



Estudio sobre las necesidades reales de medicos militares especialistas en los hospitales militares regionales de Cali, Tolemaida y Villavicencio del Ejército Nacional

Cristian Andres Boada Puentes
Ismael Eleazar Gutierrez Muñoz

Trabajo de grado para optar al título profesional:
Curso de Información Militar (CIM)

Escuela Superior de Guerra “General Rafael Reyes Prieto”
Bogotá D.C., Colombia

2013

355.345
B613

**ESTUDIO SOBRE LAS NECESIDADES REALES DE MEDICOS MILITARES
ESPECIALISTAS EN LOS HOSPITALES MILITARES
REGIONALES DE CALI, TOLEMAIDA Y VILLAVICENCIO DEL EJÉRCITO
NACIONAL**



Fundada en 1909

**Mayor CRISTIAN ANDRES BOADA PUENTES
Mayor ISMAEL ELEAZAR GUTIERREZ MUÑOZ**

**ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA
CURSO DE INFORMACION MILITAR 2013
BOGOTA, D.C.
2013**

**ESTUDIO SOBRE LAS NECESIDADES REALES DE MEDICOS MILITARES
ESPECIALISTAS EN LOS HOSPITALES MILITARES
REGIONALES DE CALI, TOLEMAIDA Y VILLAVICENCIO DEL EJÉRCITO
NACIONAL**

**Mayor CRISTIAN ANDRES BOADA PUENTES
Mayor ISMAEL ELEAZAR GUTIERREZ MUNOZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar
al grado de INFORMACIÓN MILITAR 2013**

**Presentado a:
Doctora DIANA PATRICIA ARIAS HENAO**

**ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA
CURSO DE INFORMACION MILITAR 2013
BOGOTA, D.C.
2013**

Tabla de contenido

RESPONSABILIDAD AUTORES

1	PROBLEMA	11
<p>El contenido de este documento corresponde exclusivamente al pensamiento de los autores y es de su absoluta responsabilidad. Las posturas y aseveraciones aquí presentadas son resultado de un ejercicio académico que no representa la posición oficial, ni institucional de la Escuela Superior de Guerra, de las Fuerzas Militares o del Estado Colombiano.</p>		
2.1	OBJETIVO GENERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3	JUSTIFICACIÓN	15
4	MARCO DE REFERENCIA	17
4.1	MARCO DE ANTECEDENTES	17
4.2	MARCO CONTEXTUAL	29
4.3	MARCO LEGAL Y NORMATIVO	31
4.4	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	36
5	METODO	42
5.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	42
5.2	DISEÑO METODOLÓGICO	43
5.3	POBLACION U OBJETO DE ESTUDIO	48
5.4	INSTRUMENTOS	49
6	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	51
6.1	ANÁLISIS DE LOS DATOS HOSPITALES MILITARES DE TOLEMAIDA – VILLAVICENCIO Y CALI	51
6.2	RESULTADOS HOSPITAL MILITAR REGIONAL VILLAVICENCIO – HOMIO	62
6.3	RESULTADOS HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE CALI – HOMIO	73
6.4	Resultados Hospital Militar Regional de Tolomaida HOMIT	77
6.5	Conclusiones	81
7	DISCUSIÓN	85
8	DISEÑO DE LA PROPUESTA	91
9	CONCLUSIONES	92
10	RECOMENDACIONES	94

Tabla de contenido	97
1 PROBLEMA	11
1.1. DEFINICION	11
1.2 FORMULACIÓN	12
1.2.1 Variables Independientes	12
1.2.2 Variable Dependiente	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GENERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	13
3 JUSTIFICACIÓN	15
4 MARCO DE REFERENCIA	17
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES	17
4.2 MARCO CONTEXTUAL	29
4.3 MARCO LEGAL Y NORMATIVO	31
4.4 MARCO TEORICO CONCEPTUAL	36
5 METODO	42
5.1 TIPO DE INVESTIGACION	42
5.2 DISEÑO METODOLOGICO	43
5.3 POBLACION U OBJETO DE ESTUDIO	48
5.4 INSTRUMENTOS	49
6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	51
6.1 ANALISIS DE LOS DATOS HOSPITALES MILITARES DE TOLEMAIDA – VILLAVICENCIO Y CALI	51
6.2 RESULTADOS HOSPITAL MILITAR REGIONAL VILLAVICENCIO - HOMIO	68
6.3 RESULTADOS HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE CALI – HOMRO.	73
6.4 Resultados Hospital Militar Regional de Tolomaida HOMIT	77
6.5 Otros Resultados	81
7 DIAGNÓSTICO	85
8 DISEÑO DE LA PROPUESTA	91
9 CONCLUSIONES	92
10 RECOMENDACIONES	94

11 BIBLIOGRAFIA	97
ANEXO 01 CRONOGRAMA DEL PROYECTO.....	101
ANEXO 02. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	102
ANEXO 03. CONSOLIDACION DE DATOS RECOLECTADOS.....	112
ANEXO 04. RESUMEN ANALITICO EJECUTIVO - RAE -	129
Gráfico No 8 Horas por Especialidad al mes HOMIO 2012	74
Gráfico No 9 Necesidades en Horas al Mes de especialistas en el HOMIT 2012	79

LISTA DE TABLAS Y GRAFICOS

	Pág.
Tabla 1. Incremento anual de la población beneficiaria	31
Tabla 2. Distribución de Especialistas totales en HOMIT – HOMIO – HOMRO 2012.....	51
Tabla 3. Médicos especialistas HOMRO 2012.....	52
Tabla 4. Médicos especialistas HOMIO 2012.	53
Tabla 5. Médicos especialistas HOMIT 2012.....	54
Tabla 6. Consolidado consulta externa HOMIT - HOMIO - HOMRO 2012.	55
Tabla 7. Consulta externa HOMIT 2012.....	56
Tabla 8. Consolidado de consulta externa HOMIO 2012.....	57
Tabla 9. Consolidado consulta externa HOMRO 2012.	59
Tabla 10. Consolidado procedimientos quirúrgicos HOMIT - HOMIO - HOMRO 2012.....	61
Tabla 11. Consolidado procedimientos quirúrgicos HOMIT 2012.	61
Tabla 12. Consolidado cirugías HOMIO 2012.....	63
Tabla 13 Consolidado Cirugías HOMRO 2012	64
Tabla 14 Consolidado Urgencias HOMIT - HOMIO - HOMRO 2012.....	65
Tabla 15 Consolidado Horas Año Especialistas HOMIRT - HOMIO - HOMRO 2012	66
Tabla 16 Cuadro Consolidado Capacidad Instalada HOMIT - HOMIO - HOMRO 2012	68
Tabla 17 Cuadro Consolidado Capacidad Instalada HOMIO 2012.....	69
Tabla 18. Horas Contratadas Por Especialidad Al Mes HOMIO 2012	69
Tabla 19. Horas especialista requeridas año HOMIO 2012.	70
Tabla 20. Porcentaje de cubrimiento por especialidad HOMIO 2012.....	71
Tabla 21 Cuadro Consolidado Capacidad Instalada HOMRO 2012	73
Tabla 22 Horas Contratadas Por Especialidad Al Mes HOMRO 2012.....	74
Tabla 23 Horas Requeridas Por Especialidad HOMRO 2012.....	75
Tabla 24 Porcentaje De Cubrimiento Por Especialidad HOMRO 2012.....	76
Tabla 25 Cuadro Consolidado Capacidad Instalada HOMIT 2012.....	78
Tabla 26 Cuadro Porcentaje Cubrimiento Especialistas Civiles HOMIT 2012	78
Tabla 27 Distribución De Los Oficiales De Sanidad Médicos Especialistas Según Su Área.....	82
Tabla 28 Distribución De Los Oficiales Médicos Especialistas Según La Ciudad En La Que Laboran	84
Tabla 29. Propuesta Distribución de Médicos Especialistas del Ejército.	91

Grafico No 1 Distribución de la consulta externa HOMIT 2012	57
Grafico No 2 Consolidado Consulta Externa HOMIO 2012.....	58
Grafico No 3 Consolidado Consulta Externa HOMRO 2012.....	60
Grafico No 4 Total Procedimientos Quirúrgicos HOMIT 2012.....	62
Grafico No 5 Procedimientos quirurgicos HOMIO 2012.....	63
Grafico No 6 Cirugias Red Interna y Externa HOMRO 2012.....	65
Grafico No 7 Horas por Especialidad Contratadas HOMIO 2012.....	70
Grafico No 8 Horas por Especialidad al mes HOMRO 2012.....	75
Grafico No 9 Necesidades en Horas al Mes de Especialistas en el HOMIT 2012	79

territorio Nacional, con el revestimiento de Hospitales Regionales, para cubrir la demanda en salud que se presenta en estas zonas, logrando así satisfacer las necesidades que presentan los usuarios este sistema de salud.

Estas inversiones se han dirigido a la construcción, remodelación o adecuación de la infraestructura, dotación con equipos médicos de punta, acorde con los parámetros que rigen la prestación de los servicios de salud, para lograr un desempeño adecuado en el área médica y de apoyo diagnósticos, para así descongestionar el uso de los hospitales ubicados en la red local de cada uno de estos sectores, el uso del Hospital Militar Central, y con ello disminuir el gasto generado por las atenciones en estos lugares y además optimizar el uso de los recursos asignados por el estado, mejorando los estándares de calidad de atención y por ende la salud de los usuarios.

Estos centros hospitalarios inaugurados a partir del año 2008, han mostrado una dinámica en su comportamiento que permite hacer una serie de análisis que requieran los esfuerzos para buscar su optimización. Los servicios de salud se han prestado con mayor eficiencia, expeditividad y calidad, mas sin embargo los costos económicos que se pretenden disminuir no han tenido el impacto que se deseaba. Esto ha sido objeto de cuestionamientos por los entes rectores del Estado, ya que las inversiones fueron importantes y el objetivo parece no haber sido cubierto en la forma deseada.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales motivos que se ha vislumbrado, es que el personal de

Con el fin aportar parámetros para cumplir con los principios que rigen el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía, que son el de Universalidad, Equidad, Ética y Eficiencia, el Ejército Nacional ha construido una serie de Establecimientos de Sanidad Militar (ESM), en lugares estratégicos del territorio Nacional, con el revestimiento de Hospitales Regionales, para cubrir la demanda en salud que se presenta en estas zonas, logrando así satisfacer las necesidades que presentan los usuarios este sistema de salud.

Estas inversiones se han dirigido a la construcción, remodelación o readecuación de la infraestructura, dotación con equipos médicos de punta, acorde con los parámetros que rigen la prestación de los servicios de salud, para lograr un desempeño adecuado en el área médica y de apoyos diagnósticos, para así descongestionar el uso de los hospitales ubicados en la red local de cada uno de estos sectores, el uso del Hospital Militar Central, y con ello disminuir el gasto generado por las atenciones en estos lugares y además optimizar el uso de los recursos asignados por el estado, mejorando los estándares de calidad de atención y por ende la salud de los usuarios.

Estos centros hospitalarios inaugurados a partir del año 2009, han mostrado una dinámica en su comportamiento que permite hacer una serie de análisis que redirijan los esfuerzos para buscar su optimización. Los servicios de salud se han prestado con mayor eficiencia, oportunidad y calidad, mas sin embargo los costos económicos que se pretendían disminuir no han tenido el impacto que se deseaba. Esto ha sido objeto de cuestionamientos por los entes rectores del Estado, ya que las inversiones fueron importantes y el objetivo parece no haber sido cubierto en la forma deseada.

1 PROBLEMA

Uno de los principales motivos que se ha vislumbrado, es que el personal de médicos especialistas que hay al interior de estos ESM, no son suficientes para cubrir la demanda, obligando a los directores de estos ESM a realizar contrataciones con las redes locales de servicios, para cubrir estas necesidades de consultas y procedimientos que teniendo la capacidad instalada para su manejo en cada uno de los hospitales, no se cuenta con el recurso humano necesario para hacer frente a esta demanda, teniendo entonces que incluir en sus contrataciones externas, servicios que se deberían prestar al interior de los diferentes ESM.

Se quiere hacer un análisis de estos hechos en tres de los Hospitales Regionales construidos o remodelados por la Dirección de Sanidad del Ejército (DISAN) y la Dirección General de Sanidad Militar (DGSM), ubicados en Villavicencio, Cali y Tolomaida, que cuentan con la infraestructura necesaria y con los equipos adecuados para ser catalogados como Hospitales Regionales de Segundo Nivel de atención, con el fin de vislumbrar la carencia o exceso de médicos especialistas, Oficiales del Ejército Nacional, que se tienen en cada uno de ellos, basándose en las estadísticas de atención prestada durante el año 2012, con el fin de dar una recomendación objetiva a los entes rectores de las Fuerzas Militares, de la cantidad y tipo de especialistas médicos, Oficiales del Ejército, que se requieren realmente al interior de estos ESM.

1 PROBLEMA

¿Cuál es el número, tipo y distribución de especialistas médicos militares, necesarios para cubrir la totalidad de la demanda de servicios en los Hospitales Militares Regionales de Cali, Tolemaida y Villavicencio del Ejército Nacional?

1.1 DEFINICION

Durante los últimos años los Hospitales Militares Regionales del Ejército Nacional, han sufrido un incremento en la demanda de servicios de salud, no solo en niveles básicos sino también especializados, como consecuencia del aumento del pie de fuerza y de los beneficiarios de Subsistema de Salud.

Estos centros de atención medica, desde su creación, se han enfocado a atender un nivel de complejidad mayor al que se venía manejando previamente, pero se han encontrado que no se cuenta con el personal uniformado suficiente para hacer frente a este nuevo objetivo. La cantidad de médicos especialistas Oficiales del Cuerpo Administrativo del Ejército Nacional, no es suficiente en su planta para atender estos nuevos puntos de atención, distribuidos a lo largo del territorio nacional.

Con la finalidad de subsanar esta necesidad, dichos Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) han tenido que contratar en forma directa profesionales médicos especializados bajo la modalidad de prestación de servicios o recurrir al pago de estos servicios en la red externa, lo que ha redundado en altos costos para la Fuerza y ha generado otros problemas referentes a la disponibilidad de servicios médicos especializados y a la oportunidad de los mismos.

Este estudio busca establecer ¿Cuál es el número, tipo y distribución de especialistas médicos militares, necesarios para cubrir la totalidad de la demanda de servicios en los Hospitales Militares Regionales de Cali, Tolemaida y Villavicencio del Ejército Nacional?, de acuerdo con los servicios que fueron prestados en el año 2.012, tanto en forma interna como externa y que correspondan a la capacidad instalada de mencionados Hospitales.

Lo anterior permitirá una planeación académica especializada de los médicos militares más acorde con las necesidades reales de los Hospitales Militares Regionales del Ejército Nacional y con esto, optimizar los recursos situados por la Nación a cada uno de estos centros de atención hospitalaria, destinando el dinero utilizado para la contratación de especialistas civiles o pago de sus servicios en los hospitales y clínicas locales, en mejorar la atención externa y adquisición de elementos para un adecuado funcionamiento de estos ESM.

1.2 FORMULACIÓN

1.2.1 Variables Independientes

Demanda de servicios médicos de mediana complejidad por especialidad.

Capacidad Instalada de cada Hospital Militar Regional objeto del presente estudio.

1.2.2 Variable Dependiente

Número, tipo y distribución de los médicos especialistas militares que se deben asignar a los Hospitales Militares Regionales de Cali, Tolemaida y Villavicencio.

2 OBJETIVOS

- Proponer las necesidades de médicos especialistas para los Hospitales

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el número, tipo y distribución de especialistas médicos necesarios para cubrir la totalidad de la demanda de servicios en los Hospitales Militares Regionales de Cali, Tolemaida y Villavicencio, de acuerdo con los servicios que fueron prestados en el año 2.012, tanto en forma interna como externa y que correspondan a la capacidad instalada de mencionados hospitales.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer y clasificar los servicios médicos especializados prestados en el 2012 por los Hospitales Militares Regionales de Cali, Tolemaida y Villavicencio tanto en su red interna como externa.

- Conocer la capacidad instalada de los Hospitales Militares Regionales de Cali, Tolemaida y Villavicencio.

- Evaluar los requerimientos de recurso humano – médico especializado – de los Hospitales Militares Regionales de Cali, Tolemaida y Villavicencio del Ejército Nacional, de acuerdo con los estándares de habilitación.

- Determinar número y tipo de especialistas médicos de planta en los Hospitales Militares de Cali, Tolemaida y Villavicencio.

- Conocer el recurso médico especialista Militar actualmente disponible en el Ejército Nacional.

3 JUSTIFICACIÓN

- Proponer las necesidades de médicos especialistas para los Hospitales Regionales de Cali, Tolemaida y Villavicencio.

La investigación permitirá la generación de datos claros y reales sobre las verdaderas necesidades de los Hospitales Militares Regionales de Cali, Tolemaida y Villavicencio en cuanto a personal médico militar especializado.

Aportar conocimientos que permitan un adecuado planeamiento en cuanto a la incorporación de Oficiales de Sanidad profesionales en medicina, para llevarlos a especializar en las áreas médicas que se requieren en estos centros de atención y así cubrir la necesidad creciente de servicios médicos especializados.

Dar forma a un estado del arte al respecto, en razón a que no se encontró ningún parámetro de estudio tanto al interior del Ejército como en las otras Fuerzas, para lograr tener una guía que facilite el análisis y comparación los resultados. Al respecto se está realizando en forma paralela un estudio bajo el mismo núcleo de investigación, por parte de alumnos del Curso de Información Militar 2013 de la Escuela Superior de Guerra, que se aplicara en otros Hospitales Militares, para crear una base y generar el principio a este estado del arte respecto al tema de investigación.

El conocimiento real sobre estas necesidades, le permitirá a la Dirección de Sanidad pensar de una manera adecuada la asignación del personal, en mencionados hospitales y de igual forma le permitirá al Ejército Nacional proyectar las diferentes especializaciones de los médicos militares, de acuerdo con las necesidades reales de los Hospitales Militares Regionales de la Fuerza.

El beneficio de esta investigación a corto plazo es la Dirección de Sanidad Ejército, quien a través de este estudio contará con una herramienta esencial para la planeación adecuada en el manejo del talento humano militar disponible en la

3 JUSTIFICACIÓN

Fuerza, además tendrá los recursos humanos necesarios para que le permitan asesorar al Área de Desarrollo Humano del Ejército Nacional a la hora de planear las actividades. La utilidad del presente estudio se encuentra en la generación de datos claros y reales sobre las verdaderas necesidades de los Hospitales Militares Regionales de Cali, Tolemaida y Villavicencio en cuanto a personal médico militar especializado.

beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, quienes podrán aportar conocimientos que permitan un adecuado planeamiento en cuanto a la incorporación de Oficiales de Sanidad profesionales en medicina, para llevarlos a especializar en las áreas medicas que se requieren en estos centros de atención y así cubrir la necesidad creciente de servicios médicos especializados.

El presente estudio es viable, en razón a que los Hospitales Militares Regionales Dar forma a un estado del arte al respecto, en razón a que no se encontró ningún parámetro de estudio tanto al interior del Ejército como en las otras Fuerzas, para lograr tener una guía que facilitara el análisis y comparación de los resultados. Al respecto se está realizando en forma paralela un estudio bajo el mismo núcleo de investigación, por parte de alumnos del Curso de Información Militar 2013 de la Escuela Superior de Guerra, que se aplicara en otros Hospitales Militares, para crear una base y generar el principio a este estado del arte respecto al tema de investigación.

El conocimiento real sobre estas necesidades, le permitirá a la Dirección de Sanidad planear de una manera adecuada la asignación del personal en mencionados hospitales y de igual forma le permitirá al Ejército Nacional proyectar las diferentes especializaciones de los médicos militares, de acuerdo con las necesidades reales de los Hospitales Militares Regionales de la Fuerza.

El beneficiario de esta investigación a corto plazo es la Dirección de Sanidad Ejército, quien a través de este estudio contará con una herramienta esencial para la planeación adecuada en el manejo del talento humano militar disponible en la

Fuerza, además tendrá los datos reales necesarios que le permitirán asesorar al área de Desarrollo Humano del Ejército Nacional a la hora de planear las diferentes especializaciones de los médicos militares.

Los beneficiarios finales a largo plazo, de este estudio serán los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, quienes podrán tener una mayor accesibilidad y mejor calidad en los servicios de salud de los Hospitales Militares Regionales, debido al trabajo comprometido de los oficiales médicos especialistas de la Fuerza.

El presente estudio es viable, en razón a que los Hospitales Militares Regionales de Cali, Tolomaida y Villavicencio, cuentan con los datos estadísticos correspondientes al año 2012, los cuales son la base para la realización del estudio. Por otra parte, la consecución y recolección de datos está apoyada y avalada por señores oficiales de la Dirección de Sanidad Ejército, lo cual le brinda total credibilidad a los datos sobre los cuales se realizará el presente estudio.

La importancia de desarrollar un trabajo como este radica en que permite proyectar el talento humano militar en el área de la medicina especializada en concordancia con las necesidades reales de los Hospitales Militares Regionales con el fin de optimizar los recursos y brindar a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares unos servicios de salud con altos estándares de calidad gracias al compromiso de sus oficiales de sanidad.

4 MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Es imposible intentar separar evolución del papel que ha tenido el médico militar dentro de la institución, sin desligarla de todo su bagaje e historia, íntimamente aferrada a la historia Nacional.

A fin de no ahondar en todos los procesos de apoyo sanitario que se prestaron en los albores de la república, gesta realizada por un sinnúmero de personal sanitario tanto nacionales como extranjeros¹, considerados en muchas ocasiones como parte del cuadro de próceres de Colombia, vale decir que su función de atender al personal herido en batalla, implementación de centros médicos de atención para estos heridos y realización de múltiples tareas sanitarias, hacían parte de sus funciones.

No se tenía definido como tal un servicio de sanidad, no se tenía reglamentación al respecto, más bien se veía como un papel que se desempeñaba en la parte civil y que hacía parte del engranaje social que se derivaba de los procesos militares y políticos reinantes en los teatros de operaciones correspondientes en tiempo y espacio.

A pesar de esto, se tenía conciencia de la necesidad de tener este tipo de apoyo, sin importar el origen del mismo, militar o civil, para la realización de estas estrategias de batalla.

¹ DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO. Sanidad Militar en Colombia, Reseña Histórica. (En línea) Disponible en <http://www.disanEjército.mil.co/?idcategoria=9775>. Consultado 20 Mayo 2013.

Fue así que con la evolución de la república se implementaron en forma paulatina hospitales militares regionales, adosados a hospitales de índole civil, en su gran mayoría manejados por religiosos, con normas específicas para la atención del personal militar que era llevado para su atención. Hasta este punto, quien era atendido era solamente el militar herido en combate, no se había extendido su atención a su núcleo familiar.

La guerra de los mil días, generó una gran necesidad de implementar gran parte del proceso formativo del ejército, dentro de estos, la sanidad militar. Se encargó al capellán general del ejército², la función de inspector de los hospitales militares, debía rendir un informe de la situación de quienes se encontraban allí internados, dando cuenta de sus patologías y los tratamientos recibidos.

Dentro de estos centros de atención se encontraban los hospitales militares de Santa Librada y el del convento del Carmen, "... Contratando la asistencia de ellos con los médicos civiles que iban en aumento desde la fundación de la Universidad Central de Bogotá"³, y en el resto del país también se implementó el mismo sistema, con el apoyo de las instituciones educativas en medicina regionales.

Este devenir de situaciones de salud, fue forzando cada vez más a la implementación de una doctrina sanitaria al interior de las Fuerzas Militares, y fue así cuando en el gobierno de Rafael Reyes, emitió el decreto No 502 del 23 de Mayo de 1908, donde se "Reglamenta por primera vez el 'Servicio Médico y Sanitario' para el Ejército, la Policía y la Gendarmería Nacional"⁴, allí se disponía

² Ibíd.

³ SOTOMAYOR, Hugo. La medicina y la Guerra: El Lento Despliegue de la Medicina Militar en Colombia. Revista Médica 17 (2). 2009. 299 p.

⁴ DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO. Sanidad Militar en Colombia, Reseña Histórica. (En línea) Disponible en <http://www.disanEjército.mil.co/?idcategoria=9775> Consultado 20 Mayo 2013

que los militares enfermos que se encontraban en la capital, debían ser trasladados al anexo de la casa de salud de Marly, para ser atendidos de acuerdo con las normas que impartiría el ministerio de guerra. Los demás militares que no se encontraban en Bogotá, debían ser atendidos en los hospitales donde se tuviera pactada su atención.

Todo este proceso de implementación de la atención médica del personal militar, fue generando necesidades cada vez más imperantes de formalizar un servicio militar de sanidad al interior del ejército, fue así como estos sitios se fueron denominando hospitales militares regionales, pero seguían siendo entidades contratadas para la prestación de los servicios sanitarios.

Con el fin de diferenciar esta nominación de los centros hospitalarios, en el año de 1911, el Presidente de la República, mediante el decreto 214 del 28 de febrero del mismo año, establece un Hospital Militar Central en la casa de Salud de Marly, nombrando como primer Director al Doctor Carlos Putman, quien se había desempeñado como médico y cirujano en la guerra de los mil días⁵.

Dentro de este proceso de evolución surgieron con el paso del tiempo una mayor implementación de las condiciones médicas, de infraestructura y conocimientos que se debían aplicar al campo de la atención médica, como la adhesión del personal sanitario al tratado de Ginebra hecha por el Presidente José Vicente Concha en 1916⁶, obligando al porte del símbolo universal de la Cruz Roja en un brazalete que debía llevar el personal sanitario.

⁵ EN COLOMBIA. La Cirugía en las Guerras Civiles del Siglo XIX en Colombia. (en línea). Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/Cirugia120197/Lacirugiaenlasguerras2.htm>. Consultado 21 de Mayo del 2013.

⁶ SOTOMAYOR, Hugo. La medicina y la Guerra: El Lento Despliegue de la Medicina Militar en Colombia. Revista Médica. 17 (2). 2009. 299 p.

Dentro de la influencia de la reglamentación de la carrera militar, en el año de 1926, el entonces presidente y su ministro de guerra, emiten el decreto 1765 del 23 de octubre del mismo año, donde se reglamentaba la carrera militar para el personal de sanidad, dejando de ser un grado que se otorgaba por méritos y paso a ser una graduación por carrera militar establecida⁷.

Al llegar la guerra con Perú, se hizo evidente la precaria situación de los servicios sanitarios al interior de la fuerza. A diferencia de lo que se había desarrollado en la Primera Guerra Mundial, donde los hospitales de campaña se llevaban al campo de combate y donde se hicieron grandes avances en el tratamiento del manejo de las heridas, el manejo de los líquidos de hidratación enteral, los métodos de transfusión de sangre y su compatibilidad y descubrimiento de factores de aceptación o rechazo de la misma, nuevas técnicas de inmovilización de fracturas, sistemas de clasificación de heridos y traslados prioritarios que mejoraban la sobrevivencia de los heridos⁸. Esto dejó un gran vacío, justificado por el entonces Ministro de Guerra al presentar sus memorias ante el congreso en 1932 donde adujo *"es mejor para los fines de la guerra un soldado muerto que herido"*⁹.

Esto impulsó entonces con mayor vertiginosidad la necesidad de mejorar la atención sanitaria al interior de las fuerzas. Se autorizó la contratación de hospitales locales como el de Florencia, se estableció una enfermería en el hoy batallón de Ingenieros No 12 "General Liborio Mejía", donde se atendían pacientes con enfermedades tropicales.

⁷ DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO. Sanidad Militar en Colombia, Reseña Histórica. (En línea) Disponible en <http://www.disanEjército.mil.co/?idcategoria=9775>. Consultado 20 Mayo 2013.

⁸ REYES, Rafael. Avances Quirúrgicos en los Conflictos Armados. Revista Colombiana de Cirugía. Vol. 19 (4). 2004.

⁹ SOTOMAYOR, Hugo. La medicina y la Guerra: El Lento Despliegue de la Medicina Militar en Colombia. Revista Médica 17 (2). 2009. 300 p.

Los procesos evolutivos de los médicos militares, durante todo este desarrollo de la historia del País, se centralizaron en Bogotá y las principales capitales departamentales.

Se reestructuró la sanidad en busca de mejorar tanto la cobertura como la calidad

Uno de estos procesos fue la autorización de la creación del Hospital Militar Central en el año de 1932, impulsado por el Coronel Médico Jorge Esguerra López, quien consiguió la destinación de las instalaciones del castillo ubicado en la localidad de San Cristóbal para la adecuación del centro hospitalario y con él se realizó el importante impulso de la carrera médica dentro de las Fuerzas Militares del País¹⁰.

Se vio devenir una serie de modificaciones a la doctrina sanitaria, dictando áreas específicas de atención y programas para desarrollar al interior de la fuerza, hasta que en el año de 1937, bajo el mandato del Dr. Alfonso López Pumarejo, se expidió el decreto orgánico de la sanidad militar, donde ese centralismo enfocado hasta entonces, se estableció como orden Nacional, acelerado por la creación de la Aviación Militar y la Marina de Guerra. En este punto la atención se enfocaba ya dentro de los principios de universalidad y oportunidad, dando atención tanto al militar como a sus beneficiarios¹¹.

La conflictiva historia del país, ha hecho que a raíz de los diferentes escenarios que se han presentado, el pie de fuerza se comenzara a incrementar en forma gradual. Este aumento obligó a aumentar la cobertura de los servicios de salud, viendo la necesidad imperiosa de asumir los gastos que se generaban por la necesidad de realizar su especialidad médica, negando la especialización médica en *... que eran necesarias para la fuerza en ese momento.*

¹⁰ HOSPITAL MILITAR CENTRAL. Reseña Histórica. (En Línea) Disponible en <http://www.hospitalmilitar.gov.co/node/21>. Consultado 21 de Mayo del 2013.

¹¹ DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO. Sanidad Militar en Colombia, Reseña Histórica. (En línea) Disponible en <http://www.disanEjército.mil.co/?idcategoria=9775>. Consultado 20 Mayo 2013.

política impulsada por la Dirección General de Sanidad, pero sí se enviaban oficios

atención médica en los diferentes centros de atención tanto militares como no militares en toda la geografía Nacional.

Se reestructuró la sanidad en busca de mejorar tanto la cobertura como la calidad de la atención. En sus intentos de mejoramiento se creó el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía, justo cuando la ley 100 entraba en funcionamiento en todo el territorio Nacional, dejando en evidencia que no era un proyecto viable, entonces se promulgo la ley 352 de 1997, donde nuevamente se organiza el sistema sanitario en un Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía.

En el desarrollo de estos acontecimientos, los médicos militares que ingresaban a las filas del Ejército, provenientes de prestigiosas universidades del país, al cabo de cuatro años, llevaban a cabo su especialización médica en el interior del Hospital Militar Central, avalados por la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, escogiendo su especialización de acuerdo con sus propias inclinaciones y prácticas médicas, para lograr obtener un título de especialista en un área de la medicina y ponerlos al servicio del ejército, generalmente en el mismo Hospital Militar.

La intensidad del conflicto armado del país, obligo a descentralizar la atención medica en los diferentes teatros de operaciones en toda la geografía Nacional, haciendo evidente la necesidad de médicos militares especialistas en áreas de trauma, entendido esto por los entes directivos como obligatorio para aquellos que buscaban realizar su especialidad médica, negando la especialización médica en áreas que no se consideraban necesarias para la fuerza en ese momento.

Por supuesto, de estos hechos no se encontraron directivas que respaldaran esta política adoptada por la Dirección General de Sanidad, pero si se enviaban oficios

en donde se invitaba a los médicos militares acantonados en las diferentes unidades de todo el país, a realizar sus especialidades médicas en tres o cuatro áreas específicas, dejando de lado las realizaciones personales que pudieran tener los oficiales médicos y que podrían ser muy útiles para la Fuerza.

Se presentó asociado a este devenir de situaciones, el mercantilismo de la salud, traducido en el aumento de la demanda de los servicios del sistema de salud de la nación, asociado a la escasa oferta médica y explotados por intermediarios que manejaban los recursos de salud. Esto generó un auge “económico” en los médicos generales y especialistas civiles, quienes lograban obtener un ingreso económico moderado, mejor que el que se les ofrecía por ser parte del cuerpo de oficiales administrativos del Ejército, quedando esta opción laboral en un segundo plano, haciendo que las incorporaciones de médicos militares se vieran diezmadas cada vez más.

Por su parte, las políticas estatales de los últimos tres presidentes (Dr. Andrés Pastrana Arango, Dr. Álvaro Uribe Vélez y Dr. Juan Manuel Santos Calderón), se basaron en el fortalecimiento de la acción militar del estado para el control de los grupos insurgentes del país. Este fortalecimiento se tradujo en el aumento del pie de fuerza, la tecnificación y capacitación del Ejército para lograr su objetivo de disuasión¹² de estos actores armados al margen de la ley.

Se inició entonces el plan de incorporación de soldados profesionales, la activación de múltiples unidades de combate terrestre, batallones de alta montaña, batallones de seguridad vial y energéticas, brigadas móviles, fuerzas de despliegue y demás unidades que han dado tantos éxitos operacionales al país,

¹² Estrategia para lograr el convencimiento de dejación de la vía armada ilegal y el narcotráfico.

logrando con ello mermar la voluntad de lucha de quienes buscan desestabilizar el estado legítimamente constituido.

Estas incorporaciones abrieron un gran hueco en el sistema de atención médica en todo el país. Por una parte, el personal incorporado, sobre todo los soldados profesionales, se asumían al subsistema de salud, en compañía de sus beneficiarios, con aportes económicos bajos por su grado militar, asumiendo la atención del titular y sus familiares con el precario recurso económico situado para la sanidad del Ejército. Por otra parte, el escaso ingreso de personal médico, apretó la situación de atención en general en todo el país.

Los médicos militares escasos, debían hacer frente a la atención médica y además debían asumir cargos administrativos para los cuales no tenían mayor formación, sino aquella que aprendían en sus lugares de trabajo y durante el transcurso de sus labores, asesorados por un tren administrativo de las unidades a las que pertenecían.

Fue evidente entonces la necesidad de buscar más apoyo del que ya se tenía, en las redes médicas y hospitalarias civiles, adyacentes a los centros de atención de los Dispensarios, traducido esto en un aumento del gasto en la atención de estas redes externas, llegando a cifras alarmantes en estas atenciones médicas.

Se optó entonces por fortalecer los diferentes Establecimientos de Sanidad Militar, autorizando la contratación de profesionales de la salud en todas sus áreas, no solo médicos, sino odontólogos, enfermeros, auxiliares de enfermería, terapeutas, rehabilitadores y demás ramas de la salud, a fin de buscar contingencia tanto en la demanda de la atención como en la disminución de los gastos en la red externa.

la Geografía Nacional pues se convirtieron en hospitales regionales y centros de referencia de los establecimientos de sanidad adyacentes.

Esta política de atención demostró ser de gran utilidad, pero se evidenció que en ciertos establecimientos de sanidad, persistía la tendencia de generar grandes gastos económicos en sus regiones. Fue entonces que bajo una gran visión futurista y anclados en las realidades existentes, se decidió crear una serie de Hospitales Regionales, que permitieran ofrecer servicios médicos de alta calidad, cumpliendo con los principios establecidos en la ley que rige la sanidad de las Fuerzas Militares, y que a su vez disminuyera la generación de gastos en la red externa, para ser utilizados estos recursos en las redes internas, aumentando así la cobertura en salud a los usuarios del subsistema.

Se planeó la construcción de siete (7) Hospitales regionales, buscando remodelar establecimientos o construir nuevas edificaciones para llevar a cabo este planeamiento estratégico en salud. Tras un proceso que tardo algo más de 8 años, se logró la adecuación y/o construcción de cinco (5) centros de atención médica, con dotación tecnológica para desempeñarse como hospitales de II y III nivel de complejidad. Estos centros fueron el Hospital Militar de Oriente con sede en Villavicencio (HOMIO), el Hospital Militar de Medellín (HOMME), el Hospital Militar de Bucaramanga (HOMBR), el Hospital Militar de Occidente con sede en Cali (HOMRO) y el Hospital Militar de Tolemaida (HOMIT).

La activación de estos centros hospitalarios se llevó a cabo entre el 2008 y el 2010, desempeñando labores de atención a la población de usuarios, con excelentes resultados, con altísimos estándares de funcionamiento, con autonomía administrativa que permitió una mayor agilidad en las atenciones internas y externas, con un mejor manejo del recurso humano, aprovechando al máximo los recursos económicos situados a cada uno de estos centros hospitalarios, aumentando la cobertura de atención a zonas más amplias de la Geografía Nacional pues se convirtieron en hospitales regionales y centros de referencia de los establecimientos de sanidad aledaños.

• Además, los pocos médicos especialistas en las áreas de trauma (cirujanos, Este auge presentó un techo probablemente no esperado. Se vio que a pesar de la infraestructura y la dotación tecnológica, el recurso humano no era suficiente, se requirió utilizar un buen porcentaje de los dineros situados para contratar personal que realizara atención médica y paramédica y se vio el resultado de la falta de personal médico militar para dotar en forma adecuada estos centros de atención médica.

que tenemos médicos especialistas en cargos administrativos de mucha responsabilidad como ordenadores del gasto, oficiales de juntas médicas, etc. Esto se reflejó en que a pesar de que se crearon estos hospitales, el gasto económico de atención médica continuaba en aumento y en algunos se incrementó en forma importante. El trasfondo de esta situación se le adjudicó a dos problemas básicamente:

- En primer lugar, la falta de médicos especialistas (militares). Al crear centros de atención de mayor nivel de complejidad, la atención no solo se centra en aquellos que presentan traumas propios de los combates o de los entrenamientos, sino que también, como se deben llevar a cabo programas de diversa índole de prevención, promoción, salud operacional, y sobre todo atención de beneficiarios, se hizo evidente que se requerían médicos especialistas en áreas de la salud que no son propias del conflicto. Pediatras, ginecólogos, radiólogos, urólogos, dermatólogos, internistas, cardiólogos, neurólogos y demás ramas de especialidad médica.

- Otro aspecto que se comenzó a presentar en el desarrollo de estas situaciones es
- Al convertirse estos hospitales en centros de referencia regional, la demanda de estas especialidades aumentó aún más, puesto que los usuarios que demandaban estas atenciones a nivel local se remitieron a estos hospitales quienes con sus recursos económicos debían solucionar estas necesidades.

- Además, los pocos médicos especialistas en las áreas de trauma (cirujanos, ortopedistas y anesthesiólogos), no contaban con pares académicos que les permitiera una rotación en la atención, obligándolos a realizar múltiples funciones tanto asistenciales como administrativas, donde estas últimas ocupaban una mayor importancia por su implicación legal, generando postergación o derivación de las atenciones asistenciales a la red externa. Es el caso, que tenemos médicos especialistas en cargos administrativos de mucha responsabilidad como ordenadores del gasto, oficiales de juntas médicas, etc.

- El otro contexto que se generó a raíz de estas situaciones, y buscando siempre ofrecer una adecuada atención de los usuarios, es que se contrataron más médicos generales, para poder dar atención primaria en salud a los usuarios, cubriendo servicios básicos de urgencias, consulta externa y hospitalización.

funcionamiento de un Hospital Regional, se vieron recordados en forma drástica. Al aumentar el volumen de pacientes, con una multiplicidad de patologías muchas de ellas complejas, que requieren el concurso de una especialidad médica para orientar los tratamientos, se generó un aumento de la demanda de la red externa, pues no se tenían al interior de los hospitales los médicos especialistas necesarios para cubrir estas necesidades. Aunque resulta paradójico, que a mayor número de médicos, mayor número de demandas y gastos en la red externa, es una consecuencia lógica de estos procesos de aumento de cobertura en salud.

sumados a la disminución de los recursos situados en forma anual, para el Otro aspecto que se comenzó a presentar en el desarrollo de estas situaciones, es que el recurso económico se vio disminuido en forma muy importante, obligando en ocasiones a suspender las remisiones a la red externa por falta de respaldo presupuestal, obligando a remitir solamente las patologías que revisten un carácter vital, incumpliendo los parámetros de universalidad, oportunidad y eficiencia enmarcadas dentro de la ley 352.

obtuvo tampoco estudios de las otras Fuerzas, que parecieran tener un mejor planeamiento al respecto, pero que se

Se aumentó la remisión al centro de referencia natural de todos los establecimientos de Sanidad del Ejército, que es el Hospital Militar Central, el cual también reviste una serie de manejos administrativos complejos, por ser este una entidad descentralizada del Ministerio de Defensa, aumentando el consumo de los recursos económicos situados anualmente a este Hospital, con procedimientos de baja complejidad, que perfectamente podrían haber sido asumidos por los hospitales regionales, si se hubieran dotado con el personal necesario.

También sumado a esta crisis, se encuentra que al reorganizar las cargas económicas para hacer frente a estos eventos, los recursos situados para la adquisición de equipos, materiales medico quirúrgicos, sanidad en campaña, salud operacional, salud ocupacional, saneamiento y demás que se requieren para el funcionamiento de un Hospital Regional, se vieron recortados en forma drástica, generando así un menor volumen en la adquisición de estos materiales y realización de estos programas, obligando a conseguir materiales de bajo costo (así como su calidad) y en poca cantidad, y desatención de áreas importantes de programas primordiales de prevención.

Ahora, si bien se tiene definida la problemática que surgió a raíz de este aumento de la demanda, con una precaria oferta de servicios médicos especializados, sumados a la disminución de los recursos situados en forma anual, para el funcionamiento de estos centros de atención hospitalaria, no se ha realizado un estudio sesudo de las falencias de médicos especialistas, que sean parte del Ejército Nacional, como Oficiales del Cuerpo Administrativo, para cubrir estas necesidades. El estado del arte al respecto es precario. Se han realizado algunos análisis al interior de las direcciones y jefaturas, a los cuales no se logro tener acceso por su carácter de restringido, no se obtuvo tampoco estudios de las otras Fuerzas, que parecieran tener un mejor planeamiento al respecto, pero que se

responden fácilmente pues su población es mucho más pequeña que la del Ejército Nacional y además que el número de sus bases es igualmente menor.

Sea este entonces el momento propicio, para que en conjunto con otro estudio similar que se desarrollara en los Hospitales Militares de Medellín y Bucaramanga, den bases y permitan la continuidad en este tipo de análisis y con ello se conlleve a un estado del arte que permita la confrontación de resultados, la búsqueda y ampliación de parámetros de evaluación y demás que permitan concretar en forma periódica y con validez tanto estadística como científica de los resultados que se obtengan a través de este tipo de análisis.

Dada la información que se recopilara y los resultados que se obtengan, tendrán que ser conclusiones de carácter reservado, ya que estos datos que se sustraigan del presente trabajo, no pueden ser de conocimiento público pues denuda una situación compleja y de difícil manejo al interior de nuestra Fuerza.

4.2 MARCO CONTEXTUAL

La Ley 352 del 17 de enero de 1997, en su Artículo 14 señala la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud al interior del Ejército Nacional¹³.

Partiendo de esta premisa, la Dirección de Sanidad del Ejército en la búsqueda continua de estrategias para el cubrimiento de los servicios médico-asistenciales de su población objeto ha establecido la creación de Establecimientos de Sanidad Militar de diferentes niveles de complejidad desde el tipo enfermería hasta los

¹³ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 352. (23, ENERO, 1997). Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1997. No. 42965. Cita textual: "Artículo 14 Funciones asignadas a las Fuerzas Militares. El Ejército Nacional será el encargado de prestar los servicios de salud en todos los niveles de atención a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, a través de las unidades propias o mediante la contratación de instituciones prestadoras de servicios de salud y profesionales habilitados, de conformidad con los planes, políticas, parámetros y lineamientos establecidos por el CSSMP"

hospitales regionales y finalizando en el Hospital Militar Central como centro de referencia Nacional.

Actualmente las infraestructuras llamadas Hospitales Regionales son grandes edificaciones que no cuentan con el personal médico especializado, requiriéndose el concurso de las entidades de la red externa (Clínicas Privadas, Hospitales Universitarios y Grupos de Profesionales) cuya oferta no es adecuada para subsanar la demanda, por tener el estándar de oportunidad muy alto lo que implica citas médicas a dos y tres meses y en algunos casos llegada la fecha de su asignación estas son canceladas por motivos administrativos de estas entidades, ocasionando erogaciones millonarias para su cancelación y aumento de las quejas y derechos de petición por mala atención, haciendo este hecho la necesidad más sentida de tener oficiales médicos del cuerpo administrativo con especialización para cubrir la demanda de servicios insatisfechos.

Cada vez vemos más el crecimiento de la población de usuarios dado por el aumento del pie de fuerza, que hace que de manera directamente proporcional aumente la población de beneficiarios del sistema de Salud de las Fuerzas Militares. En la Tabla 1 se representa el incremento anual de la población beneficiaria en cada uno de los hospitales objeto del presente trabajo de investigación.

La conformación de nuevas unidades militares para cumplir con la misión institucional a traído nuevos usuarios con múltiples patologías de alto costo sin considerarse la preexistencia de las mismas y siendo asumidas con los escasos recursos para ello destinados.

¹⁴ ESCUELA MILITAR DE CADETES "GENERAL JOSÉ MARÍA CORDOVA", Cursos Egresados 1997 - 2007. Imprenta y Publicaciones Fuerzas Militares. Bogotá, D.C. 2007. 287 p.
¹⁵ Ibid. 268 p.

oficialmente en las filas del Ejército, como lo demuestra el registro encontrado en la Escuela Militar de Cadetes¹⁴.

Tabla 1. Incremento anual de la población beneficiaria.

Establecimiento de Sanidad Militar	2011	2012	% Incremento Poblacional
Hospital Militar Regional de Occidente Cali	24.603	36.134	46.86%
Hospital Militar Regional de Tolomaida	14.915	19.903	33.44%
Hospital Militar de Oriente Apiay	16.128	19.028	17.98%

Fuente. DIPER – Dpto. Bioestadística DISAN. Año 2012.

4.3 MARCO LEGAL Y NORMATIVO

Según el registro histórico de la Escuela Militar de Cadetes “General José María Córdova”¹⁴, fue en el año de 1952 cuando se realizó el “Primer Curso de Profesionales de los Servicios”, mediante el Decreto 3044 de diciembre 12 de 1952, en el cual se incorporaron 17 profesionales, dentro de los cuales no se contaba con ningún médico ni tampoco con ninguna mujer.

Fue en el año de 1974, mediante el Decreto 1001 de mayo 29 de ese año, que según la Escuela Militar de Cadetes¹⁵ se incorporó el primer médico llamado Rodrigo Anzola Castañeda, y junto con el, 16 profesionales más de sexo masculino. Para el año de 1976 se incorporaron 31 profesionales, entre los cuales se contaba con tres médicos y fue en este año en el cual se realizó la primera incorporación de mujeres al Ejército Nacional. Este Curso fue denominado “Policarpa Salavarrieta”, dentro del cual se contaba con 11 mujeres, y dentro de ellas la Doctora Gloria Castro Sabogal, primera mujer médico incorporada

¹⁴ ESCUELA MILITAR DE CADETES “GENERAL JOSE MARIA CORDOVA”. Cursos Egresados 1907 – 2007. Imprenta y Publicaciones Fuerzas Militares. Bogotá. D.C. 2007. 297 p.

¹⁵ Ibíd, 298 p.

oficialmente en las filas del Ejército, como lo demuestra el registro encontrado en la Escuela Militar de Cadetes¹⁶.

Conociendo los inicios de las primeras incorporaciones de profesionales médicos a las filas del Ejército Nacional y para continuar con una metodología cronológica y coherente en el tema de la sanidad militar, hace imprescindible y básico conocer cómo se sustenta jurídicamente el servicio de salud dentro de las Fuerzas Militares. Para esto, es imperativo conectarse con la existencia misma de la seguridad social en Colombia, la cual quedó enmarcada en el artículo 48 de la Constitución Nacional¹⁷.

La seguridad social concebida como un servicio público, se convierte en un derecho para todos los colombianos y a la vez en un componente muy fuerte, casi inherente al bienestar de los seres humanos como lo argumenta la Oficina Internacional del Trabajo¹⁸ al relacionar la importancia de la seguridad social y la función que ésta desempeña no sólo para el bienestar de los individuos, sino también para un elevado nivel de desarrollo y crecimiento económicos.

Las Fuerzas Militares de Colombia, tienen que ponerse a la par con los avances en materia de seguridad social integral y es por esto que en la ley 352 de 1990, en su artículo primero, se consigna cómo está compuesto el sistema.¹⁹

¹⁶ *Ibíd*, 300 p.

¹⁷ CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Panamericana 19 Edición. Bogotá D.C. 1991. 71 p. cita textual : "La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley"

¹⁸ OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa. 100: 1 – 17. Junio 2011. Ginebra. Suiza. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_154235.pdf. 2011. 201 p.

¹⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 352. (23, ENERO, 1997). Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1997. No. 42965. Cita textual: "COMPOSICIÓN DEL SISTEMA. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, SSMP, está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía

profesión universitaria con el fin de servir a las Fuerzas Militares y por ende
En el año de 1993, Colombia a través de la Ley 100 en su artículo primero, definió
el objeto del Sistema de Seguridad Integral y a su vez cuáles son los componentes
del sistema.²⁰

De esta manera se reconoce que la salud es uno de los pilares sobre los cuales se
fundamenta la seguridad integral y que es una obligación del estado buscar los
mecanismos para proveerla.

Con la aparición de la Ley 100 y la obligatoriedad de que los colombianos
pertenezcan a un Sistema de Seguridad Integral se decide en 1997 realizar la
reestructuración del Sistema de Salud para las Fuerzas Militares y la Policía
Nacional mediante la ley 352 de 1997.²¹

Reconociendo este entorno social en el cual adquiere gran importancia para la
sociedad colombiana el Sistema de Seguridad Integral, se reafirma la importancia
de la incorporación de los Oficiales del Cuerpo Administrativo a las Fuerzas
Militares, lo cual permitió abrir el espacio necesario para que los profesionales del
área de la salud, tuvieran la posibilidad de ser militares y a la vez ejercer su

Nacional, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Subsistema de Salud de la Policía Nacional y los afiliados y beneficiarios del Sistema. El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar, el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea y el Hospital Militar Central. El Subsistema de Salud de la Policía Nacional lo constituyen la Policía Nacional y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional".

²⁰ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1993. No. 41148. 1-168 Pp. Cita textual: "...El sistema comprende las obligaciones del estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro"

²¹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 352. (23, enero, 1997). Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 1997. No. 42965. 1- 24 Pp. Cita textual: "La Fuerza Pública está integrada en forma exclusiva por las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, según lo dispone la Constitución Nacional en su artículo 216. El Legislador, en concordancia con este postulado de excepción, excluyó del Sistema Integral de Seguridad Social a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y al personal regido por el Decreto-ley 1214 de 1990. En desarrollo de tales principios, por virtud de la presente Ley se reestructura el Sistema de Salud de la fuerza pública y del personal regido por el Decreto-ley 1214 de 1990, en forma independiente y armónica con su organización logística y su misión constitucional"

profesión universitaria con el fin de servir a las Fuerzas Militares y por ende coadyuvar en el cumplimiento de su misión.

Sin embargo, a pesar de que la incorporación de personal profesional al Ejército Nacional se venía realizando desde el año de 1952, solo hasta el año 2000 el Ministerio de Defensa Nacional, les otorga un piso jurídico, mediante el Decreto 1790 de 2000, en su artículo No. 17.²²

Gracias a este decreto quedó enmarcada jurídicamente la incorporación del personal profesional masculino y femenino del Cuerpo Administrativo a las Fuerzas Militares de Colombia con el objetivo de ejercer su profesión y de esta manera coadyuvar al logro de la misión asignada para cada fuerza en particular y se avanza en un camino de modernización de las Fuerzas Militares y por ende, del Ejército Nacional.

Teniendo el marco organizacional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y reconociendo la importancia de la labor que desempeñan los oficiales del cuerpo administrativo y para este caso en particular los médicos, es importante entender qué significa la sanidad dentro de las Fuerzas Militares, haciendo referencia a la definición que esta misma ley 352, acertadamente propone como: “un servicio público esencial de la logística militar y policial, inherente a su organización y funcionamiento, orientada al servicio del personal activo, retirado,

²² COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Decreto 1790. (14, septiembre, 2000). Por el cual se modifica el Decreto que regula las normas de carrera del personal de oficiales y suboficiales de las Fuerzas Militares. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 2000. No. 44161. Cita textual: “Son oficiales del Cuerpo Administrativo de las Fuerzas Militares, los profesionales con título de formación universitaria conforme a las normas de educación superior vigentes en todo tiempo, escalafonados en el Ejército, la Armada y la Fuerza Aérea con el propósito de ejercer su profesión en las Fuerzas Militares, o los oficiales y suboficiales de las Fuerzas Militares que habiendo obtenido el referido título, soliciten servir en el Cuerpo Administrativo”.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Circular No. 533 (7 de diciembre 2012). Lineamientos para Solución del Déficit Presupuestal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Bogotá, D.C.

pensionado y beneficiarios”²³, esta definición enmarca al personal de sanidad como servidores públicos y como tal están en la obligación de brindar sus conocimientos profesionales y experiencia en beneficio de todos los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

El personal militar de sanidad que labora dentro de las Fuerzas Militares debe cumplir con los estándares universales para el talento humano que labora en el área de la salud dentro del territorio Nacional, por lo tanto es importante recordar que dentro de la Ley 1164 de 2007 en su artículo primero, se define talento humano en salud²⁴, lo cual aplica para los usuarios del subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

En la actualidad el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares se encuentra atravesando una grave crisis financiera, como lo enuncia el Ministerio de Defensa en la circular No. 533 del 07 de Diciembre de 2012²⁵, en la cual se manifiesta que al cierre de la vigencia de 2012, el subsistema presenta un déficit presupuestal acumulado por valor aproximado a los \$ 110.642 millones. Por lo tanto el objetivo del Ministerio de Defensa es crear al interior de las Fuerzas Militares un compromiso para el desarrollo de una gestión pública que consolide la sostenibilidad financiera del subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

La Jefatura de Estado Mayor del Ejército Nacional en cumplimiento a las instrucciones emitidas por el ministerio de Defensa Nacional, a su vez, emite el

²³ *Ibíd.*

²⁴ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1164. (4, OCTUBRE, 2007). Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2007. No. 46771. Cita textual: “...*Todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud*”

²⁵ MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Circular No. 533. (7 diciembre 2012). Lineamientos para Solución del Déficit Presupuestal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Bogotá, D.C.

Oficio No. 61287/MD-CG-CE-JEM-JEDEH²⁶, en el cual se ordenan once lineamientos que tienen el objeto de optimizar los recursos de sanidad del Ejército para la vigencia 2013. Teniendo como base este escenario, en donde existe un gran déficit presupuestal en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares se hace necesario reconocer la importancia de optimizar los recursos y una de las formas de realizar este cometido es a través del mejoramiento de la planeación y organización del talento humano, en este caso en particular, de los médicos militares especialistas que cubrirán la demanda en los diferentes Hospitales Militares Regionales del Ejército Nacional.

4.4 MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Teniendo en cuenta que el Sistema de salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional es un régimen de excepción a la Ley 100/93, según su artículo 279, y que estableció su Sistema de Calidad en salud según las políticas emitidas por el Consejo Superior de salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional mediante el Acuerdo No 040 de 2004, no está obligado a acogerse de manera obligatoria al Sistema Obligatorio de Calidad de Atención en Salud²⁷. Sin embargo, el artículo primero de la Resolución 2680 de 2007 establece que las Fuerzas Militares, la Policía Nacional y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, cuando presten servicios de Salud en sus Establecimientos de Sanidad deben cumplir con los estándares de capacidad técnica y científica²⁸.

²⁶ JEFATURA DE ESTADO MAYOR DEL EJÉRCITO NACIONAL. Documento 61287/MD-CG-CE-JEM-JEDEH. (03, Enero, 2013). Lineamientos para Optimizar los Recursos de la Sanidad del Ejército en la Vigencia 2013. Bogotá. D.C. 1 -7 Pp.

²⁷ DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO. Circular 111841/MD-CG-CE-JEM-JEDEH-DISAN-DIR-GESCAL. (18 junio, 2011). Instrucciones parámetros de Habilitación Técnico Científica. Bogotá D.C.

²⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 2680 (3 agosto 2007). Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones. Bogotá. D.C.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud es el conjunto de instrucciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

A partir del 2004 con el acuerdo No 040 el Sistema de salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. El decreto 1011 de 2006 establece la Calidad de Atención en Salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”, para efectos de mejorar y evaluar la calidad de Atención en Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad deberá cumplir con las siguientes características: **ACCESIBILIDAD**. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema de salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

OPORTUNIDAD. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

SEGURIDAD. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

PERTINENCIA. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

CONTINUIDAD. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico²⁹.

A partir del 2004 con el acuerdo No 040 el Sistema de salud de las Fuerzas Militares organiza el Sistema de Garantía de la Calidad, integrándose como parte estructural del Sistema de Gestión de la Calidad, para la administración y prestación de Servicios de Salud en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y tener una herramienta para planear, ejecutar, evaluar, mejorar y controlar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción de los usuarios asegurando el mantenimiento de las condiciones de calidad en accesibilidad, continuidad, oportunidad, pertinencia y seguridad³⁰. Es así como el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, a pesar de ser un régimen de excepción, queda bajo la vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Un componente de este Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud es el sistema de información que incluye la monitorización de los procesos en sanidad por medio de indicadores de Calidad contruidos para realizar mediciones que permiten referencia a nivel Nacional e internacional y promover procesos de mejoramiento en las instituciones. Los indicadores de monitoreo del sistema se agrupan en cuatro dominios teniendo en cuenta los atributos de Calidad así:

²⁹ DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO. Directiva Permanente No 0204/MD-CG-CE-JEM-JEDEH-DISAN. (13 septiembre 2011). Directrices de Comando de Ejército para la Administración del personal Militar de Oficiales, Suboficiales y Soldados de la especialización de Sanidad. Bogotá. D. C.

³⁰ MINISTERIO DE DEFENSA .CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Acuerdo No 040. (27, Noviembre, 2004).Por el cual se organiza el sistema de gestión de calidad en el sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Bogotá D.C.

Ejército³⁰. Actualmente se está realizando la autoevaluación de estos requisitos **DOMINIO DE ACCESIBILIDAD/OPORTUNIDAD**. Los indicadores de este dominio evalúan la medida en la cual los servicios prestados se ofrecen en el momento en que son requeridos por el usuario y son provistos sin barreras que dificulten el acceso a estos por parte del usuario.

La resolución 1043 de 2006 fue derogada por la resolución 1441 de 2013 que **DOMINIO DE CALIDAD TÉCNICA**. Indicadores que determinan en qué medida los procesos críticos para la atención del paciente se han dado correctamente. ones y ninguno en cuanto a recurso humano especializado³¹

DOMINIO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. Los indicadores correspondientes a este dominio, tienen como propósito identificar en qué medida la atención se ha dado con seguridad para el paciente. hasta de segundo nivel de complejidad o

DOMINIO DE EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN. Son indicadores que evalúan la medida en la que la atención en salud ha satisfecho las percepciones del usuario generando lealtad y confiabilidad en este³¹. hospitalización especializada derivadas del primer nivel o los que se presentan de modo espontáneo con urgencias. Las

Otro de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud es el cumplimiento de los nueve estándares de capacidad técnico y científica : Recurso humano, infraestructura, dotación y mantenimiento, gestión de insumos y dispositivos médicos, procesos prioritarios asistenciales, historias clínicas y registros asistenciales, interdependencia de servicios, sistema de referencia y contrarreferencia y seguimiento a riesgos, según el nivel de atención, descritos en el Anexo Técnico No 1 de la resolución No 1043 de Abril 3./2006 Manual Único de estándares de verificación, que generan en una atención en salud segura y de calidad para los usuarios del subsistema de salud del

³¹ DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO. Directiva Permanente No 015/MD-CG-CE-JEM-JEDEH-DISAN-SM-GESCAL. (09 abril, 2012). Lineamientos para el cumplimiento del reporte y Monitoreo de los Indicadores de la Calidad en la Atención de los servicios del SSFM por parte de los Establecimientos de Sanidad de la dirección de sanidad Ejército. Bogotá D.C.

Ejército³². Actualmente se está realizando la autoevaluación de estos requisitos en los diferentes establecimientos de Sanidad de Ejército, con el fin de establecer un diagnóstico y elaborar el Plan de mejoramiento en Calidad para ofrecer un servicio en salud eficiente.

externa establecidos en las directivas emitidas por la Dirección de Sanidad Ejército y Circulares emitidas por la Supersalud^{32, 33}.

La resolución 1043 de 2006 fue derogada por la resolución 1441 de 2013 que entró en vigencia a partir de Mayo del presente año, esta resolución contiene cambios mínimos con respecto a los requisitos de equipos e instalaciones y ninguno en cuanto a recurso humano especializado³³.

Los hospitales Militares Regionales por su estructura física y dotación (capacidad instalada) podrían prestar servicios hasta de segundo nivel de complejidad o mediana complejidad. Es decir se desarrollan actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, atención ambulatoria, cirugía de baja complejidad y hospitalización especializada derivadas del primer nivel o los que se presentan de modo espontáneo con urgencias. Las especialidades básicas de este nivel incluyen pediatría, cirugía general, medicina interna, ginecología y obstetricia, anestesiología y ortopedia³⁴.

Para establecer el número y tipo de personal médico especializado se tendrán en cuenta factores como número de consultas y procedimientos realizados por especialidad en el 2012, actividades desarrolladas en los servicios de

³² DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO. Directiva Permanente No 021/MD-CG-CE-JEM-JEDEH-DISAN-SM-GESCAL. Lineamientos para la Ejecución y Desarrollo del programa de Garantía de la Calidad en Salud de las unidades centralizadoras, los Hospitales Militares Regionales y Establecimientos de sanidad Militar Centralizados de Ejército. Bogotá. D.C. 2012.

³³ RESOLUCION Número 1441 DE 2013. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones

³⁴ RESOLUCION Número 5261 DE 1994 Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

hospitalización y urgencias, procedimientos de mediana complejidad realizados en la red externa por especialidad en el 2012, normatividad establecida por el Ministerio de Protección Social en la Resolución 1441 de 2013 y parámetros de productividad en consulta externa establecidos en las directivas emitidas por la Dirección de Sanidad Ejército y Circulares emitidas por la Supersalud^{35, 36}.

Entendiéndose como descriptivo, su referencia a "cualidades de lo estudiado, es decir a la descripción de características, de relaciones entre características o del desarrollo de características del objeto de estudio. Realiza la descripción de cualidades por medio de conceptos y de relaciones entre conceptos. La metodología cualitativa se refiere, entonces, a procedimientos que posibilitan una construcción de conocimiento que ocurre sobre la base de conceptos. Son los conceptos los que permiten la reducción de complejidad y es mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos que se genera la coherencia interna del producto científico"³⁷

También se puede catalogar como un estudio descriptivo en razón a que "Los análisis descriptivos persiguen -en un marco teórico dado- la identificación y catalogación mediante la definición, tipificación y clasificación de elementos de la realidad empírica de los textos o documentos. Para conocer los aspectos que necesitan modificaciones es conveniente describirlos y así, poder justificar los cambios"³⁸

³⁵ DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO. Circular 005/MD-CE-JEM-JEDEH-DISAN-SM-BIOEST-56. (11 mayo 2012). Lineamientos para la Atención en consulta y Programación de servicios asistenciales. Bogotá, D.C.

³⁶ SUPERSALUD. Circular Externa 056 (06, OCTUBRE, 2.009). Sistema de Indicadores de Alerta Temprana. Bogotá, D.C.

³⁷ <http://www.ryte.edu.uy/~educacion/evaluacion/evaluacion%20cuantitativa.htm>. Consultado 10 Julio 2013.

5 METODO

5.1 TIPO DE INVESTIGACION

El presente estudio, es de carácter cualitativo analítico descriptivo.

Entendiéndose como descriptivo, su referencia a “cualidades de lo estudiado, es decir a la descripción de características, de relaciones entre características o del desarrollo de características del objeto de estudio. Realiza la descripción de cualidades por medio de conceptos y de relaciones entre conceptos. La metodología cualitativa se refiere, entonces, a procedimientos que posibilitan una construcción de conocimiento que ocurre sobre la base de conceptos. Son los conceptos los que permiten la reducción de complejidad y es mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos que se genera la coherencia interna del producto científico”³⁷.

También se puede catalogar como un estudio descriptivo en razón a que “Los análisis descriptivos persiguen -en un marco teórico dado- la identificación y catalogación mediante la definición, tipificación y clasificación de elementos de la realidad empírica de los textos o documentos. Para conocer los aspectos que necesitan modificaciones es conveniente describirlo y así, poder justificar los cambios”³⁸.

³⁷ KRAUSE, MARIANE. La investigación cualitativa: un campo de cualidades y desafíos. Revista Temas de Educación. No. 7. 1.995. ISSN 07 16-7423. [En línea]. Disponible en: <http://investiga-aprende-2.wikispaces.com/file/view/Inv-cualitat-Krause.pdf>. Consultado 10 Julio 2013.

³⁸ GARCIA, DAFNE. Herramientas Teórico- Metodológicas Para El Estudio Los Medios Masivos: El Análisis De Contenido. Revista Estudios DIGITAL N° especial | Otoño 2010 | ISSN 1852-1568. [En línea]. Disponible en: <http://www.revistaestudios.unc.edu.ar/articulos03/dossier/5-lucero.php>. Consultado 10 Julio 2013.

La finalidad de este diseño será lograr aportar recomendaciones fundamentadas, que permitan conocer la cantidad, tipo de especialidad medica y distribución de los especialistas en los hospitales objeto del presente estudio.

5.2 DISEÑO METODOLOGICO

El diseño del presente estudio corresponde a uno cualitativo, analítico y descriptivo. El punto de partida del trabajo fue la determinación de los requerimientos de información de acuerdo con los objetivos planteados. En forma inicial se realizó la recolección de la información de cada uno de los centros de atención objeto del estudio. Con este fin fue diseñada una matriz de datos, la cual se diligenció por personal perteneciente a los Hospitales Militares Regionales.

Mencionado instrumento de recolección de información fue avalado por la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, con el fin de brindarle la validez necesaria. Posteriormente se tabuló la información y se procedió al cálculo de las variables dependientes mediante los algoritmos que más adelante se exponen. Finalmente fue realizado el análisis descriptivo y cualitativo de los datos y se procedió a realizar el diagnóstico y generar recomendaciones.

El objeto de estudio está compuesto por los hospitales regionales de Cali, Villavicencio y Tolemaida, adscritos a la Dirección de Sanidad del Ejército.

La información recolectada corresponde al censo poblacional que cada hospital tiene para su región, el porcentaje de cumplimiento de los parámetros de habilitación respecto de capacidad instalada y dotación de equipos para consulta externa, hospitalización y salas de cirugía.

Respecto de la productividad se solicitó el número de procedimientos realizados por cada una de las especialidades médicas durante el año 2012, discriminados por área de atención en consulta y procedimientos quirúrgicos o diagnósticos. Fue recolectado el número de pacientes hospitalizados así como su promedio de días de estancia hospitalaria.

- Descripción del número y porcentaje de procedimientos de consulta y cirugía

De igual forma se solicitó el número de procedimientos realizados por cada una de las especialidades médicas durante el año 2012, discriminados por área de atención en consulta y procedimientos quirúrgicos o diagnósticos correspondiente a servicios prestados a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, adscritos a cada uno de estos hospitales militares, en la red externa. Los procedimientos evaluados debían corresponder a atención de II nivel de complejidad.

- los procedimientos de consulta y cirugía ejecutados tanto en el hospital como

Cada hospital informó las especialidades médicas que prestó, discriminando el número de profesionales por cada una de ellas así como el tipo de vinculación: Oficiales, personal civil de planta de la Dirección General de Sanidad o Médicos especialistas contratados bajo la modalidad de Orden de prestación de Servicios; así mismo, por cada uno de los especialistas no militares se informó el número de horas contratadas. Fue informado el tiempo de servicio en la Institución, sin importar la modalidad de vinculación que se tenga.

Una vez fue recibida esta información, se realizaron los siguientes análisis:

- para cada hospital, que dieran cumplimiento a la totalidad de las horas

- Descripción poblacional. en un año las actividades de consulta y cirugía tanto

de la red externa como interna, de acuerdo al número de horas médicas que

- Descripción del recurso médico especializado.

- Cálculo del porcentaje de cumplimiento de requisitos de habilitación en las áreas de consulta externa, cirugía y hospitalización.
- Cálculo de los índices de utilización de la capacidad instalada en las áreas de consulta externa, cirugía y hospitalización.
- Descripción del número y porcentaje de procedimientos de consulta y cirugía realizados tanto en el hospital como en la red externa discriminados por especialidad.

Para el cálculo del número total de horas en un año que fueron requeridas para

- Determinación del número de horas en un año deseables de revista hospitalaria discriminadas por especialidad.
- Cálculo del número total de horas en un año que fueron requeridas para realizar los procedimientos de consulta y cirugía ejecutados tanto en el hospital como en la red externa discriminados por especialidad más el número de horas deseables de revista hospitalaria. Este cálculo atendió a los parámetros que en forma posterior se exponen.
- Cálculo del número total de horas en un año disponibles para la prestación de servicios asistenciales de cada uno de los diferentes especialistas militares. Este cálculo atendió a los parámetros que en forma posterior se exponen.
- Cálculo del número requerido de especialistas militares por cada especialidad para cada hospital, que darían cubrimiento a la totalidad de las horas necesarias para ejecutar en un año las actividades de consulta y cirugía tanto de la red externa como interna, de acuerdo al número de horas teóricas que debieran ser dedicadas a funciones asistenciales.

- Comparación del número de especialistas médicos necesarios para cubrir la totalidad de la prestación de servicios de II nivel contra el número de especialistas que se encontraron disponibles.
- Comparación del número de horas que teóricamente fueron requeridas para cubrir la demanda de servicios contra el número de horas ofertadas durante el periodo de tiempo por los especialistas no militares.

Para el cálculo del número total de horas en un año que fueron requeridas para realizar los procedimientos de consulta y cirugía, es necesario tener en consideración que para cada atención médica especializada de consulta es requerido un tiempo mínimo de 20 minutos, según lo establecido por la Dirección de Sanidad del Ejército, en su Circular No. 0005/MD-CE-JEM-JEDEH-DISAN-SM-BIOEST-5 del 11 de Mayo del 2012³⁹ y que los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo por cada una de las especialidades de esta área, tienen una duración promedio de 120 minutos, para una complejidad de II nivel; este tiempo no solamente incluye el tiempo real de cirugía, sino que involucra también los diferentes eventos en el tránsito del paciente en salas de cirugía desde su ingreso hasta su egreso de las mismas.

Para el cálculo del número total de horas en un año disponibles para la prestación de servicios asistenciales de cada uno de los diferentes especialistas militares se atendió a los siguientes puntos:

- De acuerdo con lo estipulado en la Circular 005 del 11 de Mayo de 2012 emitida por la Dirección de Sanidad Ejército el porcentaje de dedicación mínimo del personal de oficiales del cuerpo administrativo del área de la salud para

• labores asistenciales es del 60% del tiempo, sin perjuicio de las labores de tipo administrativo que se requieran para el cumplimiento de la misión asignada. Considerando lo anterior de 8 horas laborales de días lunes a viernes corresponden 4.8 horas diarias para actividades asistenciales. En este cálculo no se consideraron actividades de tipo asistencial los fines de semana. Las horas asistenciales teóricas de un especialista militar al mes serían entonces 6, es decir 1152 horas anuales.

- Del total de horas anuales teóricamente disponibles es necesario descontar lo siguiente:

- Un mes calendario de vacaciones anuales, 96 horas.

- Permisos de bienestar (Semana Santa, mitad y fin de año), 22 horas.

- Incapacidades promedio de una semana anual, 24 horas.

- Cursos de actualización, 32 horas.

- Tiempo destinado a la comisión en el GATRA (Anestesiología, Cirugía General y Ortopedia), 144 horas.

- El número de horas teóricas disponibles en forma anual para la prestación de servicios asistenciales es:

- Especialistas que no concurren al GATRA, 978 horas.

- Especialistas que concurren al GATRA (Anestesiología, Cirugía General y Ortopedia), 834 horas.

El resultado del análisis de esta información permitirá dar la recomendación de esta investigación referente a la cantidad, tipo y distribución de médicos especialistas Oficiales del Ejército Nacional, que se deberán capacitar y destinar a cada uno de estos centros asistenciales con el fin de cubrir las necesidades médicas de los usuarios, según el comportamiento durante el año 2012, con el fin de realizar la proyección de incorporación y especialización de estos Oficiales y se pueda así dar cumplimiento a los principios establecidos por la Ley 352 de 1997 y sus acuerdos reglamentarios.

Así mismo, será necesario tener en cuenta que existen ciertas especialidades en las que se requiere la presencia o disponibilidad permanente del médico especialista, lo cual no puede ser alcanzado por un solo profesional, ya que las labores realizadas pueden acaparar la totalidad de su tiempo, generando agotamiento físico y mental, poniendo en riesgo la vida e integridad personal y de sus pacientes. Por lo tanto, se hará necesario que en ciertas especialidades, se requiera la presencia de dos o más médicos para permitir la rotación de los mismos y garantizar la calidad en la atención médica ofrecida a los usuarios.

5.3 POBLACION U OBJETO DE ESTUDIO

El presente trabajo tiene como objeto de estudio los Hospitales Militares regionales de Cali, Tolemaida y Villavicencio, adscritos a la Dirección de Sanidad del Ejército.

5.4 INSTRUMENTOS

Una vez obtenidos los indicadores de los elementos teóricos y definido el diseño de la investigación, se procede a construir las técnicas de recolección de datos y así elaborar los instrumentos que permitirán capturar la información necesaria para dar solución al problema del presente estudio.

En consecuencia se diseñó un formulario con cinco ítems, para diligenciar en forma oficial, por intermedio de la Dirección de Sanidad Ejército, en cada Hospital Regional Militar objeto de este estudio, tratando de garantizar así la confiabilidad de la información.

Teniendo en cuenta la validez como una prueba concebida, elaborada y aplicada que mide la eficacia de lo que el investigador se propone recolectar con el instrumento, en el presente estudio la validación del instrumento se obtuvo a través del juicio de expertos (tres especialistas en metodología de la investigación de la ciudad de Villavicencio), facilitando el constructo metodológico del instrumento tanto en forma como en fondo y así realizar las respectivas correcciones, garantizando la calidad del modelo. A cada experto se le entregó una planilla de validación en la que se recolectó la información. Esta planilla contenía los siguientes aspectos de información con respecto a cada ítem: congruencia, claridad, tendenciosidad, observación. Luego de la revisión por parte de los expertos se procedió a: Los ítems con 100% de coincidencia favorable entre los expertos se incluyeron en el instrumento. Los ítems donde hubo 100% de coincidencia desfavorable entre los expertos se excluyeron del instrumento, donde existió acuerdo parcial entre los expertos se revisaron los ítems y se reformularon nuevamente para ser validados.

La confiabilidad se estableció con la aplicación de una prueba piloto en el Hospital Militar de Oriente - Villavicencio – en dos momentos diferentes del tiempo a cargo del personal de las secciones de Bioestadística, Garantía de la Calidad y Auditoría obteniéndose resultados semejantes en ambos casos. El instrumento aplicado se incorpora en el Anexo No. 2.

La distribución del personal asistencial en las especialidades médicas consideradas dentro de la atención del primer nivel fue de 15 Oficiales Médicos Especialistas, 8 Médicos civiles de planta y 24 Médicos bajo la modalidad de contrato de Orden de Prestación de Servicios.

Tabla 2. Distribución de Especialistas totales en HOMIT – HOMIO – HOMRO 2012.

ESPECIALIDAD MEDICA	TOTAL OFICIALES ESPECIALISTAS	CIVILES ESPECIALISTAS PLANTA	CIVILES ESPECIALISTAS OPB
MEDICINA INTERNA	1	1	0
CIRUGIA GENERAL	3	2	1
ORTOPEDIA	3	1	2
PEDIATRIA	0	1	1
ANESTESIOLOGIA	3	0	3
GINECOLOGIA	1	2	4
PSQUIATRIA	1	0	2
RADIOLOGIA	2	0	1
UROLOGIA	0	0	3
OPTALMOLOGIA	1	0	2
OTORRINO LARINGOLOGIA	0	1	2
DERMATOLOGIA	0	0	1
TOTALES	18	8	24

Tomado del Anexo 03 Elaboración Propia.

De esta distribución se obtuvo que en el Hospital de Tolemaida se contaba con 5 Oficiales, 1 Civil de Planta y 4 Civiles de contrato, en las áreas de Cirugía general, ortopedia, anestesiología, ginecología, radiología, urología y oftalmología. Por su parte el hospital de Villavicencio, contaba con 6 Oficiales y 7 médicos de contrato; distribuidos en medicina interna, cirugía general, ortopedía, pediatría,

6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

6.1 ANALISIS DE LOS DATOS HOSPITALES MILITARES DE TOLEMAIDA – VILLAVICENCIO Y CALI

La distribución del personal asistencial en las especialidades médicas consideradas dentro de la atención del primer nivel fue de 15 Oficiales Médicos Especialistas, 8 Médicos civiles de planta y 24 Médicos bajo la modalidad de contrato de Orden de Prestación de Servicios.

Tabla 2. Distribución de Especialistas totales en HOMIT – HOMIO – HOMRO 2012.

ESPECIALIDAD MEDICA	TOTAL OFICIALES ESPECIALISTAS	CIVILES ESPECIALISTAS PLANTA	CIVILES ESPECIALISTAS OPS
MEDICINA INTERNA	1	1	0
CIRUGIA GENERAL	3	2	1
ORTOPEDIA	3	1	2
PEDIATRIA	0	1	4
ANESTESIOLOGIA	3	0	2
GINECOLOGIA	1	2	4
PSIQUIATRIA	1	0	2
RADIOLOGIA	2	0	1
UROLOGIA	0	0	3
OFTALMOLOGIA	1	0	2
OTORRINOLARINGOLOGIA	0	1	2
DERMATOLOGIA	0	0	1
TOTALES	15	8	24

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

De esta distribución se obtuvo que en el Hospital de Tolemaida se contaba con 5 Oficiales, 1 Civil de Planta y 4 Civiles de contrato, en las áreas de Cirugía general, ortopedia, anestesiología, ginecología, radiología, urología y oftalmología. Por su parte el hospital de Villavicencio, contaba con 6 Oficiales y 7 médicos de contrato, distribuidos en medicina interna, cirugía general, ortopedia, pediatría,

anestesiología, ginecología, psiquiatría, radiología y urología. Mientras que el hospital de Cali, contaba con 4 Oficiales, 7 médicos de planta y 13 médicos de contrato, cubriendo la totalidad de las especialidades mencionadas. (Ver tablas 3, 4 y 5)

Tabla 3. Médicos especialistas HOMRO 2012.

ESPECIALIDAD	OFICIALES	PLANTA	OPS
MEDICINA INTERNA	0	1	0
CX GENERAL	1	1	0
ORTOPEDIA	1	1	1
PEDIATRIA	0	1	1
ANESTESIOLOGIA	1	0	1
GINECOLOGO	0	2	2
PSIQUIATRIA	1	0	1
RADIOLOGIA	0	0	1
UROLOGIA	0	0	2
OFTALMOLOGIA	0	0	1
OTORRINO	0	1	2
DERMATOLOGIA	0	0	1
TOTAL	4	7	13

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Encontramos que el hospital con mayor número de médicos especialistas es el de Cali, con un total de 24 médicos especialistas, seguido de Villavicencio con 13 médicos especialistas y Tolemaida con 10 médicos especialistas.

El único hospital con cubrimiento total de todas las especialidades médicas es el Hospital de Cali.

En el Hospital de Villavicencio, se hizo contrato de Prestación de Servicios con los médicos especialistas solamente por 5 meses, en razón de la disponibilidad presupuestal con que se contó el año inmediatamente anterior.

El Hospital de Tolemaida no logro hacer contratación de más médicos especialistas en razón a la ubicación geográfica del mismo, disminuyendo el

interés de los especialistas en desplazarse hasta este lugar. Se expuso la situación ante la Dirección de Sanidad, y estos agregaron en jornadas de 2 o tres días al mes, Oficiales médicos en las áreas de medicina interna y dermatología, para subsanar la demanda del personal de usuarios de este hospital.

Tabla 4. Médicos especialistas HOMIO 2012.

ESPECIALIDAD	OFICIALES	PLANTA	OPS
MEDICINA INTERNA	1	0	0
CX GENERAL	1	0	1
ORTOPEDIA	1	0	1
PEDIATRIA	0	0	2
ANESTESIOLOGIA	1	0	1
GINECOLOGO	1	0	1
PSIQUIATRIA	0	0	1
RADIOLOGIA	1	0	0
UROLOGIA	0	0	0
OFTALMOLOGIA	0	0	0
OTORRINO	0	0	0
DERMATOLOGIA	0	0	0
TOTAL	6	0	7

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Con respecto a la atención por el servicio de Consulta externa, sumando lo atendido en la red interna (los Hospitales Regionales) y la red externa (Centros de Atención civiles contratados), el mayor volumen lo obtuvo el servicio de radiología con un total de 24.640 estudios, seguido por ortopedia con 9.595 consultas. El servicio que menos consultas presento fue el de anestesiología con 1.725 consultas durante el año 2012.

Tabla 5. Médicos especialistas HOMIT 2012.

ESPECIALIDAD	OFICIALES	PLANTA	OPS
MEDICINA INTERNA	0	0	0
CX GENERAL	1	1	0
ORTOPEDIA	1	0	0
PEDIATRIA	0	0	1
ANESTESIOLOGIA	1	0	0
GINECOLOGO	0	0	1
PSIQUIATRIA	0	0	0
RADIOLOGIA	1	0	0
UROLOGIA	0	0	1
OFTALMOLOGIA	1	0	1
OTORRINO	0	0	0
DERMATOLOGIA	0	0	0
TOTAL	5	1	4

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Teniendo en cuenta que la norma ordena que un médico especialista debe atender a tres pacientes por hora, exceptuando las consultas de primera vez, que demoran mayor tiempo, pero que no fueron consideradas dentro del presente estudio. Las excepciones a la regla son del servicio de psiquiatría, que por hora atiende 1,3 pacientes y el servicio de radiología, que en una hora puede llevar a cabo 10 lecturas de Rx Convencionales, o 3 lecturas de Tomografías, 2 lecturas de Resonancias, 3 estudios ecográficos, por lo cual se decidió que el promedio por hora es de 5 pacientes o estudios.

Dado lo anterior, en concordancia con los resultados, el especialista que mas horas ocupa al año en su labor, es el médico radiólogo, con 4.928 horas para la realización de sus labores. Tabla No 6.

Ahora, analizando el cubrimiento que el andamiaje interno de cada hospital tiene para la atención global de esta demanda, el servicio que mejor cubre las necesidades es el de Ortopedia con el 97,06% del total de la demanda de este

servicio. Todos en forma general tienen un cubrimiento bueno pues sus porcentajes son superiores al 80%.

Tabla 6. Consolidado consulta externa HOMIT - HOMIO - HOMRO 2012.

ESPECIALIDAD	CONSULTAS		TOTAL CONSULTAS	% DE CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA	PACIENTES HORA	TOTAL HORA ESPECIALISTAS
	RED INTERNA	RED EXTERNA				
MEDICINA INTERNA	4.674	1.059	5.733	81,53	3	1.911,0
CX GENERAL	3.586	257	3.843	93,31	3	1.281,0
ORTOPEDIA	9.313	282	9.595	97,06	3	3.198,3
PEDIATRIA	5.445	424	5.869	92,78	3	1.956,3
ANESTESIOLOGIA	1.659	66	1.725	96,17	3	575,0
GINECOLOGO	7.915	568	8.483	93,30	3	2.827,7
PSIQUIATRIA	3.033	411	3.444	88,07	1,3	2.649,2
RADIOLOGIA	23.600	1.040	24.640	95,78	5	4.928,0
UROLOGIA	3.110	532	3.642	85,39	3	1.214,0
OFTALMOLOGIA	3.417	658	4.075	83,85	3	1.358,3
OTORRINO	3.447	560	4.007	86,02	3	1.335,7
DERMATOLOGIA	2.913	587	3.500	83,23	3	1.166,7
TOTALES	72.112	6.444	78.556	91,80		24.401

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

El comportamiento al interior de cada Hospital es diferente al comportamiento global, ya que la falta de especialistas, o la tercerización de servicios como el de radiología en Cali, afectan e individualizan cada uno de estos centros asistenciales.

Se observa que el cubrimiento de las consultas realizadas por los médicos al interior del Hospital de Tolimaida, cubrió el 92,76% de todas las consultas realizadas en este periodo de tiempo. (Ver Tabla No 7 y Grafico No 1)

Se encontró que los servicios en los que no se cuenta con especialistas, el cubrimiento de la red interna fue de 0%, a excepción de Medicina Interna, Dermatología por el apoyo asignado por la Dirección de Sanidad del Ejército antes mencionado.

Tabla 7. Consulta externa HOMIT 2012.

ESPECIALIDAD	CONSULTAS		TOTAL CONSULTAS	% DE CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA	TOTAL HORA ESPECIALISTAS
	RED INTERNA	RED EXTERNA			
MEDICINA INTERNA	301	625	926	32,51	308,7
CX GENERAL	1.232	35	1.267	97,24	422,3
ORTOPEDIA	2.785	30	2.815	98,93	938,3
PEDIATRIA	1.712	5	1.717	99,71	572,3
ANESTESIOLOGIA	337	8	345	97,68	115,0
GINECOLOGO	1.135	147	1.282	88,53	427,3
PSIQUIATRIA	0	324	324	0,00	249,2
RADIOLOGIA	10.321	330	10.651	96,90	2.130,2
UROLOGIA	1.062	41	1.103	96,28	367,7
OFTALMOLOGIA	1.346	5	1.351	99,63	450,3
OTORRINO	0	27	27	0,00	9,0
DERMATOLOGIA	1.023	83	1.106	92,50	368,7
TOTAL	21.254	1.660	22.914	92,76	6.359,1

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

A pesar de esto, se observa deficiencia en la atención prestada en la red interna de los servicios de medicina interna (32,51%) y ginecología (88,53%), que presentaron un porcentaje de atención menor del 90%, demostrando la necesidad de aumentar la oferta en la red interna para cubrir estas necesidades.

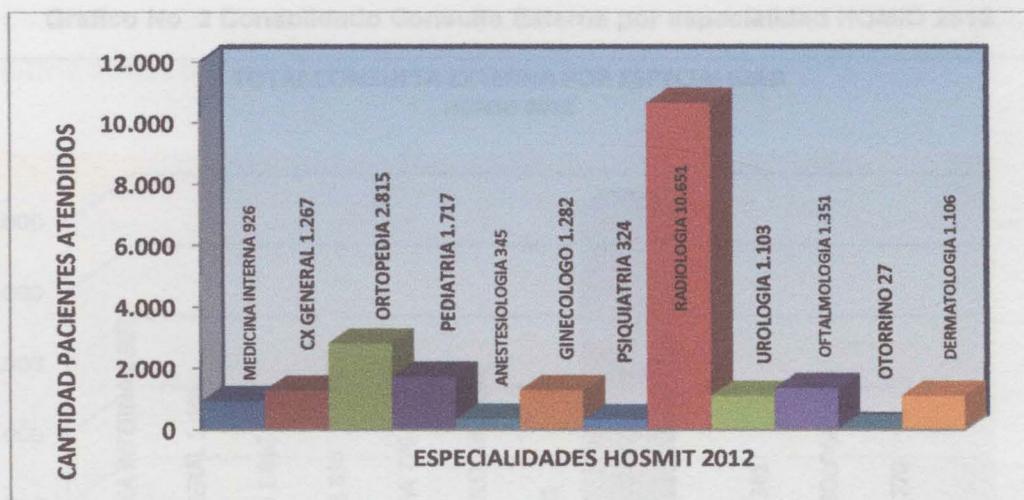
La necesidad de médico en el servicio de otorrinolaringología es baja, a diferencia de la necesidad de radiólogo que es muy elevada.

Los servicios que menos atenciones tuvieron en la red externa fueron los de anestesiología y oftalmología, los que cubrieron su demanda con un porcentaje mayor al 97%, denotando la efectividad de sus funciones.

En cuanto al comportamiento del Hospital de Villavicencio, se observa de igual forma que el servicio que mayor demanda tuvo fue el de radiología, seguido del servicio de ginecología (Ver grafico No 2). No se prestó atención en consulta externa por parte de los servicios de urología, oftalmología, otorrino y dermatología, por la falta de personal de Oficiales especialistas, civiles de planta y

civiles de OPS. Su cubrimiento por parte de la red interna fue del 0%. (Ver Tabla No 8).

Grafico No 1 Distribución de la consulta externa HOMIT 2012



TOMADO DE LA TABLA No 7

Tabla 8. Consolidado de consulta externa HOMIO 2012

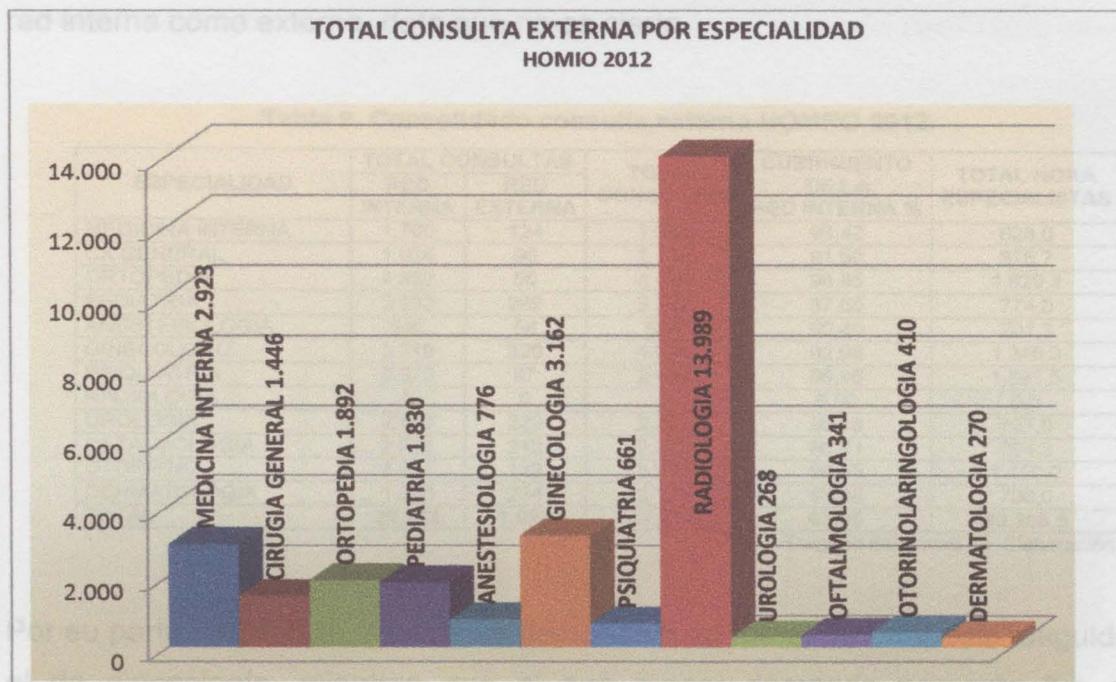
ESPECIALIDAD	TOTAL CONSULTAS		TOTAL CONSULTAS	% DE CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA	TOTAL HORA ESPECIALISTAS
	RED INTERNA	RED EXTERNA			
MEDICINA INTERNA	2.613	310	2.923	89,39	974,3
CX GENERAL	1.320	126	1.446	91,29	482,0
ORTOPEDIA	1.696	196	1.892	89,64	630,7
PEDIATRIA	1.700	130	1.830	92,90	610,0
ANESTESIOLOGIA	776	0	776	100,00	258,7
GINECOLOGO	3.061	101	3.162	96,81	1.054,0
PSIQUIATRIA	661	0	661	100,00	508,5
RADIOLOGIA	13.279	710	13.989	94,92	2.797,8
UROLOGIA	0	268	268	0,00	89,3
OFTALMOLOGIA	0	341	341	0,00	113,7
OTORRINO	0	410	410	0,00	136,7
DERMATOLOGIA	0	270	270	0,00	90,0
TOTAL	25.106	2.862	27.968	89,77	7.745,6

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Por su parte, en el hospital de Call durante el año 2012 se realizaron un total de 27.874 consultas especializadas de las cuales el 93 % se realizó por red interna con una distribución similar para todas las especialidades (ver Tabla 9).

El mayor cubrimiento de la demanda por la red interna fue del servicio de psiquiatría y anestesiología, con un 100% de la atención, no se realizaron atenciones de consulta externa en la red contratada para tal fin.

Grafico No 2 Consolidado Consulta Externa por especialidad HOMIO 2012



TOMADO DE LA TABLA No 8

La mayor demanda de tiempo fue de los servicios de radiología y ginecología, traducido en el mayor volumen de atención prestada. Los servicios de dermatología y urología durante el año 2012, fueron los que menos horas medico necesitaron para desarrollar las labores prestadas.

Por su parte, en el hospital de Cali durante el año 2012 se realizaron un total de 27.674 consultas especializadas de las cuales el 93 % se realizó por red interna con una distribución similar para todas las especialidades (Ver Tabla 9).

La tercerización del servicio de radiología que se llevo a cabo en este Hospital, no se encuentra reflejada dentro de los datos que se enviaron de este ESM, pero se considera que toda atención realizada en las entidades propias o externas deben ser incluidas dentro de los datos solicitados. Se reflejaría así que en el Hospital de Cali, durante el año 2012, no se llevo a cabo ningún estudio radiológico tanto en la red interna como externa, dato que no es cierto.

Tabla 9. Consolidado consulta externa HOMRO 2012.

ESPECIALIDAD	TOTAL CONSULTAS		TOTAL CONSULTAS	CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA %	TOTAL HORA ESPECIALISTAS
	RED INTERNA	RED EXTERNA			
MEDICINA INTERNA	1.760	124	1.884	93,42	628,0
CX GENERAL	1.034	96	1.130	91,50	376,7
ORTOPEDIA	4.832	56	4.888	98,85	1.629,3
PEDIATRIA	2.033	289	2.322	87,55	774,0
ANESTESIOLOGIA	546	58	604	90,40	201,3
GINECOLOGO	3.719	320	4.039	92,08	1.346,3
PSIQUIATRIA	2.372	87	2.459	96,46	1.891,5
RADIOLOGIA	0	0	0	0,00	0,0
UROLOGIA	2.048	223	2.271	90,18	757,0
OFTALMOLOGIA	2.071	312	2.383	86,91	794,3
OTORRINO	3.447	123	3.570	96,55	1.190,0
DERMATOLOGIA	1.890	234	2.124	88,98	708,0
TOTAL	25.752	1.922	27.674	93,05	10.296,5

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Por su parte, el servicio que mayor demanda tuvo fue el de ortopedia, seguido por el de ginecología, mientras que el que menor demanda presento fue el de anestesiología con 604 consultas, pero el mayor cubrimiento lo tuvo el servicio de ortopedia y otorrino. Todos los servicios presentaron cubrimientos cercanos o superiores al 90%. Ver Grafico No 3

El comportamiento global de los hospitales objeto del estudio, desde el punto de vista quirúrgico, considerando aquellos servicios quirúrgicos, realizaron un total de 4.701 procedimientos en la red interna y unos 2.651 procedimientos en la red externa, con lo que se observa que el cubrimiento fue del 63,4% de la demanda presentada.

En forma global, el servicio que cubrió con la red interna la mayor demanda de este servicio quirúrgico fue el de anestesiología, con un cubrimiento del 92,5%, mientras que la mayor deficiencia se presentó con el servicio de dermatología, que todo se realizó en la red externa. Pero servicios como el de otorrino, oftalmología y urología, presentaron porcentajes de cubrimiento menor del 60% a pesar de la capacidad instalada en cada uno de estos centros de atención (Ver Tabla No 10).

Gráfico No 3 Consolidado Consulta Externa HOMRO 2012



TOMADO DE LA TABLA No 9

Para la ponderación de las horas totales del médico especialista dentro de los procesos quirúrgicos, se consideró que el promedio de horas que se requieren para una intervención quirúrgica oscila entre 45 minutos y 3 horas, dependiendo de la complejidad del procedimiento, por lo cual se decidió que el tiempo requerido entre el ingreso del paciente a la sala, la monitorización del mismo, la inducción anestésica (si así lo requiere y sea cual fuere la técnica empleada), los procedimientos de asepsia y antisepsia, apertura del instrumental, colocación de los campos quirúrgicos estériles, la realización del procedimiento quirúrgico, sea

cual fuere la intervención, el aseo post operatorio, el despertar anestésico, el traslado del paciente a la sala de recuperación y la limpieza de la sala, ocupa un tiempo promedio de 2 horas. Se extrapolo este tiempo a todos los servicios para tener una medida más homogénea entre ellos.

Tabla 10. Consolidado procedimientos quirúrgicos HOMIT - HOMIO - HOMRO 2012.

ESPECIALIDAD	CIRUGIAS		TOTAL CIRUGIAS	% DE CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA	TOTAL PACIENTES HORA QUIRURGICA	TOTAL HORAS ESPECIALISTA
	RED INTERNA	RED EXTERNA				
CX GENERAL	1.003	205	1208	83,03	0,5	2.416
ORTOPEDIA	794	298	1092	72,71	0,5	2.184
ANESTESIOLOGIA	1.444	117	1561	92,50	0,5	3.122
GINECOLOGO	557	426	983	56,66	0,5	1.966
UROLOGIA	600	500	1100	54,55	0,5	2.200
OFTALMOLOGIA	224	540	764	29,32	0,5	1.528
OTORRINO	79	242	321	24,61	0,5	642
DERMATOLOGIA	0	323	323	0,00	0,5	646
TOTALES	4.701	2.651	7.352	63,94		14.704

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Esto demostró que el servicio que más tiempo de especialista se requiere es en el de anestesiología con un total de 3.122 horas para la realización de su labor, seguidos de los cirujanos generales, los urólogos y los ortopedistas. El menor tiempo requerido para esta labor fue de los otorrinos, por el bajo volumen quirúrgico realizado en estos hospitales durante el año 2012.

Tabla 11. Consolidado procedimientos quirúrgicos HOMIT 2012.

ESPECIALIDAD	CIRUGIAS		TOTAL CIRUGIAS	CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA %	TOTAL HORAS ESPECIALISTA
	RED INTERNA	RED EXTERNA			
CX GENERAL	422	37	459	91,94	918
ORTOPEDIA	73	38	111	65,77	222
ANESTESIOLOGIA	650	117	767	84,75	1.534
GINECOLOGO	54	128	182	29,67	364
UROLOGIA	425	13	438	97,03	876
OFTALMOLOGIA	210	16	226	92,92	452
OTORRINO	0	42	42	0,00	84
DERMATOLOGIA	0	0	0	0,00	0
TOTAL	1.834	391	2.225	82,43	4.450,0

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

En la tabla 11 se observa el comportamiento del HOMIT, en donde el mayor volumen de procedimientos realizados en el servicio quirúrgico pertenece al servicio de Anestesiología, con un total de 767 intervenciones, que en la mayoría de los procedimientos realizados, tiene participación y explica su elevado volumen. El Servicio de Urología es el que tuvo el mayor cubrimiento en la red interna.

Por su parte el servicio de Ginecología presentó el menor porcentaje de cubrimiento de los procedimientos realizados. El servicio de dermatología, que se considera dentro del grupo de especialidades quirúrgicas, no realizó ningún tipo de procedimiento en esta área en la red interna y externa durante el año pasado. Grafico No 4.

Grafico No 4 Total Procedimientos Quirúrgicos HOMIT 2012



TOMADO DE LA TABLA No 11

El cubrimiento más deficiente fue el del servicio de ginecología, que, a pesar de realizar procedimientos en la red interna, más del 70% de los procedimientos se llevaron a cabo en la red externa. Esto se justifica por la ausencia de médico pediatra y de personal paramédico necesario para llevar a cabo procedimientos de obstétricos.

Por su parte el servicio de Ortopedia, presentó un cubrimiento bajo con respecto a los demás servicios con presencia de especialistas médicos Militares.

La mayor demanda de tiempo para la realización de procedimientos dentro de salas de cirugía fue del servicio de anestesiología, seguido por cirugía general y urología.

Tabla 12. Consolidado cirugías HOMIO 2012.

ESPECIALIDAD	CIRUGIAS		TOTAL CIRUGIAS	% DE CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA	TOTAL HORAS ESPECIALISTA
	RED INTERNA	RED EXTERNA			
CX GENERAL	348	81	429	81,12	858,0
ORTOPEDIA	301	30	331	90,94	662,0
ANESTESIOLOGIA	794	0	794	100,00	1.588,0
GINECOLOGO	406	211	617	65,80	1.234,0
UROLOGIA	41	395	436	9,40	872,0
OFTALMOLOGIA	14	409	423	3,31	846,0
OTORRINO	0	141	141	0,00	282,0
DERMATOLOGIA	0	310	310	0,00	620,0
TOTAL	1.904	1.577	3.481	54,70	6.962,0

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

En referencia a los procedimientos quirúrgicos llevaron a cabo 3481 cirugías de las cuales 54,7% se realizó en red interna y el 45,3% en red externa, sin embargo estos porcentajes no se comportan de forma uniforme en todas las especialidades se observa que cirugía general (81,1%) y ortopedia (90,3%) realizan más del 80 % de sus procedimientos por red interna, realizan más del 90% de sus procedimientos por red externa (Gráfica 5).

Grafico No 5 Procedimientos quirúrgicos HOMIO 2012



TOMADO DE LA TABLA No 12

Por su parte el Hospital Militar de Cali, en cuanto a los procedimientos quirúrgicos se llevaron a cabo 1.646 cirugías de las cuales 58,5% se realizó en red interna, y el 41,5% en red externa, observando que para las especialidades oftalmología y dermatología el 100% de los procedimientos se realizan en red externa (Ver Tabla No 13 Gráfica 6).

Tabla 13 Consolidado Cirugías HOMRO 2012

ESPECIALIDAD	CIRUGIAS		TOTAL CIRUGIAS	% DE CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA	TOTAL HORAS ESPECIALISTA
	RED INTERNA	RED EXTERNA			
CX GENERAL	233	87	320	72,81	640
ORTOPEDIA	420	230	650	64,62	1300
ANESTESIOLOGIA	0	0	0	0,00	0
GINECOLOGO	97	87	184	52,72	368
UROLOGIA	134	92	226	59,29	452
OFTALMOLOGIA	0	115	115	0,00	230
OTORRINO	79	59	138	57,25	276
DERMATOLOGIA	0	13	13	0,00	26
TOTAL	963	683	1.646	58,51	3.292

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

El servicio de la red interna que mayor porcentaje cubrió de la demanda fue el de Cirugía General, con un 72,81%, mientras que el servicio de anestesiología no registro ningún acto anestésico para ese total de cirugías realizadas, dato que no concuerda puesto que para la gran mayoría de los procedimientos quirúrgicos, sobre todo en algunas especialidades, se requiere de su intervención. Se puede considerar como un subregistro de datos de este ESM.

Al indagar la razón por la cual no se reporto este registro, se encontró que los hospitales no tienen claro este dato. Otros adujeron que las remisiones a la red externa, diferenciado por especialidad médica no podía ser suministrado, puesto que las remisiones de los pacientes se dirigían al servicio de urgencias correspondiente para una atención integral, quienes definen el destino del paciente es el servicio de urgencias receptor. Se decide no incluir estos datos dentro del estudio.

Grafico No 6 Comparativo Cirugías Red Interna y Externa HOMRO 2012

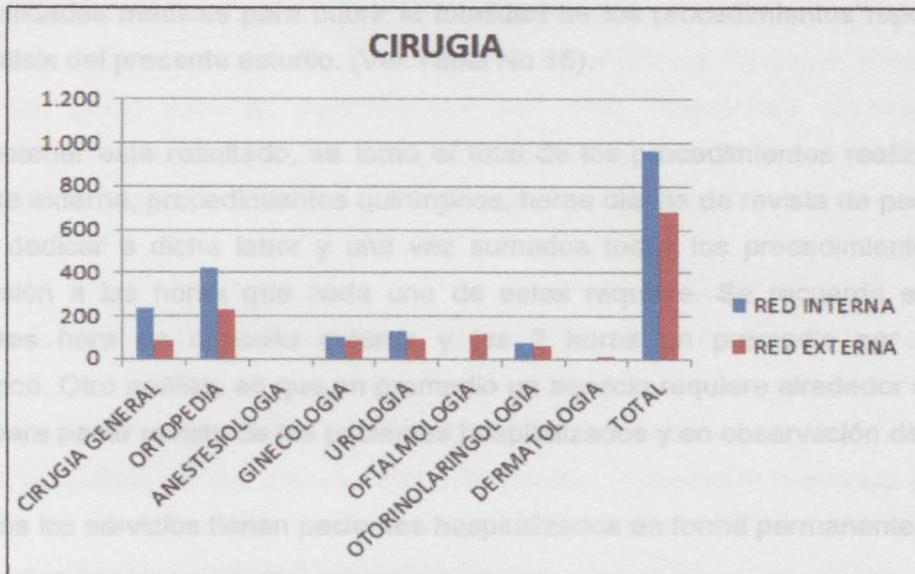


Tabla 14 Consolidado Horas Año Especialistas HOMIT - HOMIO - HOMRO 2012 TOMADO DE LA TABLA No 13

Por su parte, el análisis de la atención en los servicios de urgencias en la totalidad de los hospitales incluidos en el estudio, no arrojo ningún dato de consideración en razón a que los datos obtenidos no se encontraban consolidados por especialidades. (Ver tabla No 14).

Tabla 14 Consolidado Urgencias HOMIT - HOMIO - HOMRO 2012

ESPECIALIDAD	URGENCIAS		TOTAL URGENCIAS
	RED INTERNA	RED EXTERNA	
MEDICINA INTERNA	655	0	655
CX GENERAL	604	0	604
ORTOPEdia	746	228	974
PEDIATRIA	900	0	900
ANESTESIOLOGIA	34	0	34
GINECOLOGO	1.257	0	1257
PSIQUIATRIA	164	0	164
RADIOLOGIA	556	0	556
UROLOGIA	0	0	0
OFTALMOLOGIA	0	0	0
OTORRINO	0	0	0
DERMATOLOGIA	0	0	0
TOTALES	4.916	228	5.144

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Otro de los parámetros analizados es el tiempo que se requiere por cada uno de las especialidades médicas para cubrir la totalidad de los procedimientos reportados dentro del análisis del presente estudio. (Ver Tabla No 15).

Para obtener este resultado, se tomó el total de los procedimientos realizados tanto en consulta externa, procedimientos quirúrgicos, horas diarias de revista de pacientes que se deben dedicar a dicha labor y una vez sumados todos los procedimientos, se hizo la conversión a las horas que cada uno de estos requiere. Se recuerda entonces los 3 pacientes hora en consulta externa y las 2 horas en promedio por procedimiento quirúrgico. Otro análisis es que en promedio un servicio requiere alrededor de 1 a 3 horas al día para pasar revista de los pacientes hospitalizados y en observación de urgencias.

No todos los servicios tienen pacientes hospitalizados en forma permanente.

Tabla 15 Consolidado Horas Año Especialistas HOMIRT - HOMIO - HOMRO 2012

ESPECIALIDAD	TOTAL HORAS AÑO	TOTAL DIAS AÑO	TOTAL DIAS MES	TOTAL HORAS MES
MEDICINA INTERNA	3.393,0	424,1	35,3	282,8
CX GENERAL	4.808,5	601,1	50,1	400,7
ORTOPEDIA	6.864,3	858,0	71,5	572,0
PEDIATRIA	3.438,3	429,8	35,8	286,5
ANESTESIOLOGIA	3.697,0	462,1	38,5	308,1
GINECOLOGO	5.534,7	691,8	57,7	461,2
PSIQUIATRIA	2.649,2	331,2	27,6	220,8
RADIOLOGIA	4.928,0	616,0	51,3	410,7
UROLOGIA	3.414,0	426,8	35,6	284,5
OFTALMOLOGIA	2.886,3	360,8	30,1	240,5
OTORRINO	2.348,2	293,5	24,5	195,7
DERMATOLOGIA	1.812,7	226,6	18,9	151,1
TOTALES	45.774	5.722	477	3.815

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Tal es el caso de anestesiología, psiquiatría, radiología, urología, oftalmología y dermatología. Ocasionalmente estos servicios tendrán un paciente en hospitalización o en observación de urgencias, por lo tanto se ha decidido no incluirlos dentro de este proceso de análisis de horas requeridas al día para la realización de la revista de pacientes.

Por su parte, el mayor volumen de pacientes hospitalizados generalmente corresponde al servicio de medicina interna, pediatría, cirugía general, ortopedia y ginecología. En algunos centros hospitalarios, los médicos de otorrinolaringología hospitalizaran sus pacientes, sobre todo en aquellos que han sido intervenidos quirúrgicamente con procedimientos cruentos o con sangrados de difícil control, para cerciorarse de una adecuada evolución medica, dar un tratamiento antibiótico intravenoso de 3 o más días, etc.

Dado lo anterior, se ha decidido que un especialista en medicina interna, requerirá en promedio 2 horas diarias para pasar revista de sus pacientes hospitalizados. Esto incluye la valoración física del paciente, el análisis de los datos de su estancia, paraclínicos y demás, respuestas a los tratamientos instaurados, y papelería requerida para todo este proceso. El mismo horario se le ha asignado al médico pediatra y al ortopedista, que tienen un volumen similar al de medicina interna.

Al servicio de cirugía general se le han asignado 1,5 horas diarias para la misma labor, ya que sus pacientes y patologías suelen ser menos complejas que los anteriores. Por su parte al servicio de ginecología se le ha asignado una hora diaria para la realización de la revista y por ultimo al servicio de otorrino se dará media hora al día en forma global.

A menos que un paciente hospitalizado se encuentre en regular estado, estas revistas se realizaran entre semana, asignando un total de 247 días hábiles ocurridos en el año 2012. Otra consideración es que el promedio de la jornada laboral de un medico especialista va de 6 a 10 o 12 horas, según el convenio que se tenga con cada uno. Se ha decidido entonces promediar la jornada a 8 horas, para la realización de este computo.

Para el consolidado global, la especialidad medica que mas horas requiere de un medico especialista es la del servicio de ortopedia, con un total de 572 horas, seguido de ginecología, cirugía general y radiología. Pero el comportamiento en cada ESM es muy variable al respecto.

Tabla 16 Cuadro Consolidado Capacidad Instalada HOMIT - HOMIO - HOMRO 2012

AREA	% HABILITACION	CANTIDAD DE LOCACIONES HABILITADAS	HORAS DISPONIBLES DIA CADA UNO	HORAS DISPONIBLES DIA	HORAS DISPONIBLE MES	HORAS DISPONIBLE AÑO	TOTAL PROCEDIMIENTOS AÑO 2012	HORAS OCUPACION LOCACION AÑO	% DE USO POR CADA LOCACION
SALAS DE CIRUGIA	67,7%	8	8	64	1.280	15.360	4.701,0	9.402,0	61,2
HOSPITALIZACION	60,8%	131	24	3.144	62.880	754.560	3.450,0	331.200,0	43,9
CONSULTA EXTERN	60,7%	20	6	120	2.400	28.800	72.112,0	24.037,3	83,5

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Uno de los parámetros que con mayor frecuencia analizan los entes de control, es la utilización de la capacidad instalada, contra la demanda cubierta por este tipo de hospitales. En la Tabla No 16, observamos el comportamiento consolidado de este parámetro, dejando notar que a pesar que se tiene una capacidad instalada aceptable, la utilización de las mismas es relativamente baja.

Consolidar los datos de esta forma no parece adecuado, puesto que hay hospitales que reportaron una capacidad instalada mayor del 90% y otros apenas del 20%, lo que obliga a hacer este tipo de análisis en forma independiente como se realizara a continuación.

6.2 RESULTADOS HOSPITAL MILITAR REGIONAL VILLAVICENCIO - HOMIO

Hospital Militar Regional de Oriente tiene una población de 19.028 afiliados, cuenta con 13 especialistas de los cuales 6 son oficiales y 7 especialistas por orden de prestación de servicios cuenta con las siguientes especialidades (Tabla 4).

Presenta un promedio de cumplimiento de 89,5 % de parámetros de habilitación, para salas de cirugía reportan 94%, hospitalización 89% y consulta externa 85,5%, muestra un porcentaje de utilización de su capacidad instalada de 96% en consulta externa, 66% salas de cirugía y 29,5% hospitalización con un promedio de utilización de sus servicios de 64,16%. (Ver Tabla No 17)

Tabla 17 Cuadro Consolidado Capacidad Instalada HOMIO 2012

	% HABILITACION	CANTIDAD DE LOCACIONES HABILITADAS	HORAS DISPONIBLES DIA CADA UNO	HORAS DISPONIBLES DIA	HORAS DISPONIBLE MES	HORAS DISPONIBLE AÑO	TOTAL PROCEDIMIENTOS AÑO 2012	HORAS OCUPACION LOCACION AÑO	% DE USO POR CADA LOCACION
SALAS DE CIRUGIA	94,0%	3,0	8	24	480,0	5.760,0	1.904,0	3.808,0	66,1
HOSPITALIZACION	89,0%	50,0	24	1.200	24.000,0	288.000,0	884,0	84.864,0	29,5
CONSULTA EXTERNA	85,5%	6,0	6	36	720,0	8.640,0	25.106,0	8.368,7	96,9

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Durante el año 2012 se realizaron un total de 27.968 consultas especializadas de las cuales el 89,8 % se realizó por red interna con una distribución similar para las especialidades con las que cuenta el hospital, los reportes de radiología corresponden al 50 % de las consultas especializadas, para las especialidades de urología, oftalmología, otorrinolaringología, dermatología el 100 % de las consultas se realizan por red externa, las consultas realizadas por estas especialidades corresponden al 4,8 % de total de consultas del año. Ver Tabla No 8.

Tabla 18. Horas Contratadas Por Especialidad Al Mes HOMIO 2012

ESPECIALIDAD	CIVILES ESPECIALISTAS PLANTA	CIVILES ESPECIALISTAS OPS	HORAS ESPECIALISTAS CIVILES AL MES
MEDICINA INTERNA	0	0	72
CX GENERAL	0	1	126
ORTOPEDIA	0	1	126
PEDIATRIA	0	2	252
ANESTESIOLOGIA	0	1	168
GINECOLOGO	0	1	48
PSIQUIATRIA	0	1	126
RADIOLOGIA	0	0	221
UROLOGIA	0	0	0
OFTALMOLOGIA	0	0	0
OTORRINO	0	0	0
DERMATOLOGIA	0	0	0
TOTAL	0	7	1.139

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Basados en el total de actividades (consultas y procedimientos quirúrgicos) reportadas por red externa e interna en el año 2012, se establecen las horas

Grafico No 7 Horas por Especialidad Contratadas HOMIO 2012



TOMADO DE LA TABLA No 18

Se encuentra que el total de horas mes laboradas por la red interna de especialistas corresponde a 1.139 horas. Las especialidades de pediatría, y radiología reportan el mayor número de horas laboradas por mes. Cada una reporta un porcentaje cercano al 20 % del total (Gráfica 7).

Tabla 19. Horas especialista requeridas año HOMIO 2012.

ESPECIALIDAD	HORAS CONSULTA	HORAS CIRUGIA	HORAS REVISTA HOSPITALIZADOS	TOTAL HORAS REQUERIDAS AÑO
MEDICINA INTERNA	974,3	0	494	1468,3
CX GENERAL	482,0	858	370,5	1710,5
ORTOPEDIA	630,7	662	494	1786,7
PEDIATRIA	610,0	0	494	1104,0
ANESTESIOLOGIA	258,7	1588	0	1846,7
GINECOLOGO	1054,0	1234	247	2535,0
PSIQUIATRIA	508,5	0	0	508,5
RADIOLOGIA	2797,8	0	0	2797,8
UROLOGIA	89,3	872	0	961,3
OFTALMOLOGIA	113,7	846	0	959,7
OTORRINO	136,7	282	123,5	542,2
DERMATOLOGIA	90,0	620	0	710,0
TOTAL	7745,6	6962	2223	16930,6

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Basados en el total de actividades (consultas y procedimientos quirúrgicos) reportadas por red externa e interna en el año 2012, se establecen las horas

especialistas requeridas al año con un total de 16930 horas, para dar cubrimiento a las actividades de consulta externa, revista de pisos y horas de cirugía de las cuales el 18,7% corresponde a horas requeridas de las especialidades con las que no cuenta actualmente el hospital; la distribución por especialidad se observa en la Tabla 19.

El porcentaje de cubrimiento de éste requerimiento mensual es en promedio de 80,8% (Tabla 20). Sin embargo, el promedio de porcentaje de cubrimiento de las especialidades con las que actualmente cuenta el hospital es del 99%, excluyendo aquellas con las que no se contaban. (Tabla 20), se encuentran datos por encima del 100% para pediatría, anestesiología y psiquiatría.

Tabla 20. Porcentaje de cubrimiento por especialidad HOMIO 2012.

ESPECIALIDAD	HORAS AÑO	HORAS MES	HORAS CONTRATADAS	% CUBRIMIENTO
MEDICINA INTERNA	1468,3	122,4	72	58,8
CX GENERAL	1710,5	142,5	126	88,4
ORTOPEDIA	1786,7	148,9	126	84,6
PEDIATRIA	1104,0	92,0	252	273,9
ANESTESIOLOGIA	1846,7	153,9	168	109,8
GINECOLOGO	2535,0	211,3	48	22,74
PSIQUIATRIA	508,5	42,4	126	300
RADIOLOGIA	2797,8	233,2	221	94,84
UROLOGIA	961,3	80,1	0	0
OFTALMOLOGIA	959,7	80,0	0	0
OTORRINO	542,2	45,2	0	0
DERMATOLOGIA	710,0	59,2	0	0
TOTAL	16.930,6	1.410,9	1.139	80,78

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Al realizar un análisis de los datos obtenidos del HOMIO, se observa que este ESM tiene un cubrimiento bueno de su demanda. Los servicios con los que se cuentan, cubren casi el 90% de las atenciones en su red interna. Se observa que hay un subregistro en los servicios de anestesiología y psiquiatría. El primero, porque si se están realizando intervenciones quirúrgicas en la red externa, de la mano irán actos anestésicos que no están reportados, por lo tanto el porcentaje de

cubrimiento de los procedimientos anestésicos en la red externa no será del 0% y al reevaluar este porcentaje, se vera afectado ese 100% reportado. *se análisis, pero no se incluyo este dato dentro de el instrumento de recolección.*

En cuanto al servicio de psiquiatría, podría ser cierto que no se realicen atenciones de consulta externa en la red externa, pero a pesar de tener una capacidad instalada que permite este tipo de atención, queda la duda de su certeza. *onal requerido para este propósito.*

Se esperaría que el porcentaje de cubrimiento de los procedimientos quirúrgicos realizados en la red externa, cubriera en mayor proporción la demanda realizada, mas aun teniendo una disponibilidad de especialistas mayor que en otros hospitales. También se puede entender que las horas contratadas en algunos casos es menor a la demanda presentada, pero la presencia de especialistas Militares debería mitigar este hecho, pero el mal uso de algunos oficiales, involucrados en mas del 60% de su labor en actividades administrativas, hace que no se tenga el cubrimiento esperado.

Tabla 21 Cuadro Cantidad Capacidad Instalada NOMRO 2012

El porcentaje de utilización de los servicios de salas de cirugía es bajo, en comparación con la disponibilidad de las mismas. Puede deberse a dos factores. El primero a la falta de demanda de los usuarios del servicio, hecho que se refuta, pues en la red externa se desarrollaron gran cantidad de procedimientos, casi la mitad de los procedimientos realizados en el interior del HOMIO. Y el segundo por falta de disponibilidad del personal asistencial que participa en la realización de estas intervenciones. Evento que es mas probable que el primero.

Este hospital reporto las urgencias atendidas en la red interna por cada una de las especialidades solicitadas, pero no reporto el mismo hecho en la red externa, por lo cual no se tienen datos contra los cuales confrontar este hecho.

El porcentaje de hospitalización es muy bajo con los parámetros establecidos en este estudio. Buscar un giro cama habría sido mas acorde para este análisis, pero no se incluyo este dato dentro de el instrumento de recolección.

Durante el año 2012 se realizaron un total de 27.674 consultas especializadas de Se tiene un andamiaje de hospitalización adecuado para soportar un mayor volumen quirúrgico, habría que entrar a analizar si se cuenta con la disponibilidad del personal requerido para este propósito.

La consulta externa presento un comportamiento esperado, dando una cobertura mayor del 96% con la capacidad instalada que tienen.

6.3 RESULTADOS HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE CALI – HOMRO.

Hospital Militar Regional de Occidente tiene una población de 36.165 afiliados, cuenta con 40 médicos, corresponde a 1,1 médicos por cada mil habitantes, de los cuales el 60% (24) son especialistas con diferentes tipos de contratación (Tabla 3).

Tabla 21 Cuadro Consolidado Capacidad Instalada HOMRO 2012

	% HABILITACION	CANTIDAD LOCACIONES HABILITADAS	HORAS DISPONIBLES DIARIA CADA UNO	HORAS DISPONIBLES DIA	HORAS DISPONIBLES MES	HORAS DISPONIBLES AÑO	TOTAL PROCEDIMIENTOS AÑO 2012	HORAS OCUPACION LOCACION AÑO	% DE USO POR CADA LOCACION
SALAS DE CIRUGIA	20,0%	2,0	8	16	320,0	3.840,0	963,0	1.926,0	50,2
HOSPITALIZACION	20,0%	32,0	24	768	15.360,0	184.320,0	1.650,0	158.400,0	85,9
CONSULTA EXTERNA	20,0%	7,0	6	42	840,0	10.080,0	25.752,0	8.584,0	85,2

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Presta los servicios de salas de cirugía, hospitalización y consulta en externa con cumplimiento de 20 % de parámetros de habilitación, muestra un porcentaje de utilización de su capacidad instalada del 85, 9% en hospitalización, 63,9% año 2012 (Tabla 24).

consulta externa, y para salas de cirugía 44,6% con un promedio de utilización de 64,8%. (Ver Tabla No 21)

Durante el año 2012 se realizaron un total de 27.674 consultas especializadas de las cuales el 93 % se realizó por red interna con una distribución similar para todas las especialidades, sin embargo este porcentaje excluye las horas de revista y las horas de procedimientos quirúrgicos requeridos para cada especialidad.

Tabla 22 Horas Contratadas Por Especialidad Al Mes HOMRO 2012

ESPECIALIDAD	ESPECIALISTAS PLANTA	ESPECIALISTAS OPS	HORAS ESPECIALISTAS MES
MEDICINA INTERNA	1	0	48
CX GENERAL	1	0	108
ORTOPEDIA	1	1	104
PEDIATRIA	1	1	48
ANESTESIOLOGIA	0	1	96
GINECOLOGO	2	2	162
PSIQUIATRIA	0	1	64
RADIOLOGIA	0	1	0
UROLOGIA	0	2	36
OFTALMOLOGIA	0	1	60
OTORRINO	1	2	108
DERMATOLOGIA	0	1	48
TOTAL	7	13	882

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Se encuentra que el total de horas mes laboradas por la red de especialistas corresponde a 882 horas. Gráfica 8, las especialidades de CX general, ortopedia, ginecología y otorrinolaringología completan más del 50% de horas laboradas por mes.

Teniendo como base el total de actividades (consultas y procedimientos quirúrgicos) realizados por red externa e interna en el año 2012, se establecen las horas requeridas por cada especialidad para dar cubrimiento a las actividades de consulta externa, revista de pisos y horas de cirugía (Tabla 23), así como el porcentaje de cubrimiento de éste requerimiento para cada especialidad durante el año 2012 (Tabla 24).

Grafico No 8 Horas por Especialidad al mes HOMRO 2012



TOMADO DE LA TABLA No 22

Tabla 23 Horas Requeridas Por Especialidad HOMRO 2012

ESPECIALIDAD	TOTAL HORA CONSULTA	TOTAL HORAS CIRUGIA	TOTAL HORAS HOSPITALIZADOS	TOTAL HORAS AL AÑO
MEDICINA INTERNA	628,0		494	1.122,0
CX GENERAL	376,7	640	370,5	1.387,2
ORTOPEDIA	1.629,3	1300	494	3.423,3
PEDIATRIA	774,0		494	1.268,0
ANESTESIOLOGIA	201,3	0	0	201,3
GINECOLOGO	1.346,3	368	247	1.961,3
PSQUIATRIA	1.891,5		0	1.891,5
RADIOLOGIA	0,0		0	0,0
UROLOGIA	757,0	452	0	1.209,0
OFTALMOLOGIA	794,3	230	0	1.024,3
OTORRINO	1.190,0	276	123,5	1.589,5
DERMATOLOGIA	708,0	26	0	734,0
TOTAL	10296,5	3.292	2223	15.811,5

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

La mayor demanda la tiene el servicio de ortopedia, para cubrir todas las actividades que se requieren en el HOMRO. Mientras que el cubrimiento de este servicio por parte del personal civil en la red interna fue del 36%. Quien sigue en el mayor número de horas requeridas fue el servicio de ginecología.

El servicio de anestesiología no reporto horas de atención en los procedimientos quirúrgicos, lo cual no hace valido el resultado de este servicio, pues como se explico previamente, se requiere del concurso del medico anestesiólogo para la realización de la mayoría de los procedimientos quirúrgicos que se realicen en cualquier centro de atención medica.

Tabla 24 Porcentaje De Cubrimiento Por Especialidad HOMRO 2012

ESPECIALIDAD	HORAS REQUERIDAS AÑO	HORAS ESPECIALISTA MES	HORAS ESPECIALISTAS MES	% DE CUBRIMIENTO
MEDICINA INTERNA	1.122,0	93,5	48	51,34
CX GENERAL	1.387,2	115,6	108	93,43
ORTOPEDIA	3.423,3	285,3	104	36,46
PEDIATRIA	1.268,0	105,7	48	45,43
ANESTESIOLOGIA	201,3	16,8	96	572,19
GINECOLOGO	1.961,3	163,4	162	99,12
PSIQUIATRIA	1.891,5	157,6	64	40,60
RADIOLOGIA	0,0	0,0	0	0,00
UROLOGIA	1.209,0	100,8	36	35,73
OFTALMOLOGIA	1.024,3	85,4	60	70,29
OTORRINO	1.589,5	132,5	108	81,54
DERMATOLOGIA	734,0	61,2	48	78,47
TOTAL	15.811,5	1.317,6	882	66,94

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Los resultados del análisis de datos del HOMRO muestra en primera instancia un índice de médicos de médicos por cada mil habitantes de 1,1 que corresponde a 50% del esperado según el informe de la OMS para el 2010 el cuál sugiere 2, 3 médicos por cada 1000 habitantes.

Evaluando los parámetros de habilitación en cuanto a capacidad instalada y equipos se observa un porcentaje de cumplimiento 20 % para las áreas de consulta externa, salas de cirugía y hospitalización (Ver Tabla No 21) estando distanciados del HOMIO en más del 60 % de cumplimiento por cada área, teniendo encuentra que el HOMIO fue habilitado en el año 2011 bajo parámetros de la Resolución 1043 de 2006.

El porcentaje de utilización de su capacidad instalada difiere para cada servicio siendo mayor para hospitalización 85,9, pero encontrando un importante subutilización para consulta externa 63,9% y para salas de cirugía 44,6%, causados por factores como, falta equipos para procedimientos quirúrgicos, unidad transfusional, agravado porque se ha reportado que los especialistas de planta no cumplen con la productividad contratada, situación que es de conocimiento de la Dirección de Sanidad, y que afecta directamente el porcentaje de utilización de cada servicio, prolonga indicadores de calidad de prestación como oportunidad de citas y de programación de cirugía, así como los indicadores de satisfacción, además impacta la gestión presupuestal.

cubren en forma adecuada la demanda. (Ver Tabla No 20)

Desde el punto de vista del recurso humano necesario para dar cubrimiento a la demanda de servicios, tanto en consulta externa como de procedimientos quirúrgicos podemos observar que el recurso humano actual da cubrimiento en un 93 % a la consulta externa, quedando en déficit el 7% de las consultas que se realizan por externa, y las horas requeridas para revista de hospitalizados y procedimientos quirúrgicos, como se observó en la tabla 3.

6.4 Resultados Hospital Militar Regional de Tolemaida HOMIT

El Hospital Regional de Tolemaida no es ajeno al comportamiento de los otros centros de atención analizados. A diferencia del HOMRO, tiene una capacidad instalada mayor en sus servicios de salas de cirugía, hospitalización y consulta externa (Ver Tabla No 25), pero su disponibilidad contra su uso es baja, demostrando una ocupación inferior a la de los demás centros hospitalarios.

Los servicios con los que no se cuentan especialistas de civiles ni militares, muestran que este Hospital tiene un déficit muy importante de estos profesionales. Las horas contratadas con los médicos civiles, no cubren la demanda que se encuentra en este hospital.

Tabla 25 Cuadro Consolidado Capacidad Instalada HOMIT 2012

	% HABILITACION	CANTIDAD DE LOCACIONES HABILITADAS	HORAS DISPONIBLES DIA CADA UNO	HORAS DISPONIBLES DIA	HORAS DISPONIBLE MES	HORAS DISPONIBLE AÑO	TOTAL PROCEDIMIENTOS AÑO 2012	HORAS OCUPACION LOCACION AÑO	% DE USO POR CADA LOCACION
SALAS DE CIRUGIA	89,2%	3	8	24	480	5.760	1.834,0	3.668,0	63,7
HOSPITALIZACION	73,5%	49	24	1.176	23.520	282.240	916,0	87.936,0	31,2
CONSULTA EXTERNA	76,5%	7	6	42	840	10.080	21.254,0	7.084,7	70,3

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

A diferencia de los otros ESM, es el hospital que tiene el menor número de especialistas en total (Ver Tabla No 5), y con unas horas mensuales que no cubren en forma adecuada la demanda. (Ver Tabla No 26)

Tabla 26 Cuadro Porcentaje Cubrimiento Especialistas Civiles HOMIT 2012

ESPECIALIDAD	HRS C EXTERNA	HRS CIRUGIA	HRS HOSPIT.	TOTAL HRS AÑO	TOTAL HRS MES	HRS MES CIVILES	% DE CUBRIMIENTO
MEDICINA INTERNA	308,7		494	802,7	66,9	0	0,00
CX GENERAL	422,3	918	370,5	1.710,8	142,6	72	50,50
ORTOPEDIA	938,3	222	494	1.654,3	137,9	0	0,00
PEDIATRIA	572,3		494	1.066,3	88,9	48	54,02
ANESTESIOLOGIA	115,0	1534	0	1.649,0	137,4	0	0,00
GINECOLOGO	427,3	364	247	1.038,3	86,5	48	55,47
PSIQUIATRIA	249,2		0	249,2	20,8	0	0,00
RADIOLOGIA	2.130,2		0	2.130,2	177,5	0	0,00
UROLOGIA	367,7	876	0	1.243,7	103,6	32	30,88
OFTALMOLOGIA	450,3	452	0	902,3	75,2	32	42,56
OTORRINO	9,0	84	123,5	216,5	18,0	0	0,00
DERMATOLOGIA	368,7	0	0	368,7	30,7	0	0,00
TOTAL	6.359,1	4.450,0	2223	13.032,1	1.086,0		

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

Los servicios con los que no se cuentan especialistas ni civiles ni militares, muestran que este Hospital tiene un déficit muy importante de estos profesionales. Las horas contratadas con los médicos civiles, no cubren la demanda que se encuentra en este hospital.

Se debe hacer uso en gran parte de la red externa para poder atender en forma adecuada a los usuarios, generando un altísimo gasto del recurso situado anualmente a este ESM.

La mayoría de los servicios tiene pacientes hospitalizados por patologías inherentes a sus conocimientos. Estos pacientes deben tener la asesoría diaria del médico especialista. Según el tiempo requerido para llevar a cabo estas tareas, se considera que el médico internista y el pediatra, serán los que mas tiempo requieran para realizar esta labor, necesitando alrededor de 2 horas diarias para esta labor. Los demás servicios, necesitaran menos tiempo para la evolución de sus pacientes y algunos servicios generalmente no tienen pacientes hospitalizados que obliguen a realizar evoluciones diarias.

Una vez identificadas las horas que se necesitan para cubrir las actividades realizadas por cada especialista, se obtuvo lo siguiente (Ver Grafico No. 9).

Grafico No 9 Necesidades en Horas al Mes de Especialistas en el HOMIT 2012



TOMADO DE LA TABLA No 26

Para el Hospital Militar de Tolemaida, según la estadística reportada para el año 2012, se requieren mas horas al mes de un especialista en el área de radiología, seguido de un cirujano general, un anesthesiólogo, ortopedista, todos ellos parte del grupo de trauma de un centro hospitalario de este nivel. El médico que menos horas requiere al mes para realizar sus labores en este ESM es el Otorrinolaringólogo, según la estadística del 2012. Los especialistas son el Cirujano General, el Ortopedista y el Anesthesiólogo, todos ellos con gran carga asistencial, que de El porcentaje de uso de los servicios analizados es bajo, lo que permite aumentar la oferta para lograr inicialmente controlar la demanda solucionada en la red externa y luego mejorar toda la prestación de servicios del hospital. De Sanidad.

No obstante lo anterior, el poco tiempo que los especialistas tienen para la realización de sus labores asistenciales, hace que se cree una gran congestión en la demanda de los servicios. Las oportunidades de cita para aquellas especialidades de baja rotación, son altos, generando inconformismos sentidos en la población de usuarios de este Hospital, hecho que en ocasiones, por la demora en esta prestación de servicios en la red interna, se obliga a la remisión para la atención de dicha especialidad en la red externa, aumentando el gasto en la misma red, además porque se utilizan vías de hecho judicial que obligan a la remisión y no permiten el tiempo de espera para la atención en la red interna.

Otro evento muy importante es que en este Hospital, ante la escasa cantidad de Oficiales Médicos, y de Oficiales en general de su planta, aquellos deben desempeñar un sin número de actividades administrativas que demandan tiempo y son de mucha responsabilidad, hecho que obliga a tornar la prestación de los servicios asistenciales como una carga, cuando la esencia de los Oficiales de Sanidad Especializados en las áreas en cuestión, es la de dedicación a su especialidad médica y apoyo a la parte administrativa. Tal es el ejemplo que la Oficial Medico, especialista en Oftalmología, se encuentra nombrada como

ordenadora del Gasto de este ESM, relegando su actividad asistencial a la mas mínima expresión, puesto que este cargo es de gran responsabilidad y requiere el máximo de su atención, presencia y participación. Para no presentar déficit en la atención de esta rama de la medicina, se ha requerido la contratación de un especialista OPS para cubrir la demanda. Se ha intentado cambiar a esta especialista de dicho cargo, pero los Oficiales disponibles son el Cirujano General, el Ortopedista y el Anestesiólogo, todos ellos con gran carga asistencial, que de llegar a ocupar este puesto, generaría mas traumatismos en el desarrollo de sus actividades asistenciales, reflejados en aumento de los gastos en la red externa, disminuyendo aun mas el precario recurso situado por la Dirección de Sanidad.

6.5 Otros Resultados.

Dentro de los objetivos planteados, se buscaba establecer la cantidad y tipo de especialistas militares al interior de la Fuerza. (ver tabla No 27)

Se observa que el mayor numero de especialistas se encuentra en el area de ortopedia y traumatología, seguido de anestesiología y cirugía general. Según lo reportado por la Subdirección Científica de la DISAN, se incluyen como especialistas aquellos médicos que han optado por especialidades como epidemiología, salud ocupacional, medicina aeroespacial, todas estas ramas de la medicina y de la salud ocupacional y operacional no incluidas dentro de los análisis de los Hospitales objeto del estudio, pero que son incluidos dentro de estas características de especialización medica.

Se consideran un total de 63 especialistas actualmente al interior del Ejercito Nacional, distribuidos en 19 especialidades médicas, de las cuales son de interés para el presente estudio un total de 11, que suman el 79,4% del total de los especialistas del Ejercito. No se cuenta con especialista en el área de urología.

realizando sus labores asistenciales en forma completa, ya que son asignados a Especialistas en pediatría y otorrinolaringología, solamente se cuentan con uno en cada área, que por demás, tienen un grado de Coronel y estarán próximos a su retiro, sin tener quien al interior de la Fuerza los releve generacionalmente.

Tabla 27 Distribución De Los Oficiales De Sanidad Médicos Especialistas Según Su Área

ESPECIALIDAD MEDICA	CANTIDAD	%
MEDICO ANESTESIOLOGO	8	12,7
CIRUJANO GENERAL U OTRO	7	11,1
MEDICO DERMATOLOGO	3	4,8
MEDICO EPIDEMIOLOGO	2	3,2
MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL	1	1,6
MEDICO ESPECIALISTA MEDICINA AEROESPACIAL	3	3,2
MEDICO ESPECIALISTA PATOLOGIA	1	1,6
MEDICO FISIATRA	3	4,8
MEDICO GINECOLOGO	2	3,2
MEDICO INTERNISTA	4	6,3
MEDICO LABORAL	1	1,6
MEDICO NEUROCIRUJANO	2	3,2
MEDICO OFTALMOLOGO	6	9,5
MEDICO ORTOPEDISTA	10	15,9
MEDICO OTORRINO	1	1,6
MEDICO PEDIATRA	1	1,6
MEDICO PSIQUIATRA	5	7,9
MEDICO RADIOLOGO	3	4,8
MEDICO SALUD PUBLICA	1	1,6
TOTAL	63	100,0

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

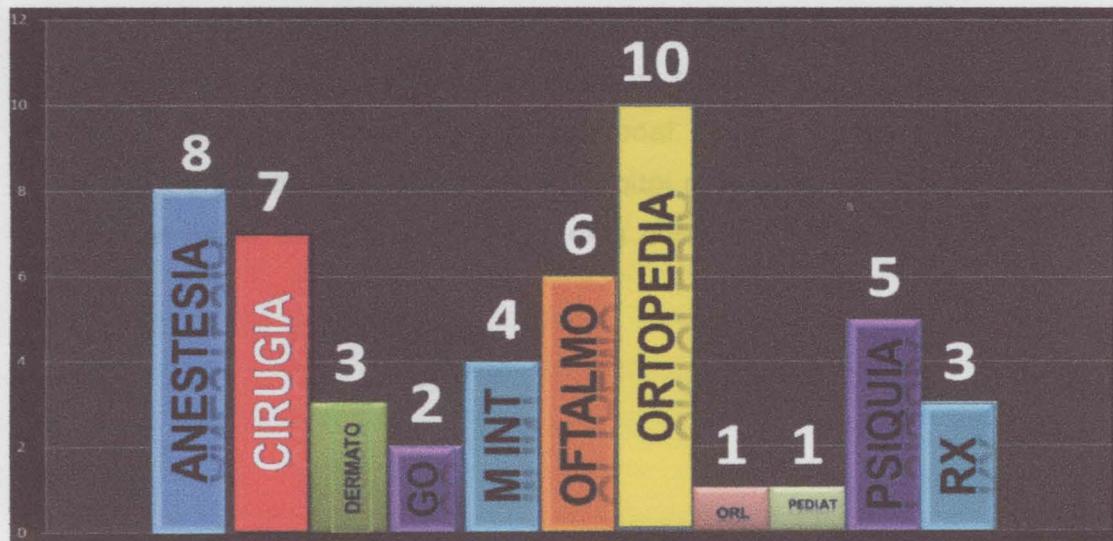
Es notoriamente bajo el numero de especialistas al interior del Ejercito. Si revisamos los estándares de cantidad de médicos por población de usuarios o habitantes, seria ínfima su proporción. Así mismo, desde este resultado es muy evidente que el déficit se encuentra en todas las áreas, que el número de Hospitales Regionales es mucho para tener al menos uno de cada uno en estos ESM. No se alcanzan a cubrir con esta cantidad de especialistas.

Ahora bien, si se entrara a analizar la labor que cada uno de ellos realiza en cada uno de sus lugares asignados, encontraríamos que más de uno de ellos no están

realizando sus labores asistenciales en forma completa, ya que son asignados a funciones netamente administrativas, hecho que ocurre con la gran mayoría de los oficiales de sanidad que se incorporan a la Fuerza, donde se evidencia que son empleados en realizar labores de tipo administrativo y se dejan de dedicación exclusiva a este tipo de labor, cuando la finalidad de su incorporación fue la de dedicarse a un área asistencial en concreto, ya sean bacteriólogos, enfermeros jefes, fisioterapeutas, etc.

Dentro del Territorio Nacional, se han distribuido estos especialistas, según criterios que son reservados por parte de la DISAN. Estas especialidades se concentran en diferentes regiones del país, según el cuadro No 28.

Grafico No 10 Distribución De Oficiales Médicos Del Ejército Por Especialidad



Tomado de la tabla No 27. Elaboración propia.

Tabla 28 Distribución De Los Oficiales Médicos Especialistas Según La Ciudad En La Que Laboran

CIUDAD DE BASE	CANTIDAD	%
CALI	4	6,3
MEDELLIN	7	11,1
B/MANGA	1	1,6
V/CENCIO	6	9,5
TOLEMAIDA	3	4,8
BOGOTA	27	42,9
BONZA	1	1,6
B/QUILLA	1	1,6
TOTAL	50	79,4

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

La mayor concentración de médicos especialistas se encuentra en Bogotá, distribuidos en el Hospital Militar Central, el Dispensario Gilberto Echeverry y demás ESM de la capital, mientras que en el HOMIO cuenta con el 9,5%, en el HOMRO el 6,3% y en el HOMIT tan solo el 4,8%, demostrando un desequilibrio importante en la distribución de este personal. Pero entendiéndolo de otra forma, el numero de estos especialistas en la capital responde a la mayor demanda que esta puede llegar a tener en comparación con los ESM incluidos en el presente estudio.

7 DIAGNÓSTICO

Para lograr tener una serie de premisas que permitan la realización de un diagnóstico objetivo, nos basamos en los resultados obtenidos en cada uno de los centros hospitalarios bajo estudio.

No se encontró literatura previa, que indicara el estado del arte al respecto, teniendo que enmarcar el trabajo con base en apartes de múltiples premisas, que permitieran realizar una justificación y conceptualización tangible y loable para este estudio.

Pero evidenciando estos resultados, la carencia de personal es evidente y notoria en los servicios reportados, guardando similitud entre cada uno de ellos.

Para el HOMIO, la capacidad instalada de los servicios reportados, es superior al 85%, según lo reportado, pero su porcentaje de utilización varía según el servicio, recibiendo una mayor utilización el servicio de consulta externa, y subutilizando el servicio de hospitalización. Ahora bien, con respecto a la cantidad de especialistas quirúrgicos que tiene el HOMIO, se presentaron contingencias administrativas que limitaron la contratación de especialistas para la realización de procedimientos propios de cada una de estas áreas de la salud al interior del HOMIO, obligando a realizar estos procedimientos en la red externa. Se debería estudiar desde el punto de vista económico cuanto genero para el HOMIO, este tipo de procedimientos para ponderar la pertinencia de estos servicios médicos al interior del ESM. Sin embargo, al realizarse atenciones quirúrgicas en los volúmenes reportados, se justifica la tenencia de estas especialidades al interior del Hospital. Fue el hospital que menor cubrimiento en la red interna de los servicios quirúrgicos presento en este análisis.

De igual forma, se debe mejorar en cuanto al volumen la atención de los servicios como el de ginecología, pero se debe hacer la aclaración que la pertinencia de estos procedimientos quirúrgicos realizados en la red externa, son reportados en forma global, sin discriminar si algunos de estos procedimientos requerían un mayor nivel de complejidad.

El servicio de psiquiatría tiene una demanda interna importante, ya que según lo reportado, no se realizó ninguna atención en la red externa, así como el servicio de anestesiología, pero es muy probable que este hecho no se ajuste a la realidad, puesto que es evidente que se realizaron procedimientos quirúrgicos en la red externa que necesitaron intervención anestésica y no se reportó este hecho, así como la consulta de psiquiatría en la red externa, quedaría en entre dicho dadas las irregularidades presentadas en la información suministrada.

Con respecto al HOMRO, el reporte de la habilitación de sus servicios es bajo, ya que a pesar de tener el distinguo de ser un hospital regional, a diferencia de los otros ESM, este no ha sido intervenido arquitectónicamente o no se ha construido una instalación nueva y acorde con el nivel que debe desempeñar para los servicios ofrecidos y la localización del mismo. Este hospital funciona en las instalaciones construidas desde hace mucho tiempo, planeadas para desempeñarse como un dispensario tipo IB, pero su función en el momento es la de un hospital de II nivel. Lo anterior explica en muy bajo porcentaje de cumplimiento de las normas de habilitación dadas por la resolución 1043 del 2006 o su nueva resolución reglamentaria que es la 1441 del 2013.

Ahora bien, la utilización de las instalaciones es adecuada. El servicio que mejor utiliza las instalaciones es el de consulta externa, en proporción similar al de hospitalización. Sin embargo, este ESM, tiene una proporción menor en el servicio

de hospitalización, según su capacidad instalada, respecto a los otros dos centros hospitalarios, con mayor capacidad.

Lo mismo ocurre con el servicio de cirugía, que cuenta con solo dos salas de cirugía, con este espacio, se cubre casi un 60% de la demanda presentada, pero su productividad es poco más de la mitad en comparación con lo realizado en Tolemaida y Villavicencio. Pero ante este hecho, su utilización llega a un 85%, lo cual se considera como aceptable para los parámetros establecidos por las normas de la DISAN.

El servicio de radiología se encuentra tercerizado. No se reportan atenciones o remisiones al mismo. Debe considerarse como parte de la red externa y contabilizarse en forma tal que haga parte de este tipo de reporte solicitado. Este tipo de atención genera un gasto que la Fuerza debe cubrir.

El HOMIT, por su parte cuenta con un porcentaje de habilitación importante, los tres servicios reportados, tienen más de un 70% de su habilitación, básicamente por falta de una serie de equipos pues la infraestructura es la adecuada, según la normatividad vigente. Su capacidad de hospitalización es similar a la del HOMIO y tiene el mismo número de salas, también el mismo número de consultorios que el HOMRO. Pero su utilización es muy variable. Su volumen quirúrgico es ligeramente similar al de Villavicencio, pero el doble que el de Cali. La utilización de sus servicios es variable. Muchas camas disponibles y poco porcentaje de utilización. Buenos procesos quirúrgicos, pero baja utilización del espacio de salas de cirugía, al mismo tiempo que en consulta externa.

Tolemaida reviste una característica especial y es que en comparación con los años anteriores, la DISAN ha venido sacando médicos especialistas y los ha destinado a otros centros hospitalarios, sin remplazarlos, dejando un vacío en la

atención de los servicios, pero no se ha logrado cubrir en forma adecuada este déficit por medio de contratación de especialistas, puesto que para los especialistas civiles, Tolemaida es relativamente distante, los valores que pagan por hora no son suficientemente competitivos en comparación con el resto de la red local y además, por motivos de seguridad, las requisas diarias al ingreso por la guardia, exhaustivas y en ocasiones abusivas, aburren la asistencia de estos profesionales al HOMIT, obligando a contratar con la red externa estos servicios, generando gastos que podrían haber sido menores si se tuviera ese profesional contratado.

Este ESM fue el que mayor cubrimiento de los procedimientos quirúrgicos realizó en su red interna, pero fue el que menos consultas externas en total presentó de todos los hospitales.

En términos generales, el comportamiento de los hospitales recae en gran parte en la labor realizada por los especialistas civiles de planta y contratados ya que los Oficiales Médicos Especialistas no son suficientes para la realización de las labores que se presentan al interior de cada institución. Esto denota la falta de personal que se tiene en el funcionamiento de estos ESM, que por su connotación de hospitales militares, deberían tener en su gran porcentaje, por no decir en su totalidad, un funcionamiento con personal militar. Esto genera mejor disponibilidad de personal, mejor utilización de los dineros situados, y redistribución de estos dineros en elementos de consumo para mejorar las atenciones al interior de cada hospital.

Se debe tener en cuenta que al hablar de servicios de segundo nivel, habrá servicios que requieran una disponibilidad de 24 horas diarias, para lograr dar esta connotación de atención de servicios. Los servicios quirúrgicos, el servicio de urgencias y las labores de enfermería deben prolongarse bajo estos parámetros.

No necesariamente durante estas 24 horas de atención, se tendrá un 100% de ocupación o de atención de personal, ya que en horas nocturnas y en la madrugada este volumen decrecerá, como normalmente ocurre. Se debe entonces medir la disponibilidad contra la atención. Es un estándar de calidad que no se tuvo en cuenta en el presente estudio.

Las necesidades encontradas de personal para cubrir el 100% de la demanda encontrada durante el lapso del presente análisis, es muy similar para los tres centros hospitalarios. El HOMRO presento una mayor demanda del servicio de ortopedia y anestesiología, por lo cual su necesidad es mayor en comparación con Tolemaida y Villavicencio.

Se encontraron inconvenientes en cuanto a la realización y presentación del presente estudio, en razón a que al estar siendo desarrollado en forma paralela con otro estudio similar, bajo un mismo núcleo investigativo, se requirió la realización del estado del arte en forma mancomunada, dando origen a malos entendidos en cuanto al contenido de las dos obras. Se soluciono al comprender la originalidad compartida de los textos y la disparidad de los centros de análisis.

La cantidad de médicos Oficiales del Cuerpo Administrativo del Ejercito Nacional con los que se cuenta en el momento es muy baja para cubrir todas las necesidades encontradas en el Ejercito Nacional, obligando a su concentración en lugares donde se cuente con la tecnología y los recursos para que logren desempeñar en forma adecuada su labor, pero se evidencia que hay áreas muy álgidas dentro del proceso de demanda de servicios, como lo es el de urología, en donde no se cuenta con ningún Oficial Especialista. Esto es una gran falla en la planeación de la capacitación del personal de médicos generales en el Ejercito Nacional.

Formar un médico especialista requiere varios años de espera, y hay que prever en forma adecuada los tiempos en que se obtienen estos especialistas, los tiempos de servicio de los especialistas actuales y no permitir que se queden especialidades sin sus facultativos, y además planear el cubrimiento de las necesidades reales según la demanda de servicios.

Estamos ante una situación altamente crítica para cubrir con personal de especialistas militares, las necesidades que se generan en cada uno de los hospitales militares regionales creados en el Ejército Nacional.

	PROYECTA			
MEDICINA INTERNA	3	1	1	1
CX GENERAL	6	2	2	2
ORTOPEDIA	6	2	2	4
PEDIATRIA	3	1	1	1
ANESTESIOLOGIA	6	2	2	4
GINECOLOGO	5	1	2	2
PSIQUIATRIA	3	0	1	2
RADIOLOGIA	5	2	3	0
UROLOGIA	3	1	4	1
OFTALMOLOGIA	3	1	1	1
OTORRINO	2	0	0	2
DERMATOLOGIA	2	0	1	1
TOTAL	61	13	17	21

Tomado del anexo 01: Cobertura Pléida

8 DISEÑO DE LA PROPUESTA

A continuación se presenta la propuesta del número y distribución de especialistas militares necesarios para cubrir la totalidad de las actividades asistenciales en los Hospitales Militares Regionales de Cali, Tolemaida y Villavicencio.

Tabla 29. Propuesta Distribución de Médicos Especialistas del Ejército.

ESPECIALIDAD	NECESIDAD DE OFICIALES ESPECIALISTAS PROPUESTA	HOMIT	HOMIO	HOMRO
MEDICINA INTERNA	3	1	1	1
CX GENERAL	6	2	2	2
ORTOPEDIA	8	2	2	4
PEDIATRIA	3	1	1	1
ANESTESIOLOGIA	8	2	2	4
GINECOLOGO	5	1	2	2
PSIQUIATRIA	3	0	1	2
RADIOLOGIA	5	2	3	0
UROLOGIA	3	1	1	1
OFTALMOLOGIA	3	1	1	1
OTORRINO	2	0	0	2
DERMATOLOGIA	2	0	1	1
TOTAL	51	13	17	21

Tomado del anexo 03. Elaboración Propia.

9 CONCLUSIONES

- La contratación de médicos especialistas civiles por medio de la modalidad de Orden de Prestación de Servicios es complicada por las tarifas comparativas del mercado y de la DISAN.
- El mejor cubrimiento de la demanda de servicios de salud por parte de los ESM, fue el de consulta externa, y el menor el de hospitalización.
- Todos los Hospitales del estudio, tienen déficit de personal de médicos especialistas.
- El personal de médicos especialistas con que cuentan los Hospitales Militares Regionales de Tolemaida, Villavicencio y Cali, incluyendo el personal de Oficiales, Planta y OPS, no son suficientes para cubrir la demanda de servicios de los usuarios.
- Las especialidades que más se requieren en los tres hospitales son las de ortopedia y anestesiología.
- El HOMIT, no requiere de Oficiales Médicos especialistas en psiquiatría, otorrinolaringología y dermatología, según lo encontrado en el presente estudio, pues con la estrategia que se tomo durante el 2012, se cubrió la necesidad presentada.
- Todos los hospitales objeto del estudio, requieren además de su personal de oficiales actual, al menos un especialista en cada área analizada, a excepción del HOMIT, del punto anterior.
- Todos los Hospitales Regionales, no utilizan al máximo su capacidad instalada.
- Hay especialidades médicas que tienen una alta demanda de servicios, y solamente se cuenta con un especialista en esta rama, y cuando se requiere de este especialista para apoyo de programas o unidades externas, se traumatiza la atención de este servicio, obligando al uso de la red externa para cubrir esta necesidad.
- El personal de planta, no labora el tiempo necesario para mejorar la oferta de los ESM.

- La contratación de médicos especialistas civiles por medio de la modalidad de Orden de Prestación de Servicios es complicada por las tarifas comparativas del mercado y de la DISAN.
- El mejor cubrimiento de la demanda de servicios, por parte de los ESM, fue el de consulta externa, y el menor cubrimiento fue el de salas de cirugía.
- La mejor utilización de la capacidad instalada de los ESM, fue el de consulta externa, y la menor fue el de hospitalización.
- No se cuentan con los Oficiales Médicos Especialistas al interior del Ejército Nacional para cubrir las necesidades encontradas en el presente estudio.
- Se debe realizar un análisis de los costos que se habrían ahorrado si lo realizado en la red externa se hubiera realizado al interior de los ESM.
- Los sistemas de recolección de la información de los diferentes ESM es deficiente y entorpece la labor de estos centros médicos. Se debe implementar un sistema de recolección de la información ágil, homogéneo, en tiempo real y de fácil consulta.
- La DISAN y la DGSM, deben tomar acciones urgentes para contrarrestar estas necesidades, puesto que perpetuar este déficit de personal, mantendrá e inclusive incrementará el gasto de los recursos en la red externa, limitando la atención que se pueda prestar a los usuarios.
- La cantidad de médicos especialistas oficiales del Ejército, existente en este momento es insuficiente para cubrir las mínimas necesidades en forma autónoma.
- No se cuenta con especialistas en urología dentro del Ejército Nacional
- Hay especialidades medicas que solo tienen un especialista. No hay plan de relevo generacional mínimo para ningún área de la salud médica especializada.
- Estos datos son de carácter reservado.
- Mejorar el incentivo económico para el personal de especialistas, fijando tarifas que sean competitivas con el mercado local, para facilitar la contratación de

este personal sanitario y disminuir los gastos en la red externa mientras se implementan las propuestas dadas previamente.

- Procurar tener pares militares en las especialidades de mayor demanda y sobre todo en las dedicadas a la atención del trauma, ya que la comisión mensual que se realiza una o dos veces por mes en áreas Omega, con el fin de ofrecer un cubrimiento en estas áreas de la salud en forma adecuada durante la
- 10 RECOMENDACIONES**
- Planear, programar y utilizar este tipo de estudios como justificación valedera, la incorporación de médicos generales en suficiente cantidad para que a largo plazo, se tengan suficientes médicos especialistas militares, que cubran estas necesidades, teniendo en cuenta que este proceso puede llevar hasta 10 años.
 - Evaluar la posibilidad de permitir que los médicos generales militares, existentes en el momento al interior del Ejército, realicen sus especializaciones en las áreas de la salud que se han denudado en este estudio, en tal cantidad que se cubran al máximo los hallazgos encontrados en este trabajo. Esta estrategia tardaría entre 3 y 5 años.
 - Reasignar al personal de Oficiales Especialistas, en los diferentes Hospitales Militares Regionales, buscando que las cantidades se ajusten a lo encontrado en el presente estudio, queriendo así equiparar la atención de las diferentes especialidades de los lugares que tienen alta concentración de estos, a aquellos ESM que tienen pocos o no tienen. Se deben respetar los especialistas que ya se encuentran en los ESM objetos del estudio, pues lo encontrado no es falta de labor de ellos, sino déficit en la cantidad de los mismos. Esto puede realizarse en 1 año.
 - Priorizar los ESM que requieran con mayor urgencia la presencia de los Oficiales Especialistas, basándose en los gastos generados por el consumo de los servicios en mención en la red externa local de cada uno de los Hospitales objeto del estudio.
 - Mejorar el incentivo económico para el personal de especialistas, fijando tarifas que sean competitivas con el mercado local, para facilitar la contratación de

este personal sanitario y disminuir los gastos en la red externa mientras se implementan las propuestas dadas previamente.

- Procurar tener pares militares en las especialidades de mayor demanda y sobre todo en las dedicadas a la atención del trauma, ya que la comisión mensual que se realiza una o dos veces al año a la Fuerza de Tarea Omega, con el fin de ofrecer un cubrimiento en estas áreas de la salud en forma adecuada durante la ausencia de uno de ellos.
- Viendo el desarrollo del llamado a especialización al interior del Ejército Nacional, se debe permitir que los oficiales médicos accedan a esta opción en grados como el de Teniente y no en el de capitán o mayor, ya que no es atractivo para ellos tener que esperar tanto tiempo para acceder a la opción de especialización. Si por el contrario, se llevan a especialización en forma temprana, se aprovechara mucho mas su potencial al interior de la fuerza y no por poco tiempo como ocurre en el momento, puesto que al obtener su especialización cuando ya se es oficial superior, el tiempo que queda al interior del servicio en el Ejército es mucho más corto y no se lograra su mejor aprovechamiento en las diferentes regiones que se deben cubrir en el país.
- Permitir el ingreso a la especialización del mayor número de oficiales de sanidad, direccionados a las necesidades encontradas, sin someterlos a competir con médicos civiles en los centros de formación como la Universidad Militar y el Hospital Militar.
- Programar traslado de oficiales logísticos a los diferentes ESM para que asuman las labores administrativas que por necesidades del servicio se han delegado a los Oficiales Especialistas y que restan tiempo a la labor asistencial, mejorando así la oferta de servicios y disminuyendo los tiempos de consulta y las necesidades insatisfechas de los usuarios.
- Homogenizar y parametrizar en forma adecuada los sistemas de información, permitiendo un acceso en tiempo real, veraz y adecuado para guiar las decisiones que se tomen al interior de los ESM y sus entes rectores. Sistemas

de información que no sean engorrosos o de difícil trámite, ya que estos restan calidad a la atención que se brinda a usuario por dedicarse a llenar las listas y demás que se exigen, como ocurre actualmente, y evitar el subregistro que también se genera por esta labor. D.C., 1993, No. 41148, 1-163 Pp.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 352. (23 enero, 1997). Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 1997, No. 42965, 1- 24 Pp.

COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Decreto 1790. (14, septiembre, 2000). Por el cual se modifica el Decreto que regula las normas de carrera del personal de oficiales y suboficiales de las Fuerzas Militares. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 2000, No. 44181.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1164. (4 octubre, 2007). Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2007, No. 46771.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1164. (4, octubre, 2007). Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 2007, No. 46771.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 352. (23, enero, 1997). Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 1997, No. 42965.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 352. (23, enero, 1997). Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 1997, No. 42965, 1 - 24 p.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 180. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 1993, No. 41148, 1-168 p.

CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA. 19 Ed. Bogotá D.C. Panamericana, 1991, 71 p.

DIRECCION DE SANIDAD **11 BIBLIOGRAFIA** Militar en Colombia. Revista
Histórica (En línea). Disponible en <http://www.disanEjército.com/7442430101-9775>. Consultado 25 Mayo 2013.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1993. No. 41148. 1-168 Pp.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 352. (23, enero, 1997). Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 1997. No. 42965. 1– 24 Pp.

COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Decreto 1790. (14, septiembre, 2000). Por el cual se modifica el Decreto que regula las normas de carrera del personal de oficiales y suboficiales de las Fuerzas Militares. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 2000. No. 44161.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1164. (4 octubre, 2007). Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2007. No. 46771.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1164. (4, octubre, 2007). Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 2007. No. 46771.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 352. (23, enero, 1997). Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 1997. No. 42965.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 352. (23, enero, 1997). Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 1997. No. 42965. 1 – 24 p.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 1993. No. 41148. 1-168 p.

CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA. 19 Ed. Bogotá D.C. Panamericana, 1991. 71 p.

DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO. Sanidad Militar en Colombia, Reseña Histórica. (En línea). Disponible en <http://www.disanEjercitomil.co/?idcategoria=9775> Consultado 20 Mayo 2013.

EN COLOMBIA. La Cirugía en las Guerras Civiles del Siglo XIX en Colombia. (en línea). Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/Cirugia120197/Lacirugiaenlasguerras2.htm> Consultado 21 de Mayo del 2013.

ESCUELA MILITAR DE CADETES "GENERAL JOSE MARIA CORDOBA". Cursos Egresados 1907 – 2007. Bogotá. D.C.: Imprenta y Publicaciones Fuerzas Militares, 2007. 297 p.

GARCIA, DAFNE. Herramientas Teórico- Metodológicas Para El Estudio Los Medios Masivos: El Análisis De Contenido. Revista Estudios DIGITAL N° especial | Otoño 2010 | ISSN 1852-1568. [En línea]. Disponible en: <http://www.revistaestudios.unc.edu.ar/articulos03/dossier/5-lucero.php>. Consultado 10 Julio 2013.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL. Reseña Histórica. (En Línea) Disponible en <http://www.hospitalmilitar.gov.co/node/21> Consultado 21 de Mayo del 2013.

JEFATURA DE ESTADO MAYOR DEL EJÉRCITO NACIONAL. Documento 61287/MD-CG-CE-JEM-JEDEH. (03, Enero, 2013). Lineamientos para Optimizar los Recursos de la Sanidad del Ejército en la Vigencia 2013. Bogotá. D.C. 1 -7 p. 2013.

KRAUSE, MARIANE. La investigación cualitativa: un campo de cualidades y desafíos. Revista Temas de Educación. No. 7. 1.995. ISSN 07 16-7423. [En línea]. Disponible en: <http://investiga-aprende-2.wikispaces.com/file/view/Inv-cualitat-Krause.pdf>. Consultado 10 Julio 2013.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Decreto 1790. (14, septiembre, 2000). Por el cual se modifica el Decreto que regula las normas de carrera del personal de oficiales y suboficiales de las Fuerzas Militares. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 2000. No. 44161.

MINISTERIO DE DEFENSA. Directiva Permanente No 021/MD-CG-CE-JEM-JEDEH-DISAN-SM-GESCAL. (2012). Lineamientos para la Ejecución y Desarrollo del programa de Garantía de la Calidad en Salud de las unidades centralizadoras, los Hospitales Militares Regionales y Establecimientos de sanidad Militar Centralizados de Ejército. Bogotá. D.C. 2012.

MINISTERIO DE DEFENSA. Circular 005/MD-CE-JEM-JEDEH-DISAN-SM-BIOEST-56. (11, mayo, 2012).Lineamientos para la Atención en consulta y Programación de servicios asistenciales. Bogotá, D.C. 2012.

MINISTERIO DE DEFENSA. Directiva Permanente No 015/MD-CG-CE-JEM-JEDEH-DISAN-SM-GESCAL. (09, abril, 2012). Lineamientos para el cumplimiento del reporte y Monitoreo de los Indicadores de la Calidad en la Atención de los servicios del SSFM por parte de los Establecimientos de Sanidad de la dirección de sanidad Ejército. Bogotá D.C. 2012.

MINISTERIO DE DEFENSA. Directiva Permanente No 0204/MD-CG-CE-JEM-JEDEH-DISAN. (13, Septiembre, 2011).Directrices de Comando de Ejército para la Administración del personal Militar de Oficiales, Suboficiales y Soldados de la especialización de Sanidad. Bogotá. D.C. 2011.

MINISTERIO DE DEFENSA. Circular 111841/MD-CG-CE-JEM-JEDEH-DISAN-DIR-GESCAL. (18 Junio, 2011).Instrucciones parámetros de Habilitación Técnico Científica. Bogotá D.C. 2011.

MINISTERIO DE DEFENSA. CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Acuerdo No 040. (27 Noviembre, 2004). Por el cual se organiza el sistema de gestión de calidad en el sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Bogotá D.C. 2004.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Circular No. 533. (7, Diciembre, 2012). Lineamientos para Solución del Déficit Presupuestal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Bogotá, D.C. 2012.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 2680 (3 agosto, 2007).Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones. Bogotá. D.C. 2006.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 2680 (3 agosto 2007). Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones. Bogotá. D.C. 2007.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución Número 1442 de 2013. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. 2013.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. (100: 1 – 17, junio 2011: Ginebra, Suiza). Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa.

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meeting_document/wcms_154235.pdf. 2011. 201 p.

REYES, Rafael. Avances Quirúrgicos en los Conflictos Armados. Revista Colombiana de Cirugía. Vol. 19 (4). 2004.

RESOLUCION NUMERO 5261 de 1994 Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 1994.

RESOLUCION Número 1441 de 2013. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. 2013.

SOTOMAYOR, Hugo. La medicina y la Guerra: El Lento Despliegue de la Medicina Militar en Colombia. Revista Med, 17 (2). 299. 2009 Pp.

SUPERSALUD. Circular Externa 056 (06 octubre, 2009). Sistema de Indicadores de Alerta Temprana. Bogotá, D.C. 2009.

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CRONOGRAMA DEL PROYECTO

FASE O ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	FECHAS	RECURSOS
FUNDAMENTACION	ANTEPROYECTO	MY. Ismael Gutiérrez MY. Cristian Boada	Primera Semana de Mayo de 2013	Propios
FUNDAMENTACION	MARCO DE REFERENCIA	MY. Ismael Gutiérrez MY. Cristian Boada	Primera semana de Mayo de 2013	
TRABAJO DE CAMPO	Recolección de datos de los Hospitales Militares Regionales	MY. Ismael Gutiérrez MY. Cristian Boada	Segunda y tercera semana de Mayo de 2013	
ANALISIS E DATOS		MY. Ismael Gutiérrez MY. Cristian Boada	Cuarta semana de Mayo y primera semana de Junio	
	Primer Informe sobre avances del trabajo	MY. Ismael Gutiérrez MY. Cristian Boada	Segunda semana de Junio de 2013	
DIAGNOSTICO Y CONCLUSIONES		MY. Ismael Gutiérrez MY. Cristian Boada	Tercera semana de Junio de 2013	
	Segundo Informe sobre avances del trabajo	MY. Ismael Gutiérrez MY. Cristian Boada	Cuarta semana de Junio de 2013	
	Entrega de dos copias del trabajo anillado	MY. Ismael Gutiérrez MY. Cristian Boada	Primera semana de Agosto de 2013	
	Sustentación del trabajo	MY. Ismael Gutiérrez MY. Cristian Boada	Tercera semana de Agosto de 2013	
	Entrega de 01 ejemplar del Trabajo de Grado en pasta dura y dos (02) CD con correcciones finales	MY. Ismael Gutiérrez MY. Cristian Boada	Cuarta semana de Agosto de 2013	

Por cada área de atención de estas especialidades médicas (Consulta Externa, Sala de Cirugía, Hospitalizaciones, Urgencias y Sala de Partos) se informará la cantidad de labores destinados para la realización de sus labores en cada una de ellas (número de consultorios dedicados a consulta especializada y número de quirófanos) con sus respectivas dotaciones de equipos, instrumental y disposición de los mismos, para verificar la capacidad instalada al interior de los Hospitales Militares Regionales a fin de evaluar la calidad de la prestación de los servicios y el nivel de complejidad al que podría corresponder cada uno de ellos. Muy importante dentro de este aspecto, es el cumplimiento del porcentaje de los requisitos de habilitación para cada uno de estos servicios con el fin de

ANEXO 2 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUCTIVO

1. Datos de Personal Médico Especializado.

Cada Hospital Militar informará las especialidades médicas que se prestan al interior de sus hospitales, anotando el número de profesionales por cada área, el tipo de vinculación, si son Oficiales, personal civil de planta de la Dirección General de Sanidad o si son Médicos especialistas contratados en los Hospitales Militares Regionales bajo la modalidad de Orden de prestación de Servicios. Así mismo registrará las horas dedicadas a labores asistenciales por cada uno de ellos, incluyendo las actividades de Consulta, Urgencias, Cirugía si es del caso y Revista de Hospitalizados, o el número de horas contratadas a cada uno. De igual forma se registrará el tiempo de servicio que llevan en la Institución, sin importar la modalidad de vinculación que se tenga.

2. Datos de Instalaciones y Equipos.

Por cada área de atención de estas especialidades médicas (Consulta Externa, Salas de Cirugía, Hospitalizaciones, Urgencias y Sala de Partos) se informará la cantidad de lugares destinados para la realización de sus labores en cada una de ellas (número de consultorios dedicados a consulta especializada y número de quirófanos) con sus respectivas dotaciones de equipos, instrumental y disposición de los mismos, para verificar la capacidad instalada al interior de los Hospitales Militares Regionales a fin de evaluar la calidad de la prestación de los servicios y el nivel de complejidad al que podrían corresponder cada uno de ellos. Muy importante dentro de este aspecto, es el cumplimiento del porcentaje de los requisitos de habilitación para cada uno de estos servicios con el fin de

realizar una valoración cuantitativa de la capacidad instalada en lo referente a equipo e instalaciones.

3. Censo Poblacional y Datos Estadísticos.

Con el fin de analizar el impacto sobre la población de usuarios que está teniendo cada Hospital Militar Regional, se solicitará el censo poblacional de los usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares que cada establecimiento tiene para su región.

Se deberá registrar en el cuadro correspondiente las consultas atendidas por cada especialidad durante el 2012, discriminando las realizadas en consulta externa y las urgencias en el Hospital Militar Regional.

De igual forma se deben registrar el número de procedimientos realizados en salas de cirugía por cada especialidad durante el 2012.

4. Información de la Red Externa

Se solicita el consolidado de las atenciones prestadas a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, adscritos a cada uno de estos Hospitales Militares, que hayan sido desarrolladas en cualquiera de los centros de atención médica aledaños o contratados en la red externa y que revistan la característica de atención de mediana complejidad. Anotando el valor generado por cada uno de éstos, discriminadas por consulta y por servicios quirúrgicos.

5. Perfil Epidemiológico de cada Hospital Militar Regional

Se registrará el consolidado de las diez (10) primeras causas de morbilidad, de acuerdo con el perfil epidemiológico reportado para el 2012 en cada Hospital Militar Regional.



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL



DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO

HOSPITAL REGIONAL _____

2012

INMUEBLES DEPOSITIVOS O EQUIPOS		SUBCOMPONENTES			TOTAL DE UNIDADES	
1. PERSONAL						
ESPECIALIDAD	MILITAR	PLANTA	OPS	NUMERO	HORAS MES LABORADAS	TIEMPO DE SERVICIO
MEDICINA INTERNA						
CX GENERAL						
ORTOPEDIA						
PEDIATRIA						
ANESTESIOLOGIA						
GINECOLOGO						
PSIQUIATRIA						
RADIOLOGIA						
UROLOGIA						
OFTALMOLOGIA						
OTORRINO						
DERMATOLOGIA						

Equipos

INMUEBLES DISPOSITIVOS O EQUIPOS	SUBCOMPONENTES	TOTAL DE UNIDADES
2. INSTALACIONES Y EQUIPO a. SALAS DE CIRUGIA – CUMPLIMIENTO EN PORCENTAJE REQUISITOS DE HABILITACION INSTALACIONES Y EQUIPO		
<p>Está área está compuesto por tres quirófanos, sala de recuperación,y demás elementos que componen esta área</p>		

Equipos

UTILICE TANTAS CASILLAS COMO REQUIERA.....

INMUEBLES DISPOSITIVOS O EQUIPOS	SUBCOMPONENTES	TOTAL DE UNIDADES
CUMPLIMIENTO EN PORCENTAJE REQUISITOS DE HABILITACION INSTALACIONES Y EQUIPO		
<p>Compuesta por XX consultorios, áreas de observación y demás componentes que se tengan en el servicio</p>		
<p>Equipos</p>		

UTILICE TANTAS CASILLAS COMO REQUIERA.....

b. HOSPITALIZADOS

CUMPLIMIENTO EN PORCENTAJE REQUISITOS DE HABILITACION INSTALACIONES Y EQUIPO _____

Consta de XX habitaciones distribuidas en.....

UTILICE TANTAS CASILLAS COMO REQUIERA.....

d. **Equipos**

INMUEBLE,DISPOSITIVO O EQUIPOS	SUBCOMPONENTES	TOTAL DE UNIDADES
Equipos e instalaciones		
INMUEBLES, DISPOSITIVOS O EQUIPOS	SUBCOMPONENTES	TOTAL DE UNIDADES

UTILICE TANTAS CASILLAS COMO REQUIERA.....

c. **URGENCIAS**

CUMPLIMIENTO EN PORCENTAJE REQUISITOS DE HABILITACION INSTALACIONES Y EQUIPO _____

- f. Compuesta por XX consultorios, área de observación..... y demás componentes que se tengan en el servicio

Equipos

INMUEBLE, DISPOSITIVOS Y EQUIPOS	SUBCOMPONENTES	TOTAL UNIDADES
Equipos		
INMUEBLE, DISPOSITIVO O EQUIPOS	SUBCOMPONENTES	TOTAL DE UNIDADES

UTILICE TANTAS CASILLAS COMO REQUIERA.....

UTILICE TANTAS CASILLAS COMO REQUIERA.....

d. CONSULTA EXTERNA

e. CUMPLIMIENTO EN PORCENTAJE REQUISITOS DE HABILITACION
INSTALACIONES Y EQUIPO _____

3. Equipos e Instalaciones

INMUEBLES, DISPOSITIVOS O EQUIPOS	SUBCOMPONENTES	TOTAL DE UNIDADES

UTILICE TANTAS CASILLAS COMO REQUIERA.....

f. SALAS DE MATERNIDAD

CUMPLIMIENTO EN PORCENTAJE REQUISITOS DE HABILITACION
INSTALACIONES Y EQUIPO _____

Compuesta por área de atención de parto, sala de trabajo de parto..... y
demás componentes que se tengan en el servicio

Equipos

INMUEBLE,DISPOSITIVO O EQUIPOS	SUBCOMPONENTES	TOTAL DE UNIDADES

UTILICE TANTAS CASILLAS COMO REQUIERA.....

CONSULTAS POR URGENCIAS 2012

e. TIENE UNIDAD TRSFUSIONAL O BANCO DE SANGRE :
SI ____ NO ____

PACIENTES EN OBSERVACION DE URGENCIAS 2012

3. CAPACIDAD OCUPADA

Población _____ usuarios

CONSULTAS AÑO 2012 POR ESPECIALIDAD - SI HAY DATO DE ATENCIONES POR URGENCIA INCLUIRLAS -

ESPECIALIDAD	NUMERO DE CONSULTAS	DE	COSTOS
MEDICINA INTERNA			
CX GENERAL			
ORTOPEDIA			
PEDIATRIA			
ANESTESIOLOGIA			
GINECOLOGO			
PSIQUIATRIA			
RADIOLOGIA			
UROLOGIA			
OFTALMOLOGIA			
OTORRINO			
DERMATOLOGIA			

Si la información no está clasificada por favor envíela toda con los datos requeridos: procedimiento - especialidad - costo

CONSULTAS POR URGENCIAS 2.012 _____

PACIENTES EN OBSERVACION DE URGENCIAS 2012 _____

PACIENTES HOSPITALIZADOS 2012 _____

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS 2012 POR ESPECIALIDAD

ESPECIALIDAD	NUMERO DE PROCEDIMIENTOS	COSTOS
CX GENERAL		
ORTOPEDIA		
ANESTESIOLOGIA		
GINECOLOGO		
UROLOGIA		
OFTALMOLOGIA		
OTORRINO		
DERMATOLOGIA		

4. RED EXTERNA – PROCEDIMIENTOS NIVEL II

Si la información no está clasificado por favor enviarla toda con los datos requeridos: procedimiento – especialidad – costo

ESPECIALIDAD	NUMERO DE CONSULTAS	COSTO	NUMERO DE PROCEDIMIENTOS	COSTOS
MEDICINA INTERNA				
CX GENERAL				
ORTOPEDIA				
PEDIATRIA				
ANESTESIOLOGIA				
GINECOLOGO				
PSIQUIATRIA				
RADIOLOGIA				
UROLOGIA				
OFTALMOLOGIA				
OTORRINO				
DERMATOLOGIA				

5. MORBILIDAD – DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA -

PATOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	URGENCIAS

UTILICE TANTAS CASILLAS COMO REQUIERA.....

ANEXO 3

CONSOLIDACION Y TABULACION DE DATOS

DATOS CONSOLIDADOS HOSPITAL DE TOLEMAIDA

ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 1 CONSOLIDADO HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE TOLEMAIDA – HOMIT 2012

ESPECIALIDAD	CONSULTAS		TOTAL CONSULTAS	% DE CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA	TOTAL PACIENTES HORA	TOTAL HORA ESPECIALISTAS	CIRUGIAS		TOTAL CIRUGIAS	% DE CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA	TOTAL PACIENTES HORA QUIRURGICA	TOTAL HORAS ESPECIALISTA
	RED INTERNA	RED EXTERNA					RED INTERNA	RED EXTERNA				
	A	B	C = A + B	AG = (A * 100) / C	D	E = C / D	F	G	H = F + G	AZ = (F * 100) / H	I	J = H / I
MEDICINA INTERNA	301	625	926	32,51	3	308,7	NO APLICA					
CX GENERAL	1.232	35	1.267	97,24	3	422,3	422	37	459	91,94	0,5	918
ORTOPEDIA	2.785	30	2.815	98,93	3	938,3	73	38	111	65,77	0,5	222
PEDIATRIA	1.712	5	1.717	99,71	3	572,3	NO APLICA					
ANESTESIOLOGIA	337	8	345	97,68	3	115,0	650	117	767	84,75	0,5	1534
GINECOLOGO	1.135	147	1.282	88,53	3	427,3	54	128	182	29,67	0,5	364
PSIQUIATRIA	0	324	324	0,00	1,3	249,2	NO APLICA					
RADIOLOGIA	10.321	330	10.651	96,90	5	2.130,2	NO APLICA					
UROLOGIA	1.062	41	1.103	96,28	3	367,7	425	13	438	97,03	0,5	876
OFTALMOLOGIA	1.346	5	1.351	99,63	3	450,3	210	16	226	92,92	0,5	452
OTORRINO	0	27	27	0,00	3	9,0	0	42	42	0,00	0,5	84
DERMATOLOGIA	1.023	83	1.106	92,50	3	368,7	0	0	0	0,00	0,5	0
TOTAL	21.254	1.660	22.914	92,76		6.359,1	1.834	391	2225	82,43		4.450,0

TOMADO DE OFICIO No 920 MDN - CE - JEDOC - CENAE - HOSMIT – PLA. DEL 20 DE JUNIO DEL 2013. ELABORACION PROPIA

ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 2 CONSOLIDADO HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE TOLEMAIDA – HOMIT 2012

ESPECIALIDAD	UGENCIAS		TOTAL URGENCIAS	HORAS DIARIAS DE REVISTA	TOTAL HORAS AÑO REVISTA HOSPITALIZADOS	TOTAL HORAS REQUERIDAS AL AÑO	TOTAL DIAS ESPECIALISTA AÑO	TOTAL DIAS ESPECIALISTA POR MES	TOTAL HORAS ESPECIALISTA POR MES	TOTAL OFICIALES ESPECIALISTAS	CIVILES ESPECIALISTAS PLANTA	CIVILES ESPECIALISTAS OPS	HORAS ESPECIALISTAS CIVILES AL MES	% DE CUBRIMIENTO
	RED INTERNA	RED EXTERNA												
	K	L	M = K+L	AF	N = AF * 247	O = N+J+E	P = O * 8	Q = P / 12	R = Q * 8	S	T	U	V	AY = (V*100)/R
MEDICINA INTERNA	0	0	0	2	494	802,7	100,3	8,4	66,9	0	0	0	0	0,00
CX GENERAL	0	0	0	1,5	370,5	1.710,8	213,9	17,8	142,6	1	1	0	72	50,50
ORTOPEDIA	0	0	0	2	494	1.654,3	206,8	17,2	137,9	1	0	0	0	0,00
PEDIATRIA	0	0	0	2	494	1.066,3	133,3	11,1	88,9	0	0	1	48	54,02
ANESTESIOLOGIA	0	0	0	0	0	1.649,0	206,1	17,2	137,4	1	0	0	0	0,00
GINECOLOGO	0	0	0	1	247	1.038,3	129,8	10,8	86,5	0	0	1	48	55,47
PSIQUIATRIA	0	0	0	0	0	249,2	31,2	2,6	20,8	0	0	0	0	0,00
RADIOLOGIA	0	0	0	0	0	2.130,2	266,3	22,2	177,5	1	0	0	0	0,00
UROLOGIA	0	0	0	0	0	1.243,7	155,5	13,0	103,6	0	0	1	32	30,88
OFTALMOLOGIA	0	0	0	0	0	902,3	112,8	9,4	75,2	1	0	1	32	42,56
OTORRINO	0	0	0	0,5	123,5	216,5	27,1	2,3	18,0	0	0	0	0	0,00
DERMATOLOGIA	0	0	0	0	0	368,7	46,1	3,8	30,7	0	0	0	0	0,00
TOTAL	0	0	0		2.223	13.032,1	1.629,0	135,8	1.086,0	5	1	4	0	0,00

TOMADO DE OFICIO No 920 MDN - CE - JEDOC - CENAE - HOSMIT – PLA. DEL 20 DE JUNIO DEL 2013. ELABORACION PROPIA

ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 3 CONSOLIDADO HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE TOLEMAIDA – HOMIT 2012

	% HABILITACION	CANTIDAD DE LOCACIONES HABILITADAS	HORAS DISPONIBLES DIA CADA UNO	HORAS DISPONIBLES DIA	HORAS DISPONIBLE MES	HORAS DISPONIBLE AÑO	TOTAL PROCEDIMIENTOS AÑO 2012	HORAS OCUPACION LOCACION AÑO	% DE USO POR CADA LOCACION
	W	X	Y	Z = X * Y	AA = Z * 20	AB = AA * 12	AC	AD	AE = (AD*100) / AB
SALAS DE CIRUGIA	89,2%	3	8	24	480	5.760	1.834,0	3.668,0	63,7
HOSPITALIZACION	73,5%	49	24	1.176	23.520	282.240	916,0	87.936,0	31,2
CONSULTA EXTERNA	76,5%	7	6	42	840	10.080	21.254,0	7.084,7	70,3

TOMADO DE OFICIO No 920 MDN - CE - JEDOC - CENAE - HOSMIT – PLA. DEL 20 DE JUNIO DEL 2013. ELABORACION PROPIA

RESPIRATORIA	575	1.000	247	22	0	15	210	1.000	1,00	1
GINECOLOGIA	575	1.000	247	22	0	15	210	1,00	1,00	1
NEFROLOGIA	0	240	247	22	0	15	210	0,25	0	
ENFERMERIA	0	2.130	247	22	0	15	210	2,13	2	
UROLOGIA	364	1.244	247	22	0	15	210	1,25	1	
OTOLINGUIA	364	902	247	22	0	15	210	0,90	1	
OTORRINO	0	217	247	22	0	15	210	0,21	0	
DERMATOLOGIA	0	360	247	22	0	15	210	0,37	0	

TOMADO DE OFICIO No 920 MDN - CE - JEDOC - CENAE - HOSMIT – PLA. DEL 20 DE JUNIO DEL 2013. ELABORACION PROPIA

ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 4 CONSOLIDADO HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE TOLEMAIDA – HOMIT 2012

ESPECIALIDAD	TOTAL HORAS OFERTADAS AL AÑO X ESPECIALISTAS CIVILES	TOTAL HORAS REQUERIDAS AL AÑO POR ESPECIALIDAD	TOTAL DIAS HABILDES 2012	CONSIDERACIONES ESPECIALES			TOTAL DIAS DISPONIBLES OFICIAL ESPECIALISTA	TOTAL HORAS DISPONIBLES DE ESPECIALISTA OFICIAL EJÉRCITO	NECESIDADES DE MEDICOS MILITARES PARA CUBRIR HORAS AL AÑO	NECESIDAD DE OFICIALES ESPECIALISTAS PROPUESTA
				VACACIONES	GATRA	PERMISOS AUTORIZADOS				
	AG = V * 12	AH = R * 12	AI	AJ	AK	AL	AM = AI - (AJ+AK+AL)	AN = 4,8 * AM	AO = AH / AN	
MEDICINA INTERNA	0	803	247	22	0	15	210	1.008	0,80	1
CX GENERAL	864	1.711	247	22	32	15	178	854	2,00	2
ORTOPEDIA	0	1.654	247	22	32	15	178	854	1,94	2
PEDIATRIA	576	1.066	247	22	0	15	210	1.008	1,06	1
ANESTESIOLOGIA	0	1.649	247	22	32	15	178	854	1,93	2
GINECOLOGO	576	1.038	247	22	0	15	210	1.008	1,03	1
PSIQUIATRIA	0	249	247	22	0	15	210	1.008	0,25	0
RADIOLOGIA	0	2.130	247	22	0	15	210	1.008	2,11	2
UROLOGIA	384	1.244	247	22	0	15	210	1.008	1,23	1
OFTALMOLOGIA	384	902	247	22	0	15	210	1.008	0,90	1
OTORRINO	0	217	247	22	0	15	210	1.008	0,21	0
DERMATOLOGIA	0	369	247	22	0	15	210	1.008	0,37	0

TOMADO DE OFICIO No 920 MDN - CE - JEDOC - CENAE - HOSMIT – PLA. DEL 20 DE JUNIO DEL 2013. ELABORACION PROPIA

ANEXO No 03. CUADRO No 03 - 5 CONSOLIDADO HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE VILLAVICENCIO- HOMIO 2012

ESPECIALIDAD	TOTAL CONSULTAS			% DE CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA	TOTAL PACIENTES HORA	TOTAL HORA ESPECIALISTAS	TOTAL CIRUGIAS					
	RED INTERNA	RED EXTERNA	TOTAL CONSULTAS INTERNAS Y EXTERNAS				RED INTERNA	RED EXTERNA	TOTAL PACIENTES CIRUGIAS RED INTERNA Y EXTERNA	% DE CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA	TOTAL PACIENTES HORA QUIRURGICA	TOTAL HORAS ESPECIALISTA
	A	B	C = A + B	AG = (A * 100) / C	D	E = C / D	F	G	H = F + G	I	J = H / I	
MEDICINA INTERNA	2.613	310	2.923	89,39	3	974,3	NO APLICA					
CX GENERAL	1.320	126	1.446	91,29	3	482,0	348	81	429	81,12	0,5	858,0
ORTOPEDIA	1.696	196	1.892	89,64	3	630,7	301	30	331	90,94	0,5	662,0
PEDIATRIA	1.700	130	1.830	92,90	3	610,0	NO APLICA					
ANESTESIOLOGIA	776	0	776	100,00	3	258,7	794	0	794	100,00	0,5	1.588,0
GINECOLOGO	3.061	101	3.162	96,81	3	1.054,0	406	211	617	65,80	0,5	1.234,0
PSIQUIATRIA	661	0	661	100,00	1,3	508,5	NO APLICA					
RADIOLOGIA	13.279	710	13.989	94,92	5	2.797,8	NO APLICA					
UROLOGIA	0	268	268	0,00	3	89,3	41	395	436	9,40	0,5	872,0
OFTALMOLOGIA	0	341	341	0,00	3	113,7	14	409	423	3,31	0,5	846,0
OTORRINO	0	410	410	0,00	3	136,7	0	141	141	0,00	0,5	282,0
DERMATOLOGIA	0	270	270	0,00	3	90,0	0	310	310	0,00	0,5	620,0
TOTAL	25.106	2.862	27.968	89,77		7.745,6	1.904	1.577	3.481	54,70		6.962,0

TOMADO DE DISAN EJÉRCITO - SECCION DE PLANEACION. RESPONSABLE SR TC CALDERON. ELABORACION PROPIA

ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 6 CONSOLIDADO HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE VILLAVICENCIO– HOMIO 2012

ESPECIALIDAD	TOTAL UGENCIAS		TOTAL URGENCIAS RED INTERNA Y EXTERNA	HORAS DIARIAS DE REVISTA	TOTAL HORAS AÑO REVISTA HOSPITALIZADOS	TOTAL HORAS REQUERIDAS AL AÑO	TOTAL DIAS ESPECIALISTA AÑO	TOTAL DIAS ESPECIALISTA POR MES	TOTAL HORAS ESPECIALISTA POR MES	TOTAL OFICIALES ESPECIALISTAS	CIVILES ESPECIALISTAS PLANTA	CIVILES ESPECIALISTAS OPS	HORAS ESPECIALISTAS CIVILES AL MES	% DE CUBRIMIENTO
	RED INTERNA	RED EXTERNA												
	K	L	M = K + L	AF	N = AF * 247	O = N + J + E	P = O * 8	Q = P / 12	R = Q * 8	S	T	U	V	AY = (V*100)/R
MEDICINA INTERNA	655	0	655	2	494	1.468,3	183,5	15,3	122,4	1	0	0	72	58,84
CX GENERAL	604	0	604	1,5	370,5	1.710,5	213,8	17,8	142,5	1	0	1	126	88,40
ORTOPEDIA	660	0	660	2	494	1.786,7	223,3	18,6	148,9	1	0	1	126	84,63
PEDIATRIA	900	0	900	2	494	1.104,0	138,0	11,5	92,0	0	0	2	252	273,91
ANESTESIOLOGIA	34	0	34	0	0	1.846,7	230,8	19,2	153,9	1	0	1	168	109,17
GINECOLOGO	1.257	0	1.257	1	247	2.535,0	316,9	26,4	211,3	1	0	1	48	22,72
PSIQUIATRIA	164	0	164	0	0	508,5	63,6	5,3	42,4	0	0	1	126	297,37
RADIOLOGIA	556	0	556	0	0	2.797,8	349,7	29,1	233,2	1	0	0	221	94,79
UROLOGIA	0	0	0	0	0	961,3	120,2	10,0	80,1	0	0	0	0	0,00
OFTALMOLOGIA	0	0	0	0	0	959,7	120,0	10,0	80,0	0	0	0	0	0,00
OTORRINO	0	0	0	0,5	123,5	542,2	67,8	5,6	45,2	0	0	0	0	0,00
DERMATOLOGIA	0	0	0	0	0	710,0	88,8	7,4	59,2	0	0	0	0	0,00
TOTAL	4.830	0	4.830		2223	16.930,6	2.116,3	176,4	1.410,9	6	0	7	1139	80,73

TOMADO DE DISAN EJÉRCITO - SECCION DE PLANEACION. RESPONSABLE SR TC CALDERON. ELABORACION PROPIA

ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 7 CONSOLIDADO HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE VILLAVICENCIO- HOMIO 2012

CATEGORIA	TOTAL HORAS DISPONIBLES AL AÑO 1	TOTAL HORAS HABILITADAS AL AÑO POR ESPECIALIDAD	TOTAL DIAS HABILES 2012	CONSEJERIAS ESPECIALES			TOTAL DIAS DISPONIBLES ESPECIALISTAS	TOTAL HORAS DISPONIBLES DE ESPECIALIDAD	RESERVAS DE HORAS PARA CASOS FUERA AL AÑO	NECESIDAD DE OFICIALES ESPECIALISTAS PROPUESTA
				NEFROLOGIA	NEUMOLOGIA	TRAUMATOLOGIA				

ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 7 CONSOLIDADO HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE VILLAVICENCIO- HOMIO 2012

	% HABILITACION	CANTIDAD DE LOCACIONES HABILITADAS	HORAS DISPONIBLE DIA CADA UNO	HORAS DISPONIBLES DIA	HORAS DISPONIBLE MES	HORAS DISPONIBLE AÑO	TOTAL PROCEDIMIENTOS AÑO 2012	HORAS OCUPACION LOCACION AÑO	% DE USO POR CADA LOCACION
	W	X	Y	Z = X * Y	AA = Z * 20	AB = AA * 12	AC	AD	AE = (AD*100) / AB
SALAS DE CIRUGIA	94,0%	3,0	8	24	480,0	5.760,0	1.904,0	3.808,0	66,1
HOSPITALIZACION	89,0%	50,0	24	1.200	24.000,0	288.000,0	884,0	84.864,0	29,5
CONSULTA EXTERNA	85,5%	6,0	6	36	720,0	8.640,0	25.106,0	8.368,7	96,9

PSIQUIATRIA	0%	0	24	0	0	0	0	0	0
RADIOLOGIA	2,5%	0,75	24	18	360	4.320	1.440	2.700	62,5
OROLOGIA	0	0	24	0	0	0	0	0	0
OFTALMOLOGIA	0	0	24	0	0	0	0	0	0
OTORRINO	0	0	24	0	0	0	0	0	0
DERMATOLOGIA	0	0	24	0	0	0	0	0	0

TOMADO DE DISAN EJÉRCITO - SECCION DE PLANEACION. RESPONSABLE SR TC CALDERON. ELABORACION PROPIA

ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 8 CONSOLIDADO HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE VILLAVICENCIO– HOMIO 2012

ESPECIALIDAD	TOTAL HORAS OFERTADAS AL AÑO X ESPECIALISTAS CIVILES	TOTAL HORAS REQUERIDAS AL AÑO POR ESPECIALIDAD	TOTAL DIAS HABLES 2012	CONSIDERACIONES ESPECIALES			TOTAL DIAS DISPONIBLES OFICIAL ESPECIALISTA	TOTAL HORAS DISPONIBLES DE ESPECIALISTA OFICIAL EJÉRCITO	NECESIDADES DE MEDICOS MILITARES PARA CUBRIR HORAS AL AÑO	NECESIDAD DE OFICIALES ESPECIALISTAS PROPUESTA
				VACACIONES	GATRA	PERMISOS AUTORIZADOS				
	AG = V * 12	AH = R * 12	AI	AJ	AK	AL	AM = AI - (AJ+AK+AL)	AN = 4,8 * AM	AO = AH / AN	
MEDICINA INTERNA	864	1.468	247	22	0	15	210	1.008	1,46	1
CX GENERAL	1.512	1.711	247	22	32	15	178	854	2,00	2
ORTOPEDIA	1.512	1.787	247	22	32	15	178	854	2,09	2
PEDIATRIA	3.024	1.104	247	22	0	15	210	1.008	1,10	1
ANESTESIOLOGIA	2.016	1.847	247	22	32	15	178	854	2,16	2
GINECOLOGO	576	2.535	247	22	0	15	210	1.008	2,51	2
PSIQUIATRIA	1.512	508	247	22	0	15	210	1.008	0,50	1
RADIOLOGIA	2.652	2.798	247	22	0	15	210	1.008	2,78	3
UROLOGIA	0	961	247	22	0	15	210	1.008	0,95	1
OFTALMOLOGIA	0	960	247	22	0	15	210	1.008	0,95	1
OTORRINO	0	542	247	22	0	15	210	1.008	0,54	0
DERMATOLOGIA	0	710	247	22	0	15	210	1.008	0,70	1

TOMADO DE DISAN EJÉRCITO - SECCION DE PLANEACION. RESPONSABLE SR TC CALDERON. ELABORACION PROPIA

ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 9 CONSOLIDADO HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE CALI – HOMRO 2012

ESPECIALIDAD	TOTAL CONSULTAS		CONSULTAS INTERNAS Y EXTERNAS	% DE CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA	PACIENTES HORA	TOTAL HORA ESPECIALISTAS	TOTAL CIRUGIAS		TOTAL PACIENTES CIRUGIAS RED INTERNA Y EXTERNA	CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA	PACIENTES HORA QUIRURGICA	TOTAL HORAS ESPECIALISTA
	RED INTERNA	RED EXTERNA					RED INTERNA	RED EXTERNA				
	A	B	C = A + B	AG = (A * 100) / C	D	E = C / D	F	G	H = F + G		I	J = H / I
MEDICINA INTERNA	1.760	124	1.884	93,42	3	628,0	NO APLICA					
CX GENERAL	1.034	96	1.130	91,50	3	376,7	233	87	320	72,81	0,5	640
ORTOPEDIA	4.832	56	4.888	98,85	3	1.629,3	420	230	650	64,62	0,5	1300
PEDIATRIA	2.033	289	2.322	87,55	3	774,0	NO APLICA					
ANESTESIOLOGIA	546	58	604	90,40	3	201,3	0	0	0	0,00	0,5	0
GINECOLOGO	3.719	320	4.039	92,08	3	1.346,3	97	87	184	52,72	0,5	368
PSIQUIATRIA	2.372	87	2.459	96,46	1,3	1.891,5	NO APLICA					
RADIOLOGIA	0	0	0	0,00	5	0,0	NO APLICA					
UROLOGIA	2.048	223	2.271	90,18	3	757,0	134	92	226	59,29	0,5	452
OFTALMOLOGIA	2.071	312	2.383	86,91	3	794,3	0	115	115	0,00	0,5	230
OTORRINO	3.447	123	3.570	96,55	3	1.190,0	79	59	138	57,25	0,5	276
DERMATOLOGIA	1.890	234	2.124	88,98	3	708,0	0	13	13	0,00	0,5	26
TOTAL	25752	1922	27.674	93,05		10296,5	963	683	1.646	58,51		3.292

TOMADO DE DEPARTAMENTO DE CALIDAD - BIOESTADISTICA Y AUDITORIA DEL HOMRO. SUMINISTRADO POR LA MY DASSY SOSSA. ELABORACION PROPIA

ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 10 CONSOLIDADO HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE CALI – HOMRO 2012

ESPECIALIDAD	TOTAL UGENCIAS		TOTAL URGENCIAS RED INTERNA Y EXTERNA	HORAS DIARIAS DE REVISTA	TOTAL HORAS AÑO REVISTA HOSPITALIZADOS	TOTAL HORAS REQUERIDAS AL AÑO	TOTAL DIAS ESPECIALISTA AÑO	TOTAL DIAS ESPECIALISTA POR MES	TOTAL HORAS ESPECIALISTA POR MES	TOTAL OFICIALES ESPECIALISTAS	CIVILES ESPECIALISTAS PLANTA	CIVILES ESPECIALISTAS OPS	HORAS ESPECIALISTAS CIVILES AL MES	% DE CUBRIMIENTO
	RED INTERNA	RED EXTERNA												
	K	L	M = K + L	AF	N = AF * 247	O = N + J + E	P = O * 8	Q = P / 12	R = Q * 8	S	T	U	V	
MEDICINA INTERNA	0	0	0	2	494	1.122,0	140,3	11,7	93,5	0	1	0	48	51,34
CX GENERAL	0	0	0	1,5	370,5	1.387,2	173,4	14,4	115,6	1	1	0	108	93,43
ORTOPEDIA	86	228	314	2	494	3.423,3	427,9	35,7	285,3	1	1	1	104	36,46
PEDIATRIA	0	0	0	2	494	1.268,0	158,5	13,2	105,7	0	1	1	48	45,43
ANESTESIOLOGIA	0	0	0	0	0	201,3	25,2	2,1	16,8	1	0	1	96	572,19
GINECOLOGO	0	0	0	1	247	1.961,3	245,2	20,4	163,4	0	2	2	162	99,12
PSIQUIATRIA	0	0	0	0	0	1.891,5	236,4	19,7	157,6	1	0	1	64	40,60
RADIOLOGIA	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	1	0	0,00
UROLOGIA	0	0	0	0	0	1.209,0	151,1	12,6	100,8	0	0	2	36	35,73
OFTALMOLOGIA	0	0	0	0	0	1.024,3	128,0	10,7	85,4	0	0	1	60	70,29
OTORRINO	0	0	0	0,5	123,5	1.589,5	198,7	16,6	132,5	0	1	2	108	81,54
DERMATOLOGIA			0	0	0	734,0	91,8	7,6	61,2	0	0	1	48	78,47
TOTAL	86	228			2223	15.811,5	1.976,4	164,7	1.317,6	4	7	13	882	66,94

TOMADO DE DEPARTAMENTO DE CALIDAD - BIOESTADISTICA Y AUDITORIA DEL HOMRO. SUMINISTRADO POR LA MY DASSY SOSSA. ELABORACION PROPIA

ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 11 CONSOLIDADO HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE CALI – HOMRO 2012

	% HABILITACION	CANTIDAD DE LOCACIONES HABILITADAS	HORAS DISPONIBLE DIA CADA UNO	HORAS DISPONIBLES DIA	HORAS DISPONIBLE MES	HORAS DISPONIBLE AÑO	TOTAL PROCEDIMIENTOS AÑO 2012	HORAS OCUPACION LOCACION AÑO	% DE USO POR CADA LOCACION
	W	X	Y	Z = X * Y	AA = Z * 20	AB = AA * 12	AC	AD	AE = (AD*100) / AB
MEDICINA INTERNA									
CX GENERAL									
SALAS DE CIRUGIA	20,0%	2,0	8	16	320,0	3.840,0	963,0	1.926,0	50,2
HOSPITALIZACION	20,0%	32,0	24	768	15.360,0	184.320,0	1.650,0	158.400,0	85,9
CONSULTA EXTERNA	20,0%	7,0	6	42	840,0	10.080,0	25.752,0	8.584,0	85,2

TOMADO DE DEPARTAMENTO DE CALIDAD - BIOESTADISTICA Y AUDITORIA DEL HOMRO. SUMINISTRADO POR LA MY DASSY SOSSA. ELABORACION PROPIA

ONCOLOGO	1,044	1,981	247	22	0	15	210	1,036	1,95	2
PSIQUIATRIA	788	1,882	247	22	0	15	210	1,000	1,88	2
								1,000		0
UROLOGIA	432	1,209	247	22	0	15	210	1,008	1,20	1
OFTALMOLOGIA	720	1,024	247	22	0	15	210	1,006	1,02	1
OTORRINO	1,280	1,590	247	22	0	15	210	1,006	1,59	2
DERMATOLOGIA	576	734	247	22	0	15	210	1,008	0,73	1

TOMADO DE DEPARTAMENTO DE CALIDAD - BIOESTADISTICA Y AUDITORIA DEL HOMRO. SUMINISTRADO POR LA MY DASSY SOSSA. ELABORACION PROPIA

ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 12 CONSOLIDADO HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE CALI – HOMRO 2012

ESPECIALIDAD	TOTAL HORAS OFERTADAS AL AÑO X ESPECIALISTAS CIVILES	TOTAL HORAS REQUERIDAS AL AÑO POR ESPECIALIDAD	TOTAL DIAS HABILDES 2012	CONSIDERACIONES ESPECIALES			TOTAL DIAS DISPONIBLES OFICIAL ESPECIALISTA	TOTAL HORAS DISPONIBLES DE ESPECIALISTA OFICIAL EJÉRCITO	NECESIDADES DE MEDICOS MILITARES PARA CUBRIR HORAS AL AÑO	NECESIDAD DE OFICIALES ESPECIALISTAS PROPUESTA
				VACACIONES	GATRA	PERMISOS AUTORIZADOS				
	AG = V * 12	AH = R * 12	AI	AJ	AK	AL	AM = AI - (AJ+AK+AL)	AN = 4,8 * AM	AO = AH / AN	
MEDICINA INTERNA	576	1.122	247	22	0	15	210	1.008	1,11	1
CX GENERAL	1.296	1.387	247	22	32	15	178	854	1,62	2
ORTOPEDIA	1.248	3.423	247	22	32	15	178	854	4,01	4
PEDIATRIA	576	1.268	247	22	0	15	210	1.008	1,26	1
ANESTESIOLOGIA	1.152	201	247	22	32	15	178	854	0,24	4
GINECOLOGO	1.944	1.961	247	22	0	15	210	1.008	1,95	2
PSIQUIATRIA	768	1.892	247	22	0	15	210	1.008	1,88	2
RADIOLOGIA	0	0	247	22	0	15	210	1.008	0,00	0
UROLOGIA	432	1.209	247	22	0	15	210	1.008	1,20	1
OFTALMOLOGIA	720	1.024	247	22	0	15	210	1.008	1,02	1
OTORRINO	1.296	1.590	247	22	0	15	210	1.008	1,58	2
DERMATOLOGIA	576	734	247	22	0	15	210	1.008	0,73	1

TOMADO DE DEPARTAMENTO DE CALIDAD - BIOESTADISTICA Y AUDITORIA DEL HOMRO. SUMINISTRADO POR LA MY DASSY SOSSA. ELABORACION PROPIA

ANEXO No. 03. CUADRO No 03 – 13 CONSOLIDADO HOSPITALES MILITARES REGIONALES DE TOLEMAIDA – VILLAVICENCIO Y CALI – HOMIT

ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 13 CONSOLIDADO HOSPITALES MILITARES REGIONALES DE TOLEMAIDA – VILLAVICENCIO Y CALI – HOMIT
– HOMIO - HOMRO 2012

ESPECIALIDAD	TOTAL CONSULTAS		TOTAL CONSULTAS INTERNAS Y EXTERNAS	% DE CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA	TOTAL PACIENTES HORA	TOTAL HORA ESPECIALISTAS	TOTAL CIRUGIAS		TOTAL PACIENTES CIRUGIAS RED INTERNA Y EXTERNA	% DE CUBRIMIENTO DE LA RED INTERNA	TOTAL PACIENTES HORA QUIRURGICA	TOTAL HORAS ESPECIALISTA
	RED INTERNA	RED EXTERNA					RED INTERNA	RED EXTERNA				
	A	B	C = A + B	AG = (A * 100) / C	D	E = C / D	F	G	H = F + G		I	J = H / I
MEDICINA INTERNA	4.674	1.059	5.733	81,53	3	1.911,0	NO APLICA					
CX GENERAL	3.586	257	3.843	93,31	3	1.281,0	1.003	205	1208	83,03	0,5	2416
ORTOPEDIA	9.313	282	9.595	97,06	3	3.198,3	794	298	1092	72,71	0,5	2184
PEDIATRIA	5.445	424	5.869	92,78	3	1.956,3	NO APLICA					
ANESTESIOLOGIA	1.659	66	1.725	96,17	3	575,0	1.444	117	1561	92,50	0,5	3122
GINECOLOGO	7.915	568	8.483	93,30	3	2.827,7	557	426	983	56,66	0,5	1966
PSIQUIATRIA	3.033	411	3.444	88,07	1,3	2.649,2	NO APLICA					
RADIOLOGIA	23.600	1.040	24.640	95,78	5	4.928,0	NO APLICA					
UROLOGIA	3.110	532	3.642	85,39	3	1.214,0	600	500	1100	54,55	0,5	2200
OFTALMOLOGIA	3.417	658	4.075	83,85	3	1.358,3	224	540	764	29,32	0,5	1528
OTORRINO	3.447	560	4.007	86,02	3	1.335,7	79	242	321	24,61	0,5	642
DERMATOLOGIA	2.913	587	3.500	83,23	3	1.166,7	0	323	323	0,00	0,5	646
TOTALES	72.112	6.444	78.556	91,80	36	24.401	4.701	2.651	7.352	63,94		14.704

TOMADO DE LAS CUADROS 03-1, 03-5, 03-9 ELABORACION PROPIA

**ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 14 CONSOLIDADO HOSPITALES MILITARES REGIONALES DE TOLEMAIDA – VILLAVICENCIO Y CALI – HOMIT
– HOMIO - HOMRO 2012**

ESPECIALIDAD	TOTAL URGENCIAS		TOTAL URGENCIAS RED INTERNA Y EXTERNA	HORAS DIARIAS DE REVISTA	TOTAL HORAS AÑO REVISTA HOSPITALIZADOS	TOTAL HORAS REQUERIDAS AL AÑO	TOTAL DIAS ESPECIALISTA AÑO	TOTAL DIAS ESPECIALISTA POR MES	TOTAL HORAS ESPECIALISTA POR MES	TOTAL OFICIALES ESPECIALISTAS	CIVILES ESPECIALISTAS PLANTA	CIVILES ESPECIALISTAS OPS	HORAS ESPECIALISTAS CIVILES AL MES	% DE CUBRIMIENTO
	RED INTERNA	RED EXTERNA												
	K	L	M = K + L	AF	N = AF * 247	O = N + J + E	P = O * 8	Q = P / 12	R = Q * 8	S	T	U	V	V
MEDICINA INTERNA	655	0	655	2	1.482	3.393,0	424,1	35,3	282,8	1	1	0	48	16,98
CX GENERAL	604	0	604	1,5	1.112	4.808,5	601,1	50,1	400,7	3	2	1	306	76,36
ORTOPEDIA	746	228	974	2	1.482	6.864,3	858,0	71,5	572,0	3	1	2	230	40,21
PEDIATRIA	900	0	900	2	1.482	3.438,3	429,8	35,8	286,5	0	1	4	348	121,45
ANESTESIOLOGIA	34	0	34	0	0	3.697,0	462,1	38,5	308,1	3	0	2	264	85,69
GINECOLOGO	1.257	0	1257	1	741	5.534,7	691,8	57,7	461,2	1	2	4	258	55,94
PSIQUIATRIA	164	0	164	0	0	2.649,2	331,2	27,6	220,8	1	0	2	190	86,06
RADIOLOGIA	556	0	556	0	0	4.928,0	616,0	51,3	410,7	2	0	1	32	7,79
UROLOGIA	0	0	0	0	0	3.414,0	426,8	35,6	284,5	0	0	3	68	23,90
OFTALMOLOGIA	0	0	0	0	0	2.886,3	360,8	30,1	240,5	1	0	2	92	38,25
OTORRINO	0	0	0	0,5	371	2.348,2	293,5	24,5	195,7	0	1	2	108	55,19
DERMATOLOGIA	0	0	0	0	0	1.812,7	226,6	18,9	151,1	0	0	1	48	31,78
TOTALES	4.916	228	5.144		6.669	45.774	5.722	477	3.815	15	8	24	1.992	52,22

TOMADO DE LAS CUADROS 03-2, 03-6, 03-10 ELABORACION PROPIA

**ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 15 CONSOLIDADO HOSPITALES MILITARES REGIONALES DE TOLEMAIDA – VILLAVICENCIO Y CALI – HOMIT
– HOMIO - HOMRO 2012**

	% HABILITACION	CANTIDAD DE LOCACIONES HABILITADAS	HORAS DISPONIBLES DIA CADA UNO	HORAS DISPONIBLES DIA	HORAS DISPONIBLES E MES	HORAS DISPONIBLES E AÑO	TOTAL PROCEDIMIENTOS AÑO 2012	HORAS OCUPACION LOCACION AÑO	% DE USO POR CADA LOCACION
	W	X	Y	Z = X * Y	AA = Z * 20	AB = AA * 12	AC	AD	AE = (AD*100) / AB
SALAS DE CIRUGIA	67,7%	8	8	64	1.280	15.360	4.701,0	9.402,0	61,2
HOSPITALIZACION	60,8%	131	24	3.144	62.880	754.560	3.450,0	331.200,0	43,9
CONSULTA EXTERNA	60,7%	20	6	120	2.400	28.800	72.112,0	24.037,3	83,5

NEFROLOGIA	3,88	5,52	247	22	0	15	210	1,008	5,48	6
PSIQUIATRIA	2,280	2,648	247	22	0	15	210	1,008	2,53	3
TOMADO DE LAS CUADROS 03-3, 03-7, 03-11 ELABORACION PROPIA				22	0	15	210	1,008	4,89	5
UROLOGIA	616	3,414	247	22	0	15	210	1,008	3,39	3
OFTALMOLOGIA	1,104	2,896	247	22	0	15	210	1,008	2,88	3
OTORRINO	1,206	2,346	247	22	0	15	210	1,008	2,33	2
DERMATOLOGIA	576	1,812	247	22	0	15	210	1,008	1,89	2

TOMADO DE LAS CUADROS 03-4, 03-8, 03-12 ELABORACION PROPIA

**ANEXO No 03. CUADRO No 03 – 16 CONSOLIDADO HOSPITALES MILITARES REGIONALES DE TOLEMAIDA – VILLAVICENCIO Y CALI – HOMIT
– HOMIO - HOMRO 2012**

ESPECIALIDAD	TOTAL HORAS OFERTADAS AL AÑO X ESPECIALISTAS CIVILES	TOTAL HORAS REQUERIDAS AL AÑO POR ESPECIALIDAD	TOTAL DIAS HABILES 2012	CONSIDERACIONES ESPECIALES			TOTAL DIAS DISPONIBLES OFICIAL ESPECIALISTA	TOTAL HORAS DISPONIBLES DE ESPECIALISTA OFICIAL EJÉRCITO	NECESIDADES DE MEDICOS MILITARES PARA CUBRIR HORAS AL AÑO	NECESIDAD DE OFICIALES ESPECIALISTAS PROPUESTA
				VACACIONES	GATRA	PERMISOS AUTORIZADOS				
	AG = V * 12	AH = R * 12	AI	AJ	AK	AL	AM = AI - (AJ+AK+AL)	AN = 4,8 * AM	AO = AH / AN	
MEDICINA INTERNA	1.440	3.393	247	22	0	15	210	1.008	3,37	3
CX GENERAL	3.672	4.809	247	22	32	15	178	854	5,63	6
ORTOPEDIA	2.760	6.864	247	22	32	15	178	854	8,03	8
PEDIATRIA	4.176	3.438	247	22	0	15	210	1.008	3,41	3
ANESTESIOLOGIA	3.168	3.697	247	22	32	15	178	854	4,33	8
GINECOLOGO	3.096	5.535	247	22	0	15	210	1.008	5,49	5
PSIQUIATRIA	2.280	2.649	247	22	0	15	210	1.008	2,63	3
RADIOLOGIA	2.652	4.928	247	22	0	15	210	1.008	4,89	5
UROLOGIA	816	3.414	247	22	0	15	210	1.008	3,39	3
OFTALMOLOGIA	1.104	2.886	247	22	0	15	210	1.008	2,86	3
OTORRINO	1.296	2.348	247	22	0	15	210	1.008	2,33	2
DERMATOLOGIA	576	1.813	247	22	0	15	210	1.008	1,80	2

TOMADO DE LAS CUADROS 03-4, 03-8, 03-12 ELABORACION PROPIA

ANEXO No 03. CUADRO No 04 – 01 02 03 DISTRIBUCION NACIONAL DE LOS MEDICOS ESPECIALISTAS OFICIALES DEL CUERPO ADMINISTRATIVO DEL EJÉRCITO NACIONAL AÑO 2012.

ESPECIALIDAD MEDICA	CANTIDAD
MEDICO ANESTESIOLOGO	8
CIRUJANO GENERAL U OTRO	7
MEDICO DERMATOLOGO	3
MEDICO EPIDEMIOLOGO	2
MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL	1
MEDICO ESPECIALISTA MEDICINA AEROSPACIAL	2
MEDICO ESPECIALISTA PATOLOGIA	1
MEDICO FISIATRA	3
MEDICO GINECOLOGO	2
MEDICO INTERNISTA	4
MEDICO LABORAL	1
MEDICO NEUROCIRUJANO	2
MEDICO OFTALMOLOGO	6
MEDICO ORTOPEDISTA	10
MEDICO OTORRINO	1
MEDICO PEDIATRA	1
MEDICO PSIQUIATRA	5
MEDICO RADIOLOGO	3
MEDICO SALUD PUBLICA	1
TOTAL	63

UNIDAD ACTUAL	CANTIDAD
BAS03	4
BAS04	7
BAS05	1
BAS07	6
BASEN	3
HOMIC	14
DISAN	11
CGFM	1
GMSIL	1
DIV05	1
DISAN	3
DGSM	1
CENAE	1
BAS06	1
BASAN	6
UMNGR	1
BAS02	1
TOTAL	63

CIUDAD DE BASE	CANTIDAD
CALI	4
MEDELLIN	7
B/MANGA	1
V/CENCIO	6
TOLEMAIDA	3
BOGOTA	38
BONZA	1
IBAGUE	2
B/QUILLA	1
TOTAL	63

TOMADO DE LA SUBDIRECCION CIENTIFICA DE LA DISAN. ELABORACION PROPIA

ANEXO No 04

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA**



Fundada en '909

ESDEGUE-SIIA-CEESEDEN

RESUMEN ANALÍTICO EJECUTIVO – RAE

1. IDENTIFICACION

1.1 Título: Estudio Sobre Las Necesidades Reales de Médicos Militares Especialistas en Los Hospitales Militares Regionales de Cali, Tolemaida y Villavicencio del Ejército Nacional.

1.2 Autor corporativo

Mayor ISMAEL ELEAZAR GUTIERREZ MUNOZ
Mayor CRISTIAN ANDRES BOADA PUENTES

1.3 Nombre del Tutor(a)

Teniente Coronel **Clara Patricia León Medrano**

1.4 Programa

Curso de Información Militar 2013

1.5 Área de énfasis

Línea: "Seguridad y Defensa Nacionales".

Núcleo Temático: "Logística y Administración Militar".

1.6 Institución a la cual se presenta el trabajo

Escuela Superior de Guerra – ESDEGUE

1.7 Lugar y fecha de edición
Bogotá, Septiembre de 2013.

1.8 Número de páginas
127 páginas.

2. ANÁLISIS

2.1 Palabras claves o descriptores

Establecimiento de Sanidad Militar

Médico Militar

Hospital Militar Regional

Servicios de salud

Capacidad Instalada

Productividad – Indicadores

2.2 Contenido

2.2 Resumen o descripción breve del trabajo

Con el fin aportar parámetros para cumplir con los principios que rigen el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía, como son Universalidad, Equidad, Ética y Eficiencia, el Ejército Nacional ha construido una serie de Establecimientos de Sanidad Militar (ESM), en lugares estratégicos del territorio Nacional, con el revestimiento de Hospitales Regionales, para cubrir la demanda en salud que se presenta en estas zonas, logrando así satisfacer las necesidades que presentan los usuarios este sistema de salud.

Se quiere hacer un análisis de estos hechos en tres de los Hospitales Regionales construidos o remodelados por la Dirección de Sanidad del Ejército (DISAN) y la Dirección General de Sanidad Militar (DGSM), ubicados en Villavicencio, Cali y Tolemaida, que cuentan con la infraestructura necesaria y con los equipos adecuados para ser catalogados

como Hospitales Regionales de Segundo Nivel de atención, con el fin de vislumbrar la carencia o exceso de médicos especialistas, Oficiales del Ejército Nacional, que se tienen en cada uno de ellos, basándose en las estadísticas de atención prestada durante el año 2012, con el fin de dar una recomendación objetiva a los entes rectores de las Fuerzas Militares, de la cantidad y tipo de especialistas médicos, Oficiales del Ejército, que se requieren realmente al interior de estos ESM.

El presente estudio se realiza en paralelo con otro estudio de similares características en otros dos Hospitales Regionales, no incluidos dentro del presente estudio.

2.3 Contenido

Se realizó este estudio en tres niveles o etapas. Una ambientación del tema pues el estado del arte no permite tener documentos concretos que guíen al lector dentro del contexto del estudio. Un nivel de recolección de la información, junto con su respectivo análisis, aportado por la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, proveniente de las estadísticas reportadas por los tres hospitales durante el año 2012. Y una última etapa de diagnóstico y realización de una propuesta concreta en cuanto a cantidad, tipo y distribución de los médicos especialistas militares que estos tres hospitales requieren para cubrir las necesidades.

Inicialmente se presenta una introducción dando a conocer los antecedentes que fundamentan la evolución del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares lo que permita al lector conocer la realidad actual de los Hospitales Militares Regionales de Cali, Tolomaidá y Villavicencio.

La segunda parte, está conformada por la implementación del instrumento de recolección de datos como trabajo de campo, el análisis regional por cada Hospital Militar y posteriormente el diagnóstico conjunto de las deficiencias en la cobertura y las fortalezas de los mismos, llegando así, a un diagnóstico real que permita llegar a conclusiones y recomendaciones para mejorar la oferta de servicios médicos especializados

2.5 Conclusiones y recomendaciones del trabajo

La tercera parte, hace referencia a la propuesta del personal militar médico especializado requerido para realizar una cobertura del 100% de las necesidades de cada hospital. El conocimiento real sobre estas necesidades, le permitirá a la Dirección de Sanidad planear de una manera adecuada la asignación del personal en mencionados hospitales y de igual forma le permitirá al Ejército Nacional proyectar las diferentes especializaciones de los médicos militares, de acuerdo con las necesidades reales de los Hospitales Militares Regionales de la Fuerza.

2.4 Metodología

Se utilizara una matriz de recolección de datos, una vez obtenidos estos a través de la Dirección de Sanidad del Ejército, se realizara un análisis regional sectorizado de nuestro objeto de estudio (Hospitales Militares Regionales de Cali, Tolemaida y Villavicencio).

El resultado del análisis de esta información permitirá dar la recomendación de esta investigación referente a la cantidad, tipo y distribución de médicos especialistas Oficiales del Ejército Nacional, que se deberán capacitar y destinar a cada uno de estos centros asistenciales con el fin de cubrir las necesidades médicas de los usuarios.

2.5 F. Aportar conocimientos que permitan un adecuado planeamiento en cuanto a la incorporación de Oficiales de Sanidad profesionales en medicina, para llevarlos a especializar en las áreas médicas que se requieren en estos centros de atención y así cubrir la necesidad creciente de servicios médicos especializados.

2.5 Conclusiones y recomendaciones del trabajo

Se encontró que todos los hospitales tienen déficit de personal de médicos especialistas militares, además se observa que la suma de especialistas en todas las modalidades de contratación en cada hospital es insuficiente para cubrir la demanda sin tener dato de la demanda insatisfecha. Las especialidades en las que hay más demanda son las de ortopedia y anestesiología, el personal de planta no cumple con las horas pactadas al momento de su ingreso a la institución.

Dentro de las recomendaciones del presente estudio encontramos la necesidad de planear la incorporación de médicos generales en suficiente cantidad para que a largo plazo se puedan especializar en las áreas más sentidas de cada institución, realizar reasignación de Oficiales Especialistas, en los diferentes Hospitales buscando ajustar las necesidades con lo encontrado en el presente estudio. Mejorar el incentivo económico para el personal de especialistas, fijando tarifas que sean competitivas con el mercado local, para facilitar la contratación de este personal sanitario y disminuir los gastos en la red externa mientras se implementan las propuestas dadas previamente.

2.6 Fuentes Bibliográficas

- CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 352 de 1997. Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1997.no. 42965.
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 352 de 1997. Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Decreto 1790 de 2000. Por el cual se modifica el Decreto que regula las normas de carrera del personal de oficiales y suboficiales de las Fuerzas Militares. Diario Oficial.
- CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA.
- DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO. Sanidad Militar en Colombia, Reseña Histórica.
- MINISTERIO DE DEFENSA. Directiva Permanente No 021/MD-CG-CE-JEM-JEDEH-DISAN-SM-GESCAL. (2012). Lineamientos para la Ejecución y Desarrollo del programa de Garantía de la Calidad en Salud de las unidades centralizadoras, los Hospitales Militares Regionales y Establecimientos de sanidad Militar Centralizados de Ejército. Bogotá. D.C.
- MINISTERIO DE DEFENSA. Circular 005/MD-CE-JEM-JEDEH-DISAN-SM-BIOEST-5 de 2012.Lineamientos para la Atención en consulta y Programación de servicios asistenciales. Bogotá, D.C.
- MINISTERIO DE DEFENSA. Directiva Permanente No 015/MD-CG-CE-JEM-JEDEH-DISAN-SM-GESCAL de 2012. Lineamientos para el cumplimiento del reporte y Monitoreo de los Indicadores de la Calidad en la Atención de

los servicios del SSFM por parte de los Establecimientos de Sanidad de la Dirección de Sanidad Ejército. Bogotá D.C.

- COMANDO DEL EJÉRCITO NACIONAL. Directiva Permanente No 0204/MD-CG-CE-JEM-JEDEH-DISAN de 2011. Directrices de Comando de Ejército para la Administración del personal Militar de Oficiales, Suboficiales y Soldados de la especialización de Sanidad. Bogotá. D.C.
- MINISTERIO DE DEFENSA. Circular 111841/MD-CG-CE-JEM-JEDEH-DISAN-DIR-GESCAL de 2011. Instrucciones parámetros de Habilitación Técnico Científica. Bogotá D.C.
- ENCOLOMBIA. La Cirugía en las Guerras Civiles del Siglo XIX en Colombia.
- ESCUELA MILITAR DE CADETES "GENERAL JOSE MARIA CORDOBA". Cursos Egresados 1907 – 2007.
- HOSPITAL MILITAR CENTRAL. Reseña Histórica.
- JEFATURA DE ESTADO MAYOR DEL EJÉRCITO NACIONAL. Documento 61287/MD-CG-CE-JEM-JEDEH de 2013. Lineamientos para Optimizar los Recursos de la Sanidad del Ejército en la Vigencia 2013.
- MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Circular No. 533. (7, DICIEMBRE, 2012). Lineamientos para Solución del Déficit Presupuestal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Acuerdo No 04. Por el cual se organiza el sistema de gestión de calidad en el sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 2680. Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.
- OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa.
- REYES, Rafael. Avances Quirúrgicos en los Conflictos Armados.

- RESOLUCION NUMERO 5261 DE 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- SOTOMAYOR, Hugo. La medicina y la Guerra.
- SUPERSALUD. Circular Externa 056. Sistema de Indicadores de Alerta Temprana. Bogotá, D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución Número 1442 DE 2013. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

BIBLIOTECA CENTRAL DE LAS FF. MM.
"TOMAS RUEDA VARGAS"



057221