo multidisciplinario que pretende ofrecerles no sólo los cuidados médicos necesarios sino una mayor calidad de vida.

Se trata, en definitiva, de una estrategia de atención extra-hospitalaria en la que caben una gran diversidad de actividades: fomento y protección de la salud, atención primaria, prevención clínica, rehabilitación y hospitalización domiciliaria con uso de equipos especializados, descongestión de las salas hospitalarias, ofrecer al paciente un trato más humano y favorable a su recuperación.

3.10 LAS TARIFAS

La estrategia de valor agregado es más por mas, es decir, un mejor servicio por un mayor precio. Los diferenciadores del servicio se mostraron en producto.

Tabla 8. Tarifas de los servicios de hospitalización en casa

Servicio	Tarifa proyecto	Competencia indirecta (E.S.E)
Medicina general (consulta)	100.000	36.500
Terapia respiratoria (sesión)	50.000	20.300
Enfermería auxiliar (día)	50.000	9.000
Enfermería jefe (visita)	70.000	20.300

Fuente: el autor y base de datos dela ESE Hospital el Salvador.

El mayor precio está justificado en el tiempo de dedicación del servicio y el recibirlo en el domicilio del paciente.

Formula de Tarifa = costo variable unitario* 1+ porcentaje de ganancia

3.11 DISTRIBUCIÓN

El servicio es prestado directamente al usuario en el lugar de residencia, por lo que se utiliza un canal directo. Para lograrlo, se harán convenios con la ESE hospital el Salvador de Ubaté y las EPS de la región, con el fin que se contrate con ellos la prestación del servicio y para darle información al usuario de la existencia del servicio.

3.12 COMUNICACIÓN

Para dar a conocer el servicio y sus ventajas, lo primero son las relaciones personales con los Gerentes o encargados de las EPS e IPS de la región, pues son ellos los que comunicaran a los usuarios la alternativa que tienen para acceder a un servicio de calidad.

Para el público en general se utilizaran volantes que se dejaran en los sitios de atención al usuario o salas de espera de las IPS y EPS, el volante tendrá información de los servicios prestados y la información de contacto. También se colocaran cuñas radiales.

El proyecto invertirá en una página Web institucional que informe apropiadamente todas las ventajas de los servicios ofrecidos y sea un punto de referencia para usuarios del sistema y potenciales clientes.

4 ESTUDIO TÉCNICO

4.1 TAMAÑO

El mercado atendido será aquel que fue referenciado en la demanda como mercado potencial. El tamaño está determinado por el personal necesario para atender los servicios demandados, los cuales se exponen en la siguiente tabla.

Tabla 9. Tamaño del proyecto

Servicio	Cantidad máxima	Servicio diarios de un profesional	Días necesarios	Personal a vincular
Medicina	618	6	103	0,5
Terapia	498	6	83	0,5
Jefe	358	6	60	0,5
Auxiliar	538	1	538	3

Fuente: el autor

La capacidad máxima es igual a los servicios demandados.

Los servicios diarios prestados por un profesional son iguales a una hora de atención más el desplazamiento. Para la enfermera auxiliar, solo puede prestar un servicio al día debido a que es continuo.

Los días necesarios se obtienen de dividir los servicios demandados en los servicios que un profesional puede atender al día.

Finalmente, el personal vinculado es aquel que resulta de dividir los días necesarios en 240 días laborales en el año. Se aproxima a media jornada o jornada completa; se observa que en todos los servicios existe tiempo de holgura para atender servicios adicionales.

El tamaño no crece durante todo el proyecto ya que se presupuesta para el nivel máximo de servicios que se alcanza en el año 5.

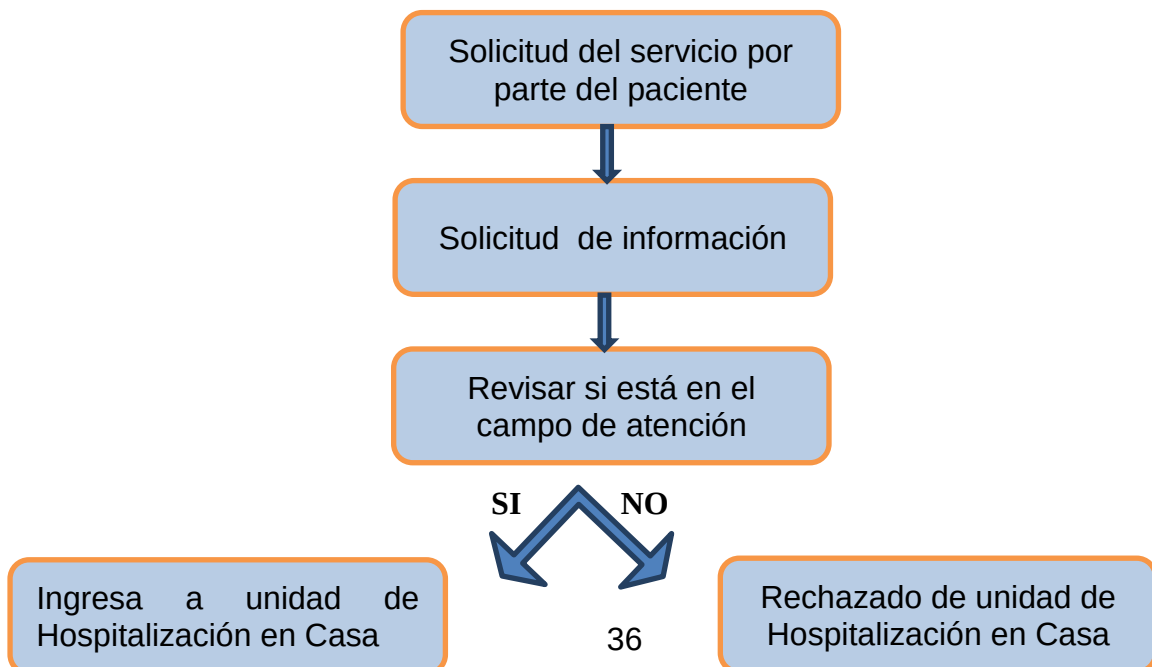
4.2 PLAN DE COMPRAS

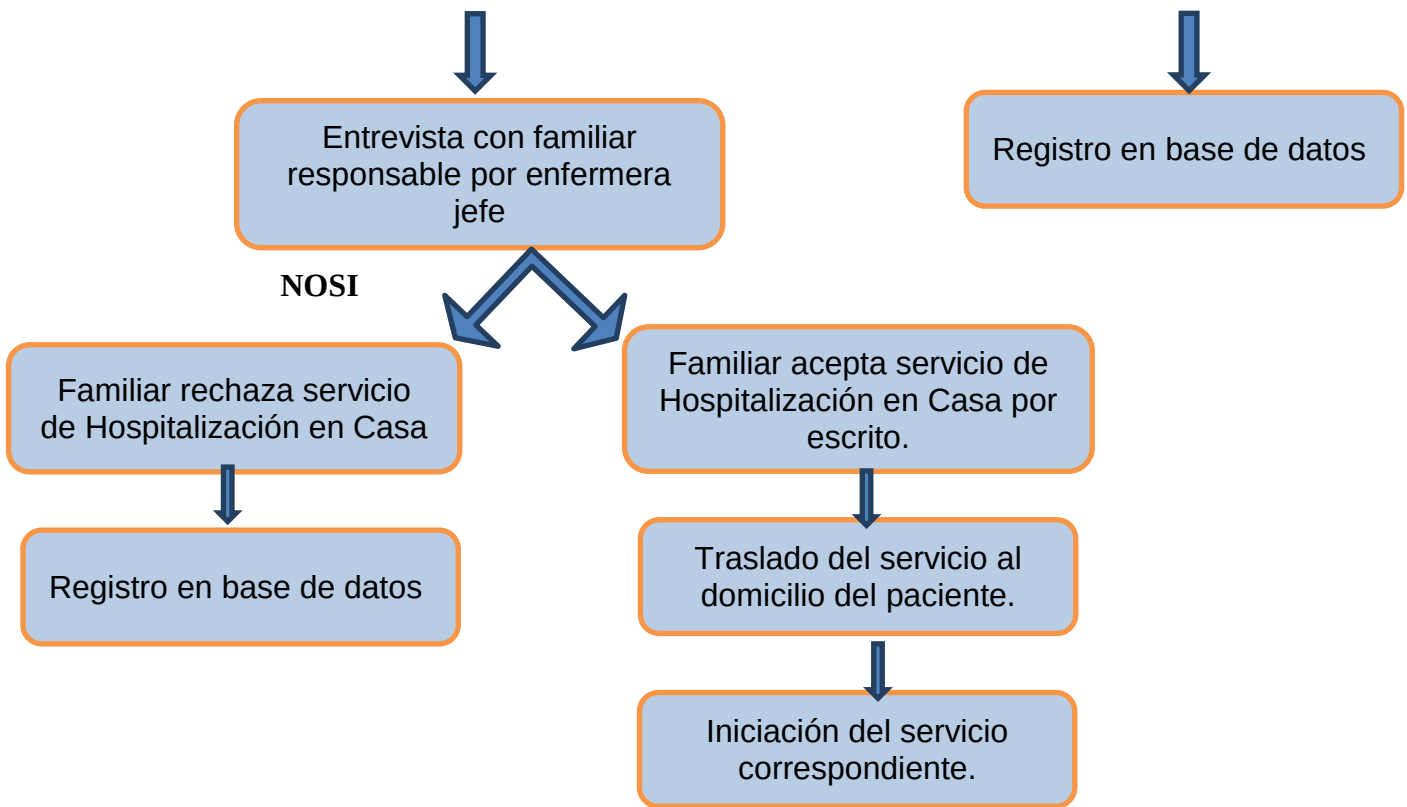
Elementos:

- Bala
- Unificador
- Monitor Signos vitales
- Botiquín
- Cánula
- Concentrador
- Tensiómetro

Ver tabla 11 Costos de elemento (Instrumentación medico e Instrumentos de Enfermería)

4.3 FLUJOGRAMA





El servicio tiene como objetivo brindar a la comunidad la plena satisfacción de sus necesidades en todo lo que tiene que hospitalización y servicios de medicina general y terapia respiratoria y para ello debe:

- Cumplir con los parámetros establecidos por la norma para los servicios de hospitalización.
- Contar con instrumentos médicos apropiados para los servicios ofrecidos.
- Poseer un personal capacitado, certificado y con una excelente trayectoria ética y profesional.
- Obtener la habilitación para los servicios de enfermería.
- Valoración.
- Atención domiciliaria.
- Medicina general.
- Terapia respiratoria
- Enfermería jefe
- Enfermería auxiliar

4.3.1 Proceso de contacto con el usuario

El cliente contacta el servicio a través de la EPS, seguro de salud o por cuenta propia, ser le realiza una primera visita para levantar su historia clínica y conocer todas las necesidades que este necesita suplir.

4.3.2 Pacientes se reciben.

- Pacientes de hospitalización o consulta externa.
- Crónicos con limitaciones.
- Pacientes con enfermedad terminal.
- Pacientes remitidos de otras instituciones a institución de baja complejidad para continuidad de manejo o tratamiento de la enfermedad o procedimiento.
- Pacientes que requieren curaciones o cambio de sonda.
- Proceso de contacto con el usuario
- Pacientes respiratorios.

4.3.3 Proceso de prestación del servicio

Los servicios de las EPS y medicina prepagada debe ser autorizado por el seguro, mientras que los casos por pago únicamente se programan. En el sistema operativo se agenda la visita y se comunica al profesional.

Al momento de solicitar el servicio, este debe ser facturado y cancelado por parte del usuario.

Finalmente, cuando se presta el servicio se hacen recomendaciones y sugerencias para fidelizar al usuario con la empresa.

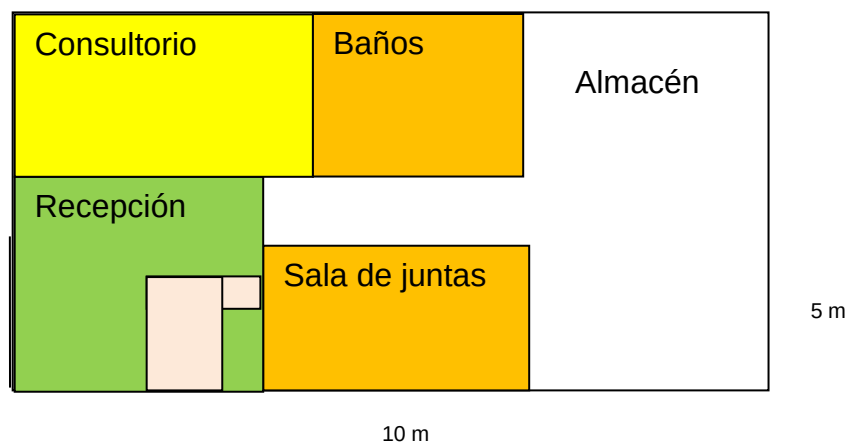
4.4 REQUERIMIENTOS

4.4.1 Diseño de planta

Las instalaciones del establecimiento deben ser frescas y limpias, por ello toda el área se pintará en blanco y se iluminará tenuemente. El canon de arrendamiento será de \$700.000 mensual.

Las instalaciones tienen un área de 50 m² en un local rectangular y se organiza la oficina de recepción, un consultorio, una sala de juntas y el almacén.

Ilustración 2. Diseño de planta



Fuente: el autor

4.4.2 Maquinaria y equipo

Para desarrollar el proyecto se requieren los siguientes elementos:

Tabla 10. Maquinaria y equipo necesario

Activo	Tipo	Cantidad	Valor	Total
--------	------	----------	-------	-------

Estantes bodega	Muebles	5	200.000	1.000.000
Camilla	Muebles	1	400.000	400.000
Instrumentación medico	Enseres	1	500.000	500.000
Muebles varios	Muebles	3	1.000.000	3.000.000
Instrumentos de enfermería	Maquinaria	1	300.000	300.000
Canecas	Muebles	5	50.000	250.000
Computador POS y caja	Computo	1	1.500.000	1.500.000
Fax	Computo	1	500.000	500.000
Total				7.450.000

Fuente: el autor

4.4.3 Gastos preoperativos

Para iniciar operaciones el local debe ser adecuado y obtener las licencias respectivas, también se debe comprar un programa para administrar los inventarios y llevar el registro de caja.

Tabla 11. Gastos preoperativos

Activo	Valor
Adecuaciones	3.000.000
Licencias legales de funcionamiento de secretaria y salud, oficina de planeación municipal.	1.000.000
Capacitación y adiestramiento inicial	500.000
Software administrativo	3.000.000
Total	7.500.000

Fuente: el autor

5 ESTUDIO LEGAL Y ADMINISTRATIVO

5.1 SOLUCIÓN EMPRESARIAL

5.1.1 Nombre o razón social

El proyecto tomara el nombre de Hospitalización en Casa para la Sanidad S.A.S. y tendrá como sigla Hospisan S.A.S.

5.1.2 Tipo de empresa

El proyecto asume la forma de una sociedad por acciones simplificada de propiedad de un único accionista, que hace parte del sector de comercio y servicios.

Esta empresa pertenece al sector de prestación de servicios de salud.

5.1.3 Análisis legal de la unidad empresarial

Con la Ley 1258 de 2008 se crean las empresas denominadas “Sociedades por Acciones Simplificadas”, las cuales tienen la posibilidad de conformarse con el capital o una parte del patrimonio del propietario y conformar una persona jurídica totalmente distinta, lo que contribuye a proteger el patrimonio no aportado, hecho diferenciador con el ejercicio natural del comercio como persona natural, en donde la totalidad del patrimonio ayuda a respaldar las obligaciones del comerciante.

Con respecto a las personas jurídicas, hábiles para ejercer el comercio, las empresas unipersonales eran las únicas que tenían esas características, pero la misma norma las obliga a hacer tránsito a esta modalidad de empresa. Las otras formas de empresa deben tener más de dos o cinco socios, lo cual las hace inconveniente, toda vez que se trata de un único propietario.

Por otra parte, existen múltiples beneficios para las S.A.S, que es la sigla que adoptan este tipo de organizaciones y en las cuales se puede contar las reportadas por la Ley 1429 de 2010, en la cual se estipula el pago gradual de impuestos de renta, parafiscales y de industria y comercio, así como algunos beneficios adicionales por la generación de nuevos empleos para cierto tipo de grupos poblacionales, en especial, para los jóvenes, los cuales cumplen el perfil para ocupar cargos como vendedor o cajero ya que no requieren mayores niveles educativos.

Con la nueva reforma tributaria, Ley 1607 de 2012, las empresas que generen empleo a partir del primero de Julio del 2013, tendrán descuentos totales en los pagos patronales de salud, SENA e ICBF, lo que conlleva más incentivos para la formalización empresarial y del empleo y que equivalen a cerca de 23% del costo de la nómina.

5.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

5.2.1 Misión

Hospisan S.A.S. prestar servicios con calidad y eficiencia comola mejor alternativa en el tratamiento hospitalario de los pacientes en servicios de medicina general, terapia respiratoria y enfermería en Ubaté bajo un nuevo esquema eficaz y eficiente con una labor incansable para generar un ambiente de progreso en la región.

En la prestación del servicio, Hospisan S.A.S. brindara al usuario respeto y calidez humana.

5.2.2 Visión

Para el 2020, Hospisan S.A.S prestara un servicio más innovador teniendo en cuenta los avances tecnológicos como el servicio de telemedicina y servicio de medicina internay por tanto será a su vez la institución más exitosa de la región.

5.2.3 Valores corporativos

- Compromiso: entrega, dedicación y convencimiento, presentes en nuestras acciones para el cumplimiento de los objetivos personales y empresariales.
- Ética: nuestros principios morales nos conducen al buen comportamiento y nos orienta hacia el logro de una armonía individual y social.
- Responsabilidad: cumplimos eficientemente con los compromisos adquiridos.
- Excelencia: nos esforzamos permanentemente por satisfacer las expectativas de nuestros clientes, buscando siempre ser los mejores del mercado en cuanto a calidad en nuestros productos.
- Respeto: valoramos a las personas como a nosotros mismos, entendiendo que nuestra libertad llega hasta donde inicia la de los demás.
- Innovación: imprimimos creatividad e imaginación en nuestro trabajo con dinamismo y conocimiento, teniendo mente abierta hacia nuevos horizontes.
- Liderazgo: nos caracterizamos por contar con un equipo de trabajo altamente comprometido en el desarrollo de su potencial, que orienta sus esfuerzos en la consecución de los objetivos organizacionales a través de la innovación, competitividad, motivación y conocimiento, generando valor agregado al bienestar y calidad de vida de los colombianos.

5.2.4 Ventajas corporativas

Hospisan S.A.S. se diferenciará de la competencia en aspectos tales como:

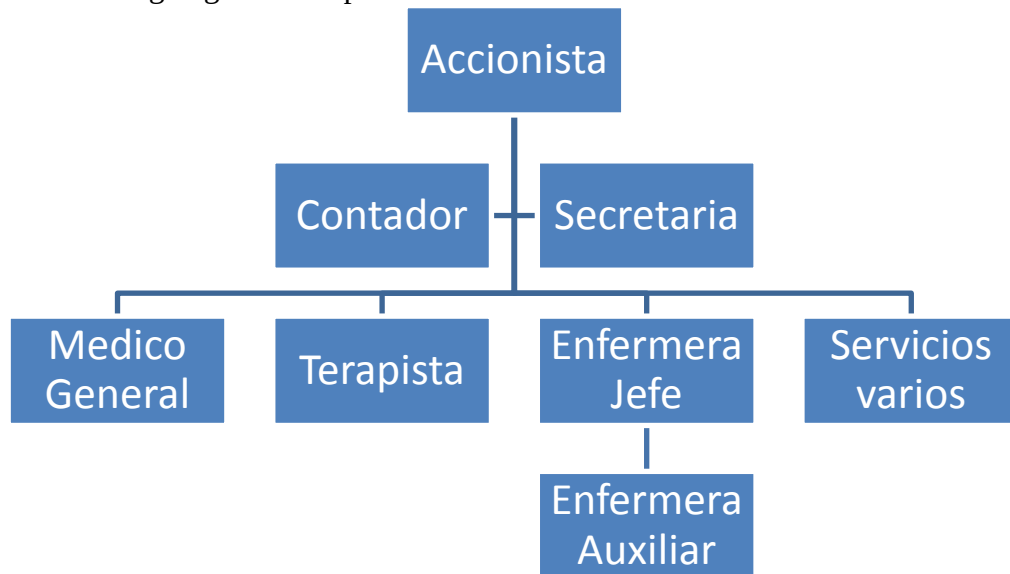
- Prestación del servicio en la residencia del usuario, siempre contando con el respaldo de la ESE Hospital el Salvador.
- Servicio más humano y calidez en el trato personalizado entre el profesional, el usuario y su familia.
- Brindar un servicio donde se resalte la puntualidad y eficiencia.

5.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

5.3.1 Diseño organizacional

La empresa se organiza de manera funcional de acuerdo con las especialidades de los profesionales, es decir, cuenta con un área administrativa conformada por el Gerente y la Secretaria y una operativa que comprende el Medico General, la Terapista y las Enfermeras.

Ilustración 3. Organigrama Hospisan S.A.S.



Fuente: el autor

Médico General.

Nivel de estudio profesional en el área de la salud, con experiencia minima de un año en medicina general, en sus funciones debe

5.3.2 Tipo de contratación

El personal médico necesario y el terapeuta serán contratados por prestación de servicios debido a que no requieren tiempo completo, así mismo el contador y la persona de servicios generales.

La enfermera Jefe seria contratada por medio tiempo, ya que la legislación lo permite y las enfermeras auxiliares por tiempo completo. El Gerente y la secretaria tendrían contrato laboral de tiempo completo.

5.3.3 Escala salarial

Los salarios presupuestados son los siguientes:

Tabla 12: Asignación salarial de la planta de personal

Nivel	Salario base	Cargos	Tipo de contrato	Puestos de trabajo
Profesional	1.900.000	Gerente	Laboral tiempo completo	1
Profesional	1.500.000	Medico	Prestación de servicios – disponibilidad 6 horas diarias.	1
Tecnológico	700.000	Enfermera Jefe	Laboral medio tiempo.	1
Tecnológico	1.000.000	Terapista	Prestación de servicios – disponibilidad 6 horas diarias.	1
Técnico	700.000	Enfermera Auxiliar	Laboral tiempo completo	3
Técnico	700.000	Secretaria	Laboral tiempo completo	1

Fuente: el autor.

Los costos a la nómina a cargo del empleados equivalen al 38,8% del salario, los cuales se toman de la nueva reglamentación.

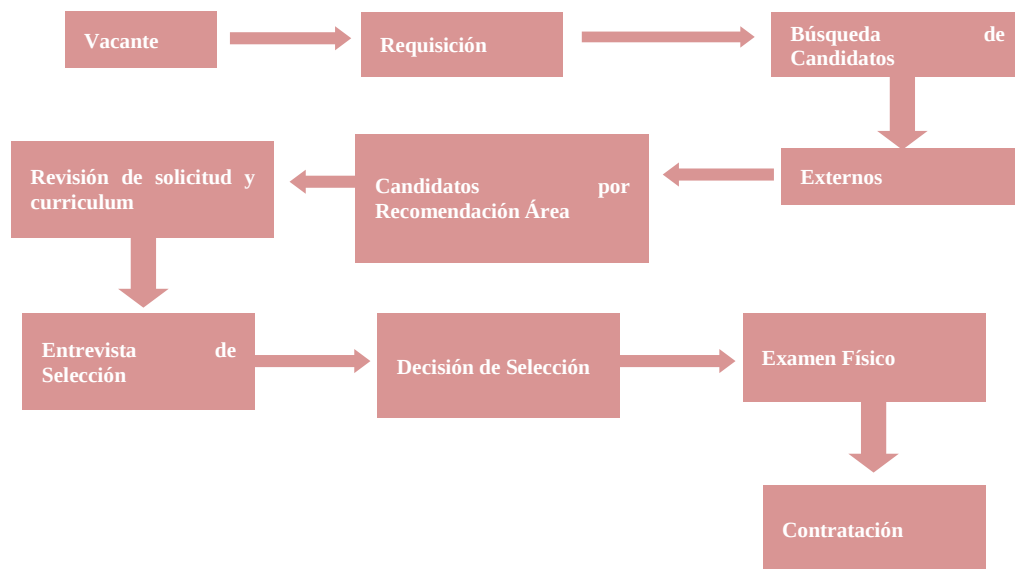
La empresa estaría generando 8 empleos directos, vinculados mediante contratos de trabajo (2 por medio tiempo). El contador se contrata mediante OPS por un valor de \$300.000 el mes y una personas para servicios varios con OPS por un valor de \$300.000 mensual.

5.3.4 Contratación del personal

Para la selección del personal y la respectiva contratación todos los trabajadores deben pasar por una entrevista exhaustiva, en la cual se indaga el conocimiento del cargo y de farmacia. Todos los trabajadores contarán con las prestaciones legales y una vez se cumpla con el proceso de contratación, se desarrollarán capacitaciones específicas para cada cargo.

El proceso de contratación será el siguiente:

Ilustración 4. Proceso de contratación del personal



Fuente: el autor

6.3.5 Análisis del Cargo

Denominación del Empleo: **Medico General**

Nivel de Estudios: Profesional

Dependencia Jerárquica: Gerente.

Experiencia: 1 año.

Propósito Principal: Desarrollar todas las acciones profesionales en el campo de la medicina tendientes a la prevención y rehabilitación de manera personalizada.

Funciones:

- Llevar a cabo las acciones profesionales para la realización del proceso de consulta personalizada a los pacientes, cumpliendo los horarios y procesos administrativos.
- Determinar el tratamiento y actividades a ejecutar.
- Realizar revista médica en los servicios asignados, verificar el cumplimiento de las órdenes al personal de enfermería, determinar las acciones a seguir para cada

paciente, instruyendo al personal sobre los procedimientos que deben ser empleados.

- Participar activamente en las reuniones y programas para las cuales sea convocado.
- Responder por el manejo, guarda y custodia de los bienes entregados por la entidad para el desempeño de sus funciones.

Conocimientos Básicos o Esenciales:

- Decreto 2309 de 2002 Sistema de Garantía de Calidad.
- Decreto 1295 de 1994 Sistema General de Riesgos Profesionales.
- Manejo de herramientas informáticas básicas.

Denominación del Empleo: **Terapista Respiratoria.**

Nivel de Estudios: Profesional

Dependencia Jerárquica: Gerente.

Experiencia: 1 año.

Propósito Principal: Aplicar los tratamientos adecuados para rehabilitación de pacientes con impedimentos respiratorios causados por deficiencias pulmonares, mediante el uso de técnicas y medios apropiados.

Funciones:

- Cumplir con horarios para la prestación de los servicios de sesiones respiratorias.
- Organizar el servicio de terapia.
- Planear, programar y coordinar los programas de terapia tendientes a la labor de diagnóstico y tratamiento.
- Realizar los tratamientos de terapia respiratoria, empleando las técnicas y procedimientos adecuados a los pacientes hospitalizados.
- Realizar los controles que sean requeridos, hasta que se determine el alta del paciente.
- Mantener un registro permanente para el control de consulta por paciente.
- Preparar semanalmente el informe estadístico de terapias, indicando el número de pacientes y la cantidad de sesiones realizadas.

Conocimientos Básicos o Esenciales:

- Decreto 2309 de 2002 Sistema de Garantía de Calidad.
- Decreto 1295 de 1994 Sistema General de Riesgos Profesionales.
- Manejo de herramientas informáticas básicas.

Denominación del Empleo: Enfermero.

Nivel de Estudios: Profesional

Dependencia Jerárquica: Gerente.

Experiencia: 1 año.

Propósito Principal: Programar, ejecutar, supervisar controlar y evaluar las acciones de enfermería con el fin de brindar cuidado integral al paciente y la familia de acuerdo con las políticas establecidas de la entidad.

Funciones:

- Participar en el registro de ingreso y egresos del paciente del servicio asignado.
- Elaborar diariamente y por escrito la asignación de actividades a realizar por el personal auxiliar de enfermería.
- Coordinar y evaluar la ejecución de labores asignadas al personal auxiliar de enfermería.
- Revisar las historias clínicas de los pacientes que ingresan al servicio, verificando orden de hospitalización, medicamentos de diagnóstico, diligenciar correctamente las tarjetas de medicamentos.
- Verificar órdenes de egreso de los pacientes hospitalizados, comprobar el egreso hospitalario, autorizar y firmar la boleta de alta.
- Responder por el manejo, de los bienes entregados por la entidad, para el desempeño de sus funciones, así como la información de la cual tenga conocimiento.

Conocimientos Básicos o Esenciales:

- Decreto 2309 de 2002 Sistema de Garantía de Calidad.
- Decreto 1295 de 1994 Sistema General de Riesgos Profesionales.
- Manejo de herramientas informáticas básicas

Denominación del Empleo: **Enfermero.**

Nivel de Estudios: Asistencial

Dependencia Jerárquica: Enfermera Jefe

Experiencia: 1 año.

Propósito Principal: Ejecutar las labores necesarias para la atención integral del paciente de consulta personalizada, teniendo en cuenta el proceso de salud enfermedad como marco general de referencia, colaborando en la ejecución del tratamiento.

Funciones:

- Realizar la verificación del registro de novedades y anotar los procedimientos especiales para pacientes que así lo requieran.
- Revisar la historia clínica del paciente y determinar la acción específica de acuerdo con la indicación médica.
- Ayudar al paciente a desplazarse, movilizarse, etc.
- Efectuar los cuidados especiales a pacientes post-operatorios.
- Tomar muestras de orina y efectuar la anotación en el formato respectivo.
- Tomar los signos vitales y registrarlos en la periodicidad establecida.

- Atender en forma inmediata las emergencias que se presenten.
- Atender debida y oportunamente el ingreso de pacientes al servicio.
- Mantener adecuada dotación de materiales y elementos requeridos

6 ESTUDIO FINANCIERO

El estudio financiero se realiza a pesos constantes. Todos los reportes están representados en pesos por año.

6.1 PRESUPUESTO DE INVERSIONES Y FINANCIACIÓN

6.1.1 Activos fijos

Los activos se dividen en maquinaria y equipo, muebles y enseres, equipo de cómputo y comunicación y los vehículos (Ver numeral 5.4. Requerimientos). El periodo de depreciación es el legal, según lo estipulan las normas contables de aceptación en Colombia.

Tabla 13. Inversión en activos fijos y depreciación

Inversión Fija	Costo	Vida Útil	Depreciación anual	Salvamento
Maquinaria y equipo	2.450.000	10	245.000	1.225.000
Computo	2.000.000	5	400.000	-
Muebles y enseres	3.000.000	10	300.000	1.500.000
Total	7.450.000		945.000	2.725.000

Fuente: el autor

El valor de salvamento es la diferencia entre el valor de los cinco años de depreciación y el valor del bien.

6.1.2 Activos diferidos

Los activos diferidos se amortizan a cinco años por un valor de \$1.500.000.

6.1.3 Capital de trabajo

El capital de trabajo es el efectivo disponible que debe tener el inversionista para el primer mes de gastos por \$10.000.000 (aproximadamente 9.000.000 en nómina y 1.000.000 en arriendo).

6.1.4 Financiación

Para financiar la inversión se adquiere un crédito a cinco años a una tasa del 24% efectivo anual y un valor de \$10.000.000. Para efectos del cálculo, la cuota periódica se calcula de forma anual, la cual equivale a \$3.642.477 durante los cinco años de planeación.

Aunque los créditos bancarios requieren pago de cuotas mensuales, se proyectan de forma anual, con el fin de simplificar el análisis.

El comportamiento del crédito se aprecia en la siguiente tabla de amortización:

Tabla 14. Amortización del crédito a cinco años

Concepto	0	1	2	3	4	5
Saldo de capital	10.000.000	8.757.523	7.216.851	5.306.418	2.937.482	-0
Amortización		1.242.477	1.540.672	1.910.433	2.368.937	2.937.482
Interés		2.400.000	2.101.805	1.732.044	1.273.540	704.996

Fuente: el autor

6.1.5 Flujo de inversión

Los flujos generados por la inversión y financiación son los siguientes:

Tabla 15. Flujo de inversión

Concepto	0	1	2	3	4	5
Inversión fija	-7.450.000	-	-	-	-	2.725.000
Inversión diferida	-7.500.000	-	-	-	-	-
Capital de trabajo	-10.000.000	-	-	-	-	10.000.000
Total sin financiación	-24.950.000	-	-	-	-	12.725.000
Crédito	10.000.000	-	-	-	-	-
Amortización	-	-1.242.477	-1.540.672	-1.910.433	-2.368.937	-2.937.482
Total con financiación	-14.950.000	-1.242.477	-1.540.672	-1.910.433	-2.368.937	9.787.518

Fuente: el autor

En el año cinco se restituye al inversionista el capital de trabajo y el valor de salvamento de los activos fijos.

6.2 PRESUPUESTO DE COSTOS Y GASTOS

6.2.1 Presupuesto de costos

Los costos comprenden la mano de obra relacionada con el proceso de prestación del servicio y otros costos.

- Mano de obra: la mano de obra comprende el pago del Médico, el Terapeuta, la Enfermera Jefe y la Enfermera Auxiliar, más las prestaciones y demás pagos laborales que equivalen al 38,83% del valor del salario para quienes tienen contrato de trabajo.

El costo anual por el servicio de médico general es de \$18.000.000, el de terapia por \$12.000.000; por el servicio de Enfermera Jefe es de \$12.496.980 y por enfermería auxiliar de \$34.991.544.

- Otros costos: se tiene en cuenta el pago de servicios públicos por un valor de \$200.000 mensual, más la depreciación de la maquinaria y equipo.

Tabla 16. Presupuesto anual de costos del servicio

Presupuesto de costos	1	2	3	4	5
Mano de obra	77.488.524	77.488.524	77.488.524	77.488.524	77.488.524
Otros costos	2.645.000	2.645.000	2.645.000	2.645.000	2.645.000
Costo Servucción	80.133.524	80.133.524	80.133.524	80.133.524	80.133.524

Fuente: el autor

6.2.2 Presupuesto de gastos

Los gastos comprenden conceptos como el pago de nómina de administración (incluye costos laborales de gerente y secretaria); arrendamientos; gastos generales; honorarios del contador y valor del servicio de aseo; la depreciación de los equipos y de los muebles; así como la amortización de los cargos diferidos. En gastos de venta se encuentra la publicidad.

Tabla 17. Presupuesto anual de gastos.

Gastos Administración	1	2	3	4	5
Nómina	43.322.864	43.322.864	43.322.864	43.322.864	43.322.864
Arrendamientos	8.400.000	8.400.000	8.400.000	8.400.000	8.400.000
Gastos Generales	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
Honorarios	7.200.000	7.200.000	7.200.000	7.200.000	7.200.000
Depreciación	700.000	700.000	700.000	700.000	700.000
Amortización diferidos	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000
Subtotal	62.122.864	62.122.864	62.122.864	62.122.864	62.122.864
Gastos Ventas	1	2	3	4	5
Publicidad	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000
Subtotal	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000
Presupuesto Gastos	65.122.864	65.122.864	65.122.864	65.122.864	65.122.864

Fuente: el autor

6.3 PRESUPUESTO DE INGRESOS

Los ingresos corresponden al producto entre los servicios a prestar y las tarifas.

Los márgenes de contribución de los servicios prestados son los siguientes:

Tabla 18. Margen de contribución por servicios prestados

Producto	Medicina	Terapia	Enfermera jefe	Enfermera auxiliar
Precio	100.000	50.000	50.000	70.000
Costo unitario	29.668	24.973	36.149	65.060
Margen ganancia	237%	100%	38%	8%

Fuente: el autor

Tabla 19. Presupuesto de ingresos

Ventas	1	2	3	4	5
Medicina	629	640	652	664	676
Precio 1	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000
Subtotal	62.900.000	64.000.000	65.200.000	66.400.000	67.600.000
Terapia	507	516	525	535	544
Precio 2	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
Subtotal	25.350.000	25.800.000	26.250.000	26.750.000	27.200.000
Enfermera jefe	364	371	378	384	391
Precio 3	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
Subtotal	18.200.000	18.550.000	18.900.000	19.200.000	19.550.000
Enfermera auxiliar	548	558	568	578	588
Precio 4	70.000	70.000	70.000	70.000	70.000
Subtotal	38.360.000	39.060.000	39.760.000	40.460.000	41.160.000
Ventas	144.810.000	147.410.000	150.110.000	152.810.000	155.510.000

Fuente: el autor

6.4 ESTADOS FINANCIEROS

6.4.1 Estado de resultados

La elaboración del estado de resultados tiene en cuenta los presupuestos de costos y gastos y el de ingresos, pero también es considerada las obligaciones legales del impuesto de renta y reserva legal.

En cuanto pago del impuesto de renta, las nuevas empresas como Hospisan S.A.S. tendría la posibilidad de solicitar el descuento proporcional de acuerdo a Ley 1429 de 2010, lo que significa una mayor generación de ingresos para el inversionista.

Tabla 20. Estado de resultados proyectado. Pesos por año.

Año	1	2	3	4	5
Ventas	144.810.000	147.410.000	150.110.000	152.810.000	155.510.000
-Costo de ventas	80.133.524	80.133.524	80.133.524	80.133.524	80.133.524

=Utilidad Bruta	64.676.476	67.276.476	69.976.476	72.676.476	75.376.476
-Gastos de administración	62.122.864	62.122.864	62.122.864	62.122.864	62.122.864
-Gastos de ventas	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000
=Utilidad Operacional	-446.388	2.153.612	4.853.612	7.553.612	10.253.612
-Gastos no operacionales	2.400.000	2.101.805	1.732.044	1.273.540	704.996
=Utilidad antes de impuestos	-2.846.388	51.807	3.121.568	6.280.072	9.548.616
-Impuesto 33%	-	17.096	1.030.117	2.072.424	3.151.043
=Utilidad después de impuesto	-2.846.388	34.710	2.091.450	4.207.648	6.397.573
-Reserva legal 10%	-	3.471	209.145	420.765	639.757
=Utilidad por distribuir	-2.846.388	31.239	1.882.305	3.786.883	5.757.816

Fuente: el autor

6.4.2 Flujo de caja

El flujo de caja tiene en cuenta las políticas de pagos y recaudo de la empresa que se expusieron con anterioridad.

Tabla 21. Flujo de caja. Pesos por año

Caja	1	2	3	4	5
Ventas contado	144.810.000	147.410.000	150.110.000	152.810.000	155.510.000
-Mano de obra	120.811.388	120.811.388	120.811.388	120.811.388	120.811.388
-Gastos operacionales	22.000.000	22.000.000	22.000.000	22.000.000	22.000.000
-Gastos no operación	2.400.000	2.101.805	1.732.044	1.273.540	704.996
-Impuestos	-	-	17.096	1.030.117	2.072.424
-Amortización crédito	1.242.477	1.540.672	1.910.433	2.368.937	2.937.482
=EBITDA	-1.643.865	956.135	3.639.039	5.326.018	6.983.711
-Pago utilidades	-	-2.846.388	31.239	1.882.305	3.786.883
=Caja periodos	-1.643.865	3.802.523	3.607.799	3.443.712	3.196.828
+Caja anterior	10.000.000	8.356.135	12.158.658	15.766.457	19.210.169
=Caja Final	8.356.135	12.158.658	15.766.457	19.210.169	22.406.997

Fuente: el autor

6.4.3 Flujo neto de caja

El flujo neto de caja incluye el presupuesto de operación y el presupuesto de inversión. El presupuesto de operación es igual a las utilidades del periodo más los conceptos que no generan salidas de caja (depreciación, amortización y reservas).

Tabla 22. Flujo neto de caja

Año	0	1	2	3	4	5
Flujo de inversión	-14.950.000	-1.242.477	-1.540.672	-1.910.433	-2.368.937	9.787.518
Flujo de operación		-401.388	2.479.710	4.536.450	6.652.648	8.842.573
Flujo neto de caja	-14.950.000	-1.643.865	939.039	2.626.018	4.283.711	18.630.091

Fuente: el autor

El flujo neto de caja refleja los saldos que deja la empresa después de haber cancelado todas sus obligaciones y es la base de la evaluación financiera.

6.4.4 Balance general

La construcción del balance se basa en los resultados del flujo de caja y estado de resultados.

El año cero equivale al año de inversión o de puesta en marcha del proyecto, en este año no se reciben ingresos, de tal manera que solamente expresa la inversión y las obligaciones que tendría la empresa.

Tabla 23. Balance general

Cuenta	1	2	3	4	5
Activo					
Activo Corriente	8.356.135	12.158.658	15.766.457	19.210.169	22.406.997
Caja	8.356.135	12.158.658	15.766.457	19.210.169	22.406.997
Activo Fijo	6.505.000	5.560.000	4.615.000	3.670.000	2.725.000
Maquinaria y equipo	2.450.000	2.450.000	2.450.000	2.450.000	2.450.000
Equipo de computo	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Muebles y enseres	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000
Depreciación acumulada	-945.000	-1.890.000	-2.835.000	-3.780.000	-4.725.000
Otros Activos	6.000.000	4.500.000	3.000.000	1.500.000	-
Inversión diferida	7.500.000	7.500.000	7.500.000	7.500.000	7.500.000
Amortización	-1.500.000	-3.000.000	-4.500.000	-6.000.000	-7.500.000
Total Activo	20.861.135	22.218.658	23.381.457	24.380.169	25.131.997
Pasivo					
Obligaciones financieras	8.757.523	7.216.851	5.306.418	2.937.482	-0
Impuestos por pagar	-	17.096	1.030.117	2.072.424	3.151.043
Total Pasivo	8.757.523	7.233.947	6.336.536	5.009.905	3.151.043
Patrimonio					
Capital Social	14.950.000	14.950.000	14.950.000	14.950.000	14.950.000
Reservas	-	3.471	212.616	633.381	1.273.138
Utilidad del ejercicio	-2.846.388	31.239	1.882.305	3.786.883	5.757.816
Total Patrimonio	12.103.612	14.984.710	17.044.921	19.370.264	21.980.954
Pasivo + Patrimonio	20.861.135	22.218.658	23.381.457	24.380.169	25.131.997

Fuente: el autor

6.5 EVALUACIÓN FINANCIERA

En la evaluación financiera se tiene en cuenta los indicadores punto de equilibrio, tasa interna de retorno y valor presente neto.

6.5.1 Punto de equilibrio

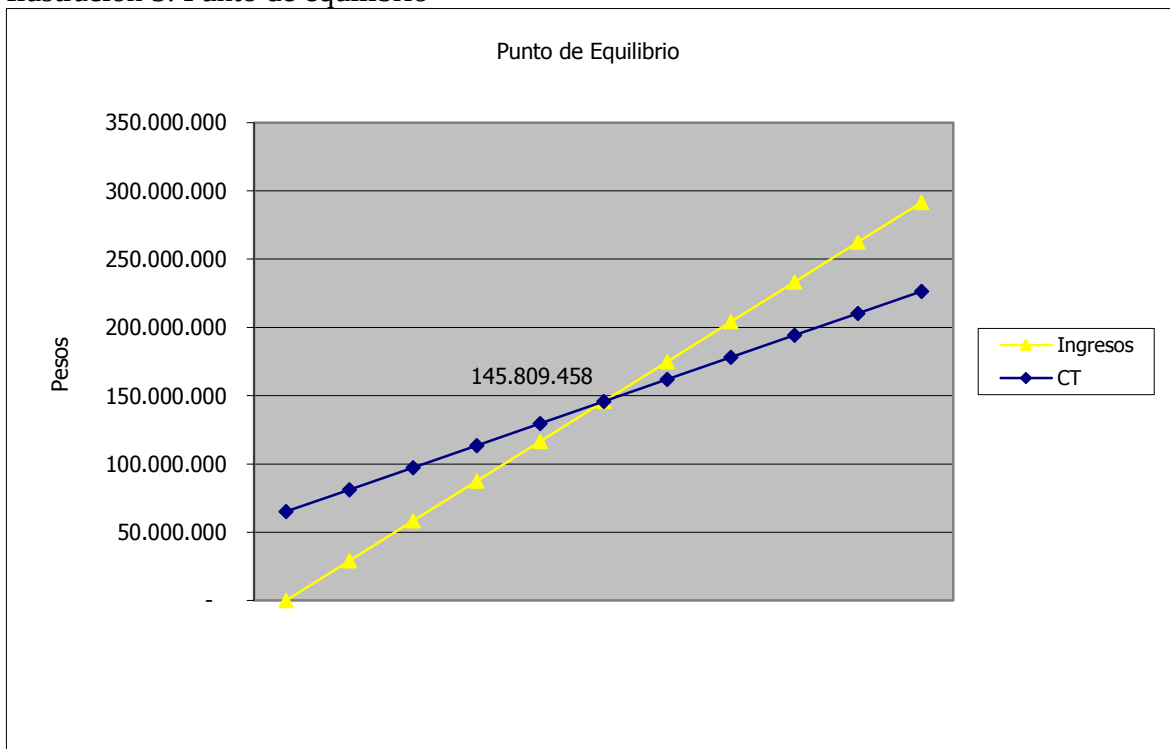
El punto de equilibrio mide el nivel de ventas mínimo que debe alcanzarse para cubrir la totalidad de costos y gastos. A partir del punto de equilibrio se empieza a obtener utilidades.

$$PE = \frac{65.122.864}{1 - \frac{80.133.524}{144.810.000}}$$

PE=145.809.458

El resultado indica que Hospisan S.A.S. debe vender un mínimo de \$145.809.458 para soportar toda la estructura de costos y gastos presupuestados para el primer año en este trabajo, que equivale al 101% de las ventas proyectadas, debido a la existencia de pérdidas.

Ilustración 5. Punto de equilibrio



Fuente: el autor

Una vez que la empresa alcance su punto de equilibrio, comienza a tener utilidades, lo que se da desde el año 2 al año 5.

6.5.2 Valor presente neto

Este indicador muestra las utilidades adicionales que el proyecto genera al ser comparado con otras alternativas de inversión, representadas por el costo de oportunidad.

El costo de oportunidad para el proyecto es el 3,4%, que es la rentabilidad un CDT a 90 días.

El valor presente neto es la sumatoria de los valores futuros del flujo de caja descontados a la tasa de oportunidad. La fórmula siguiente muestra el proceso en miles de pesos.

$$VPN(i = 3,4\%) = \frac{-1.644}{(1 + 0,034)^1} + \frac{939}{(1,034)^2} + \frac{2.626}{(1,034)^3} + \frac{4.284}{(1,034)^4} + \frac{18.630}{(1,034)^5} - 14.950$$

$$VPN(i=3,4\%)=6.223.387$$

El resultado indica que el proyecto Hospisan S.A.S., genera \$6.223.387 en utilidades adicionales a las que reporta invertir en un CDT que paga el 3,4%, por lo que es recomendable ejecutar el proyecto.

6.5.3 Tasa interna de retorno

La tasa interna de retorno muestra la rentabilidad del inversionista, la cual se obtiene cuando el valor presente neto es cero, es decir, cuando la tasa de oportunidad es la más alta y por tanto no existen utilidades adicionales. Para calcular la TIR se pondera entre dos VPN, uno positivo y otro negativo.

Un VPN para una tasa de oportunidad del 15% es igual a -\$2.231.077. Para una tasa del 10% el VPN es de \$798.261. Se interpola entre los dos resultados.

$$TIR = 10\% + (15\% - 10\%) \left[\frac{798.261}{798.261 - (-2.231.077)} \right]$$

$$TIR = 11,2\%$$

El resultado indica que la rentabilidad del proyecto Hospisan S.A.S es del 11,2%, lo que indica que los recursos invertidos en el proyectos mantienen esta tasa durante su periodo de proyección y por ser una tasa positiva superior al costo de oportunidad, entonces se afirma que el proyecto es factible.

7 CONCLUSIONES

El proyecto de hospitalización en casa tiene un alto potencial en el municipio de Ubaté ya que la población ha mostrado una buena disponibilidad de adquirir el servicio, tanto para si como para su núcleo familiar, lo anterior sustentado en los resultados de la encuesta en donde la mayoría estaría dispuesta a tomar los servicios aun cuando no tuviera convenio con la EPS donde estén afiliados.

La opción empresarial es una S.A.S. la cual posee amplias ventajas administrativas, comerciales y legales para hacer del proyecto un negocio exitoso; por un lado permite que un solo propietario la conforme y por el otro es lo suficientemente flexible para adaptarse al entorno y a su propio crecimiento.

El proyecto propuesto es factible desde el punto de vista financiero ya que su tasa interna de retorno es del 11,2%, muy superior a la tasa que ofrece un CDT u otras inversiones, esto se debe, entre otros factores a la baja inversión que se requiere para ponerlo en práctica, pues el servicio está sustentado en el talento humano de profesionales idóneos y comprometidos con alcanzar los objetivos corporativos de la empresa.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOHÓRQUEZ CARRILLO, John Jairo. (2011) Hospitalización en casa: un reto al neopositivismo, a la medicalización y al afán de lucro. Medellín: Universidad de Antioquia.

BRENES BOLAÑOS, Carlos (2009). Hospitalización a domicilio como alternativa asistencial cuando no se requiere de una infraestructura hospitalaria. Hospital San Rafael de Alajuela. Instituto Centroamericano De Administración Pública Area De Gerencia Social San José, Costa Rica.

BUSTAMANTE PORTILLA, Daiana Karolina y DELGADO GARCÍA, Warner. (2008). “Medición de la Satisfacción de Usuarios Hospitalizados en el Programa Hospitalización y Atención Domiciliaria en Hospital de Baja Complejidad en Tuluá -Valle del Cauca”. Universidad Católica de Manizales.

CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA. (2013) Dirección Operativa, Dirección de Control Fiscal Departamental. Disponible en: www.contraloriadecundinamarca.gov.co

CASTILLO NIÑO, Álvaro. (1999). Consideraciones generales sobre estudios de factibilidad: Proyectos para industrias.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Datos de población, según Censo de 2005.

GALLARDO DE PARADA, Yolanda y MORENO GARZÓN, Adonay. (2008). Recolección de la información. Serie Aprender A Investigar, Módulo 3. Santafé de Bogotá: Instituto Colombiano Para El Fomento De La Educación Superior, ICFES - Subdirección General Técnica y de Fomento. Arfo Editores.

GARCÍA NIÑO, Ingritts Marcela. (2012). Factibilidad técnica y económica de una planta de aprovechamiento de subproductos del beneficio de bovinos en el municipio de Ubaté. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Agronomía.

GONZÁLEZ RAMALLO, Víctor José, VALDIVIESO MARTÍNEZ, Bernardo y RUIZ GARCÍA, Vicente. (2011) Hospitalización a domicilio. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario La Fe. Valencia, España. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/>

JARAMILLO G., Patricia Stella. (2006). Pobreza rural en Colombia. En: Revista Colombiana de Sociología. Bogotá.

LUNA, Rafael y CHAVES, Damaris. (2001). Guía para elaborar estudios de factibilidad. ROARCA/CAPAS/USAID. 2001.

LÓPEZ PERONA, Francisco. (2003). Qué es la unidad de hospitalización domiciliaria y la introducción a su gestión. Murcia, España: Escuela Española de Gerencia Sociosanitaria. Disponible en: <https://www.google.com.co>

MARRADE, R. M. (2004). Hospitalización domiciliaria, ¿una nueva modalidad asistencial?. Barcelona. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/>

MINISTERIO DE SALUD. Artículo 1 y 2, Resolución Numero 8430 de 1993. (Octubre 4). República de Colombia.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Artículo 1. Resolución Número 1043 de 2006. (3 de abril de 2006) República de Colombia.

MITRE COTTA, Rosángela; MORALES SUÁREZ, María et. al. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Valencia, España. Revista Panamericana de Salud. Disponible en: <http://www.scielosp.org/>

MOLINA CARDONA, Edith Milena. (2011) Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia.

PLAN BÁSICO DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL. (2008). Municipio de Ubaté. Alcaldía Municipal.

SANTANA MALAVER, Carlos Humberto. (2012). Plan de Desarrollo del municipio de Ubaté 2012-2015. “Creer en Ubaté Vale la pena. Alcaldía Municipal, Concejo Municipal y Consejo Territorial de Planeación de Ubaté.

SHEPPERD, S., ILIFFE, S. (2008) Hospital domiciliario versus atención hospitalaria estándar. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008.