

**COSTOS PARA LA ATENCIÓN EN LA FASE DE MITIGACIÓN EN UNA  
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD. MONTERÍA, 2020**

**CARLOS ARTURO MARTÍNEZ CARDENAS  
ARIS PATRICIA ROSSO CANTERO**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA ADMINISTRATIVA EN SALUD  
MONTERIA, CÓRDOBA  
2020**

**COSTOS PARA LA ATENCIÓN EN LA FASE DE MITIGACIÓN DEL COVID-19  
EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD. MONTERÍA,  
2020**

**ARIS PATRICIA ROSSO CANTERO  
CARLOS ARTURO MARTINEZ CARDENAS**

**Trabajo de investigación para optar al título de:  
Especialistas en Gerencia Administrativa en Salud.**

**Directora  
Enalbis Esther Espitia Cabralez.  
Msc. Administración de Organizaciones.**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA ADMINISTRATIVA EN SALUD  
MONTERIA, CÓRDOBA  
2020**

## Nota de aceptación

*Como jurado calificador del trabajo de grado, luego de la revisión final emito el concepto de **aceptado**; puede ser socializado y publicado*

---

**Presidente del jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

Montería, noviembre 10 de 2020

## DEDICATORIA

*A Dios por permitirnos cumplir este deseo.*

*A nuestras familias, por habernos apoyado en todo momento, y darnos fuerzas en los momentos de difíciles.*

*A todas aquellas personas que participaron directa o indirectamente en la construcción de este trabajo de investigación.*

*Aris Patricia Rosso Cantero*

*Carlos Arturo Martínez Cárdenas*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios, por darnos mucha fortaleza necesaria para cumplir este reto.*

*Aris Patricia Rosso Cantero*

*Carlos Arturo Martínez Cárdenas*

## CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	<b>10</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>11</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>12</b>
<b>1 OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
<b>1.1 GENERAL</b> .....	<b>16</b>
<b>1.2 ESPECÍFICOS</b> .....	<b>16</b>
<b>2 MARCO REFERENCIAL</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>20</b>
2.2.1. Coronavirus (COVID-19). .....	20
2.2.2. Estrategias de prevención para COVID-19. ....	20
2.2.3. Impacto económico por COVID 19.....	22
2.2.4. Costos en salud.....	24
2.2.4.1. Costos hospitalarios .....	24
2.2.5. Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-COV-2 (COVID-19).....	27
2.2.6. Acciones para la atención y prestación de servicios de salud por parte de las IPS.....	30
<b>2.3. MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>33</b>
2.3.1. Coronavirus (CoVID-19). .....	33
2.3.2. Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS-CoV).....	33
2.3.3. Costos .....	34
<b>2.4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS</b> .....	<b>36</b>
<b>2.5. MARCO LEGAL</b> .....	<b>38</b>
<b>2.6. MARCO CONTEXTUAL</b> .....	<b>41</b>
2.6.1. Reseña histórica.....	41
2.6.2. Aspectos corporativos .....	42
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	<b>44</b>

<b>3.1 TIPO DE ESTUDIO.....</b>	<b>44</b>
<b>3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA. ....</b>	<b>44</b>
<b>3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTOS. ....</b>	<b>44</b>
<b>3.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....</b>	<b>47</b>
<b>3.5 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
<b>3.6 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....</b>	<b>48</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
<b>5. DISCUSIÓN .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>66</b>

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Matriz de captura de costos.....	44
Tabla 2. Sistematización de recolección de información.....	45
Tabla 3. Medidas sanitarias y emergencia sanitaria.....	49
Tabla 4. Emergencia económica, social y ecológica.....	50
Tabla 5. Normas de orden público y otras ordinarias.....	51
Tabla 6. Costos de acciones de gestión del riesgo y prestación de servicios de salud. Marzo- Julio de 2020.....	55
Tabla 7. Costos de acciones para la expansión de la capacidad instalada. Marzo- Julio de 2020.....	56
Tabla 8. Costos en gestión, formación continua, fortalecimiento y estimaciones de oferta y necesidad del talento humano.....	58
Tabla 9. Análisis de costo de la fase de mitigación por COVID-19.....	59

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Circulares emitidas por la IPS.....	73
Anexo B. Oficio de aprobación del estudio por parte de la institución de salud....	83

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar los costos de la atención en salud en la fase de mitigación del COVID-19 en una IPS de la ciudad de Montería, 2020. **Metodología.** Estudio descriptivo, retrospectivo con enfoque cuantitativo. Se tomó el 100% de los registros contables que estructuran el sistema de costos institucional comprendidos en el período de marzo-julio de 2020, una vez obtenida la información se analizó a la luz de los objetivos y variables, los datos se procesaron en base de datos de Excel 2016. **Resultados.** Se logró identificar las normas, políticas, leyes, decretos y resoluciones, relacionadas con las estrategias de prevención del Covid-19 a nivel nacional e institucional a través de circulares internas como medidas institucionales para atender esta situación de salud. El mayor costo para la gestión del riesgo y prestación del servicio en la fase de mitigación corresponde a los medicamentos, seguido de la compra para insumos medico quirúrgicos, así mismo la gestión del talento humano fue la estrategia realizada que implicó un mayor valor, sin embargo obtuvo un subsidio de nómina para el mes de mayo y se espera el giro correspondiente a los meses de julio y agosto. **Conclusiones.** Existe en general a nivel nacional un amplio marco normativo y político, orientado a hacer frente a la pandemia por COVID-19, el cual la institución adopta a través de actos administrativos que permiten la gestión administrativa y asistencial. Los costos económicos asociados a la atención en salud por COVID-19, en la fase de mitigación están relacionados con la adecuación de ambientes físicos para la atención, formación continua; fortalecimiento la gestión del talento humano y estrategias financieras de apoyo como la obtención del subsidio de nómina.

**Palabras clave:** *Costos de la Atención en Salud, Infecciones por Coronavirus; Prevención y Mitigación, Pandemias.*

## ABSTRACT

**Objective.** Determine the costs of health care in the mitigation phase of COVID-19 in an IPS in the city of Montería, 2020. **Methodology.** Descriptive, retrospective study with a quantitative approach. 100% of the accounting records that structure the institutional cost system included in the March-July 2020 period were taken, once the information was obtained, it was analyzed in light of the objectives and variables, the data was processed based on Excel 2016 data. **Results.** Norms, policies, laws, decrees and resolutions related to Covid-19 prevention strategies at the national and institutional levels were identified through internal circulars as institutional measures to address this health situation. The highest cost for risk management and service provision in the mitigation phase corresponds to medications, followed by the purchase of medical-surgical supplies, likewise the management of human talent was the strategy carried out that implied greater value, however obtained a payroll subsidy for the month of May and the transfer corresponding to the months of July and August is expected. **Conclusions.** In general, there is at the national level a broad normative and political framework, oriented to face the COVID-19 pandemic, which the institution adopts through administrative acts that allow administrative and healthcare management. The economic costs associated with health care for COVID-19, in the mitigation phase, are related to the adaptation of physical environments for care, continuous training; strengthening the management of human talent and financial support strategies such as obtaining a payroll subsidy.

**Keywords:** *Health Care Costs, Coronavirus Infections; Prevention and Mitigation, Pandemics*

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote del Coronavirus y disease (enfermedad en inglés) que surgió en el año 2019 (COVID19) se transformó en una pandemia, esencialmente por la velocidad en su propagación debida a la mayor movilidad internacional, e instó a los estados a tomar acciones urgentes y decididas para la identificación, confirmación, aislamiento, monitoreo de los posibles casos y el tratamiento de los confirmados, así como la divulgación de las medidas preventivas, estrategias que deben redundar en la mitigación de los efectos de la pandemia (1).

De acuerdo con cifras oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, hasta el 3 de noviembre del presente año, a nivel global en 288 países se han confirmaron 47.093.222 casos y 1.207.290 muertes (2). En otras palabras, la OMS, afirma que la Región de las Américas aporta 53,7% de los casos confirmados y 54,7% de las muertes en el mundo por COVID-19. (1)

Dentro de los países sur americanos con mayor número de casos reportados, se encuentran, Brasil, Colombia, Perú, y Argentina; aportando también cifras en la cantidad de personas fallecidas por esta enfermedad. Sin embargo, Estados Unidos de América y Brasil son los países con mayor número de casos y muertes en la región de las Américas (1).

Según la actualización de la situación COVID-19 en Colombia, a corte 3 de noviembre del presente año, se han registrado 1.099.392 casos confirmados y 31.847 defunciones; del total de esta cifra, el departamento de Córdoba, ha reportado 26.319 casos y 1.621 fallecidos. (3)

Con respecto a la proporción de camas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) a nivel nacional se encuentran ocupadas hasta el día 3 de noviembre del presente año, 2.291, y disponibles 4.509; en otras palabras hay una ocupación del 33,7% (3)

Ante el panorama, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha emitido una serie de normatividad de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el fin de garantizar la atención, en cada etapa de la pandemia. Según proyecciones del Instituto Nacional de Salud (INS), se espera que el 81.5% de los pacientes sean de manejo leve (regularmente ambulatorio), 4.7% manejo crítico (que requieren hospitalización) y el 13.8% de los casos requieran UCI. (6)

En concordancia, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), deben orientar la prestación de servicios con calidad y asegurar la sostenibilidad financiera propia del sistema. Por lo anterior, los protocolos de atención y planes de contingencia deben vincular a todos los grupos de interés, y abarcar las fases de planeación, desarrollo y evaluación que aporten a la atención integral, oportuna y de calidad de los usuarios, así como al control de costos del sistema y optimización de los recursos. (6)

Con la alta incertidumbre asociada a la duración de esta pandemia, así como al impacto económico y social de las medidas adoptadas, los tomadores de decisión están enfrentando decisiones difíciles acerca de la naturaleza y grado de respuestas que permitan mitigar los impactos negativos de esta crisis. Por ello, los sistemas de costos permiten a las instituciones identificar, recopilar, organizar y transformar la información asociada a la prestación de sus servicios, para la toma de decisiones de manera informada y la evaluación financiera confiable, logrando la optimización de los recursos a partir de un efectivo control del gasto. (5)

La IPS, objeto de estudio, no evidencia seguimiento a los costos que representa la atención de pacientes covid-19 en sus diferentes etapas, en las que se ha requerido un proceso de alistamiento, aumentando su capacidad instalada, dotación de Elementos de Protección Personal (EPP); en la fase de contención, infraestructura y dotación para diagnóstico de casos y seguimiento de contactos; y en la fase de mitigación, fortalecimiento de la capacidad instalada de camas de cuidado intensivo e intermedio, adopción de medidas para reducir el impacto de la enfermedad en términos de morbi-mortalidad, y de los efectos sociales y económicos derivados.(5)

La importancia del estudio radica en su aporte teórico, debido a que contribuirá al conocimiento de un vacío investigativo, y los resultados se constituirán en línea de base y referente en la temática para colegas y otros profesionales de la salud en se desempeñan laboralmente en instituciones públicas o privadas a nivel nacional e internacional.

Además, es un aporte práctico, para diseñar un plan de mejora en aspectos relacionados con la información y medidas de mitigación adoptadas que den lugar a un efecto financiero positivo. Los resultados serán una herramienta útil para la toma de decisiones, y permitirá complementar la información general de costos, con la operativa de gestión en atención de pacientes COVID-19.

También, será referente para costear en una IPS, partiendo de las características propias de las mismas y coherente con las exigencias de un mercado cambiante; un sistema de costos articula las estrategias de gestión establecidas para la calidad de la atención, el sostenimiento financiero y la competitividad de la IPS.

Teniendo en cuenta lo anterior, el equipo investigador se propuso resolver el siguiente interrogante: ¿Cómo determinar los costos para la atención en la fase de mitigación del COVID-19 en una institución prestadora de servicios de salud. Montería, 2020?

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 GENERAL**

Determinar los costos de la atención en salud en la fase de mitigación del COVID-19 en una IPS de la ciudad de Montería, 2020.

### **1.2 ESPECÍFICOS**

Compilar las normas, políticas, leyes y decretos con respecto a las estrategias de prevención del Covid-19 a nivel nacional e institucional.

Calcular los costos económicos asociados a la atención en salud a los pacientes con diagnóstico confirmado por COVID-19.

Analizar las estrategias financieras implementadas en la IPS durante la pandemia por COVID -19.

## **2. MARCO REFERENCIAL**

### **2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

En el transcurso de la historia, las pandemias han generado muchas muertes y colapsos económicos, (7) dentro de las cinco más grandes sufridas por la humanidad, se encuentran: la viruela, en donde se calcula dejó 300 millones de muertos; sarampión, con 200 millones de personas fallecidas; la peste negra durante el siglo XIV en donde murieron aproximadamente 75 millones de personas; la gripe española que en el año 1918 cobró la vida de entre 40 y 100 millones de personas; y recientemente, el VIH Sida, que ha causado por lo menos 25 millones de muertes (8).

Actualmente, el mundo afronta una creciente amenaza de pandemias, que podrían causar la muerte a millones de personas y generar estragos económicos; y debido a que la globalización permite una libre circulación de las personas entre países y movimientos migratorios, situación que fomenta la velocidad de contagio a nivel global. Situación que ha sucedido con la actual pandemia de coronavirus, en donde el número de personas contagiadas ha crecido exponencialmente en corto tiempo. (9)

La pandemia conocida como Muerte Negra, en el año 1348, devastó a la humanidad y además produjo cambios de orden mundial, social, económico y geopolítico, similar situación se presenta por la actual pandemia la COVID- 19 (10), reportada por primera vez en Wuhan (provincia de Hubei, China), el 31 de diciembre de 2019, como la presencia de casos por neumonía con etiología desconocida.

Posteriormente, fue identificado como agente causante el virus llamado SARS-CoV-2, el brote se extendió rápidamente afectando otros países, por lo tanto, el 11 de marzo de 2020 la OMS declaró esta enfermedad como una pandemia, y se inició en varios países la destinación de recursos para luchar contra esta enfermedad. (11)

En Colombia, el 6 de marzo del presente año el Ministerio de Salud y Protección Social confirma el primer caso de COVID-19, en una joven de 19 años de edad, con antecedente de viaje a Milán (Italia); y declara emergencia sanitaria el 12 del mismo mes. (12)

Por otra parte, debido al conocimiento disponible, la similitud de SARS-Cov-2 con otros virus, y la experiencia mundial frente a esta pandemia, el gobierno nacional además de realizar un fortalecimiento continuo de las capacidades del sistema de vigilancia y respuesta en salud pública para reducir o evitar el daño que el COVID-19 puede ocasionar en la población colombiana, formuló directrices para implementar acciones durante las fases de preparación, contención y mitigación (12).

Las acciones de la primera fase, comprendieron la documentación de la amenaza existente y el desarrollo de instrumentos para la adecuación y disponibilidad de recursos e insumos necesarios. Además se desplegaron acciones relacionadas con puntos de entrada al país, comunicación del riesgo en todos los niveles, planes de contingencia, capacitación de talento humano y definición de protocolos de actuación técnicos y de gestión del riesgo (12).

La fase de contención, comprende acciones de identificación y respuesta a la introducción de la amenaza al país y los esfuerzos ante la aparición de los primeros brotes, para contenerlos y evitar su propagación de manera coordinada con otros sectores, incluye también medidas de prevención en comunidad, individuales y colectivas (12).

Finalmente la fase de mitigación corresponde a las acciones encaminadas a preservar los servicios y brindar la atención requerida a la población que ha sido afectada (12).

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

**2.2.1. Enfermedad del Coronavirus-19 (COVID-19).** Enfermedad causada por un virus de la familia Coronaviridae, llamado SARS-CoV-2; con período de incubación de cinco días, y rango promedio de 2-14 días; tiene dos fases, la primera denominada respuesta viral de la infección y posteriormente la respuesta hiperinflamatoria. La sintomatología predominante es la respiratoria, aunque muchos estudios evidencian que algunos pacientes contagiados presentan alteraciones en varios órganos y sistemas.

La severidad de esta patología, se clasifican en tres grupos:

Asintomáticos o leves (80%), son todos aquellos pacientes que presentan tos, fiebre y malestar general, y se les realizan un manejo médico ambulatorio; casos graves (15%), requieren oxigenoterapia e ingreso hospitalario; casos críticos (5%), necesitan UCI y el uso de ventilación auxiliar mecánica. (11).

De acuerdo con cifras oficiales del MSPS, a nivel mundial a fecha 23 de octubre de 2020, se han confirmado 41.771.932 casos en 188 países por COVID- 19, en Colombia 998.942, y en el departamento de Córdoba 25.821. (13)

**2.2.2. Fases de prevención para COVID-19.** Algunos autores afirman que los reportes disponibles sugieren que para el SARS-CoV-2, una persona infectada es capaz de contagiar directamente a 2,5 personas, (14) de ahí la importancia de implementar medidas para reducir el número de personas contagiadas.

Actualmente se han establecido medidas de mitigación y supresión. Las primeras buscan desacelerar el contagio y prevenir la saturación de los servicios de salud, y la segunda tiene como finalidad, eliminar la transmisión persona a persona hasta que los casos desaparezcan (14).

Para este propósito, los gobiernos han adoptado una combinación de estrategias preventivas, como el distanciamiento social obligatorio, la cultura de lavado de manos, aislamiento respiratorio, aislamiento obligatorio (de caso o contacto estrecho) y aislamiento preventivo para niños, personas con comorbilidad de riesgo y adultos mayores. Basado en que la mediana del período de incubación para COVID-19 es de 5 días, se recomienda un periodo de confinamiento de 14 días, y la implementación de medidas estrictas de distanciamiento social como el cierre de escuelas, universidades y otras instancias de reunión social durante el tiempo que circule el SARS-CoV-2, estimado entre 12 y 18 meses antes que haya una vacuna, bajo la estrategia denominada “burbujas sociales” implementada tras la apertura de diversos sectores de la economía nacional. (15, 16)

De acuerdo con la OMS, en todo el mundo tanto las personas como las comunidades, gobiernos y empresas privadas, tiene un papel importante para detener la COVID-19:

Las personas, deben protegerse a sí mismas y a los demás, adoptar conductas como lavarse las manos, evitar tocarse la cara, buena higiene respiratoria, distanciamiento individual, aislamiento en el hogar si están enfermas, identificarse como contacto de un caso confirmado cuando proceda y cooperar con las medidas de distanciamiento físico y las restricciones de movimiento cuando se solicite adoptarlas.

Las comunidades deben empoderarse para garantizar que los servicios y la ayuda se planifiquen y adapten en función de su opinión y contexto locales. Proteger de los grupos vulnerables, apoyar a los trabajadores de la salud, detección de casos, e identificar los contactos.

Los gobiernos deben hacer uso de toda la capacidad disponible en el ámbito público, comunitario y privado para ampliar rápidamente el sistema de salud pública para realizar pruebas a posibles casos, aislar y atender a los casos

confirmados, identificar a los contactos, ponerlos en cuarentena y brindarles apoyo. Además, debe garantizar el acceso y atención del resto de servicios sanitarios y sociales básicos para todos.

Las empresas privadas deben garantizar la continuidad de los servicios esenciales (alimentarios, servicios públicos y fabricación de suministros médicos). Pueden ofrecer conocimientos especializados e innovación para ampliar y mantener la respuesta, para las pruebas de diagnóstico, tratamientos y vacunas (17)

**2.2.3. Impacto económico por COVID 19.** Debido a las preocupaciones e incertidumbres que ha generado la pandemia en relación a la economía, sobre todo en los países en vía de desarrollo, donde la carga de pobreza y enfermedad, podrían agravarse con esta situación; se ha identificado estudios que realizan un análisis de las implicaciones económicas, particularmente donde los sistemas de atención médica están menos desarrollados y la densidad de población es alta (18).

Al analizar los costos asociados con la pandemia de COVID-19, es fundamental tener en cuenta tanto los macros como los microeconómicos, en otras palabras, además de los desembolsos financieros directos, también existen costo de oportunidad del tiempo que un individuo no dedica a una actividad laboral productiva debido a COVID-19. (18)

Los costos microeconómicos de la pandemia hacen referencia a los que asumen los individuos/hogares, empresas y otros establecimientos de diferentes sectores de la economía, trabajadores de la salud y el gobierno. Es decir, las familias asumen costos de diagnóstico, tratamiento, copagos, costos de transporte, entre otros, aumentando la carga del gasto en salud por parte del bolsillo en los hogares en un entorno con reducción de ingresos (o sin ingresos debido al cierre y supresión de puestos de trabajo), además de la restricción en la capacidad para

trabajar, especialmente para los trabajadores informales lo que genera una presión para las familias debido a que la fuente de sustento puede verse afectada significativamente. (19)

Los costos adicionales sustanciales están asociados con una disminución de la actividad económica que puede tener un impacto significativo en la generación de ingresos del país, especialmente los ingresos fiscales (impuestos directos e indirectos). Durante este período, también se espera que aumente el gasto en salud pública para administrar y tratar a los usuarios de los servicios de salud y contener la propagación del virus. Los gobiernos también pueden enfrentarse a la necesidad de proporcionar alivio de ingresos y apoyo a los hogares más vulnerables. (19)

Los costos macroeconómicos son el resultado de la oferta y demanda en la economía, afectando el Producto Interno Bruto (PIB) del país, la tasa de desempleo y la tasa de inflación. La escasez de productos básicos podría impulsar un aumento en los precios, además, las empresas exportadoras no pueden vender sus productos, disminuyendo los ingresos por exportaciones y ocasionando despido de trabajadores, entre otras situaciones que pueden presentarse en diferentes sectores económicos (18).

Según estimaciones realizadas por las autoridades de salud a nivel nacional, si el 34.2% de la población colombiana se contagia de COVID-19, esta situación tendría un costo aproximado de cuatro billones seiscientos treinta y un mil ochenta y cinco millones de pesos, por lo tanto, el presidente Iván Duque declaró el estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el país. (20, 21)

Además, teniendo en cuenta el posible aumento de casos de contagio del coronavirus COVID-19, situación que se convierte en un reto para el sistema nacional de salud, que no solo debe atender las necesidades de los directamente afectados, sino que además tiene la responsabilidad de impedir los efectos hacia

todos los habitantes del país, lo cual exige disponer de recursos económicos y adoptar acciones de parte de todos los actores del sistema de salud incluido el interior, que garanticen las condiciones necesarias de atención en salud y protección en riesgos laborales para los prestadores del servicio. (20)

Por lo anterior, las Empresas Sociales del Estado (ESE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS), de acuerdo a la normatividad emitida por el gobierno nacional, con la finalidad de ofrecer una atención médica segura tanto para el paciente, como al personal de salud, debe implementar medidas (22) orientadas a mejoras en la infraestructura, compra de equipos e insumos médicos, contratación y formación al personal de salud en COVID -19 con el fin de mitigar el efecto de la pandemia sobre la demografía del país. (23)

2.2.4. **Costo:** es el recurso que se sacrifica o se pierde para lograr un objetivo específico. Por lo general se mide como el importe monetario que se debe pagar para adquirir bienes y servicios.

2.2.4.1. **Costos en salud.** En economía de la salud, los costos hospitalarios, se clasifican en costos directos y costos indirectos. Los primeros hacen referencia a los bienes, servicios y otros recursos consumidos durante la atención en salud; mientras que los costos indirectos son las pérdidas de productividad debido a una enfermedad o muerte de una persona; que en el caso de la mitigación involucra los costos debidos a las incapacidades médicas de los prestadores contagiados y de los contactos que fueron aislados por riesgos asociados al contacto estrecho con aquel.

2.2.4.2. **Costos hospitalarios.** Cuando se cuenta con la información del presupuesto global de la institución de salud y los indicadores de la actividad hospitalaria; esa información, permite definir tarifas de reembolso por diagnóstico, por lo tanto, se siguen los siguientes pasos para calcular costos hospitalarios:

- 1) Asignar a las diferentes unidades como «unidades de apoyo»
- 2) De los presupuestos o costos totales se deducen aquellos que no están relacionados con cuidado médico
- 3) Identificar los presupuestos o gastos de personal, materiales y suministros, obra e infraestructura, servicios generales, financieros y todos los demás de cada unidad.

Estos son los costos directos.

- 4) Los costos directos de las unidades de apoyo se distribuyen entre las unidades productoras.
- 5) Los costos totales de las unidades productoras se calculan como la suma del costo directo más el costo que le corresponde a la unidad,
- 6) El cálculo del costo promedio consiste en dividir el costo total entre la actividad de la unidad de apoyo.

Con relación a los sistemas de análisis de costos hospitalarios, se definen 2: topdown y bottom-up. El primero, consiste en la asignación de una parte de los costos hospitalarios totales a cada servicio clínico. En el segundo los costos son registrados a determinado nivel de objeto de costo y permite conocer el costo por paciente, enfermedad o procedimiento (24).

Autores como Malagón, Ponton y Reynales (25), señalan que un sistema de costo en una institución de salud busca registrar, interpretar, y diferenciar las actividades e insumos necesarios para ofrecer una atención. Siendo sus objetivos fundamentales: tasar cuánto vale producir cada uno de los servicios; servir de base para establecer un sistema estándar de costo; proporcionar informes del presupuesto y de los estados financieros; y servir de herramienta para la toma de decisiones.

Con respecto al sistema de costo directo, manifiestan que estos varían en concordancia con la producción, y los que no varían con la producción del servicio, le denominan gastos de operación. Por otra parte, el concepto sobre los costos, se clasifican de la siguiente manera:

Costos fijos, son constantes e independientes de la gestión hospitalaria, no varían en relación con el nivel de actividad realizado, hasta cierto límite. Su fijeza lo determina la necesidad de incurrir en dichos gastos a pesar de que el volumen o nivel de actividad estuviera muy por debajo del límite establecido (25).

Costos variables, varían de forma proporcional a los cambios en las actividades. Las cuantías de estos costos aumentan o disminuyen en correspondencia con el mayor o menor número de pacientes atendidos.

Costos semivARIABLES, cambian de forma no proporcional, en el mismo sentido en que hay cambios en la producción de servicios.

Costos directos, se asocia a los servicios que se están ejecutando, así como también puede decirse de aquellos que permiten establecer su correspondiente relación con área organizativa determinada, la cual tiene la responsabilidad de decidir su empleo o utilización (26).

Costo unitario, se obtiene de la relación del total de gastos acumulados en un Centro de Costo entre la cantidad de determinado número de acciones que se haya definido como su base de distribución

Costos indirectos, constituyen gastos o partes de gastos que no pueden asociarse de manera directa a la ejecución de las actividades y por regla general, se originan en otras áreas organizativas que apoyan las acciones de los que lo reciben (26).

### **2.2.4.3. Tipos de análisis de costos hospitalarios**

Los métodos más utilizados para realizar un análisis económico en atención en salud se enumeran a continuación: análisis de minimización de costos, análisis de costo-beneficio, análisis costo-efectividad y análisis costo-utilidad.

**Análisis de la minimización de costos.** Este análisis compara exclusivamente los costos de 2 intervenciones alternativas bajo el supuesto de que ambas proveen el mismo nivel de beneficio, y su objetivo es encontrar la manera menos costosa de alcanzar un resultado.

**Análisis de costo-beneficio.** Este análisis requiere que las consecuencias de la intervención a evaluar sean expresadas en términos monetarios, lo que permite hacer comparaciones directas entre distintas alternativas a razón de costo-beneficio. La intervención o programa terapéutico son identificados junto con los recursos consumidos y los beneficios obtenidos de la intervención.

**Análisis de costo-efectividad.** En este análisis los beneficios de las estrategias a evaluar no son equivalentes y son medidos en unidades de morbilidad, mortalidad o calidad de vida; tienen la limitante de que evalúan solo una dimensión de los beneficios y limita las posibilidades de comparación entre distintas intervenciones.

**Análisis de costo-utilidad.** El análisis de costo-utilidad es multidimensional, considera como beneficio una unidad común que tiene en cuenta tanto la calidad de vida como la cantidad o años de vida obtenidos como consecuencia de una intervención. Para obtener el valor de la utilidad se tiene en cuenta los siguientes aspectos: el juicio del analista; el valor de la literatura médica y el valor de las mediciones. (24)

**2.2.4. Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-COV-2 (COVID-19).** En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con el objetivo de organizar la prestación de servicios de salud de los servicios de

internación, quirúrgicos, consulta externa, urgencias, protección específica y detección temprana, y de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, brindados en el marco de la pandemia y la emergencia sanitaria a causa del SARSCoV-2, establece un plan de acción para mejorar la disponibilidad y capacidad resolutoria necesaria durante esta pandemia.

Al respecto establece las indicaciones para los diferentes actores del sistema salud, y contempla los siguientes aspectos para los prestadores de servicios de salud.

- a) Disponer de estrategias de información para la salud a la población, con el fin de orientar y mejorar el acceso al servicio de salud.
- b) Realizar la toma de muestras para el diagnóstico de SARS-CoV-2 (COVID-19) y el envío al laboratorio de salud pública departamental o distrital según sea el caso.
- c) Suministrar información a la autoridad sanitaria de su jurisdicción sobre los casos de personas en riesgo de infección y con infección por SARS-CoV-2 (COVID-19).
- d) Realizar los ajustes en los procedimientos de atención y cumplimiento de las directrices y lineamientos emanados del MSPS y el instituto nacional de salud (INS) tanto en procesos administrativos como asistenciales.
- e) Organizar la prestación de los servicios de salud en relación con el flujo de atención de las personas en riesgo de infección y con infección por SARS-CoV-2 (COVID-19), de acuerdo con las directrices y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
- f) Implementar horarios y espacios para la atención administrativa y asistencial de los usuarios, privilegiando las modalidades de atención domiciliaria o telemedicina y la comunicación telefónica o con otro medio usando TIC, en el marco de la reglamentación que se expida para la atención a la pandemia.

Informar a las EAPB con las que se tenga acuerdos y a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital de Salud de su jurisdicción, sobre el porcentaje de ocupación de su capacidad instalada y la suficiencia de talento humano en salud, con el fin de establecer la necesidad de expansión o conversión de servicios de salud y de evaluar la posibilidad de atender pacientes remitidos de otros prestadores de servicios de salud.

g) Implementar estrategias para la prestación de los servicios de salud, que permitan disminuir las posibles saturaciones de la capacidad instalada. (27)

Analizar la posibilidad de implementar una o varias de las siguientes alternativas, de acuerdo con la ocupación de la capacidad instalada y el aumento inusitado del número de casos, en articulación con las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Alternativa 1: Expansión de la capacidad instalada en instalaciones de salud en funcionamiento. Esta alternativa corresponde a la ampliación en área o ambientes no destinadas al servicio de hospitalización ni a ambientes de aislamiento, para rápidamente ser adaptadas como ambientes para atención de pacientes con infección por SARS-CoV-2 (COVID-19), adaptando para este fin ambientes y áreas como auditorios, salones de conferencia o zonas de expansión.

Alternativa 2: Expansión de la capacidad instalada en edificaciones de salud que no están en uso. Es necesario incorporar la infraestructura de salud que en este momento se encuentra fuera de funcionamiento pero que rápidamente puede garantizar condiciones mínimas y respuesta para la ampliación de la capacidad instalada en momentos de contingencia. Estas edificaciones que fueron diseñadas como edificaciones hospitalarias y que por alguna razón están actualmente fuera de servicio, son potencialmente alternativas de respuesta rápida a la necesidad de demanda adicional de servicios, siempre y cuando como mínimo garanticen las condiciones que se enuncian en el presente Plan de Acción.

Alternativa 3: Expansión de la capacidad instalada en soluciones provisionales disponibles. El MSPS, gobernaciones, secretarías de salud departamentales, distritales y municipales de salud y las unidades para la gestión del riesgo de desastres, pueden contar con infraestructura de campaña para la atención en salud. Dicha infraestructura de tipo modular y fácil montaje, puede incorporarse rápidamente a la red de prestación de servicios en respuesta a las necesidades de la demanda insatisfecha de pacientes con infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) que requieren atención intrahospitalaria. La coordinación para el montaje y puesta en funcionamiento de las mismas deberá articularse entre todas las instancias.

Alternativa 4: Expansión de la capacidad instalada en edificaciones de uso diferente a salud que por sus condiciones técnicas puede ser rápidamente adecuada. (27).

**2.2.5. Acciones para la atención y prestación de servicios de salud por parte de las IPS.** El MSPS, a través de la Circular externa 05 de 2020, emite las directrices para la detección temprana, control y atención durante la pandemia y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo en IPS. Las cuales se detallan a continuación:

Acciones para la prevención y control: Teniendo en cuenta que los síntomas que presenta el coronavirus 2019-nCoV son similares a los de cualquier Infección Respiratoria Aguda- IRA el MSPS reconoce la importancia de tomar todas las medidas necesarias para garantizar la prevención de casos, la detección oportuna y el control del evento ante el riesgo de introducción del virus al país, por lo que se recuerda las instrucciones a todos los actores del sistema a través de las circulares vigentes, tales como:

1. Reforzar medidas estándar de protección para el manejo de los pacientes (higiene de manos y respiratoria, equipo de protección personal, manejo apropiado de residuos hospitalarios, manejo de ropa de cama, limpieza y

desinfección de superficies, equipo y medio ambiente) recomendadas por la OMS

2. Adoptar las medidas de control como aislamiento, ventilación para los casos confirmados.
3. Reforzar medidas de higiene durante procedimientos invasivos en vía respiratoria y en los dispositivos que sean utilizados.
4. Reforzar la adherencia a los protocolos y entrenamiento permanente del personal de salud.
5. Brindar información clara a pacientes sobre las medidas de prevención y control.

Las acciones para la atención y prestación de servicios de salud, se listan a continuación:

1. Implementar estrategias para la tamización de sintomáticos respiratorios, los cuales deberán realizarse desde el ingreso a los servicios de salud e iniciar las medidas de aislamiento respiratorio que incluyan, el uso de máscara quirúrgica convencional, así como la priorización e identificación de los pacientes compatibles con la definición de caso en el triage y en consulta externa.
2. Adecuar zonas especiales en las áreas de triage clínico para casos sospechosos, de acuerdo con el manual de bioseguridad para prestadores de servicios de salud que brinden atención en salud, ante la eventual introducción del COVID-19 a Colombia.
3. Fortalecer las medidas de precauciones estándar en el manejo de todos los pacientes, establecidas en el Manual de Medidas Básicas para control de infecciones en IPS
4. Contar con los planes de contingencia hospitalarios para que, en caso de ser necesario, sean ejecutados.

5. Contar con equipos de protección personal para los profesionales de la salud, de acuerdo con el manual de bioseguridad para prestadores de servicios de salud, ante la eventual introducción COVID-19 a Colombia.
  6. Aplicar los protocolos y guías de manejo clínico para la atención de las infecciones respiratorias, de acuerdo con los lineamientos para la detección y manejo de casos, frente a la eventual introducción del COVID-19 a Colombia.
  7. Acciones relacionadas con la exposición por riesgo laboral
  8. Valorar el riesgo de los trabajadores de la institución para adecuar las medidas de protección específica según el riesgo de exposición ocupacional.
  9. Establecer las medidas y equipamientos de protección específica para todos aquellos trabajadores de la salud que atienden casos sospechosos o confirmados de infección por COVID-19 y verificar permanentemente el cumplimiento de las medidas de prevención.
  10. Disponer a los trabajadores de los servicios de salud que tengan contacto directo con pacientes confirmados con el COVID-19 de mascarillas de alta eficiencia tipo FFP2 y otros equipos de protección individual.
  11. Adoptar las medidas sanitarias necesarias para limitar la circulación de personal en áreas de aislamiento y manejo de pacientes.
  12. Verificar la aplicación estricta de los protocolos de bioseguridad en el manejo de pacientes y toda clase de tejidos, así como los protocolos de descontaminación de áreas y superficies, manejo y eliminación de residuos.
- (28)

## **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

**2.3.1. Coronavirus.** Son una amplia familia de virus que producen afecciones leves o graves, entre los que se encuentran: el MERS-CoV, causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio y el que ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) (17) presente ahora en más de 200 países.

Esta enfermedad tiende a ser más grave en los adultos mayores y personas con enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, obesidad, entre otras. Por otra parte, un porcentaje de pacientes que padecen esta enfermedad puede que tengan la necesidad de ser admitido a una unidad de cuidados intensivos (UCI) y requerir ventilación mecánica (22).

### **2.3.2. Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS-CoV)**

Enfermedad altamente contagiosa, causada por el virus SARS-CoV-2, se propaga a través de la tos y estornudos. La sintomatología que presentan los pacientes son variados, que van desde fiebre y síntomas respiratorios, como tos, disnea o dificultad para respirar; en casos graves, pueden causar neumonía, síndrome respiratorio agudo severo, insuficiencia renal, y en casos graves, puede llevar hasta la muerte al paciente. (17)

No tiene un tratamiento específico y existe algunos protocolos terapéuticos en pruebas o experimentación, y aún se investiga el desarrollo de una vacuna efectiva, por lo tanto, se necesita la implementación y mantenimiento de las de medidas de aislamiento respiratorio como el uso de mascarilla o tapabocas, cubrirse la boca y nariz al toser y estornudar, distanciamiento social y lavado frecuente de las manos para controlar su propagación; (29) acciones que de acuerdo a los expertos podrían evitar el colapso del sistema de salud; sin embargo genera impactos económicos indeseables (22).

**2.3.3. Estimación de costos.** Los costos, hacen referencia a la inversión que hace una empresa para producir un bien o servicio, teniendo en cuenta los siguientes elementos: materia prima, mano de obra y costos generales de producción (30). El costo implica un desembolso monetario, y tiene dos componentes: el consumo físico de recursos asociado al proceso de provisión y la asignación de un valor a este consumo físico.

De acuerdo al análisis microeconómico, los costos se clasifican en: costos totales, que consideran el total de recursos que se consumen para generar la producción; costos de capital, que también son llamados costos fijos, y lo comprenden, las camas, equipamiento, administración, entre otros. Costos variables, es la mano de obra, insumos, medicamentos, y todo lo que se relacione con los niveles de producción.

Los costos totales y costos unitarios están asociados, debido a que estos últimos hacen referencia al costo de producir una unidad, y son directamente proporcionales al pago efectuado para disponer del recurso e inversamente proporcionales a su productividad.

Por otra parte, a la estimación de costos de una intervención, se les denomina costos incrementales, es decir, en los cuales habría que incurrir si se lleva a cabo la intervención. Cuando la comparación de costos está relacionada con intervenciones restringidas a un solo problema, no es necesario considerar todos los costos asociados, sino aquellos en que las intervenciones difieren. Su ventaja es reducir el trabajo de análisis de costos, sin afectar la calidad de la evaluación.

En cuanto a los sistemas de costos, pueden definirse, como el conjunto de procedimientos y técnicas para calcular los costos de las diferentes actividades que se desarrollan al interior de la organización, y de acuerdo a las actividades que realiza la empresa el sistema de costos, se puede realizar de acuerdo al

tratamiento de los costos fijos, la forma de concentración de los costos o según el método de costeo.

El tratamiento de los costos, determina los costos unitarios y el registro de los mismos, para lograr obtener control de los recursos y la producción, y se clasifican en:

Costos por órdenes de producción. Se generan por órdenes de producción

Costos por procesos. Se requiere datos históricos o predeterminados, y se justifica en aquellas empresas cuya producción es continua en un periodo determinado

Costeo por actividades. Son el núcleo de acumulación de los costos, la cual está conformada por tareas. Esto quiere decir que los sistemas de costos deben facilitar el análisis a todos los niveles de la organización para lograr las metas de eficiencia, análisis de actividades indirectas consumidas por los productos o servicios en su elaboración, corregir y mejorar las distorsiones que se presenten, resaltando a largo plazo todos los costos variables (31).

Por otra parte, en la literatura se pueden encontrar múltiples metodologías, mediante las cuales se puede obtener el costo de un producto o servicio, y cumplir con los requisitos de información que se requieren, entre las que se encuentran:

Costeo Basado en Actividades (ABC): tiene como objetivo medir el desempeño de las actividades que se ejecutan en una empresa y la adecuada asignación de costos a los productos o servicios a través del consumo de las actividades; lo cual permite mayor exactitud en la asignación de los costos. Esta es una de las metodologías más utilizadas en la actualidad por su amplia aceptación y mayor credibilidad para el cálculo, la gestión de los costos y su estrecha relación con el direccionamiento estratégico, la cual genera mejor información para la toma de decisiones y la gestión empresarial.

Costeo por protocolos: desde el punto de vista clínico un protocolo, es una serie de procedimientos que se le realizan a un paciente, que se considera según la evidencia científica es la actitud terapéutica más adecuada. El costeo por protocolos permite calcular estándares de consumo ante determinado procedimiento y proyectar el comportamiento de los servicios.

Costos por procesos: esta metodología tiene como objetivo calcular el costo de cada uno los procesos misionales u operativos que componen el negocio, para a partir de él, tomar las decisiones necesarias, sin embargo, al pretender costear sólo procesos misionales, deja de lado los procesos administrativos que representan un valor importante.

Costo por paciente/patología: esta metodología parte de una clasificación en dos grandes tipos de costos: variables y fijos; es decir, todos aquellos gastos que se originan por la atención al paciente, y por otro lado, se deben calcular los costos fijos o costos por utilización de los servicios de la institución de salud.

Grupos Relacionados de Diagnóstico: es un método de agrupación de pacientes basado en las características significativas de los diagnósticos emitidos al momento del ingreso, las cuales permiten predecir el nivel de recursos que consumen los diagnósticos y tratamientos hasta el momento del alta (32).

## **2.4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

Con respecto al estudio de costos en la implementación de estrategias para la prevención y tratamiento de la Covid-19, se encontraron pocas investigaciones, y se relacionan a continuación:

Bartsch, (et al) (33), desarrollaron un estudio, con la finalidad de estimar el uso de recursos y los costos médicos directos incurridos en cada persona sintomática

contagiada por Covid-19 en Estados Unidos (EE.UU), para lo cual, a través del modelo de Monte Carlo simularon varias "tasas de ataque"; encontrándose al respecto que un solo caso sintomático podría incurrir en un costo médico directo de \$ 3,045 durante el curso de la infección, si el 80% de la población se infectara, y 6,5 millones de pacientes requirieran un ventilador, el costo médico directo durante el transcurso de la pandemia sería de \$654.000 millones. La conclusión principal evidencia una gran diferencia significativa en los costos por tasa de ataque en la población de EE.UU., por tanto, es importante las estrategias implementadas que mantienen esa tasa de ataque lo más baja posible.

Así mismo, autores como Ochoa-Rosales, González-Jaramillo, Vera-Calzaretta, y Franco (15), desarrollaron una investigación con el objetivo de modelar el curso de la pandemia COVID-19 en Chile y proyectar la demanda de recursos hospitalarios y letalidad en escenarios simulados, utilizando como base el número de contagios confirmados con SARS-CoV-2 en Chile hasta el 14 de abril del 2020 (8273 casos, 94 muertes). La proyección de la demanda hospitalaria y letalidad por edad se fundamentaron en reportes italianos y británicos. Los resultados mostraron estimaciones hasta el 14 de mayo del 2020, de 2.019.775 contagiados y 15.068 fallecidos en ausencia de medidas de mitigación, con una demanda hospitalaria que sobrepasaría la capacidad de respuesta. La principal conclusión indica, que las medidas de mitigación implementadas por el Gobierno chileno, disminuiría el número de contagiados y la letalidad; sin embargo, es necesario aumentar la capacidad hospitalaria en términos de equipamiento y entrenamiento del personal de salud.

Como se observa anteriormente los estudios que se encontraron relacionados con costos hospitalarios para la atención de pacientes durante la pandemia por COVID-19, fueron realizados en EE.UU y Chile, en el contexto Colombiano y departamental, no se evidencia ningún estudio al respecto.

## **2.5. MARCO LEGAL**

En el contexto de la emergencia por la epidemia de COVID-19, el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social ha emitido una serie de reglamentaciones, de las cuales se destacan las siguientes:

La Constitución Política de Colombia, en el artículo 49, señala que la atención de salud, es un servicio público obligatorio, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, y se garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, de acuerdo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (34)

Ley 100 de 1993. Crea e implementa el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Define La Seguridad Social Integral, como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, que buscan el bienestar individual y la integración de la comunidad.

El artículo 185, indica que son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley. En el párrafo, afirma que toda IPS, contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos (35)

Decreto 1011 de 2006 (36). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y específicamente establece en el Sistema Único de Habilitación la condición de capacidad financiera.

Ley 715 de 2015 (37), regula el derecho fundamental a la salud; en el literal b del artículo 5, el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y para ello deberá: "Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en

igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema”

La Organización Mundial de la Salud declaró que el brote de COVID19 es una pandemia, esencialmente por la velocidad en su propagación, por lo que instó a los Estados a tomar acciones urgentes y decididas para la identificación, confirmación, aislamiento, monitoreo de los posibles casos y el tratamiento de los casos confirmados, así como la divulgación de las medidas preventivas, todo lo cual debe redundar en la mitigación del contagio.

Circular 5 del 11 de febrero de 2020 (49). Indica las directrices para la detección temprana, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus (2019-nCoV) y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo.

Resolución 380 del 10 de marzo de 2020 (43). Hace referencia a la adopción de medidas preventivas sanitarias en el país, por causas del COVID-19.

Resolución 385 del 12 de marzo de 2020 (44). Declara la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus hasta el 30 de mayo de 2020 y mediante Resolución 844 de 2020 la prorrogó hasta el 31 de agosto del mismo año.

Decreto 417 del 17 de marzo de 2020 (38), el presidente de la República declaró un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional, por el término de treinta (33) días calendario, para hacer frente a las circunstancias imprevistas y detonantes de la crisis económica y social generada por la pandemia del COVID-19.

Resolución 502 del 24 de marzo de 2020 (45). Reglamenta los lineamientos para la Prestación de Servicios de Salud durante las etapas de contención y migración de la Pandemia por Covid-19.

Decreto 476 del 25 de marzo de 2020 (39). Por medio de la cual se dictan medidas tendientes a garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento del Covid-19 y se dictan otras disposiciones, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica. Ministerio de Salud y Protección Social.

Decreto 491 del 28 de marzo de 2020 (40). Hace referencia a la adaptación de medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan funciones públicas y se toman medidas para la protección laboral y de los contratistas de prestación de servicios de las entidades públicas, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

Resolución 536 del 31 de marzo de 2020 (46). Por la cual se adopta el Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y migración de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19).

Decreto 538 del 12 de abril de 2020 (41). Reglamenta la adopción de medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

Decreto 539 del 13 de abril de 2020 (42). Por el cual se adoptan medidas de bioseguridad para mitigar, evitar la propagación y realizar el adecuado manejo de la pandemia de COVID-19, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

Circular 24 del 16 de abril de 2020 (50). Implementa los lineamientos para garantizar el proceso de referencia y contrareferencia de pacientes en el marco de la emergencia por COVID-19.

Resolución 628 del 23 de abril de 2020 (47). Define los criterios, el procedimiento y las fases del llamado al Talento Humano en Salud para reforzar o

apoyar a los prestadores de servicios de salud durante la etapa de migración de la pandemia por COVID-19.

Resolución 666 del 24 de abril de 2020 (48). Reglamenta el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus Covid-19.

Resolución 914 del 11 de junio de 2020 (51). Define la tarifa máxima o valor máximo a pagar, durante la emergencia sanitaria por los servicios de Unidad de Cuidado Intensivo adultos, pediátrica y neonatal y de Unidad de Cuidado Intermedio adulto y pediátrica para la atención de pacientes con COVID-19.

## **2.6. MARCO CONTEXTUAL**

**2.6.1. Reseña histórica del escenario del estudio.** De una amena tertulia de amigos y colegas médicos, un día a comienzos del año 1.957 surge la inquietud de crear una clínica que responda a las necesidades de salud de la Montería de aquel entonces.

Las reuniones siguen, los esfuerzos y recursos se unen, convirtiendo en una realidad la iniciativa, dando paso al nacimiento de esta institución de salud que empieza a funcionar en la clásica casona de la calle 28 con carrera 2da. El empuje y entusiasmo profesional de los socios logran un posicionamiento en la región que convierte a la clínica en el sitio predilecto para dar a luz a las nuevas generaciones monterianas.

Pero los colegas ya socios tenían nuevos sueños y nuevos destinos alguno falleció, otro encontró nuevas oportunidades por lo que debió trasladarse, uno más quiso vender su parte para jubilarse y dedicarle más tiempo a su familia, pero el líder de la iniciativa Doctor Oscar Haddad Louis seguía con su proyecto adelante;

y como único propietario contagió ese entusiasmo a su familia. Luego de su fallecimiento ocurrido en el año de 1.993 su hijo José Carlos Haddad García decide continuar la lucha y el sueño de su padre asumiendo la dirección de la organización.

Hoy se presenta a la comunidad como la mejor opción en los servicios de salud, con una moderna sede en la que ofrece servicios en los tres niveles de complejidad en salud, con tecnología de punta y profesionales altamente competentes. (52).

## **2.6.2. Aspectos corporativos**

**2.6.2.1. Misión.** Existimos para prestarle servicios de salud seguros y humanizados mediante la gestión de un talento humano competente, buscando la mejora en los procesos y el reconocimiento en el sector.

**2.6.2.1. Visión.** Ser reconocidos en la región Caribe para el año 2019 por prestar una atención que se caracterice por las mejores prácticas clínicas un trato humanizado y socialmente responsable, contando con un servicio especializado e integral que nos identifique.

**2.6.2.3. Valores corporativos.** Los valores corporativos de la clínica con la que toda su capacidad humana ejerce sus funciones. Humanismo, Seguridad, Honestidad, Trabajo en equipo, Responsabilidad, Confianza,

**2.6.2.4. Mapa de procesos.** El mapa de procesos se enfoca en el ciclo PHVA, el cual cuenta con 4 procesos fundamentales que están basados en seis aspectos los cuales son: el paciente y su familia, la organización y contexto, los requisitos de los clientes. Las partes interesadas y pertinentes y por último la satisfacción y fidelización. Los cuatro procesos con los que cuenta dicho ciclo son: planear, hacer, verificar y actuar, que se dividen en subprocesos actuando de la siguiente manera:

El proceso de planeación comienza desde la gestión de la dirección, gestión tecno-científica, gestión de sistemas integrados y gestión de talento humano, esto mediante la elaboración de indicadores de gestión para medición de los resultados, planeando capacitaciones, definiendo estrategias para verificar el nivel de cumplimiento de las metas programadas y realizando seguimiento y verificación de las metas trazadas.

En el hacer encontramos la ejecución de los procesos de las áreas de realización que funcionan en la clínica, la cuales son: consulta externa, cirugía, hospitalización, uci neonatal, uci adultos y el área de imagenología.

El proceso de verificación o evaluación de desempeño se realiza mediante auditoria concurrente, y sistema de información y atención al usuario, donde se evalúan los indicadores de gestión, se presentan reuniones de comités institucionales, autoevaluación y auditorías internas como externas. (52).

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDIO.

Estudio descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo

#### 3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

Se tomó el 100% de los registros contables que estructuran el sistema de costos institucional relacionados con la fase de mitigación para la pandemia por COVID-19, comprendidos en el período de marzo-julio de 2020.

#### 3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTOS.

Para la recolección de los datos, se elaboraron dos instrumentos: la matriz de costo, y la tabla de operacionalización de recolección de la información.

La matriz de costo incluye las siguientes variables: costos producidos por servicio, costos totales por enfermedad, % de gastos por enfermedad, proporción de gastos en el presupuesto, y fue utilizada para la captura de la información, con respecto a los costos asociados a cada cuenta según el servicio (Tabla 1).

Tabla 1. Matriz de captura de costos.

Estructura de costo por actividad o servicio												
Procedimiento	Mano de obra				Materiales				Gastos generales			
	Personal que interviene	Tiempo en minutos	Costo unitario	Costo total	Insumos	Cantidad	Costo unitario	Costo total	Descripción	Tiempo en minutos	Costo unitario	Costo total

Fuente: Elaboración de los investigadores

La metodología se desarrolló en cuatro fases: recolección, clasificación, registro y análisis de la información. Para la primera fase, se utilizaron herramientas en

Excel como fichas y matrices que permitieron la clasificación, registro y análisis de la información de los costos durante la atención en salud en la fase de mitigación del COVID-19.

Se consideró el concepto de “materiales”, puede observar el inventario diseñado para el sistema de costos teniendo en cuenta todos los insumos médicos utilizados por la IPS, clasificándolos en materiales directos e indirectos, cada uno se registró en su unidad de medida y valor mínimo para poder obtener el cálculo del valor de los materiales, y cantidades utilizadas mensualmente requeridas para la atención. Este cálculo, comprende la descripción, precio de compra, presentación, contenido y unidad de medida, el archivo contiene la fórmula que permite conocer el valor unitario.

Los gastos totales, hacen referencia a la infraestructura, materiales indirectos, depreciación, pólizas, entre otros. Se calculan de acuerdo a los días de prestación del servicio de la IPS.

Costo total, despliega un recuadro donde presenta la distribución del costo total y como está compuesto. Como resultado se obtiene el valor total por costos fijos, costos variables y costo total.

El otro instrumento elaborado, fue la tabla de sistematización de recolección de la información, que permitió obtener los datos, de acuerdo a los objetivos planteados (Tabla 2).

Tabla 2. Sistematización de recolección de información

<b>OBJETIVOS</b>	<b>¿Dónde está la información necesaria?</b>	<b>¿Quién puede dar la información?</b>	<b>¿Qué instrumentos de puede utilizar?</b>
Identificar las políticas, normas y lineamientos nacionales e institucional	MSPS Oficina jurídica	Jefe de Jurídica gerente	Matriz en Excel 1 consolidado
Describir los costos que representan la atención en salud por COVID 19	Bases de datos RIPS Historia Clínica y Epicrisis Presupuesto de ingresos y egresos Módulos habilitados de centros de costos por cada servicio Informes financieros institucionales	Jefe de Consulta Externa, Archivo, Gerente, Jefe de presupuesto, jefe de facturación	Matriz en Excel de captura de datos en los centros de producción consolidado 2

Fuente: elaboración de los autores

Inicialmente se realizó una reunión con el administrador y jefes de las áreas de facturación y del área financiera de la institución para dar a conocer el proyecto y la metodología a utilizar y de esta manera establecer directrices y compromisos de las partes en el mismo.

### **3.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

La información fue recolectada mediante los registros consolidados en el software financiero y la base de datos en archivos de Excel 2016 de la institución, validados internamente por el responsable de la información. Esta se sistematizó de tal forma que permitió el procesamiento y análisis de la misma.

La información primaria se recolectó haciendo uso de:

Observación no directa: de las actividades de funcionamiento que intervienen en los servicios, así como también a las actividades de apoyo llevadas a cabo en el departamento administrativo y financiero.

Consulta de información proporcionada por la empresa:

Plantilla de centros de costos utilizados para la captura de datos.

Estructura organizacional.

Estados financieros: balance general, estados de resultados

Tabla de nóminas

Listado de procedimientos operativos asistenciales por centros de costos.

Listado de honorarios médicos.

Las fuentes bibliográficas de información son primarias como las bases de datos, presupuesto de ingreso y egreso, así mismo se utilizaron fuentes secundarias como informes institucionales, guías, manuales que compilan las estadísticas del evento en estudio.

Para el procesamiento de la información se utilizó Microsoft Excel 2016, para el análisis de la información se utilizó la estadística descriptiva.

### **3.5 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Los resultados se presentan en tablas de acuerdo al orden de los objetivos planteados.

### **3.6 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

Se tuvo en cuenta la Resolución 008430 del Ministerio de Salud, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; de acuerdo al Artículo 11 esta investigación se clasifica “sin riesgo”, debido a que se utilizaron técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables de estudio.

Al gerente se le solicitó aval Institucional para llevar a cabo la investigación, obteniéndose su aceptación. (Anexo B)

Los resultados se presentan bajo los principios de confidencialidad, y anonimidad. Los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales en Colombia.

## 4. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los principales hallazgos de la investigación en el orden de los objetivos específicos planteados. Inicialmente se relaciona la compilación de la normatividad internacional, nacional e institucional que establece la implementación de estrategias para la prevención del contagio por COVID-19; posteriormente se dan a conocer los costos económicos por parte de la IPS asociados a la implementación de estrategias para la mitigación de esta patología y finalmente se describen las estrategias financieras implementadas en la institución objeto de estudio.

### **4.1 Compilación de normas, políticas, leyes, decretos y resoluciones, relacionadas con las estrategias de prevención del Covid-19 a nivel nacional e institucional.**

En el derecho internacional no hay una fuente que regule el caso concreto de la pandemia por COVID-19; sin embargo, existen una serie de normas para proceder cuando estas situaciones se presentan. El artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el artículo 4 de la Convención Americana de Derechos Humanos consolidan la protección a la vida, lo que incluye el manejo de enfermedades contagiosas; por lo tanto, los Estados deben garantizar la atención en salud a la población, que involucren estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación (53).

Por otra parte, nuestro país hace parte del instrumento jurídicamente vinculante sobre la Regulación Internacional en Materia de Salud, encontrándose en la obligación de desarrollar, mantener y fortalecer la capacidad de detectar, evaluar, notificar y reportar enfermedades como el coronavirus.

Además, en materia de derecho internacional ambiental, el principio de la Prohibición del Daño Transfronterizo, exige que los Estados no usen ni permitan el uso de su territorio para causar daños a otros, lo cual es importante analizar al momento de la apertura de los aeropuertos y fronteras con países, donde no se ha podido contener el virus.

Finalmente, la Protección de las Personas en Casos de Desastre, adoptados por la Comisión de Derecho Internacional de la ONU, no solo abarcan la ocurrencia de terremotos, huracanes o tsunamis, sino también todo tipo de evento calamitoso que generen pérdida de vidas humanas, y considerado el coronavirus como un evento de gran magnitud, los gobiernos tienen la obligación de reducir las pérdidas generadas por la pandemia, a través de medidas que mitiguen los efectos de la misma (54).

Teniendo estos compromisos internacionales, y que además el 11 de marzo de 2020, el director general de la OMS declaró esta enfermedad como una pandemia (41), el Estado colombiano ha emitido una serie de normatividad para hacer frente a esta situación, la cual se clasifica en tres grandes grupos: medidas sanitarias y de emergencia sanitaria; medidas de emergencia social, económica y ecológica; y medidas de orden público y otras de carácter ordinario, destacándose las siguientes (55).

Tabla 3. Medidas sanitarias y emergencia sanitaria

<b>Documento</b>	<b>Asunto</b>	<b>Entidad</b>
Resolución 385 de 2020	Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 444 de 2020	Urgencia manifiesta para contratar bienes y servicios necesarios para atender la emergencia sanitaria causada por el coronavirus	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 502 de 2020	Lineamientos prestación de servicios	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 536 de 2020	Plan de acción para la prestación de servicio de salud	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 608 de 2020	Recursos para el fortalecimiento institucional COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 609 de 2020	Líneas de crédito EPS	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 619 de 2020	Compra de cartera a cargo de ADRES en la emergencia por COVID-19	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 622 de 2020	Inspección, vigilancia y control de la calidad del agua para consumo agua	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 628 de 2020	Llamamiento al talento humano en Salud	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 666 de 2020	Protocolo general de Bioseguridad	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 676 de	Sistema de información para el reporte y	Ministerio de Salud y

2020	seguimiento en salud a las personas afectadas COVID-19	Protección Social
Resolución 750 de 2020	Trámite especial para la presentación de proyectos de inversión	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 914 de 2020	Máxima o valor máximo a pagar, durante la emergencia sanitaria	Ministerio de Salud y Protección Social

Fuente: Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social.

Se puede observar la expedición de 13 resoluciones que compilan lineamientos desde la declaración a nivel nacional de la emergencia sanitaria por causa del COVID-19 y estrategias gerenciales del talento humano, bioseguridad y reporte de afectados por COVID -19.

Específicamente, con respecto a la emergencia económica, social y ecológica se expedieron 8 decretos que se describen en la tabla 4.

Tabla 4. Emergencia económica, social y ecológica

<b>Documento</b>	<b>Asunto</b>
Decreto 486 de 2020	Abastecimiento de alimentos
Decreto 488 de 2020	Medidas de orden laboral
Decreto 491 de 2020	Garantía de servicios, gerentes ESE
Decreto 499 de 2020	Contratación estatal de bienes COVID-19
Decreto 500 de 2020	Acciones de promoción y prevención ARL
Decreto 538 de 2020	Medidas en el sector salud
Decreto 539 de 2020	Protocolos de Bioseguridad
Decreto 544 de 2020	Contratación especial insumos médicos

Fuente: Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia

Finalmente, la normatividad relacionada con el orden público y otras ordinarias, se describen en la tabla 5.

Tabla 5. Normas de orden público y otras ordinarias

<b>Documento</b>	<b>Asunto</b>
Decreto 410 de 2020	Modifica arancel para bienes COVID-19
Decreto 418 de 2020	Normas orden público
Decreto 420 de 2020	Normas orden público
Decreto 457 de 2020	Aislamiento
Decreto 462 de 2020	Prohibición de exportación y reexportación de productos
Decreto 531 de 2020	Continuación y aislamiento
Decreto 536 de 2020	Continuación y aislamiento
Decreto 593 de 2020	Prórroga aislamiento obligatorio 11 de mayo

Fuente: Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social.

Por lo anterior, puede decirse que Colombia cuenta con un amplio marco normativo y político, orientado a hacer frente a la pandemia por COVID-19. Adicionalmente en la IPS de estudio, emitieron las siguientes circulares internas como medidas institucionales para atender esta situación de salud, las cuales se detallan a continuación:

Circular-008 de 16 de marzo de 2020, para todo el personal de la organización, en donde se modifica de forma transitoria el horario laboral de algunos cargos y su modalidad de trabajo a partir de la fecha hasta nueva orden.

Circular-009 de 18 de marzo de 2020, a través de la cual se modifica de forma transitoria el horario laboral del personal asistencial que realiza turnos nocturnos exceptuando a los médicos generales.

Circular-010, del 21 de marzo de 2020, mediante la cual, se adoptan las siguientes medidas de obligatorio cumplimiento para todo el personal asistencial y/o administrativo que tenga contacto con las áreas asistenciales. Como son: traer ropa de cambio para cumplir el turno. Los zapatos que use en la institución no llevarlos a casa. La ropa de cambio usada, deberá llevarla en una bolsa sellada e inmediatamente lavarla cuando llegue a su residencia, separada de las demás prendas de vestir.

Lavado de manos al entrar y salir de las instalaciones, sin exonerar de que cada cierto tiempo vuelva a realizar el procedimiento de lavado de manos.

Circular-013, de fecha 12 de mayo de 2020, informa a los usuarios, familiares y acompañantes, que a partir de la fecha solo se permitirá el acceso a las instalaciones, a los pacientes sin acompañante, que pueda valerse por sí solo. Los niños, adultos mayores, discapacitados y embarazadas, ingresan con un solo acompañante. Deben usar zapato cerrado, pantalón largo para el caso de hombre y ropa cubierta para el caso de mujeres.

Circular -014, del 15 de mayo de 2020, en donde se ratifica la importancia del uso de elementos de protección personal (EPP) de manera consciente y responsable y el cumplimiento a las normas de bioseguridad, que se encuentran en el reglamento interno de trabajo.

Circular-016, de fecha 8 de Julio de 2020, a través de la cual, la alta dirección pide oración por todas las personas de su organización que se encuentran con resultados positivos para el virus COVID-19, para que Dios les de la sanidad.

Circular-017, del 25 de agosto de 2020, faculta a la organización para la determinación del nuevo horario laboral presencial, a partir del 1 de septiembre.

#### **4.2 COSTOS ECONÓMICOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR COVID-19, EN LA FASE DE MITIGACIÓN**

El Ministerio de Salud y Protección Social, estableció un Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-COV-2 (COVID-19) (27), con la finalidad de organizar la prestación de servicios de salud brindados en Colombia en el marco de la pandemia y la emergencia sanitaria.

Para los prestadores de servicios de salud, clasificó las acciones de la siguiente manera: gestión del riesgo y prestación de servicios de salud; gestión; formación continua; fortalecimiento; y estimaciones de oferta y necesidad de talento humano en salud.

La institución de salud, objeto de estudio, dentro de las acciones correspondientes a la gestión del riesgo y prestación de servicios de salud, implementó las siguientes estrategias:

Establecimiento de Plan de contingencia por COVID-19

Protocolo para la atención de pacientes

Modificación de protocolo de bioseguridad frente al COVID-19

Inicio de jornada de trabajo remoto a personal aditivo

Establecimiento de comité covid-19 con asistencia de infectólogo

Seguimiento epidemiológico

Inicio de habilitación transitoria de telemedicina no interactiva

Cancelación de cirugías electivas

Suspensión de visitas de auditores concurrentes

Modificaciones en visitas y acompañamientos a pacientes internados

Contratación con la Universidad de Córdoba para procesar directamente pruebas RT-PCR

Ampliación de camas UCI Adultos

Análisis suficiencia y compra de medicamentos para casos de contingencia.

Estas estrategias administrativas tomadas por la IPS escenario del estudio, representaron los costos que se describen en la tabla 6, en donde se observa que el mayor costo para la gestión del riesgo y prestación del servicio en la fase de mitigación corresponde a los medicamentos, seguido de la compra para insumos medico quirúrgicos.

**Tabla 6. Costos de acciones de gestión del riesgo y prestación de servicios de salud. Marzo- Julio de 2020**

Acciones realizadas	Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Total (\$)	
	Pesos col.	Dólares	Pesos col.	Dólares	Pesos col.	Dólares	Pesos col.	Dólares	Pesos col.	Dólares	Pesos col.	Dólares
Ampliación de camas UCI Adultos	1.790.473	464,96	5.064.074	1.315	0	0	1.332.716	346	5.375.216	1.396	13.562.479	3.522
Medicamentos	4.735.617	1229,78	4.123.571	1.071	16.505.255	4286,20	3.181.060	826	33.273.318	8.641	61.818.821	16.054
Compra de insumos medico quirúrgicos	1.237.718	321,42	9.761.800	2.535	9.810.000	2547,53	13.429.300	3.487	10.998.930	2.856	45.237.748	11.748
Medio de transporte para las muestras virales	0	0,00	930.595	242	1.387.500	360,32	0	0	4.382.013	1.138	6.700.108	1.740
<b>TOTAL</b>	<b>7.763.808</b>	<b>2016,16</b>	<b>19.880.040</b>	<b>5.163</b>	<b>27.702.755</b>	<b>7194,04</b>	<b>17.943.076</b>	<b>4.660</b>	<b>54.029.477</b>	<b>14.031</b>	<b>127.319.156</b>	<b>33.063</b>

Fuente: Información de los registros financieros de la entidad

En cuanto a la ocupación de la capacidad instalada y el aumento inusitado del número de casos, la clínica acogió la alternativa 1, del Plan de acción para la prestación de servicios de salud (27), que hace referencia a la expansión de la capacidad instalada en instalaciones de salud en funcionamiento, para ser adaptadas como ambientes para atención de pacientes con infección por SARS-CoV-2 (COVID-19).

Los costos generados en separación de urgencia general y urgencia respiratoria; ampliación de la capacidad instalada de urgencia respiratoria; modificaciones

físicas para consulta externa médica presencial, se detallan en la Tabla 7, en donde se observa que el mayor costo causado fue en la adecuación de la urgencia respiratoria, lo cual puede deberse a que la clínica no contaba con esta área, seguida de la separación de la urgencia general.

Los pacientes con patologías respiratorias que se asocian a una sospecha de COVID-19 se atienden en una sala diferente, de donde se reciben los que consultan por otras patologías

Tabla 7. Costos de acciones para la expansión de la capacidad instalada. Marzo-Julio de 2020.

<b>ACCIONES REALIZADAS</b>	<b>TOTAL (\$)</b>	<b>TOTAL (US\$)</b>
Adecuación observación paciente COVID-19	3.599.500	934,74
Separación de urgencia general	23.800.000	6180,55
Adecuación de urgencia respiratoria	93.692.897	24330,82
Modificaciones físicas para consulta externa médica	10.560.000	2742,29
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 131.652.397</b>	<b>34188,41</b>

Fuente: Información de los registros financieros de la entidad.

En lo concerniente a la gestión; formación continua; fortalecimiento; y estimaciones de oferta y necesidad de talento humano en salud, se adoptaron las siguientes estrategias:

- Dotación de kits para atención
- Formación a fisioterapeutas en toma de PCR
- Formación al personal en general
- Inicio de jornada de trabajo remoto a personal aditivo
- Inicio de formaciones para uso de EPP
- Inicio de tamización para búsqueda activa con EPS y ARL del personal
- Ajuste de horarios para asistencial de modo de reducir su nivel de exposición

- Contratación de Talento Humano capacitado para cubrir necesidades
- Formación en ventilación mecánica
- Acuerdos contractuales con ARL para auto atención.

En la tabla 8 se observa que la gestión del talento humano fue la estrategia realizada que implicó un mayor valor (\$146.378.250), seguido de las estimaciones de oferta y demanda del talento humano (\$142.246.197).

En los meses de junio y julio, el costo total en la implementación de las estrategias referentes al talento humano fue de igual valor (\$34.865.000).

**Tabla 8. Costos en gestión, formación continua, fortalecimiento y estimaciones de oferta y necesidad del talento humano.**

ACCIONES REALIZADAS	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total	
	Pesos Col.	Dólares					
Gestión del talento humano	35.829.000	31.256.000	23.325.250	13.340.000	42.628.000	146.378.250	38012,5
Formación continua del talento humano	500.000	680.000	620.000	450.000	480.000	2.730.000	708,9
Fortalecimiento del talento humano	620.000	870.000	380.000	320.000	770.000	2.960.000	768,7
Estimaciones de oferta y necesidad del talento humano	12.551.126	26.300.000	33.665.071	34.865.000	34.865.000	142.246.197	36939,5
TOTAL	49.500.126	59.106.000	57.990.321	48.975.000	78.743.000	294.314.447	76.429,6
TOTAL EN DÓLARES	12.854,54	15.349,06	15.059,33	12.718,17	20.448,53	76.429,64	152.829,27

Fuente: Información de los registros financieros de la entidad.

La tabla 9 presenta el consolidado de los costos según el tipo de acción realizada por la entidad en el marco de los meses de marzo a julio de 2020 debido a la fase de mitigación de los daños por COVID-19.

**Tabla 9. Análisis de costo de la fase de mitigación por COVID-19**

<b>Tipo de acción realizada</b>	<b>Valor total marzo a julio</b>	<b>%</b>
Gestión del riesgo y prestación de servicios de salud	\$ 127.319.156	23,01
Expansión de la capacidad instalada	\$ 131.652.397	23,79
Gestión, formación continua, fortalecimiento y estimaciones de oferta y necesidad del talento humano.	\$ 294.314.447	53,19
Total	\$ 553.286.000	100

Fuente: Información de los registros financieros de la entidad

Al analizar todas las estrategias administrativas realizadas por la IPS escenario de estudio, se evidencia que los mayores costos generados fueron los relacionados con las acciones de gestión de talento humano, con un 53% del total de los costos; las acciones correspondientes a la gestión del riesgo y prestación de servicios de salud, y expansión de la capacidad instalada, tuvieron una igual participación (23%) (Tabla 9)

#### **4.3 ESTRATEGIAS FINANCIERAS IMPLEMENTADAS EN LA IPS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID -19.**

Con respecto a las estrategias financieras implementadas por la IPS, se encontraron las siguientes:

Compra de equipos y EPP en pago de contado, con la finalidad de obtener descuentos entre el 10% y 20% por parte de los proveedores, lo que significó un ahorro de \$70.277.079.

Por otra parte, el gobierno nacional expidió el Decreto 639 de 2020 (56) a través del cual creó el Programa de Apoyo al Empleo Formal (PAEF), que busca otorgar un subsidio correspondiente al 40% de un salario mínimo legal vigente a los empleados de las empresas que hayan visto reducido sus ingresos en un mínimo 20%; posteriormente es modificado por el Decreto 677 del 19 de mayo 2020 (57), en donde el subsidio sería otorgado por los meses de mayo, junio y julio.

Sin embargo el decreto anterior, fue modificado por el 815 del 04 de Junio de 2020 (58), en donde el gobierno amplió el PAEF, hasta el mes de agosto de 2020, entre otras modificaciones, además el Ministerio de Hacienda y Crédito Público expidió la Resolución 1129 del 20 de mayo de 2020 (59) por la cual establece la metodología para el cálculo de la disminución de los ingresos y la Circular Externa 001 de 2020 en relación con el Formulario electrónico estandarizado que los bancos deben adaptar y entregar a sus respectivos usuarios.

Debido a que la institución cumple con estos requisitos realizó la solicitud, en donde obtuvo un subsidio de nómina para el mes de mayo por valor de \$98.280.000 y en junio por \$ 100.386.000, se encuentra en espera del giro correspondiente a los meses de julio y agosto.

## 5. DISCUSIÓN

En el marco del Reglamento Sanitario Internacional, la declaración de pandemia por parte de la OMS, (60) y la situación epidemiológica, el Estado colombiano a través de decretos, resoluciones y circulares, impartió instrucciones de acciones para la identificación, confirmación, aislamiento, monitoreo de los posibles casos y tratamiento de los confirmados, así como la divulgación de las medidas preventivas, con la finalidad de mitigar el contagio (61).

Por lo tanto, necesitaba disponer de recursos financieros, humanos y logísticos para enfrentar la pandemia y desarrollar estrategias eficaces para garantizar la protección de la salud de los colombianos acordes a las directrices de la OMS; medidas, similares que también fueron emitidas en la mayoría de países afectados por esta pandemia (62-64).

De acuerdo a los hallazgos presentados en los costos económicos asociados a la gestión del riesgo y prestación del servicio, el mayor valor corresponde a los medicamentos, seguido de la compra para insumos medico quirúrgicos; aunque no existe evidencia clínica suficiente que soporte una intervención completamente probada para el tratamiento específico del paciente con SARS-CoV-2/COVID-19, se han planteado varias intervenciones farmacológicas, algunas de estas fundamentadas en el principio ético de beneficencia (65), y los medicamentos prescritos de acuerdo a los protocolos de atención de la IPS tienen un costo alto, al igual que la cantidad de insumos médicos quirúrgicos necesarios para la atención integral a estos pacientes.

Los datos muestran además, la importancia de adoptar un modelo de atención enfocado en áreas críticas destinadas a pacientes con sospecha o confirmación diagnóstica de COVID-19, por lo que la institución debió reorganizar los servicios

de UCI, urgencias y consulta externa médica presencial; y expandir algunas áreas definidas, que cumplieran con los estándares nacionales, establecidos en el Manual de Medidas Básicas para Control de Infecciones en prestador de servicios de salud, Ley 9 de 1979,(66), Resolución 4445 de 1996, Numeral 310 (67) y también para optimizar, racionalizar recursos y reducir el riesgo de contagio al equipo de atención, pacientes y familiares.

Es de resaltar que las unidades de cuidados intensivos son uno de los principales recursos, dada la tasa de neumonías complicadas que presentan los pacientes infectados (65), por lo cual el mayor costo generado se debió a la adecuación de la urgencia respiratoria.

La COVID-19, al ser una enfermedad infectocontagiosa, afecta a muchos profesionales de la salud, los cuales son necesarios para garantizar la continuidad de la atención; tienen un elevado riesgo de contagio al estar expuestos en primera línea a pacientes infectados, y pueden actuar como vehículos de transmisión a pacientes, otros compañeros, miembros de la familia y comunidad (68, 69), por lo tanto, el uso de EPP, es uno de los objetivos fundamentales en la pandemia (70).

Es claro entonces que el suministro completo y de alta calidad de los EPP, es muy importante por el riesgo inminente del número de profesionales de la salud que pueden contagiarse durante la atención a pacientes infectados, así lo demuestran investigaciones realizadas en diferentes partes del mundo (68, 70-72). El valor en compras por estos elementos en este estudio, se encontró que fue el de mayor costo en lo relacionado con la gestión del talento humano, seguido por las estimaciones de oferta y necesidad de talento humano en salud.

Dentro de las indicaciones dadas por el gobierno nacional, las áreas críticas debían ser atendidas por talento humano entrenado y en la que los especialistas en cuidados intensivos dirijan y/o apoyen externa o internamente la atención en estos servicios de acuerdo con el volumen de pacientes (65). Siendo

recomendable, desde la fase de planeación, implementar un plan de educación al personal de salud priorizando por grupos o niveles de formación y experticia.

Por lo tanto, la institución objeto de estudio realizó un proceso de educación a todo el personal, acerca del manejo a pacientes con COVID-19, utilización adecuada de los EPP, medidas preventivas para evitar el contagio, con el apoyo de los especialistas de la IPS y la administradora de riesgos laborales (ARL); por lo tanto, los costos en estas actividades no fueron muy significativos.

Los costos en las estimaciones de oferta y necesidad de talento humano en salud, se debió posiblemente a que era necesario que la IPS definiera equipos específicos para atender pacientes sospechosos y confirmados de infección por COVID-19 y equipos diferentes para la atención de los demás servicios que ofrece la institución, sumado al número de personal asistencial que se contagió con esta enfermedad, y fue necesario la contratación de talento humano en salud adicional, para garantizar la oportunidad e integralidad de los servicios de salud (25).

Finalmente, con respecto a las estrategias financieras implementadas por la IPS, los hallazgos sugieren que el gobierno nacional, teniendo en cuenta que el desempleo, genera una pérdida de habilidades específicas en las personas, problemas de orden social y disminución de la calidad de vida, situaciones difíciles de recuperar rápidamente, implementó mecanismos de apoyo para el pago de la nómina, para lo cual la institución objeto de estudio fue beneficiada con este subsidio (73).

## 6. CONCLUSIONES

El equipo investigador con base a los objetivos y resultados encontrados, se permite concluir:

Se evidencia que Colombia durante el periodo de marzo a junio de la declaratoria de la emergencia sanitaria se expidió un amplio marco normativo y político, orientado a hacer frente a la pandemia por COVID-19, así mismo la IPS objeto de estudio adapta y adopta con normas amplias y suficientes en articulación de las políticas mundiales y nacionales para garantizar los recursos y acciones tendientes a enfrentar la pandemia COVID 19 con respecto a la atención en salud diseñando e implementando procesos como el de gestión administrativa, financiera y asistencial en el que se lideran acciones como la modificación de horarios, protocolos de uso de elementos de protección personal, desinfección, apoyo espiritual y adaptación de espacios físicos.

Los costos económicos asociados a la atención en salud por COVID-19, en la fase de mitigación están relacionados con la adecuación de ambientes físicos, formación y fortalecimiento del talento humano, y gestión del riesgo y prestación de servicios; evidenciándose al respecto, que los mayores costos generados fueron los relacionados con las acciones de gestión de talento humano, con un 53% del total de los costos; seguido de la expansión de la capacidad instalada y gestión del riesgo con igual participación (23%).

De igual forma, dentro de las estrategias financieras implementadas en la IPS durante la pandemia por COVID -19, se encuentran la compra de equipos y EPP en pago de contado y la obtención del subsidio de nómina para el mes de mayo, junio, julio y agosto.

## 7. RECOMENDACIONES

El equipo investigador propone las siguientes estrategias con el fin de mejorar la atención derivada de las normas de mitigación y por ende el impacto financiero que esta produce:

A la universidad, permitir que en sus programas de pregrado y postgrado se realicen este tipo de estudios, ya que a nivel departamental o municipal no se encuentran similares al objeto de estudio, lo cual impide realizar comparación con los resultados de otras instituciones de igual nivel y contexto.

A la institución, diseñar un plan estratégico efectivo de comunicaciones, que permita actualizar sus canales de comunicación, compartir normas, protocolos, gastos y mantener a los estamentos actualizados en tiempo real para apoyar la toma de decisiones.

Gestionar con instituciones como la Universidad de Córdoba, cursos, talleres o diplomados de formación específica al talento humano en procesos de inducción, reinducción y afrontamiento de la pandemia.

Comparar las proyecciones financieras realizadas en la fase de mitigación con las actividades ejecutadas y el comportamiento real de los costos.

Evaluar las medidas de contención del evento, para que sirva de base para la toma de decisiones en términos de ampliación de capacidad instalada.

Implementar un sistema de costos sistematizado que permita tener una visión global para la correcta toma de decisiones en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la salud. Declaración sobre la reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote de nuevo coronavirus (2019-nCoV). 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
2. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Situación actual nuevo coronavirus (COVID-19). Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19\\_copia.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19_copia.aspx)
3. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Actualización situación COVID-19 Colombia. Disponible en: [file:///C:/Users/UNICOR/Downloads/Sitrep125\\_Covid19\\_OPS\\_Col%20\\_200820.pdf](file:///C:/Users/UNICOR/Downloads/Sitrep125_Covid19_OPS_Col%20_200820.pdf)
4. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 417 Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional. Colombia; 2020.
5. Mejía, L. FEDESARROLLO COVID-19: costos económicos en salud y en medidas de contención para Colombia. 2020.
6. Escobar MCP, Castillo JDA, Herrera, MR, Cruz LAM, Bolaños RJH, Libreros, ALA. Methodological proposal to deal the COVID-19 Pandemic from the Insurer's perspective. iJEPH. 2020; 3(1): e-6277. Doi: 10.18041/2665-427X/ijeph.1.6277.
7. Vásquez I. Pandemias y progreso. CE Think Tank Newswire 2020 Feb 03.
8. Pandemias amenazan la vida de millones de personas. El Mercurio 2019 Sep 19.

9. Pérez, G. De fronteras y pandemias. CE Think Tank Newswire 2020 Mar 31
10. Herrera C M. Regarding pandemics: Ibn Jatima from Almería anticipates the physiopathological concept of multi-organ failure in the 14th century. *Medicina intensiva* 2020
11. Guimerà, M. Barral, Y., Agustí, I., Trullàs, M. Pandemia del SARS-CoV-2 y reproducción asistida. *Rev Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 2020; 47(3): 96-105. DOI: 10.1016/j.gine.2020.06.004
12. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de contingencia para responder ante la emergencia por COVID-19. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/ABRIL%20PLAN%20DE%20CONTINGENCIA%20PARA%20RESPONDER%20ANTE%20LA%20EMERGENCIA%20POR%20COVID-19%20%281%29.pdf>
13. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Coronavirus COVID-19. Disponible en: <https://sig.sispro.gov.co/SituacionCovid/>
14. Medidas de enfrentamento dos efeitos econômicos da Pandemia Covid-19: panorama internacional e análise dos casos dos Estados Unidos, do Reino Unido e da Espanha / Texto para Discussão (TD) 2559. Amitrano, C., Magalhães, L., Silva, M. Brasília; IPEA; 20200500. 73 p.
15. Ochoa-Rosales C, González-Jaramillo N, Vera-Calzaretta A, Franco OH. Impacto de diferentes medidas de mitigación en el curso de la pandemia de COVID-19 en Chile: proyección preliminar para el período del 14 de abril al 14 de mayo. *Revista de Salud Publica.* 2020; 22(2):1-6
16. Piazzini, C. Los mapas y calendarios de la pandemia. *Geopolítica(s)* 2020;11:265-274

17. Organización Mundial de la Salud. Actualización de la estrategia frente a la COVID-19. Ginebra. 2020. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020\\_es.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf)
18. Ataguba, JE Pandemia de COVID-19, una guerra por ganar: comprensión de sus implicaciones económicas para África. *Appl Health Econ Health Policy* 18, 325–328 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40258-020-00580-x>
19. ¿Qué viene después de la pandemia? Un programa de diez puntos para la renovación fundamental. *El Trimestre Económico* 2020 Jul;87(3):899-917.
20. COVID-19: costos económicos en salud y en medidas de contención para Colombia. Centro de investigación económica y social. Abril 2020
21. Álvarez, A., León, D., Medellín, M., Zambrano, A., y Zuleta, H. El coronavirus en Colombia: vulnerabilidad y opciones de política. Universidad de los Andes. 2020
22. Rojas-Vallejos, J. Alternativas, Fortalezas y limitaciones de los modelos matemáticos en las pandemias: el caso de COVID-19 en Chile. *Medwave* 2020;20(3):e7874 doi: 10.5867/medwave.2020.03.7874
23. Ferneini, EM,. Goldberg, M. El impacto financiero de COVID-19 en nuestra práctica. *J Oral Maxillofac Surg.* 2019; 77: 1955. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2020.03.045>
24. Santamaría, A., Benhumeaa, J., Herrera, P., Sil, N., Santamaría, N., Flores, M y del Arco, A. Estructura, sistemas y análisis de costos de la atención médica hospitalaria. *Medicina e Investigación* 2015; 3(2):134-140
25. Magalon, G., Ponton, G., y Reynales, J. Gerencia hospitalaria para una administración efectiva. 2016. Editorial Panamericana.

26. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guía para metodología de cálculo de costos de calidad y no calidad. Manual metodológico. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Costos\\_de\\_No\\_calidad.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Costos_de_No_calidad.pdf)
27. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19). 2020
28. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Externa 00005, Directrices para la detección temprana, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus (2019-ncov) y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo. 2020
29. Ortiz-Muñoz, L. E., Pantoja, T., & Morel, M. Resumen SUPPORT de una revisión sistemática: Cuarentena sola o en combinación con otras medidas de salud pública para controlar el COVID-19: una revisión rápida. *Satellite Cochrane EPOC-CHILE*. 2020).
30. Balvin, J. Hernández, N. Desarrollo del sistema de costos de la IPS Imedi, Rionegro Antioquia, 2018. Medellín, Colombia. 2019
31. Duque, M., Gómez, L., Osorio, J. Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones. *Revista del Instituto Internacional de Costos*. 2009; 5: 495-525
32. Calderón, E., Ramírez, R., Sanandrés, L., y Ramírez, A. Costos hospitalarios en el sector de salud. 2018: *Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana*. En línea: <https://www.eumed.net/rev/oel/2018/07/costos-hospitalarios-salud.html>

33. Bartsch, S., Ferguson, M., McKinnell, J., O'Shea, K., Wedlock, P., Siegmund, S, Lee, B. The Potential Health Care Costs And Resource Use Associated With COVID-19 In The United States. Health Aff (Millwood). 2020; 39(6): 927-935.
34. Colombia. Constitución Política de Colombia. 1991. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf>
35. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 100 de 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
36. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)
37. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 715 de 2015.
38. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 417 del 17 de marzo de 2020
39. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 476 del 25 de marzo de 2020
40. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 491 del 28 de marzo de 2020
41. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 538 del 12 de abril de 2020
42. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 539 del 13 de abril de 2020

43. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 380 del 10 de marzo de 2020
44. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 476 del 25 de marzo de 2020
45. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 502 del 24 de marzo de 2020
46. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 536 del 31 de marzo de 2020
47. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 628 del 23 de abril de 2020
48. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 666 del 24 de abril de 2020
49. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 5 del 11 de febrero de 2020
50. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 24 del 16 de abril de 2020
51. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 914 del 11 de junio de 2020. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20914%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20914%20de%202020.pdf))
52. Clínica Central OHL. LTDA. 2020. Disponible en: <http://www.clinicacentral.com.co/>

53. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 444 del 16 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/RID/resolucion-444-de-2020.pdf>

54. El espectador. El derecho internacional en tiempos de coronavirus. Marzo 30 de 2020.

55. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Medidas frente a la pandemia COVID-19. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-Administrativos-covid-19.aspx>

56. Colombia .Ministerio de hacienda y crédito público. Decreto 639 de 2020. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20639%20DEL%208%20DE%20MAYO%20DE%202020.pdf>

57. Colombia. Ministerio de hacienda y crédito público. Decreto 677 de 2020. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20677%20DEL%2019%20DE%20MAYO%20DE%202020.pdf>

58. Colombia. Ministerio de hacienda y crédito público. Decreto 815 de 2020. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20815%20DEL%204%20DE%20JUNIO%20DE%202020.pdf>

59. Colombia. Ministerio de hacienda y crédito público. Resolución 1129 de 2020. Disponible en: [https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=/ConexionContent/WCC\\_CLUSTER-131416//idcPrimaryFile&revision=latestreleased](https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=/ConexionContent/WCC_CLUSTER-131416//idcPrimaryFile&revision=latestreleased)

60. Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

61. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Normatividad. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-Administrativos-covid-19.aspx>

62. Organización Mundial de la Salud. La OMS publica directrices para ayudar a los países a mantener los servicios sanitarios esenciales durante la pandemia de COVID-19. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/30-03-2020-who-releases-guidelines-to-help-countries-maintain-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>

63. Organización Mundial de la Salud. Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333726/WHO-2019-nCoV-Policy\\_Brief-Long-term\\_Care-2020.1-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333726/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-2020.1-spa.pdf)

64. LEXLATIN. Julio 13 de 2020. Disponible en: <https://lexlatin.com/noticias/medidas-legales-covid-19-latinoamerica>

65. Accini Mendoza JL, et al. Declaración de consenso en medicina crítica para la atención multidisciplinaria del paciente con sospecha o confirmación diagnóstica de COVID-19. Acta Colomb Cuid Intensivo. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.003>

66. Congreso de Colombia. Ley 9 e 1979. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%200009%20DE%201979.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200009%20DE%201979.pdf)

67. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 04445 de 1996. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCION%2004445%20de%201996.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%2004445%20de%201996.pdf)
68. Martí-Amengual, G., Sanz-Gallen, P., & Arimany-Manso, J. Valoración médico legal de la infección por covid-19 en el ámbito laboral. *Revista Española de Medicina Legal*. 2020.
69. Balibrea, J. M., Badia, J. M., Pérez, I. R., Antona, E. M., Peña, E. Á., Botella, S. G., & Díaz, L. P. Manejo quirúrgico de pacientes con infección por COVID-19. Recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos. *Cirugía Española*. 2020.
70. Arenas, M. D., Villar, J., González, C., Cao, H., Collado, S., Barbosa, F., ... & Pascual, J. Protección de los profesionales sanitarios en nefrología ante la pandemia por COVID-19. *Nefrología*. 2020; 40(4): 395-402.
71. Serrano-Cumplido, A., Ortega, P. A. E., García, A. R., Quintana, V. O., Fragoso, A. S., García, A. B., & Bayón, Á. M. COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2020.
72. Morales Navarro, D. Acciones del personal de salud del área estomatológica en relación a la COVID-19. *Revista Cubana de Estomatología*. 2020: 57(1).
73. Mejía, L. FEDESARROLLO. COVID-19: costos económicos en salud y en medidas de contención para Colombia. Abril 7 de 2020.

## **ANEXOS**

### A. Circulares emitidas por la IPS

CIRCULAR-008/2020

Montería, 16 de marzo de 2020

PARA: TODO EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN

Asunto: Medidas de contención contra el COVID-19

En cumplimiento de los lineamientos dictados por el Gobierno Nacional y de las medidas tomadas por los entes Territoriales en la fase de contención del COVID-19 (coronavirus), y en iguales términos, ateniendo a la naturaleza de la organización y sus propósitos sociales, se determinó modificar de forma transitoria el horario laboral de algunos cargos y su modalidad de trabajo a partir de la fecha hasta nueva orden. Estas medidas buscan principalmente reducir el riesgo de exposición y/o contagio, de manera que el cumplimiento de las siguientes medidas es de carácter obligatorio y su no acatamiento es causal suficiente para aplicar las medidas sancionatorias correspondientes.

Es importante recordarle el significado que tiene la modalidad de teletrabajo, la cual consiste en que desde casa usted pueda desarrollar a cabalidad sus funciones diarias, a lo anterior, es elemental que esté concientizado que la razón principal de la medida es que no salga de casa y evitar el contacto externo, para lo cual usted deberá evitar visitas en su casa, salidas de casa no justificadas y mientras se encuentre en horario laboral su responsabilidad es atender sus funciones y contestar las llamadas laborales sin excepción alguna.

Las personas que se encuentren en teletrabajo deberán notificar su inicio de labores en casa a su jefe inmediato por el medio más expedito, así como la

finalización de la misma. Cualquier tipo de novedad que le ocurra, deberá notificarla inmediatamente para su solución y análisis correspondiente.

Cordialmente,

JOSÉ CARLOS HADDAD GARCÍA

Gerente

Montería, 18 de marzo de 2020

PARA: TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA ORGANIZACIÓN

Asunto: Cambio de horarios para personal asistencial- Turno Nocturno

En cumplimiento de los lineamientos dictados por el Gobierno Nacional y de las medidas tomadas por los entes Territoriales en la fase de contención del COVID-19 (coronavirus), y en iguales términos, ateniendo a la naturaleza de la organización y sus propósitos sociales, se determinó modificar de forma transitoria el horario laboral del personal asistencial que realiza turnos nocturnos exceptuando a los MÉDICOS GENERALES.

A partir del día de hoy los turnos quedaran de la siguiente manera;

- Turno de la mañana: 6:00 a 12:00m
- Turno de la tarde: 12:00m a 18:00 horas
- Turno corrido nocturno: 18:00 a 6:00 horas
- Turno corrido diurno: 6:00am a 18:00horas.

Jefes de enfermería continúan con las indicaciones dadas por su superior inmediato e instrumentadoras.

Cordialmente,

DIANA DORIA ALTAMIRANDA  
Director de Talento Humano

Montería, 21 de marzo de 2020

PARA: TODO EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN

Asunto: Medidas de precaución estado de emergencia

Como es de conocimiento actual, se están tomando medidas necesarias para contener la propagación del COVID-19 (coronavirus), así las cosas, las siguientes medidas serán de obligatorio cumplimiento a partir de la fecha para todo el personal asistencial y/o administrativo que tenga contacto con las áreas asistenciales. Estas son:

- Traer ropa de cambio para cumplir el turno. Todo personal asistencial y administrativo que cumpla turnos o rondas, deberá cambiarse de ropa al llegar y a la salida. Los zapatos que use, no los lleve a casa, mantenga un par de zapatos en la institución para desarrollar el turno. La ropa de cambio usada, deberá llevarla en una bolsa sellada e inmediatamente lavarla cuando llegue a su residencia, separada de las demás prendas de vestir.
- Reiteramos, al entrar y salir de las instalaciones, deberá realizar lavado de manos correspondiente, lo anterior no lo exonera de que cada cierto tiempo vuelva a realizar el procedimiento de lavado de manos.

En estos momentos nos encontramos realizando la gestión pertinente para la consecución de los kits de elementos de protección personal esenciales para la prestación del servicio.

Por parte del equipo Directivo de la Organización queremos manifestarles que unidos bajo la misma causa superaremos este difícil momento, a todos nuestros compañeros asistenciales, sepan que no están solos, que cuentan con nuestro apoyo, los necesitamos tranquilos y confiados de sus competencias técnicas y profesionales, juntos saldremos adelante familia Clínica Central OHL Ltda.

Todos los líderes asistenciales estarán atentos al llamado que se les haga.

DIANA DORIA ALTAMIRANDA  
Directora de Talento Humano



CIRCULAR-013/2020

Montería, 12 de mayo de 2020

PARA: PORTERIA, USUARIOS, FAMILIARES Y ACOMPAÑANTES

Asunto: Medidas de Control en el ingreso de personal.

En atención a la situación que atraviesa el país por las medidas de contención establecidas para el flujo de personal al interior de la institución, le informamos que a partir de la fecha de este comunicado, solo se permitirá el acceso a nuestras instalaciones bajo las siguientes condiciones;

- Paciente que pueda ingresar por sí mismo por que se vale por sí solo, ingresa sin acompañante.
- Niños, adultos mayores, discapacitados y embarazadas, ingresan con un solo acompañante.
- Se prohíbe el ingreso de alimentos a la institución.
- Asegúrese que quien ingrese a la institución porte zapato cerrado, pantalón largo para el caso de hombre y ropa cubierta para el caso de mujeres.

**TODOS LOS PACIENTES Y SUS ACOMPAÑANTES DEBEN INGRESAR CON MASCARILLA, SIN EXCEPCIONES.**

JOSE CARLOS HADDAD GARCIA

Gerente



Caracterización del Documento  
Código: CC-GDIR-030

CIRCULAR-014/2020

Montería, 15 de mayo de 2020

**PARA: TODO EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN**

Asunto: Uso de Elementos de protección personal y Cumplimiento a Normas de Bioseguridad.

La Bioseguridad se define como el Conjunto de medidas preventivas que tienen por objeto eliminar o minimizar el factor de riesgo biológico que pueda llegar a afectar la salud, el medio ambiente o la vida de las personas, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de los trabajadores.

Estas **NORMAS DE BIOSEGURIDAD** y dentro de ellas el Uso adecuado de los **ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**, se encuentran regulados en nuestro Reglamento Interno de trabajo y su incumplimiento se cataloga como una falta grave, así como también en el decreto 1072 de 2015 está contemplado como una responsabilidad del empleado, procurar el cuidado integral de su salud.

Hoy hacemos un llamado a su cumplimiento de manera **CONSCIENTE** y **RESPONSABLE**, puesto que es nuestro deber individual cuidarnos, cuidar de los nuestros y como personal de salud estamos llamados a poner el ejemplo.

Sabemos de su alto grado de compromiso con los lineamientos institucionales, promoviendo conductas de auto cuidado, que nos llevarán a preservar nuestra vida y nuestra salud.

DIANA DORIA ALTAMIRANDA  
Director de Talento Humano

**CIRCULAR-016/2020**

Montería, 8 de Julio de 2020

**PARA: TODO EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN.**

Asunto: Unidos en Oración, Seremos vencedores.

**EL SEÑOR LES ATIENDE CUANDO ESTAN ENFERMOS Y LES DEVUELVE LA SALUD!**

La alta dirección de la organización en cabeza de nuestro Gerente, nos invita a unirnos en oración por todos nuestros compañeros que hoy se encuentran con resultados positivos para el virus COVID-19.

Médicos generales, Especialistas, Auxiliares de Enfermería, Jefes de enfermería, equipo de imagenología, Servicio Farmacéutico, Auxiliares de Limpieza, Auxiliares de Alimentación, Auxiliares de Lavandería, Auxiliares Clínicos, Conductores, Vigilantes, Auxiliares de Infraestructura y todo el equipo Administrativo de la Organización, te pedimos señor por la vida de todas estas personas para que sanes a quienes están enfermos y cuides a los que exponen sus vidas para salvar la de otros.

En especial invitamos a ofrecer oración por nuestro pediatra el Dr. Rolando Padilla, sea el amor y la misericordia de Dios obrando sanidad en él, para pronto tenerlo devuelta a nuestro equipo de trabajo, a su hogar y a su familia.

Muchas Gracias,



DIANA DORIA ALTAMIRANDA  
Director de talento Humano



Caracterización del Documento  
Código: CC-GTH-030

CIRCULAR-017/2020

Montería, 25 de Agosto de 2020

**PARA: TODO EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA ORGANIZACIÓN.**

Asunto: Medidas Laborales a partir de 1 de Septiembre de 2020.

La Organización Clínica Central OHL, teniendo en cuenta el estado de emergencia y las nuevas medidas decretadas por el gobierno, determina que para el día 1 (primero) de Septiembre de 2020 se retomaran las actividades laborales presenciales de la siguiente manera;

- Jornada única presencial todos los días en los siguientes horarios 7:00 am a 1:00 pm o 12:00 m a 6:00 pm, en las oficinas donde no se logre el distanciamiento pueden escoger el horario para cada persona y notificar antes del día sábado 29 de agosto a la dirección de talento humano para establecer el horario en que cada uno va a asistir.
- Esta medida contempla desde el día 1 de septiembre hasta el día 15 de septiembre de 2020.
- El ingreso continuara siendo por la oficina de atención al público de gestión documental.
- Recuerde evitar al máximo las visitas o reuniones en las oficinas, mantener el distanciamiento social, uso de Elementos de protección personal y lavado de manos.

Muchas Gracias,

DIANA DORIA ALTAMIRANDA  
Director de talento Humano

Anexo B. Oficio de aprobación del estudio por parte de la institución de salud

Montería 10 de Marzo de 2020

Doctor  
JOSE CARLOS HADDAD GARCIA  
Gerente  
CLINICA CENTRAL O.H.L LTDA  
Montería – Córdoba

Cordial saludo,

Solicitamos a usted autorización para desarrollar el trabajo de investigación titulado, Costos para la atención en la fase de mitigación del Covid-19 en su organización, el cual nos implica consultar e indagar en diferentes áreas de la clínica sobre las medidas que se tomaron en cuanto a la pandemia y los costos en que incurrió la IPS en el manejo de la misma.

El trabajo hace parte del Curso de Seminario de Investigación, de la especialización en Gerencia Administrativa en salud que venimos realizando.

Cordialmente,

  
CARLOS MARTINEZ CARDENAS

  
ARIS ROSSO CANTERO

  
10/03/2020